



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 – **BEREITS AUSGEBUCHT!**
- Luzern – weltbekannter Kongressort in einzigartiger Lage
- Fetzig 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



Schöne neue Welt – das Leben digital?



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Facebook, Twitter, XING u. Co. sind inzwischen auch denjenigen, die nicht häufig im Internet surfen, dank umfangreicher Berichterstattung in den Medien ein Begriff.

Die Internetaktivität unter den Zahnmedizinern ist sehr unterschiedlich: Während manche schon via Chat mit Patienten

kommunizieren, nutzen andere die Möglichkeit eines eigenen Webauftritts noch nicht.

Doch was bedeutet eigentlich „Social Media“? Reduziert ausgedrückt: „Menschen kommunizieren mit Menschen“.

Zunehmend nutzen auch immer mehr Zahnärzte die diversen Plattformen, um sich zu präsentieren, Kontakt zu Patienten und Interessenten zu halten oder zur Imagebildung.

In Zeiten eines sich ändernden Kommunikationsverhaltens wächst die Bedeutung des Internets und entsprechender Online-Angebote. Der moderne Patient informiert sich aktiv und möchte in den Dialog bei Gesundheitsentscheidungen eingebunden werden.

In den nächsten Jahren wird die Welle der jungen und internet-affinen Generation auf die Zahnärzteschaft zuströmen. Unsere künftigen Patienten sind „Digital Natives“ – sie sind mit digitalen Technologien aufgewachsen.

Das Internet stellt eine neue Option im Repertoire der Suchmöglichkeiten von Patienten dar. Durch Bewertungen anderer Patienten kommt der Suche im Internet eine neue Bedeutung zu. Arztbewertungsportale, die einen hohen Bekanntheitsgrad genießen, gibt es inzwischen einige. Grund genug für jeden Zahnarzt, sich mit dem Thema näher zu befassen.

Dem Patienten stehen heute mannigfaltige Informationen auf Knopfdruck zur Verfügung. Social Media werden hierbei bereits in vielen Bereichen eingesetzt.

Die sich verändernde Arzt-Patienten-Beziehung und der demografische Wandel sind Herausforderungen, denen wir uns zukünftig stellen müssen. Im Wettbewerb um neue Patienten wird eine klare Identität, die Corporate Identity der Praxis sowie eine darauf aufbauende ganzheitliche, patientenorientierte Marketingstrategie zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Bei diesen spannenden Zukunftsaufgaben werden das CAMLOG TEAM und ich Sie gerne unterstützen und weiterhin partnerschaftlich begleiten.

Viel Vergnügen beim Lesen und bis zum Wiedersehen beim 4. Internationalen CAMLOG Kongress in Luzern!

Ihr

Michael Ludwig
Geschäftsführer CAMLOG Vertriebs GmbH

INHALT



Seite 4

Titelstory

- I. CAMLOG und die Neuen Medien
- II. Die Facetten des Web 2.0 für Zahnärzte



Seite 20

Praxismanagement

- Filialpraxen – Wachstumschance oder Existenzrisiko?



Seite 8

Wissenschaft/Klinische Forschung

- Effekt von Tabakrauch auf den Erfolg von Implantat-Behandlungen



Seite 22

Aktuelles

- CAMLOG Connect – Interview mit Dr. Hunt
- Webinare – Fortbildung leicht gemacht
- For Ladies Only



Seite 10

Praxisfall

- Komplexe implantatprothetische Rekonstruktion nach Kieferorthopädie und augmentativen Hart- und Weichgewebstechniken



Seite 26

Lifestyle

- Madeira-Impressionen
- Luzerner Restaurants & Nightlife



Seite 18

Produkte

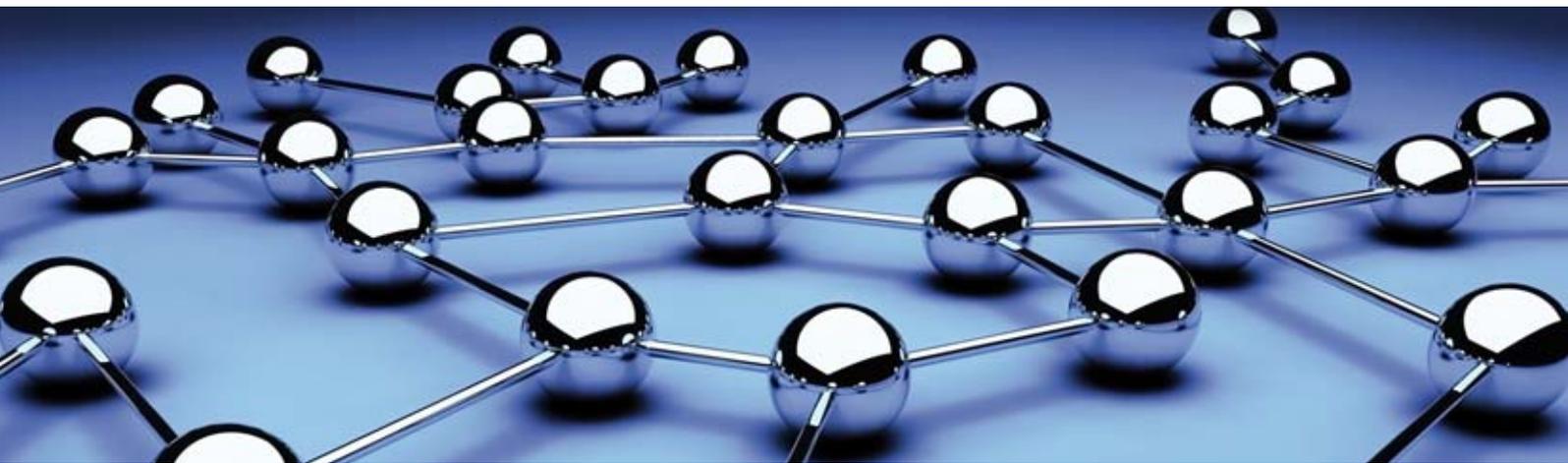
- CAMLOG verlängert die Preisgarantie
- Aufbauten für CONELOG® Locator®
- DVD-Kompendium Implantatprothetik



Seite 30

Veranstaltungen

- 2. Schweizer Zahntechnik-Kongress 2012



CAMLOG UND DIE NEUEN MEDIEN

Sie sind kaum mehr wegzudenken aus dem Alltag: die Neuen Medien. Internet, Tablets, Facebook, Wikipedia sind zu Selbstverständlichkeiten geworden, auch im Berufsalltag. CAMLOG hat sich schon früh in den Neuen Medien umgeschaut und setzt sie ein, um Kunden, Partner und Patienten zu informieren, zu unterstützen und zu vernetzen.



Kennen Sie schon den Trailer zum 4. Internationalen CAMLOG Kongress mit dem Motto „Feel the Pulse of Science in the Heart of Switzerland“? Sie finden ihn auf der Kongresswebseite www.camlogcongress.com oder auf den YouTube-Kanälen von CAMLOG.

Vielfalt der CAMLOG Webseiten

Zur Onlinewelt von CAMLOG gehören viele verschiedene Bereiche und Websites. Den Kern bilden die Firmenwebsite der internationalen CAMLOG Biotechnologies AG auf www.camlog.com und die Seite der deutschen CAMLOG Vertriebs GmbH

auf www.camlog.de. Dort können Sie sich über die Produkte, das Unternehmen, aktuelle News und Fortbildungsveranstaltungen informieren. Außerdem steht Ihnen auf diesen Seiten ein großer Teil der Broschüren und sonstigen Dokumentationen zum Download bereit.

Neuer Webauftritt in Arbeit

Aktuell arbeitet CAMLOG an einem „Relaunch“ – also einer kompletten Überarbeitung und Neugestaltung – der Unternehmens-Websites. So können wir Ihnen noch mehr Service in übersichtlicherer Form bieten. Im Mittelpunkt der neuen Seiten steht dabei neben dem Ausbau des Services für Kunden und Partner die internationale Repräsentanz des Unternehmens. Zudem wird die CAMLOG Schweiz AG erstmals mit einer eigenen Seite unter www.camlog.ch vertreten sein. Sie dürfen also gespannt sein, wenn CAMLOG im Laufe des Jahres mit den neuen Webseiten – international und national – online geht.

Online bestellen – rund um die Uhr

Bereits jetzt können alle Kunden in Deutschland die CAMLOG Produkte auch online in unserem e-Shop unter shop.camlog.de bestellen – und zwar rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche. Registrieren Sie sich jetzt!

CAMLOG Kongress und Foundation

Der 4. Internationale CAMLOG Kongress, der vom 3.–5. Mai in Luzern stattfindet,

DIE WICHTIGSTEN CAMLOG WEBSEITEN UND KOOPERATIONEN IM ÜBERBLICK:

CAMLOG VERTRIEBS GMBH (DEUTSCHLAND)	www.camlog.de
CAMLOG BIOTECHNOLOGIES AG (INTERNATIONAL)	www.camlog.com
CAMLOG SCHWEIZ AG (SCHWEIZ)	www.camlog.ch
CAMLOG E-SHOP (DEUTSCHLAND)	shop.camlog.de
ALTATEC GMBH	www.altatec.de
CAMLOG FOUNDATION	www.camlogfoundation.org
4. INTERNATIONALER CAMLOG KONGRESS	www.camlogcongress.com
CAMLOG CONNECT (NETZWERK FÜR FACHPERSONEN)	www.camlogconnect.com
IMPLANTATE. INFO (INFORMATIONSEITE FÜR PATIENTEN)	www.implantate.info

det, hat ebenfalls eine eigene Seite. Auf **www.camlogcongress.com** finden Sie alle Informationen zum Kongress, die Möglichkeit, sich online anzumelden und – als besonderes Highlight – den Trailer zum Kongress im „Herzen der Schweiz“ – schauen Sie rein, es lohnt sich!

Zur CAMLOG Online-Welt gehören auch die CAMLOG Foundation und ihre Website: **www.camlogfoundation.org** informiert über die Aktivitäten, Veranstaltungen und den Forschungspreis der Stiftung.

Informationen für alle Bereiche

Daneben arbeitet CAMLOG mit verschiedenen Partnern und Projekten im Onlinebereich zusammen, um Fachleute und Patienten umfassend zu informieren. Zwei Projekte wollen wir Ihnen nachfolgend vorstellen:

Für Fachleute ist Anfang 2012 die neue Online-Plattform CAMLOG CONNECT aufgeschaltet worden. Die Seite **www.camlogconnect.com** wurde von Dr. Peter Hunt, einem langjährigen Anwender und Fan der CAMLOG Produkte, ins Leben gerufen. Sie finden dort Fallbeispiele, Tutorials, Videos und vieles mehr. Ziel der Seite ist es, die CAMLOG Anwender weltweit zu vernetzen und ihnen eine Möglichkeit zu bieten, sich zu informieren, weiterzubilden und auszutauschen. Die Nutzung der Website ist kostenlos und erfordert nur eine einmalige Registrierung. Weitere Informationen zu CAMLOG CONNECT finden Sie in diesem Heft auf Seite 22 in einem Interview mit Dr. Peter Hunt.

Eine weitere Zielgruppe, die CAMLOG ebenfalls mit Informationen unterstützen möchte, sind die Patienten. Sie können sich auf der Seite **www.implantate.info** über alles rund um Zahnimplantate und die Behandlung informieren. Zudem bietet die Seite den Service, dass Patienten über ein Online-Suchformular implanto-

logisch tätige Zahnärzte und Dentallabore in ihrer Nähe suchen können.

Sind Sie schon eingetragen? Wenn nicht, dann holen Sie es jetzt nach! Sprechen Sie dazu Ihre(n) CAMLOG Vertriebsmanager/in an oder senden Sie eine E-Mail an: **marketing.de@camlog.com**.

Facebook, Twitter & Co.

Das Internet wird sozial: Immer mehr Menschen vernetzen sich online mit Freunden und Kollegen über Netzwerke wie Facebook, Xing oder Twitter und nutzen diese Seiten sowie Video-Plattformen wie YouTube, um sich zu informieren. CAMLOG ist in diesem Bereich ebenfalls aktiv. Sie finden uns mit deutschsprachigen Seiten auf Xing und YouTube. International sind wir zusätzlich auf Facebook, Twitter, Google+ und LinkedIn

zu finden. Sie können sich dort mit CAMLOG vernetzen und bleiben so über die neuesten Geschehnisse informiert. Und auch bei Wikipedia, dem großen Online-Nachschlagewerk, sind wir präsent. Schauen Sie doch mal vorbei!

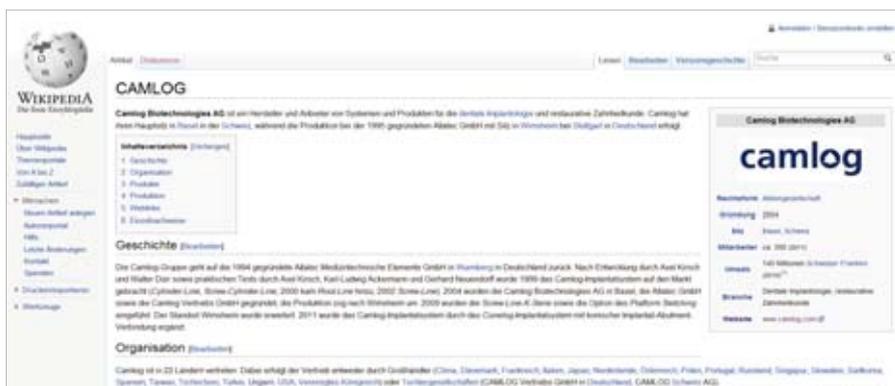
Webinare – Fortbildung online

In den nächsten Monaten wird es in Zusammenarbeit mit dem Dental Tribune Study Club die Möglichkeit geben, auch online an Fortbildungen teilzunehmen – und zwar über sogenannte Webinare. Alles was Sie dazu brauchen, sind ein Computer und Internetzugang. Weitere Informationen zu diesen Webinaren und wie sie funktionieren, finden Sie in diesem Heft auf Seite 24.

Alles auf dem iPad

Aktuell arbeiten wir zudem an einer CAMLOG App für das iPad, über die Ihnen in Zukunft dann alle Informationen zu unseren Produkten sowie dem Unternehmen in papierloser Form zur Verfügung stehen – und garantiert immer in der aktuellsten Version.

Es bleibt also spannend in den Neuen Medien. CAMLOG geht gut gerüstet in die moderne Onlinewelt – begleiten Sie uns dabei!



Wikipedia ist inzwischen das größte Nachschlagewerk – es gibt fast nichts, was man dort nicht nachschlagen kann; auch die wichtigsten Informationen rund um CAMLOG.



