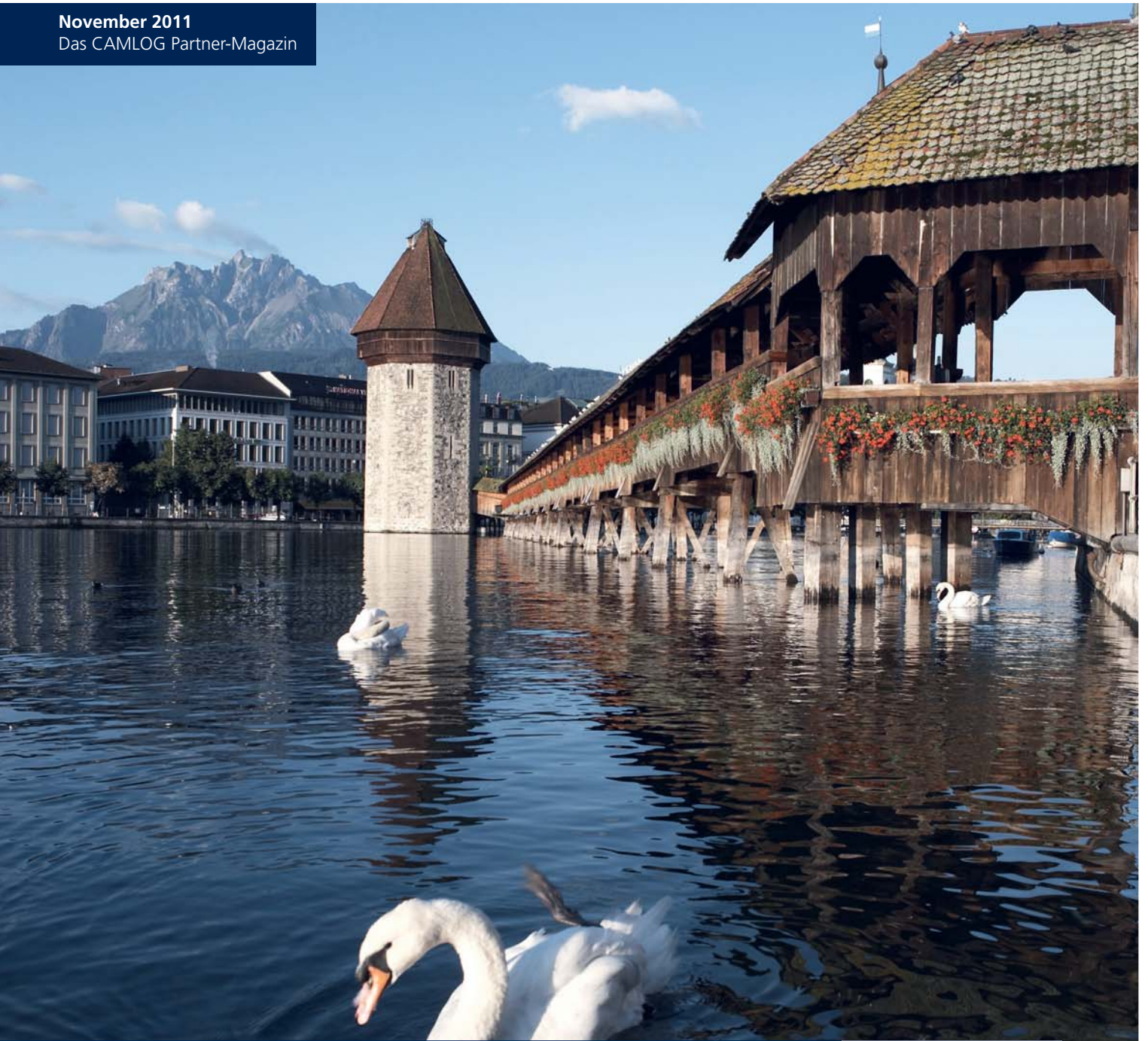


November 2011
Das CAMLOG Partner-Magazin

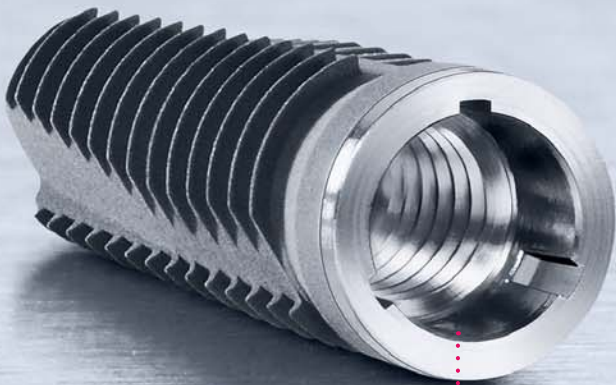


4. INTERNATIONALER CAMLOG KONGRESS

3.–5. MAI 2012, LUZERN

25

GLEICHE
AUSSENGEOMETRIE



TUBE-IN-TUBE™
VERBINDUNG



KONISCHE
VERBINDUNG



CAMLOG IST JETZT

DOPPELT GUT

Neu, konisch und in CAMLOG-Qualität: Das CONELOG® Implantatsystem. Damit erhalten Sie nun erstklassige Implantate mit Tube-in-Tube™ und konischer Verbindung aus einer Hand. Zusätzlich profitieren Sie von zwei Jahren Preisgarantie auf alle Implantate (gültig in Deutschland bis März 2013). Für weitere Infos: Telefon **07044 9445-100**, www.camlog.de

a perfect fit™

camlog

Was darf Forschung kosten?



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

hätten Sie gern ein Implantat in Ihrem Kiefer, über dessen Erfolgs- und Überlebensrate Sie keinerlei Informationen haben? CAMLOG ist der Meinung, dass wir sowohl Ihnen als auch Ihren Patientinnen und Patienten diese Daten schuldig sind. Heutzutage ist ein Trend zur evidenzbasierten Medizin erkennbar. Die dazu notwendigen

kontrollierten, systematischen klinischen Studien kosten aber viel Geld. Und ohne beträchtliche Investitionen in Forschung & Entwicklung wird die Innovationsfreude in der Industrie abnehmen. Es sind jedoch die etablierten Firmen, die den Fortschritt in der dentalen Implantologie vorwärts treiben, *und nicht die Kopisten*.

Nun, was darf eine erfolgreiche dentalimplantologische Versorgung eigentlich maximal kosten? Volkswirtschaftlich betrachtet sind aus Sicht der Konsumenten die Preise für Implantate und die Prothetikteile sowie entsprechende Dienstleistungen immer zu hoch. Aus Sicht des Produzenten sind sie immer zu niedrig. Ein funktionierender Wettbewerb sorgt in der Regel dafür, dass keine der beiden Seiten ihre egoistischen Preisinteressen übermächtig durchsetzen kann. In diesem Zusammenhang möchte ich John Ruskin¹ zitieren, der stark ‚im Verdacht‘ steht, zu folgender Einsicht gelangt zu sein:

„Es gibt kaum etwas auf dieser Welt, das nicht irgend jemand ein wenig schlechter machen und etwas billiger verkaufen könnte, und die Menschen, die sich nur am Preis orientieren, werden die gerechte Beute solcher Machenschaften. Es ist unklug, zu viel zu bezahlen, aber es ist noch schlechter, zu wenig zu bezahlen. Wenn Sie zu viel bezahlen, verlieren Sie etwas Geld. Das ist alles. Wenn Sie dagegen zu wenig bezahlen, verlieren Sie manchmal alles, da der gekaufte Gegenstand die ihm zugedachte Aufgabe nicht erfüllen kann. Das Gesetz der Wirtschaft verbietet es, für wenig Geld viel Wert zu erhalten. Nehmen Sie das niedrigste Angebot an, müssen Sie für das Risiko, das Sie eingehen, etwas hinzurechnen. Und wenn Sie das tun, dann haben Sie auch genug Geld, um für etwas Besseres zu bezahlen.“

Ich bin davon überzeugt, dass Ihnen CAMLOG innovative, klinisch sehr erfolgreiche Implantatsysteme zu einem fairen Preis-Leistungsverhältnis anbietet. Und Sie darüber hinaus mit umfassenden Serviceleistungen und einer Rundumbetreuung in der Weise versorgt, dass Sie scheinheilige Einladungen à la „Wann wechseln Sie zu uns?“ als völlig überflüssig betrachten und ihnen aus Überzeugung widerstehen können.

Ihr

Dr. Alex Schär
Chief Technology Officer
CAMLOG Biotechnologies AG, Basel

¹ John Ruskin, englischer Schriftsteller, Maler, Kunsthistoriker und Sozialphilosoph; * 8. Februar 1819 in London; † 20. Januar 1900 in Brantwood/Lancashire.

INHALT



Seite 4

Titelstory

- 4. Internationaler CAMLOG Kongress 2012 in Luzern



Seite 20

Praxismanagement

- Gegenseitiges Lernen beim moderierten Erfahrungsaustausch



Seite 6

Wissenschaft/Klinische Forschung

- *Wissenschaftlich dokumentiert:* Welche Faktoren beeinflussen den Behandlungserfolg mit CAMLOG® Implantaten?



Seite 22

Aktuelles

- Vorträge 2. CAMLOG Zahntechnik-Kongress jetzt auch *online*
- CAMLOG Fortbildungsbroschüre 2012 ab sofort verfügbar
- Vorschau 2. Schweizer Zahntechnik-Kongress 2012
- Posterwettbewerb beim 4. CAMLOG Kongress: *Bewerben Sie sich!*



Seite 8

Praxisfall

- Funktionell-ästhetische Rehabilitation mit einem CONELOG® Implantat



Seite 25

International

- Zwei neue CAMLOG Distributoren



Seite 15

Produkte

- CONELOG® Hybridprothetik
- CONELOG® Titanbasis CAD/CAM, CONELOG® Scankörper, CAMLOG®- und CONELOG® Klebehilfen
- Individuelle Abutments für das CAMLOG® Implantatsystem von Drittanbietern
- Neue konkave Osteotome



Seite 26

Lifestyle

- Ausstellung „Surrealismus in Paris“, Basel



4. INTERNATIONALER CAMLOG KONGRESS 3.–5. MAI 2012, LUZERN

Wir nähern uns rapide dem Jahresende 2011, und das CAMLOG Highlight des kommenden Jahres wirft bereits seine Schatten voraus: der 4. Internationale CAMLOG Kongress im Mai im malerischen Luzern am Vierwaldstätter See. Thomas Moser, Leiter Marketing International bei der CAMLOG Biotechnologies AG in Basel, war gern bereit, *logo* einige Fragen zum Kongress zu beantworten.

logo: Um diesem Gespräch Struktur zu geben, folgen wir in unseren Fragen Punkt für Punkt demjenigen, was Sie in einer Ihrer Publikationen zum Kongress aufgeführt haben. Sie versprechen potentiellen Kongressteilnehmenden, „State of the art“ der dentalen Implantologie in Luzern zu präsentieren. Können Sie uns das etwas detaillierter darlegen?

Thomas Moser: Betrachten Sie diese Ankündigung bitte nicht in der Art, dass wir in Luzern lediglich eine Erhebung des Status quo in der Dentalimplantologie durchführen werden, sondern vielmehr als ein Qualitätsversprechen; dafür bürgen sowohl der Name CAMLOG als auch die international renommierten Mitglieder des wissenschaftlichen Komitees und die anerkannten Referenten. Inhaltlich lässt sich „State of the art“ an folgenden Themen festmachen:

- Neues zu Implantat/Abutment-Verbindungen.
- Aktuelle klinische Erfahrungen mit Platform-Switching und vielversprechende Langzeitergebnisse.
- Der demographische Wandel und die zunehmend alternden Patienten.

- Die aktuellen Trends in der digitalen Zahnheilkunde.
- Und zum Abschluss des Kongresses die beliebte Expertenrunde mit der angeregten Podiumsdiskussion.

logo: Das Motto des Kongresses ‚Feel the pulse of science in the heart of Switzerland‘ soll gemäß Ihren Aussagen auch anzeigen, dass der von wissenschaftlichen Inhalten geprägte Kongress in einem ‚klassisch schweizerischen‘ Umfeld ablaufen wird. Was hat man sich darunter vorzustellen?

Thomas Moser: Da würde ich allen Kongress-Interessenten zusätzlich ans Herz legen, einen unserer am Donnerstag vor dem eigentlichen Kongress stattfindenden Workshops in einzigartiger Location zu buchen. Diese Veranstaltungen finden auf dem Pilatus, 2.100 Meter über dem Meer, statt. Mit freiem Blick auf eine Fülle von Alpengipfeln. Dort oben, in geradezu himmlischen Sphären, die per Zahnradbahn erreicht werden, können die Teilnehmenden Instruktionen und praktische Erfahrungen entweder auf Englisch oder Deutsch zu Weichgewebsmanagement unter den verschiedensten Aspekten er-

halten. Ich garantiere jetzt schon allen, die einen dieser Kurse buchen werden, dass Sie nicht nur die Kursinhalte, sondern auch – und ganz besonders – dieses einmalige alpine Lernumfeld so schnell nicht vergessen werden!

logo: Das hört sich ja bereits sehr vielversprechend an. Was macht denn Ihrer Meinung nach Luzern und seine Region als Veranstaltungsort besonders attraktiv?

Thomas Moser: Was Luzern über sich selbst aussagt, trifft meiner Meinung nach sehr präzise zu: *„Die Schweiz findet in Luzern statt, denn alle Vorzüge der Schweiz werden hier auf einen Punkt gebracht: Die Stadt – der See – die Berge. Was immer Sie von einer einzigartigen Stadt erwarten, Luzern enttäuscht Sie nicht.“* – *„Luzern überrascht Sie – immer und immer wieder. Avantgarde hat hier in Form des futuristischen Kultur- und Kongresszentrums von Jean Nouvel genauso ihren Platz wie Sehenswürdigkeiten, die schon Jahrhunderte überdauert haben. Die Museen, Theater und Festivals decken Tradition und Trend, archaisches Brauchtum und High-Tech perfekt ab und machen Luzern so auch zur Kulturstadt der etwas anderen Art.“*¹

¹ <http://www.luzern.com/de>



Für mich ganz persönlich ist Luzern in seiner Region überhaupt einer der reizvollsten Orte der Schweiz, wenn nicht gar Europas.

logo: Wir kennen einige Leute, die schwärmen noch heute von der fulminanten CAMLOG Party ‚Night of the Stars‘ anlässlich des 3. Internationalen CAMLOG Kongresses in Stuttgart 2010. Haben Sie für den Luzerner Event etwas ähnlich ‚Denkwürdiges‘ in petto?

