



DIE NEUEN SCREW-LINE IMPLANTATE

Seite 4

16



**CAMLOG
AUF DER IDS:
HALLE 11.3,
STAND
NR. A10-B19**

CAMLOG HEISST SIE
WILLKOMMEN
ZUR IDS KÖLN 2009

24.–28. März 2009
Täglich 9.00–18.00 Uhr



HALLE 11.3

Eingang Südwesterbau
Passage 2-11





LIEBE LESERINNEN, LIEBE LESER,

neue Therapiekonzepte folgen bei CAMLOG keinen kurzlebigen Trends, sondern entstehen auf der Basis langjähriger Erfahrungen in der klinischen Anwendung und der exakten Beobachtung der verschiedenen biologischen, medizinischen und technischen Parameter. Es sind die daraus abgeleiteten Überlegungen, die bei uns zur kontinuierlichen Weiterentwicklung unserer Produkte führen.

Was können Sie von CAMLOG anlässlich der IDS 2009 an Neuigkeiten erwarten?

- Neue SCREW-LINE Implantate, mit denen je nach Indikation wahlweise auch *Platform Switching* möglich ist
- Neue Produkte im Bereich CAD/CAM und der schablonengeführten Implantologie
- Weiteren Ausbau unserer umfassenden Dienstleistungen.

Und was dürfen Sie von mir als neuem CAMLOG CEO erwarten? In erster Linie das, was Sie von uns seit Jahren kennen und schätzen:

- Ein bewährtes Implantatsystem, das in der Prothetik, beim Handling und in der Zuverlässigkeit Maßstäbe gesetzt hat
- Umfassende wissenschaftliche und klinische Dokumentation unserer Anwendungen

- Service und Qualität
- Ein faires, partnerschaftliches Preis-Leistungs-Verhältnis
- Fachkompetenz und Kontinuität bei unseren Mitarbeitenden
- Transparenz und Vertrauen.

Ich wünsche Ihnen viel Tatkraft und Erfolg für die Zukunft, in der Ihnen CAMLOG in partnerschaftlicher Weise wie gewohnt zur Seite stehen wird.

Dr. Michael Peetz
CEO, CAMLOG Biotechnologies AG

INHALT

TITELTHEMA

- 04** Neue CAMLOG Produkte
Die neuen SCREW-LINE Implantate

- 05** Die Option Platform Switching mit den neuen SCREW-LINE Implantaten

AKTUELLES

- 06** „Wie balanciere ich mein Leben?“
CAMLOG Event im Kurhaus zu Wiesbaden

- 07** Faszinierende Implantatprothetik mit CAMLOG: 1. Zahntechnik-kongress in München

PRAXISFALL

- 08** Ästhetische Analyse und Rekonstruktion nach einem implantologischen Misserfolg

- 13** Sofortimplantation nach Extraktion im ästhetisch relevanten Bereich

SERVICE

- 16** Wir kämpfen uns für Sie durch den Abrechnungsdschungel

- 17** Neue CAMLOG® Pilotbohrer ohne Bund erhältlich

- 18** Veranstaltungen





NEUE SCREW-LINE IMPLANTATE

NOCH MEHR SICHERHEIT – NOCH MEHR MÖGLICHKEITEN

SCREW-LINE Implantate haben Erfolgsgeschichte geschrieben. Die jüngste CAMLOG Implantatlinie (eingeführt 2002) wurde schnell zur beliebtesten. Das rasante Wachstum kommt nicht von ungefähr. Die SCREW-LINE Geometrie hat sich in der Praxis als sehr effizient und sicher erwiesen – sowohl außen, als auch innen.

Warum Bewährtes noch besser machen?

Ganz einfach: Wir möchten Ihnen intraoperativ und in der Langzeitperspektive noch mehr Sicherheit bieten. Zusätzlich geben wir Ihnen durch Platform Switching eine neue Option an die Hand. Wie erreichen wir das?

Fein Anpassung der apikalen Geometrie

Die Fein Anpassung der apikalen Geometrie (Verrundung) ermöglicht ein noch schonenderes Einsetzen der SCREW-LINE Implantate in den Knochen, was insbesondere im Oberkiefer-Seitenzahnbereich für mehr Sicherheit sorgt.

SCREW-LINE Implantat Promote®



Konischer Implantatals

Der Implantatalsbereich wurde in Richtung der Implantatshulter höher gezogen. Dies bewirkt beim SCREW-LINE Implantat Promote® eine Verlängerung der Promote® Oberfläche und eine Vergrößerung des vertikalen Kontaktbereichs zwischen Promote® Oberfläche und Knochen.

Aus rund wird eckig

Die markanteste Designänderung der neuen SCREW-LINE Implantate besteht darin, dass die Nuten im Implantat nicht



mehr halbrund sind, sondern eckig. Damit eröffnen wir Ihnen die Möglichkeit, optional Platform Switching anwenden zu können. Zusätzlich wird eine weitere Erhöhung der Übertragungspräzision und der Stabilität der patentierten CAMLOG Tube-in-Tube™ Verbindung erreicht.

Gleiches Chirurgie-Set – gleiche Implantatdimensionen

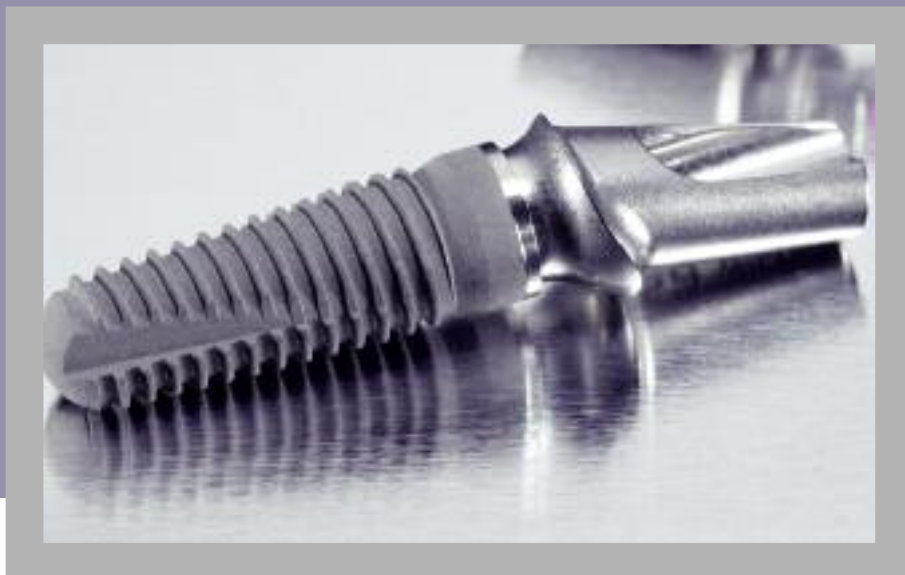
Trotz dieser Detailverbesserungen ist das bestehende SCREW-LINE Chirurgie-Set auch für die neuen SCREW-LINE Implantate (K-Serie) ohne Einschränkungen weiter verwendbar. Die bekannten Implantatdurchmesser und Implantatlängen wurden unverändert beibehalten.

Was geht, was nicht geht

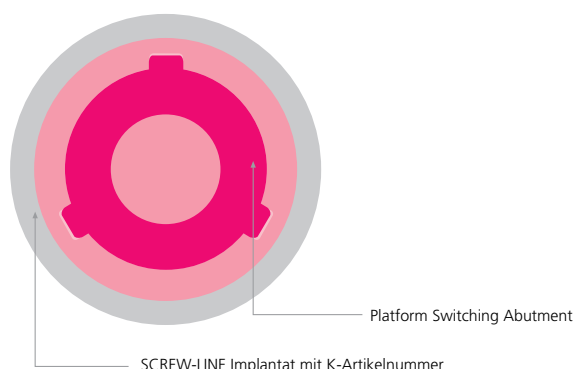
- Die bestehenden SCREW-LINE Implantate (J-Artikelnummer) sind mit Abutments mit K-Artikelnummer ohne den Zusatz „PS“ (!) versorgbar und können mit Abformpfosten mit K-Artikelnummer abgeformt werden.
- Die neuen SCREW-LINE Implantate (K-Artikelnummer) sind mit allen Abutments (inkl. PS) mit K-Artikelnummer (K-Serie) versorgbar.
- Die neuen SCREW-LINE Implantate (K-Artikelnummer) können aufgrund der verkürzten Nuten nicht mit Abutments mit J-Artikelnummer (lange Nocken) versorgt und nicht mit Abformpfosten mit J-Artikelnummer abgeformt werden.

Preisgarantie

Bis Ende 2010 garantieren wir Ihnen in Deutschland einen stabilen Implantatpreis von € 154.– (zzgl. MwSt) pro Implantat.



