

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

DECEMBER 2012

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 2 | NUMMER 10



Nazorg cruciaal bij implantologie

Interview met Gordon van der Avoort

Pagina 6-7



Wildgroei aan copycats

Implantaatmarkt sterk in beweging

Pagina 11-14



Esthetiek uit de fabriek

Digitaal afdrucken heeft de toekomst

Pagina 17-18

‘Implantaatkloon’ maakt naam vaak niet waar



Het schaap Dolly was een volledig identieke kloon, wat niet gezegd kan worden van veel ‘identieke en volledig compatibele’ implantaatmaterialen die momenteel de markt overspoelen.

VAN DE REDACTIE

UTRECHT - De tijd dat de markt voor implantaatmaterialen bestond uit een paar grote fabrikanten en enkele kleintjes is voorbij. Anno 2012 zijn er maar liefst 250 aanbieders die tot buiten de eigen regio opereren. Tot de nieuwe spelers behoren respectabele leveranciers, maar ook zogenaamde *copycats* die op het klonen van vooraanstaande systemen hun businessmodel baseren.

Voor de eindgebruiker is daar in principe niets mis mee, maar het wordt riskant als een ‘kloon’ zijn belofte niet kan waarmaken. “Veel zogenaamd identieke en compatibele materialen lijken in de verste verte niet op het origineel,” waarschuwt Jaco de Ruiter van Thommen Medical Benelux. “Je mag er dan niet zomaar dezelfde eigenschappen en kenmerken aan toeschrijven als aan het nagemaakte product.”

Ook prof. dr. Marco Cune constateert een opkomst van vaak zeer voordelige copycats. “Je kunt moeilijk vaststellen hoe exact die

kopie daadwerkelijk is. Als je een product hebt gebruikt waarvan de kwaliteit niet gegarandeerd bleek, heb je als tandarts iets uit te leggen.” De Ruiter vindt zelfs dat tandartsen die twijfelachtige, zeer goedkope implantaten uitproberen, hun patiënten als menselijke proefdieren gebruiken. Over deze en andere ontwikkelingen op de implantaatmarkt leest u in de uitgebreide reportage op pagina 11-14.

Onbetrouwbare implantaatmaterialen kunnen de oorzaak zijn van complicaties, behandelfalen of peri-implantitis. Goede nazorg na een implantologische behandeling is echter minstens zo bepalend, betoogt Gordon van der Avoort in deze krant. “Helaas ontbreekt het vaak aan kennis over nazorg. Het is een blamage voor de implantologie als implantaten daardoor verloren gaan,” aldus de tandarts-parodontoloog/implantoloog. In het interview (pagina 6-7) noemt hij een aantal aandachtspunten voor het PMO, zoals het evalueren van de occlusie en articulatie van de prothetische constructie. ■

“BePerfect Clinics failliet na hoge boete NZa”

TEKST: BEN ADRIAANSE

AMSTELVEEN - BePerfect Clinics BV heeft door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een boete opgelegd gekregen, die volgens de mondzorgketen 324.000 euro bedraagt. De NZa noemt de overtredingen, die verband hielden met de wijze van declareren en factureren van orthodontische behandelingen met Invisalign-beugels, “zeer zwaar”. Volgens de zorgautoriteit is de hoogte van de boete mede bedoeld om andere potentiële overtreders af te schrikken. Een faillissement en spoedige sluiting van Perfectsmile Amstelveen is aanstaande, vertelde eigenaar Jesse Bartels aan *Dental Tribune*.

BePerfect Clinics is de bedrijfsnaam achter Perfectsmile Amstelveen. De andere vestigingen van de keten, in onder meer Den Haag, Eindhoven en Maastricht, zijn franchiseondernemingen en blijven vooralsnog geopend. Perfectsmile wordt in de mondzorgwereld met argusogen gevolgd vanwege de commerciële wijze waarop niet-risicoloz cosmetic ingrepen zoals bleekbehandelingen werden aangeboden.