Thomas Moser: Aber klar doch und fast schon ‚on top of Europe‘! Ich zitiere dazu aus unserer Kongressbroschüre:

„Ein einmaliger Abend erwartet Sie an diesem Freitag! Erleben Sie die Schweiz in all ihren faszinierenden Facetten. Per Schiff überqueren Sie den Vierwaldstätter See, dann geht es mit der Zahnradbahn auf gut 1.600 m zur ‚Königin der Berge‘, der Rigi. Dort angekommen, erwartet Sie neben einer sensationellen Aussicht pure Schweizer Tradition: Alphornbläser, Fahnenschwinger, Käse, Schokolade... und natürlich auch jede Menge Unterhaltung, Musik und Spaß. Feiern Sie ausgelassen in die Nacht hinein, bis es dann mit Europas erster Bergbahn ins Tal und von dort mit dem Bus wieder zurück nach Luzern geht.“

Bis zu unserer sicher legendär werdenden CAMLOG Party 2012 galt das ‚Fest‘-Gebiet auf der Rigi übrigens noch als erdbebensicher; wie gesagt: ‚bis zu‘...

logo: Erfahrungsgemäß nehmen viele PartnerInnen der Kongressteilnehmenden die Gelegenheit wahr, diese Veranstaltung für einen gemeinsamen Kurzurlaub zu nutzen. Was haben Sie denn als Begleitprogramm für diese PartnerInnen zu bieten?

Thomas Moser: Auch da können wir in Luzern und Umgebung mit einigen Attraktionen aufwarten, die Sie anderswo vergeblich suchen werden. Beispielsweise einem Besuch in einer Glashütte. Mit dem

Schiff fahren Sie über den Vierwaldstätter See zur ‚Glasi Hergiswil‘, der einzigen Glashütte in der Schweiz, die Glas noch mittels Mund und Hand zu zeitgemäßen und einmaligen Formen verarbeitet.

Oder lassen Sie sich in Luzern zeigen, wie Fassaden faszinierende Geschichte(n) erzählen von Brauchtum, Festen und von Menschen. Erfahren Sie unter kundiger Führung die Hintergründe zu Herkunft der Malerei, Schicksalen der Maler und der Hausbesitzer.

Was wäre die Schweiz ohne Schokolade? Machen Sie einen spannenden Rundgang durch Luzern mit anschließender Einführung in die Geheimnisse der Schokoladenverarbeitung, verfolgen Sie die einzelnen Produktionsschritte vom Gießen bis hin zum Verpacken – inklusive Degustationen. In die reizvolle Umgebung Luzerns führt Sie ‚Pilatus – Goldene Rundfahrt‘. Folgendes werden Sie erleben: den Vierwaldstätter See per Schiff von Luzern bis Alpnachstad, die steilste Zahnradbahn der Welt hinauf zum Pilatus-Kulm und dort oben die ganz spezielle Hochgebirgsflora und -fauna.

Kulturelles vom Feinsten können Sie auf einem ‚Stadtbummel mit Sammlung ‚Rosengart‘ in Luzern ausfindig machen. Ihre Bedeutung verdankt die Sammlung ‚Rosengart‘ den beiden einzigartigen Werkgruppen von Paul Klee und Pablo Picasso. Darüber hinaus sind bedeutende Gemälde und Zeichnungen von Cézanne, Monet, Matisse und Chagall u.a. vorhanden. Sie sehen also, nicht nur die Wissenschaft wartet in Luzern darauf, von Ihnen persönlich den Puls gefühlt zu bekommen.

logo: Last but not least verspricht CAMLOG für die Luzerner Veranstaltung ein hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis. Können Sie diesen Anspruch mit konkreten Zahlen untermauern?

Thomas Moser: Nehmen wir dafür die Kongressgebühren/Person, die folgendermaßen aufgeschlüsselt sind:

- Frühregistrierung bis 31.01.2012: € 480,-
- Normalregistrierung: € 530,-
- Studierende, Uni-Assistenz, ZA-Assistenz: € 240,-
- Jeder der Workshops am Donnerstag schlägt mit € 190,- zu Buche, inkl. An- und Rückreise zum und vom Pilatus.
- An der CAMLOG Party am Freitag können Sie mit einer Kostenbeteiligung von € 110,- teilnehmen.

Für die Parterprogramme, die am Freitag und Samstag stattfinden, berechnen wir Ihnen pro teilnehmender Person:

- Glasi Hergiswil: € 40,-
- Stadtführung ‚Fassaden schreiben Geschichte(n)‘: € 20,-
- Die süße Versuchung: € 20,-
- Pilatus – Goldene Rundfahrt: € 80,-
- Stadtbummel/Rosengart: € 20,-

Selbstverständlich ist der 4. Internationale CAMLOG Kongress CE-akkreditiert. Für die Teilnahme werden Ihnen 16 Punkte gutgeschrieben; für den Besuch eines Workshops zusätzliche sechs Punkte.

Zu unser partnerschaftlichen Preisgestaltung kann ich abschließend nur sagen: Wir dürfen dies nicht mit unseren Mitbewerbern vergleichen – Sie allerdings schon!

logo: Herzlichen Dank für dieses Gespräch, Herr Moser, und viel Erfolg für Ihren Luzerner Kongress.

Weitere Informationen und Anmeldung zum 4. Internationalen CAMLOG Kongress, 3.–5. Mai 2012, Luzern, unter: www.camlogcongress.com oder direkt per Smartphone-Scan unten rechts.

Gern senden wir Ihnen auch die Kongressbroschüre zu: Tel. 07044 9445-100. Oder bestellen Sie sie per Faxformular auf der vorletzten Umschlagseite dieses Hefts.





LÄNGE, DURCHMESSER, ZEIT – WELCHE FAKTOREN BEEINFLUSSEN DEN BEHANDLUNGSERFOLG MIT CAMLOG® IMPLANTATEN?

Der Einsatz von CAMLOG® Implantaten ist in verschiedenen Indikationen, für Einzel- und Mehrzahnersatz, durch Studien umfassend dokumentiert. So konnten über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren ein sehr guter Behandlungserfolg bei verschiedenen Durchmessern und Längen der Implantate sowie bei unterschiedlichen Implantations- und Belastungszeitpunkten gezeigt werden. In dem folgenden Artikel geben wir Ihnen einen Überblick über die aktuelle Studienlage.

Sofortimplantation? Sofortbelastung? Welcher Durchmesser und welche Länge? Fragen zum Behandlungsvorgehen, die nicht immer einfach zu beantworten sind. Zum einen spielen Ästhetik und Funktion, zum anderen auch der Faktor Zeit eine wichtige Rolle. Behandlungserfolg beim Einsatz von CAMLOG® Implantaten wurde bei verschiedenem Behandlungsvorgehen, in verschiedenen Indikationen und über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren dokumentiert.

Behandlungserfolg mit allen Durchmessern...

Krenmmair et al. (2010) haben den Behandlungserfolg mit CAMLOG® Implantaten in Abhängigkeit vom Durchmesser untersucht [1]. Die kumulative Erfolgsrate mit 3,8 mm-Implantaten lag nach fünf Jahren bei 96,2%; mit 4,3-mm-Implantaten bei 98,6% und mit 5,0-mm- sowie 6,0-mm-Implantaten bei 99,0%. Nur in wenigen Fällen war eine prothetische Nachsorge nötig. Die Patienten waren mit der Behandlung sehr zufrieden und bewerteten sie auf einer Skala von 1 bis 5 (höchste Zufriedenheit) mit durchschnittlich 4,8. Insgesamt 541 Implantate waren in die Studie eingeschlossen worden (Sofortimplantation: N=6; 6–8 Wochen nach Exzision: N=116; >8 Wochen nach Exzision: N=409).

... und Längen

Den Behandlungserfolg mit CAMLOG® Implantaten in verschiedenen Längen ha-

ben Strietzel & Reichart (2007) untersucht [2]. Sie konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen kurzen und langen Implantaten beobachten. Die durchschnittliche Überlebensrate der 325 untersuchten (langen und kurzen) Implantate lag bei 98,5% über einen maximalen Zeitraum von 55 Monate.

Der richtige Zeitpunkt

Ein immer wieder diskutiertes Thema in der dentalen Implantologie ist der richtige Zeitpunkt für die Implantation nach Zahnextraktion sowie der Zeitpunkt für die Belastung [3, 4].

In verschiedenen Studien mit einer Beobachtungszeit von bis zu sieben Jahren wurde dieses Thema auch bei der Verwendung von CAMLOG® Implantaten untersucht. In einer retrospektiven Studie von Zafiropoulos et al. (2010) zeigten sich während eines Zeitraums von fünf Jahren keine Unterschiede in der Implantatüberlebensrate in Abhängigkeit vom Implantationszeitpunkt, vom verwendeten Implantat sowie dem Zeitpunkt der Belastung [5]. Die Ergebnisse von 241 Implantaten an 241 Patienten waren in diese Studie eingeschlossen worden. Diese Ergebnisse werden durch Lange et al. (2010) bestätigt [6]. Sie hatten den Behandlungserfolg mit 774 Implantaten untersucht; zum einen bei Sofort-Belastung, zum anderen bei späterer Belastung, und jeweils bei Implantation in frische oder bereits abgeheilte Exzisionsalveolen. Die Autoren der Studie kamen zu dem Schluss, dass der

Zeitpunkt der Implantation und der Belastung nicht entscheidend sind, sondern vielmehr individuelle Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Entzündungen, entodontische Behandlungen).

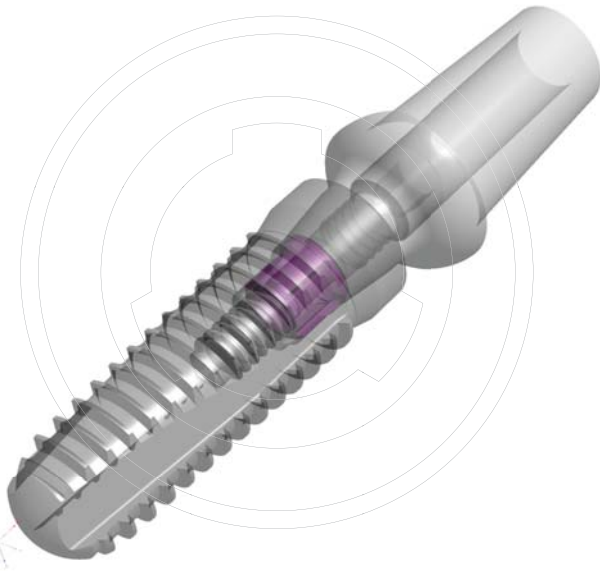
Auch Siebers et al. (2010) haben dieses Thema an 76 Patienten mit insgesamt 222 Implantaten über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren untersucht. Sie erzielten einen Behandlungserfolg von 100% bei Implantaten, die nach Heilung der Exzisionsalveole gesetzt wurden. Bei Sofortimplantation und Sofortbelastung lag der Behandlungserfolg bei 91,3% und bei Sofortimplantation mit späterer Belastung bei 98,5% [7].

Reduzierte Einheilzeit

Zwei Studien haben den Behandlungserfolg mit CAMLOG® Implantaten bei verkürzter Einheilzeit (6 Wochen im UK, 12 Wochen im OK) untersucht. Nelson et al. (2008) beobachteten nach im Mittel 3,75 Jahren einen Behandlungserfolg von 99,4% [8]; Semper et al. (2007) erzielten nach sechs Jahren sogar in 99,8% einen Behandlungserfolg [9]. In beiden Studien waren Implantate mit sandgestrahlter und geätzter Oberfläche untersucht worden. Der Behandlungserfolg wurde anhand der von Buser et al. (2002) definierten Kriterien bestimmt [10]: Immobilität, keine apikalen Transluzenzen, kein Schmerz oder andere Zeichen persistierender und irreversibler Beschwerden, keine periimplantäre Entzündung.



* In der wissenschaftlichen Literatur ist der Behandlungserfolg mit CAMLOG® Implantaten über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren dokumentiert.



Hohe Erfolgsraten und positive Ergebnisse

Eine ausgezeichnete Implantatüberlebensrate konnten auch Ozcan et al. (2007, 2011) über einen Zeitraum von drei und fünf Jahren zeigen [11, 12]. Die Autoren hatten CAMLOG® Implantate zusammen mit verschiedenen anderen Implantatsystemen untersucht. Die Implantatüberlebensrate nach drei respektive fünf Jahren lag für CAMLOG® Implantate bei 100% – in beiden Studien ging jeweils lediglich ein Implantat einer anderen Marke verloren. Die Autoren beobachteten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Implantatsystemen und kamen zu dem Schluss, dass ihre Verwendung zu einem positiven Behandlungserfolg führt.

Ergebnisse im Praxisalltag bestätigt

Die Reproduzierbarkeit dieser Ergebnisse im Praxisalltag konnten Franchini et al. (2011) bestätigen [13]. Sie erzielten mit CAMLOG® Implantaten einen Behandlungserfolg von 99,5% über einen Beobachtungszeitraum von mindestens einem

Jahr nach Belastung bis zu 78 Monaten. Der Behandlungserfolg war dabei unabhängig vom Zeitpunkt der Implantation und der Belastung sowie von der Länge des Implantats. Insgesamt wurden für die Untersuchung Daten von 96 Patienten mit 201 Implantaten in verschiedenen Indikationen ausgewertet; 158 wurden bei teilweise zahnlosen Patienten gesetzt, 49 in Einzelzahnlücken.