INTERESSANT

Haben Sie sich schon gefragt, was es mit diesen Pixel-Codes auf sich hat, die man neuerdings überall findet, zum Teil auch auf CAMLOG Anzeigen? Sie enthalten einen Code, der – wenn er mit einem Smartphone und der entsprechenden App gescannt wird – weitere Informati-

onen direkt online auf das Gerät liefert. Z. B. kann man so direkt eine Website erreichen. Probieren Sie es aus! Die Apps sind auf manchen Geräten bereits vorinstalliert oder können heruntergeladen werden. Populäre Apps sind beispielsweise „i-nigma“, „BeeTagg“ oder „NeoReader“.



DIE FACETTEN DES WEB 2.0 FÜR ZAHNÄRZTE

Die Beziehung vom Zahnarzt zum Patienten hat seit den 1970er-Jahren einen enormen Wandel durchlebt. Das interferierende Zusammenwirken von Veränderungen auf gesellschaftlicher, ökonomischer, technischer und gesetzlicher Ebene ist hierfür der maßgebende Faktor. Bedingt durch die freie Arztwahl und eine mobiler werdende Gesellschaft, ist heute der Praxisauftritt ein essentielles Kriterium bei der Wahl des Arztes.

Der Patient 2.0

Der erste Kontakt zum Zahnarzt erfolgt bei 2/3 aller Patienten immer noch durch persönliche Empfehlungen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis¹. Viele Patienten möchten sich heute jedoch bei der Arztwahl im Internet rückversichern².

Bei der Auswahl eines passenden Fach(-zahn)arztes wählen 87,9 Prozent den Spezialisten, der vom Haus(-zahn)arzt genannt wird³. Jedoch findet auch hier der Wunsch nach Bestätigung bei der Entscheidungsfindung meist über die Neuen Medien in einem zweiten Schritt statt.

Fehlt die persönliche Empfehlung, finden Patienten heute den Weg in die Praxis zunehmend über die Neuen Medien; Branchenbücher werden hierfür bspw. nur noch zu drei Prozent genutzt⁴. Das Fehlen einer Homepage oder ein unprofessioneller Webauftritt wird in der subjektiven Wahrnehmung vieler Patienten häufig mit der Professionalität und Modernität der Praxis assoziiert – obwohl dies keine Aussagekraft über die medizinische Leistung hat. Je höher die Schulbildung ist, desto umfassender wird im Netz recherchiert: Fast 97 Prozent von Befragten mit einem abgeschlossenen Studium gaben an, sich

vor der Wahl eines Arztes umfassend im Internet zu informieren⁵. Patienten möchten u.a. auch einschätzen können, ob ihnen die Praxis gefällt und ob ihnen der Arzt und sein Team sympathisch sind. Frauen werfen häufiger einen Blick auf ärztliche Webseiten als Männer⁶.

Hide-and-seek oder die Auffindbarkeit im Netz

Begibt sich der Patient über Google-Maps auf Arztsuche, erhält er z.B. bei Eingabe „Zahnarzt München“ über 6.313 Ergebnisse⁷, bei dezidierterer Suche wie bspw.

1,4 Riegl, Gerhard (2003): Zahnarztpraxis als Center of Excellence. Neue Wertschöpfungen für Zahnärzte und Labors, Augsburg: Verlag Prof. Riegl & Partner

3 Die große Ärzte-Liste (2001), München: FOCUS Medizin Verlag GmbH

2, 5, 6 Quelle: Repräsentative Umfrage der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) im Auftrag des Arztbewertungsportals jameda.de. N=1.130
<http://www.aerztezeitung.de/news/article/652722/jeder-fuenfte-sucht-arzt-bewertungsportal.html> vom 5.5.2011

7 Stand: 8.2.2012

„Zahnarzt Schwabing“ immerhin noch 378 Ergebnisse. Neben einer adäquaten Präsenz im Netz spielt demzufolge die Auffindbarkeit eine erhebliche Rolle bei der Patientengewinnung. Eine optisch ansprechende Homepage reicht deshalb nicht mehr aus: Webseiten sollten heute suchmaschinenoptimiert sein. Suchmaschinen analysieren und bewerten Homepage-Inhalte mit Hilfe spezieller Algorithmen, die Google jedoch nicht preisgibt und auch laufend ändert. Wichtige Parameter sind u.a. die Länge und Qualität des Contents sowie relevante Keywords. Die Keywords sollten definiert und auf Anfrage und Konkurrenz geprüft werden. Sie müssen sich im Homepagetext in einer bestimmten Frequenz wiederfinden. Daneben spielen auch das Alter der Domain und deren Name eine Rolle. Besonders wichtig sind Verlinkungen, die sog. Backlinks, mit bekannten und hochbewerteten externen Seiten, wie Portalen, sozialen Netzwerken oder Google-Einträgen wie z.B. Google Places.

Ein wesentlicher Aspekt ist die digitale Reputation eines Behandlers. Lt. einer Internetumfrage befürworten 88 Prozent der Befragten Arzt-Empfehlungssysteme. 71 Prozent gaben an, dass dies Einfluss auf die persönliche Arztwahl habe⁸. Arztbewertungssysteme sind ein weiterer Schritt in der Entscheidungsfindung für den Behandler. Sie funktionieren nach den gleichen Prinzipien wie persönliche Empfehlungen – nur eben anonym und im Internet.

Audiatu et altera pars

Zufriedene Patienten übernehmen eine wichtige Multiplikatorfunktion, die Praxen heute mehr als früher zur Patientengewinnung benötigen. Primärbedürfnisse, wie die medizinische Leistungs- und Ergebnisqualität, können von den Patienten oft nicht adäquat beurteilt werden. Sie entscheiden sich emotional für oder gegen einen Mediziner über die Befriedigung der Sekundärbedürfnisse wie etwa das Vertrauensverhältnis, die genommene Zeit, die Atmosphäre, die Beratungsqualität oder die Freundlichkeit von Behandler und Personal – ergo Aspekte, die nur peripher mit der Behandlung zu tun haben – und rechtfertigen diese Entscheidungen rational.

Es ist wichtig, sich die Frage zu stellen, wa-

rum der Patient die Entscheidung zugunsten der eigenen Praxis und damit gegen die regionalen Mitbewerber treffen sollte und wie er dabei unterstützt werden kann. Die Sekundärbedürfnisse sollten bei der Konzeption einer Homepage berücksichtigt werden, um darüber Professionalität und Kompetenz auszustrahlen. Und eben diese Aspekte können auch in den Neuen Medien z.B. über Arztbewertungsportale wie Jameda oder DocInsider sowie allgemeinen Empfehlungsportalen gut abgebildet werden. In unserer heutigen Feedbackgesellschaft werden Dienstleistungen aller Art beurteilt – die Medizin bildet hierbei keine Ausnahme mehr. Daher stellt sich für einen Arzt die Frage, ob er diese Möglichkeiten pro-aktiv bedienen und für seine Praxis nutzen möchte. Bewertungsportale dienen als Spiegel: Sie geben eine Empfehlung für Neupatienten und sind zudem eine ehrliche Auskunft von bestehenden Patienten. Kritik sollte daher ernst und kritisch hinterfragt werden und bei Bedarf Veränderungen in der Praxis nach sich ziehen. Die Angst vor unangemessener Beurteilung ist unbegründet: Lt. § 5 Grundgesetz besteht zwar das Recht auf freie Meinungsäußerung; Beleidigung und Schmähung sind hierbei jedoch ausgeschlossen. Auf den gängigen Portalen können unqualifizierte Bewertungen jederzeit gelöscht werden. Dies bedingt in der logischen Konsequenz jedoch eine Kontrolle durch Arzt oder Personal.

Content is (always) king

Bei einigen Internetnutzern haben Gesundheitsportale den Arzt als Hauptquelle zur Informationsvermittlung von Platz eins verdrängt⁹. Daher ist es durchaus sinnvoll, Patienten durch eine informative Website wichtige Inhalte zu bieten. Dies erhöht die Reputation als optimaler Ansprechpartner und mindert ein Stöbern im Netz mit der potentiellen Gefahr von Falsch- oder Überinformation und auch einer evtl. Abwanderung zur Konkurrenz.

Wo viel Licht ist, ist auch viel Schatten

Einige Zahnärzte nutzen bereits Social-Media-Kanäle wie Facebook oder Twitter zur Patientenbindung und -gewinnung. Über Praxisseiten können u.a. Anreize im Prophylaxebereich oder spezielle Arrangements angeboten werden. Die extrem

hohen Nutzerzahlen wie bspw. Facebook mit 22 Millionen deutschen Usern mögen ebenso verlockend klingen wie die damit verbundene Möglichkeit zur Stärkung der Wahrnehmung beim Patienten und dem raschen Kreieren eines positiven und modernen Praxisimages. Der Einsatz von Social Media sollte immer langfristig geplant und von strategischer Natur sein. Zu bedenken ist, dass neben den Chancen auch Risiken bestehen: So ist der wirtschaftliche Nutzen schwer ermittelbar, die Betreuung der Plattform ist i.d.R. zeitintensiv, ein kontinuierliches Monitoring sollte gewährleistet sein, zudem finden einschränkende Gesetzesregelungen, u.a. über das Heilmittelwerbegesetz, Anwendung. Neben diesen Aspekten sollte die Praxis auch genug zu erzählen haben, um Freude und Follower kontinuierlich zu begeistern. Eine sorgfältige Kosten-Nutzen-Abwägung sollte deshalb vorab durchgeführt werden.

Zahnarzt 2.0

Bei allen Kommunikationsinstrumenten ist auf eine Kongruenz zum tatsächlichen Erleben in der Praxis zu achten, weil beim Patienten bereits vor dem ersten Praxisbesuch eine Erwartungshaltung geschaffen wird.

Die Neuen Medien können eine größere Nähe zum Behandler schaffen sowie das Empowerment der Patienten erhöhen und damit letztendlich auch zur Steigerung der Compliance dienen.



⁸ http://www.die-arztempfehlung.com/medlin_sterne/medlin.php; N=10.000 ⁹ http://www.healthcaremarketing.eu/medien/detail.php?nr=5153&rubric=Medien&_id=15.2.2012



EFFEKT VON TABAKRAUCH AUF DEN ERFOLG VON IMPLANTAT-BEHANDLUNGEN

B. Schmied, K. Nelson, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Dass Tabakrauch sich negativ auf den Erfolg von Implantat-Behandlungen auswirken kann, scheint, in Analogie zu den bekannten parodontal-pathogenen Wirkungen des Rauchens, naheliegend. Bekannt sind zudem signifikant häufiger auftretende enorale Wundheilungsstörungen bei Rauchern, wodurch ein Zusammenhang zwischen Rauchgewohnheiten und frühen Implantat-Verlusten angenommen wird.

Material und Methode

Im Nachfolgenden werden die Erkenntnisse vorgestellt, die im Wesentlichen den unten genannten systematischen Reviews entnommen wurden.

Klokkevoold und Han (2007): Es wurden 19 Studien eingeschlossen. Die zusammengefassten Schätzwerte (pooled estimate) für das Implantat-Überleben lagen bei 89.7% bei Rauchern und 93.3% bei Nichtrauchern. Deutlichere Unterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern zeigten sich bei der Berücksichtigung der Knochenqualität: Nichtraucher erzielten in weichem Knochen (D3-D4) ein um 7.43% besseres Implantat-Überleben als Raucher. Es wurde daher vermutet, dass ein negativer Effekt des Rauchens vor allem bei „weichem“ Knochen zum Tragen kommt. Der Implantat-Erfolg zeichnete sich mit 77% bei Rauchern und 91% bei Nichtrauchern signifikant ab [1].

Heitz-Mayfield et al (2008): Hierbei handelt es sich um eine große Metaanalyse von insgesamt 88 Studien. Die Mehrheit der Studien zeigte statistisch signifikant höhere Überlebensraten bei Nichtrauchern. Lediglich 17 Studien konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen [2–18]. Die Mehrheit der Studien zeigte Implantat-Überlebensraten bei Rauchern zwischen 80% und 96%. Die Implantat-Erfolgsrate bei Rauchern reichte von 43% bis 98.3%. Sechs von sieben Studien zeigten, dass Rauchen sich negativ auf den Erfolg und das Überleben von Implan-

ten im Zusammenhang mit Augmentationen und Sinuslift-Operationen auswirkte. Ein Dosis-Effekt des Tabak-Konsums ist anzunehmen. Gemessen an den frühen Implantat-Misserfolgen, gibt es widersprüchliche Beweise dafür, dass sich Rauchen nachteilig auf die initiale Osseointegration auswirkt [19].

Strietzel et al (2007): Meta-Analyse von 29 Studien, bei der keine Quantifizierung des Zigaretten-Konsums vorgenommen wurde. Es zeigten sich signifikant höhere Risiken für Implantat-Misserfolge und biologische Komplikationen (Periimplantitis) sowohl im Zusammenhang mit augmentativen Verfahren als auch ohne [20].

Hinode et al (2006): Dieses systematische Review beinhaltete 19 Studien. Ein Implant-Misserfolg wurde definiert als Verlust des Implantates oder ein Knochenverlust, der 50% der Implantatlänge überschritt. Es zeigte sich ein gesteigertes Risiko (OR 2.17, 95% CI: 1.67 - 2.83) für Implantat-Misserfolge bei Rauchern [21].

Diskussion und Zusammenfassung

Die vielfältigen negativen Auswirkungen des Rauchens auf den Organismus sind gut dokumentiert. Rauchen hat eine negative Langzeitwirkung auf viele Aspekte der allgemeinen Gesundheit und des Immunsystems. Hierzu zählen unter anderem eine verzögerte Wundheilung, eine verringerte Kollagen-Synthese und Fibroblasten-Funktion, eine reduzierte

periphere Durchblutung sowie eine gestörte Funktion der neutrophilen Granulozyten und Makrophagen [52]. Auch die Zusammenhänge zwischen Rauchen und parodontalen Erkrankungen sind bekannt. Raucher haben ein erhöhtes Risiko für das Fortschreiten einer Parodontitis [53].

Aufgrund der Ähnlichkeiten zwischen Ätiologie und Pathogenese parodontaler und periimplantärer Entzündungen erscheinen die Ergebnisse der oben genannten Studien wenig überraschend. Die jeweiligen Zusammenhänge sind bislang jedoch nur unvollständig verstanden. Die biologischen Prozesse, die bei der Osseointegration von Implantaten oder der Aufrechterhaltung des periimplantären Knochenlevels eine Rolle spielen, werden mit großer Wahrscheinlichkeit negativ von Tabakrauch beeinflusst, wodurch sich die niedrigeren Überlebens- und Erfolgsraten von Implantaten bei Rauchern erklären ließen [19].

Auch wenn Rauchen nicht als absolute Kontraindikation für Implantat-Behandlungen gesehen werden kann, sollten Raucher darüber informiert werden, dass sie ein erhöhtes Risiko bezüglich eines Implantat-Verlustes oder des Auftretens periimplantärer Entzündungen tragen. Die Mehrheit der Studien berichtete über Implantat-Überlebensraten bei Rauchern zwischen 80% und 90%, wobei vor allem Dosis- und Zeiteffekte des Konsums bislang nur unzureichend untersucht wurden.

