



# konkret

Journal für die implantologische Praxis



## 20 Jahre konkret

Mit FOKUS-THEMA: Knochen- und Weichgewebsmanagement

Dentales Trauma:  
**BDIZ EDI wirkt an  
S2K-Leitlinie mit**

Seite 32

Antikorruptionsgesetz in Kraft:  
**Ein unübersichtliches  
Dickicht**

Seite 34

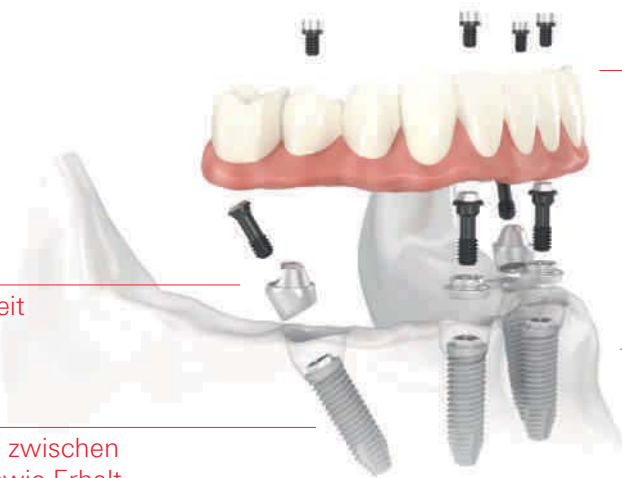
EU-Binnenmarktstrategie:  
**Wer hat Angst vorm  
Schwarzen Mann?**

Seite 80

# All-on-4® – Das Original



Das effiziente Behandlungskonzept  
mit Sofortbelastung



Vielfältige prothetische  
Möglichkeiten mit optimaler  
Funktion und Passung.

Reduziert die Notwendigkeit  
von vertikalen Knochen-  
augmentationsverfahren.

Maximaler Kontaktbereich zwischen  
Knochen und Implantat sowie Erhalt  
vitaler Strukturen.

Hohe Stabilität mit nur  
vier Implantaten.

Fortbildung

All-on-4® nach dem MaloClinic Protokoll  
Fortbildung mit Live-OP

**Aufgrund der hohen Nachfrage wieder in Deutschland!**

Samstag, 03. September 2016, 09.00 bis 17.00 Uhr, Neuss  
Dr. Bernd Quantius, Prof. Dr. Paulo Malo & Dr. Ana Ferro

**Nutzen Sie die Gelegenheit!**

Melden Sie sich jetzt für einen der begehrten Plätze an:  
[fortbildung@nobelbiocare.com](mailto:fortbildung@nobelbiocare.com) oder Tel: +49 (0)221/500 85-184



*Dr. Bernd Quantius gehört mit seiner Mönchengladbacher Praxis zu den insgesamt 25 All-on-4® Kompetenzzentren von Nobel Biocare D-A-CH und gründete im Mai 2015 die erste MaloClinic im deutschsprachigem Raum.*

All-on-4®  
Kompetenz-  
zentrum

2016/2017

Für Ihren klinischen Erfolg und zum Wohle Ihrer Patienten. Wissenschaftlich belegt.  
[nobelbiocare.com](http://nobelbiocare.com)



Wir Journalisten tun uns mit Lob oft schwer, was daran liegt, dass sich die gute Nachricht nicht so gut „verkaufen“ lässt wie die schlechte. In dieser Ausgabe finden Sie mehr Lob, als dies normalerweise der Fall wäre. Grund ist der 20. Geburtstag des BDIZ EDI konkret. Wir, die hier geschrieben, designt und gelay-outet haben, bemühen uns stets, die Sachlichkeit nicht aus den Augen zu verlieren. Trotz Jubiläum ist uns das hoffentlich auch diesmal gelungen.

Diese Ausgabe nimmt Sie mit auf eine kleine Zeitreise zu den Hotspots in der Entwicklung der oralen Implantologie für die Praxis. Dafür wurde das „konkret“ vom BDIZ-Vorstand vor 20 Jahren gegründet: Für den Zahnarzt, der Implantologie nach entsprechender Fortbildung in der Praxis ausüben will. Das „konkret“ hat den jungen Verband und natürlich die Entwicklung der Disziplin Implantologie begleitet – eine Zeit, die auch von Einmischung und Konfrontation geprägt war und ist. Der BDIZ EDI ist gestern wie heute ein berufspolitisch aktiver Verband, der sich für die implantologisch tätigen Zahnärzte und darüber hinaus für den gesamten zahnärztlichen Berufsstand engagiert. Ohne dieses Engagement gäbe es das BDIZ EDI konkret nicht. Die Fülle an Informationen, die jede Ausgabe liefert, speist sich auch aus dieser aktiven Verbandsarbeit.

Jüngstes Beispiel ist das Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen, das Anfang Juni 2016 in Kraft getreten ist. Der BDIZ EDI hat sehr früh die Fokussierung des Entwurfs auf die akademischen Heilberufe aufgegriffen und kritisiert und 2015 einen eigenen alternativen Gesetzentwurf als Gegenpol zur Vorlage des Bundesjustizministers eingebracht. Immerhin ließ sich auf diese Weise erreichen, dass einige unsinnige Passagen aus dem Entwurf gestrichen wurden. Ein Erfolg, den der BDIZ EDI für die Zahnärzte und Ärzte in Deutschland erarbeitet hat. Der Verband ist der einzige, der sich seitens der Heilberufsorganisationen überhaupt aktiv in den Gesetzgebungsprozess eingemischt hat.

Die GOZ-Thematik zieht sich durch dieses Magazin wie ein roter Faden. In jeder der Ausgaben seit 1997 hat die Gebührenordnung für Zahnärzte ihren Platz – zugegeben: ein Negativthema. Die vergangenen Jahre waren geprägt von Stellungnahmen des Verbandes zu den GOZ-Entwürfen 2008 und 2012, es gab die vom BDIZ EDI initiierte Klage gegen die GOZ 2012 vor dem

Bundesverfassungsgericht, das Fachmagazin stellte die Ratgeber und Hilfsmittel vor, die der Verband für die Mitglieder und darüber hinaus für alle Zahnärzte entwickelt hat: Abrechnungshandbuch, GOZ-Kompendium, BDIZ EDI-Tabelle. Da auch die chirurgisch tätigen Zahnärzte von der Gebührenordnung

für Ärzte (GOÄ) betroffen sind, wurde über die GOÄ-Novellierung ausführlich berichtet – auch deshalb, weil sich der BDIZ EDI hier mit einer Analyse des Entwurfs beschäftigt und konkrete Vorschläge unterbreitet hat.

Was die Arbeit an diesem Fachmagazin so spannend macht, ist der Mix aus Gesundheits- und Berufspolitik und dem zahnmedizinisch-fachlichen Ansatz. Wenn wir über Innovationen, wie den nachwachsenden Zahn berichten und wann, was Realität werden könnte, müssen wir Redakteure immer auch auf das schielen, was die Politik will. Die Stammzellenforschung wird in Deutschland nach wie vor stiefmütterlich behandelt. Man könnte schon viel weiter sein, erhält aber nicht die notwendige Unterstützung. Die Dinge in den richtigen Kontext zu setzen, ist die Aufgabe dieses Fachmagazins.

Ungeachtet der Vielfalt an Informationen, die sich heute jeder aus dem Internet holen kann, will das BDIZ EDI konkret Hintergründe liefern, komplexe Sachverhalte analysieren und bewerten – sowohl im Bereich der Gesundheitspolitik als auch im zahnmedizinisch-fachlichen Bereich. Der genaue Blick auf neue Techniken in der Behandlung und Innovationen aus dem Bereich Forschung ist Teil dieser Philosophie. Das „konkret“ ist für den zahnärztlichen Berufsstand seit 20 Jahren am Puls der Zeit und will es bleiben. Dass Herausgeber, Verlag und Redaktion dabei an einem Strang ziehen, zeigt sich im Ergebnis. Das konkret ist kein Fast Food. Soviel Lob muss erlaubt sein.



## Alles, nur nicht Fast Food

Anita Wuttke  
Chefredakteurin



**40** 20. Jahressymposium:  
Geballte Fortbildung in Berlin

**106** Erweiterung einer  
Teleskop-Prothese

**116** **FOKUS:** Knochenersatzmaterialien  
in der dentalen Implantologie

**BDIZ EDI Aktuell**

Editorial .....	3
BDIZ EDI-Vorstand: Heiß, heißer, „konkret“ .....	6
20 Jahre BDIZ EDI konkret: Eine Zeitreise .....	8
Grußworte .....	14
Interview: „Keiner legt das „konkret“ einfach weg, ohne ...“ .....	16
Die andere Perspektive: 20 Jahre orale Implantologie .....	20
Neue S2K-Leitlinie: Erste Leitlinie zum dentalen Trauma .....	32
Antikorruptionsgesetz seit Juni in Kraft .....	34
Deutscher Ärztetag in Hamburg: „Reset“ gedrückt .....	38
20. Jahressymposium: Geballte Fortbildung in Berlin .....	40
Auf dem Weg in Richtung BDIZ EDI 2025 .....	42
BDIZ EDI-Tabelle 2016: Schnelle Orientierung .....	46
Bewertungsportale: BGH stärkt Rechte von (Zahn-)Ärzten .....	50
17. Curriculum: 33 erfolgreiche Absolventen .....	56
Rückschau/Vorschau .....	58
Der BDIZ EDI gratuliert .....	62
AS-Akademie: Warum Selbstverwaltung? .....	64
Neues Gesetz: Eingriff in die Selbstverwaltung .....	66
Musterberufsordnung der BZÄK lesbar gemacht .....	66
Personalien: PD Dr. Hans-Joachim Nickenig M. Sc. ....	67

**BDIZ EDI Aktuell Europa**

10. Europa Symposium: State of the art in Verona .....	68
Binnenmarktstrategie der Europäischen Kommission: Wer hat Angst vorm Schwarzen Mann? .....	72
Newsticker .....	76
Interview: Oralimplantologie in Spanien .....	80
Erstmals Zahnärztin an der Spitze der ERO .....	83
EuGH zu gesundheitsbezogenen Angaben für Lebensmittel ..	84

**Abrechnung & Recht**

Urteile zur GOZ 2012 – Teil 2 .....	87
-------------------------------------	----

**Fortbildung**

Internationales Osteology-Symposium in Monaco: Das Warum und Wie in der regenerativen Therapie .....	98
Dr. Leonhard Koschdon und Dr. Claus Mangelsdorf: Dentale Rehabilitation zahnloser Patienten nach dem All-on-4-Konzept .....	102
Dr. Jochen Glamsch: Implantologischer Ersatz eines Pfeilerzahns und Ankoppelung an die bestehende Prothese .....	106

**FOKUSTHEMA: Knochen- und Weichgewebsmanagement**

Dr. Kai Fischer, Thomas Pierchalla und Dr. Matthias Becker: Knochenersatzmaterialien in der dentalen Implantologie ..	116
PD Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Steffen Kistler, Dr. Frank Kistler, PD Dr. Hans-Joachim Nickenig, MSc und Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller: Minimalinvasive Verfahren: kurze, anguliert inserierte und durchmesserreduzierte Implantate .....	124
Zimmer Biomet Implantologietage: Mit doppelter Kraft voraus .....	134
Frankfurter Implantologie Tage (FIT) von curasan: Für intelligentes Knochenmanagement .....	138
10th Meisinger Bone Management Symposium: Blick über die dentalen Disziplinen .....	140
Geistlich Deutschland feiert 20-jähriges Bestehen: Von Pionierleistung zur Meisterleistung .....	141
Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie ..	142

**Events**

Veranstaltungsberichte .....	168
------------------------------	-----

**Markt**

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie ..	208
--	-----

**Termine & Mitteilungen**

Aufnahmeantrag .....	233
Termine · Impressum .....	234

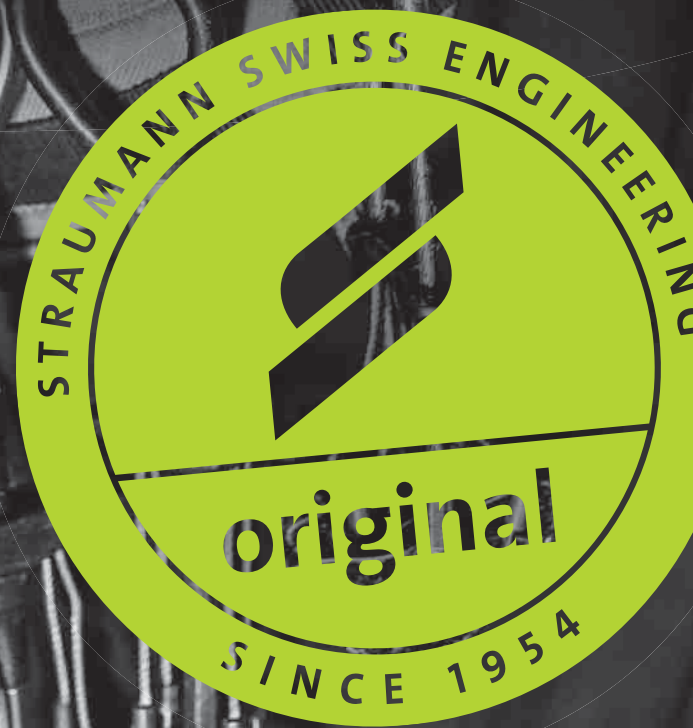


Straumann® Original

# Straumann® Original. Keine Kompromisse.

Gehen Sie keine Kompromisse bei Qualität und Präzision ein.  
Arbeiten Sie mit dem STRAUMANN® ORIGINAL GÜTESIEGEL.

Gleich hier anfordern: [original@straumann.com](mailto:original@straumann.com)



Der Vorstand des BDIZ EDI hat seine Meinung kund getan

# Heiß, heißer, „konkret“

Der Prophet gilt nichts im eigenen Land, besagt ein bekanntes Sprichwort. Gilt das auch für das BDIZ EDI konkret? Zum 20. Geburtstag des Fachmagazins für die implantologische Praxis haben wir den Vorstand des BDIZ EDI befragt: „Ich lese das BDIZ EDI konkret, weil ...“

## Prof. Dr. Dr. Bernd Kreuzer (Aschaffenburg)

... ich trotz Vorstandssitzungen manchmal glatt vergesse, wie viel Arbeit der BDIZ EDI für seine Mitglieder und darüber hinaus für die gesamte Zahnärzteschaft leistet.



## Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöllner (Köln)

... es kein anderes Fachmagazin gibt, das die Schwerpunkt-Themen in dieser Intensität aufbereitet und die Beiträge trotzdem lesbar bleiben.



## Dr. Stefan Liepe (Hannover)

... ich mir hier nicht nur die neuesten Hinweise zur GOZ-Thematik holen kann, sondern auch auf dem Laufenden bleibe, was die Rechtsprechung betrifft.

## Prof. Dr. Thomas Ratajczak (Sindelfingen)

... hier die Informationen für den Praktiker aus erster Hand sehr gut aufbereitet „serviert“ werden.



## Dr. Wolfgang Neumann (Philippsthal)

... ich mir einen aktuellen Überblick über die Themen verschaffen kann, die mich in der Zahnarztpraxis interessieren.



## Christian Berger (Kempten)

... das zu lesen ist, was der BDIZ EDI für die Zahnärzteschaft zu leisten imstande ist. Aktuelle Beispiele: Antikorruptionsgesetz, GOÄ-Thematik



## Dr. Dr. Peter Ehrl (Berlin)

... das Fachmagazin brandaktuell auf die Themen GOZ und GOÄ reagiert und darüber hinaus zeigt, wie aktiv der BDIZ EDI in den Bereichen Qualität, Fortbildung und Abrechnung ist.



## Dr. Detlef Hildebrand (Berlin)

... hier auch „heiße“ Themen angepackt werden. Ich denke zum Beispiel an die Thematik zur Verantwortung in der Zahnarztpraxis oder zur Qualitätssicherung – und zwar im europäischen Kontext.

## Dr. Renate Tischer (Bad Salzungen)

... es ein Genuss ist, dieses Magazin aufzuschlagen. Damit meine ich die redaktionelle, aber auch die grafische Umsetzung.



## PD Dr. Jörg Neugebauer (Landsberg am Lech)

... es hier eben nicht nur um implantologische Fachbeiträge geht, sondern das gesamte Spektrum dessen abbildet, was den Zahnarzt heute interessieren muss.







# 20 Jahre

## HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH,

## BDIZ EDI konkret!

Alles Gute zum 20. Jubiläum  
wünscht Dentaurum Implants.





20 Jahre BDIZ EDI konkret

## Eine Zeitreise

**Vor 20 Jahren wurde das BDIZ EDI konkret als „Zeitschrift für die implantologische Praxis“ gegründet. Damals hieß es „BDIZ konkret“ und die Disziplin der Implantologie war gerade den Kinderschuhen entwachsen. Auf berufspolitischem Terrain gab es einige dicke Bretter zu bohren für den Herausgeber, den Bundesverband der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte, wie der BDIZ EDI damals hieß.**

Im Jahr 2016 ist das „BDIZ EDI konkret“ europäisch ausgerichtet und der Kampf um den Stellenwert der oralen Implantologie in der restaurativen Zahnheilkunde gewonnen. Für die Zahnärzte in Deutschland drohen alte und neue Probleme: GOZ, GOÄ, neue Gesetze und Verordnungen, die längst nicht mehr nur aus Berlin kommen. Der starke europäische Einfluss auf den Gesundheitsmarkt macht auch vor den Zahnärzten nicht Halt – im Gegenteil. Viele Richtlinien – beispielsweise zur Berufsankennung, zu Medizinprodukten – kommen inzwischen aus Brüssel. Hier versucht das Fachmagazin am Puls der Zeit zu bleiben, um die Leser über die Entwicklungen für Zahnärzte aus erster Hand zu informieren und natürlich über die Arbeit des BDIZ EDI zu

berichten. 2002 richtet sich der Verband BDIZ europäisch aus und heißt fortan BDIZ EDI. EDI steht für European Association of Dental Implantologists. Auch das Fachmagazin änderte seinen Namen in BDIZ EDI konkret. Seit 2005 hat das Fachmagazin für die implantologische Praxis ein europäisches Pendant: das EDI Journal, das in englischer Sprache herausgegeben wird und die Mitglieder der assoziierten Partnerverbände des BDIZ EDI und eine wachsende Leserschaft informiert. 2015 feierte das „EDI Journal“ den zehnten Geburtstag. Momentan unterzieht sich der BDIZ EDI einer Standortbestimmung und bezieht aktuelle und künftige Einfluss- und Umweltfaktoren sowie interne Strukturen und Prozesse in diese Strategiefindung ein. Einer der ersten An-

sätze, die auf der Positivseite stehen, ist die frühe europäische Ausrichtung des Verbandes, die vor dem Hintergrund des wachsenden Einflusses der europäischen Gesetzgebung als Vorteil gesehen wird.

### Die Anfänge: Verlag

Der Vorstand des BDIZ hatte anno 1997 das Glück, den Journalisten und PR-Mann *Hubert Foester*, der im Jahrbuch Verlag Bonn das Zahnärzte-Jahrbuch und von 1989 bis 1996 auch das BDIZ-Jahrbuch herausgegeben hat, als Chefredakteur für die Verbandszeitschrift gewinnen zu können. *Foester* hat das „konkret“ ins Leben gerufen und entwickelt – und auch dafür bezahlt, im wahrsten Sinne des Wortes, denn der Herausgeber des überregio-



nenal Politmagazins „konkret“ schickte prompt eine Abmahnung wegen der Namensgleichheit. Das habe ihn 2800 Mark gekostet, erzählt *Foester* im Rückblick.

Als Pressesprecher des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) kannte er sich damals aus in der zahnärztlichen Standespolitik und schnell wurde er nicht nur Chefredakteur, sondern auch Pressesprecher des BDIZ. Mitgebracht hat *Foester* auch *Marianne Steinbeck*, die damals bereits ihre eigene, freie Anzeigenagentur betrieb. Während *Foester* heute fern der zahnärztlichen Welt als PR-Berater tätig ist und neben vielen Pressejobs ein Regionalmagazin in seiner Heimat herausgibt, ist *Marianne Steinbeck* über die Jahre dem BDIZ konkret als Anzeigenleiterin und später dem BDIZ EDI konkret als Projektmanagerin treu geblieben. Die Verlage wechselten im Lauf der Jahre. Nach *Foester* übernahm *Birgit Dohlus* zunächst Verlag und auch die Chefredaktion. Der Verlag wechselte mit *Birgit Dohlus* als Chefredakteurin zum Beta-Verlag und vor elf Jahren übernahm *teamwork media* das Journal und entwickelte für den BDIZ EDI das EDI Journal, das seit 2005 ebenfalls vier Mal im Jahr in englischer Sprache erscheint. 2007 übernahm Verlagsleiter *Ralf Suckert* auch die Chefredaktion und nach seinem Ausscheiden aus dem Verlagsgeschäft ging die Chefredaktion an die Münchner Journalistin *Anita Wuttke* über, die seit 2007 auch Pressereferentin des BDIZ EDI ist. Heute werden beide Magazine weiterhin bei *teamwork media* im Deutschen Ärzteverlag produziert.

### Die Anfänge: Herausgeber

Über die Entstehung der Zeitschrift schreibt der damalige Vorsitzende des BDIZ, *Dr. Hans-Jürgen Hartmann*, im ers-

ten Editorial der Ausgabe 1/1997: Warum eine eigene Zeitschrift des BDIZ? Wir wollen: die Kommunikation zwischen Verband und Mitgliedern stärken, ein Forum für implantologische Berufspolitik bilden; praxisnah informieren und berichten; die berufspolitische Bedeutung der Implantologie untermauern und zu einer Profes-

BDIZ-Vorstand von deren Notwendigkeit überzeugt. *Dr. Hartmann* damals in dem Beitrag „Zertifizierung, warum nicht“: „Er (Anm. d. Red.: gemeint ist der BDIZ) fordert seit dem Jahr 1989 eine strukturierte Fortbildung. Er hat Leistungsinhalte erstellt, die mit dem Bundesverband der Oralchirurgen und dem Bundesverband der MKG-Chirurgen abgesprochen wurden. In der Koordination mit den wissenschaftlichen Gesellschaften muss eine Einigkeit erzielt werden, sodass von den Implantologen ein für Deutschland gleiches, oder ähnlich strukturiertes Fortbildungsprogramm angeboten wird.“ Der BDIZ als Herausgeber des „konkret“ zählte zum Zeitpunkt der Gründung der Zeitschrift 1500 Mitglieder.

Die Qualität in der Implantologie war auch vor 20 Jahren bereits ein Thema. *Dipl. Ing. Dr. Helmut B. Engels* schrieb in der ersten Ausgabe über „Hohe Anforderungen an Mensch und Material“: über die Qualität in der Implantologie und fordert diese für die Implantatsysteme, vom Behandler und dem assistierenden Personal und stellte entsprechende Ansprüche an Geräte und Räume.

Schon damals als Justiziar des BDIZ aktiv: *RA Dr. Thomas Ratajczak*, der sich in der ersten Ausgabe über die Auskunftspflicht des Krankenversicherers nach dem Versicherungsvertragsrecht ausließ.

*Prof. Dr. Egon Brinkmann* (†), Gründer Vater des BDIZ, erklärte in dieser ersten Ausgabe die Bedeutung der Aufklärungspflicht in der zahnärztlichen Implantologie. „... Dennoch müssen wir feststellen, dass uns aus Streitfällen Gerichtsurteile vorliegen, die ausschließlich deshalb zu Ungunsten des behandelnden Arztes oder Zahnarztes entschieden wurden, weil eine nicht nachzuweisende oder



Ausgabe 1/1997

sionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes beitragen.“ Die Themen der ersten Ausgabe waren geprägt von den Streitigkeiten zwischen niedergelassenen Zahnärzten und Universitäten über prothetische und chirurgische Grundlagen, über die implantologische Fortbildung und die Meinungsverschiedenheiten, die der damalige Vorstand des BDIZ dazu mit Bundeszahnärztekammer und Landes Zahnärztekammer auszufechten hatte. Anders als BZÄK und Zahnärztekammer, die eine strukturierte Fortbildung im Bereich der Implantologie damals abgelehnt haben, war der

ungenügende Aufklärung des Patienten vorlag.“ Was später gängige Praxis wurde: In dieser Ausgabe wurde bereits über Abrechnung informiert, konkret: über die GOZ-Position 900.

Schon sehr früh war das „konkret“ die Informationsplattform für die Aktivitäten des BDIZ, die sich auch mit der Gesundheitspolitik beschäftigen und darüber hinaus. So schrieb der damalige Vorsitzende *Dr. Hartmann* an das Bundesministerium des Innern und bat, die „Frage

der Beihilfefähigkeit von implantologischen Behandlungen im Bereich der Zahnmedizin noch einmal zu überdenken“, weil die Beihilfavorschriften damals Einschränkungen in der Implantologie vorsahen.

**Die inhaltlichen Schwerpunkte**

2001 wurde über den Erfolg des Verbandes bei der Durchsetzung des Tätigkeitsschwerpunkts Implantologie berichtet – natürlich mithilfe des BDIZ EDI-Justiziers *Dr. Thomas Ratajczak*. Das Bundesverfassungsgericht hatte im Sommer 2001 zum Tätigkeitsschwerpunkt einen Beschluss gefasst und die bisher strengen berufsrechtlichen Schranken für Ärzte und Zahnärzte am allgemeinen Wettbewerbsrecht orientiert. Die Themen, die das „konkret“ in seinen Anfangsjahren aufgriff, schlugen in den Folgejahren immer wieder Wellen. Übergroß die GOZ-Thematik – von Anfang an, denn der BDIZ EDI wurde 1989 als Reaktion auf die Auseinandersetzungen um die GOZ 1988 gegründet. Im Herbst 2007 stand die Novellierung der GOZ unter der damaligen Bundesgesundheitsministerin *Ulla Schmidt* kurz vor der Umsetzung. Die harsche Kritik des BDIZ EDI hat damals wie heute Bestand: „Nicht berücksichtigt werden dabei der Fortschritt in der Medizin und Zahnmedizin sowie die



Ausgabe 4/2011



Ausgabe 3/2007

demografische Entwicklung und die seit 20 Jahren fehlende Honoraranpassung bei den Zahnärzten“, schrieb BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* in der Ausgabe 3/2007. Das „konkret“ lieferte zum Thema GOZ-Novellierung mithilfe des BDIZ EDI-Justiziers *Dr. Thomas Ratajczak* in der Folge umfangreiche Analysen, Synopsen und Bewertungen. Bekanntlich verschwand die angekündigte GOZ 2008 aus wahltaktischen Gründen in den Schubläden des damaligen SPD-geführten Gesundheitsministeriums.



## Nachgefragt bei Dr. Ueli Grunder

## 20 Jahre Implantologie

Anlässlich des 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI in Europa haben wir bei *Dr. Ueli Grunder* nach einer Standortbestimmung in der Implantologie gefragt. Der Schweizer Weichgewebs-Spezialist zeigt sich verhalten. „Wir stagnieren heute leider“, sagt er. „Eigentlich müssten wir längst soweit sein, von der primitiven Schraube wegzukommen, beispielsweise in Richtung Gewebezüchtungen. Wie es aber aussieht, sind wir davon noch weit entfernt. Wenn wir heute fordern, es müsse besser einheilen, und wir dann die Oberfläche des Implantats rauer machen – mit allen negativen Auswirkungen – ist das kein Fortschritt. So gesehen sind wir heute erstaunlich bescheiden unterwegs.“



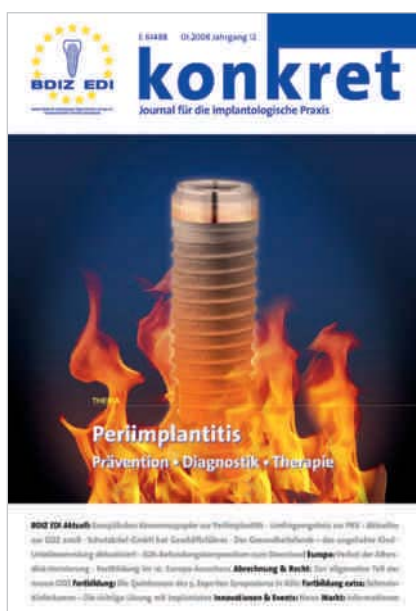
Ende 2011 war es dann aber soweit: die GOZ 2012 stand vor der Tür und der BDIZ EDI initiierte den Gang zum Bundesverfassungsgericht mit sechs Klägern, darunter Präsident und Vizepräsident des BDIZ EDI. Die Klage wurde bekanntlich gar nicht erst angenommen und befindet sich momentan auf dem mühsamen Weg durch die Instanzen.

stellt. Die Redaktion greift die jeweiligen Themen auf und beleuchtet sie unter verschiedenen Aspekten. 2008 sorgte das Titelbild des „konkret“ mit einem brennenden Implantat für Aufsehen. Das Magazin beschäftigte sich mit dem Thema der Europäischen Konsensuskonferenz jenes Jahres: Periimplantitis.

## Atemberaubende Ansichten

Überhaupt gehören die Titelbilder des „konkret“ inzwischen zu den grafischen Highlights im zahnärztlichen Fachmagazinbereich – und sie erfüllen ihr Ziel: neugierig machen auf das Schwerpunktthema. „Das Märchen von der guten GOÄ“ lenkte den Leser auf die Kritik der Zahnärzte und des BDIZ EDI an der GOÄ-Novellierung. Bekanntlich wurde die fortgeschrittene Reform der GOÄ in dieser Form von der Bundesärztekammer nochmals gestoppt. Auch „Geschenk oder schon Bestechung?“ visualisierte ein Topthema im Gesundheitswesen, das inzwischen in ein Gesetz gegossen wurde: die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, kurz Antikorruptionsgesetz. Der nachwachsende Zahn, CAD/CAM chairside sind nur einige der Titelthemen der jüngeren Vergangenheit.

setze – das kann schon einmal zur Serie auswachsen: So hat er das Patientenrechtegesetz in mehreren Folgen besprochen – von der Aufklärungspflicht für Zahnärzte nach § 630 BGB bis zu praktischen Empfehlungen gehört die Rubrik sicher zu den Bereichen, die so mancher Leser als Loseblattsammlung und zum Nachschlagen abgeheftet hat. Die achteilige Serie zum Patientenrechtegesetz steht für Mitglieder auch als elektronische Datei (PDF) mit vielen anderen interessanten Artikeln aus dieser Rubrik im Internet zur Verfügung ([www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org)). Die verschiedenen Themen aufzählen zu wollen, die *Ratajczak* in dieser Rubrik im Laufe der Jahre beleuchtet hat, würde den Platz sprengen. Aktuell geht es um einschlägige Gerichtsentscheidungen zur GOZ 2012.



Ausgabe 1/2008

2006 initiierte der BDIZ EDI-Vizepräsident *Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller* das Experten Symposium des BDIZ EDI. Der Kongress beschäftigt sich seither jedes Jahr mit einem neuen Schwerpunktthema der Implantologie und gleichzeitig findet die vorgelagerte Europäische Konsensuskonferenz statt, die einen Praxisleitfaden für den implantologisch tätigen Zahnarzt er-

## Großer Nutzen für die Abrechnung

Von hohem Nutzen für den Zahnarzt ist die Rubrik von *Prof. Dr. Thomas Ratajczak*. Der BDIZ EDI-Justiziar stellt unter „Abrechnung und Recht“ seit der ersten Ausgabe aktuelle GOZ-Urteile vor und analysiert aktuell anstehende neue Ge-



Ausgabe 3/2015



## Blick über den Tellerrand

Es ist bereits erwähnt worden, dass das BDIZ EDI konkret einen scharfen Blick auf die Gesundheitspolitik und den Gesundheitsmarkt außerhalb Deutschlands wirft. Im Bereich „Europa“ werden fast in jeder Ausgabe einschlägige Gerichtsentscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) beleuchtet. Besonders lesenswert, weil es tatsächlich den Blick auf den zahnärztlichen Beruf in anderen europäischen Ländern richtet, ist dabei die lose Interviewserie „Implantologie in ...“ Hier plaudern implantologisch tätige Zahnärzte aus verschiedenen Ländern über die Situation in ihrem Land.

## Innovationen auf der Spur

Im Fortbildungsteil werden schon einmal „harte“ Wahrheiten ausgesprochen, beispielsweise, wenn es darum geht klarzustellen, dass der Umgang mit kurzen Implantaten nichts für Anfänger ist. Dies ist auch beim Leser angekommen, dem es eigentlich um Fallberichte geht, um Innovationen in Bezug auf Material und Technik und der sich für die Materialstudien des BDIZ EDI interessiert. So wurden Studien und Follow-up-Studien über steril verpackte Implantate hier erstmals vorgestellt. Dabei ging es um kleinste Partikel auf den Implantatoberflächen, die erst unter dem Rasterelektronenmikroskop sichtbar werden. Innovationen sind sicher im Marktbereich zu entdecken. Schließ-

lich spiegeln sich die Forderungen aus den Praxen und von den Patienten nach neuen Produkten, Prozessen und verbesserten Therapiemöglichkeiten in der Marktvielfalt mit vielen neuen Ansätzen wider – bei der Knochenaugmentation und neuen Möglichkeiten der Lasertechnologie, CAD/CAM chairside bis hin zu neuen Materialien und schließlich der vielversprechenden Stammzellenforschung, die in 20 Jahren nachwachsende Zähne verspricht. „Zweifellos haben die Innovationen in der oralen Implantologie ihre Ursprünge im wissenschaftlichen Fortschritt und finden sich in den Produkten, die die Dentalindustrie ent-

wickelt hat“, sagte der BDIZ EDI-Präsident in einem Interview anlässlich 10 Jahren EDI Journal.

## Ausblick

Was werden die Themen der Zukunft sein? Im gesundheitspolitischen Bereich wird sich der Druck auf die Heilberufe sicher noch erhöhen. Gerade ist das Antikorruptionsgesetz in Kraft getreten mit derzeit nicht überschaubaren Auswirkungen auf die akademischen Heilberufe, die eine staatliche Ausbildung haben. Die nächste Gesundheitsreform lässt nach den Bundestagswahlen sicher grüßen. Und in Brüssel erhöht die EU-Kommission den Druck auf die sogenannten „Freien Berufe“ und ihre Selbstverwaltungen, die es in anderen EU-Ländern so nicht gibt und die dem freien Wettbewerb geopfert werden sollen. Im fachlichen Bereich erwartet die Implantologie große Herausforderungen im Bereich der Alterszahnheilkunde. Die Behandler stellen sich schon heute die Frage, ob und unter welchen Bedingungen bei hochbetagten, gegebenenfalls multimorbiden Patienten implantiert werden kann und soll. Und wie in Zukunft die erforderliche Mundhygiene bei diesen Patienten gewährleistet werden kann. Hier warten spannende Themen auf die Redaktion des BDIZ EDI konkret. ■



Ausgabe 1/2014



**LOCATOR R-Tx™**  
REMOVABLE ATTACHMENT SYSTEM

# EINFACHER. STÄRKER. BESSER.

Wir präsentieren die nächste Generation von LOCATOR®:  
Das **LOCATOR R-Tx™ Removable Attachment System**  
kombiniert optimiertes Design und vereinfachtes System mit  
der widerstandsfähigen **DuraTec™ Beschichtung**.



DuraTec Beschichtung  
aus Titancarbonitrid ist ästhetisch,  
härter und abrasionsfester.



Industriestandardisierter  
.050"/1,25mm\* Sechskant-  
Schraubmechanismus.



Duale Retention für eine bessere  
Verankerung und schmalere, koronale  
Form für ein bequemerer Einsetzen.



50 % höhere  
Schwenkkapazität mit bis zu 60°  
zwischen Implantaten.



Praktische All-in-one-  
Verpackung.



Optimierte Formgebung für erhöhte  
Widerstandsfähigkeit und anodisiertes  
Pink für eine bessere Ästhetik.

Erleben Sie mit dem LOCATOR R-Tx™ Removable Attachment System die nächste Generation  
schon heute! Besuchen Sie uns online unter [ZESTANCHORS.COM/RTX](http://ZESTANCHORS.COM/RTX), rufen Sie uns an unter  
**+1.800.262.2310** oder kontaktieren Sie Ihren Implantathersteller für weitere Informationen.

**JETZT** erhältlich für alle führenden Implantatsysteme.

\*Ausgenommen Systeme, die einen .048" Sechskant-Schraubmechanismus verwenden.  
Bitte kontaktieren Sie Ihren Implantatanbieter für weitere Informationen.

©2016 ZEST Anchors LLC. All rights reserved. ZEST and LOCATOR are registered trademarks and DuraTec, LOCATOR R-Tx and R-Tx  
are trademarks of ZEST IP Holdings, LLC.



**ZEST**  
ANCHORS



## Grußwort des Herausgebers

Im Jahr 1989 haben 17 zahnärztliche Kollegen den BDIZ als Reaktion auf die Auseinandersetzungen um die GOZ 1988 gegründet. Was damals angesichts der Turbulenzen um die sehr junge Disziplin der oralen Implantologie ein mutiger Schritt war, hat sich im Laufe der Jahre als weitsichtige Entscheidung herausgestellt. Die Entwicklung der Implantologie ist eng verknüpft mit dem Verband und der BDIZ EDI ist aktiv wie zur Gründerzeit, als es um die Auseinandersetzungen mit den Universitäten und Zahnärztekammern ging. Von Beginn an musste sich die Implantologie nicht nur als wissenschaftliche Zahnheilkunde beweisen, sondern sich auch als zu empfehlende Behandlungsalternative etablieren. Heute arbeiten wir Seite an Seite und in Kooperation mit Universitäten und Zahnärztekammern. 1997 gründete der BDIZ seine Zeitschrift für die implantologische Praxis. Die Verbandszeitschrift von einst hat sich heute zu einem anerkannten und vielgelesenen Fachmagazin gemauert. Eine Professionalisierung, die mit kompetenten Partnern möglich wurde. Das heutige BDIZ EDI konkret glänzt – äußerlich wie



Christian Berger  
Präsident des BDIZ EDI

innerlich. Das BDIZ EDI konkret setzt mit jeder Ausgabe Zeichen – dank teamwork media im Deutschen Ärzteverlag, dank der umtriebigen Projektmanagerin *Marianne Steinbeck*, die eine erstklassige Netzwerkerin ist und längst eine Koryphäe im Dentalmarkt darstellt – und dank der Chefredakteurin, die sich nicht scheut, heiße Eisen anzupacken. *Anita Wuttke* bringt das notwendige Händchen mit, um den Bogen zwischen Zahnmedizin, Gesundheits- und Berufspolitik zu spannen und die Themen für den Leser auf eine Weise aufzubereiten, wie es eben nur ein Journalist vermag. Mit den Beiträgen zur privatärztlichen Abrechnung von BDIZ EDI-Justiziar *Prof. Dr. Thomas Ratajczak*, der von Beginn an im „konkret“ eine eigene Rubrik unterhält, werden die Leser erstklassig informiert. Der Vorstand des BDIZ EDI freut sich auf viele weitere spannende Ausgaben!

Christian Berger

## Grußwort des Verlags

Seit 20 Jahren ist das BDIZ EDI konkret ein wichtiger Inkubator des zahnärztlichen Dialogs in der Implantologie. Mit seinem Fokus auf Fortbildung, Wissenschaft, berufsrechtliche Aspekte sowie zahnärztliche Abrechnung und Recht hat sich das Journal erfolgreich zu einem relevanten implantologischen Fachtitel entwickelt. Seit mehr als zehn Jahren bieten wir als Verlag gemeinsam mit dem Herausgeber Orientierung für die Leser. In Zeiten, in denen die dentale Fachwelt mit Informationen überflutet wird, ist es uns wichtig zu überzeugen: mit Inhalten, der grafischen Umsetzung und der Haptik des Titels. Der BDIZ EDI tritt entschieden für die fundierte Fortbildung des implantologisch tätigen Zahnarztes ein und informiert über innovative und erfolgssichere Behandlungskonzepte. Darüber hinaus punktet das „konkret“ seit Anbeginn mit praxisrelevanten Themen und ist immer vorne dabei, wenn es um Informationen zu neuen Gesetzen oder Richtlinien geht. Wir sind stolz und erfreut, das BDIZ EDI konkret



Dieter E. Adolph  
Geschäftsführer teamwork media

als offizielle Mitgliederzeitschrift des Verbandes verlegerisch begleiten zu dürfen. Mit dem BDIZ EDI hat das Magazin einen gesundheitspolitisch sehr aktiven Verband als Herausgeber, der sich nicht nur in Berlin, sondern längst auch in Brüssel einmischt. Ich bin sehr zuversichtlich, dass Herausgeber, Chefredaktion und Verlag die Herausforderungen auch weiterhin gemeinsam in dieser hohen Qualität meistern werden. Das gesamte Verlagsteam bedankt sich an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit im Allgemeinen und bei den unterstützenden Redaktionsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern auf Seiten des BDIZ EDI im Besonderen. Wir wünschen dem Verband weiterhin viel Erfolg und freuen uns noch auf viele gemeinsame Ausgaben des BDIZ EDI konkret.

Dieter E. Adolph

# ICX

## Das FAIRE Premium Implantat-System

### Jetzt NEU: Maximus-Aufbauten\*\* für ICX-mini Ø 2,9mm

\*\*Kompatibel mit LOCATOR™

Der zweiteilige ICX-Maximus-Aufbau ist eine eigene Weiterentwicklung von medentis medical und kompatibel mit LOCATOR™-Matrizen.

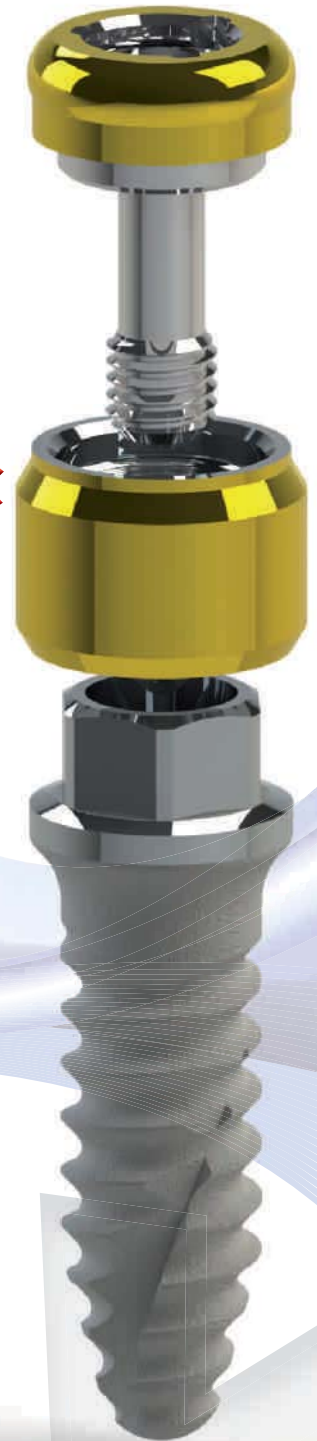
#### Anwendung:

Kugelpopf herausdrehen –

Maximus-Aufbau aufbringen und eindrehen  
= fertig.



ICX-mini-  
Implantat:  
**59,-** €  
je Stück  
\*zzgl. MwSt.



- sofort belastbar
- ideales Preis/Leistungsverhältnis!
- bei Verschleiß und Abnutzung einfach auswechselbar

Interview 20 Jahre „konkret“ mit einer Zeitzeugin

# „Keiner legt das „konkret“ einfach weg, ohne ...“

Sie war dabei, als das BDIZ konkret „aus der Taufe“ gehoben wurde. Sie hat das Fachmagazin seit dem ersten Erscheinen begleitet. Damals hieß der Bereich, den Sie betreute, noch „Anzeigenverkauf“. Heute ist ihr Aufgabenspektrum weitaus facettenreicher als anno 1997. Marianne Steinbeck aus Miesbach ist Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret und es gibt kaum eine andere Person, die den Dental- und insbesondere den Implantatmarkt „von außen“ so gut kennt wie sie.

*Frau Steinbeck, Sie gehören zu den Zeitzeugen des „konkret“, die die Fachzeitschrift über die Jahre begleitet haben. Was führte zu der Gründung des Fachtitels und wer waren die ersten „Macher“?*

Himmel, ich fühle mich sofort 100 Jahre älter ... „Zeitzeuge“, ein großes Wort. Aber tatsächlich durfte ich die Gründung der Zeitschrift miterleben und begleiten. Der BDIZ EDI war, wie jeder Verband, 1989 mit einer kleinen radikalen Minderheit gestartet, die die Bedeutung erkannt hatte, die dentale Implantologie auf einem hohen Niveau auch innerhalb des niedergelassenen zahnärztlichen Bereichs zu etablieren. Hubertus Foester in Bonn, damals auch Pressechef des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und Verleger des Jahrbuch-Verlags, der für diverse Verbände Publikationen verlegte, gab zunächst auch ein Jahrbuch des BDIZ – damals noch ohne EDI – heraus. Schnell entwickelte sich der Ver-



Marianne Steinbeck

band sowohl bei den von ihm besetzten Themen als auch der Mitgliederzahl zu einer solchen Größenordnung, dass es einer periodischen Publikation bedurfte.

Daraus entwickelte sich dann eine ganz eigene Dynamik: Die Publikation und damit das Sprachrohr des Verbands trieb wiederum dessen Entwicklung weiter voran, dadurch verbreiterte sich erneut die thematische Plattform der Zeitschrift und deren Verbreitung – dieser Prozess dauert kontinuierlich an.

*Die orale Implantologie hat seit dieser Zeit einen rasanten Aufstieg erlebt. Hat sich das im „konkret“ widerspiegelt?*

Wenn ich Ihnen nur einmal die allererste Ausgabe zeige, fühle ich mich schon wieder 100 Jahre älter .... dabei waren wir damals berechtigt stolz darauf. Aber tatsächlich hat sich in den vergangenen 20 Jahren nicht nur die dentale Implantologie in Deutschland, sondern auch die





Drucktechnik enorm entwickelt, sodass das allererste BDIZ konkret heute wie eine nett gemachte Schülerzeitschrift anmutet. Damals waren wir topmodern! Auch die Anzeigen der Industrie, noch viele in schwarz-weiß, denn extra Farbe war richtig teuer, wirken heute knapp wie aus der „Gartenlaube“. Übrigens können Sie beim Durchblättern der Jahrgänge wirklich die Entwicklung der dentalen Implantologie sehr genau verfolgen: Berufspolitisch sehr spannend, aber auch fachlich, vom rein chirurgisch geprägten Konzept hin zum prothetischen, die zunehmenden Anforderungen an die Ästhetik und damit das Aufkommen von Gewebemanagement-Techniken, die immer anspruchsvolleren Implantatdesigns für spezifische Indikationen, mit denen sich Behandler in immer neue Bereiche vorwagen können, bis hin zum digitalen Workflow von heute. Sie erkennen auch deutlich, welche Dinge mal eine gewisse Zeit „gehyp’t“ wurden, und dann sang- und klanglos wieder in die Versenkung verschwanden – und natürlich auch die Geburtsstunde vieler heute enorm erfolgreichen Systeme und Techniken. Die 20 Jahrgänge BDIZ EDI konkret sind wie eine Genealogie der Implantologie in Deutschland.

**Aus dem BDIZ konkret wurde 2004 das BDIZ EDI konkret, was ist da „passiert“?**

Im Grunde war das ein weiteres Ergebnis des eingangs erwähnten kontinuierlichen Prozesses der Weiterentwicklung und gegenseitigen Befruchtung von Verbandstätigkeit und Magazin. Zu Beginn des neuen Jahrtausends zog der BDIZ EDI sehr früh die wichtige Konsequenz daraus, dass gesundheitspolitische und für den – nicht nur implantologisch tätigen – Zahnarzt und seine Berufsausübung wesentliche Entscheidungen nicht mehr in Berlin, sondern in Brüssel getroffen werden. Für die Durchsetzung standespolitischer Interessen bedarf es damit breit und auf europäischer Ebene aufgestellter Interessenverbände, die von gesundheitspolitischen Gremien und Entscheidungsträgern nicht mehr so einfach auf ihre kleinen nationalen Interessen herunter- und auseinanderdividiert werden können. Konsequenz daraus war nicht nur die Gründung der englischsprachigen, europaweit publizierten Schwesterzeitschrift EDI Journal, sondern auch die Öffnung des BDIZ zum BDIZ EDI – EDI für European Association of Dental Implantologists. Ein Mitglied



# SIC invent

## Die mit dem neuen Konus!

Patientenzufriedenheit  
– verkürzte Behandlungszeit

Sicherheit  
– durch Kaltverschweißung

Zementitis-Prävention  
– optional schraubenlose und zementfreie Prothetik



**SICvantage<sup>®</sup> max**

Reversible Morse  
Taper Verbindung



Schilli  
Implantology  
Circle



SIC invent Deutschland GmbH

T 0800 742 46 83 68 | contact.germany@sic-invent.com

www.sic-invent.com | www.my-sic.com

im BDIZ ist automatisch auch Mitglied in der EDI ebenso wie die Mitglieder in unseren Partnergesellschaften im Ausland. Nur logisch, dass sich dies auch im Titel der Mitgliederzeitschrift widerspiegeln sollte.

***Sie haben langjährige Erfahrung auf dem Fachzeitschriftenmarkt und kennen alle Publikationen im Dentalbereich. Welchen Stellenwert hat das BDIZ EDI konkret und wie hebt es sich von anderen Titeln ab?***

BDIZ EDI konkret hat insofern ganz klar ein Alleinstellungsmerkmal, als es die einzige berufspolitische Fachzeitschrift im Bereich der dentalen Implantologie ist. Wie ich immer in meinem Heimatdialekt zu sagen pflege: „Da geht's letztlich um die Pfeffermünzkes.“ Ein niedergelassener Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt dentale Implantologie kann in wissenschaftlicher Schönheit sterben, wenn das berufspolitische Umfeld ihm keine ersprießliche Ausübung seiner Tätigkeit erlaubt; auch die 500. Fortbildung wird mich nicht weiterbringen, wenn sich Kostenträger weigern, eine von mir dort so wunderbar erlernte Technik anzuerkennen, und alle Investitionen in Hightech und digitalen Workflow nutzen nichts, wenn sich anderentags neben mir am Marktplatz jemand niederlassen und sich einfach frisch „Golden Master of Dental Implantology“ nennen darf, obwohl er seine Kenntnisse in einem 24-Stunden-Crash-Kurs auf einer Kreuzfahrt erworben hat. Dessen Misserfolge wiederum fallen aber sehr wohl auf alle zurück, da binden sich gewisse Publikumsmedien sofort das Lätzchen um. Die Arbeit des BDIZ EDI in diesem ungebrochen so dynamischen Bereich ist enorm wichtig und ebenso natürlich deren Veröffentlichung. Wirklich maßgeblich implantologisch tätige Zahnärzte betrachten BDIZ EDI konkret absolut als Pflichtlektüre.

***Sie kennen die Dentalindustrie „von außen“ wie keine Zweite. Welche Entwicklungen zeichnen sich im Implantatmarkt ab?***

Ganz klar eine enorme Konzentration auf einige globale Player durch Zukäufe und

Verschmelzungen von Unternehmen – was ich übrigens nicht mit einhelliger Freude sehe. Die Pharmaindustrie, die diese Phase in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts durchlief, macht seit einiger Zeit wieder eine Rolle rückwärts, weil dort klargeworden ist, dass manche durch diese ausufernden Zukäufe entstandenen Giganten inzwischen unmanövrierbar geworden sind und vor allem auch den Kontakt zum Kunden verloren haben. Nun werden dort wieder kleine, wendige Units für spezifische Indikationen ausgekoppelt, damit der Anwender und auch Wissenschaftler aus Universität und Forschung wieder das Gefühl bekommen, sie würden mit ihren Bedürfnissen gehört. Daneben natürlich eine inzwischen wirklich spürbare Dynamik im digitalen Workflow und Zusammenschluss einzelner Komponenten zu einer geschlossenen Kette, die dem Zahnarzt dann aus einem Guss angeboten werden kann – und diesmal scheint sie durch die wirklich verlässlicheren Systeme, Geräte und Techniken tatsächlich realistisch. Das sehe ich als eine echte Revolution in den Praxen der nächsten Jahre – ob der Zahnarzt das nutzt, um sein Work-Life-Balance-Konto zugunsten von mehr Freizeit und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu füllen oder um mehr Patienten zu behandeln, bleibt ja seine und ihre Entscheidung. Und nicht zuletzt ein Trend zu einfacheren, gleichwohl probaten, aber kostengünstigeren und in Behandlungsdauer und -ablauf, aber auch in der späteren Pflege und Erhaltung für den oft eingeschränkten Patienten gut erhaltbaren Versorgung.

***Bei vielen deutschen Printmedien ist der Anzeigenmarkt völlig eingebrochen. Das sieht beim Fachmagazin „konkret“ völlig anders aus. Was ist Ihre Prognose für die Zukunft?***

Der Fachzeitschriftenmarkt hat schon einmal grundsätzlich eine andere Tradition als Publikumsmedien. Nach wie vor – und die Studie ist nicht aus unserer Anzeigenabteilung, sondern von einem neutralen Institut – bevorzugen der Zahnarzt und die Zahnärztin neben der

persönlichen Empfehlung durch Kollegen Printmedien für die Fortbildung. Wichtig ist ein glaubhaftes Umfeld, das ihm und ihr in der täglichen Praxis und bei wichtigen zu treffenden Entscheidungen wirklich hilft. Ich behaupte, keiner legt eine Ausgabe der BDIZ EDI konkret weg, ohne einen für ihn enorm wertvollen Abrechnungstipp, einen wichtigen Hinweis im Bereich der Praxisorganisation, der Patientenaufklärung, hinsichtlich forensisch brisanter potenzieller Fallstricke und auch ganz konkrete Leitlinien zu spezifischen Behandlungstechniken erhalten zu haben. Nicht zu vergessen, das gute Gefühl, mit diesem Medium eine starke Interessenvertretung nach außen zu tragen, die auch von Lobbyisten und Entscheidungsträgern in der Gesundheitspolitik, Publikumsmedien und anderen zahnärztlichen Interessengruppen wahrgenommen wird. Das ist ganz – wie der Titel sagt – konkreter Nutzen. Und das spürt auch die Industrie, die ihre Anzeigen in diesem Umfeld gut aufgehoben und wahrgenommen weiß. Das Thema Online decken wir über die Website des BDIZ EDI sehr gut ab; und für die nächste und mittlere Zukunft ist mir für Fachzeitschriften von einer Qualität wie BDIZ EDI konkret nicht bange.

***Wenn Sie mit drei Sätzen erklären müssten, was das BDIZ EDI konkret ausmacht, was würden Sie sagen?***

Einzigartiger Mix aus berufspolitischen und fachlichen Inhalten. Große Glaubwürdigkeit. Konkreter Lesernutzen. Das hätten Sie nun nicht gedacht, dass ich es wirklich schaffe, mich auf drei Sätze zu beschränken, was ...?

***Wir sind tatsächlich überrascht und bedanken uns sehr herzlich für dieses aufschlussreiche Interview.*** ■

Das Interview führte  
Chefredakteurin  
Anita Wuttke





# 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.

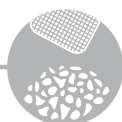
Weitere Informationen finden Sie unter  
[www.jointheev.de](http://www.jointheev.de)



STEPPS™



SIMPLANT™



SYMBIOS™



ANKYLOS™



ATLANTIS™

**ASTRA TECH  
IMPLANT SYSTEM**

XiVE

# „Was waren für Sie/für Ihr Unternehmen die herausragenden Ereignisse der vergangenen 20 Jahre im Bereich der oralen Implantologie?“

## Dipl.-Ing. Walter Esinger

Geschäftsführer Bego Implant Systems  
Bego Implant Systems GmbH



Wir gratulieren dem BDIZ ganz herzlich zum 20sten Geburtstag und wünschen weiterhin viel Erfolg. Aus der Medienwelt ist der BDIZ EDI mit den Titeln BDIZ EDI konkret und EDI Journal nicht mehr wegzudenken – und das ist gut so! Wir haben uns von Beginn an auf eine gute Medienpartnerschaft verlassen können; bis heute eine gute und richtige Entscheidung, auch für die Zukunft.

Mit dem BDIZ als Medienpartner konnten wir gezielt unsere rasante Entwicklung zu einem der Top-Anbieter der dentalen Implantologie „Made in Germany“ sowohl im nationalen Markt als auch auf der wichtigen europäischen Bühne ohne Streuverluste kommunizieren. Den konstruktiven und zielgerichteten Dialog mit dem BDIZ EDI und ganz besonders den Austausch mit Frau Marianne Steinbeck haben wir zu jeder Zeit gerne gesucht, genossen und gewinnbringend genutzt – weiter so.

Wir wünschen dem BDIZ EDI jetzt aufregende Feierlichkeiten und eine Fortsetzung seiner tollen Medienarbeit. Wir sind auch in der Zukunft gerne dabei!

## Andreas Nowak

Country Manager D/A/CH  
BTI Deutschland GmbH



Seit mehr als 10 Jahren begleitet BTI den BDIZ EDI und sein offizielles Mitglieder-magazin BDIZ EDI konkret.

Tatsächlich entdeckte die Zeitschrift *Dr. Eduardo Anitua* als Leiter des BTI – Biotechnology Institute damals mit, da die Redakteurin das erste Interview mit ihm zum damals im zahnmedizinischen Bereich neu vorgestellten PRGF-Verfahren auf Spanisch führen konnte. Neben dem PRGF-Verfahren zur Verbesserung der Gewebeheilung und -stabilität, das aktuell eine spannende Renaissance erlebt, haben wir über BDIZ EDI konkret auch viele andere Innovationen, für die BTI international bekannt ist, bei den Lesern vorgestellt.

BDIZ EDI konkret war uns stets ein wertvolles Medium, um unsere Zielgruppe der implantologisch spezialisierten Behandler punktgenau in einem glaubwürdigen und gut reputierten Medium zu erreichen, und wir freuen uns, mit besten Empfehlungen auch von *Dr. Eduardo Anitua* aus Vitoria, auf viele weitere gemeinsame Jahre.



## Peter Brehm

CEO  
bredent group



Wir gratulieren dem BDIZ EDI konkret sehr herzlich zum 20-jährigen Bestehen. Die Arbeit des Verbandes ist immer wichtiger geworden und schafft beispielsweise durch Qualitätsleitlinien und Konsensuspapiere einen Handlungsrahmen für Zahnärzte.

Auch unsere Sofortversorgungskonzepte sind zu unserer Freude mittlerweile dort bestätigt worden. Die Sofortversorgung ist das am stärksten wachsende Segment im Dentalmarkt. Unser Sofortversorgungskonzept hat inzwischen ihren Platz gefunden. Auch die Weiterentwicklung der Protokolle für Einzelzahnlücken mit der Sofortversorgung ist uns ebenfalls gelungen.

Wir freuen uns gemeinsam mit dem BDIZ EDI und dem konkret unsere auf innovativen Hochleistungskunststoffen basierenden Lösungen der bredent group noch weiter bekannt zu machen. Wir wünschen viel Erfolg für die nächsten 20 Jahre.

## Michael Ludwig

Geschäftsführer  
Camlog Vertriebs GmbH



In den vergangenen zwanzig Jahren hat die Kooperation aus Wissenschaft und Praxis die Implantologie zu einem absoluten Trend innerhalb der Zahnheilkunde werden lassen. Dazu hat auch der BDIZ EDI maßgeblich beigetragen. Er vertritt die Interessen auf berufspolitischer und wissenschaftlich-fachlicher Ebene und unterstützt seine Mitglieder in unternehmerisch-wirtschaftlichen Bereichen. In den vielen Jahren der Zusammenarbeit ist der BDIZ und das BDIZ EDI konkret Journal ein wertvoller Partner für uns geworden. Das Camlog-Team gratuliert sehr herzlich zum 20-jährigen Jubiläum und wünscht für die Zukunft weiterhin alles Gute.

Der Implantatmarkt befindet sich in einem Wandel. Nach einer Phase mit jährlich zweistelligen Wachstumsraten hat sich die Marktentwicklung für Dentalimplantate in Deutschland seit 2009 deutlich verlangsamt. Dennoch sehen wir das Potenzial für weiteres Marktwachstum grundsätzlich gegeben. Wir freuen uns sehr, die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem BDIZ EDI in den kommenden Jahren fortzusetzen.

## Prof. Dr. Rainer Hahn

Geschäftsführer  
Cumdente Dental Concepts



Bemerkenswert aus Sicht der Wissenschaft ist der Wandel von der chirurgischen zur prothetisch-dominierten Implantologie. Dazu beigetragen hat die Verbreitung der dentalen Volumetomografen, die der zahnärztlichen Bilddiagnostik eine neue Dimension eröffneten und erstmals eine Backward Planung von einer idealen prothetischen Versorgung auf ideal positionierte Implantate erlaubt. Interessant ist auch der zunehmende Konsens über Implantat-Design und Implantat-Konzept (Platform-Swicing) wobei wir bei den Implantatoberflächen in den kommenden Jahren noch wesentliche Fortschritte betreffend der Osseointegration, Biokompatibilität, Implantat-Prognose und Eindämmung periimplantärer Entzündungen erwarten.

Neu entwickelte Behandlungsverfahren, wie die photodynamische Therapie (PACT), ermöglichen die Indikation der Sofortimplantation auch in infizierten Alveolen und tragen dazu bei, die tickende Zeitbombe Periimplantitis zu entschärfen.

## Helge Vollbrecht

Geschäftsführer  
Dental Balance GmbH



Betrachten wir die Implantologie, ist doch zunächst die hohe Akzeptanz dieser Therapieform zu betonen. Die Erfolgsprognosen sind heutzutage sehr hoch und Patienten haben die Implantat-Therapie als anerkannte Methode zu schätzen gelernt. Das ist für mich eine herausragende Leistung, die wir alle – praktizierende Zahnärzte, Forschung, Industrie, Fachverbände wie der BDIZ EDI und Fachverlage – in den vergangenen zwei Jahrzehnten erbracht haben. Ich bin seit mehr als 20 Jahren im Bereich der Implantologie tätig und konnte diese Entwicklung hautnah verfolgen; zum Beispiel, wie sich die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Labor entwickelt hat. Hier arbeiten heutzutage Behandlungsteams eng zusammen und können so das Optimum für die Patienten erreichen. Das aus implantologischen Konzepten stammende Backward Planning ist mittlerweile in vielen prothetischen Therapien zum Standard geworden. Außerdem sind die digitalen Verfahren in der Implantologie zu erwähnen. Die Behandlungen sind damit vorhersagbarer und sicherer. Last, but not least: Implantat-Materialien und Implantat-Oberflächen! Hier hat die Forschung und Entwicklung wahre Höchstleistungen vollbracht.



**bti.**  
Human  
Technology

## WIE KANN IHNEN DIE **ENDORET® (PRGF®)-TECHNOLOGIE HELFEN?**

Mit der Endoret PRGF Technologie wird aus dem Patientenblut das Plasma isoliert, das Proteine zur Wundheilung und Geweberegeneration enthält. Dabei wird sowohl das Entzündungsrisiko von Infektionen als auch post-operativen Komplikationen verringert. Die Verwendung von Endoret PRGF garantiert eine nachweisliche Heilung, Schmerzlinderung und schnellere Genesung.

Besuchen Sie unsere Homepage [www.bti-biotechnologyinstitute.de](http://www.bti-biotechnologyinstitute.de) für weitere Informationen oder fordern Sie Ihre Infomappe direkt bei uns an.

Sie haben Fragen?

Gerne vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein persönliches Gespräch.

**Jetzt mit vereinfachtem Protokoll!**

**4.050 € zzgl. 19% MwSt.**

inkl. kostenloser Teilnahme  
am BTI Day 03.12.2016



PLASMATERM H®



SYSTEM IV ZENTRIFUGE

### ACHTUNG!

**2 Einheiten PRGF-Activator**



• Das Protokoll zur Gewinnung von wachstumsfaktorenreichem Plasma Endoret PRGF wurde optimiert.

• Ab sofort erfolgt die Aktivierung durch Zugabe von nur noch 2 Einheiten PRGF Activator (Skala Spritze BD Micro-Fine, entspricht 20µl) auf 1ml Plasma.

• Die Gebrauchsanweisung ist im Karton beigefügt.

### Das Starter Set beinhaltet:

- 1x KMU15 Kit mit Verbrauchsmaterial für 10 Anwendungen
- 1x System IV Zentrifuge
- 1x Plasmaterm H

#### Was sind die Vorteile?

- Erhöht die Erfolgsrate bei Implantatchirurgien
- Erleichtert die Herstellung von Transplantaten
- Bereiche mit geringer Knochenqualität regenerieren schneller
- Schmerzlinderung
- Konform mit allen klinischen und regulatorischen Anforderungen

#### Bei welchen klinischen Indikationen kann es verwendet werden:

- Post-Extraktionen
- Knöcherner Defekte
- Regeneration rund um Implantate
- Sinuslift
- periodontale Defekte





# Die Evolution hat einen Namen: **unicCa<sup>®</sup>**

Bildung eines  Blutkoagulums um ein unicCa<sup>®</sup>-Implantat



DIE OBERFLÄCHE DER NEUEN BTI-IMPLANTATSERIE UNICCA<sup>®</sup> WURDE CHEMISCH MIT CALCIUMIONEN MODIFIZIERT.

Hohe Adhäsion und Thrombozytenaktivierung  
**Reduziert die Regenerationszeit**

Osteogen

**Induziert die Bildung von Knochengewebe**

Prokoagulatorisch

**Bietet sofortige Stabilität**

Antibakteriell

**Signifikante Minimierung des Risikos einer Periimplantitis**

Elektropositiv, sauber und aktiv

**Aufrechterhaltung der superhydrophilen Eigenschaften**

Drei verschiedene Oberflächenrauigkeiten

**Optimale Anpassung an verschiedene Gewebearten und begünstigte Osseointegration**

## **CALCIUM IST DIE EVOLUTION**

Calciumionen spielen eine wesentliche Rolle bei allen biologischen Prozessen der Knochenregeneration.

Für weitere Informationen zur Oberfläche unicCa<sup>®</sup> von BTI scannen Sie diesen QR-Code ein.

[www.bti-biotechnologyinstitute.de](http://www.bti-biotechnologyinstitute.de)  
[info@bti-implant.de](mailto:info@bti-implant.de)



### **Wissenschaftliche Referenzen**

- Tejero R, Rossbach P, Keller B, Anitua E, Reviakine I. Time-of-flight secondary ion mass spectrometry with principal component analysis of titania-blood plasma interfaces. *Langmuir* 2013;29:902–12.
- Anitua E, Prado R, Orive G, Tejero R. Effects of calcium-modified titanium implant surfaces on platelet activation, clot formation, and osseointegration. *J Biomed Mater Res A* 2014;20072018:1–12.
- Sánchez-Illáduya MB, Trouche E, Tejero R, Orive G, Reviakine I, Anitua E. Time-dependent release of growth factors from implant surfaces treated with plasma rich in growth factors. *J Biomed Mater Res A* 2012;1–11.
- Anitua E, Tejero R, Zalduendo MM, Orive G. Plasma Rich in Growth Factors (PRGF-Endoret) Promotes Bone Tissue Regeneration by Stimulating Proliferation, Migration and Autocrine Secretion on Primary Human Osteoblasts. *J Periodontol* 2013;84:1180–90.

## Sandro Matter, PhD

CEO  
Dentalpoint AG



Die Dentalpoint AG ist ein junges Unternehmen, aber schon zehn Jahre alt. Vor mehr als 50 Jahren setzte Prof. Dr. Per-Ingvar Brånemark das erste Zahnimplantat, zeitgleich testete Prof. Dr. Sami Sandhaus ein Keramikimplantat aus Aluminiumoxid. Die Schweiz, Heimat von Zeramex, war immer schon ein wichtiges Land in der Implantologie. Mit der breiteren Verfügbarkeit von Zirkonoxid erwachte das Interesse der Implantologie an diesem Werkstoff erneut. Ästhetik und Weichgewebeverhalten waren die anfänglichen Treiber für ein rein keramisches System. Zeramex hat es mit viel Idealismus, Ausdauer, Hartnäckigkeit und Erfindergeist geschafft, ein zweiteilig reversibel verschraubbares, metallfreies System anzubieten, das in Sachen Ermüdungsfestigkeiten keine Vergleiche zu scheuen braucht. Eine wirkliche klinische Innovation.

Das Fachmagazin BDIZ EDI konkret ist ein toller Partner im gemeinsamen Bestreben von Medizinern, Technikern und Industrie die Welt der Implantologie noch besser zu machen als sie heute schon ist. Herzliche Gratulation zum Geburtstag.

## Dr. Karsten Wagner

Geschäftsführer  
Dentsply Sirona Implants Deutschland



In den vergangenen 20 Jahren durften wir eine rasante Entwicklung beobachten, in der die Implantologie zur etablierten Therapieform wurde. Einen großen Anteil daran haben forschende Unternehmen wie Dentsply Sirona Implants. Aufgrund einer kontinuierlichen Entwicklungsarbeit verfügen wir heute über ein großes Portfolio, in dem alle Produkte aufeinander abgestimmt sind. Aufgrund der Vielzahl an Anbietern im heutigen Implantatmarkt werden wissenschaftliche Studien und die Dokumentation des Langzeiterfolgs immer wichtiger als nachhaltige Grundlagen für implantologische Qualität. Auch der digitale Workflow hat die Implantologie revolutioniert und geht heute weit über CAD/CAM hinaus.

Wir freuen uns, dass der Verband und das BDIZ EDI konkret seit zwei Jahrzehnten unsere Arbeit begleitet. Als Industriepartner brauchen wir Medien, die den Wert von Innovationen würdigen können und eine Plattform für den Austausch mit Praktikern bieten. Wir freuen uns auf eine weiterhin rege, konstruktive und kritische Zusammenarbeit.

## Tobias Grosse

Bereichsleiter Implantologie  
Dentaurum Implants GmbH



Gratulation zum 20-jährigen Jubiläum des Journals BDIZ EDI konkret, eine wichtige Fachzeitschrift, die dem Dentalmarkt immer wieder interessante Veröffentlichungen, Beiträge sowie Informationen bietet.

Der europäische Markt ist für die Dentaurum Gruppe aufgrund seiner einheitlichen Zulassungsmodalitäten für Medizinprodukte und dem hohen Niveau der Anwender sehr attraktiv und wichtig, liefert er uns doch interessante Innovationsimpulse für zukünftige Entwicklungen, die am Hauptsitz in Deutschland umgesetzt und produziert werden. Dies betrifft alle von der Dentaurum Gruppe abgedeckten Bereiche, wie Kieferorthopädie, Zahntechnik, Keramik und Implantologie und den sich dadurch ergebenden Synergien. So wachsen bei uns im europäischen Markt zum Beispiel die beiden Bereiche Implantologie und Prothetik im Rahmen der Digitalisierung immer weiter zusammen und wir können optimale systemorientierte Lösungen für unsere Zielgruppen anbieten. Eine wesentliche Aufgabe der kommenden Jahre wird es sein, die guten Erfahrungen mit Aus- und Weiterbildungsprogrammen auf alle europäischen Länder zu übertragen.

## Thomas Schiffer

Geschäftsführung  
DZR



Der zahnärztliche Abrechnungsbereich der Dr. Güldener Gruppe, das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum (DZR), feiert 2016 ebenfalls ein Jubiläum. Seit 40 Jahren begleiten wir erfolgreich unsere Kunden rund um die Themen Ausfallschutz, Liquiditätssicherung, Abrechnung, Erstattung und Patiententeilzahlung in der zahnärztlichen Privatabrechnung. Als deutscher Marktführer in diesem Bereich konnten wir die Entwicklung des BDIZ EDI von Beginn an beobachten.

Vor 20 Jahren war es an der Zeit, die berufsständischen Vertretungen zu etablieren. Kontinuierliche Veränderungen im Gesundheitswesen und stete Anpassungen der Regularien benötigen ein starkes Sprachrohr. Die Gründung des BDIZ EDI kam deshalb genau zur richtigen Zeit und hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten einiges bewegt, sei es im berufspolitischen Bereich oder in der wissenschaftlich-fachlichen Ausgestaltung des Berufsfeldes.

Zu seinem 20. Jahrigem Jubiläum wünschen wir dem BDIZ alles Gute für die nächsten Jahrzehnte und stets ein glückliches Händchen.



## Dr. Thomas Braun

Geschäftsführer  
Geistlich Biomaterials



Die Entwicklung von praxistauglichen Materialien und Techniken zum Knochenaufbau haben die orale Implantologie wesentlich beeinflusst. Wurden die Implantate vor 20 Jahren noch dort inseriert, wo ortsständiger Knochen vorhanden war, so konnte mit der GBR Technik Knochen wieder aufgebaut und Implantate prothetisch orientiert platziert werden. Damit hat sich das Anwendungsspektrum der Implantate signifikant erhöht und das ästhetische Ergebnis konnte deutlich verbessert werden. Klinische Langzeitstudien in den vergangenen 20 Jahren bestätigen, dass der Einsatz von Geistlich Bio-Oss zur Augmentation der Kieferhöhle absolut vergleichbare Erfolgsraten liefert, wie der autologe Knochen. Dies hat wesentlich zum Patientenkomfort durch Vermeidung eines zweiten Eingriffs beigetragen und die Implantologie patientenfreundlicher gemacht.

Als langjähriges Mitglied des BDIZ, treuer Anzeigenpartner von BDIZ konkret und vor allem als interessierter Leser genießt dieses Magazin für uns einen sehr hohen Stellenwert und wir gratulieren herzlich zum 20-jährigen Jubiläum.

## Novica Savic

Leiter Division Dental Materials  
Heraeus Kulzer GmbH



Implantologie ist ohne Zweifel eines der spannendsten Felder innerhalb unserer Branche, kaum eine Entwicklung hat die Zahnheilkunde so geprägt wie Implantate. Sicherlich gab es in den vergangenen 20 Jahren eine Vielzahl an Innovationen, von denen Zahnärzte, Zahntechniker und natürlich auch Patienten profitiert haben: Hightech-Oberflächen, neue Implantatgeometrien, Guided Surgery und so weiter. Die für mich wichtigste Entwicklung ist jedoch die Tatsache, dass sich die Implantologie als Standardversorgung etabliert hat und dadurch einer breiten Masse an Patienten zugänglich wurde. Damit wurden völlig neue Möglichkeiten für die prothetische und ästhetische Versorgung eröffnet, was insbesondere für unser Unternehmen von Bedeutung ist. Nicht zu vergessen die Fälle, die ohne Implantate kaum behandelbar wären. Fachmagazine wie die BDIZ EDI konkret üben einen entscheidenden Einfluss auf die Etablierung solcher neuen Therapiemöglichkeiten aus, das haben Sie eindrucksvoll die vergangenen 20 Jahre gezeigt. Wir freuen uns auf die nächsten, sicherlich weiterhin spannenden 20 Jahre mit Ihnen.

## Michel Aulich

Geschäftsführer Hi-Tec Deutschland  
European Representative Hi-Tec



Auch Hi-Tec Implants aus dem hohen Norden gratuliert friesisch-herb dem Team, das jetzt voller Stolz auf 20 Jahre BDIZ EDI Konkret zurückblicken kann. Wahrscheinlich bin ich nicht nur der nördlichste, sondern auch der älteste Implantat-Vertreiber und habe die Dynamik und auch Turbulenzen des Marktes von Anfang an erleben können. Es wurden viele implantologische Gesellschaften gegründet, bisweilen einfach wegen zerstrittener Seilschaften einer anderen Organisation – der BDIZ EDI und sein offizielles Organ waren schon damals der einzige und wichtige Verband, der sich um die berufspolitischen Rahmenbedingungen kümmerte. Bei einigen heute bekannten Systemen durfte ich Starthilfe leisten. Vor 16 Jahren wagte ich einen Neustart mit dem Vertrieb von Hi-Tec Implants. Nur durch Medien wie BDIZ EDI konkret wurde Hi-Tec ein vertrauter Anblick als Anbieter bewährter und kostengünstiger, mit den führenden Systemen im Markt kompatibler Implantatsysteme. Nächsten Monat feiere ich meinen 70. Geburtstag, bin immer noch sehr rüstig im Geschäft, und wünsche dem BDIZ EDI konkret, dass es sich auch dereinst eines so hohen und vitalen Alters erfreuen kann.

## Robin Rocker

CEO  
mectron Vertriebs GmbH



Vor 20 Jahren kam mit dem BDIZ EDI konkret eines der wichtigsten Medien für die innovative und hochwertige Implantologie auf den Markt – nur ein Jahr später haben wir mit der Methode Piezosurgery den Bereich Knochenchirurgie revolutioniert.

Heute arbeiten wir seit 15 Jahren zusammen und konnten der zahnärztlichen Implantologie gemeinsam immer wieder entscheidende Impulse für die Zukunft geben. Als glaubwürdiges und renommiertes Medium ist das BDIZ EDI konkret für uns eine wichtige Basis, um den implantierenden Zahnärzten in Deutschland unsere innovativen Einheiten und Behandlungsmethoden vorzustellen, sie ausführlich zu erklären – und sie mithilfe des konstruktiven Feedbacks ständig weiter zu entwickeln.

Wir danken der Redaktion für die partnerschaftliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit – und freuen uns auf die nächsten erfolgreichen 20 Jahre.



# Die Zukunft der Zahnheilkunde **neu definieren**

Als sich Zimmer Dental und Biomet 3i 2015 zum Geschäftsbereich Dental von ZIMMER BIOMET zusammenschlossen, vereinigten sich 62 Jahre gemeinsamer Erfahrung in der zahnärztlichen Implantatologie und Parodontologie. Seit dem 1. Mai 2016 bietet der Dentalbereich von ZIMMER BIOMET auch seinen Kunden in Österreich ein deutlich vergrößertes Vertriebsteam und ein erweitertes umfassendes Produktportfolio. Mit visionären Lösungen, erstklassigen Fortbildungsmöglichkeiten und einem unvergleichlichen Service unterstützt ZIMMER BIOMET Zahnärzte dabei, hervorragende Ergebnisse für ihre Patienten und ihre Praxis zu erreichen.

## Forschung und Innovation – die DNA von ZIMMER BIOMET



Als Tochterunternehmen eines der größten muskuloskelettalen Unternehmen der Welt hat der Geschäftsbereich Dental von ZIMMER BIOMET Zugang zu bahnbrechenden Technologien, hervorragenden Talenten und umfangreichen Ressourcen. Von der Forschung und Entwicklung innovativer Lösungen profitieren Zahnärzte und Dentaltechniker und können effektiv auf die täglichen Anforderungen ihrer Praxis oder ihres Labors eingehen.

Foto: Trabecular Metal™ Implantat

## Umfassendes Produktportfolio – Lebensqualität schenken, das Leben verbessern.

Das zusammengeführte dentale Produktportfolio umfasst: Chirurgische Lösungen wie das Trabecular Metal™ Implantat und das 3i T3® Implantat, regenerative Materialien für die Behandlung von Hart- und Weichgewebe, vielfältige Prothetikkomponenten für alle Arten von Implantatrestaurationen und komplett digitale Lösungen für die Zahnheilkunde, die bestimmend sind für die Zukunft der dentalen Implantologie. Das regenerative Produkt-Portfolio von ZIMMER BIOMET umfasst allogene, xenogene und synthetische Knochenersatzmaterialien, Membranen und Wundverbände. In enger Zusammenarbeit unterstützt ZIMMER BIOMET seine Kunden dabei, die klinischen Herausforderungen in Praxis und Labor zu meistern.

Foto: Knochenersatzmaterialien der PUROS Familie und 3i T3® Implantat



## Fortbildungsangebote – Das Streben nach außergewöhnlichen Patientenergebnissen.



Wir verstehen, wie wichtig kontinuierliche Fortbildung für unsere Zahnärzte ist. Deshalb bieten die Zimmer Biomet Institute Fortbildungsmöglichkeiten von Weltklasseformat an Schulungseinrichtungen auf der ganzen Welt. Unsere fachgebietsbezogenen Kurse konzentrieren sich auf aktuelle und neu entwickelte zahnmedizinische Verfahren, Technologien und Produkte, mit deren Hilfe Praxis- und Laborteams die Anforderungen ihrer Patienten und Kunden übertreffen können. Allein im Jahr 2014 hat das Unternehmen zusammengenommen weltweit über 1.200 Fortbildungsprogramme veranstaltet und dabei mehr als 9.500 Zahnärzte geschult. ZIMMER BIOMET plant zusätzliche Standorte des Instituts und vergrößert damit weiterhin sein Engagement für ein hervorragendes Fortbildungsangebot.

Foto: Hands-On am anatomischen Modell im Zimmer Biomet Institute, Winterthur, Schweiz



ZIMMER BIOMET  
Your progress. Our promise.™

## 3i T3<sup>®</sup> Implantate



- **Modernes Hybrid Design mit Multilevel Topographie.**
  - Die OSSEOTITE<sup>®</sup> Oberflächentechnologie reduziert das Risiko für Periimplantitis an der koronalen Fläche des Implantats.
- **Integriertes Platform Switching reduziert den krestalen Knochenrückgang auf weniger als 0,37 mm.\*<sup>1</sup>**
- **Die Certain<sup>®</sup> SureSeal<sup>™</sup> Innenverbindung reduziert die Undichtigkeit im Mikrobereich durch enge Toleranzen der Verbindungen und eine maximale Erhöhung der Haltekräfte.**

<sup>1</sup> Östman PO<sup>1</sup>, Wennerberg A, Albrektsson T. Immediate Occlusal Loading Of NanoTite<sup>™</sup> PREVAIL<sup>®</sup> Implants: A Prospective 1-Year Clinical And Radiographic Study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar; 12(1):39-47. n = 102.

<sup>†</sup> Dr. Östman steht bis auf weiteres in einem finanziellen Vertragsverhältnis zu Biomet 3i LLC aufgrund seiner Referenten- und Beratertätigkeit sowie weiterer Dienstleistungen.

\* ein Knochenrückgang von 0,37 mm tritt nicht in allen Fällen auf.

Für weitere Informationen zu den 3i T3 Implantaten kontaktieren Sie bitte den für Ihre Region zuständigen Gebietsleiter.



## Alexander Scholz

geschäftsführender Alleingesellschafter  
medentis medical GmbH



Wir möchten Ihnen zuerst einmal recht herzlich zum 20jährigen Jubiläum gratulieren. Sie haben in der Vergangenheit hervorragende Arbeit geleistet und sind und waren immer ein wichtiger Gegenpol zu anderen Gesellschaften. Dazu möchten wir allen Menschen danken, die in der Vergangenheit und auch aktuell dazu beigetragen haben, dass Sie heute dieses Jubiläum feiern können.

Heute schon ist klar, dass der entscheidende Erfolgsfaktor zukünftig immer weniger das Implantatsystem sein wird, sondern der Chirurg. Denn die Erfolgsraten der modernen Implantatsysteme werden nur noch minimal durch technische Innovationen beeinflusst. Deshalb macht es uns besonders stolz, dass der Erfolg von medentis medical nicht nur auf technische Aspekte zurückzuführen ist, sondern insbesondere auch darauf basiert, dass sich begeisterte Anwender wie Chirurgen, Prothetiker und Techniker ICX-Produkte gegenseitig empfehlen.

In diesem Sinne freue ich mich auf viele weitere erfolgreiche Jahre der Zusammenarbeit mit dem BDIZ!

## Michael Wierz

CEO  
MIS Deutschland



### Implantologie mit BDIZ EDI konkret und MIS: 20 Jahre Fortschritt

Sowohl der technische Fortschritt als auch die medizinische Sicherheit und Wirtschaftlichkeit befindet sich in der Implantologie in einem steten Aufwärtstrend. Mehr als 1300 verschiedene Implantate sind derzeit erhältlich. MIS hat in den vergangenen 20 Jahren wesentlich zum Erfolg der Implantologie beigetragen. 2016 wollen wir unser Augenmerk noch bewusster auf Qualität und Service richten, damit nicht nur der hohe Status Quo erhalten bleibt, sondern die dentale Implantologie weitere entscheidende Entwicklungsschritte gehen kann – Hand in Hand mit dem BDIZ EDI konkret. Nicht nur mit ihren Beiträgen zu Abrechnungsfragen, gesundheitspolitischen Entwicklungen und Aktuellem aus Forschung und Wissenschaft hat das konkret dazu beigetragen, die Implantologie voranzubringen. Auch die sehr gute Übersicht zu neuen Produkten und Anwendungstechniken sowie die Beiträge internationaler Wissenschaftler sind für mich und die meisten unserer Kunden gernegelesene Rubriken. Vielen Dank, BDIZ EDI konkret!

## Helge Wolf

Geschäftsführer  
Neoss GmbH



Die zurückliegenden 20 Jahre brachten viele Innovationen in der dentalen Implantologie. Für Neoss war es die Zeit der Firmengründung. Durch langfristige Entwicklung, die sich auf die tägliche Arbeit der Praktiker in der Zahnmedizin konzentriert. Bei Neoss wird Forschung und Lehre groß geschrieben, und unser Versprechen ist es, eine bessere Zukunft für unsere Kliniker und deren Patienten zu schaffen, getreu unseres Mottos: Neoss – Science and Simplicity. Das Neoss System wurde so entworfen, dass es eine intelligente, rationelle und uneingeschränkte prothetische Auswahl bietet. Mit dem Konzept der „einen“ Plattform für alle Implantatdurchmesser, einem Schraubendreher und den anwenderfreundlichen Abformpfosten ist die prothetische Versorgung rationell und die Kommunikation zwischen Behandler und Techniker unmissverständlich.

Wir gratulieren dem BDIZ EDI konkret zum 20-jährigen Bestehen und freuen uns auf die nächsten 20 Jahre zusammen mit dem führenden europäischen Journal der dentalen Implantologie.

## Christian Berbalk

Regional Director & Geschäftsführer  
Nobel Biocare DACH



Wir gratulieren dem BDIZ EDI konkret herzlich zum 20. Jubiläum! Als einer der weltweit führenden Implantatanbieter wissen wir das BDIZ EDI konkret als hochwertiges Kommunikationsorgan des Verbands sehr zu schätzen. Unsere Interessen gehen Hand in Hand und kommen den implantologisch tätigen Zahnärzten und ihren Patienten synergetisch zugute. Die vergangenen 20 Jahre zurückblickend stellen wir fest: Der Verdrängungswettbewerb spitzt sich zu, die Patienten werden anspruchsvoller. Das ökonomische Umfeld ist fordernd. Wir bieten unseren Kunden daher eine echte Partnerschaft mit konkreten Anleitungen und Empfehlungen, praxisnah und unmittelbar in der Praxis umsetzbar.

Wir danken dem BDIZ EDI konkret für die hervorragende Redaktionsarbeit und die wertvolle Stütze, die es den implantologisch tätigen Zahnärzten bietet. Wir wünschen dem Team des BDIZ EDI konkret weiterhin viel Erfolg in den Bestrebungen, die zahnärztliche Implantologie auf höchstem Niveau stetig fortzuentwickeln und blicken der weiteren erfolgreichen Zusammenarbeit mit Freude entgegen.

## Alexander Keim

International Sales & Marketing Director  
Board Member, Omnia SpA



Die vergangenen 20 Jahre waren gekennzeichnet von sehr vielen außerordentlichen politischen und wirtschaftlichen Ereignissen und Geschehnissen, die auch auf die Entwicklung der oralen Implantologie Einfluss genommen haben. Trotz dieser verschiedenen Turbulenzen hat sich der Markt positiv entwickelt und sich sowohl den wirtschaftlichen als auch wissenschaftlichen Herausforderungen angepasst. Vom Standpunkt unseres Unternehmens waren diese Jahre gekennzeichnet von Investitionen in Innovation und Weiterbildung. Um international wettbewerbsfähig zu sein, ist es besonders wichtig, innovative Produkte und Lösungen für den implantologisch tätigen Zahnarzt zu entwickeln. Dies ist nur möglich, wenn man aktiv mit Zahnärzten, Universitäten und Verbänden sowie den Medien zusammenarbeitet und sich täglich mit den Problemen, Wünschen und Herausforderungen der Kunden befasst. In diesem Sinne wird auch weiterhin, wie in den vergangenen 20 Jahren, das BDIZ EDI konkret für uns ein wichtiger Partner und Zugang zu Informationen und Entwicklungen sein. Deshalb herzlichen Glückwunsch zum 20-jährigen Jubiläum und weiterhin viel Erfolg!

## Jochen Kusch

Geschäftsführer  
Sicat GmbH



Zurückblicken auf die letzten zwei Jahrzehnte orale Implantologie, das bedeutet für uns auch zurückzuschauen auf die individuelle Erfolgsgeschichte unseres Unternehmens. *Dr. Joachim Hey* und ich waren ursprünglich als Ingenieure bei Siemens tätig und verantworteten die Entwicklung und Vermarktung des weltweit ersten 3D-Bogens für die navigierte Trauma- und Wirbelsäulenchirurgie. Daraus entstand die Geschäftsidee, eine 3D-Lösung für den Dentalbereich zu entwickeln – für uns der Startschuss der Sicat-Erfolgsgeschichte, die wir mit Sirona und dem Center of Advanced European Studies and Research (caesar) als Partner auf den Weg brachten. Die Erweiterung unserer Produktpalette demonstriert heute nachhaltig unsere Innovationsführerschaft. Was im Bereich orale Implantologie so erfolgreich funktioniert, digitale Technik intensiv voranzutreiben, wird erfolgreich fortgesetzt. Bei der Produktentwicklung kooperieren wir dabei stets eng mit der Zahnklinik der Universität Köln. Nicht zuletzt auch durch diese Zusammenarbeit sind wir von Anfang an mit dem BDIZ EDI gewachsen.

## Dr. Michael Peetz

Executive Management and Board  
Member, ReOss GmbH



Innovationskraft muss der eigentliche Antrieb zum Erfolg sein in einem Technologie getriebenen, globalen Markt wie der oralen Implantologie. In all meinen Leitungsfunktionen bei Geistlich Biomaterials, der Osteology Foundation, der Camlog Biotechnologies und nun auch bei der ReOss GmbH war dieser Grundsatz letztlich der Schlüssel zum Erfolg. Mit dem Erfolg der Osseointegration von Zahnimplantaten wurde in den 90iger Jahren der Grundstein für die Implantologie geschaffen. Der Durchbruch von Bio-Oss als goldener Standard in der Knochenregeneration hat den implantologischen Markt entscheidend verändert. Resorbierbare Membranen haben die Operationen zum Knochenaufbau erleichtert. Und die Digitalisierung mit bildgebenden Verfahren, 3D-Designing und nachfolgendem 3D-Druck lassen heute mit der neuen Technologie der ReOss GmbH sogar exakt planbare Knochenaufbauten auf patientenspezifischer Basis Realität werden. Das Fachmagazin BDIZ EDI konkret hat uns dabei mit kompetenter Berichterstattung fortwährend unterstützt, diese Innovationen verständlich dargestellt und damit einen Teil zum Erfolg beigetragen.

## Hjalmar Stemmann

Inhaber und Gründer  
steco-system-technik



Ist es ein Zufall, dass BDIZ EDI konkret und Steco im gleichen Jahr ihr zwanzigjähriges Bestehen feiern? Sicherlich ja. Kein Zufall ist es hingegen, dass Steco seit 20 Jahren in BDIZ EDI konkret inseriert. Wir haben im offiziellen Mitgliedermagazin des BDIZ EDI von Anfang an eine ideale Plattform gefunden, um unsere innovativen Produkte den implantologischen Fachkreisen vorzustellen. Die dentale Implantologie hat in den vergangenen 20 Jahren eine zu Beginn nicht für möglich gehaltene dynamische Entwicklung an den Tag gelegt. Der BDIZ war und ist die berufspolitische Klammer, die die zum Teil widerstreitende Interessen anderer Vereinigungen zusammenhält. Das Magazin BDIZ EDI konkret wird wahrgenommen, das merken wir an der Resonanz auf unsere Anzeigen und Veröffentlichungen. So konnten wir das Interesse an der Magnetverankerung von Totalprothesen nicht nur wecken, sondern durch innovative Weiterentwicklungen auch wachhalten. BDIZ EDI konkret ist immer ein guter Weg, um mit Implantologen zu kommunizieren. Wir gratulieren zum Jubiläum und freuen uns auf den nächsten gemeinsamen runden Geburtstag in fünf Jahren.



## René Garo

Geschäftsführer  
Straumann Deutschland



### Herzlichen Glückwunsch!

BDIZ EDI konkret erscheint seit 20 Jahren und hat sich als anspruchsvolle Kommunikationsplattform etabliert. Als Herausgeber dieses Fachmediums versorgt der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte seine Mitglieder mit Aktuellem aus Forschung und Wissenschaft sowie Weiterbildung auf hohem Niveau. Als Industrieunternehmen schätzen wir es sehr, dass Meldungen zu neuen Produkten und Anwendungstechniken wirkungsvoll ihren Platz finden.

Die Implantologie war in den vergangenen Jahren einer der wichtigsten Innovationsträger der Zahnmedizin und das Tempo ist nach wie vor hoch. Im Zentrum der gegenwärtigen Entwicklungen steht klar die Digitalisierung. Intraorale Abformung, 3D-Diagnostik, geführte Chirurgie und CAD/CAM-gefertigte Prothetik sind richtungsweisende Entwicklungen.

Gerne halten wir die Leser mit Neuigkeiten von Straumann auf dem Laufenden. Wir wünschen dem Redaktionsteam weiterhin viel Erfolg und gratulieren zum Jubiläum.

## Gerald Barth

Mitglied der Geschäftsleitung  
Thommen Medical AG



Vor 20 Jahren, dem Geburtsjahr der BDIZ konkret haben wir, ausgehend von einer damals schon zehnjährigen Implantatverbindung, ein zylindrisches Implantatsystem entwickelt und in den Markt eingeführt. Seither haben wir unser Portfolio mit vielen Produkten ergänzt, die Einfachheit des Systems dabei aber nicht aus den Augen verloren. Gleichzeitig haben wir Thommen Medical zu einem global tätigen Unternehmen mit eigener Forschungs- und Entwicklungsabteilung ausgebaut. Unsere Qualitätsprodukte produzieren wir in der eigenen Fertigungsstätte in der Schweiz. Über all die Jahre haben wir unsere enge Bindung mit der heute um das wichtige europäische „EDI“ erweiterten BDIZ EDI konkret kontinuierlich auf- und ausgebaut.

Rückblickend war diese Zeit geprägt von einem wachsenden Verständnis der biologischen Prozesse rund um die Implantation, die Osseointegration und die Langlebigkeit einer Versorgung.

Über all diese Jahre sind wir nicht nur dem BDIZ EDI konkret, sondern auch unserem Ursprung stets treu geblieben, genau das wollen wir auch in Zukunft tun.