Fazit

Die Verwendung von CAMLOG® Implantaten ist in verschiedenen Indikationen wissenschaftlich dokumentiert. In Studien wurden ausgezeichnete Implantatüberlebensraten sowie Behandlungserfolg mit sehr guter Vorhersagbarkeit beobachtet. Im vorliegenden Artikel wurden der Einsatz von CAMLOG® Implantaten bei teilbezahnten Patienten im Ober- und Unterkiefer, bei verschiedenen Längen und Durchmessern sowie bei verschiedenen Implantations- und Belastungszeitpunkten systematisch dargestellt. Eine Studienübersicht zum Einsatz von CAMLOG® Implantaten bei zahnlosen Patienten wurde bereits in logo Ausgabe 24 präsentiert.

Literatur

- [1] Krennmair G, Seemann R, Schmidinger S, Ewers R, Piehslinger E. Clinical outcome of root-shaped dental implants of various diameters: 5-year results. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010; 25: 357–366
- [2] Strietzel FP, Reichart PA. Oral rehabilitation using CAMLOG screw-cylinder implants with a particle-blasted and acid-etched microstructured surface. Results from a prospective study with special consideration of short implants. *Clin Oral Implants Res* 2007; 18: 591–600.
- [3] Esposito M, Grusovin MG, Chew YS, Coulthard P, Worthington HV. One-stage versus two-stage implant placement. A Cochrane systematic review of randomised controlled clinical trials. *Eur J Oral Implantol* 2009; 2: 91–99.
- [4] Esposito M, Grusovin MG, Polyzos IP, Felice P, Worthington HV. Timing of implant placement after tooth extraction: immediate, immediate-delayed or delayed implants? A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol* 2010; 3: 189–205.
- [5] Zafiroopoulos GGK, Deli G, Bartee BK, Hoffmann O. Single tooth implant placement and loading in fresh and regenerated extraction sockets. 5 year results. A case series using two different implant designs. *J Periodontol* 2010; 81: 604–615
- [6] De Lange GL, Ranzelzhofer P, Sipos P, de Bruin M, Both CJ. Survival and risks of immediate placed anterior implants Poster 19th Annual Scientific Meeting EAO Glasgow, October 6–9, 2010
- [7] Siebers D, Gehrke P, Schliephake H. Immediate versus delayed function of dental implants: A 1- to 7-year follow-up study of 222 implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010; 25: 1195–1202
- [8] Nelson K, Semper W, Hildebrand D, Özyuvaci H. A retrospective analysis of sandblasted, acid-etched implants with reduced healing times with an observation period of up to 5 years. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2008; 23: 726–732
- [9] Semper W, Heberer S, Nelson K. Early loading of root form and conical implants with a sandblasted large-grit acid-etched surface: A 6-year clinical follow-up. *Implants* 2008; 2:14–19
- [10] Buser D, Ingmarsson S, Dula K, Lussi A, Hirt HP, Belser UC. Long-term stability of osseointegrated implants in augmented bone: A 5-year prospective study in partially edentulous patients. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002; 22: 108–117
- [11] Özkan Y, Akoğlu B, Kulak-Özkan Y. Five-year treatment outcomes with four types of implants in the posterior maxilla and mandible in partially edentulous patients: a retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011; 26: 639–647
- [12] Ozkan Y, Ozcan M, Akoglu B, Ucakale M, Kulak-Ozkan Y. Three-year treatment outcomes with three brands of implants placed in the posterior maxilla and mandible of partially edentulous patients. *J Prosthet Dent* 2007; 97: 78–84
- [13] Franchini I, Capelli M, Fumagalli L, Parenti A, Testori T. Multicenter retrospective analysis of 201 consecutively placed Camlog dental implants. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011; 31: 255–263



Abb. 1: Klinische Ausgangssituation en face. Erkennbar sind der geringe Überbiss im Bereich der mittleren Inzisiven und die latente Schwellung in Regio 21.

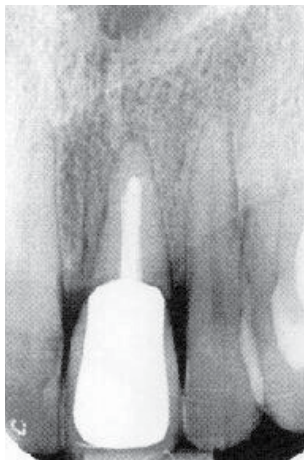


Abb. 2: Einzelröntgenaufnahme zu Beginn der Behandlung.

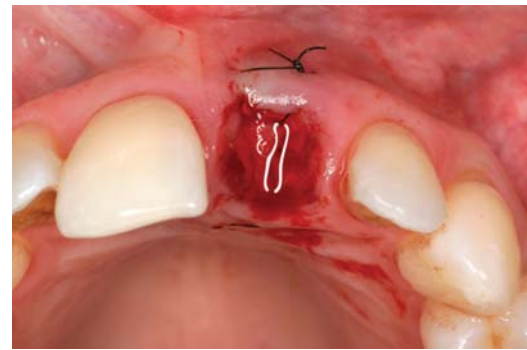


Abb. 3: Zustand nach schonender Extraktion des Zahns 21 und Socket Preservation mittels Bio-Oss®. Das eingebrachte bovine Material diente zur Weichgewebs- und Volumensstütze während der dreimonatigen Abheilungszeit und wurde im Zuge der Implantation wieder entfernt.



REHABILITATION IN DER ÄSTHETISCHEN ZONE MITTELS EINES CONELOG® SCREW-LINE IMPLANTATS

Dr. Marcus Seiler, Dr. Martin Baisch, ZTM Gerhard Neuendorff, ZTM Christine Hammerl-Riempp, Dr. Amely Hartmann, Filderstadt

Die subjektive Zufriedenheit des Patienten mit dem ästhetischen Ergebnis ist Teil des Erfolgs einer Implantation. Implantologische Eingriffe in der ästhetischen Zone oder dem extrem atrophierten Bereich gelten gemäß der SAC-Klassifikation [1] als die am schwierigsten zu therapierenden. Der Oberkieferfrontzahnbereich stellt auch in diesem Fall eines implantologischen Einzelzahnersatzes eine chirurgische Herausforderung dar [2], bei der sogar forensisch die Ästhetik im Vordergrund der Versorgung steht. Dies macht nochmals das nötige Zusammenspiel zwischen einer exakten dreidimensionalen Implantatposition, perfekt ausgeformtem Weichgewebe und ästhetischer Suprakonstruktion klar. Grundlage hierfür stellt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen dem Chirurgen, Prothetiker und Zahntechniker von Beginn an dar. Der vorliegende Patientenfall soll das mögliche therapeutische Vorgehen beim Einzelzahnverlust bedingt durch eine Paro-Endo-Läsion in der ästhetischen Zone mittels eines CONELOG® SCREW-LINE Implantats beschreiben.

Ausgangssituation

Die zu Behandlungsbeginn 47-jährige Patientin stellte sich mit den in **Abb. 1** dargestellten klinischen Verhältnissen letztes Jahr in unserer Praxisklinik vor. Es zeigte sich eine deutliche putride Sekretion vor allem aus der singulären bukkalen Tasche (6 mm) bei apikaler Kompression sowie eine livide glasige Schwellung der Schleimhaut. Der BOP (Bleeding on Probing) war ausgeprägt positiv. Aufgrund der kumulierten klinischen Befunde wurde die Diagnose einer kombinierten Paro-Endo-Läsion gestellt und der Patientin zur Extraktion geraten. Auch die Einzelröntgenaufnahme

(**Abb. 2**) zu Beginn machte den erweiterten Parodontalspalt sowie den Knochenrückgang deutlich, der zu einem ungünstigen Kronen-Wurzelverhältnis geführt hatte. Es liegt ein dünner Gingivamorphotyp A1 vor. Von extraoral betrachtet zeigt die Patientin eine hohe Lachlinie.

Behandlungsplanung und Vorbehandlung

Die anspruchsvolle Patientin wünschte eine funktionell-ästhetische Rehabilitation. Geplant wurde eine Spätimplantation mittels eines CONELOG® SCREW-LINE Implantats nach vollständig erfolgter Ab-

heilung der entzündlichen Verhältnisse. Alle Vorbehandlungen erfolgten in der präoperativen Phase beim betreuenden Hauszahnarzt.

Die Zwischenversorgung wurde hier ebenfalls bereits im Vorfeld erstellt und nach der Zahnextraktion mit entsprechender Socket Preservation (**Abb. 3**) eingegliedert. Das Provisorium diente zum stützenden Papillenerhalt und war als Ovate Pontic gestaltet. **Abb. 4** zeigt die röntgenologische Situation nach der Zahnentfernung. Nach einer Abheilungszeit von fast drei Monaten präsentierten sich reizfreie gingivale Verhältnisse (**Abb. 5 und 6**).



Abb. 4: Einzelröntgenaufnahme nach Extraktion und Socket Preservation.



Abb. 5: Das Implantationsgebiet des anterioren Oberkiefers mit reizfreier mukoperiostaler Weichteildecke.



Abb. 6: Ansicht *en face* mit ausgeformtem Weichgewebe.



Abb. 7: Einbringen des CONELOG® SCREW-LINE Implantates, D 4,3 mm und L 13 mm. Die marginale Schnittführung ohne Entlastungsschnitte verhindert Narbenbildungen in der ästhetischen Zone.

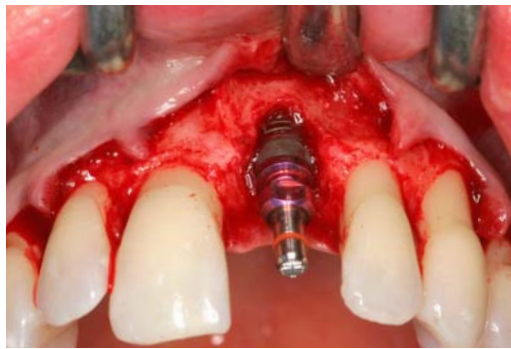


Abb. 8: Insetiertes CONELOG® SCREW-LINE Implantat mit noch aufgeschraubtem Einbringpfosten.

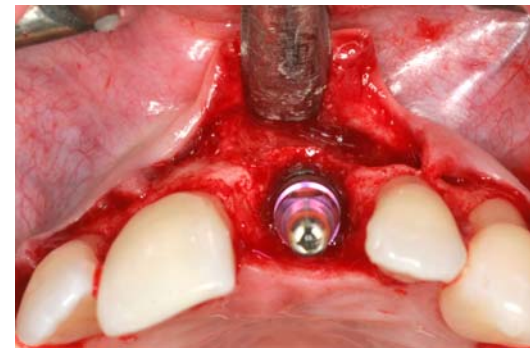


Abb. 9: Implantat mit Implantateinbringpfosten *in situ*.



Abb. 10: Im Implantatinneren sieht man in der Aufsicht die für CONELOG® typischen drei Nuten direkt unterhalb der Konusfläche.



Abb. 11: Die Verschlusschraube des CONELOG® Implantatsystems beinhaltet schon das Platform-Switching, wobei die Implantatschulter nicht vollständig von der Verschlusschraube bedeckt wird.

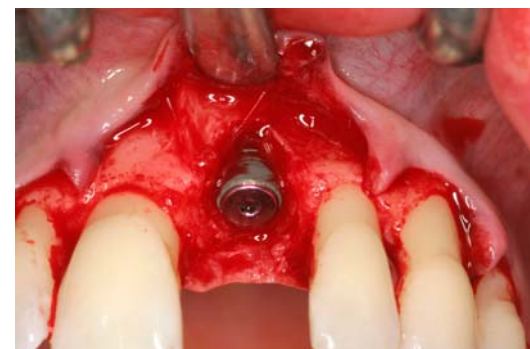


Abb. 12: Erkennbar ist das bukkale Knochendefizit, das einen Bedarf an augmentativen Maßnahmen deutlich macht.

Chirurgie

Gewählt wurde eine marginale Schnittführung ohne vertikale Entlastung bis einschließlich der ersten Prämolaren. Danach erfolgte die entsprechende Präparation und Mobilisation des Mukoperiostlappens. Die Implantatbettauflbereitung bis zur gewünschten Größe des Bohrstollens entsprach dem Vorgehen wie bei CAMLOG® SCREW-LINE Implantaten. Durch die gemeinsame Außengeometrie SCREW-LINE können CAMLOG® und CONELOG® Implantate mit dem gleichen Chirurgie-Set inseriert werden.

Das Implantat wurde gemäß den für den Langzeiterfolg zu beachtenden Kauteilen inseriert (**Abb. 7**). Auf **Abb. 8** zeigt sich ein zirka drei Millimeter großer Abstand der Implantatschulter vertikal zur Schmelzzementgrenze und zwei Millimeter zwischen dem Implantat in der Horizontalen und jeweiligem Nachbarzahn. Beim Einbringen des Implantats sollte beim CONELOG® Implantatsystem analog zum CAMLOG® Implantatsystem zur Vereinfachung der späteren Prothetik eine der drei Nuten der Innenkonfiguration nach vestibulär gerichtet sein. Hierzu ist das Eindrehinstrument mit einer Markierung versehen, die den drei Nuten

entspricht. Die Abnahme des Einbringpfostens erfolgte wie gewohnt (**Abb. 9**). Im Implantatinneren sieht man in der Aufsicht die für CONELOG® typischen drei Nuten zur Positionierung direkt unterhalb der Konusfläche (**Abb. 10**). Die Innenkonfiguration des Konus beträgt 7,5 Grad. Die gewünschte Konuswirkung kommt allerdings erst bei den Abutments zum Tragen; die Verschlusschraube des CONELOG® Implantatsystems beinhaltet jedoch schon das Platform-Switching, wobei die Implantatschulter nicht vollständig von der Verschlusschraube bedeckt wird (**Abb. 11**). Das bukkale Knochendefizit (**Abb. 12**), das schon nach Mobilisation



Abb. 13: Knochenspan-Entnahme aus der Kieferwinkelregion rechts. Hier die Situation nach Abtragung der kortikalen Schicht und Sammeln des partikulierten Materials mit dem Filter.