DIE OPTION **PLATFORM SWITCHING** MIT DEN NEUEN SCREW-LINE IMPLANTATEN



Platform Switching hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Gegenstand der Untersuchungen ist die Frage, ob es einen positiven Effekt auf die Ausbildung der biologischen Breite und das krestale Knochenniveau hat. Bei den neuen SCREW-LINE Implantaten möchten wir Ihnen die Wahl bieten, optional Platform Switching anwenden zu können. Durch die verkürzten, eckigen Nuten im Implantat ergibt sich in Kombination mit neuen, durchmesserreduzierten prothetischen Komponenten ein horizontaler Versatz, der in Abhängigkeit vom Implantatdurchmesser radial 0,3 bis 0,5 mm beträgt.

Distanzen Platform Switching

Implantatdurchmesser	Radial
3,8 mm	0,3 mm
4,3 mm	0,3 mm
5,0 mm	0,35 mm
6,0 mm	0,5 mm

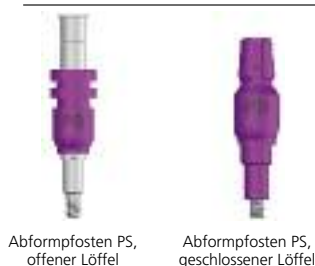
Die neuen prothetischen Komponenten zur Anwendung von Platform Switching sind die Gingivaformer PS, die Abformpfosten PS und die Abutments PS. Diese sind mit „PS“ gekennzeichnet und mit K-Artikelnummer versehen. Nur mit diesen Komponenten ist Platform Switching mit dem CAMLOG® Implantatsystem möglich. Werden zur Weichgewebeausformung Gingivaformer PS verwendet, empfehlen wir zur Vermeidung von Gewebeerletzungen die weitere prothetische Versorgung, inkl. Abformung, ebenfalls mit Prothetikkomponenten PS vorzunehmen.

PROTHETIKKOMPONENTEN FÜR PLATFORM SWITCHING MIT SCREW-LINE IMPLANTATEN



Neue Gingivaformer PS für Platform Switching

Die neuen Gingivaformer PS (zylindrisch, wide body, bottleneck) sind im Bereich der Implantatschulterauflage im Durchmesser verjüngt.



Neue Abformpfosten PS, offener und geschlossener Löffel, für Platform Switching

Die Verwendung der neuen Gingivaformer PS bedingt die Verwendung der neuen Abformpfosten PS.



Neue Provisorische Abutments PS, Esthomic® Abutments PS und Universal-Abutments PS für Platform Switching

Die neuen Abutments PS sind ebenfalls im Bereich der Implantatschulterauflage im Durchmesser verjüngt und ermöglichen so eine horizontale Adaption des Weichgewebes über die Implantatschulter.



WIE BALANCIERE ICH MEIN LEBEN?

Ende vergangenen Jahres trafen sich CAMLOG Kunden und Interessierte im Kurhaus Wiesbaden zu dieser außergewöhnlichen Veranstaltung. Hochkarätige Referenten, ein stimmungsvolles Ambiente und 240 begeisterte Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben der CAMLOG Veranstaltung „Körper – Geist – Lebensqualität: Wie balanciere ich mein Leben?“ das Flair des Besonderen.

Bereits die Referentenliste las sich sehr vielversprechend: Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Dr. Ralf Roessler, Star-Koch Johann Lafer und Dr. Markus Merk. Souverän moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. Hans-Jürgen Hartmann.

CAMLOG Key Account Manager Bernd Wagner begrüßte die Gäste und spannte in einem anschaulichen Vergleich den Bogen über das gesamte Programm: „*Betrachten wir uns mal als Teller-Jongleur. Wie gelingt es uns in der heutigen stressigen Zeit, alle Teller – Beruf, Familie, Sport und Freizeitbeschäftigung, Freunde, Weiterbildung, und eine gesunde, bewusste Ernährung – oben zu halten, um somit eine für uns gute Balance zwischen Anspannung und Entspannung zu finden?*“

Schiri, Entwicklungshelfer, Managementtrainer

Dr. Markus Merk eröffnete den Reigen der Vorträge unter dem Titel „*Balance in gegensätzlichen Lebenswelten*“. Der gelernte Zahnarzt und Fußballschiedsrichter faszinierte die Teilnehmer nicht nur mit seinen Erlebnissen auf dem Fußballfeld mit den ganz großen Spielern wie Zinedine Zidane, Louis Figo und David Beckham. Vielmehr berichtete er auch über seine persönlichen Lebenswelten, die unterschiedlicher nicht sein könnten:

- FIFA-Schiedsrichter (2004 und 2005)
- Gründer eines Kinderdorfs in Indien
- Motivationstrainer und Referent eigener Managementseminare.

Dr. Merk erläuterte die fünf Basiswerte des Lebens: Begeisterung, Identifikation, Mut, Verantwortung und Wille. Wie Druck als Motivator wirken kann, wie sich Spiel-

räume nutzen lassen und wie wichtig der Blick über den Tellerrand ist, waren dabei nur einige der interessanten Aspekte. „*Nur wer sich fordert – fördert sich*“, so sein Rat an die gebannten Zuhörer.

Ganzheitliche Betrachtungsweise

Den Part der klinischen Beiträge dieser Veranstaltung eröffnete Dr. Karl-Ludwig Ackermann. Doch bevor er mit seinem brillanten Vortrag beginnen konnte, wurde Dr. Ackermann von CAMLOG Vertriebsmanagerin Gisela Schirrschmidt für seine 30 Jahre beeindruckenden Wirkens in der Implantologie geehrt. Unter dem Titel „*Vertikal! Oder: die dritte Dimension der Augmentation*“ präsentierte Dr. Ackermann zahlreiche noch nie gezeigte klinische Fälle zum Themenschwerpunkt „*dentoalveoläre Osteodistraktion*“.

In diesem Zusammenhang stellte er auch die Frage: „*Wie viel Zahnarzt verträgt der Mensch?*“. Wichtig sei es, den Patienten ganzheitlich zu betrachten und anhand von „*Umfeldbeobachtungen*“ (z. B. Grad der Parodontopathie, Grunderkrankungen und gewünschtes Ergebnis), die mögliche Fehlerquote zu minimieren. Zähne seien das Buch des Lebens – bevor man über Implantate nachdenkt, sollte man den Menschen und das gesamte Kausystem verstanden haben.

Mikrowelt mit Maxiwirkung

„*Film ab! Biofilm versus Genotyp*“ – hieß es dann bei Dr. Ralf Roessler. Er berichtete als erfahrener Parodontologe, der sowohl in der Lehre als auch in der Praxis tätig ist, über die Wertigkeit und Bedeutung der Mikrobiologie in der Parodontologie.

- Wie wird die Parodontitis am wirksamsten behandelt?
- Welche therapeutischen Konsequenzen und Konzepte gibt es, um diesen Biofilm zu beeinflussen?
- Welche Rolle spielt z.B. die Partnertherapie in einem parodontologischen Behandlungskonzept?
- Was muss bei einer antibiotischen Begleittherapie dringend beachtet werden?

Zum Abschluss ging er unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Daten auf die häusliche Prophylaxe ein und gab Tipps und Tricks für unsere Patienten mit nach Hause.

Was Leib und Seele zusammenhält

Aus einer ganz anderen Sicht interpretierte Star-Koch Johann Lafer die Frage nach der Balance im Leben. Er erzählte offen von seiner schweren Zeit kurz vor dem Burn-out, und wie er diese durch Bewegung, mit psychischer Unterstützung sowie durch gezielte Ernährungsumstellung überstanden habe. Es versteht sich von selbst, dass er insbesondere letztgenannten Faktor konkret beleuchtete: „*Moderne, gesunde Ernährung – wie sieht sie aus, worauf sollte man achten?*“





Abbildung ganz links: Dr. Markus Merk,
Dr. Karl-Ludwig Ackermann

Abb. Oben von links nach rechts:
Dr. Hans-Jürgen Hartmann,
Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Johann Lafer
und Dr. Ralf Roessler

Man solle beim Einkauf auch ruhig seine Sinnesorgane einsetzen. Ein Apfel, der nicht nach Apfel rieche, könne nicht wirklich gesund sein. Johann Lafer gab wertvolle Tipps zum nährstoffschonenden Dampfgaren bei niedrigen Temperaturen bis hin zu neuesten Erkenntnissen zur sinnvollen Nutzung des Induktionskochfeldes. Fast überflüssig zu erwähnen, dass die Teilnehmer anschließend die zubereiteten Speisen probieren durften.

Beschwingender Abschluss

Es folgte ein Abendprogramm im stilvollen Wintergarten des Kurhauses. Bei kulinarischen Genüssen und musikalischer Unterhaltung durch die Musikgruppe Sonic-Bangs wurden die neuen Erkenntnisse vertieft und zu späterer Stunde das Tanzbein geschwungen. Weit nach Mitternacht verließen dann die letzten Teilnehmer bestens gelaunt diese perfekt ausbalancierte Veranstaltung.