## Roland Gruber

Leitung Marketing und Vertrieb AT/DE  
W&H Deutschland GmbH



Der Name W&H ist eng mit der Entwicklungsgeschichte der Implantologie verbunden. Schon in den Anfangsjahren der Implantologie gelang es uns, mit innovativen Chirurgie-Einheiten wichtige Benchmarks am Dentalmarkt zu setzen. Die enge Zusammenarbeit mit den Anwendern, unseren Partnern und den Implantat-Herstellern war dabei stets eine wichtige Voraussetzung für unseren Produkterfolg. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

Von rotierenden Systemen bis hin zu schwingenden Einheiten im Bereich der Piezochirurgie decken wir ein breites technologisches Spektrum ab. Unsere Chirurgie-Geräte gehören zum State-of-the-Art. Sie stehen für Verlässlichkeit und eine einfache Bedienung – wichtige Produkteigenschaften, die auch aktuell im W&H Entwicklungsfokus stehen. Klare Aufgabe ist es, den Implantationsprozess genauestens zu kennen, um künftig noch mehr Sicherheit zu schaffen. Um dies konsequent weiterzuführen, werden wir auch in Zukunft auf die Impulse der Endanwender setzen, die uns immer wieder einen wertvollen Anstoß für Innovationen liefern.

## Krista Strauß

Geschäftsführerin Dentalbereich DACH  
Zimmer Biomet



Seit 20 Jahren dokumentiert und kommentiert BDIZ EDI konkret die spektakuläre Entwicklung der Implantologie mit Weitblick und Sachverstand. In dieser Publikation kommen Forschung, Entwicklung und Praxis zusammen, und das macht sie so wertvoll.

Als sich Zimmer Dental und Biomet 3i 2015 zum Geschäftsbereich Dental von Zimmer Biomet zusammenschlossen, vereinigten sich 62 Jahre gemeinsamer Erfahrung in der zahnärztlichen Implantatologie und Parodontologie sowie ein umfassendes Produktspektrum: Chirurgische Lösungen wie das Trabecular Metal Implantat und das 3i T3 Implantat, regenerative Materialien für die Behandlung von Hart- und Weichgewebe, vielfältige Prothetikkomponenten für alle Arten von Implantatrestitutionen und komplett digitale Lösungen.

Visionäre Produkte, erstklassige Fortbildungsmöglichkeiten und ein unvergleichlicher Service, damit unterstützt Zimmer Biomet Zahnärzte dabei, hervorragende Ergebnisse für ihre Patienten und ihre Praxis zu erreichen.



IPS **e.max**<sup>®</sup>

SIE SUCHEN  
DIE **PERFEKTE LÖSUNG**  
FÜR **INDIVIDUELLE**  
**ÄSTHETISCHE ABUTMENTS?**



## **IPS e.max ABUTMENT SOLUTIONS**

**HYBRID ABUTMENTS UND HYBRID ABUTMENT-KRONEN  
AUS LITHIUM-DISILIKAT**

Zahnfarbenes Keramik-Abutment + hochfestes Lithium-Disilikat + individuelle Therapiemöglichkeit

- IPS e.max Press: Individuell gepresst in Ihrem Labor
- IPS e.max CAD: Individuell hergestellt mit dem CEREC-System\*

\*CEREC ist ein eingetragenes Warenzeichen der Firma Sirona



Zahnärztliche Informationen hierzu unter: [www.ivoclarvivadent.de/emaxcad-abutment](http://www.ivoclarvivadent.de/emaxcad-abutment)



[www.ivoclarvivadent.de](http://www.ivoclarvivadent.de)

Ivoclar Vivadent GmbH

Dr. Adolf-Schneider-Str. 2 | D-73479 Ellwangen, Jagst | Tel. +49 7961 889 0 | Fax +49 7961 6326

**ivoclar**  
**vivadent**<sup>®</sup>  
passion vision innovation

## Neue S2K-Leitlinie

# Erste Leitlinie zum dentalen Trauma

**Für die Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne gibt es eine erste deutsche S2K-Leitlinie, die nach fast vier Jahren Arbeit der beteiligten Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände – darunter der BDIZ EDI – jetzt vorliegt. Weltweit existiert bislang keine Leitlinie zum dentalen Trauma auf Basis aktueller sowie akzeptierter Vorgaben und Kriterien (AWMF, SIGN).**

Nach Angaben des Leitlinien-Koordinators *Prof. Dr. Dr. Dirk Nolte* (Ruhr-Universität Bochum) haben die Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände, die in die Leitlinienentwicklung eingebunden waren, Methoden zur Formulierung der Empfehlungen klar beschrieben und die Beschreibung zum methodischen Vorgehen – der sogenannte Leitlinien-Report – hinterlegt. Jede Empfehlung wurde im Rahmen einer strukturierten Konsensfindung unter neutraler Moderation diskutiert und abgestimmt. Dieser Prozess hat bis zum Ergebnis fast vier Jahre gedauert.

In Deutschland gab es laut *Prof. Nolte* (DGMKG) bisher keine von allen Fachgesellschaften anerkannte Leitlinie zur Behandlung des dentalen Traumas. Inter-

ationale Empfehlungen liegen nach Angaben von Seiten der IADT (International Association of Dental Traumatology) in aktualisierter Form vor [Andersson, 2012; Diangelis, 2012; Malmgren, 2012], deren methodische Qualität jedoch unklar sei. Zu Avulsionen permanenter Zähne bei Kindern existiere zwar eine britische Leitlinie [Day, 2012], die jedoch von nur zwei Autoren erstellt wurde. Aufgrund dieser Situation wurde unter Federführung der DGZMK sowie der DGMKG eine deutsche Leitlinie zur Behandlung des dentalen Traumas bleibender Zähne in Zusammenarbeit von insgesamt 19 Fachgesellschaften erstellt, die am 31. Mai 2015 auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) online gestellt wurde.

## Arbeitsgruppe aus 19 Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände

Für den BDIZ EDI arbeitete *Christian Berger* an der Entwicklung der Leitlinie mit. Die Fachgesellschaften und Organisation, die in diesen Prozess eingebunden waren: DGZMK, DGMKG, AGKi, ARGE Zahntrauma in der ÖGZMK, ARö, BDIZ EDI, BDO, BUKiZ, BZÄK, DGET, DGFDT, DGI, DGKIZ, DGKFO, DGPro, DGZ, FVDZ, KZBV, VDZE, ZZQ.

*Prof. Dr. Dr. Nolte:* „Die neue Leitlinie betrifft alle Patienten mit unfallbedingten Verletzungen an bleibenden Zähnen im Wechsel- und/oder im bleibenden Gebiss und schließt damit die Traumatologie der Milchzähne aus. Angemerkt werden muss, dass die Qualität der Evidenz aus klinischen Studien zum Versorgungsaspekt Zahntrauma niedrig bis sehr niedrig ist (Evidenzlevel III-IV). Aus diesem Grund sind die in der Leitliniengruppe formulierten Empfehlungen als Therapieoptionen beziehungsweise Behandlungsvorschläge („Soll“, „Sollte“ sowie „Kann“) zu verstehen.“

AWU

The screenshot shows the AWMF online portal. At the top, there is a navigation bar with 'AWMF online' and 'Das Portal der wissenschaftlichen Medizin'. Below this, there are tabs for 'Die AWMF', 'Fachgesellschaften', 'Leitlinien', 'Forschung & Lehre', 'Medizin, Versorgung', and 'Service'. The main content area features a large image of a network diagram and a section titled 'Wir über uns' which describes the AWMF as a working community of scientific and medical societies. Below this, there is a list of recent publications and a 'Download' button.

Download



Die S2K-Leitlinie steht unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org)  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/083-004\\_S2k\\_Dentales\\_Trauma\\_bleibende\\_Z%C3%A4hne\\_Therapie\\_2016-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-004_S2k_Dentales_Trauma_bleibende_Z%C3%A4hne_Therapie_2016-05.pdf)





Schnell attraktive  
Preise sichern!  
Kostenlose Hotline:  
**0800-2028-000\***

\*Kostenfreie Service-Hotline aus dem deutschen Festnetz. \*\* Nach Ihrer Freigabe des Planungsvorschlages.

BEGO Implant Systems – Navigierte Chirurgie einfach günstig

## Die neuen BEGO Guide Bohrschablonen

- Schnell: Lieferung der Bohrschablone innerhalb weniger Tage\*\*
- Komfortabel: Einfach zu bedienendes Orderportal
- Unabhängig: keine Software erforderlich

Weitere Infos unter [www.bego.com](http://www.bego.com)



Miteinander zum Erfolg



Antikorruptionsgesetz seit 4. Juni 2016 in Kraft

# Unübersichtliches Dickicht

**Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (kurz: Antikorruptionsgesetz) ist nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 4. Juni 2016 in Kraft getreten. Bis zuletzt hatte Uneinigkeit zwischen Gesundheitspolitikern von der SPD, den Grünen, der Linken und dem Rechtsausschuss geherrscht. Dabei ging es um die vom Rechtsausschuss konsentrierte Streichung des Verweises auf das Berufsrecht aus dem Regierungsentwurf. Ärzte- und Zahnärzterverbände hatten die Streichung begrüßt.**

Das Antikorruptionsgesetz bedeutet eine deutliche Verschärfung für Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung. Schon bisher nicht erlaubte Handlungen werden in zwei neue Paragraphen im Strafgesetzbuch (StGB) gefasst: §§ 299a (Bestechlichkeit) und 299b (Bestechung). Bestraft werden Vorteils-gewährung und -nahme für die unlautere Bevorzugung eines Anbieters im Wettbewerb in Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln und von Medizinprodukten sowie Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial. § 299a betrifft insbesondere Ärzte und Zahnärzte.

Während Ärzte und Zahnärzte die volle Wucht der Strafverfolgung trifft, mit bis zu fünf Jahren Haft bei besonders schweren Fällen, ist beispielsweise die Arzneimittelabgabe von Apotheken ausgenommen. Auf die Ungleichbehandlung, ausgewählte Personengruppen im Gesundheitswesen in den Fokus der Strafverfolgung zu stellen, hatte der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) im August 2015 mit einem alternativen Gesetzentwurf reagiert, der nicht Personengruppen, sondern unerwünschte Verhaltensweisen anprangert und rechtssichere Freiräume für die Berufsausübung fordert. Erreicht wurde von Ärzte- und Zahnärzteschaft immerhin, dass der Verweis auf das Berufsrecht aufgrund erheblicher verfassungsrechtlicher Bedenken im Rechtsausschuss gestrichen wurde.

## Warum zwei Strafrechtsnormen?

Um die Zahnärzte für das Thema zu sensibilisieren, informierte der BDIZ EDI bisher mit zwei Veranstaltungen im Februar die Zahnärzte und die Dentalindustrie über die Inhalte des Gesetzes. Als Referent diskutierte RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak mit den Teilnehmern über das Ausmaß dessen, was den Zahnarztpraxen und Dentalfirmen in Zukunft drohen kann.

Prof. Dr. Ratajczak kennt wie kein zweiter die Fallstricke, die die neuen Strafrechtsnormen mit sich bringen. Der Gesetzgeber hatte im „alten“ § 299 StGB eine „Strafbarkeitslücke“ erkannt. Bisher habe man „nur“ Angestellte in einer Klinik oder der Praxis, also Mitarbeiter, angestellte Zahnärzte und sogenannte Scheingesellschafter, als bestochene Personen im Sinne von § 299 verfolgen können. Der Praxisinhaber war davon ausgenommen. Zukünftig spaltet sich der Paragraph laut Ratajczak in zwei Normen auf: Während die Bestechlichkeit in § 299a StGB jene betrifft, die sich bestechen lassen (Betroffene: nur Angehörige von Heilberufen), kann die aktive Bestechung in § 299b StGB auch Heilberufsangehörige als Täter betreffen, beispielsweise als Zuweiser. Auf den Punkt gebracht könne nach Inkrafttreten des Antikorruptionsgesetzes jeder Zahnarzt, der Vorteile „fordert“, „sich versprechen lässt“ oder „annimmt“ wegen Bestechlichkeit belangt werden, so Ratajczak.

## Betrug, Beihilfe, Anstiftung

In einem Interview in der DZW weist Prof. Dr. Ratajczak darauf hin, dass nahezu alle heute schon verbotenen und ab sofort unter die besondere Strafandrohung der Paragraphen 299a und 299b StGB gestellten Verhaltensweisen Straftatbestände erfüllen. Der Zahnarzt, der Rabatte auf Implantate nicht weitergibt oder Rückvergütungen seines Dentallabors einstreicht, macht sich des Betrugs nach Paragraph 263 StGB schuldig. Der Hersteller, der ihn dabei unterstützt oder ihn auf diese Idee bringt, macht sich der Beihilfe beziehungsweise Anstiftung schuldig. Derjenige, der einem Angehörigen der akademischen Heilberufe nach dessen Berufsrecht unzulässige Vorteile zuwendet und diese als Betriebsausgaben deklariert, macht sich wegen Verstoßes gegen Paragraph 4 Absatz 5 Nummer 10 Einkommensteuergesetz (EStG) der Steuerhinterziehung schuldig. Derjenige Heilberufler, der ihm so zugewendete Vorteile in seiner Steuererklärung nicht als Einkünfte deklariert, ebenso. „Ich befürchte, es handelt sich hier, wie so häufig in jüngerer Zeit, um ein Gesetz, das man wohl vor allem mit dem Unbehagen der Gesetzesschaffenden erklären muss, nicht mit rationaler Notwendigkeit“, so Ratajczak im Interview.

## Was ist noch erlaubt?

Was genau künftig noch erlaubt und was verboten ist, wird für die akademischen





Heilberufe immer unübersichtlicher. Das Gesetz soll laut BDIZ EDI-Justiziar den Wettbewerb schützen. Dabei spielt der Paragraph 7 Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) eine wesentliche Rolle. Zahnärzte und Ärzte kennen diese Norm gar nicht. „Man kann erwarten, dass sich ein Angehöriger der Heilberufe mit dem Behandlungsbe-reich so weit auskennt, dass er weder Behandlungs- noch Aufklärungsfehler begeht. Aber von ihm zu verlangen, sich im Wettbewerbsrecht auszukennen, geht meines Erachtens entschieden zu weit“, sagt Professor *Ratajczak*. Leider sind sei-nes Erachtens auch die Fragen zum HWG nicht geklärt. Darf eine Firma einen Kon-gress bei den Cateringkosten sponsern und wenn ja, wie hoch? Ist es Korruption, wenn auf einem Kongress die in der Regel auf Messeständen angebotenen Produk-

te gekauft werden, wenn der Hersteller dem Kongressausrichter „unzulässige“ Vorteile gewährt hat, die irgendwie dem Kunden zugutekommen? *Ratajczak* rät, sich bei aller gesetzlichen Unübersicht-lichkeit an die Grundprinzipien der Com-pliance zu halten:

- **Trennungsprinzip:** Zuwendungen dür-fen nicht im Zusammenhang mit Be-schaffungsentscheidungen stehen.
- **Transparenzprinzip:** Jede Zuwendung und Vergütung muss offengelegt wer-den.
- **Äquivalenzprinzip:** Leistung und Gegen-leistung müssen in einem angemesse-nen Verhältnis stehen.
- **Dokumentationsprinzip:** Alle Leistun-gen müssen schriftlich festgehalten werden. ▶

AWU

### Unterstützung und Aufklärung

Unterstützung seitens des BDIZ EDI gibt es bereits mit der Broschüre „Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“, die der BDIZ EDI in seinem Internetshop anbietet. Hier gibt es auch die Compliance-Erklärung. Noch in diesem Jahr wird der Verband weitere Workshops mit *Prof. Dr. Ratajczak* anbieten. Die Termine und Veranstaltungsorte werden rechtzeitig bekanntgegeben.



## Drei Fragen an BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak

**Wie die Änderungen am neuen Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zu bewerten sind, erläutert BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Fachanwalt für Medizinrecht und Sozialrecht.**

**Wie bewerten Sie die Streichung des Berufsrechtspassus? Sollen damit die akademischen Heilberufe und Kritiker des Regierungsentwurfs ruhigestellt werden?**

Nein, so würde ich das nicht formulieren. Ich denke, dass man die Berechtigung der Kritik aus der Ärzte- und Zahnärzteschaft, auch des BDIZ EDI, an den vorgesehenen Regeln erkannt hat. Es hätten sich angesichts der teilweise großen Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsordnungen sonst groteske Konstellationen ergeben. Wenn wir von Strafrecht sprechen, sollte man Regeln aufstellen, die man auch befolgen kann. Das wäre mit der vorgesehenen Berufsrechtsanbindung nicht möglich gewesen. Man denke nur an die Hersteller: Wie sollen die allein die 85 Berufsordnungen der akademischen Heilberufe beachten? Wir haben es hier meist mit mittelständischen Unternehmen und nicht mit internationalen Großkonzernen zu tun.

**Was halten Sie davon, Korruption im Gesundheitswesen als Offizialdelikt zu verorten, was den Strafantrag dann künftig überflüssig macht?**

Das halte ich für richtig, weil es den sonst entstehenden Druck auf die Kammern und K(Z)Ven nimmt. In der Praxis

macht das ohnehin keinen erkennbaren Unterschied, da es sich ja um kein echtes Antragsdelikt handeln sollte. Die Staatsanwaltschaften hätten auch nach dem bisherigen Entwurf tätig werden dürfen, wenn sie das öffentliche Interesse bejahen, und werden sicher künftig nicht ernsthaft tätig, wenn sie das öffentliche Interesse verneinen. Aus den Gesprächen mit Staatsanwälten zeichnet sich das erwartete Bild ab: Sie werden sich zunächst mit den „dickeren Fischen“ befassen.

**Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie insgesamt mit dem Ergebnis?**

Ich bin damit nicht zufrieden. Vom Grundsatz her halte ich es nach wie vor für falsch, einen Bereich unter Strafanzeige zu stellen, in dem zivil- und wettbewerbsrechtlich noch so viele Fragen ungeklärt sind, etwa zum nach § 7 des Heilmittelgesetzes unzulässigen Handelns. Es ist schon nicht einzusehen, warum die Heilberufe sich um den Schutz des Wettbewerbs unter Pharmafirmen und Herstellern überhaupt kümmern sollen. Die Anlehnung der gesetzlichen Neuregelung an den bestehenden § 299 StGB verkennt, dass dessen Schutzzweck primär der Arbeitgeber



Prof. Dr. Thomas Ratajczak

des untreuen, Firmengeheimnisse etc. verratenden Angestellten ist. Das passt auch ansatzweise nicht auf den selbstständigen Heilberufler. Aber diese Fragen mit Staatsanwälten und Strafgerichten klären zu müssen, erscheint mir ziemlich abwegig zu sein. Wenn man in diesem Bereich als Gesetzgeber aktiv werden wollte, hätte es sich angeboten, dass die Staatsanwälte ihre Ergebnisse den Kammeranwälten zur Verfügung stellen und die Verfahren dann vor den Berufsgerichten laufen, soweit es solche gibt. Damit wäre zum einen der Sachkontext zu den Heilberufen hergestellt, zum anderen gewährleistet, dass die Richter mit der Sachmaterie vertraut sind. Dass Letzteres bei Strafgerichten selten der Fall ist und noch seltener diese Situation offenlegen, macht mir am meisten Sorgen.

**Vielen Dank für das Interview.** ■

Das Interview führte  
Anita Wuttke.



**SAVE THE DATE**  
**BRENT GROUP DAYS**  
**BARCELONA**  
23. - 24. September 2016

# HELBO<sup>®</sup>

## PHOTODYNAMISCHE THERAPIE

**Beherrscht bakterielle Infektionen**

„Erfolg seit über 15 Jahren wissenschaftlich belegt“

HELBO<sup>®</sup> antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT),  
bewährt im Erhalt von Zähnen und Implantaten.  
**Keine Schmerzen. Keine Nebenwirkungen. Keine Resistenzen.**

- **Sicher** | HELBO<sup>®</sup> - Einzigartiges System mit sterilen Komponenten.
- **Erstattungsfähig** | HELBO<sup>®</sup> - Erfüllt die Abrechnungskriterien der DKV.
- **Delegierbar** | HELBO<sup>®</sup> - Zahlt sich aus.

Mehr Informationen zur patientenfreundlichen  
HELBO<sup>®</sup>-Therapie direkt vom Marktführer telefonisch  
unter 0 62 27 / 5 39 60-0.

 **AKTIONSBÜNDNIS**  
gesundes Implantat



**40** YEARS DENTAL INNOVATIONS  
1 9 7 4  
2 0 1 4

bredent group



Deutscher Ärztetag in Hamburg: Es ging nicht nur um die GOÄ

## „Reset“ gedrückt

**Die Körperschaften der Ärzte stehen im Kreuzfeuer herber öffentlicher Kritik. Die Systemgegner, allen voran der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach, fordern angesichts der Skandale um das Finanzgebaren in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Stocken der GOÄ-Reform schon den direkten staatlichen Durchgriff und damit das Ende der Selbstverwaltung. Die Spitzen der Körperschaften scheinen gelähmt, die Basis verunsichert und die gewählten Vertreter in sich gespalten. Ist der Ärztetag in Hamburg und die vorgeschaltete Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits eine Art Götterdämmerung der Körperschaften oder ein Wendepunkt für eine Neuorganisation?**

BÄK-Präsident *Dr. Frank Ulrich Montgomery* gibt sich in seiner Eröffnungsrede reumütig und gelobt gegenüber den Delegierten Besserung bei der Kommunikation und mehr Transparenz bei den Verhandlungen zur GOÄ. Das Schuldbekenntnis des obersten Mediziners zu Beginn des diesjährigen Ärztetags in Hamburg war unüberhörbar. So verspricht *Montgomery* den Reset-Knopf zu drücken. Zu massiv der Widerstand der Berufsverbände, zu laut der Protest an der Basis gegen die Hinterzimmerpolitik des BÄK-Vorstandes. Gerade noch rechtzeitig zieht der BÄK-Chef die Notbremse, um den eigenen Untergang zu verhindern. Hatte doch ein beachtlicher Teil der Versammlung einen Abwahlenantrag vorbereitet. Im Plenum scheidet der Angriff allerdings bereits an den Hürden der Tagesordnung im Vorfeld. So wird die Aufnahme dieses Punktes öffentlich abgestimmt. Unter den wach-

samen Augen des Präsidenten blieben die Reihen des Marburger Bundes jedenfalls dicht geschlossen, sodass der eigentliche Abwahlenantrag in ähnlicher Stimmverteilung mit 85 zu 145 gar nicht mehr den Weg ins Plenum fand. Damit war der Aufstand der niedergelassenen Basis gescheitert. *Gröhe* hatte hier bereits mit seinem Grußwort Schützenhilfe für *Montgomery* geleistet, in dem er die Ärzte zu Geschlossenheit aufrief.

### Erzwungene Harmonie

Auf dem Weg der neugefundenen Harmonie verlief dann auch die Diskussion um die GOÄ-Reform, die mit mehreren Entscheidungen auf ein neues Gleis gesetzt wurde. Der Entscheidung war eine intensive Debatte vorausgegangen. Zahlreiche Delegierte lobten dabei einen „neuen und sachlicheren Diskussionsstil“, der sich erfreulich deutlich von den

Debatten auf dem außerordentlichen Ärztetag vom Januar abhebe. Die Einrichtung einer Lenkungsgruppe wurde als Signal für einen Neuanfang gewertet und im Plenum mehrheitlich abgesegnet.

*Rudolf Henke*, Vorstand der Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB), warb dabei dafür, keine Konfrontation zwischen Klinikern und niedergelassenen Ärzten aufkommen zu lassen. Er versicherte, auch für die Klinikärzte sei die Weiterentwicklung der GOÄ von zentraler Bedeutung. Henke sieht hier den Beginn einer „wunderbaren Freundschaft“, es gebe deckungsgleiche Vorstellungen, etwa hinsichtlich des rechtlichen Status der Gemeinsamen Kommission (GeKo). Bei der Umsetzung der GOÄ-Reform komme es auf ein paar Monate mehr oder weniger nicht an.

Eine Praxis erlaube kein Minus, eine Klinik durchaus, verdeutlichte hingegen die



Im Schulterschluss üben sich BÄK-Präsidium und Politik bei der Eröffnung des 119. Ärztetages in Hamburg



*Montgomery* bleibt der oberste Ärzte-Chef! Ein Abwahlenantrag der GOÄ-Kritiker scheiterte bereits im Vorfeld deutlich.



### Statement des BDIZ EDI zur gescheiterten GOÄ-Reform

Der BDIZ EDI begrüßt die Entscheidung des BÄK-Vorstands, der bei der GOÄ-Novellierung rechtzeitig die Reißleine gezogen hat. Wir unterstützen die Ärzteschaft ausdrücklich in ihrer Forderung nach Reform der GOÄ und insbesondere bei der Forderung nach Inflationsausgleich für die Jahre ohne Punktwerthöhung. Ähnliche Forderungen stellt der BDIZ EDI für die Zahnärzte seit vielen Jahren im Bereich der GOZ.

Nachdem die GOÄ voraussichtlich so bald nicht novelliert werden wird, fordern wir konkret für die Zahnärzteschaft, einige Leistungsziffern aus



Christian Berger  
Präsident BDIZ EDI

der GOÄ in die GOZ zu überführen: Dabei geht es hauptsächlich um Röntgen und Beratung. Für die Erstellung eines Zahnfilms (Röntgendiagnostik) gibt es derzeit keine Leistungsziffer in der GOZ. Die entsprechende GOÄ-Position 5000 wird bei Privatpatienten mit 8,05 Euro honoriert, die gesetzliche Krankenversicherung in Bayern bezahlt dafür aber 12,28 Euro. Hier wird der seit Jahrzehnten fehlende Inflationsausgleich deutlich: in den Nachbarländern Österreich und Schweiz wird dieselbe Leistung mehr als doppelt so hoch vergütet und in Deutschland ist der Privatpatient der Patient zweiter Klasse.

niedergelassene Allgemeinmedizinerin *Dr. Anne Gräfin Vizthum von Eckstädt*, den Interessenunterschied zu den angestellten Kollegen im Krankenhaus „Wir möchten unsere jungen Kollegen in der Praxis haben und für die stehen wir hier.“ Ein klares Wort gibt es auch dazu, dass „wir die Querfinanzierung durch die GOÄ brauchen“. Sollte das duale Versicherungssystem in Deutschland sterben, komme es aus Sicht der Mahner auch zu einem Praxissterben in der Fläche.

Der neue Ausschussvorsitzende *Dr. Klaus Reinhardt* verteidigt die umstrittene Gemeinsame Kommission. Sie sei kein Drohszenario, „sondern ein Fortschritt“. Die damit verbundene Datenstelle „muss von uns mit gestaltet werden“. *Reinhardt* beruhigt außerdem, dass die 5,8 Prozent Preissteigerung nicht auf ein bestimmtes Leistungsvolumen festgelegt sei. Er appellierte an die Delegierten „hier keine Maximalforderungen abzulegen und uns damit loszuschicken“. Vielmehr sollten zumindest in groben Zügen „Kompromisslinien“ erarbeitet werden, „und zwar gemeinsam“. Bei seinem ersten Auftritt vor der Versammlung hatte *Reinhardt* den Gegnern der Kompromisslinie noch angetragen, einfach auszuwandern. *Dr. Astrid Schmidt* vom Bayerischen Facharztverband warnte dessen eingedenk vor zu viel Harmonie „Wenn man Kritikpunkte unter den Teppich kehrt, stolpert man irgendwann drüber“, gibt

auch *Christa Bartels* aus Nordrhein zu bedenken. Zudem betonte sie, dass es bei der GOÄ nicht nur ums Geld gehe, sondern um die Freiberuflichkeit insgesamt. Dass es den Delegierten damit ernst ist, sich dem Einfluss der PKV auf die eigenen Verhandler zu entziehen, zeigt sich in einer weiteren Abstimmung. So ist es künftig den BÄK-Vorstandsmitgliedern nicht länger erlaubt, als wissenschaftlicher Berater für die PKV zu arbeiten. *Montgomery* hat sein Amt bei der Allianz bereits niedergelegt.

#### KBV: Der Staatskommissar bleibt draußen

„Zukunftsfest und selbstkritisch“ sieht sich die KBV nach den wohlgesetzten Worten ihres Versammlungsleiters zur Eröffnung der Vertreterversammlung in Hamburg anscheinend unbeindruckt von Drohungen zur Ersatzvornahme und anderen Daumenschrauben, die das Bundesgesundheitsministerium dem Selbstverwaltungsorgan in seiner Krise um Grundstücksgeschäfte und Altersversorgung des früheren Vorstandes anlegt. Bundesgesundheitsminister *Hermann Gröhe* hatte in seiner Eröffnungsrede zwar versichert: „Ich will keine Staatsmedizin.“ Gleichzeitig aber nochmals seine Entschlossenheit demonstriert „Rechtsverstöße und Selbstblockaden“ der Körperschaften nicht länger zu tolerieren. Dieser Probleme mit der Rechts-

aufsicht hat sich die KBV-VV hinter verschlossenen Türen in nicht-öffentlicher Sitzung entledigt. Mit überwältigender Mehrheit, so der VV-Vorsitzende *Hans-Jochen Weidhaas*, seien alle Forderungen der Aufsicht so erfüllt worden, dass kein Staatskommissar kommen wird. Das untermauert auch KBV-Vorstandsvorsitzender *Dr. Andreas Gassen*. Während es zu den Vorgängen um die *Causa Köhler* keine weiterführenden Auskünfte gibt, ist die Runde beim Thema APO KG gesprächiger. Man habe lediglich die bereits im März gefassten Beschlüsse dazu „wie geplant umgesetzt“. Es geht jetzt um die „technische Umsetzung in einem überschaubaren Zeitraum“ unabhängig vom Schreiben des Ministeriums. „Alles was wir regeln können, ist geregelt, alle Forderungen des Ministeriums sind erfüllt“, so *Gassen* dazu. Die Abwicklung der APO KG war zwar für einen längeren Zeitraum angelegt, er denke aber, dass der KBV auch im verkürzten Abwicklungsstadium kein Schaden entstehen werde. *Weidhaas* sieht auf Nachfrage deshalb auch keine Veranlassung auf der Basis seines damaligen Wissens um die Vorgänge Konsequenzen zu ziehen und vom Amt zurückzutreten. ■

Hans Glatzl  
Medizinjournalist  
Burglengenfeld



Foto: Fotolia.com / JFL Photography



BDIZ EDI Kooperationspartner von BDO und DGMKG

# Geballte Fortbildung in Berlin

Im Jahr 2016 kooperiert der BDIZ EDI anlässlich seines Jahressymposiums mit dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Der Verband ist Kooperationspartner bei der 33. Jahrestagung des BDO, die am 9. und 10. Dezember 2016 im Hotel Adlon Kempinski in Berlin stattfindet.

Hochwertige Fortbildung im wissenschaftlichen Programm wird in Berlin geboten sein. „Operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Implantologie vernetzt“ lautet das Motto der zweitägigen Veranstaltung. Themenschwerpunkte werden sein: Medicolegale Aspekte, Systemerkrankungen, Implantat-Werkstoffe, immunologische Reaktion auf Titanimplantate, periimplantäre Entzündungen und therapeutische Strategien, chirurgische Zahnerhaltung versus Implantat.

„Wie in den vergangenen Jahren konnten namhafte Referenten gewonnen werden, die wissenschaftlich abgesicherte und praxisrelevante Erkenntnisse aufbereitet

haben. Der Heterogenität klinischer Strategien stehen der Erwartungshaltung der Patienten und dem individuellen Können der Therapeuten gegenüber, und diese Faktoren müssen am Ende aller Überlegungen zu einem fachlich fundierten Behandlungskonzept führen. Die Präsentationen dieses Kongresses werden aufzeigen, in welchen klinischen Situationen fallzentrierte therapeutische „Freiräume“ möglich sind und wann wissenschaftlich abgesicherte Vorgehensweisen konsequent eingehalten werden müssen“, schreibt Kongresspräsident *Univ.-Prof. Dr. Jochen Jackowski* im Kongressflyer, mit dem der BDO seine Jahrestagung ankün-

#### Anmeldung

**Die Registrierung ist ab August 2016 möglich.**

Mehr dazu unter [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > Veranstaltungen oder direkt unter [www.bdo-dgmk-2016.de](http://www.bdo-dgmk-2016.de).

Veranstaltungsort:  
Hotel Adlon Kempinski Berlin  
Unter den Linden 77 • 10117 Berlin  
Fon +49 30 2261-0

digt. Neben dem wissenschaftlichen Programm sind Helferinnenkurse, Workshops und Lunchsymposien geplant. ■

AWU



Fotos (2): Hotel Adlon Kempinski Berlin

Das 20. Jahressymposium findet am 9. und 10. Dezember 2016 im Hotel Adlon Kempinski in Berlin statt.

# MIT SICHERHEIT MEHR SEHEN.

## DIE NEUEN BILDGEBENDEN SYSTEME VON SIRONA.

Mit Bildgebenden Systemen von Sirona investieren Sie in beste Bildqualität und höchste Diagnosesicherheit, beispielsweise mit dem ORTHOPHOS SL und der neuen DCS Technologie. Röntgenstrahlen werden mit dem DCS Sensor nicht wie bisher zunächst in Licht, sondern direkt in elektrische Signale umgesetzt. Ihr Vorteil: Bilder ohne Streuverluste in außergewöhnlicher Zeichenschärfe.

Mehr erfahren: [sirona.com/dcs](http://sirona.com/dcs)



**JETZT  
RÖNTGENKUNSTWERK  
SICHERN!**

Erhalten Sie ein Acrylglasbild  
des Künstlers Nick Veasey:

[sirona.com/dcs](http://sirona.com/dcs).



ORTHOPHOS SL





Jüngste „Strategiesitzung“ mit dem Vorstand Anfang Mai in Oberstaufen.

BDIZ EDI-Vorstand steckt mitten im Strategieprozess zur Zukunft des Verbandes

# Auf dem Weg in Richtung BDIZ EDI 2025

Der BDIZ EDI-Vorstand hat 2015 einen Strategieprozess angestoßen und der Verband befindet sich mitten drin. Wo wird der BDIZ EDI im Jahr 2025 stehen? Wie sieht die Zukunft des Verbandes darüber hinaus aus? Dr. Freimut Vizethum, Zahnarzt, Ingenieur und erfahren in der Unternehmensführung aus Rauenberg, lenkt und betreut den Vorstand während diese Prozesses. Das Fundament ist gegossen, erste Erkenntnisse werden verarbeitet. Die Redaktion des BDIZ EDI-konkret im Gespräch mit Dr. Freimut Vizethum über Sinn und Zweck dieser Arbeit.

*Herr Dr. Vizethum, Sie haben den Vorstand des BDIZ EDI auf dem Weg der Strategie-Findung betreut. Wie schwierig waren die Vorbereitungen und die konkrete Arbeit mit dem Vorstandsteam?*

Die zahnärztliche Implantatrehabilitation hat sich als wesentliche Therapieform in den vergangenen Jahrzehnten etabliert. Dazu hat auch die Arbeit des BDIZ EDI für seine Mitglieder wesentlich beigetragen. Andererseits befinden wir uns heute in einer Zeit fragiler Stabilität und gesundheitspolitischer Umwälzungen mit zunehmenden Risiken und Haftungen, die mittelbar oder unmittelbar das Berufsumfeld des implantatchirurgisch und -prothetisch tätigen Zahnarztes beeinflussen. Gerade da bedarf es einer leistungs- und handlungsfähigen Organisation, die sich als Berufsverband

engagiert, um geeignete Rahmenbedingungen durch ein umfassendes Konzept auch über die Beeinflussung politischer Entscheidungen zu schaffen. Vor diesem Hintergrund bestand im Rahmen der strategischen Überprüfung eine große Herausforderung darin, systematisch aktuelle und künftige Einfluss- und Umweltfaktoren neben internen Strukturen und Prozessen möglichst ohne Wertung als Diskussionsgrundlage systematisch aufzuarbeiten und zu analysieren. Dazu stehen heute praktische Instrumente zur Verfügung.

**Das klingt sehr theoretisch. Können Sie das eingrenzen?**

Der Begriff „Strategie“ wird oft und gerne inflatorisch verwendet. Vom „planvollen Vorgehen“ bis zu „taktischen Verhaltens-

regeln“ lässt sich alles darunter subsumieren. Eine Strategie dient ganz praktisch dazu:

- **zukünftige Entscheidungen mit klaren Zielsetzungen vorweg zu nehmen:** Eine klare und durchdachte Strategie (an die man sich auch hält) liefert eindeutige Antworten auf zukünftige Fragen und hilft somit, Entscheidungsprozesse deutlich zu verkürzen.
- **Orientierung für alle Beteiligten zu geben:** Sie ist ein wichtiges Instrument, das Klarheit über die Zukunft der Organisation und die Aufgaben jedes einzelnen vermittelt. Der Effekt, den eine Strategie auf Kommunikation und Motivation haben kann, wird von den meisten Menschen dramatisch unterschätzt.
- **Mitteleinsatz zu definieren:** Begrenzung der Ressourcen ist ein allgegenwärtig-

ger Fakt und bedeutet mit Fokus und Zielstrebigkeit, das beste Ergebnis zu erreichen. Die Strategie liefert die Entscheidungsvorlagen für den sinnvollen Mitteleinsatz.

Jeder strategische Prozess erfordert intensive Vorbereitung und Formulierung eines konkreten Ansatzes in einem mehrstufigen Ablauf, der dann im Teilnehmerkreis, in diesem Fall mit dem Vorstand, diskutiert, bewertet und ergänzt wird. Dabei zeigt sich aus der distanzierten, manchmal auch „schmerzhaft objektiven“ Sichtweise der erarbeiteten Unterlagen für die Teilnehmer gerade die Notwendigkeit, kooperativ zu agieren und den Fokus neu zu justieren. Dies ist in einer sehr konstruktiven und partnerschaftlichen Runde gelungen – sicher für alle Teilnehmer ein positives Ergebnis.

#### **Gibt es für den Verband Potenzial in der strategischen Ausrichtung?**

Oh ja, jede Menge Ansätze wurden sichtbar. So ist die frühe europäische Ausrichtung des Verbandes heute als Vorteil zu sehen. Vor dem Hintergrund gesetzlicher Verschärfungen, regulatorischer Anforderungen und dem wachsenden Einfluss der europäischen Gesetzgebung steht der BDIZ EDI natürlich auch künftig dafür, sowohl die organisatorischen als auch die ökonomischen Rahmenbedin-

gungen für die Umsetzung der Implantologie in den Praxen und Kliniken unserer Mitglieder zu unterstützen. Auch das Bestreben, das sichere klinische Fundament der Anwendung von Implantaten auf der Basis evidenzbasierter Zahnmedizin mit einer starken klinisch-praktischen Sichtweise auszubauen und weiterzuentwickeln, wozu zum Beispiel die jährliche Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) zählt. Gerade der schwindende Spielraum für unternehmerische Entscheidungen für die Zahnärzte bei gleichzeitig wachsenden regulatorischen, gesetzlichen und organisatorischen Anforderungen und Verantwortungen ist ein klarer Auftrag für den BDIZ EDI, sich „einzumischen“ – zum Wohle der Mitglieder, aber auch der Patienten. Dabei legt der Verband auch in Zukunft Wert auf kollegiale Zusammenarbeit sowie interdisziplinäres Denken und Handeln.

#### **Was wurde in Oberstaufen erreicht: ein Zwischenergebnis oder bereits ein Ergebnis?**

Wie bereits angeführt, ist jeder „Strategieprozess“ als mehrstufiger Prozess zu verstehen und eigentlich nie „zu Ende“. In Oberstaufen wurden die erarbeiteten Analysen von Umfeld und Organisation verdichtet und Voraussetzungen analysiert, Alternativen diskutiert und in einer spannenden konstruktiven Diskussion bewertet. Auch wurden Mission und

Ziele neu formuliert. Schließlich konnten in einem selbstkritischen Workshop die wichtigsten Stärken – und Schwächen – analysiert werden. Damit wurde die Grundlage für das weitere Vorgehen geschaffen: Die Formulierung einer Gesamtstrategie.

#### **Welche nächsten Schritte sind jetzt notwendig?**

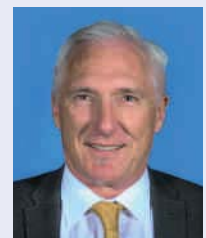
Im nächsten Schritt werden wir auf Basis der strategischen Herausforderungen die Maßnahmen ableiten, mit denen wir die Herausforderungen der nächsten Jahre konkret angehen werden. Auf Basis unserer bisherigen Arbeiten liegen uns dazu alle Informationen vor, die wir benötigen, um geeignete Maßnahmen erkennen und auswählen zu können. So kann die künftige Leistungsfähigkeit des Verbandes durch konstruktive Arbeit im Vorstand und innerhalb des Verbands-teams positive, sachbezogene Interaktion mit einflussrelevanten Entscheidern, Offenheit für Kooperationen und durch die Einbeziehung geeigneter Partner für gemeinsame Ziele verbessert werden.

**Vielen Dank, Herr Dr. Vizethum für diese spannenden Ausführungen.** ■

Das Interview führte  
Chefredakteurin Anita Wuttke.

#### **Dr. Ing. Freimut Vizethum**

- 1976 bis 1982 Studium an der Universität Erlangen/Nürnberg  
Fachrichtung: Werkstoffwissenschaften, Abschluss Dipl. Ing.
- 1982 bis 1987 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Erlangen/Nürnberg
- 1982 bis 1987 Mitglied Arbeitskreis Biokeramik des Instituts für Werkstoffwissenschaften III, Erlangen
- 1982 bis 1986 Mitarbeiter der Siemens AG, Erlangen
- 1982 bis 1986 Ingenieurwissenschaftliche Promotion, Abschluss Dr. Ing.
- 1988 bis 1989 Entwicklungs- und Produktionsleiter, Sparte Medizin-Technik, Friatec AG, Mannheim
- 1989 bis 1992 Technischer Leiter Bereich Dental, Sparte Medizin-Technik, Friatec AG, Mannheim
- 1990 bis 2000 Privatzahnärztliche Tätigkeit in eigener Praxis
- 1992 bis 1999 Bereichsleiter Dentale Implantologie, Sparte Medizin-Technik, Friatec AG, Mannheim
- 1999 bis 2002 Geschäftsführer Friadent GmbH, Mannheim
- seit 1999 Koordination, Förderung und Begleitung verschiedener Forschungsprojekte zur antimikrobiellen Photodynamischen Therapie; Patente, Vorträge und Publikationen im Bereich Implantatprothetik und antimikrobielle Photodynamische Therapie
- seit 2005 Beisitzer Vorstand Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa/European Association of Dental Implantologists (BDIZ EDI)



Dr. Freimut Vizethum





**Die kürzesten Implantate mit  
der längsten Erfolgsgeschichte.**

## Think Short!

Gemäß 11. Europäischer Konsensuskonferenz (EuCC) 2016  
in Köln stellen Kurzimplantate bei reduziertem Knochenangebot  
und Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter,  
eine verlässliche Therapieoption und eine sinnvolle Alternative  
zu augmentativen Verfahren dar!

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



**bicon**<sup>®</sup>  
D E N T A L I M P L A N T S



BDIZ EDI-Tabelle 2016 vergleicht GOZ 2012, BEMA, GOZ 1988, GOÄ, HOZ

## Schnelle Orientierung auf einen Blick

**Auch 2016 gibt es eine BDIZ EDI-Tabelle, die es allen Zahnarztpraxen ermöglicht, sich auf einen Blick über die Vergütung aller zahnärztlichen Leistungen zu orientieren. Die Tabelle zeigt anschaulich, dass Zahnärzte bei vielen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz der GOZ 2012 verlangen müssen, um für vergleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen im BEMA bezahlen.**

Weit mehr als im Jahr 1988 müssen die Zahnärzte ihre Praxen heute streng betriebswirtschaftlich führen, um am Markt bestehen zu können. Dabei soll die Tabelle helfen. Sie zieht den Vergleich zwischen BEMA, GOÄ, HOZ, GOZ 1988 und GOZ 2012. Die Kosten für Dienstleistungen sind in den vergangenen Jahren allgemein gestiegen. Den 2008 im Referentenentwurf genannten Stundensatz von 194 Euro hat der BDIZ EDI in seiner Tabelle 2016 deshalb maßvoll auf 230 Euro angepasst. Allenfalls kleine Praxen können mit einem Mindesthonorarumsatzbedarf/Stunde von 230 Euro auskommen. Für solche

Praxen wurde die bei durchschnittlichen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen für die Leistungen zur Verfügung stehende Zeit beim 2,3-fachen und 3,5-fachen GOZ-Satz angegeben. Eigene Praxiskalkulationen können so leicht erstellt werden.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist seit ihrer Einführung 1988 hinsichtlich der Honorierung nahezu unverändert geblieben, denn die Novellierung 2012 brachte nur wenige Veränderungen gegenüber 1988. Für die vertragszahnärztliche Tätigkeit gab es in den zurückliegenden Jahren Punktwert-Steigerun-

gen in homöopathischer Dosierung. Dadurch geht die Schere zwischen steigenden Praxiskosten und stagnierendem Honorar immer weiter auseinander.

### Kritik des BDIZ EDI Richtung Verordnungsgeber

Nach wie vor kritisiert der BDIZ EDI, dass die GOZ 2012 keine Beschreibung der modernen präventionsorientierten Zahnheilkunde zugrunde gelegt und die Relationierung der bisherigen Leistungsziffern zueinander weitgehend beibehalten wurde. Dadurch sind Leistungen, die in der GOZ 1988 schlecht honoriert



Leistungsbeschreibung	BEMA Stand 01.01.2016			GOZ 2012 (Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 230 EUR/h)							GOZ 1988		GOÄ 1996					HOZ 2009			
	Nr.	Bewert. Zahl	EUR*	Nr.	Punkt-Zahl	1-fach EUR	2-fach EUR	2,3-fach EUR	max. Zeit in Min. 2,3-fach	3,5-fach EUR	max. Zeit in Min. 3,5-fach	1-fach EUR	2,3-fach EUR	Nr.	Punkt zahl	1-fach EUR	1,8-fach EUR	2,3-fach EUR	3,5-fach EUR	Nr.	Basiswert EUR
<b>Teil 1 - Kons./Chirurgie*</b>																					
Beratung eines Kranken, auch tel., bei Tag Teil 1 - Kons./Chirurgie	Ber	Ä1	9	9,22										1	80	4,66	8,39	10,72	16,31		
Wiederholg. - Rezeptl. Überweisg., Übermittl. Befunde; Messung Körperzust.														2	30	1,75	3,15	4,03	6,13		
Eingehende, das gewöhnl. Maß überschreitende Beratung/mind. 10 Min.														3	150	8,74	15,73	20,10	30,59		
Erheb. Fremdanamnese; Unterweisung/Führung Bezugsperson(en)														4	220	12,82	23,06	29,49	44,87		
Eingeh. Untersuchung z. Feststell. ZMK-Krankheiten	U	1	18	18,43	0010	100	5,62	11,25	12,94	3,4	19,68	5,1	5,62	12,92						100	19,35
Symptombezogene Untersuchung														5	80	4,66	8,39	10,72	16,31	101	14,69
Vollst. körperl. Untersuchg. Organsystem, u.a. stomatognathes														6	100	5,63	10,49	13,41	20,41	141	136,77
Einleigl. u. Koordin. flankier. therapeut. Maßnahmen bei chron. Kranken														15	300	17,49	32,71	40,23	61,22	143	16,84
Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung Indikation, Zeitpunkt		01k	28	28,67																140	78,06
Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	Ohn	2	20	20,48																	
Zuschlag außerbh. Sprechst. Nacht (20 - 8 Uhr), Sonn-/Feiertag	Zu	3	15	15,36																	
Zuschlag für außerhalb der Sprechst. erbrachte Leistungen														A	70	4,08	7,34				
Zuschlag Leistungen auß. Sprechstunde, 20 - 22 oder 6 - 8 Uhr														B	180	10,49	18,88				
Zuschlag für zwischen 22 und 6 Uhr erbr. Leistungen														C	320	18,65	33,57				
Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbr. Leistungen														D	220	12,82	23,08				
Zuschlag bei Nm. AG - 8 bei Kindern bis 4 Jahre														K1	120	6,99	12,58				
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese, mind. 1 Std.														30	900	52,46	94,43	120,66	183,61		
Homöopathische Folgeanamnese, mind. 30 Min. bei laufd. Behandlung														31	450	26,23	47,21	60,33	91,80		
Erörterung d. Auswirk. lebensbedrohender Krankh., Dauer min. 20 Minuten														34	300	17,49	31,48	40,23	61,22		
Visite im Krankenhaus														45	70	4,08	7,34	128,44	14,28		
Zweilvisite im Krankenhaus														46	50	2,91	5,24	6,69	10,19		
Besuch des Patienten auf Pflegestation														48	120	6,99	12,58	16,08	24,48		
Besuch, einschl. Beratung und symptombezogene Untersuchung		7500	36	36,86										50	320	18,65	33,57	42,90	65,28		
Besuch eines Patienten, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung	Bs1	151	36	36,86																	
Bes. e. pflegebed. Versicherten i.e. stat. Pflegeeinr. einschl. Berat. u. eing. Unters., ohne Vorliegen e. Kooperationsvertr.	Bs3	153	28	28,67																	
Bes. e. pflegebed. Vers. i.e. stat. Pflegeeinr. einschl. Berat. u. eing. Unters. im Rahmen e. Kooperationsvertr. nach § 119b SGB V	Bs4	154	28	28,67																	
Bes. je weit. pflegebed. Vers. in ders. stat. Pflegeeinr. i.R. e. Kooperationsvertr. nach § 119b SGB V	Bs5	155	26	26,62																	

\* Punktwert KCH/KB/PAR vdek Bayern 1. Quartal 2016: 1,0240 €

Leistungsbeschreibung	BEMA Stand 01.01.2016			GOZ 2012 (Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 230 EUR/h)							GOZ 1988		GOÄ 1996					HOZ 2009			
	Nr.	Bewert. Zahl	EUR*	Nr.	Punkt-Zahl	1-fach EUR	2-fach EUR	2,3-fach EUR	max. Zeit in Min. 2,3-fach	3,5-fach EUR	max. Zeit in Min. 3,5-fach	1-fach EUR	2,3-fach EUR	Nr.	Punkt zahl	1-fach EUR	1,8-fach EUR	2,3-fach EUR	3,5-fach EUR	Nr.	Basiswert EUR
Zuschl. f.d. Aufs. je weit. Vers., der pflegebed. ist, e. Behind. o. e. eingeschränkt. Alltagskomp. aufweist, in ders. häusl. Gemeinschaft oder Einricht. in unmittel. zeitl. Zus.-hang m.e. Leist. n. Nr. 171a	PBA1b	171a	30	30,72																	
Zuschlag nach § 87 Abs. 2) SGB V für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung	SP1a	171a	36	36,86										48	120	6,99	12,58	16,09	24,48		
Zuschl. n. § 87 Abs. 2) SGB V f.d. Aufs. je weit. pflegebed. Vers. i. ders. stat. Pflegeeinr. in unmittel. zeitl. Zus.-hang m.e. Leist. n. Nr. 172a	SP1b	172b	31	31,74																	
Beurt. d. zahnärzt. Behandl.-bedarfs, des Pflegezust. d. Zähne, der Mundschleimh. sowie d. Proth., Einbring. v. versichert.-bez. Vorschlä. f. Maßn. z. Erhalt. u. z. Verbess. d. Mundges., einschl. Dokumentat. anh. Formbl. n. Anl. 2 z. Rahmenverarb. gem. § 119b SGB V	SP1c	172c	16	16,38																	
Unterstütz. u. ggf. prakt. Anleit. Pflegepers. bei Durchf. d. oblieg. Aufg. durch versichertenbez. Vorschläge f. Maßn. z. Erh. u.z. Verbess. d. Mundges. sowie Hinw. z. Besonderh. d. Zahnplf. sowie Pflege u. Handh. des ZE	SP1d	172d	20	20,48																	
Aufsuchen Pat. durch Personal i.A. des Arztes; außerhalb Praxis														52	100	5,83	10,49	13,41	20,40		
Begleitung Pat. durch Arzt zur unmittelbar notw. station. Behandlung														55	500	29,14	52,45	67,02	101,99		
Verweilen, ohne Unterbrech. u. Erbring. ärztl. Leistungen, je angef. 1/2 Std.		7560	20	20,48										56	180	10,49	18,88	24,13	36,72		
Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten		181	14	14,34										60	120	6,99	12,58	16,08	24,47		
Konsiliar. Erört. m. Ärzten u. Zahnärzten i. Rahmen eines Koop.-vertrages n. § 119b Abs. 1 SGB V		182	14	14,34										60	120	6,99	12,58	16,08	24,47		
Beistand bei ärztl. Leist. eines and. Arztes (Assistenz); je angef. 1/2 Std.		7610	15	15,36										61	130	7,58	13,64	17,43	26,53		
Zuziehung Assistent zu operat. belegärzt. Leist.; je angef. 1/2 Std.														62	150	8,74	15,73	20,10	30,59		
Zuschlag, dringend angefordert, unverzüglich ausgeführt	7_1	18	18,43											E	160	9,33	16,79				
Zuschlag, in der Zeit von 20 - 22 Uhr und 6 - 8 Uhr	7_2	29	29,70											F	260	15,15	27,27				
Zuschlag, in der Zeit von 22 - 6 Uhr erbrachte Leistungen	7_3	50	51,20											G	450	26,23	47,21				
Zuschlag an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	7_4	38	38,91											H	340	19,82	35,68				
Kombination von 7_4 und 7_2	7_5	67	68,61											H+F	600	34,97	62,95				
Kombination von 7_4 und 7_3	7_6	88	90,11											H+G	790	46,05	82,89				
Zuschlag zur Visite für Bereitst.-dienst vom Belegarzt; je Tag														J	80	4,66	8,39				
Zuschlag bei Besuchen u.ä. bei Kindern bis 4 Lebensjahr		7003	14	14,34										K 2	120	6,99	12,58				
Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, AU-Bescheinigung		7700	5	5,12										70	40	2,33	4,19	5,36	8,16		
Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht		7750	15	15,36										75	130	7,58	13,64	17,43	26,53		

\* Punktwert KCH/KB/PAR vdek Bayern 1. Quartal 2016: 1,0240

waren, meist auch in der GOZ 2012 unterbewertet.

Besonders augenfällig ist die unzureichende Honorierung bei der GOZ-Leistungsziffer 0010, der eingehenden Untersuchung. In der GOZ 2012 fehlt eine Zeitvorgabe und es sind nur 100 Punkte

– anders als im Referentenentwurf 2008, wo eine Zeitdauer von mind. 10 Minuten und eine Honorierung von 19,49 Euro im 2,3-fachen Satz vorgesehen war. Gingeman im Jahr 2016 weiterhin von den schon 2008 zugestandenen 194 Euro Stundenhonorarumsatz aus, so ergibt sich bei einem Honorar von 12,94 Euro

im 2,3-fachen Satz beziehungsweise 19,68 Euro im 3,5-fachen Satz, dass der Zahnarzt 15 eingehende Untersuchungen zum 2,3-fachen Satz oder zehn Untersuchungen zum 3,5-fachen Satz ausführen müsste, um auf den zugestandenen Stundenhonorarumsatz zu kommen. Dem Behandler blieben vier beziehungsweise





NEU



# simply *integrated*™

Die neue Option für mehr Flexibilität und Individualität

Implantate ohne vormontierte Einbringpfosten und SMART PACK Prothetik



simply  
crown & bridge



simply  
fixed



simply  
removable



simply  
digital



simply  
à la carte

Implantat ohne vormontierten  
Einbringpfosten simplyInterActive™

Wählen Sie Ihr SMART PACK  
entsprechend Ihrer Bedürfnisse

DENTAL BERN

Besuch uns auf der Bern Dental von 09 – 11. Juni 2016

[www.implantdirect.de](http://www.implantdirect.de) | 00800 4030 4030

**KaVo Kerr**  
Group

The Implant Direct Joint Venture  
is part of the KaVo Kerr Group

Online-Bewertungsportale sind nachweispflichtig

# BGH stärkt Rechte von (Zahn-)Ärzten

**Der Bundesgerichtshof verkündete am 1. März 2016 sein lange erwartetes Urteil zum Bewertungsportal „jameda“ (VI ZR 34/15). Das Urteil stärkt die Rechte der (Zahn-)Ärzte und wird grundsätzliche Auswirkungen auf Rechtsstreitigkeiten rund um im Internet abgegebene Bewertungen haben. Der folgende Beitrag stammt von Dr. Volker Herrmann, Fachanwalt für Urheber- und Medienrecht sowie Fachanwalt für Gewerblichen Rechtsschutz.**

## Hintergrund

Ein Zahnarzt, der eine Zahnarztpraxis mit insgesamt zehn Zahnärzten betreibt, war bei Jameda negativ bewertet worden. Der Bewerter hatte insbesondere die Note „6“ für die Behandlung, die Aufklärung und das Vertrauensverhältnis vergeben. Der rechtlich möglicherweise vorgebildete Bewerter hatte dazu folgenden Bewertungstext geschrieben:

*„Leider ist es einfach, eine positive Bewertung zu schreiben, eine negative dagegen ist – auch rechtlich – schwierig, weshalb ich für die Bewertung auf die Schulnotenvergabe verweise, welche ich mir sorgfältig überlegt habe.“*

Der Zahnarzt hatte diese Bewertung beanstandet. Jameda hatte daraufhin das in solchen Fällen übliche und vom Bundesgerichtshof vorgeschriebene Beanstandungsverfahren eingeleitet. Auf den Einwand des Zahnarztes, dass es eine sol-

che Behandlung bei ihm überhaupt nicht gegeben hatte, hatte sich Jameda geweigert, dem Zahnarzt weitere Unterlagen zu dem Vorgang zur Verfügung zu stellen. Jameda hatte dem Zahnarzt lediglich die Auskunft erteilt, dass weitere Unterlagen vorlägen, aus denen sich ergäbe, dass die beschriebene Behandlung tatsächlich stattgefunden hatte.

## Wie hatten die Vorinstanzen entschieden?

Der Zahnarzt klagte daher auf Unterlassung der Veröffentlichung sowie auf Auskunft über den Namen des Bewerter oder ersatzweise Übermittlung der Jameda vorliegenden Unterlagen zu dem Behandlungsvorgang. Das Landgericht Köln (28 O 516/13) hatte Jameda zur Unterlassung verurteilt, den Auskunftsanspruch jedoch abgelehnt. Das OLG Köln (15 U 141/14) hatte sodann die Klage insgesamt abgewiesen. Nach Ansicht der Kölner Richter sei Jameda seinen

Prüfungspflichten hinreichend nachgekommen. Jameda dürfe nämlich aus datenschutzrechtlichen Gründen diese Informationen und Unterlagen gar nicht an den Zahnarzt übersenden.

Hiergegen hatte der Zahnarzt Revision zum Bundesgerichtshof erhoben. Er argumentiert insbesondere damit, dass er sich ohne Informationen darüber, um welchen Patienten und um welche Behandlung es geht, nicht wirksam gegen eine solche Bewertung verteidigen kann. Zudem läge ihm bis heute kein Nachweis darüber vor, dass der Bewerter überhaupt Patient bei ihm war und aus seiner Sicht nur solche Bewertungen zulässig sein können, die von tatsächlichen Patienten abgegeben wurden.

## Wie verlief der Verhandlungstermin vor dem Bundesgerichtshof?

Bereits im Verhandlungstermin deutete sich an, dass der BGH einen Weg sucht, ▶

Arztsuche

Arzt bewerten

Experten-Ratgeber

Lexikon

Medikamente

Für Ärzte

Login/Registrierung



Deutschlands größte Arztempfehlung

Über 5,5 Millionen Feedbacks von Patienten  
275.000 eingetragene Ärzte

Was

Fachgebiet, Name des Arztes oder Stichwort

Wo

Ort, PLZ, Stadtteil oder Strasse

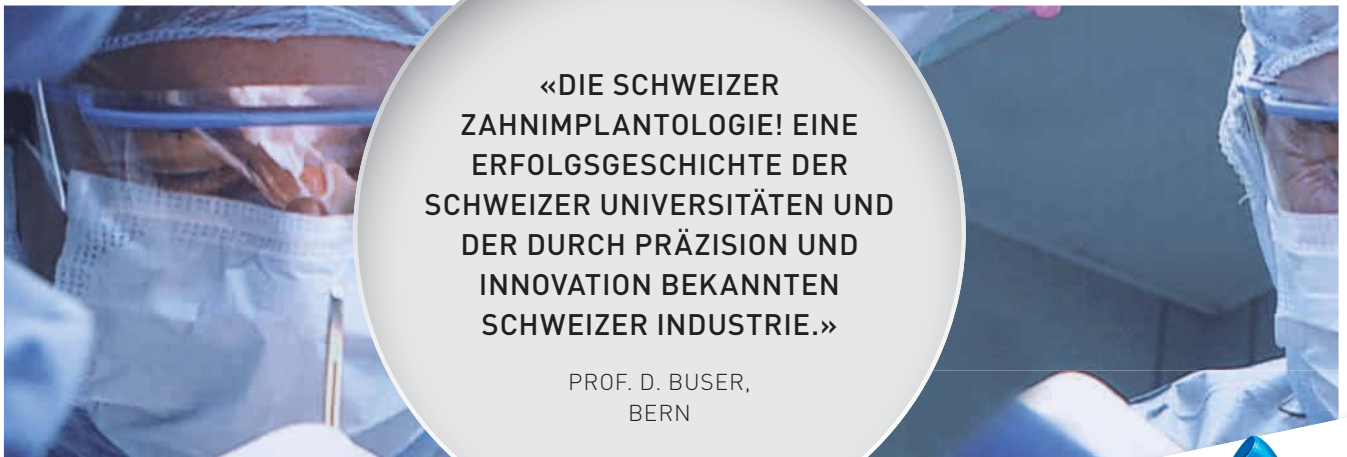
Suchen

Bewertung eines Patienten, 10/2015:

„Sehr guter Arzt, sehr freundlich, verständnisvoll und einfühlsam“

# VER- BUNDEN.

**MIT MENSCHEN.**  
NATÜRLICH MIT THOMMEN MEDICAL.



«DIE SCHWEIZER  
ZAHNIMPLANTOLOGIE! EINE  
ERFOLGSGESCHICHTE DER  
SCHWEIZER UNIVERSITÄTEN UND  
DER DURCH PRÄZISION UND  
INNOVATION BEKANNTEN  
SCHWEIZER INDUSTRIE.»

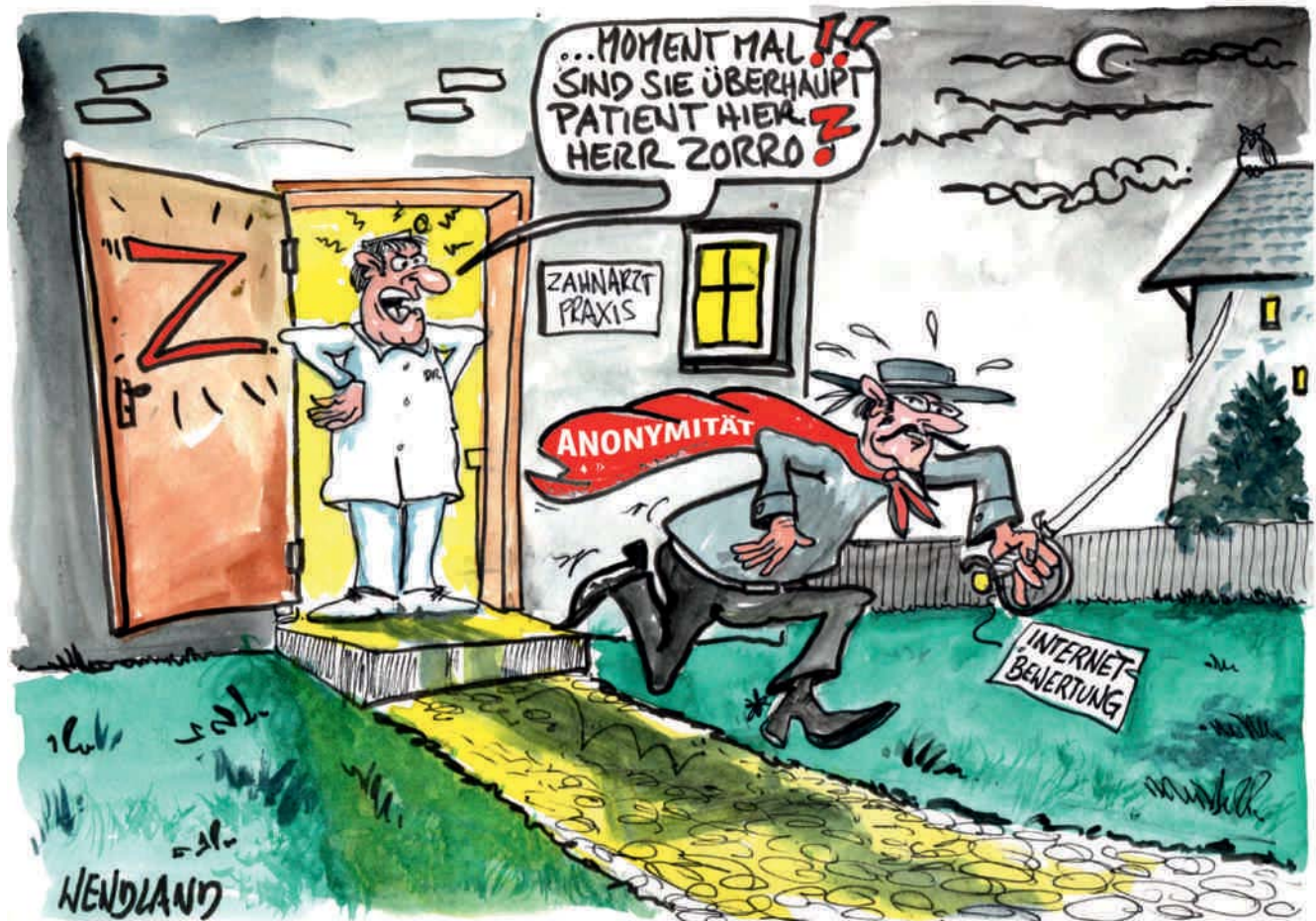
PROF. D. BUSER,  
BERN



Thommen  
Medical  
gratuliert zum **20. Geburtstag**  
der BDIZ EDI konkret







wie geprüft werden kann, ob überhaupt eine Behandlung stattgefunden hat. Danach müssten Portalbetreiber wie Jameda möglicherweise künftig Nachweise dafür einfordern, dass der Arztbesuch tatsächlich stattgefunden hat. Diese Belege müssten dann anonymisiert an den Arzt weitergeleitet werden, sodass dieser zum konkreten Fall Stellung nehmen kann.

### Wie hat der BGH entschieden?

Der BGH hat in seinem am 1. März 2016 verkündeten Urteil zugunsten des Zahnarztes entschieden. Der BGH geht davon aus, dass der Betrieb eines Bewertungsportals im Vergleich zu anderen Portalen ein gesteigertes Risiko von Persönlichkeitsrechtverletzungen mit sich bringt. Dabei werde diese Gefahr sogar noch durch die Möglichkeit verstärkt, dass Bewertungen anonym abgegeben werden können. Hierdurch wird es dem Zahnarzt

erschwert, direkt gegen den Bewerter vorzugehen, da dieser anonym bleibt.

Der BGH hat daher dem Bewertungsportal deutlich weitergehende Prüfungspflichten auferlegt, als dies bisher der Fall war. So muss das Bewertungsportal nach einer Beanstandung alle Details der Beanstandung an den Bewerter übersenden und diesen zu einer genauen Beschreibung der angeblichen Behandlung auffordern. Zudem müssen Portale wie Jameda oder Sanego zukünftig den Bewerter auffordern, die angeblich stattgefundenene Behandlung konkret zu belegen. Der Bundesgerichtshof sieht hierzu beispielsweise Bonushefte, Rezepte, aber auch sonstige Indizien als geeignet an. Dies können nach unserer Einschätzung auch Arztrechnungen sein oder – im Falle von gesetzlich Versicherten – Ausdrücke der elektronischen Patientenquittung. Eine solche kann jeder gesetzlich Versicherte in der Regel

kostenfrei bei seinem Arzt oder seiner Krankenkasse anfordern.

Der Bundesgerichtshof geht sogar noch einen Schritt weiter und verlangt, dass diese Informationen und Unterlagen dann auch an den Arzt weitergeleitet werden müssen, falls es sich nicht um personenbezogene Daten handelt, die zur Bereitstellung des Teledienstes notwendig waren (§ 12 Abs. 1 TMG). Im konkreten Fall hatte sich das Bewertungsportal geweigert, die vom Patienten übersandten Unterlagen an den Arzt zur weiteren Stellungnahme zu übersenden. Der Zahnarzt wusste also bis zuletzt nicht, um welche Personen und um welche Behandlung es überhaupt gegangen war, sodass er sich nicht wirksam gegen die Bewertung verteidigen konnte. Dem hat der BGH nun einen Riegel vorgeschoben und den Bewertungsportalen ganz erhebliche weitere Prüfungspflichten auferlegt. ▶

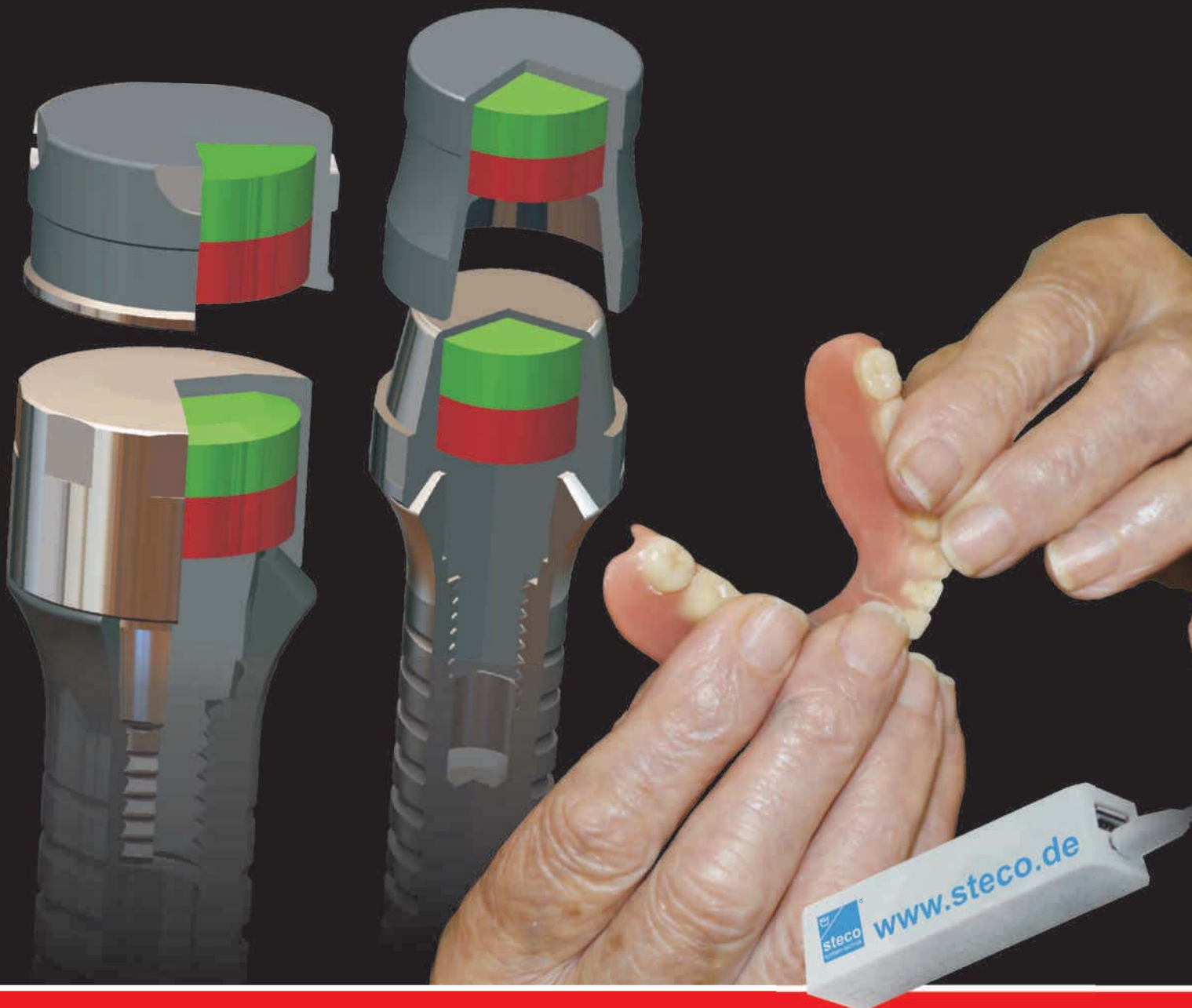
# Patienten 80+



StecoTitanmagnetics®

Die implantatprothetische Lösung für betagte und motorisch eingeschränkte Patienten!  
Einfaches Ein- und Ausgliedern machen den Umgang mit der Prothese wieder lebenswert.

Kein  
Matritzen-  
wechsel



Fordern Sie unseren neuen Katalog unter der Telefonnummer 040 - 55 77 81 55 an.  
Kostenfrei zur Jubiläumsausgabe: Die ersten 10 Anrufer erhalten diese praktische Powerbank.

## Welche Auswirkungen wird das Urteil haben?

Der BGH hat die Prüfungspflichten für die Portalbetreiber deutlich erweitert. Diese müssen zukünftig viel genauer prüfen und Nachweise einholen, dass überhaupt eine Behandlung stattgefunden hat. Für andere Bewertungsportale wird ähnliches gelten, sodass zum Beispiel ein Hotelbewertungsportal zukünftig

Nachweise einholen muss, dass der Gast überhaupt in dem Hotel übernachtet hat. Das beklagte Bewertungsportal hat auch bereits angekündigt, den Prüfprozess rasch gemäß den Anforderungen des BGH abzuändern.

Für die Ärzte und Zahnärzte bedeutet das Urteil, dass diese sich nun deutlich besser gegen ungerechtfertigte Bewertungen wehren können. Die Nachweispflicht, dass

überhaupt eine Behandlung stattgefunden hat, trifft zukünftig das Bewertungsportal. Für die User bedeutet das Urteil, dass die Bewertungen in Zukunft deutlich verlässlicher sein werden. Die leider sehr häufigen Fake-Bewertungen werden nun seltener werden, da der Bewerter dann an der Nachweispflicht scheitert. ■

*RA Dr. Volker Herrmann,  
Terhaag & Partner, Düsseldorf*

Stimmen zum BGH-Urteil

## Zu Risiken und Nebenwirkungen ...

### BZÄK und KZBV

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) raten Nutzern zu einem ebenso kritischen wie verantwortungsvollen Umgang mit entsprechenden Online-Plattformen und warnen davor, dass Nutzer zu viel von solchen Plattformen erwarten. Diese könnten lediglich subjektive Erfahrungen und Eindrücke von anderen Patienten abbilden und nach den jeweiligen Kriterien des Betreibers bewerten.

Die tatsächliche und letztlich entscheidende Behandlungsqualität im klinischen Sinne könnten Bewertungsportale in der Regel nicht widerspiegeln. Auch die persönliche und häufig langjährige Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Behandler könne durch einen Online-Abgleich in keiner Weise ersetzt werden.

KZBV und BZÄK weisen daher für Nutzer und Anbieter auf ihren Leitfaden „Gute Praxis Zahnarztbewertungsportale“ hin, der auf den folgenden Internetseiten zur Verfügung steht:

[www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) und [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de)

### BLZK

„Als kleinen Lichtblick“ bezeichnet der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) das Urteil. Unterlagen, wie etwa Bonushefte, Rezepte oder sonstige Indizien, müssten demnach möglichst umfassend vorgelegt werden. Noch wichtiger erscheint den Repräsentanten der Zahnärztekammer die Rechtsauffassung des Gerichts zur Weitergabe dieser Unterlagen an den betroffenen Zahnarzt. Danach hat der Portalbetreiber jene Informationen und Unterlagen, zu deren Weiterleitung er ohne Verstoß gegen das Telemediengesetz in der Lage gewesen ist, an den bewerteten Zahnarzt weiterzuleiten.

### Jameda GmbH

Die nach eigenen Angaben größte Arztempfehlung Deutschlands, die Jameda GmbH, begrüßt „Hinweise zur Konkretisierung des Prüfprozesses von Arztbewertungen“ durch den BGH, weil damit zu mehr Rechtssicherheit beigetragen werde. Klar sei aber auch, dass Patienten auch weiterhin anonyme Bewertungen abgeben könnten. Niemand müsse befürchten, dass persönliche Informationen ohne eigene Einwilligung weitergegeben werden. Jameda-CEO Dr. Florian Weiß weist allerdings auch darauf hin, dass man bei der Überprüfung einer Bewertung auf die Mithilfe der Patienten angewiesen sei. „Nur wenn diese sich im Rahmen des vorgeschriebenen Prüfprozesses auf unsere Anfragen zurückzumelden, können wir für den Erhalt kritischer Bewertungen eintreten.“



Qualitätsprodukte für Dentallabor und Praxis

**DENTAL**

**BALANCE**



Dental Balance ist Ihr verlässlicher Direktanbieter von Qualitätsprodukten für Dentallabore und Zahnarztpraxen. Als inhabergeführtes Dentalunternehmen aus Potsdam bieten wir Ihnen immer einen direkten Ansprechpartner und persönlichen Service. Und bei technischen Fragen stehen Ihnen unsere Medizinprodukteberater im Außen- und Innendienst kompetent zur Seite.



Helge Vollbrecht  
Geschäftsführer

Unseren Innendienst erreichen Sie telefonisch montags bis freitags jeweils von 8:30 bis 17:30 Uhr unter: +49 (0)331 / 887 140 70. Auf diesem Weg stellen wir auch gerne den Kontakt zu unseren Außendienstmitarbeitern her.



hotbond®



## FUNKTIONSTAGE INTERDISZIPLINÄR

**Funktion von Kopf bis Fuß  
16./17. September 2016**

(Freitag: Vorträge, Samstag: optionale vertiefende Intensivseminare / Workshops)

**Romantik Hotel auf der Wartburg  
(Eisenach)**

Bewährte Konzepte, Hintergrundinformationen, Diskussion der komplexen Thematik CMD in Vorträgen, praktischen Demonstrationen und optionalen Workshops.

**Bitte senden Sie mir Detailinformationen für die  
Funktionstage interdisziplinär zu.**



Dental Balance GmbH  
+49 (0)331 887 140 70 +49 (0)331 887 140 72  
info@dental-balance.eu www.dental-balance.eu



Stand vom 15. Juni 2016 (es kann zu Änderungen kommen)

Es referieren spezialisierte Praktiker aus diversen Disziplinen:

Dr. Dorothe Beckert  
Zahnmedizinerin / Funktionsspezialistin

Dr. Dr. Alexandra Bodmann  
Kieferorthopädin

ZTM Christian Esser  
Funktionsspezialist

Dr. Stephan Gutschow  
Sportbiologe

OA Dr. Thomas Klinke  
Zahnmediziner, Universität Greifswald

ZTM Stefan Schunke  
Funktionsspezialist

Wolfgang Tatzel  
Osteopath / Podo-Ätiologe

Dipl. Psych. Hilde-A. Urnauer  
Schmerztherapeutin

Martin J. Hauck  
Moderator

## 17. Curriculum Implantologie abgeschlossen

# 33 erfolgreiche Absolventen

**Das Curriculum 17 des BDIZ EDI und der Universität Köln ist nach der erfolgreichen Prüfung der 33 Teilnehmer abgeschlossen. Die Teilnehmer haben in acht Modulen die Grundlagen der Implantologie kennengelernt und das Curriculum nach eineinhalb Jahren mit einer Prüfung abgeschlossen.**

In insgesamt acht Bausteinen behandelt das von *Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller* geleitete Curriculum Implantologie Indikationen, chirurgisches und prothetisches Vorgehen sowie Komplikationen rund um die Implantologie. Das Programm beinhaltet die aktuellen minimalinvasiven Eingriffe (Sinuslift, Bone Splitting, Flapless Surgery) ebenso wie das intensive Erlernen der 3D-Diagnostik und die operative Umsetzung mittels 3D-Operationsschablonen, die in der oralen Implantologie immer mehr an Bedeutung gewinnen.

### Solide Grundlage

Der BDIZ EDI spricht mit seinem Curriculum Implantologie junge Zahnärzte und Einsteiger in die Implantologie an. Besonders interessant ist die modular

aufgebaute Fortbildung auch für Zahnärzte, die nur gelegentlich implantieren und ihr Behandlungsspektrum auf eine solide Grundlage stellen wollen. Denn nach erfolgreichem Abschluss des Curriculums hat jeder Teilnehmer gelernt, auch schwierige Indikationsstellungen zu beherrschen und mit möglichen Komplikationen fertig zu werden. Zu den weiteren Besonderheiten gehören der hohe Anteil an praktischen Übungen sowie die Tatsache, dass auch Fortbildungsbausteine, die nicht beim BDIZ EDI erworben wurden, in das Curriculum integriert werden können, wenn deren Wissenschaftlichkeit anerkannt ist.

Die bisherigen wie die aktuellen Absolventen loben die praktischen Operationen an Humanpräparaten und die

dadurch realitätsnahen Übungen. Diese praktische Unterweisung stellt eine wesentliche Unterrichtseinheit für jeden Curriculumsblock dar. Humanpräparate des anatomischen Instituts der Universität zu Köln sind dabei in unterschiedlichen Stadien und Gewebetiefen präpariert, so können neben der räumlichen Orientierung auch die schonungswürdigen Strukturen studiert werden.

### Der Unterricht

Eine Neuerung ist sicherlich der Unterrichtsbaustein „Präsentation“. Die Teilnehmer präsentieren ihre Behandlungsfälle vor der Gruppe. Neben der intensiven Diskussion und der Erarbeitung implantologischer und implantatprothetischer Behandlungsstrategien erfolgt somit eine kursbegleitende Vorbereitung



Foto: Uni Köln / Stephan Gurbier

Die Absolventen des Curriculum 17 mit (v.li.) PD Dr. Dr. Daniel Rothamel und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller sowie Seminarleiter PD Dr. Hans-Joachim Nickenig (6. v.li.)

## Absolventen des Curriculum 17

Reyhaneh Baniardalan (Düsseldorf)  
Veit Friedel (Brühl)  
Dr. Claudia Hoischen (Bornheim)  
Dr. Nadine Holzer (Köln)  
Valeska Knedeisen (Cadenboge)  
Dr. Philipp Krull (Dinslaken)  
Dr. Ernst Marioth-Wirtz (Aachen)  
Christoph Montz (Selfkant)  
Michael Möllers (Bad Salzuflen)  
Daria Niemietz (Norderstedt)  
Martin Olschewski (Bonn)

Ioannis Papadimitriou (Düsseldorf)  
Michail Patsatzis (Köln)  
Dr. Christina Corina Petzak (Düsseldorf)  
Dr. Oana Ratiu (Köln)  
Gerit Rüdiger (Bonn)  
Dr. Helena Schäfer (Bonn)  
Philipp Schiefer (Köln)  
Dr. Isabel Selbach (Düsseldorf)  
Dr. Ruth Simonis (Bonn)  
Dr. Adalbert Skoberla (Bonn)  
Ekaterina Sviridenko (Köln)

Fabian Thieß (Recklinghausen)  
Moritz Venhoff (Haslach)  
Jan Wießner (Beckedorf)  
Dr. Alex Wiessner (Köln)  
Dr. Dr. Elke Battermann (Köln)  
PD Dr. Dr. Matthias Kreppel (Köln)  
Parvin Nazarli (Köln)  
Prof. Dr. Dr. Daniel Rothamel (Köln)  
Dr. Andrea Schroers (Köln)  
Dr. Eva Dammeier (Köln)  
Dr. Dr. Corinna Mühleib (Köln)

der Abschlussprüfung, die im letzten Modul integriert ist. Damit liegt mit dem letzten Modul auch die Voraussetzung zur Erteilung der Urkunde vor.

Durch die vergleichende Betrachtung unterschiedlicher Implantatsysteme und deren Protokolle, wird es dem Teilnehmer erleichtert, eine Auswahl für sein Praxis-

spektrum zu treffen. Ferner wird Wert auf die Erarbeitung eines chirurgischen und prothetischen Standardprotokolls (auch für den Anfänger) gelegt. ■

EL

ESTHETIC LINE  
implant

**MAXIMALE ÄSTHETIK**  
KONKAVES ÄSTHETIK-KONZEPT  
PLATFORM-SWITCHING

**MAXIMALE STABILITÄT**  
INNERE KONUSVERBINDUNG

**MAXIMALE FREIHEIT**  
PROTHETISCHE FLEXIBILITÄT



**C-TECH**  
CENTURY IMPLANT TECHNOLOGIES

Tel.: 0721-60953238 - E-Mail: deutschland@c-tech-implant.com

www.c-tech-implant.de





# RÜCKSCHAU

Bundeszahnärztekammer

## GOZ-Kommentar überarbeitet

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat ihren GOZ-Kommentar erneut überarbeitet. Die Version „Juni 2016“ steht online zur Verfügung. Der entsprechende Link lautet: <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>



Die BZÄK hat zudem eine tabellarische Übersicht über die insgesamt neun vorgenommenen Aktualisierungen (Änderungen, Ergänzungen und Streichungen) ins Netz gestellt. [http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz\\_kommentar\\_aktualisierungen.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz_kommentar_aktualisierungen.pdf) ■



Quelle: BZÄK

Vorstandswechsel bei der DG PARO

## Professor Dörfer neuer Präsident

Bei der Mitgliederversammlung zum 25-jährigen Bestehen der European Federation of Periodontology (EFP) im April ist *Prof. Dr. Peter Eickholz* vom Amt des DG PARO-Präsidenten zurückgetreten. Sein Nachfolger: *Prof. Dr. Christof Dörfer*, der seit 2014 im Vorstand tätig ist. Er will die Themen Prävention und Patientenaufklärung stärker in die Öffentlichkeit tragen. „Wichtig ist mir auch die Qualifizierung. Dazu gehören neben der Fort- und Weiterbildung von Parodontologen auch Fortbildungsangebote für Hauszahnärzte“, so *Dörfer*. ■

Quelle: DG PARO

BZÄK und KZBV stellen Lernsystem CIRS dent vor

## Kritische Ereignisse vermeiden

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben kürzlich das gemeinsame Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“ vorgestellt. Die Anwendung soll Zahnärzten helfen, unerwünschte Ereignisse in ihren Praxen zu vermeiden und damit die Sicherheit für Patienten weiter zu erhöhen. Über die Online-Plattform [www.cirsdent-zss.de](http://www.cirsdent-zss.de) können Zahnärzte anonym, sanktionsfrei und sicher über unerwünschte Ereignisse aus ihrem Praxisalltag berichten, sich informieren und austauschen. ■

Quelle: BZÄK, KZBV

Neuaufgabe kostenfrei von proDente

## Patientenflyer: Kronen und Brücken

proDente hat seine Patientenbroschüre „Kronen und Brücken“ neu aufgelegt. Darin wird in patientenverständlicher Sprache über Zahnersatz informiert und insbesondere darüber, welche verschiedenen Arten der Versorgung mit einer Krone oder einer Brücke zur Verfügung stehen. Auch das Magazin „Füllungen“ wurde überarbeitet und stellt anschaulich dar, wie ein defekter Zahn versorgt werden kann. Patienten, Zahnärzte und zahn-technische Innungsbetriebe können die neu aufgelegten Patienteninformationen ab sofort kostenfrei bei proDente bestellen. Interessierte Patienten erhalten das Informationsmaterial kostenfrei unter der Telefonnummer 01805 552255 oder auf [www.prodente.de](http://www.prodente.de) unter dem Menüpunkt „Service – Broschüren für Patienten“.

Zahnärzte und zahn-technische Innungsbetriebe können je 100 Exemplare der Informationsmaterialien kostenfrei auf den Fachbesucherseiten unter [www.prodente.de](http://www.prodente.de) oder über die Bestellhotline 01805 552255 beziehen. ■

Quelle: proDente

Für Patienten, Angehörige und Pflegepersonal

## Kurzfilme auf YouTube

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat in Kooperation mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) zehn Kurzfilme – Pflegetipps für Angehörige und Pflegepersonal für die Mundpflege von Hochbetagten, Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung – erstellt. Die zehn Kurzfilme stehen auf YouTube Patienten, Pflegern und Zahnarztpraxen zur Verfügung. Die Erklärvideos zu Themen wie Mundpflege bei Menschen mit Behinderung, Mundtrockenheit, Prothesenreinigung, Bedeutung der Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit, Zahnfleischerkrankungen bemerken, Anwendung von Haftcreme et cetera sind bewusst verständlich und kurz gehalten, sie sollen breit aufklären. Denn 1,3 Millionen – etwa die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen – werden in Deutschland Zuhause von Familienangehörigen oder nahestehenden Personen gepflegt.

Zahnarztpraxen oder interessierte Einrichtungen sind aufgerufen, die Filme auf ihren Homepages einzubinden, zu verlinken oder zu teilen. Ausdrücklich erwünscht ist es auch, den Hinweis an Patienten weiterzugeben:

<https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw> ■



# VORSCHAU

25. EAO-Jahreskongress  
vom 29. September bis 1. Oktober 2016

## Gastland: Japan

Der diesjährige Jahreskongress der European Association of Osseointegration (EAO) findet Ende September 2016 in Paris statt. Im Palais des Congrès de Paris – nahe den Champs Élysées – werden die wissenschaftlichen Leiter *Dr. David Nisande* und *Dr. Frank Renouard* Teilnehmer aus aller Welt mit einem abwechslungsreichen Programm und neuen Inhalten überraschen. Als Gastland wird in diesem Jahr Japan vorgestellt. Mehr zum Kongress unter [www.eao-congress.com](http://www.eao-congress.com). ■

Quelle: EAO

Deutscher Zahnärztetag am 11. und 12. November 2016

## Klinische Behandlungspfade

Der diesjährige Deutsche Zahnärztetag findet am 11. und 12. November 2016 im Congress Center Messe Frankfurt am Main statt. Thema der beiden Fortbildungstage: „Klinische Behandlungspfade – Ziele, Etappen, Stolpersteine. Zahnmedizin interdisziplinär“ spiegelt sich mit all seinen Facetten in den verschiedenen Fachgebieten der zahnärztlichen Profession heißt es im Grußwort der Gastgeber: DGZMK, BZÄK, LZK Hessen und LZK Rheinland-Pfalz. Programm und mehr: [www.dtzt.de](http://www.dtzt.de) ■

Quelle: DGZMK

11. Internationale Konferenz der DGÄZ  
vom 6. bis 8. Oktober 2015

## America meets Europe

Am schönen Tegernsee findet vom 6. bis 8. Oktober 2016 unter dem Motto „Challenges & Solutions“ die 11. Internationale Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) statt. Es gibt Challenges zu den Themen digitale Zahnheilkunde, Kieferorthopädie, Parodontologie und Implantologie sowie ästhetische Zahnheilkunde. Dabei treffen europäische Referenten auf ihre amerikanischen Kollegen. Mehr dazu unter [www.america-meets-europe.com](http://www.america-meets-europe.com). ■

Quelle: DGÄZ



Curriculum startet am 6. Oktober 2016

## Erste Schritte in der Implantologie

Das 18. Curriculum Implantologie des BDIZ EDI in Kooperation mit der Universität Köln startet im Oktober. Es sind noch wenige Plätze frei. Die Bausteine des Curriculums, das an der Universität Köln stattfindet, bestehen aus insgesamt 8 Modulen, darunter die Grundlagen der zahnärztlichen Implantologie, Fallplanung und Diagnostik, chirurgische Techniken und erweiterte Diagnostik, Implantatprothetik, Augmentation, Weichgewebsmanagement Recall und Komplikationen. Inhalte und die einzelnen Termine stehen online unter [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > Veranstaltungen. Anmeldung nimmt die Geschäftsstelle des BDIZ EDI entgegen: [office-bonn@bdizedi.org](mailto:office-bonn@bdizedi.org) ■

Quelle: BDIZ EDI



BDIZ EDI mit BDO und DGMKG am 9. und 10. Dezember 2016

## Geballte Fortbildung in Berlin

Der BDIZ EDI lädt zu seinem inzwischen 20. Jahressymposium im Dezember nach Berlin ein. Der Verband wird in diesem Jahr Kooperationspartner von BDO und DGMKG bei der 33. Jahrestagung des BDO sein. Die zweitägige Veranstaltung findet im Hotel Adlon Kempinski in Berlin statt. Thema: Operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Implantologie vernetzt. Mehr dazu auf der Internetseite des BDIZ EDI sowie unter [www.bdo-dgmk-2016.de](http://www.bdo-dgmk-2016.de). ■

Quelle: BDO, [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org)

12. Experten Symposium des BDIZ EDI am 26. Februar 2017

## Save the Date

Das inzwischen 12. Experten Symposium des BDIZ EDI ist in Vorbereitung. Termin: Sonntag, 26. Februar 2017 im Dorint-Hotel am Heumarkt in Köln. Auch 2017 wird sich der BDIZ EDI einem aktuellen Themen widmen, das den implantologisch tätigen Zahnärzten unter den Nägeln brennt. 2016 ging es um kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate. Das Thema für 2017 wird in Kürze bekanntgegeben. Näheres auf der Internetseite [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > Veranstaltungen ■

Quelle: BDIZ EDI

A large, abstract watercolor splash in shades of grey, purple, and red, tilted at an angle, serves as the background for the text.