Ergebnisse

	KOMMENTAR	KONKLUSION / ZUSAMMENFASSUNG	QUELLEN
DOSISABHÄNGIGE WIRKUNG	Studien zeigen uneinheitliche Klassifikationen von „Rauchern“ (Anzahl Zig. / Tag, Anzahl an „gerauchten“ Jahren)	Signifikant höhere Komplikationsrate bei starken Rauchern (> 20 Zig. / Tag). Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl an Jahren, in denen geraucht wurde, und höheren Komplikationsraten wird vermutet.	[22–27, 42] [*]
GENETISCHE FAKTOREN	Geringe Evidenz	Ein synergistischer Effekt von Tabak-Rauch und einem positiven IL-1 Genotyp hinsichtlich eines gesteigerten periimplantären Knochenabbaus wird vermutet.	[9,28–30]
PERIIMPLANTITIS-BEHANDLUNG	Geringe Evidenz	Ein negativer Einfluss auf den Erfolg von Periimplantitis-Behandlungen wird kontrovers diskutiert. Eine dosisabhängige, negative Wirkung ist anzunehmen.	[31,32] [33]
WUNDHEILUNG UND OSSEOINTEGRATION		Ein negativer Einfluss auf die Osseointegration wird kontrovers diskutiert. Signifikant negativer Einfluss auf die Osseointegration bei > 20 Zig. / Tag Signifikant positive Beeinflussung der Osseointegration durch Einhaltung eines Rauchkarenz-Protokolls (Eine Woche prä-, zwei Monate postoperativ).	[5-7,22, 34–41] [42] [43]
AUGMENTATION UND SINUSLIFT	Hohe Evidenz	Signifikant höhere Misserfolgsraten bei Rauchern.	[8,44–49]
SOFORTIMPLANTATION	Geringe Evidenz	Kein signifikanter Unterschied zwischen Rauchern und Nichtrauchern.	[3,24]
SOFORTBELASTUNG		Kein signifikanter Unterschied zwischen Rauchern und Nichtrauchern. In Abhängigkeit der Dosis signifikant mehr marginaler Knochenabbau und niedrigere Implantat-Überlebensraten (>10 Zigaretten pro Tag).	[50] [51]

Literatur

- [1] Klokkevold PR, Han TJ. Int J Oral Maxillofac Implants. 2007; 22 Suppl: 173–202.
- [2] Karoussis IK. et al. Clin Oral Implants Res. 2003 Juni; 14(3): 329–39.
- [3] Wagenberg B, Froum SJ. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Feb; 21(1): 71–80.
- [4] Roos-Jansäker AM. et al. J. Clin. Periodontol. 2006 Apr; 33(4): 283–9.
- [5] Alsaadi G. et al. J. Clin. Periodontol. 2008 Jan; 35(1): 51–7.
- [6] Sverzut AT. et al. J. Oral Maxillofac. Surg. 2008 Mai; 66(5): 1004–9.
- [7] Kronström M. et al. Int J Oral Maxillofac Implants. 2001 Apr; 16(2): 201–7.
- [8] Peleg M, Garg AK, Mazor Z. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Aug; 21(4): 551–9.
- [9] Jansson H. et al. Clin Implant Dent Relat Res. 2005; 7(1): 51–9.
- [10] Machtei EE. et al. J. Periodontol. 2007 Juli; 8(7): 1188–94.
- [11] Machtei EE. et al. Clin Oral Implants Res. 2008 Mär; 19(3): 259–64.
- [12] Wang IC. et al. J Long Term Eff Med Implants. 1996; 6(2): 103–17.
- [13] De Bruyn H. et al. Clin Oral Implants Res. 1999 Apr; 10(2): 139–48.
- [14] Grunder U. et al. compend Contin Educ Dent. 199 Juli; 20(7): 628–33, 636, 638–40.
- [15] Penarrocha M. et al. Med Oral. 2002 Apr; 7(2): 144–55.
- [16] Beschmidt SM. et al. Schweiz Monatsschr Zahn med. 2003; 113(4): 396–403.
- [17] Lemmerman KJ, Lemmerman NE. J. Periodontol. 2005 Feb; 76(2): 310–9.
- [18] Alsaadi G. et al. Clin Oral Implants Res. 2008 Juli; 19(7): 670–6.
- [19] Heitz-Mayfield LJA, Huynh-Ba G. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009; 24 Suppl: 39–68.
- [20] Strietzel FP. et al. J. Clin. Periodontol. 2007 Juni; 34(6): 523–44.
- [21] Hinode D. et al. Clin Oral Implants Res. 2006 Aug; 17(4): 473–8.
- [22] Alsaadi G. et al. J. Clin. Periodontol. 2007 Juli; 34(7): 610–7.
- [23] Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. J.dent. Res. 1997 Okt; 76(10): 1667–74.
- [24] Schwartz-Arad D. et al. J. Periodontol. 2002 Feb; 73(2): 153–7.
- [25] DeLuca S, Habsha E, Zarb GA. Int J Prosthodont. 2006 Okt; 19(5): 491–8.
- [26] Sánchez-Pérez A, Moya-Villaescusa MJ, Caffesse RG. J. Periodontol. 2007 Feb; 78(2): 351–9.
- [27] Mundt T. et al. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Aug; 21(4): 607–14.
- [28] Laine ML. et al. Clin Oral Implants Res. 2006 Aug; 17(4): 380–5.
- [29] Feloutzis A. et al. Clin Oral Implants Res. 2003 Feb; 14(1): 10–7.
- [30] Gruica B. et al. Clin Oral Implants Res. 2004 Aug; 15(4): 393–400.
- [31] Leonhardt A, Dahlén G, Renvert S. J. Periodontol. 2003 Okt; 74(10): 1415–22.
- [32] Heitz-Mayfield LJA. et al. Clin Oral Implants Res. 2012 Feb; 23(2): 205–10.
- [33] Charalampakis G. et al. J. Clin. Periodontol. 2011 Sep; 38(9): 864–71.
- [34] De Bruyn H, Collaert B. Clin Oral Implants Res. 1994 Dez; 5(4): 260–4.
- [35] Gorman LM. et al. Implant Dent. 1994; 3(3): 165–8.
- [36] van Steenberghe D. et al. Clin Oral Implants Res. 2002 Dez; 13(6): 617–22.
- [37] Noguero B. et al. Clin Oral Implants Res. 2006 Aug; 17(4): 459–64.
- [38] Lambert PM, Morris HF, Ochi S. Ann. Periodontol. 2000 Dez; 5(1): 79–89.
- [39] Wallace RH. Eur J Prosthodont Restor Dent. 2000 Sep; 8(3): 103–6.
- [40] Kumar A, Jaffin RA, Berman C. Int J Oral Maxillofac Implants. 2002 Dez; 17(6): 816–9.
- [41] Cavalcanti R. et al. Eur J Oral Implantol. 2011; 4(1): 9–45.
- [42] Bain CA. et al. compend Contin Educ Dent. 2002 Aug; 23(8): 695–699, 702, 704 passim; quiz 708.
- [43] Bain CA. Int J Oral Maxillofac Implants. 1996 Dez; 11(6): 756–9.
- [44] Kan JYK. et al. J Prosthet Dent. 2002 Mai; 87(5): 485–9.
- [45] Keller EE, Tolman DE, Eckert S. Int J Oral Maxillofac Implants. 1999 Apr; 14(2): 197–209.
- [46] Geurs NC. et al. Int J Periodontics Restorative Dent. 2001 Okt; 21(5): 517–23.
- [47] Widmark G. et al. Int J Oral Maxillofac Implants. 2001 Feb; 16(1): 73–9.
- [48] Mayfield LJ. et al. Clin Oral Implants Res. 2001 Okt; 12(5): 508–14.
- [49] Olson JW. et al. Int J Oral Maxillofac Implants. 2000 Dez; 15(6): 811–8.
- [50] van Steenberghe D. et al. Clin Oral Implants Res. 2004 Juni; 15(3): 360–5.
- [51] Sanna AM, Molly L, van Steenberghe D. J Prosthet Dent. 2007 Juni; 97(6): 331–9.
- [52] Palmer RM. et al. J. Clin. Periodontol. 2005; 32 Suppl 6: 180–95.
- [53] Heitz-Mayfield LJA. J. Clin. Periodontol. 2005; 32 Suppl 6: 196–209.



Abb. 1: Ausgangssituation in der Panoramaschichtaufnahme.



Abb. 2: Klinische Ausgangssituation.



Abb. 3: Klinische Ausgangssituation; Geschiebe zwischen 11 und 21 sowie 23 und 24.



KOMPLEXE IMPLANTATPROTHETISCHE REKONSTRUKTION NACH KIEFERORTHOPÄDIE UND AUGMENTATIVEN HART- UND WEICHGEWEBSTECHNIKEN

Dr. A. Biggel, Dr. S. Mörchen-Trinkle, Dr. G. Schütt-Biggel, ZTM R. Philipp, Dr. K. Trinkle, Dr. S. Keller, Schwäbisch Hall

Zur Rekonstruktion der Zahnreihe bei Frendlücken bietet die konventionelle Prothetik verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Eine festsitzende Versorgungsmöglichkeit stellen Extensionsbrücken dar, mit denen aber nur ein Prämolar ersetzt werden sollte [1]. Früher waren in diesen Fällen daher abnehmbare Lösungen das Mittel der Wahl. Das Problem dieser Versorgungsformen sind bei fehlender distaler Abstützung die starke horizontale und ggf. sogar extrusive Belastung der distalen Pfeilerzähne [2]. Häufige Frakturen dieser Zähne vor allem nach endodontischer Vorbehandlung zeigen dem praktizierenden Zahnarzt dieses Problem auf [3,4]. Eine Implantation im distalen Bereich der Zahnreihe zum festsitzenden Ersatz oder als zusätzliche distale Abstützung bei abnehmbaren Arbeiten bietet uns die Möglichkeit, die verbliebenen natürlichen Zähne zu schonen und länger zu erhalten.

Bei herausnehmbarer Hybridprothetik sind Galvanoteleskope als Verbindungselement für uns das Mittel der Wahl. Die Vorteile dieser Teleskope sind, dass auch eigene Zähne in die Arbeit mit einbezogen werden können. Durch das intraorale Verkleben der Galvanokäppchen nach dem Weigl-Protokoll [5] ist darüber hinaus eine spannungsfreie Passung (Passive-Fit) möglich [6]. Das CAMLOG® Implantatssystem bietet ideale Voraussetzungen für die Galvanotechnik: zum einen die hohe Stabilität gegen horizontale Kräfte durch die Tube-in-Tube™ Verbindung und zum anderen die Rotationssicherung durch die Nut-Nocken-Verbindung [7], die eine exakte Passung der Prothetik ermöglichen.

Fallvorstellung

Der hier vorgestellte Patientenfall zeigt die Versorgung von Frendlücken sowohl festsitzend als auch abnehmbar auf. Zusätzlich soll gezeigt werden, welche Vorarbeiten notwendig sein können, um ein optimales Ergebnis zu erreichen.

Die Patientin stellte sich im September 2005 erstmalig in unserer Praxis vor (**Abb. 1 bis 5**). Es konnte eine leichte generalisierte chronische Parodontitis festgestellt werden. Auf Grund von Sekundärkaries an den vorhandenen Kronen war eine Neuversorgung notwendig. Zudem war die Krone an Zahn 13, die mit den anderen Kronen verblockt war, abzementiert. Der bereits wurzelresezierte Zahn 24 war angesichts einer apikalen Osteolyse auf Dauer nicht erhaltungswürdig.

Behandlungsplanung

Wegen des reduzierten Zahnbestands sollte der Oberkiefer mit einer parodontal- und implantatgestützten abnehmbaren Brücke versorgt werden. Für den Unterkiefer wurde eine festsitzende Versorgung mit Implantaten im Molarenbereich angestrebt. Im Sinne des Backward Planning möchten wir die Behandlungsschritte und die dabei auftretenden Probleme und Lösungen darstellen.

Nach der Parodontaltherapie wurde zuerst die Erhaltungswürdigkeit der Zähne überprüft. Dazu musste die bisherige Versorgung abgenommen (**Abb. 6 und 7**) und die Zähne mit Langzeitprovisorien versorgt werden.



Abb. 4: Klinische Ausgangssituation. Die Lücken zwischen den Eckzähnen und den ersten Prämolaren deuten auf eine protrudierte Front hin.



Abb. 5: Die bimaxilläre protrudierte Stellung der Frontzähne in der Seitenansicht.



Abb. 6: Situation nach Abnahme der bisherigen Versorgung, Kariesentfernung, Aufbaufüllung und Präparation im Oberkiefer ...



Abb. 7: ... und im Unterkiefer.



Abb. 8: Kieferorthopädische Retrusion der Unterkiefer-Frontzähne.



Abb. 9: Langzeitprovisorien im Oberkiefer; im Frontzahnbereich als Einzelzahnkronen gestaltet, um eine kieferorthopädische Bewegung der Zähne zu ermöglichen.

Ein Hindernis bei der Versorgung der Patientin war die bimaxillär protrudierte Stellung der Frontzähne (vergl. Abb. 2 bis 5). Diese Protrusion erklärt sich durch ein massives Zungenpressen. Schon bei der Erstellung des bisherigen Zahnersatzes wurde durch Verblockung der Kronen im Oberkiefer und die Geschiebe zwischen 11 und 21 sowie 23 und 24 versucht, die weitere Auffächerung der Front zu verhindern. Bei der angestrebten Versorgung mittels einer abnehmbaren Brücke, die zusätzlich implantatverankert wird, kann eine weitere Protrusion ausgeschlossen werden.

Die protrudierte Zahnstellung im Oberkiefer ließ eine gemeinsame Einschubrichtung für eine abnehmbare Versorgung nicht zu. Daher mussten die Zahnachsen kieferorthopädisch korrigiert werden. Da die Zahnstellung aus ästhetischen Gründen auch die Patientin störte, stand sie der kieferorthopädischen Behandlung aufgeschlossen gegenüber.

Langzeitprovisorien und Kieferorthopädie

Für die achsengerechte Einstellung der Oberkiefer-Front war zuerst die Retrusi-

on der Unterkieferfrontzähne notwendig (**Abb. 8**). So konnten gleichzeitig die Lücken zwischen den Unterkiefer-Eckzähnen und den ersten Prämolaren geschlossen werden. Anschließend wurde das Ergebnis mit einem Retainer im Unterkieferfrontzahnbereich fixiert.

Die Langzeitprovisorien im Oberkieferfrontzahnbereich wurden als Einzelzahnkronen (**Abb. 9**) erstellt, die vom Zahntechniker so gestaltet wurden, dass eine Einordnung in den angestrebten Zahnbogen möglich war. Ebenso wurde in jede Krone ein Kanal zur Aufnahme eines Stiftes eingebracht, um die Zahnachse während der Zahnbewegungen überprüfen zu können. Im zweiten Quadranten dienten die Zähne 24 (wurde aus diesem Grund noch nicht extrahiert), 25 und 27 der kieferorthopädischen Retrusion der Oberkieferfront als distale Verankerung. Im ersten Quadrant war dazu das Einbringen eines distalen Miniimplantats (tomas®-Pin, Dentaurum) nötig (**Abb. 10 bis 14**).