Abb. 14: Die exponierten Bereiche der Promote® plus Oberfläche werden mit den gesammelten partikulären Knochenspänen augmentiert.



Abb. 15: Eine resorbierbare Membran liefert die Abdeckung des Augmentats und steuert die Geweberegeneration.



Abb. 19: Situation zwei Wochen nach dem chirurgischen Eingriff mit stabilen transversalen Verhältnissen.



Abb. 20: Minimalinvasiver Zugang bei der Freilegung.



Abb. 21: Okklusalanzeige nach Freilegung. Situation mit eingebrachtem Gingivaformer wide body (GH 4.0 mm). Erkennbar ist die anfängliche Ischämie des Gewebes nach Insertion.



Abb. 25: Der verschraubte Abformpfosten *in situ*. Für die offene Abformung wird ein individueller, im Vorfeld hergestellter Löffel angewandt.



Abb. 26: Einprobe des individuellen Löffels mit entsprechender Aussparung in Regio 21.



Abb. 27: Abformung mit Polyether (Impregum™).

des Lappens erkennbar war, wurde durch partikuläres Material aus der Kieferwinkelregion rechts kompensiert (**Abb. 13**). Dieses konnte im Sinne einer Auflageungsplastik auf die exponierten Bereiche der Promote® plus Implantatoberfläche appliziert (**Abb. 14**) und durch eine mit einer resorbierbaren Membran gesteuerten Geweberegeneration (**Abb. 15**) abgedeckt werden. Zur weichgewebigen Augmentation diente ein gestielter, von der ipsilateralen Seite gewonnener Bindegewebslappen (**Abb. 16**), der bis Regio 27 präpariert und dann rotierend unter das bukkale Gewebe eingeschlagen wurde.

Ein speicheldichter Nahtverschluss (**Abb. 17**) sicherte eine erstrebte primäre Wundheilung. Die Patientin erhielt postoperativ eine Verbandsplatte. Die postimplantologische Röntgenaufnahme (**Abb. 18**) zeigt die korrekte Positionierung des CONELOG® Implantats. Die klinische Situation bei Nahtentfernung stellte sich reif dar, und in der Aufsicht von okkusal ist eine stabile augmentierte Transversale erkennbar (**Abb. 19**).

Freilegung

Die Einheilung des zweiteiligen Systems erfolgte gedeckt. In der Zwischenzeit trug

die Patientin eine basal ausgeschliffene Interimsversorgung. Nach zirka fünf Monaten Einheilungsphase erfolgte die Implantatfreilegung mit einem minimalinvasiven Zugang (**Abb. 20**). Der CONELOG® Gingivaformer wide body (GH 4.0 mm) wurde für drei Wochen zur Weichgewebskonditionierung inseriert, danach konnte mit der weiteren prothetischen Versorgung begonnen werden (**Abb. 21 und 22**).

Es zeigten sich parodontal gesunde Verhältnisse nach Entfernung des Gingivaformers und ein adäquat ausgeformtes Durchtrittsprofil zur späteren Aufnahme der Krone (**Abb. 23**).

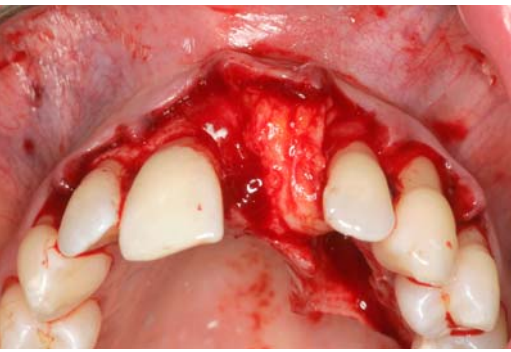


Abb. 16: Ein gestielter, von der ipsilateralen Seite gewonnener Palatinallappen dient der weichgewebigen Unterstützung.

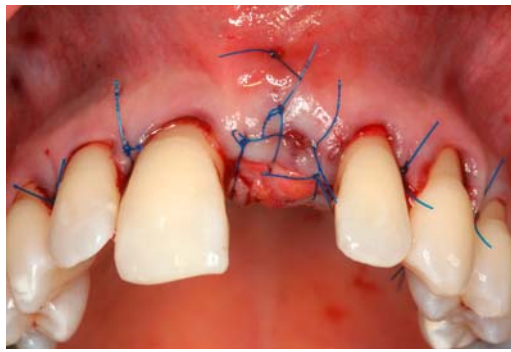


Abb. 17: Der speicheldichte Nahtverschluss zur primären Wundheilung.



Abb. 22: Drei Wochen nach der Implantatfreilegung kann mit der weiteren prothetischen Versorgung begonnen werden.



Abb. 23: Das Durchtrittsprofil zeigt parodontal gesunde Verhältnisse. Eine der drei Nuten der Innenkonfiguration zeigt nach vestibulär.

Abb. 18: Das Einzelröntgenbild lässt das Innendesign der Verschlusschraube erkennen und zeigt die Lage der Implantatschulter knapp unterhalb der Schmelzzementgrenze.

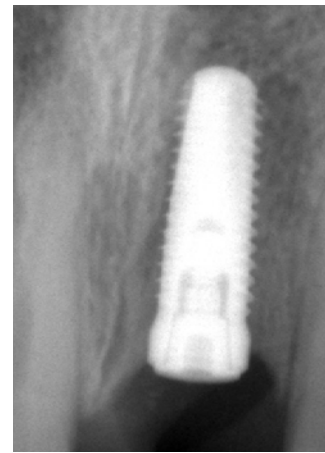


Abb. 24: Abformpfosten für die offene Abformung mit den für CONELOG® typischen drei Nocken, die in die Nuten der Innenkonfiguration greifen. Die Konusfläche des Implantates wird bei der Abformung nicht genutzt, um Höhenversatz auszuschließen. Die Implantatschulter dient als Höhenreferenz.



Abb. 28: Meistermodell mit aufgeschraubtem Abformpfosten.



Abb. 29: Einprobe des Wax-ups. Durch die korrekte Lage des Approximalkontaktes ist eine spätere Unterstützung und weitere Ausformung der Interdentalpapille möglich. Erkennbar ist hier schon der girlandenförmige Verlauf der marginalen Gingiva sowie der Erhalt der ‚attached‘ Gingiva ohne Verschiebung der muko-gingivalen Grenze.



Abb. 30: Der über das Wax-up gewonnene Silikonschlüssel stellt den für die Prothetik zur Verfügung stehenden Platz dar und ermöglicht eine Dimensionskontrolle.

Abformung

Für die offene Abformung wurde der entsprechende rotationssymmetrische Abformpfosten (**Abb. 24**) in das Implantat eingebracht, bis die Nocken in den vorgesehenen Nuten einrasteten, und verschraubt. Das Festdrehen der Halteschraube erfolgte mit einem Inbus-Schraubendreher (**Abb. 25**). Die Abformung konnte mittels eines im Labor angefertigten individuellen Löffels mit entsprechender Perforation an der abzuformenden Regio 21 vorgenommen werden (**Abb. 26**). Nach der Abformung wie hier mit einem Polyether (Impregum™,

3M Espe) muss die Halteschraube durch die Perforation hindurch frei lösbar sein und darf nicht mit Abformmaterial bedeckt sein (**Abb. 27**). Nach dem Aushärten konnte die Halteschraube gelöst und aus der Abformung zurückgezogen sowie der Abformlöffel entfernt werden.

Modellherstellung und funktionelles Wax-up

Im zahntechnischen Labor erfolgte die Herstellung des Meistermodells (**Abb. 28**). Das Einartikulieren der Modelle wurde

mithilfe eines Zentrikregistrats vorgenommen. Mit der Herstellung eines Wax-ups ist es möglich, den späteren definitiven Zahnersatz exakt dreidimensional zu planen. Dieses wurde klinisch einprobiert, um die Modellverhältnisse mit denen in situ zu überprüfen und anzugleichen (**Abb. 29**). Danach konnte wiederum im Labor auf dem Meistermodell die Anfertigung eines Silikonschlüssels erfolgen, der Auskunft über die verfügbaren Platzverhältnisse für Abutment und Krone lieferte (**Abb. 30 und 31**).

Abb. 31: Die Formgebung des individuellen Keramik-Abutments wird überprüft.

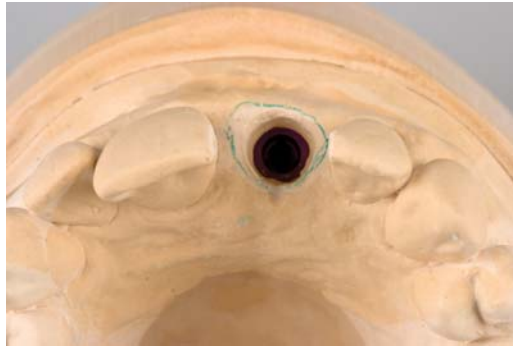


Abb. 32: Entwicklung des Durchtrittsprofils auf dem Modell, um eine natürliche Gestaltung der Krone zu ermöglichen.

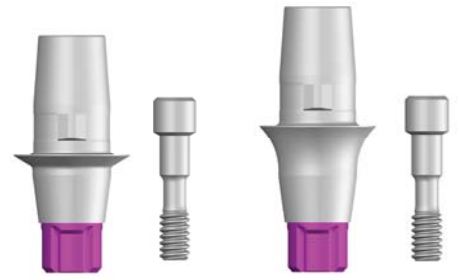


Abb. 33: Die CONELOG® Titanbasen CAD/CAM in den Gingivahöhen 0,8 mm und 2,0 mm



Abb. 37: Der überdimensionierte Grünling aus Zirkonoxid (Lava™, 3M Espe) in gefrästem und ungesintertem Zustand (37a) und das fertig gesinterte Kronengerüst (37b).



Abb. 38: Das individualisierte Kronengerüst vor dem keramischen Schichten.



Abb. 39: Die keramische Schichtung erfolgt individuell mit einer ästhetischen Verblendkeramik für Zirkonoxid (VM 9, Vita)

Abutment-Anfertigung und -Einprobe

Abb. 32 zeigt die weitere Vorgehensweise auf dem Meistermodell. Der Zirkonoxidanteil des Keramik-Abutments wurde gemäß den individuellen Gegebenheiten in Wachs modelliert, im Doppelscanverfahren digitalisiert, gefräst, gesintert (Lava™, 3M Espe) und mit der CONELOG® Titanbasis CAD/CAM (**Abb. 33**) mit Panavia F2.0 (Kuraray) verklebt (**Abb. 34**).

Durch den Sitz der Abutmentschraube im Metallwiderlager der Titanbasis werden mechanische Spannungen auf den Zirkonoxidanteil vermieden. Erst beim Festdrehen der Abutmentschraube mit einem vordefinierten Drehmoment kommt die selbsthemmende Konusverbindung des CONELOG® Implantatsystems zum Tragen. Von frontal betrachtet zeigte sich bei der Einprobe des Abutments der Verlauf der präparierten Schulter vestibulär leicht subgingival (1 bis 1,5 mm) und oral paragingival (**Abb. 35**). Dadurch kann gewährleistet werden, dass nach dem Zementieren der definitiven Krone der Zementüberschuss perfekt entfernt werden kann und eine natürliche Rot-Weiß-Ästhetik ermög-

licht wird. Eine vestibuläre Markierung des Abutments erleichtert dessen Einsetzen. Bei der klinischen Situation wird die Positionierung des Implantats innerhalb der orofazialen Komfortzone deutlich. Diese liegt hinter der imaginären Linie zwischen den Austrittspunkten der Nachbarzähne. Durch Einhaltung dieser chirurgischen Kautelen bleibt die bukkale Lamelle unterstärkt, und so können Weichgewebssrezessionen langfristig vermieden werden (**Abb. 36**).

Herstellung und Eingliederung der definitiven Krone

Zur Herstellung der Zirkonoxid-Krone wurde im Labor ein Kronengerüst modelliert, im Doppelscanverfahren digitalisiert und gefräst (Lava™, 3M Espe). **Abb. 37** zeigt den Grünling und das fertig gesinterte Kronengerüst im Größenvergleich. Die weiteren Herstellungsschritte erfolgen gemäß der vollkeramischen Restaurationsschichttechnik in diesem Fall mit VM9 (Vita) (**Abb. 38 und 39**).

Die **Abb. 40** zeigt die Frontalansicht des Rohbrands auf dem Modell. Für den Langzeiterfolg der Prothetik ist es schon bei der Rohbrandeinprobe in situ wich-

tig, auf eine physiologische Kronenform Wert zu legen, genauso wie auf die Hygienefreundlichkeit der Versorgung. Um die Ausformung natürlich aussehender Interdentalpapillen zu ermöglichen, darf der Abstand vom approximalen Kontaktpunkt bis zum Knochen nicht mehr als 5 mm betragen. Die **Abb. 41 und 42** zeigen die fertige prothetische Arbeit.

Bei Eingliederung der Prothetik lagen reizfreie mukogingivale Verhältnisse vor. Zementiert wurde die Krone mit Durelon®. **Abb. 43** zeigt die eingegliederte Arbeit in situ von frontal. Bereits drei Tage nach Eingliederung zeigt sich eine deutliche Stabilisierung der periimplantären Weichgewebe. Es ist zu erwarten, dass sich die Papillen im Follow-up weiter regenerieren. In der Okklusalanzeige (**Abb. 44**) zeigt sich die Einreihung der Versorgung in den Zahnbogen. Röntgenologisch sind stabile Knochenverhältnisse und eine gute Osseointegration des Implantats erkennbar (**Abb. 45**). Die Patientin (**Abb. 46**) wird sich im Rahmen des Recall regelmäßig vorstellen und eine Verlaufskontrolle der implantatprothetischen Versorgung ermöglichen.