Het vernietigende rapport van de NZa laat zien dat de Amstelveense kliniek van 2009 tot 2011 de geldende tariefcodes stelselmatig aan zijn laars lapte. Regelmatig werden tarieven voor prestaties gerekend die boven het geldende maximumtarief lagen. Ook bracht Perfectsmile prestaties in rekening die zij volgens de tariefbeschikkingen van de NZa niet in rekening had mogen brengen. De zorgautoriteit concludeert verder dat de berekende techniekkosten de daadwerkelijk gemaakte kosten overschrijden en dat een aantal van deze handelingen bovendien verwerkt behoren te zijn in andere tariefcodes.

FAILLISSEMENT

Jesse Bartels, voor wie de boete ook een persoonlijk faillissement betekent, heeft geen goed woord over voor de handelswijze van de NZa. Hij kan zich in geen van de aantijgingen vinden en vindt de straf, die volgens hem door de zorgautoriteit eerst op 810.000 euro werd vastgesteld maar door de rechtbank werd verlaagd, buiten elke proportie. “Het is schandalig dat wij als voorbeeld worden gebruikt. Sinds 2004 heb ik

al mijn geld en tachtig uur per week in Perfectsmile gestopt. Misschien vindt de NZa het prettig om op deze manier haar punt te maken, maar ik zit hierdoor de rest van mijn leven aan de grond en onze patiënten komen op straat te staan,” aldus de aangeslagen eigenaar van moederbedrijf BePerfect Clinics.

Bartels vindt dat hij wel degelijk gerechtigd was om extra techniekkosten te berekenen. De NZa vraagt zich in het rapport af waar deze voor diende, aangezien de leverancier de beugels kant-enklaar afleverde. “Het tandtechnische werk vindt grotendeels plaats voordat je de beugel binnen hebt,” legt Bartels uit. “De beugel is het eindproduct, die komt niet uit de lucht vallen. De afdrucken moeten beoordeeld, ingestuurd en gescand worden, de simulaties moeten beoordeeld worden, enzovoort. Dat heb ik de NZa al twintig keer uitgelegd, maar blijkbaar begrijpen ze het niet.”

De NZa deelt de visie van Bartels niet en is van mening dat de kliniek wel degelijk voordeel verkreeg uit de foute declaraties.

> lees verder op pagina 3

straight. dental equipment

Eindejaarsaanbieding



actieprijs
€ 1.999

Klasse B autoclaaf, 18 liter, inclusief ingebouwde printer
Actie tot 15 januari, prijs excl. BTW

Voor meer informatie en voorwaarden:
www.straightdental.com of mail info@straightdental.com

dental units | thermodesinfectoren | compressoren

Korenmolenweg 5, Haaksbergen

Progressive Orthodontic Seminars



Op 19 - 22 april 2013 start Progressive Orthodontic Seminars (POS) alweer met de 23e cursus orthodontie onder auspiciën van Donald B. McGann DDS

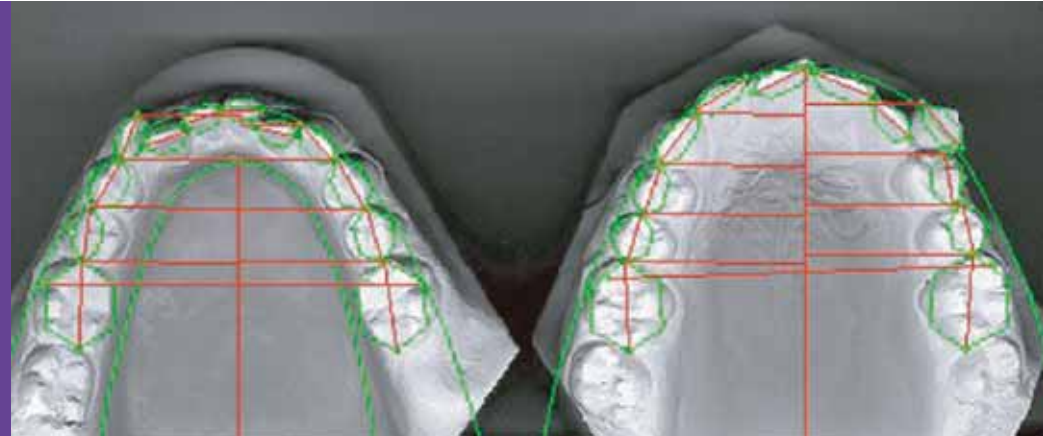
Cursus Orthodontie

De complete cursus orthodontie omvat een trainingsprogramma, waarin naast diepgaande theoretische kennisoverdracht ook plaats wordt ingeruimd voor praktijktrainingen.