Nach Beendigung der kieferorthopädischen Behandlung wurde im Oberkiefer ein neues Langzeitprovisorium angefertigt. Die Kronen waren diesmal alle miteinander verblockt, um eine erneute Protrusion zu verhindern.



Abb. 10: In die Langzeitprovisorien eingesetzte Stifte, um die Zahnachsen beurteilen zu können, ohne die Kronen abnehmen zu müssen.



Abb. 11: Eingebrachtes Miniimplantat (tomas®-Pin, Dentaurum) als distaler Anker für die KFO.



Abb. 12: Distalisierung der Frontzähne mit dem tomas®-Pin.



Abb. 13: Kieferorthopädische Behandlung des Oberkiefers. Eingesetzte Stifte zur Beurteilung der Zahnachsen.

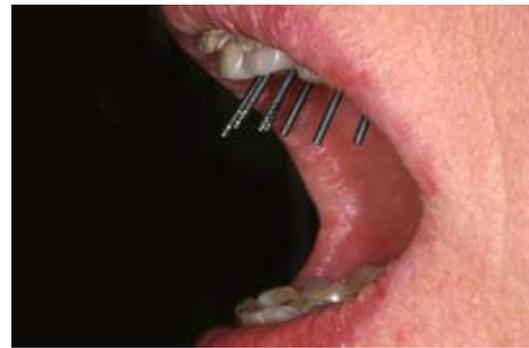


Abb. 14: Parallele Stifte kurz vor Abschluss der KFO.

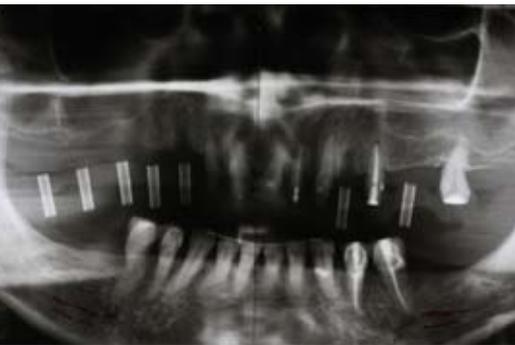


Abb. 18: Panoramaschichtaufnahme mit der eingesetzten Oberkiefer-Bohrschablone.



Abb. 19: Panoramaschichtaufnahme mit Unterkiefer-Bohrschablone.



Abb. 20: Implantation eines CAMLOG® SCREW-LINE Promote® Implantats, Durchmesser 3.8 mm, in regio 46.



Abb. 24: Indirekter Sinuslift mit Osteotomietechnik regio 26. Es zeigt sich eine bukkale Knochenfenestration.



Abb. 25: Eingebrachte Implantate regio 24 und 26. Augmentation regio 24 und Folientechnik.



Abb. 26: Implantation regio 13; Augmentat aus Eigenknochen, darüber Bio-Oss®. Das Augmentat wird mit einer OsseoGuard® Membran und einer Bio-Gide® Membran abgedeckt.

Die nicht erhaltungswürdigen Zähne 13 und 24 wurden vor der Eingliederung des Provisoriums extrahiert (**Abb. 15 und 16**).

Bohrschablonen

Die Bohrschablonen wurden nach einem Wax-up hergestellt. Die Planung sah im Unterkiefer Implantate regio 36, 46 und im Oberkiefer regio 13, 24, 26 vor. Im ersten Quadranten war zusätzlich zum Implantat regio 13 geplant, mindestens ein Implantat in regio 14 bis 17 zu setzen. Im Bereich 14 bis 17 war das Knochenangebot sowohl in der Breite, als auch in der Höhe sehr eingeschränkt (**Abb. 17 bis 19**).

Implantation

Im April 2008 wurden die Implantate inseriert. Dazu wurde das Langzeitprovisorium abgenommen und im Bereich der Implantate von basal ausgeschliffen, um beim Wiedereingliedern Druck auf die Implantations- und Augmentationsbereiche zu vermeiden. Vom Zahntechniker ist daher schon bei der Anfertigung des Langzeitprovisoriums zu bedenken, dass die Metallverstärkung im Brückengliedbereich weit genug okklusal liegt.

Es wurde mit der Implantation im Unterkiefer begonnen, wobei die Schnittführung bis in regio 38 bzw. 48 verlän-

gert wurde, um im Kieferwinkelbereich partikulierten Knochen mit Hilfe eines Knochensammlers (Safescraper® Micros, Meta) zu gewinnen. Die Knochenspäne wurden in Eigenblut gelagert. Die Implantate regio 36, 46 konnten wie geplant eingebracht werden, Augmentationen waren hierbei nicht erforderlich. In regio 47 wurde kein Implantat gesetzt (**Abb. 20 bis 22**).

Die Implantation im Oberkiefer begann im zweiten Quadranten (**Abb. 23**). In regio 26 war ein indirekter Sinuslift erforderlich (**Abb. 24**). Nach Insertion der Implantate waren ein Dehiszenzdefekt regio 24 und



Abb. 15: Präparation für das verblockte Langzeitprovisorium nach Kieferorthopädie. Die Zähne 13 und 24 wurden extrahiert.



Abb. 16: Verblocktes Langzeitprovisorium.



Abb. 17: Oberkiefer-Bohrschablone in situ.



Abb. 21: Implantation eines CAMLOG® SCREW-LINE Promote® Implantats, Durchmesser 4.3 mm, in regio 36.



Abb. 22: Gewinnung partikulierten Knochens mit Safescraper® Micros (Meta).



Abb. 23: Pilotbohrung des Implantats regio 24. Beachte die Restalveole.



Abb. 27: Sinuslift regio 16. Blick auf die abpräparierte Kieferhöhlenschleimhaut.



Abb. 28: Die Kieferhöhlenschleimhaut wurde mit einer Bio-Gide® Membran abgedeckt. Am Implantatstollen erkennt man eine Knochenhöhe von ca. 3 mm.



Abb. 29: Eingesetztes Implantat regio 16 nach Sinuslift und Augmentation.

ein Fenestrationsdefekt regio 26 vorhanden. Augmentiert wurden diese Bereiche mit partikuliertem Eigenkochen, darüber eine Schicht mit Blut vermishtem Bio-Oss® (Geistlich). Abgedeckt wurden die Augmentate mit OsseoGuard® Membranen (Biomet 3i) und darüber jeweils eine Bio-Gide® Membran (Geistlich), welche mit resorbierbaren Polylaktid-Pins (Inion® Tacks, Riemser) fixiert wurden (**Abb. 25**).

Bei der Darstellung des Knochens im ersten Quadrant zeigte sich der schon erwartete sehr schmale Kieferkamm in regio 14 und 15 (**Abb. 26 bis 28**). In diesen Bereichen haben wir uns gegen eine Implan-

tion entschieden, da nur ein zweizeitiges Vorgehen mit Knochenblock und Sinuslift das Setzen von Implantaten ermöglicht hätte. Es wurde daher ein Implantat regio 13 (vergl. Abb. 26) und ein Implantat regio 16 eingebracht. Im Bereich 16 musste dazu ein direkter Sinuslift durchgeführt werden.

Direkter Sinuslift

Nach der Eröffnung der Kieferhöhle, der Präparation der Schneiderschen Membran und der Implantatbohrung wird beim direkten Sinuslift von uns standardmäßig die Kieferhöhlenschleimhaut mit einer Bio-Gi-

de® Membran ausgekleidet (**Abb. 27 und 28**). Danach wird der mediale Anteil der geschaffenen Höhle mit einem Gemisch aus Knochen, Bio-Oss® und Blut aufgefüllt. Anschließend werden die CAMLOG® SCREW-LINE Promote® Implantate eingedreht und der restliche Hohlraum mit dem Augmentationsgemisch aufgefüllt.

Der Alveolarfortsatz regio 16 wurde lateral augmentiert – wie in regio 13 mit partikuliertem Eigenknochen und darüber einer Schicht Bio-Oss®-Blut-Gemisch. Abgedeckt wurde, wie zuvor auch, mit OsseoGuard®- und Bio-Gide® Membranen (**Abb. 29 und 30**).

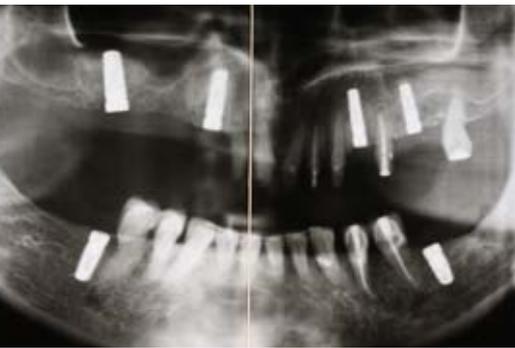


Abb. 30: Panoramaschichtaufnahme nach Implantation von CAMLOG® SCREW-LINE Promote® Implantaten (regio 16 L13 x 4,3 mm, regio 13 L13 x 3,8 mm, regio 24 L13 x 3,8 mm, regio 26 L11 x 3,8 mm, regio 36 L9 x 4,3 mm, regio 46 L11 x 3,8 mm).



Abb. 31: Freilegung des Implantates regio 26 mit der Mucosalappentechnik.



Abb. 32: Der eingeschraubte Gingivaformer bottleneck und der präparierte Splitflap.



Abb. 36: Bukkale Schleimhautverdickung durch einen Teil des Bindegewebstransplantats regio 16.



Abb. 37: Freilegung des Implantats regio 13 mit Mucosalappentechnik und zusätzlicher Schleimhautverdickung mit bukkalem Bindegewebstransplantat.

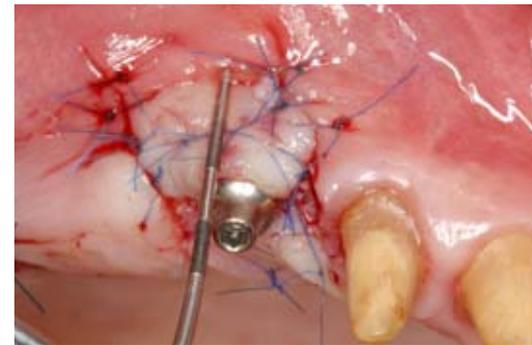


Abb. 38: Das freigelegte Implantat regio 13.



Abb. 42: Oberkiefer nach definitiver Präparation; die Sulkusfäden sind gelegt und die Abformpfosten für die offene Abformung in die Implantate eingeschraubt.



Abb. 43: Unterkiefer zur Abformung vorbereitet.



Abb. 44: Die eingebrachten Primärteleskope und Abformpfosten vor der Überabformung. Die Primärteleskope wurden mit kleinen Tropfen provisorischen Zements auf den Zähnen leicht fixiert.

Implantatfreilegung und Weichgewebemangement

Die Freilegung der Implantate erfolgte im November 2008. In regio 13, 24 und 26 wurden die Implantate mittels einer Mucosalappentechnik freigelegt. Durch diese Technik ist es möglich, fixierte Gingiva von palatinal nach bukkal zu verschieben, um so ein breites und dickes Band funktioneller Gingiva auch bukkal des Implantates zu schaffen (**Abb. 31 bis 33**). In regio 16 wurde eine einfache Freilegung gewählt. Der dafür notwendige krestale Schnitt wurde bis auf den Tuber maxillae verlängert. So konnte aus dem Bereich 17, 18

noch Bindegewebe entnommen werden (**Abb. 34 und 35**). Das Bindegewebe wurde geteilt. Ein Teil kam bukkal des Implantates regio 16 zum Einsatz. Dort wurde die fixierte Gingiva zusätzlich verdickt (**Abb. 36**). Der zweite Teil diente zur zusätzlichen labialen Verdickung des Mucosalappens in regio 13 (**Abb. 37 und 38**). Bei der Freilegung der Implantate regio 36 und 46 wurde auf jeder Seite der gesamte Rest der fixierten Gingiva nach lingual geschoben. Zur Schaffung funktioneller Gingiva bukkal der Implantate wurde im Bereich des Gaumens ein freies Schleimhauttransplantat (FST) entnommen und geteilt. Je ein Teil wurde bukkal des Im-

plantats regio 36 und 46 transplantiert und durch Nähte fixiert (**Abb. 39 bis 41**). Nach einer Abheilungsphase von acht Wochen konnte mit der definitiven prothetischen Versorgung begonnen werden.

Definitive prothetische Versorgung

Die Zähne wurden nachpräpariert und die definitiven Abformungen mit offenen individuellen Löffeln durchgeführt (**Abb. 42 und 43**). Die Langzeitprovisorien wurden nach Abformung im zahntechnischen Labor unterfüttert. Im Oberkiefer wurde zusätzlich das Implantat regio 13 als



Abb. 33: Nach der Freilegung der Implantate regio 23 und 26 ist die nach bukkal verschobene fixierte Gingiva deutlich erkennbar.



Abb. 34: Freilegung regio 16 und Gewinnung freien Bindegewebes aus der Tuberregion.

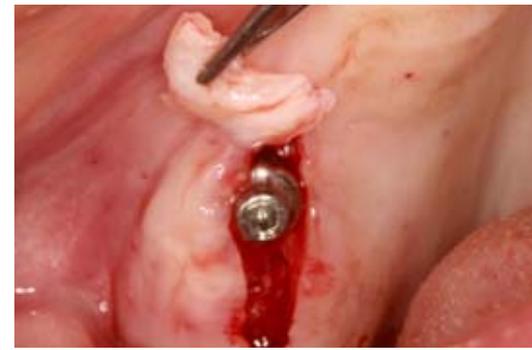


Abb. 35: Das gewonnene Bindegewebe.



Abb. 39: Schnittführung für die Gewinnung eines freien Schleimhauttransplantats (FST).

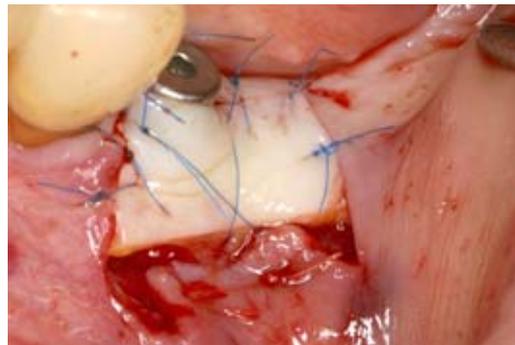


Abb. 40: Eingebrachtes FST regio 36; die ortsständige fixierte Gingiva wurde zuvor komplett nach lingual verschoben.

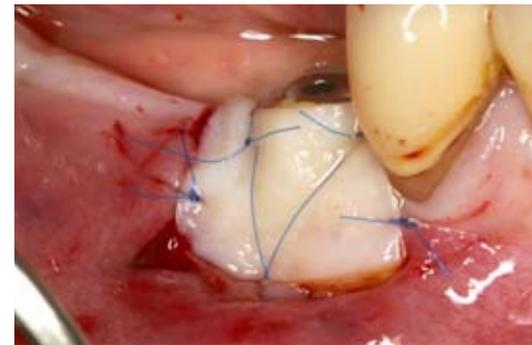


Abb. 41: Eingebrachtes FST regio 46; auch hier wurde zuvor die ortsständige fixierte Gingiva nach lingual verschoben.