P.S. Informationen zum CAMLOG Veranstaltungsangebot für 2009 finden Sie im aktuellen Kursprogramm. Das Team unserer Veranstaltungsorganisation steht Ihnen für Fragen gern zur Verfügung:
Tel. 0049 / (0)7044 / 94 45 600,
E-Mail: education.de@camlog.com.



AUSGEBUCHT

FASZINIERENDE IMPLANTATPROTHETIK MIT CAMLOG BEI BMW

CAMLOGs 1. Zahntechnik-Kongress am 25. April 2009 in der Münchner BMW Welt steht unter dem Motto *Faszination Implantatprothetik*. Offensichtlich hat dieser Leitgedanke seine Wirkung nicht verfehlt – bereits gegen Ende Januar 2009 waren sämtliche 600 Teilnahmeplätze vergeben, der Kongress war restlos ausgebucht, und mehr als 200 Interessenten mussten wir auf eine Warteliste setzen. Mit einer solch überwältigenden Resonanz hatten selbst wir kaum zu rechnen gewagt.

Das Motiv der Faszination, das die Implantatprothetik vermitteln kann, zieht sich als roter Faden durch die vier Vortragsblöcke *Planung, Funktion, Specials* und *Ästhetik*.

Im den Kongress einleitenden Komplex *Planung* referieren ZTM Gerhard Neuendorff, ZTM Ralf Bahle und ZTM Gerhard Stachulla zu den Themen „10 Jahre CAMLOG – 10 Jahre Backward Planning“, „Die konventionelle Planung in der Implantatprothetik“ und „Das CAMLOG® Guide System – Chancen und Möglichkeiten für das Dentallabor“.

Den Themenbereich *Funktion* präsentieren ZTM Rudi Hrdina, ZTM Andreas Kunz und ZTM Hans-Joachim Lotz in ihren Vorträgen: „Die Funktion in der Implantatprothetik“, „Die Komplexität von feststehenden Implantatstrukturen – gestern und heute“ und „Strategien für funktionell-ästhetische Ergebnisse im zahnlosen Kiefer“.

Die *Special*-Vortragenden sind Dr. Marco Freiherr von Münchhausen: „Effektive Motivation – so zähmen Sie Ihren inneren Schweinehund“, die CAMLOG Referenten ZT Alfons Kiener, ZT Dieter Mozer sowie ZT

Peter Buddrus-Breil: „Reflexionen aus dem Alltag – unverhofft kommt oft“ und ZTM Jürg Stück: „Zähne, Sprache, Mimik“.

Im abschließenden Vortragsblock *Ästhetik* äußern sich ZTM Haristos Girinis, ZTM Kurt Reichel und ZT Hubert Schenk zu den Themen: „Ästhetische Rekonstruktion von Hart- und Weichgewebe“, „Grenzen überwinden mit computergestalteter Implantatprothetik“ und „Erfolgreich mit Zirkon“.

Als Moderatoren werden Ralf Suckert, Teamwork Media¹, Fuchstal, und Zahnarzt Horst Dieterich, Winnenden, durch die Veranstaltung führen.

Denjenigen, die dieses Mal leider nicht dabei sein können, sei hiermit versichert, dass CAMLOG bereits jetzt intensiv über eine mögliche Neuauflage bzw. Folgeveranstaltung des 1. CAMLOG Zahntechnik-Kongresses in der Münchner BMW Welt nachdenkt.

P.S. Das Team unserer Veranstaltungsorganisation steht Ihnen für Fragen gern zur Verfügung: Tel. 0049 / (0)7044 / 94 45 603, E-Mail: katja.steiper@camlog.com.

¹Teamwork Media, Fuchstal, ist Mitveranstalter des 1. CAMLOG Zahntechnik-Kongresses.

AUTOR:
DR. PETER BONGARD, MOERS



ÄSTHETISCHE ANALYSE UND REKONSTRUKTION NACH EINEM IMPLANTOLOGISCHEN MISSERFOLG

Einleitung

Das Ziel einer jeden Behandlung sollte sein, nicht nur schöne Zähne in einem harmonischen „roten Rahmen“ zu präsentieren, sondern auch, ein natürliches, ästhetisches Lächeln in der gesamten fazialen Ansicht zu erreichen. Unabdingbar ist daher bei Fällen mit großer ästhetischer Relevanz eine vollständige ästhetische Analyse mit fazialer, dentolabialer, dentogingivaler und dentaler Analyse.

Erst nach Abarbeitung dieser Parameter ist eine Therapieplanung erstellbar. Der Autor favorisiert das systematische Ästhetik-Protokoll von Mauro Fradeani, dessen wichtigste Parameter am Beispiel eines Patientenfalles aufgezeigt werden sollen¹. Darüber hinaus soll ein neues hilfreiches Verfahren mit einer speziellen OP-Schablone für chirurgische Kronenverlängerungen vorgestellt werden.

Der Ausgangsbefund zeigt eine Patientin nach einem alio loco entstandenen implantologischen Misserfolg regio 11 und 21 mit entsprechendem Narbengewebe, rudimentärer medialer Papille und einer provisorischen Versorgung der mittleren Inzisivi (**Abb. 1**).

Ästhetische Analyse

Die faziale Analyse zeigt eine zur Horizontalebene relativ parallele Bipupillarlinie, die den wichtigsten ästhetischen Parameter darstellt. Weiterhin relevant für den harmonischen Gesamteindruck sind die dazu parallele Augenbrauenlinie und die Kommissurenlinie, gebildet durch die Lippen. Die nahezu senkrecht zu diesen Linien verlaufende faziale Mittellinie, gebildet durch die Glabella, die Nasenspitze, die Oberlippenrinne und die Kinnschuppe ist die wichtigste vertikale Bezugslinie, die das Gesicht in zwei Hälften teilt. Für ein attraktives, harmonisches Lächeln ist die Parallelität der Schneidekanten bzw. der Okklusionsebene zum Gingivaverlauf und den horizontalen Bezugsebenen entscheidend^{2,3,4,5}. In diesem Fall nicht parallel zur Horizontalen ist die auf der rechten Seite ansteigende Kommissurenlinie der Patientin. Diese Asymmetrie wird beim Lachen der Patientin noch deutlich verstärkt. Auch weichen Nasenflügel- und Nasenrückenlinie von ihren Bezugslinien ab (**Abb. 2**).

Die dentolabiale Analyse zeigt schließlich das ganze Ausmaß der vorhandenen Asymmetrie. Neben einer hohen Lachlinie mit einem ausgeprägten „Gummy Smile“

zieht sich die Oberlippe der Patientin beim Lachen rechts deutlich mehr nach kranial, zudem fällt der Gingivaverlauf auf ihrer linken Seite deutlich nach kaudal ab. Weiterhin auffällig ist die schiefe und sogar gegenläufige Okklusions- und Schneidekantenebene. Letztere verläuft außerdem nicht harmonisch zur Unterlippenkonkavität bzw. zur Lachlinie (**Abb. 3**).

In der dentogingivalen Analyse zeigt die Patientin keine nennenswerten parodontalen Defekte. Sie ist ein mittlerer Biotyp, deren „Scalloped Design“ im Laufe der Behandlung noch verbessert werden soll. Die mediale Papille ist nach einem implantologischen Misserfolg nur noch rudimentär vorhanden (**vgl. Abb. 3**).

Die auffälligsten Parameter der dentalen Analyse zeigen schiefe Achsenstellungen der Frontzähne sowie ein auffälliges Missverhältnis zwischen den zu großen lateralen Schneidezähnen und den zentralen Schneidezähnen (**vgl. Abb. 3**).

Therapie

Nach Auswertung der Gesamt-Ästhetik-Analyse entschieden wir uns für eine Kronenverlängerung im gesamten Oberkiefer. Gleichzeitig sollen die Asymmetrien



Abb. 1: Ausgangssituation nach implantologischem Misserfolg eines Vorbehandlers.

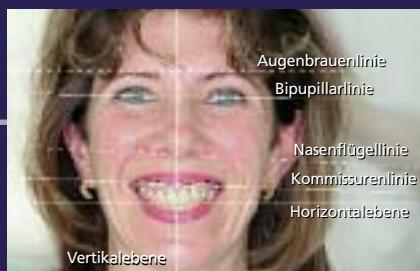


Abb. 2: Die faciale Analyse zeigt eine schiefe Kommissurenlinie und die dentogingivale Analyse ein ausgeprägtes „Gummy Smile“.



Abb. 3: Die dentale Analyse zeigt auffällig große laterale Inzisivi. Der Zahnbogen folgt nicht der Unterlippe. Dentolabiale Analyse: Die Oberlippe hebt sich bei vollem Lachen asymmetrisch.



Abb. 4: Übertragung der Horizontalebene auf das Modell und die OP-Schablone.



Abb. 5: OP-Schablone mit Referenzlinien zur prä- und intraoperativen Übertragung an der Patientin.