Abb. 34: Das Keramik-Abutment besteht aus einem Titanbasisteil, einem Zirkonoxidanteil und einer Abutmentschraube. Die Titanbasis wird erst nach erfolgter individueller Bearbeitung des Zirkonoxidsanteils mit ihr verklebt, was mechanische Spannungen reduziert.



Abb. 35: Das Abutment liegt in der orofazialen Komfortzone, die hinter der imaginären Linie zwischen den Austrittspunkten der Nachbarzähne liegt. Durch die korrekte Positionierung bleibt die bukkale Lamelle unterstützt und so können Weichgewebsrezessionen vermieden werden.



Abb. 36: Bei der Einprobe des Zirkonoxidabutments ist auf den Verlauf der Schulter zu achten. Die bukkale Kontinuität des Alveolarfortsatzes ist durch die augmentativen Maßnahmen wiederhergestellt.



Abb. 40: Rohbrand



Abb. 41: Der mit der Titanbasis verklebte Zirkonoxidanteil auf dem Laborimplantat. Das Platform Switching am Implantat-Abutment-Interface wird deutlich. Rechts im Bild die palatinal angebrachte Abnahmehilfe der Krone.



Abb. 42: Die fertiggestellte Krone mit individueller farblicher Gestaltung der Keramik.



Abb. 43: Die eingegliederte Arbeit in situ von frontal. Bereits drei Tage nach Eingliederung zeigt sich eine deutliche Stabilisierung der periimplantären Weichgewebe. Es ist zu erwarten, dass sich die Papillen im Follow-up weiter regenerieren.



Abb. 44: Integration der implantatgetragenen Krone von okklusal.



Abb. 45: Einzelröntgenbild mit eingegliedertem Prothetik. Erkennbar ist die konische Verbindung mit integriertem Platform-Switching des CONELOG® Implantatsystems.



Abb. 46: Der lachende Mund der Patientin.

Diskussion

Für ein langfristig stabiles Ergebnis einer implantatprothetischen Versorgung gerade in der ästhetischen Zone und bei einer hohen Lachlinie sind gute mukogingivale Verhältnisse von Bedeutung [3]. Deshalb wurde, um spätere Narbenbildungen in der ästhetischen Zone zu vermeiden, eine marginale Schnittführung gewählt. Ein Vorgehen mittels koronalen Verschiebelappens war in diesem Fall auszuschließen, da eine Verlagerung der mukogingivalen Grenze und auch der Interdentalpapillen resultiert hätte. Durch die weichgewebige Augmentation mit einem palatinalen Verschiebelappen [4] konnten diese ana-

tomischen Strukturen erhalten werden sowie die dünne Weichgewebsmorphologie eines Typs A1 in einen stabileren und gegen Rezessionen widerstandsfähigeren Morphotyp B überführt werden [5,6]. Ein weiterer Vorteil ist die über den Gefäßstiel gesicherte Blutversorgung, die eine Nekroserate des Lappens minimiert.

In vorliegendem, ästhetisch anspruchsvollen Bereich erweist sich ein epicrestales Inserieren des konischen, selbstschneidenden CONELOG® SCREW-LINE Implantats von Vorteil. Dadurch, dass die Promote® plus Oberfläche den kompletten Halsbereich umfasst, ist auch in diesem Bereich eine vollständige Osseointegration

des Implantats möglich. Ein metallisches Durchschimmern der Implantatschulter wird somit vermieden und ein natürliches Durchtrittsprofil wurde geschaffen.

Vor Eingliederung der endgültigen Prothetik muss ein harmonischer Gingivaverlauf vorhanden sein. Nach der Baseline-Untersuchung zum Zeitpunkt der Kroneninsertion findet nochmals eine deutliche Verbesserung der rot-weißen Ästhetik statt [7]. Durch das beim CONELOG® Implantatsystem integrierte Platform-Switching sind auch langfristig höhenstabile Knochenniveaus um das Implantat-Knocheninterface möglich [8] und gerade in der ästhetischen Zone belegt [9].



Dr. Marcus Seiler, M.Sc.

Niedergelassen in der Gemeinschaftspraxis Dr. Seiler und Kollegen seit 1998 in Filderstadt-Bernhausen. Praxisschwerpunkte: Mund- und Kieferchirurgie, Implantologie und Parodontologie. Master of Science in Oral Implantology (DGI) seit 2007. Gerichtsgutachter für Implantologie und Chirurgie der BZK Stuttgart



Dr. Martin Baisch

Nach dem Studium der Zahnmedizin und der Approbation als Zahnarzt seit 1996 niedergelassen in eigener Praxis in Leinfelden-Echterdingen. Langjährige Zusammenarbeit mit der Gemeinschaftspraxis Dr. Seiler und Kollegen im Bereich der Implantologie und Oralchirurgie.



ZTM Gerhard Neuendorff

ist Leiter der ZIF Innovationsschmiede (Dentaltechnik Dr. Kirsch GmbH) in Filderstadt. Er hat die Entwicklung des CAMLOG® Implantatsystems im Bereich Zahntechnik entscheidend geprägt. Gerhard Neuendorff ist anerkannter Experte auf den Gebieten präprothetische Planung, Implantatprothetik, Titanverarbeitung, Galvanotechnik und vollkeramische Restaurationstechniken.



ZTM Christine Hammerl-Riempff

ist seit 2001 als Zahn technikermeisterin in der ZIF Innovationsschmiede (Dentaltechnik Dr. Kirsch GmbH) beschäftigt. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind: 3D-Implantatplanung, Implantatprothetik, CAD/CAM-Technik, vollkeramische Restaurationen.



Dr. Amely Hartmann

Vorbereitungsassistentenzeit und angestellte Zahnärztin von 2008 bis 2010 in der Praxis Dr. Silke Stuff in Pforzheim. 2009 Jahresbestpreis DGKFO. Seit 2010 Weiterbildungsassistentin für Oralchirurgie und angestellte Zahnärztin in der Praxis Dr. Seiler und Kollegen. 2011 Curriculum Implantologie (DGI).

Kontakt Daten

Praxis Dr. Seiler und Kollegen
Echterdinger Str. 7
70794 Filderstadt

Tel.: 0711 7009470
E-Mail: seiler@implantologie-stuttgart.de

Weiterführende Literatur

- [1] Sailer HF P.G. (ed.) Atlas der oralen Chirurgie, 360 (1996).
[2] Gomez-Roman G. Influence of flap design on periimplant interproximal crestal bone loss around single-tooth implants. Int J Oral Maxillofac Implants 16, 61-7 (2001).
[3] Ronay V, Sahrman P, Bindl A, Attin T, Schmidlin P R. Current status and perspectives of muco-gingival soft-tissue measurement methods. J Esthet Restor Dent 23, 146-56 (2011).
[4] Khoury F, H. A. The palatal subepithelial connective tissue flap method for soft-tissue management to cover maxillary defects: a clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 15:415-418(2000).

- [5] Grunder U. Stabilität der Mukosotopographie um Einzelzahnimplantate und benachbarte Zähne: Ein-Jahres-Ergebnisse. Int J Parodontol Rest 1:10-17(2000).
[6] Müller HP, E.T. Gingival phenotypes in young male adults J Clin Periodontol 24:65-71(1997).
[7] Lai H. C. et al. Evaluation of soft-tissue alteration around implant-supported single-tooth restorations in the anterior maxilla: the pink esthetic score. Clin Oral Implants Res 19, 560-4 (2008).
[8] Buser D. et al. Stability of contour augmentation and esthetic outcomes of implant-supported single crowns in the esthetic zone: 3-year results of a prospective study with early implant placement post extraction. J Periodontol 82, 342-9 (2011).
[9] Li Q. et al. [Clinical study of application of platform switching to dental implant treatment in the esthetic zone]. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi 43, 537-41 (2008).

CONELOG® HYBRIDPROTHETIK



Nach einem erfolgreichen, unsere Erwartungen deutlich übertreffenden Verkaufsstart der CONELOG® SCREW-LINE Implantate und der dazu passenden CONELOG® Abutments für die festsitzende Versorgung plant CAMLOG zum Jahresende 2011 die Einführung der CONELOG® Steg- und Kugelaufbauten für den europäischen Markt. Damit eröffnen sich weitere Möglichkeiten für unsere Kunden, ihre Patienten nun auch mit Vollprothesen auf Implantaten mit konischer Innenkonfiguration zu versorgen.



Um das Sortiment überschaubar zu halten, wurden die neuen CONELOG® Kugel- und CONELOG® Stegaufbauten durch unsere Entwickler in der Art konstruiert, dass sie mit den bestehenden und bewährten CAMLOG® Komponenten für Steg- oder Kugelaufbauten kombinierbar sind. Unter dem Strich konnte dadurch die Vergrößerung des Sortiments um lediglich 33 Artikel moderat gehalten werden, was natürlich der Übersichtlichkeit zugute kommt. Obwohl sich die Verarbeitung der CONELOG® Kugel- und CONELOG® Stegaufbauten nicht von derjenigen der entsprechenden CAMLOG® Aufbauten unterscheidet, sind doch einige Besonderheiten bei der Kompatibilität mit den bestehenden Komponenten zu beachten:

Design- und konstruktionsbedingt sind für die CONELOG® Kugelaufbauten je nach Durchmesser unterschiedliche Analoge zu verwenden. So werden für die Durchmesser 3,3-, 3,8- und 4,3 mm Kugelanaloge mit dem Durchmesser 3,3 mm benötigt. Für die CONELOG® Kugelaufbauten mit Durchmesser 5,0 mm werden Kugelanaloge mit Durchmesser 3,8 mm verwendet. Für CONELOG® Stegaufbauten gilt dagegen, dass es nur noch *eine* prothetische Plattform gibt. Das bedeutet, dass alle Durchmesser der CONELOG® Stegaufbauten von 3,3 mm bis 5,0 mm dieselbe Anschlussgeometrie für die Suprakonstruktionen aufweisen. Damit entfällt für CONELOG® Anwender die Unterscheidung zwischen den beiden Plattformgrößen

der Durchmesser 3,3/3,8/4,3 mm und 5,0/6,0 mm, die charakteristisch für die CAMLOG® Stegaufbauten sind.

Weil wir bei CAMLOG Einfachheit und Service groß schrieben, werden die neuen zu den CONELOG® Aufbauten passenden Zubehörartikel – neben den in blauen Verpackungen angebotenen und mit J-Artikelnummern versehenen bekannten CAMLOG Artikeln – in den für CONELOG® Artikel typischen grauen Verpackungen und mit einer C-Artikelnummer bezeichnet angeboten. Auf diese Weise glauben wir, unseren Kunden die Bestellung und Zuordnung der Artikel sowie die Kommunikation bei eventuellen Fragestellungen zu erleichtern.



CONELOG® TITANBASIS CAD/CAM, CONELOG® SCANKÖRPER, CAMLOG®- UND CONELOG® KLEBEHILFEN

Das CONELOG® Implantatsystem wird ab sofort ergänzt durch die CONELOG® Titanbasis CAD/CAM und den CONELOG® Scankörper. Beide Produkte ermöglichen das Anfertigen von individuellen Hybridabutments, bestehend aus einer Titanbasis und einer keramischen Mesostruktur, auf CONELOG® Implantaten. Die ebenfalls neuen Produkte, die CAMLOG®- und die CONELOG® Klebehilfen, sind praktische Helfer beim Verkleben von Mesostrukturen mit Titanbasen und können auch mit allen Abutments der CAMLOG®- und CONELOG® Implantatsysteme verwendet werden.

Die Vorteile der CONELOG® Titanbasis CAD/CAM auf einen Blick:

- ✓ Konische Implantat-Abutment-Verbindung mit selbsthemmender Konusgeometrie für präzise Kraft- und Momentenübertragung
- ✓ Erhältlich in zwei Gingivahöhen zur optimalen Anpassung an die vertikale Implantatposition und an das Durchtrittsprofil
- ✓ Praktische Klebehilfe zusammen mit der Abutmentschraube in Verpackungseinheit enthalten.
- ✓ Bekannte CAMLOG Indexierung für anwenderfreundliche Handhabung und hohe Präzision
- ✓ Übernahme der bewährten Klebegeometrie der CAMLOG® Titanbasis CAD/CAM ermöglicht das Verwenden präfabrizierter Rohlinge und vorhandener CNC-Programme
- ✓ Einfaches Lösen der Abutments mit dem CONELOG® Löseinstrument.



CONELOG® TITANBASIS CAD/CAM

Die CONELOG® Titanbasis CAD/CAM wird zur optimalen Anpassung an die vertikale Implantatposition und an das Durchtrittsprofil für alle CONELOG® Implantatdurchmesser in den beiden Gingivahöhen 0,8 und 2,0 mm angeboten. Sie besitzt dieselbe Klebegeometrie wie die CAMLOG® Titanbasis CAD/CAM, was das Weiterverwenden von präfabrizierten Rohlingen und vorhandenen CNC-Programmen für die Klebegeometrie ermöglicht. Die Geometrien der CONELOG® Titanbasis CAD/CAM sind in geeigneten CAD-Programmen hinterlegt (Übersicht auf unserer Website www.camlog.de) bzw. können dort eingesehen werden, um individuelle Mesostrukturen lagerichtig zum Implantat zu konstruieren. Jeder CONELOG® Titanbasis CAD/CAM ist die neue CONELOG® Klebehilfe beigelegt, die das Verkleben der Titanbasis mit der Mesostruktur stark vereinfacht.



CONELOG® SCANKÖRPER

Der CONELOG® Scankörper aus dem hoch widerstandsfähigen Kunststoff PEEK wird steril und mit einer Abutmentschraube ausgeliefert. Neben der – mehrmaligen – Installation auf dem Modell, kann deshalb der CONELOG® Scankörper auch ohne Aufbereitung einmalig intraoral verwendet werden.

Der CAMLOG® Scankörper wird zur intraoralen Anwendung voraussichtlich ab dem zweiten Quartal 2012 ebenfalls steril und im Set mit einer Abutmentschraube erhältlich sein. Hierzu werden wir Sie noch konkret informieren.