Abb. 45: Für die Ästhetikeinprobe werden die Galvano-Käppchen mit Wachs in der fertig verblendeten Tertiärstruktur fixiert.



Abb. 46: Unterkiefer mit den eingeschraubten Abutments vor der Eingliederung des definitiven Zahnersatzes. Beachte die Breite und Dicke der funktionellen Gingiva um die Implantate.



Abb. 47: Die fertige Unterkieferversorgung in der Aufsicht. Die Implantatkronen sind von lingual horizontal verschraubt.

Abstützung in das LZP mit einbezogen, d.h. das vorhandene Brückenglied wurde zur Implantatkrone umgestaltet. Der zusätzliche Vorteil der Abstützung am rigiden Implantat war, dass gerade bei dieser Patientin mit starkem Zungenpressen das Wandern oder Verschieben der Frontzähne ausgeschlossen werden konnte. Der Zahntechniker stellte anschließend die Primärteleskope her.

Zwischenzeitlich wurden die avitalen Zähne 12, 23, 44 und 45 endodontisch behandelt.

Als nächster Schritt wurde im Oberkiefer eine Überabformung über die Primärteleskope und Abformpfosten wieder mit of-

feinem Löffel durchgeführt und erneut die Zentrik bestimmt. Vor der Überabformung wurden die Primärteleskope auf den Zähnen mit einem dünnen Tropfen provisorischen Zements (Temp-Bond NE™, Kerr) fixiert (**Abb. 44**).

Das Protokoll nach Weigl wird von uns modifiziert angewendet. Die Galvano-Sekundärteleskope werden nicht in die „nackte“ Tertiärstruktur eingeklebt, sondern erst wenn diese vollständig verblendet ist. Das Verkleben findet auch bei dieser Modifikation im Mund des Patienten statt. Bei diesem Ablauf kann auf die Anfertigung einer Reiseprothese verzichtet werden. Unser Protokoll lief bei der vorgestellten Patientin

wie folgt ab: Nachdem der Zahntechniker die Galvano-Sekundärteleskope und die Tertiärstruktur fertig gestellt hatte, wurde die Tertiärstruktur verblendet und im Patientinnenmund eine Ästhetikeinprobe durchgeführt (**Abb. 45**). Dazu wurden die Sekundärteleskope nur mit Wachs in der Tertiärstruktur befestigt. Nach Erwärmung wird das Wachs elastisch, so dass kleinste Passungsungenauigkeiten ausgeglichen werden können und die abnehmbare Brücke auf die Implantate und Zähne gleitet. Die Eingliederung des definitiven Zahnersatzes erfolgte im April 2009. Wir begannen morgens mit der Befestigung der Kronen im Unterkiefer (**Abb. 46 und 47**).



Abb. 48: Gesunde gingivale Verhältnisse regio 16. Dicke Gingiva nach Bindegewebs-transplantat.



Abb. 49: Die eingesetzten Primärteleskope.



Abb. 50: Die Galvanokäppchen vor dem Verkleben. Im zervikalen Bereich wurden sie vorher schon teilweise verblendet.



Abb. 51: Intraorales Verkleben. Das Galvanokäppchen, das gerade verklebt wird, wird während der Abbindephase des Klebers in Position gehalten.



Abb. 52: Ein Teil der Sekundärkronen ist schon in die Tertiärstruktur eingeklebt.



Abb. 53: Panoramaschichtaufnahme nach Zahnersatzeingliederung.



Abb. 54: Frontale Ansicht nach Eingliederung. Die Verfärbungen im Wurzelansatz der Unterkieferzähne stören die Patientin nicht.



Abb. 55: Fertige Versorgung im zweiten und vierten Quadranten.



Abb. 56: Fertige Versorgung im ersten und dritten Quadranten.



Abb. 57: Fertige Versorgung – Aufsicht auf den Oberkiefer.



Abb. 58: Seitliche Ansicht. Von der ursprünglich protrudierten Frontzahnstellung ist nichts mehr zu erkennen.



Abb. 59: Lippenbild mit der fertigen Versorgung.

Im Oberkiefer wurden die Primärteleskope mit einem Drehmoment von 20 Ncm in die Implantate eingeschraubt beziehungsweise auf den Zähnen zementiert (**Abb. 48 und 49**). Anschließend wurden die Galvanokäppchen intraoral einzeln in die Tertiärstruktur eingeklebt (**Abb. 50 bis 52**). Beim Verkleben ist es wichtig, dass die Sekundärkronen während der Abbindephase des Klebers in Position gehalten werden, um eine Spaltbildung zwischen Primär- und

Sekundärteil zu verhindern (vergl. Abb. 51). Das abschließende Verblenden der Klebspalten und zervikalen Bereiche kann vereinfacht werden, wenn die Sekundärkronen zervikal schon mit Opaker versehen und vorverblendet sind (vergl. Abb. 50). Nach dem Verkleben aller Teile wurde eine neue Unterkieferabformung genommen. Im Labor wurde die abnehmbare Brücke vollständig verblendet und gegen das neue Unterkiefermodell remontiert.

Am Abend konnte neben der schon eingesetzten neuen Unterkieferversorgung nun auch die neue abnehmbare Brücke im Oberkiefer eingegliedert werden (**Abb. 53 bis 59**).

Die Patientin wurde über notwendige Mundhygienemaßnahmen nochmals aufgeklärt (entsprechend der neuen prothetischen Situation) und ins regelmäßige Recallprogramm aufgenommen.



Dr. Alfons Biggel

war nach dem Studium in den Abteilungen Zahnerhaltung, Parodontologie und Kieferchirurgie der Universität Freiburg tätig. Er legte 1983 seine Prüfung zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie ab. Nach Tätigkeit in der oralchirurgischen Belegabteilung des Diakonieklinikums Schwäbisch Hall gründete er mit Dr. Stephan Keller die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis.



Dr. Stefan Mörchen-Trinkle

studierte an der Universität Ulm. Anschließend war er dort zirka vier Jahre lang wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung für zahnärztliche Prothetik, bevor er in die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Keller, Biggel, Mörchen eintrat.



Dr. Gisela Schütt-Biggel

studierte an der Universität Freiburg und war dort anschließend vier Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der kieferorthopädischen Abteilung tätig. Nach ihrer Facharztprüfung und Hospitationen in mehreren Praxen ließ sie sich in eigener Praxis in Schwäbisch Hall nieder.



ZTM Rainer Philipp

legte seine Meisterprüfung 1988 in München ab. Im Jahr 1996 gründete er sein eigenes Labor in Schwäbisch Hall.



Dr. Katinka Trinkle

studierte an der Universität Ulm. Nach der Assistenzzeit machte sie ihre Ausbildung zur Fachzahnärztin für Oralchirurgie am Katharinenhospital und am Marienhospital Stuttgart, anschließend trat sie in die zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Keller, Biggel, Mörchen ein.



Dr. Stephan Keller

studierte in Tübingen. Nach seiner chirurgischen Ausbildung in der oralchirurgischen Belegabteilung des Diakonieklinikums Schwäbisch Hall ließ er sich in eigener Praxis in Schwäbisch Hall nieder.

Kontaktdaten

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Keller, Mörchen, Biggel

Mauerstr. 17 • 74523 Schwäbisch Hall
E-Mail: zahnarztpraxis-sha@t-online.de
Web: www.zahnarztpraxis-sha.de

LITERATUR

- [1] Lehmann KM, Hellwig: Einführung in die restaurative Zahnheilkunde. 1998 8. überarbeitete Auflage Uran und Schwarzenberger, München Wien Baltimore.
- [2] Ludwig P: Teilprothese S.65-103; in Ludwig P, Niedermeier W: Prothetik - Checklisten der Zahnmedizin. 2002 Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York.
- [3] Muhs S: Überlebenszeit und Nachsorgebedarf von teleskopierend verankertem partiellen Zahnersatz. 2006 Dissertation Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- [4] Stiegelmann K, Dirheimer M, Ludwig E, Rudolph H, Luthard R: Überlebensrate von Ankerzähnen mit Preci-Vertex-Geschieben bei herausnehmbaren Teilprothesen. 2009 Poster bei der Jahrestagung der DGZMK.
- [5] Weigl P, Lauer HC: Advanced biomaterials used for a new telescopic retainer for removable dentures: Ceramics vs. Electroplated gold copings: Part II. Clinical effects. J Biomed Mater Res 2000;53:337-347.
- [6] Dillenburger M, Schnellbacher K, Dillenburger A: Implantatversorgung eines stark reduzierten Restgebisses mit Vollkeramik-Galvano-Konus-Technik. Eine Falldarstellung. Z Zahnärztl Impl 2006;53:337-347.
- [7] Ackermann KL, Kirsch A, Nagel R, Neuendorff G: Mit Backwardplanning zielsicher therapieren - Teil 1: Implantatprothetische Behandlungsbeispiele. Teamwork 2008;4:466-484.

UNSERE PREISE SIND SO STABIL WIE UNSERE VERBINDUNGEN: CAMLOG VERLÄNGERT DIE PREISGARANTIE BIS 31. DEZEMBER 2013

**PREIS-
GARANTIE
BIS 31.12.
2013**



Vollmundige Werbebotschaften sind das eine – kontinuierliche Preiserhöhungen das andere. Der Implantatmarkt ist in ständiger Bewegung. Aber auf CAMLOG ist Verlass! Unsere Stärke sind stabile und partnerschaftliche Verbindungen. Deshalb verlängern wir unsere Preisgarantie in Deutschland bis 31.12.2013.

Wir sind der Überzeugung, dass Sie als Anwenderinnen und Anwender unserer Produkte einen hohen Anspruch auf Werte wie Verlässlichkeit und Kontinuität haben. Dem möchten wir Rechnung tragen und Ihr Vertrauen in uns und unsere Produkte täglich aufs Neue rechtfertigen. Damit meinen wir ganz bewusst nicht nur die ‚Made in Germany‘-Qualität und -Sta-

bilität unserer ‚Hardware‘, der CAMLOG® und CONELOG® Implantatsysteme, sondern auch unsere gezielt kundenfreundlich gestalteten Preise.

Wir fühlen uns Ihnen, unseren Kunden, verpflichtet. Unsere gelebte, auf partnerschaftlichen Beziehungen beruhende CAMLOG Philosophie unterstreichen wir,

indem wir in Deutschland eine Preisgarantie bis 31.12.2013 geben. Mit diesem Schritt möchten wir Ihnen eine nachhaltige Zukunfts- und Planungssicherheit bieten und Sie in Ihrem Bestreben unterstützen, einen noch breiteren Patientenstamm mit implantologischen Premiumprodukten von CAMLOG versorgen zu können.

ERGÄNZUNG DES CONELOG® HYBRIDPROTHETIKSORTIMENTS

CAMLOG plant bis Mitte 2012 die Vervollständigung des Angebots an Aufbauten für die Versorgung von Implantaten auf Vollprothesen. Neben den CONELOG® Stegaufbauten und den CONELOG® Kugelaufbauten werden dann auch Aufbauten für CONELOG® Locator® zur Auswahl stehen.

Mit der Einführung der Locator® Aufbauten für CONELOG® kommt CAMLOG den Kundenwünschen nach diesem Implantataufbau-System nach, das sich vor allem für vertikal limitierte Platzverhältnisse eignet. Sämtliche LOCATOR® Zubehörteile werden auch mit den CONELOG® Locator®-Aufbauten kompatibel sein. Der Locator®-Aufbau zeichnet sich durch einfache Handhabung sowohl in der

Integration in eine Prothese als auch im Alltagsgebrauch der Patienten aus. Seine geringe Bauhöhe und seine einfach austauschbaren Retentionseinsätze haben ihn zu einem beliebten Verankerungssystem bei unseren Kunden gemacht. Die CONELOG® Locator®-Aufbauten werden voraussichtlich im Sommer 2012 verfügbar sein.





DVD-KOMPENDIUM IMPLANTATPROTHETIK IN KÜRZE ERHÄLTlich: VIER TEAMS – IHRE KONZEPTE UND LÖSUNGEN



Brandneu erscheinen wird in Kürze eine „Highend“-Video-Produktion des Quintessenz-Verlages, die in Zusammenarbeit mit vier herausragenden Autorenteams und CAMLOG als Kooperationspartner entstanden ist. Der Erscheinungstermin und die „inoffizielle Weltpremiere“ des DVD-Kompodiums Implantatprothetik ist zum 4. Internationalen CAMLOG Kongress geplant, der vom 3. bis 5. Mai 2012 in Luzern stattfinden wird.

IMPLANTATPROTHETIK

Das DVD/Blu-ray™ Kompodium
Neuerscheinung 2012



A. Kirsch
K.-L. Ackermann
G. Neuendorf

A. Happe
A. Nolte

S. Wolfart
V. Weber

F. Beuer
M. Stimmelmayer
J. Schweiger

VIER TEAMS –
IHRE KONZEPTE
UND LÖSUNGEN

QUINTESSENZ-VERLAG

www.quintessenz.de

Vor dem Hintergrund neuer Technologien, Materialien und Verfahren haben sich die implantatprothetischen Behandlungskonzepte in den vergangenen Jahren stark gewandelt, weiterentwickelt und ein breites Spektrum an Versorgungsmöglichkeiten hervorgebracht. Gefördert und beschleunigt wird diese Entwicklung durch die intensive Zusammenarbeit und Kommunikation in einem Team von Spezialisten, was in der Implantatprothetik als Voraussetzung für hochwertige Behandlungsergebnisse anzusehen ist. Allen relevanten Aspekten und Erfolgsparametern wird in dem in Kürze im Quintessenz-Verlag erscheinenden DVD-Kompodium Implantatprothetik Rechnung getragen.

Vier Teams – ihre Konzepte und Lösungen

ist eine Videoproduktion in vier Bänden in HD-Qualität.

Die Videos werden auf DVD einzeln und als Kompodium erhältlich sein. Preise: € 66,- (einzeln) beziehungsweise € 224,- (komplett). Spezielle Angebote hält unser Kunden-Service für Sie bereit!

Informationen und Vorbestellungen unter Telefon 07044 9445-100 oder per E-Mail an order.de@camlog.com.