Abb. 6: Anzeichnung der Lippenlinie bei vollem Lachen.



Abb. 7: Anzeichnung der gemittelten Schnittführung nach OP-Schablone und Lippenschau.



Abb. 8: Sekundäre Sulkusinzision nach erfolgter primärer Inzision nach Naoshi Sato.



Abb. 9: Trennung des Interdental Col mit einem Interdental-Messer.



Abb. 10: Entfernen des exzidierten Gewebes in toto mit einer Kürette.



Abb. 11: Ostektomie und Osteoplastik werden mit diamantierten Kugeln durchgeführt.



Abb. 12: Das Osteofinishing erfolgt mit einem Rückwärtsmeißel.

des Zahnfleischverlaufs korrigiert werden und an die horizontalen wichtigen Bezugslinien bzw. die Lachlinie und den späteren Schneidekantenverlauf Anlehnung finden. Die Girlandenform soll ausgeprägter gestaltet werden.

Bei diesen ausgeprägten, zum Teil gegenläufigen dentogingivalen Asymmetrien fällt es dem Chirurgen ausgesprochen schwer, während des Eingriffs die Übersicht über die Bezugslinien zu behalten. Daher entschieden wir uns hier für ein

neues Verfahren, das dem Behandler in der OP immer die Möglichkeit bietet, mittels einer OP-Schablone die exakte Orientierung zu den horizontalen Bezugslinien zu behalten. Diese OP-Schablone zur umfangreichen Kronenverlängerung orientiert sich an der Bipupillarlinie und wird über ein mit dem Gesichtsbogen erstelltes Registrat auf ein Modell übertragen (**Abb. 4**).

Der Techniker ist dadurch in der Lage, eine Okklusionsebene parallel zur

Horizontalen zu erstellen und den idealen bogenförmigen Zahnfleischverlauf mittels einer OP-Schablone vorzugeben (**Abb. 5**).

Im vorgestellten Patientenfall wurde zwischen dem idealen horizontalen Zahnfleischverlauf und der maximalen Zahnfleischschau bei vollem Lachen vermittelt, um die Asymmetrie der schiefen Oberlippe bei vollem Lachen der Patientin zu kompensieren (**Abb. 6 und 7**).

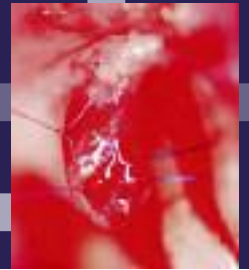


Abb. 13: Die Gottlow-Naht mit 6-0-Seralene-Nähten ist ideal für die Papillennaht.



Abb. 14: Neues „Scalloped Design“ im Seitenzahnbereich.



Abb. 15: Kompletter Nahtverschluss mit 6-0-Nähten.



Abb. 16: Reizfreie Einheilung bei Nahtentfernung.



Abb. 17: Situation vor Implantation.



Abb. 18: Weichgewebsstanzung gemäß dem ermittelten Gingivaverlauf. Optimierung der zentralen Papille.



Abb. 19: Festlegen der Implantatposition mit einer Bohrschablone.

Zusammengefasst ist für das ästhetische Erscheinungsbild eine parallele Okklusions-/Schneidekantenebene wichtig, die ebenfalls möglichst mit der Bipupillarlinie parallel verläuft, sowie eine Mittellinie, die exakt senkrecht durch den Kontaktpunkt beider Inzisivi verläuft. Bei einem Abweichen der Kommissurenlinie bzw. des Zahnfleischverlaufs bei vollem Lachen der Patientin sollte eine ästhetische Kronenverlängerung dann nicht parallel zur Okklusionsebene verlaufen, sondern zur Oberlippenlinie bei vollem Lachen gemittelt werden (vgl. **Abb. 6 und 7**).

Um diesen Ansprüchen während der OP gerecht zu werden, benötigt der Operateur eine OP-Schablone mit den entsprechenden Bezugslinien, welche die Orientierung auch während der OP ermöglicht. Nach Einzeichnen aller Ebenen und dem ermittelten chirurgischen Gingiva-Verlauf wird nun gemäß dem Vorgehen von Mick Dragoo und Naoshi Sato eine primäre

Inzision entsprechend dem geplanten Gingivaverlauf durchgeführt⁶.

Die sekundäre Inzision ist eine Sulkuszinzision, die das zu entfernende Gewebe von den parodontalen Geweben trennen soll (**Abb. 8**). Da die ästhetische Kronenverlängerung nur bukkal durchgeführt werden muss, wird die Papille genau mittig gemäß dem Blutgefäßverlauf mit einem Interdental-Messer durchtrennt (**Abb. 9**). Erst jetzt kann das Gewebe in toto mit einer Kürette entfernt werden (**Abb. 10**)^{7,8,9}.

Im Anschluss sind nun die Ostektomie und Osteoplastik des bukkalen Alveolar-knochens im Oberkiefer erforderlich, um eine korrekte Biologische Breite einzustellen und das Ergebnis langfristig zu sichern. Je nach Autor soll der neu geformte, girlandenförmige Margo alveolaris zwei bis drei Millimeter unterhalb des Gingivaverlaufes liegen. Der Behandler wählt hierfür

diamantierte Kugeln unterschiedlicher Größe und zum Finish der Wurzeloberfläche einen Rückwärtsmeißel (**Abb. 11 und 12**).

Abschließend wird der Lappen mit 6-0-Seralene-Nähten an allen neu gebildeten Papillen vernäht. Um eine gute Adaption der Gewebe und ein Aufstellen der Papillen zu ermöglichen, wird die Technik einer modifizierten vertikalen Matrazennaht, der Gottlow-Naht, verwendet, eine Modifizierung, die zusätzlich den offenen koronalen Anteil der vertikalen Matrazennaht schließt (**Abb. 13 bis 15**)¹⁰. Es erfolgte eine reizfreie Heilung und Stabilisierung der Gingiva in der gewünschten Höhe, wie in **Abbildung 16** zu erkennen.

Erst jetzt wird die Implantation in regio 11 und 21 angegangen. Um hier den richtigen Gingivaverlauf zu erhalten, wird zunächst eine Weichgewebsstanzung im korrekten Gingivaverlauf durchgeführt. Leider befin-



Abb. 20: Aufbereitung des Implantatbetts mit Bone Spreadern für ein besseres vestibuläres Profil.



Abb. 21: CAMLOG® SCREW-LINE Implantate in situ. Die Positionierung erfolgte unter Berücksichtigung der notwendigen interimplantären Abstände.



Abb. 22: Die Implantat-Position mit noch eingebrachten Einbringpfosten in der Aufsicht. Narbengewebeentfernung an zentraler Papille.



Abb. 23: Röntgenologische Kontrolle des Sitzes der CAMLOG® SCREW-LINE Implantate (Durchmesser 3,8 mm, Länge 13 mm).



Abb. 24: Einkleben einer provisorischen Maryland-Brücke.



Abb. 25: Abformung der Implantate regio 11 und 21. Präparation der deutlich zu breiten lateralen Inzisivi. Dento-Plastik der Eckzähne.



Abb. 26: Eingesetzte CAMLOG® Keramik-Abutments.



Abb. 27: Die Veneers auf den lateralen Inzisivi wurden adhäsiv befestigt.



Abb. 28: Eingliederung des Langzeitprovisoriums aus Presskeramik zur Ausformung des Durchtrittsprofils.

det sich in der medialen Papille eine Narbe, so dass zu deren Entfernung zusätzlich die gleiche Schnittführung durch die Papille gewählt werden muss, um das Narbengewebe zu entfernen (**Abb. 17 und 18**).

Die exakte Position der Implantate wird durch die Verwendung einer Bohrschablone gewährleistet. Diese dient zur Orientierung bezüglich der späteren Prothetik (**Abb. 19**). Eine definitive Festlegung mit Bohrhülsen lehnt der Behandler indes ab, um die Freiheit zu haben, intraoperativ die Angulation zu ändern oder um – wie in diesem Fall – die Pilotbohrung nach palatinal versetzt zu wählen, um in einer weiteren Aufbereitung mit Bone Spreadern die vestibuläre Knochenwand nach bukkal zu verlagern (**Abb. 20**).

Mit Parallelisierungspins wurde intraoperativ die richtige Achsstellung der Inzisivi kontrolliert. Um die Mindestabstände einhalten zu können, wurden zwei Implan-

tate mit einem Durchmesser von 3,8 mm gesetzt (**Abb. 21 bis 23**)¹¹. Es erfolgte eine trans muköse Einheilung mittels Gingivaformern.

Das interimplantäre Epithel- und Narbengewebe wurde sehr schonend abgetragen und mit 6-0-Nähten vernäht. Abschließend wurde eine provisorische Maryland-Brücke an den lateralen Schneidezähnen angeklebt (**Abb. 24**).