WER ES BERÜHRT,  
WIRD **ES LIEBEN.**



# TRI® Pod

## HANDLING. NEU DURCHDACHT.



TOUCHLESS  
KONZEPT



DIREKTER  
ZUGANG



INTEGRIERTE  
VERSCHLUSSSCHRAUBE

Das revolutionäre TRI® Pod Konzept setzt neue Maßstäbe in der Implantologie – 100% entwickelt und produziert in der Schweiz. Das kontaktlose Verpackungskonzept ermöglicht es, das Implantat mit dem chirurgischen Instrument direkt und in einem einzigen Schritt zu greifen und garantiert zugleich die höchste Reinheit der TRI® SBA Oberfläche. Eine wahre Designinnovation, die Ihren Behandlungsablauf beschleunigt und optimiert. **Wer es berührt, wird es lieben!**



CE 1023 FDA 510(k)



**konkret**  
Journal für die Implantologische Praxis



20 JAHRE

*Herzlichen Glückwunsch!*

[www.tri-implants.swiss](http://www.tri-implants.swiss)





Foto: Adobe Stock / Africa Studio

## Geburtstage

# Der BDIZ EDI gratuliert

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

### Juli

1. Juli

**Dr. Helmut Kümper** (Osnabrück)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

1. Juli

**Dr. Joachim Klüter** (Bielefeld)  
Zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

1. Juli

**Dr. Hans-Werner Balding** (Essen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

3. Juli

**Ersin Kamercic** (Olpe)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. Juli

**Prof. Dr. Norbert O. Schmedtmann** (Ebsterf)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

7. Juli

**Dr. Wolfgang Kerler** (Starnberg)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

8. Juli

**Dr. Adrian Ortner** (Euskirchen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

11. Juli

**Dr. Wolfgang Forstner** (Burgau)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

11. Juli

**Dr. Arnold Michler** (Hamburg)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. Juli

**Dr. Peter Rudolf Waldecker** (Köln)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

15. Juli

**Dr. Joachim Thiel**  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

19. Juli

**Dr. Hans-Jürgen Hartmann** (Ingolstadt)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

22. Juli

**Dr. Gunnar Nießen** (Kremperheide)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. Juli

**Prof. Dr. Gyula Takacs** (Coburg)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

28. Juli

**Dr. Kajetan Munsch** (Hannover)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

31. Juli

**Dr. Gerd Hase** (Stuttgart)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

## August

2. August

**Dr. Om Parkash Jangra** (Alfeld)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

3. August

**Dr. Uwe Wiedemann** (Greiz)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

4. August

**Dr. Dr. Christoph Will** (Kitzingen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

5. August

**Dr. Thomas Barth** (Leipzig)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. August

**Michael A. Bommerer** (Klosterlechfeld)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. August

**Dr. Dietmar Wetternek** (Bad Kreuznach)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

10. August

**Bernd Führer** (Kassel)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

16. August

**Dr. Bernhard Brinkmann** (Hamburg)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

16. August

**Dr. Karl Ahlskog** (Tuttlingen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

17. August

**Dr. Hartmut Dach** (Münster)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

17. August

**Dr. Lothar Grobelnik** (Lahr)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

18. August

**Dr. Axel Altvater** (Sindelfingen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

19. August

**Dr. Herbert Sieling** (Münsing-Ammerland)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

21. August

**Dr. Helga Heß** (Hinternah)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. August

**Dr. Rainer Lehnen** (Daun)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. August

**Dr. Dr. Paul-Joachim Becker** (Ottweiler)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

26. August

**Dr. Erhard Werner** (Wiesbaden)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

31. August

**Dr. Joachim Tabellion** (Lahr)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

## September

2. September

**Prof. Dr. Peter-Michael Linck** (Bad Orb)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

3. September

**Dr. Karl Sandmaier** (Bad Buchau)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

3. September

**Dr. Rosemarie Unterschütz** (München)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

4. September

**Dr. Hermann-Josef Milde** (Fürth)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

5. September

**Dr. Christa Krause** (Herrsching)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

5. September

**Dr. Monika Böttcher** (Fürth)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. September

**Dr. Wolfgang Köhrer** (Neuss)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

9. September

**Dr. Christoph Tewes** (Sittensen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

13. September

**Rudolf Konrad** (Lindau)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

15. September

**Dr. Udo Neuhöffer** (Bielefeld)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

15. September

**Dr. Matthias Krysewski** (Gronau)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

15. September

**Dr. Achim Meurer** (Mudersbach)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

16. September

**Dr. Wolfgang Ahrberg** (Soltau)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

17. September

**Dr. Michael Piert** (Flintbek)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

19. September

**Dr. Rainer Nelißen** (Aachen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

19. September

**Dr. Ute Kehl** (Plön)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

20. September

**Dr. Joachim Waßmann** (Bad Camerg)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

21. September

**Dr. Dr. Michael Lippold** (München)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

24. September

**Dr. Torsten Conrad** (Bingen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und  
Gesundheit für die Zukunft



Christian Berger  
namens des Vorstandes des BDIZ EDI



Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement

# Warum Standespolitik, warum Selbstverwaltung?

**Wie kommen Zahnärztin und Zahnarzt eigentlich in die Standespolitik? Mit dieser interessanten Frage beschäftigte sich die Podiumsdiskussion der AS-Akademie, die Ende April 2016 in München stattfand – mit dabei: der ehemalige bayerische Wissenschaftsminister, der Zahnarzt Dr. Wolfgang Heubisch aus München, und BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, der als bayerischer Kammerpräsident aus dem Nähkästchen plauderte.**

Die AS-Akademie steht seit 15 Jahren für Schulung und Ausbildung von jungen Zahnärzten, die sich für die ehrenamtliche Arbeit in der Selbstverwaltung und den standespolitischen Weg interessieren. Zur Ausbildung der AS-Akademie gehört aber auch der betriebswirtschaftliche Bereich sowie rechts-, sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Grundlagen.

Im Februar 2016 startete der neue Studiengang, der im April ein Blockseminar in München absolvierte. Anlässlich des 15-jährigen Bestehens der AS-Akademie hatte man einige der „ersten“ Absolventen eingeladen, um mit ihnen über ihren

standespolitischen Werdegang zu diskutieren. Der Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Rechtsanwalt Peter Knüpper, entlockte den Diskutanten dabei so manche Anekdote.

Organisiert wurde die Fortbildungsveranstaltung vom Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Christoph Benz. Als wissenschaftlicher Leiter der AS-Akademie ist er Nachfolger von Prof. Dr. Burkhard Tiemann. Mit von der Partie: der ehemalige Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Dr. Wolfgang Heubisch, der Präsident der BLZK, Christian Berger, der Vizepräsident

der BZÄK, Prof. Dr. Christoph Benz, und der Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Harald Schrader. Dr. Heubisch plädierte dafür, sich auf jeden Fall politisch einzumischen. Die Freien Berufe – dazu gehören auch die Zahnärzte – müssten sich weitaus stärker als bisher engagieren, um sich auch gegen die starken Wirtschaftsverbände behaupten zu können. Alle Teilnehmer hoben hervor, dass dabei die eigene berufliche Unabhängigkeit die Voraussetzung für ein berufspolitisches Engagement sein müsse: Stichwort Ehrenamt. Die Hauptamtlichkeit könne keine Alternative für den freiberuflich tätigen Zahnarzt sein. FVDZ-



An der Podiumsdiskussion der AS-Akademie nahmen teil (v.li.): Christian Berger, Präsident der BLZK, Dr. Wolfgang Heubisch, ehemaliger Bayerischer Staatsminister für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Rechtsanwalt Peter Knüpper, Hauptgeschäftsführer der BLZK, Harald Schrader, Bundesvorsitzender des FVDZ, und Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der BZÄK.

Bundesvorsitzender *Schrader* machte deutlich, wie groß seine Enttäuschung gewesen sei, als er habe feststellen müssen, dass sich die Zahnärzte anno 2005 mit der Hauptamtlichkeit in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen so schnell abgefunden hätten. *Prof. Dr. Christoph Benz*, selbst ein Absolvent der AS-Akademie, stellte die Notwendigkeit von kollegialen Netzwerken heraus. *Christian Berger* berichtete von seinem Weg in die Selbstverwaltung, der über viele Stationen führte. Er sei heute noch in vielen kleinen Gremien, wie beispielsweise im Obmannsbereich in seinem Bezirksverband, tätig, um auch weiter nahe an der zahnärztlichen Basis zu sein. Durch den Studiengang in der AS-Akademie habe er aber erst die Mechanismen der Stan-



Auch BDIZ EDI-Vorstandsmitglied *Dr. Stefan Liepe* (2.v.r.) gehört zu den Absolventen der AS-Akademie. Das Foto zeigt ihn mit *Dr. Burkhard Tiemann* (re.) und *Prof. Dr. Christoph Benz* (li.).

despolitik und der Selbstverwaltung so richtig kennengelernt, ließ er die Zuhörer wissen. „Ich kann nur jeder jungen Kollegin und jedem jungen Kollegen empfehlen, sich für den Berufsstand zu

engagieren und einzumischen und sich das Rüstzeug dafür in der AS-Akademie zu holen“, warb *Berger*. ■

AWU

SD

## SMALL DIAMETER implant



SPLATFREIES EINPHASENIMPLANTAT / KEIN MIKROSPALT  
EINZELZAHNVERSORGUNG MÖGLICH!  
2 VERSCHIEDENE IMPLANTATGEWINDEN FÜR OK & UK  
SCHNELLE & KOSTENGÜNSTIGE  
PACIENTENVERSORGUNG, AUFGRUND 100%  
ABGESTIMMTEN INSTRUMENTARIUM



**C-TECH**  
CENTURY IMPLANT TECHNOLOGIES

Tel.: 0721-60953238 - E-Mail: deutschland@c-tech-implant.com

www.c-tech-implant.de



## Bundesgesundheitsminister plant neues Gesetz

# Eingriff in die Selbstverwaltung

**Es ist sicher kein Zufall, dass ausgerechnet dann, wenn Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit dem Staatskommissar droht, ein Eckpunktepapier für ein „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ auf den Tisch gelegt wird.**

Bei der KBV wurde erst unter Druck des BMG mit der Aufarbeitung von Unregelmäßigkeiten begonnen, die laut Ärzte-Zeitung aus der Ära des KBV-Vorsitzenden *Dr. Andreas Köhler* bis Anfang 2014 stammen sollen. Vor diesem Hintergrund ist sicher auch das Eckpunktepapier des BMG zu sehen. Der „Ärzte-Zeitung“ sind Inhalte eines entsprechenden Papiers des BMG bekannt. Unter dem Strich geht es um mehr Aufgaben für Vertreterver-

sammlungen, schärfere Kontrollrechte des Gesundheitsministeriums und Bußgelder bei Verstößen. In einem Sonderaufsichtsrecht seien zudem Vorstandsdienstverträge, Grundstücksgeschäfte, Eingriffsmöglichkeiten in Satzungsbeschlüsse oder Zwangsgelder für die Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen beinhaltet. Insider sehen in dem Vorhaben den Versuch, der Aufsicht ein umfassenderes Eingriffsrecht in die Selbstverwal-

tung zu ermöglichen. Damit verliere die Selbstverwaltung Eigenständigkeit und Kompetenz, heißt es aus KV-Kreisen.

Das geplante Gesetz gilt für alle Spitzenorganisationen auf Bundesebene: neben der KBV auch für die KZBV, den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes und den Gemeinsamen Bundesausschuss. ■

AWU

## Kommentar zur Musterberufsordnung der BZÄK

# Verhaltenskodex für Zahnärzte lesbar gemacht

**Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat Anfang 2016 in erster Auflage einen Kommentar zu ihrer Musterberufsordnung vorgelegt. Bekanntlich regelt die Berufsordnung das Verhalten von Zahnärzten gegenüber Patienten, Kollegen, Mitarbeitern und anderen Partnern im Gesundheitswesen.**

Die Autoren des Kommentars, das die gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Anforderungen in den richtigen Kontext zu Berufsrecht und Berufspflicht stellt, sind allesamt Juristen: *Sven Hennings*, Fachanwalt für Medizinrecht in Hamburg sowie die Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, *Peter Knüpper*, der Zahnärztekammer Hamburg, *Dr. Peter Kurz*, der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, *Axel Maag*, und der Landes Zahnärztekammer Hessen, *Dr. Markus Schulte*.

Der Kommentar soll interessierten Kreisen und insbesondere den betroffenen

Zahnärzten helfen, die abstrakt gefassten Regelungen der Musterberufsordnung zu verstehen – und es soll das zahnärztliche



Berufsrecht transparent machen und damit die Zahnärzteschaft für die mit ihrem Freien Beruf verbundenen Rechte und Pflichten sensibilisieren helfen, schreibt BZÄK-Präsident *Dr. Peter Engel* im Vorwort.

Wer sich für das 156 Seiten starke Werk interessiert, kann sich über die Internetseite der Bundeszahnärztekammer informieren. Dort steht die aktualisierte Version (Stand 1. März 2016) als PDF zur Verfügung: [www.bzaek.de](http://www.bzaek.de) > Musterberufsordnung ■

AWU



PD Dr. Hans-Joachim  
Nickenig M. Sc.

## Personalia

**PD Dr. Hans-Joachim Nickenig M. Sc. aus Köln ist zum 1. Vorsitzenden des DGI-Landesverbandes Nordrhein-Westfalengewählt worden. Anlässlich der Frühjahrstagung des Landesverbandes gab es einen Wechsel im Vorstand des DGI-Landesverbandes. Ende April übernahm PD Dr. Hans-Joachim Nickenig M. Sc. das Ehrenamt von Dr. Dr. Martin Bonsmann, Düsseldorf.**



PD Dr. Hans-Joachim  
Nickenig M. Sc.

Der Zahnarzt für Oralchirurgie ist seit vielen Jahren auch im BDIZ EDI aktiv: In den vergangenen Jahren arbeitete er an den Vorlagen der Universität Köln mit, die der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ

EDI als Diskussionsgrundlage für die Konsensuspapiere (Praxisleitfäden) der EuCC dienen. Dr. Nickenig war zuvor viele Jahre im Vorstand des BDIZ EDI aktiv und ist als Seminarleiter für die Umsetzung der Curricula Implantologie von BDIZ EDI und Universität Köln verantwortlich. Seit dem 1. November 2010 ist er als Oberarzt der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie an der Universität Köln tätig. Er befasst sich schwerpunktmäßig mit der Praxis und Wissenschaft der zahnärztlichen Implantologie. Er ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der European Centers for Dental Implantology (ECDI). Zuvor war er Leiter einer großen Zahnarztgruppe der Bundeswehr (Facharztzentrum Köln-Wahn). Seit vielen Jahren ist Dr. Nickenig als Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen auch als beratender Zahnarzt im Bundesministerium für Gesundheit tätig. In seiner umfangreichen Vortragstätigkeit beschäftigt er sich mit der 3D-gestützten minimalinvasiven Implantologie, mit Risiken und Komplikationen in der Implantologie und vielen weiteren Themen rund um Weichgewebsmanagement, Implantatoberflächen oder navigierte Implantation. ■

SUNSTAR  
GUIDOR®

Knochenersatzmaterial

**GUIDOR® easy-graft**



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

[www.guidor.com](http://www.guidor.com)

**Verkauf:**

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

## 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI in Kooperation mit Quintessenza Edizioni

# State of the Art in Verona

**Die Konkurrenz war groß beim 2. Kongress von Quintessenza Edizioni, der gemeinsam mit dem 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI in Verona veranstaltet wurde. Das Kongresszentrum befindet sich nur einen Steinwurf von der historischen Arena von Verona entfernt, wo Adele ihr einziges Konzert in Italien gab. Der Kongress war trotzdem oder vielleicht gerade angesichts dieser Kombination sehr gut besucht. 600 Teilnehmer hörten sich im Palazzo della Gran Guardia die Vorträge von 54 Referenten an. Insgesamt ein inhaltlich und didaktisch hochwertiger Kongress, der die Handschrift von Dr. Tiziano Testori trug.**

Der Aktuelle Stand von Wissenschaft und Anwendung in der Zahnmedizin mit einem besonderen Fokus auf Implantologie und Ästhetik war das Thema des dreitägigen Kongresses. In seinem Vorwort als wissenschaftlicher Leiter versprach *Tiziano Testori* den Teilnehmern, die künftigen Trends in der Zahnheilkunde zu beleuchten. Der erste Kongresstag war den jungen Zahnärzten gewidmet, die sich in drei Sessions über ihre Erfahrungen und Methoden austauschen konnten. Am zweiten und dritten Kongresstag wurden international renommierte Referenten erwartet – unter ihnen *PD Dr. Jörg Neugebauer* und *Christian Berger* als Repräsentanten des BDIZ EDI. *Lauro Dusetti*, Verleger und Direktor der Quintessenza Edizioni Italien verwies in seinem Grußwort auf die Ästhetik der Zahnmedizin und spannte den Bogen zur Schönheit der historischen Bauten in Verona.

### Sofortbelastung kurzer Implantate

Dieser Bericht kann nur einen kurzen Einblick in das vielfältige Programm mit 54 Referenten und Diskussionsleitern geben. Am ersten Tag ging es unter Vorsitz von *Giovanni Zucelli* und *Giuseppe Luongo* um die Rehabilitation des zahnlosen Patienten. *Tiziano Testori* erklärte die Behandlungskonsequenzen aus den Knochenklassifikationen nach *Cawood* und *Howell* und besprach Behandlungsprotokolle bei unterschiedlichen Unterkieferatrophien. Er stellte eine eigene Studie mit 39 Patienten vom Typ VI des zahnlosen Unterkiefers nach *Cawood* und *Howell* vor, denen 156 Implantate der Länge von 7 bis 8,5 mm im atrophierten

Unterkieferknochen eingesetzt und sofort mit einem festsitzenden Zahnersatz belastet wurden. Nur zwei der Implantate gingen während der Phase der Osteointegration verloren. Die Überlebensrate der Implantate nach fünf Jahren betrug laut *Testori* 98,7 Prozent, die der Prothetik 100 Prozent. Daraus schloss er, dass die Versorgung zahnloser atrophierter Unterkiefer mit kurzen Implantaten und Sofortbelastung eine verlässliche Therapieoption für zahnlose Patienten darstelle. In seiner Studie war das Verhältnis von Kronen- zu Implantatlänge zwischen 2 und 2,4 zu 1. Als prothetische Komplikation beobachtete er lediglich Materialabplatzungen an den Brücken. Insgesamt beurteilte *Testori* deshalb die Sofortbelastung kurzer Implantate im Unterkiefer auch bei Knochenatrophie als vorhersagbare Therapie.

*PD Dr. Jörg Neugebauer* referierte über Früh- und Spät komplikationen bei Implantaten und Implantatversorgungen. Er verwies auf die Europäische Leitlinie, die Indikationen zum Einsatz von DVT beschreibt und die da wären: akute oder chronische Sinusitis, vor einen Sinuslift oder beim Inserieren von angulierten Implantaten mit Sofortbelastung. Bei schweren parodontalen Defekten rät *Neugebauer* ebenfalls zum Einsatz des DVTs, um Planungssicherheit für den chirurgischen Eingriff auf der Basis des periimplantären Defekts und der bildgebenden Parameter zu erlangen. Um das mögliche Ergebnis von weiteren chirurgischen Eingriffen zu bestimmen, verwies er auf die Notwendigkeit, vorhandene und neue Risikofaktoren für den Erhalt oder die Entfernung des infizierten Implantats neu zu bewerten. Die meisten biologischen Komplikationen seien aufgrund der reduzierten Vaskularisierung und der mikrostrukturierten Oberfläche von Knochenersatzmaterial und Implantaten schwierig zu behandeln. Aus Sicht von *Dr. Neugebauer* ist eine Möglichkeit des effizienten Biofilm-Managements die antimikrobielle photodynamische Therapie. Diese nicht-invasive Methode erlaube die Desinfektion von verschiedenen Faktoren, die den Wundheilungsprozess beeinflussen, darunter Knochen- und Weichgewebe und die mikrostrukturierte Implantatoberfläche. Nach der physiko-chemischen Desinfektion könne der periimplantäre Knochenverlust durch das Einbringen von autologem Knochenmaterial stabilisiert werden. Für die Gewebegewinnung käme die Piezosurgery im Bereich



Kurze Pause während eines langen Kongresstags: Die BDIZ-ler Dr. Wolfgang Neumann (li.) und Christian Berger.





Vis-a-vis des Kongresses: Die Arena von Verona

des Implantats infrage, um eine zweite Entnahmestelle zu vermeiden. Sollte das Implantat nicht erhalten werden können, wäre eine Re-Implantation dann angezeigt, wenn weiterentwickelte Augmentationskenntnisse vorhanden sind. Alternativ wäre die reduzierte Anzahl von Implantaten in angulierter Position sinnvoll, um eine größere Knochenentnahme zu vermeiden. Die Sofortversorgung in Kombination mit lateraler Knochenentnahme ist keine Option für *Neugebauer*, insbesondere hinsichtlich einer optimalen Einheilung des Transplantats.

### Weichgewebsaugmentation

Mit den Themen Implantatversorgung und Ästhetik war die nächste Runde überschrieben, der *Dr. Giano Ricci* und *Dr. Dino Re* vorstanden. Einer der bekanntesten Referenten in diesem Bereich war auch nach Verona gekommen: *Dr. Ueli Grunder*. Er widmete sich der

Implantation im ästhetischen Bereich und stellte verschiedene Methoden der Weichgewebstransplantation vor. Der vorhandene Knochen sei dabei der wichtigste Faktor, um eine harmonische Weichgewebkontur um das Implantat zu erreichen, da bekanntlich die Weichgewebsdicke limitiert sei. Seiner Erfahrung nach sollte die Weichgewebsaugmentation auf die Knochenaugmentation folgen, um das ästhetische Ergebnis der Implantattherapie zu gewährleisten. Dabei ist seiner Ansicht nach entweder das subepitheliale Bindegewebstransplantat oder das Vollappentransplantat geeignet. Das Bindegewebe wird dabei aus der Palatinalregion geerntet, während das Vollappentransplantat vom Tuber stammt. Laut *Grunder* kann die Entnahme während der Implantation oder nach der Einheilung erfolgen, vor oder während des zweistufigen Verfahrens. Er stellte die verschiedenen Verfahren und Phasen vor, von der Technik zum Erhalt der Papille, die Tunneltechnik für das sub-

epitheliale Bindegewebstransplantat vor dem zweiphasigen Verfahren und die Inlay-Graft-Technik. Zusammenfassend machte er deutlich, dass es verschiedene Techniken zum Weichgewebsaufbau gäbe, die sehr effektiv seien, wenn das beste Verfahren für den individuellen Fall angewendet werde.

### Schnelle Übersicht: der ABC-Risiko-Score

Den Einfluss der Implantatposition auf den Langzeiterfolg und die Fehlervermeidung hatte *Christian Berger* zum Thema. Er stellte zwei Praxisleitfäden der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) vor, die unter Federführung des BDIZ EDI in Köln erarbeitet wurden: den Kölner ABC-Risiko-Score aus dem Jahr 2012 und die Kölner Defektklassifikation für Regelfallversorgungen bei Knochenaugmentation. Nach einem einfachen ABC-System und visuell ansprechend in verschiedenen Farben dargestellt, soll





Der Palazzo della Gran Guardia im Herzen Veronas



Get-together im großzügigen Entree des Palazzo.

der Behandler mit dem ABC-Risiko-Score die Möglichkeit haben, die anstehende Implantatbehandlung zu bewerten. Dazu gibt es vier Teilbereiche:

1. Anamnese
2. Lokalbefund
3. Chirurgie
4. Prothetik

Jeder Teilbereich erhält eine zusammenfassende Bewertung. Die Bewertung erfolgt wie bei den Kriterien farblich in Grün, Gelb oder Orange entsprechend A-B-C (Always-Between-Complex). Sobald in einem Teilbereich mindestens zwei Kriterien/Fragstellungen mit Gelb (für „B“, mittleres Risiko) bewertet sind, wird der gesamte Teilbereich als mittelschwer eingeschätzt. Ab 4 x Gelb oder 2 x Orange wird der gesamte Teilbereich mit „C“ (= erhöhtes Risiko) bewertet. Die ABC-Kriterien gliedern sich wie folgt:

- A = Always (günstige Risikoeinschätzung, grüner Bereich)
- B = Between (mittleres Risiko, gelber Bereich)
- C = Complex (erhöhtes Risiko, orangefarbener Bereich)

Die Ampelfarbe Rot bleibt ausschließlich der Risikoeinschätzung vorbehalten, bei der die Therapie möglicherweise nicht empfehlenswert erscheint (nicht mit Kontraindikation gleichzusetzen).

Der Kölner ABC-Risiko-Score könne als Gesamt-Score für Befund und Behandlungsplanung verwendet werden, lasse sich in den einzelnen Teilbereichen aber auch getrennt erfassen.

### Kölner Defektklassifikation CCARD

Die Kölner Defektklassifikation CCARD basiert laut Vorstellung von *Christian Berger* auf der Angabe von drei Codes, um einen Alveolarfortsatzdefekt möglichst vollumfänglich und im Hinblick auf die therapeutischen Möglichkeiten zu beschreiben: Diese Empfehlungen sollen nur einer allgemeinen Orientierung für Regelfallversorgungen dienen – je nach individuellen Gegebenheiten (Voroperationen, Co-Morbiditäten, schlechte Knochenqualität, Weichgewebsdefizite) könne durchaus hiervon abgewichen werden, ebenso wie im Falle einer Behandlung durch einen erfahrenen Spezialisten. Die Kölner Defektklassifikation unterteilt Fehlvolumina des Alveolarfortsatzes unbeachtet ihrer Ätiologie nach vertikalen, horizontalen und kombinierten Defekten, gegebenenfalls in Verbindung mit einer Sinusdefektsituation. Zudem wird der Augmentationsbedarf und die defektbegrenzende Kiefergeometrie berücksichtigt und anhand der aktuellen Literatur Empfehlungen zu möglichen Therapieansätzen ausgesprochen.

„Neuere Therapieoptionen mit autologen Stammzellen und rekombinanten Wachstumsfaktoren könnten den Bedarf für Eigenknochen in Zukunft weiter einschränken. Derzeit bleiben diese Verfahren noch ausgewiesenen Zentren vorbehalten, zumal im europäischen Raum auch regulatorische Aspekte gerade zur Anwendung von Wachstumsfaktoren noch nicht abschließend geklärt sind“, heißt es im CCARD-Leitfaden.

Die Zusammenfassung des Papiers: Die Kölner Defektklassifikation unterteilt Fehlvolumina des Alveolarfortsatzes unbeachtet ihrer Ätiologie nach vertikalen, horizontalen und kombinierten Defekten (H, V, K), gegebenenfalls in Verbindung mit einer Sinusdefektsituation (+S). Zudem wird der Augmentationsbedarf (1: < 4 mm, 2: 4-8 mm, 3: > 8 mm) und defektbegrenzende Kiefergeometrie (i: intern, innerhalb der Kieferkammgeometrie versus e: extern, außerhalb der Kieferkammgeometrie) berücksichtigt und anhand der aktuellen Literatur Empfehlungen zu möglichen Therapieansätzen für Regelfallversorgungen ausgesprochen.

Beide Papiere sind auf der Internetseite des BDIZ EDI abrufbar: [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > Zahnärzte > Praxisleitfaden

# MIS V3

Mehr Knochen.  
Mehr Ästhetik.



Mehr über das neue V3 Implantat erfahren Sie unter [mis-implants.de](http://mis-implants.de)

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

V3 By MIS

Rechtsanwalt Peter Knüpper zur Binnenmarktstrategie der Europäischen Kommission

# Wer hat Angst vorm Schwarzen Mann?

**Als Kinder spielten wir auf der großen Wiese hinter dem Haus meiner Oma häufig „Wer hat Angst vorm Schwarzen Mann“. In der Mitte des Platzes stand der Fänger und rief: „Wer hat Angst vorm Schwarzen Mann?“ Die Mitspieler am Platzrand riefen: „Niemand?“ Dann schrie der Fänger: „Und wenn er kommt?“ Wir antworteten: „Dann laufen wir“ – und rannten auf die andere Seite, während der „Schwarze Mann“ uns zu fangen oder zumindest abzuschlagen versuchte. Gewonnen hatte zum Schluss der Spieler, der nicht gefangen oder abgeschlagen wurde.**

Warum musste ich an das Kinderspiel denken, als ich aus dem Mund des zuständigen Brüsseler Beamten – anlässlich des 11. Europatages der Bundeszahnärztekammer, dieses Mal in Kooperation mit dem Bundesverband Freier Berufe (BFB) – Anfang Juni hörte, die Heilberufe stünden nicht im Fokus der EU-Kommission, wenn es um die Deregulierung gehe? Lassen Sie mich erklären:

Ende 2015 hat die Europäische Kommission ihre Binnenmarkt-Strategie fortgeschrieben. Danach sollen Beschäftigung, Wachstum und Investitionen in Europa durch eine Branchen- und Politikfelder übergreifende Vertiefung des Binnenmarktes verwirklicht werden. Bereits 2006 hat die damalige Kommission mit Erlass der sogenannten Dienstleistungsrichtlinie einen Impuls gegeben, die grenzüberschreitende Tätigkeit auch von Freiberuflern zu erleichtern, in dem wettbewerbshemmende Reglementierungen hinterfragt und im Zweifelsfall von den Mitgliedstaaten auch „dereguliert“ werden.

## Heilberufe nicht im Fokus der Binnenmarktstrategie

Von der Dienstleistungsrichtlinie sind die Freien Heilberufe nicht betroffen. Für Ärzte und Zahnärzte reglementiert die Europäische Berufsanerkennungsrichtlinie allein den Qualitätsstandard bei der Aus- und Weiterbildung. Und da heilberufliche Leistungen nicht als

„unternehmensnahe Dienstleistungen“ gelten, scheinen sie für das prognostizierte Wachstum bei Abschaffung von vermeintlichen Wettbewerbshindernissen auch nicht relevant. So jedenfalls äußert sich *Jürgen Tiedje*, Referatsleiter „Dienstleistungspolitik für Verbraucher“ in der Generaldirektion Binnenmarkt der Europäischen Kommission.

Bedenken, die Europäische Kommission könne über den Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit, der Bestandteil der Europäischen Verträge ist, jederzeit auch den heilberuflichen Sektor deregulieren, konnte *Jürgen Tiedje* dennoch nicht ganz ausräumen. Dies galt insbesondere für die Abgeordneten des Deutschen Bundestages *Tino Sorge* (CDU), *Sabine Poschmann* (SPD) und *Heiko Schmelzle* (CDU),



Evelynne Gebhardt

die im Tieranatomischen Theater der Humboldt-Universität, das zu vielseitigen Bemerkungen über „Wölfe im Schafspelz“ animierte, diskutierten. Auch *Evelynne Gebhardt* zeigte sich misstrauisch. Die binnenmarktpolitische Sprecherin der Sozialdemokraten im Europäischen Parlament stellte grundsätzlich die Prämisse infrage, wonach Deregulierung zu mehr Wachstum führe.

## Europäische Grundfreiheiten

*Prof. Dr. Martin Henssler*, Leiter des Europäischen Zentrums für Freie Berufe der Universität Köln, geht davon aus, dass es beim Ausbau der Dienstleistungsfreiheit „kein Reservat für Heilberufe“ gibt. Einschränkungen der europäischen Grundfreiheiten – durch nationale Regelungen, wie zum Beispiel Mindestgebühren oder das Beteiligungsverbot für Kapitalgeber – seien grundsätzlich unzulässig. Ausnahmsweise sind sie dann zulässig, wenn diese Einschränkungen gerechtfertigt sind.

Gerade die Heilberufe haben nach *Henssler*'s Worten „beste Chancen“ die Besonderheiten ihrer Dienstleistungen als Rechtfertigungsgrund für notwendige Regulierung darzustellen. „Ärzte und Zahnärzte verkörpern wie keine andere Profession den Kern der Freiberuflichkeit.“ Im Hinblick auf das schätzenswerte Gut der Volksgesundheit sei auch die Politik davon zu überzeugen, dass sowohl der Zugang zum Beruf wie auch die Berufs-





Foto: BZÄK / Axentis

Die Diskutanten: Tino Sorge, Sabine Poschmann, Hendrik Kafsack, Prof. Wolfgang Ewer, Jürgen Tietje, Prof. Achim Wambach und Dr. Kurt Franz (v.li.)

ausübung in Teilen reglementiert bleiben müssen, um den Patientenschutz zu gewährleisten.

Ob Mindestgebühren zur Qualitätssicherung notwendig und gerechtfertigt sind, stellte *Henssler* zumindest langfristig infrage. Da es auch andere Möglichkeiten der Qualitätssicherung heilberuflicher Dienstleistungen gebe, wollte er „keine positive Prognose“ für den Fortbestand der Gebührenordnungen in ihrer heutigen Form geben. Vielmehr wünscht er sich in dieser Hinsicht von den Berufsverbänden „etwas mehr Beweglichkeit in der Argumentation“.

### „Ärzte, Zahnärzte und Patienten sind keine Marionetten“

*Evelyne Gebhardt* warnte vor einer Gleichstellung von Waren und Dienstleistungen im Rahmen der Binnenmarktstrategie. Im Bereich der Gesundheitspolitik müsse das Ziel stets die qualitativ hochwertige Versorgung der Bürger in allen Mitgliedstaaten der Union sein. Sie forderte die Kommission auf, ihre „Philosophie“ zu ändern und Qualitätsmaßstäbe zu

definieren, statt einen grenzenlosen Preiswettbewerb loszutreten. Dieser Forderung schloss sich der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), *Dr. Peter Engel*, an. Ein „Blick hinter die Kulissen“ zeige, dass die Diskussion über die Binnenmarktstrategie allein „profitgesteuert“ ist. „Letztlich geht es um viel Geld. Gesundheit ist aus Sicht der Ökonomen ein Wachstumsmarkt. Da müssen wir aufpassen, dass Patienten und Behandler nicht zu Marionetten werden.“ *Engel* kritisierte massiv, dass die Strategie der EU-Kommission den Grundprinzipien des Freien Berufs nicht mehr gerecht werde.

Wettbewerb sei kein Selbstzweck und dürfe nicht alleine über den Preis geführt werden. „Beim Wettbewerb um freiberufliche Dienstleistungen sollte es um die Qualität gehen. Anderenfalls werden wir zum Discounter“, so der Präsident der BZÄK und Vize-Präsident des BFB. In diesem Zusammenhang forderte *Engel* einheitliche Qualitätsstandards in Europa. Gerade in der Medizin und Zahnmedizin dürfe es keine „heterogene Qualität“ geben.

Der BZÄK-Präsident äußerte die große Sorge, dass das von der EU-Kommission gegen Deutschland in Gang gesetzte Vertragsverletzungsverfahren, bei dem es insbesondere um die – aus Sicht der Brüsseler Behörde wettbewerbsbehindernden – Vorschriften der Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI) geht, „wenn es denn einmal vor dem Europäischen Gerichtshof landet, auch Auswirkungen auf die Gebührenordnung für Zahnärzte haben wird“ (*Engel*). Diese Sorge relativierte *Prof. Henssler* unter Hinweis auf die bereits vorliegende Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Zulässigkeit des Eingriffs in den Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit nach Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz durch die staatlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, 1 BVerfGE 68, 319 (327); BVerfGG 4, 144.

Im Hinblick auf Qualität und Patientenschutz komme der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung nach wie vor große Bedeutung zu. *Henssler* bestätigte allerdings den Eindruck, dass die Politik zunehmend Aufgaben der



Die Binnenmarktstrategie der EU-Kommission führt zu Diskussionbedarf bei den Heilberufen.

Foto: BZÄK / Axentis

Selbstverwaltung für sich reklamieren. Daher sei es mehr als legitim, wenn die freiberufliche Selbstverwaltung ihre Aufgaben und Interessen gegenüber Staat und Gesellschaft stärker betone.

### Deregulierung dient Investoren

Die Diskussion innerhalb der EU-Kommission, auch Fremdkapitalgebern Einfluss auf Kanzleien, Büros oder Praxen einzuräumen, dient allein dem Interesse der Kapitaleseite. Aus diesem Grund ist – so *Henssler* – der vermeintliche Deregulierungsbedarf eher kritisch zu sehen. Anders sieht es aus mit Erweiterung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hier hat das Bundesverfassungsgericht unlängst entschieden, dass die Kooperation von Arzt und Anwalt über das Berufsrecht nicht eingeschränkt werden darf. Das bislang geltende Sozietätsverbot nach der ärztlichen Berufsordnung wurde Anfang des Jahres gekippt, BVerfG Beschluss vom 12.1.2016, 1 BvL 6/13. In dem von den Karlsruher Richtern entschiedenen Fall hatten ein Rechtsanwalt und eine Ärztin und Apothekerin (aus Bayern) gegen das berufsrechtliche Verbot der interprofes-

sionellen Zusammenarbeit unter dem Dach einer Partnerschaftsgesellschaft geklagt und Recht bekommen.

Auf Kritik stößt auch der Versuch der EU-Kommission, freiberufliche Dienstleistungen zu normieren. *Heiko Schmelzle*, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages und dort zuständig für das Europarecht, wies in dem hochkarätig besetzten Podium des Europatages der BZÄK darauf hin, dass die von der Kommission gewünschte Einbeziehung eines privatwirtschaftlich arbeitenden Normierungsinstituts, dem Europäischen Komitee für Normung (CEN), in Widerspruch steht zu dem „jahrhundertalten Normierungssystem“ in der Medizin. Diese Initiative stehe in Konkurrenz mit bereits bestehenden Vorschriften etwa im Medizinprodukte- und Hygienerecht und würde insoweit eine „Parallelstruktur“ schaffen.

### Keine Normung freiberuflicher Dienstleistungen

Statt dessen sollte sich die Kommission an „best practice“-Modellen orientieren,

die den Menschen und nicht den Markt im Mittelpunkt haben. Von daher ist es unverständlich, wenn in der Binnenmarktstrategie der Kommission das Wort „Verbraucherschutz“ nicht vorkommt. Ganz entschieden forderte *Schmelzle* die Kommission auf, Artikel 168 des „Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ zu respektieren. Dort heißt es in Absatz 7: „Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt.“

An dieses Recht sind auch die Beamten der Europäischen Kommission gebunden. *Jürgen Tiedje*, der die Heilberufe nach eigenem Bekunden nicht auf dem Radarschirm hat, wenn er über Deregulierung nachdenkt, war bereits wieder auf dem Rückweg nach Brüssel, als daran erinnert wurde. Und ich erinnerte mich an unser Spiel auf Omas Wiese. ■

*Peter Knüpper*, München  
Rechtsanwalt





# INTERNATIONAL DENTAL CONFERENCE

22. bis 24. April 2016 | Berlin



## Wir sagen Danke!

Allen Referenten für ihre hochklassigen und interessanten Vorträge.

Den über 300 Teilnehmern, die gemeinsam mit uns vom  
22. bis 24. April 2016 drei unvergessliche Tage in Berlin erlebt haben.

Danke, dass Sie alle dabei waren!



# NEWS-TICKER

EU-Handelskommissarin Cecilia Malmström

## TTIP soll 2016 kommen

Trotz heftiger Kritik von Verbraucherschützern will die EU-Kommission noch in diesem Jahr eine Einigung über das mit den USA geplante Freihandelsabkommen TTIP erzielen. „Wir arbeiten so hart wie möglich daran“, sagte Handelskommissarin *Cecilia Malmström* bei einem EU-Ministertreffen in Brüssel. Eine Vereinbarung könne es allerdings nur dann geben, wenn die roten Linien und Prioritäten der EU respektiert werden.

Die TTIP-Gespräche waren zuletzt durch das Bekanntwerden geheimer Verhandlungspapiere belastet worden. Verbraucher- und Umweltschützer werteten die Dokumente als weiteren Beleg dafür, dass durch das Abkommen europäische Standards gesenkt werden könnten. ■

Quelle: *Der Spiegel*

Neun europäische Ärzteverbände beziehen Stellung

## Gegen Normung

In einem gemeinsamen Schreiben an Bundesgesundheitsminister *Hermann Gröhe* (CDU) haben sich neun europäische Ärzteverbände gegen die Entwicklung von Normen für Gesundheitsdienstleistungen durch das private Europäische Komitee für Normung (CEN) ausgesprochen.

Die Verbände weisen darauf hin, dass die Organisation des Gesundheitswesens in den Kompetenzbereich der Mitgliedstaaten fällt. Die Normungsaktivitäten des CEN stellten daher eine „klare Kompetenzüberschreitung“ dar.

Jede Normung von Gesundheitsdienstleistungen müsse im Einklang mit dem Fachwissen, den technischen Fertigkeiten und der medizinischen Ethik stehen. Es sei daher Aufgabe der Ärzteschaft, die Regeln für ihre Berufsausübung bis hin zu Standards, Richtlinien und Empfehlungen festzulegen. „Die Schaffung nicht-ärztlicher Bezugsrahmen verletzt nationale Zuständigkeiten, führt zu Mehrdeutigkeiten und gefährdet damit die Patientensicherheit und Versorgungsqualität“, warnen die Ärzteverbände.

Die Stellungnahme kann unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) eingesehen werden. ■

Quelle: *Bundesaerztekammer, Ärzte-Zeitung*

EU-Kommission legt Quecksilberverordnung vor

## Das betrifft auch die Zahnärzte

Neben Kupfer, Silber und Zinn besteht Amalgam aus Quecksilber. Die EU-Kommission hat nun eine neue Quecksilber-Verordnung vorgelegt. Weltweit soll der Quecksilber-Verbrauch reduziert werden. Aus diesem Grund hat die Europäische Kommission Anfang Februar 2016 ein Gesetzgebungspaket zur Umsetzung der Minamata-Konvention der Vereinten Nationen vorgelegt. Darauf weist die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hin.



Foto: Fotolia.com / Sebastian Kaulitzki

### EU-weite Quecksilberverordnung

Bei den Kommissionsvorschlägen handelt es sich um den Entwurf einer Quecksilber-Verordnung sowie den Entwurf einer völkerrechtlich formal notwendigen Entscheidung des Rates, die Minamata-Konvention von Seiten der EU zu ratifizieren.

### Dentalamalgam nur in verkapselter Form

Der Verordnungsentwurf greift auch die Verwendung von Dentalamalgam auf. Wie die BZÄK mitteilt, schlägt die EU-Kommission vor, dass ab dem 1. Januar 2019 EU-weit nur noch Dentalamalgam in verkapselter Form verwendet werden darf.

### Amalgamabscheider in allen Zahnarztpraxen

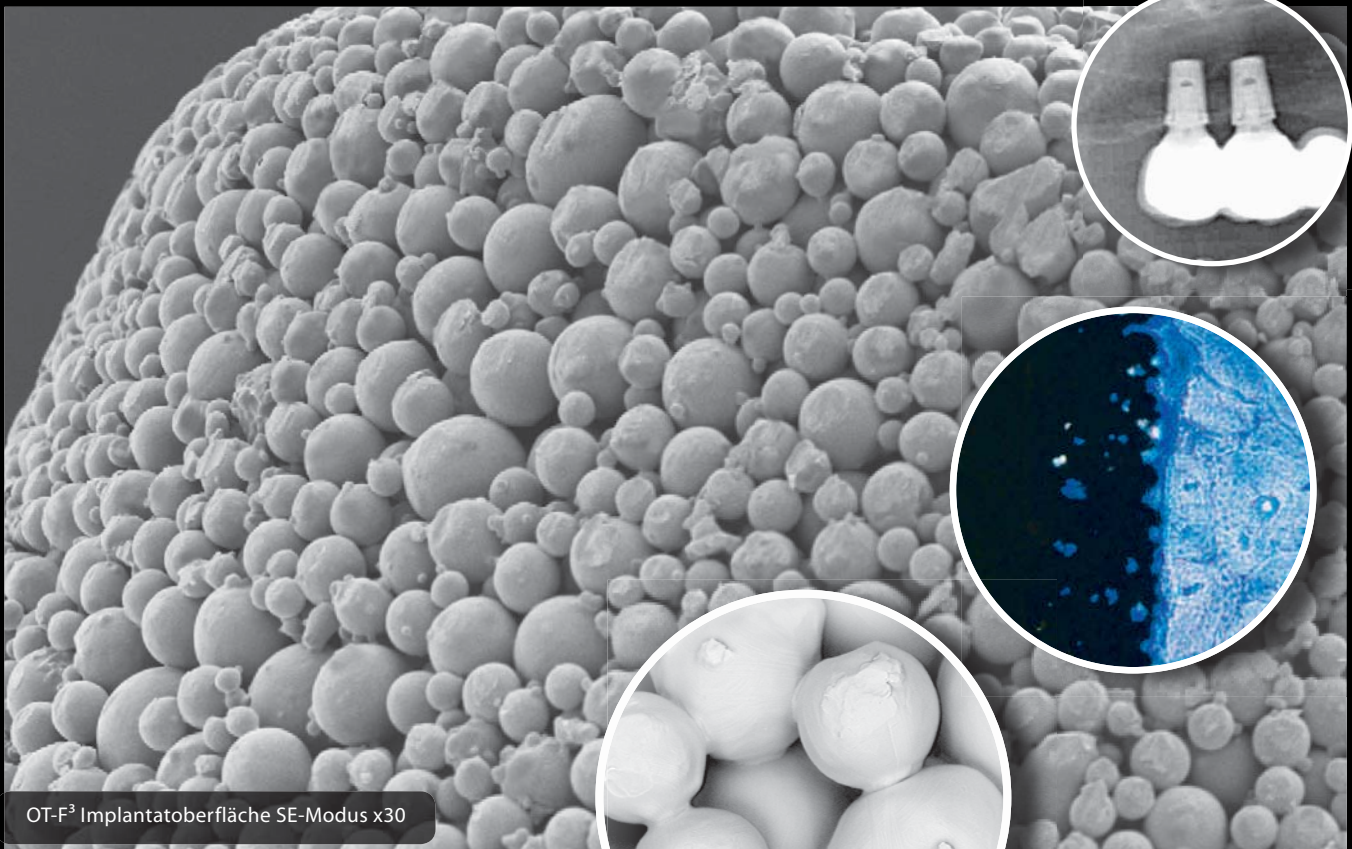
Darüber hinaus müssen alle zahnmedizinischen Einrichtungen ab dann mit Amalgamabscheidern ausgestattet sein. Die Europäische Kommission rechnet damit, dass dadurch den Zahnarztpraxen der EU zusätzliche Kosten von 10 bis 58 Millionen Euro pro Jahr durch Installation und Wartung der Abscheider entstehen werden. Ein vollständiges Amalgamverbot wird von der Europäischen Kommission nicht avisiert.

### Nur geringfügige Änderungen für Deutschland

Für Deutschland bedeutet der Kommissionsvorschlag nur geringe Änderungen, da die deutschen Zahnarztpraxen bereits verpflichtend mit Amalgamabscheidern ausgerüstet sind. Nach Zahlen des Dentalhandels bestehen zudem lediglich sieben Prozent der Füllungen in Deutschland aus Amalgam. Weiterführende Informationen zum Verordnungsentwurf gibt es auf der Webseite der EU-Kommission. ■

Quelle: *Die Deutsche Zahnärzte Woche, Bundeszahnärztekammer*

# OT-F<sup>3</sup> KURZES PORENIMPLANTAT bei reduziertem vertikalen Knochenangebot



OT-F<sup>3</sup> Implantatoberfläche SE-Modus x30

Kurze OT-F<sup>3</sup> Press-Fit-Implantate ● Ø 3.8 / ● Ø 4.1 / ● Ø 5.0



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

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

Niederländischer Zahnarzt zu acht Jahren Haft verurteilt

## Spitzname: „Zahnarzt des Grauens“

Ein niederländischer Zahnarzt wurde im April 2016 in Frankreich zu acht Jahren Haft verurteilt. Weil er laut Gerichtsurteil dutzenden Menschen unnötige Schmerzen und Kosten zugefügt, sie verstümmelt statt geheilt sowie Krankenkassen und Versicherungen betrogen hat, verurteilte ein Gericht im französischen Nevers den Niederländer *Mark van Nierop* zu acht Jahren Gefängnis und 10 500 Euro Geldbuße. Außerdem erhielt der 51-Jährige Berufsverbot. Geklagt hatten 120 Betroffene. Mit der hohen Haftstrafe folgte das Gericht dem Antrag der Staatsanwältin *Lucile Jaillon-Bru*. Sie warf ihm im Prozess Habgier und sadistische Neigungen vor. Seine früheren Patienten, die ihn als „Schlächter“ und „Sadisten“ bezeichnet hatten, reagierten zufrieden.

2008 hatte *van Nierop* mithilfe von Subventionen des Regionalrates seine Praxis in Château-Chinon eröffnet. Wie in vielen ländlichen Gebieten herrschte seit Jahren Ärztemangel in dem 2400-Seelen-Dorf im Burgund und als ein niederländischer Headhunter den Zahnmediziner anwarb, empfing man ihn enthusiastisch. Doch bald begannen die Probleme. *Van Nierop* habe die Nerven gesunder Zähne abgetötet, Brücken und Kronen fehlerhaft eingesetzt, Infektionen provoziert, hieß es in der Verhandlung. Einer Frau habe er acht Zähne an nur einem Tag gezogen, um 8000 Euro dafür zu kassieren. Er erinnere sich nicht an die Patienten, erklärte der Zahnarzt vor dem Richter. Psychologen bescheinigten ihm eine „narzisstische Persönlichkeit“ und das Fehlen von Mitgefühl.

Der regionalen Versicherungskasse zufolge habe er das Dreifache von Zahnärzten in der Region abgerechnet. Als sich die Klagen und Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen häuften, leitete die Staatsanwaltschaft 2013 Ermittlungen ein, woraufhin *van Nierop* nach Kanada floh, wo er 2014 festgenommen und nach Europa ausgeliefert wurde. ■

Quelle: diverse Medien



Foto: Fotolia.com / chommancoffe

Goldfüllungen in der Zahnmedizin

## Nachfrage gefallen

Wie aus den „Gold Demand Trends“ des World Gold Council hervorgeht, ist die weltweite Goldnachfrage im 1. Quartal 2016 um 21 Prozent auf 1 290 Tonnen gestiegen. Dagegen ist die Goldnachfrage für technologische Anwendungen im gleichen Zeitraum um 3 Prozent auf 80,9 Tonnen zurückgegangen. Davon entfielen 63,9 Tonnen (-3 Prozent) auf den Bereich Elektronik, 4,5 Tonnen (-4 Prozent) auf die Zahnmedizin und 12,4 Tonnen (+1 Prozent) auf sonstige Industrien. ■

Quelle: Gold Demand Trends



Foto: Michael Treck

Trotz EU-Artenschutzverordnung

## Elfenbein für Forschungszwecke in der Zahnmedizin?

Die Einfuhr von Elfenbein in die Europäische Union ist durch die sogenannte Artenschutzverordnung, (EG) Nr. 338/97, geregelt. Elfenbein darf nur unter den dort genannten engen Voraussetzungen eingeführt werden. Generell darf kein unbearbeitetes Elfenbein in die EU eingeführt werden. Die Einfuhr von bearbeitetem Elfenbein ist möglich, wenn es sich dabei um eine Antiquität im Sinne der EU-Artenschutzverordnung handelt oder wenn die Exemplare bereits zuvor rechtmäßig aus der EU in ein Drittland eingeführt worden sind.

Was geschieht mit dem von Zollbehörden beschlagnahmten Elfenbein? Im Rahmen der internationalen Regelungen wird es unter strengen Auflagen für wissenschaftliche Zwecke oder für Bildungszwecke genutzt, beispielsweise für Bildungseinrichtungen des Zolls, der Polizei oder der Länder. Das eingezogene Elfenbein wird auch zu Forschungszwecken an Universitäten oder anderen Einrichtungen genutzt, zum Beispiel zur Forschung im Bereich der Zahnmedizin. ■

Quelle: National Geographic, Deutschland





Parodontitis-Studie mit Itis-Protect I-IV  
aMMP-8 Laborparameter zur Entzündungshemmung

# Optimieren Sie Ihre Parodontitis-Therapie!

55% Reduktion der Entzündungsaktivität in 4 Wochen!

## 60% entzündungsfrei in 4 Monaten durch ergänzende bilanzierte Diät

**Studien-geprüft!**

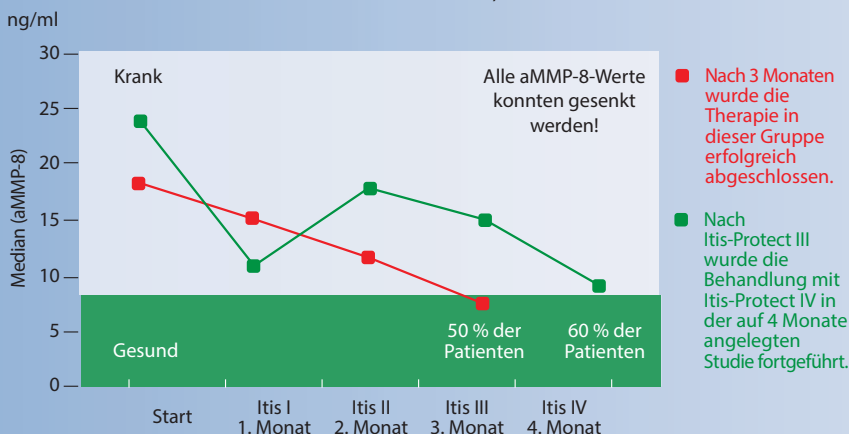


### Itis-Protect I-IV

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](mailto:info@hypo-a.de)

- Studienergebnisse und Therapieschema
- hypo-A Produktprogramm

Name / Vorname

Str. / Nr.

PLZ / Ort

Tel.

E-Mail

IT-BDIZ EDI 2.2016

Interview mit Dr. Antonio Bowen, Madrid, Präsident der Sociedad Española de Implantes (SEI)

# Oralimplantologie in Spanien

Seit 2014 hat die spanische Sociedad Española de Implantes (SEI) einen neuen Präsidenten. Dr. Antonio Bowen ist Mund- und Kieferchirurg sowie Oralimplantologe in Madrid. Anita Wuttke, Chefredakteurin BDIZ EDI konkret, hat ihn zur Situation der Zahnmedizin und der Oralimplantologie in Spanien befragt und zu den Problemen, mit denen Zahnärzte dort konfrontiert sind.

## **Dr. Bowen, wie groß ist das Interesse der Patienten in Spanien an der Implantologie?**

Die Patienten in Spanien sind an Implantate sehr interessiert, weil sie optimale Lösungen für ihre zahnärztliche Versorgung suchen. Implantate gelten als die beste Behandlungsoption.

## **Sind die Patienten über innovative Techniken und Behandlungsmöglichkeiten gut informiert?**

Die Patienten wissen, dass es Implantate gibt. Aber die öffentlichen Diskussionen und die tendenziösen Informationen, die allgegenwärtig im Internet zu finden sind, machen es fast unmöglich, sich mit implantologischen Behandlungsmöglichkeiten objektiv auseinanderzusetzen.

## **Wie groß ist das Interesse der Zahnärzte in Ihrem Land an der Implantologie?**

Auf Implantate entfallen in Spanien mehr als 40 Prozent des gesamten Dentalmarkts. Sie sind für jede Praxis von elementarer wirtschaftlicher Bedeutung. Die orale Implantologie ist für Zahnärzte eine der interessantesten Gebiete, was auch die Tatsache zeigt, dass sich 50 Prozent aller zahnmedizinischen Kurse und Weiterbildungen mit Implantaten oder verwandten Themen befassen.

## **Wie stehen die Zahnärzte zur Implantologie – sehen sie sie als reizvolle Herausforderung oder als unerwünschte Konkurrenz?**

Die Wurzeln der modernen Implantologie in Spanien liegen in den späten 1980er Jahren. Allerdings praktizierten sie nur wenige Zahnärzte in den 1990er Jahren, weil



Dr. Antonio Bowen

die ältere Zahnarztgeneration nicht an ihren Erfolg glaubte. Im neuen Jahrhundert breitete sich die Implantologie dann in größerem Umfang aus und markierte den Übergang zu einer modernen Zahnmedizin. Praktisch alle Zahnärzte und Zahnkliniken integrieren mittlerweile den Bereich der Implantologie in ihre tägliche Praxis.

## **Welche Art von Aus- oder postgradualer Weiterbildung braucht ein Zahnarzt (oder Arzt) in Ihrem Land, um in im Bereich der Oralimplantologie tätig zu sein?**

Alle Zahnärzte können implantologisch tätig sein, weil es in Spanien keine offiziellen zahnmedizinischen Spezialgebiete gibt. Man geht jedoch allgemein davon aus, dass hier eine weiterführende Ausbildung erforderlich sei. Deshalb haben wir viele universitäre Masterprogramme (zwei Jahre), insbesondere für die Implantologie, aber es gibt auch Masterprogramme für Oralchirurgie oder Parodontologie, die implantologische Ausbildungsanteile ent-

halten. Darüber hinaus bietet der offizielle spanische Verband für Implantologie, die SEI, Programme von kürzerer Dauer für die implantologische Ausbildung an und die Dentalindustrie offeriert Schulungen für ihre spezifischen Systeme und Produkte.

## **Was ist die Gesamtzahl der Zahnärzte in Ihrer Region und in Spanien?**

In Spanien gibt es mehr als 30 000 registrierte Zahnärzte. In meiner Region Madrid gibt es mehr als 10 000, das entspricht also etwa 30 Prozent aller Zahnärzte in Spanien.

## **Wie viele von ihnen sind implantologisch aktiv?**

Wir glauben, dass etwa 40 Prozent der Zahnärzte implantologisch, oralchirurgisch, prothetisch oder in einer Kombination dieser Felder tätig sind. Aber nur zwei Prozent aller Zahnärzte haben eine Postgraduiertenausbildung im Bereich der Implantologie abgeschlossen.

## **Ist es in Ihrem Land reizvoll, aktiv implantologisch tätig zu sein, und wenn ja, warum?**

Viele junge Zahnärzte wollen in der Implantologie arbeiten, weil sie die Komplexität der Behandlungen reizt, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen. Probleme ergeben sich mit Discount-Kliniken, die junge Zahnärzte beschäftigen, die die Behandlungen nicht angemessen durchführen können, weil die erforderlichen Arbeitsbedingungen nicht gegeben sind. Die Bedingungen für zahnärztliche Implantologen haben sich in den vergangenen Jahren sogar eher verschlechtert, sodass ►

# MIT UNS SIND SIE BESSER AUFGESTELLT.

CAMLOG steht für Implantate und Prothetiklösungen in exzellenter Qualität und zu fairen Preisen. Neben einem praxisorientierten Produktportfolio mit den Marken CAMLOG®, CONELOG®, iSy® und DEDICAM® schätzen unsere Kunden vor allem die Menschen, mit denen sie zu tun haben. Die echte Partnerschaft auf Augenhöhe. Die volle Unterstützung in implantologischen und prothetischen Belangen. Und natürlich unser langjähriges Know-how, von dem Sie nicht nur in der täglichen Praxis, sondern auch im Rahmen eines erstklassigen Fortbildungsprogramms profitieren können. Wann stellen Sie sich besser auf? Mehr Infos auf [www.camlog.de/besser-aufgestellt](http://www.camlog.de/besser-aufgestellt) oder telefonisch unter **07044 9445-100**.



Zur Leistungs-  
übersicht

**CAMLOG**  
SYSTEM

**CONELOG**  
SYSTEM

**DEDICAM**  
PROSTHETICS



**Herzlichen Glückwunsch  
zum 20-jährigen Jubiläum!**

a perfect fit™

**camlog**



viele von ihnen in anderen Bereiche der Zahnmedizin wechseln.

**Müssen Zahnärzte, die in ihrer Praxis implantologisch tätig sein wollen, besondere rechtliche Voraussetzungen erfüllen?**

Es gibt keine besonderen Vorschriften. Man braucht nur den Abschluss als Zahnarzt und eine Zahnarztpraxis oder Klinik, die die behördlichen Anforderungen erfüllt und von den spanischen Gesundheitsbehörden zertifiziert ist.

**Wer bezahlt die implantologische Behandlung, und wie wird sie finanziert?**

In Spanien zahlen Patienten immer selbst für ihre Behandlungen. In von einem Zahnarzt geführten Kliniken zahlt der Patient, wenn die Behandlung abgeschlossen ist, aber in der Discount-Klinik müssen die Patienten bereits bei Behandlungsbeginn die Kosten vorschießen – in vielen Fällen mit finanzieller Unterstützung einer Bank. Das hat erhebliche Probleme verursacht, als während der Finanzkrise viele Discount-Kliniken in Spanien in Konkurs gingen. Viele Patienten, die Behandlungen im Voraus bezahlt haben, haben sie nie bekommen, müssen aber weiterhin ihre monatlichen Kreditraten an die Bank zahlen.

**Welchen Anteil der Kosten tragen die Patienten selbst und welchen die (gesetzlichen oder privaten) Krankenkassen beziehungsweise andere Einrichtungen und Organisationen?**

Die Patienten zahlen 100 Prozent der Kosten. Öffentliche Einrichtungen zahlen gar nichts.

**Mit welchen Problemen sind Implantologen in Ihrem Land konfrontiert?**

Das eigentliche Problem ist die große Zahl der Zahnärzte. Die privaten Hochschulen verhängen keinerlei Zulassungsbeschränkungen. Darüber hinaus verändern die Discount-Kliniken die Art und Weise, wie die zahnärztliche Tätigkeit in Spanien ausgeübt wird: Zahnkliniken werden immer stärker wie Unternehmen statt wie Einrichtungen des Gesundheitswesens geführt. Das Hauptproblem

könnte sein, dass in keinem Gesetz festgelegt ist, dass der Inhaber einer Zahnklinik Zahnarzt sein muss. Darüber hinaus ist die gesetzliche Lage nicht zufriedenstellend, was irreführende Werbung und ein wünschenswertes striktes Werbeverbot im Gesundheitswesen betrifft.

**Wie wird sich die Implantologie in Ihrem Land entwickeln – als prothetische Idealösung oder als ein Weg von vielen?**

Seit vielen Jahren sind Implantate die beste Lösung für den Ersatz fehlender Zähne und andere zahnärztliche Behandlungen. Heutzutage sehen die meisten Zahnärzte Implantate als eine von mehreren möglichen prothetischen Lösungen, aber nicht unbedingt als die beste. Ich denke, dass in den nächsten Jahren das Inserieren von Implantaten durch stringente Protokolle geregelt wird. Implantate werden weiter bedeutsam sein, aber nicht ganz so stark wie heute.

**Nennen Sie bitte drei Themenbereiche, die beim BDIZ EDI Priorität haben sollten.**

Behandlungsprotokolle für Parodontitis. GBR für den vertikalen Knochenaufbau. Behandlungsmöglichkeiten für den atrophierten unteren Seitenzahnbereich.

**Was sind Ihre Wünsche an Implantologen in Ihrem Land?**

Dieselben wie für die gesamte Zahnmedizin in Spanien: Begrenzung der Anzahl der Zahnärzte, Zulassungsbeschränkungen für das Zahnmedizinstudium, die Schaffung eines neuen offiziellen Spezialgebiets orale Implantologie, Einschränkung (oder völliges Verbot) von gesundheitsbezogener Werbung. Und ein Gesetz, das besagt, dass der Inhaber einer Zahnklinik ein Zahnarzt oder eine Gesellschaft im Besitz von Zahnärzten sein muss. Ich möchte Zahnmedizin und Implantologie gern als Dienst an der menschlichen Gesundheit sehen und nicht als Wirtschaftszweig. Ich weiß, dass dies in den meisten Ländern bereits so ist und ich glaube auch in Spanien wäre dies leicht zu erreichen. Derzeit sehen wir überall die Folgen der aktuellen Situation: Discount-Kliniken schließen, Patienten werden im Stich gelassen, Betrug

macht sich breit. Eine schwer zu bewältigende Aufgabe.

**Welche Bedeutung und welche Aufgabe hat eine internationale implantologische Fachzeitschrift?**

Ich denke, die Bedeutung ist klar: Sie ist das beste Mittel zur Kommunikation für alle Implantologen und ein geeignetes Forum für die Vermittlung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Vorstellung neuer Produkte und die Förderung des fachlichen Konsenses.

**Zu welchen Themen wünschen Sie sich eine Podiumsdiskussion oder ein internationales Symposium?**

Neue Techniken, zum Beispiel die Stammzellentherapie, für die Knochenregeneration. Neue Technologien in der Oralimplantologie.

**Herr Dr. Bowen, vielen Dank für dieses Interview.**

AWU

**Porträt**

**Dr. Antonio Bowen**

- Medizinischer Abschluss (M.D.): Universidad Complutense de Madrid (UCM)
- Zahnmedizinischer Abschluss (B.D.S.) UCM und Universidad Iberoamericana (UNIBE)
- Doktor der Medizin und Chirurgie (Ph.D.): UCM
- Kiefer- und Gesichtschirurg Ausbildung und Tätigkeit am Krankenhaus Gregorio Marañón, Madrid
- Postgraduiertenstudium Implantologie (Udico-Programm): University of California Los Angeles (UCLA)
- Fellow, European Board of Oral Surgery (EFOSS)
- Kursleiter Dentalimplantologie, Universidad San Pablo CEU (1999 bis 2004)
- Professor, Medizinische Fakultät der UCM (1993 bis 2008)
- Präsident, Sociedad Española de Implantes (SEI) (seit 2014)

Europäischer Arm der  
World Dental Association hat gewählt

# Dr. Frank President-elect in der ERO

In der Plenarsitzung Ende April 2016 in Aserbaidschans Hauptstadt Baku wurden das Präsidium und der Vorstand der European Regional Organisation (ERO) der World Dental Association (FDI) neu gewählt, so eine Pressemitteilung. Dr. Anna Lella aus Polen übernimmt als bislang erste Frau den Sitz des Präsidenten. Auch ein deutscher Zahnarzt wurde gewählt: Dr. Michael Frank aus Lampertheim/Hessen ist der neue President-Elect.

Die Wahl des neuen President-Elect, und damit des nächsten Präsidenten der europäischen Zahnärzteschaft, fiel mit 90 Prozent der Stimmen auf Dr. Michael Frank, Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH). Weitere Mitglieder des neuen Vorstandes sind der Schweizer Dr. Oliver Zeyer als neuer Generalsekretär, Dr. Taner Yücel aus der Türkei als Beisitzer und Dr. Bartolomeo Griffa als Beisitzer und neuer Schatzmeister.



Dr. Anna Lella



Dr. Michael Frank

## Europaweit große Herausforderungen

„Seit vielen Jahren sind die Interessen der Zahnärztinnen und Zahnärzte in ganz

Europa ein persönliches Anliegen und ein zentraler Aspekt meiner standespolitischen Arbeit; sei es als hessischer Kammerpräsident, in den europapolitisch orientierten Gremien der Bundeszahnärztekammer oder in Organisationen wie der ERO“, so Frank. „Umso mehr freut mich das Wahlergebnis und die Verantwortung, die mir dadurch übertragen wurde. Wir stehen in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen und wichtigen Aufgaben. Ich bin zuversichtlich, als President-Elect einer starken Organisation zu ihrer Bewältigung und Lösung beitragen zu können“, so Frank zum Ausgang der Wahl.

## Interessenvertretung für rund eine Million Zahnärzte

Als Unterorganisation der FDI bündelt und vertritt die ERO die Interessen von knapp einer Million Zahnärztinnen und Zahnärzten in ganz Europa. Zahnärztliche Organisationen aus 37 europäischen Staaten sind Mitglied der ERO. ■



## 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](http://www.osmed.biz)

Europäisches Gericht äußert sich zu gesundheitsbezogenen Angaben für Lebensmittel

# Nicht nur auf die Wahrheit kommt es an

**Gesundheitsbezogene Werbeaussagen, mit denen einem Lebensmittel eine die Gesundheit fördernde Wirkung zugeschrieben wird, sind besonders werbewirksam. Allerdings sind derartige Aussagen nicht uneingeschränkt möglich. Nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel sind europaweit nur nach Maßgabe der Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Dezember 2006 (ABl. EG Nr. L 404 vom 30.12.2006, S. 9), der sogenannten Health-Claims-Verordnung (HCV), zulässig.**

Nach Art. 10 Abs. 1 HCV sind gesundheitsbezogene Angaben verboten, sofern sie nicht von der Europäischen Kommission im Einklang mit der HCV zugelassen und in eine Liste zulässiger Angaben aufgenommen worden sind. Hersteller von Lebensmitteln können nach Art. 13 Abs. 5 HCV die Zulassung gesundheitsbezogener Angaben beantragen, sodass sich alle Hersteller hierauf berufen können. Der Antrag muss bei der Nationalen Behörde gestellt werden, die ihrerseits den Antrag an die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und zur Information an die Europäische Kommission und die Mitgliedstaaten weiterleitet. Die Europäische Kommission entscheidet dann unter Berücksichtigung der von der EFSA vorgelegten Stellungnahme über die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Angaben im Rahmen einer für alle Mitgliedstaaten verbindlichen EU-Verordnung. Lehnt sie den Antrag ab, geschieht dies auch durch einen solchen verbindlichen Rechtsakt, was wiederum zur Folge hat, dass die zur Aufnahme in die Liste beantragte Werbeaussage ausdrücklich als unzulässig aufgenommen wird. Nach Art. 3 HCV sind insbesondere falsche, mehrdeutige oder irreführende Werbeaussagen verboten.

Da die Europäische Kommission stets mit einer Verordnung, das heißt einem „Europäischen Gesetz“ reagiert, hat sowohl die Zulassung wie auch die Nichtzulassung in allen Mitgliedstaaten unmittelbare Wirkung und muss nicht nur von



*Dr. Marc Sieper, Mag. rer. publ.  
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht*

den nationalen Gerichten und Behörden, sondern auch von den Unternehmen berücksichtigt werden. Hinzuweisen ist, dass in Deutschland Verstöße gegen die HCV nach § 59 Abs. 2 des Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuchs (LFBG) sogar strafbar sein können. Lebensmittelhersteller sind somit gut beraten, zweifelhafte Aussagen zu vermeiden. Dass aber auch richtige und in wissenschaftlicher Hinsicht bestätigte Aussagen problematisch sein können, wurde jüngst vom Europäischen Gericht (EuG) mit Sitz in Luxemburg, welches dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) vorgelegt ist, entschieden.

## Sachverhalt zur Entscheidung

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Klägerin war eine aus

Deutschland stammende namhafte Herstellerin von Traubenzuckertafeln, die in unterschiedlicher Aufmachung für den deutschen und den europäischen Markt hergestellt wurden. Das Produkt wird insbesondere klassisch als Würfel, bestehend aus acht Glukosetäfelchen zu je sechs Gramm, angeboten. Am 21. Dezember 2011 beantragte die Klägerin beim Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit die Zulassung verschiedener gesundheitsbezogener Angaben, jeweils mit genau spezifizierter Zielgruppe. Zum einen betraf dies die Aussagen „Glukose wird im Rahmen des normalen Energiestoffwechsels verstoffwechselt“ und „Glukose trägt zu einem normalen Energiegewinnungsstoffwechsel bei“, die sich an die allgemeine Bevölkerung richtete. Die Aussagen „Glukose unterstützt die normale körperliche Betätigung“, „Glukose trägt zu einem normalen Energiegewinnungsstoffwechsel bei körperlicher Betätigung bei“ und „Glukose trägt zu einer normalen Muskelfunktion bei“ sollten sich an aktive, gesunde sowie gut und auf Dauerleistung trainierte Männer und Frauen beziehen. Die Deutsche Behörde leitete den Antrag an die EFSA weiter, die unter dem 11. Mai 2012 fünf wissenschaftliche Stellungnahmen erstattete, die im Wesentlichen die Richtigkeit der gesundheitsbezogenen Werbeaussagen bestätigten. Insbesondere wurde auf Grundlage der vorgelegten Daten ein Kausalzusammenhang zwischen der Aufnahme von Glukose und dem Beitrag zum Energiegewinnungsstoffwechsel





Foto: Fotolia.com / industrieblick

gesehen. Gleichwohl lehnte die Europäische Kommission die Zulässigkeit dieser gesundheitsbezogenen Angaben über Traubenzucker ab und erließ die Verordnung (EU) 2015/8 (ABl. EU Nr. L 3 vom 7. Januar 2015, S. 6 ff.) über die Nichtzulassung dieser gesundheitsbezogenen Angaben. Es wurde gestattet, die beanstandeten gesundheitsbezogenen Angaben übergangsweise noch für die Dauer von bis zu sechs Monaten zu verwenden.

Die Europäische Kommission stützte sich bei der Nichtzulassung unter anderem

darauf, dass die Zulassung auch dann rechtmäßig verweigert werden könne, wenn eine wissenschaftliche Bewertung positiv ausgefallen sei, da keine gesundheitsbezogenen Angaben gemacht werden dürften, die den allgemein anerkannten Ernährungs- und Gesundheitsgrundsätzen zuwiderlaufen würden. Die Verwendung der strittigen gesundheitsbezogenen Angaben würde ein widersprüchliches und verwirrendes Signal an die Verbraucher senden, da diese zum Verzehr von Zucker aufgerufen würden, für den nationale und internationale Be-

hörden aufgrund allgemein anerkannter wissenschaftlicher Nachweise den Verbrauchern eine Verringerung des Verzehrs empfehlen würden.

Da sich die Verordnung vom 6. Januar 2015 direkt gegen die den Antrag auf Zulassung stellenden Lebensmittelherstellerin richtete, war diese befugt, das EuG anzurufen, um die angefochtene Verordnung für nichtig zu erklären. Das EuG wies die Klage gegen die Europäische Kommission mit Urteil vom 16. März 2016 (Aktenzeichen T-100/15) zurück. Die Klägerin kann nunmehr den EuGH mit einem auf Rechtsfragen beschränkten Rechtsmittel anrufen.

Die Klägerin hatte zur Begründung ihrer Klage mehrere Gründe vorgebracht, die alle samt zurückgewiesen wurden.

Das Gericht stellte fest, dass die Kommission nach Artikel 18 Abs. 4 HCV über die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Angaben in die von der Kommission vorgesehene Liste entscheiden würde, wobei sie neben der Stellungnahme der EFSA alle einschlägigen Vorschriften des Rechts



swiss made

## Zuverlässige keramische Lösungen

- » biokompatibel
- » sicher
- » SLM®-Oberfläche



[www.zsystems.com](http://www.zsystems.com)



**ZIRKOLITH®**  
by zsystems®

der Europäischen Union und auch sonstige für die betreffende Angelegenheit relevanten legitimen Faktoren zu berücksichtigen habe. Es komme somit nicht nur auf die Stellungnahme der EFSA an, die lediglich zu überprüfen habe, ob die gesundheitsbezogenen Angaben durch wissenschaftliche Nachweise abgesichert seien. Das EuG stützte sich insbesondere auf die Intention, die mit der HCV verfolgt wird. Diese sind in den sogenannten Erwägungsgründen der Rechtsnorm vorangestellt. Auch die angefochtene Verordnung bezog sich hierauf und stellte ihrerseits eigene Erwägungsgründe zur Begründung ihrer ablehnenden Entscheidung voran.

### Ausübung des Ermessens

Aus dem 30. Erwägungsgrund der HCV, auf denen sich auch die angefochtene Verordnung beziehe, folge insbesondere, dass in einigen Fällen eine wissenschaftliche Risikobewertung für sich gesehen nicht alle Informationen bereit stellen würde, um hierauf eine Risikomanagemententscheidung zu gründen, sodass auch andere legitime Faktoren berücksichtigt werden müssten, die für den jeweils zu prüfenden Sachverhalt relevant seien. Hieraus schlussfolgerte das Gericht, dass der Kommission ein weites Ermessen zuzubilligen sei, das im gerichtlichen Verfahren nur eingeschränkt überprüfbar ist, nämlich ob die Ausübung dieses Ermessens offensichtlich fehlerhaft sei, einen Ermessensmissbrauch darstelle oder ob die Behörde die Grenze ihres Ermessens offensichtlich überschritten habe. Aus dem 14. Erwägungsgrund der angefochtenen Entscheidung folge, dass die Kommission die in Rede stehenden gesundheitsbezogenen Angaben deshalb nicht zugelassen habe, weil die beantragten Aussagen den allgemein anerkannten Ernährungs- und Gesundheitsgrundsätzen zuwider liefen, was sich auch aus Erwägungsgrund Nr. 18 der HCV entnehmen lasse. Das EuG bestätigte die ablehnende Entscheidung der Europäischen Kommission, dass die Verwendung der in Rede stehenden gesundheitsbezogenen Angaben ein wider-

sprüchliches und verwirrendes Signal an den Verbraucher senden würde, da diese zum Verzehr von Zucker aufgerufen würden, für den nationale und internationale Behörden aufgrund allgemein anerkannter wissenschaftlicher Nachweise den Verbrauchern eine Verringerung des Verzehrs empfohlen hätten. Unter Berücksichtigung des vorgeschagten erachtete das Gericht die im Streit stehenden Werbeaussagen für irreführend, da der Durchschnittsverbraucher ermutigt würde, das Produkt zu verzehren, das heißt Zucker zu sich zu nehmen, obwohl auf allgemein anerkannten wissenschaftlichen Nachweisen gestützte Empfehlungen, den Verzehr von Zucker zu verringern, dem entgegensprechen. Das Gericht stellte in diesem Zusammenhang fest, dass mit dem Verzehr eines aus acht Täfelchen zu je sechs Gramm bestehenden Würfels bereits mehr als die Hälfte der für einen durchschnittlichen Erwachsenen festgesetzten Referenzmenge Zucker aufgenommen würde. Der Gesundheitsschutz stelle nach den Erwägungsgründen Nr. 1 und Nr. 8 der HCV eines der Hauptzwecke der HCV dar. Aus Erwägungsgrund Nr. 38 der HCV folge zudem, dass darüber hinaus das ordnungsgemäße Funktionieren des Binnenmarkts für nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben sicherzustellen und zugleich ein hohes Verbraucherschutzniveau zu bieten sei.

### Widersprüchlich und ungeeignet

Soweit die Herstellerfirma angeregt hatte, ergänzend zu den gesundheitsbezogenen Angaben einen Pflichthinweis auf die Empfehlung internationaler Behörden auszunehmen, den Zuckerverzehr zu verringern oder auf ihn zu achten, was ihrer Ansicht nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen würde, um eine Irreführung der Verbraucher einzudämmen, erachtete das Gericht einen solchen Hinweis nicht für genügend. Der Umstand, dass die Herstellerin in einem solchen Fall auf der einen Seite den Konsum ihres Produkts empfehlen, auf der anderen Seite vor ihm warnen würde, erachtete das Gericht als in sich

widersprüchlich. Ein Produkt, das eine signifikante Quelle von Zucker sei, neben Höchstmengenfestlegung und Warnhinweisen mit einer gesundheitsbezogenen Angabe zu versehen, die dem Produkt ein positives Bild verleihen, sodass es vom Verbraucher als ein solches mit nährwertbezogenen, physiologischen oder anderweitigen gesundheitlichen Vorteilen versehen angesehen werde, sei in sich widersprüchlich und ungeeignet, die Einhaltung der allgemein anerkannten Ernährungs- und Gesundheitsgrundsätze zu gewährleisten, die auf eine Reduktion des Zuckerkonsums abzielen. Soweit die Klägerin vorgebracht hatte, dass die Kommission Warnhinweise zugelassen hätte, vermochte das Gericht keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung erkennen.

Es bleibt abzuwarten, ob die Lebensmittelherstellerin gegen die Entscheidung des EuG den EuGH anruft, wobei im Rahmen des Rechtsmittels nur eine auf Rechtsfehler beschränkte Kontrolle stattfinden wird. Der Sachverhalt wird, so wie vom EuG festgestellt, übernommen, sodass sich die Klägerin nicht auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse stützen und den Sachvortrag nicht ergänzen kann. Die Entscheidung des EuG verdeutlicht, welcher hohen Stellenwert der Gesundheits- und Verbraucherschutz in Europa hat, sodass auch Aussagen, die korrekt und auf wissenschaftliche Erkenntnisse gegründet sind, im Einzelfall unzulässig sein können, wenn sie den anerkannten Ernährungs- und Gesundheitsgrundsätzen zuwiderlaufen. Ob dies der Fall ist, hat die Europäische Kommission zu prüfen, wobei ihr ein weites Ermessen zuzubilligen ist. ■

#### Kontakt

**Dr. Marc Sieper, Mag. rer. publ.**  
Rechtsanwalt und Fachanwalt  
für Medizinrecht

Ratajczak & Partner Rechtsanwälte mbB  
Berlin · Essen · Freiburg 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 mbB Rechtsanwälte

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

Posener Straße 1  
 71063 Sindelfingen

Fon +49 7031-9505-18  
 (Frau Sybill Ratajczak)  
 Fax +49 7031-9505-99

[ratajczak@bdizedi.org](mailto:ratajczak@bdizedi.org)  
[www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

Serie

# Urteile zur GOZ 2012 Teil 2

#### Inhalt

■ 7. Adhäsive Befestigung von Brackets .....	87
■ 8. Adhäsivtechnik in anderen Fällen .....	88
■ 9. Beihilfe .....	92
■ 10. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen .....	92
■ 11. Kieferorthopädische Behandlung .....	93
■ 12. Endodontische Behandlungen .....	94
■ 13. Professionelle Zahnreinigung und dgl. ....	94
■ 14. Leistungsbegrenzung in PKV-Tarifen .....	95
■ 15. Schlussbemerkungen .....	95

## 7. Adhäsive Befestigung von Brackets

### 7.1 AG Recklinghausen, 19.12.2013 – 54 C 117/13 – (rechtskräftig), GOZ: 2197, 2220, 6100

Das Aufbringen der Brackets durch die adhäsive Technik ist nach der GOZ 2197 neben der GOZ 6100 abrechenbar. Die adhäsive Befestigung von Brackets ist eine besondere Form des Anbringens. Wenn es aber verschiedene Methoden gibt, die einen unterschiedlichen Aufwand für den Behandler bedeuten, scheint es gerechtfertigt, diese mit einer höheren Bewertung abzugelten. Wäre die adhäsive Technik bereits von GOZ 6100 erfasst, hätte es nahegelegen, für die vor- und nachbereitenden Tätigkei-

ten, insbesondere für die Positionierung der Brackets, eine Differenzpunktezahl anzusetzen. Mit der GOZ 6100 abgegolten sind das Eingliedern eines Attachments sowie die Materialkosten für ein unprogrammiertes Edelstahlbracket. Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass weitere Leistungen Bestandteil der GOZ 6100 sind und diese mit der GOZ 6100 abgegolten sind, hätte er dies wie bei der GOZ 2220 in die Abrechnungsbestimmungen aufgenommen.

### 7.2 AG Pankow/Weißensee, 10.01.2014 – 6 C 46/13 – (rechtskräftig), GOZ: 2197 neben 6100

GOZ 2197 kann für die adhäsive Befestigung eines Klebebrackets neben der GOZ 6100 abgerechnet werden.

### 7.3 AG Bayreuth, 27.02.2014 – 107 C 1090/13 – (rechtskräftig), GOZ: 2197, 6100

Eine Berechnung der GOZ 2197 für die adhäsive Befestigung von Brackets neben der GOZ 6100 ist möglich. Ausgehend vom Wortlaut der beiden Ziffern sind damit durchaus unterschiedliche Leistungen abgegolten. Die GOZ 6100 beschreibt grundsätzlich die Eingliederung eines Klebebrackets, wobei die Art und Weise der Eingliederung beziehungsweise Befestigung nicht umschrieben wird. Hingegen beinhaltet GOZ 2197 die adhäsive Befestigung, das heißt, entgegen der konventionellen Befestigung nicht mechanisch, sondern mithilfe einer chemischen Reaktion; hierzu ist es erforderlich, verschiedene Flüssigkeiten/



## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 2

Haftvermittler aufzutragen, damit eine chemische Verbindung entsteht. Inhalt der GOZ 2197 ist also nicht die Befestigung an sich, sondern die spezielle Art und Weise der Befestigung, sodass es sich um eine andere Regelung als die GOZ 6100 handelt.

**7.4 AG Saarbrücken, 15.07.2014 –  
5 C 85/14 (03) – (rechtskräftig),  
GOZ: 2197, 6030, 6040, 6050, 6060,  
6070, 6080, 6100**

Die adhäsive Befestigung von Brackets ist gemäß GOZ 2197 neben der GOZ 6100 abrechenbar. GOZ 2197 wurde erstmals seit dem Januar 2012 als Zusatzvergütung für eine adhäsive Befestigung vom Gesetzgeber aufgenommen, GOZ 6100 wurde insofern nicht verändert. Ausgehend von Leistungsbeschreibung und Leistungsvergütung ist GOZ 2197 deshalb aufgenommen worden, um den zusätzlichen Aufwand des Zahnarztes gegenüber hergebrachten Methoden zu vergüten.

**7.5 LG Hildesheim, 24.07.2014 –  
1 S 15/1481 C 91/13 – (rechtskräftig),  
GOZ: 2197, 6100**

Die GOZ 2197 ist neben der GOZ 6100 bei der Einbringung von Brackets mittels Adhäsionstechnik abrechenbar. Eine Betrachtung des Wortlauts der GOZ 2197 führt zu der Feststellung, dass diese grundsätzlich auch bei der Eingliederung von Brackets zur Anwendung kommen kann. Denn die Aufzählung der Leistungen ist lediglich enumerativ, aber eben nicht abschließend. So ergibt es sich auch aus der Entwurfsbegründung für den Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der GOZ vom 24.03.2011. Dort heißt es ausdrücklich, dass die GOZ 2197 den Mehraufwand für eine adhäsive Befestigung abgelten soll. Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkt die GOZ 6100, so ist dem Kläger zuzustimmen, dass bei der in GOZ 2197 genannten Punktzahl von 130 für die Vornahme einer adhäsiven Befestigung, von der in GOZ 6100 genannten Punktzahl von 165 lediglich 35 Punkte für die sonstigen Leistungen verblieben.

Gem. § 5 GOZ entspricht 1 Punkt einem Wert von Euro-Cent 5,62421, das heißt, bei Faktor 2,3 lediglich 4,53 Euro. Darin müssten bereits sämtliche Material- und sonstigen Vorhaltekosten enthalten sein sowie die Vergütung für sämtliche weiteren vor- und nachbereitenden Tätigkeiten. Dies wird dem Anspruch des behandelnden Arztes auf eine angemessene Vergütung nicht gerecht.

**7.6 VG Arnsberg, 09.12.2014 –  
13 K 3687/13 – (rechtskräftig),  
GOZ 2917 neben 6100**

Über die Frage, ob die GOZ 2197 im Rahmen der Erbringung kieferorthopädischer Leistungen für die adhäsive Befestigung der Klebebrackets neben der GOZ 6100 GV/GOZ angesetzt hat, bestehen bei objektiver Betrachtung (zumindest) ernsthaft widerstreitende Auffassungen. In diesen Fällen sind Aufwendungen nur dann nicht angemessen im Sinne von § 3 Abs. 1 BVO NRW, wenn der Dienstherr nicht vor Entstehung der Aufwendungen seine Rechtsauffassung zu der Frage deutlich klargestellt hat, so dass der Beihilfeberechtigte Gelegenheit hatte, sich darauf einzustellen. Das wurde hier vom VG Arnsberg verneint, so dass die Nebeneinanderabrechenbarkeit bestätigt wurde.

**7.7 VG Regensburg, 26.01.2015 –  
RO 8 K 14.1888 – (rechtskräftig),  
GOZ: 2197 neben 6100**

Die GOZ 2197 ist neben der GOZ 6100 abrechenbar und daher beihilfefähig.

**7.8 AG Nürnberg, 21.04.2015 –  
12 C 7440/14 – (rechtskräftig),  
GOZ: 2197, 6100**

Bei der kieferorthopädischen Therapie mit Invisalign-Schienen-Attachments (Brackets) ist die adhäsive Befestigung des Klebebrackets durch die GOZ 6100 bereits abgegolten. Für die adhäsive Befestigung ist in den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnittes über konservierende Leistungen mit der Neufassung der GOZ in Ziffer 2197 eine Gebührensiffer geschaffen worden, die lediglich Regelbeispiele enthält und nicht abschließend

zu verstehen ist. Zwar sind diese für eine dauerhafte Zahnversorgung genannt, allerdings darf nicht übersehen werden, dass diese GOZ 2197 nach ihrem Leistungstext keine abschließende Aufzählung darstellt, weswegen ihre Anwendung auch auf die adhäsive Anbringung von Brackets nach dem Wortlaut der Nummer möglich ist. Dafür ist erforderlich, dass die Leistungen gleichwertig sind. Die durchgeführten Leistungen erfordern keinen derartigen Aufwand.

Dass dann lediglich unter der GOZ 6100 die Punktzahl der GOZ 2197 mitenthalten wäre, ist aber nicht das Problem des erkennenden Gerichtes, sondern des Verwaltungsorgans, der unter Umständen die Punktzahl der GOZ 6100 erhöhen müsste. Leistungen nach GOZ 6100 sind mit der GOZ 2197 auch nicht vergleichbar, da diese weniger aufwendig sind. Somit kommt eine entsprechende Anwendung der GOZ 2197 über § 6 Abs. 1 GOZ nicht in Betracht.

**7.9 VG Regensburg, 01.09.2015 –  
RN 8 K 15.936 –, GOZ: 2197 neben 6100**  
Die GOZ 2197 ist neben der GOZ 6100 abrechenbar und daher beihilfefähig.

## 8. Adhäsivtechnik in anderen Fällen

**8.1 AG Bonn, 28.07.2014 –  
116 C 148/13 – (rechtskräftig),  
GOZ: 2080, 2120, 2197**

Die Leistung nach GOZ 2197 ist weder in der GOZ 2120 enthalten noch ein bereits notwendiger Bestandteil der Leistung gemäß GOZ 2120. Die Leistung nach GOZ 2120 beschreibt eine Arbeitstechnik, die eine mechanisch-physikalische Anlagerung von Füllmaterialien durch zusätzlich zu erstellende Präparationsformen, eine aufeinander aufbauende portionsweise Einbringung und jeweilige Aushärtung der Füllmasse, eine spezielle Art der Einbringung der Füllmasse und eine Veränderung der Zahnoberfläche im Sinne einer Aufrauung durch eine Konditionierung (Säurebehandlung) beinhaltet. Die GOZ 2197 umfasst dagegen Arbeitsschritte, ►

# Planmeca Romexis® Eine Software – alle Lösungen



## Behandlungseinheiten, digitale Bildgebung und CAD/CAM – das alles erstmals in **einer** Software

Planmeca bietet eine revolutionäre „All-In-One“ Softwarelösung für Praxen und Kliniken jeglicher Größe. Unsere seit langem bewährte Softwareplattform **Planmeca Romexis®** ist führend in der Dentalindustrie, weil sie **ALLE** Ihre digitalen Geräte unter einem Dach vereint und jederzeit mit Ihren Ansprüchen mitwachsen kann. Planmeca Romexis ermöglicht Ihnen nahezu ungeahnte Zeit- und Kostenersparnisse, damit Sie sich voll und ganz auf die Behandlung Ihrer Patienten konzentrieren können.

Für weitere Informationen:

[www.planmeca.de](http://www.planmeca.de)



Planmeca Vertriebs GmbH Walther-Rathenau-Str. 59, Bielefeld 33602  
Tel. 0521-560665-0, [verkauf@planmeca.de](mailto:verkauf@planmeca.de)

# PLANMECA





Foto: Fotolia.com / BillionPhotos.com

die eine chemische Verbindung zum Zahn aufbauen. Es wird im Ergebnis durch das Auftragen eines Primers und eines Haftvermittlers die Oberfläche des Zahns so verändert, dass zusätzlich zu der mechanisch-physikalischen Technik eine chemische Verbindung des Füllmaterials mit dem Zahn erfolgt. Somit ist die GOZ 2197 neben der Leistung gemäß GOZ 2120 gesondert abzurechnen. Die adhäsive Befestigung nach GOZ 2197 GOZ stellt einen Mehraufwand, also einen Zuschlag dar, und ist bei tatsächlicher Erbringung neben jeder adhäsivbefestigungsfähigen Grundleistung gesondert abrechenbar und nicht in der Grundleistung bereits enthalten.

**8.2. AG Celle, 11.11.2014 – 13 C 1449/13 5.2 – (rechtskräftig), GOZ: 2090, 2110, 2180, 2197, 2130 GOZ (analog)**

1. GOZ 2197 kann nicht neben GOZ 2090, 2100, 2110, 2120 und 2180 angesetzt werden.
2. GOZ 2197 kann aber neben GOZ 2160 und 2170 abgerechnet werden.

Die Vorbereitung eines Zahns zur Aufnahme einer Einlagefüllung kann nicht nach der GOZ 2180 berechnet werden.

Die Leistungsbeschreibung der GOZ 2180 stellt ausdrücklich auf die Vorbereitung eines Zahns zur Aufnahme einer Krone ab. Deshalb kann auch die GOZ 2197, die eine Art Zuschlag zur Abgeltung des erforderlichen Mehraufwandes für eine adhäsive Befestigung gegenüber der konventionellen Klebung darstellt, hier nicht in Verbindung mit der GOZ 2180 berechnet werden.

Für Kompositrestaurationen in Adhäsivtechnik können die GOZ 2090 und 2110 nicht berechnet werden. Hierfür sind vielmehr die GOZ 2100 beziehungsweise 2120 GOZ zu berechnen. Die GOZ 2100 und 2120 umfassen die Anwendung der Adhäsivtechnik bereits obligat, sodass daneben eine Berechnung der GOZ 2197 GOZ nicht möglich ist. In den Fällen, in denen sowohl eine konventionelle Klebung als auch eine adhäsive Befestigung möglich ist, ist bei adhäsiver Befestigung die GOZ 2197 GOZ neben der Grundleistung zu berechnen.

Die Berechnung der GOZ 2130 analog für die Entfernung subgingivaler Beläge ist nicht zu beanstanden. GOZ 1040 erfasst nicht die Entfernung subgingivaler Beläge, sondern das Entfernen supragin-

givaler/gingivaler Beläge. Die Entfernung subgingivaler Beläge unterfällt nicht den GOZ 4070, 4075. Die GOZ 4070, 4075 erfassen eine paradontalchirurgische Therapie, bei der über die Belagsentfernung hinaus ein Abtrag von Wurzelementschichten, eine Wurzelglättung und ein Ausschälen des entzündlich infiltrierten Bindegewebes erfolgen. Die subgingivale Belagsentfernung stellt keinen solchen chirurgischen Eingriff dar.

Die Vorbereitung eines Zahns zur Aufnahme einer Einlagefüllung kann nicht nach der GOZ 2180 berechnet werden. Die Leistungsbeschreibung der GOZ 2180 stellt ausdrücklich auf die Vorbereitung eines Zahns zur Aufnahme einer Krone ab. Deshalb kann auch die GOZ 2197, die eine Art Zuschlag zur Abgeltung des erforderlichen Mehraufwandes für eine adhäsive Befestigung gegenüber der konventionellen Klebung darstellt, hier nicht in Verbindung mit der GOZ 2180 berechnet werden.

Für Kompositrestaurationen in Adhäsivtechnik können die GOZ 2090 und 2110 nicht berechnet werden. Hierfür sind vielmehr die GOZ 2100 beziehungsweise 2120 GOZ zu berechnen. Die GOZ 2100 ►





# 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, reversibel verschraubtes Implantatsystem und überzeugt durch hohe Ästhetik.

**ZERAMEX®**  
strong. bright. right.

## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 2

und 2120 umfassen die Anwendung der Adhäsivtechnik bereits obligat, sodass daneben eine Berechnung der GOZ 2197 GOZ nicht möglich ist. In den Fällen, in denen sowohl eine konventionelle Klebung als auch eine adhäsive Befestigung möglich ist, ist bei adhäsiver Befestigung die GOZ 2197 GOZ neben der Grundleistung zu berechnen. Die Berechnung der GOZ 2130 analog für die Entfernung subgingivaler Beläge ist nicht zu beanstanden. GOZ 1040 erfasst nicht die Entfernung subgingivaler Beläge, sondern das Entfernen supragingivaler/gingivaler Beläge. Die Entfernung subgingivaler Beläge unterfällt nicht den GOZ 4070, 4075. Die GOZ 4070, 4075 erfassen eine paradontalchirurgische Therapie, bei der über die Belagsentfernung hinaus ein Abtrag von Wurzelementschichten, eine Wurzelglättung und ein Ausschälen des entzündlich infiltrierten Bindegewebes erfolgen. Die subgingivale Belagsentfernung stellt keinen solchen chirurgischen Eingriff dar.