DIE AUTOREN UND TITEL

• **Band 1: Axel Kirsch, Karl-Ludwig Ackermann, Gerhard Neuendorf:**

3-D-Planung und schablonengeführte Implantation im zahnlosen Kiefer (Fall 1) und im teilbezahnten Kiefer (Fall 2).
Spieldauer zirka 44 min. (Fall 1) und zirka 39 min. (Fall 2)

• **Band 2: Arndt Happe, Andreas Nolte:**

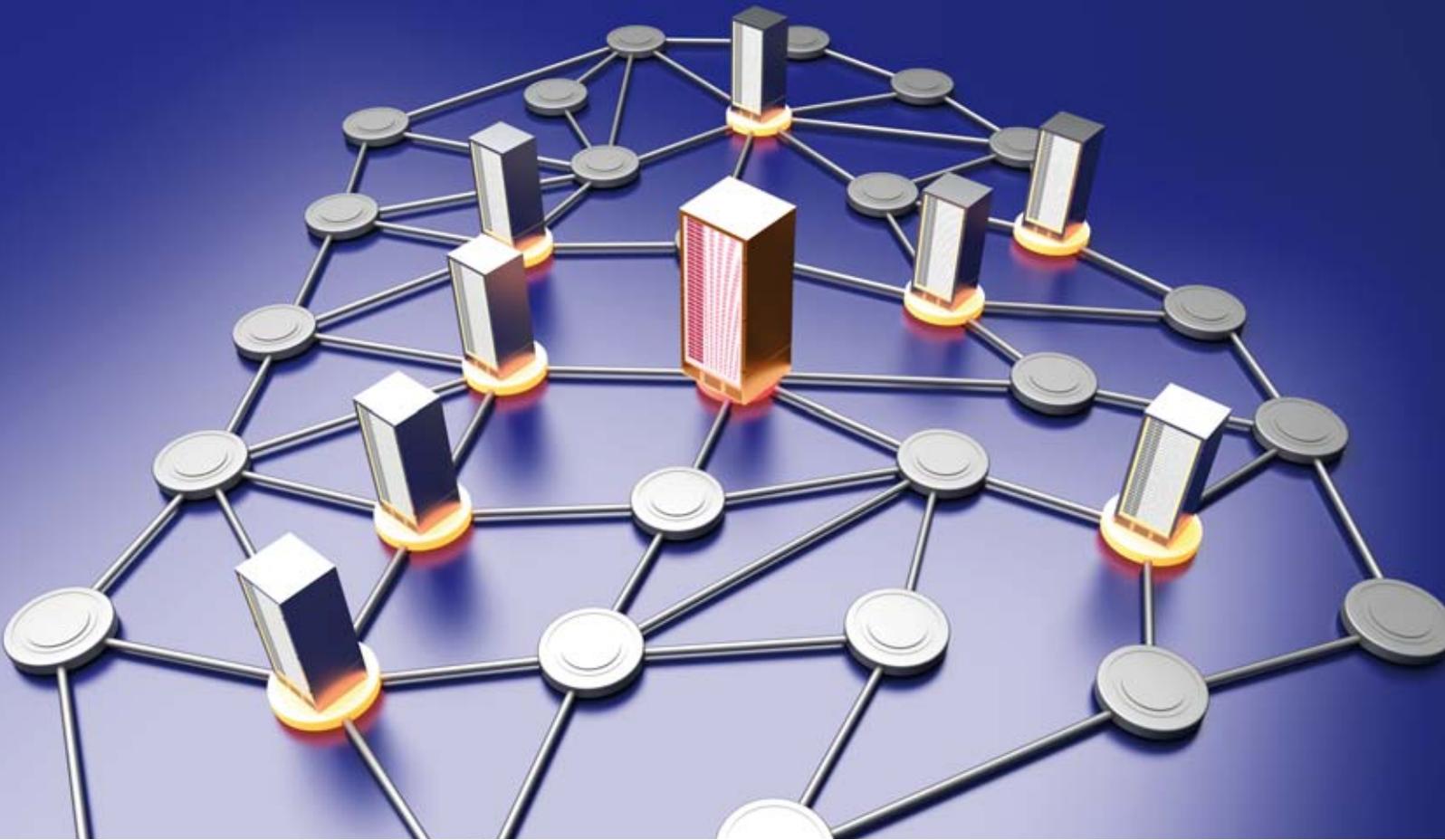
Sofortimplantation und vollkeramische Versorgung im Oberkiefer-Frontzahnbereich – ein individuelles und interdisziplinäres Behandlungskonzept. (In diesem Fall wurde das CONELOG® Implantatsystem eingesetzt.)
Spieldauer zirka 61 min.

• **Band 3: Stefan Wolfart, Volker Weber:**

Abnehmbarer Zahnersatz auf Implantaten – implantatgestützte Versorgungsformen im zahnlosen Kiefer.
Spieldauer zirka 100 min.

• **Band 4: Florian Beuer, Michael Stimmelmayer, Josef Schweiger:**

Innovative Behandlungskonzepte für festsitzenden Zahnersatz auf Implantaten mit Hilfe von CAD/CAM-Technik.
Spieldauer zirka 67 min.



FILIALPRAXEN – WACHSTUMSCHANCE ODER EXISTENZRISIKO?

Autor: Oliver Drifthus, Leinfeld-Echterdingen

In der Beratungs- und Betreuungspraxis flackert in letzter Zeit das Konzept der Filialen für Zahnarztpraxen immer wieder auf. Die Grundidee ist dabei bestechend einfach: Über die Filialpraxis gewinnt der Praxisinhaber weitere Patienten für seine hochwertigere Tätigkeit in seiner Hauptpraxis – insbesondere Chirurgie – und verdient darüber hinaus auch noch in der Filialpraxis weiteres Geld über einen oder mehrere angestellte Zahnärzte. Trotzdem sind die Erfahrungen mit diesem Konzept in der Praxis höchst unterschiedlich.

Neues Konzept – „alte“ Probleme

Dies beginnt mit dem reinen Standort der Filialpraxis. Bisher sind uns keine Neu-Gründungen als Filialpraxis begegnet. Es wurden bisher immer Praxen von einem Abgeber übernommen. Rechtlich erfolgt damit ein so genannter „Betriebsübergang“, und neben dem Mietvertrag werden auch alle Mitarbeitenden übernommen. Es kommt dann häufig zu den gleichen Problemen wie bei einem „normalen“ Praxiskauf, d.h., die Mitarbei-

tenden ziehen bei Veränderungen nur bedingt mit. Modifikationen des Behandlungskonzepts und der Abläufe werden faktisch nicht oder nur von einzelnen Mitarbeitern mitgetragen. Es kommt also hier wesentlich darauf an, bei den Mitarbeitern Verständnis für die Veränderungen zu wecken: *Change Management* ist angesagt. Nur wenn die Mitarbeitenden die Neuerungen nicht faktisch unterlaufen, ist ein Erfolg möglich. Dies ist umso notwendiger, als aus der Hauptpraxis Abläufe übertragen werden und es damit in der

Filiale zu einem Gefühl der Herabstufung kommen kann. Die vorgegebenen Abläufe könnten somit eher abgelehnt werden, wenn dem nicht aktiv entgegengewirkt wird.

Know-how- und Infrastruktur-Transfer

Es ist, im Gegensatz zur eben beschriebenen Gefühlslage, aber gerade einer der Vorteile des Filialpraxiskonzepts, dass das Know-how moderner Patientenführung

in die Filialpraxis übertragen wird, die als Abgeberpraxis oft in Auftritt und Behandlungskonzept nicht (mehr) auf dem neuesten Stand ist. Dies reicht von zentraler Überwachung des Bestellbuchs, Recall-Verfahren und EDV-Ausstattung bis zum digitalen Röntgen der Praxis. Es ist heutzutage technisch auch gar kein Problem, die Telefonanlagen zusammenzuschalten. Dies führt zu einer besseren Erreichbarkeit für die Patienten. Darüber hinaus kann auch eine zentrale Personalplanung erfolgen, bzw. bei Krankheit einer Helferin wird aus der Hauptpraxis eine Helferin abgeordnet. Da die Abläufe in Zentrale und Dependance zuvor vereinheitlicht wurden, ist dies problemlos möglich. Voraussetzung dafür ist eine räumliche Nähe der Praxen zueinander. Diese sollte auch deshalb bereits gegeben sein, damit der Praxisinhaber jederzeit vor Ort nach dem Rechten sehen kann. *Trotz aller Vorgaben wird es ohne eine gewisse Präsenz vor Ort nicht gehen.* Dies erwarten die Mitarbeitenden noch mehr als Patienten.

Führungskompetenz gefragt

Die zentrale Stellung in der Filialpraxis nimmt der dort tätige Zahnarzt ein. Ihm obliegt es trotz der Hilfestellungen der Hauptpraxis letztlich, die Praxisfiliale vor Ort zu führen und weiterzuentwickeln. Oftmals ist dies ein angestellter Zahnarzt. Letztlich ist es aber belanglos, ob der Zahnarzt angestellt oder Partner ohne Kapitalbeteiligung ist. Seine Persönlichkeit und Unternehmerfähigkeiten sind wesentliche Erfolgsfaktoren des Filialkonzepts. Kann der angestellte Zahnarzt die Praxis und insbesondere die Mitarbeiter *nicht* führen und Patienten *nicht* überzeugen, wird die Filialpraxis auf Dauer wirtschaftlich nicht erfolgreich sein. Auf der anderen Seite ist ein erfolgsmotivierter Zahnarzt kaum oder nur zeitlich begrenzt für eine Angestelltenstelle zu begeistern. Und ein dauernder Wechsel in der Praxis führt nicht zu der notwendigen Patientenbindung in der Filialpraxis. Daraus ergibt sich die Aufgabenstellung, dem angestellten Zahnarzt eine Perspektive für seinen eigenen beruflichen Erfolg zu geben.

Mögliche Partnerschaftsformen

Grundsätzlich sind zwei Grundtypen von Angestellten unterscheidbar: Auch bei Zahnärzten trifft man zunehmend auf Kollegen, die vor allem eine langfristige

Anstellung suchen, was ihren Sicherheitsbedürfnissen entgegenkommt. Die Vorgabe von Abläufen und das Behandlungskonzept der Filialpraxis schaffen für sie Sicherheit, und bei einer angemessenen, oft honorarbasierter Vergütung, wird der Wunsch nach eigener Selbständigkeit zurückgestellt. Dagegen sind Kollegen, die für sich die klare Perspektive der eigenen Selbständigkeit gewählt haben, auf Dauer mit einer reinen Anstellung nicht zufrieden. Für diese Kollegen muss mindestens die Perspektive der Kapitalbeteiligung gegeben und im Voraus vereinbart sein. Sonst werden sie schnell – bezogen auf die Patientenbindung *zu schnell* – abspringen und in die eigene Niederlassung gehen. Erfahrungsgemäß sind diejenigen Zahnärzte, die den Erfolg in der eigenen Niederlassung suchen, oft führungsstärker und überzeugender für den Patienten. Entsprechend positiv entwickeln sich Umsatz und Ergebnis der Filialpraxis. *Hier stellt sich die Aufgabe, einen starken Zahnarzt zu finden, um die Praxis zu führen, der aber nicht zu schnell wieder abspringt.* Eine Lösung kann die Beteiligung als Partner sein, wobei darauf zu achten ist, dass der junge Zahnarzt nicht den selbstgeschaffenen Praxiswert bezahlt.

Keine Reproduktion, sondern Ergänzung

Neben den personellen Entscheidungen ist das Behandlungskonzept der weitere Erfolgsfaktor. Die Filialpraxis ist keine Kopie der Hauptpraxis. Es ist nicht möglich, das gleiche hochwertige Behandlungsspektrum in der Filialpraxis anzubieten. Dies würde schon aufgrund der Auswahl des angestellten Zahnarztes nicht funktionieren. Auch wäre dies aus rein wirtschaftlichen Gründen kaum sinnvoll. Die Ausstattung der Filialpraxis ist technisch nicht auf dem gleichen Stand und muss es aufgrund des Behandlungsspektrums auch nicht sein. Es soll eine solide Zahnmedizin angeboten werden, aber die absolut hochwertigen Aufgaben bleiben der Hauptpraxis vorbehalten, da dort die Technik und das Wissen dafür vorhanden sind. Es erfolgt also eine Überweisung in die Hauptpraxis für bestimmte Aufgaben und das auch nur bei solchen Patienten, die sich diese Leistungen leisten wollen bzw. können. *Die Abstimmung des Behandlungskonzepts und möglicher Überweisungen zwischen den Praxen ist die große konzeptionelle Aufgabe für den Praxisinhaber.*

Komplementäre Konzepte nötig

Ohne klare Anweisungen und Vorstellungen laufen die Praxen schnell nebeneinander, und der wirtschaftliche Erfolg bleibt weit hinter den Zielsetzungen zurück. Aufgrund dieser Trennung der Behandlungskonzepte wird deutlich, warum sich die *Übernahme einer Abgeberpraxis* als Grundlage für die Filialpraxis durchgesetzt hat: Die übernommenen Patienten müssen nicht vollständig „umgestellt“ werden, trotzdem können hochwertige Leistungen angeboten werden und somit eine erweiterte Nachfrage auch nach Leistungen der Hauptpraxis ausgelöst werden. Oftmals wird dieser unterschiedlichen Behandlungsphilosophie im Außenauftritt Rechnung getragen. *Der optische Auftritt der Filialpraxen ist deutlich anders, um die Marke der Hauptpraxis nicht zu verwässern.* Denn dies ist sicher die größte Gefahr beim Konzept der Filialpraxis und kann letztlich aufgrund weiterer Investitionen auch zu einem Existenzrisiko für den Praxisinhaber werden.

Kontakt Daten

MundingDrifthaus

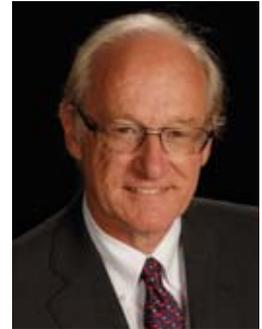
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Hauptstraße 117
D-70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel. 0711 489996-0
www.mundingdrifthaus.de

Oliver Drifthaus
oliver.drifthaus@mundingdrifthaus.de





camlogconnect
By Camlog Users – For Camlog Users



Dr. Peter Hunt



CAMLOG CONNECT – EINE ONLINEPLATTFORM FÜR ALLE CAMLOG ANWENDER

Im Januar 2012 ist CAMLOG CONNECT online gegangen, eine Plattform, auf der sich CAMLOG Anwender online über alle Themen und Fragen rund um die CAMLOG Produkte austauschen und informieren können. Dr. Peter Hunt, ein langjähriger CAMLOG Anwender aus Philadelphia, USA, hat diese Plattform zusammen mit Andrew Lovatt, einem Partner aus der IT-Branche, aufgebaut. Im Gespräch mit logo erklärte Dr. Hunt, worum es bei CAMLOG CONNECT genau geht und welche Möglichkeiten die Plattform CAMLOG Anwendern bietet.

Dr. Hunt, Sie haben CAMLOG CONNECT aufgebaut. Können Sie uns kurz erklären, was das ist?