Der CONELOG® Scankörper wird auf der Implantat- bzw. Laborimplantatschulter aufliegend verschraubt. Dadurch wird der unerwünschte Höhenversatz bei einer konischen Implantat-Abutment-Verbindung ausgeschlossen und lagerichtige digitale Erfassung des Implantats erzielt.

Die Scangeometrie ist identisch mit der bewährten und präzise zu erfassenden Form der CAMLOG® Scankörper.



Die Vorteile des CONELOG® Scankörpers auf einen Blick:

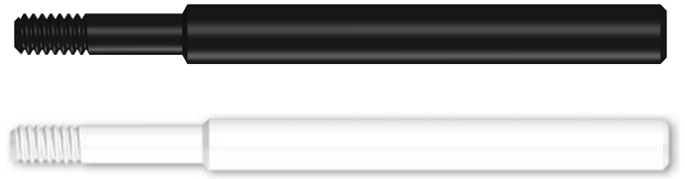
- ✓ Eindeutig erfassbare Geometrie bei geringsten Fertigungstoleranzen und verschraubte Installation bewirken die präzise digitale Erfassung der Implantatlage
- ✓ Durch die Auflage auf der Implantat- bzw. Laborimplantatschulter wird der unerwünschte Höhenversatz bei einer konischen Implantat-Abutment-Verbindung ausgeschlossen
- ✓ Bekannte CAMLOG Indexierung für anwenderfreundliche Handhabung und hohe Präzision
- ✓ Durch Sterilität sofort und absolut hygienisch intraoral zu verwenden
- ✓ Auf dem Modell wiederverwendbar durch Einsatz eines hoch widerstandsfähigen Kunststoffs.

Über die Kompatibilität der CAMLOG®- und CONELOG® Scankörper zu geeigneten Intraoralscannern (Typen derzeit in Evaluation) und dentalen CAD-Programmen werden wir aktuell auf unserer Website www.camlog.de informieren.

CAMLOG®- UND CONELOG® KLEBEHILFEN

Sowohl für das CAMLOG®- als auch das CONELOG® Implantatsystem sind ab sofort systemspezifische Klebehilfen lieferbar.

CAMLOG®- bzw. CONELOG® Titanbasen und Abutments, auf die eine Mesostruktur aufgeklebt wird, können durch Verwenden der Klebehilfe mit CAMLOG®- bzw. CONELOG® Laborimplantaten verschraubt werden. Die Klebehilfe ermöglicht das Verschrauben ohne den Einsatz von Instrumenten. Zudem verhindert sie während des Abstrahlens eine Beschädigung des Schraubenkanals und beim Verkleben das Einfließen von Klebe-Composite in den Schraubenkanal des Abutments. Das unerwünschte Festhaften des Klebe-Composites an der Klebehilfe ist durch die Wahl von POM als ein sehr schlecht zu benetzender Werkstoff ausgeschlossen. Zur eindeutigen Identifikation sind die CONELOG® Klebehilfen schwarz, die CAMLOG® Klebehilfen weiß eingefärbt. Alle Klebehilfen sind im Set zu zwei Stück, separat in den beiden Gewindegrößen (M 1.6 oder M 2) erhältlich. Die CONELOG® Titanbasis CAD/CAM enthält bereits ab Markteinführung jeweils eine Klebehilfe in der Verpackungseinheit. Für die CAMLOG® Titanbasis CAD/CAM ist die Beilage ab dem 2. Quartal 2012 vorgesehen.



Die Vorteile der CAMLOG®- und CONELOG® Klebehilfen auf einen Blick:

- ✓ **3-in-1-Funktion:**
 1. Verschrauben von Abutments mit Laborimplantaten ohne Instrument
 2. Verhindern der Beschädigung des Schraubenkanals durch das Strahlen
 3. Verhindern des Einfließens von Kleber in den Schraubenkanal
- ✓ Kein Festhaften des Klebe-Composites durch POM als Werkstoff.



INDIVIDUELLE ABUTMENTS FÜR DAS CAMLOG® IMPLANTATSYSTEM VON DRITTANBIETERN

Derzeit werden im Markt CAD/CAM-gefertigte, individuelle einteilige Abutments für das CAMLOG® Implantatsystem angeboten, wie z. B. von Astra Tech unter der Marke „Atlantis“ und von Heraeus unter der Marke „cara“.

Diese Abutments für das CAMLOG® Implantatsystem sind ohne Abstimmung mit CAMLOG entwickelt worden. Die Produkte werden in Eigenverantwortung der Drittanbieter hergestellt und vertrieben. Eine Kooperation zwischen diesen Anbietern und CAMLOG existiert nicht und wird seitens CAMLOG auch nicht angestrebt.

Wir weisen darauf hin, dass die Abutments der Drittanbieter konstruktiv nicht mit den CAMLOG® Original-Abutments identisch sind. Durch den nicht auf die Fertigungstoleranzen der Implantatinnengeometrie abgestimmten Implantatanschluss können – bereits aufgetretene – Übermaße, die manuelle Nacharbeit erfordern, oder Untermaße, die ein vergrößertes Rotationspiel zur Folge haben, entstehen.

Wie bei anderen systemfremden Komponenten, die im direkten und dauerhaften

Kontakt mit dem Implantat stehen, verfällt bei Verwendung der Abutments von Drittanbietern auf CAMLOG® Implantaten die CAMLOG Gewährleistung auf Implantat und Abutmentschraube.

Dazu der entsprechende Hinweis als Auszug aus unserer Implantat-Gebrauchsanweisung: „Die Verwendung von systemfremden Komponenten und Instrumenten kann die Funktion und Sicherheit des CAMLOG®- und des CONELOG® Implantatsystems beeinträchtigen. ALTATEC GmbH/CAMLOG leistet weder Gewähr noch Ersatz beim Einsatz systemfremder Komponenten. Verwenden Sie deshalb ausschliesslich chirurgische, prothetische labortechnische Komponenten und Instrumente von CAMLOG. Alle Bestandteile des CAMLOG®- und des CONELOG® Implantatsystems sind optimal aufeinander abgestimmt und Teil des Gesamtsystems.“

Individuelle CAD/CAM-Abutments lassen sich derzeit in bewährter Methode zweiteilig anfertigen. Diese sogenannten Hybrid-Abutments bestehen aus einer individuellen keramischen oder metallischen Mesostruktur im Klebeverbund mit konfektionierten CAMLOG® Aufbauteilen. Insbesondere die Titanbasis CAD/CAM, die ab sofort auch für das CONELOG® Implantatsystem zur Verfügung steht, eignet sich ideal für die Anfertigung von Hybrid-Abutments. Die individuellen Mesostrukturen lassen sich über eine Vielzahl gängiger dentaler CAD-Systeme konstruieren und im Labor oder bei vielen Fräszentren passgenau herstellen.



NEUE OSTEOTOME CAMLOG®/CONELOG® SCREW-LINE KONKAV



Zusätzlich zu den Osteotomen SCREW-LINE gerade-konvex und anguliert-konvex sind jetzt auch Osteotome SCREW-LINE gerade-konkav und anguliert-konkav erhältlich.

Die Osteotome werden zur Verdichtung und Verlagerung von ortsständigem Knochen im weichen Ober- bzw. Unterkieferknochen bei Knochenqualitäten 3 und 4 (Lekholm & Zarb, 1985) verwendet, um eine ausreichende Primärstabilität der CAMLOG®- bzw. CONELOG® SCREW-LINE Implantate zu erreichen. Sie erhalten Knochen, der bei der Implantatbettauflbereitung mit Bohrern abgetragen und ausgespült werden würde. Die ergonomischen Handgriffe ermöglichen ein gefühlsvolles Vorgehen. Das konvexe bzw. konkave Arbeitsteil setzt den Druck

gezielt in das gewünschte Resultat um. Die markante Skalierung und Beschriftung am Arbeitsteil, analog den Implantatlängen (7/9/11/13/16 mm), ermöglichen eine sichere Tiefenkontrolle während der Aufbereitung.

Alle Osteotome sind einzeln und als Osteotomie-Sets in den vier eingangs genannten Versionen verfügbar. Fragen Sie unseren Kunden-Service unter Telefon 07044 9445-100 nach unseren attraktiven Jahresendangeboten!





GEGENSEITIGES LERNEN BEIM MODERIERTEN ERFAHRUNGSAUSTAUSCH

Autor: Oliver Drifthaus, Leinfelden-Echterdingen

Ausgangslage

Der Austausch unter Praxisinhabern findet oftmals nur bei fachlichen Themen statt. So wichtig dies auch ist, so bleibt doch der Bereich der Praxisführung von einem Austausch mit Kollegen ausgeschlossen. Der Grund liegt vor allem in der Zurückhaltung begründet, die eigenen Zahlen aufzudecken. Damit wird aber eine wichtige Chance vertan, direkt von Kollegen einzelne erfolgreiche Vorgehensweisen zu lernen, auf die eigene Praxis zu übertragen und so noch erfolgreicher zu werden. Dies ist die Ausgangslage für uns, einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch für MKG-Chirurgen einzurichten: „MKG+“ haben wir das Projekt genannt. Wir sind als Steuerberatungskanzlei auf Zahnärzte, Oralchirurgen und MKG-Chirurgen spezialisiert und verfügen somit über genügend Kontakte, um einen moderierten Erfahrungsaustausch zu starten.

Organisatorischer Rahmen

Die Erfahrungsgruppe wird aus zwölf MKG-Chirurgen bestehen, die sich zweimal im Jahr in einer der teilnehmenden Praxen treffen werden. Damit alle teilnehmen können und der Praxisalltag nicht gestört wird, finden die Treffen immer an Wochenenden statt.

Vier Bereiche finden sich auf der Tagesordnung:

- Erörterung alltäglicher Probleme und Fragen (meist am Vorabend)
- Betriebsbegehung der gastgebenden Praxis, um durch den kritisch-konstruktiven Blick der Kollegen Verbesserungsmöglichkeiten zu finden
- Darstellung der betriebswirtschaftlichen Entwicklungen mit Diskussion aller Teilnehmerpraxen im Vergleich
- Referat eines Schwerpunktthemas durch externen Referenten/Spezialisten, z.B. Abrechnungsoptimierung, Überweiser-Akquise, Einkaufskonditionen.

Beim Erfahrungsaustausch fungiert ein MKG-Chirurg als Tagungsleiter, um die fachliche von der betriebswirtschaftlichen Diskussion zu trennen. Die Vorbereitung und Auswertung der Zahlen übernehmen wir als Steuerberatungskanzlei. Die inhaltliche Vorbereitung wird mit dem Tagungsleiter entwickelt und dann von uns organisiert.



Zielsetzungen

Grundsätzliches Ziel jeder Runde ist es, innerhalb des Kollegenkreises die so genannte „Benchmark“ des jeweiligen Themas zu identifizieren, also denjenigen Kollegen, der in diesem Bereich die beste Lösung gefunden hat. Dabei versuchen die Teilnehmer, das zugrunde liegende Konzept zu verstehen und somit die Grundlagen zu schaffen, dieses auf die eigene Praxis zu übertragen. Der Erfolg dieser Transferleistung definiert letztlich den Wert dieses Instruments. Um dabei reine „Absichtserklärungen“ zu vermeiden, muss jeder Teilnehmer beim nachfolgenden Workshop über den Stand der Umsetzung berichten. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass das Gelernte tatsächlich übertragen wird. Schließlich möchte sich ja niemand vor den Kollegen „blamieren“...

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt in einem standardisierten Verfahren. Da wir viele der teilnehmenden MKG-Chirurgen steuerlich betreuen, liegen uns die betriebswirtschaftlichen Daten vor. Wir haben diese in ein vergleichbares Format mit großer Detailtiefe gebracht. Dies ermöglicht entsprechend profunde Vergleiche. Die Darstellung der Zahlen erfolgt anonymisiert. Inwieweit die Zahlen im Laufe des Erfahrungsaustausches für alle Teilnehmer offengelegt werden, entscheiden die Teilnehmer selbst. Je mehr Daten transparent werden, desto einfacher die Diskussion in der Gruppe. Als Vorbereitung für das Treffen werden von uns aus allen Einzeldaten der teilnehmenden Praxen Durchschnittswerte errechnet und vorab an die Teilnehmer verschickt. Für nicht von uns steuerlich betreute Teilnehmer muss der jeweilige Steuerberater die notwendigen Daten bereitstellen, so dass sie in die vorbereiteten Vorlagen übernommen werden können.

Betriebsbesichtigung

Jedes Treffen beginnt nach der Begrüßung durch den gastgebenden Praxisinhaber mit einer kritischen Besichtigung der Praxis. Dabei werden alle Räume begangen und mit möglichen Besonderheiten vorgestellt. Die Besucher haben bewusst den Auftrag, kritische Fragen zu stellen. Dabei hinterfragen sie natürlich neben Ausrüstung und Ablauf der Gastgeberpraxis

auch ihre eigenen Strukturen in ihrer Praxis zuhause. Primäres Ziel bleibt aber die Rationalisierung durch Kollegen.

Angeschaut wird neben dem Empfang und Wartebereich auch die Verwaltung. Dabei werden ebenfalls Abläufe hinterfragt, wie diese verbessert werden können, indem sie verkürzt bzw. für Patienten angenehmer gestaltet werden können. Auch in den eher medizinischen Bereichen werden die Abläufe analysiert. Konkrete Verbesserungsvorschläge und Kritikpunkte werden protokolliert und allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Insbesondere der Praxisinhaber hat damit in komprimierter Form eine Liste mit Veränderungsvorschlägen, die er sukzessive abarbeiten kann.