**8.3 VG Stuttgart, 18.11.2014 – 13 K 757/13 – (rechtskräftig), GOZ: 2080, 2120, 2197**

Für das Präparieren einer Kavität und die Restauration mit Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik, zweiflächig, kann die GOZ 2197 nicht neben der GOZ 2080 abgerechnet werden. Die der GOZ 2197 zu Grunde liegende Leistung ist bereits mit der Gebühr nach GOZ 2080 abgegolten, weil sie Teil der dort beschriebenen Leistung gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ ist.

Das Gericht folgt nicht der vom AG Bonn in seinem Urteil vom 28.07.2014 (116 C 148/13) vertretenen Auffassung, dass die adhäsive Befestigung kein Teilschritt der Restauration mit Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik sei und deshalb GOZ 2197 zusätzlich abgerechnet werden könne.

**8.4 AG Düsseldorf, 21.01.2016 – 27 C 3179/14 –, GOZ 2197 neben 2100**  
GOZ 2197 ist neben Füllungsleistungen nach GOZ 2100 abrechenbar.

## 9. Beihilfe

**9.1 VG München, 23.01.2014 – M 17 K 12.1592 – (rechtskräftig), Material- und Laborkosten in der Kieferorthopädie**

Material- und Laborkosten, die im Rahmen von kieferorthopädischen Behandlungen (Abschnitt G des Leistungsverzeichnisses der GOZ) sowie bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen (Abschnitt J des Leistungsverzeichnisses der GOZ) anfallen, sind grundsätzlich in vollem Umfang beihilfefähig.

**9.2 VG Hannover, 10.06.2014 – 13 A 8167/13 – (rechtskräftig), Verhältnis Beihilfe-/Honoraranspruch**

Es gibt grundsätzlich keine unterschiedliche Angemessenheit hinsichtlich des Honoraranspruchs einerseits und der Beihilfefähigkeit andererseits. Angemessen sind regelmäßig die nach § 5 GOZ vom Zahnarzt rechtmäßigerweise anzusetzenden Gebühren. Die Entscheidung der Beihilfestelle, ob die Aufwendungen notwendig und angemessen sind, ist keine Ermessensentscheidung und unterliegt uneingeschränkter verwaltungsgerichtlicher Kontrolle.

**9.3 VG Regensburg, 26.01.2015 – RO 8 K 14.1888 – (rechtskräftig), GOZ: 2197 neben 6100**

Die GOZ 2197 ist neben der GOZ 6100 abrechenbar und daher beihilfefähig. Die GOZ 6100 betrifft die „Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel“ und ist mit 165 Punkten bewertet. Die GOZ 2197 erfasst die „Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer et cetera)“ und ist mit 130 Punkten bewertet. Nach dem Empfängerhorizont spricht bereits der Wortlaut der GOZ 2197 für eine Anwendung auch im Zusammenhang mit der GOZ 6100. Ein Ausschluss der GOZ 2197 folgt nicht daraus, dass sich die GOZ 6100 auf „Klebebrackets“ bezieht. Die GOZ 6100 legt sich vielmehr hinsichtlich der Art und Weise der Eingliederung nicht fest. Sollte aber

tatsächlich eine ungewollte Regelungslücke vorliegen, so wäre die GOZ-Nr. 2197 jedenfalls analog anzuwenden.

**9.4 VG Neustadt, 22.04.2015 – 1 K 953/14.NW – (rechtskräftig), § 2 GOZ**

Ein Beihilfeanspruch scheidet bereits an § 8 Abs. 7 Nr. 3 BVO. Nach dieser Bestimmung sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden (hier: laserbasierten Sterilisation von Zahnfleischtaschen), nicht beihilfefähig.

Weiter begegnet auch die rechtliche Einschätzung keinen Bedenken, dass die lasergestützte Taschensterilisation keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode darstellt. Dabei hat die fehlende Zuordnung einer entsprechenden Nummer der GOZ für die hier streitbefangene Behandlungsmethode bereits indizielle Bedeutung gegen die wissenschaftliche Anerkennung dieser Methode. Vor dem Hintergrund der Gemeinsamen Wissenschaftlichen Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) und der DGZMK (Stand November 2014), die zu dem Schluss kommt, dass eine evidenzbasierte Bewertung der antimikrobiellen photodynamischen Therapie zur Behandlung der Parodontitis derzeit nicht möglich sei, besteht offenkundig nach wie vor kein breiter wissenschaftlicher Konsens über die hier streitbefangene Behandlungsmethode und es steht auch ein solcher Konsens nicht unmittelbar bevor.

**9.5 VG Regensburg, 01.09.2015 – RN 8 K 15.936 –, GOZ: 2197 neben 6100**

Die GOZ 2197 ist neben der GOZ 6100 abrechenbar und daher beihilfefähig.

## 10. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

**10.1 VG Stuttgart, 10.12.2015 – 1 K 5043/10 –, GOZ 8065 analog**

Die computergesteuerte Kondylenpositionsanalyse und die Neupositionierung der Kondylen unter Bildschirmkontrolle

sind in der GOZ nicht beschriebene Leistungen, die jeweils analog GOZ 8065 abgerechnet werden können. Ein Analogansatz nach den GOZ 6040 und 6070 kommt demgegenüber nicht in Betracht.

#### 10.2 VG Stuttgart, 15.01.2016 – 12 K 4088/15 –, GOZ 8090

Nach Ansicht des VG Stuttgart kann die Nr. 8090 nur 1x je Sitzung, nicht je Zahn abgerechnet werden (a. A. BZÄK).

### 11. Kieferorthopädische Behandlung

#### 11.1 AG Pankow/Weißensee, 10.01.2014 – 6 C 46/13 – (rechtskräftig), GOZ: 2197, 2290, 6100, 6140

Für die Frage, ob die Entfernung eines Bogens oder eines Teilbogens eine nach

GOZ 2290 berechenbare Leistung ist, ist zunächst von dem Wortlaut der Nummer auszugehen. Dass für sich betrachtet der Text der unter diese Nummer fallenden Leistungen nicht abschließend ist, sondern durch seinen abschließenden Verweis auch auf ähnliche Leistungen die Anwendbarkeit auf nicht ausdrücklich dort genannte Leistungen eröffnet, ist zwischen den Parteien nicht streitig. Daher ist es zunächst als grundsätzlich möglich anzusehen, die Entfernung von Bögen als weitere Leistung nach GOZ 2290 anzusehen. Da der Auffassung der Beklagten, dass die Entfernung von Bögen keine Leistung mit einem eigenständigen Wert sei, jedenfalls nicht gefolgt werden kann, weil sie für sich betrachtet einen so umfangreichen Leistungsinhalt

hat, dass hierfür eine eigenständige Vergütung geschuldet ist, kommt es für die Anwendbarkeit der GOZ 2290 auf die Entfernung von Bögen entscheidungserheblich darauf an, ob die vorgenannte Leistung nach anderen GOZ zutreffender zu berechnen ist. Dass die hier in Rede stehende zahnärztliche Leistung jedenfalls grundsätzlich als vergütungsbedürftig anzusehen ist, ergibt sich dabei auch aus der Abrechnung der Beklagten, die sich jedenfalls aus Kulanzgründen veranlasst gesehen hat, diese Leistungen nach Nummer 6140 GOZ mit dem Faktor 1,0 an den Kläger zu erstatten. Gegen die Anwendbarkeit der Nummer 2290 auf die Entfernung von Bögen spricht zunächst nicht, dass diese Nummer in dem Abschnitt über konservierende Leis-



**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 Gewebeintegration

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 €,  
30 mm x 40 mm für 189,50 €, zzgl. MwSt. Gültig bis 31.12.2016.

REGEDENT GmbH | Phone + 49 (0) 93 24 - 6 04 99 27 | info@regedent.com | www.regedent.com



## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 2

tungen des Gebührenverzeichnisses zur GOZ steht. Denn auch in anderen Fällen entspricht es der Üblichkeit, dass eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme in ihrer Gesamtheit nach verschiedenen Nummern aus unterschiedlichen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses zur GOZ abgerechnet wird.

### 11.2 AG Bayreuth, 27.02.2014 – 107 C 1090/13 – (rechtskräftig), GOZ: 6150 (analog)

Eine Gebühr analog zu GOZ 6150 für die Entfernung eines Bogens kann nicht verlangt werden. In Ziffer 6150 GOZ ist die Eingliederung des ungeteilten Bogens erfasst, für die Entfernung ist eine eigene Ziffer in der GOZ nicht vorgesehen. Die GOZ 6150 beinhaltet die Eingliederung eines Bogens, schon dem Sprachgebrauch nach kann daher die Entfernung eines ungeteilten Bogens nicht eine ähnliche vergleichbare Leistung sein, da sie das Gegenteil der Bezug genommenen Leistung beinhaltet. Diese Leistung ist von der GOZ 6080 umfasst und eine gesonderte Geltendmachung daher nicht möglich.

## 12. Endodontische Behandlungen

### 12.1 VG Stuttgart, 25.10.2013 – 6 K 4261/12 – (nicht rechtskräftig geworden), GOZ: 2390, 2410, 2430, 2440

Die GOZ 2390 ist neben den GOZ 2410, 2440 abrechenbar.

**Hinweis:** Diese vielfach noch zitierte Entscheidung wurde durch den nachstehend wiedergegebenen Beschluss des VGH Baden-Württemberg aufgehoben.

### 12.2 VGH Baden-Württemberg, 04.04.2014 – 2 S 78/14 (rechtskräftig), § 4 GOZ, GOZ: 2390, 2410, 2440

Die GOZ 2390 ist nicht neben den GOZ 2410, 2440 abrechenbar. Die gesonderte Abrechnung der GOZ 2390 neben den GOZ 2410 oder 2440 widerspricht der erklärten Absicht des Normgebers. In der Begründung des Entwurfs einer Verordnung zur Änderung der GOZ

(Referentenentwurf Stand 24.03.2011, S. 27) heißt es zur Leistung nach GOZ 2390, dass diese allenfalls im Rahmen einer Notfallbehandlung angezeigt sein könne und nicht zum Beispiel als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den GOZ-Nummern 2410 und 2440 berechnungsfähig sei. Diese Absicht des Normgebers hat durch den ausdrücklichen Zusatz „als selbstständige Leistung“, der in der „Vorgängervorschrift“ (GOZ in der Fassung vom 22.10.1987, GOZ 239) noch nicht enthalten war, auch hinreichend deutlich ihren Niederschlag im Wortlaut der Vorschrift gefunden. Dies verbietet es, die Trepanation auch dann als selbstständig abrechenbare Leistung anzusehen, wenn unmittelbar danach weitere endodontische Leistungen erbracht werden. Eine gesonderte Abrechnung der Trepanation nach der GOZ 2390 würde in einem solchen Fall sowohl dem Wortlaut der Regelung, wonach eine Abrechenbarkeit ausdrücklich eine selbstständige Leistung erfordert, wie auch der Absicht des Normgebers widersprechen, nach der die Trepanation gerade nicht als Zugangsleistung anderer endodontischer Leistungen abrechenbar sein soll.

### 12.3 AG Dortmund, 31.08.2015 – 405 C 3277/14 – (rechtskräftig), § 6 GOZ, GOZ: 2360, 2390, 2420

Die GOZ 2390 ist als solche einzeln abrechnungsfähig, da sie nicht Bestandteil der GOZ 2360 ist.

## 13. Professionelle Zahnreinigung und dergleichen

### 13.1 VG Stuttgart, 13.02.2013 – 3 K 3921/12 – (rechtskräftig), § 6 GOZ, GOZ: 1040, 4005, 4070, 4075

Die Leistung nach der GOZ 1040 umfasst nicht das Entfernen von subgingivalen Belägen. Laut Abrechnungskommentaren ist daher das Entfernen subgingivaler Beläge auf nicht chirurgischem Wege gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechenbar. Hierfür ist eine analoge Anwendung der GOZ 4005 neben einer professionellen Zahnreinigung vertretbar.





nung subgingivaler Beläge abgerechnet werden. Die GOZ 1040 erfasst das Entfernen supragingivaler/gingivaler Beläge. Die Entfernung subgingivaler Beläge unterfällt nicht den GOZ 4070, 4075.

**13.4 LG Oldenburg, 08.01.2014 –  
5 O 1233/13 – (rechtskräftig),  
Werbung für PZR**

Die Werbung von Zahnärzten für eine PZR bei Paaren (Partnergutschein) zu einem Preis von 69,90 Euro und auf Wunsch ein anschließendes Zahnbleaching für 250 Euro statt 350 Euro pro Person verstößt gegen ärztliches Preis- und Werberecht. Die PZR ist unter der Nr. 1040 in der GOZ enthalten und auch das Zahnbleaching stellt eine zahnärztliche Leistung dar. Zahnärztliche Leistungen sind nach der GOZ abzurechnen. Rabatte auf das Honorar sind nach der GOZ unzulässig.

**13.5 OVG Nordrhein-Westfalen,  
21.02.2014 – 1 A 477/13 – (rechtskräftig),  
§§ 3, 4, 6 GOZ, GOZ: 1040, 4070, 4075**

Die nichtchirurgische Entfernung subgingivaler Zahnbeläge ist nicht nach GOZ 4070, 4075 analog abrechenbar. Die Entfernung der klinisch sichtbaren und ohne chirurgischen Eingriff erreichbaren Beläge auf Wurzeloberflächen (Konkremete) fällt unter den Begriff der Entfernung gingivaler Beläge auf Wurzeloberflächen. Diese Auslegung stellt sicher, dass die Gebührensatz Nr. 1040 mit ihrem Leistungstext die von ihr geregelte „Professionelle Zahnreinigung“ hinsichtlich der insoweit wissenschaftlich gebotenen Reinigungsmaßnahmen vollständig erfasst.

**14. Leistungsbegrenzung  
in PKV-Tarifen**

**14.1 OLG Hamm, 25.03.2015 –  
I-20 U 143/14 – (rechtskräftig),  
Begrenzung der Leistungspflicht  
auf 3,5-fach**

Die Begrenzung der Leistungspflicht in den vertraglichen Tarifbedingungen der privaten Krankheitskostenversicherung auf den Höchststeigerungsfaktor nach

§ 5 Abs. 1 GOZ ist nach Ansicht des OLG Hamm zulässig. Die Klausel in den Tarifbedingungen sei weder wegen Intransparenz oder unangemessener Benachteiligung im Sinne des § 307 Abs. 1 BGB noch als überraschende Regelung im Sinne des § 305c Abs. 1 BGB unwirksam.

**15. Schlussbemerkungen**

Die Hauptkrux in der Anwendung der GOZ ist und bleibt die Steigerungsfaktorbegrenzung. Dies wird auch wieder bei den hier zusammengestellten Urteilen deutlich. Für die Steigerungsfaktorbegrenzung nach § 5 GOZ müssen zwei Schritte unterschieden werden.

1. Schritt:

Begründung auf der Abrechnung.

2. Schritt:

Begründung auf Nachfrage.

Die Begründung auf der Abrechnung kann sich auf stichwortartige Angaben beschränken. Das wird schon deshalb zugelassen, weil ansonsten die Gebührenabrechnungen kaum noch nachvollziehbar sind.

Die Begründung auf Nachfrage sollte unbedingt ins Detail gehen und ist dann auch Chefsache. Man kann zwar noch im späteren Prozess die Erklärungen nachliefern.

Mehr Sinn ergibt jedoch, sich diese Nachlieferung zu ersparen und die Patientenbesonderheiten auf Nachfrage schon offenzulegen.

Needless to say: Die Besonderheiten müssen in der Behandlungsdokumentation vermerkt sein. ■

*Prof. Dr. Thomas Ratajczak*  
Rechtsanwalt,  
Fachanwalt für Medizinrecht,  
Fachanwalt für Sozialrecht

Unter Mitarbeit von  
*Dr. Thomas Wostry*  
Rechtsanwalt

Glidewell Europe

*gratuliert*

zu 20 erfolgreichen Jahren  
BDIZ EDI konkret







**Präzise und wertvoll, natürlich selbstverständlich zu 100% hergestellt in Deutschland**



**BruxZir® Anterior Solid Zirconia  
99,- € Listenpreis**



**BruxZir® Solid Zirconia  
99,- € Listenpreis**



**Großspannige Implantatlösungen aus BruxZir®  
2.995,- € Listenpreis**



**Individuell gefrästes Titan Abutment  
135,- € Listenpreis**

Verfügbar für Biomet 3i® Certain®; Camlog® Screw-Line; Dentsply Implants Astra Tech Implant System®; Inclusive® Tapered Implant System; Nobel Biocare Bränemark System®, NobelActive® und NobelReplace®; Straumann® Bone Level®; und Zimmer® Screw-Vent®. Auch erhältlich für Keystone® PrimaConnex® und Neoss®; Andere auf Anfrage. Preise können variieren.



**BruxZir Krone auf Klebebasis, verschraubt  
235,- € Listenpreis**

Verfügbar für alle gängigen Implantatsysteme

**Fragen Sie uns nach unseren Angeboten**



Mehr Information unter [www.glidewell dental.de](http://www.glidewell dental.de)  
oder unter der Rufnummer  
**+49 (0) 69 2475 144-40**

**ZAHNTECHNIK ZU 100% HERGESTELLT IN DEUTSCHLAND**



**GLIDEWELL  
EUROPE GmbH**  
GLIDEWELL LABORATORIES GEGRÜNDET 1970

## Internationales Osteology-Symposium in Monaco

# Das Warum und Wie in der regenerativen Therapie

**Monaco ist immer eine Reise wert und besonders dann, wenn das Internationale Osteology-Symposium interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte aus der ganzen Welt an die Côte d'Azur lockt. 2016 lautete das Motto: Das Warum und das Wie in der regenerativen Therapie verstehen lernen. Die Headline kommt nicht von ungefähr, schließlich gibt es nach wie vor viele offene Fragen, mit denen sich der Zahnarzt in der täglichen Praxis konfrontiert sieht. Fast 2500 Teilnehmer kamen in diesem Jahr in das Grimaldi-Forum, um sich fortzubilden und ihr Wissen mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen.**

Alle zwei Jahre findet das Osteology-Symposium statt, um Zahnärzte und MKG-Chirurgen fortzubilden – nicht notwendigerweise nur die erfahrenen wissenschaftlich orientierten Behandler. Der Fokus liegt dabei eindeutig auf der praktischen Anwendung. Auf diese Weise hat sich die „Osteology“ zu einem Symposium mit internationaler Reputation entwickelt.

In Monaco werden erfahrungsgemäß die wissenschaftlichen Erkenntnisse mit den besonderen Anforderungen der Behandler in der täglichen Praxis verknüpft. Die wissenschaftlichen Leiter des Kongresses, *Prof. Dr. Friedrich Neukam* (Deutschland) und *Dr. Myron Nevins* (USA), hoben gemeinsam mit dem Osteology-Präsidenten *Prof. Dr. Mariano Sanz* (Spanien) die Bedeutung der Fragestellungen des Kongresses hervor. In Vorträgen, interaktiven Workshops und Diskussionsforen bemühten sich die Referenten, die vielen offenen Fragen zu beantworten, um neue Erkenntnisse für die Praxis anwendbar zu vermitteln. Warum sind bestimmte Verfahren notwendig? Warum müssen wir eine spezifische Behandlung durchführen? Warum treten Komplikationen auf? Warum sind die Ergebnisse manchmal so schwer vorherzusagen? Warum ist die Ästhetik so wichtig? Warum kennen wir immer noch nicht die Antworten auf so viele dieser Fragen? Wie behandeln wir eine bestimmte Indikation? Wie heilt Gewebe optimal? Wie können wir das bestmögliche Ergebnis erzielen? Wie

beeinflussen Techniken die Ergebnisse? Wie ist mit Komplikationen umzugehen? Und wie lassen sich all diese offenen Fragen beantworten? Durch die Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis haben auch 2016 international anerkannte Experten die Themen auf der Grundlage von Erkenntnissen aus der Forschung sowie anhand von Studiendaten und Erfahrungen von „Master Clinicians“ erörtert.

## Zähne fürs Leben

Nach den Masterkursen, den Workshops mit jeweils praktischem und theoretischem Ansatz am Donnerstag, leitete die Eröffnungszereemonie am Freitag ein



*Der BDIZ EDI präsentierte sich auf der Osteology 2016 in Monaco und hatte auch den neuen Leitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) dabei. Das Bild zeigt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger im Gespräch mit EAO-Representative Philippe Bregaint.*

Feuerwerk an guten bis sehr guten Vorträgen ein. Einige davon werden in diesem Beitrag kurz beleuchtet. Das Hauptprogramm umfasste parallel zwei Foren. Im ersten, moderiert von *Dr. William V. Giannobile* (USA), ging es um die Frage des Langzeiterfolgs im regenerierten Knochen. *Prof. Dr. Daniel Buser* (Schweiz) präsentierte die jüngsten Resultate bei der Anwendung von Barrieremembranen bei GBR und diskutierte deren Anwendung im klinischen Bereich und das mögliche Design künftiger Generationen von Barrieremembranen. Seiner Einschätzung nach sind die Resultate sehr vielversprechend in Bezug auf die Anwendung für den Heilungsprozess und zur Steuerung von Zellaktivitäten innerhalb des Defekts. Dies bezieht er nicht nur auf den unmittelbaren Barrierebereich, sondern auch auf die peripheren Bereiche sowie im Zusammenspiel mit Knochenersatzmaterialien.

Der Forumsteil, moderiert von *Dr. Christoph Hämmerle* (Schweiz), fokussierte die klinischen Entscheidungen im Frontzahnbereich der Maxilla. Nach wie vor stellen schwere Kieferknochendefekte für die Chirurgen eine große Herausforderung dar. *Dr. Franck Renouard* (Frankreich) suchte die momentan wichtige Frage nach Nutzen und Anwendung von kurzen Implantaten zu beantworten – mit beziehungsweise ohne Augmentation. *Renouard*, ein Verfechter der „Kurzen“, bestätigte aufgrund von Literatur-Reviews die mit Standardim-





plantaten vergleichbare Erfolgsrate von kurzen Implantaten und deren geringe Morbidität. Für *Renouard* stellen kurze Implantate eine effiziente Therapiemöglichkeit für Patienten dar, die anfällig für parodontale Erkrankungen sind.

Forum 2, von *Dr. Nikolaus P. Lang* (Schweiz) moderiert, beschäftigte sich mit den parodontalen Erkrankungen und dem Motto: Lebenslang Zähne. Der bekannte Referent *Dr. Myron Nevins* (USA) stellte in seinem Vortrag den scheinbar unverbrüchlichen Glauben des Behandlers auf Rettung des parodontal geschädigten Gebisses auf den Prüfstand – und er teilte diese Zuversicht. Allerdings müsse sich der Behandler an ein striktes Behandlungsprotokoll halten, um das Risiko der Periimplantitis zu minimieren. Aufbauend auf diesen Vortrag suchte *Prof. Dr. Dr. h.c. Anton Sculean* (Schweiz) die Frage nach einer Verbesserung des Zahnerhalts durch die regenerative Therapie zu beantworten. Die vergangenen Jahrzehnte hätten gezeigt, dass Behandlungstherapien mit Knochensatzmaterialien, Barrieremembranen, Schmelz-Matrix-Derivaten sowie Wachstums- und Differenzierungsfaktoren die parodontale Regeneration förderten

– durch Mechanismen wie die Bildung von Wurzelzement, parodontalem Ligament, Alveolarknochen und Gingiva in unterschiedlichem Maße. Längsschnittstudien hätten eine klinische Langzeitstabilität dieser Ansätze und gleichzeitig ihr Potenzial für eine Verbesserung des Zahnerhalts gezeigt.

Mit „Komplikationen bei Implantatpatienten“ war der letzte Themenblock des Tages überschrieben, der von *Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner* (Deutschland) moderiert wurde. *Dr. Tommie van de Velde* (Belgien) referierte über den Umgang mit Komplikationen beim Weichgewebsmanagement. Dabei fokussierte er den chirurgischen Ansatz und das anschließende ästhetische Resultat in Verbindung mit verschiedenen Therapieverfahren, um die rosa Ästhetik zu optimieren und zu erhalten. Der Referent wies auf die Bedeutung der hohen Anforderungen bei der Indikation der mukogingivalen Therapie hin und auf die Bedeutung, die richtige Technik anzuwenden. Er beschrieb verschiedene chirurgische und prothetische Verfahren, die auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der idealen Weichgewebsarchitektur rund um die künftige Implantatstelle zielen.

Am dritten Tag ging es in den Parallelforen um GBR-Technik mit *Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel* (Deutschland) und um die Periimplantitis mit *Dr. David Nisande* (Frankreich). Unter den Referenten dieser Foren *Dr. Marc Nevins* (USA) und *Dr. Christer Dahlin* (Schweden), die ein Update der biologischen Prinzipien bei der Anwendung von Barrieremembranen in GBR lieferten sowie ein klinisches Update und die Entwicklung minimalinvasiver Verfahren im ästhetischen Implantatbereich bei der Anwendung von rhPDGF-BB gaben.

Dieser Artikel bildet nur ausgewählte Vorträge und Foren ab und erhebt natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In Ergänzung zum Vortrag über kurze Implantate sei an dieser Stelle auf den neuen Leitfaden des BDIZ EDI verwiesen: Kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate, der bereits im BDIZ EDI konkret 1/2016 veröffentlicht wurde. Die Ausgabe steht online unter [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > Presse > Publikationen. ■



# join the future

Das Champions Future Center

Live-OP's mit 3D Übertragung

So nah am Geschehen wie noch nie



Werden Sie Teil der Implantologie-Zukunft im Champions Future Center  
- für begeisterte Patienten und Ihren Praxiserfolg.

Priv.-Doz. Dr. med. dent Armin Nedjat



Medicin Innovations Award 2013

Patienten-freundliche & bezahlbare Implantationen

MIMI®-Flapless II-Verfahren: Knochenverbreiterung ohne  
Augmentation für Kieferkamm-Breiten ab 2 mm

Ein- und zweiteilige Champions-Systeme,  
Titan Grad 4 oder WIN!® PEEK - Made in Germany

champions  implants

Champions-Implants GmbH · Champions Platz 1 · 55237 Flonheim

fon 0 67 34 91 40 80 · info@champions-implants.com





Das  
Kongress  
Highlight  
2016

Vom **04. – 06. Oktober 2016** findet in Las Vegas (Nevada, USA) im Hotel Tropicana (auf dem „Strip“!) der **5. Champions VIP-ZM-Kongress** statt. Die bekannt-tolle und einzigartige CHAMPIONS-Atmosphäre erleben Sie in außergewöhnlichem Ambiente mit tollen Referenten, die Ihnen ihre praktischen Erfahrungen eindrucksvoll vermitteln. Erwartet werden Teilnehmer aus allen Kontinenten. Kongresssprache ist deutsch, für unsere ausländischen CHAMPIONS werden die Vorträge übersetzt!

Eingeladene Referenten, u. a.:

**Prof. Dr. Jean-Pierre Bernard** (Universität Genf)  
**Prof. Dr. Georgios Romanos** (Uni Stony Brook, New York)  
**Prof. Dr. Itzhak Binderman, DMD** (Israel)  
**Prof. Dr. George Khoury** (Frankreich)  
**Prof. Dr. Andreas Filippi** (Universität Genf),  
**Prof. Dr. Ali El-Hamid** (Casablanca, Marokko),  
**Dr. Jean-Paul Ricci** (Marseille, Frankreich)  
**Dr. Gerhard Quasigroch** (Oldenburg)  
**Dr. Jérôme Unger** (Tours, Frankreich)  
u.v.m.

### Themenschwerpunkte des 5. Champions & VIP-ZM-Kongress:

- ▶ Indikation & Vorgehensweise MIMI®-Flapless I, II, III und IV
- ▶ Smart Dentin Grinder: die Revolution der Knochen-Augmentation
- ▶ Sofortimplantationen: aktuelle Studien & Tipps aus der Praxis
- ▶ Der ‚Erni-Test‘ in der 3. Woche post OP – ‚Magisches Bonemanagement‘
- ▶ Indikation Sofortbelastung
- ▶ Laser-unterstützte Implantation
- ▶ WIN!® PEEK Implantate: Plasma-Aktivierung, prothetische Aspekte
- ▶ Vergleich Klassisches- und MIMI®-Flapless Verfahren
- ▶ Prothetische Kniffe



**Kongress-Hotline 0 67 34 / 91 40 80 33**  
jetzt anrufen und Kongress-Unterlagen anfordern

Alle Champions in  
**LAS VEGAS**

champions  implants

Champions-Implants GmbH  
Champions Platz 1 · 55237 Flonheim  
fon 0 67 34 91 40 80  
info@champions-implants.com

## Dentale Rehabilitation zahnloser Patienten nach dem All-on-4-Konzept

# Fest, aber abnehmbar? Oder fest und nicht abnehmbar?

Dr. Leonhard Koschdon<sup>1</sup>, Neu-Isenburg, und Dr. Claus Mangelsdorf<sup>2</sup>, Hofheim

**Festsitzend versus herausnehmbar – bei dieser Entscheidung müssen für die implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Kiefers viele Faktoren bedacht werden. Hierzu gehören die Patienten-Compliance und etwaige multimorbide Erkrankungen im Alter. Die Autoren beschreiben anhand zweier Patientenfälle ihr favorisiertes Behandlungskonzept und gehen auf Vor- und Nachteile ein.**

Viele Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz wünschen sich eine Verbesserung der Lebensqualität durch einen optimalen Halt ihrer Prothesen. Nach dem Verlust aller Zähne ist dies nur mithilfe einer Pfeilervermehrung durch Implantate möglich. Schon vor vielen Jahren entwickelte Dr. Philippe D. Ledermann ein Konzept mit vier interforaminär inserierten Implantaten, die primär durch einen Steg verblockt und sofort mit der vorhandenen Prothese belastet wurden [1].

## Grundlagen zum All-on-4-Konzept

Der Zahnarzt Dr. Paulo Malo entwickelte diese richtungweisende Versorgungsmethode weiter. Mit abgewinkelten (bis zu 45°) und nahe an die Kieferhöhle beziehungsweise an das Foramen mentale gesetzten Implantaten sowie durch eine polygonale Abstützung der Prothese (Statik der Versorgung) erweiterte er das Konzept dergestalt, dass eine Brücke mit Ersatz der ersten Molaren möglich wurde. Später wurde dieses Konzept um fest verschraubte Brücken ergänzt [2]. Vorteil dieser Behandlungsweise ist einerseits die durch eine reduzierte Implantanzahl geringere finanzielle Belastung des Patienten. Andererseits wird eine stabile Verankerung des Zahnersatzes – auch

im atrophischen Kiefer – ermöglicht [3]. Betrachtet man die Entwicklung dieses Konzepts, so wurden Verbesserungen hauptsächlich im Bereich der Implantate vorangetrieben. So haben sich das Implantatdesign – zum Beispiel Platform Switching – und die Implantatoberfläche im Vergleich zur ursprünglich eingesetzten Ledermann-Schraube maßgeblich verändert. Vom Konzept der primären Verblockung der Implantate, sei es durch einen Steg oder eine fest verschraubte Brückenkonstruktion, wurde nicht abgewichen.

## Verblockt oder unverblockt?

Stellt man sich die Frage, aus welchem Grund ein Patient alle seine Zähne verloren hat, so wird als Ursache meist mangelnde Mundhygiene und damit einhergehende kariöse Zerstörung festgestellt. Zudem werden durch den demografischen Wandel und eine damit verbundene längere Lebenserwartung immer häufiger auftretende Parodontitiden diagnostiziert [4]. Hat jedoch ein relativ vitaler Patient seine Zähne durch mangelndes Interesse oder manuelles Ungeschick in Bezug auf die Mundhygiene verloren, so ist davon auszugehen, dass sich diese Situation auch im fort-

geschrittenen Alter nicht verbessert. Mitunter besteht vielmehr die Gefahr, dass sich das Verhalten drastisch verschlechtert. Somit kann angenommen werden, dass die Reinigung eines Steges oder einer fest verschraubten Brücke, die ein hohes Maß an Fingerfertigkeit und Motivation erfordert, nur ungenügend ausgeführt werden wird. Aus diesem Grund sollte bei Implantatversorgungen ebenso wie bei der eigenen Bezahnung ein zukunftsorientiertes hygienefähiges Konzept erstellt werden [5, 6]. Patienten müssen zur Gewährleistung des Langzeiterfolgs in ein engmaschiges Recall-Verfahren mit steter Reinigung und Remotivation zur häuslichen Mundhygiene eingebunden werden [7, 8]. Sobald hierbei eine starke Verschlechterung der Situation durch manuelles Ungeschick oder eine eintretende Pflegebedürftigkeit zu beobachten ist, sollten Familienangehörige oder Pflegepersonal über die nötigen täglichen Hygienemaßnahmen zum Erhalt der Versorgung instruiert werden.

Um diese Hygieneanforderungen erfüllen zu können, sollte nur während der Einheilphase eine primäre Verblockung der Implantate erfolgen. Später ist idealerweise auf eine sekundäre Verblockung

<sup>1</sup> Dr. Leonhard Koschdon · Robert-Koch-Straße 5 · 63263 Neu-Isenburg · [info@koschdon.de](mailto:info@koschdon.de) · [www.koschdon.de](http://www.koschdon.de)

<sup>2</sup> Dr. Claus Mangelsdorf · Reifenberger Straße 6 · 65719 Hofheim · [dr.mangelsdorf@zahnarzte-tagesklinik.de](mailto:dr.mangelsdorf@zahnarzte-tagesklinik.de) · [www.zahnarzte-tagesklinik.de](http://www.zahnarzte-tagesklinik.de)





Abb. 1 Orthopantomogramm (OPG) der Ausgangssituation



Abb. 2 Röntgenaufnahme fünf Jahre post-OP: Es zeigen sich stabile Knochenverhältnisse um die sechs Implantate im Ober- und die vier Implantate im Unterkiefer.



Abb. 3 Prothetische Versorgung: Teleskopierende Brücken im Ober- und Unterkiefer

durch eine teleskopierende Brücke oder eine teleskopierende Totalprothese umzustellen. Die Vorteile einer solchen abnehmbaren Versorgung sind mannigfaltig. So erfordert die Reinigung vom Patienten oder gegebenenfalls dem Pflegepersonal ein vergleichsweise deutlich geringeres Geschick [9, 10, 11]. Außerdem ist das „Putzergebnis“ für alle Beteiligten besser zu beurteilen; die Reinigung kann kontrolliert werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass sich eventuelle Korrekturen oder Reparaturen des Zahnersatzes ohne größeren Aufwand und damit verbundenen langen Behandlungssitzungen vornehmen lassen [12]. Der Tragekomfort entspricht bei korrekter Gestaltung und Ausführung dem einer festsitzenden Versorgung. Hart- und Weichgewebsdefizite können durch Gingiva-Kunststoff unkompliziert ausgeglichen werden [12]. Sicherlich muss der Patient die psychologische Einschränkung hinnehmen, dass er seine

Zähne zum Putzen herausnehmen muss. Allerdings sollte in einem intensiven Aufklärungsgespräch deutlich auf die Nachhaltigkeit einer solchen Versorgung hingewiesen werden.

### Erster Patientenfall

Der Patient (56 Jahre) stellte sich erstmals Anfang 2010 in unserer Praxis vor. Sein Allgemeinzustand war unauffällig. Intraoral zeigte sich eine stark fortgeschrittene aktive Parodontitis, die auf eine mangelhafte Mundhygiene zurückgeführt werden konnte. Der Patient war gering bezahnt und mit Interimsprothesen versorgt (Abb. 1). Er äußerte den Wunsch nach „festen Zähnen“.

Während der eingehenden Beratung wurde zusätzlich zur Erläuterung aller Versorgungsmöglichkeiten insbesondere auf die Ursachen des Zahnverlustes

hingewiesen. In diesem Zusammenhang wurden die Hygienevorteile einer implantatgetragenen abnehmbaren Versorgung angesprochen und der feste Sitz der abnehmbaren Versorgung betont. Der Patient willigte in den Therapievoranschlag ein. Nach der atraumatischen Entfernung der Restzähne wurden zunächst sechs Implantate im Oberkiefer und zwei Monate später vier Implantate im Unterkiefer inseriert (MIS Implants Technologies GmbH). Aufgrund des ausreichenden Knochenangebotes war eine Angulation der Implantate nicht notwendig. Entsprechend des All-on-4-Konzepts erfolgte die primäre Verblockung der Implantate mit einer Sofortversorgung (Abb. 2). Nach mehreren Kontrollen zur Überwachung des Heilungsverlaufs wurde zirka fünf Monate nach der Insertion die definitive prothetische Versorgung – teleskopierende Brücken im Ober- und Unterkiefer – eingegliedert (Abb. 3).



Abb. 4 Situation der periimplantären Weichgewebe nach fünf Jahren Tragezeit



Abb. 5 Der Zahnersatz im Mund nach fünfjähriger Tragezeit

Die Mundhygiene des Patienten ist durch die gute Reinigbarkeit des Zahnersatzes sehr gut (Abb. 4). Diese Tatsache, verbunden mit dem festen Sitz der Prothesen im Alltag, führte zu einer hohen Zufriedenheit des Patienten (Abb. 5).

### Zweiter Patientenfall

Die Patientin (89 Jahre) konsultierte Anfang März 2010 unsere Praxis und äußerte Kiefergelenkbeschwerden. Die Ursache fand sich in der stark abgesunkenen vertikalen Kieferrelation. Im Oberkiefer trug die Patientin eine konventionelle Totalprothese. Trotz hypertropher, beweglicher Schleimhaut saß diese einigermaßen stabil und fest im Mund. Der Unterkiefer war mit einer Modellgussprothese zum Ersatz der beidseitigen Freundsituation und mit verblockten Kronen 43 bis 32 (Lockerungsgrad 2)

versorgt (Abb. 6). Die Patientin klagte über häufig auftretende Druckstellen in regio 46/47 und 36/37. Der Zahnersatz im Unterkiefer musste erneuert werden. Als allgemeine Krankheiten gab die Patientin Folgendes an: Bluthochdruck, Grüner Star, Schilddrüse mit Magenerkrankung und Einnahme von Aspirin als Blutverdünner.

Nach ausführlicher Beratung und Konsultation des Hausarztes erfolgte im Unterkiefer die Implantation nach dem All-on-4-Konzept (MIS Implants Technologies GmbH) (Abb. 7). Die vier Implantate wurden primär verblockt und mit einer verschraubten Sofortprothese belastet. Der Heilungsverlauf war komplikationslos. Einzig die Hygienefähigkeit der verschraubten Versorgung bereitete der Patientin durch Essensreste und das komplizierte Handling große Probleme.

Aufgrund ihres hohen Hygienebewusstseins stimmte sie sofort dem Vorschlag zu, als definitive Versorgung eine abnehmbare teleskopierende Deckprothese anzufertigen (Abb. 8 und 9). Zirka vier Monate nach der Implantatinsertion wurde die Prothese eingegliedert.

Der Zustand nach fünf Jahren ist stabil (Abb. 10). Es erfolgen regelmäßig Kontrollen. Da die Patientin zwischenzeitlich aufgrund fortschreitender Demenz in einem Altersheim wohnt, übernimmt das Pflegepersonal die tägliche Mund- und Zahnersatzhygiene.

### Fazit

Bei einer implantatprothetischen Versorgung des zahnlosen Kiefers ist die Patienten-Compliance ebenso zu bedenken wie die unter Umständen zu

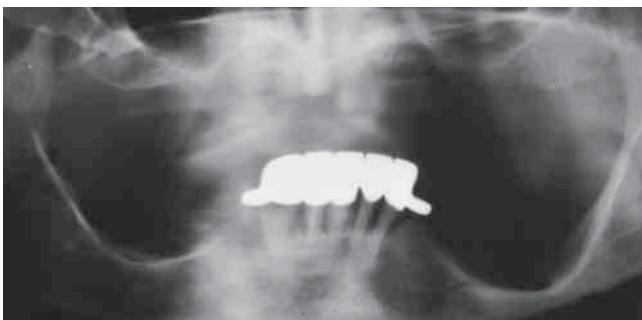


Abb. 6 OPG der Ausgangssituation



Abb. 7 Das OPG zeigt die Knochenverhältnisse fünf Jahre nach der Insertion der vier Implantate im Unterkiefer.



Abb. 8 Basale Ansicht der Deckprothese



Abb. 9 Die Deckprothese im Mund der Patientin

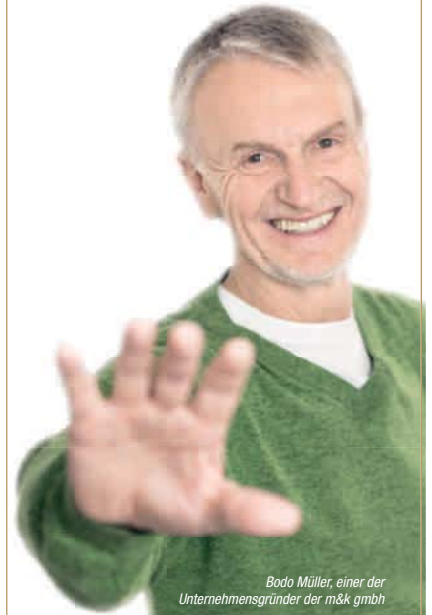


Abb. 10 Nach mehr als fünf Jahren Tragezeit der implantatgetragenen Prothese zeigen sich gesunde periimplantäre Weichgewebsverhältnisse.

erwartenden, altersbedingten multimorbiden Beschwerden. Jeder (implantatgetragene) Zahnersatz sollte eine perfekte Reinigung zulassen – vom Patienten selbst und gegebenenfalls vom Pflegepersonal. Erfahrungsgemäß lassen sich die anspruchsvollen Hygienemaßnahmen eines festsitzenden Zahnersatzes häufig nicht erfüllen. Hingegen kann ein abnehmbarer Zahnersatz gut und effektiv gereinigt werden, was der Patientenzufriedenheit und dem Langzeiterfolg zuträglich ist. ■

Literatur bei der Redaktion

## 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<sup>®</sup> light* und *Trias<sup>®</sup>* (1- und 2-teilig), Prothetikkomponenten u.v.m.
- m&k Team: kompetent, engagiert, zuverlässig
- m&k akademie: praxisorientierte, vielfältige, topaktuelle Fortbildungen

### 10. Implantologie-Tagung

29. Oktober 2016 im Zeiss-Planetarium Jena  
[www.mk-akademie.info](http://www.mk-akademie.info)



Implantologie,  
das können die!

**m&k**  
**dental**  
**Jena**

Spezielle Dental-Produkte

Im Camisch 49

07768 Kahlra

Fon: 03 64 24 | 811-0

mail@mk-webseite.de



facebook.com/mk.gmbh



Implantologischer Ersatz eines Pfeilerzahns und Ankoppelung an die bestehende Prothese

# Erweiterung einer Teleskop-Prothese

Ein Beitrag von Dr. Jochen Glamsch, Schwandorf

**Im vorgestellten Fall musste der Pfeilerzahn einer Teleskop-Prothese durch ein Implantat ersetzt werden. Die prothetische Ankoppelung an die vorhandene Modellguss-Prothese erfolgte mittels eines neuen, an das bestehende Sekundärteil angepassten implantatgetragenen Primärteleskops.**

Der Patient erhielt im Jahr 2010 eine auf sechs Pfeilern abgestützte teleskopierende Modellguss-Prothese (Abb. 1). Nach einer Tragezeit von fünf Jahren mussten die beiden Pfeiler im ersten Quadranten entfernt werden. Da die Prothese voll funktionsfähig und der Patient zufrieden war, wurde der Ersatz des distalen Pfeilers mit einem Implantat geplant. Bis zu diesem Zeitpunkt entsprach dies unserem Routineprotokoll, das eine auf Locatoren verankerte Prothese nach sich gezogen hätte. In diesem Fall entschieden wir uns jedoch für den Versuch, das Implantat an die vorhandene Prothese anzukoppeln.

## Planung und Vorbereitung

Bei der Implantatinsertion sollte mit einer einfachen OP-Schablone gearbeitet werden. Für die Herstellung der Schablone wurde die Basis der Teleskop-Prothese mit einem Silikon (Optosil Comfort Plus, Heraeus Kulzer) abgeformt (Abb. 2), wobei besonders auf eine exakte Wiedergabe der Teleskop-Innenflächen geachtet wurde (Abb. 3). Über das Silikonduplikat der Prothesenbasis wurde eine Miniplast-Schiene gefertigt (Abb. 4), die im Mund über die noch vorhandenen Pfeiler optimal platziert werden konnte. Zudem konnte auf diesem Weg das zu ersetzen-

de Teleskop in angestrebter Position und Ausrichtung perfekt visualisiert werden. Präoperativ wurde das „Miniplast-Teleskop“ an der Schiene so skelettiert, dass eine winkel- und positionsgerechte Implantation erfolgen konnte (Abb. 5 und 6). Aufgrund der Position unterhalb des Sekundärteils wurde ein Implantat-Durchmesser von 6 mm (Promote, Screw-Line, Camlog) gewählt. Trotz einer Länge von nur 9 mm war eine Sinusbodenelevation nach Summers erforderlich. Weitere augmentative Maßnahmen waren nicht notwendig. Unter dem Sekundärteil war genügend Platz für das Einbringen des Gingivaformers (4 mm Höhe) (Abb. 7).

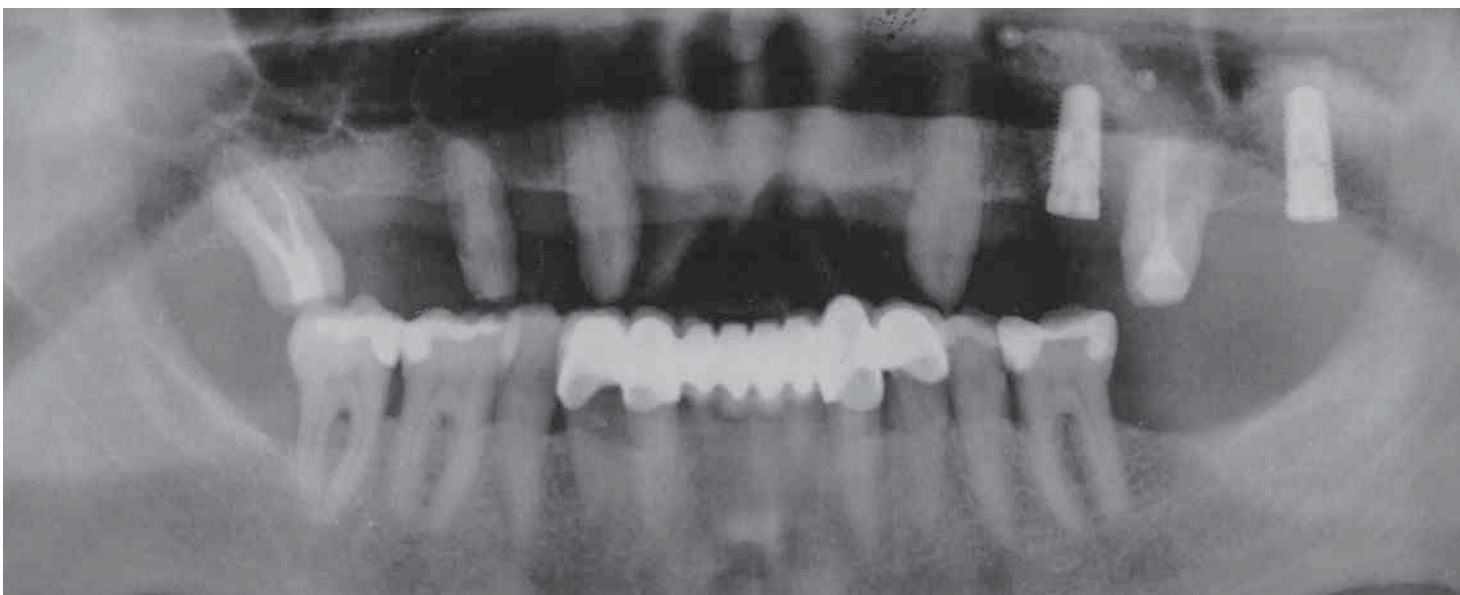


Abb. 1 Röntgenbild: Sechs Pfeiler dienen als Anker für die teleskopierende Prothese.

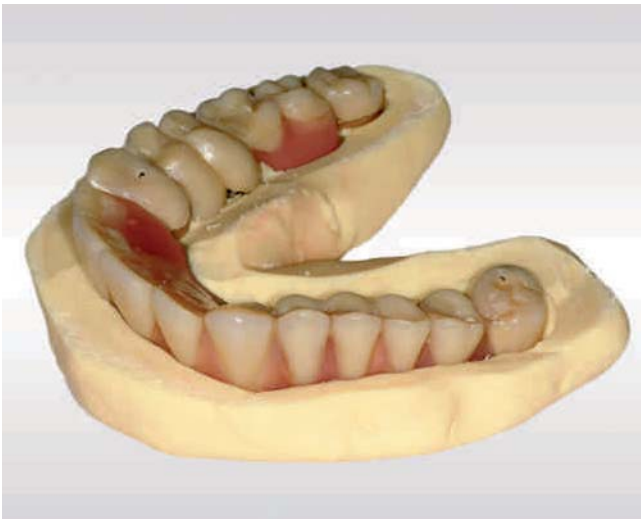


Abb. 2 Zahn 17 soll durch ein Implantat ersetzt werden; Abformung der vorhandenen Teleskop-Prothese



Abb. 3 Silikonduplikat der Prothesenbasis



Abb. 4 Herstellen einer Miniplast-Schiene (OP-Schablone)

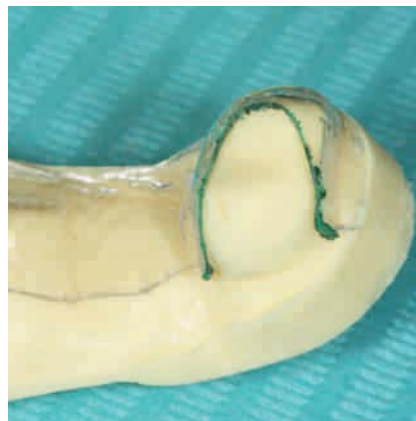


Abb. 5 und 6 Skelettierung der Schiene unter Erhalt der Teleskopwände als Hilfsmittel für die korrekte Implantat-Insertion

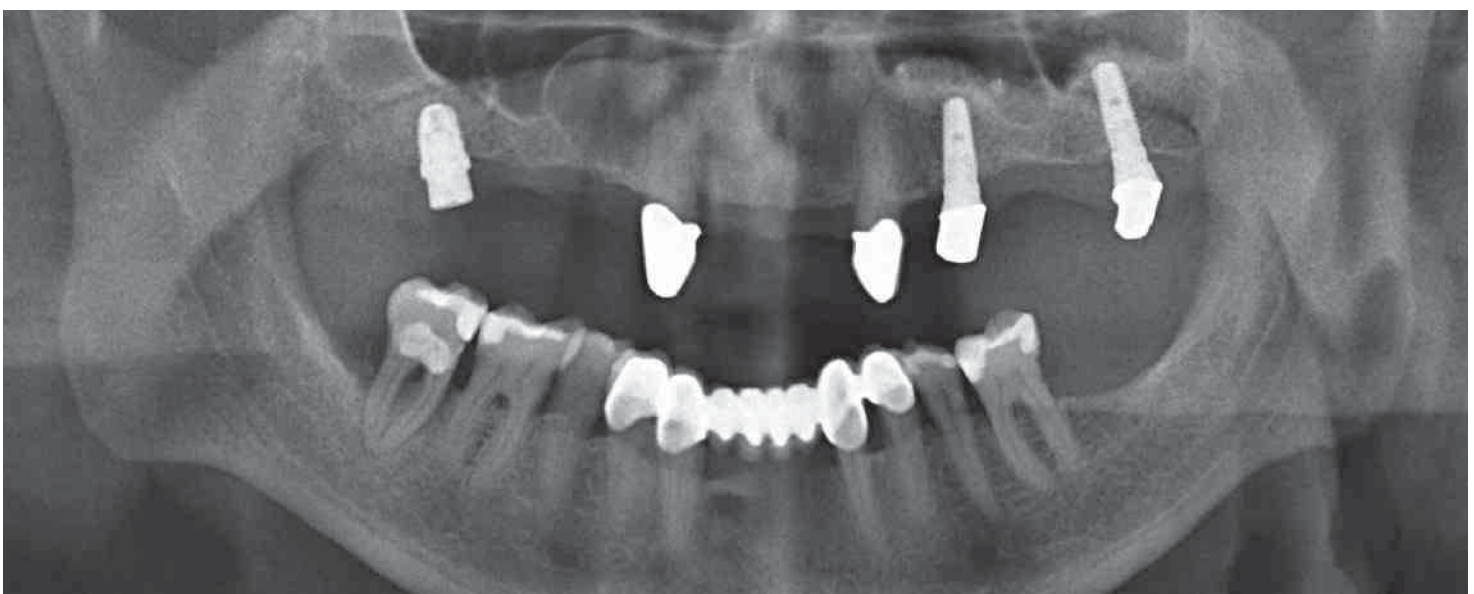


Abb. 7 Nach der Insertion des Implantats in regio 17



Abb. 8 Angussfähiges individuell abgeschrägtes Abutment

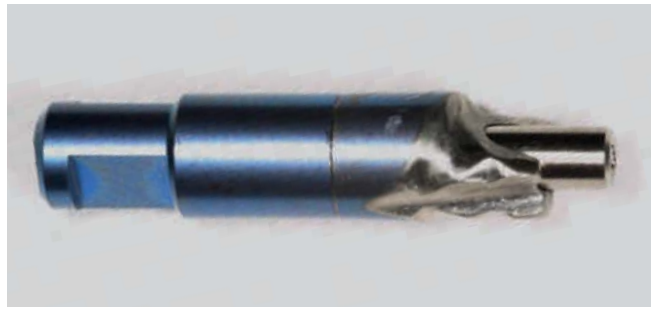


Abb. 9 Individualisierter Abformpfosten mit Laboranalog



Abb. 10 Gegenüberstellung: Normaler Abformpfosten und individualisierter Abformpfosten mit den dazugehörigen Prothetikschauben

## Abformung mit Sekundärgerüst

Nach einer komplikationslosen zehnwöchigen Einheilung erfolgte die Abformung der Situation. Da das Implantat respektive der Aufbau an das vorhandene Sekundärteil angepasst werden sollte, galt es, den Abformkörper für die „Unterfütterungsabformung“ grazil zu gestalten. Einerseits musste ausreichend Platz zum Sekundärteil vorhanden sein. Andererseits sollte der Abformkörper im Sinne einer geschlossenen Technik nach dem Entfernen der Prothese sicher in der Abformung reponiert werden. Der erste Versuch wurde mithilfe eines schräg gekürzten Gold-Kunststoff-Abutments vorgenommen. Um unter der Sekundärkrone ausreichend Spielraum zu haben, entschieden wir uns für ein Platform Switch (5 mm-Basis). Die zur Rotationssicherung erfolgte Abschrägung und Individualisierung im Kunststoffanteil des

Abutments (Abb. 8) erwies sich jedoch als nicht präzise genug. Hier war eine exaktere Methode erforderlich. Infolgedessen haben wir einen Abformpfosten eingekürzt sowie laborseitig entgraten und rotations sichern lassen (Abb. 9). Dieser wurde statt mit der ursprünglichen Abformschraube mit der Prothetikschaube des Gold-Kunststoff-Aufbaus fixiert und war somit um die entscheidende Länge kürzer. Eine so weit gekürzte Schraube des Abformpfostens wäre nicht mehr schraubbar gewesen (Abb. 10).

### Altes Primärteil – Andenken oder Wiederverwendung ?

Ursprünglich sollte das vorhandene Primärteleskop auf einem darunter modellierten Abutment genutzt werden. Dafür sprachen sowohl die gute Friktion als auch – wenn auch nur eine geringe – Passivierung durch das Zementieren. Da allerdings die langjährige Erfahrung,

die wir mit dem spannungsfreien Einstückguss gemacht haben, sehr gut ist, entschieden wir uns für die Anfertigung eines neuen Primärteils. Mit diesem Vorgehen konnten wir beziehungsweise das Team des Dentallabors eine optimale Passung realisieren. Ein weiterer Vorteil aus zahnärztlicher Sicht ist der im Bedarfsfall bestehende Zugang zur Abutmentschraube.

### Herstellung des neuen Primärteils

Voraussetzung für den Behandlungserfolg war die exakte Reponierbarkeit des individuell bearbeiteten Pfostens in der Unterfütterungsabformung. Der Modellerstellung (Abb. 11) folgte die Einpassung des angussfähigen Gold-Kunststoff-Abutments in das Sekundärteil (Abb. 12) und die Wachsmodellation der Primärkrone in die Sekundärkrone (Abb. 13 bis 15). Um Spielraum für die ►



Mehr Stabilität

# MEHR GARANTIE

Mehr Service

Mehr Sicherheit

Mehr Vertrauen

Mehr Qualität

Mehr Preisvorteil

Mehr Ästhetik

## 5 JAHRE GARANTIE

KOMPLETT:

**e.max-Krone & Individuelles Titanabutment**, goldfarben eloxiert (inkl. Schraube, Modelle, Zahnfleischmaske, Übertragungsschlüssel und Versand)



PREISBEISPIEL

**337,- €**

zzgl. MwSt.

### Der Mehrwert für Ihre Praxis

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

[www.permadental.de](http://www.permadental.de) | Freecall 0800/7 37 62 33

**permadental**  **semperdent**  
Modern Dental Group



Abb. 11 Modellherstellung nach der Abformung mit dem individuellen Abformpfosten

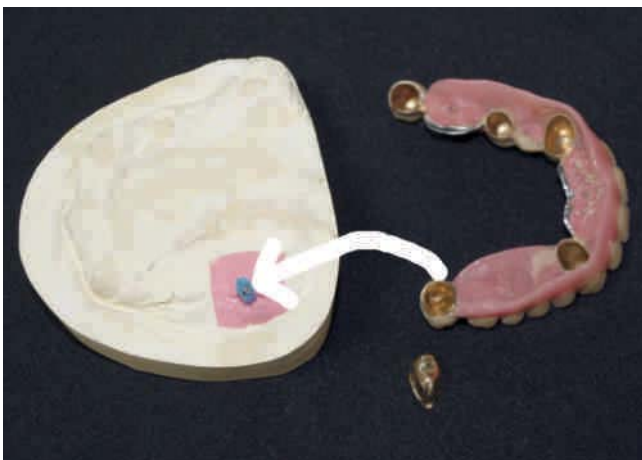


Abb. 12 Einpassen des angussfähigen Abutments in das Sekundärteil



Abb. 13 Das in Wachs modellierte Primärteil

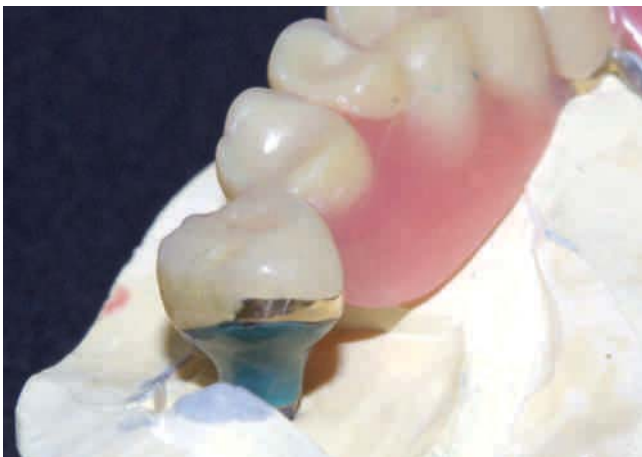
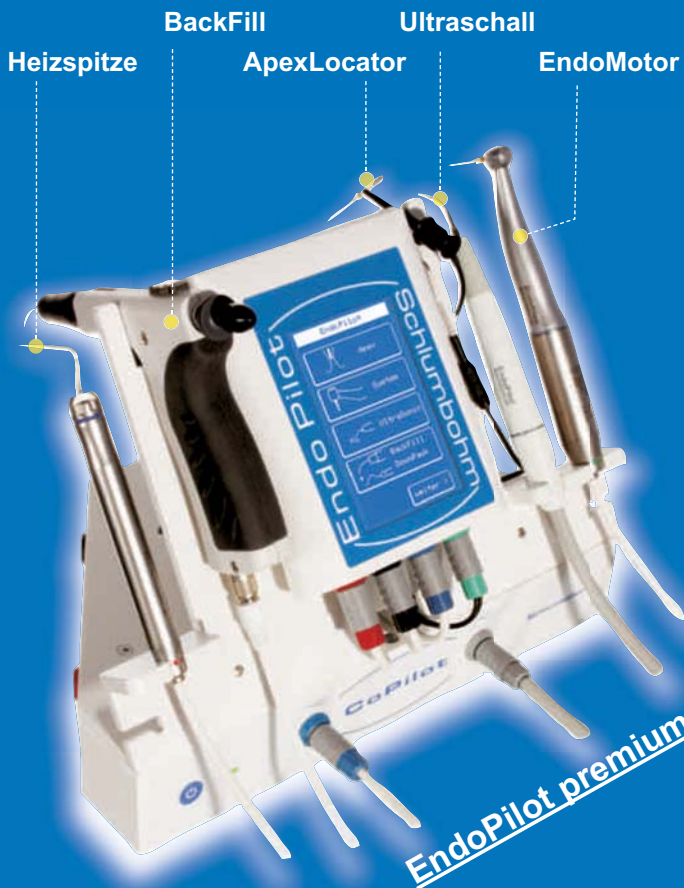


Abb. 14 und 15 Das Wachs-Primärteil mit vollständig aufgebrachtem Zahnersatz (li.) sowie leicht abgehoben



# EndoPilot

Die **5** in 1 Komplett - Lösung



## Flexibel in der Ausstattung

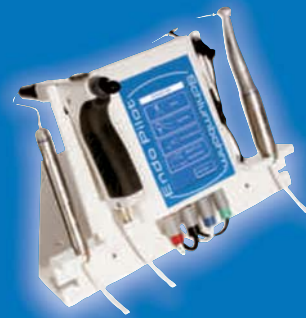
### EndoPilot mobil

- EndoMotor mit ApexLocator
- kombinierte Längenbestimmung
  - vollisoliertes Winkelstück
  - vorprogrammierte Feilendaten
  - großes Touchdisplay
  - Akkubetrieb
  - Funkfuß-Schalter



### EndoPilot comfort plus

- EndoMotor mit ApexLocator
- kombinierte Längenbestimmung
  - vollisoliertes Winkelstück
  - vorprogrammierte Feilendaten
  - großes Touchdisplay
- Abfülltechnik:
- **DownPack** mit Heizspitze
  - **BackFill** Pistole



---

## KnochenMühle

Knochenarbeit leichtgemacht



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

## KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



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

# Schlumbohm

24616 Brokstedt  
www.schlumbohm.de

Tel.: 04324-89 29 - 0  
post@schlumbohm.de





Abb. 16 und 17 Umsetzung des Primärteils in eine Goldlegierung mittels Gusstechnik



Abb. 18 Das ausgearbeitete Primärteil auf dem Modell

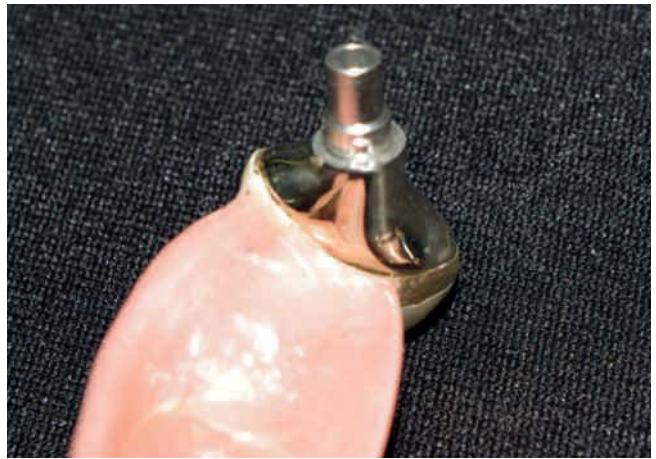


Abb. 19 Das in das „alte“ Sekundärteil integrierte Primärteil



Abb. 20 Die einzelnen Komponenten: Vorhandener Zahnersatz und das neue Primärteil mit dem Implantataufbau



Abb. 21 Die neu erarbeitete Situation auf dem Modell

Einstellung der Friktion zu haben, wurde eine minimale Schicht (Wachs oder Lack) auf die Friktionsflächen aufgebracht. Einbettung und Umsetzung in die Goldlegie-

rung entsprachen den üblichen Kriterien des Gussverfahrens (Abb. 16 und 17). Nach dem Ausbetten erfolgte unter stereomikroskopischer Kontrolle die penible

Eingummierung des neuen Primärteils in das Sekundärteil. Es konnte eine spannungsfreie Friktionskraft erarbeitet werden (Abb. 18 bis 21). Diese wurde im ►



**UNSER WICHTIGSTES KÖRPERTEIL.**

IMPLANTOLOGISCHE SPITZENLÖSUNGEN  
SIND EINE SACHE. GENAU HINHÖREN ZU  
KÖNNEN, EINE ANDERE. WIR BIETEN IHNEN  
BEIDES. MIT SICHEM GESPÜR FÜR IHRE  
BEDÜRFNISSE UND WÜNSCHE.  
WIR SIND GANZ OHR.

[WWW.MEDICAL-INSTINCT.DE](http://WWW.MEDICAL-INSTINCT.DE)

**medical ins+inct<sup>®</sup>**  
DENTAL IMPLANTS



Abb. 22 Das neue Primärteil ist auf dem Implantat verschraubt.

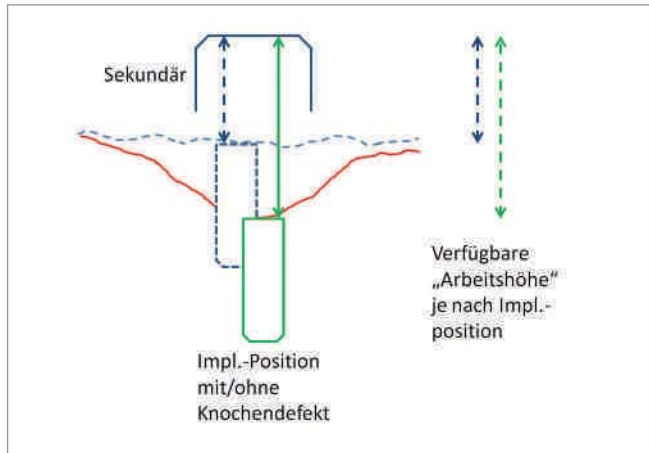


Abb. 23 Der Einfluss des Knochenverlustes auf die zur Verfügung stehende Arbeitshöhe unter dem Sekundärteil

Mund überprüft, in dem die Prothese eingesetzt und die Friktionsflächen per Vergrößerungshilfe auf Kontaktpuren abgesucht wurden. Die Verschraubung der Primärkrone auf dem Implantat wurde mit 20 Ncm vorgenommen. Die Zugängskavität konnte mit Schaumstoff und einem Flowable-Komposit verschlossen werden (Abb. 22).

### Gesammelte Erfahrungen

Als Resümee können verschiedene Aspekte zur präoperativen und prothetischen Planung festgehalten werden:

- Der Implantat-Durchmesser sollte sich an der Größe des zu verwendenden Sekundärteils orientieren. Gegebenenfalls ist das Platform Switching zu nutzen.
- Die Höhe des Gingivafomers dient als Orientierungshilfe für die Individualisierung des Abformpfostens.
- Die Relation des suprakrestalen zum infrakrestalen Anteil der angestrebten Restauration ist zu bedenken. Im vorgestellten Fall war dies knapp bemessen; ein längeres Implantat wäre von Vorteil gewesen.
- Zwar erleichtert der präoperative Verlust an vertikalem Knochen die prothetische Phase, doch bezüglich der Langzeitstabilität wäre ein längeres Implantat – wenn möglich ohne krestale Augmentation – zu bevorzugen gewesen (Abb. 23).

- Hinsichtlich der Kosten ist zu bedenken, dass der Anguss an eine individualisierbare Basis nur mit goldhaltigen Legierungen möglich und das gefertigte Abutment massiv ist. Hier kann eventuell die CAD/CAM-gestützte Fertigung Abhilfe schaffen.

Im Falle einer CAD/CAM-gestützten Fertigung ist die Modellation auf einem PEEK-Abutment denkbar. Dem Scannen und digitalen Bearbeiten der Modellation schließt sich das Digitalisieren des Implantats (Scanbodies) an. Die beiden Datensätze können übereinandergelegt werden (Matching). Die Umsetzung ist beispielsweise über Dedicam (Camlog) mittels One-Piece-Abutment möglich. Da dieses nur in Titan erhältlich ist und somit die Friktion nicht im gleichen Maße eingestellt werden kann, wäre die Verwendung des alten Primärteils von Vorteil. Den Zugang zur Abutmentschraube könnte man durch eine korrekt platzierte Perforation der Primärkrone über dem Schraubkanal des neuen Abutments erhalten.

### Fazit – Warum kein Locator?

Materialeitig liegen die Kosten der vorgestellten Lösung zirka 300 Euro über einer Locator-getragenen Versorgung. Bei Einbeziehung der CAD/CAM-Fertigung (ohne Goldlegierung) hätte sich die

Differenz auf zirka 100 Euro reduziert. Trotz der höheren Kosten entschied sich der Patient für die hier dargestellte Variante. Belohnt wurde der Mehraufwand mit einer höheren Stabilität gegenüber Scherkräften und dem Vermeiden unterschiedlicher Retentionselemente. Ein weiterer Vorteil ist die Möglichkeit, eventuelle Winkelabweichungen bezüglich der durch die Teleskope gegebenen Einschubrichtung korrigieren zu können. Dies führt bei Locatoren oft zu einem Verschleiß an den Kunststoffeinsätzen und im Extremfall zur Abnutzung des Locator-Abutments an der abgewinkelten Seite. ■

#### Kontakt

**Dr. Jochen Glamsch**  
Nürnberger Str. 5 · 92421 Schwandorf  
Fon +49 9431 20523  
Fax +49 9431 381429  
[www.dr-glamsch.de](http://www.dr-glamsch.de)

**Mammut-Dental**  
Wolfgang Koller  
Vilstalstraße 77 · 92245 Kümmersbruck  
Fon +49 9621 96044-0  
Fax +49 9621 96044-90  
[info@mammut-dental.de](mailto:info@mammut-dental.de)  
[www.mammut-dental.de](http://www.mammut-dental.de)

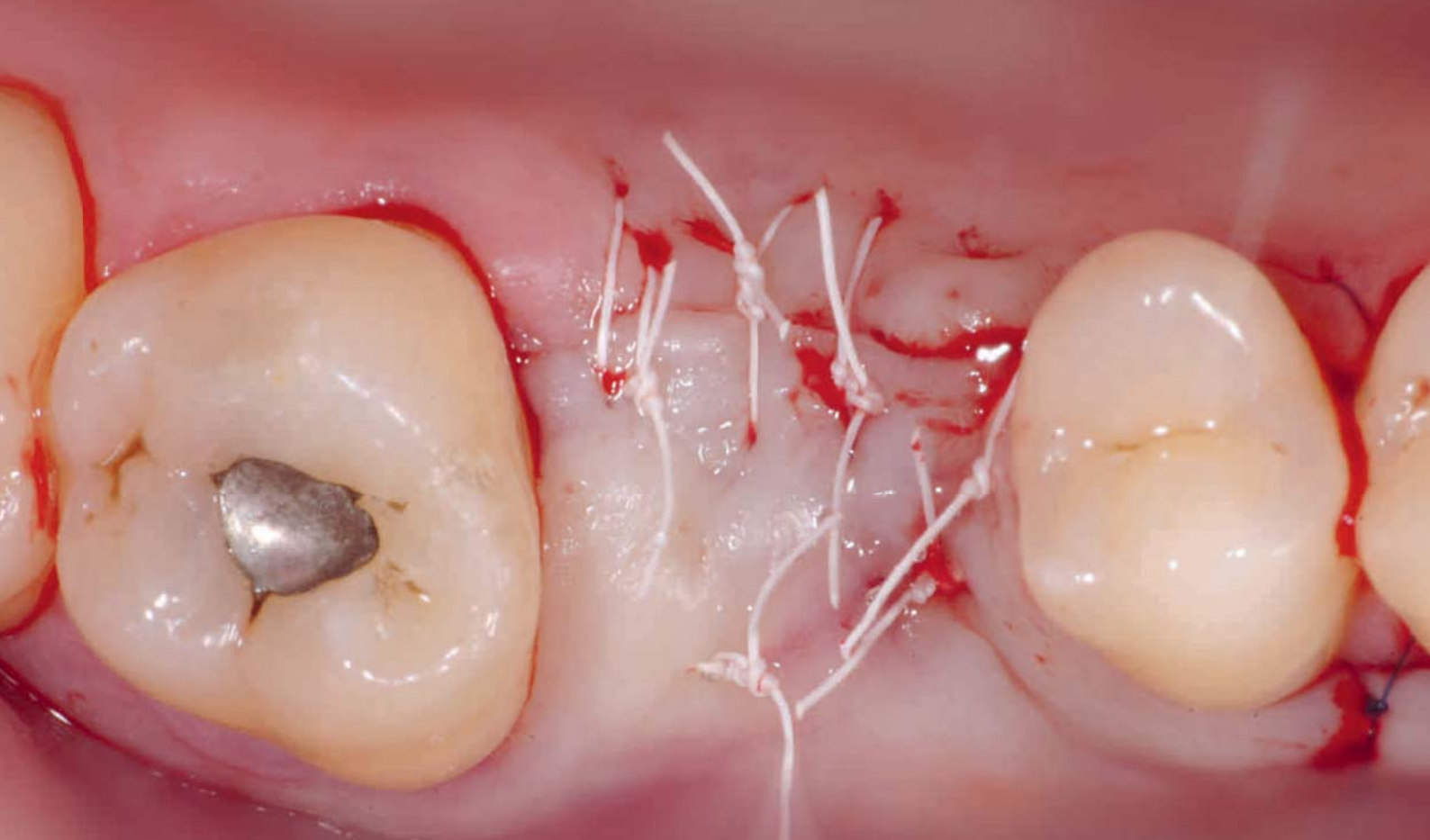




# konkret

Journal für die implantologische Praxis

FOKUSTHEMA



## Knochen- und Weichgewebsmanagement

Ein Überblick:

**Knochenersatzmaterialien  
in der dentalen Implantologie**

Seite 116

Minimalinvasive Verfahren:

**Kurze, anguliert inserierte und  
durchmesserreduzierte Implantate**

Seite 124

Ein Überblick zu synthetischen und nicht-synthetischen Materialien

# Knochenersatzmaterialien in der dentalen Implantologie

Ein Beitrag von Dr. Kai Fischer, Thomas Pierchalla und Dr. Matthias Becker

**In der Literatur werden zusätzlich zu autologem Knochen verschiedene Knochenersatzmaterialien (KEM) für augmentative Eingriffe bei einer implantologischen Behandlung beschrieben. Hierbei sind synthetische von nicht-synthetischen Ersatzmaterialien (allogen, xenogen) zu unterscheiden. Das eingebrachte Material dient primär zur Stabilisierung des Blutkoagels, als Platzhalter für einwachsende Gefäße und als Leitstruktur für den neugebildeten Knochen. KEM sollte zu keiner Entzündung oder Infektion führen und bis zur Knochenregeneration volumenstabil sein. Die Autoren beschäftigen sich in diesem Artikel mit den Anforderungen an Materialien zur Knochenaugmentation und zeigen auf Basis der aktuellen Studienlage Vor- beziehungsweise Nachteile auf.**

## Einleitung

Bei einer implantatprothetischen Therapie treten immer wieder Situationen auf, in denen ein unzureichendes Knochenvolumen das Vorgehen erschwert. Die Gründe für ein Knochendefizit sind vielfältig. Unter anderem können Resorptionsvorgänge nach Zahnverlust/Extraktion, Attachmentverlust aufgrund von Parodontalerkrankungen oder pneumatischen Ausdehnungen der Kieferhöhle genannt werden. Um dem Patientenwunsch nach feststehendem Zahnersatz, der Schonung intakter Zahnhartsubstanz oder der Verbesserung des Prothesenhalts nachkommen zu können, kann die Zahnmedizin mittlerweile seit Jahren erfolgreich auf Implantate zurückgreifen. Voraussetzung für die Implantatinsertion ist ein ausreichendes vertikales und horizontales Knochenvolumen. Eine fortgeschrittene Atrophie des Kieferkammes kann dazu führen, dass eine Versorgung mit Implantaten nicht ohne eine simultane oder vorausgehende Augmentation möglich ist. Um das verlorene Hartgewebe wiederherzustellen, wird bei vielen Techniken vermehrt auf Knochenersatzmaterial (KEM) als Alternative zu autologem Knochen zurückgegriffen.

Im Bereich der oralen Chirurgie und somit auch in der dentalen Implan-

logie wird autologer Knochen nach wie vor als Goldstandard angesehen [3, 9]. Autologer Knochen hat zusätzlich zur osteokonduktiven vor allem eine osteoinduktive Wirkung und bietet aufgrund der körpereigenen Struktur eine ideale Matrix zur Knochenneubildung. Die Übertragung von Kollagen, Proteinen wie zum Beispiel Wachstumsfaktoren (sogenannte bone morphogenetic proteins, BMPs) sowie vitalen Osteoblasten während der Transplantation muss als vorteilhaft angesehen werden. Jedoch hängt die Anzahl der überlebenden Zellen von Faktoren wie Operationszeit, Entnahmetechnik und Knochenqualität ab [14]. Ein weiterer Vorteil der Augmentation mit autologem Knochen ist das Fehlen einer immunologischen Fremdkörperreaktion oder die Übertragung von exogenen Keimen. Grundsätzlich kann autologer Knochen entweder lateral des Operationsgebiets oder aus verschiedenen anderen Regionen entnommen werden (zum Beispiel retromolarer Unterkiefer, Kinn, Beckenkamm). Dies erfordert jedoch ein zusätzliches chirurgisches Eingriffsgebiet. Damit einhergehen intra- sowie postoperative Komplikationen und Risiken wie die Verletzung anatomischer Strukturen, Hämatome oder Infektionen und eine erhöhte Patientenmorbidity [16]. Um diese Probleme zu vermeiden, sind in den vergangenen Jahren ver-

stärkt Knochenersatzmaterialien (KEM) mit unterschiedlichen Eigenschaften auf dem Markt erschienen.

Die Anforderungen an ein ideales Knochenersatzmaterial sind:

- Osteoinduktion,
- Osteokonduktion,
- Biokompatibilität,
- Porosität,
- Belastungsstabilität,
- Resorbierbarkeit,
- Formbarkeit,
- Sterilität,
- stabile, langfristige Integration von Implantaten und
- Verfügbarkeit.

Die aktuell verfügbaren KEM erfüllen diese Anforderungen in unterschiedlichem Maß, wobei eine Osteoinduktivität bis heute nicht nachgewiesen werden konnte. Da langfristig eine vollständige knöcherne Regeneration angestrebt wird, sollte das KEM formstabil bleiben und als Leitstruktur dienen, während eine ausreichende Matrix an körpereigenem Knochen ausgebildet wird, die das Volumen des Hartgewebes sichert [4]. Nach dem Einbringen vermischt sich das KEM mit Blut und stabilisiert das anschließend entstehende Blutkoagulum innerhalb des Defekts [6, 8]. Um eine ausreichende Durchsetzung des Mate-

rials mit Blut zu gewährleisten, sind eine hohe Porosität und Zwischenräume im Augmentat vorteilhaft. In die Zwischenräume können Blutgefäße und knochenbildende Zellen einwandern und die Bildung von neuem Knochen einleiten. Erst nach der Ausbildung von Geflechtknochen ist eine Resorption des KEMs wünschenswert, um abschließend einen möglichst hohen Anteil an körpereigenem Knochen zu erzielen. Bei einer verfrühten Resorption und unzureichender Knochenneubildung kann es zu einem Volumenverlust und der Infiltration mit Bindegewebe statt Hartgewebe kommen. Die Resorptionszeiten von Knochenersatzmaterialien differieren stark

einer Membran verwendet. Als Indikationen können kleine bis große Defekte genannt werden, abhängig von der verwendeten Membran (resorbierbar versus nicht-resorbierbar/Titan-verstärkt) und der Defektmorphologie. Knochenblöcke werden vor allem bei größeren oder vertikalen Augmentationen eingesetzt, sind jedoch wissenschaftlich noch wenig untersucht. Die Blöcke haben eine bessere Volumenstabilität und können somit auch für nicht-selbsterhaltende Defekte verwendet werden. Augmentationen mit Knochenblöcken sind sehr techniksensitiv und setzen ein hohes Maß an Erfahrung des Operateurs voraus. Neben konfektionierten Blöcken werden seit einiger Zeit

gereinigt, konserviert und sterilisiert. Infektionsübertragungen können nach Angaben der Hersteller praktisch ausgeschlossen werden, ein Restrisiko verbleibt jedoch. Fremdkörperreaktionen sind aufgrund der hohen genetischen Ähnlichkeit zum Empfänger selten [24]. Wang und Mitarbeiter belegten, dass die Auffüllung einer Extraktionsalveole mit einem Allograft und gleichzeitiger Abdeckung mit einer resorbierbaren Membran zu einem stabilen Ergebnis ohne Anzeichen einer entzündlichen Reaktion führte [24]. Minichetti und Mitarbeiter berichteten in einer Fallpräsentation über den Einsatz von allogenen Material [13]. Fünf Monate nach der Augmentation fanden sie



Abb. 1 Klinische Ausgangssituation: Vertikales und horizontales Knochendefizit nach der Entfernung des tief zerstörten Zahns 16

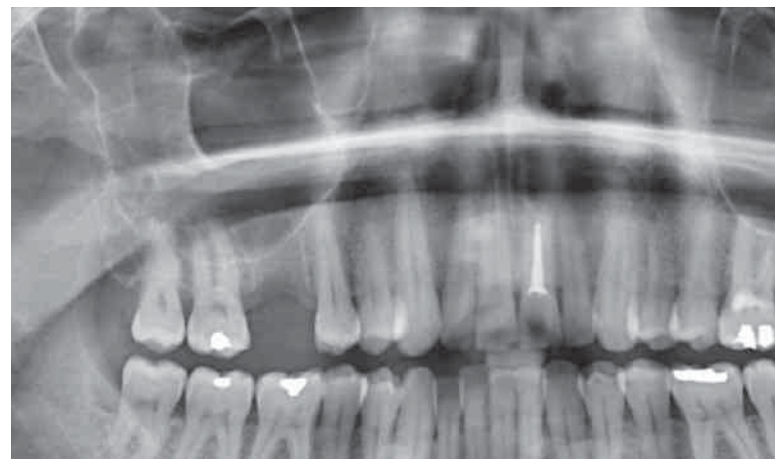


Abb. 2 Panoramaschichtaufnahme vor der Augmentation: Unzureichende Restknochenhöhe zum Sinus maxillaris

und werden in der Literatur mit wenigen bis vielen Monaten angegeben. Einige der KEM werden nur langsam oder gar nicht resorbiert und sind somit auch nach Jahren noch histologisch nachweisbar [2, 12, 18, 20].

Knochenersatzmaterialien stehen in zwei unterschiedliche Formen zur Verfügung:

- Partikel in unterschiedlicher Größe
- Knochenblöcke.

Partikuläres Material wird zum Beispiel im Rahmen der gesteuerten Gewebe-/Knochenregeneration (GTR/GBR) zur Defektauffüllung und Unterstützung

individuelle CAD/CAM-Knochenblöcke allogegenen Ursprungs angeboten.

### Allogene KEM

Hierbei handelt es sich um Spenderknochen menschlichen Ursprungs (Lebend-, Totspenden; zum Beispiel Puros, Zimmer Biomet). Der Spenderknochen wird beispielsweise im Rahmen eines endoprothetischen Eingriffs gewonnen. Das gewonnene Gewebe wird in verschiedenen Prozessen chemisch, physikalisch und thermisch behandelt, aufbereitet und terminal bestrahlt. Nach mehreren Etappen ist der gewonnene Knochen

eine „knochenharte“ Struktur ohne freie Partikel, die gut vaskularisiert war. Die histologische Aufarbeitung zeigte neugebildeten Knochen ohne eine Fremdkörperreaktion. Allogene Materialien werden gut in den neuen Knochen integriert beziehungsweise resorbiert. Der Anteil an neugebildetem vitalen Knochen ist bei der Anwendung von allogenen KEM höher als bei xenogenen Materialien (61 % +/- 9 % versus 26 % +/- 20 %) [23]. Der Vorteil der guten Umsatz- und Knochenneubildungsrate muss abhängig von der klinischen Indikation gegen den Nachteil der gegebenenfalls reduzierten Volumenstabilität abgewogen werden.



## FOKUSTHEMA

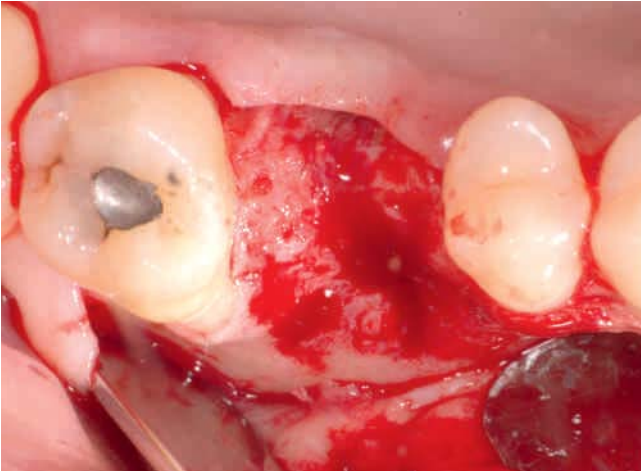


Abb. 3 Darstellung des horizontalen Knochendefizits bis zur Verbindungslinie der Längsfissur der Nachbarzähne

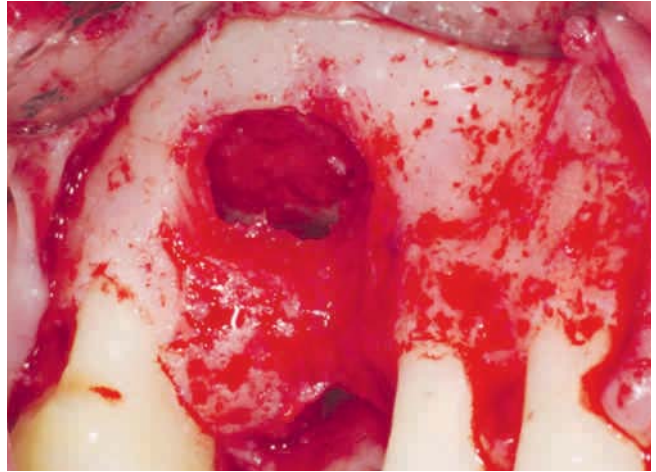


Abb. 4 Intraoperativer Blick in den Sinus maxillaris mit intakter Kieferhöhlenmembran



Abb. 5 Partikuläres, xenogenes Knochenersatzmaterial (CopiOs, Zimmer Biomet) ist auf den Defekt aufgebracht

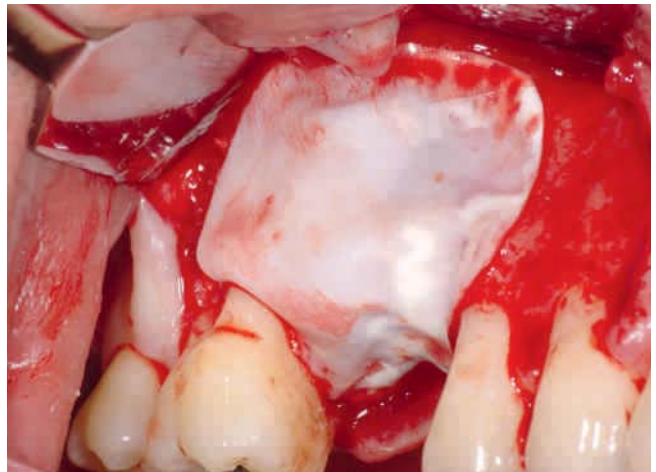


Abb. 6 Abdeckung des Augmentats mit einer xenogenen Perikard-Membran (CopiOs Membran, Zimmer Biomet)

### Xenogene KEM

- Bovin: Rind  
(BioOss, Geistlich Biomaterials; CopiOs, Zimmer Biomet; Endobon, Zimmer Biomet)
- Porcin: Schwein  
(MP3, American Dental Systems)
- Equin: Pferd  
(MP3, American Dental Systems)
- Phykogen: Algen  
(Frios, Dentsply Implants)

Bei xenogenen Materialien handelt es sich um Knochenersatzmaterial tierischen Ursprungs. Diese KEM werden in unterschiedlichen thermischen und chemischen Verfahren gewaschen, ge-

reinigt und teilweise bestrahlt, um eine mögliche Keimübertragung auf den Empfänger zu verhindern. Dies geschieht – abhängig vom Hersteller – bei teilweise sehr hohen Temperaturen. Dadurch verändern einige der KEM ihre physikalischen Eigenschaften. Die Materialien werden in Partikelgrößen zwischen 250 und 2000 µm, als Knochenblöcke und teilweise mit einem Kollagenanteil bis 20 Prozent angeboten.

Allgemein ist der Anteil der Partikel, die nicht resorbiert werden bei einem Xenograft meist höher als bei einem Allograft [23]. Diese verlängerte Volumenstabilität auf Kosten einer geringen Umsatzrate bis hin zur Nicht-Resorbierbarkeit ist je nach

Indikation ein Vorteil bei der Augmentation und der Regeneration. So konnten Urban und Mitarbeiter in herausfordernden Defekt-Morphologien bei der Verwendung einer nativen Membran, Pins zur Stabilisierung und einer Mischung aus autologem Knochen/bovinem KEM (BioOss) einen durchschnittlichen horizontalen Knochengewinn von fast sechs Millimetern erreichen [22]. Umgekehrt konnte gezeigt werden, dass bei der Anwendung eines hochtemperierten bovinen KEM bei der Socket Preservation der koronale Anteil der eingebrachten Partikel in fibröses Bindegewebe eingekapselt wird. Hierbei kommt es zu einer verzögerten, unvollständigen knöchernen Regeneration in der Extraktionsalveole [11]. ▶

Das einzige zugelassene  
**Lokalantibiotikum**  
mit Doxycyclin

**Ligosan® Slow Release**  
Der Taschen-Minimierer.



**Ligosan®**

Das Lokalantibiotikum für die Parodontitis-Therapie von heute.

- **Für Ihren Behandlungserfolg:** Ligosan Slow Release sorgt für eine signifikant bessere Reduktion der Taschentiefe als SRP allein.
- **Für Ihre Sicherheit:** Dank des patentierten Gels dringt der bewährte Wirkstoff Doxycyclin selbst in tiefe, schwer erreichbare Parodontaltaschen vor.
- **Für Ihren Komfort:** Das Gel ist einfach zu applizieren. Am Wirkort wird Doxycyclin kontinuierlich in ausreichend hoher lokaler Konzentration über mindestens 12 Tage freigesetzt.

Jetzt gleich informieren auf  
[heraeus-kulzer.de/ligosan](http://heraeus-kulzer.de/ligosan)

Mundgesundheit in besten Händen.

© 2016 Heraeus Kulzer GmbH. Alle Rechte vorbehalten. „Heraeus“ ist eine eingetragene Marke der Heraeus Holding GmbH, die auf Grundlage einer durch die Heraeus Holding GmbH gewährten zeitlich befristeten Lizenz genutzt wird. Weder die Heraeus Holding GmbH noch deren verbundene Unternehmen sind für die Herstellung des Produktes/der Produkte verantwortlich.

[heraeus-kulzer.com](http://heraeus-kulzer.com)

**Pharmazeutischer Unternehmer:** Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450 Hanau • **Ligosan Slow Release**, 14% (w/w), Gel zur periodontalen Anwendung in Zahnfleischtaschen (subgingival) **Wirkstoff:** Doxycyclin • **Zusammensetzung:** 1 Zylinderkartusche zur einmaligen Anwendung enthält 260 mg Ligosan Slow Release. **Wirkstoff:** 1 g Ligosan Slow Release enthält 140,0 mg Doxycyclin entsprechend 161,5 mg Doxycyclinhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Polyglykolsäure, Poly[poly(oxyethylen)-co-DL-milchsäure/glycolsäure] (hochviskos), Poly[poly(oxyethylen)-co-DL-milchsäure/glycolsäure] (niedrigviskos) • **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der chronischen und aggressiven Parodontitis bei Erwachsenen mit einer Taschentiefe von  $\geq 5$  mm als Unterstützung der konventionellen nicht-chirurgischen Parodontitis-Therapie. • **Gegenanzeigen:** bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Doxycyclin, anderen Tetracyclin-Antibiotika oder einem der sonstigen Bestandteile von Ligosan Slow Release; bei Patienten, die systemische Antibiotika vor oder während der Parodontaltherapie erhalten; während der Odontogenese (während der Frühkindheit und während der Kindheit bis zum Alter von 12 Jahren); während der Schwangerschaft; bei Patienten mit erhöhtem Risiko einer akuten Porphyrie; bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. • **Nebenwirkungen:** Nach Behandlung mit Ligosan Slow Release waren Häufigkeit und Ausprägung von Nebenwirkungen vergleichbar den Nebenwirkungen nach konventioneller Parodontitisbehandlung. **Gelegentlich auftretende Nebenwirkungen sind:** Schwellung der Gingiva (Parodontalabszess), „kaugummiartiger“ Geschmack bei Austritt von Gel aus der Zahnfleischtasche. Da die Anwendung von Ligosan Slow Release nachweislich nur zu sehr geringen Doxycyclin-Plasmakonzentrationen führt, ist das Auftreten systemischer Nebenwirkungen sehr unwahrscheinlich. **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** Überempfindlichkeitsreaktionen, Urticaria, angioneurotisches Ödem, Anaphylaxie, anaphylaktische Purpura. Innerhalb der Gruppe der Tetracyclin-Antibiotika besteht eine komplette Kreuzallergie. Bei Verabreichung von Doxycyclin an Kinder während der Zahnentwicklung ist in seltenen Fällen eine irreversible Zahnverfärbung und Zahnschmelzschädigung beobachtet worden • **Verschreibungspflichtig** • **Stand der Information:** 07/2013



## FOKUSTHEMA

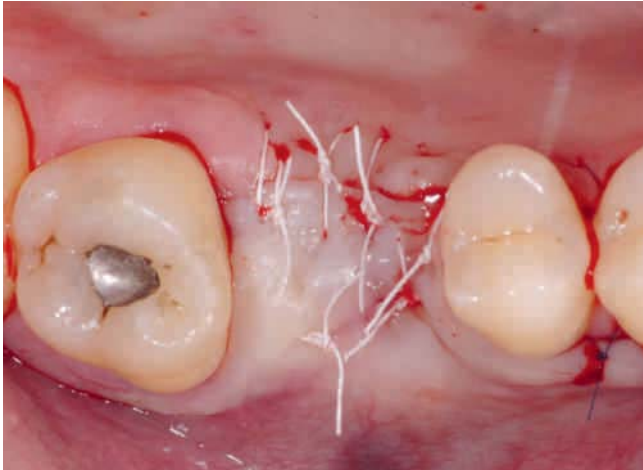


Abb. 7 Mehrschichtiger Wundverschluss mittels horizontaler Matratzennaht und Double-Sling-Sutures



Abb. 8 Radiologische, postoperative Kontrollaufnahme nach der Augmentation: Deutliche Zunahme der Knochenhöhe



Abb. 9 Klinischer Zustand sechs Monate nach der Sinusbodenelevation/GBR: Deutliche Reduktion des horizontalen Volumendefizits

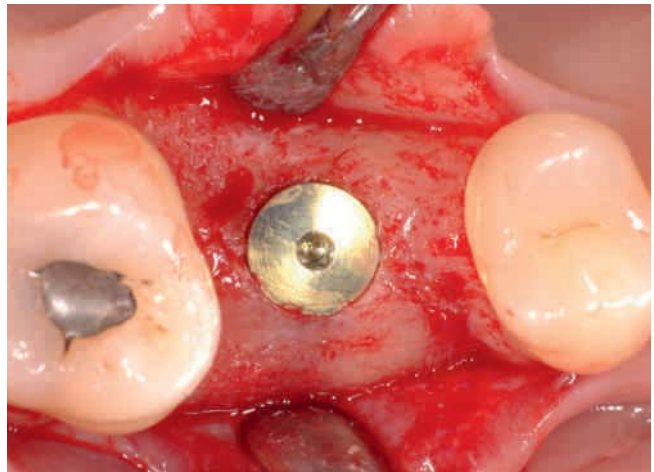


Abb. 10 Erfolgreiche Insertion eines Implantats (Zimmer Biomet T3 tapered, 5 x 10 mm) in den augmentierten Knochen: Das Augmentat ist nicht vom ortständigen Knochen zu unterscheiden.