Na voltooiing van het programma is men in staat een groot aantal orthodontische afwijkingen bij zowel kinderen als volwassenen effectief te diagnosticeren en met succes te behandelen. Tijdens de workshops wordt gewerkt met uitneembare en vaste apparatuur.

De complete cursus bestaat uit 12 x 4 dagen verdeeld over een periode van 1,5 tot 2 jaar.

Inbegrepen in de kosten voor de cursus is een door POS ontwikkelde software. Deze software wordt tijdens de cursus gebruikt, maar zal voor u ook daarna een waardevol programma zijn bij de behandeling van uw patiënten.



Gratis introductie seminar!

Als u onze cursisten heeft gesproken, dan heeft u ongetwijfeld gehoord over de hoge kwaliteit van onze seminars.

U bent welkom om dit zelf te ervaren op het **GRATIS** seminar dat wij geven op zaterdag 23 maart 2013 in Amstelveen.

U kunt zich hiervoor opgeven bij:

Progressive Holland Inc.
Tel: 020 647 22 72

Kosten
€ 1.475,00 per seminar inclusief lunch

Cursuslocatie
Amstelveen

Tel. informatie
020 647 22 72

Fax
020 640 14 77

e-mail
posortho@xs4all.nl

Progressive Orthodontic Seminars
Jupiter 129
1188 EE
Amstelveen
www.posortho.com



Donald B. McGann DDS

De vooraanstaande Amerikaanse tandarts en zijn ervaren medewerkers zetten zich wereldwijd in voor de Progressive Orthodontic Seminars. In korte tijd ontdekten ruim 400 Nederlandse tandartsen de nieuwe en vooral succesvolle methodes van Donald B. McGann.

> vervolg van pagina 1

“Ons rapport laat zien dat het om enkele tonnen gaat,” aldus woordvoerder Hanneke Miedema van de NZa. “Het is overduidelijk dat in de administratie van de techniekkosten de voorschriften niet zijn gevolgd.” Zo was het volgens de NZa in 2009 in het geheel niet toegestaan additionele techniekkosten te rekenen, omdat deze inbegrepen waren in de tarieven voor behandeling met apparatuur.

VASTE PRIJZEN

Cruciaal in deze zaak is dat BePerfect Clinics haar tarieven vaststelt op basis van vaste totaalprijzen, die nauwelijks te herleiden zijn tot tariefcodes. De kliniek bepaalde een prijs voor een compleet Invisalign-traject, waarbij voor een aantal prestaties volgens de NZa een te hoog tarief werd berekend. Op de totaalprijs werden echter flinke kortingen gegeven, waardoor deze volgens Bartels lager zijn dan bij andere Invisalign-aanbieders.

Desondanks laat de NZa weten dat de keten te hoge of onterechte tarieven heeft berekend en dat patiënten daarom gecompenseerd dienen te worden. Bartels: “Dat is de grootst mogelijke onzin. Wij zijn de goedkoopste aanbieder van de Invisalign, dus hoe kan de NZa ons verwijten dat wij te hoge tarieven rekenen? Wie weet vonden ze juist dat we te goedkoop waren, waardoor de concurrentie er last van had. Niemand is de dupe geweest van onze prijsstelling. Onze patiënten hebben al-

“BePerfect Clinics haalde tonnen voordeel uit foute declaraties”

tijd van tevoren geweten hoeveel de behandeling ging kosten en hebben daarmee ingestemd. Hoe transparant wil je het hebben? En als onze patiënten tevreden zijn, wie is dan de NZa om zich daarmee te bemoeien?”

Volgens Miedema is het duide-

lijk dat de situatie bij BePerfect niet ongestraft kon doorgaan. “Als je in Nederland een mondzorgpraktijk wilt voeren, dan moet je je aan de regels houden. Dat heeft Perfectsmile Amstelveen wat ons betreft niet gedaan. Het is belangrijk dat de tariefopbouw volgens een vast stramien gebeurt, zodat de patiënt kan vergelijken met andere aanbieders. Wat deze kliniek deed, mag gewoon niet.”