Diskussion betriebswirtschaftlicher Ergebnisse

Nach der Vorstellung der betriebswirtschaftlichen Durchschnittswerte sowie der anonymisiert dargestellten Vergleichsdaten der einzelnen Teilnehmer werden diese im Kollegenkreis besprochen. Dabei ergibt sich schnell, warum die Zahlen in den verschiedenen Bereichen divergieren. Von uns identifizierte Punkte werden diskutiert und die Werte der besten Praxis dargestellt. Der Inhaber erläutert dann sein Konzept, wobei die Zahlen soweit verfremdet werden, dass nur der besprochene Aspekt verständlich wird. Daraus ergibt sich eine Diskussion, was davon in andere Praxen übertragbar ist und welche Annahmen dem zugrunde liegen. Als Ergebnis muss jeder Teilnehmer das für sich Übertragbare aus der Diskussion verbalisieren und für sich eine Handlungsempfehlung ableiten. Diese Handlungsempfehlung wird schriftlich festgehalten und dann mit einem Umsetzungstermin versehen. Zum entsprechenden nächsten Workshop wird dann diese Liste durchgegangen und nach Erfahrungen mit der Umsetzung gefragt.

Schwerpunktreferat

Bei jeder Sitzung wird ein Schwerpunktreferat zu einem wichtigen Thema gehalten. Dabei werden neben der Diskussion der betriebswirtschaftlichen Zahlen bewusst auch andere Themen ausgewählt und von externen Spezialisten vorgetragen. Die Themenbearbeitung folgt dabei nicht dem sonst in der Gruppe üblichen inkrementellen Ansatz (Prozess des gegenseitigen

Lernens), sondern diese Themen werden grundsätzlich aufbereitet, um mithilfe von externem Spezialistenwissen auch größere Lernsprünge zu erzielen. Die Kombination dieser beiden Vorgehensweisen soll der strategischen Weiterentwicklung der Praxen dienen. Da MKG-Praxen in der Regel als Überweiserpraxen aufgestellt sind, können z.B. von einem externen Marketing-Fachmann aus anderen Branchen bekannte und funktionierende Instrumente dargestellt und auf die Problemstellung adaptiert werden. Ein anderes Thema widmet sich der Abrechnung der Leistungen, z.B. ärztlich/zahnärztlich, und wie innerhalb dieser Bereiche die Abrechnung optimiert werden kann. Ziel ist es, die erbrachten Leistungen optimal abzurechnen, so dass die durch den Gesetzgeber gebotenen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Auch hier muss jeder Teilnehmer für sich klären, was er bis zur nächsten Sitzung umsetzen wird. Dies ist eines der zentralen Erfolgselemente, um Verbesserungen in den einzelnen Praxen auch tatsächlich zu fördern.

Aussichten

Bei dem beschriebenen Modell des moderierten Erfahrungsaustausches wird sich die Zusammenarbeit in der Gruppe im Laufe des Prozesses intensivieren und ein Vertrauensverhältnis entstehen. Damit wird die Diskussion untereinander noch wertvoller werden. Wir arbeiten gerade daran, dieses Konzept auch für andere zahnärztliche Gruppen zu öffnen, z.B. für chirurgische tätige Zahnärzte und Oralchirurgen mit Überweiserstruktur. Sobald sich genügend Teilnehmer finden, werden die jeweiligen Gruppen neu starten.

Kontaktdaten

MundingDrifthaus

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Hauptstraße 117
D-70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel. 0711 489996-0
www.mundingdrifthaus.de

Oliver Drifthaus
oliver.drifthaus@mundingdrifthaus.de

2. CAMLOG Zahntechnik-Kongress
Faszination Implantatprothetik
9. April 2011, Liederhalle Stuttgart

Aktuelle Präsentationen Aufstufung: 5 | 10 | 20

Aktuell | Meist gesehen | Bewertet

Implantatästhetik - mit Effizienz zum Ziel
34:48 min
Referent: [Hardi Mink](#)
▶ Start
283 Besucher
1 Kommentar
Aktuelle Bewertung: ★★★★★

Die Komplexität implantatprothetischer Rekonstruktionen
29:37 min
Referent: Ztm. Hans-Joachim Bock
▶ Start
205 Besucher
1 Kommentar
Aktuelle Bewertung: ★★★★★

CAD/CAM im Laboralltag
30:30 min
Referent: Ztm. Christian Hannker
▶ Start
304 Besucher
0 Kommentare
Aktuelle Bewertung: ★★★★★

Zukunftstrends in der Implantatprothetik
19:31 min
Referent: [Josef Schweiger](#)
▶ Start
207 Besucher
0 Kommentare
Aktuelle Bewertung: ★★★★★

Motivation Zahntechnik

NEWS
Mittwoch, 09.11.2011
[Dürr Dental: Sie können helfen!](#)
Dienstag, 08.11.2011
[Prof. Dr. Klaus Pieper mit Tholuck-Medaille 2011 ausgezeichnet](#)
Dienstag, 08.11.2011
[Heraeus Satellitensymposium auf CED-Tagung 2011](#)
zur Übersicht



DER 2. CAMLOG ZAHNTECHNIK-KONGRESS „FASZINATION IMPLANTATPROTHETIK“ – AUCH ONLINE EIN ERFOLG!

Der 2. CAMLOG Zahntechnik-Kongress „Faszination Implantatprothetik“ vom 9. April 2011 in der Stuttgarter Liederhalle war mit rund 1.000 Teilnehmenden ausverkauft. Hochklassige Vorträge von namhaften Referenten zeigten, was heute in der Implantatprothetik möglich ist und welchen großen Anteil die Zahntechnik an einer implantologischen Versorgung hat.

Nach dem beeindruckenden Kongress entwickelt sich die Veranstaltung auch

im Internet zu einem Erfolg. Unter www.dental-online-community.de/Kongress/Events/CAMLOG_ZT-Kongress_2011 können Sie sich nach kostenloser Registrierung die Original-Vorträge zu Hause in Ruhe anschauen. Die einzelnen Beiträge zählten nur zirka sechs Wochen nach Erscheinen bereits zwischen 200 und über 400 Online-Besucher. Dies belegt noch einmal die hervorragende Qualität der Vorträge. Nutzen Sie dieses Know-how für Ihren Erfolg!





a perfect fit™

**CAMLOG
FORTBILDUNGSPROGRAMM
2012**

4. INTERNATIONALER
CAMLOG KONGRESS
3.-5. MAI 2012
LUZERN
SCHWEIZ

camlog

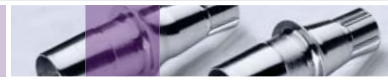
CHIRURGIEKURSE
FÜR EINSTEIGER
UND FORTGESCHRITTENE



PROTHETIKKURSE



ZAHNTECHNIKKURSE



**ABRECHNUNG,
BERATUNG & ASSISTENZ**



**SPECIALS
& TEAMKURSE**



FOR LADIES ONLY



KURSREIHEN



VORTRÄGE



4. INTERNATIONALER
CAMLOG KONGRESS
3.-5. MAI 2012
LUZERN
SCHWEIZ



DAS CAMLOG FORTBILDUNGSPROGRAMM 2012 – HOCHWERTIG, PRAXISORIENTIERT, GEWINNBRINGEND

Die dentale Implantologie und Implantatprothetik stellen innerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde fortbildungsintensive Fachdisziplinen dar. Als ein führender Anbieter von Systemen und Produkten für die Implantologie übernimmt CAMLOG auch in diesem Bereich viel Verantwortung. Zahnärzten, Oralchirurgen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Zahn-technikern und zahnmedizinischem Fachpersonal werden hochwertige, praxisorientierte und gewinnbringende Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

Zu der ausgeprägten Serviceorientierung und der Überzeugung des Unternehmens zählt es, auch 2012 erhebliche Mittel für die Fortbildung bereitzustellen. CAMLOG leistet damit einen Beitrag, das hohe Niveau der Implantologie in Deutschland weiter zu verbessern und die Verbreitung

implantologischer Therapiekonzepte zu fördern. Für die Fortbildungsveranstaltungen wurden namhafte Referenten verpflichtet, die mit ihrer Kompetenz und Erfahrung diese hohen Ansprüche erfüllen und die Qualität der CAMLOG Veranstaltungen gewährleisten.

Das CAMLOG Fortbildungsprogramm 2012 liegt in Form einer 44-seitigen Broschüre vor. Die Broschüre ist übersichtlich gestaltet und in die Rubriken „Chirurgiekurse“, „Prothetikurse“, „Zahn-technikurse“, „Abrechnung, Beratung & Assistenz“, „Specials & Teamwork“, „Kursreihen“ und „Vorträge“ unterteilt. Die Veranstaltungen sind innerhalb der jeweiligen Rubrik chronologisch gegliedert. Dies gewährleistet ein rasches Auffinden der gewünschten Kurse, Kursreihen und Vorträge.

Das Angebot wendet sich an Einsteiger, Fortgeschrittene und Spezialisten im Bereich der dentalen Implantologie und Implantatprothetik. Einige Kurse und eine Kursreihe richten sich exklusiv an Frauen. Ebenso begehrt dürften die Kurse und Vorträge sein, die sich mit dem CONELOG® Implantatsystem in Chirurgie und Praxis beschäftigen. Die Themenvielfalt des CAMLOG Fortbildungsprogramms stellt sicher, dass alle Fortbildungsinteressierten die für sie maßgeschneiderten Veranstaltungen finden.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der CAMLOG Veranstaltungsorganisation unter Tel. 07044 9445-600, Fax 07044 9445-11650, E-Mail education.de@camlog.com und www.camlog.de.



2. SCHWEIZER ZAHNTECHNIK-KONGRESS 2012

Nach dem eindrucksvollen Erfolg des 1. Schweizer Zahntechnik-Kongresses 2010 und dem klaren Wunsch der durchgehend zufriedenen 370 Teilnehmenden nach einer Wiederholung freuen wir uns, Ihnen den Termin für den 2. SCHWEIZER ZAHN-TECHNIK-KONGRESS 2012 bekanntgeben zu können.

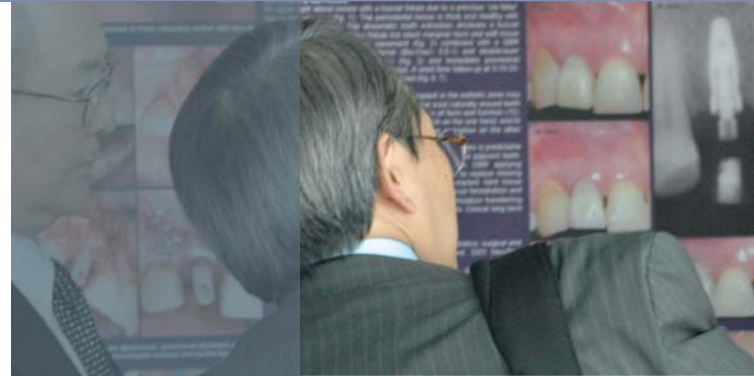
Bitte tragen Sie sich schon jetzt den 15. September 2012 in Ihrem Kalender ein. Den Mittelpunkt des Kongresses, der unter dem Motto „team@work.2020“ steht, wird eine aktuelle Standortbestimmung vor allem unter digitalen Aspekten bilden. Bekannte Referenten werden Sie auf eine spannende Zukunftsreise mitnehmen.

Weitere Informationen erhalten Sie ab dem 1. Januar 2012 unter www.zahntechnik-kongress.ch.

**SAMSTAG, 15. SEPTEMBER 2012
VERKEHRSHAUS LUZERN**



POSTERWETTBEWERB BEIM 4. INTERNATIONALEN CAMLOG KONGRESS, LUZERN



Die Zeit läuft, und der 4. Internationale CAMLOG Kongress nähert sich unaufhaltsam. Die Vorbereitungen laufen seitens CAMLOG und der CAMLOG Foundation auf vollen Touren. Aber auch SIE sind herzlich dazu aufgerufen, zum Gelingen des Kongresses beizutragen – nehmen Sie teil an unserem internationalen Posterwettbewerb!

Themen:

Forschung, klinische Studien, Falldokumentationen, zahntechnische Abläufe

Preisverleihung:

Die drei besten Poster erhalten Barpreise in Höhe von:

- CHF 2.000.- für den 1. Rang
- CHF 1.500.- für den 2. Rang
- CHF 1.000.- für den 3. Rang

Posterpräsentation:

Die/der Sieger/in erhält die Möglichkeit, ihr/sein Poster im Rahmen der Preisverleihung am Samstag, 5. Mai 2012, vor dem Plenum kurz zu präsentieren.

Anmeldung unter:

poster@camlogfoundation.org

Abgabetermin:

17. Januar 2012

camlogfoundation

Alle wichtigen Informationen, Spezifikationen und Anmeldemodalitäten können Sie unter www.camlogfoundation.org, www.camlogcongress.com in Erfahrung bringen.

FM DENTAL – NEUER CAMLOG VERTRIEBSPARTNER FÜR POLEN



Die auf den Dentalmarkt spezialisierte Firma „FM Produkty Dla Stomatologii“ wurde im Jahr 1995 als Nachfolgerin einer bereits seit 1990 bestehenden Firma gegründet. Ihre derzeit 13 fest angestellten und fünf freien Mitarbeitenden operieren polenweit vom Firmensitz in Krakau aus.

FM Dental ist in Polen Marktführer im Bereich der Knochenregeneration – seit 1997 Betreuung des „Geistlich“-Produktesortiments – und seit 2001 ebenfalls im Sektor der Ultraschall-Knochenchirurgie durch den Vertrieb piezochirurgischer Technologie der Firma „Mectrons“. Fernerhin vermarktet FM Dental in Polen die chirurgischen Nahtmaterialien der deutschen Firma „Serag-Wiessner“ und die Anästhesiegeräte der amerikanischen „Milestone Scientific Inc.“.

FM Dental ist spezialisiert auf diejenigen Produkte, die bei anspruchsvollen Zahnmedizinern Anwendung finden. Als Distributor im Bereich der regenerativen Zahnheilkunde kooperiert FM

Dental sowohl mit der „Osteology Foundation“ als auch der „Piezosurgery Academy“ auf dem Sektor der Aus- und Weiterbildung für seine Kunden.