Während bei der vertikalen Höhe kein signifikanter Unterschied zwischen augmentierten und unbehandelten Extraktionsalveolen nachgewiesen wurde, kann die horizontale Dimension durch ein Xenograft besser erhalten werden [7]. In einer Fallserie von 20 Patienten mit Restknochenhöhe von drei Millimetern konnten *Bassil et al.* [2, 8] zeigen, dass nach neun Monaten Einheilzeit 17,6 Prozent neugebildeter Knochen in engem Kontakt mit den verbliebenen 29,9 Prozent bovinen Knochenpartikeln (BioOss) gewachsen war. Weiterhin wurden in dieser Studie 49 Implantate mit einer Erfolgsquote von 100 Prozent in den augmentierten Knochen inseriert. Eine andere Fallserie – ebenfalls zum Thema Sinusbodeneleva-

tion – unterstreicht bei 15 Patienten die Biokompatibilität sowie die Resorbierbarkeit und Osteokonduktivität eines porzinen Biomaterials (mp3) [10, 17].

Die Abbildungen 1 bis 12 zeigen das Vorgehen bei einer Sinusbodenelevation/GBR. Nach der Extraktion des Zahns 16 wurde die für ein Implantat unzureichende Restknochenhöhe mit einem partikulären, xenogenen KME (CopiOs) aufgebaut und mit einer xenogenen Perikard-Membran abgedeckt. Nach sechs Monaten konnte eine deutliche Reduktion des horizontalen Volumendefizits festgestellt werden. Das radiologische Kontrollbild nach der Implantation eines Implantats in regio 16 zeigte eine Resorp-

tion des KEMs mit klar erkennbarer Kortikalis zum Sinus maxillaris.

### Synthetische KEM

- HA – Hydroxylapatit
- $\beta$ -TCP –  $\beta$ -Tricalciumphosphat

Diese Knochenersatzmaterialien haben einen synthetischen Ursprung. Damit sind diese Materialien praktisch in unbegrenztem Maß verfügbar. Eine Übertragung von möglichen Keimen oder Krankheiten kann ausgeschlossen werden. Beispiele für alloplastische KEM bestehen entweder vollständig aus Hydroxylapatit (HA) oder  $\beta$ -Tricalciumphosphat ( $\beta$ -TCP) beziehungsweise aus einer Mi-



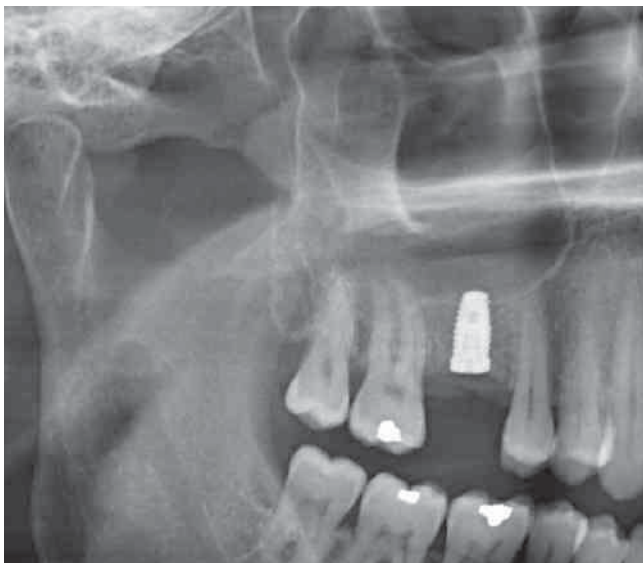


Abb. 11 Das radiologische Kontrollbild nach der Implantation zeigt eine Resorption des KEMs mit klar erkennbarer Kortikales zum Sinus maxillaris.

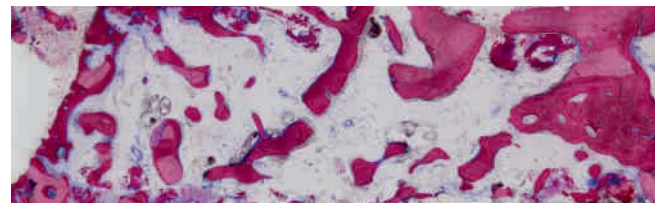


Abb. 12a Trepanbiopsie: Neu gebildeter Knochen ist dunkelmagenta gefärbt, avitales Knochenmaterial sowie älterer, ortsständiger Knochen hellmagenta und Bindegewebe wird blau dargestellt (gefärbt mit Azur II/Pararosanilin; 50 x vergrößert).

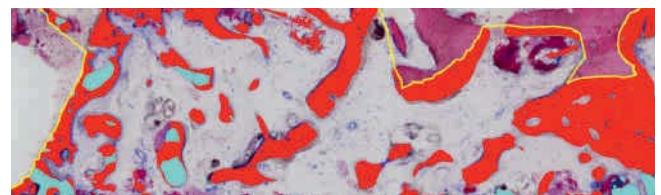


Abb. 12b Histomorphometrische Markierung: Neu gebildeter Knochen rot (32,2 %), avitaler Knochen/KEM-Partikel hellblau (5 %), Bindegewebe/Knochenmark (62,8 %)

schung beider Materialien (zum Beispiel BoneCeramic, Straumann; Cersasorb, Tri Medicales). HA ist ein mineralischer Bestandteil menschlichen Knochens, der bei einem physiologischen pH-Wert schwer löslich ist und daher sehr gut toleriert wird. Studien zeigen allerdings, dass HA nicht resorbiert wird und eine fragliche osteokonduktive Wirkung hat [19]. Im Gegensatz hierzu resorbiert  $\beta$ -TCP schneller und hat eine höhere osteokonduktive Wirkung [15]. Das unlösliche HA dient der Volumenstabilisierung, während  $\beta$ -TCP resorbiert und durch neugebildeten Knochen ersetzt wird. In der Literatur finden sich Studien, die zeigen, dass synthetische und xenogene KEM in vergleichbarem Umfang zur Bildung von neuem Knochen führen können [5, 25].

### Zusammenfassung

Aus Sicht der Autoren gibt es aktuell zwei unterschiedliche Strömungen im Bereich der Knochenersatzmaterialien:

- Nicht beziehungsweise langsam resorbierende KEM mit hoher Volumenstabilität
- KEM mit höherer Substitutionsrate und gegebenenfalls geringerer Volumenstabilität

Bei einer Socket Preservation empfiehlt sich ein resorbierbares Material, da nach entsprechender Heilungsphase keine in Bindegewebe eingeschlossenen Partikel im augmentierten Areal zurückbleiben. Die Verwendung von allogenen KEM scheint hier auf Basis der vorhandenen Literatur eine gute Wahl zu sein. Im Rahmen der externen Sinusbodenelevation sollte zwischen dem ein- und zweizeitigen Vorgehen unterschieden werden. Die Auswahl des KEMs muss an das aufzubauende Volumen angepasst werden. Hierbei kann die Verwendung einer Kombination zweier Materialien oder das Beimischen von autologem Knochen sinnvoll sein. Ähnliches trifft auf die gesteuerte Knochenregeneration zu, wobei hier zusätzlich die Eigenschaft der verwendeten Membran beziehungsweise die Möglichkeit zur Defektstabilisierung (Pins, Titan-verstärkte Membranen) in Erwägung gezogen werden muss.

### Fazit

Leider kann aufgrund der aktuellen Datenlage – es fehlen umfangreiche Vergleichsstudien verschiedener Materialien – keine eindeutige Empfehlung für ein Produkt für alle Indikationen gegeben

werden. Die wachsende Zahl an Materialien bietet eine große Bandbreite an Korngrößen, Resorptionszeit, Applikationsform und Herkunft, sodass Produkte eines Ursprungs durchaus unterschiedliche Ergebnisse liefern können. Allgemein muss festgestellt werden, dass nur wenige Materialien wissenschaftlich gut untersucht und dokumentiert sind. Um in Zukunft eine eindeutige Aussage über die Eignung eines Knochenersatzmaterials treffen zu können, bedarf es mehr klinisch kontrollierter und randomisierter Studien über einen längeren Beobachtungszeitraum. ■

Literatur beim Verfasser

#### Kontakt

Dr. Kai Fischer  
Thomas Pierchalla  
Dr. Matthias Becker

Universität Witten/Herdecke  
Fakultät für Gesundheit  
Abteilung für Parodontologie  
Alfred-Herrhausen-Straße 45  
58455 Witten

**Rechnen Sie  
besser ab als  
Ihre Kollegen?**

**Oder schlechter?**

**NEU**

DZR PerformancePro steigert  
auch Ihren Praxiserfolg.

# Mit PerformancePro finden Sie es raus!

Mit den PerformancePro-Modulen der Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren (DZR, HZA, FRH und ABZ-ZR) haben Sie online alle Abrechnungskennziffern im direkten Benchmark-Vergleich, finden im Erstattungsportal alle relevanten Argumente, erhalten auf Wunsch Unterstützung im deutschlandweiten Abrechnungsnetzwerk und einiges mehr. Wollen auch Sie Ihren Praxiserfolg steigern?

**Jetzt online mehr erfahren [www.dzr.de/PerformancePro](http://www.dzr.de/PerformancePro)  
oder direkt anrufen: 0711 96000-240**



Klinische Implikationen der Ergebnisse der 11. Europäischen Konsensuskonferenz des BDIZ EDI

# Minimalinvasive Verfahren: kurze, anguliert inserierte und durchmesserreduzierte Implantate

Ein Beitrag von PD Dr. Jörg Neugebauer<sup>1,2</sup>, Dr. Steffen Kistler<sup>1</sup>, Dr. Frank Kistler<sup>1</sup>,  
PD Dr. Hans-Joachim Nickenig, MSc<sup>2</sup>, Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller<sup>2</sup>

Der Einsatz von Implantaten zur Fixierung von Totalprothesen, Stabilisierung von Brücken oder zum Ersatz einzelner Zähne hat sich in den vergangenen Jahren als Standard- und Routineoption im Rahmen der implantat-prothetischen Therapie etabliert [15]. Dabei bestehen jedoch eine Reihe absoluter oder relativer Kontraindikationen, sodass bei einem eingeschränkten Knochenangebot Implantate erst nach oder simultan zu augmentativen Verfahren eingesetzt werden können. Das schränkt besonders bei Patienten mit internistischen Vorerkrankungen und dem damit verbundenen erhöhten Operationsrisiko die Möglichkeiten der Implantattherapie ein [7, 36]. Zudem erfordern diese augmentativen Techniken einen hohen Spezialisierungsgrad und Ausbildungsstand des Behandlers. Durch die Kommunikation von Misserfolgen hat sich die Akzeptanz der Implantattherapie bei weiteren Patienten verringert.

Die Anwendung von kurzen, anguliert inserierten und diameterreduzierten Implantaten hat sich als Alternative zu den klassischen Behandlungsstrategien entwickelt [4, 20, 25, 35]. Somit können Augmentationen vermieden und mit dem Einsatz dimensionsreduzierter Implantate das vorhandene Knochenangebot optimal ausgenutzt werden [3]. Da das reduzierte Knochenangebot jedoch Einschränkungen vorgibt, muss zur Sicherstellung eines akzeptablen Behandlungsergebnisses die Anzahl der Implantate

und auch die Auswahl der Dimension berücksichtigt werden. Weitere wichtige Aspekte sind die Art der Insertion und die Möglichkeiten der prothetischen Versorgung. Die Gruppe der minimalinvasiven Techniken lässt sich somit in drei Varianten einteilen:

- Anwendung kurzer Implantate
- Anwendung anguliert inserierter Implantate
- Anwendung diameterreduzierter Implantate

## Anwendung kurzer Implantate

Bei der Anwendung kurzer Implantate geht man heute davon aus, dass dies Implantatkörper sind, die eine Länge von weniger als 8 mm und einen Durchmesser von mindestens 3,75 mm aufweisen [33, 38]. Als Variante hiervon werden die ultrakurzen Implantate mit einer intraossären Implantatlänge von weniger als 6 mm klassifiziert [12]. Kurze Implantate werden besonders im Seitenzahnbereich des Ober- und Unterkiefers

	Kurze Implantate	Angulierte Implantate	Durchmesserreduzierte Implantate	Mini-Implantate
Indikation	Wiederherstellung Stützzone	Festsitzende Brücke	Alle Indikationen	Stabilisierung von Prothesen
Anatomische Limitation	Vertikales Knochenangebot	Ausgedehnter Sinus, Atrophie Seitenzahn	Geringes horizontales Knochenangebot, enge Lücken	Geringes horizontales Knochenangebot
Sofortversorgung	Selten	Häufig	Je nach Fall	Meistens

<sup>1</sup> Dres. Bayer, Kistler, Elbertzhagen und Kollegen · Von-Kühlmann-Str. 1 · 86899 Landsberg am Lech

<sup>2</sup> Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie  
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln

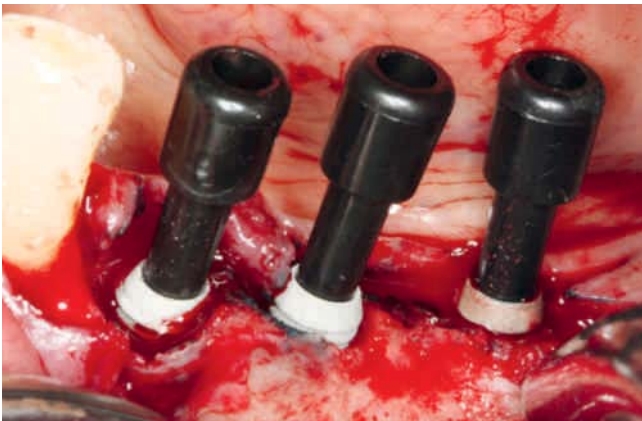


Abb. 1a Insertion von drei kurzen Implantaten im Unterkiefer links

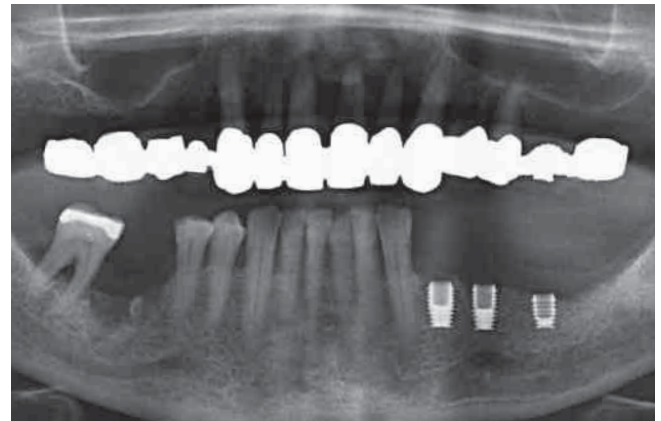


Abb. 1b OPG nach Implantatinsertion von 8 und 6 mm kurzen Implantaten (Bicon)



Abb. 1c Minimalinvasive Freilegung mittels Stichinzision

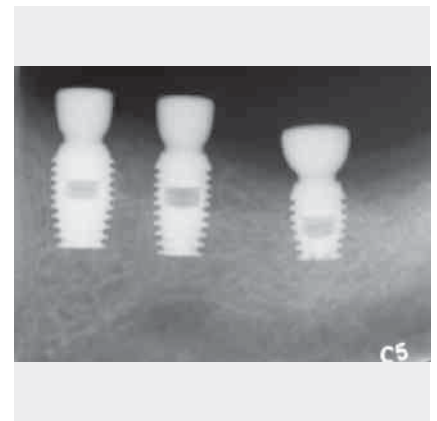


Abb. 1d Röntgenkontrolle nach Freilegung mit Anlagerung von Knochen auf der Implantatshulter



Abb. 1e Multiple Einzelzahnversorgung mit stabilem Weichgewebe

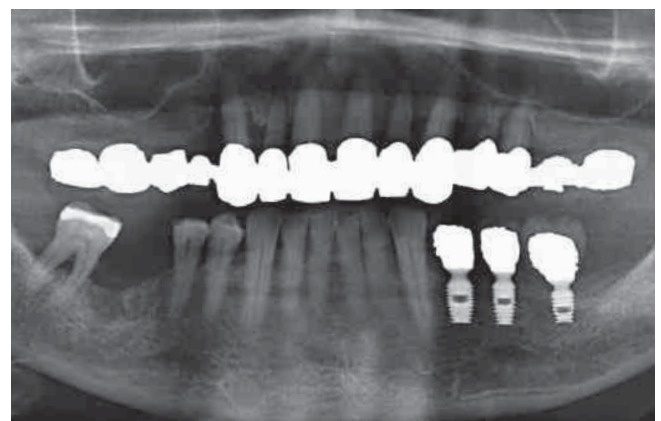


Abb. 1f Die Röntgenkontrolle zeigt das große Krone/Implantat-Verhältnis besonders bei Implantat 36.

angewendet. Hier zeigt sich oft ein reduziertes vertikales Knochenangebot, das jedoch in der Breite ausreichend ist und sich somit für die Insertion kurzer Implantate eignet. Bei dieser Indikation werden beim teilbezahnten Patienten

im Wesentlichen die Stützzonen wiederhergestellt. Es können jedoch auch Deckprothesen fixiert oder einzelne beziehungsweise mehrere Zähne im anterioren Kiefer alternativ zu knochen-aufbauenden Maßnahmen mit kurzen

Implantaten ersetzt werden [38, 39] (Abb. 1a bis f).

Verglichen mit der Anwendung von Standardimplantaten werden beim Einsatz kurzer Implantate ungünstigere Belas-

## FOKUSTHEMA



Abb. 2a Die Implantatkavität wird mit dem Osteotom für den internen Sinuslift aufbereitet.

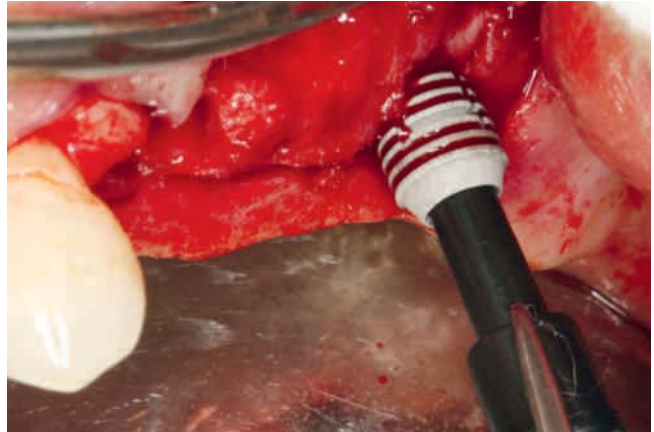


Abb. 2b Es wird ein 5 mm breites und 6 mm langes Implantat mit internem Sinuslift inseriert.



Abb. 2c Die Implantatinserterion wird kontrolliert und zeigt die diffuse Knochenstruktur nach dem internen Sinuslift in regio 16 und 26.



Abb. 2d Die Freilegung der Implantate erfolgt nach drei Monaten.

tungsverhältnisse auf Implantat und Implantatlager erwartet [18]. Diese Erkenntnis basiert vor allem auf biomechanischen Überlegungen, zum Beispiel dem Verhältnis von Krone zu Implantat, und den Erfahrungen aus der Anwendung klassischer Standardimplantate.

Vielfach diskutiert wird der Aspekt, dass der typischerweise bei Standardimplantaten beobachtete krestale Knochenabbau zu einem frühzeitigen Verlust der Implantate führen könnte. Dies ermöglicht bei der Anwendung kurzer Implantate, dass durch die Wahl des Implantatdesigns und der Implantatoberfläche sowie spezieller Behandlungsmethoden, zum Beispiel eines internen Sinuslifts, das Risiko bei dieser Therapie minimiert werden kann (Abb. 2a bis h).

Für kurze Implantate mit einer Länge von 6 bis 8 mm gibt es inzwischen eine Reihe von prospektiven klinischen Studien. Diese legen die Behandlungsrisiken und Überlebensraten für lange Implantate in Kombination mit einer Sinusbodenelevation und für kurze Implantate ohne Sinusbodenelevation dar [43]. Hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den kurz- und mittelfristigen Beobachtungszeiten für die komplexe chirurgische Intervention mittels Sinusbodenelevation und für die einfachere Vorgehensweise ohne umfangreiche Augmentation mit kurzen Implantaten [14, 40]. Zudem konnte in prospektiven Studien gezeigt werden: Auch im Unterkiefer wurden durch den Einsatz kurzer Implantate im Vergleich zu vertikalen Augmentationen keine schlechteren Ergebnisse vorgefunden [14, 16, 22].

Gerade auf dem Gebiet der kurzen Implantate gibt es jedoch einige Systemmodifikationen, die nicht dem klassischen Titanschrauben-Implantat entsprechen. So liegen zum Beispiel Langzeitdaten über einen Beobachtungszeitraum von mehr als 20 Jahren mit guten Ergebnissen zu Implantaten mit einer gesinterter porösen Oberfläche vor [13]. Besonders für die biomechanisch optimierte Lasteinleitung werden Implantatkonfigurationen mit einem tiefen und breiten Gewindepfprofil empfohlen. Damit kann sich eine raumfüllende Knochenanlagerung und somit eine optimierte Kraftübertragung über den breiten Knochensteg realisieren lassen [29]. Zudem zeigen diese Implantate durch den konischen Verankerungsmechanismus eine sich verjüngende Implantatschulter. Dadurch kann ►



## Zwei Veranstaltungshighlights in Stuttgart

### Geistlich Workshop-Day Die jungen Chirurgen

**Datum:** Freitag, 7. Oktober 2016, 8.00 – 18.15 Uhr

**Ort:** DORMERO Hotel Stuttgart  
Plieninger Straße 100, 70567 Stuttgart

**Kursthemen:** Weiche Schale, harter Kern – Weichgewebemanagement  
Dr. Stefan Schnitzer

**Die Sinusbodenaugmentation**  
Dr. Dr. Nils Weyer

**Die Blockaugmentation**  
PD Dr. Dr. Marcus O. Klein

**Zahn raus – was nun? – Therapiekonzepte nach Zahnextraktion**  
Dr. Roman Beniashvili

Ziel dieser sehr praxisorientierten Veranstaltung ist es, mehrere relevante Themen rund um Implantologie, Weichgewebemanagement, Alveolenversorgung und Knochenmanagement zu bearbeiten und durch den Schwerpunkt der praktischen Übungen die Umsetzbarkeit des Erlernenen in die tägliche Arbeit zu erleichtern.

Jede Teilnehmerin/  
jeder Teilnehmer  
wählt 2 Workshops

### Geistlich-Konferenz

#### Ergebnisse und Alternativen für die Blockaugmentation

**Datum:** Samstag, 8. Oktober 2016, 9.00 – 17.30 Uhr

**Ort:** DORMERO Hotel Stuttgart  
Plieninger Straße 100, 70567 Stuttgart

**Referenten:** Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati, Dr. Marcus Heufelder, Dr. Dr. Helmut Hildebrandt, Prof. Dr. Katja Nelson, Prof. Dr. Dr. Alexander Schramm, Prof. Dr. Frank Schwarz, Dr. Marcus Seiler, Dr. Dr. Andres Stricker, Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden

- Vortragsthemen:**
- Defektorientierte patientenspezifische 3D-Knochenregeneration mittels präfabriziertem Titangitter
  - Interpositionsosteoplastik
  - Möglichkeiten des Einsatzes von Plasma-Konzentraten
  - Allogene Knochenblöcke
  - Blockaugmentation – intraoral vs. Beckenkamm
  - Präprothetische Hart- und Weichgewebeaugmentation Risiken und Nebenwirkungen
  - Laterale Augmentation mit einem equinen Knochenblock – Xenogene Knochenblöcke – Zahnwurzelaugmentate
  - Bone-Splitting

### LEADING REGENERATION

Bitte senden Sie mir:

- Flyer **Geistlich Workshop-Day** inkl. Anmeldeformular
- Flyer **Geistlich-Konferenz** inkl. Anmeldeformular
- Produktkatalog

per Fax an 07223 9624-10

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

## FOKUSTHEMA

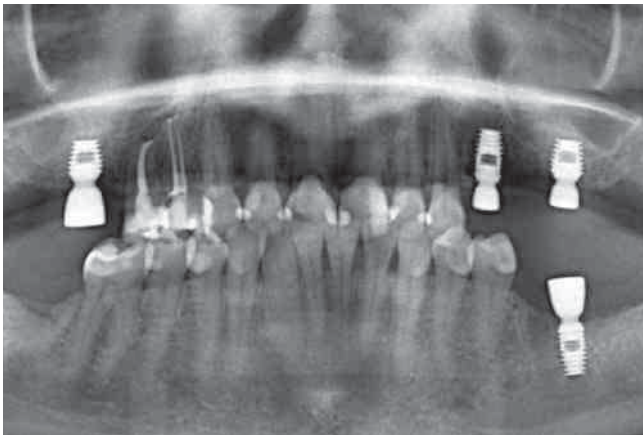


Abb. 2e Es folgt die Konsolidierung der Knochenstruktur im Sinusbereich.



Abb. 2f Zur Aufnahme einer Brücke werden individualisierte Abutments aufgebracht.



Abb. 2g Eingegliederte dreigliedrige Brücke aus Kunststoff...

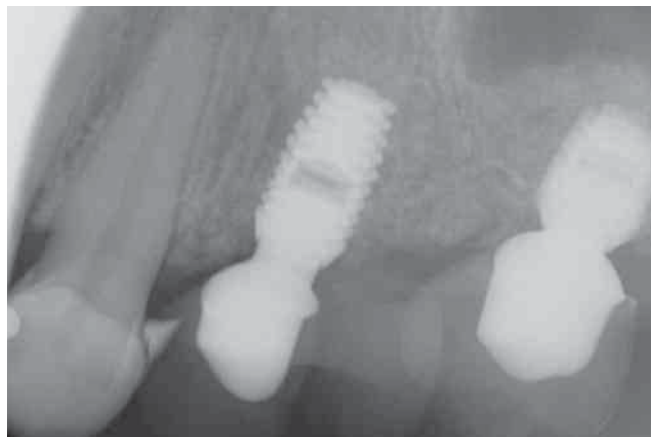


Abb. 2h ... mit stabilen periimplantären knöchernen Verhältnissen.

sich – gemäß dem Prinzip des Platform Switchings – der periimplantäre Knochen auch auf der Implantatoberkante auflagern [27]. Da die meisten kurzen Implantate über eine konische Aufbauverbindung verfügen, sollte das Implantat auf oder gering unter Knocheniveau inseriert werden. Das entspricht den Prinzipien des Platform Switchings.

Um auf augmentative Maßnahmen zur Einbringung von Standardimplantaten verzichten und die jeweiligen Indikationen mit kurzen oder auch ultrakurzen Implantaten versorgen zu können, sollten Implantate mit einer mikrostrukturierten Oberfläche verwendet werden [29]. Da die Krafteinleitung über eine geringe Verankerungsfläche erfolgt, ist es ebenfalls empfehlenswert, diese

lediglich bei einer günstigen Knochenqualität einzusetzen [39]. Die Art der prothetischen Versorgung hängt vom Design der jeweiligen Implantate ab. Die Autoren der geklopften Implantate mit einem Klemmkonus bei der Implantataufbauverbindung empfehlen eine Versorgung mittels Einzelkronen, während die Anwender von kurzen Schraubimplantaten für eine primäre Verblockung plädieren [2, 23, 30, 31, 39, 43].

Unter prothetischen Aspekten ist es besonders wichtig, Führungsflächen bei Lateralbewegungen zu vermeiden [9].

Für die Sofortversorgung wird beim Einsatz schraubenförmiger Implantate immer eine ausreichende Primärstabilität gefordert. Hierzu liegen für kurze Implan-

tate noch keine Daten vor, sodass keine verbindliche Empfehlung ausgesprochen werden kann.

### Anwendung anguliert eingebrachter Implantate

Anguliert eingebrachte Implantate werden im Verbund zur Versorgung zahnloser Kiefer eingesetzt. Sie dienen als Alternative zu umfangreichen Hartgewebsaugmentationen bei begrenzter vertikaler Knochenhöhe im Ober- und Unterkieferseitenzahnbereich. Zudem werden sie in der Regel zur Aufnahme zirkulärer Brücken für den totalen Zahnersatz empfohlen [9].

Sofern eine ausreichende Primärstabilität für eine Sofortversorgung vorliegt, ►





Tapered Internal  
**plus**  
Implantatsystem

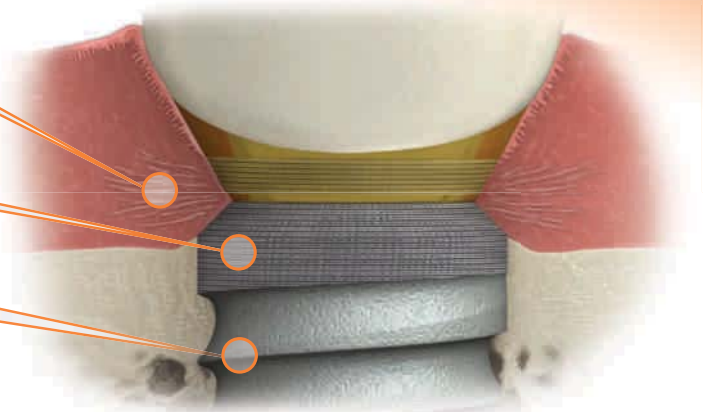
# make the switch

Platform-Switching

Laser-Lok®-Bereich

Optimiertes Gewindedesign

Einfache Restauration



\*Clinical and histologic images are courtesy of Myron Nevins, DDS and Craig Misch, DDS.

SPMP14209DEde REV A AUG 2014

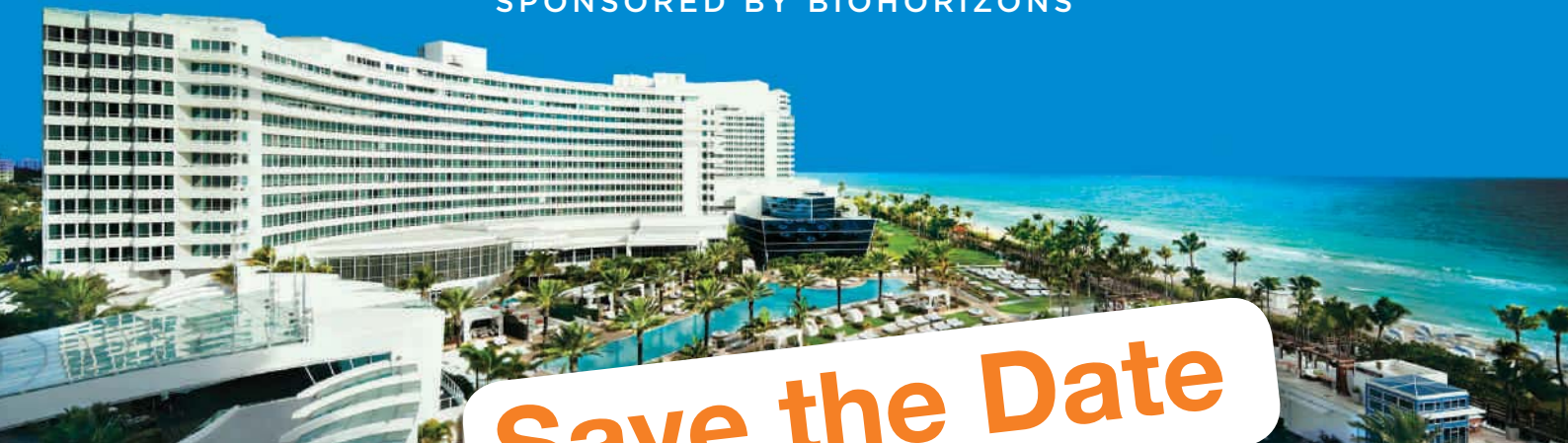


ORAL RECONSTRUCTION  
FOUNDATION

## 2017 GLOBAL SYMPOSIUM MAY 4-6, 2017



SPONSORED BY BIOHORIZONS



# Save the Date

BioHorizons GmbH  
Bismarckallee 9  
79098 Freiburg  
Tel. 0800 42 43 733  
Fax 0800 42 43 738  
salesgermany@biohorizons.com  
www.biohorizons.com

**BIOHORIZONS**<sup>®</sup>  
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

ORF1010 REV A APR 2016



## FOKUSTHEMA



Abb. 3a DVT mit Implantatplanung bei chronischer Parodontalerkrankung für die Herstellung einer 3D-Bohrschablone (Galileos Comfort, Dentsply Sirona)

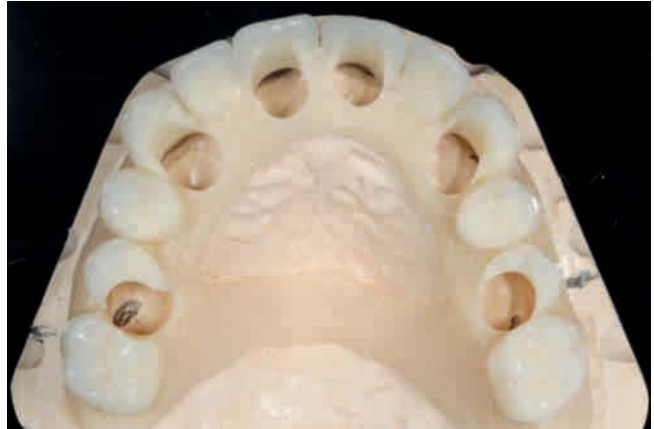


Abb. 3b Das Provisorium ist mit Bohrungen zur Aufnahme der Titanhülsen vorbereitet.

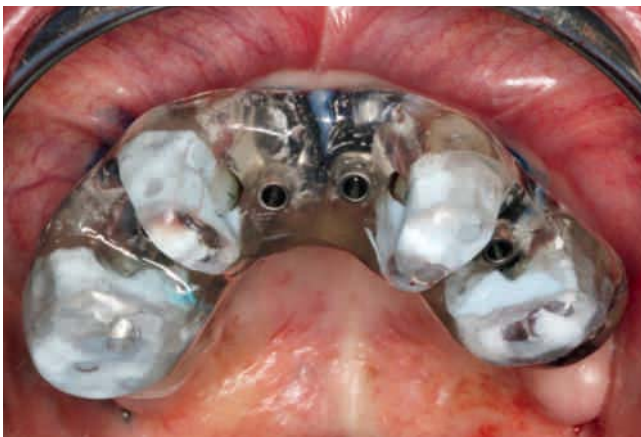


Abb. 3c Die minimalinvasive Pilotbohrung für eine angulierte Insertion erfolgt mithilfe der 3D-Bohrschablone (Classic-Guide, Sicat).



Abb. 3d Nach der Desinfektion der Extraktionsalveolen mit der antimikrobiellen Photodynamischen Therapie (Helbo, bredent medical) werden die Implantate inseriert.

kann diese auch durchgeführt werden. Häufig stellt sich die Indikation beim parodontal vorgeschädigten Zahnsystem, sodass die nicht mehr erhaltungsfähigen Zähne entfernt und die Implantate als Sofortimplantate eingebracht werden [11] (Abb. 3a bis h).

Durch die schräge Implantateinbringung wird an den gefährdeten Nachbarstrukturen, zum Beispiel am Foramen mentale im Unterkiefer oder am Sinus maxillaris im Oberkiefer, das vorhandene Knochenangebot bestmöglich ausgenutzt. Zudem werden die prothetischen Abstützungsflächen durch die divergierenden Implantatachsen bestmöglich verbreitert [9]. Somit können zirkulär verschraubte Extensionsbrücken eingebracht werden. Dieses Behandlungskonzept wird

seit zirka zehn Jahren auf vier bis sechs Implantaten im Ober- und Unterkiefer als Gesamtversorgung eines Kiefers beschrieben [5, 6, 17, 21, 26]. Hier zeigen sich günstige Überlebensraten in maximalen Nachuntersuchungsperioden von 6,5 Jahren [28]. Die verschiedenen Metaanalysen belegen keinen Unterschied in der Erfolgsrate und im Knochenabbau bei der Versorgung zahnloser Kiefer mit zirkulären Brücken und angulierten Implantaten nach kurzer und mittlerer Beobachtungsdauer. Besonders die endständigen Implantate weisen auf der distalen Seite der Implantate keinen erhöhten Knochenabbau auf [9].

Es stehen heute eine Reihe von Systemen mit speziellen Komponenten für die angulierte Implantatinsertion zur Verfü-

gung. Dabei sind im Rahmen der Planung die jeweiligen Winkel der angegebenen angulierten Aufbauten zu berücksichtigen, da diese je nach System zwischen 17,5° und 40° divergieren können.

Es hat sich zudem gezeigt, dass durch die verkürzte Zahnreihe und das Fehlen der posterioren Abstützung keine erhöhte Prävalenz für oromandibuläre Fehlfunktionen zu erwarten ist [37]. Zur Vermeidung von Komplikationen sollte bei der Sofortversorgung von anguliert eingebrachten Implantaten eine ausreichende Primärstabilität vorhanden sein. Für die anatomisch und prothetisch korrekte Implantatinsertion wird eine dreidimensionale Diagnostik empfohlen [26].

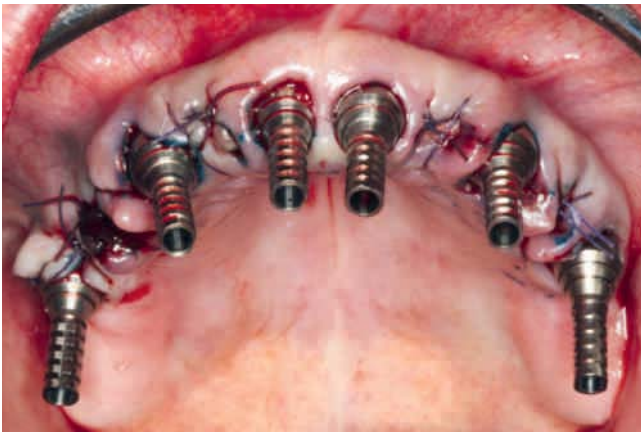


Abb. 3e Parallel ausgerichtete Titanhülsen auf angulierten Abutments der schräg eingebrachten Implantate



Abb. 3f Die Titanhülsen werden in das vorbereitete Provisorium mit Abstützung über dem Gaumenbügel eingeklebt.

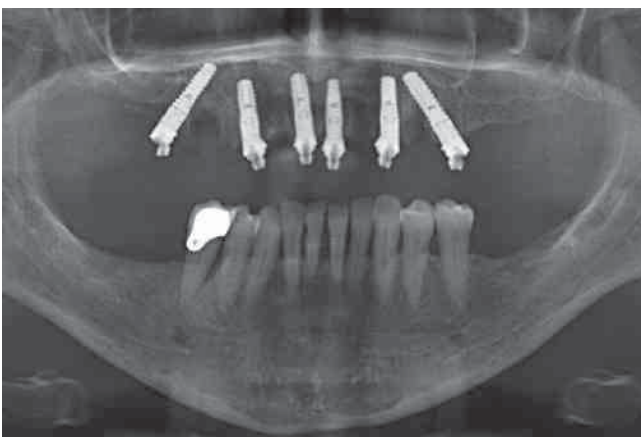


Abb. 3g Röntgenkontrolle der Implantate mit den eingesetzten Aufbauten während der Ausarbeitung des Provisoriums (SKY fast & fixed, bredent medical)



Abb. 3h Eingeliedertes Provisorium im direkten Anschluss an die Operation

### Durchmesserreduzierte Implantate

Bei den durchmesserreduzierten Implantaten ist die Definition der Anwendung schwierig. Als durchmesserreduzierte Implantate werden im Vergleich zu den Standarddurchmessern solche Implantate beschrieben, die einen Durchmesser kleiner als 3,5 mm aufweisen [38]. In dieser Gruppe finden sich ferner die sogenannten „Mini-Implantate“ mit einem Durchmesser kleiner als 2,7 mm [19, 41].

Durchmesserreduzierte Implantate gehören in der Regel zu einer Standardimplantat-„Durchmesserfamilie“. Sie werden sowohl bei einem reduzierten mesio-distalen Platzangebot, zum Beispiel in engen Lücken bei Patienten mit Nichtanlagen, als auch bei einer geringen

Kieferkammbreite angewendet, um umfangreiche laterale Augmentationen zu vermeiden. Je nach Konzeption dieser Implantate kann die Anwendung entweder für alle Indikationen freigegeben oder auf den anterioren Kiefer beschränkt sein, um eine höhere biomechanische Belastung auszuschließen. Bei einer sorgfältigen Patientenauswahl und Beurteilung der Knochendichte werden auch für diese Implantate hohe Überlebensraten angegeben [24, 25, 38, 42]. Selbst im kaubelasteten Seitenzahnbereich werden hohe Erfolgsquoten für durchmesserreduzierte Implantate beschrieben [25].

Zu den Mini-Implantaten gibt es keine prospektiven randomisierten Studien mit Langzeitergebnissen. Die verschiedenen retrospektiven Studien zeigen ein unter-

schiedliches Bild über die Verlässlichkeit der Mini-Implantate, die im Wesentlichen für die Fixierung von Totalprothesen Anwendung finden [8, 25, 34]. Neben sehr positiven Ergebnissen lässt sich aus diesen Studien und Metaanalysen ableiten, dass durchaus ein erhöhtes Implantatverlustrisiko auftreten kann, je nach System und Behandlungsprotokoll. Bei der Anwendung im Oberkiefer in einem quantitativ und/oder qualitativ geringen Knochen werden vermehrt Verluste beobachtet. Besonders kürzere Implantate gehen hier häufiger verloren als längere. Daher sollten kurze Mini-Implantate nicht angewendet werden [42]. Bei der Auswahl des Systems sollten solche Systeme bevorzugt werden, die zumindest bei den retrospektiven Untersuchungen die jeweils günstigsten Ergebnisse auf-



## FOKUSTHEMA

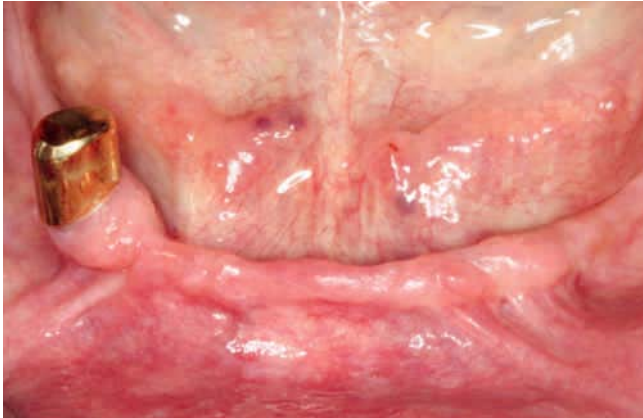


Abb. 4a Atropher Kieferkamm mit nur noch bedingt erhaltbarem Zahn 45

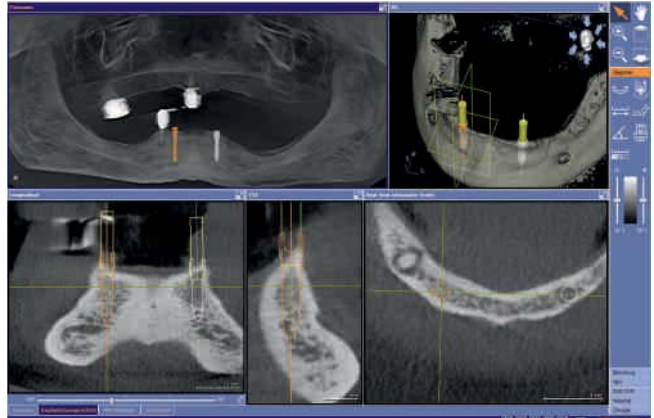


Abb. 4b Das DVT zur Implantatplanung im anterioren Unterkiefer soll Informationen liefern, ob eine Lappenpräparation notwendig wird.

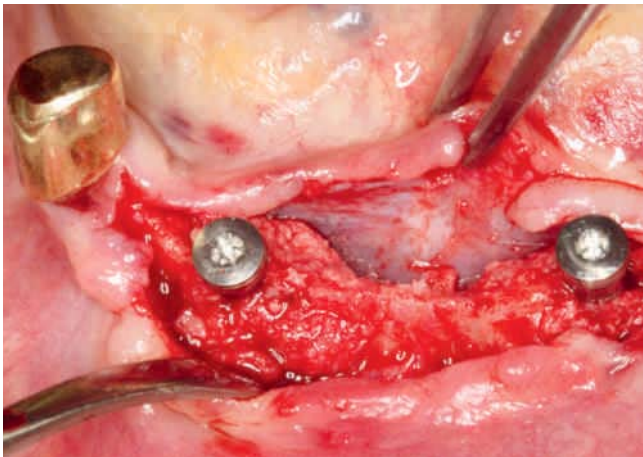
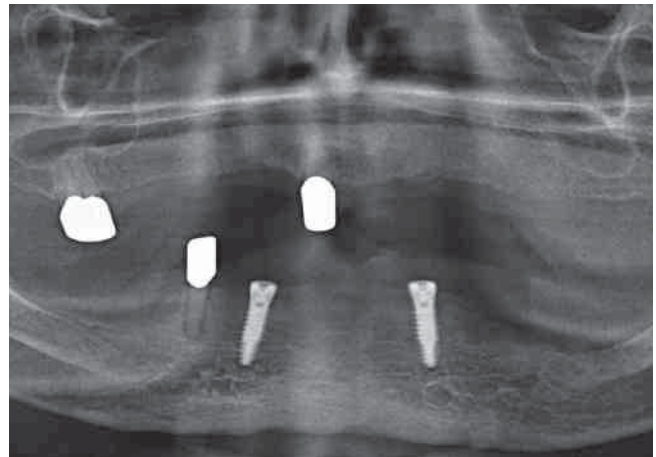
Abb. 4c Die zweiteiligen Mini-Implantate werden für die spätere Aufnahme von Locator-Attachments inseriert (mini<sup>2</sup>-Sky, bredent medical).

Abb. 4d Postoperatives OPG zur Kontrolle der Implantatposition

zeigen. Neben einer mikrostrukturierten Oberfläche, die einen hohen Knochen-Implantat-Kontakt im Sinne einer hochwertigen Osseointegration ermöglicht, ist auch die Biegefestigkeit relevant, damit es nicht zu Implantatfrakturen kommt (Abb. 4a bis g).

### Diskussion

Obwohl augmentative Verfahren heute routinemäßig angewendet und empfohlen werden, kann es aufgrund von patientenspezifischen Risikofaktoren und der Erfahrung des Anwenders zu Komplikationen kommen. Solche Komplikationen können die Lebensqualität der Patienten postoperativ einschränken und die Langzeitstabilität der Implantate durch ein un-

zureichendes Augmentationsergebnis reduzieren [1,3]. Da besonders die vertikale Kieferkammrekonstruktion im Unterkiefer eine erhöhte Misserfolgsquote zeigt, werden dort zunehmend kurze Implantate als Therapiealternative empfohlen.

Die verschiedenen minimalinvasiven Behandlungsoptionen zeigen jedoch eine Reihe spezifischer Behandlungsparameter, die für eine verlässliche Therapieoption beachtet werden müssen – im Vergleich zu den möglichen Risiken bei der Anwendung von Standardimplantaten mit Standarddurchmessern in Kombination mit augmentativen Verfahren [32]. So finden sich in der Literatur auch Hinweise, dass bei der Verwendung von Implantaten, die nicht nur im Durchmes-

ser, sondern auch in der Länge reduziert sind, mit einer erhöhten Verlustrate von bis zu 10 % nach drei bis fünf Jahren zu rechnen ist [10]. Daher ist es erforderlich, dass der implantierende Zahnarzt und der die Implantate prothetisch versorgende Kollege über eine angemessene Ausbildung für diese minimalinvasiven Behandlungsoptionen verfügen, um für den jeweiligen Patienten die bestmögliche Therapieform zu wählen. Somit kann auf die Anwendung von Standardimplantaten bei Patienten mit einer Atrophie des Kieferkammes oder einer ausgeprägten Kaudalisierung der Kieferhöhle verzichtet werden. Im Rahmen der Planung und der Patientenaufklärung sind jedoch neben dem Vorteil des reduzierten chirurgischen Aufwands auch die Einschränkungen bei





Abb. 4e Eine weitere Kontrolle erfolgte zwei Jahre nach dem Einsetzen der Lokatorelemente und Entfernung des Zahns 45.



Abb. 4f Die Attachment-Elemente werden in die vorhandene Teleskopprothese eingearbeitet.

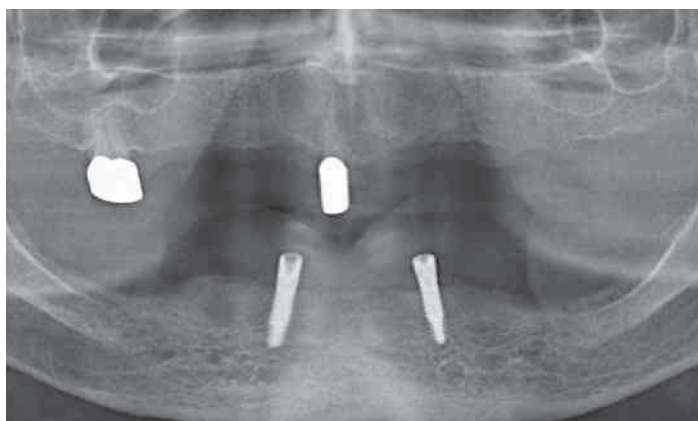


Abb. 4g Zwei Jahre nach der definitiven prothetischen Belastung erfolgte die Kontrolle des Knochenniveaus.

der prothetischen Versorgung mit einem eventuell erhöhten zahntechnischen Aufwand, die ästhetischen Erwartungen oder die schwierigere Reinigungssituationen mit dem Patienten zu erörtern. ■

Literatur beim Verfasser



### CERASORB® M

- + gesteigerte Osteokonduktivität durch die große mikroporöse Oberfläche
- + verkürzte Resorptionszeit, da die Struktur die zügige Durchbauung mit patienteneigenem Knochen fördert



### CERASORB® Foam

- + einfache Handhabung durch defektgerechte Modellierung und komfortable Positionierung

**CERASORB®. Wort halten bei Knochenaufbaumaterialien.**

Exklusiver Vertriebspartner:



Telefon: + 49 2624 9499-0  
 Telefax: + 49 2624 9499-29  
 E-Mail: [service@mds-dental.de](mailto:service@mds-dental.de)

Hersteller: **curasan AG**  
[www.curasan.de](http://www.curasan.de)

**curasan**  
 Regenerative Medizin

Zimmer Biomet Implantologietage erfreuen sich großer Beliebtheit

# Mit doppelter Kraft voraus

Die neue amerikanische Muttergesellschaft hatte einen sportlichen zeitlichen Rahmen gesetzt, innerhalb dessen die beiden Teams der einst eigenständigen Unternehmen Zimmer Dental und Biomet 3i zu einer neuen Einheit zusammen gewachsen sein sollten. Aber mit einem von Geschäftsführerin Krista Strauß gelobten starken Teamgeist und Begeisterung für das neue Produktportfolio präsentierte sich Ende April 2016 eine inspirierte neue Mannschaft und knüpfte mit einer von mehr als 300 Teilnehmern begleiteten Veranstaltung in Stuttgart an die erfolgreiche Tradition der Zimmer Implantologie Tage an.

Den Kongresstag eröffneten nach herzlicher Begrüßung durch *Krista Strauß* und unter der bewährt souveränen und kenntnisreichen Moderation von *Dr. Matthias Stamm* aus Overath, *Dr. Dr. Klaus-Kristian Würzler* und *Dr. Florian Will* aus Würzburg mit der Demonstration einer Live-OP und Augmentation eines CAD/CAM-gefertigten Knochenblocks zur Versorgung eines umfangreichen Frontzahntraumas. Ergänzend zum Knochenblock wurden partikuläres Puros-Material und die um eine aufgelegte PRGF-Membran ergänzte kollagene CopiOs-Membran verwendet. Wegen der fehlenden Ernährung durch das Periost sollte hier nicht mit Bindegewebstransplantaten gearbeitet werden.

*Dr. Tasso von Hausen* von der Universität Mainz präsentierte die Ergebnisse einer randomisierten Frühbelastungsstudie mit dem Trabecular-Metal-Implantat.

Diese Oberfläche zeigt ihre Stärken besonders in der Frühversorgung und bei defizitärem Knochenangebot sowie minderen Knochenqualitäten, speziell bei OK-Versorgungen. *Dr. Daniel Engler-Hamm* führt viele periimplantäre Entzündungen auf falsche Positionierungen von Implantaten oder sogar auch spezifische Implantat-Typen zurück. Bekannt sind beispielsweise eine zu bukkale Position, die mit bis zu 2,5 mm zusätzlichem Knochenverlust einhergeht, oder schlechte Prognosen bei mesial-distalen Engständen oder durch Implantatdesign-bedingte apikal-koronale Probleme. „Manches, was wir unter ‚Periimplantitis‘ zusammenfassen, ist im Gegensatz zu dieser kein fortschreitender entzündlicher Prozess, sondern durch Fehlpositionierungen bedingte Knochenverluste, die vermeidbar und beherrschbar wären“, mahnte *Engler-Hamm* eine genauere Differentialdiagnostik periimplantärer Veränderungen an. Biologisches

steht hier pathologischem Knochenremodeling gegenüber, das durch mangelhafte Implantatdesigns, -positionierungen oder defizitäres Knochenangebot bedingt ist. Für die tatsächlichen fortschreitenden entzündlichen Periimplantiden gab *Engler-Hamm* anhand von Fallbeispielen eine umfassende Übersicht der heute möglichen Therapieoptionen.

Angeregte Diskussionen, für die alle Referenten zur Verfügung blieben, zeigten, dass die erfolgreiche Tradition der Zimmer Implantologie Tage auch in der neuen Konstellation fortgesetzt wird.

*Dr. Torsten Kamm* aus Baden-Baden unternahm zu Beginn seines Vortrags zu Konzeption und Behandlungsplanung komplexer Fälle unter Zuhilfenahme der heute verfügbaren und sinnvollen digitalen Hilfen einen interdisziplinären Exkurs in den Bereich der Volkskrankheiten



Zimmer Biomet Implantologie Tage in der „Alten Reithalle“ in Stuttgart: Übertragung einer live-OP von Dr. Dr. Klaus-Christian Würzler, kommentiert von Dr. Florian Will.



Geschäftsführerin Krista Strauß eröffnet den Kongress.



Prof. Dr. Stephen J. Chu aus New York begeisterte mit seinem Vortrag.



Die Referenten der Workshops mit Krista Strauß und Andrea Lusch (Zimmer Biomet): (v.li.) Josef Schweiger, Dr. Daniel Engler-Hamm, Dr. Ole Richter, Dr. Rolf Vollmer, PD Dr. Jan-Frederik Güth.



Hands-On Workshops mit Übungen am Schweinekiefer

Rücken- und Kopfschmerz, die, wie man heute weiß, oft mit Zahn- und Bissfehlstellungen in Verbindung stehen. Kamm setzt in extrem weichem Knochen und schwachem Knochenlager Trabecular-Metal-Implantate und berichtete begeistert über die Erfolge. Er lobte daneben seine langjährigen Erfahrungen mit dem Zimmer Tapered Screw Vent und dessen langzeitstabile Performance speziell auch im krestalen Bereich.

PD Dr. Stefan Fickl aus Würzburg stellte die provokante Frage „Socket Preservation, Sofortimplantation oder doch spontane Heilung der Alveole – was macht Sinn in der ästhetischen Zone?“ und merkte an, dass nicht nur in der Implantologie, sondern auch in der Parodontologie beeindruckende Fortschritte bei Behandlungskonzepten zu verzeichnen seien und einst hoffnungslose Fälle parodontal oft noch erfolgreich saniert werden können. Sofortimplantationen in der ästhetischen Zone sieht Fickl nicht unkritisch und keineswegs als Mittel der Wahl nach Extraktionen. „Wenn ich anatomisch nicht die Option habe, palatinal zu verschrauben, setze ich in der Regel kein Sofortimplantat“, so Fickl. Mit verschiedenen Konzepten zur Ridge Preservation und einer sehr sympathisch uneitlen Darstellung auch eigener Misserfolge und guten Ratschlägen zu deren Vermeidung rundete er seinen Vortrag gelungen ab.

Mit einem temperamentvollen Vortrag zu zahn- und implantatgetragenen digitalen Konzepten ging nun PD Dr. Jan-Frederik Güth auf die Zielgerade. Die digitale Zahnheilkunde stünde nicht im Gegensatz zu den angestrebten biometrischen Konzepten. Im Gegenteil, sie unterstütze die gewünschte Vorhersagbarkeit im Sinne einer Wiederholbarkeit von Ergebnissen. „Die Frage nach der Präzision des digitalen Scannens beantworte ich mit der Gegenfrage nach der Präzision konventioneller Abformmaterialien“, so Güth. Kernidee des Münchner Implantat Konzepts (MIC) war die Überlegung, Arbeitsschritte zu reduzieren und damit auch Irritationen der beteiligten Gewebe zu vermeiden. Bereits vor der Chirurgie wird mittels Scan abgeformt, der Gegenkiefer und der Biss registriert, nach der Implantatinsertion mittels Scanbody die Implantatposition genommen und mit dem präoperativen Scan gematcht. Anhand dieser Daten erfolgt im Labor bereits die Gestaltung der Krone. Damit reduziert sich auch für den Patienten die Zeit auf zwei Sitzungen bis zur implantatgetragenen Krone. Über fünf Jahre zeigen sich damit bereits gute Erfolge sowie langzeitstabile und schöne weichgewebige Verhältnisse. „Versuchen Sie nicht verkrampt, analoge Techniken zu digitalisieren, sondern nutzen Sie den Mehrwert, den digitale Prozesse Ihnen bieten“, insistierte Güth.

Prof. Dr. Stephen Chu aus New York begeisterte mit seinen Ausführungen zu Ätiologie und Behandlungsoptionen bei ästhetischen Misserfolgen im Frontzahnbereich. Durch geschickte Implantatpositionierung und Auswahl geeigneter Implantatdesigns allein lassen sich bis zu 1 mm zusätzliches Weichgewebe gewinnen, daneben stabilisiert das Dual-Zonen-Konzept aus Augmentation des vestibulären Spalts und des Bereichs oberhalb der Implantatschulter mit Puros und einer provisorisch verschraubten Versorgung die knöchernen und weichgewebigen Verhältnisse. Clever auch das Konzept der Schild-Technik mit einer Kunststoffmanschette zur Vermeidung des Kollabierens nach der Extraktion und Stabilisierung des Weichgewebes nach dem Setzen des Implantats oder die „Icecream-Cone“-Technik von Dennis Tarnow oder das Verschließen einer augmentierten und implantierten Alveole mit einem Kunststoffdeckelchen zur bakteriellen Versiegelung. Mit der Aussage, „Das Konzept ‚One Abutment, one Time‘ bitte um ‚zuallererst ein sauberes Abutment‘ ergänzen“, stieß Chu eine aktuelle Diskussion weiter an. Mit vielen wertvollen Tipps und Tricks entließ Prof. Dr. Stephen Chu die Teilnehmer mit vielen neuen Ideen für einen schwungvollen Praxisstart in die neue Woche. ■



→ TECHNOLOGIE:  
KONKURRENZLOS.  
PREIS: WIE GESAGT.  
DAS NEUE  
PIEZOSURGERY®  
*white.*

Alle Informationen unter [www.mectron.de](http://www.mectron.de)

→ ab €3.390  
PIEZOSURGERY® *white*  
ohne Handstück

mectron  
medical technology

function

implant

cortical

cancellous

special

perio

endo

pump/flush



PIEZOSURGERY®

irrigation

6

5

4

3

2

1

0



Frankfurter Implantologie Tage (FIT) von curasan trafen Nerv der dentalen Implantologie

# Für intelligentes Knochenmanagement

**curasan trieb die dynamische Entwicklung in der dentalen Implantologie und den damit verbundenen regenerativen Techniken lange aktiv und mit innovativen Materialien und Konzepten voran, dann wurde es, bedingt durch verschiedene Umorganisationen, etwas stiller um das Unternehmen. Seit gut einem Jahr unter neuem Management meldet sich der Anbieter von Augmentationsmaterialien nun frisch aufgestellt zurück, mit langjährig bewährten Produkten und neuen Konzepten für die restaurativen Anforderungen von heute und dem klaren Versprechen, künftig wieder aktiv den intensiven Austausch mit dem klinischen Anwender zu pflegen.**

*Dr. Wolf Dietrich Hübner*, Leiter Bereich Medizin, begrüßte eine zum Teil alte Fangemeinde der FIT – Frankfurter Implantologie Tage. Seit Markteintritt des Unternehmens 1997 seien weltweit 1,5 Millionen Anwendungen mit dem Knochenersatzmaterial vorgenommen worden, ohne dass es bisher eine einzige Nebenwirkungsmeldung gegeben habe. *Dr. Fabian Peters*, Technischer Direktor des Unternehmens, widmete sich einleitend dem komplexen Aufbau des menschlichen Knochens. Cerasorb ist ein phasenreines  $\beta$ -Tricalciumphosphat, im Gegensatz zu anderen Darreichungen, die bis zu 40 Prozent andere Substanzen enthielten. Wesentlicher Schritt in der Entwicklung war 2002 die Reduzierung der Partikelgröße auf eine für die biologischen Prozesse ideale Form. Zugunsten der Applikation in verschiedenen Defektmorphologien und für die unterschiedlichen Regenerationsprozesse gibt es das Material inzwischen auch als Schaum und als Paste. Neu ist mit Osseolive daneben eine schnell resorbierbare Glaskeramik, die gegenwärtig noch nicht kommerziell erhältlich ist.

*Prof. Dr. Christine Knabe-Ducheyne* von der Abteilung für Experimentelle Orofaziale Medizin der Philipps-Universität Marburg belegte über eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen und histologischer Auswertungen, dass sich die theoretischen materialkundlichen Überlegungen, Erwartungen und Untersuchungen in vitro tatsächlich in vivo widerspiegeln.

*Prof. Dr. Dr. Frank Palm* aus Konstanz präsentierte Langzeiterfahrungen mit Cerasorb M in atrophischen Situationen über zwölf Jahre. Bei Sinuslift-OPs sei das Material für ihn alternativlos. Insgesamt positiv bewertet er die ausgezeichnete Gewebekompatibilität. Eine wichtige Erkenntnis in der Knochenregeneration sei allerdings die Grenze der Knochensprundistanz, die vom Gewebe nur bis zu einer biologischen Strecke von zirka 1,5 Millimetern unterstützt wird. *Palm* kombiniert hier autologen Knochen mit Cerasorb M, da er damit histologisch nachweisbar geringere Resorptionen erfährt als mit autologen Knochen allein. Er schloss mit einigen klinischen Fällen, bei denen deutlich wurde, wie sehr die Versorgung hochatrophischer Verhältnisse nicht nur die Funktion, sondern die gesamte äußere Erscheinung des Patienten zum Besseren verändert. *PD Dr. Dr. Arwed Ludwig* aus Kassel hatte die Cerasorb und Osbone klinisch und

hinsichtlich ihrer Indikationsstellungen verglichen. Insgesamt werden durch die Auswahl der beiden Materialien, zum Teil auch kombiniert mit autologem Knochen oder ergänzt durch PRP und Membrane, alle gängigen augmentativen Situationen sehr gut abgedeckt.

„Beim atrophischen Knochen haben wir einen reduzierten Metabolismus“, forderte *PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati* von der Universität Frankfurt am Main die Beachtung der biologischen Prozesse bei augmentativen Überlegungen ein, und weiter: „Wir wollen nicht ersetzen, sondern echtes Tissue Engineering machen!“ Das ideale Knochenersatzmaterial wäre laut *Ghanaati* eine Mischung aus Cerasorb und Osbone, also Hydroxylapatit und Tricalciumphosphat. *Ghanaati* präsentierte des Weiteren das i-PRF nach Choukroun als Methode, Augmentationsmaterialien zu biologisieren, um damit den Heilungsprozess zu beschleunigen sowie die Qua-



*PD Dr. Dr. Arwed Ludwig, Prof. Dr. Christine Knabe-Ducheyne und Prof. Dr. Dr. Stefan Schermer*



lität des späteren Knochens zu verbessern. *Dr. Henriette Lerner* aus Baden-Baden ergänzte diesen Vortrag mit ihren Erfahrungen aus ihrer klinischen Praxis. Besonders bei der Socket Preservation beobachtet sie bei der Paste eine sehr gute Langzeitstabilität und final vollständige Resorption, gleichzeitig verhindert die Ummantelung des Granulats mit Hyaluronsäure bindegewebige Einscheidungen.

Mit dem Cerasorb Foam bietet sich eine weitere Alternative, die *Prof. Dr. Dr. Stefan Schermer* aus Berlin beleuchtete. Cerasorb M sei mit seiner veränderten, in der Verarbeitung deutlich einfacheren Struktur bereits ein großer Fortschritt gewesen, nun gebe es mit dem Foam ein zuschneidbares, defektgerecht formbares Komposit aus porcinem Kollagen und phasenreinem  $\beta$ -TCP. Selbst Einrisse der Schneider'schen Membran lassen sich ohne aufwendiges Applizieren von Membranen damit gut augmentieren. Schermer zeigte eine durch missglückte vorangegangene Behandlung mit fragwürdigen Implantat-Typen katastrophale Ausgangssituation, in der Dank des Foams großflächige und mehrwandige Defekte augmentiert werden und dabei auch Knochenhöhe gewonnen werden konnte, sodass der Patient anschließend teilweise neu implantiert und, insbesondere mit Blick auf die verheerende Ausgangssituation, mit einer Stegversorgung zufriedenstellend rehabilitiert werden konnte.

Erneut übernahm nun *Prof. Knabe-Ducheyne* mit klinischen Ergebnissen zur bioaktiven Glaskeramik Osseolive speziell

beim Sinuslift. Signifikant konnte bei Split Mouth-Studien die Stimulation der Knochenbildung und Beschleunigung der Knochenmineralisation beobachtet werden. Zunehmend beachtet werden müsse das hormonell und geschlechtsspezifisch bedingte Knochenheilungspotential speziell bei älteren Patienten, so lassen sich beispielsweise bei verringerten Estradiolleveln deutlich geringere Regenerationsraten beobachten. Auch Männer entwickeln Osteoporose, in der Regel eine Dekade später als Frauen, was aber aufgrund des steigenden Durchschnittsalters zunehmend für die Praxis relevant wird.

*Dr. Robert Miller* aus Miami/USA verglich verschiedene Augmentationsmaterialien mit ihren Vor- und Nachteilen. Er benutzt seit mehr als zehn Jahren bevorzugt Cerasorb M in Verbindung mit Eigenblut. Besonders betonte er die in verschiedenen Studien nachgewiesene bioaktive Rolle des Calciums bei der Hemmung der Osteoklastenaktivität, womit Knochenabbau vorgebeugt werden kann. TCP zeige damit seines Erachtens ein den Zytokinen oder Stammzellen vergleichbares osteoinduktives Regenerationspotential. Mit der Mischung mit venösem Blut verbessert er die Vaskularisation und verlangsamt gleichzeitig die Abgabe des Calciums auf das für die Knochenregeneration ideale Maß. Ganz aktuell ist *Miller* in Studien zur Herstellung von CAD/CAM-gefertigten und gedruckten Knochenblöcken involviert. Mit diesem Stichwort übernahm erneut *Dr. Peters* zum Thema „Curasan

forscht“ und dem Ausblick auf künftige Entwicklungen und die Biologisierung von Materialien, unter anderem ein mit pharmazeutisch aktiven Substanzen, zum Beispiel Gentamycin, kombiniertes und für eine regelmäßige Freisetzung funktionalisiertes Osbone, um infizierte Alveolen vor weiteren Infektionen oder Wundheilungsstörungen besser schützen zu können. Daneben arbeitet curasan an der Entwicklung vorgeformter und verschraubbarer Blöcke aus synthetischen Biomaterialien.

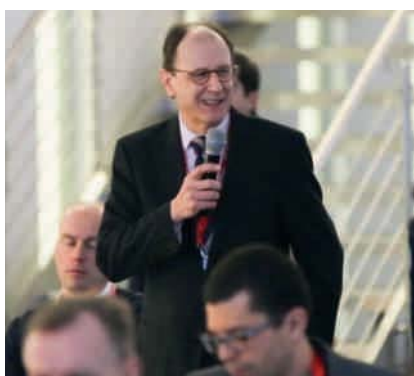
Höhepunkt des Zusammentreffens am Vorabend der Veranstaltung war die Dinner-Ansprache des Lufthansakapitäns *Manfred Müller* zum Thema Risikomanagement. „Dieses Thema haben wir ganz bewusst gewählt, weil wir uns mit unserem Tun und unseren Produkten der Verantwortung Ihnen und Ihren Patienten gegenüber bewusst sind“, stellte curasan-Vorstand *Michael Schlenk* den Redner vor, der in einem sehr unterhaltsamen, aber auch wachrüttelnden Vortrag vor allem den menschlichen Faktor, individuell und im sozialen Verbund, als Ursache riskanter Entwicklungen entlarvte. Anderentags waren alle Pausen angefüllt mit angeregten Gesprächen und Diskussionen. Die Teilnehmer waren sich einig, dass man der Wiederaufnahme der langjährigen FIT-Tradition und damit dem nächsten Termin freudig entgegenseht. ■

#### Weitere Informationen:

[www.curasan.de](http://www.curasan.de)



*Dr. Fabian Peters, Dr. Henriette Lerner und  
Dr. Robert Miller*



*Dr. Wolf-Dietrich Hübner*



*Prof. Dr. Dr. Frank Palm*

10th Meisinger Bone Management Symposium fand großen Anklang

# Blick über die dentalen Disziplinen

Seit 2006 hat sich das Meisinger Bone Management Symposium unter der Leitung von Uni.-Prof. Dr. Joachim Jackowski, Lehrstuhl und Leitung der Abt. Zahnärztliche Chirurgie und Poliklinische Ambulanz an der Universität Witten/Herdecke, zu einer anerkannten implantologischen Fortbildungsveranstaltung entwickelt. Mit Unterstützung der Industriesponsoren rund um die Hager & Meisinger GmbH und in Kooperation mit Univ.-Prof. Dr. Dr. Frank Hölzle, Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie RWTH Aachen, fand unter dem Dach des denkmalgeschützten ehemaligen Gär- und Lagerhochhauses der Dortmunder Union-Brauerei Ende April 2016 ein Symposium über den aktuellen Entwicklungsstand dentaler Implantate und der augmentativen Verfahren statt.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Stefan Haßfeld sprach zur differenzierten Einbeziehung der diagnostischen DVT-Technik und den etablierten bildgebenden Verfahren in der zahnärztlichen Praxis. Anschließend referierte Univ.-Prof. Dr. Dr. Frank Hölzle zur digital geplanten, komplexen Kieferrekonstruktion mit gefäßgestieltem Beckenkammtransplant. Die Sandwich-Interpositionen und Knochenblockaugmentationen waren das Thema von Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden und Prof. Dr. Fouad Khoury sprach über Minimalaugmentation mit autogenen Knochen.



Zehnjähriges Jubiläum einer Erfolgsgeschichte: Das Meisinger Bone Management Symposium

Damit gaben die beiden Referenten einen weitreichenden Überblick über die Versorgungsmöglichkeiten ihrer Patienten. Couragiert und mutig stellte Prof. Dr. Markus Hürzeler Implantatkonzepte zu Lasten des Erhalts parodontal erkrankter Zähne ebenso infrage wie die Produktentwicklung von Implantatde-

signs (Platform Switching, scalloped) und Keramikimplantaten ohne wissenschaftlich belegtem Nutzen für die Patienten. Anhand zehnjähriger Forschungen an Humanbiopsien schilderte Prof. Dr. Werner Götz die Einheilung verschiedener Knochenersatzmaterialien. Insbesondere die Einheilphasen nach der Augmen-

tation wurden crossmedial aufgezeigt. Im Vortrag des Frankfurter Univ.-Prof. Dr. Georg Nentwig ging es um subkrestale Implantationen als Beitrag zu mehr Gewebestabilität und weniger Augmentation. Bei der Frage, ob bei all den komplexen dentalen Implantatversorgungsverfahren noch medizinische Kontraindikationen existieren, appellierte Prof. Dr. Joachim Jackowski vor dem Hintergrund einer zunehmend multimorbiden, alternden Bevölkerung an die Kollegenschaft, verantwortungsvoll und gewissenhaft die allgemeinmedizinischen Befunde unter Einbeziehung auch nicht-implantologischer Versorgungsformen immer im Sinne einer Einzelfallentscheidung zu berücksichtigen.

Mit seinem Engagement, zahnmedizinisches Handeln untrennbar mit allgemeinmedizinischem Verständnis, insbesondere bei der oralen Manifestation seltener Erkrankungen, zu verknüpfen, hat Prof. Jackowski über all die Jahre nicht nur maßgebend zum Erfolg des von ihm initiierten Symposiums beigetragen, sondern hat die zahnmedizinische Fakultät der Universität Witten Herdecke richtungweisend für die Kollegenschaft in Westfalen-Lippe zu einem wertvollen Partner mitentwickelt. ■

Dr. Heiner H.-J. Zipser

Entspannen Sie Ihre Patienten!



weitere Angaben im Shop



Tel: 0203 . 80 510 45 [www.zantomed.de](http://www.zantomed.de)

**zantomed**

Weitere Informationen:  
[www.meisinger.de](http://www.meisinger.de)

Geistlich Deutschland feiert 20-jähriges Bestehen

# Von Pionierleistung zur Meisterleistung

Geistlich Deutschland feiert 20-jähriges Firmenjubiläum auf der Geistlich Konferenz und bedankt sich bei allen Kunden, Forschern und Partnern, die zu dieser Leistung beigetragen haben. Das besondere Fortbildungs-Highlight, die Geistlich-Konferenz, findet am 8. Oktober 2016 im Dormero Hotel Stuttgart statt.



Geistlich Expertise in der Knochen- und Weichgewebearbeitung seit 165 Jahren

Die Konferenzteilnehmer erwarten spannende Vorträge von Top Referenten, rund um das Thema „Blockaugmentation“. In anschließenden Diskussionen haben Kliniker und Zahnärzte die Möglichkeit ihr fachliches Wissen, im kollegialen Umfeld, auszutauschen und Neues zum Thema Augmentation zu erfahren. Im Jubiläumsjahr feiert Geistlich Biomaterials zudem zwei weitere Produktjubiläen: 20 Jahre Geistlich Bio-Gide und 30 Jahre Geistlich Bio-Oss. Das xenogene Knochenersatzmaterial Geistlich Bio-Oss hat in der Kieferrekonstruktion vor 30 Jahren als Pionier eine Vorreiterrolle eingenommen. Geistlich Bio-Gide läutete schließlich vor 20 Jahren als erste resorbierbare Kollagenmembran eine neue Ära in der gesteuerten Knochenregeneration ein. In der dentalen Regeneration sind Geistlich-Produkte bis heute wegweisend und mit mehr als 1000 Studien die am besten dokumentierten Biomaterialien auf diesem Gebiet. Die Spezialisten im Gebiet der Geweberegeneration stellen auf der Geistlich-Konferenz Produktneuheiten vor. ■

Weitere Informationen:  
[www.geistlich.de](http://www.geistlich.de)

Fest zementieren,  
beschädigungsfrei entfernen!

**NEU: röntgenopak**  
„Mit dieser einfachen Methode ist es dem Behandler zukünftig möglich, unnötigen Komplikationen vorzubeugen.“  
Dr. med. dent. Andreas Eichler

Xray

**implantlink® semi**

**Implantatzement**  
semipermanent, dualhärtend

- starke Haftung & Druckfestigkeit, verlängerte Tragedauer
- duales Härtesystem, geruchs- und geschmacksneutral
- höchste Passgenauigkeit durch **extrem niedrige Filmdicke** (nur 7 µm!)
- deutlich geringerer Verdrängungswiderstand als herkömmliche Zemente
- beschädigungsfreies Ausgliedern der Suprakonstruktion
- Röntgenopazität ca. 200 %
- kompatibel mit allen Materialkombinationen
- Rückstände lassen sich mühelos entfernen

Der Film!  
"Alles Wesentliche in 2,5 Min."

**DETAX** Ettlingen/Germany  
[www.detax.de](http://www.detax.de)



Interview Prof. Dr. Adrian Kasaj von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Mainz

# Frühzeitiges Eingreifen besser als reparieren

**Wissenschaftler und Kliniker sind sich einig, dass die Gefahr periimplantärer Entzündungen bei einer vorangegangenen manifesten parodontalen Erkrankung überproportional ansteigt. Leider verlieren nach wie vor die meisten Menschen ihre Zähne wegen einer chronischen Parodontitis. Damit bilden diese Patienten den Hauptanteil derer, die einen implantologischen Ersatz wünschen. Das Risiko lässt sich mit einer profunden vorhergehenden parodontalen Sanierung nicht völlig vermeiden, aber deutlich verringern. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, sprach darüber mit Prof. Dr. Adrian Kasaj von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Johannes-Gutenberg- Universität Mainz.**

**Sollte man bei einer bestehenden parodontalen Erkrankung die Behandlungsoption Implantat besser sofort verwerfen und alternativ prothetische Lösungen suchen?**

Nein, auch im parodontal vorgeschädigten Gebiss stellen Implantate heute eine geeignete und attraktive Therapieoption dar. Allerdings gilt es hier eine Reihe von Faktoren zu beachten. So muss bei parodontal vorerkrankten Patienten mit einer höheren Implantatverlustrate sowie einem erhöhten Periimplantitisrisiko im Vergleich zu parodontal gesunden Patienten gerechnet werden. Grundsätzlich sollte die Planung der definitiven prothetischen Rekonstruktion erst nach Abschluss der aktiven Parodontitistherapie erfolgen. Hierbei gilt es sicherzustellen, dass nach Abschluss der Parodontalbehandlung keine weiteren Attachmentverluste stattfinden und die parodontale Situation stabil ist (Entzündungsfreiheit und keine erhöhten Sondierungswerte). Darüber hinaus sollten die Patienten über die Bedeutung und Notwendigkeit der parodontalen Nachsorgetherapie aufgeklärt werden.

**Was sind aktuell die Mittel der Wahl und das Procedere für eine vorhergehende Parodontalbehandlung?**

Nach wie vor stellt die mechanische Desintegration des supra- und subgingivalen Biofilms den zentralen Bestandteil der Parodontitistherapie dar. Tradition-

nell kommen hierbei Hand-, Schall- und Ultraschallinstrumente zum Einsatz, die zu vergleichbaren klinischen und mikrobiologischen Ergebnissen führen.



Prof. Dr. Adrian Kasaj

Neuere Therapieansätze im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontitistherapie beinhalten die Anwendung von Er:YAG-Laser, antimikrobieller photodynamischer Therapie (aPDT) und der niedrigabrasiven Pulverstrahltechnik. Diese Ansätze bieten jedoch bisher keine Vorteile gegenüber den konventionellen

Methoden (Hand-, Schall und Ultraschallinstrumente). Auch im Hinblick auf die Full-Mouth-Therapie scheint es keinen klinisch relevanten Vorteil im Vergleich zum konventionellen (mehrzeitigen) Vorgehen zu geben. In bestimmten Fällen kann eine adjuvante antimikrobielle Therapie den Erfolg einer nichtchirurgischen Therapie unterstützen.

**Wo sehen Sie die besonderen Vorteile einer Therapie mit einem hochkonzentrierten Chlorhexidin-Chip verglichen mit konventionellen CHX-Spülungen?**

Der Einsatz eines hochkonzentrierten Chlorhexidinchips hat im Vergleich zur konventionellen Anwendung von Chlorhexidin den Vorteil, dass hier der Wirkstoff Chlorhexidin kontinuierlich über einen Zeitraum von sieben bis zehn Tagen freigesetzt wird. Somit lässt sich lokal über einen längeren Zeitraum eine hohe Wirkstoffkonzentration bei insgesamt geringer systemischer Belastung erzielen. Der Chlorhexidinchip wird heute primär als Unterstützung der nichtchirurgischen antiinfektiösen Therapie sowie bei der Reinstrumentierung im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie eingesetzt.

**Welche Recall-Abstände empfehlen Sie und ab welchem Zeitpunkt würden Sie eine Implantatversorgung wagen?**

Die Festlegung der parodontalen Recallintervalle erfolgt nach der Beurteilung

des individuellen Risikoprofils des Patienten. Diese individuelle Risikoanalyse berücksichtigt dabei unterschiedliche patientenbezogene, zahnbezogene und lokale Faktoren. Als Kontrollintervalle ergeben sich dabei je nach Risikoprofil drei, sechs oder zwölf Monate. Eine implantologische Versorgung kann nach erfolgreicher Stabilisierung der parodontalen Situation in Erwägung gezogen werden. In der Regel erfolgt die Beurteilung hierzu drei bis sechs Monate nachdem die aktive Behandlung abgeschlossen ist. Zu diesem Zeitpunkt sollten möglichst keine aktiven Resttaschen mehr vorhanden sein. Risikofaktoren wie beispielsweise Rauchen, unkontrollierter Diabetes mellitus oder

schlechte Mundhygiene sollten kontrolliert und eingestellt beziehungsweise unterlassen werden. Im Vorfeld der Implantattherapie sollte der Patient mit parodontaler Vorschädigung auch über ein erhöhtes Risiko für periimplantäre Erkrankungen und möglicherweise Implantatverluste sowie über die Bedeutung eines stringenten Nachsorgeprogramms aufgeklärt werden.

***Könnte ein chlorhexidinhaltiger Matrix-Chip auch eine Option zur Eindämmung und Behandlung einer beginnenden periimplantären Entzündung sein?***

Eine aktuell erschienene Studie von Machtei et al. aus dem Jahr 2012 zeigte in der Tat vielversprechende Ergebnis-

se bezüglich des Einsatzes eines chlorhexidinhaltigen Chips bei der Therapie periimplantärer Infektionen. Bei dem beschriebenen Intensivprotokoll erfolgten multiple Applikationen eines Chlorhexidinchips über einen Zeitraum von 18 Wochen. Die dabei erzielten Ergebnisse liegen deutlich über den bislang verfügbaren Ergebnissen zur nicht-chirurgischen Periimplantitistherapie.

**Besten Dank, Herr Prof. Kasaj, für dieses Gespräch.** ■

STE

## MEISINGER CYTOPLAST™

Die passende Membran für alle Arten knöcherner Defekte

Sie suchen gezielte und suffiziente Unterstützung bei der Knochenregeneration? Cytoplast™ bietet individuell auf den Defekt zugeschnittene Lösungen – und das bei bis zu drei fehlenden Knochenwänden! Ob Kollagen oder dPTFE – Cytoplast™ ist die ideale Ergänzung zu Bone Management® und NanoBone®!



Für mehr Informationen besuchen Sie uns auf [www.meisinger.de](http://www.meisinger.de) oder kontaktieren Sie unseren Außendienst unter: +49 2131 2012-0

MEISINGER ist offizieller Exklusivpartner von:



Interview mit Dr. Marcus Seiler, Geschäftsführer ReOss

# Die Quadratur des Kreises

Die größten Herausforderungen für den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Oralchirurgen und erfahrenen Implantologen sind ungebrochen große und komplexe Defekte mit dem Ziel eines vertikalen Volumengewinns. Die Anforderungen sowohl an Augmentationsmaterialien als auch Membrane und Techniken klingen nach der Quadratur des Kreises: Hohes regeneratives Potential gepaart mit einer Langzeitstabilisierung des Augmentats – und beides mit einer möglichst idealen Anpassung selbst an komplexeste Defektmorphologien und parallel biologisch störungsfreiem Heilungsprozess. Nun haben sich mit Geistlich Biomaterials und dem Start-Up-Unternehmen ReOss Spezialisten in der Knochenregeneration zusammengetan und mit der ReOss-Technologie und dem Yxoss CBR Mesh vielversprechende Lösungen vorgestellt. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, sprach dazu mit ReOss-Geschäftsführer Dr. Marcus Seiler.

*Wenn unsere Informationen stimmen, bieten Sie nun eine Lösung für viele Situationen an der Behandler wie Patienten bisher verzweifelten. Schildern Sie uns bitte kurz die Technik, Materialien und das klinische Prozedere?*

Das Produkt Yxoss CBR ist ein 3D-geplottetes Titangitter, das auf Basis eines DICOM-Datensatzes präzise auf den Knochendefekt angepasst werden kann. Es können hiermit Knochendefekte behandelt werden, die aufgrund ihrer Defektmorphologie horizontale und vertikale Komponenten sowie Kurvaturen beinhalten und eine Langzeitstabilisierung des Augmentats erfordern. Die Vorteile sehen wir ganz klar in der Passgenauigkeit. So muss der Behandler das Titangitter nicht mehr zurechtschneiden und biegen. Folglich entstehen keine Rückstellkräfte und keine scharfen Kanten am Titangitter, wodurch das Dehiszenzrisiko deutlich minimiert wird. Im Vergleich zu einem Blockaugmentat kann ein biologisch hochwertiges Augmentat durch Beimischung autologen Knochens erreicht werden. Zusätzlich verkürzt die Passgenauigkeit die OP-Zeit, da beim Einbringen lediglich ein oder zwei Schrauben notwendig sind. Die Entfernung des Gitters erfolgt aufgrund der integrierten Sollbruchstelle einfach und schnell. Somit verringern sich die Kosten für Behandler und Patienten.

*Es gibt bereits CAD/CAM-gefertigte Knochenblöcke, die offenbar in der Anwen-*

*dung durchaus erfolgreich sind. Wieso soll ich nun umständlich Brösel in ein Gitter fummeln?*

Als Oralchirurg habe ich in der Vergangenheit immer wieder die Erfahrung machen müssen, dass Knochenblöcke nicht problemlos einheilen und es zu Dehiszenzen kommt. In diesem Fall verlieren Sie häufig den gesamten Block. Weiterhin ist bis heute offen, ob allogene Knochenblöcke vollständig durchbaut werden. Die Studien von Prof. Schwarz lassen gegenteiliges vermuten. Oftmals mussten wir sehr inhomogene Strukturen bei den Blöcken feststellen. Hinzu kommen die Sicherheitsbedenken bei allogenen Materialien. Aus meiner Erfahrung wird granuläres Material besser durchbaut als das Blockmaterial. Voraussetzung ist allerdings bei großen Defekten die Langzeitstabilität. Das können wir unseren Kunden mit Yxoss CBR nun anbieten.

*Sehen Sie hier auch ganz neue Optionen für die Versorgung der Periimplantitis?*

Patienten, mit einer weit vorangeschrittenen Periimplantitis, bei denen ein erheblicher Knochenverlust bereits stattgefunden hat und eine Explantation unvermeidbar erscheint, können zur Rekonstruktion des Kieferknochens mit Yxoss CBR erfolgreich behandelt werden. Voraussetzung hierfür ist sicherlich, dass die Ursachen der Periimplantitis bei den Patienten behandelt wurde, also keine Infektion und Entzündung mehr vorliegt.



Dr. Marcus Seiler

*Eigentlich müssten Sie und Geistlich Biomaterials doch Konkurrenten sein?*

Beide Unternehmen ergänzen sich durch ihr unterschiedliches Produktportfolio sinnvoll. Die Qualität der Geistlich-Produkte hilft uns bei regenerationsschwachen Lagern die biologischen Grundlagen der Regeneration einzuhalten. Yxoss CBR als Langzeitstabilisator zusammen mit Bio-Oss als Knochenleitschiene und der Bio-Gide als Barrieremembran ergänzen sich perfekt bei komplexen Knochendefekten.

*Herr Dr. Seiler, herzlichen Dank für Ihre Zeit und dieses Gespräch.* ■





# iCHIROPRO

KONZENTRATION AUF  
DAS WESENTLICHE:  
DEN PATIENTEN.

coDiagnostiX™

SR IM  
Surgery  
Implantology



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

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

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

[www.ichiropro.com](http://www.ichiropro.com)

\* Aktuell nicht für alle Implantate verfügbar.

S W I S S  M A D E



[www.club-bienair.com](http://www.club-bienair.com)  
Profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen

Bien-Air Deutschland GmbH

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

Interview mit Dr. Kurt Ruffieux, CTO der Produktlinie Guidor von Sunstar

# Guidor ist zurück

Die Guidor Matrix Barrier war eine der ersten dentalen Membranen, die in den 90er Jahren in den Markt eingeführt wurde und sich großer Beliebtheit erfreute. Später wurde der Vertrieb eingestellt. Nun bringt Sunstar das Produkt zurück auf den europäischen Markt. Über die Gründe spricht Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, mit Dr. Kurt Ruffieux, dem CTO von Sunstar für die regenerative Produktlinie Guidor.

**Sunstar betont, dass die Membran einzigartig ist. Was ist denn einzigartig an diesem Produkt?**

Die Guidor Matrix Barrier war die erste von einem Team um Dr. Dan Lundgren in Göteborg entwickelte Membrane, die nicht einfach ein bestehendes Material in der Zahnmedizin verwendete, sondern das Produkt von Grund auf designte. Hierzu wurden nach Grundlagenexperimenten Kriterien für die Membran festgelegt:

Integration des Gewebes und Verhindern des Einwachsens von Epithelgewebe, Zellokklusion in den Bereich der regeneriert werden soll, klinische Handhabbarkeit, Schaffung eines Raumes in welchem eine gesteuerte Regeneration erfolgen kann sowie Biokompatibilität und vollständige Degradation. Diese Anforderungen wurden mithilfe einer mehrschichtigen Membran gelöst. Eine äußere Schicht weist große Perforationen auf, durch die das gingivale Weichgewebe einwachsen kann und so Dehizenzen vermeidet. Die innere Schicht weist kleine Perforationen auf, die einen Flüssigkeitsaustausch erlaubt, aber eben für sechs Wochen

zellokklusiv ist. Die Membran lässt sich zuschneiden und optimal an den Zahnhals anpassen. Für die GTR ist eine resorbierbare Ligatur integriert und mehr als 120 wissenschaftliche Artikel belegen die Funktionalität des Produkts.

**Eine Frage liegt klar auf der Hand: warum bringt Sunstar die Guidor-Membran jetzt wieder in den Markt?**

Der Anstoß hierzu kam von den vielen Anfragen früherer Anwender. Diese haben Sunstar motiviert eine neue Produktionsstätte aufzubauen. Besonders groß war die Nachfrage nach einer GTR-Version.

**Sie wollen wirklich wieder eine GTR-Membran lancieren?**

Viele Experten vertreten heute die Meinung, dass wieder mehr Augenmerk darauf gelegt werden sollte, die Zähne so lange wie möglich zu erhalten, statt diese mit einem Implantat zu ersetzen. Diese Philosophie passt sehr gut zu Sunstar als eine der führenden Dentalprohylaxefirmen. Da die GTR heute kaum noch gelehrt wird, wurde ein Weiterbildungsprogramm unter der Leitung von



Dr. Kurt Ruffieux

Prof. Dr. Maurizio Tonetti und Prof. Dr. Pierpaolo Cortellini ins Leben gerufen. Sunstar wird in Deutschland zusammen mit Experten wie zum Beispiel Prof. Dr. José Gonzales und Prof. Dr. Anton Friedmann interessante Weiterbildungen zu diesem Thema anbieten.

**Die Membran wird aber auch für die GBR angeboten?**

Das ist richtig. Zu beachten ist, dass die Membran sich wesentlich von Kollagenmembranen unterscheidet. Sie ist zwar plastisch formbar, aber steifer wie diese. Dadurch lässt sie sich optimal an den Defekt anpassen, auch für größere Areale.

**Ab wann kann man die Membran kaufen?**

Das Produkt wird ab September 2016 auf dem deutschen Markt erhältlich sein.

Herr Dr. Ruffieux, herzlichen Dank für das Gespräch. ■



Interview mit Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets,  
Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Hamburg

# Größtmögliche Flexibilität und Effizienz

Seit seiner Einführung 2012 wartet das via App für iPad steuerbare Implantologie- und Chirurgie-System iChiropro von Bien-Air immer wieder mit neuen integrierten Funktionen auf, um den steigenden technischen und Effizienzanforderungen in der Praxis gerecht zu werden. Mit der allerneuesten Version verbindet der derzeit leistungsstärkste Mikromotor auf dem Markt eine Anzahl neuer digitaler Verknüpfungen und praktischer Funktionen. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin BDIZ EDI konkret, sprach mit Universitätsprofessor Dr. Dr. Ralf Smeets aus Hamburg, einem Anwender der ersten Stunde.