Dr. Hunt: Vielen Dank für die Frage. Die Antwort ist einfach: CAMLOG CONNECT ist eine Onlineplattform für die weltweite Gemeinschaft der CAMLOG Anwender. Mitglieder können dort ihre Fälle mit anderen Anwendern teilen und diskutieren, Videos ansehen, sich über CAMLOG Technik und Produkte informieren, Fragen stellen und Antworten bekommen sowie Neues rund um die Implantologie lernen. Das Schlüsselkonzept dahinter ist: Es ist alles von CAMLOG Anwendern für CAMLOG Anwender – daher auch das Motto der Seite: „by CAMLOG Users – for CAMLOG Users.“

Es gibt verschiedene Bereiche auf CAMLOG CONNECT: Videos, Cases, Discussions, Tips, Tutorials oder auch ein Lexikon. Können Sie uns kurz beschreiben, worum es in den einzelnen Bereichen geht?

Dr. Hunt: Natürlich. Unter „Cases“ können Fallbeispiele als Präsentationen angeschaut werden – das ist ähnlich wie beispielsweise in PowerPoint. Unter „Videos“ finden sich Filme von Operationen und verschiedenen Behandlungen. Der „Discussions“-Bereich ist ein Online-Forum, in dem Fragen gestellt und Themen diskutiert werden können. Im Bereich „Tips“ geht es vor allem um besondere Fälle und Probleme bei der Behandlung. Das Lexikon umfasst Begriffe rund um die Implantologie und CAMLOG Produkte. Außerdem gibt es noch den Bereich „FAQ“: Hier finden sich Fragen, die immer wieder auftauchen, und die Antworten darauf. Mitglieder, die eigenes Material beitragen wollen, finden unter „Contribute“ alle nötigen Informationen, und unter „Contact“ kann man uns bei Problemen oder sonstigen Fragen kontaktieren.

Die Seite bietet ja wirklich viele verschiedene Möglichkeiten. Wie sind Sie überhaupt auf die Idee gekommen, eine solche Online-Plattform aufzubauen?

Dr. Hunt: Ich verwende CAMLOG® Implantate bereits seit mehr als einem Jahrzehnt in meiner Praxis. Viele Einsteiger haben mich immer wieder gefragt, ob ich ihnen dabei helfen kann. Ich habe daher einige Tutorial-Videos erstellt, die meine Studenten für sich anschauen konnten. Und dann führte einfach eins zum anderen: Nach einer Weile hatten wir dann auch Fallbeispiele, in denen die Anwendung der CAMLOG Produkte gezeigt wurde. Einer meiner Patienten, Andrew Lovatt, gab mir den Tipp, dass ich das doch alles über ein webbasiertes System machen sollte. Inzwischen ist Andrew Lovatt mein Partner bei diesem Projekt. Er hat die Seite gestaltet und verwaltet sie, während ich die Inhalte redaktionell betreue. Nun ist der Inhalt nicht mehr nur für eine kleine Gruppe verfügbar, sondern über CAMLOG CONNECT für alle zugänglich – überall weltweit und zu jeder Zeit.

Kann wirklich jeder einfach so auf die Inhalte zugreifen und die Tutorials und Videos anschauen?



CONNECTING THE CAMLOG COMMUNITY

THE ONLINE PLATFORM FOR CAMLOG USERS WORLDWIDE!

CLINICAL CASES | VIDEOS | DISCUSSIONS | TUTORIALS | LEXICON

This site is for you. Its slogan is "By Camlog Users: For Camlog Users", and we mean it. We want you to use it, to talk about it with your colleagues, to let us know what you want more of, to ask questions and to share your own cases, problems and solutions.



TOGETHER WE CAN HELP EACH OTHER.

www.camlogconnect.com

[Home](#)
[Cases](#)
[Videos](#)
[Discussions](#)
[Tips](#)
[Tutorials](#)
[Lexicon](#)
[FAQs](#)
[Contribute](#)
[Contact](#)

www.camlogconnect.com

Dr. Hunt: Nun, es ist eine Seite nur für Mitglieder. Das heißt, die Zielgruppe sind die CAMLOG Anwender – das schließt natürlich auch das ganze Team von Technikern und Helfer/innen mit ein. Diese Fachleute können sich ganz einfach und ohne Kosten auf CAMLOG CONNECT registrieren. Die Seite ist aber nicht für die Information von Patienten gemacht.

Was glauben Sie, wen spricht CAMLOG CONNECT vor allem an? Hauptsächlich die Studenten, oder registrieren sich auch erfahrene CAMLOG Anwender auf der Seite?

Dr. Hunt: Wir haben dazu bereits einige Tests gemacht, und es hat sich herausgestellt, dass CAMLOG CONNECT dem gesamten Spektrum der CAMLOG Anwender etwas bringt – also vom Anfänger bis zum Experten. Nachdem die Seite nun weltweit verfügbar ist, haben wir die Möglichkeit, sie auch schnell weiterzuentwickeln. Die Inhalte, die wir bisher haben, sind ja nur ein Anfang, um die Möglich-

keiten zu zeigen, die wir haben. Wir hoffen nun darauf, dass wir weiteres Material von CAMLOG Anwendern bekommen – jeder soll mitmachen und teilhaben.

Zum Stichwort „mitmachen“: Auf der Webseite steht, dass jeder beitragen kann. Wie und was können denn die CAMLOG Anwender beitragen?

Dr. Hunt: Eigentlich ist es einfacher mitzumachen, als die meisten denken – dazu müssen Sie nur die Kollegen fragen, die bereits einen Beitrag geleistet haben. Wir sind auf der Suche nach guten „Geschichten“ mit einem Anfang, einem Mittelteil und einem Ende. Am besten schaut man sich das Material an, das bereits auf CAMLOG CONNECT veröffentlicht ist. Die Beispiele dort zeigen, was wir suchen. Das Material kann man ganz einfach zu uns schicken – es muss nicht einmal auf Englisch sein. Wir übersetzen es und begutachten, ob es geeignet ist. Wir helfen auch dabei, es in das richtige Format zu

bringen und schicken es natürlich auch noch zur Freigabe, bevor es veröffentlicht wird. Die meisten Präsentationen bestehen aus ca. 40 Folien und sind etwa fünf Minuten lang. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Anwender uns Video-Rohmaterial zur Verfügung stellen. Wir übernehmen die Bearbeitung und fügen Titel und so weiter hinzu. Wir möchten es so einfach wie möglich machen, dass Anwender ihr Material beitragen können.

*Herzlichen Dank für das Gespräch,
Dr. Hunt. Wir wünschen Ihnen
viel Erfolg mit CAMLOG CONNECT.*



JOIN NOW – IT'S FREE

www.camlogconnect.com



WEBINARE – FORTBILDUNG LEICHT GEMACHT

Der Neologismus „Webinar“ wurde aus den Wörtern „Web“ und „Seminar“ kreiert und beschreibt Online-Seminare, die als interaktive Live-Vorträge über das Internet präsentiert werden. Im Mai, Juli und Oktober dieses Jahres finden beim Dental Tribune Study Club (DTSC) drei besonders interessante Webinare statt.

Die großen Vorteile für die Teilnehmer sind, dass Webinare von jedem Ort und auch zu jeder Zeit angesehen werden können. Daher entfallen teure Reisekosten und auch das Zeitinvestment wird durch diese neue Unterrichtsmethode drastisch reduziert. Webinare können live am Bildschirm verfolgt werden; zudem besteht die Möglichkeit des Downloads aufgezeichneter Veranstaltungen zu einem späteren Zeitpunkt. Referent und Zuseher können während oder im Anschluss an das Webinar via Chat tiefgehend und für das gesamte Auditorium sichtbar diskutieren. Diese neue Lernform bietet eine hervorragende Möglichkeit, sich in einer ungezwungenen Umgebung weiterzubilden. Nach der Teilnahme am Webinar erhält der Zuseher Multiple-Choice-Fragen, bei deren korrekter Beantwortung ein Fortbildungspunkt winkt. Das Zertifikat kann direkt im Anschluss ausgedruckt und bei der zuständigen Kammer eingereicht werden. Aber auch für die Referenten ist E-Learning eine interessante Alternative zum Frontalvortrag, denn die Präsentation ist

ebenso an keine Vorgaben oder Örtlichkeiten gebunden. Einzige Voraussetzung ist ein PC oder ein Laptop mit Kamera und Internetzugang.

Der Dental Tribune Study Club (DTSC) ist eine seit 2010 etablierte Online-Community mit Schwerpunkt Weiterbildung. Der DTSC wird eine dreiteilige Webinar-Reihe mit CAMLOG Referenten präsentieren: Sie wird im Mai von Dr. Claudio Cacaci, München, eröffnet. Ihm folgt im Juli Prof. Dr. Bilal Al-Nawas, leitender Oberarzt der Mainzer Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Ein weiterer Termin wird im Oktober von Zahntechniker Sascha Wethlow, CAMLOG Vertriebs GmbH, wahrgenommen werden.

Die Live-Teilnehmerzahl ist auf 100 Zuseher beschränkt. Nach der gebührenfreien Registrierung auf der Plattform www.dtstudyclub.de kann die Anmeldung zum Webinar erfolgen. Die kostenlosen Online-Seminare werden über den ZWP- und den DTSC-Newsletter sowie über die Printausgabe der Dental Tribune angekündigt.

WEBINAR-INFORMATIONEN:

Konische Implantat-Abutment-Verbindungen in der festsitzenden Prothetik – was ist anders?

Zeitpunkt: Mi., 16. Mai 2012, 18:00 Uhr
Referent: Dr. Claudio Cacaci
Dauer: ca. 1 Stunde

Die Bedeutung der vertikalen Implantatposition

Zeitpunkt: Mi., 4. Juli 2012, 18:00 Uhr
Referent: Prof. Dr. Bilal Al-Nawas
Dauer: ca. 1 Stunde

Neues trifft Bewährtes: Das CONELOG® Implantatsystem im Detail

Zeitpunkt: Mi., 17. Oktober 2012, 18:00 Uhr
Referent: ZT Sascha Wethlow
Dauer: ca. 1 Stunde



FOR LADIES ONLY



Was 2009 als Pilotprojekt begann, ist heute aus dem CAMLOG Veranstaltungsprogramm nicht mehr wegzudenken – Fortbildungen speziell für Zahnärztinnen. Das Motto „For Ladies Only“ definiert nicht nur den Teilnehmerkreis, sondern steht auch für zusätzliche Inhalte, die besonders Zahnärztinnen interessieren. So zum Beispiel weibliche Führungskonzepte und praktisches Zeitmanagement.

Die Nachfrage zeigt uns, dass wir mit dieser Fortbildung genau richtig liegen. Immer mehr Zahnärztinnen interessieren sich für die Implantologie als qualitativ hochwertige Behandlungsmethode für ihre Patienten und als Erweiterung ihres fachlichen Profils. In angenehmer Atmosphäre erlangen die Teilnehmerinnen neues Fachwissen und stehen in regem Austausch mit Kolleginnen.

Auch im Jahr 2012 haben wir für dieses Kurskonzept wieder hochkarätige Referentinnen und interessante Themen ausgewählt.

30./31. März 2012, Hamburg

For Ladies Only - Let's start with implants
Referentinnen: Dr. Leyli Behfar, Vera Koller

07./08. Sept. 2012, Hamburg

For Ladies Only - Augmentative Verfahren und Sinuslift
Referentin: Dr. Leyli Behfar

02. Juni 2012, Berlin

Implantatplanung im Teamwork von Frau zu Frau
Referentinnen:
Dr. Dr. Anette Strunz, Dr. Eleonore Behrens

Anmeldungen und Fragen richten Sie bitte an education.de@camlog.com, 07044 9445-600.

Gern senden wir Ihnen die ausführlichen Kursflyer zu.

Ab Jahresende bieten wir diese Kursart erstmals als komplette Serie an. Im November startet die neue Kursreihe „Woman Meets Woman“. Dafür konnten wir mit Dr. Sabine Messerschmidt, Dr. Helga Schaffner, Dr. Margret Bäumler und Sandra Steverding Praktikerinnen aus verschiedenen Bereichen der Zahnheilkunde gewinnen. Der über alle drei Kurse hinweg gleichbleibende Teilnehmerkreis sorgt für eine persönliche und vertrauensvolle Atmosphäre. Im Kurspreis wird ein individuelles Praxis-Coaching inbegriffen sein. Vorgesehene Termine: 16./17. Nov. 2012, 15./16. Febr. 2013, 19./20. Apr. 2013. Ausführliche Informationen sowie den Kursflyer erhalten Sie unter Tel. 07044 9445-609, Marie-Christine Maier.

Weitere interessante Kurse und Veranstaltungen finden Sie im CAMLOG Fortbildungsprogramm sowie unter www.camlog.de. Wir freuen uns auf Sie.

a perfect fit™

**IMPLANTATPLANUNG
IM TEAMWORK**
VON FRAU ZU FRAU
„SCHRITT FÜR SCHRITT“ –
STANDARDS UND LÖSUNGEN
IN DER IMPLANTATPROTHETIK

**BERLIN,
02. JUNI 2012**



MADEIRA-IMPRESSIONEN

Madeira ist ein portugiesischer Archipel 951 km südwestlich von Lissabon und 737 km westlich der marokkanischen Küste im Atlantischen Ozean. Er gehört mit der Insel Porto Santo und zwei unbewohnten kleineren Inseln zur Inselgruppe Madeira, die eine autonome Region bildet. Als Teil Portugals gehört Madeira zum Gebiet der Europäischen Union. Auf der Hauptinsel leben ca. 235.000 Einwohner auf einer Fläche von 801 km².



Aus dem Meer geboren

Die Inselgruppe besteht aus Überresten eines riesigen Vulkansystems, das durch unterseeische Eruptionen geschaffen wurde und sich vor rund 20 Mio. Jahren aus dem Meer erhob. Seither haben die Kräfte der Erosion – Wind, Regen und Flüsse – die ursprünglich konischen Vulkankegel abgetragen und zerfurcht. Weiches Gestein wurde weggespült, die harten Basaltkerne blieben als markante Felsspitzen erhalten.



Seefahrer und Könige, Kolumbus, Zucker und Wein

Bereits im 14. Jahrhundert wurde Madeira als „Holzinsel“ im Medici-Atlas geführt. Das Jahr 1419 gilt als die offizielle Entdeckung der Insel durch den portugiesischen Seefahrer João Gonçalves Zarco. Auf Betreiben von Heinrich dem Seefahrer wurde die Insel 1420 mit Portugiesen besiedelt. Sklaven von der Guineaküste und aus Nordafrika wurden auf die Insel gebracht. 1452 wurde die erste Wasser-

mühle zur Zuckerrohrverarbeitung errichtet, etwa zur selben Zeit wurden die ersten Bewässerungskanäle (Levadas) durch die maurischen Sklaven angelegt. Madeira wurde zu dieser Zeit schon als eine Insel mit umfangreichem Weinanbau sowie Zuckerrohr- und Getreideplantagen beschrieben. Mitte des 15. Jahrhunderts belieferte Portugal den europäischen Zuckermarkt bis nach Bristol. 1478 besuchte ein Zuckerhändler namens Christoph Kolumbus Madeira. Die hohe Fruchtbarkeit und der große Wohlstand Madeiras lockten

vor allem italienische und flämische Händler auf die Insel.