Die Abformung erfolgte zehn Wochen post implantationem. Wie in der ästhetischen dentalen Analyse ermittelt, besteht eine Größen-Diskrepanz zwischen den mittleren und seitlichen Schneidezähnen, da letztere viel zu dominant sind. Tatsächlich sollten die seitlichen Schneidezähne den mittleren in ihrer Form ähnlich sein, aber deutlich kleiner¹².

Als Anleitung für eine Erzeugung harmonischer Zahn-zu-Zahn-Proportionen im

Frontzahnbereich gilt die Regel nach dem Goldenen Schnitt¹³. Sie besagt, dass der mittlere Schneidezahn 60% breiter sein sollte als der seitliche und der seitliche Schneidezahn wiederum 60% breiter als die mesiale (sichtbare) Fläche des Eckzahns.

Eine weitere zu beachtende Regel betrifft das Längen-Breiten-Verhältnis der mittleren Inzisivi, die nach Chiche und Pinault 75–80% betragen sollte¹⁴. Diese Harmonie der Proportionen lässt sich bei der Patientin nur durch die Verkleinerung der seitlichen Schneidezähne und Versorgung mit Veneers bewerkstelligen. Die Präparation erfolgt in der gleichen Sitzung wie die Implantat-Abformung (**Abb. 25**).

Die Eckzähne und Prämolaren erhalten eine Dento-Plastik. Die seitlichen Schneidezähne erhalten Vollkeramik-Veneers (Tanaka), welche adhäsiv befestigt werden. Für die Implantate werden vom



Abb. 29: Durchtrittsprofil nach Ausformung des Weichgewebes mit neu rekonstruierter zentraler Papille (ohne Abutments).

Labor individualisierte CAMLOG Keramik-Abutments verwendet (**Abb. 26 und 27**).

Zur Ausgestaltung eines perfekten Durchtrittsprofils entschied sich der Autor für die Ausformung der Weichgewebe mit Langzeitprovisorien aus Presskeramik, welche im Bereich der Durchtrittsstelle sukzessiv aufgebrannt wurden (**Abb. 28**). Die Vorteile dieser aufwändigen Methode bestehen in der großen Compliance seitens des Patienten, sowie in dem hervorragenden Weichgewebsverhalten der Vollkeramik. Das Ergebnis ist eine neu rekonstruierte zentrale Papille und ein perfektes Durchtrittsprofil (**Abb. 29**).



Abb. 30: Ansprechendes Scalloped Design nach ästhetischer Analyse und Einhaltung der biologischen Breite.

Nach Eingliederung der definitiven Vollkeramikronen erscheint ein ansprechendes Scalloped Design gemäß ästhetischer Analyse und Einhaltung der biologischen Breite nach den Grundsätzen Tarnows (**Abb. 30**).

Das neue Smile-Design der Patientin bei vollem Lachen bringt das schöne Gesamtergebnis mit harmonischem Zahnfleisch- und Schneidekantenverlauf im Vergleich zur Ausgangssituation (**Abb. 1 bis 3**) mit „Gummy smile“ schön zur Geltung (**Abb. 31 und 32**). Für die zahntechnische Ausführung bedanke ich mich bei ZTM Oliver Lange.



Abb. 31: Harmonische Zahnproportionen nach ästhetischer Analyse mit Lippenrahmen.



Abb. 32: Das neue „Smile Design“ der Patientin.

Schlussfolgerung

Auch bei schwierigen und ästhetisch brisanten Patientenfällen sind voraussagbare Ergebnisse durch eine umfangreiche ästhetische Analyse, die richtigen operativen Verfahren (OP-Schablone) und das geeignete Implantatsystem durchaus plan- und realisierbar.

Literatur

- 1 Mauro Fradeani: Ästhetische Analyse, Band 2005, Quintessenz-Verlag
- 2 Rufenacht CR. Fundamentals of Esthetics. Chicago: Quintessenz, 1990: 67-134
- 3 Chiche GJ, Pinault A. Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry. Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics. Chicago: Quintessenz, 1994: 13-32
- 4 Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. J. Prosthet Dent 1973, 29 : 358-382
- 5 Roach RR, Muia PJ. Communication between dentist and technician: An esthetic checklist. In: Preston JD. Perspectives in Dental ceramics: Proceedings of the 4th International Symposium on Ceramics. Chicago: Quintessenz, 1998 : 445-455
- 6 Naoshi Sato. Parodontalchirurgie. Klin. Atlas S. 25-43, Quintessenz-Verlag, 2001
- 7 Seibert J, Lindhe J. Esthetics in periodontal therapy. Lindhe J, Karring T, Lange NP. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Copenhagen: Munksgaard, 1998 : 647-681
- 8 Allen EP. Surgical crown lengthening for function and esthetics. Dent. Clin. North Am 1993, 37 : 163-179
- 9 Candill R, Chiche GJ. Establishing an esthetic gingival appearance. In: [3] : 177-198
- 10 Sandro Siervo. Nahttechniken in der Oralchirurgie, Quintessenz-Verlag, 2007 : 157-159
- 11 Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of interimplant distance on the height of interimplant bone crest. J. Periodontol 2000, 71 : 546-549
- 12 Fradeani M. Ästhetische Analyse, Band 2005, Quintessenz-Verlag 154-164
- 13 Levin El. Dental esthetics and the golden proportion. J Prosthet Dent 1978, 40 : 244-252
- 14 Chiche GJ, Pinault A. Replacement of deficient crowns. In: [3] : 53-73



Dr. Peter Bongard
Jahrgang 1966

Länglingsweg 69b
D-47447 Moers
Tel.: 0049-2841-31040
E-Mail: praxisbongard@t-online.de
Homepage: www.dr-bongard.de

- 1988 – 1993 Studium, Approbation und Promotion an der Westfälischen Wilhelms Universität Münster
- 1991 Dreimonatige Famulatur Chiang Mai University, Thailand
- 1993 – 1999 Partner in Gemeinschaftspraxis in Duisburg
Spezialisierung und Entwicklung Laserzahnheilkunde
Referent für Laserzahnheilkunde
- 1994 – 2000 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (DGI, APW, BDIZ)
- 2000 – 2002 Prothetikspezialisierung nach Prof. Gutowski
Zertifizierung und Anwender Invisalign (KFO)
- 2000 – 2004 Entwicklung und Patentierung eines einteiligen Hybrid-Implantats
Mitglied der Studiengruppe Prof. Mick Dragoo (California, USA)
Reconstructive Periodontal Surgery and Implant Surgery
- 2005 Zertifizierung und Ernennung zum Spezialisten für Implantologie (EDA, BDIZ EDI). Int. Referent für Implantologie, Parodontologie
- Seit 1999 Niedergelassen in eigener Praxis mit zahntechnischem Meisterlabor (ZTM Oliver Lange) in Moers mit ZÄ Simone Möllenbruck (Endodontie) und ZÄ Birte Gebuhr
Überweiserpraxis für Implantologie, Parodontologie, Endodontie
- Seit 2006 Teilzeittätigkeit als Implantologe und Parodontologe in Bournemouth, England
Veröffentlichung diverser Fachartikel zum Thema komplexer Behandlungsfälle (Implantologie, Parodontologie, Prothetik)

SOFORTIMPLANTATION NACH EXTRAKTION IM ÄSTHETISCH RELEVANTEN BEREICH

Ein Fallbericht von Dr. Matthias Wolfgarten, Fellbach
und ZTM Hardi Mink, ALDENTE Dentaldesign, Fellbach

In unserer Praxis stellte sich ein 62-jähriger Patient vor: Nichtraucher, allgemeiner Gesundheitszustand und Mundhygiene gut, parodontal ohne Befund.

Aufgrund einer Fraktur des endodontisch behandelten und mit einer Krone versorgten Zahns 21 (**Abb. 1**) musste dieser entfernt werden.

Im Vorfeld der Exzision wurde ein Modell angefertigt, auf dem im Labor eine provisorische Klebebrücke und die chirurgische Bohrschablone hergestellt wurden. Weiterhin sollte das Modell zur

Anfertigung der späteren provisorischen Krone dienen.

Der Zahn wurde unter maximaler Schonung der Knochen- und Weichgewebstrukturen extrahiert. Die knöcherne Alveole wurde vorsichtig sondiert, um mögliche Defekte zu erkennen. Es zeigte sich, dass die Alveole vollständig intakt war (**Abb. 2 und 3**).

Durch die Führung der Bohrschablone wurde die Pilotbohrung entsprechend den prothetischen Vorgaben durchgeführt. Hierbei wurde auf genügend

Abstand zur vestibulären Knochenwand geachtet (**Abb. 4 bis 7**).

Der Implantatstollen wurde zur Insertion eines CAMLOG® ROOT-LINE Implantats (Durchmesser 5,0 mm, Länge 13,0 mm) erweitert und dieses primärstabil eingesetzt (**Abb. 8 und 9**). Der verbleibende Spalt zum Knochen wurde mit Geistlich Bio-Oss® Partikeln aufgefüllt.