## **Was sind für Sie die wesentlichen Kriterien eines Implantologie- und Chirurgie-Systems?**

Um eines voraus zu schicken, wir haben uns am Universitätsklinikum Hamburg völlig unabhängig für das iChiropro entschieden. Der implantologisch tätige Zahnarzt und Chirurg ist heute immer digitaler unterwegs, daher muss sich ein System für mich perfekt in meine bestehende Datenkette eingliedern lassen, vom Import meiner Planungsdaten über die coDiagnostiX-Software bis zur späteren Validierung und Rückverfolgbarkeit der Daten.

## **Was ist wichtiger: Effizienz, Langlebigkeit oder der Preis?**

Wieso? Wer sagt denn, dass ich mir nur eines davon aussuchen darf? Das iChiropro hat bei allem Hightech und aller Effizienz ein äußerst robustes Antriebssystem und garantiert mehr als 1600 Eingriffe bei 70 Ncm. Soweit ich informiert bin, ist das derzeit der leistungsstärkste Mikromotor überhaupt. Der Hersteller bietet neben dem Kauf auch Mietoptionen an, da sollte für jedes Budget etwas dabei sein.

## **Als Gag sieht es toll aus, aber ist diese Steuerbarkeit über das iPad und eine App nicht mehr eine Spielerei für Apple-Afficionados?**

Absolut nicht. Und das Unternehmen Apple ist nicht umsonst so erfolgreich mit seinen intuitiven und ergonomischen

Bedienungsmöglichkeiten, ist doch sensationell, dass wir damit nun auch in der Klinik arbeiten können. Besonders interessant finde ich die Möglichkeit, über die



Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets

kostenlose App, die laufend über neue, innovative Funktionen ergänzt wird, das Gerät in weiten Teilen auf mich zu individualisieren, wenn mir das ausreicht, aber auch auf vorprogrammierte Behandlungsabläufe zurückgreifen zu können. Über die Multi-User-Oberfläche können sich verschiedene Behandler anmelden und es können bis zu acht Implantate gleichzeitig geplant und gesetzt werden. Auch das macht das Gerät auf der Kostenseite erneut attraktiver. Zudem ist für den Behandler sehr charmant, dass die

Einstellungen der Behandlungsabläufe der führenden Implantatsysteme in einer laufend erweiterten Bibliothek integriert sind und eine sichere Durchführung garantieren.

## **Welche Erfahrungen haben Sie hinsichtlich der technischen Anfälligkeit und der Wartungsintensität?**

Wir sprechen hier von einem hochpräzisen und hochqualitativen Produkt. Daneben läuft der Motor auf wartungsfreien Keramik-Kugellagern, das ist extrem zuverlässig und langlebig. Daneben könnte man sich im Fall des Falles sicher aber auch auf den in den anderen Bereichen ebenfalls guten Service des Herstellers Bien-Air verlassen.

## **Bei den vielen integrierten und automatisierten Abläufen des iChiropro – braucht es da überhaupt noch den Spezialisten?**

Wir alle wissen: Der gut ausgebildete Zahnarzt oder Chirurg mit seinen fachlichen und manuellen Qualitäten ist immer der entscheidende Faktor. Geräte wirken immer nur unterstützend – umso besser sind aber Geräte mit größtmöglicher Präzision, Flexibilität und Effizienz.

**Herzlichen Dank, Herr Prof. Smeets, für dieses interessante Gespräch.** ■



## Interview mit Dr. Thomas Braun, Geistlich Biomaterials

## 20 + 30 = 1000

Mit dieser scheinbar verwirrenden Formel begrüßt Geistlich Biomaterials aktuell von Plakaten, Prospekten und Anzeigen, dabei ist die Auflösung sehr einfach: Mit dem vor 30 Jahren als Pionier im Markt der Knochenersatzmaterialien eingeführten Bio-Oss und der vor 20 Jahren hinzugekommenen resorbierbaren Bio-Gide – Kollagenmembran dokumentiert das Schweizer Familienunternehmen seine Marktführerschaft im Bereich der Knochen- und Weichgewebsregeneration im Jubiläumsjahr 2016 mit inzwischen 1000 wissenschaftlichen Studien. BDIZ EDI konkret sprach mit Deutschland-Geschäftsführer Thomas Braun, der mit seiner in diesem Jahr 20jährigen Unternehmenszugehörigkeit und dem 20jährigen Bestehen der Geistlich Biomaterials Deutschland ebenfalls eine inzwischen selten gewordene persönliche Beständigkeit repräsentiert.

1000 wissenschaftliche Studien ... und dann kommt jemand mit einem neuen, noch wenig dokumentierten Material um die Ecke und einige Anwender springen drauf an, schon allein, weil es einfach schön ist, mal etwas Neues zu haben – regt Sie das auf?

Heute weniger als früher – was weniger altersbedingt ist, sondern mit der vielfach gemachten Erfahrung zusammenhängt, dass diesen Materialien nur ein kurzfristiger Erfolg beschert ist. Die Anwender und Patienten sind eigentlich diejenigen, die sich mehr aufregen müssten, denn Ihnen wird häufig das Material mit dem Argument verkauft: „ist genau das Gleiche wie Bio-Oss/Bio-Gide – nur billiger“. Hier kann ich nur empfehlen, lassen Sie sich die Daten zeigen.

Was sehen Sie als Meilensteine der regenerativen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte, sowohl bei den Materialien

als auch den biologischen Erkenntnissen und Behandlungsprotokollen?

Der erste Meilenstein war sicherlich die wissenschaftlich abgesicherte Akzeptanz unserer Biomaterialien als Ersatz zum autologen Material zu erreichen. So ist heute die Datenlage z. B. bei der Sinusbodenaugmentation so klar, dass sich die beiden Materialien in der Implantat-Überlebensrate nicht unterscheiden.

Ein zweiter Meilenstein war für mich die Entwicklung der Therapiekonzepte zum Kieferkammerhalt nach Zahnextraktion. Regenerative Materialien als Resorptionsprophylaxe! Ein neuer Ansatz, der die zahnmedizinische Rehabilitation einfacher und patientenfreundlicher macht. Der jüngste Meilenstein besteht in der Entwicklung 3-dimensionaler Kollagenmatrices. Hier haben wir bereits neue Möglichkeiten der Weichgewebsregeneration und werden in naher Zukunft noch weitere interessante Fortschritte sehen.

Ihre Kooperation mit dem Start-Up-Unternehmen ReOss hat viele überrascht ....

... überwiegend positiv überrascht, zumindest aus meiner Erfahrung. Aber Sie haben Recht, wir gehören nicht zu den Unternehmen, die in regelmäßigen Abständen neue Unternehmenszukäufe oder Kooperationen bekannt geben. Geistlich ist ein hoch spezialisiertes und fokussiertes Unternehmen; unser Ziel ist nicht der „Allesanbieter“ zu sein. Wenn jedoch etwas in unseren Bereich der Regeneration passt, dann sind wir auch offen für Kooperationen wie mit ReOss.



Dr. Thomas Braun

Wie wichtig ist Ihnen persönlich Beständigkeit und Kontinuität?

Wenn Sie eine Marke aufbauen oder pflegen, dann sind Beständigkeit und Kontinuität Grundvoraussetzungen. Als Familienunternehmen denken wir zudem langfristig und konzentrieren uns auf unsere Stärken und nicht auf schiere Größe. Und: wir haben es mit Medizinprodukten, und nicht mit Konsumgütern oder Modeartikel zu tun. Also viele Gründe für mich, Beständigkeit und Kontinuität zu schätzen – ohne dabei auf Innovation und Kreativität zu verzichten.

Herzliches Danke, Herr Dr. Braun, und wir sehen uns zu Ihrem Silberjubiläum an dieser Stelle hoffentlich wieder. ■





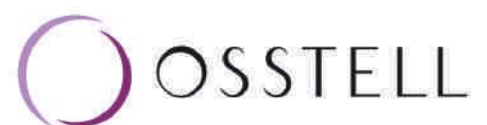
You have the know-how.

Now get the know-when.



The Osstell IDx helps you to objectively determine implant stability and to assess the progress of osseointegration – without jeopardizing the healing process. It is an accurate and non-invasive method that will provide the objective information needed to determine when to load the implant.

Less guesswork. More Insight.



Welcome to Osstell's 8th Annual

Scientific Symposium at EAO Congress Paris

**Speakers:** Marcus Dagnelid (Sweden) | Jörg Neugebauer (Germany) | Jay Malmquist (USA)

Interview mit Prof. Dr. Dr. Emanuel Adrian Bratu zu piezochirurgischen Instrumenten von W&H

# Effektive Sägen mit einfacher Führung

Der Kieferchirurg, Oralchirurg und Prothetiker Professor Dr. Dr. Emanuel Adrian Bratu leitet die implantologischen Abteilungen an zwei rumänischen Universitäten. Er ist Inhaber einer renommierten privaten Klinik in Timisoara und gehört auch in der Forschung zum internationalen Establishment. Im Interview mit Dr. Jan Hermann Koch, Dental-Journalist, erläutert Bratu, warum für ihn das Piezochirurgie-Gerät Piezomed von W&H und insbesondere zwei patentierte Sägen in der Knochenchirurgie unentbehrlich geworden sind.

*Herr Prof. Bratu, wie sind Ihre Erfahrungen mit den neuen Sägen B6/B7 für das Piezomed von W&H?*

Diese Sägen fühlen sich vollkommen anders an als bisher verfügbare piezochirurgische Instrumente. Ihre Effektivität ist wirklich beeindruckend. Sie arbeiten viel schneller als andere Sägen. Auch ihre Führung im Knochen ist einfacher geworden, gerade bei dicken Knochenschichten.

*Trotzdem sind doch rotierende Instrumente oder Mikrosägen wesentlich effektiver?*

Die meisten Zahnärzte und Oralchirurgen haben mit rotierenden Instrumenten viel mehr Erfahrung. Aber piezochirurgische Instrumente schneiden durch ihre spezielle Mikro-Oszillation präziser und kontrollierter und sind zudem inzwischen auch mindestens so effektiv wie rotierende. Das gilt zumindest für das Piezomed. Hinzu kommt, dass der Knochenverlust geringer ist als bei rotierenden Sägen



*Der 40-jährige Patient, Raucher mit desolater Restbeziehung, wünscht eine Implantatversorgung. Im Oberkiefer wird eine Stegprothese auf vier anterioren Implantaten geplant.*

oder Fräsern. Ganz wichtig ist auch die bessere Übersicht: Die Kühlflüssigkeit wird durch die ultrakurzen Schwingungen der Instrumente in Bewegung gesetzt. Dies bewirkt eine Mikrokoagulation im Arbeitsfeld und damit eine reduzierte Blutung. Beim Piezomed kommt noch die sehr helle Ausleuchtung durch das Vierfach-Ring-LED hinzu.

*Würden Sie uns kurz beschreiben, wie Sie zum Beispiel beim Mobilisieren von Knochenblöcken für Transplantationen vorgehen?*

Wir bevorzugen Knochenentnahmen von der Linea obliqua externa des posterioren Unterkiefers, nicht aus der interforaminalen Region. Nach der Weichgewebsinzision verwenden wir die neuen Sägen, um den Umfang der Knochenentnahme zu definieren. Wir erledigen damit in fast 80 Prozent der Fälle auch die gesamte Präparation. Zusätzlich verwenden wir eventuell andere Piezo-Instrumente und zuletzt einen Meißel, um den Block zu mobilisieren. Das ist für uns eine sehr effektive Operationstechnik.

*Vielen Dank für das interessante Gespräch.*

Weitere Informationen:  
[www.wh.com](http://www.wh.com)



*Der Kieferkamm wird beidseitig piezochirurgisch gespalten (Instrument: Piezomed B6). Die Implantation erfolgt im selben Eingriff und der periimplantäre Knochen wird zusätzlich mit einer GBR-Maßnahme aufgebaut.*



*Die vier Implantate befinden sich wie geplant in situ. Die distalen Oberkiefermolaren dienen noch zur Fixierung der unterfütterten Prothese, die einen Monat nach der Implantation eingegliedert wird.*



# therasan oral gel

## Ein Meilenstein der Zahnheilkunde

„therasan  
hilft  
natürlich...“



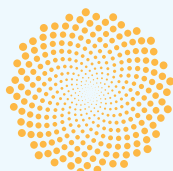
...**Besser!**  
**Ohne**  
**Antibiotika!**

**Zur effektiven  
Behandlung bei  
Entzündungen  
in der Mundhöhle.**

- ✓ **Periimplantitis!**
- ✓ **Parodontitis!**
- ✓ **Mukositis!**



US-Formel jetzt endlich in Deutschland erhältlich!



theranovis®

powered by

DIOP GmbH & Co. KG • Dieselstraße 5-6 • D-61191 Rosbach  
Telefon +49 (0)6003 814-800 • Telefax +49 (0)6003 814-671  
info@mundhygiene-verbessern.de  
Informationen zum Produkt: [www.mundhygiene-verbessern.de](http://www.mundhygiene-verbessern.de)

Interview mit Shahram Ghanaati zu seinen Kursen zur Anwendung plättchenreichen Fibrin

# Natürliche Regeneration nutzen

Nachdem es in den 90er Jahren einen regelrechten Hype bei der Anwendung von plättchenreichem Plasma gegeben hatte, wurde es dann auf einmal ganz still um diese Methode. Zu Unrecht, denn auch wenn einige anfängliche Versprechungen zu vollmundig gewesen sein sollten, sind die Vorteile dieser Anwendung nicht von der Hand zu weisen. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin BDIZ EDI konkret, sprach mit PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati, der an der Universität Frankfurt am Main derzeit Kurse zu der noch neuartigen PRF-Methode veranstaltet.

## Was ist bei A-PRF und I-PRF anders als bei bisherigen PRP-Anwendungen?

Bei dem A-PRF und I-PRF ist es zum ersten Mal möglich, aus dem gewonnenen peripheren Blut sowohl eine solide (A-PRF) als auch eine flüssige (I-PRF) Matrix zu erhalten, ohne dem Blutkonzentrat Antikoagulanzen hinzufügen zu müssen. Beide Matrizen können dementsprechend mit nur einem Zentrifugationsvorgang hergestellt werden. Damit ist die PRF eine besondere Methode zur Herstellung von Blutkonzentraten in einem „geschlossenen“ System, also ohne Zusatz von Substanzen und damit ohne Manipulation durch den behandelnden Arzt.

## Auf welche biologischen Prozesse führen Sie die beobachtete verbesserte Regeneration in erster Linie zurück?

Bei dem PRF-Konzept dient die physiologische Koagulation zur Herstellung von thrombozyten- und leukozytenreichen Matrizen, die die inflammatorische Antwort im OP-Gebiet unterstützen und mittels der konzentrierten Wachstumsfaktoren aus den zuvor genannten Zellen einerseits die Heilungsdauer beschleunigen und andererseits das regenerative Potential der verwendeten Biomaterialien unterstützen. A- und I-PRF „beschleunigen“ die Kommunikation zwischen den Zellen im OP-Gebiet und damit die Geweberegeneration.

## Wie sieht die wissenschaftliche Studienlage zu Ihren Beobachtungen aus?

Seit mittlerweile fünf Jahren wird in unserem Labor (Form-Lab = Frankfurt Orofacial Regenerative Medicine) der Klinik für Mund-, Kiefer und Plastische



Shahram Ghanaati

Gesichtschirurgie in Frankfurt am Main intensive Grundlagenforschung mit dem PRF betrieben, um eben diese Zell-Zell-Kommunikation in Abhängigkeit von der eingesetzten Zentrifugationszeit und -kraft zu verstehen. Unser Labor ist das Entwicklerlabor von PRF und wir stehen mit Dr. Joseph Choukroun, der ein Research-Fellow unseres Labors ist, in engem Kontakt. Während Dr. Choukroun sich auf die klinischen Anwendungen konzentriert, versuchen wir im Form-Lab die biologischen Prinzipien hinter dem PRF zu verstehen. Derzeit arbeiten im Form-Lab zehn wissenschaftliche Mitarbeiter an dem Verständnis der Zellmechanismen und der molekularen Mechanismen des PRF. Zudem haben wir die PRF-Akademie ins Leben gerufen, mittels derer wir weltweit mit den PRF-Anwendern klinische Studien mit Anwendungsbeobachtungen durchführen. Bei diesen Studien geht es um das Verständnis des PRF auf Weich- und Knochengewebe vor allem in Bezug auf die Kommunikation

zwischen den inflammatorischen Zellen mit den Knochen- und Weichgewebezellen. Es ist bekannt, dass die Geweberegeneration nur auf der Basis der physiologischen Inflammation entstehen kann.

## Gibt es Besonderheiten, auf die bei diesem Herstellungsverfahren geachtet werden sollte, um standardisierte Ergebnisse erzielen zu können?

Bei den PRF-Anwendungen muss man nur auf wenige Aspekte achten. Diese sind jedoch sehr wichtig. Zum einen muss die Zentrifuge auf einer stabilen Grundlage stehen. Irritationen während des Zentrifugalvorgangs auf instabilen Grundlagen beeinflussen die Qualität des PRF. Zweitens sollte es zwischen der Blutentnahme und dem Zentrifugationsbeginn nicht zu einem übermäßigen Zeitverlust kommen, da keine Antikoagulanzen benutzt werden. Man sollte nicht hektisch, aber gezielt und zügig arbeiten. Drittens sollten die jeweiligen Röhrchen für I- und A-PRF mit maximal zehn beziehungsweise neun Millilitern gefüllt werden. Unzureichende Füllverhältnisse beeinflussen die Qualität des PRF. Und viertens müssen die entnommenen Blutröhrchen in der Zentrifuge gegenüber stehend platziert werden, damit die gleiche Kraftverteilung gewährleistet ist. Das heißt, man arbeitet immer mit Röhrchen-Paaren und benutzt dazu eventuell ein mit Wasser gefülltes Röhrchen, um auf eine gerade Anzahl der Röhrchen in der Zentrifuge zu kommen.

Herr Dr. Ghanaati, besten Dank für das interessante Gespräch. ■

# ▶ Kollagene, Nahtmaterial & Knochenersatzmaterial

## SmartBone® – das neue und innovative Knochenersatzmaterial

**Granulat und Block in verschiedenen Größen und Formen**  
aus bovinem Ausgangsmaterial



- ▶ Stark hydrophil  
Schnelle Aufnahme von Blut, Blutbestandteilen und Proteinen
- ▶ Volumenstabil  
Platzhalter und osteokonduktive Matrix für den sich neu bildenden Knochen
- ▶ Schnelle Gefäß- und Knochenneubildung
- ▶ hohe mechanische Stabilität  
Blöcke sind sehr bruchresistent, einfache und staubfreie Bearbeitung

Klinischer Fall von Dres. Claude Andreoni und Thomas Meier, Zürich – Schweiz



großer Knochendefekt 11

angepasster SmartBone® Block

Block in situ

Implantation 6 Monate post OP

**PARASORB RESODONT® /  
PARASORB RESODONT® Forte**  
Resorbierbare Kollagenmembran

- ▶ für den Einsatz im Bereich der GBR und GTR



**RESORBA® Nahtmaterial**  
Für jede Indikation das optimale Nahtmaterial

- ▶ resorbierbar
- ▶ nicht resorbierbar



**PARASORB® Cone /  
PARASORB® Cone Genta**  
Resorbierbarer Kollagenkegel

- ▶ lokale Hämostase und Tamponade
- ▶ Stabilisierung des Blutkoagulums
- ▶ mit und ohne antibiotischem Schutz



**PARASORB Sombrero®**  
Resorbierbarer Membrankegel

- ▶ zur Versorgung der intakten Extraktionsalveole





Mit therasan oral gel ohne Antibiotikum entzündliche Prozesse behandeln

# Ohne Antibiotikum zum Ziel

Dieser Anwendungsstudie liegt das Bestreben zugrunde, problematische entzündliche Prozesse in der Zahnmedizin möglichst ohne den Einsatz eines Antibiotikums zu behandeln. Mithilfe des therasan oral gels, einem Mittel auf der Basis ätherischer Öle, konnten an 50 Patienten in den Teilbereichen Parodontalerkrankungen, Endodontie und Periimplantitisbehandlung wirkungsvolle und nachhaltige Ergebnisse erzielt werden.

Die vergangenen zehn Jahre der Medizin sind durch das Auftauchen immer resistenterer Bakterienstämme geprägt. Verantwortlich für eine Vielzahl nosokomialer Infekte in Krankenhäusern und Kliniken führen sie auch in der Zahnmedizin zu Problemen. War und ist in den akuten Phasen der Behandlung der Einsatz eines Antibiotikums das Mittel der Wahl, sieht man in der konsequenten Anwendung natürlicher, antibakteriell wirkender Substanzen einen Ausweg. In der Mundhöhle spielt der vorhandene Biofilm eine zentrale Rolle. Dieser stellt sich als eine eigenständige Struktur dar, die an allen Oberflächen der Mundhöhle haftet. In ihr finden komplexe Austauschmechanismen bakterieller Stoffwechselprodukte statt (Sharma, N. et al. JADA 2004; 135:496-504), die die enthaltenen Bakterienkonglomerate anpassungsfähig und damit widerstandsfähig machen. Pathogene Keime können sich in diesem Milieu gut vermehren und bilden so die Grundlage ernstzunehmender lokaler und allgemeiner Erkrankungen. Bekannt

sind dabei die wechselseitigen Beziehungen zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus, Herzinfarkt und Schlaganfallinzidenz sowie der Zusammenhang schlechter Nierenfunktionen bei parodontalen Entzündungen.

Es existieren mittlerweile eine Reihe von Studien, die belegen, dass die Anwendung ätherischer Lösungen im Zusammenhang mit Zahnreinigungen und prophylaktischen Anwendungen in der Lage sind, den Biofilm zu reduzieren und pathogene Keime wirkungsvoll zu bekämpfen. Sie sind als Ergänzung und Alternativen adjuvanter Behandlungsverfahren anzusehen.

In solchen Fällen bietet sich die Therapie mit dem therasan oral gel an. Es besteht aus einer Kombination aus ätherischen Ölen der Pfefferminze, Thymian, Rosmarin sowie Grapefruitkern- und Traubenkernöl-Extrakten sowie Xanthan. Dieser Wirkstoffkomplex modifiziert den Pellikel als entscheidender Anteil des dentalen

Biofilms und löst extrazelluläre polymere Substanzen auf. Eine bakterielle Verklumpung wird dadurch unmöglich. Eingesetzt wurde das Gel bei Parodontopathien, Mukositis und Periimplantitis sowie als intermediäres Desinfektionsmittel für eine Zeit von ein bis zwei Monaten im Wurzelkanal belassen. An der vorliegenden Studie nahmen insgesamt 50 Patienten zwischen 30 und 75 Jahren teil. Bei den beobachteten Krankheitsbildern handelte es sich um mittlere bis fortgeschrittene Parodontopathien, Mukositis- und Periimplantitisfälle. Des Weiteren wurden an 16 Patienten mit beherrdeten und bereits endodontisch behandelten Zähnen im Front- und Seitenzahngebiet Wurzelkanalrevisionen unter Einsatz von therasan radisol gel und therasan oral gel durchgeführt.

Das Ergebnis zeigt, dass bei allen behandelten Parodontopathiefällen nach einmaliger Anwendung eines tief in das Parodont applizierten, drei bis vier Millimeter langen Gelstrangs ein rasches Abklingen des akut-entzündlichen Erscheinungsbildes zur Folge hatte. Nach

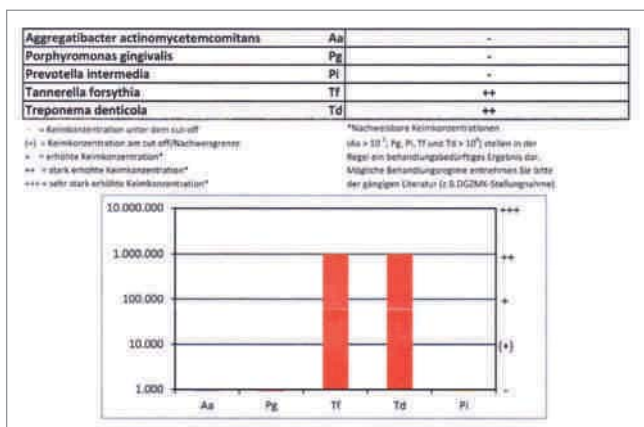


Abb. 1 Patient vor der Gelanwendung

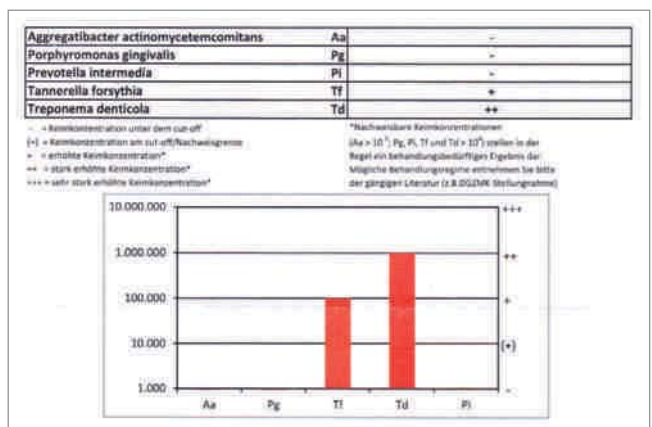


Abb. 2 Patient 14 Tage nach der Gelanwendung

## FOKUSTHEMA



Abb. 3 Parallel zu den Werten aus den Poolproben zeigt sich klinisch eine Reduktion der Entzündungszeichen



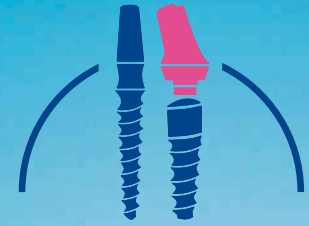
Abb. 4 Zustand 14 Tage nach der einmaligen Gel-Applikation in der Unterkieferfront in regio 33 bis 43. Die marginale Gingiva erscheint weniger hyperplastisch, die Rötungen sind rückläufig und bei Sondierungen kommt es nur zu geringen Blutungen.



Abb. 5 Spiegelaufnahme des Implantat in regio 41: Lingual sind deutliche Konkremente bei sonst zahnsteinfreiem Gebiss erkennbar. Trotz der genannten kurzfristigen Behandlungsmaßnahmen und Therapieerhaltung konnte der Zahnstein nicht vollständig beseitigt werden. Langfristig konnte die Poolprobe im Bereich der Bakteriennachweisgrenze gehalten werden.

14 Tagen war bei 34 Patienten nach wie vor eine Keimreduktion trotz nur einmaliger Behandlung feststellbar.

Wurde die Applikation des therasan oral gels in der akuten Phase alle zwei Tage wiederholt und eine ein- bis zweiwöchige Therapieerhaltungsphase angeschlossen, konnte die Keimreduktion bis an und teilweise sogar bis unter die Nachweisgrenze gebracht werden. Eine ähnliche Situation zeichnete sich bei Mukositis-Behandlungen und bei Periimplantitis-Fällen im Anfangsstadium ab. Einen großen Einfluss schien dabei auch die Oberflächenbeschaffenheit der zu behandelnden Implantate und angrenzenden Zähne zu haben. Die Anwendung an Implantaten, an denen eine Periimplantitis unter zwei Millimetern nachgewiesen werden konnte, war bei zusätzlicher mechanischer Oberflächenoptimierung und PAD-Dekontamination auf lange Sicht hin erfolgreich. Bei Patientenfällen mit einem klinisch und röntgenologisch nachweisbarem Knocheneinbruch von mehr als drei Millimetern waren die Ergebnisse nicht stabil, beziehungsweise brachten lediglich für eine kurze Zeit von ein bis drei Wochen eine Verbesserung. Bei Patienten mit zusätzlichen Risiken, wie fortgesetzter Nikotinkonsum



KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg



KSI-Kurse 2016:

12.-13. August  
07.-08. Oktober  
02.-03. Dezember

Jetzt anmelden!

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

Das KSI-Implantologen Team freut sich auf Ihre Anfrage!

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

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

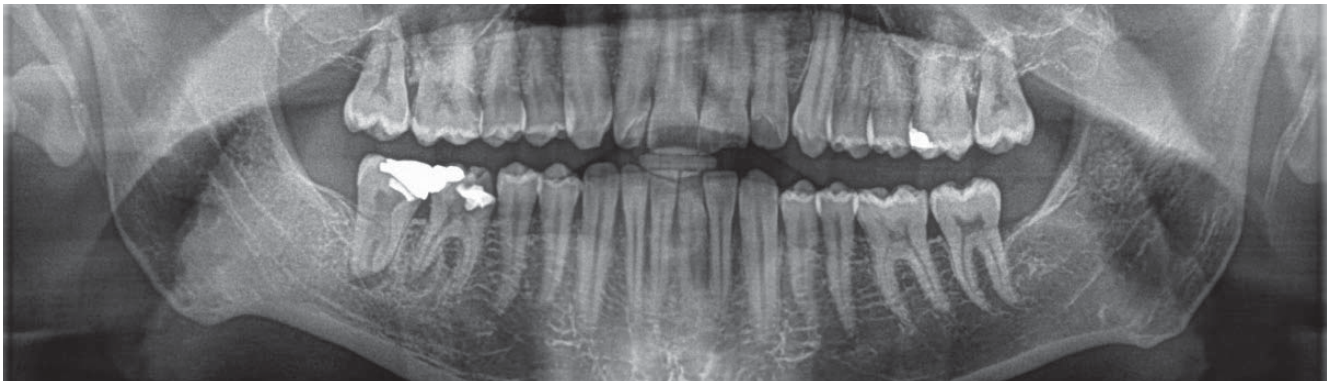


Abb. 6 Ausgedehnte periapikale Aufhellung an der distalen Wurzel in regio 46 und 47

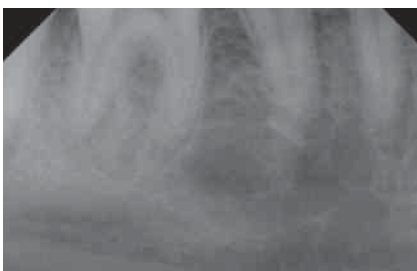


Abb. 7 Zustand vier Wochen nach der Anwendung des Therasan oral gels als temporäre Einlage. Eine deutliche Rückbildung der röntgenologischen periapikalen Läsion ist zu erkennen.

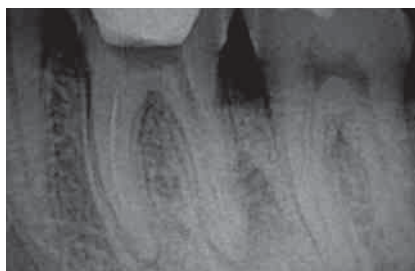


Abb. 8 Zustand nach Beginn der Wurzelkanalrevision: Deutlich sichtbare Aufhellungsbezirke an beiden Apices des Zahns 36.



Abb. 9 Nach einmonatiger temporärer Einlage mit Therasan oral gel: Es zeigt sich insbesondere an der distalen Wurzel 36 eine deutliche Sklerosierung und Reossifikation des periapikalen Gewebes.

oder nach einer Chemotherapie, konnten die periimplantären Befunde nur wenig beeinflusst werden. Bei der Revision endodontisch bereits therapierter Zähne mit akuten und subakuten klinischen Verläufen sowie nach Trepanation und über teilweise lange Zeiträume offengehaltener Wurzelkanallumen, konnten die Schmerzen ohne zusätzliche Applikation eines Antibiotikum reduziert werden. In einem ersten Schritt wurden die Wurzelkanäle noch einmal komplett gesäubert und aufbereitet. Zu den bekannten Spülprotokollen wurde zum Schluss zusätzliche mit Therasan radisol gel gespült und es folgte eine temporäre Einlage mit dem Therasan oral gel. Der Zahn wurde provisorisch mit Zement verschlossen und nach ein bis zwei Monaten röntgenologisch kontrolliert. In allen Fällen kam es zu keiner neuen (sub-)akuten Exazerbation. Röntgenologisch konnte bei zehn der 16 behandelten Fälle eine restitutio ad integrum erreicht werden. Bei den übrigen Fällen war bei stummer Klinik periapikal noch eine diskrete Aufhellungszone nachweisbar.

### Fazit

Das Therasan oral gel ist ein wirksames, antibiotikumfreies Mittel für die Behandlung von mittleren und schweren Parodontopathien, chronisch- und/oder akut verlaufenden apikalen Parodontitiden sowie Mukositis und Periimplantitis, das das Anhaften der Bakterien an den Oberflächen in der Mundhöhle verhindert. Es besteht aus einem Wirkkomplex aus ätherischen Ölen der Pfefferminze, des Thymians, Rosmarins sowie aus Grapefruitkern- und Traubenkernöl-Extrakten sowie Xanthan. Die Pellikelbildung wird modifiziert und extrazelluläre polymere Substanzen werden aufgelöst, was eine Formierung des pathogenen Biofilms verhindert. Therasan oral gel ist auch als temporäre Einlage während der Behandlung apikaler Parodontitiden einsetzbar. Die Rückbildung periapikaler Entzündungen ist röntgenologisch nachweisbar und das Gel somit auch im Wurzelkanalsystem für das Biofilmmangement einsetzbar. Vorangeschrittene Läsionen bei Peri-

implantiden sind allerdings nur schlecht zu beeinflussen. Sowohl die Oberflächenstruktur der zu behandelnden Implantate und Restaurationen als auch die externe Einflussfaktoren wie Nikotinabusus oder eine Chemobehandlung weisen keine wesentlichen Verbesserungen nach der entsprechenden Anwendung auf. Allerdings kann die klinische Verlaufsform und Überlebenszeit dieser Implantate im Rahmen professioneller mechanischer Plaqueentfernungen und adjuvanter alternativer Gelanwendung verbessert beziehungsweise verlängert werden. Zentrales Instrument der Früherkennung von Periimplantiden und die daraus resultierende effektive Behandlung bleibt das engmaschige Recall-System jeder zahnärztlichen Praxis. ■

#### Kontakt

**Dr. Henning Aleyt**  
Humboldtstraße 12 · 06712 Zeitz  
Fon +49 3441 274074  
[henning-aleytd@t-online.de](mailto:henning-aleytd@t-online.de)  
[www.dr-aleytd.de](http://www.dr-aleytd.de)



# Gezielte Vector-Power gegen Periimplantitis. Der Vector Paro Pro.



Zur Animation

**Der Vector Paro Pro. Einer für alles.** Minimalinvasiv, geschlossen und schonend – aber gleichzeitig auch kraftvoll: So soll effiziente Periimplantitis-Therapie sein. Genau dafür sorgen das Paro-Handstück mit linearer Schwingungsumlenkung und spezielle Instrumente.

Mehr unter [www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)

 **DÜRR  
DENTAL**  
DAS BESTE HAT SYSTEM

Komplikationsmanagement nach komplexer lateraler Augmentation im posterioren Unterkiefer

## Die frühe Wunddehiszenz

**Trotz aufwendiger Lappentechniken kann man das Auftreten von frühen postoperativen Wunddehiszenzen nicht immer vermeiden. Diese stellen eine der häufigsten postoperativen Komplikationen nach augmentativen Eingriffen dar und führen in der Regel zu einem kompromittierten Behandlungsergebnis. Ribose-kreuzvernetzte Membranen bieten aufgrund des verlängerten Resorptionsprofils eine Behandlungsoption für ausgedehnte laterale Knochendefekte unter Verwendung partikulärem Knochenersatzmaterial (KEM) anstelle eines Knochenblocks. Sie behalten die strukturelle Integrität sogar bei Exposition. Dadurch wird im Allgemeinen eine vollständige sekundäre Epithelialisierung des Wundgebiets ermöglicht und ein zusätzlicher Schutz für das Regenerat gewährt.**

Der Wiederaufbau verloren gegangener Knochenstrukturen mittels gesteuerter Knochen- (GBR) beziehungsweise Geweberegeneration (GTR) stellt heutzutage ein therapeutisches Standardverfahren in der Parodontologie, Implantologie sowie Oral- und Kieferchirurgie dar. Durch die Isolation der für die Knochenregeneration notwendigen Zellen (Osteoblasten) von den schneller proliferierenden Epithel- und Bindegewebszellen mit einer mechanischen Barrieremembran, kann verloren gegangenes Gewebe wieder regeneriert werden [1-4]. Die Bandbreite der erhältlichen Barrieremembranen ist groß. Neben nicht resorbierbaren Membranen (beispielsweise aus PTFE) stellen heutzutage resorbierbare Kollagenmembranen den Behandlungsstandard dar. Die Geschwindigkeit der Biodegradation und die damit verbundene Dauer der Barrierefunktion von Kollagenmembranen hängen vom Vernetzungsgrad der Kollagenfasern ab [5]. Grundvoraussetzung für ein zuverlässiges Ergebnis von GBR/GTR-Techniken ist ein spannungsfreier und speicheldichter Wundverschluss, um eine geschlos-

sene Einheilung des Augmentationsgebiets zu gewährleisten. Hierzu wird ein sorgfältiges Weichgewebsmanagement benötigt, um das zusätzlich aufgebraachte Volumen des Knochenersatzmaterials decken zu können.

### Wunddehiszenz als häufigste Komplikation nach komplexer GBR

Trotz aufwendiger Techniken kann jedoch das Auftreten von frühen post-operativen Wund-Dehiszenzen nicht immer vermieden werden (Abb. 9). Das Ausmaß der Komplikation hängt stark vom individuellen Behandlungskonzept ab. Der Behandlungsplan bei Dehiszenzen sieht eine regelmäßige topische Desinfektion der exponierten Areale zum Beispiel mit CHX-Gel vor, um eine Infektion des augmentierten Bereichs zu vermeiden. Dies führt im Optimalfall zu einem verzögerten Wundverschluss durch eine sekundäre Epithelialisierung des Wundgebiets (innerhalb mehrerer Tage bis Wochen). Unter Umständen kann auch eine neuerliche Lappenreposition notwendig sein,

um einen erneuten Wundverschluss zu erzielen. Dies ist allerdings im exponierten Areal häufig nur schwer zu bewerkstelligen, da das Weichgewebe hier aufgrund der vorherigen OP zumeist bereits sehr dünn ist und wenig Optionen zu einem spannungsfreien Wundverschluss bietet.

### Welchen Einfluss haben die verwendeten Materialien auf das Behandlungsergebnis?

Die Eigenschaften der verwendeten Materialien haben einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis nach Dehiszenzen. Dehiszenzen nach Augmentationen mit Knochenersatzmaterial ohne zusätzliche Barrieremembran führen häufig zu einem tieferen Einwachsen des Weichgewebes in das Augmentat oder sogar zu einer Infektion [6]. Aus diesem Grund müssen exponierte Ersatzmaterial-Partikel, je nach individueller klinischer Situation, zumindest teilweise entfernt werden. Durch die Verwendung einer geeigneten Barrieremembran sollte

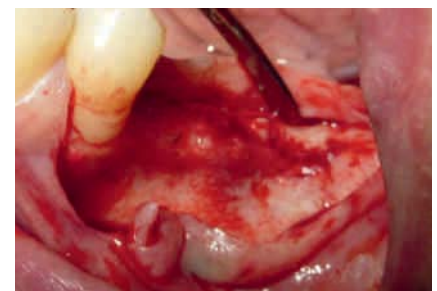


Abb. 1 und 2 Die Situation vor der Operation zeigt deutlichen Knochenverlust in regio 35 bis 37.

Abb. 3 Situation nach der Darstellung des Defekts in Regio 35 bis 37.

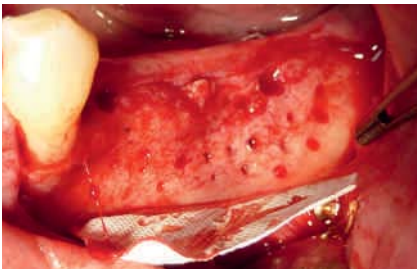


Abb. 4 Vorbereitung des Augmentationsgebiets mit Bleeding Points, apikale Fixation der Membran mit Ti-Pins.

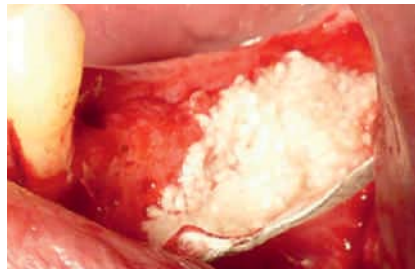


Abb. 5 Augmentation in regio 35 bis 37 mit mineralisierten Allograft-Partikeln.

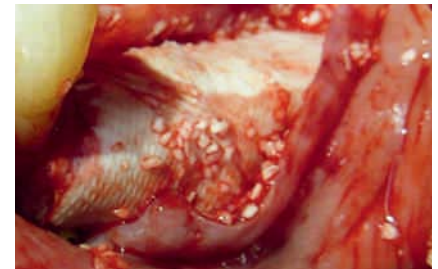


Abb. 6 Abdeckung der augmentierten Region 35 bis 37 mit der Membran.

dieser Prozess vermieden oder zumindest verlangsamt werden. Nicht resorbierbare Membranen bieten in diesem Fall theoretisch einen optimalen Schutz. Allerdings neigen diese bei Exposition zu schweren Komplikationen durch möglicherweise auftretende starke Infektionen, die das gesamte Therapieziel gefährden können [7]. Derart schwere Komplikationen können durch die Verwendung konventioneller resorbierbarer nativer Kollagenmembranen vermieden werden. Durch die bakterielle Kontamination der Membran, die bei Exposition nicht zu vermeiden ist, setzt allerdings eine schnellere Resorption ein. Dies führt zu einem Einwachsen des Weichgewebes in den ehemaligen Defekt. Zum anderen ist bekannt, dass eine Exposition vermehrt zur Infiltration des Augmentats mit Entzündungszellen führen kann. Dies endet im schlimmsten Fall mit einer Infektion des Augmentats, was das angestrebte Ergebnis der knöchernen Regeneration stark kompromittiert. Durch den signifikanten Volumenverlust nach der Exposition wird letztendlich auch das ästhetische Resultat der Behandlung beeinflusst [8-11]. Die beschriebenen Prozesse sind insbesondere bei der Verwendung von Membranen mit einer kurzen Resorptionszeit stark ausgeprägt [10-11].

### Bedeutung der Resorptionszeit einer Barrieremembran

Durch eine Kreuzvernetzung mit dem Zucker Ribose (Glykierung) können sehr bioverträgliche Kollagenmembranen mit einem deutlich verlängerten Resorptionsprofil hergestellt werden (Ossix Plus)

[9,12-16]. Dies bewirkt eine deutlich erhöhte Resistenz dieser kreuzvernetzten Membran gegenüber einer bakteriellen Exposition, vor allem im Vergleich zu klassischen nativen Membranen [9]. Nach zehn Tagen intraoraler Exposition war der Ossix-Membrankörper noch intakt, während native Kollagenmembranen bereits signifikant degradiert waren. Dementsprechend ist das augmentative Resultat nach einer Wunddehiszenz bei Ribose-kreuzvernetzten Membran statistisch signifikant besser als bei Verwendung einer nativen Kollagenmembran oder einer PTFE-Membran [17].

### Fallbericht

Der 59-jährige Patient war Nichtraucher und verlor die Zähne 35 bis 37 aufgrund apikaler Aufhellungen. Die Extraktion der Zähne und die Therapie der chronischen Parodontitis erfolgten alio loco beim Vorbehandler. Der Patient stellte sich in meiner Praxis mit dem Wunsch einer implantatgetragenen Versorgung in regio 35 bis 37 vor (Abb. 1 und 2). Um den Implantaten eine solide knöchernen Basis zu sichern, musste der fehlende Knochen in regio 36 und 37 wieder aufgebaut werden. Eine simultane Implantation war aufgrund des Ausmaßes des Defekts nicht möglich. Die Augmentation sollte mit schnell regenerierenden Allograft-Partikeln und einer resorbierbaren Barrieremembran erfolgen. Aufgrund der im Vergleich zu nativen Membranen längeren Barrierefunktion und der höheren Stabilität, wurde die kreuzvernetzte Membran Ossix Plus gewählt. Durch diese Materialkombination kann in solchen

Fällen eine komplizierte Blockaugmenta-tion vermieden werden.

Der Defekt wurde mithilfe eines Mukoperiostlappens dargelegt. Die horizontale Inzision erfolgte mid-krestal. Es wurde approximal zu Zahn 34 eine vertikale Entlastungsinzision durchgeführt, um die spätere spannungsfreie Deckung des Augmentationsgebiets zu gewährleisten (Abb. 3). Es zeigte sich ein nach krestal spitz zulaufender Alveolarkamm. Zur besseren Durchblutung des Augmentationsgebiets wurden Bleeding Points gesetzt. Die Membran wurde apikal platziert und mit zwei Ti-Pins fixiert (Abb. 4). Bei der Verwendung der Pins muss darauf geachtet werden, dass keine große Spannung auf die Membran ausgeübt wird, da die Membranstruktur beim Durchstoßen der Pins fragil wird und eine geringere mechanische Reißfestigkeit als native Kollagenmembranen aufweist. Der horizontal und vertikal massive Knochendefekt wurde mit mineralisiertem Allograft aufgefüllt (Abb. 5). Die rehydratisierten Allograft-Partikel wurden mit der Membran abgedeckt, die lingual zur besseren Stabilisierung unter das leicht abpräparierte Periost geschoben wurde (Abb. 6). Der Wundverschluss erfolgte nach ausgiebiger Periostschlitzung mit Einzelknopfnähten (Abb. 7 und 8). Zwei Wochen post operationem zeigte sich bei der Entfernung der Nähte eine Dehiszenz in regio 35 und 36. Die Ossix Plus-Membran war in dieser Region exponiert. Es waren keine Entzündungszeichen feststellbar (Abb. 9). Die Dehiszenz wurde im Anschluss mit konventionellen desinfizierenden Methoden behandelt (regelmäßige Spülung mit CHX, Vermeiden von mechanischem



## FOKUSTHEMA

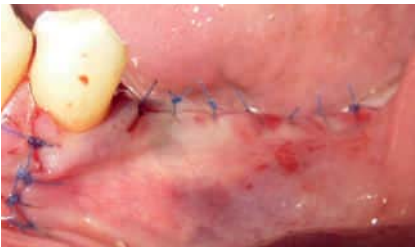


Abb. 7 Situation nach Nahtverschluss



Abb. 8 Kontroll-OPG nach der Augmentation



Abb. 9  
Zwei Wochen post-OP:  
Bei der Nahtentfernung zeigt sich eine  
Dehiszenz in regio 35  
bis 36, die Membran  
ist exponiert. Keine  
Zeichen einer Ent-  
zündung feststellbar.



Abb. 10 Drei Wochen post-OP: Vollständige  
sekundäre Epithelialisierung über der Membran.  
Das Weichgewebe zeigt sich weiterhin völlig  
entzündungsfrei.



Abb. 11 Vier Wochen post-OP: Vollständig  
ausgeheiltes Wundareal mit entzündungsfreiem  
Weichgewebe.



Abb. 12 Situation vor dem Re-entry fünf Monate  
post-OP: konsolidiertes Weichgewebe mit ausrei-  
chend keratinisierter Gingiva.



Abb. 13 Komplett regeneriertes Augmentat ohne  
Zeichen einer krestalen oder lateralen Resorption.  
Im gesamten OP-Gebiet ist die vollständig intakte  
Membranstruktur erkennbar, die bereits knöchern  
integriert ist.



Abb. 14 Zustand nach der Implantatinserktion in  
regio 35 bis 37. Beide Implantate sind vollständig  
mit vitalem Knochen bedeckt, keine Zeichen einer  
krestalen oder lateralen Resorption.



Abb. 15 Geschlossenes Protokoll zur Osseo-  
integration der Implantate.

Druck, keine heißen Speisen und Getränke und so weiter). Die Membran behielt im folgenden Behandlungszeitraum die strukturelle Integrität und ermöglichte so eine vollständige sekundäre Epithelialisierung des Wundgebiets bereits innerhalb von einer Woche (Abb. 10). Der weitere Heilungsverlauf verlief komplikationslos (Abb. 11). Beim Re-entry zirka fünf Monate nach der Augmentation wurde ein gesundes Weichgewebe mit einem ausreichenden Anteil an keratinisierter Gingiva vorgefunden (Abb. 12). Das regenerative Ergebnis des Knochenaufbaus zeigte eine hervorragende knöcherne Konsolidierung ohne Zeichen eines Volumenverlustes des Augmentats an der ehemals exponierten Stelle (Abb. 13). Im

gesamten OP-Gebiet war die vollständig intakte Membranstruktur erkennbar, die bereits in den Knochen integriert war, sodass zwei Implantate in regio 35 und 37 inseriert werden konnten. Beide Implantate waren trotz vorheriger Dehiszenz vollständig mit vitalem Knochen bedeckt und primärstabil (Abb. 14). Zur Osseointegration der Implantate wurde eine geschlossene Einheilung gewählt (Abb. 15 und 16). Die weitere prothetische Versorgung des Patienten erfolgt etwa drei Monate später. ■

Literatur beim Verfasser

Weitere Informationen:  
[www.regedent.de](http://www.regedent.de)



Abb. 16 Radiologische Kontrolle der Implantate

## Kontakt

Dr. André Gürsesli  
Von-Galen-Straße 19  
48336 Sassenberg  
[dr.gursesli@gmx.de](mailto:dr.gursesli@gmx.de)

**Septanest mit Adrenalin 1/100.000 und Septanest mit Adrenalin 1/200.000. Verschreibungspflichtig.**

**Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: Septanest 1/100.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40.000 mg Articainhydrochlorid, 0,018 mg Epinephrinhydrogenatratrat (entspricht 0,010 mg Epinephrin). Septanest 1/200.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40.000 mg Articainhydrochlorid, 0,009 mg Epinephrinhydrogenatratrat (entspricht 0,005 mg Epinephrin).

Sonstige Bestandteile: Natriummetabisulfit (Ph. Eur.) 0,5 mg (entsprechend 0,335 mg SO<sub>2</sub>), Natriumchlorid, Natriumedetat (Ph. Eur.), Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke.

**Anwendungsgebiete:** Infiltrations- und Leitungsanästhesie bei Eingriffen in der Zahnheilkunde, wie: Einzel- und Mehrfachextraktionen, Trepanationen, Apikalresektionen, Zahnfachresektionen, Pulpektomien, Abtragung von Zysten, Eingriffe am Zahnfleisch.

**Hinweis:** Dieses Produkt enthält keine Konservierungsstoffe vom Typ PHB-Ester und kann daher Patienten verabreicht werden, von denen bekannt ist, dass sie eine Allergie gegen PHB-Ester oder chemisch ähnliche Substanzen besitzen.

**Gegenanzeigen:** Septanest mit Adrenalin darf aufgrund des lokalnästhetischen Wirkstoffes Articain nicht angewendet werden bei: bekannter Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Articain und andere Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ, schweren Störungen des Reizbildungs- oder Hochfrequenzsystems am Herzen (z. B. AV-Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekompensierter Herzinsuffizienz (akutes Versagen der Herzleitung), schwerer Hypotonie, gleichzeitiger Behandlung mit MAO-Hemmern oder Betablockern, Kindern unter 4 Jahren, zur intravasalen Injektion (Einspritzen in ein Blutgefäß). Aufgrund des Epinephrin (Adrenalin)-Gehaltes darf Septanest mit Adrenalin auch nicht angewendet werden bei Patienten mit: schwerem oder schlecht kompensiertem Diabetes, paroxysmaler Tachykardie oder hochfrequenter absoluter Arrhythmie, schwerer Hypertonie, Kammerwinkelglaukom, Hyperthyreose, Phäochromozytom, sowie bei Anästhesien im Endbereich des Kapillarkreislaufs.

**Warnhinweis:** Das Arzneimittel darf nicht bei Personen mit einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Sulfit sowie Personen mit schwerem Asthma bronchiale angewendet werden. Bei diesen Personen kann Septanest mit Adrenalin akute allergische Reaktionen mit anaphylaktischen Symptomen wie Bronchialspasmus auslösen. Das Arzneimittel darf nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden bei: Nieren- und Leberinsuffizienz (im Hinblick auf den Metabolisierungs- und Ausscheidungsmechanismus), Angina pectoris, Arteriosklerose, Störungen der Blutgerinnung. Das Produkt soll in der Schwangerschaft und Stillzeit nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden, da keine ausreichenden Erfahrungen mit der Anwendung bei Schwangeren vorliegen und nicht bekannt ist, ob die Wirkstoffe in die Muttermilch übergehen.

**Nebenwirkungen:** Toxische Reaktionen (durch anomal hohe Konzentration des Lokalanästhetikums im Blut) können entweder sofort durch unbeabsichtigte intravasculäre Injektion oder verzögert durch echte Überdosierung nach Injektion einer zu hohen Menge der Lösung des Anästhetikums auftreten. Unerwünschte verstärkte Wirkungen und toxische Reaktionen können auch durch Injektion in besonders stark durchblutetes Gewebe eintreten.

Zu beobachten sind:

Zentralnervöse Symptome: Nervosität, Unruhe, Gähnen, Zittern, Angstzustände, Augenzittern, Sprachstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Ohrensausen, Schwindel, tonisch-klonische Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Koma. Sobald diese Anzeichen auftreten, müssen rasch korrektive Maßnahmen erfolgen, um eine eventuelle Verschlimmerung zu vermeiden. Respiratorische Symptome: erst hohe, dann niedrige Atemfrequenz, die zu einem Atemstillstand führen kann.

Kardiovaskuläre Symptome: Senkung der Kontraktionskraft des Herzmuskels, Senkung der Herzleistung und Abfall des Blutdrucks, ventrikuläre Rhythmusstörungen, pektanginöse Beschwerden, Möglichkeit der Ausbildung eines Schocks, Blässe (Cyanose), Kammerflimmern, Herzstillstand. Sollten es zu allergischen Reaktionen gegenüber Articain, Parästhesie, Dysästhesie, Hypästhesie und Störung des Geschmacksempfindens.

Besondere Hinweise:

Aufgrund des Gehaltes an Sulfit kann es im Einzelfall insbesondere bei Bronchialasthmatikern zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewusstseinsstörung oder Schock äußern können.

Bei operativer, zahnärztlicher oder großflächiger Anwendung dieses Arzneimittels muss vom Zahnarzt entschieden werden, ob der Patient aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen darf.

**Handelsformen:**

Packung mit 50 Zylinderampullen zu 1,7 ml Injektionslösung (Septanest 1/100.000 oder 1/200.000) im Blister.

**Pharmazeutischer Unternehmer:**

Septodont GmbH, 53859 Niederkassel  
Stand: 05/2015

Gekürzte Angaben – Vollständige Informationen siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation.

# WUSSTEN SIE SCHON?

## DIE MARKE SEPTANEST<sup>(1)</sup> GENIESST WELTWEIT DAS MEISTE VERTRAUEN<sup>(2)</sup> ...

- Septodont ist mit einer Produktion von 500 Millionen Zylinderampullen jährlich – mit einem maßgeblichen Anteil Septanest – Weltmarktführer in der Schmerzkontrolle.
- Jede Sekunde werden weltweit 4 Injektionen mit Septanest verabreicht.
- Septanest ist weltweit in 70 Ländern durch die jeweiligen Gesundheitsbehörden zugelassen.<sup>(2)</sup>

## ... DANK UNSERES EINSATZES FÜR HÖCHSTE QUALITÄT

- Diese weltweite Zulassung von Septanest steht für die konsequente Einhaltung höchster Qualitätsstandards, z. B. des BfArMs, der FDA.
- Zusätzlich zu den übrigen 27 dokumentierten Qualitätskontrollen wird jede einzelne Zylinderampulle vor der Freigabe nochmals visuell überprüft.
- Die Septanest Herstellung schließt eine terminale Sterilisation der Zylinderampulle ein. Dieser Sterilisationsprozess erfüllt die höchsten Sterilitätsanforderungen und entspricht dem Goldstandard der Gesundheitsbehörden.
- Septanest ist 100 % latexfrei und kommt während des gesamten Herstellungsprozesses nie mit Latex in Berührung.



<sup>(1)</sup> von allen injizierbaren dentalen Lokalanästhetika

<sup>(2)</sup> Septanest ist in einigen Ländern auch unter dem Namen Septocaine®, Medicaïne® oder Deltazine® erhältlich

Cytoplast Membranen und Nahtmaterial exklusiv bei Meisinger erhältlich

# Gezielte Unterstützung

Die Verwendung von Membranen gilt in der Implantologie und Parodontalchirurgie heutzutage als Standard. Sie werden immer dann benötigt, wenn ein knöcherner Defekt oder Knochenrückgang vorliegt und neuer Knochen aufgebaut oder die körpereigene Regeneration von Knochen unterstützt werden soll. Mit dem umfangreichen Portfolio regenerativer Cytoplast-Membranen aus Kollagen und dPTFE bietet Hager & Meisinger die individuell passende Membran für alle Arten knöcherner Defekte an.

Sinnvoll ergänzt wird die Produktpalette zusätzlich durch das Cytoplast-Nahtmaterial. Innovative Eigenschaften bei Nadel und Faden sorgen für einen atraumatischen Wundverschluss. So weisen die Nadeln eine sehr hohe Biegefestigkeit bei gleichzeitig geringer Abnutzung auf. Scharf bleibende Nadeln, auch nach mehrmaligem Einstechen, sind das Ergebnis. Zudem sorgt das spitze, konische Profil mit langen Schneidkanten für ein besonders gewebeschonendes Arbeiten. Das Nahtmaterial besteht zu 100 Prozent aus medizinischem, bioinertem PTFE (Polytetrafluorethylen). Dank seiner glatten Oberfläche verhindert das Monofilament zum einen, dass Bakterien am Faden anhaften und in die Wunde eindringen und sorgt zum anderen für ein widerstandsfreies Gleiten durch das Gewebe. Ebenso komplikationslos gestaltet sich auch der Einsatz von dPTFE-Membranen als gezielte und suffiziente Unterstützung beim Aufbau und bei der Regeneration von Knochen. Sie sind ideal für die Socket Preservation, horizontale und vertikale Augmentationen sowie große knöcherner Defekte geeignet.



Atraumatischer Wundverschluss mit gewebeschonender Nadel und monofilem Nahtmaterial.

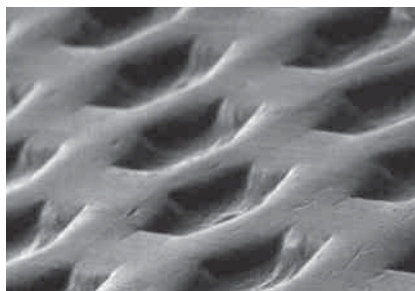
Hexagonale Vertiefungen vergrößern die Oberfläche und stabilisieren damit die Membran. Zusätzlich ist die Membran undurchlässig für Bakterien. Da das Weichgewebe zwar anhaftet, aber nicht festwächst, wird die Entfernung nach der Einheilphase ohne weiteren chirurgischen Eingriff vorgenommen. Wahlweise sind die dPTFE-Membranen mit verschiedenen Titanverstärkungen erhältlich. So sind selbst Anwendungen bei bis zu drei fehlenden Knochenwänden sicher und mit vorhersagbaren Ergebnissen möglich. Sollten aus ästhetischen oder praktischen Gründen resorbierbare Membranen benötigt werden, bietet Meisinger mit Cyto-

plast RTM die passende Lösung. Hergestellt aus boviner Achillessehne, einer der reinsten Quellen für Typ I Kollagen, erfolgt die Resorption erst nach 26 bis 38 Wochen und beugt somit für einen langen Zeitraum dem Durchdringen von Bakterien und Epithelzellen in den behandelten Defekt vor. Gleichzeitig sorgt die innovative Faserausrichtung für eine hohe Reißfestigkeit, auch bei der Befestigung durch Nähte oder Pins/Tacks. Cytoplast-Membranen sind zudem mit NanoBone kombinierbar. ■

Weitere Informationen:  
[www.meisinger.de](http://www.meisinger.de)



Titanverstärkte sPTFE-Membranen für den universellen Einsatz bei Defekten mit bis zu drei fehlenden Knochenwänden.



Hexagonale Vertiefungen vergrößern die Oberfläche der dPTFE-Membranen



Flexibel und dennoch reißfest: Cytoplast RTM-Membranen



Straumann führt mit Emdogain ein biologisches Material zur Förderung der Wundheilung ein

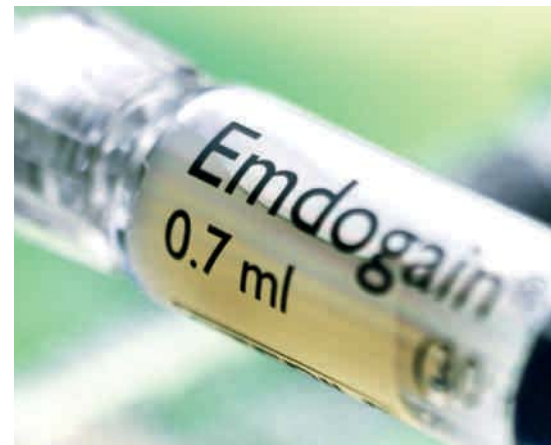
# Neue Indikation bei Wundheilung

**Straumann gibt die Einführung einer neuen Indikation für Emdogain bei der Weichgewebeheilung nach oralchirurgischen Eingriffen sowie allgemeinen dentalen Implantationsverfahren bekannt. Eine verbesserte Wundheilung birgt verschiedene Vorteile, darunter ein geringeres Risiko für postoperative Komplikationen und Schmerzen, Schwellungen und Beschwerden sowie verbesserte ästhetische Ergebnisse und größere Patientenzufriedenheit. Straumann führt damit als erstes Unternehmen im Bereich Zahnersatz ein biologisches Material ein, das die Wundheilung nach implantologischen Eingriffen generell fördert.**

Straumann Emdogain wurde in den vergangenen 20 Jahren zur Behandlung von mehr als zwei Millionen Patienten verwendet und ist mittlerweile zu einem Goldstandard für die parodontale Regeneration geworden.

Seit seiner Entdeckung bestätigen Forscher, dass die Proteine in den Schmelzmatrixderivaten eine umfassende biologische Funktion wahrnehmen, darunter das Stimulieren und Modulieren der Wundheilung. Bis heute wurde die Wirkung auf die Wundheilung in rund 150 wissenschaftlichen Publikationen und Reviews beschrieben. Die Forschung hat Schmelzmatrixderivate zur Behandlung schwer heilender Wunden, beispielsweise diabetische Fußgeschwüre, etabliert und dabei gute klinische Ergebnisse dokumentiert. Jüngste wissenschaftliche Publikationen [1,2,3] zeigen das Potenzial

von Straumann Emdogain, eine raschere Reepithelisierung, einen früheren Wundverschluss, ein schnelleres Abklingen der Entzündung und eine raschere und vermehrte Neubildung von Blutgefäßen anzuregen. Ergebnisse einer internationalen, in den USA, Deutschland und Italien erfolgten Umfrage mit 112 Teilnehmern zeigten die guten klinischen Resultate bezüglich der Qualität der Wundheilung bei oralem Weichgewebe. Die Umfrageergebnisse waren erstaunlich einheitlich: Rund 85 Prozent der Anwender von Emdogain bestätigten, dass das Produkt die Wundheilung im Weichgewebe verbessert. Straumann wird nun gemeinsam mit Experten aus der klinischen Praxis daran arbeiten, das Produkt bei wichtigen Indikationen zu etablieren, beispielsweise den Einsatz von Emdogain zur Unterstützung und Verbesserung der Behandlung mit dem neuen Straumann Bone Level



Tapered-Implantat oder bei ästhetischen Eingriffen und Sofortversorgungen mit der Pro Arch-Lösung. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.straumann.com](http://www.straumann.com)



- [1] A Proline-Rich Peptide Mimic Effects of EMD in Rat Oral Mucosal Incisional Wound Healing. Villa O, Wohlfahrt JC, Mdlá I, Petzold C, Reseland JE, Snead ML, Lyngstadaas SP. J Periodontol. 2015 Dec;86(12):1386-95.
- [2] Some effects of enamel matrix proteins on wound healing in the dento-gingival region. Wennström JL, Lindhe J. J Clin Periodontol. 2002 Jan;29(1):9-14.
- [3] Microvessel Density Evaluation of the Effect of Enamel Matrix Derivative on Soft Tissue After Implant Placement: A Preliminary Study. Guimarães GF, de Araújo VC, Nery JC, Peruzzo DC, Soares AB. Int J Periodontics Restorative Dent. 2015 Sep-Oct;35(5):733-8.

Peter-Hansen Volkmann, Arzt für Naturheilkunde, über prä- und perioperative hoT-Substitution zur Optimierung von OP-Ergebnissen

# Du bist, was Du isst!

**Entzündungen und zügiger Wundheilung liegen pathophysiologisch hochspezifische enzymatische Umbauprozesse und hormonelle Synthesen zugrunde. Sie dienen dem Abbau infektiösen post-operativen Zelldetritus sowie dem Aufbau neuer mechanisch und immunologisch belastbarer Gewebestrukturen. Der Operateur kann operativ sanieren – heilen muss der Körper selbst.**

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund weltweiter Studien erscheint eine Hochdosistherapie mit hypoallergenen Orthomolekularia, das heißt mit reinen Vitaminen, Spurenelementen und so weiter, heute dringend erforderlich. Je nach Patientengut und Situs können dadurch bis zu 80 Prozent der bisher verabreichten Antibiotika eingespart werden.

Zur Optimierung der Wundheilung (siehe Abb. 1) empfiehlt sich eine perioperative Substitution von Reinstoffpräparaten nach Linus Pauling, die als hypoallergene orthomolekulare Therapie (hoT) für Praxen und Patienten zur Verfügung stehen. In der 2011 mit dem CAM-Award ausgezeichneten aMMP-8-Studie<sup>1</sup> an schwersten, therapie-refraktären Parodontitis-Fällen konnte dieser Therapieansatz sein hohes Sanierungspotenzial eindrucksvoll unter Beweis stellen. Neben guter OP-Technik ist die Basis schneller, komplikationsloser Wundheilung die unten aufgeführte Medikation. Patienten können die Wundheilung weiter unterstützen, indem

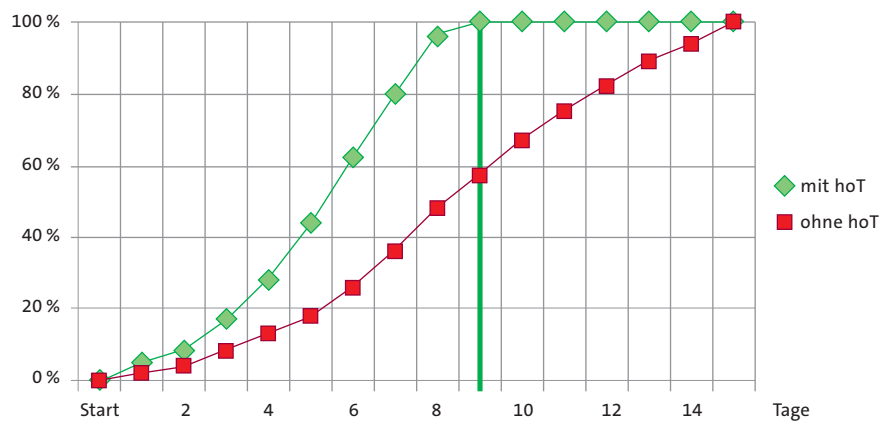


Abb. 1 Heilungsdauer von Hautschnitten an der Ratte

die Ernährung auf frische Lebensmittel umgestellt wird, Rauchen respektive Alkoholabusus reduziert und die Einstellung eines Diabetes mellitus optimiert wird. Die Trinkmenge reinen Wassers sollte bei gesunden Patienten mindestens zwei Liter täglich betragen. Multimorbide mit mehr als vier verschiedenen Medikamenten können nach Rücksprache mit

einem hoT-Therapeuten gegebenenfalls einschleichend analog behandelt werden. Dieser prophylaktische Therapieansatz reduziert mögliche postoperative Schwellungen, Wundschmerzen und Wundheilungsstörungen signifikant. ■

#### Weitere Informationen:

[www.naturheilkunde-volkmann.de](http://www.naturheilkunde-volkmann.de)

Präparat	2 Wochen vor OP	3 Tage vor OP	5 Tage nach OP	weiterhin	Dosierungshinweis
ADEK	3 x 1 zu Beginn der Mahlzeit	3 x 2 zu Beginn der Mahlzeit	3 x 2 zu Beginn der Mahlzeit	3 x 1 zu Beginn der Mahlzeit	Die Angaben beziehen sich auf hoT-Präparate der hypo-A GmbH  <a href="http://shop.hypo-a.de">shop.hypo-a.de</a>
Vit. B-Kompl pl.	3 x 1 zur Mahlzeit	3 x 2 zur Mahlzeit	3 x 2 zur Mahlzeit	3 x 1 zur Mahlzeit	
Spurenelemente	3 x 1 zur Mahlzeit	3 x 2 zur Mahlzeit	3 x 2 zur Mahlzeit	3 x 1 zur Mahlzeit	
Magnesium-Calcium	3 x 1 nach der Mahlzeit	3 x 2 nach der Mahlzeit	3 x 2 nach der Mahlzeit	3 x 1-2 nach der Mahlzeit	

<sup>1</sup> [http://www.orthomolekularia.info/fileadmin/user\\_upload/infopdfs/aMMP8\\_Parodontitis-Studie\\_2011\\_02\\_CAM\\_Award.pdf](http://www.orthomolekularia.info/fileadmin/user_upload/infopdfs/aMMP8_Parodontitis-Studie_2011_02_CAM_Award.pdf)

Geistlich

# Bio-Gide Shape

**Geistlich Bio-Gide Shape ist die neue, vorgeformte Membran zum Kieferkammerhalt bei defekter Knochenwand. Damit lanciert Geistlich eine neue Kollagenmembran, die durch ihre spezielle Form auf die Anforderungen einer Ridge Preservation ohne Aufklappung zugeschnitten ist.**

Die Bio-Gide Shape nimmt Feuchtigkeit langsamer auf als die „klassische“ Geistlich Bio-Gide. Dadurch steht dem Zahnarzt mehr Zeit für die exakte Positionierung der Membran zur Verfügung. Die nach apikal verjüngte Lasche kann von innen an die bukkale Knochenwand der Alveole angelegt und die Alveole beispielsweise mit Bio-Oss Collagen aufgefüllt

werden. Danach wird die Membran über das Augmentat geklappt, die drei kleinen Flügel bequem unter das unterminierte Weichgewebe eingeschoben und durch eine Kreuznaht im umgebenden Weichgewebe fixiert. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.geistlich.de](http://www.geistlich.de)



Demed produziert anwenderorientierte Gerätewagen mit langer Lebensdauer

## Zeitlos und anwenderorientiert

**Hochwertige, schöne Gerätewagen aus Stahl für eine sehr lange Lebensdauer und anwenderorientiertes Zubehör aus edlen Materialien zu einem fairen Preis. So lautet das Leitmotiv für die Produkte des Gerätewagenherstellers Demed. Der Fokus liegt im praktischen, mobilen und funktionellen Design. Die Gerätewagen sollen unabhängig von der vorhandenen Praxiseinrichtung optimal integrierbar sein und gleichzeitig Platz für viele Anwendungsmöglichkeiten bieten. Alle Serien sind vom Design aufeinander abgestimmt und können auch noch nach Jahren nachbestellt oder erweitert werden.**

In der firmeneigenen Produktion in Waiblingen geht Demed auf nahezu alle Kundenwünsche zur Gestaltung des individuell perfekten Gerätewagens ein. Mit unterschiedlichen Serientypen bieten Demed für nahezu alle Einsätze im

Praxisalltag verschiedene Gerätewagen und Instrumententische sowie passendes Zubehör an.

Die Gerätewagen der E- und D-Serien sorgen für die optimale Anwendung im

Bereich Endodontie und Chirurgie. Die vorhandenen Geräte der Praxis können sofort ohne Auf- und Abbau in den Behandlungsräumen positioniert und eingesetzt werden. Mit der P-Serie sind alle Abformmaterialien sowie Mischgeräte am Patienten einsatzbereit und sorgen so für einen optimalen Ablauf. Die flexiblen Stauraumwunder der S-Serie bringen alle notwendigen Materialien in verschiedenen, staubgeschützten Schubladen – die für den Kunden aus fünf verschiedenen Höhen sowie zwei Breiten bestimmt werden können – perfekt unter. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.demed-online.de](http://www.demed-online.de)





mectron erweitert die Indikationsvielfalt von Piezosurgery

## Neue Instrumente für die Knochenchirurgie

**Realisiert in Zusammenarbeit mit Prof. Leonardo Trombelli von der Universität Ferrara präsentiert mectron ein Set aus fünf neuen Piezosurgery-Instrumenten, die speziell auf die Verfahren der Osteotomie und Osteoplastik im Bereich der resektiven, parodontalen Knochenchirurgie abgestimmt sind.**

Die Kombination verschiedener Instrumente mit spezifischen Formen, Dimensionen und Größen, ermöglicht eine kontrollierte Remodellierung des Knochenprofils und reduziert dabei das Risiko von Beschädigungen an dentalen oder anderen erhaltenswerten anatomischen Strukturen auf ein Minimum. Die kugelförmigen, mit einer groben Diamantierung (D150) ausgestatteten Instrumente (OT13 und OT14) erlauben ein sicheres Arbeiten im Bereich der vestibulären und lingualen Kortikalis, um Knochenverdichtungen zu reduzieren. Sie erleichtern die Verfahren der Knochenchirurgie in leicht zugänglichen Bereichen. Die feilenförmigen Instrumente (OP8 und OP9) erlauben dank des pyramidenförmigen Kreuzrasters eine effiziente Remodellierung des Knochens auf interproximaler



und interradikulärer Ebene. Die beiden glatten Seiten schützen dabei die Wurzeloberflächen.

Das lanzenförmige Instrument OP5A ermöglicht es, dank seiner im Vergleich zum bekannten OP5 größeren Diamantierung (D90), das Profil des interproximalen

Knochenkamms effizient zu harmonisieren, kann aber auch für die Tunnelierung oder Nachbearbeitung von Präparationsrändern eingesetzt werden.

Die Präzision und die geringe Invasivität durch Piezosurgery machen die Instrumente zu einem sehr guten Hilfsmittel sowohl für Einsteiger als auch erfahrene Chirurgen. Größter Nutzen der Instrumente ergibt sich während der kritischen Phase der Knochenmodellierung im Rahmen der Parodontalchirurgie. Die fünf neuen Instrumente für die resektive parodontale Knochenchirurgie werden sowohl einzeln als auch als resective perio kit im Set angeboten. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.mectron.de](http://www.mectron.de)

Geistlich

## Geistlich Alveolen-Kit

**Geistlich Mucograft Seal ist eine 3D-Matrix und mit einem Durchmesser von acht Millimetern speziell für die Weichgeweberegeneration nach der Zahnextraktion entwickelt worden.**

Damit es stabil im Weichgewebeniveau bleibt, benötigt Geistlich Mucograft Seal Unterstützung durch ein Knochenersatzmaterial. Da sich hier Geistlich Bio-Oss Collagen bewährt hat, ist die Kombination dieser beiden Materialien eine geeignete Methode, um gerade im



ästhetischen Bereich das Weich- und Hartgewebe als gute Ausgangsbasis für weitere Therapieschritte zu erhalten. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.geistlich.de](http://www.geistlich.de)



# People have Priority



Alles Gute zum 20-jährigen Jubiläum  
und vielen Dank für die gute Zusammenarbeit.

MIS-Kongress 360° Implantologie holt Implantologen nach Barcelona

# Alles dreht sich um Innovationen

**Sie können es einfach. Selbst die Begleitmaterialien im Kongressrucksack der 3. MIS Global Conference waren von ganz ausgezeichneter Qualität und etwas Besonderes: Besonders stylisch, drucktechnisch mit vielen haptischen Elementen veredelt zeigt sich auch das neue V3-Implantat, das MIS mit allen seinen Elementen und seiner Wirkung fühlbar erlebbar darstellten. MIS zündete in Barcelona ein Feuerwerk, nicht allein am Himmel des Eröffnungs-Dinners mitten im Stadionrund des FC Barcelona, sondern auch im Bereich innovativer Konzepte in der dentalen Implantologie und Prothetik.**

„Bei dieser Konferenz dreht sich alles um Innovation“, begrüßte *Doron Peretz*, Senior Vice President Marketing & Product Development von MIS, die Teilnehmer, untermalt von einer Filmsequenz in der beeindruckenden Landschaft Islands, die ohne viele Worte zeigte, wie sehr die genaue Beobachtung und Beachtung der Natur und ihrer Wirkungsweisen die Gestaltung technischer Erfindungen und naturgerechter Performance beeinflussen kann. Das Wissenschaftliche Komitee, bestehend aus *Prof. Mariano Sanz* aus Spanien, *Dr. Eric van Dooren* aus Belgien und den *Profes. Lior Shapira* und *Nitzan Bichacho* aus Israel, hatte ein dichtes Programm voller spannender und innovativer Themen zusammengestellt, zu dem der Wissenschaftliche Leiter Sanz die mehr als 2500 Teilnehmer sichtlich stolz begrüßte. „Neugier kultivieren, wissenschaftlich denken, und stets kreativ sein“ sei das Motto von *Leonardo da Vinci* gewesen; und ebendiese Denkweisen fände er auch bei MIS, so *Prof. Lior Shapira*, der den Fach-

teil mit seinem Vortrag zum V-Concept eröffnete, einem digitalen Konzept, das die dentale Implantologie in neue Dimensionen tragen werde. MIS sei gleichzeitig seinem Motto „make it simple“ treu geblieben und hielt die Dinge einfach.

*Dr. Mirela Feraru-Bichacho* und *Prof. Nitzan Bichacho* präsentierten einige sehr ansprechende Fallbeobachtungen mit deutlichem Gewinn an Knochen- und Weichgewebsvolumen. Überzeugend am V-Concept sei die absolute Planbarkeit herausragender ästhetischer Ergebnisse auch bei durchaus komplexen Rehabilitationen. „Ich arbeite in seiner Klinik“, stellte *Prof. Mariano Sanz* seinen Sohn *Dr. Ignacio Sanz Martin* vor, der bereits auf eine lange erfolgreiche Forschungstätigkeit zurückblickt. Entsprechend präsentierten sie randomisierte histologische und volumetrische Tierstudien des V3-Implantatdesigns im Vergleich mit einem konventionellen runden Design, die deutlich ergaben, dass mit dem neuen dreieckigen koronalen De-

sign sowohl bei Sofortversorgung als auch bei verzögerten Implantationen messbar und signifikant schnellere und qualitativ verbesserte Knochenanlagerungen, vor allem ein deutlich geringerer Verlust an vertikaler Höhe und signifikant dickere koronal-bukkale Knochenwand erzielt werden konnten sowie ein deutlich verbesserter Weichgewebserhalt und Erhalt der biologischen Breite. „Natürlich interessiert uns vor allem der bukkal-linguale Aspekt“, schloss *Mariano Sanz*, aber die Mikro-CT-Volumetrik-Messungen von *Ignacio Sanz Martin* zeigten, getreu dem Kongressmotto, eine 360° rund um das Implantat verbesserte Knochenanlagerung.

Den Vormittag beschlossen *Prof. Carlo Marinello*, Schweiz, und *Dr. Yuval Jacoby*, Israel, mit Entscheidungskriterien zur idealen Implantatposition und detaillierten Ausführungen zum V3-System. Der Nachmittag unter der wissenschaftlichen Leitung von *Prof. Eli Machtei* unterstand dem aktuellen Wissensstand zum Knochen-



Regional Manager Alex Raychuk, Deutschland-Geschäftsführer Michael Wierz, Christian Hebbecke, Manager MCenter Europe, und Franz Maier, Berater der Geschäftsführung (v.li.)



Produktmanager Elad Ginat, CEO Idan Kleifeld und Doron Peretz, Manager Sales & Product Development (v.li.)





*Innovation trifft Ästhetik: Auch Dalí gab sich die Ehre!  
Das neue V3-Implantat*

*Auf geheiligtem Rasen: Opening  
Dinner im Stadion des FC Barcelona*

Remodeling um Implantate. Prof. France Lambert aus Belgien zeigte in ihrem sehr lebendigen Vortrag einen integrativen Ansatz zur Einzelzahnversorgung im posterioren Bereich einschließlich digitaler Vorgehensweise, gegen die sich im Split-Bildschirm dargestellte konventionelle Vorgehensweise skurril altmodisch ausnahm. Dres. Eric van Dooren, Belgien, und Nuno Sousa Dias aus Portugal kombinierten in ihrem Vortrag eine KFO-Behandlung mit einer Eruption des Frontzahns und einer Implantatversorgung zur Verbesserung einer wachstumsbedingt kompromittierten Frontästhetik. Erneut mit dem V3-Implantat und dessen vielseitigem Einsatz im funktionalen ebenso wie im ästhetischen Bereich beschäftigten sich Prof. Stefan Koubi und Hilal Kuday aus Frankreich. Der erste Kongresstag endete mit Prof. Mithridade Davarpanah aus Frankreich, Dres. Tommie van de Velde und Alexander Declerck aus Belgien und Dr. Anas Aloum aus den Vereinigten Arabischen Emiraten und den Themen Sofortbelastung beim unbezahnnten Patienten, dem aktuellen Stand der Guided Surgery und der Bedeutung sorgfältiger präoperativer Planung.

Auch der nächste Tag hielt wieder drei spannende Themen bereit, darunter die neuartige B+-Oberfläche. Mit B+ erhält das Implantat über eine biologisch beständige, mono-molekulare Beschichtung aus Multiphosphonaten eine weitestgehend knochenähnliche Oberfläche, mit der sich der BIC dramatisch verbessere,

wie histologische, biochemische und klinische Präsentationen von Dr. Björn-Owe Aronsson, Schweiz, Prof. Marco Esposito aus Italien sowie Dr. Ilan Kallei aus Israel, zeigten. Anschließend legten Prof. Moshe Goldstein, Israel, Dr. Arndt Happe, Deutschland, Dr. Stavros Pelekanos, Griechenland, und Prof. Federico Hernández-Alfaro, Spanien, den Fokus auf klinische Kontroversen in der aktuellen Implantologie und behandelten wichtige Themen wie den Einsatz von Implantaten bei ästhetisch schwierigen Verhältnissen oder die Rolle der zahnärztlichen Prothetik beim Erhalt von Weich- und Hartgewebe rund um Implantate.

MIS habe sich, so Deutschland-Geschäftsführer Michael Wierz, in allen Teilen der Welt umgehört, was Zahnärzte vom Einsatz der effizienten Guided Surgery abhielte und die beiden genannten Hauptgründe bei der Entwicklung des MGUIDE-Konzepts vermieden: Zeitmangel für die Planung löst MIS mit seinem speziellen Planungsservice in den MCentern, und die für viele Zahnärzte störende mangelnde Sicht auf das Blickfeld löse die offene Schablonengestaltung. Prof. Guillermo Pradies Ramiro, Spanien, Prof. Galip Gürel aus der Türkei, Ztm. Vincent Fehmer aus der Schweiz und Dr. Christian Coachman aus Brasilien zeigten in spannenden Vorträgen den State-of-the-Art heutiger digitaler Behandlungsplanungen und -abläufe von der Planungsübertragung bis hin zum geschlossenen digitalen Workflow. Für Begeisterung

sorgte auch das in Barcelona erstmalig vorgestellte neue Knochenersatzmaterial 4Matrix, das die guten biologischen Eigenschaften des resorbierbaren Kalziumphosphats mit der raumerhaltenden und mechanischen Stabilität des Hydroxylapatits verbindet. Einen letzten Knaller zündete MIS mit dem Abschlussvortrag durch Prof. Nardi Casap aus Israel, der sich mit der komplexen Problematik der vertikalen Knochenerhöhung zur Aussage vorwagte, statt von Knochenaugmentati-on werde man künftig zu Recht von Knochenwachstum reden können.

Im Vorkongress hatten die Teilnehmer Gelegenheit zu praktischen Übungen in Workshops. Parallel konnten in einer begehrten „Young Clinicians Session“ und in einer „Master Clinician Session“ Zahnärzte eigene spannende Fälle vorstellen. Nach der beeindruckenden Global Conference des mittlerweile fünftgrößten Implantatherstellers weltweit in Cannes vor zwei Jahren war die Frage berechtigt, ob das Niveau aus dichtem wissenschaftlichen Inhalt, praktischen Lernerfolgen und emotional außergewöhnlich ansprechendem Rahmenprogramm noch steigerungsfähig sei. Nach Barcelona, das mit einer Tanzparty im Opium Club als einer der angesagtesten Locations seinen Abschluss fand, traut man MIS zu, treue Anhänger ebenso wie neue Interessenten in zwei Jahren wieder in neue Höhen mitzunehmen. ■



Osteology Symposium holt dentale Welt nach Monaco

## Im besten Licht

**Allein der Weg von den meist fußläufig entfernten Hotels zum Grimaldi Forum und der phantastische Blick von dort über die Bucht von Monte Carlo machen das alle drei Jahre stattfindende Internationale Osteology Symposium stets zu etwas ganz Besonderem. Bereits unterwegs treffen sich Freunde und Bekannte und stellen einander neue Gesichter vor – beim weltweit führenden Familientreffen im regenerativen Bereich mit diesmal mehr als 2300 Teilnehmern aus 65 Nationen werden neueste Techniken und Methoden vorgestellt, künftige Forschungen angeschoben und auf sehr vertrauter Ebene Erfahrungen ausgetauscht. Von Monaco ging dieses Mal mit der Öffnung der Online-Plattform „The Box“ auch ein innovatives neues Tool zum weltweiten Netzwerken im Bereich der Regeneration aus.**

Das Osteology Monaco 2016 unterstand dem Verständnis des „Das Warum und Wie in der regenerativen Therapie“, dem Kliniker sich in der täglichen Praxis ausgesetzt sehen. Warum sind bestimmte Abläufe notwendig? Warum entstehen Komplikationen? Warum sind Ergebnisse manchmal so schwierig vorhersagbar? Welche regenerativen Erhaltungsansätze sind trotz widrigster Umstände sinnvoll? Warum ist Ästhetik so wichtig? Wie optimiere ich die Weichgewebsheilung? Wie gehe ich mit Komplikationen um? Wie erreiche ich langzeitstabile Ergebnisse? Die Antworten auf all diese Fragen bot ein durchdachtes, breitgefächertes Angebot aus Vorträgen in zwei klinischen Foren, Master Clinician Courses, theoretischen Workshops, interaktiven wissenschaftlichen Forschungsforen, praktischen Workshops und beeindruckenden

Posterpräsentationen unter der Leitung von international führenden Referenten. Die Osteology Foundation rief in Monaco anlässlich ihrer Themenblöcke das Who's Who universitärer Wissenschaft und Forschung und des niedergelassenen Klinikbereichs zusammen.

Die Workshops und Hands-On-Kurse des Vorkongresses waren durchweg gut besucht bis total überfüllt, vor allem die praktischen Übungen fanden wie immer großen Anklang. Aber auch die theoretischen Workshops erfreuten sich großer Besucherzahlen. Dabei ging es neben verschiedenen fachspezifischen Themen auch im Sinne der Osteology um für die Forschung relevanten wissenschaftlichen Protokolle, Hilfestellungen zur durchgängig richtigen Dokumentation von Forschungsansätzen sowie um

die Handhabung und Interferenzen der dafür notwendigen Chemikalien, Biomaterialien und Analysegeräten. Die Eröffnung am ersten Kongresstag seitens des Osteology Präsidenten *Prof. Mariano Sanz*, Spanien, und den beiden wissenschaftlichen Kongress-Vorsitzenden *Prof. Friedrich Neukam*, Deutschland, und *Prof. Myron Nevins* aus den USA wurde ergänzt durch den phantastischen Gastvortrag des Pariser Oralchirurgen, Photographen und Autoren *Dr. Joe Bunni*, dessen unter der Schirmherrschaft der UNESCO publiziertes Werk „+/- 5 m: Man's future, the sea“ mit spektakulären Bildern an die Verantwortung des Menschen für den Lebensraum der Meere und die auch für die Landlebewesen letztlich verheerenden Folgen ökologischen Missbrauchs gemahnte. Der erste Vortragsblock zu den Themen „Implantologischer Lang- ▶

## Was ist ein Reuleaux [röh-lo]?



Die optimale Aufnahme­fläche für minimale Effektivdosis – jetzt mit weiteren frei wählbaren Aufnahmebereichen

Ein Reuleaux-Dreieck ist das optimale Format für die Abbildung des gesamten Kiefers bis hin zu den Kieferbögen. Mit Veraviewepocs 3D R100 können Sie genau den Bereich abbilden, der für Ihre Behandlung relevant ist und ersparen Ihren Patienten unnötige Strahlenbelastung. Zusätzlich gleicht die Funktion „Image Layer Adjustment“ innerhalb der Panoramaaufnahmen Positionsänderungen von bis zu 2 cm aus und vermeidet so Mehrfachaufnahmen aufgrund von Anomalien oder Fehlpositionierungen. Das Ergebnis: hochpräzise Darstellungen bei minimaler Effektivdosis. Erfahren Sie mehr über das Reuleaux-Format und jetzt insgesamt acht frei wählbare Aufnahmebereiche unter [www.morita.com/europe](http://www.morita.com/europe).



### Neu: i-Dixel Web Software

Jetzt Röntgen-  
aufnahmen online  
auswerten, wo und  
wann Sie wollen.





Moderator Prof. Dr. William V. Giannobile mit den Referenten des ersten Blocks des Clinical Forum 1: Prof. Dr. Massimo Simion, Prof. Dr. Daniel Buser und Prof. Dr. Stephen T. Chen (v.li.)



„The Box“ mal ganz real, die rege Frequenzierung spricht für sich.

zeiterfolg im regenerierten Knochen“, „Klinischen Optionen für die posteriore Maxilla“ und eine interaktive Diskussion zur „Entscheidungsfindung nach der Extraktion“ behandelte dringliche Fragestellungen aus der täglichen Praxis und untermauerte einmal mehr den Anspruch des Osteology Symposiums, Wissenschaft und Praxis zu verbinden. Das Parallelforum widmete sich hervorsagbaren Langzeiterfolgen, Behandlungsoptionen zur Verbesserung der Ästhetik und – immer von besonderer Anziehung – dem Komplikationsmanagement bei Implantatpatienten.

Als Gewinner der umfangreichen, 161 Arbeiten umfassenden Posterausstellung wurden aus dem Bereich Grundlagenforschung die Veröffentlichung von *Fabian Duttonhofer* (Deutschland) und aus der klinischen Forschung die Arbeit von *Ernest Rojo* (Spanien) mit dem ersten Preis gekürt. Der Symposiums-Samstag bot die besonders spannenden Themen „GBR – was gibt es Neues?“, „Periimplantitis – wie entsteht sie und wie behandeln wir sie?“ und erneut im Rahmen einer interaktiven Diskussion die Behandlungsansätze bei gravierenden Zahnfleischrezessionen. Die 2003 gegründete Osteology Stiftung sieht einen ihrer Schwerpunkte in der Bereitstellung von Mitteln für Forschung, wie der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Komitees, Prof. William Giannobile aus

den USA, in einer Pressekonferenz erläuterte. Seit Gründung wurden bereits 67 Forschungsprojekte finanziert, die teilweise zu bedeutsamen Ergebnissen und Publikationen geführt haben. Das 2015 gestartete Research-Scholarship-Programm hat bisher acht Stipendien vergeben, bei denen die Stipendiaten jeweils ein Jahr an einem der Osteology-Research-Zentren in Ann Arbor, Bern, Düsseldorf, Göteborg, Madrid, Wien oder Zürich verbringen dürfen. Prof. Mariano Sanz nannte die internationale Expansion der Stiftung als eines der vordringlichen Ziele, das man bereits über zahlreiche Kooperationen mit Universitäten, Fachgesellschaften und anderen professionellen Organisationen angestoßen habe. Aus diesem Gedanken heraus entstand mit The Box auch ein neues, von Projektleiter Prof. Hector Rios aus den USA vorgestelltes Online-Tool, das, so Rios „der Ort sein soll, den man aufsucht, wenn man sich im Bereich der oralen Regeneration informieren will.“ Über ein Tool namens Case Box können Zahnärzte klinische Fälle zur Regeneration dokumentieren und analysieren, in einem Netzwerk teilen, mit Kollegen diskutieren oder auch privat in die eigenen Dokumentationen einarbeiten. Junge und noch wenig erfahrene Wissenschaftler führt ein „Research Wizard“ Schritt für Schritt durch die Erstellung eines Forschungsprojekts und verlinkt mit relevanten Ressourcen. Daneben werden

die Live-Symposien der Stiftung sowohl während als auch nach der Veranstaltung abgebildet, was bereits von vielen Teilnehmern genutzt wurde, um die Abstracts zu durchsuchen und die Posterausstellung online anzusehen. Auch Fragen an Referenten und Experten konnten über The Box bereits während der Veranstaltung gestellt werden. Die Tatsache, dass The Box völlig kostenlos ist, wird vor allem in vielen Regionen mit schwacher Infrastruktur und entsprechend schwierigem Zugang zu gedruckten Informationen oder an Fortbildungsveranstaltungen für regen Zuspruch sorgen – da hier demographisch bedingt das Wachstum und damit auch die Herausforderungen der Zukunft liegen, ist die Osteology Stiftung damit auf einem guten Weg. Auf [www.osteology.org](http://www.osteology.org) kann jeder Interessent sich für The Box registrieren. Auch wenn es damit künftig möglich sein wird, im virtuellen Raum mit Wissenschaftlern und Klinikern aus der ganzen Welt für einen lebendigen Informationsaustausch zu begegnen, wird nicht zuletzt die legendäre Osteology Night, die auch diesmal die Besucher in der Salle des Etoiles von Monte Carlo in festlichste Stimmung und in die „Roaring Twenties“ versetzte, Grund genug sein, sich für das nächste internationale Osteology Symposium 2019 ganz körperlich auf den Weg zu machen. ■

# 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



Permamental zeigte wichtige Kniffe für die Praxisübergabe und bot eine prothetische Reise durch die Implantologie

# Tipps & Tricks zu Praxisführung- und Übergabe

Mehr als 40 Behandler waren im März 2016 der Einladung von Permamental nach ... gefolgt und empfanden den Abend als „gelungene Fortbildungsveranstaltung“. Interesse bestand bei den Gästen vor allem darin, mit beiden von Modern Dental 3D Solution zur Verfügung gestellten Scannern die Permamental-Mitarbeiterinnen zu scannen und sich von der intuitiven Bedienung zu überzeugen.

„Bei der Praxisübergabe wird häufig viel Geld verschenkt!“ *Dominik Brenneis*, Inhaber der Weinheimer Beratungsfirma consanitas weiß, wovon er spricht. Seit fast 15 Jahren berät er Zahnärzte bei der Praxisgründung, -führung und -übergabe. Insbesondere die strategische Vorbereitung der Praxisabgabe liegt ihm am Herzen.