Nach Jahren großer Erträge ging die Zuckerrohrproduktion im ersten Drittel des 16. Jahrhunderts wegen der mittlerweile ausgelagten Böden drastisch zurück. Stattdessen ging man vermehrt zum Weinanbau über, und Madeira wurde ein nicht unbedeutender Weinexporteur. Die Reben stammten ursprünglich aus Zypern, Kreta und Sizilien.



Was ist Madeirawein?

Madeirawein ist ein verstärkter Wein, d.h., während der Gärung wird dem Wein Alkohol (früher Zuckerrohrschnaps, heute meist Brandy) zugesetzt, wodurch die Gärung gestoppt wird. Diese Technik, die auch „Spritzen“ genannt wird, wurde in Madeira im 18. Jahrhundert eingeführt, um den Wein für den Export auf dem Seeweg nach Amerika, in die britischen Kolonien in Indien usw. zu stabilisieren. Durch das Verstärken hat der Wein einen Alkoholgehalt von 18 % bis 22 %.

Die Besonderheit ist: Madeirawein ist ein erhitzter Wein. Der Wein wird nachdem der Gärprozess abgeschlossen ist, er gespritzt wurde und sich einige Monate erholt hat, erwärmt. Es gibt zwei verschiedene Techniken des Erwärmens: estufagem, angewandt bei einfacheren Qualitäten und das canteiro-Verfahren, das bei den hochwertigeren Qualitäten Anwendung findet. Beim estufagem wird der Wein für die Dauer von 90 Tagen in speziellen Stahl-, Beton- oder Holztanks, in die ein Warmwasser-Rohrsystem eingelassen ist, auf max. 55°C erhitzt. Beim canteiro-Verfahren wird der Wein in Holzfässern während mehrerer Jahre in Speichern gelagert. Durch die Sonneneinstrahlung wird es in den Speichern relativ warm und der Wein wird so erhitzt.



Klima und Vegetation

Madeira verfügt über mehrere Klimatypen. Der Norden der Insel ist durch relativ hohe Niederschläge gekennzeichnet, der Süden zeichnet sich durch ein subtropisches Klima aus. Die Insel wird in vielen Reiseführern als Eiland des ewigen Frühlings oder die Blumeninsel im Atlantik beworben. Bemerkenswert ist dabei, dass, im Gegensatz zur Darstellung in Prospekten, weder die Strelizien noch die Hortensien und auch nicht die afrikanischen Liebesblumen oder Kaplilien ursprünglich auf Madeira heimisch waren. 20 % der Inselfläche sind mit verschiedenen Lorbeerarten bedeckt. Durch Aufforstung sind auch ursprünglich nicht heimische Eukalyptus-Wälder entstanden. Der Heidewald als Übergangszone vom Lorbeerwald zum Gebirge stellt einen weiteren Typus der für Madeira charakteristischen Zonierung dar. Im Gebirge Madeiras herrschen karge, geringmächtige Böden vor.



Madeira als Urlaubsziel

Madeiras wichtigster Wirtschaftszweig ist der Tourismus, der sich kontinuierlicher Steigerung der Zahlen erfreut. Das Gästebuch des führenden Hotels Reid's im Inselhauptort Funchal liest sich wie das Who's who Prominenter, Mächtiger und Wohlhabender: Kaiserin Elisabeth I von Österreich (1893), der Südpolforscher Robert Scott, der hier auf dem Weg in die Antarktis einen Zwischenstopp einlegte, George Bernhard Shaw (irischer Dramatiker), Winston Churchill, Gregory Peck, Roger Moore und viele andere.



Was ist das Besondere an Madeira?

Madeiras Hauptstadt Funchal mit ihren hervorragend ausgestatteten Museen, der Markthalle, traumhaft angelegten Parks, dem Besuch der Kathedrale Sé oder einem Abstecher in die Kellerei der San Francisco Wine Lodge mit anschließender Verkostung der Madeiraweine sind unerlässliche Attraktionen eines jeden Aufenthalts.

Zu den bekanntesten Vergnügungen für Urlauber gehört eine Korbschlittenfahrt von Monte (Wallfahrtskirche auf 550 m über der Stadt gelegen) nach Funchal.

Die Insel ist ein ausgesprochenes Paradies für Wanderer. Einmalig sind die Wanderungen entlang der Levadas. Unterschiedliche Schwierigkeitsgrade lassen selbst alpin erfahrenen Bergwanderern das Herz höher schlagen.

Auf der Insel gibt es kaum Badestrände. Der südliche Teil Madeiras ist wesentlich dichter besiedelt und hier befinden sich auch die großen Hotel- und Badezonen um Funchal und Caniço de Baixo. Fast alle Hotels verfügen über Meeresschwimmbecken und Leitern, die ins Meer hinunterführen und Badefreuden im Atlantik ermöglichen. Für Besucher besonders attraktiv ist das ausgeglichene Klima der Inselgruppe:

Bei Tageshöchsttemperaturen von 19°C im Dezember und Januar und 25° Grad im Juli und August ist Madeira das ganze Jahr als Urlaubsziel zu bereisen.



LUZERNER RESTAURANTS & NIGHTLIFE

Natürlich liegt das Hauptgewicht einer Kongressteilnahme darauf, sich den Inhalten der gebotenen Workshops und Vorträge zu widmen. Aber, wie auch das Kongressmotto mit seinem „Feel the pulse of science in the heart of Switzerland“ andeutet, Emotionen sind dabei nicht verboten, sondern runden das Kongresserlebnis ab. Dazu kann auch gehören, die bemerkenswerte Luzerner Gastronomie- und Nightlife-Szene ein wenig zu erkunden. Im Folgenden eine kleine Auswahl, die keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.



Restaurants

Restaurant Jasper

Gourmet-Restaurant mit puristischem, aber nicht „kaltem“, sondern ausgesuchtem Design und überdurchschnittlicher Küche: 16 Gault-Millau-Punkte, ein Michelin-Stern. „Raffinierte Geschmackskompositionen versprechen erstklassige Genusserlebnisse“, wie das Jasper selbst von sich sagt. Terrasse mit herrlichem Blick auf den Vierwaldstätter See und die Alpen.

www.palace-luzern.ch

La Perla

Elegantes, aber unkompliziertes italienisches Restaurant mit Gäste-Mix der Prominenz aus Politik, Sport und Kultur. Traditionelles Ristorante in „luftigem, großzügigem, übersichtlichem“ Layout. „Die dekorative Raumgestaltung sowie die Muscheln an den Säulen haben einen leicht warm-rötlichen Touch, der zum Farbkonzept passt.“

www.laperla-luzern.ch

Schiffsrestaurant Wilhelm Tell

Fest verankert liegt der über 100 Jahre alte Salonraddampfer Wilhelm Tell wenige Gehminuten vom Luzerner Bahnhof entfernt. Kulinarisches genießt man im Jugendstil-Captainsalon oder auf dem Panoramadeck mit Ausblick auf das Alpenpanorama, die Altstadt und das Kunst-& Kongresszentrum Luzern.

www.schiffrestaurant.ch



Old Swiss House

Das urige schweizerische Gasthaus mit seiner eindrucksvollen Geschichte entführt sie in eine längst vergangene Epoche, in der Ritter noch an der Tafelrunde speisten. Lassen Sie sich faszinieren von der Exklusivität der "Mouton Rothschild"-Sammlung und den vielen Antiquitäten aus verschiedensten Jahrhunderten.

www.oldswisshouse.ch



BLUE – Bar & SMOKERS' LOUNGE

Die ungewöhnliche Verschmelzung von asiatischen Einflüssen und barock inspirierten Elementen sorgt für einmalige Atmosphäre. Großzügige Räume und der geschmackssicher inszenierte Stil-Mix bieten abwechslungsreiche Perspektiven und angenehmen Aufenthalt.

www.schiller-luzern.ch



Penthouse ROOF TOP BAR

Diese gediegene Penthouse-Lounge im Dachgeschoss des Hotels Astoria mit herrlichem Blick auf Luzern ist seit Jahren ein Highlight Luzerns. Der perfekte Rahmen, um im Kreis von Freunden und Kollegen einen gelungenen Kongresstag ausklingen zu lassen.

www.astoria-luzern.ch



Nightlife

Grand Casino Luzern

Das Grand Casino Luzern ist die Perle unter den Schweizer Casinos. An Traumlage direkt am See gelegen und in einem stilvollen, neobarocken Bijou aus der Jahrhundertwende beheimatet, lässt das Grand Casino Luzern nicht nur die Herzen von Liebhabern des Spiels höher schlagen, sondern auch von Gourmets, Kulturgeisterten und Partygängern.

www.grandcasinoluzern.ch

Casineum

Unter dem Dach des Grand Casino Luzern hat sich das 2004 eröffnete Casineum mit seinem vielfältigen Unterhaltungsangebot zu einer beliebten Event-Lokalität in der Zentralschweiz entwickelt. Das Spektrum umfasst Theater, Konzerte, Partys und Clubbing-Events. Wer die Nacht zum Tage machen will, ist im Casineum genau an der richtigen Adresse.

www.casineum.ch



Suite Lounge & Bar

Sehr gut geeignet, hoch über den Dächern von Luzern die Zeit vergessen. Die Suite Lounge & Bar war 2008/2009 Siegerin des Swiss Bar Award in der Kategorie Best Newcomer. 2012 kein Newcomer mehr, sondern gediegene Bar mit viel Atmosphäre und reichhaltigem Speisen- und Getränkeangebot.

www.suite-lounge.ch



2. SCHWEIZER ZAHNTECHNIK-KONGRESS 2012 VERKEHRSHAUS LUZERN

Der Umbruch in der Zahntechnik ist nach wie vor voll im Gange – und ein Ende ist nicht in Sicht. Die virtuelle Zahntechnik beschäftigt uns immer mehr, und wir erleben die vielschichtige, nicht immer problemlose Faszination des Neuen. Bestens motiviert durch den Erfolg des im Jahr 2010 durchgeführten 1. Schweizer Zahntechnik-Kongresses, hat CAMLOG die Fortsetzungsveranstaltung für den 15. September 2012 in Angriff genommen.

Der Zahntechnik eine Stimme zu verleihen und dabei zu helfen, diesem unverzichtbaren Beruf ein Zukunftsforum zu bieten, das war für CAMLOG die starke Motivation, erneut einen Kongress auf höchstem Niveau zu organisieren.

Der 2. Schweizer Zahntechnik-Kongress wird versuchen, Antworten auf folgende Fragen zu geben:

- Für welche Werte stehe ich als Vertreter meines zahntechnischen Berufsstandes?
- Wie sieht die Welt der Zahntechnik mit all ihren Möglichkeiten in Zukunft aus?
- Wie bringe ich meine zahntechnische Kompetenz als Partner des implantologischen Therapeutenteams wirkungsvoll in den Behandlungserfolg ein?
- Was ist das Alleinstellungsmerkmal meiner Firma?
- Wie kommuniziere ich meine Dienstleistungen zielgenau und wirkungsvoll?

Die Themen des 2. Schweizer Zahntechnik-Kongresses vollziehen die Komplexität der Fragestellungen nach, mit denen sich die Zahntechnik derzeit konfrontiert sieht.

Im ersten Teil der Vorträge erfolgt unter der Überschrift ZAHNTECHNIK: STATUS QUO eine Bestandsaufnahme der letzten zwei Jahre – was hat sich verändert seit

dem 1. Zahntechnik-Kongress 2010: konventionell – virtuell?

Danach folgen zahlreiche Referate zu den Themenblöcken DIE NEUE GENERATION ZAHNTECHNIKER und DIE DIGITALE R-EVOLUTION.

Zum Abschluss des Kongresses wird Beat Krippendorf, Berner Dozent für strategisches und operatives Dienstleistungsmarketing und Persönlichkeitsbildung, als „Special Speaker“ den Themenbereich „Marketing, Kundenorientierung und Kundennähe“ unter verschiedensten Aspekten präsentieren. Der Referent wird darstellen, mit welchen erprobten, wirkungsvollen „Tools“ der individuelle Geschäftserfolg des Zahnlabors nachhaltig beeinflusst werden kann.

Damit die „Take-home messages“ des Kongresses noch einprägsamer vermittelt werden, hat sich CAMLOG eine ganz besondere Form der Zusammenfassungen ausgedacht: Ein bekannter Schweizer Cartoonist stellt die Zahntechnik auf seine spezielle, humorvolle Weise dar.

Die weiteren renommierten Referenten des 2. Schweizer Zahntechnik-Kongresses sind:

- PD Dr. Florian Beuer, München
- Dr. Andreas Brandenburg, St. Gallen
- ZTM Vincent Fehmer, Zürich
- Beat Kunz, Killwangen
- ZTM Andreas Nolte, Münster

- ZTM Ralph Riquier, Remchingen
- PD Dr. Irena Sailer, Zürich
- ZTM Josef Schweiger, München
- Dipl. Ing. M.Sc. Bogna Stawarczyk, Zürich
- Dipl. Ing. Michael Tholey, Bad Säckingen.

CAMLOGs besonderer Dank gilt denjenigen Institutionen, die sich als Patronatsträger des Kongresses zur Verfügung gestellt haben:

- Verband Zahntechnischer Lehrmeister, VZLM
- Swiss Technical Services AG, SwisSTS
- Teamwork Media Verlag
- Schweizerische Zahntechnikervereinigung, SZV.

Wir freuen uns darauf, Sie im September im Verkehrshaus Luzern zu begrüßen, um mit Ihnen zusammen zuzuhören, zu diskutieren und Lösungen zu finden, um unsere Zukunft gemeinsam erfolgreich zu gestalten.

Für weitere Informationen und Anmeldungen:

www.zahntechnik-kongress.ch





SCHWEIZER ZAHNTECHNIK-KONGRESS 2012

SAMSTAG, 15. SEPTEMBER 2012
VERKEHRSHAUS LUZERN

Der 1. Schweizer Zahntechnik-Kongress von 2010 war ein eindrucksvoller Erfolg. Dem von den über 400 Teilnehmenden geäußerten Wunsch nach einer Fortsetzung entsprechen wir deshalb mit der Ankündigung zum
2. SCHWEIZER ZAHNTECHNIK-KONGRESS 2012.
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 laden Sie zu einer spannenden Zukunftsreise ein.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.zahntechnik-kongress.ch



camlog



SWISS TS



logo



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
- 2. Schweizer Zahntechnik-Kongress 2012
- CAMLOG CONNECT

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

STABILE UND PARTNERSCHAFTLICHE VERBINDUNGEN SIND UNSERE STÄRKE

Anwenderfreundliche Produkte, zuverlässige Serviceleistungen und faire Preise sind für uns selbstverständlich. Jetzt machen wir das CAMLOG Gesamtpaket noch attraktiver! Wir verlängern unsere Preisgarantie in Deutschland bis 31.12.2013. Für weitere Infos: Telefon 07044 9445-100, www.camlog.de