Die Alveole wurde mit einem subepithelalen Bindegewebestransplantat, das aus dem Gaumen entnommen wurde, abgedeckt (**Abb. 10 und 11**). Unmittelbar



Abb. 1: Frakturierter Zahn 21.



Abb. 2: Alveole nach atraumatischer Exzision.



Abb. 3: Vestibulär intakte Alveolenwand.



Abb. 4: Chirurgische Bohrschablone mit Führungsröhrchen.



Abb. 5: Entfernen des ersten Führungsröhrchens.



Abb. 6: Pilotbohrung durch Schablone.



Abb. 7: Tiefenkontrolle mit Parallelisierungspin.



Abb. 8: Ein ausreichender Abstand zur vestibulären Knochenwand wurde eingehalten.



Abb. 9: Korrekt inseriertes Implantat.



Abb. 10 und 11: Abdeckung mit einem subepithelen Bindegewebstransplantat.



Abb. 12: Postoperativ eingeklebte Brücke.



Abb. 13: Heilung zwölf Wochen postoperativ.



Abb. 14: Intraorale Fixierung des Abformpfostens im Übertragungsschlüssel.



Abb. 15: Einarbeitung des Laborimplantats in das Modell.



Abb. 16: Eingesetzter Gingivaformer.



Abb. 17: Eingliederung der provisorischen Kunststoffkrone. Die mesiale Papille ist noch nicht vollständig vorhanden.



Abb. 18: Die eingegliederte Kunststoffkrone drei Monate später. Die Papillen sind vollständig regeneriert.

danach wurde die provisorische Klebebrücke ohne Druck auf das Transplantat eingesetzt (**Abb. 12**). Die Nahtentfernung erfolgte nach acht Tagen.

Nach zwölf Wochen wurde die Eröffnungs-OP durchgeführt (**Abb. 13**). Hierbei wurde das Gewebe über der Implantatverschlusschraube minimal invasiv entfernt und zunächst ein Abformpfosten eingeschraubt. Mit Hilfe eines Übertragungsschlüssels wurde die Implantatposition auf das bereits vorhandene Modell übertragen (**Abb. 14 und 15**). So war es möglich, ohne weitere Abformung eine

provisorische Krone auf dem Ausgangsmodell anzufertigen. Diese wurde vom Techniker in Form einer okklusal verschraubten Versorgung direkt auf einem provisorischen Abutment aus PEEK angefertigt. In der Zwischenzeit wurden ein Gingivaformer (**Abb. 16**) und die Klebebrücke eingesetzt.

Nach Eingliederung der provisorischen Krone zeigte sich bereits eine sehr schöne Adaptation der Gingiva (**Abb. 17**). Nach drei Monaten sind die Papillen vollständig regeneriert (**Abb. 18 bis 20**), und die Abformung für die definitive Krone kann

durchgeführt werden. Hierbei wurde das von der provisorischen Versorgung bzw. dem PEEK-Abutment geschaffene Durchtrittsprofil mit einem individualisierten Abformpfosten auf das Modell übertragen (**Abb. 21 bis 23**).

Im Labor wurden gemäß den Vorgaben von der provisorischen Versorgung ein individuelles Keramik-Abutment und eine Vollkeramikkrone hergestellt (**Abb. 24**) und am Patienten eingegliedert. Auf diese Weise war es möglich, den Patienten funktionell und ästhetisch in vollem Umfang zu rehabilitieren (**Abb. 25 bis 27**).



Abb. 19 und 20: Das Weichgewebe ist vor der definitiven Abformung vollständig regeneriert.



Abb. 21: Übertragung des Durchtrittsprofils zur Herstellung eines individualisierten Abformpfostens.



Abb. 22: Der eingesetzte individualisierte Abformpfosten für die definitive Abformung.



Abb. 23: Das Durchtrittsprofil wurde auf das Modell übertragen.



Abb. 24: Die fertiggestellte Vollkeramikkrone auf dem Modell.



Abb. 25: Das eingeschraubte individuelle Zirkonabutment.



Abb. 26: Das Zirkonabutment wurde entsprechend dem Durchtrittsprofil gestaltet.



Abb. 27: Sechs Monate nach der Eingliederung fügt sich die Krone harmonisch in die Zahnreihe ein.



Dr. Matthias Wolfgarten
Zahnarztpraxis für Implantologie,
Parodontologie,
Ästhetische Zahnheilkunde

Hirschstraße 10
D-70734 Fellbach
info@zahnarztpraxis-wolfgarten.de
www.zahnarztpraxis-wolfgarten.de



Hardi Mink
ALDENTE Dentaldesign GmbH

Schorndorferstraße 6
D-70734 Fellbach
Tel.: +49(0)711 5782385
Fax: +49(0)711 5852385
www.aldente-dentaldesign.com

1996 Staatsexamen Universität Heidelberg
1997–2000 Assistent in DGI Fortbildungspraxis in Konstanz
2001 Promotion MKG Heidelberg
2000–2004 Niedergelassen in Gemeinschaftspraxis in Altbach a.N.
2004 Einzelpraxis in Fellbach

Tätigkeitsschwerpunkte: Implantologie (BDIZ EDI), Parodontologie (DGP),
Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ)
Referententätigkeiten im Fachbereich Implantologie
Mitgliedschaften: GAK, ÄFZ, DGÄZ, BDIZ EDI, DGP, APW

1984–1988 Ausbildung zum Zahntechniker im Labor Fehmer
1990–1991 Arbeitsaufenthalt in Neuseeland und Australien
1991–1998 Angestellt in einem Praxislabor in Stuttgart
1998 Gründung einer Laborgemeinschaft in Fellbach mit fünf
Beschäftigten. Tätigkeitsschwerpunkte Ästhetik und
Implantatprothetik.
Seit 2001 Referententätigkeit im In- und Ausland. Veröffentlichungen
in den Themengebieten Implantatprothetik und Presskeramik.
Mitgliedschaften ÄFZ-Vorstandschafft, DGÄZ, ESED European Society of
Esthetic Dentistry, Dental Excellence International
Laboratory Group, camlog foundation



Monika Gudzent

W

IR KÄMPFEN UNS FÜR SIE DURCH DEN ABRECHNUNGSDSCHUNGEL

Mit dem Erwerb eines Produkts hat ein Kunde auch Anspruch auf Service – das ist für uns selbstverständlich. Als eines der führenden Unternehmen der Dentalbranche wissen wir beispielsweise, dass sich die Abrechnung zahnmedizinischer und zahntechnischer Leistungen nicht immer einfach gestaltet. Deshalb bieten wir Ihnen als unseren Kunden hierfür einen ganz besonderen Service: die CAMLOG Abrechnungs-Hotline.

Fachlich perfekt erbrachte Leistungen für Patienten bedürfen einer ebenso korrekten Abrechnung – was allerdings aufgrund der umfangreichen Vorgaben und Richtlinien nicht selten seine Tücken hat. Bereits seit einigen Jahren unterstützen wir mit dieser Hotline Praxen und Labore kostenlos bei allen Fragen rund um die implantologische Abrechnung.

Abrechnungseinbußen für Labore aufgrund ungeklärter Fragen zum BEB-Katalog müssen nicht sein. Verunsicherung herrscht oftmals bei der Abrechnung der GOÄ. Auch Unannehmlichkeiten in der Zusammenarbeit mit Versicherungen lassen sich mit entsprechender Kenntnis und Erfahrung minimieren. Um diese und ähnliche Themen kümmert sich für Sie unsere Abrechnungsexpertin Monika Gudzent.

Antworten auf alle Fragen

Der Umfang der individuellen Fallberatung auf einen Blick:

- Allgemeine Abrechnungsfragen
- Problemlösung bei PVK-Streitigkeiten
- Hilfe bei prothetischen Kostenvoranschlägen
- Hilfe bei chirurgischen Kostenvoranschlägen

- Hilfe bei zahntechnischen Kostenvoranschlägen
- Chirurgische Abrechnung nach GOÄ (z. B. Sinuslift, Knochen- und Weichgewebs-Chirurgie)
- Materialabrechnung
- Umfangreiche Unterlagen („kleiner Kurs“) bei Neueinsteigern
- Erläuterungen der Abrechnungspositionen, um Abrechnungsfehler zu vermeiden
- Kontrolle von gefaxten Heil- und Kostenplänen.