Für viele Praxen wird es schwierig, überhaupt einen Käufer zu finden. Normalerweise soll eine Praxis nicht einfach nur verkauft werden. Es soll auch ein guter Preis erzielt werden. Dabei spielt es eine wichtige Rolle, mit der Planung rechtzeitig zu beginnen, alte Behandlungseinheiten eventuell noch zu modernisieren, zu überlegen, wann und ob eine Renovierung der Praxisräume sinnvoll ist und wie ein geeigneter Nachfolger gefunden wird.



Während der Veranstaltung durften die Teilnehmer den Scanner ausgiebigst selbst testen.

Im zweiten Teil der inzwischen gut etablierten Inhouse-Veranstaltungsreihe von Permamental referierte *Thomas Pogrzeba* über wichtige und nützliche Details in

der Implantatversorgung. Der gelernte Zahntechniker und erfahrene Camlog-Mitarbeiter stellte in einem umfassenden Überblick interessante Feinheiten der implantologischen Prothetik vor. Ein Schwerpunkt lag dabei auf den Möglichkeiten moderner CAD/CAM-Fertigung und der Integration der Guided Surgery in den Praxisalltag. Anschließend demonstrierte Permamentals IOS Produkt-Spezialist *Jens van Laak*, wie durch das puderfreie Scannen mit dem 3Shape-Trios-Scanner nicht nur Zeit gespart werden kann, sondern auch prothetische Standards etabliert werden können, die für Praxis und Patient vorteilhaft sind. Schon jetzt ist der komplett digitale Workflow für monolithische Versorgungen möglich. ■



Thomas Pogrzeba im Gespräch mit Klaus Spitznagel, Geschäftsführer der Permamental

Weiter Informationen:  
[www.permamental.de](http://www.permamental.de)



over  
**10** years  
of Long  
term  
data

*SuperLine*



## 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.

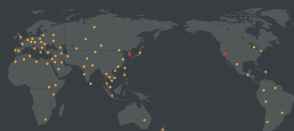
### *Größerer Knochen-zu-Implantat Kontakt*

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.

**Dentium**  
For Dentists By Dentists



#### **Kontakt**

ICT Europe GmbH  
Frankfurter Str. 63-69  
65760 Eschborn

Tel : +49-(0)6196-954820  
[www.dentium.com](http://www.dentium.com)  
[eu@dentium.com](mailto:eu@dentium.com)

TRI reist mit World Tour um die Welt

# Dem Patienten verpflichtet

**Das dynamische, inhabergeführte Unternehmen TRI Dental Implants beschloss, die IDS- Pause zu nutzen, um direkt zu seinen weltweiten Kunden zu gehen: In einer World Tour mit Veranstaltungen rund um den Globus brachte TRI renommierte internationale Referenten wie unter anderem Prof. Hom-Lay Wang aus den USA, Dr. Marius Steigmann aus Deutschland, Prof. Ali Tahmaseb aus den Niederlanden und Dr. Dan Brener aus Australien zu seinen Kunden in exklusiven Locations von Paris und Amsterdam über Istanbul, Teheran und Moskau bis Mumbai, Sydney und Bogota. In Barcelona, einem der Veranstaltungshighlights auf dem europäischen Kontinent, war Marianne Steinbeck, Projektmanagerin BDIZ EDI konkret, Anfang Mai 2016 dabei.**

Direkt am Stadtstrand von Barcelona liegt das Hotel Arts Ritz Carlton – allein der Weg zum Veranstaltungssaal war mit wertvollen Kunstwerken aus aller Welt gesäumt. Ein ähnliches Kunstwerk in Zeiten zunehmender Firmenkonzentration und Globalisierung ist TRI Dental Implants mit Gründer, CEO und langjährigem Implantologie-Insider *Tobias Richter*, das Unternehmen, das seit Jahren mit großer Innovationskraft und unkonventionellem Denken im Markt auffällt. „Mit unserer globalen Eventreihe wollen wir für unsere Kunden in 35 Märkten einmal mehr persönlich erlebbar werden“, so *Richter*, „zusätzlich zu fachlichen Vorträgen von Referenten, die unsere Kunden in ihren Heimatländern nicht so oft zu sehen bekommen, werden wir auch mit Produktneuheiten für Begeisterung sorgen.“ Für ein intensives Erlebnis war die Teilnehmerzahl bei allen Veranstaltungen limitiert, sodass die attraktiven Veranstaltungen weit im Vorfeld bereits ausgebucht waren.

„Wir sollten nicht vergessen, wie privilegiert wir uns fühlen können, Dinge entwickeln zu dürfen, die dem Zahnarzt und – das wird in unserer Branche inzwischen manchmal vergessen – vor allem dem Patienten helfen“, erklärte *Tobias Richter*, „Gleichzeitig bedeutet es eine große Verantwortung und Verpflichtung zu steter Verbesserung und Optimierung unserer Konzepte.“ *Sandro Venanzoni*, Chief Technology Officer, präsentierte neben den bewährten technischen Details des TRI Implantat-Systems eine Studie der Universität Zürich von *Prof. Dr. Ronald Jung*, nach der der gingivafarbene

Implantathals der TRI-Typen eine mit Zirkonoxid vergleichbare ästhetische Wirkung besitzt. „Sie können also beim bewährten Titan bleiben, haben aber die guten ästhetischen Effekte der Keramik.“ Daneben ist bei TRI ab sofort eine völlig neu überarbeitete Chirurgiekassette mit neuen Einbringinstrumenten und für eine bessere Übersicht der Bohrstopps schwarz-weiß designten Bohrern, ohne Silikonmanschetten erhältlich. Das Eindrehwerkzeug mit einem federgelagerten Rubin in der Spitze sorgt für eine sichere Klick-Retention des Implantats und kann entsprechen einfach und ohne Kraftaufwand wieder vom Implantat entfernt werden. Am meisten beachtet wurde das neue Verpackungs- und Handlingskonzept mit dem TRI Pod, das dem Behandler die Möglichkeit bietet, das Implantat mit

einem Schritt direkt aus der Verpackung zu lösen. Damit bleibt die höchste Reinheit der innovativen SBA- Oberfläche gewährleistet. „To touch it is to love it“ – neben der medizinischen Innovation dürfte auch der Patient auf diese betont wertige Darreichung im Stil eines wertvollen Schmuckstücks positiv reagieren – manche Preisdiskussion erübrigt sich durch solch einen Eindruck.

*Marius Steigmann* aus Heidelberg begeisterte mit gewohnt exzellent literaturgestützten und temperamentvoll präsentierten aktuellen Techniken für ein erfolgreiches Weichgewebsmanagement und einem Update der aktuellen Studiensituation, bei der er sich und die Teilnehmer von einigen lange geglaubten Dogmen verabschiedete. Neue Materialien, vor allem aber ein besseres Verständ- ▶



*Sandro Venanzoni, CTO von TRI (li.) und Tobias Richter, CEO von TRI (re.) im Kreise der Referenten*

# QUATTROCONE®

»» Weltneuheit für Köner -  
das neue Implantatkonzept  
von Medentika ««

## QUATTROCONE:

Unsere Antwort auf die gestiegenen chirurgischen Anforderungen  
an die Primärstabilität.

- Konisches Design und ein progressives Mikro-Makro-Gewinde sichern eine **extrem hohe Primärstabilität** – selbst bei ungünstigem Knochenlager.
- Das System ist **bestens geeignet für die Sofortimplantation**. Der verjüngte Implantatapex bietet zusätzliche Optionen bei schmalen Lücken.
- Das Quattrocone30-Implantat – benannt nach seiner im 30°-Winkel abgeschrägten Implantatschulter – stellt eine neue Dimension bei der **Versorgung von zahnlosen oder schräg atrophierten Kiefern** dar.

Willkommen bei Medentika.

Instradent GmbH  
Hammweg 8  
76549 Hügelsheim

[www.instradent.de](http://www.instradent.de)



 **MEDENTIKA®**





Immer ein Highlight: Dr. Marius Steigmann



Das neue Handlingkonzept: TRI Pod



Vorstellung des innovativen Handlingkonzepts mit dem TRI Pod

nis und eine genauere Betrachtung der biologischen Situation und angepasste chirurgische Techniken erlauben inzwischen andere Prozedere zur Vermeidung von beziehungsweise der Augmentations bestehender Knochen- und Weichgewebsdefekte. „Zu 48 Prozent werden periimplantäre Komplikationen durch eine Fehlpositionierung des Implantates bedingt“, mahnte *Steigmann* genaue präoperative Planung und Diagnostik der patientenspezifischen Besonderheiten an. *Dr. Luis Bessa* aus Porto ergänzte den Vormittag passend mit der strategischen Auswahl geeigneter Implantattypen und 3D-Implantatplanung. Auch er rief zu biologischen Denkweisen auf, denen auch das Konzept des pinken Kragens des TRI Implantats folge: „Ihre Patienten interessieren sich nicht für Ihre Chirurgie, sondern vor allem für die Ästhetik.“ *Dr. Achim Sieper* aus Münster hat in fast drei Jahrzehnten bereits 20 000 Implantate inseriert und ließ die Teilnehmer an seinem reichen Erfahrungsschatz teilhaben, hier hinsichtlich aktueller Sinuslift-Techniken, bei denen ihm besonders das Makrodesign der TRI Implantate entgegen käme. *Dr. Torsten Kamm* aus Baden-Baden stellte die Vorteile der Sofortimplantation für die pinke Ästhetik dar. Die solide Bewertung der Ausgangssituation hinsichtlich einer grundsätzlichen Eignung für die sofortige Implantation sei neben der Planung mit moderner 3D-DVT-Diagnostik dabei der wesentliche Erfolgsfaktor. Kamm gab wertvolle Entscheidungshilfen zu Belastungszeitpunkt, Extraktions- und

Augmentationstechniken und zeigte eine Reihe nach diesen Parametern erfolgreich gelöster Fälle. Insbesondere der letzte von ihm vorgestellte, nahezu aussichtslose Fall mit ausgeprägten Rezessionen zeigte nach der Sofortimplantation eine beinahe wundersame Regeneration. Aktuell arbeiten mehrere Zentren an der wissenschaftlichen Untermauerung des zugrundeliegenden, derzeit noch experimentellen Konzepts. *Dr. Marius Steigmann* schloss mit seinen „Goldenen Regeln für die ästhetische Zone“ an. In manchen Situationen bedürfe es keiner Socket Preservation, sondern eine Socket „Transformation“ sei angezeigt, um das Implantat in der prophetisch und für den Gewebeerhalt korrekten Position zu platzieren. Steigmann zeigte einige sehr spektakuläre Fälle mit vertikaler Knochenerhöhung.

Mit dem spannenden Vortrag „Periimplantitis – Diagnostik, Therapie und Prävention“ beschloss *Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets* aus Hamburg auf seine dynamische Weise den dichten Vortragstag. „Sie verschwenden nun eine Stunde Ihres Lebens“, leitete er ein, „denn Sie werden ohne Konzept, ohne Take-Home-Message nach Hause gehen“, und raubte den Zuhörern direkt die Illusion, eine Periimplantitis sei heilbar. Reversibel sei allein die Mukositis, Periimplantitis führe irreversibel zu Knochenverlust um das Implantat. Allein der genaue Pathomechanismus der Periimplantitis sei weitgehend unbekannt und die Entzündungsrate um Implantate sei immer höher als

um natürliche Zähne. Das aktuell mögliche Ziel läge in einem sorgfältigen Knochen- und Weichgewebsmanagement, Vermeiden von Fehlern bei der Implantatpositionierung, einer Individualisierung der Abutments und einer stringenten professionellen Hygiene. *Smeets* gab eine Übersicht der aktuellen Therapieansätze, warnte aber gleichwohl vor allzu hohen Erwartungen an einen völligen Stillstand oder gar eine echte Umkehr einer periimplantären Entzündung. Die bisherigen Studien zur Wiederabdeckung periimplantärer Defekte seien ungebrochen experimenteller Natur.

Wieder einmal zeigte sich der Vorteil kleinerer Veranstaltungen in der Intensität der abschließenden Diskussionen, die über weite Strecken so angeregt und praxisbezogen wie in einem Kurs geführt wurden. Jede der Veranstaltungen wurde von einer Launch Party an einem der angesagten lokalen In-Spots begleitet. In Barcelona feierten im direkt an der Prachtallee Passeig de Gracia gelegenen El Palauet die Teilnehmer über drei in wunderschönem Jugendstil eingerichteten Etagen und einem urigen Kellergewölbe unter dem Motto „Casino Royale“ bis in den frühen Morgen. In produkt- und markentechnischer Hinsicht hatten sie mit TRI in jedem Fall schon einen Gewinner für die tägliche Praxis in der Tasche. ■

# >> freeFLOW - so sollte Workflow sein!

Die Zukunft gehört offenen digitalen Systemen,  
mit denen Sie Ihren praxisspezifischen Workflow herstellerübergreifend abbilden.

**PaX-i3D GREEN**

**Weltklasse  
3D Röntgen**

für die  
Implantologie

>> NEU: GREEN 3.0 Rekon,  
mit wahlweise kurzem,  
strahlungsreduzierten Umlauf  
oder längerem qualitätsmaxi-  
mierenden Aufnahmemodus!

>> Spitzen Pano  
mit MagicPan Option

**7**  
Tage/Woche  
Hotline

Sensor und

**5 Jahre**  
Garantie

Röntgenröhre\*

**offener  
3D/4D  
Workflow**

**NEU!**

**NEU!**

**byzz nxt®**

**byzz nxt® 3D**

**byzz nxt® 3D freeCAD**



NEU: byzz control center!



>> herstellerübergreifende  
Integration aller Bildformate  
auf einer Software-Plattform

>> Matching und Fusionierung von DICOM  
und STL, „echtes“ backward planning,  
inkl. virtueller Anprobe; Export Planungs-  
daten an offene CAD/CAM Systeme

>> einfaches und schnelles Design  
und Produktion von Bohrschablonen,  
Therapieschienen etc., z.B. auf einem  
3D Drucker

EFP ruft zum weltweiten Handeln gegen Parodontalerkrankungen auf

## 25 Jahre EFP

**Die EFP – European Federation of Periodontology – als europäischer Dachverband für Parodontologie begeht 2016 ihr 25-jähriges Bestehen mit dem Aufruf zum weltweiten Handeln gegen parodontale Erkrankungen und eine Verbesserung der parodontalen Gesundheit. Auf einer Pressekonferenz in Frankfurt am Main stellten ihre Vertreter aktuelle Studienergebnisse zum Zusammenhang zwischen Parodontal- und systemischen Erkrankungen vor und kündigten interdisziplinär vernetzte Aktionen an.**

Prof. Søren Jepsen aus Bonn, Präsident der EFP sowie Mediziner und Zahnmediziner, eröffnete die Pressekonferenz direkt mit dem entscheidenden Hinweis, es gehe nicht allein um Zahnfleischrückgang oder -bluten. Schwere Parodontitis sei die sechsthäufigste Krankheit weltweit. Zwischen zehn und zwölf Prozent der Weltbevölkerung leiden darunter. Damit einhergehen nicht nur Zahnverlust, funktionale Störungen und die soziale Isolation des Patienten, sondern eine Vielzahl von Allgemeinerkrankungen, die die ohnehin notorisch angespannten Gesundheitskosten dramatisch in die Höhe treiben. Die Schlüsselbotschaft heute sei: Parodontitis kann erfolgreich vorgebeugt werden und sie ist, wenn rechtzeitig erkannt, ebenso erfolgreich behandelbar. So wurde nun mit dem 12. Mai der „Internationale Tag der Parodontologie“ etabliert. Deshalb hat die EFP der WHO vorgeschlagen neben guter Ernährung, Nichtrauchen, Bewegung und Gewichtskontrolle auch eine gute Mundhygiene

als einen wichtigen Faktor der Allgemeingesundheit zu propagieren.

Der EFP-Vorsitzende des Wissenschaftskomitees, Prof. Iain Chapple aus Birmingham, schloss mit seinem Vortrag über parodontologische Erkrankungen, Volksgesundheit und chronische Erkrankungen an. Schwere Parodontitis steht nachweislich in Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und gemäß einer aktuellen Studie auch Nierenerkrankungen, wobei vielfach Komorbiditäten entstehen, die in der Summe die Lebenserwartung des Patienten deutlich verringern. Über eine erfolgreiche Parodontalbehandlung ließ sich dabei zum Beispiel der Diabeteswert in einem Ausmaß senken, als habe man dem Patienten ein weiteres Blutzuckersenkendes Medikament verabreicht. Hier ist die Beziehung fatalerweise bidirektional, ein schlecht eingestellter Diabetes hat auch negative Auswirkungen auf eine bereits bestehende parodontale Erkrankung. „Im Gegensatz zum Allge-

meinmediziner, der Patienten meist erst zu sehen bekommt, wenn sie ein schwerwiegendes Problem haben, sehen wir Zahnärzte Patienten oft noch in einem guten gesundheitlichen Allgemeinzustand und können damit frühzeitig präventiv eingreifen“, so Chapple.

Dr. David Cavan ist Director for Politics and Programs bei der Internationalen Diabetesvereinigung in Brüssel und klärte über die Unterschiede von Diabetes Typ I und II und die damit verbundenen, oft schwerwiegenden Folgeerkrankungen auf. Bereits heute ist einer von elf Menschen weltweit Diabetiker, und in manchen Regionen wird in den nächsten Jahren mit einer Verdoppelung der Fallzahlen gerechnet. Die Dunkelziffer von noch undiagnostizierten und damit unbehandelten Patienten vermuten Fachleute dabei bei annähernd 40 Prozent. Mehr als 90 Prozent der Fälle sind dem Diabetes-Typ II zugeordnet, der eine unmittelbare Folgeerscheinung eines ungesunden Lebensstils sei. Die Ursachen sind im Grunde durch einen veränderten



Prof. Jepsen eröffnete gemeinsam mit Prof. Eickholz und Prof. Blanco die Diskussion um die Volkskrankheit Parodontitis.



Prof. Dr. Peter Eickholz



Prof. Dr. Juan Blanco





Die Referenten der EFP-Presskonferenz: Prof. Dr. Peter Eickholz, Dr. David Cavan, Prof. Dr. Iain Chapple, Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Prof. Dr. Juan Blanco (v.li.).

Lebenswandel leicht zu beherrschen, aber „wenn sich Ihre Zähne erst einmal lockern und Ihr Zahnfleisch schmerzt, bekommen sie auch Probleme mit gesunden Nahrungsmitteln wie frischem Obst, Nüssen und Rohkost“, forderte Cavan erneut die Notwendigkeit eines frühzeitigen Eingreifens ein. Prof. Peter Eickholz von der Universität Frankfurt und Präsident der zu der EFP gehörenden Deutschen Gesellschaft für Parodontologie bezeichnete die Parodontitis als „stilles Leiden“. Auch bei einem scheinbar und vor allem für den Patienten noch unauffälligen Zahnfleisch ergeben sich manchmal Sondierungstiefen von mehr als fünf Millimetern. Auch bei konservativer Rechnung ergibt sich nach aktuellen Studien in Deutschland eine Zahl von acht Millionen unbehandelter Fälle. Angesichts eines Behandlungsdurchschnitts laut GKV von rund einer Million Parodontalbehandlungen pro Jahr benötigte man allein acht Jahre, um den anstehenden Behandlungsbedarf abzarbeiten. Eickholz demonstrierte einen mehr als 20 Jahre stabil gehaltenen, ursprünglich parodontal schwer kompromittierten Patientenfall und bedauerte, dass angesichts so guter Erfolgsaussichten derzeit noch zu viele Fälle unbehandelt bleiben. Prof. Juan Blanco aus Santiago de Compostela forderte, die parodontale Gesundheit auf der globalen Gesundheitsagenda weit nach oben zu setzen und kündigte weitere Kampagnen an. Zu denken gab der Auftritt des betroffenen Patienten Helmut Kleinschmidt, der angab, wie wenig selbst ihm als zahnmedizinisch gewissenhaften Menschen, Parodontitis ein Begriff war, und wie groß insofern das Erschrecken, als ein Parodontologe bei ihm schwere Zahnfleischentzündungen diagnostizierte. Kleinschmidt ist als Herzpatient einem umso größeren Risiko ausgesetzt. In der abschließenden regen Diskussion nannte Prof. Chapple als großes Problem, dass die Zahnmedizin grundsätzlich als „Reparaturmedizin“ angelegt sei und nicht als die Präventivmedizin, die sie auch sein könne. Hier müsse auch die Öffentlichkeit durch bessere Information mehr Druck und offensiver nach vorbeugenden Zahnfleischuntersuchungen verlangen. Die Aufforderung nach einer besseren Ausbildung der Allgemeinzahnärzte richte sich ebenfalls an Politik und Körperschaften, denen die dramatischen und dabei so offensichtlichen und im Grunde leicht zu vermeidenden Folgekosten entweder nicht klar seien oder gezielt verdrängt wurden. Es gäbe immerhin vielversprechende Ansätze im Austausch mit anderen medizinischen Fachgesellschaften. Der Film „The Sound of Periodontitis“, der bereits an der Fachtagung Europerio in London 2015 mit mehr als 10 000 Teilnehmern aus aller Welt einen tiefen Eindruck hinterlassen hatte, beschloss die Veranstaltung. ■

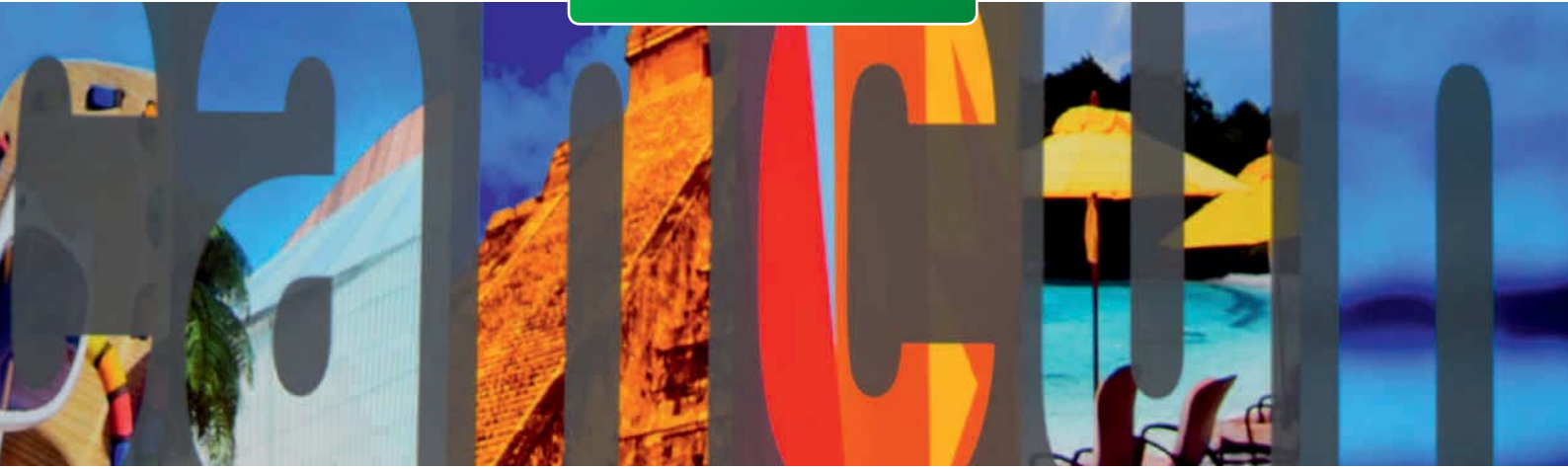
STE



Für Persönlichkeiten.



PerioChip®  
www.periochip.de



BioHorizons International Symposium fand im April 2016 in Cancún/Mexiko statt

## Risiken minimieren und Ergebnisse verbessern

Als „unschätzbare Lernerfahrung in entspannender Umgebung“ kündigte BioHorizons CEO Steve Boggan das diesjährige internationale BioHorizons-Symposium an. Seit Jahren setzt das Unternehmen erfolgreich auf die Kombination von Fortbildung mit hochwertigem Programm und kollegialem Austausch in angenehmer Umgebung. Das direkt am Meer gelegene Tagungshotel bot einen repräsentativen Rahmen für die Fortbildungstage der Gäste aus aller Welt.

Die Meilensteine der Implantologie stehen enger beieinander als in früheren Zeiten. Mit fortschreitender Technik, neuen Techniken und wachsender Erfahrung werden die Ziele großer Veranstaltungen wie dem BioHorizons Global Symposium gradueller formuliert: Unter dem Titel „Verminderung der Risiken und Verbesserung der Ergebnisse der denta-

len Implantologie“ gaben Experten ihr Wissen und ihre Erfahrungen weiter, wie nicht bloß gute, sondern noch bessere Ergebnisse erzielt und Risiken noch besser vermieden werden können. International renommierte Sprecher, unter anderem Dr. Sonia Leziy, Dr. Brahm Miller und Edward P. („Pat“) Allen stellten Fälle, Arbeitsabläufe und Lösungen für den Umgang

mit Risiken und Komplikationen sowie der Erzielung ästhetischer Ergebnisse vor.

Tag eins stand unter der Frage „Erhaltung oder Regeneration?“, mit dem Ziel, bei der Auswahl von Techniken für erfolgreiche ästhetische Ergebnisse zu unterstützen; die Vorträge lauteten: „Darstellung neuer regenerativen Technologien“ von Dr. Pat



Fortbildung kann Spaß machen: Kollegialer Austausch zwischen Florian Grathwol, Vertriebsleiter BioHorizons GmbH; Part Nilo, Vice President International Sales, Latein- und Südamerika; Dr. Harald Hüskens; Monica Nilo, Geschäftsführerin BioHorizons Chile, und Dr. Jana Hüskens (v.li.)



Mit weltweit renommierten Referenten auf Augenhöhe: Dr. Edward P. („Pat“) Allen, Dr. Andres Pascua, Dr. Bach Le, Dr. Sonia Leziy (v.li.)





Nicht „vom Katheder herab“: Dr. Edward P. („Pat“) Allen in der Moderatorenrolle an Tag eins



Dr. Andres Pascual verdeutlicht in seiner zukunftsweisenden Präsentation sehr anschaulich eines der parodontalen Hauptrisiken: das Rauchen.

Allen, „Weichgewebe-Augmentation: einfache, effektive Ansätze zur Verbesserung der Ergebnisse“ von Dr. Sonia Leziy, „Knochenaugmentation: vertikale Hartgewebetransplantation“ von Dr. Bach Le, „Bewältigung parodontaler Herausforderungen in beeinträchtigten Bereichen“ von Dr. Andres Pascual.

Der zweite Tag stand unter dem Leitthema „Die tägliche Praxis – Optimale Lösungen zur Maximierung der Behandlungsergebnisse“ und umfasste die Vorträge „Behandlung der Weichgewebe-Grenzschichten“ von Dr. Anthony Summerwill, „Einführung eines digitalen Workflows

für die Behandlungsplanung, den chirurgischen Eingriff und die Restauration: Dinge, die Sie wissen müssen, um Erfolg zu haben“ von Dr. Sonia Leziy und Brahm Miller, „Grundlagen und Ansätze zum Schutz und Management implantatbezogenen Zahnfleischrückgangs“ von Dr. Abdelsalam Elaskary, „Verwendung provisorischer Implantate während des chirurgischen Eingriffs, nach der Integration oder überhaupt nicht!“ von Dr. Sonia Leziy und Brahm Miller. Den Abschluss jedes Tagesprogramms bildete eine vom jeweiligen Moderatorenpaar des Tages geleitete Diskussionsrunde mit reger Beteiligung.

„Sofortbelastungs-Lösungen“ war das Leitthema des dritten und letzten Symposium-Tages, der diese Themen bot: „Sofortbelastungs-Lösungen für einfache und vollständige Zahnbogen-Rekonstruktion mittels verschiedener Methoden“ von Dr. Tiziano Testori, „Die Verbreitung der digitalen Zahnheilkunde und ihr Einfluss auf Ihre Implantat-Praxis“ von Dr. Paul Swanson, „Computergestützte Chirurgie mit sofortigen Provisorien“ von Dr. Orlando Alvarez, „Effektive Wahlmöglichkeiten: Optimale klinische Lösungen für vollständig zahnlose Fälle“ von Dr. Pedro Gazzotti.

Für die Freizeit jeweils nach Ende des offiziellen Tagungsprogramms konnte „Plan B“ für Regenwetter definitiv ausgeschlossen werden: man fand sich gut gelaunt am Strand ein. Mit der „White Party-Gala“ auf der „Moonlight Terrace“ des Hotels endeten die drei Tage in Cancún. BioHorizons weist bereits jetzt auf das kommende Global Symposium vom 4. bis 6. Mai 2017 hin. Dieses Mal geht es wieder nach Florida und damit an die Ostküste der USA in das Fontainebleau Miami Beach Hotel. ■



Post-Symposium-„Außendienst“ in Mexiko: Florian Grathwol, National Sales Manager, und Metin Kanat, Key Account Manager Stuttgart (v.li.)

**Weitere Informationen:**  
[www.biohorizons.com/globalsymposium](http://www.biohorizons.com/globalsymposium)



Fachtage Implantologie von Dentaureum Implants machen Station in Lübeck und Bonn

# Das Erfolgskonzept geht weiter

In den vergangenen acht Jahren besuchten durchschnittlich bis zu 200 Teilnehmer die Fachtage Implantologie von Dentaureum Implants. Auch 2016 führt das Springer Unternehmen dieses Fortbildungskonzept fort und bietet erneut ein anspruchsvolles Programm. Der erste der diesjährigen drei Fachtage findet am 24. September im schönen Ambiente der Universität zu Lübeck statt.

In Lübeck wird der Fachtag Implantologie traditionell durch den „Hausherrn“ Prof. Dr. Dr. Peter Sieg, Direktor der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie eröffnet. Prof. Dr. Dr. Samer George Hakim, Oberarzt an der Universität zu Lübeck, hält den ersten Vortrag und bespricht das Thema Weichteilkomplikationen in der Implantologie. PD Dr. Torsten Mundt, Oberarzt an der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik, Alterszahnheilkunde und medizinische Werkstoffkunde, Universität Greifswald, kümmert sich um die Nachsorge und das Komplikationsmanagement bei implantatgetragenen Zahnersatz. Über das „tissue management concept“ berichtet Dr. Gernot Mörig, Lehrbeauftragter an der Universität Düsseldorf. Dr. Joachim Hoffmann aus Jena stellt Bewährtes und Neues im Bereich Implantatprothetik für niedergelassene Zahnärzte vor. Den Abschluss bildet der bekannte Zahnarzt und Kursreferent Piet Troost von der Troost Media. In seinem Vortrag beschäftigt er sich mit implantatgerechter Okklusion.

In Bonn wird Prof. Dr. Dr. Rudolf H. Reich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



der Universität Bonn, die Teilnehmer willkommen heißen und den Fachtag mit dem Thema Sinuslift beginnen. Er spricht über Indikation, Materialien, Langzeitbefunde und Komplikationen. PD Dr. Friedhelm Heinemann begleitet die Zuhörer als erfahrener Moderator durch die Veranstaltung und informiert über Versorgungskonzepte für den zahnlosen Kiefer. Prof. Dr. Dr. Norbert Enkling aus Kreuztal-Eichen gibt ein Update zum Thema durchmesserreduzierte Implantate und berichtet über den aktuellen Stand aus Wissenschaft und Klinik. Die Implantatprothetik ist der Schwerpunkt von Dr. Sigmar Schnutenhaus aus Hilzin-

gen. Er stellt aktuelle Möglichkeiten dar und gibt einen Ausblick in die Zukunft. Dr. Joachim Hoffmann aus Jena betrachtet in seinem Vortrag die Implantologie im lateralen Unterkiefer. Wie gewohnt präsentiert er Bilder und Filmsequenzen in großartiger HD-Qualität sowie Aufnahmen mit Endoskopen und OP-Mikroskopen mit bis zu 60facher Vergrößerung. Über Häuptlinge und Indianer – Praxismanagement konkret – referiert Herbert Prange, Mentaltrainer von Mallorca. Zum Abschluss des Tages widmet sich Prof. Dr. Werner Götz von der Universität Bonn der spannenden Frage, ob Kauen, Zahnstatus und prothetische Versorgung unsere Gehirnfunktionen beeinflussen. Veranstaltungsort ist wie 2015 das anatomische Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. In den Pausen bleibt genügend Zeit, um sich mit Referenten und Kollegen intensiv auszutauschen und sich über aktuelle Produkte von Dentaureum Implants und der Kooperationspartner zu informieren. ■



Anatomisches Institut | 29. Oktober 2016

Weitere Informationen:  
[www.dentaureum.com](http://www.dentaureum.com)



# HI-TEC IMPLANTS

KOMPATIBEL ZU FÜHRENDEN IMPLANTATSYSTEMEN

VISION



LOGIC



X6 & MODULAR ABUTMENT



SELF THREAD & UNIVERSAL UNIT



<i>Beispielrechnung Einzelzahnversorgung</i>	
<i>Implantat inkl. Deckschraube .....</i>	<i>89,-</i>
<i>Abheilpfosten.....</i>	<i>15,-</i>
<i>Einbringpfosten =</i>	<i>0,-</i>
<i>Abdruckpfosten .....</i>	<i>12,-</i>
<i>Modellimplantat.....</i>	<i>39,-</i>
<i>Titan-Pfosten bzw. CAD/CAM Kleebasis.....</i>	<i>39,-</i>
<b>EURO</b>	<b><u>155,-*</u></b>

\* ohne Mindestabnahme!!

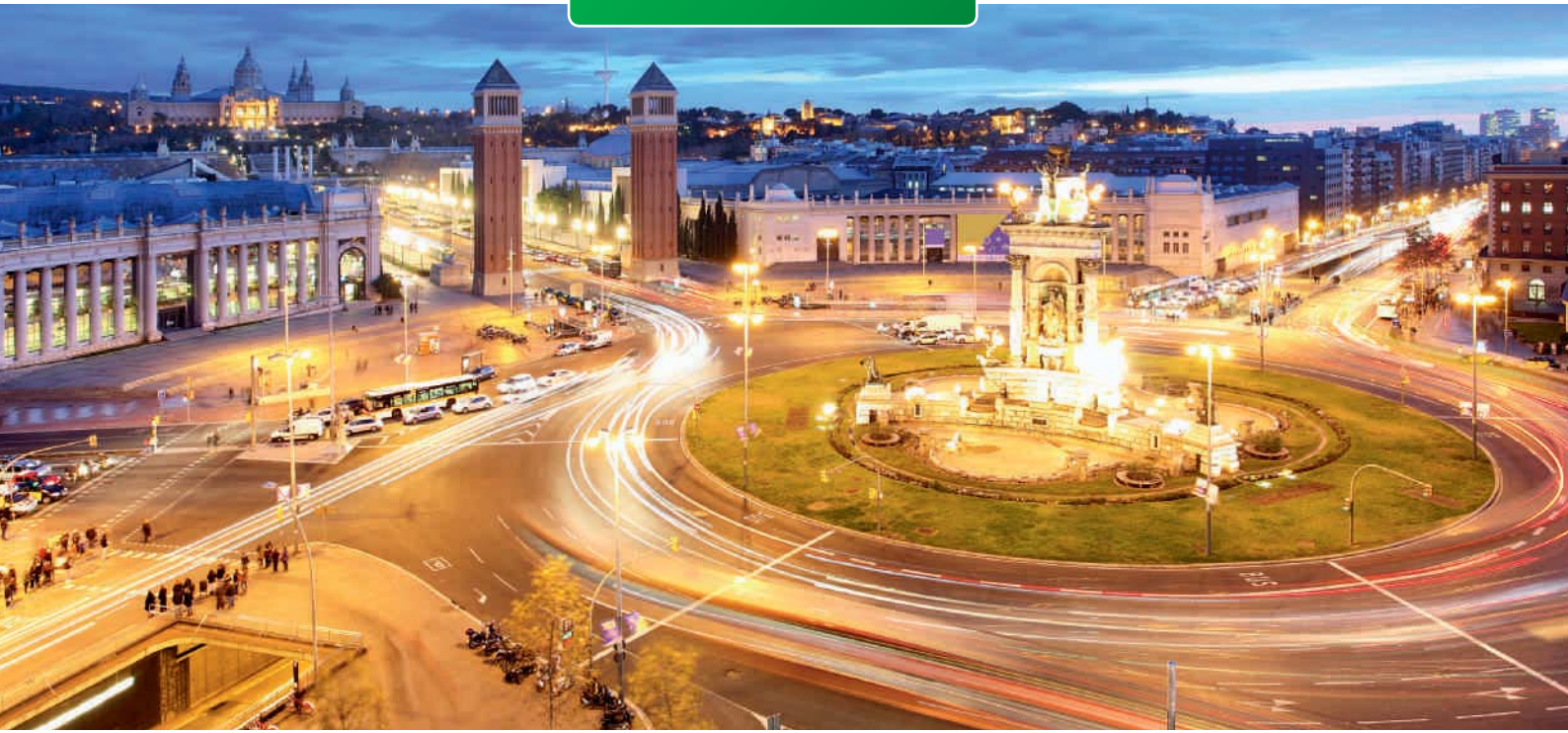


Das HI-TEC Implantatsystem bietet allen Behandlern die **wirklich** kostengünstige Alternative und Ergänzung zu bereits vorhandenen Systemen.

HI-TEC IMPLANTS · Vertrieb Deutschland · Michel Aulich · Veilchenweg 11/12 · 26160 Bad Zwischenahn  
Tel. 0 44 03/53 56 · Fax 0 44 03/93 93 929 · Mobil 01 71/60 80 999 · michel-aulich@t-online.de · www.hitec-implants.com

**HI - TEC IMPLANTS**





Der Plaça d'Espanya, ein pulsierender Verkehrsknotenpunkt in Barcelona

Foto: Fotolia.com / TTstudio

bredent group days 2016 finden in Barcelona statt

# Der Königsweg der Implantologie

**Praktische Anwendungen ganzheitlicher Therapien erleben, vor allem im Bereich der Sofortversorgung. Die Möglichkeiten und Innovationen bei der Anwendung von physiologischen Werkstoffen sowie deren funktionelle und ästhetische Vorteile bei der Verarbeitung in verschiedenen Prozessen erfahren. Das und mehr bieten die bredent group days 2016 in Barcelona. Nun heißt es: „Save the date!“**

„Let's meet in Barcelona“ – die diesjährigen deutschen bredent group days finden gemeinsam mit der spanischen Tochterfirma erstmalig in der zweitgrößten Stadt Spaniens statt. Zahnärzte und Zahntechniker sind am 23. und 24. September 2016 dazu eingeladen am Kongress teilzunehmen. Die insgesamt 28 Referenten bieten an beiden Kongresstagen ein spannendes Programm mit informativen Fachvorträgen und aufschlussreichen Workshops. Getreu dem Motto „Leading in immediate restorations powered by physiological prosthetics“ dreht sich alles um die Sofortversorgung Einzelzahn und Full Arch sowie die physiologische Prothetik. Weitere Schwerpunkte sind die Regeneration und der digitale Workflow.

Im Fokus steht vor allem das Zusammenspiel von Zahnmedizin und Zahntechnik.



Auch das Mainpodium besteht aus einem Mix beider Bereiche. Neben reinen zahnmedizinischen Vorträgen gibt es einen parallel laufenden prothetischen Teil.

Dies gilt auch für die Workshops. Für die Prothetiker gibt es zum ersten Mal einen „Round Table“. Mehrere Referenten stellen unterschiedliche Themen vor, dabei können die Teilnehmer in einem rotierenden System ohne zeitliche Begrenzung zwischen den einzelnen Vorträgen wechseln.

Auch für die passende Atmosphäre ist gesorgt. Die Veranstaltungsort ist das frisch renovierte Hotel Barceló Sants mitten im Herzen Barcelonas, das sich in einem modernen und futuristischen Stil präsentiert. Abends lockt die Gala-Party mit einem kulinarischen Flying Dinner lokaler Spezialitäten sowie einem musikalischem Live Act. ■

**Weitere Informationen und Anmeldung:** [www.bredent-group-days.com](http://www.bredent-group-days.com)



Dentegris lädt am 16. und  
17. September 2016 nach Mallorca

# Dental Expert Symposium

Am 16. und 17. September 2016 wird das 3. Dentegris „Implantology International Dental Expert Symposium“ auf Mallorca stattfinden. Tagungshotel wird das wunderschön gelegene Golf & Spa-Hotel „Be Live Son Antem“ in Lluçmajor sein. Die Inselhauptstadt Palma de Mallorca liegt nur 20 Autominuten entfernt und gut erreichbar in unmittelbarer Nähe.

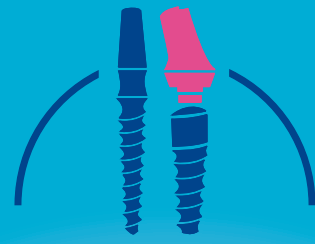
Referenten aus dem In- und Ausland (unter anderem aus Deutschland, Dubai und Rumänien) werden in einem vielfältigen Mix aus spannenden Vorträgen aktuelle Themenkomplexe der dentalen Implantologie abdecken. Daher wird das Symposium für Chirurgen, Implantologen und prothetisch tätige Zahnärzte gleichermaßen interessant sein. In themenbezogenen Workshops haben die Teilnehmer die Möglichkeit, anwenderbezogenes Spezialwissen zu vertiefen und sich mit Kollegen und Referenten auszutauschen. Die Vorträge werden in den Sprachen Deutsch oder Englisch gehalten und jeweils simultan übersetzt. Die optionale Abendveranstaltung bietet die Möglichkeit, in der mediterranen und entspannten Atmosphäre Mallorcas interessante Gespräche zu führen und neue Kontakte zu knüpfen. ■

Weitere Informationen:

[www.IIDES2016.com](http://www.IIDES2016.com)



Foto: Fotolia.com / lunamarina



KSI Bauer-Schraube

Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg

**KSI Seminarreihe 2016:**  
Praxisorientierte Einführung in die  
patienten- und anwenderfreundliche  
Implantologie mit dem seit über  
25 Jahren bewährten KSI-System



Infos & Anmeldung  
[www.ksi-bauer-schraube.de](http://www.ksi-bauer-schraube.de)  
oder 06032/31912



**Unsere Termine für 2016:**

12.–13. August · 07.–08. Oktober  
02.–03. Dezember

**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](mailto:info@ksi-bauer-schraube.de)  
[www.ksi-bauer-schraube.de](http://www.ksi-bauer-schraube.de)

## 7. Wintermeeting von Medical Instinct lockt dentale Welt nach Hintertux

# Erfahrungen teilen – Erfolg multiplizieren

**Der Winter, der lange auf sich hatte warten lassen, beschloss, den gesamten Schneeüberschuss genau an den fünf Tagen im Hintertuxer Tal niedergehen zu lassen, als Medical Instinct sein 7. Wintersymposium dort abhielt. Die wenigen Zeitfenster, in denen einmal ein strahlend sonniger Himmel und gute Sicht die Skifahrer lockten, wollten klug genutzt werden – umso begeisterter war die eingeschworene Teilnehmergruppe vom spannenden Fortbildungsschwerpunkt der vier Tage: „Periimplantitis – Diagnostik und Risikofaktoren“ und „Periimplantitis – aktuelle Therapieansätze“.**

*Dr. Philip Leander Keeve*, Facharzt für Parodontologie an der Privatzahnklinik Schloss Schellenstein, stieg, vorgestellt von *Dr. Joachim Schmidt*, mit der Beschreibung der Unterschiede zwischen Parodontitis und Periimplantitis direkt ins Thema ein. „Wir treffen bei der Behandlung mit einem Implantat auf eine anatomische Struktur, die eigentlich das Resultat eines Heilungsprozesses ist.“ Eine periimplantäre Mukositis liege vor, sobald beim Sondieren Blut auftrete, differentialdiagnostisch rede man von einer Periimplantitis, wenn tatsächlich Knochenverlust auftrete und die immunologische Reaktion direkt auf dem Knochen nachweisbar sei. Im Gegensatz zur Parodontitis wanderten auch bedeutend größere Bakteriencluster in das geschwächte Gewebe ein, das Keimspektrum ist deutlich aggressiver und entsprechend der Entzündungsverlauf dramatischer. Grundsätzlich sollten nach dem Einsetzen der Kronen die Sondierungstiefen genommen und Röntgenbilder angefertigt werden, um eventuelle Veränderungen im späteren Verlauf gut erkennen zu können. Bei einer Sanierung empfiehlt es sich, nicht direkt an der Mukogingivalgrenze zu schneiden, sondern fünf Millimeter darunter und später mit einem freien Schleimhauttransplantat zu arbeiten.

Bekanntermaßen haben Patienten mit einer vorangegangenen Parodontitis ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Periimplantitis, wobei bei einer unterstützenden Parodontaltherapie erst



*Dr. Philip Keeve, Privatzahnklinik Schloss Schellenstein, wissenschaftlich sattelfest.*

nach fünf Jahren Probleme auftauchen. Nach der Implantation sollte entstehende Plaque mechanisch gereinigt, bei einer periimplantären Mukositis und der Vergrößerung der Taschentiefe bis zu maximal zwei Millimetern zusätzlich mit beispielsweise Chlorhexidin gereinigt werden.

*Keeve* zeigte beeindruckende Bilder zur Schalenteknik nach *Khoury*. Bei chirurgischer Regeneration appliziert man zur systemischen antibiotischen Abschirmung in jedem Fall den *Van-Winkelhoff*-Cocktail. Als „kriegsentscheidendes Kriterium“ für eine Explantation nannte *Keeve* unter anderem ein zu mehr als 70 Prozent exponiertes und mobiles Implantat und das Risiko der Infektion benachbarter anatomischer Strukturen.

*Marco Rhein*, Vertriebsleiter Medical Instinct, ergänzte die fachlichen Inhalte mit einer Übersicht der inzwischen beträchtlichen Anzahl effizienter Praxismarketing-



*Marco Rhein präsentiert tolle Tools für das Praxismarketing.*

Tools. Aus dem Produktangebot hob *Rhein* die seit einigen Jahren erhältlichen BoneTrust Mini-Implantate und ein damit einhergehendes Konzept für die Interimsversorgung hervor. In Zusammenarbeit mit *Dr. Joachim Schmidt* (Privatzahnklinik Schloss Schellenstein in Olsberg) wurde ein Design entwickelt, das die Versorgung mit Prothetikkomponenten mittels Verschraubung ermöglicht.

Eine rege Diskussion entspannte sich nicht nur zu den Vortragsthemen, sondern zu vielen weiteren persönlichen Praxisbereichen – hier zeigte sich der Vorteil, dass die Teilnehmer bereits seit einigen Jahren in nahezu unveränderter Zusammensetzung zusammentreffen und sich über das eigentliche siebte Wintermeeting im Schnee weit hinausreichende Freundschaften und Vertrauensverhältnisse entwickelt haben. ■

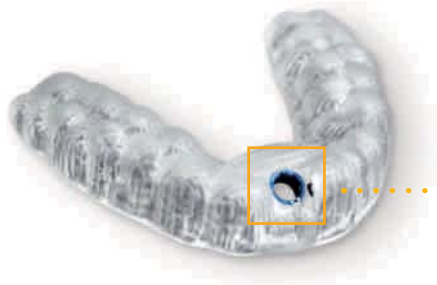
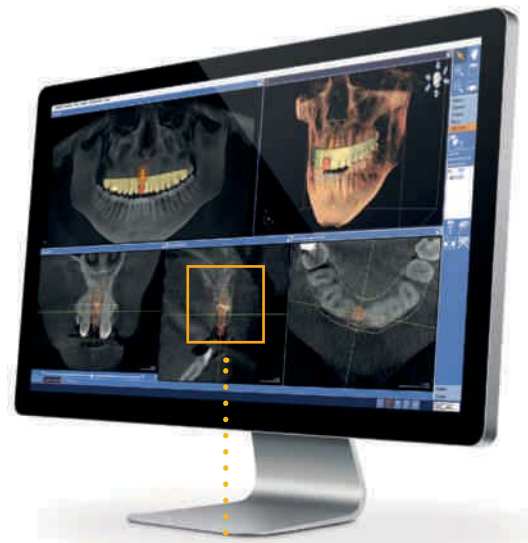


## **MEIN VORSPRUNG AN SICHERHEIT – JEDER FALL ZÄHLT**

Vertrauen bringt Erfolg. Deshalb sichert SICAT Implant Ihren Praxis-Workflow für Diagnose, Planung und Umsetzung implantologischer Therapien ab. Mit intuitiver Software für 3D-Daten aller DVT- und CT-Systeme. Und mit den voll digital gefertigten SICAT **OPTIGUIDE** Bohrschablonen, dem schnellsten und direktesten Weg zur Insertion. Garantierte Genauigkeit erhalten Sie damit zu einem Preis von 190 Euro pauschal für beliebig viele Pilotbohrungen. **MAKE EVERY CASE COUNT.**

Lernen Sie SICAT Implant jetzt kennen – den Workflow des Innovationsführers! Besuchen Sie uns im Netz für weitere Informationen:

[WWW.SICAT.DE](http://WWW.SICAT.DE)



# SICAT.

a **Sirona** company





Champions Implants weihen neues Haus und eigenen Platz in Flonheim ein

# Neue Adresse: Champions Platz 1

**Eine Ehre, die vielen Berühmtheiten meist erst weit nach ihrem Ableben zuteilwird, ist ein vorläufiger weiterer Höhepunkt in der erfolgreichen Geschichte der Champions Implants und ihres Gründers PD Dr. Armin Nedjat: Die neue Unternehmenszentrale residiert im rheinhessischen Flonheim am Champions Platz 1.**

Was eine unbeschwerte und ganz nach *Dr. Armin Nedjats* umtriebigen Temperament lebhaft und launige Eröffnungsfeier werden sollte, war überschattet vom kurz vorangegangenen tödlichen Unfall von *Dr. Dr. Ernst Fuchs-Schaller*, der den Champions und *Armin Nedjat* persönlich seit Jahren eng, freundschaftlich und innig verbunden war. *Nedjat* erinnerte direkt eingangs an den Freund und Partner und daran, dass man nicht nur einen liebenswerten Menschen, sondern auch einen begnadeten Kliniker verloren habe, der nun als Promi-Champion des Jahres 2016 in die Galerie aufgenommen wird.

„Seit einem Jahrzehnt sorgen wir mit Champions Implants mit einer ambitionierten und innovativ-ungewöhnlichen Firmenphilosophie im Dentalmarkt für Furore“, kam *Nedjat* auf die neue Unternehmenszentrale zu sprechen. Man verdanke dies unter anderem einem tollen Service-Team aus engagierten Mitarbeitern, die sichtlich Spaß an ihrer Arbeit hätten, der Produktqualität „Made in Germany“, dem minimalinvasiven chirurgischen Protokoll und den praxisnahen Fortbildungen. Auch wenn die Mimi-Flapless-Methode, die 2013 einen medizinischen Innovationspreis erhielt, eine betont am Patienten orientierte, minimalinvasive Vorgehensweise sei, bei der nicht mehr geschnitten, sondern nur gebohrt wird, sollte man das Protokoll einüben. Wie der Name sagt, erfolgt die Implantation in der chirurgischen Phase ohne Lappenbildung und bei der prophetischen Versorgung konsequent ohne Wiedereröffnung der Gingiva. „Jede

Freihandbohrung ist für den Knochen schonender als eine navigierte Implantologie“, erläuterte *Nedjat*.

Champions sei auch ein Vorreiter bei der Verwendung des PEEK, einem Hochleistungspolymer, in dem *Nedjat* eine zukünftige Alternative zu Titan und Keramik sieht. *Jörg Schlegel*, Vertriebsleiter der Herstellerfirma Juvora, erzählte wissenswertes zu Herkunft und chemischer Zusammensetzung des Materials und verlieh seiner Überzeugung Ausdruck, dass die dentale Zukunft metallfrei sein werde.

*Heribert Bruchhagen*, Vorstandsvorsitzender von Eintracht Frankfurt, arbeitete in seiner kurzen Rede Analogien zwischen einer Fußballmannschaft und einem eingeschworenen Unternehmensteam heraus. *Ztm. Norbert Bomba*, Geschäftsführer Champions Implants und langjähriger treuer Weggefährte von *Armin Nedjat*, gab einen Rückblick auf die Entstehungsgeschichte des Neubaus, der ihm in einer



Der französische Komiker *Frank Mouget* kennt als *Tarzan* mit *Animalprint-Krone* keine *Berührungssängste*.

Art Crashkurs die Ausbildung zum Bauleiter beschert habe. Allein die im Gebäude verlegten zwölf Kilometer Kabel lassen ahnen, wie viele lose Enden über weite Strecken in den Händen gehalten werden mussten.

Die anschließende Live-Implantation war der Lackmустest für Gebäude und Technik und konnte von den interessierten Zuhörern aus den USA, China, dem Mittleren Osten, Japan und Frankreich mittels 3D-Übertragung und Simultandolmetchern unmittelbar verfolgt werden.

Als im wahrsten Sinne des Wortes „Running Gag“ sorgte der französische Komiker *Frank Mouget* als lendenbeschürzter *Tarzan* für Furore, der vor allem das weibliche Publikum verfolgte und jedem stolz seine vom französischen Chirurgen *Dr. Jerome Unger* aus Tour inserierte Champions-Implantat-Versorgung mit *Animalprint* auf der Krone en detail präsentierte.

Flonheims Oberbürgermeisterin *Ute Beiser-Hübner* überreichte mit lobenden Worten zum Champions-Neubau *Armin Nedjat* einen Trullo, der – in seiner Kragbauweise einem Implantat nicht unähnlich – dereinst apulischen Arbeitern zum Schutz diente und das Wahrzeichen der Stadt Flonheim ist. Damit wird auch das neue Fortbildungszentrum gegen alle Stürme gewappnet sein und die Champions sicher und unerschütterlich in das nächste erfolgreiche Jahrzehnt ihrer Firmengeschichte führen. ■



## Mehr als die doppelte Reißfestigkeit im Vergleich zur Konkurrenz!\*

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

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

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

## Die Membran, mit der Sie mehr machen können!

5.5 N/mm<sup>2</sup>

Bio-Gide®

11.4 N/mm<sup>2</sup>\*

creos™  
xenoprotect

Reißfestigkeit



DEMO-Video  
creos.com



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

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



Professor Thomas D. Taylor als ITI-Ehrenmitglied ausgezeichnet

# Für die Zukunft gerüstet

**Anlässlich seiner Jahreshauptversammlung Ende April 2016 in Chicago/USA gab das Internationale Team für Implantologie (ITI) maßgebliche Änderungen in seiner Organisationsstruktur bekannt. Das gesamte Feld der dentalen Implantologie sieht derzeit große Umwälzungen wie Unternehmensfusionen, das Aufkommen von implantologischen Praxisketten, die Einführung neuer Behandlungsansätze sowie Veränderungen in der Art und Weise, wie Fachleute den Anforderungen nach Weiterbildung begegnen.**

Um festzulegen, wie das ITI diesen sich ändernden Umständen gerecht werden kann und um neue Schwerpunkte seiner Aktivitäten zu setzen, traf sich der ITI Vorstand im Dezember 2015 zu einem Strategiemeeting. Die daraus resultierenden Vorschläge wurden nun von der Generalversammlung genehmigt. „Ich bin höchst zufrieden mit dem Vertrauen, das uns die Generalversammlung entgegen gebracht hat“, kommentierte *David Cochran*, ITI Präsident. „Bezüglich unserer Schwerpunkte sowie unseren Möglichkeiten, Veränderungen begegnen zu können, sind wir nun viel besser für die Zukunft positioniert. Wir haben eine schlankere Struktur und können schneller auf Ereignisse reagieren, sobald diese auftreten.“

Beibehalten werden die Schwerpunkte Ausbildung und Forschungsfinanzierung, letztere auch im Zusammenhang mit der Ermittlung von Forschungslücken auf dem Gebiet der dentalen Implantologie. Die ITI Komitees erfuhren eine Restrukturierung, die diesen eine strategischere Herangehensweise an ihre verschiedenen Aufgaben ermöglicht. Diese Reorganisation legt unter anderem einen stärkeren Fokus auf die Förderung und Unterstützung von Führungspersonlichkeiten, dies

sowohl innerhalb der Organisation als auch im gesamten Bereich der dentalen Implantologie. Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei der Implementierung der übergreifenden, globalen Strategie des ITI in den 27 nationalen und regionalen Sektionen. Da die ITI Study Clubs mittlerweile gut etabliert sind und reibungslos laufen, wurde das ITI Study Club Committee aufgelöst und die Verantwortung für Study Club-Angelegenheiten auf das ITI Education Committee übertragen. Um auf Projektebene flexibler agieren zu können, dürfen der ITI Vorstand und die Comitees in Zukunft sogenannte Task Forces, bestehend aus Individuen mit spezifischer Expertise, nach Bedarf einberufen und auch wieder auflösen. Dies ist momentan besonders wichtig bei verschiedenen Projekten des ITI Education Committee, das derzeit ein globales ITI Curriculum entwickelt.

Seit 1980 wurden 14 ITI Fellows mit einer ITI Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet – der höchsten Ehrung des ITI, mit der die außerordentlichen Verdienste eines Fellows nicht nur für das ITI, sondern für das gesamte Gebiet der dentalen Implantologie gewürdigt werden. Dieses Jahr erhielt *Prof. Dr. Thomas D. Taylor*, Professor und



*Prof. Dr. Thomas Taylor ist Ehrenmitglied des ITI.*

Direktor des Department of Reconstructive Services an der University of Connecticut/USA, diese besondere Ehre. Ausgezeichnet wurde er in Anerkennung seiner vielen Jahre im Dienste des ITI sowie des gesamten Fachgebiets durch seine ehrenamtliche Arbeit im Interesse der Patienten und in verschiedenen Führungspositionen in zahlreichen Fachgesellschaften für Prothetik. *Thomas Taylors* Berufsleben ist bestimmt durch seine Passion für die Prothetik sowie die Lehrtätigkeit. Mit insgesamt 27 Jahren ist er der sich am längsten im Amt befindliche Institutsvorsteher in den USA. Er war einer der ersten US-Mitglieder des ITI, wurde später der erste ITI Präsident aus den USA und war mehr als 15 Jahre Mitglied des ITI-Vorstandes. Im Verlauf seiner Karriere erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, von denen jede sein ausserordentliches Engagement für die Prothetik würdigt. ■

Weitere Informationen:  
[www.iti.org](http://www.iti.org)





# OMNIA<sup>®</sup>

Disposable Medical Devices

## PTFE NAHTMATERIALIEN Monofilament

Weich, biologisch inert und  
chemisch rückwirkungsfrei.



Benutzen Sie Ihr Mobiltelefon,  
um das Video über unsere  
PTFE Nähte zu sehen



## Dentaurum International Conference lockt rund 300 Teilnehmer nach Berlin

## We are family

**Aus den Gesichtern der mehr als 300 Teilnehmer aus 19 Ländern konnte man immer wieder ablesen, wie zufrieden sie mit dem waren, was sie „serviert“ bekamen. Das gilt für die Referate, das Tagungshotel und die Abendveranstaltung im Wasserwerk. Ein partnerschaftlicher Spirit des familiengeführten Unternehmens aus Ispringen durchzog spürbar die gesamte Veranstaltung.**

Schon mit den Workshops am Freitag wurde im Rahmen der gebotenen Themenvielfalt deutlich, dass moderne Implantologie für Dentaurum auch heißt, „über den Tellerrand“ zu schauen. Am Kongress-Samstag diskutierten *Prof. Dr. Christoph Bourauel* und *Dr. Friedhelm Heinemann* anhand zahlreicher Studien klinische und wissenschaftliche Aspekte der Sofortbelastung von Implantaten. Aus Finite-Element-Studien könne geschlossen werden, dass in weichem Knochen mit ein bis zwei zusätzlichen Implantaten eine beschleunigte Sekundärstabilität erreicht wird. Der geringste Knochenabbau wiederum ließe sich mit einem möglichst minimalinvasiven Vorgehen ohne Abklappen des Periosts und verblockten Implantaten realisieren.

*Dr. Schnutenhaus* sieht in der Digitalisierung der Implantatprothetik primär drei Vorteile: individuell gestaltete Komponenten wie beispielsweise Abutments, mehr Sicherheit durch Bohrschablonen und ein Vermeiden von Augmentationen beziehungsweise eine optimale Nutzung des vorhandenen Knochens sowie eine preiswerte Versorgung dank monolithisch verwendeter Werkstoffe.

*Dr. Gudrun Stoya*, Universität Jena, zeigte die verschiedenen anatomischen und

chirurgischen Risiken in der lateralen Mandibula: Linguale Konkavitäten, Lage des Foramen mentale, anteriorer Loop des Nervus mentalis, akzessorische, bi- oder trifide Mandibularkanäle. Mit einer DVT ließen sich bis zu 40 Prozent solcher Fälle frühzeitig erkennen und damit Risiken beim Eingriff vermeiden. *Dr. Joachim Hoffmann*, Jena, erläuterte dazu verschiedene chirurgische Techniken, um die von *Dr. Stoya* angesprochenen Risiken zu beherrschen.

*PD Dr. Torsten Mundt*, Universität Greifswald, diskutierte anhand aktueller Studien die wissenschaftliche Evidenz kurzer Implantate (< 10 mm). Als Quintessenz daraus empfehlen sich unter anderem eine raue Oberfläche, keine Sofortbelastung, keine Extensionsbrücken, eine Erhöhung der Implantanzahl sowie die Front-Eckzahnführung. Nachteilig sei neben der Indikationslimitierung vor allem ein geringer BIC, höherer Belastungsstress des umliegenden Knochens und eine eingeschränkte Primärstabilität. Vorteile hingegen lägen unter anderem im Vermeiden einer Augmentation, Senkung der Risiken und der postoperativen Beschwerden sowie in der Kostenreduktion.

*Prof. Werner Götz* von der Universität Bonn betrachtete Einheilung und Abbau

verschiedener KEM im Kieferknochen. Die biologischen Prinzipien der Einheilung sind zwar ähnlich, unterliegen aber dennoch Einflussfaktoren, die eine Vorhersagbarkeit erschweren. Unterschiedliches biologisches Verhalten einzelner KEM erfordert eine differenzierte Indikationsstellung. Von der Mansoura University in Ägypten übernahm nun *Prof. Mohamed Al-Shahat* mit Ausführungen zu den wichtigsten Entscheidungsgründen für eine Sofortimplantation: Indikation zur Extraktion, Zustand der Extraktionsalveole, Bestimmung der Risiken, Notwendigkeit einer Augmentation von Hart- oder Weichgewebe, Implantatmakro- und -mikrodesign sowie die Kompetenz des Behandlers. Sein Credo: KISS – keep it save and simple!

Eine interessante Variante einer vorübergehenden, zusätzlichen Stabilisierung von Implantaten und damit einer Erhöhung der Primärstabilisierung zeigte *Dr. Stefan Möller* aus Göttingen mit kortikalen Satellitenimplantaten. Einen Blick auf ganz andere Risiken eröffnete der Notfallmediziner *Dr. Peter Schablin* aus Bonn. Er machte mehr als deutlich, wie schwierig die Differentialdiagnose – von der Hyperventilation über Herzrhythmusstörungen und zerebraler Ischämie bis hin zum Kreislaufstillstand – im akuten Fall ist. Daher lieber den Notarzt einmal zu oft als zu wenig anfordern. Für *Dr. Klaus Roth* von der Universität Hamburg kann das Risiko einer Periimplantitis durch regelmäßigen Recall, exzellente Mundhygiene, okklusal verschraubte Konstruktionen sowie die adjuvante Anwendung der antimikrobiellen Photodynamischen Therapie vermindert werden. Und auch wenn trotz ►





PD Dr. Friedhelm Heinemann und Tobias Grosse



Prof. Dr. Werner Götz von der Universität Bonn

erfolgreicher regenerativer Therapie keine Re-Osseointegration möglich ist, sei eine Regeneration des Saumeithels überaus wichtig. Prof. Dr. Kai-Olaf Henkel, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, listete aus seiner Erfahrung als Gutachter eine ganze Reihe möglicher Fehler vor, während und nach der Implantation auf, wie Fehler bei der Anamnese, Planung oder Leitungsanästhesie, Nervschädigung-

gen, Fehlpositionierung oder fehlendes Röntgen. Dennoch sei die Implantation ein juristisch sicheres Verfahren, wenn der Patient hinreichend aufgeklärt und die Dokumentation angefertigt wurde und die Therapie nach Lehrbuch erfolgte.

Abschließend gewährte der aus Mallorca eingeflogene Mentaltrainer Herbert Prange dem Auditorium ebenso humorvolle

wie verblüffende Einblicke in emotionale und rationale Prozesse und empfahl allen Teilnehmern eine „tägliche Dopamin-Dusche“. In mehrfacher Hinsicht verließen die Teilnehmer der Dentaurum Implants International Dental Conference Berlin damit „frisch geduscht“ und voller neuer Ideen für die tägliche Praxis. ■

Michael Mitteregger

### Karrierestart mit Straumann und YPP Summit<sup>3</sup>

# Zukunft definieren

**Die Veranstaltungsreihe Summit<sup>3</sup> begleitet angehende Zahnmediziner auf dem Weg in ihre berufliche Zukunft. Inhaltlich verknüpfen die im Ablauf jeweils ähnlich angelegten drei Veranstaltungen Implantologie-Fachwissen und verschiedene chirurgische Hands-on-Übungen mit betriebswirtschaftlichen Knowhow – aufbereitet für Praxisgründer – und von erfahrenen Referenten vermittelt.**

Summit<sup>3</sup> kommt direkt vor die Türen der jungen Absolventen: am 23. Juli nach Rust bei Freiburg und am 10. September nach Frankfurt am Main.

Kernstück des Summit<sup>3</sup> sind einmal mehr die praxisnahen Workshops. In

Hands-on-Kursen können die Teilnehmer beispielsweise trainieren, Implantate sicher und präzise abzuformen. In Vorträgen wird unter anderem vermittelt, was beim Setzen von Implantaten zu



beachten ist. Wer sich für unternehmerische Aspekte interessiert, informiert sich über Personalführungs- und Liquiditätskonzepte sowie Herangehensweisen an Standortanalysen. Damit können junge

Zahnmediziner fachspezifische Grundlagen ausbauen und festigen sowie wichtiges Gründerwissen aneignen. Erfahrene Referenten sorgen für ein Augenmaß bei der Auswahl und der Vermittlung der Themen und stehen den Teilnehmern mit ihrem großen Erfahrungshorizont zur Verfügung. ■

mit ihrem großen Erfahrungshorizont zur Verfügung. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.straumann.de/ypp-2016](http://www.straumann.de/ypp-2016)





Dr. Henriette Lerner und der erste Teil der Referenten der 4. International Implantology Days mit einer Rose in der Hand, dem Symbol der Stadt Baden Baden



Hier der zweite Teil der Referenten während des Gala-Dinners

## International Implantology Days zogen 300 Teilnehmer nach Baden-Baden

# The future starts now!

**Bereits zum vierten Mal trafen sich Mitte April 2016 internationale interessierte Kollegen in Baden-Baden zu den International Implantology Days, einer Veranstaltung des Seattle Study Clubs. Die Organisation des Kongresses der Dentclinic & Academy von Dr. Henriette Lerner bot 300 Teilnehmern aus 20 verschiedenen Ländern Lösungen und mögliche Wege für die Zukunft der Zahnmedizin. Themen wie der Wandel der herausfordernden Aufgaben der heutigen Implantologie und die zunehmenden Möglichkeiten der Digitalisierung sowie die offene Diskussion von Grenzen und Möglichkeiten standen im Fokus der Veranstaltung.**

Eine der Botschaften: Die Digitalisierung der Medizin und speziell der Zahnmedizin ist der absolute Zukunftstrend. Mithilfe der Digitalisierung lassen sich verschiedene Optionen im Vorfeld einer umfangreichen Behandlung und mit der Voraussetzung bestimmter Fragestellungen vorhersagbar planen und umsetzen. Als Beispiel wurde das Baltic Denture Systems vorgestellt, das es mithilfe von Aufstellungsschablonen erlaubt, in nur einer Sitzung die horizontale und vertikale Kieferrelation bei einer Vollprothese zu bestimmen, die konventionelle Abformung vorzunehmen und eine Zahnfarbbestimmung an das Dentallabor zu übermitteln. In einem Laborscanner wird alles eingescannt, später werden die Sättel der Prothese entsprechend der Funktionsabformung nach 3D-Design in einer Fräsmaschine aus einem Kunststoffblock herausgefräst. In der zweiten Sitzung wird die Prothese eingegliedert. Damit lässt sich ein enormer Zeitgewinn realisieren. Digitale Verfahren in der Chirurgie sind schon seit Längerem bekannt und

werden unter anderem bei individuell auf den Defekt „zugeschnittenen“ Knochenblöcken angewendet. Ein neuer Ansatz aus dem Bereich der Distractionsosteogenese wurde ebenfalls vorgestellt. Hierbei kommt eine Art „Regenschirm“-Implantat zum Einsatz, an dessen Schulter die Distractionschraube eingebaut ist. Durch die Drehbewegungen an der Schraube kann sukzessive Knochen in der Vertikalen aufgebaut werden. Wissenschaftliche Studien zum Thema zeigen erste vielversprechende Ergebnisse.

Weitere Techniken während der Implantatinsertion rücken weiter in den Vordergrund. Kann man nach der Extraktion eines Zahns anfänglich noch erfolgreich mithilfe einer Socket Preservation-Technik einer Atrophie zumindest in den ersten Jahren vorbeugen, so sind doch später nicht selten Probleme durch stark atrophierten Knochen zu beobachten. Diese können reduziert werden, indem Anteile der Wurzel des zu extrahierenden Zahns in der Alveole respektive an der bukkalen Alveolenwand zurückgelassen

werden. Voraussetzung ist, dass die Wurzeln ohne Infektion sind.

Neben weiteren sehr interessanten Vorträgen internationaler Referenten sind besonders auch die Berichte über das humane Engagement einiger Kollegen hervorzuheben. Humanity in dentistry: Prof. Dr. mult. Sader stellte das Team Nicaplast vor, das in Nicaragua – einem der ärmsten Länder der Welt – dafür sorgt, dass Kinder mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten eine ästhetisch-plastische Chirurgie erhalten. Das OP-Team operiert vor Ort immer begleitet von einheimischen Ärzten, um diese dort für solche Operationen auszubilden ([www.nicaplast.de](http://www.nicaplast.de)).

Das Rahmenprogramm mit dem traditionellen Abend im Casino und dem Gala-Diner in der Geroldsauer Mühle mit Unterhaltung durch Tony Marshall rundete den sehr informativen, gelungenen Kongress ab und machten neugierig auf das Programm im nächsten Jahr. ■

# UNIVERSITÄT TRIFFT PRAXIS

## Knochenaufbau vs. Sofortversorgung



Veranstaltungsort ist die Elbkuppel des HOTEL HAFEN HAMBURG mit einem sensationellen Blick auf den Hamburger Hafen.



## 4. EURO OSSEO 2016

18. + 19.11.2016 | HOTEL HAFEN HAMBURG

Kongress & 4 Workshops mit Hands-on

Bis zu  
**20 CME  
Punkte**



### DR. DENNIS P. TARNOW

Direktor Columbia University  
College of Dental Medicine,  
New York

Interdisziplinäre Vorgehensweise  
im Management von Implantatmiss-  
erfolgen im ästhetischen Bereich

Der **4. EURO OSSEO 2016** bringt u.a. zwei der weltweit führenden Zahnärzte zusammen. Zum einen Prof. Dr. Dennis Tarnow, erstmalig in Hamburg zu hören, der sich den Themen Ätiologie und Behandlungslösungen über Sofortimplantationen in Extraktionsalveolen widmen wird. Zum anderen Prof. Dr. Paulo Malo, der Erfinder der All-on-4<sup>®</sup> Methode und Weiterentwickler des Zygoma Implantats. Das MALO CLINIC Protokoll hat die Oralchirurgie, insbesondere hinsichtlich der Implantologie und festsitzenden Versorgungen, revolutioniert. Prof. Dr. Dr. Max Heiland ist der dritte herausragende Referent auf diesem Gipfeltreffen der internationalen Expertise im Fachgebiet der Implantologie:

### DR. PAULO MALO

Präsident der MALO CLINIC  
Health & Wellness, Lissabon

Hochmodernes Rehabilitations-  
verfahren bei Zahnlosigkeit:  
Das MALO CLINIC Protocol



**UNIVERSITÄT TRIFFT PRAXIS**  
Knochenaufbau vs. Sofortversorgung

#### Veranstalter:

European Academy of  
Implant Dentistry, EAID  
Heegbarg 29 | 22391 Hamburg  
Tel. +49 - (0) 40 - 602 42 42  
www.euro-osseo.com

#### Veranstaltungsort:

Hotel Hafen Hamburg  
Seewartenstraße 9  
20459 Hamburg  
Tel. +49 - (0) 40 311130  
Zimmerkontingent  
mit Discount Rate.

#### WEITERE INFOS UND ANMELDUNG UNTER

**www.euro-osseo.com**

Die Teilnehmerzahl ist limitiert.





## 11. Internationales Wintersymposium 2016 der DGOI fand in Zürs/Arlberg statt

# Update Implantologie 2016

**Implantologie ist spannend, in der täglichen Praxis durchaus auch fordernd. Gilt es doch Herausforderungen sicher zu meistern. Das macht die implantologische Therapie für viele Zahnärzte wie Zahntechniker zur Berufung. Die Leidenschaft für diesen Fachbereich war den namhaften Referenten und rund 100 Teilnehmern des 11. Internationalen Wintersymposiums der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) Ende Februar 2016 in Zürs/Arlberg anzumerken.**

Was funktioniert, was geht nicht? Die Referenten stellten praxisrelevante Richtlinien und Abläufe vor – verständlich, praxisnah und direkt am Montagmorgen umsetzbar. Intensiv beleuchtet wurden die Themen Sofortimplantation, -versorgung und -belastung. Auch für die Einzelzahnversorgung in der Oberkieferfront ist laut *Dr. Paul Weigl*, Frankfurt am Main, die Sofortversorgung eine Option. Selbst ein dünner Weichgewebstyp stellt keine Kontraindikation dar. Wichtig ist die minimalinvasive Extraktion. *Prof. Dr. Georg-H. Nentwig* fragte: Gedeckte Implantateinheilung – heute noch aktuell? Angezeigt ist die gedeckte Einheilung zum Beispiel bei einem Sinuslift mit apikalem Defekt. Der Knochen benötigt eine Einheilphase mit Knochentraining. Doch in der Versorgung zahnloser Kiefer hat sich das Vorgehen verändert: Es gibt verschiedene Konzepte, die die Sofortversorgung der inserierten Implantate mit einem Provisorium ermöglichen. Die gedeckte Einheilung kommt dann in Betracht, wenn die notwendige Primärstabilität nicht erreicht wird. *Dr. Fred Bergmann*, Präsident der DGOI, gab einen Überblick über die Möglichkeiten der Knochenregeneration. Diese lässt sich beispielsweise durch wachstumsfaktorenreiches Plasma, das

aus einer geringen Menge Patientenblut gewonnen wird, positiv beeinflussen. Komplexe chirurgische Eingriffe werden vorhersagbarer. *Dr. Bernd Giesenhagen*, Kassel, zeigte mit Blick in die Zukunft, dass allogene Knochenblöcke in Kombination mit Stammzellen, gewonnen aus dem Gaumenbindegewebe, die Knochenregeneration verbessern.

Save the date

**13. Jahreskongress der DGOI  
30. September und 1. Oktober 2016**

Programm und Anmeldung:  
[www.dgoi.info/veranstaltungskaender](http://www.dgoi.info/veranstaltungskaender)

Zink, Eisen, Nickel, Chrom, organische Materialien – diese Partikel befinden sich auf einigen der Implantatoberflächen, die *Dr. Dirk Duddeck*, Berlin, im Rahmen einer Studie auf Verunreinigungen untersucht hat. Sein Fazit: Das Qualitätsmanagement ist im Herstellungsprozess eines Implantats ein wichtiger Faktor und findet sich auch im Preis wieder.

Out of the box – das waren die Themen der Special Lectures. Endodontie versus Implantologie? *Dr. Thomas Clauder*, Hamburg, machte die Entscheidung an den möglichen Erfolgsaussichten der Endo-Behandlung fest. Die klaren Indikatio-

nen für den Zahnerhalt sind zu nutzen. Stimmt jedoch die Prognose nicht, ist ein Implantat die valide Alternative. Um Mundgesundheit im Alter ging es *Peter Brehm*, Senden. Er sensibilisierte für die komplexen Zusammenhänge von Parodontitis und allgemeinmedizinischen Erkrankungen, die noch zu unbekannt seien. Mit *Hans-Uwe L. Köhler*, Börwang, und *Prof. Dr. Janos Winkler*, Lüneburg, waren zwei über die Dentalwelt hinaus bekannte Coaches als Referenten vor Ort. „Immer entspannt in die Patientenberatung gehen“, lautete einer der vielen Tipps von *Köhler*. Bei *Prof. Dr. Winkler* ging es um den spannenden Zusammenhang von Gesundheit und molekularer Medizin. Weitere Themen waren unter anderem Risikopatienten, Rezessionsdeckung, Periimplantitis und Implantatprothetik. Intensiv war der Wissenstransfer in den insgesamt 15 verschiedenen Workshops, die in Kooperation mit Industriepartnern stattfanden. An der Seite der Referenten wurde ein Thema intensiv vertieft und die Kollegen lernten detailliert die Arbeitsabläufe kennen – ein Benefit selbst für erfahrene Implantologen.

Immer wieder legendärer Höhepunkt: Der Hüttenabend! In diesem Jahr trafen sich die DGOI-Freunde in Tonís Einkehr, die bis auf den letzten Platz besetzt war. Nach dem gemütlichen Fondue spielte das Trio *Gerhard Gabriel* auf und heizte die Après-Stimmung an. Save the date: Das 12. Internationale Wintersymposium der DGOI findet vom 5. bis 9. April 2017 – Pre-Kongress am 4. April – statt. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.dgoi.info](http://www.dgoi.info)



Während des 11. Internationalen Wintersymposiums der DGOI folgten die Teilnehmer konzentriert den praxisrelevanten Themen aus der Chirurgie, Prothetik, Zahntechnik und Praxisorganisation.





#### 4. DZR Dr. Güldener Kongress für Abrechnung und Praxismanagement im April 2016 in Stuttgart mit mehr als 200 Teilnehmern

## Impulse für das Management

**Wie lassen sich Potenziale einer Praxis identifizieren und realisieren? Konkrete Antworten auf diese Frage und zahlreiche Impulse für die erfolgreiche Praxisführung bot der 4. DZR Dr. Güldener Kongress für Abrechnung und Praxismanagement Ende April 2016 im Hotel Mövenpick Stuttgart Airport & Messe. Mehr als 200 Abrechnungsspezialisten, Praxismanager und Praxisinhaber aus ganz Deutschland erlebten zwei informative Tage mit einem abwechslungsreichen Programm und exzellenten Referenten.**

Wie lassen sich Fehlerquellen in der Abrechnung minimieren? *Sabine Schmidt*, Leiterin GOZ-Referat der Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren der Dr. Güldener Gruppe (DZR), stellte mit ihrer Zehn-Punkte-Check-Liste ein effektives Hilfsmittel zur Überprüfung von Rechnungen vor und erläuterte zwei der fünf neuen PerformancePro-Module der Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren, die die Kunden ab sofort in der Steigerung des Praxiserfolgs unterstützen. Das ErstattungsPortal enthält umfangreiche Begründungen, einsetzbare Argumentationshilfen und Urteile samt Kommentierungen zu GOZ, GOÄ, Analogleistungen etc. Mit dem Modul BenchmarkPro lassen sich Praxisvergleiche auf Detailebene der Abrechnungsziffern für GOZ, GOÄ, Analogleistungen, Verlangensleistungen und so weiter vornehmen. Neben Periodenvergleichen der eigenen Abrechnungsdaten können auch Gegenüberstellungen mit anonymisierten Praxisvergleichsgruppen vorgenommen werden. *Schmidt* zeigte, wie sich mit diesen Modulen Potenziale in der Praxis identifizieren und realisieren lassen. Dass die freie Honorarvereinbarung die Möglichkeit für ein wirtschaftlicheres Honorarmanagement darstellt, verdeutlichte *Dr. Jan Wilz*, Zahnarzt aus Mannheim. Die Berechnung eines zusätzlichen Honorars ist bei vielen GOZ-Leistungen notwendig, um wirtschaftlich rentabel arbeiten zu können. Wichtig für das

Vertrauensverhältnis zu den Patienten ist, dass auch die Mitarbeiter über die Gründe für eine freie Honorarvereinbarung informieren können. Die Abrechnung zahn-technischer Leistungen ist ein komplexes Thema. Konkrete Empfehlungen für den Bereich Modellherstellung gab *Uwe Koch*, Geschäftsführer von GO-ZACK aus Willich. Mit *Susanne Storch*, Referentin der DAISY-Akademie aus Eppelheim, ging es um die abrechenbaren Positionen für Suprakonstruktionen. Wachstumspotenzial bietet der Weg von der Einzelpraxis zur Mehrbehandlerpraxis mit angestellten Zahnärzten. Was dabei juristisch zu beachten ist, erläuterte Rechtsanwalt *Theo Sander*, Partner bei der Kanzlei Prof. Bicanski & Sander aus Münster. So müssen Assistenz Zahnärzte bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) angemeldet und genehmigt werden. Auch kann die Gewerbesteuerpflicht drohen, wenn die gesetzlich limitierte Anzahl angestellter Zahnärzte pro Vertragszahnarzt überschritten wird. Mit der Gründung eines zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums (Z-MVZ) fällt diese Limitierung weg. Dass eine Mehrbehandlerpraxis einer anderen Organisationsstruktur bedarf als eine Einzelpraxis, stellte *Maike Klapdor* mit ihren Kollegen *Markus Epping* und *Karoline Frohlinde* von KlapdorKollegen Dental-Konzepte aus Münster dar. Die professionelle Mitarbeiterführung ist die zentrale Aufgabe, um das Team dauerhaft

an die Praxis zu binden. Entscheidende Schritte sind das Installieren von verschiedenen Führungsebenen mit Teamleitern.

Mit dem Praxiscoach und Trainer *Axel Thüne* aus Kieselbronn ging es um das Thema Patientenberatung. Er sensibilisierte die Teilnehmer für den Stress-Zustand, der sich bei den Patienten automatisch mit dem Betreten einer Zahnarztpraxis einstellt. Deshalb sollte das erste Beratungsgespräch auch dazu dienen, die Patienten zu entspannen. Mit Humor und einer guten Portion Selbstironie vermittelte *Stefan Verra* aus Österreich wissenschaftlich untermauerte Erkenntnisse rund um die Sprache des Körpers. So geschehen 89 Prozent der Sinneswahrnehmung über die Augen, hingegen nur 0,9 Prozent über die Ohren. Deshalb ist eine gute Körpersprache, nicht nur für den Berufsalltag wichtig.

Die Teilnehmer zogen ein durchweg positives Fazit. Sie lobten das Programm, die Referenten und das DZR-Moderatorenduo, bestehend aus *Sabine Schmidt* und *Thomas Randi*, Gebietsmanager DZR. Der 5. DZR Dr. Güldener Kongress für Abrechnung und Praxismanagement findet am 5. und 6. Mai 2017 im Hotel Mövenpick Stuttgart Airport & Messe statt. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.dzr.de](http://www.dzr.de)

Teilnehmer des neuen ITI Curriculums geben erste Feedbacks

# Mehr als nur ein kollegialer Austausch

**Das ITI (International Team for Implantology) stellt einen besonderen Anspruch an die Qualität seines Fortbildungsangebotes. Als Anfang November 2015 das neue ITI Curriculum mit einer Gruppe von 21 Teilnehmern in Hamburg an den Start ging, waren die Erwartungen entsprechend hoch.**

Das praxisorientierte und ausschließlich evidenzbasierte Curriculum setzt laut *Prof. Dr. Gerhard Wahl*, ITI Curriculums-Beirat und Past Chairman der deutschen ITI Sektion, andere Schwerpunkte als vergleichbare Angebote. Der international ausgerichtete Charakter sei ein Qualitätsmerkmal des länderübergreifenden postgradualen, strukturierten Curriculums und mache einen wesentlichen Teil dessen Attraktivität aus.

So erklärt sich auch das große Interesse und die erfreuliche Zahl von derzeit 21 Teilnehmern. *Prof. Dr. Gerhard Wahl* ergänzt: „Die Kursbesucher werden im Rahmen dieses Curriculums die umfassende Wissenswelt des ITI mit seinen enormen inhaltlichen Potenzialen kennenlernen. Dadurch eröffnet sich für die Absolventen ein neuer Horizont und eine Netzwerkstruktur, die aufgrund ihrer Internationalität und Aktualität besonders attraktiv und kaum zu übertreffen ist.“

Inzwischen ist das vierte von neun Modulen des ersten ITI Curriculums abge-



*Prof. Dr. Gerhard Wahl, ITI Curriculums Beirat und Past Chairman der deutschen ITI Sektion*

schlossen. Man kann folglich bereits erste Eindrücke und Erfahrungen der Teilnehmer sammeln. Wertvolle Feedbacks gaben beispielsweise die in Hamburg praktizierende Zahnärztin *Marietta Gocke* und der im oberpfälzischen Schwandorf niedergelassene Zahnarzt *Marco Wagner*.

Beide meldeten sich mit unterschiedlichen Intentionen an. Während *Marietta Gocke* ihre mehr als zehnjährige implantologische Tätigkeit durch zusätzliche theoretische und praktische Erfahrungen untermauern möchte, beabsichtigt *Marco Wagner* das oralimplantologische Knowhow im Rahmen des ITI Curriculums von Grund auf kennenzulernen. Beide Zahnmediziner sind ITI Mitglieder, sodass das Wissen um die Kompetenz des ITI ein weiterer Grund war, am Curriculum teilzunehmen.

*Marietta Gocke* lobt die Struktur der Vorträge und hob in ihrer Beurteilung insbesondere den kollegialen Austausch auch über die Kurstage hinaus hervor. *Marco Wagner* legt in seiner positiven Betrachtung den Schwerpunkt auf die Inhalte, die für ihn als Einsteiger besonders wertvoll sind. Das zweite ITI Curriculum startet im November 2016. ■

**Weitere Informationen:** [www.iti-curriculum.org](http://www.iti-curriculum.org)

## Feedback



### Zahnärztin Marietta Gocke:

„Was mir gefällt, ist die Offenheit der Teilnehmer, mit denen man auch außerhalb des Curriculums gut kommunizieren kann.“

## Feedback



### Zahnarzt Marco Wagner:

„Es ist alles gut strukturiert. Zum ersten Mal in Hamburg dabei, sage ich: Das waren super Vorträge.“



# AKTIONSBÜNDNIS gesundes Implantat

## GEMEINSAM FÜR GESUNDE IMPLANTATE



Werden Sie  
**ImplantatPflegeCenter!**

für monatlich € 19,00 (zzgl. MwSt.)

Infos unter [www.gesundes-implantat.de/ipc](http://www.gesundes-implantat.de/ipc)



NEU: Vorteilsangebot in  
Kooperation mit [implantate.com](http://implantate.com)



Auszeichnung ImplantatPflegeCenter

Listing im Implantologen-Verzeichnis

Hochwertiger Plexiglas-Aufsteller

Optionale Gewährleistungsgarantie\*

Infomaterial für Patienten

Optionale Preisgarantie\*

Vorteilsangebot für monatlich **€ 42,00** (zzgl. MwSt.)

\*Informationen auf [implantate.com](http://implantate.com)

## Implantate brauchen Pflege

Das Aktionsbündnis gesundes Implantat setzt sich für die Prävention periimplantärer Erkrankungen ein – für eine nachhaltige Implantologie mit zufriedenen Patienten!

[www.gesundes-implantat.de](http://www.gesundes-implantat.de)

E-Mail: [info@gesundes-implantat.de](mailto:info@gesundes-implantat.de)

Tel.: 0800 - 229 071 0





Erfahrene Cerec-Zahnärzte begrüßen Zirkonoxid für die Behandlung in nur einer Sitzung

## Neuer Workflow

**Dentsply Sirona CAD/CAM präsentierte Meinungsführern der restaurativen Zahnheilkunde aus aller Welt den neuen Cerec Zirconia Workflow in Bensheim. Mitte März 2016 erlebten 150 nationale wie internationale Cerec-Erprober und -Trainer die Arbeitsabläufe mit dem neuen Cerec SpeedFire-Ofen in Vorträgen und Hands-on-Kursen.**

Ende Februar präsentierte Dentsply Sirona CAD/CAM auf dem Midwinter Meeting in Chicago den innovativen Cerec Zirconia Workflow, der erstmalig Restaurationen aus Zirkonoxid in einer Sitzung ermöglicht. 150 nationale wie auch internationale Cerec-Trainer und Cerec-affine Zahnärzte erhielten bei einem dreitägigen Workshop Mitte März 2016 bei Dentsply Sirona in Bensheim exklusiv die Möglichkeit, diesen völlig neuen Prozess live zu erleben. Durch das Programm führte *Mike DiTolla*, Clinical Director Dentsply Sirona CAD/CAM.

*Roddy MacLeod*, Vice President Dental CAD/CAM Systems bei Dentsply Sirona, erläuterte den Teilnehmern den besonders kurzen Verarbeitungsprozess von Cerec Zirconia zu Vollkronen und Brücken in einer einzigen Sitzung. Das Material lässt sich zeitsparend trockenfräsen und anschließend in 10 bis 15 Minuten sintern. „Der Zeitaufwand bei der Herstellung von Seitenzahnkronen aus Cerec Zirconia ist vergleichbar mit den bisher

üblichen Cerec-Verfahren und kann somit genauso als Chairside-Verfahren gelten“, erläutert *Dr. Klaus Wiedhahn* aus Buchholz. In jeweils einem Hands-on-Kurs zur Fertigung einer Einzelkrone und einer Brücke konnten die Zahnärzte den kompletten Cerec Zirconia-Workflow durchlaufen. Als großen Vorteil empfanden die Teilnehmer die monolithische Form der Restaurationen, da dadurch kein Chipping-Risiko besteht. Ein weiteres Plus: Zirkonoxid kann konventionell zementiert werden. Auch die Farbauswahl passt zu den neuen Möglichkeiten, denn Cerec Zirconia ist ein voreingefärbtes transluzentes Zirkonoxid und in zehn Farben in Anlehnung an den Vita Classic Shade Guide erhältlich.

Hintergrundinformationen zu Vollzirkon als Teil des Cerec Material-Portfolios lieferte *Prof. Dr. Albert Mehl*, Leiter der Abteilung für computergestützte restaurative Zahnmedizin am Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich. *Rella Christensen*

aus Provo/USA, präsentierte darüber hinaus eine Studienübersicht zu Vollzirkon – das Material ist gut erprobt und bewährt. Cerec-Erprober steuerten hierzu ihre ersten Erfahrungen bei. *Dr. Mike Skramstad*, Orono/USA, ist einer von ihnen. Sein Credo: „Was wir dem Patienten einsetzen, muss auch in einigen Jahren noch funktionieren. Deshalb bin ich von monolithischen Kronen aus Zirkonoxid überzeugt.“

Am dritten Tag der Veranstaltung hatten die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Erfahrungen vom Vortag auszutauschen und Fragen zum Cerec Zirconia-Workflow untereinander und mit dem Hersteller zu diskutieren. Die Cerec-Experten können dadurch neue Entwicklungen in der CAD/CAM-Technologie aktiv begleiten und ihre praktische Expertise in den Prozess einbringen. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.dentsplysirona.com](http://www.dentsplysirona.com)



150 Cerec-Trainer und Cerec-affine Zahnärzte aus der ganzen Welt informierten sich über den Cerec Zirconia Workflow von Dentsply Sirona CAD/CAM bei der dreitägigen Veranstaltung in Bensheim.



Cerec Zirconia kann mit der Cerec Schleif- und Fräseinheit trocken bearbeitet werden.



Der neue Sinterofen Cerec SpeedFire benötigt für Kronen nicht einmal eine Viertelstunde.



»»  
WIR

... gratulieren! «

20 Jahre BDIZ EDI konkret

**BEGO Implant Systems**

[www.bego.com](http://www.bego.com)

Miteinander zum Erfolg



Zest Anchors lanciert den neuen Locator R-Tx

# Ein goldiges Produkt

**Als Verankerungssystem bietet der Locator für herausnehmbare, implantatgetragene Prothesen Implantatherstellern, Behandlern und Patienten zuverlässigen Halt. Zest Anchors aus Kalifornien hat sich den modernen klinischen Ansprüchen gestellt und im März 2016 in Frankfurt am Main mit dem Locator R-Tx die nächste Generation des erfolgreichen Systems und dessen Leistungsspektrum für Praxis und Labor präsentiert.**

Nach der Einführung durch *Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa* von der Danube Private University präsentierte *Russ Bonafede*, Zest Anchors, die technischen Details der neuen Locator-Generation. Das bereits 1977 vom Zahntechniker *Max Zuest* gegründete Unternehmen konzentriert sich seit jeher auf die Bevölkerungsschicht der unbezahnten Patienten. Festsitzende Versorgungen bleiben für breite Bevölkerungsschichten nicht erschwinglich und so darf bei herausnehmbaren vollprothetischen Lösungen ein steigender Bedarf erwartet werden. Der seit 15 Jahren am Markt erhältliche Locator dürfe dabei als Goldstandard in der Befestigungstechnik gelten. Nun führt man mit dem Locator R-Tx (Removable Treatment) die nächste Generation ein. Hinter der Entwicklung des R-Tx steht der direkte Input seitens der Zahnärzte und Patienten. Bewährte Details wurden daher beibehalten, andere Forderungen, wie beispielsweise ein besserer Ausgleich größerer Divergenzen, neu erfüllt. Herausstehend sei dabei die Entwicklung des neuen, widerstandsfähigeren Titancarbonitrid-Coatings, mithilfe

dessen die äußere Hülle um 30 Prozent härter gestaltet werden und die bisweilen kritisierte Abnutzung deutlich verringert werden konnte und dessen leicht pinkfarbener Ton sich dem Weichgewebe sehr harmonisch anpasst.

*Dr. Karl-Ludwig Ackermann* aus Filderstadt zeigte, dass selbst weit fortgeschrittene Grade der Atrophie durch den Locator ausgeglichen werden können. *Ackermann* präsentierte implantatgetragenen Zahnersatz auf vier Implantaten mit dem neuen R-Tx und lobte neben dem ökonomischen Aspekt vor allem die gute Hygienefähigkeit dieses Konzepts. „Finden Sie den richtigen Patienten für die richtige Versorgung, und umgekehrt die richtige Versorgung für den richtigen Patienten“ – dank der Locator-Technik habe man eine Reihe guter alternativer Optionen.