Erstmals im Jahr 2000 führte FM Dental ein nationales Osteology-Symposium durch – für 2012 ist bereits das sechste in Planung – und hat auch zahlreiche Kurse, Workshops und Vorträge im Rahmen wichtiger nationaler Treffen der Fachbereiche Implantologie und regenerative Zahnheilkunde organisiert und veranstaltet. In Anerkennung ihrer Verdienste um die permanente Wissensvermehrung in der Implantologie wurde FM Dental kürzlich der „Grand-Prix“ der OSIS-EDI, der polnischen Gesellschaft für Dentalimplantologie, verliehen.

Durch den Vertrieb der Produkte und Dienstleistungen der CAMLOG Biotechnologies AG wird die FM Dental wesentlich dazu beitragen, die Position der Dentalimplantologie in Polen zu stärken und zu verbessern.



BS DENTAL SRO – NEUER CAMLOG VERTRIEBSPARTNER FÜR DIE TSCHECHISCHE REPUBLIK UND DIE SLOWAKEI

Seit Juni 2011 verfügt CAMLOG über einen neuen tschechischen Vertriebspartner, die BS Dental sro. Die Firma ist seit mehr als 30 Jahren im Verkauf von Medizinalprodukten aktiv.

In der Anfangszeit lag der Fokus auf der Ophthalmologie, bis sich die Firma dann im Jahre 1998 auf die Zahnmedizin zu konzentrieren begann. Erste Erfahrungen in diesem Bereich wurden in Kooperation mit einer kalifornischen Firma gesammelt, es folgte eine Zusammenarbeit mit europäischen Firmen in den Marktsegmenten Endodontie und technischer Praxisausrüstungen wie beispielsweise Behandlungsstühlen.

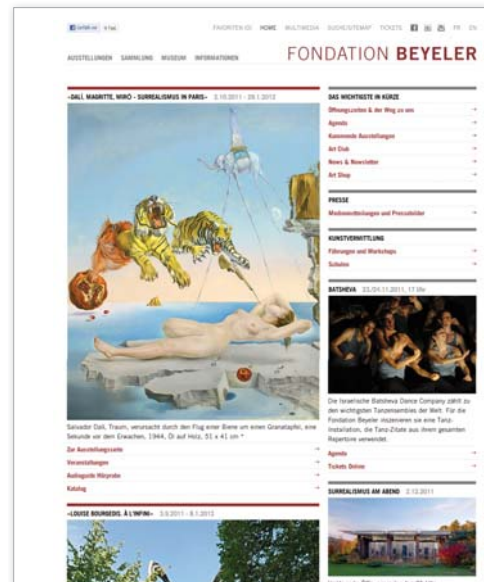
Danach folgte die gezielte Suche nach einem kompetenten und geeigneten Implantat hersteller, dessen Produkte- und Dienstleistungsangebot den Bedürfnissen des tschechisch-slowakischen Marktes mit seinen schätzungsweise 20.000 jährlichen Implantationen entsprechen könnte.

Beide Vertragspartner sind davon überzeugt, dass sie in der jetzigen Konstellation ausgezeichnete Aussichten haben, im aufstrebenden tschechisch-slowakischen Dentalimplantatmarkt bedeutende Marktanteile zu gewinnen, zu halten und weiter auszubauen.





Ceci n'est pas une pipe.



www.fondationbeyeler.ch



SALVADOR DALÍ, RENÉ MAGRITTE, JOAN MIRÓ – SURREALISMUS IN PARIS

Eine Ausstellung mit diesem Titel findet vom 02.10.2011 bis zum 29.01.2012 in der Fondation Beyeler in Basel/Riehen statt. Die Exposition versammelt über 200 Meisterwerke von Salvador Dalí, Joan Miró und René Magritte sowie anderen *SURREALISTISCHEN* Kunstschaffenden. Als weitere Höhepunkte werden die *SURREALISTISCHEN* Privatsammlungen von Peggy Guggenheim und André Bretons erster Frau, Simone Collinet, präsentiert. Neben berühmten Gemälden und Skulpturen sind Objekte, Fotografien, Zeichnungen, Manuskripte, Schmuckstücke und Filme zu entdecken.

Kunsthistorische Mini-Einführung

Der *SURREALISMUS* entstand 1924 in Paris als eine Bewegung in der Literatur und der bildenden Kunst. Sein Ziel war es, das Unwirkliche und Traumhafte sowie die Tiefen des Unbewussten auszuloten und den durch die menschliche Logik begrenzten Erfahrungsbereich um das schillernde, teilweise beängstigende Reich des Phantastischen und Absurden zu erweitern. Inspiriert von den durch Sigmund Freud aufgespürten Schimären in den Abgründen der menschlichen Seele und angeführt durch André Breton, wollten die *SURREALISTEN* mit einer neuen Art von Kunst auf das Leben und die Gesellschaft einwirken.

Die brennende Giraffe

Salvador Dalí, geboren 1904 in Figueres, war ein spanischer Maler, Grafiker, Schriftsteller, Bildhauer und Bühnenbildner. Er zählt zu den bekanntesten Malern des 20. Jahrhunderts und gilt als einer der Hauptvertreter des *SURREALISMUS*. Bereits mit 10 Jahren wurde Dalí vom Impressionis-

mus des spanischen Malers Ramon Pichot i Gironès beeinflusst, und mit 14 Jahren wurde der *Akademische Realismus*¹, penible Genremalerei des 19. Jahrhunderts, zum Vorbild seiner Malversuche. Nachdem sein Maltalent entdeckt worden war und gefördert wurde, durfte er 1922 ein Studium an der „Academia San Fernando“ für Malerei, Bildhauerei und Grafik in Madrid beginnen. Während seiner Studienzeit lernte er Federico García Lorca kennen, mit dem ihn eine lange Freundschaft verbinden sollte. 1926 reiste er zum ersten Mal nach Paris und traf dort Pablo Picasso. Auf Anregung von Joan Miró schloss sich Dalí 1929 der Gruppe der *SURREALISTEN* in Paris an. Jahre später kam es zu Spannungen in der Gruppe. Der Streit eskalierte wegen Dalís Bild „Das Rätsel des Wilhelm Tell“ und führte zu seinem Ausschluss aus der Gruppe der *SURREALISTEN*.

Dalís malerisch-technisches Können erlaubte es ihm, seine Bilder in einem altmeisterlichen Stil zu malen, der an den späteren Fotorealismus erinnert. Seine häufigsten Themen sind außer Traumwelten diejenigen des Fiebersauschs und der

religiösen Schwärmerei; oft hat er seine Frau Gala in seinen Gemälden dargestellt. Dalís Sympathie für den spanischen Diktator Francisco Franco, sein exzentrisches Auftreten sowie sein Spätwerk führen vielfach zu Kontroversen bei der Bewertung von Dalís Person und seiner Werke bis in die Gegenwart hinein. Er starb 1989 in seinem Geburtsort Figueres.

Ermordet die Malerei!

Joan Miró, geboren 1893 in Barcelona, Maler, Grafiker, Bildhauer und Keramiker. Seine frühen Werke weisen, aufbauend auf der katalanischen Volkskunst, Einflüsse des Kubismus und des Fauvismus auf. Der Künstler vollzog in Paris, beeinflusst von den dort herrschenden Kunstströmungen des Dadaismus und *SURREALISMUS*, einen grundlegenden Stilwechsel, der ihn von der Gegenständlichkeit wegführte. Wie seine Künstlerkollegen Dalí und Magritte gehört auch er als Vertreter der klassischen Moderne mit seinen fantasievollen Bildmotiven zu den populärsten Künstlern des 20. Jahrhunderts.

¹ Abfällig auch „L'art pompier“, die Kunst des Feuerwehrmannes, genannt. Dies deshalb, weil viele der in dieser Kunstgattung bemühten griechischen Figuren, die als Allegorien gemeint waren, mit ihren Helmen der damaligen französischen Feuerwehr verbüffend ähnelten.

Bereits als Kind begann er zu zeichnen. Sein kleinbürgerlicher Vater brachte für diese Art von Beschäftigung wenig Verständnis auf. Auf Wunsch des Vaters begann Miró eine kaufmännische Ausbildung, nahm jedoch zusätzlich Kunstunterricht an der Kunstakademie „La Llotja“ in Barcelona, an der bereits Pablo Picasso Schüler war. Der Widerstand des Vaters schwand, und Miró durfte sich an der Kunstschule „Escola d'Art“ von Francesc Galí einschreiben. Galí hielt seinen Schüler für hochbegabt. Galí's Lehrinhalte waren vorwiegend die moderne französische Kunst und die Architektur Antoni Gaudí's, Barcelonas berühmten Künstlers des Modernisme, der katalanischen Variante des europäischen Jugendstils.

1919 reiste Miró das erste Mal nach Paris, wo er Pablo Picasso in dessen Atelier aufsuchte. Picasso erwarb ein Selbstbildnis Miró's. Mit André Masson bezog Miró später ein eigenes Atelier in Paris. 1921 organisierte Josep Dalmau Miró's erste Einzelausstellung in Paris, die allerdings erfolglos verlief und materielle Schwierigkeiten nicht abwenden konnte. Zwei Jahre später machte Miró Bekanntschaft mit Henry Miller, dessen Buch „The Smile at the Foot of the Ladder“ er später illustrieren sollte, sowie mit Ernest Hemingway, der sich ebenso wie Miller zu dieser Zeit in Paris aufhielt. Hemingway liebte sich Geld, um 1925 Miró's Gemälde „Der Bauern-

hof“ zu erwerben. Durch André Masson lernte Miró im Jahr 1924 die *SURREALISTEN* Louis Aragon und André Breton kennen und schloss sich als Mitglied der *SURREALISTEN*-Gruppe an, blieb jedoch ein stiller Außenseiter.

Seine magischen Symbole für Mond, Sterne, Vogel, Auge und Frau zählen zu den bekanntesten Elementen seiner Kunst. Das verstörende Spätwerk, wie beispielsweise die Serie „Toiles brûlées“ – verbrannte Leinwände –, war eine inszenierte Zerstörung, ein Protest gegen die Kommerzialisierung der Kunst und ein Ausdruck seiner Forderung, die „Malerei zu ermorden“. Im öffentlichen Raum schmücken von Miró kreierte Keramikwände beispielsweise das UNESCO-Gebäude in Paris und das Wilhelm-Hack-Museum in Ludwigshafen; Monumentalskulpturen sind unter anderem auf Plätzen in Barcelona und Chicago aufgestellt. Joan Miró starb 1983 in Palma de Mallorca.

„Dies ist keine Pfeife“²

René Magritte, geboren 1898 in Lessines, Belgien, begann im Alter von 12 Jahren mit dem Malen und Zeichnen. Nach harter Kindheit und Jugend studierte er an der Brüsseler Akademie der schönen Künste. Nach dem Studium verdiente er seinen Lebensunterhalt als Musterzeichner für eine Tapetenfabrik und später als

Plakat- und Werbezeichner. 1923 verkaufte er sein erstes Bild, ein Porträt der Sängerin Evelyne Brélia. Erst ab 1926 war es ihm durch feste Verträge mit der Brüsseler Galerie „Le Centaure“ möglich, sich ausschließlich auf die künstlerische Produktion zu konzentrieren. In seiner ersten Einzelausstellung im Jahr 1927 präsentierte er vorwiegend abstrakte Bilder. Im gleichen Jahr zog Magritte mit seiner Familie in die Nähe von Paris. Anregungen erhielt er hier von den französischen *SURREALISTEN*, vor allem beeindruckten ihn die Bilder Giorgio de Chiricos.

Ab 1930 lebte Magritte wieder in Brüssel als Mittelpunkt eines kulturinteressierten Freundeskreises. Er freundete sich mit André Breton, Joan Miró und später auch mit Salvador Dalí an.

Magritte gilt neben Paul Delvaux als wichtigster Vertreter des belgischen *SURREALISMUS*. Magritte benutzte immer wiederkehrende Objekte wie zum Beispiel den Apfel, die berühmte Pfeife, den Bowlerhut, den Vorhang, die Taube, den blauen Himmel mit weißen Wolken, die Eisenschellen, das Ei, den Löwen, den Fesselballon oder Menschen mit einem Tuch vor dem Gesicht. Meist bezogen sich diese Werke auf Kindheitserinnerungen. René Magritte starb 1967 in Brüssel.

Weitere Informationen zur Ausstellung können Sie www.fondationbeyeler.ch entnehmen.

² Titel eines berühmten Gemäldes von Magritte, womit er augenfällig darauf hinwies, dass selbst die realistischste Abbildung eines Objekts *niemals das Objekt selbst sein kann*; ein Axiom, das intensives Interesse der Psychoanalyse gefunden hat.



Ja, senden Sie mir *logo*, das CAMLOG Partnermagazin, regelmäßig an folgende Anschrift:

Ich bin interessiert an:

- Imagebroschüre
- Fortbildungsprogramm 2012
- Literaturübersicht
- Produktbroschüre CAMLOG® Implantatsystem
- Informationen zum CONELOG® Implantatsystem
- 4. Internationaler CAMLOG Kongress 2012

Absenderangaben

Name Vorname

Titel

Praxis/Labor

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Einfach kopieren und per Fax an: CAMLOG Vertriebs GmbH,
Maybachstraße 5, D-71299 Wimsheim · Fax: +49 (0) 800 9445-00 0





4. INTERNATIONALER

CAMLOG KONGRESS

3.–5. MAI 2012

LUZERN, SCHWEIZ



FEEL THE PULSE OF SCIENCE IN THE HEART OF SWITZERLAND

- »State of the art« der dentalen Implantologie
- International renommiertes wissenschaftliches Komitee, anerkannte Referenten
- Außergewöhnliche Workshops
- Luzern – weltbekannter Kongressort in einzigartiger Lage
- Fetzige alpine Party – »Let's rock the Alps!«
- Attraktive Partnerprogramme in Luzern und Umgebung
- Hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis

WISSENSCHAFTLICHES KOMITEE

Prof. Dr. Jürgen Becker, Prof. Dr. Fernando Guerra, Prof. Dr. Frank Schwarz,
Prof. Dr. Thomas Taylor, Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden,
Prof. Dr. Dr. Georg Watzek, Prof. Dr. Axel Zöllner