Am anderen Ende der Leitung

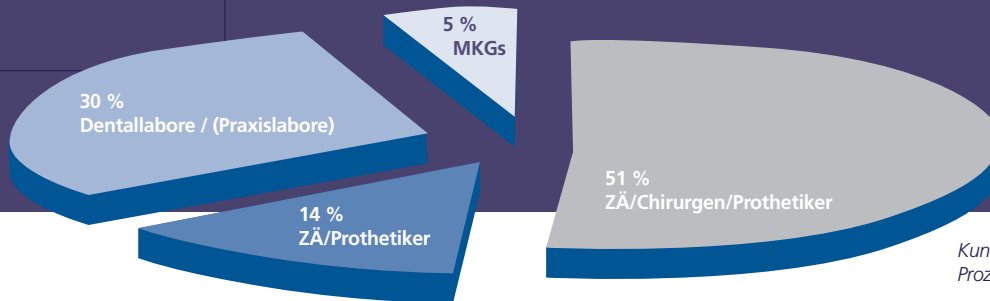
Alle diese Fragen sind bei Monika Gudzent bestens aufgehoben. Nach der Ausbildung zur Zahnarthelferin und Weiterbildung zur ZMF meisterte sie das gesamte kaufmännische Umfeld im Dentallabor ihres Mannes – insbesondere die Rechnungsstellung. Im Außendienst sammelte sie langjährige Erfahrungen in der Dentalbranche. Seit neun Jahren ist Monika Gudzent für CAMLOG aktiv und stellt unseren Kunden ihr fundiertes Know-how zur Verfügung.

Sie erreichen Frau Gudzent an drei Tagen in der Woche telefonisch unter der Hotline-Nummer 040 / 55 77 98 24 (siehe auch Kasten). Oder Sie schicken Ihre Heil- und Kostenpläne zur Bearbei-

tung per Fax oder E-Mail. Dass dieses Unterstützungsangebot von unseren Kunden gern und immer häufiger in Anspruch genommen wird, zeigt sich in der kontinuierlich wachsenden Zahl der Anfragen an unsere Abrechnungsexpertin. Mittlerweile bearbeitet Frau Gudzent durchschnittlich 200 Fälle pro Monat. Die Verteilung der Kundenkontakte liegt dabei jeweils zirka zur Hälfte in der Implantologie und im prothetischen Bereich.

„Fanpost“

Die CAMLOG Abrechnungs-Hotline nur aus CAMLOG Sicht zu beleuchten ist uns zu einseitig. Deshalb lassen wir stattdessen Ihre Kollegen zu Wort kommen: „Auf jede Frage eine Antwort“ – so lässt sich die Zusammenarbeit mit Frau Gudzent auf den Punkt bringen. Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Verbindungselementen (508) oder Unklarheiten bei der Frage ‚Totalprothese oder Modellguss?‘ (523 UK / 521) löst Frau Gudzent schnell und treffend durch die Zusendung von gezieltem Informationsmaterial und Beispielen. Kostenvoranschläge, auch für komplizierte OPs, prüft sie absolut zuverlässig. „Nehmen Sie uns die Frau Gudzent bloß nicht weg!“ (Zahnarztpraxis aus Süddeutschland).



Kundenkontakte der Abrechnungs-Hotline in Prozentanteilen Oktober–Dezember 2008

„Wenn wir für unsere Kunden Kostenvorschläge auf einer CAMLOG Versorgung erstellen, helfen uns die Musterabrechnungsbeispiele für die verschiedenen zahntechnischen Arbeiten, z. B. Steg- u. Teleskopversorgung etc., entscheidend weiter. Auch bei unseren Anfragen zu den BEB-Positionen haben wir schon oft lohnende Tipps bekommen. Ich kann nur sagen: Ein prima Service, die CAMLOG Abrechnungs-Hotline.“ (Dentallabor aus der Nähe von Köln).

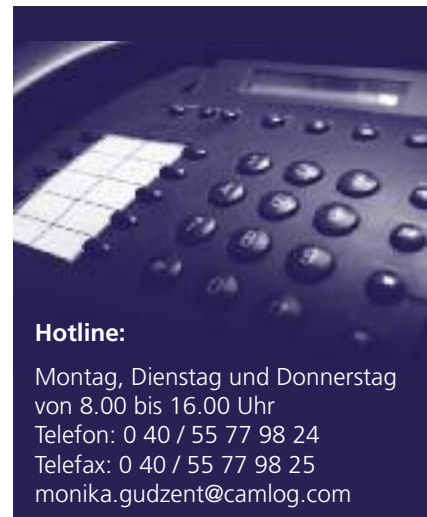
Wir sind erst zufrieden, wenn Sie es sind

Wir von CAMLOG sind stolz auf unser Service-Angebot. Mit der CAMLOG

Abrechnungs-Hotline haben wir Ihnen heute nur *einen* Baustein unseres komplexen Betreuungskonzeptes vorgestellt.

- Darüber hinaus sind Ihnen jederzeit unsere engagierten Vertriebsmanager vor Ort qualifizierte Ansprechpartner.
- Ihre technischen Anliegen finden bei unseren Fachleuten im Technischen Service ein offenes Ohr und praxisrelevante Lösungen.

Und weil wir auch stolz darauf sind, dass Sie unsere Kunden sind und auf CAMLOG Produkte vertrauen, liegt uns Ihre Zufriedenheit immer am Herzen. Fordern Sie uns – wir sind gern für Sie da.



Hotline:

Montag, Dienstag und Donnerstag
von 8.00 bis 16.00 Uhr
Telefon: 0 40 / 55 77 98 24
Telefax: 0 40 / 55 77 98 25
monika.gudzent@camlog.com

N



NEUE CAMLOG® PILOTBOHRER OHNE BUND

Die neuen zur Mehrfachverwendung vorgesehenen Pilotbohrer ohne Bund, Durchmesser 2,0 mm, sind per sofort lieferbar.

Verglichen mit den derzeitigen CAMLOG® Pilotbohrern *mit* Bund (Art.-Nrn. J5005.2001 und J5033.2003), besitzen die neuen Pilotbohrer *ohne* Bund die folgenden Merkmale:

- Die Arbeitslänge ist um 10 mm auf absolut 25 mm, die Gesamtlänge um 2 mm auf total 38,5 mm erhöht worden
- Um noch leichteres, präziseres Bohren zu ermöglichen, wurden die Frontschneiden in ihrer Geometrie optimiert
- Anstelle der Tiefenstopps befinden sich auf den neuen Pilotbohrern Ringmarkierungen, welche die Bohrtiefen für

16, 18 und 20 mm anzeigen (18- und 20-mm-Markierungen sind nicht ausgefüllt und dienen zur Orientierung beim Verwenden der 4-mm-Hülsen für CT-Planung [Art.-Nrn. A2002.2000 und A2222.2200]).

Resultierende Vorteile:

- Die definitive Bohrtiefe kann beim Verwenden der Hülsen für CT-Planung in *einem* Arbeitsschritt erreicht werden
- Verbesserte Handhabung durch geringeren Druck beim Bohren.

Bitte beachten Sie, dass die unteren Enden der Ringmarkierungen die Bohrtiefe in ganzen Millimetern anzeigen (9, 11, 13, 16, 18 und 20 mm). Das heißt z. B., die Länge von der Bohrspitze bis zur Unterkante der 2. Markierung beträgt 11 mm. Die Breite der Ringmarkierungen beläuft sich auf jeweils 0,4 mm.

Die Pilotbohrer, ohne Bund, resterilisierbar, Ø 2,0 mm, können unter der Art.-Nr. J5005.2003 ab sofort bestellt werden.