„Ein goldiges Produkt“, nannte *Ztm. Gerhard Stachulla* aus Bergen, die neue Generation des Locators. Am Anfang stehe die interdisziplinäre Gesamtanalyse. „Implantatgetragene Versorgungen sind für mich

übrigens immer festsitzend“, korrigierte *Stachulla* das Vokabular, „einige sind daneben zum Reinigen eben herausnehmbar.“ Der neue Locator besitzt eine 50-prozentige Schwenkfähigkeit zum Ausgleich von Angulationen bis zu 60 Grad, und eine standardisierte 1,25 mm- hex-Einbringgeometrie statt des einstigen TriLobe. Das Titan des früheren Locators habe sich öfter abgearbeitet, die neue Oberfläche verspreche eine deutlich verbesserte Dauerhaftigkeit. Für sein Credo „Implantologie ist Prothetik mit einer chirurgischen Komponente“ ist der Locator ein sehr wichtiger Teil. Die Patientenakzeptanz sei daneben besonders hoch: „Trotz der vertretbaren Kosten spürt der Patient, dass etwas ganz individuell für ihn angefertigt wurde.“

*Prof. Dr. Ralf Rössler* definierte als Ziel einer vor-implantären Therapie, eine bereits in der Diagnostik einsetzende Prävention von Entzündungsrisiken. Während die Kariesinzidenz abnimmt, nimmt die Zahl der Parodontalerkrankungen deutlich zu. Herausnehmbare Versorgungen und Lösungen mit dem Locator seien daher zu empfehlen. „Die Mundhöhle ist bei Pflegekräften oft Tabuzone“, Lösungen wie mit dem Locator daher auch in diesen Situationen absolut hilfreich. Für Patienten ist das Handling auch bei nachlassenden motorischen Fähigkeiten sehr einfach.

*Prof. Kielbassa* fasste die technischen Vorteile des Systems abschließend noch einmal zusammen: „Die Verwendung des Locators und auch des neuen Locators R-Tx ist ein kleiner Schritt für den Behandler, aber ein großer für den Patienten hin zu mehr Lebensqualität.“ ▶



*Russ Bonafede, Zest Anchors, Dr. Karl-Ludwig Ackermann und Ztm. Gerhard Stachulla freuen sich über die neue Locator-Generation.*





# WIR FÜR DICH NEXT TO YOU

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR ORALE IMPLANTOLOGIE

**JETZT  
ANMELDEN!**

## DER ETWAS ANDERE KONGRESS



## CURRICULUM IMPLANTOLOGIE

Ihre Zukunft heißt:  
Implantologie

# 8+1

Die DGOI bietet über neun Wochenenden eine konsequent praxisorientierte Fortbildung in der oralen Implantologie inkl. Praxismanagement, Abrechnung und Recht an.

### Kursgebühren:

4.800 EUR (Mitglieder)  
5.800 EUR (Nichtmitglieder)

### Anmeldung:

Weitere Informationen erhalten Sie von Frau Semmler, Tel. 07251 618996-15

E-Mail: [semmler@dgoi.info](mailto:semmler@dgoi.info)

### Führende Referenten aus Hochschule und Praxis:

Dr. Georg Bayer | Dr. Fred Bergmann | Prof. Dr. Herbert Deppe | Prof. Dr. Georg-H. Nentwig | Prof. (NYU) Ady Palti | Dr. Marius Steigmann | Dr. Paul Weigl | Dr. Achim Wöhrle | Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, u.a.

### Intensiver Wissensaustausch mit den Referenten

### Einmalig in Deutschland

Anerkennung durch die New York University College of Dentistry mit Zertifikat (bei voller Mitgliedschaft)

### Begeisterte Teilnehmer sprechen für die Qualität dieses Curriculums

### Zahlreiche Live-OPs und Hands on

### Kursreihe 29

beginnt am 01./02. Juli 2016

endet am 12./13. Mai 2017

**194 Fortbildungspunkte /BZÄK**

## 30. September bis 1. Oktober 2016

### 13. Internationaler Jahreskongress der DGOI – Europa Park Rust, Hotel Colosseo –

*für das gesamte Praxisteam – und die ganze Familie*

### WORKSHOP-THEMEN

Chirurgie | Augmentation | Prothetik | Knochenaufbau | CAD/CAM | Prophylaxe | Hygiene | Abrechnungen | Qualitätsmanagement | Antikorrupsionsgesetz

» Anmeldeformular und Infos zur Hotelbuchung finden Sie auf unserer Homepage



GOLD-PARTNER



SILBER-PARTNER

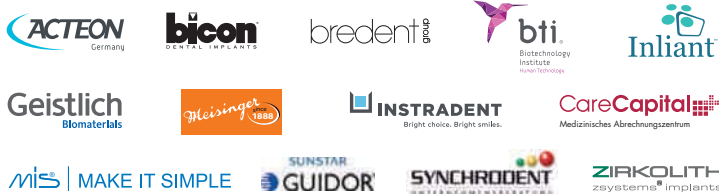
**Dentsply Sirona**  
Implants

**HEALTH AG**  
KONDRÄRMANAGEMENT

**camlog**

Schilli Implantology Circle **SIC**

BRONZE-PARTNER



Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie e.V. (DGOI)

Wilderichstraße 9 | 76646 Bruchsal | Phone +49 (0)7251 618996-0 | E-Mail [mail@dgoi.info](mailto:mail@dgoi.info) | [www.dgoi.info](http://www.dgoi.info)

## Interview mit Russ Bonafede, Chief Commercial Officer Zest Anchors

**Herr Bonafede, ein Locator gilt als bewährte Verankerung für herausnehmbare, implantatgetragene Prothesen und hat sich in diesem Bereich als weltweit führendes System etabliert. Was hat Zest Anchors dazu veranlasst, mit dem Locator R-Tx einen Nachfolger auf den Weg zu bringen?**

Zest blickt auf über 40 Jahre Erfahrung im Bereich dentaler Verankerungstechnologien zurück und wir sehen es als Mission an, diese immer weiter zu verbessern. Der Locator hat seit seiner Einführung 2001 eine enorme Nachfrage erfahren und sich zum unangefochtenen Marktführer



Russ Bonafede

bei den implantatgestützten Verankerungssystemen entwickelt. In dieser Zeit haben wir das Feedback klinischer Anwender und kooperierender Implantatanbieter angenommen, um die nächste Generation des Locators noch einfacher, stärker und besser zu machen. Während die Versorgungsform erhalten bleibt, vereint Locator R-Tx gegenüber dem ursprünglichen Design zahlreiche Funktionsoptimierungen. Das Ergebnis bietet eine verbesserte, langlebigere Lösung, die für mehr Patientenzufriedenheit sowie eine einfachere Produktanwendung sorgt und das Vertrauen erhöht. Und glückliche Patienten bedeuten weniger unerwartete Termine.

**Können Sie erläutern, was den Locator R-Tx vom bewährten Locator unterscheidet?**

Alle Optimierungen hier aufzuführen, würde den Rahmen unseres Gesprächs sprengen – eine detaillierte Übersicht findet sich in unserer Broschüre. Hier ein Blick auf die Haupteigenschaften: Das Geheimnis des Locator sind die schwenkbar gelagerten Retentionseinsätze innerhalb des Matrizengehäuses. So entsteht ein belastbares System, das es Patien-

ten ermöglicht, Prothesen einzusetzen und herauszunehmen, ohne einzelne Komponenten zu beschädigen – sogar bei divergenten oder konvergenten Implantatpositionen. Die Modifikationen am Matrizengehäuse des Locator R-Tx erlauben nun ein Schwenken um bis zu 30 Grad pro Implantat, was zwischen Implantaten eine maximale Divergenz beziehungsweise Konvergenz von 60 Grad ermöglicht. In der Praxis lassen sich bisherige und neue Retentionseinsätze bequem unterscheiden: Die Locator R-Tx-Variante kann an der Doppelwölbung erkannt werden, die exakt auf das Abutment passt. Die Retentionsabstufungen Zero (grau), Low (blau), Medium (pink) und High (transparent) sind vergleichbar mit dem bewährten Locator, jedoch keinem bestimmten Kraftmaß zugeordnet und vereinfachen die Auswahl. Aufgrund des Abutmentdesigns und der Fähigkeit, nun ein Maximum von 60 Grad zwischen zwei Implantaten zu versorgen, sind ein erweiterter Schwenkbereich und damit zwei unterschiedliche Arten Retentionseinsätze nicht mehr erforderlich, was das System nochmals verschlankt. Ein weiteres, elementares Feature ist die exklusive DuraTec-Multibeschichtung, die Härte und Abriebfestigkeit steigert und im Vergleich zu Zests in der Industrie führenden Titanitridbeschichtung eine niedrigere Oberflächenrauheit aufweist.

**Das klingt vielversprechend, doch welche Vorteile bringt dies in der Praxis?**

Die Materialeigenschaften der neuen Beschichtung sorgen für eine längere Lebensdauer des Abutments und die verbesserte Schwenktechnologie macht abgewinkelte Abutments, welche zu zeit- und kostenintensiven Behandlungen führen könnten, überflüssig. Zudem wurde diese mit einer charakteristischen, pinken Farbe ausgestattet, um der Ästhetik der Gingiva näher zu kommen. Auch das Matrizengehäuse ist in einem anodisierten Pink gehalten und ist daher vorteilhaft bei besonders dünnen Stellen der Prothese. Das neue Abutment mit dualer

Retention und einer schmalen koronalen Form, die für einen kegelähnlichen Effekt sorgt, bietet Patienten nicht nur einen besseren Halt des Zahnersatzes, sondern erleichtert auch das Einsetzen und Herausnehmen der Prothese. Dies wiederum führt zu weniger Kantenverschleiß des Retentionseinsatzes, was eine längere Lebensdauer und weniger Praxisbesuche zur Folge hat. Des Weiteren verwendet das System einen standardisierten Schraubmechanismus und verringert so die Fläche für Lebensmittelreste und Plaque, was den Patienten eine bessere Hygiene bietet. Alles in allem sorgen die patientenorientierten Verbesserungen für eine längere Haltedauer, einen bequemeren Sitz der Prothese und weniger Patientenbesuche.

**Für welche Implantatsysteme ist der neue Locator R-Tx derzeit verfügbar?**

Locator R-Tx ist bis dato für die führenden Implantatanbieter erhältlich und wir arbeiten fortlaufend eng mit den Herstellern zusammen, um die neue Produktlinie auszubauen und um weitere Implantatsysteme zu erweitern. Zest Anchors wird im Laufe des Jahres neue Abutments einführen – ein regelmäßiger Besuch unserer Webseite ist empfehlenswert, um neu verfügbare Implantatsysteme ausfindig zu machen.

**Warum wird Locator R-Tx so erfolgreich sein wie sein begehrter Vorgänger?**

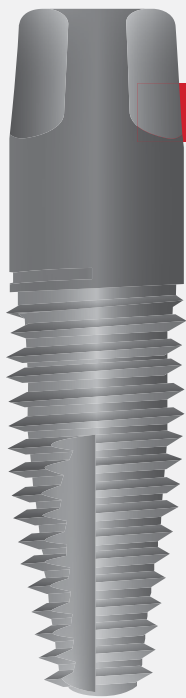
Da es sich um die konsequente Weiterentwicklung einer Lösung handelt, die sich seit vielen Jahren auf dem gesamten Globus bewährt und der Implantatanbieter, Anwender sowie Patienten vertrauen. Wir sind überzeugt davon, dass Locator R-Tx aufgrund seiner funktionalen Verbesserungen einen willkommenen Ersatz für den originalen Locator darstellt und dessen Erfolgsgeschichte fortschreibt.

**Vielen Dank für das Gespräch!** ■

Biologisch • Sicher • Wirtschaftlich • *Fair*



## Innovative einteilige Implantate setzen neue Maßstäbe



**FairOne**

**Reintitan**

Präparierbarer prothetischer Kopf  
Formkongruente Bohrer für besten IBIC  
Form für maximale Primärstabilität  
Einphasige, günstige Versorgungen  
Schonende minimalinvasive OP-Techniken



**Ziraldent®**

**FairWhite**



**Implantieren kann  
so einfach sein.**

**SCAN ME:**

Kurzvideo (ca. 2 min.)  
„Implantation FairWhite“



Beiträge in der Rubrik Markt basieren auf Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

Interview mit Christoph Weiss, geschäftsführender  
Gesellschafter der Bego Unternehmensgruppe

# Die Botschaft jenseits aller Zahlen

**In einer Welt, die immer messbarer und kontrollierter wird, die immer einfacher in „0“ oder „1“ eingeteilt werden kann, scheint der Mensch sich nicht einhellig wohlfühlen. Die neomodischen, weit verbreiteten Rituale blanken Aberglaubens können es bald mit dem tiefsten Mittelalter aufnehmen und zeigen doch nur, dass der Mensch von Bits und Bytes allein einfach nicht leben mag. Von diesem Spannungsfeld bleibt auch die dentale Implantologie nicht unberührt, immer öfter beklagen Anwender eine fehlende „Heimat“ in einer zunehmend digitalisierten und anonymisierten Welt. Zu dem Thema sprach Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, mit Christoph Weiss, Geschäftsführender Gesellschafter der mit über 125 Jahren Tradition sehr beständigen Bego-Gruppe, deren Bego Implant Systems 2015 auch bereits das 25-jährige feiern durfte.**

## **Was sehen Sie als die geheime Formel für Ihre lange erfolgreiche Tradition?**

Für uns gilt seit jeher: „Das Vorhandene infrage zu stellen.“ Diese Maxime hat schon mein Vater immer in den Fokus gestellt und auch ich sehe dies als wichtigen Schlüssel zum Erfolg. So stellen wir immer wieder unser Angebot infrage, stets mit dem Ziel, die passenden Lösungen für Zahnärzte, Implantologen und Zahntechniker anzubieten. Nur so können wir alle am Ende des Tages zum Wohle des Patienten beitragen. Das bringt auch unser Leitmotiv „Miteinander zum Erfolg“ zum Ausdruck. Denn hinter dem Erfolg steht auch immer eine Teamleistung. Als wir beispielsweise das Selektive Laserschmelzen für Halbfertigteile aus der edelmetallfreien Legierung Wirobond C+ entwickelt haben, wurden dauerhaft Optimierungen am Verfahren vorgenommen. Heute drucken wir nicht nur noch mit Metall, sondern haben mit dem 3D-Drucker Varseo ein System auf dem Markt gebracht, mit dem zahntechnische Labore speziell entwickelte Hochleistungskunststoffe für unterschiedliche Versorgungen drucken können. Erneut haben wir damit



gezeigt, dass wir am Puls der Zeit sind und haben uns für die Zukunft nicht nur im Bereich 3D-Druck noch viel vorgenommen. Die Entwicklung von Neuheiten und Weiterentwicklungen ist aber auch mit Voraussetzungen verbunden: Zum einen muss die Bereitschaft bestehen, in Forschung und Entwicklung sowie in neue Technologien zu investieren. Wir brauchen aber auch im Haus entsprechende Persönlichkeiten, die mit ihrem Pioniergeist die Zukunft der Zahngesundheit mitgestalten wollen. Und da wären wir wieder bei dem Punkt den ich eingangs erwähnte: Nur gemeinsam kann man Lösungen schaffen, die später auch vom Markt angenommen werden.

## **Wie viele „Werte“ kann sich ein Unternehmen wie Ihres in einem umkämpften globalen Markt denn überhaupt noch leisten?**

Gegenfrage: Kann man es sich leisten, keine Werte zu haben?

Klare Werte zu haben, ist meiner Meinung nach heute genauso aktuell und wichtig wie noch vor Jahren. Grundsätzlich haben doch in Zeiten der Digitalisierung, wo vieles immer unper-

sönlicher wird, bestimmte Grundwerte sogar eine noch stärkere Bedeutung. Als inhabergeführtes Familienunternehmen sind uns bestimmte Werte besonders wichtig. Darunter fallen für mich insbesondere Werte wie Verantwortung, Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit. Sie sind Basis für eine erfolgreiche, partnerschaftliche und langfristige Zusammenarbeit mit unseren Kunden aber auch unter den Kollegen im Haus.

## **Wie vermitteln Sie diese Werte an Ihre Mitarbeiter, die Ihr Haus nach außen vertreten?**

Für alle Mitarbeiter der Bego gelten unsere Unternehmensgrundsätze gleichermaßen. Sie wurden bereits vor einigen Jahren von den Mitarbeitern selbst erarbeitet und seit jeher gelebt. Durch unsere familiäre Atmosphäre ist ein besonderes Miteinander entstanden, das wir auch mit unseren Partnern und Kunden teilen. Dies kann man bei Veranstaltungen wie den Bego Dialogen – bisher bekannt unter dem Namen ‚Implantology meets CAD/CAM‘ – erleben. Wir stehen gerne im engen Austausch mit unseren Gästen und sind hier immer bemüht eine gute Plattform dafür zu schaffen. Ich denke, dass uns dies mit der eben genannten Veranstaltung sehr gut gelungen ist und freue mich schon heute auf den Kongress im November!

### **Dankt Ihnen Ihr Kunde Ihre Einstellung, oder erleben Sie zunehmend Enttäuschungen?**

Viele unserer Kunden teilen unsere Werte – wahrscheinlich ist das auch einer der Gründe, warum sie mit uns zusammenarbeiten, aber sicher nur ein Grund neben vielen anderen, wie beispielsweise der Qualität unserer Produkte und Dienstleistungen oder auch unserer Mitarbeiter. Auch legen wir viel Wert auf den intensiven Dialog. Denn nur wenn wir wissen, was unsere Anwender beschäftigt, können wir entsprechend agieren. Und ich kann sagen,

dass wir mit dieser Einstellung sehr gut fahren. Unsere Kunden schätzen die familiäre

Atmosphäre und die enge Zusammenarbeit mit unseren Kollegen sehr. Wir

wollen ein Unternehmen zum Anfassen und zum Erleben sein. Jeder der

sich zum Beispiel dafür interessiert, wie es bei uns in Bremen abläuft, ist herzlich willkommen. Wir zeigen

dann gerne unsere Produktionsbereiche, wie das Oberflächentechnologie-

zentrum für unsere Semados Implantate oder das Hightech-CAD/CAM-Produktions-

zentrum der Bego Medical, wo die entsprechenden Prothetikkomponenten hergestellt werden. Wer mag, darf auch

einen Blick in unser kleines Museum werfen, das viele Raritäten aus der Geschichte der Zahnmedizin zeigt.

### **Und wann verkaufen Sie Bego an einen der globalen Dental-Riesen?**

Auch wenn Übernahmen und Fusionierungen in der Dentalbranche nicht erst seit gestern große Themen sind, behaupten wir uns seit nunmehr mehr als 125 Jahren erfolgreich am Markt. Weiterentwicklung von Produkten und Dienstleistungen sowie Erweiterungen des Portfolios und ein gut aufgestelltes Team sind hier Grundstein des Erfolgs. Immerhin bieten wir heute für Zahnärzte, Implantologen und Zahntechniker alles aus einer Hand an. Darüber hinaus macht uns der enge Kontakt zu Partnern und Kunden als weltweit agierendes Dentalunternehmen so besonders und das soll auch so bleiben. Daher setzen wir weiterhin auf ein stabiles und gesundes Wachstum – gerade international bieten viele Märkte noch ein enormes Potential.

Schlussendlich macht es mich sehr stolz, dass wir mit Stand heute sagen können, dass wir eines der wenigen (und bereits in fünfter Generation) inhabergeführten Familienunternehmen der Dentalbranche sind, das seit so vielen Jahren erfolgreich am Markt ist und immer noch weiter wächst. Daher bleibt es weiterhin mein Ziel, ein Unternehmen zu führen, das meine Familie über Generationen hinweg mit aufgebaut hat. Denn schließlich möchte ich die Geschicke irgendwann auch einmal guten Gewissens an die nächste Generation weitergeben. ■

*Herzlichen Dank, Herr Weiss, für Ihre Zeit und dieses Gespräch.*

STE

**JETZT ANMELDEN!**

18.–19.11.2016 in Bremen

# BEGO DIALOGE

und BEGO Expertentreffpunkt

### Referenten der Top-Fortbildung sind u. a.

- T. Havener
- ZTM H.-J. Lotz
- Prof. Dr. C. Meyer
- ZT A. Nolte
- ZTM J. Peters
- RA Dr. J. Pätzold
- Prof. Dr. Dr. D. Rothamel
- Dr. C. Schlüter
- ZTM S. Schuldes
- Prof. Dr. A. Trost
- Prof. Dr. D. Turhani
- Prof. Dr. B. Wöstmann

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.bego.com/dialoge](http://www.bego.com/dialoge)



Gemäß  
Richtlinien  
der BZÄK/  
DGZMK

 **BEGO**

Interview mit Roland Benz, internationales Produktmanagement bei bredent medical

# Wachstumsphase noch lange nicht erreicht

**Roland Benz, internationales Produktmanagement bredent medical, blickt auf nahezu 25 Jahre in verschiedenen Funktionen im Bereich der dentalen Implantologie zurück. Es ist immer spannend, die Erfahrungen solcher Dental-Dinosaurier zu erforschen und ihre Einschätzungen zu aktuellen und künftigen Entwicklungen abzufragen. Da derzeit das Thema Sofortversorgung und Sofortbelastung wieder einmal stark diskutiert wird, nutzte Marianne Steinbeck, Projektmanagerin BDIZ EDI konkret, ein Treffen am Stammsitz in Senden für ein Gespräch.**

**Herr Benz, wie schätzen Sie mit Ihren fast 25 Jahren Erfahrung die aktuelle Marktsituation ein?**

Mich erinnert die Lage an den Mobilfunkmarkt Ende der Achtziger Jahre, wo einige wenige Prozent riesige Autotelefone hatten. Erst mit Einführung neuer Technologien konnte dies grundlegend verändert werden. Heute hat jeder Deutsche mindestens ein Handy.

**Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?**

Schaut man sich an, wie viele Zähne beispielsweise in Deutschland jedes Jahr gezogen und wie viele Implantate gesetzt werden, sind wir bei zirka sieben Prozent Marktdurchdringung. Die Standardversorgung ist immer noch die konventionelle dreigliedrige Brücke – mit allen Nachteilen, die jeder Zahnarzt kennt. Immer noch werden gesunde Zähne amputiert, um eine minderwertige, aber leider von der Allgemeinheit über die Krankenkassenbeiträge subventionierte Therapie umzusetzen.

**Wo sehen Sie die Ursachen für diese Situation?**

Nehmen wir einen Patienten, der von seinem langjährigen Zahnarzt mitgeteilt bekommt, dass er einen Zahn verlieren wird, was immerhin laut einer IDZ Studie zirka 75 Prozent der Fälle bei Extraktionen ausmacht. Wenn dieser Zahnarzt nicht implantiert, empfiehlt er dem Patienten eine konventionelle dreigliedrige Brücke, mit den Argumenten Behandlungsdauer zwei bis drei Wochen und Kosten zwi-



Roland Benz, internationales Produktmanagement bredent medical

schen 1600 bis 2000 Euro – je nach Material, wobei die Krankenkasse noch etwas übernimmt. Von Implantaten rät er vielleicht sogar ab. Nun hat der Patient aber schon etwas von Implantaten gehört, geht also zu einem Implantologen, um eine Zweitmeinung einzuholen. Der erklärt ihm, selbstverständlich könne er ein Implantat setzen lassen, die Behandlung werde etwa fünf bis sechs Monate dauern und zwischen 2500 bis zu 5000 Euro kosten. Was glauben Sie, macht dieser Patient nun? Er geht vielleicht ins Internet und findet eine Klinik in Ungarn, die ihm die Behandlung schneller und günstiger verspricht, oder er geht zurück zu seinem langjährigen Zahnarzt, zu dem er ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hat. Dieses Szenario erklärt, warum wir in Deutsch-

land seit Jahren bei zirka einer Millionen Implantate dümpeln.

**Und mit was, denken Sie, könnte man den Markt aus dieser Stagnation befreien?**

Mit Sofortimplantation und Sofortversorgung in der One-Time-Therapie zum Beispiel. Dabei handelt es sich um keine neue Therapieform, sondern nur um die Zusammenfassung bewährter Therapiekonzepte. Schon Prof. Willi Schulte von der Universität Tübingen hat gezeigt, dass mit Sofortimplantation beziehungsweise verzögerter Sofortimplantation der Knochen und das Weichgewebe erhalten werden können. Dies wurde später auch von einer ITI-Konsensuskonferenz bestätigt. Auch für die Sofortversorgung gibt es ausreichend wissenschaftliche Evidenz, nach der durch die sofortige funktionelle Belastung des Knochens eine verbesserte Heilung eintritt. Mehr als 1000 Artikel in PubMed zu diesem Thema belegen dies, obwohl in den Lehrbüchern nach wie vor Schaubilder gezeigt werden, die etwas anderes suggerieren.

**Was verstehen Sie unter One-Time-Therapie und wo sehen sie die Vorteile?**

Bei der One-Time-Therapie wird das Implantat sofort mit dem Abutment versorgt und das gleiche Abutment sowohl in der temporären Phase als auch bei der definitiven Versorgung verwendet. Damit wird die mehrfache Traumatisierung des Weichgewebes vermieden. Zudem sinkt das Risiko der Kontamination. Außerdem kann die ganze Behandlung günstiger



werden, weil viele Behandlungsschritte erst gar nicht anfallen.

**Wie sehe damit ein idealtypisches Patientengespräch aus, wenn wir auf das Szenario vom Anfang zurückkommen?**

Es gibt verschiedene Behandlungsalternativen, die der Implantologe dem Patienten darstellen kann. Wir bei bredent medical haben uns dabei an den Sofortversorgungstypen gemäß des ITI orientiert:

- Typ 1: Sofortimplantation mit Sofortversorgung
- Typ 2: Verzögerte Sofortimplantation mit Sofortversorgung (rund sechs Wochen)
- Typ 3: Verzögerte Sofortimplantation mit Sofortversorgung (etwa drei bis vier Monate)

In allen Fällen, bei denen keine ausreichende Primärstabilität vorhanden ist, empfehlen wir die Abformung – sei es konventionell oder digital – schon während der OP vorzunehmen, um bei der Eröffnung die definitive Versorgung gleich eingliedern zu können. Abhängig von der spezifischen Situation des Patienten kann die Behandlung zwischen einem und fünf Monaten dauern. Reduzierte Behandlungszeit bedeutet weniger Kosten. Wetten, dass sich dann deutlich weniger Patienten für die Amputation ihrer Zähne entscheiden?

**Sehen Sie sich und bredent medical damit als einsame Rufer in der Wüste?**

Derzeit hat sich noch kein anderes Unternehmen dieser Therapie so entschieden


verschrieben wie bredent medical. Wir sehen aber mehr und mehr Kliniker, die die schnelle Versorgung und die Reduktion von Behandlungsschritten propagieren und fordern. In dieser Gesellschaft sehen wir uns gut aufgehoben und gehen davon aus, dass die Sofortversorgung auch weiterhin wesentlich zum Wachstum des Markts beitragen wird. Mit SKY fast & fixed und BioHPP SKY elegance haben wir zwei Therapiekonzepte, die dafür bestens aufgestellt sind und seit einiger Zeit deutlich stärker wachsen als die klassischen Therapien.

*Vielen Dank für das Gespräch.*




STE

Schmerzfrei positioniert – Ihrem Rücken zuliebe!




## Bambach® Sattelsitz

Ergotherapeutischer Spezialsitz




X

Verändert  
Ihre Haltung



✓


Verändert  
Ihr **Leben**



Neue Farben  
in **Premiumleder!**

www.hagerwerken.de

Tel. +49 (203) 99269-26 · Fax +49 (203) 299283



Vereinbaren Sie einen kostenlosen Praxistest

## 11. Internationaler Ästhetikkongress der DGÄZ

# America meets Europe

Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGAZ), die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI), die Italienische Gesellschaft für Prothetik (AIOP) und der Seattle Study Club (SSC) haben sich zusammengetan, vom 6. bis 8. Oktober 2016 Zahnärzte aus aller Welt am Tegernsee zu begrüßen. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, sprach mit Dr. Siegfried Marquardt, Leiter des Wissenschaftskomitees.

**Die DGÄZ hat 2008 erstmalig mit „America meets Europe“ Fortbildungsgeschichte geschrieben – was hat Sie bewogen, dieses Jahr wieder daran anzuknüpfen?**

Noch heute sprechen mich Teilnehmer wie Referenten auf diesen Kongress an. Im Mittelpunkt stand dabei vor allem, klare und im Alltag umsetzbare Wissensvermittlung mit offenen und kritischen Diskussionen zu verbinden. Der Wunsch war groß, America meets Europe wieder zu beleben. Inzwischen ist eine neue Generation Team Amerika herangewachsen. Waren 2008 Vince Kokich sen., Frank Spear und David Mathews die Pioniere und Altväter der strukturierten Behandlungsplanungen so werden 2016 ihre Schüler Vince Kokich jun., Gregg Kinzer und Jim Janakievski mit innovativen und weiter-

gen zu bewältigen, wissenschaftliche und klinische Argumente ihrer modernen Behandlungskonzepte zu präsentieren.

**Welchen Themenschwerpunkten wollen Sie sich widmen und welche Darbietungsformen stehen hierfür zur Verfügung?**

Die digitale Zahnmedizin wird durch Prof. German O. Gallucci (Boston) und Prof. Daniel Wismeijer (Amsterdam), die Kieferorthopädie in der Zahnheilkunde durch Vince Kokich jun. (Seattle) und Raffaele Spina (Neapel) vertreten. Gegenübergestellt werden die Möglichkeiten der rein konservativen Korrektur bis hin zur orthognathen Chirurgie. Die Fragen über Entwicklungen in der Parodontologie und Implantologie werden von Jim Janakievski (Seattle) und Gerd Körner (Bielefeld) beantwortet. Jedem Referenten werden im Vorfeld gezielte, vom Komitee erarbeitete Fragen gestellt. Zur Beantwortung dieser stehen ihnen 30 Minuten für einen Kurzvortrag zur Verfügung. Danach erfolgt eine umfassende Diskussion zwischen den Referenten und mit den Teilnehmern, die durch einen Moderator geführt und dirigiert wird. Die Erfahrungen aus 2008 zeigen, dass dieses Format für die Teilnehmer am effektivsten ist.

**Wo sehen Sie für Ihre Veranstaltung die relevantesten Fragen?**

Die Vorträge über den digitalen Workflow werden sicher spannend vorgetragen – alles Hype oder unverzichtbar in der Zukunft? Natürlich ist das Thema Periimplantitis von Bedeutung. Wie wird die wohl größte Herausforderung für implantologisch und implantatprothetisch tätige Kollegen gemeistert und wo liegen eigentlich die Ursachen? Ist es eine Frage

6-8<sup>TH</sup> OCTOBER 2016 TEGERNSEE  
**AMERICA MEETS EUROPE**



11<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE DGÄZ  
[www.america-meets-europe.com](http://www.america-meets-europe.com)

der bakteriellen Infektion – ähnlich einer Parodontitis – oder sind die Probleme möglicherweise hausgemacht? Auch muss über autoimmunologische Aspekte nachgedacht werden. Oder ist es sinnvoll, vermehrt über den Erhalt der Zähne zu diskutieren und das Implantat erst als die ultima ratio in Erwägung zu ziehen.

**Welche kulturellen, ausbildungstechnischen oder patientenspezifischen Besonderheiten zwischen den USA und Europa werden diskutiert werden?**

Früher dachten wir immer, die Amerikaner sind die Radikalen, die Europäer die Konservativen. Nun sind die Übergänge fließend. Der interkontinentale Austausch ist intensiver denn je. Aber natürlich liegt es in der Natur der Sache, dass man Kultur, Mentalität und auch die Ausbildungskonzepte nicht gleichschalten kann. Das macht den Austausch ja auch so spannend. Lassen wir uns überraschen, welche Unterschiede es gibt und was die Wissenschaft und die Praxis dazu sagen.

**Besten Dank, Herr Dr. Marquardt, für dieses Gespräch.** ■



Dr. Siegfried Marquardt

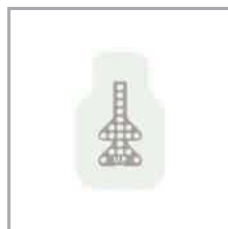
entwickelnden Konzepten vorstellig. Auch das Team Europa hat sich neu formatiert und ist unter anderem mit Mauro Fradeani, Renato Cocconi und Mirko Raffaini bestens vorbereitet die Herausforderun-

# NeoGen™

eine neue Generation  
titanverstärkter Membranen



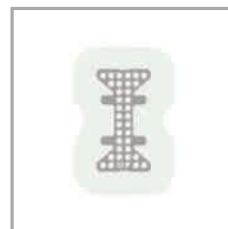
Membran - S I  
Klein Interproximal  
29 x 14 mm



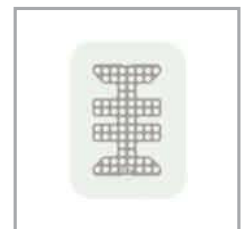
Membran - M I  
Mittel Interproximal  
30 x 19 mm



Membran - L I  
Groß Interproximal  
36 x 21 mm



Membran - M  
Mittel  
32 x 22 mm



Membran - L  
Groß  
34 x 25 mm



Dr. Kaschny PR blickt zurück und voraus

# 20 Jahre – und noch lange nicht genug

**Die Agentur für Öffentlichkeitsarbeit Dr. Kaschny PR GmbH (KPR) besteht seit 1996 und geht jetzt mit erfahrener Mannschaft die nächsten 20 Jahre an. Das Unternehmen aus Bad Homburg blickt zum Jubiläum auf eine Erfolgsgeschichte auf dem Gebiet der nationalen und internationalen Gesundheits-PR zurück – und ganz im Sinne des kürzlich verstorbenen Firmengründers, Dr. Peter Kaschny, voller Tatendrang in die Zukunft.**

Die Agentur im Bad Homburger Kapersburgweg an den Hängen des Taunus hat sich im Lauf der vergangenen 20 Jahre speziell in der dentalen Öffentlichkeitsarbeit etabliert. Dr. Kaschny PR (kurz: KPR) hat die Segmente Zahnmedizin und Zahntechnik für eine ganze Reihe renommierter Unternehmen erschlossen und trägt seit der Gründung maßgeblich zur Vielfalt der Angebote in den Dentalfachmedien bei. Daneben hat die Agentur in weiteren Bereichen der Gesundheits-PR sowie in der Ansprache der Öffentlichkeit über Publikumsmedien vielfältige Erfahrung und Erfolge vorzuweisen.

Die Geschäftsführung übernimmt *Thomas Hammann* (44). Mit seiner journalistischen Erfahrung, die er unter anderem beim Spiegel, großen Tageszeitungen und einer Nachrichtenagentur sammelte, sowie seiner langjährigen Expertise auf den Gebieten der Fach- und Publikums-PR leitet er fortan das Team des Unternehmens. Er tritt die Nachfolge des im März dieses Jahres verstorbenen Firmengründers *Dr. Peter Kaschny* an. „Wir werden das Andenken von *Dr. Kaschny*

sowie die Prägung des Unternehmens bewahren und die Arbeit nahtlos fortführen und weiterentwickeln – zum Vorteil unserer Kunden und letztlich der Zahnheilkunde in Deutschland insgesamt“, so *Hammann*.

Zu einem zentralen Merkmal der Agentur zählt seit jeher die Zusammenführung von Mitarbeitern mit sowohl wissenschaftlichem als auch journalistischem Knowhow unter einem Dach. Stets fließen beide Aspekte in die Arbeiten aus dem Hause KPR ein. Die Agentur verfügt über gewachsene Beziehungen zu den Fach- und Publikumsverlagen. Zu den Leistungen zählen die medienübergreifende Konzepterstellung für zielgruppenorientierte PR-Maßnahmen sowie die Recherche und Erstellung von Berichten zu Dental- und weiteren Gesundheitsthemen. Auch die Organisation von Presse- und Fachveranstaltungen, KOL-Management, die Durchführung von Fokusgruppen sowie Monitoring und Clipping der Fach- und Publikumsmedien zählen zum Leistungsportfolio der Agentur. Zudem plant KPR in einer global zusammenrückenden Health-



*Thomas Hammann ist neuer Geschäftsführer der Agentur Dr. Kaschny PR.*

Care-Welt für die kommenden zwanzig Jahre eine Öffentlichkeitsarbeit, die sich über die Grenzen der deutschsprachigen und europäischen Region hinaus an ein globales Publikum richtet.

Unverändert wird auch in Zukunft der eigene Anspruch an die Qualität und den Mehrwert der Arbeit sein. „Im Sinne *Dr. Peter Kaschnys* wird die Agentur mit ihrer erfahrenen Mannschaft auch in den nächsten Jahren ihre Kompetenzen und Leistungen konsequent ausbauen, um insbesondere den Bereich der Zahnheilkunde weiter zu fördern“, so *Thomas Hammann*. „Gleichzeitig möchte ich mich im Namen der gesamten Agentur bei unseren Kunden und langjährigen Partnern auf Medienzeite für das Vertrauen bedanken.“ ■

**Weitere Informationen:**  
[redaktion@kaschnypr.de](mailto:redaktion@kaschnypr.de)

*Seit 1996 besteht die Agentur Dr. Kaschny PR – und hat auch in Zukunft noch einiges vor.*



Interview mit Dr. Hans-Joachim Schulz, Pforzheim,  
zu seinen Erfahrungen mit dem Trias Mini 3,8-Implantat

## Mein Wunsch-Implantat

Die m&k gmbh, Implantathersteller mit Sitz im thüringischen Kahla, feiert in diesem Jahr ihr 25-jähriges Bestehen. Bekannt ist das Unternehmen vor allem für sein Implantatsystem Trias – „das mit dem Golddichtring“. Seit der Einführung 2007 wurde es sukzessive weiterentwickelt, sodass neben den zweiteiligen Trias-Implantaten, dem Trias Interim und den einteiligen durchmesser-reduzierten Trias Mini-ball und -post heute auch die Varianten Trias Mini 3,3 und 3,8 angeboten werden. Letzteres wurde im Frühjahr 2015 im Markt eingeführt. Dr. Hans-Joachim Schulz aus Pforzheim ist einer der Erprober der ersten Stunde und berichtet im folgenden Interview mit Mira Ross-Büttgen von seinen Erfahrungen.

### Seit wann arbeiten Sie mit den Implantaten der m&k gmbh?

Seit acht Jahren – vorher habe ich es mit fünf anderen, auch international bekannten Herstellern probiert. Dann habe ich mir sozusagen ein Implantatsystem aus meiner alten Heimat gesucht und gehöre seitdem zum treuen Kundenstamm der m&k. Anfangs arbeitete ich noch mit dem ixx2-System, seit fünf Jahren setze ich ganz auf das Trias-System und bin ein großer Fan der Trias Mini-Implantate.

### Was haben die, was nicht auch die Implantate anderer Hersteller haben?

Die einteiligen Trias Mini 3,3 und 3,8 können sowohl für abnehmbare Prothetik als auch für festsitzenden Zahnersatz eingesetzt werden. Sie weisen einen kugelförmigen Implantatkopf mit einem Durchmesser von 1,8 mm auf, das heißt, der Aufbau ist schon mit dem Implantat verbunden. Für die Herstellung von festsitzendem Zahnersatz kann das Abutment aufgesteckt und festgeklebt werden.

### Muss der Anwender beim Verkleben auf etwas Spezielles achten?

Es kann jedes herkömmliche Befestigungsmaterial verwendet werden. Idealerweise erfolgt das Verkleben von Abutment und Krone bereits vorab außerhalb des Patientenmundes, sodass die komplette Superkonstruktion in einem Arbeitsschritt eingegliedert wird.



Dr. Hans-Joachim Schulz

### Per definitionem weist ein Mini-Implantat eigentlich einen Durchmesser von unter 3 mm auf...

Das ist doch bloß ein Produktname, der für vieles stehen kann: Für den relativ geringen Durchmesser, für das Tray mit mi-

nimaler Bohreranzahl, für den minimalen Aufwand bei der Eingewöhnung von Neu-Anwendern dank übersichtlichem Aufbau und einfacher Farbkodierung oder auch den vergleichsweise niedrigen Preis.

### Sie merken einmal an, das Trias Mini 3,8 sei Ihr Wunsch-Implantat ...

Ja, ich wollte es haben und habe es bekommen und das ist einfach wundervoll. Ich sage immer: Jetzt ist nichts mehr unmöglich in der Implantologie – auch im umgekehrten Sinn, sprich zusätzliche Eingriffe wie ein Sinuslift können oftmals vermieden werden. Ich war der erste, der es ausprobieren durfte, und mein erster Eindruck war, dass es sich wie ein „großes“ Implantat einschraubt. Hilfreich ist natürlich auch das Zubehör wie beispielsweise die Bohrer mit sage und schreibe vier Schneiden, die die Knochenspäne so gut sammeln, dass kein extra Knochenschaber erforderlich ist. Für mich ist die m&k ganz nah dran am Kunden und lässt jeden Anwender, auch einen einfachen Zahnarzt wie mich, mit seinen Wünschen, Anregungen und Vorschlägen zu Wort kommen – so kann jeder reell mitwirken.

**Das ist doch ein schönes Schlusswort – vielen Dank für das Gespräch, Herr Dr. Schulz.** ■



Das Trias Mini 3,8 ist mit 0,5 mm und 2 mm Gingivahöhe erhältlich.

Für festsitzenden Zahnersatz wird das Abutment mit dem Implantatkopf verklebt.

## Planungsmodell von Medidentas für nachhaltigen Praxiserfolg in der Oralchirurgie

# Für die richtige Praxisgründung

**Schätzungsweise mehr als 500 Zahnärzte mussten seit 2011 Insolvenz anmelden. Der Markt der Zahnmedizin ist vielerorts gesättigt. Um eine Praxis wirtschaftlich auf ein stabiles Fundament zu stellen, ist gute Zahnmedizin lediglich die Grundlage. Zunehmend an Bedeutung gewinnen die planerischen Fähigkeiten des Gründers. Das gilt insbesondere für ein nachhaltig funktionierendes Geschäftsmodell.**

Um den unternehmerischen Erfolg der eigenen Praxis planen zu können, ist es von Vorteil, die Methoden erfolgreicher Unternehmen als Blaupause zu nutzen. Unternehmen wie Apple setzen beispielsweise auf die „Blue Ocean Methode“ von *W. Chan Kim* und *Renée Mauborgne*. Bildlich gesprochen unterteilen *Kim* und *Mauborgne* die vorherrschenden Märkte in rote und blaue Ozeane. In den roten Ozeanen geht es sehr eng zu, es herrscht ein großer Verdrängungswettbewerb. Blaue Ozeane hingegen sind neue, freie Märkte. Die Teilnehmer können sich ohne Konkurrenz frei bewegen und die Nachfrage geweckt werden. Für jeden der sich im blauen Ozean befindet ist genug Platz, um sich zu entfalten. Starbucks ist ein bekanntes Beispiel für die Umsetzung dieser Strategie. Das Konzept des Cafés existierte lange, doch erst Starbucks hat daraus einen Lifestyle gemacht. So wurde von Starbucks ein neuer Markt geschaffen, der vorher gar nicht existierte. Wie nun aber die eigene Zahnarztpraxis im blauen Ozean zu positionieren? Medi-

dentas empfiehlt dazu das Businessmodel Canvas von *Alexander Osterwalder*. Es gilt als das Handbuch für Visionäre, die veraltete Geschäftsmodelle auf den Kopf stellen möchten. Das Businessmodel Canvas hat bereits mehr als 5 000 000 Nutzer erreicht. Das Erfolgshandbuch ist vergleichbar mit einem Setzkasten. Dieser teilt das Geschäftsmodell in verschiedene Kernbereiche auf. Im Zentrum steht das Wertangebot der Praxis an die Patienten. Ziel ist es, für die Praxis eine möglichst einmalige Wertangebotsdefinition zu finden. Beispielsweise bietet ein Gründer mit dem Schwerpunkt Oralchirurgie und Implantologie seinen Patienten eine Klasse-1-OP in seiner Praxis. Als Patientensegment werden ältere, kaufkräftige Patienten definiert. Um richtig erfolgreich sein zu können, müssen Schlüsselpartnerschaften zu entsprechenden Überweisern aufgebaut und gepflegt werden. Eine Schlüsselaktivität ist zum Beispiel die Patientensprache durch Informationsabende mit anschließender Praxisführung. Damit



Torsten Klapdor, medidentas

möglichst viele Patienten vom Praxiswertangebot erfahren, werden Kundenberührungskanäle festgelegt. Um die Zielgruppe zu erreichen, wäre es ein leichtes, entsprechende Beiträge in einem geeigneten Medium zu publizieren. Die Autoren der Blue Ocean Strategy, *W. Chan Kim* und *Renée Mauborgne*, sagen: „Die Konkurrenz lässt sich nur auf eine Weise schlagen: indem man aufhört, es zu versuchen.“ ■

Weitere Informationen:  
[www.medidentals.de](http://www.medidentals.de)

### Business Model Canvas (OSTERWALDER & PIGNEUR)

<b>Schlüsselpartner</b> – Netzwerk von Partnern & Lieferanten Strategische Allianzen / Joint Ventures / Käufer-Anbieter-Beziehungen	<b>Schlüsselaktivitäten</b> wichtigste Handlungen eines Unternehmens Schaffen & Unterbreiten des Wertangebot / erreichen die Märkte / Aufbau & Pflege der Kundenbeziehungen	<b>Wertangebote</b> Paket von Nutzen, das ein Unternehmen seinen Kunden anbietet verschiedene Produkte & Dienstleistungen qualitativer oder quantitativer Natur Neuheiten / Leistungs-optimierung / Marke / Design / Arbeits-erleichterung	<b>Kundenbeziehungen</b> Arten von Beziehungen persönliche Unterstützung / Selbstbedienung / automatisierte Dienstleistungen / Communities / Mitbeteiligung	<b>Kundensegmente</b> Segmentierung nach Bedürfnissen / Verhaltensweisen / Merkmalen / Finanzkraft / bevorzugte Kanäle / etc.
<b>Schlüsselressourcen</b> können physischer, finanzieller, intellektueller, menschlicher Natur sein		<b>Kanäle</b> – Kundenberührungspunkte alle Kommunikations- / Distributions- & Verkaufskanäle		
<b>Kostenstruktur</b> Fixkosten & variable Kosten die zwei Extreme: kostenorientierte & wertorientierte Geschäftsmodelle			<b>Einnahmequellen</b> aus Verkauf von Wirtschaftsgütern / Nutzungsgebühren / Mitgliedsbeiträgen / Verleih, Vermietung, Leasing / Lizenzen, Marktergebühren / Werbung	



# ICX Das FAIRE Premium Implantat-System

***Wir sagen nicht, dass  
ICX das BESTE Implantat-System  
ist, aber wir kennen kein Besseres!***



**59,-<sup>€\*</sup>**

**je ICX-Implantat**

Alle Längen,  
alle Durchmesser  
\*zzgl. MwSt.

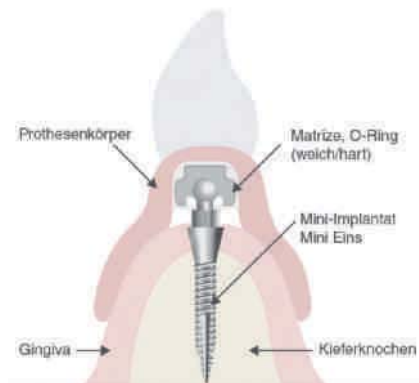
***...und die jungen ICX-Wilden  
werden immer mehr!***

Permadental/JMP Dental stehen für Anwender von Mini-Dental-Implantaten bereit

## Der eine geht, der andere bleibt

**Der Implantate-Markt ist hochdynamisch: Die sich stark verändernde Alterspyramide bringt jetzt schon seitens der Patienten komplexe geriatrische ZE-Anforderungen hervor, auf die sich die Praxen bereits jetzt schon einstellen können.**

Auf Seite der Implantat-Anbieter gibt es immer wieder Veränderungen. Neben den klassischen Anbietern haben sich kleine und wettbewerbsstarke Anbieter



von Speziallösungen etabliert und sorgen auch durch Kooperationen und eine besondere Preis- und Service-Politik zunehmend für eine Differenzierung des Marktes für Mini-Implantate. Nach dem angekündigten Ausstieg der 3M-Espe aus dem Markt der Mini-Dental-Implantate zum Herbst 2016 fragen sich viele Behandler, welche Optionen bestehen, um die steigende Nachfrage nach Mini-Implantaten zur Lagestabilisierung von totalen Prothesen zu befriedigen. Permadentals Kooperationspartner JMP Dental ist gut gerüstet, um hier den Praxen einen weichen Übergang zu ermöglichen. „Wir sind kompatibel zu dem MDI-Implantaten“, erklärt *Stefan Pampuch*,



Geschäftsführer JMP Dental. Mit Mini-Implantaten für den Unterkiefer (Mini Eins) und den Oberkiefer (Mini Zwei), kann der Übergang auf ein neues System problemlos bewerkstelligt werden. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.permadental.de](http://www.permadental.de)

Morita bietet umfassende Lösungen für eine vernetzte Praxis an

## Digitale Integration bringt viele Vorteile

**Für die moderne Zahnarztpraxis stellt die Integration digitaler Komponenten heute einen Standard dar, von dem Behandler und Patienten gleichermaßen profitieren. Morita bietet digitale Systemlösungen für einen optimierten Workflow an.**

Der digitale Workflow beginnt bereits bei der Diagnose, als Ausgangspunkt für alle darauf aufbauenden Behandlungsansätze. Die DVT-Lösungen von Morita sorgen für detailreiche Befundaufnahmen bei einer möglichst geringen Strahlenexposition für den Patienten, getreu dem ALARA-Prinzip (As Low As Reasonably Achievable). Das Kombinationssystem Veraviewepocs 3D R100 für Panorama-, Cephalometrie- und



*Der Alleskönner:  
Vielseitiges Kombinationssystem  
Veraviewepocs  
3D R100*

3D-Aufnahmen ist mit einem Sichtfeld in Form eines „Reuleaux“-Dreiecks ausgestattet, das der natürlichen Form des Kiefers nachempfunden ist und nur die klinisch wirklich relevanten Bereiche abbildet. Zwei neue Fields of View (FOV) mit den Volumina Ø R100 x 40 mm und Ø 80 x 40 mm erlauben eine individuellere Höhenanpassung und vereinfachen somit Aufnahmen von Ober- oder Unterkiefer. Darüber hinaus bietet die neue ►

Sensorgeneration (ab Seriennummer #DG im Veraviewepocs 3D R100) eine verbesserte Panoramaqualität für schärfere Aufnahmen im Frontbereich sowie eine Frame-Sicherungsfunktion, die alle Daten auf einer Bildübertragungsplatte zwischenspeichert und die Übertragungsrates automatisch anpasst. Bei allen digitalen Lösungen legt Morita Wert auf eine komfortable Integration. So verfügt das Diagnose-System über eine Open-Source-Anbindung und ist beispielsweise mit 3Shape und DentalWings

kompatibel. Die Bilddaten lassen sich als DICOM- und STL-Daten mit den Daten eines Intraoral- oder Modellscanners zusammenführen. Dies erleichtert beispielsweise die Anfertigung chirurgischer Bohrschablonen. Morita Software i-Dixel ist ein effizientes Tool für eine umfangreiche Dokumentation des Therapieverlaufs und gewährleistet ein einfaches Verwalten der Aufnahmen sowie vielfältige Bildbearbeitungsoptionen. Neben der zentralen Speicherung auf einem Praxisserver erlaubt die mobile, browserbasier-

te Version i-Dixel Web dem Anwender, alle Röntgen- und DVT-Aufnahmen über sämtliche Endgeräte mit Netzwerkzugriff abzurufen und zu bearbeiten – abgesichert durch ein SSL-Sicherheitsprotokoll. Ein aktuelles Upgrade optimiert die mobile Software zudem mit einem neuen Softwarefilter (AIE-HD), der mehr Details hervorhebt. ■

**Weitere Informationen:**

[www.morita.com/europe](http://www.morita.com/europe)

Dentsply Sirona Implants stellt neue Generation der Simplant-Schablonen vor

# Chirurgische Bohrschablonen jetzt sterilisierbar

**Simplant-Bohrschablonen werden von Dentsply Sirona Implants patientenindividuell mit modernster 3D-Technologie design und produziert. Ab sofort ist eine neue Generation erhältlich, die in den üblichen Sterilisatoren aufbereitet werden können. Darüber hinaus verfügen die Schablonen über ein robusteres Design, das zusätzliche Sicherheit bietet. Gleichzeitig mit der neuen Schablone wird ein modifiziertes sicheres Bestell-Portal für die Simplant-Produkte eingeführt.**

Die computergestützte Implantattherapie mit Simplant steht für eine hohe Genauigkeit der Implantatplatzierung und damit für vorhersagbare klinische Ergebnisse. Die Schablone ermöglicht eine exakte und atraumatische Präparation von Osteotomien für Zahnimplantate und das Setzen der Implantate mit einer Präzision, die bei einer ‚freihändigen‘ Implantation nicht zu erreichen ist.



*Die neuen Schablonen verfügen über ein robusteres Design, das zusätzliche Sicherheit bietet.*

Seit April 2016 wurde die Simplant-Schablonenfertigung auf ein neues Material aus Kunstharz-Resin umgestellt. Die Einführung des modernen medizinischen Werkstoffs ermöglicht die Standard-Dampfsterilisation der Simplant-Schablone bei einer Temperatur von 134 Grad Celsius. Das ebenfalls neue, stabilere

Schablonendesign wird den erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung gerecht. Die Vorgehensweise entspricht den Empfehlungen für validierte Verfahren zur Sterilisation. Für die Sterilisation wird eine siegelfähige Klarsicht-Sterilisierverpackung empfohlen, die für die Dampfsterilisation geeignet ist. Wenn

eine längere Lagerung des sterilisierten Produkts beabsichtigt ist, empfiehlt sich die Verwendung einer Doppelverpackung. Für die Dampfsterilisation eignen sich Kleinststerilisatoren des Typs B. Die Schablone muss vor dem Einsatz bei Raumtemperatur für 30 Minuten im Beutel abkühlen. Auf dem YouTube-Kanal von Dentsply Sirona Implants ([www.youtube.com/user/DENTSPLYImplantsClip](http://www.youtube.com/user/DENTSPLYImplantsClip)) zeigt ein neuer Film die Sterili-

sierung und den Einsatz der Simplant-Schablone. Der vierminütige Kurzfilm beschreibt ausführlich und Schritt für Schritt den gesamten OP-Verlauf. ■

**Weitere Informationen:**

[www.dentsplyimplants.de](http://www.dentsplyimplants.de)



Neuer eShop der Bego Implant Systems online

# Übersichtlich, einfach und schnell

**Nach einer umfangreichen inhaltlichen und gestalterischen Überarbeitung ist der neue eShop der Bego Implant Systems seit Anfang Juni online. Ganz im neuen Design vereint der überarbeitete Shop alle relevanten Informationen der Produktwelt.**

Durch die klar strukturierte Übersicht der angebotenen Artikel, die intuitive Navigation sowie einer optimierten und benutzerfreundlichen Suchfunktion können die übersichtlich aufbereiteten Inhalte des neuen Bego Implant Systems Online-Shops einfach und schnell aufgerufen werden. „Damit haben es Kunden und Interessierte noch leichter, gesuchte



Produkte zu finden“, sagt *Dipl.-Ing. André Henkel*, Produktmanager bei Bego Implant Systems. Zum Start werden dem Kunden täglich wechselnde Aktionen innerhalb

des neuen eShops angeboten. Darüber hinaus warten, neben weiteren geplanten Aktionen in der Zukunft, dauerhaft attraktive Online-Rabatte sowie eine versandkostenfreie Normalzustellung auf die Kunden. ■

**Weitere Informationen:**

[www.bego-implantology.com/eshop](http://www.bego-implantology.com/eshop)

Implant Direct bringt das Smart Pack auf den Markt

# Individuell und smart

**Mit simplyIntegrated bietet Implant Direct individuelle Komplett-Pakete für implantologische Versorgungen. Je nach Behandlungsplan werden die Komponenten – vom Implantat über den Abdruckpfosten bis hin zur prothetischen Lösung – ausgewählt, in einer Box (Smart Pack) zusammengestellt und fertig ausgeliefert.**

Anstatt auf die Auswahl einzelner Komponenten kann sich der Behandler mit den Smart Packs von Implant Direct voll und ganz auf die OP und seinen Patienten konzentrieren. Die frühzeitige Ent-

scheidung hinsichtlich der einzelnen Bestandteile ermöglicht eine detaillierte Kostenübersicht und entsprechende Aufklärung der Patienten. Im Smart Pack sind alle Komponenten griffbe-

reit, was einen reibungslosen Arbeitsablauf gewährleistet. Um die Auswahl zu erleichtern, hat Implant Direct Smart Packs für die am häufigsten verwendeten Behandlungsoptionen sowie Größen zusammengestellt: für ästhetische oder komplexe verschraubte Versorgungen sowie für CAD/CAM-Restaurationen. Im Smart Pack enthalten, ist das Implantat sowie alle für den jeweiligen Eingriff und die anschließende prothetische Lösung benötigten Komponenten. Für ganz individuelle Lösungen, zum Beispiel mit patientenspezifischen Abutments, lassen sich die Implantate getreu des simply smarter-Prinzips auch „à la carte“ zusammenstellen. ■



Das neue simplyIntegrated-Konzept folgt dem simply smarter-Prinzip von Implant Direct.

**Weitere Informationen:**

<http://simplyintegrated.implantdirect.de/>

# Kombi-Angebot

## Abutment & Krone



€ **239,-\***



- ▶ Individuelles Abutment Titan
- ▶ Inkl. aller Implantatteile
- ▶ Inkl. Scan und Konstruktion
- ▶ Inkl. Implantatmodell



**+**

# Gratis

## Full Zirkon Krone

Katana Zirkon Multi Layer (Noritake),  
natürlicher 4-Schicht Farbverlauf

... Sie sparen 119,- €



**Angebot Hybrid-Abutment zzgl. 30,- €**

\* zzgl. Versand, zzgl. 7% MwSt. Angebot gültig bis 31.08.2016.

› Besuchen Sie uns auf [YouTube](#) unter:  
CAD/CAM Fräszentrum und Sunflex® by Sun Dental Labs.

*Made in  
Germany!*



Bitte rufen Sie uns an für weitere Informationen. ☎ Service-Nr. 0800 / 664 485 0  
Oberbilker Allee 163 - 165, 40227 Düsseldorf, Germany  
[info@sudentallabs.de](mailto:info@sudentallabs.de) · [www.sudentallabs.com](http://www.sudentallabs.com)



## 31 Jahre Bicon Short Implants als Alternative zu SinusLift und Augmentation

# Ein wichtiger Erfolgsfaktor

**Patienten und Anwender sind gleichermaßen überzeugt, dass augmentative Maßnahmen immer ein erhöhtes Risiko bedeuten und möglichst vermieden werden sollten. Das seit 31 Jahren bewährte „Plateau design“ und die selbsthemmende Konusverbindung zwischen Implantat und Abutment sind wichtige Erfolgsfaktoren des Systems.**

Während bei Schraubenimplantaten von Knochenabbau die Rede ist, kann man bei den „Plateau Implantaten“ von Knochen Gewinn sprechen. Das „Plateau Design“ bietet mindestens 30 Prozent mehr Knochenoberfläche als ein vergleichbares Schraubenimplantat derselben Größe. Zahlreiche Studien belegen, dass es bei dem Bicon spezifischen Design zu einer Bildung von reifem Lamellenknochen mit Haversschen Kanälen kommt, der sich zwischen den Rippen des Implantats bildet. Durch die biomechanischen Vorteile der Plateaus kommt es zu einer Optimierung der lateralen Kraftverteilung, was



ebenfalls den Knochenerhalt begünstigt. Die selbsthemmende, bakterienreiche Innenkonusverbindung und das integrierte Plattform Switching begünstigen zusätzlich den langfristigen funktionalen und

ästhetischen Erfolg des Systems. Mit nur 50 UPM und den speziellen Implantatbohrern, ermöglicht man die besonders schonende Aufbereitung des Implantatbetts und gewinnt zusätzlichen Knochen, was die Verwendung alloplastischen Materials meist überflüssig macht. Damit stellt das Bicon Short Implant System durch die bis zu 5 mm kurzen Implantate eine Indikationserweiterung und ideale Ergänzung in der implantologischen Praxis dar. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.bicon.com](http://www.bicon.com)

## Orthophos SL von Dentsply Sirona Imaging gewinnt Dental Excellence Award 2015

# Best New Imaging Device

**Das Online-Fachmagazin DrBicuspid.com hat das Röntgengerät Orthophos SL von Dentsply Sirona Imaging als „Best New Imaging Device“ ausgezeichnet. Die Preisverleihung erfolgte auf dem Midwinter Meeting Chicago 2016.**

Das amerikanische Online-Dentalmagazin [DrBicuspid.com](http://DrBicuspid.com) hat den Orthophos SL von Dentsply Sirona Imaging als bestes neues bildgebendes Gerät (Best New Imaging Device) mit dem Dental Excellence Award 2015 ausgezeichnet. Das für 2D- und 3D-Aufnahmen geeignete digitale Röntgengerät konnte sich im Halbfinale zweier Wahlrunden gegen fünf Mitbewerber durchsetzen. Insgesamt waren für den Dental Excellence Award 65 Produkte aus neun Kategorien nominiert. Zwei Verfahren sorgen für Aufnahmen mit besonderer Zeichenschärfe: Zum einen nutzt der eingesetzte Direct-Conversion-Sensor



*Orthophos SL von Dentsply Sirona Imaging sorgt für hohe Bildqualität beim 2D- und 3D-Röntgen.*

(DCS) die Röntgenstrahlen durch deren direkte Umwandlung in elektrische Signale deutlich besser aus. Dies ermöglicht selbst bei geringster Strahlendosis eine verbesserte Bildqualität. Des Weiteren

zeichnet sich der Orthophos SL durch das rekonstruktive Sharp-Layer-Verfahren aus. Dabei ermöglichen mehrere Tausend Einzelprojektionen, die bei einem Umlauf aufgenommen werden, eine digitale Rekonstruktion, die zu einer verlässlichen Zeichenschärfe führt. Über Nominierungen und Sieger des begehrten Anwenderpreises entscheiden die Leser von [DrBicuspid.com](http://DrBicuspid.com), die Übergabe des Awards erfolgte auf dem Midwinter Meeting der Dental Society Ende Februar in Chicago. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.dentsplysirona.com](http://www.dentsplysirona.com)



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



IWB Consulting warnt vor der Wiederaufbereitung von Einwegprodukten

## Einmal ist kein Mal?

**Der Anteil der Medizinprodukte, die von den Herstellern nur für den einmaligen Gebrauch vorgesehen sind, nimmt in der modernen Zahnhygiene stetig zu. Diese Tatsache erleichtert nicht nur die Anwendung diverser Produkte. Vielmehr steigert dies den Hygienestandard und das Hygienebewusstsein im täglichen Arbeitsumfeld.**

Einmal benutzen und dann einfach entsorgen: Was die einen als praktisch und komfortabel empfinden, bezeichnen die anderen als Umweltverschmutzung und Verschwendung. Daher stößt man auf ungeahnten Erfindergeist in vielen Praxen und auch Dentallaboren, wenn es darum geht, Einwegprodukte zu Mehrwegprodukten zu machen. Landläufig sehr beliebt ist es, Einwegprodukte schlicht und ergreifend aufzubereiten. Es wird gereinigt und desinfiziert was das Zeug hält. Noch nicht einmal vor dem Sterilisieren wird Halt gemacht. Das Ergebnis kann sich besonders vor ökonomisch-monetären Gesichtspunkten sehen lassen. Bringt es doch beträchtliche Einsparpotentiale mit sich, wenn nicht permanent neue Gingivaformer, Polierbürstchen für die PZR, Lamellenpolierer sowie Implantat- oder Laborzubehör gekauft werden müssen.

Diese Denkweise birgt zahlreiche Risiken und weitreichende Konsequenzen. Vergessen werden dabei zahlreiche, signifikant wichtige Aspekte. Zuerst stellt sich die Frage nach der Hygiene. Sind aufbereitete Einwegprodukte wirklich hygienisch und einwandfrei aufbereitet oder gibt es hier klare Grenzen? In der Betreiberverordnung zum Medizinproduktegesetz ist festgelegt, dass „Reinigung,

Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen sind“ (§4 Absatz 2 der MPBetreibV). Werden also Einwegprodukte aufbereitet, so entspricht dies nicht dem, für diese Artikel vorgegebenen, Procedere und es kann zu gesundheitlichen Konsequenzen bei Patienten oder Anwendern kommen. Weiterhin sind komplizierte Einmal-Instrumente, zum Beispiel für die minimal-invasive Chirurgie so aufgebaut, dass eine Demontage für eine effektive Reinigung unmöglich ist. Folglich sind eine wirksame reproduzierbare Aufbereitung und ein validiertes Verfahren nicht gewährleistet. Es bleibt immer ein Restrisiko und so ist dieses Vorgehen ethisch und gesundheitlich unverantwortlich.

Der zweite Aspekt ist funktional-technischer Natur. Einwegprodukte können sich beispielsweise durch die Aufbereitung (Temperatur, Chemikalien, Druck et cetera) verformen oder ihre Materialeigenschaften verändern. Ob solche Produkte anschließend noch einwandfrei funktionieren bleibt zweifelhaft. Schließlich garantiert der Hersteller lediglich für die bestimmungsgemäße Funktion und die vom Medizinproduktegesetz gefor-

derte Produktsicherheit des Produkts bei einmaligem Einsatz. Bei unkontrollierter Wiederaufbereitung können eine Qualitätsminderung des Produkts und eine eventuell daraus resultierende Gefährdung der Patienten nicht kategorisch ausgeschlossen werden.

Nicht zuletzt gewinnen die juristischen Aspekte zunehmend an Bedeutung. Die Kennzeichnung eines Medizinprodukts als Einmalartikel hat Auswirkungen auf die Produkthaftung bei der erneuten Verwendung. Einmalprodukte sind mit der durchgestrichenen Zahl „Zwei“ gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass der Hersteller die Wiederverwendung dieser Produkte in aufbereitetem Zustand nicht gewährleistet. Die Herstellergarantie entfällt folglich ersatzlos.

Wird also ein Patient durch ein wiederaufbereitetes Einmal-Medizinprodukt geschädigt, so haftet der Anwender vollumfänglich. Dabei ist das Haftungs- und Strafrisiko (z.B. §43 Absatz 1 Nr. 1 oder § 43 Absatz 1 Nr. 4 MPG) nicht unerheblich. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.iwb-consulting.info](http://www.iwb-consulting.info)



6 - 8<sup>TH</sup> OCTOBER 2016 TEGERNSEE  
**AMERICA** MEETS **EUROPE**



TAKE ADVANTAGE OF THE  
 EARLY BIRD DISCOUNT.  
**BOOK EARLY,  
 SAVE MONEY!**

**WITH  
 SIMULTANEOUS  
 TRANSLATION**

# CHALLENGES & SOLUTIONS

IN MULTIDISCIPLINARY TREATMENTS

**11<sup>TH</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE DGÄZ**  
 6 - 8<sup>TH</sup> OCTOBER 2016 TEGERNSEE  
[www.america-meets-europe.com](http://www.america-meets-europe.com)

**DO YOU  
 REMEMBER?**

DIAMOND SPONSORS:



GOLD SPONSORS:



SILVER SPONSORS:



IN COOPERATION WITH:



MEDIAPARTNER:



CONFERENCE HOTEL:



**TEAM AMERICA**

Jim Janakievski  
 Greg Kinzer  
 Vince Kokich jun.

**ADDITIONAL SPEAKERS**

Daniel Edelhoft  
 Stefan Fickl  
 German Gallucci  
 Bärbel Kahl-Nieke  
 Gerd Körner  
 Carlo Poggio  
 Andrea Ricci  
 Frank Schwarz  
 Raffaele Spina  
 Hannes Wachtel  
 Daniel Wiesmeijer  
 and more ...

**TEAM EUROPE**

Renato Cocconi  
 Mauro Fradeani  
 Mirco Raffaini

**SCIENTIFIC COMMITTEE**

Michael Cohen  
 Florian Beuer  
 Stefano Gracis  
 Gerhard Iglhaut  
 Paolo Vigolo  
**CONFERENCE PRESIDENT**  
 Siegfried Marquardt



TRI präsentiert die Handling-Revolution

# Wer es berührt, wird es lieben!

Auf den TRI World Tour Events in Barcelona und Istanbul stellt der Schweizer Implantathersteller TRI Dental Implants erstmals sein neues und revolutionäres Handlingskonzept TRI Pod vor. Mit TRI Pod erhalten implantologisch tätige Zahnärzte die Möglichkeit, das Implantat direkt und in einem einzigen Schritt aus der Verpackung zu lösen. Sandro Venanzoni, Chief Technology Officer bei TRI, erzählt dazu mehr im Interview mit ...

## Welche Produktneuheiten werden während der TRI World Tour präsentiert?

Highlight ist ganz klar unser Verpackungskonzept TRI Pod, das es ermöglicht, das Implantat mit dem Instrument in einem Schritt zu lösen, um dadurch die Reinheit der TRI SBA-Oberfläche zu garantieren. Die Implantatinsertion erfolgt auf drei Arten: mit der Ratsche, dem chirurgischen Handstück oder von Hand. Es ist stets unser Ziel, den Behandlungsablauf maximal zu vereinfachen und gleichzeitig die Leistung des Produkts in der Hand des Behandlers nochmals zu verbessern. Wir sind beim TRI Pod überzeugt: Wer es berührt, wird es lieben!



Das TRI Chirurgie-Kit vereint alle TRI-Implantatlinien

sonderheit ist das Eindrehwerkzeug mit federgelagertem Rubin für eine konsistente Retention. Ferner sind wir einer der ersten Hersteller mit einem Chirurgie-Kit, das einfach im Thermodesinfektor ohne das Herausnehmen von Instrumenten gewaschen werden kann.

## TRI ist in mehr als 35 Märkten vertreten und fortlaufend kommen neue dazu. Was ist das Erfolgsrezept?

TRI punktet mit seiner einmaligen und unkonventionellen Philosophie und überzeugt mit seiner Schweizer Qualität. Das TRI Performance Konzept mit den vier Goldstandards wird weltweit von Implantologen und implantologisch tätigen Zahnärzten geschätzt. Neben eines konsistenten Weichgewebemanagements für langlebige Ästhetik garantiert die TRI Friction eine besondere Prothetik-Verbindung mit langfristiger Sicherheit. Auch eine hohe Primärstabilität, dank konischem Implantatkörper mit selbstschneidendem Gewindedesign, sowie eine schnelle und zuverlässige Osseointegration durch die TRI SBA-Oberfläche sind Bestandteil unseres Konzepts. Jeder

einzelne Baustein des TRI Performance Konzept sorgt für maximale Leistung und nachhaltige Qualität während der Behandlung des Patienten.

## Was sind Ihre Highlights in diesem Jahr?

Im Mittelpunkt steht sicher die TRI World Tour 2016 mit den Kick-offs in Barcelona und Istanbul, an der wir unsere Innovationen in unseren Partnerländern jeweils exklusiv präsentieren. Die Teilnehmerzahl ist bei allen Veranstaltungen limitiert. Wir empfehlen sich entsprechend schnell anzu melden. Man kann uns aber auch an den führenden Kongressen wie der EAO Paris oder DGI Hamburg treffen. ■

## Weitere Informationen:

[www.tri-implants.swiss](http://www.tri-implants.swiss)



Sandro Venanzoni

Dieser Gedanke findet sich auch in unserem neuen Chirurgie-Kit wieder, das alle TRI-Implantatlinien vereint. Das Bohrprotokoll wurde weiter vereinfacht, die Anzahl der Komponenten reduziert und die Verwendung der Instrumente mit Farbmarkierung optimiert. Eine Be-



Das neue Handlingkonzept: TRI Pod

**howare<sup>®</sup>  
you, doc?**

die Praxisbegleiter

Warum führt Ihr  
IT-Audits durch?

Um den Status Quo zu über-  
prüfen und anschließend  
speziell für Sie ein IT-  
Konzept zu erstellen.

Was ist das Besondere an  
mindmaxx-IT?

Wir bieten Ihnen eine einzig-  
artige Echtzeitdiagnostik  
und Hochverfügbarkeit.

Und was hat das mit  
MIND-QM zu tun?

MIND-QM bringt mit mindmaxx  
Qualität in Ihre **Organisation**.  
mindmaxx-IT bringt Zuverlässig-  
keit in Ihre **Infrastruktur**.

Mit Erfahrung und Weitblick zur Praxis-IT

Sprechstunde?!  
+49 175 80 10 723

[mindmaxx-IT.com](http://mindmaxx-IT.com)

[www.hayd.info](http://www.hayd.info)

passgenaue IT-Konzepte & herausragender Service = **mindmaxx**  
eine Initiative von MIND-QM<sup>®</sup>





Das individuell geschliffene, zahnfarbene Abutment aus IPS e.max CAD Lithium-Disilikat wird mit einer Ti-Base verklebt und mit dem Implantat verschraubt. Auf diesem Keramik-Abutment wird anschließend eine Krone aus Lithium-Disilikat befestigt.

Ivoclar Vivadent ermöglicht ästhetische Versorgungen auf Einzelimplantaten

## Therapiespektrum erweitert

**Ivoclar Vivadent bietet den Cerec/inLab-Anwendern mit dem Werkstoff IPS e.max CAD Lithium-Disilikat jetzt ein erweitertes Spektrum an Versorgungsmöglichkeiten an. Neben den bislang möglichen Indikationen Inlays, Veneers, Front- und Seitenzahnkronen, TableTops, Thin Veneers sowie dreigliedrige Frontzahnbrücken, kommen jetzt noch zwei weitere Einsatzgebiete dazu: Hybrid-Abutments und Hybrid-Abutment-Kronen.**

Mit diesem Angebot erweitert sich das Therapiespektrum einer Cerec-Praxis speziell zur Implantatversorgung. IPS e.max CAD Abutments sind CAD/CAM-gefertigte, implantatgetragene Hybrid-Versorgungen für Einzelzähne. Diese werden im Cerec-System individuell konstruiert, aus Lithium-Disilikat gefertigt und mit einer konfektionierten Titan-

basis verklebt. Die hierfür verwendeten IPS e.max CAD Abutment-Blöcke weisen eine vorgefertigte Schnittstelle für die Sirona Ti-Base auf. Je nach klinischer Situation und Therapiewunsch werden direkt in der Praxis Hybrid-Abutments oder Hybrid-Abutment-Kronen in der gewünschten Patientenfarbe hergestellt. Die hohe Verbundfestigkeit zwischen der

Lithium-Disilikat-Glaskeramik und der Ti-Base wird mit dem speziell entwickelten Befestigungskomposit Multilink Hybrid Abutment erreicht. ■

### Weitere Informationen:

[www.ivoclarvivadent.de/emaxcad-abutment](http://www.ivoclarvivadent.de/emaxcad-abutment)

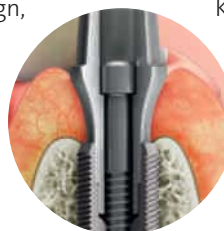
C-Tech erweist sich als kompetenter Partner

## Kein Wunsch bleibt offen

**C-Tech Implant, mit Produktion in Italien und Präsenz auf mehr als 20 Märkten weltweit, integriert in seine Produkte stets die aktuellsten Entwicklungen im Bereich der dentalen Implantologie und setzt sie in, durch umfassende Studien der Uni Köln und in Kürze auch der Uni Frankfurt, ausreichend belegte Implantatdesigns für alle gängigen Indikationen um. Ein aufwendiger und qualitativ eng kontrollierter Herstellungsprozess (TÜV Süd) gewährleistet gleichzeitig eine lange Lebensdauer des Implantats.**

Für keine Indikation lässt C-Tech Wünsche offen: Einteilige, durchmesserreduzierte Implantate mit feinem oder aggressivem Schneidengewinde und wahlweise einem Vierkant- oder Kugelkopf für festsitzende oder herausnehmbare Versorgungen. Zusätzliche einteilige Monoblock-Implantate mit zwei unterschiedlichen Prothetikoptionen und in zwei verschiedenen Designs für die unterschiedlichen Knochen- und Schleimhautqualitäten in Ober- und Unterkiefer.

Das Implantat auf Knochenniveau (Bone-Level-Implant) weist mit Plattform Switching, zylindrischem Design, Konusverbindung, Mikrorillendesign und internem Hex die modernsten Details für einen gesicherten Behandlungserfolg auf. Hochtechnisiert daneben die spezielle Ästhetik-Implantat-Linie (Esthetic-Line-Implant) mit einer für subkrestale Platzierungen idealen, abgeschrägten



Implantatschulter, drei unterschiedlichen Gewindeprofilen für die verschiedenen Knochenstrukturen entlang der Länge des Implantats, mit Rille-in-Rille zur Erhöhung der Kontakte zwischen Knochen und Implantat, einem aggressiven apikalen Design für Sofortimplantationen und einem abgerundeten Apex zur Schonung der anatomischen Strukturen im Ober- oder Unterkiefer. ►



Einfache Einbringtechniken und leichte Handhabungen erleichtern es auch dem Generalisten, den Bereich der dentalen Implantologie in sein Praxisangebot zu integrieren. Die umfassenden Kenntnisse und der reiche Erfahrungsschatz der C-Tech-Mitarbeiter, im deutschen Markt durch Generalvertreter Lütü Agic mit mehr als zwölf Jahren implantologischem Hintergrundwissen, und von C-Tech organisierte Kurse und Weiterbildungsseminare helfen, fundierte Kennt-

nisse zu entwickeln und zu vertiefen, um die technischen Vorzüge der C-Tech-Implantate gezielt in der Praxis einsetzen zu können.

C-Tech hat sich zum Ziel gemacht, technologisch hochwertige Produkte auf höchstem Qualitätsniveau und zu akzeptablen Preisen anzubieten. Zahnärzte finden damit ohne Kompromisse spezifische Lösungen für ein breites Spektrum von Patienten. Bei einer Fortbildung mit Workshop oder sogar einer Probe-OP



können sich Interessenten direkt von den Vorzügen des Systems überzeugen. ■

**Weitere Informationen:**  
[deutschland@c-tech-implant.de](mailto:deutschland@c-tech-implant.de)

### Aktuelle randomisierte retrospektive 5-Jahresstudie bestätigt klinischen Erfolg der ICX-Implantate von medentis

# Ist ein preiswertes Implantat weniger erfolgreich?

**Im Rahmen einer retrospektiven Auswertung klinischer und radiologischer Verhältnisse von insgesamt 43 ICX-Implantaten bei 19 Patienten hat sich Dr. Oliver Stupar im Rahmen seiner Masterarbeit mit der bewusst provokanten Fragestellung beschäftigt: „Ist ein preiswertes Implantat weniger erfolgreich?“. Die Arbeit, eingereicht an der renommierten Danube Private University in Krems und begutachtet durch Prof. Dr. Dr. Dr. Christian Foitzik, kategorisiert und bewertet den Erfolg des ICX-Implantatsystems nach internationalen Erfolgskriterien der modernen dentalen Implantologie.**

Insgesamt zeigt der Autor anhand überzeugender Langzeitergebnisse, dass die ICX-Implantate, gemessen an modernen Erfolgskriterien der dentalen Implantologie, die Anforderungen von Praxis und Patienten erfüllen. Im Einzelnen leitet der Autor aus dem Datenbestand einer ambulanten Praxis unter anderem folgende Ergebnisse ab:

- 98 Prozent der untersuchten ICX-Implantate zeigten über einen Zeitraum von 63 Monaten keinen, geringen oder nur mäßigen periimplantären Knochenabbau.
- In der untersuchten Patientengruppe von 19 zufällig ausgewählten Patienten mit 43 Implantaten sind keine Implantatverluste bei der Routinekontrolle aufgetreten.
- Implantatrisikofaktoren wie Diabetes mellitus, Rauchen, Osteoporose und

Rheuma zeigen keine nennenswerte Beeinflussung des Erfolgs.

Diese Langzeitauswertung bestätigt im Wesentlichen auch die Ergebnisse verschiedener anderer prospektiver und retrospektiver Studien zu ICX-Implantaten. So dokumentieren beispielweise *Karbach et al.* [1] in einer randomisierten, prospektiven Crossover-Studie mit ICX-Implantaten lediglich einen Verlust von zwei Implantaten bei Hochrisiko-Patienten mit atrophiertem Knochen und damit eine Implantat-Überlebensrate von 98,3 Prozent nach einem Jahr. Auch die Arbeit von *Sertgöz* [2], der unter anderem den periimplan-



5-Jahresstudie bestätigt klinischen Erfolg der ICX-Implantate von medentis

tären Knochenerhalt bei ICX-Implantaten untersuchte, dokumentierte nach einem Jahr Follow-up selbst bei schwierigen Verhältnissen ein insgesamt stabiles Knochenniveau, das gemäß moderner Kriterien als wichtiger Faktor für den Erfolg einer Implantation gilt. Die aktuelle vollständige 5-Jahresstudie ist auf der medentis-Homepage zum Download verfügbar. ■

*Literatur beim Verfasser*

**Weitere Informationen:**  
[www.medentis.de](http://www.medentis.de)

Permadental hilft Implantate vor Sportverletzungen schützen

## Gut geschützt

**Bis zu 39 Prozent aller Zahn- und Mundverletzungen geschehen beim Sport. Schwerwiegende Schäden könnten verhindert werden, indem Sportler einen Mundschutz tragen. Auch implantatgetragene Brücken müssen gegen stumpfe Einwirkung geschützt werden.**

Mehr als fünf Millionen Zähne werden jährlich in den USA bei Sportaktivitäten ausgeschlagen (National Youth Sports Foundation for Safety). Die Gefahr für einen Sportler, ein Dentaltrauma zu erleben, ist ohne Mundschutz bis zu 60-fach erhöht. Beim American Football beispielsweise besteht Mundschutz-Pflicht, wodurch nur 0,07 Prozent aller Verletzungen hier im Mundbereich vorkommen.

Beim Basketball dagegen besteht keine Mundschutz-Pflicht: 34 Prozent aller



Foto: permadental

Verletzungen betreffen den Mundbereich. Permadental hat ein attraktives Mundschutz-Programm für sportliche Menschen aufgelegt und die Preise für einen Mundschutz im moderaten Bereich gehalten. Damit gesetzte Implantate da bleiben, wo sie sein sollen. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.permadental.de](http://www.permadental.de)

Zest Anchors präsentiert die nächste Locator-Generation

## Nachfolger gefunden

**Der Locator von Zest Anchors hat sich in der Dentalbranche seit Einführung als eines der führenden Verankerungssysteme für implantatgetragene Prothesen etabliert. Mit dem neuen Locator R-Tx steht nun ein Nachfolger des bewährten Locators bereit, der das „Original“ in wesentlichen Punkten optimiert.**

Klinische Anwender profitieren beim Locator R-Tx umgehend von mehreren praktischen Vorteilen: Die DuraTec-Beschichtung aus Titancarbonitrid optimiert die Ästhetik und wirkt sich ebenfalls auf Härte sowie Abrasionsresistenz aus. Zudem wurde der Schraubmechanismus vereinfacht: Während der bewährte Locator spezielles Werkzeug erfordert, kommt beim Locator R-Tx ein industriestandardisiertes Tool mit .050"/1,25 mm Sechskant-Schraubmechanismus zum Einsatz (Ausgenommen Systeme, die einen .048" Sechskant-Schraubmechanismus verwenden.).

Weitere Vorteile des neuen Locator R-Tx-Systems: Duale Retentionselemente beim Abutment und bei den Nylon-Retentionseinsätzen harmonisieren mit dem optimierten Matrizengehäuse und sor-



Locator R-Tx

gen für eine 50 Prozent höhere Schwenkkapazität (mit bis zu 60 Grad zwischen Implantaten), wodurch der Patient die Prothese leichter ausrichten und punktgenau einsetzen kann. Darüber hinaus weist das neudesignte Matrizengehäuse in ästhetischem, anodisiertem Pink horizontale Rillen und Flächen auf, die für mehr Widerstand gegenüber vertikalen und horizontalen Bewegungen sorgen. Anwenderfreundlich ist auch die praktische, doppelseitige All-In-One-Verpackung, die das Abutment und die für die Verarbeitung notwendigen Komponenten separat beinhaltet und so alle erforderlichen Komponenten unter einer Artikelnummer bereitstellt. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.zestanchors.de/de/rtx](http://www.zestanchors.de/de/rtx)

Neoss

## NeoGen und Neoss Penguin

NeoGen ist die neue Generation nicht-resorbierbarer titanverstärkter und nicht-verstärkter Membranen, die die einfache Handhabung und die Gewebeinteraktion von expandiertem PTFE mit erhöhter Barrierefunktion von verdichtetem PTFE kombiniert. Die NeoGen-Membranen sind in sieben verschiedenen anatomischen Formen erhältlich, um alle Hauptindikationen abzudecken – von einzelnen

Defekten im Frontzahnbereich bis zu umfangreicheren Defekten.

Der Neoss PenguinRFA misst die Resonanzfrequenz des MultiPeg, die von der Stabilität des Implantats abhängt. Die Messskala reicht von 1 bis 99 ISQ (Implantatstabilitätsquotient). Der ISQ-Wert korreliert stark mit der Mikromobilität des Implantats, die ihrerseits von der Knochenqualität und der Osseointegrati-



on abhängt. „Das Gerät bietet eine konsistent verlässliche Messung der Implantatstabilität zu einem erschwinglichen Preis“, erklärt *Rainer Woyna*, Marketing Manager Neoss. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.neoss.de](http://www.neoss.de)

steco system technik

## stecoTitanmagnetics

steco-system-technik bietet StecoTitanmagnetics ab sofort auch für die Anwendung mit dem Conelog Implantatsystem von Camlog an. Für die Implantatdurchmesser 3,80 mm und 4,30 mm sind Aufbauten der StecoTitanmagnetics X-Line und der K-Line ab sofort in jeweils zwei Aufbauhöhen mit je 1,6 N Abzugskraft erhältlich. StecoTitanmagnetics erfreuen sich bei Anwender und Patienten gleichermaßen großer Beliebtheit. Beim zahnlosen Kiefer finden die StecoTitanma-



gnetics ihr größtes Einsatzgebiet. Denn gerade ältere Patienten benötigen zwar einen bestmöglichen Halt ihrer Prothesen, haben aber oft nicht mehr die Kraft, andere Verbindungen schnell zu lösen. Die Minimagnete bieten hier eine unkomplizierte und selbstständige Handhabung beim Ein- und Ausgliedern der Prothese und lassen sich einfach reinigen. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.steco.de](http://www.steco.de)

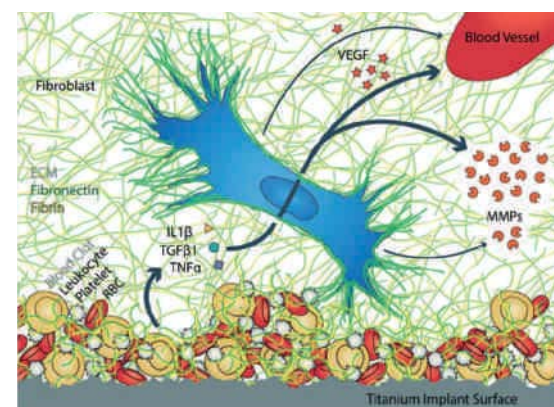
Thommen Medical

## Inicell

Eine kürzlich an der ETH Zürich erfolgte und in Nature Scientific Reports veröffentlichte Studie zeigt, dass die Implantatoberfläche Inicell von Thommen Medical die Sekretion wichtiger heilungsfördernder Faktoren positiv beeinflusst. Diese Faktoren beinhalten neben Matrix-Metalloproteinasen (MMPs), die die extrazelluläre Matrix abbauen, auch den Wachstumsfaktor VEGF, der für sein angiogenetisches Potential bekannt ist. Angiogenese ist der physiologische Vorgang bei dem sich neue

Blutgefäße aus bestehenden Blutgefäßen bilden. Ausreichende Blutversorgung ist die Grundvoraussetzung für Knochenneubildung, die wiederum Grundvoraussetzung für die schnelle Osseointegration eines Implantats ist. Diese Forschungsergebnisse belegen das unübertroffene Potential der Inicell-Implantatoberfläche für schnelle und stabile Osseointegration. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.thommenmedical.com](http://www.thommenmedical.com)





Camlog

## Wasch-Tray

Camlog erweiterte das Produktportfolio um ein Wasch-Tray für die Instrumente der Camlog/Conelog Screw-Line und Camlog Root-Line 2 Implantatlinien. Das Tray ist für die maschinelle Reinigung, Desinfektion und Sterilisation der chirurgischen Instrumente konzipiert. Während der gesamten Prozesskette zur Wiederaufbereitung verbleiben diese im Wasch-Tray. Es eignet sich für alle Arztpraxen sowie für Kliniken mit zentralen Aufbereitungszentren und erfüllt die

Validierungsvorgaben der RKI-Hygiene-richtlinien. Die chirurgischen Instrumente werden durch spezielle Metallfedern sicher im Tray fixiert, während Kleinteile und zerlegbare Komponenten in die dafür vorgesehenen Siebschalen gelegt werden. Zum maschinellen Reinigen wird die Schablone abgenommen und separat in den Thermodesinfektor gestellt. Die Gitterstruktur des Wasch-Trays erlaubt eine optimale Umspülung aller Produkte und ein vollständiges Abflie-



ßen der Spülflüssigkeit im Thermodesinfektor. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.camlog.de](http://www.camlog.de)

Septodont

## Produktkatalog jetzt als APP

Wer es gerne papierlos los mag, dem stehen jetzt alle relevanten Produktinformationen der in Deutschland vertriebenen Septodont-Produkte auch mobil zur Verfügung. Das Praxisteam kann mit wenigen Fingertipps durch den Produktkatalog navigieren. Der Katalog



umfasst Informationen zu den Anwendungsgebieten und Eigenschaften der Produkte für den zahnmedizinischen Einsatz. Die Katalog-App umfasst des Weiteren die Fach- und Gebrauchsinformationen, informative Videos und Bildergalerien. Links zur Septodont-

Website runden das Angebot ab. Die kostenfreie APP „Septodont Produktkatalog“ steht ab sofort für das iPad im iTunes Store und im Google Play Store für die Android-Version zum Download zur Verfügung. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.septodont.de](http://www.septodont.de)

Thommen Medical

## VarioTemp und VarioFlex

Thommen Medical stellt mit dem VarioTemp und dem VarioFlex zwei neue Abutment-Set's für die temporäre oder definitive Versorgung von verschraubten oder zementierten Einzelzahn- oder Brückenversorgungen vor. Die Abutmentlänge kann individuell an die klinische Situation und die materialspezifische Anforderung angepasst werden. Sie wurden speziell für Restaurationen mit Kunststoff, Presskeramik und Nichtedelmetalllegierungen entwickelt. Dabei bieten sie die bestmögliche Unterstützung bei langen beziehungsweise bei hohen



VarioTemp

Suprastrukturen, eine größere mechanische Retention und mehr Rotationschutz. Die VarioTemp- und VarioFlex-Abutments sind ab sofort erhältlich und ersetzen die Temporary- und VarioEco-Abutments. Beide Abutments sind nur im Set erhältlich, VarioTemp-Abutments



VarioFlex

werden mit der entsprechenden Schraube für die Modellierung, VarioFlex mit einer ausbrennbaren Kunststoffkappe und einer Abutmentschraube ausgeliefert. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.thommenmedical.com](http://www.thommenmedical.com)



## 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 €
- Assistenzzahnärzte, 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
<b>September 2016</b>					
29.09. – 01.10.2016	EAO	Paris	<a href="http://www.eao-congress.com">www.eao-congress.com</a>	25. EAO-Jahreskongress	Diverse Referenten
<b>Oktober 2016</b>					
06.10.2016	BDIZ EDI	Köln	<a href="http://www.bdizedi.org">www.bdizedi.org</a>	18. Curriculum Implantologie	Diverse Referenten
06. – 08.10.2016	DGÄZ	Tegernsee	<a href="http://www.eao-congress.com">www.eao-congress.com</a>	11. Internationale Konferenz der DGÄZ	Diverse Referenten
<b>November 2016</b>					
11. – 12.11.2016	DGZMK, BZÄK, LZK Hessen, LZK Rheinland-Pfalz	Frankfurt am Main	<a href="http://www.dtz.de">www.dtz.de</a>	Deutscher Zahnärztetag	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](mailto:office-bonn@bdizedi.org) · [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org)

**Chefredaktion:** Anita Wuttke V.i.S.d.P. (AWU) · BDIZ EDI  
Fon +49 89 72069-888 · [wuttke@bdizedi.org](mailto:wuttke@bdizedi.org)

**Chef vom Dienst:** Kerstin Jung (KJ) · teamwork media GmbH  
Fon +49 8243 9692-33 · [k.jung@teamwork-media.de](mailto:k.jung@teamwork-media.de)

**Redaktion BDIZ EDI:** Christian Berger (BER), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (ZOE), Dr. Detlef Hildebrand (HIL), PD Dr. Jörg Neugebauer (NEU), Prof. Dr. Thomas Ratajczak (RAT), Dr. Renate Tischer (RTI), Marianne Steinbeck (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](mailto:service@teamwork-media.de) · [www.teamwork-media.de](http://www.teamwork-media.de)  
Inhaber: Deutscher Ärzteverlag 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](mailto: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](mailto:ms@msmedia.de) · [www.msmedia.de](http://www.msmedia.de)  
Es gilt die Preisliste der aktuellen Mediadaten.

**Anzeigendisposition:** Sarah Krischik · teamwork media GmbH  
Fon +49 8243 9692-13 · Fax +49 8243 9692-22 · [s.krischik@teamwork-media.de](mailto:s.krischik@teamwork-media.de)

**Covergestaltung:** Kai Sprenger

**Layout:** Christoph Csokas

**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



## 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

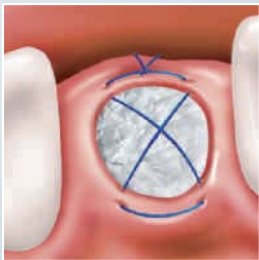


cara makes life so easy

**NEU**

Geistlich  
**Bio-Gide® Shape**

# Ihre Trumpfkarte für den Kieferkammerhalt



## Ihre Vorteile

- ▶ Vorgeformt – reduziert Präparationszeit
- ▶ Einfaches Einsetzen durch erhöhte Steifigkeit
- ▶ Repositionsmöglichkeit durch adaptierte Feuchtigkeitsaufnahme



**LEADING REGENERATION**

**Bitte senden Sie mir:**

**per Fax an 07223 9624-10**

- Informationsbroschüre Geistlich Bio-Gide® Shape
- Broschüre Therapiekonzepte für die Extraktionsalveole
- Bitte nehmen Sie Telefon .....
- Kontakt mit mir auf: Name .....

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

BDIZ konkret 02/2016

Praxisstempel