V

ERANSTALTUNGEN

Datum	Ort	Thema/VA-Art	Referent/en
4. April	Münzenberg-Gambach	Einsteigerkurs Implantologie mit Live-OP	Dietmar Bilk, Corina Wende, Michael Mebus
18./19. April	Berlin	Implantatbrücke festsitzend: Monocoque-Bauweise – Teil 1: Gerüst	ZTM Andreas Kunz
22. April	Brehna	Implantologische Kompetenz. Nur im Team erfolgreich.	Dr. Wolfram Knöfler, Dr. Falk Nagel, ZTM Holm Preußler, Gert-T. Martenson
22. April	Weingarten	Abendvortrag: Teamerfolg Implantologie	Dr. Ralf Masur, ZTM Ralf Bahle
22. April	Karlsruhe	„Helferinnenkurs“ Abrechnung Implantologie (Chirurgie)	Sandra Steverding
22. April	Dresden	Einstieg oder Partnerschaft – Implantologie live und Schritt für Schritt mit Hands-on	Dres. Ralf und Renate Päßler, Ulf Gehlert
24. April	Halle	Abrechnung Implantologie und Suprakonstruktion	Vera Frantz
24. April	Pulheim	Implant coaching – Eine unverzichtbare Methode im implantologischen Alltag	Dr. Michael Hohl, Dr. Cornelia Maag-Hohl
25. April	Konstanz	Prothese? Nein danke! Von der Zahnlosigkeit zur implantologischen Gesamtversorgung	Dr. Hans Gaiser
29. April	Leipzig-Engelsdorf	Implantologiekurs für Zahnärzthelferinnen	Dr. Thomas Barth, Kerstin Borrmann, Vera Frantz
29. April	Söllhuben	Zahnmedizinische Leistungen ethisch einwandfrei verkaufen	Werner Berschneider
29. April	München	Workshop Prothetik: „Schritt für Schritt“	ZT Peter Buddrus-Breil
29. April	Oberwiesenthal	Vortrag und Workshop für Zahnärzte: „Standards und Lösungen in der Implantatprothetik“	Dr. Peter Uhlmann, ZT Peter Buddrus-Breil
6. Mai	Esslingen	ZUKUNFT BRAUCHT HERKUNFT – 10 Jahre CAMLOG® Implantatsystem	Dr. Axel Kirsch, Dr. Andreas Stricker, Dr. Frank Schwarz, Dr. Claudio Cacaci, ZTM Gerhard Stachulla, Dr. Florian Beuer, Moderator Dr. Hans-Jürgen Hartmann
6. Mai	Leipzig-Engelsdorf	Runder-Tisch-Kurs: Implantatprothetische Lösungen von A-Z Praktischer und theoretischer Kurs mit Hands-on	Dr. Thomas Barth
6. Mai	Hannover	Abrechnung Implantologie und Suprakonstruktion	Vera Frantz
8. Mai	Unterschleißheim	Einsteigerkurs mit Hands-on: „Implantieren leicht gemacht“	Dr. Ralf Masur, Dr. Andreas Kraus, ZA Jan Märkle
8./9. Mai	Filderstadt	Spezial Live-OP Kurs für Oralchirurgen	Dr. Axel Kirsch, ZTM Gerhard Neuendorff
8./9. Mai	Fulda	Team-Kurs Implantologie – Chirurgie, Prothetik, Technik und Assistenz	Dr. Andreas Holweg, Dr. Christian Sachse, ZT Peter Buddrus-Breil
9. Mai	Bad Wörishofen	Implantatprothetik-Kurs für Zahnärzte und Zahntechniker	Dr. Ralf Masur
9. Mai	Frankfurt a. Main	Parodontal orientierte Implantation und Techniken für ein vorher-sagbares Weichgewebsmanagement bei der Implantation	Dr. Matthias Mayer
9. Mai	Volkach	Kompaktkurs: CAMLOG® Implantate – von der Planung bis zum komplexen Fall	Dr. Michael Bialas, ZTM Felix Goebel
9. Mai	Rheda-Wiedenbrück	Fortgeschrittenen-Kurs: Synoptische, minimalinvasive Konzepte in Implantologie und Parodontologie – Vorteile der multidisziplinären Teamarbeit	Dr. Behnam Shakibaie-M.
13. Mai	Jena	Abendvortrag: Implantatprothetische Konzepte am Beispiel des teilbezahnten Kiefers	Dr. Jörg Wiegner, Dr. Thomas Kreher, Dr. Alexander Volkmann
13. Mai	Frankfurt/Oder	Problem erkannt – Problem gebannt! Komplikationen und Misserfolge in der Implantologie sowie deren Vermeidung	Dr. Thomas Pilling
15. Mai	Mainz	Abrechnung Implantologie Chirurgie	Vera Frantz
15. Mai	Düsseldorf	Helferinnenschulung „Prophylaxe – Implantatpatient“	Sandra Steverding
15. Mai	Sömmerda	Implantologischer Kompaktkurs für Einsteiger mit Hands-on	Dr. Ferenc Steidl
15. Mai	Lüchow	Chirurgie-Einsteigerkurs: „Live-OP mit Hands-on Übungen“, MODUL 2	Dr. Stephan Krebs
15./16. Mai	Hartenstein	Wirken - Überzeugen - Motivieren, Präsentationstraining für Referenten	Gert T. Martenson
16. Mai	Bremen	Kompaktkurs mit geschlossenem oder offenem Sinuslift und Hands-on	Dr. Andreas Lindemann
20. Mai	Hannover	Abendvortrag Prothetik & Chirurgie	Dr. Peter Randelzhofer, ZT Sascha Wethlow
27. Mai	Mannheim	Abrechnung Implantologie Chirurgie	Sandra Steverding
29. Mai	Hameln	Sinuslift mit Göttinger Modell	Dr. Alexander Lück
5. Juni	Dresden	Restauration im Frontzahnbereich – Chirurgisch und prothetisch live am Patienten	Doz. Dr. med. Michael Fröhlich, Dr. med. dent. Falk Nagel, Matthias Doetz
5. Juni	Mainz	Abrechnung Suprakonstruktion	Vera Frantz
10. Juni	Esslingen	Beratungsseminar: „Zahnmedizinische Leistungen für Zahnärzte und Helferinnen. Wie berate ich meinen Patienten?“	Werner Berschneider, Sandra Steverding

Datum	Ort	Thema/VA-Art	Referent/en
10. Juni	Hannover	Beratungsgespräche in der Implantologie	Vera Frantz
10. Juni	Berlin	Implantat-Prophylaxe	Dr. Detlef Hildebrand, ZMP/DH Denise Stahr
10. Juni	Hamburg	ZUKUNFT BRAUCHT HERKUNFT – 10 Jahre CAMLOG® Implantatsystem	Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Dr. Gerhard Iglhaut, Dr. Frank Schwarz, Dr. Claudio Cacaci, ZTM Gerhard Stachulla, Dr. Florian Beuer, Moderator Dr. Hans-Jürgen Hartmann
12. Juni	Gera	Einstieg oder Partnerschaft – Implantologie live und Schritt für Schritt	Dr. Hansjörg Heidrich, Ulf Gehlert
12. Juni	Althörnitz	Implantatprothetik – mit Lausitzer Implantologen im Gespräch	ZT Peter Buddrus-Breil, ZTM Holm Preußler
12./13. Juni	Berlin	Implantatbrücke festsitzend: Monocoque-Bauweise Teil 2: Verblendechnik	ZTM Andreas Kunz
17. Juni	Berlin	Hygiene-Richtlinien (RKI)	Sandra Steverding
19. Juni	Pulheim	Chancen, Risiken – Trouble Management in der oralen Implantologie	Dr. Michael Hohl, Dr. Cornelia Maag-Hohl
19. Juni	Leipzig	Von der Hand in den Mund – Gourmet und Implantologie	Dr. Thomas Barth, Boris P. Weiland (Sterne-Koch)
19./20. Juni	Saalfeld	Teil 1: Festsitzende Versorgungen – Chirurgie und Prothetik live am Patienten	Dr. Jörg Wiegner, Dr. Thomas Kreher, Ulf Gehlert
20. Juni	Fulda	Sinuslift-OP nach Tatum am Göttinger Modell	Dr. Andreas Holweg
20. Juni	Bad Wörishofen	Live-OP Kurs GBR und Augmentation	Dr. Ralf Masur, Dr. Andreas Kraus, ZA Jan Märkle
20. Juni	Hamburg	Live-OP Sinuslift	Dr. Christian Siedler
24. Juni	Freiburg	Helferinnenseminar Assistenz in der Implantologie 14.00–19.00 Uhr, genaues Thema wird noch bekannt gegeben	Willi Seidenberger, Ansgar Bange
24. Juni	Kassel	Klinischer Nachmittag	Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden
24. Juni	Dresden	ZUKUNFT BRAUCHT HERKUNFT – 10 Jahre CAMLOG® Implantatsystem	Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Dr. Guido Petrin, Dr. Frank Schwarz, Dr. Claudio Cacaci, ZTM Gerhard Stachulla, Dr. Florian Beuer, Moderator Dr. Hans-Jürgen Hartmann
24. Juni	Karlsruhe	Faszination Implantologie – Hands-on	ZT Peter Buddrus-Breil
26. Juni	Nürnberg-Boxdorf	Assistenz in der oralen Implantologie – praktischer Intensivkurs für die OP-Assistenz, 9.00–18.00 Uhr	Dr. Martin Gollner, ZMF Elke Zaiss
26./27. Juni	Leipzig	„Fit for Implants“ – Großer 2-Tages-Implantologie-Kurs in Chirurgie und Prothetik mit Hands-on am Tierpräparat	Dr. Thomas Barth
27. Juni	Unterschleißheim	Implantatprothetik Kurs für Zahnärzte und Zahntechniker	Dr. Ralf Masur

Weitere Informationen erhalten Sie bei: www.camlog.de oder Tel.: 070 / 44 94 45-600



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

Ich bin interessiert an:

- CAMLOG Produktkatalog 2009
- Das CAMLOG® Implantatsystem – Wissenschaft und Praxis
- Terminvereinbarung Vertriebsmanager
- Informationen über die **camlog foundation**
- CAMLOG Imagebroschüre

Absenderangaben

Name _____ Vorname _____

Titel _____

Praxis _____

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 94 45-000**



DREI EX-MÄNNER, ZWEI PUDEL
EIN **LIEBHABER**
UND EIN SICHERES **IMPLANTAT**

Das Leben bringt Veränderungen. Camlog bleibt stabil.
Weitere Infos: www.camlog.de

a perfect fit®

camlog