“REGELS ZIJN REGELS”

Dat de door de NZa vastgestelde tarieflijsten voor de mondzorg in Nederland leidend zijn, is welbekend en duidelijk zichtbaar bij elke andere mondzorgpraktijk. Had Bartels niet kunnen voorzien dat de administratieve gang van zaken bij BePerfect Clinics hem vroeg of laat in de problemen zou brengen? “Daar hebben we wel over nagedacht,” geeft Bartels toe. “Het lastige is, dat wij behandelbaar zijn, maar tegelijkertijd ook een tandtechnisch laboratorium (Bartels is zelf tandtechnicus van beroep, red.). We hebben ons niet gerealiseerd dat dit problemen



kon opleveren. Dat was een enorme blunder, wat niet wegneemt dat de straf buitensporig is.”

De aanklacht beperkte zich niet tot onduidelijke informatie over het tandtechnische gedeelte. Het werken met een vaste prijs betekende dat achter de schermen soms geschoven werd met tariefcodes. Zo signaleerde zorgverzekeraar DSW in 2010 dat BePerfect regelmatig een dubbele aanvangstoeslag declareerde. Hierop crediteerde de kliniek de aanvangstoeslag, maar werd hetzelfde bedrag gecompenseerd met een verhoging van de gedeclareerde techniekkosten. Met deze boekhoudkundige truc werd alsnog de met de patiënt overeengekomen, vaste prijs bereikt.

“Regels zijn regels, dat kan ik wel volgen,” aldus Bartels. “Maar als ze daar nu gelijk in hebben en wij hebben ons niet aan de codes gehouden, ga je dan een boete opleggen die zo hoog is dat een bedrijf direct ten onder gaat?” Bartels is over de huidige codestructuur maar matig te spreken. De NZa merkt in het rapport echter op dat als een zorgverlener het niet met de codestructuur eens is, hij dit bij de verantwoordelijke

“Het is te krankzinnig voor woorden”

instantie aan de kaak moet stellen en de voorschriften niet naast zich neer moet leggen.

Het is niet voor het eerst dat de NZa de “zeer zware overtredingen” van de keten aan de kaak stelt. Eind 2011 haalde een eerder alarm over de tarieven van BePerfect al de landelijke media. “Die verdachtmakingen hebben er voor gezorgd dat onze omzet sterk is teruggelopen,” constateert Bartels. “We zijn van alle kanten zwartgemaakt en dat blijft natuurlijk ook bij patiënten hangen. Voor onze medewerkers was het een stressvolle tijd. Ik moest een keer naar Utrecht voor wat een soort verhoor bleek te zijn en daar stonden ze tegen me te schreeuwen. Ze leken te denken dat ze één of andere misdadiger voor zich hadden.”

Behalve op de concrete aantijgingen heeft Bartels ook kritiek op de wijze waarop de NZa haar bewijs heeft verzameld. “De NZa heeft voor een belangrijk deel gevaren op de verklaringen van twee tandartsen die in het verleden behandelingen in opdracht van Perfectsmile hebben uitgevoerd. Tegenwoordig runnen zij echter een concurrerende praktijk en hebben zij geen kans nagelaten om ons in de afgrond te duwen. Zij bieden dezelfde behandeling aan als wij, maar dan veel duurder. Hoe objectief kun je hen nog noemen?”

Inspectie voor de Gezondheidszorg moet inkrimpen

AMSTERDAM - De top van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) moet kleiner, de regiokantoren in het land moeten dicht, maar op de werkvloer moeten er ongeveer vijftig werknemers bijkomen. Dat zijn de belangrijkste adviezen van oud-minister Winnie Sorgdrager en onderzoeker Koos van der Steenhoven, die ieder afzonderlijk onderzoek deden naar de manier waarop de inspectie klachten afhandelt. Ze presenteerden hun bevindingen en adviezen maandag aan minister Edith Schippers van VWS.

Sorgdrager en Van der Steenhoven adviseerden inspecteurs minder tijd te laten besteden aan het uitgebreid rapporteren en vaker onaangekondigde inspectiebezoeken te laten uitvoeren.

Uit de onderzoeken bleek verder dat de IGZ te lang doet over de afhandeling van klachten. Ook is

er geen speciale aanpak voor zeer ingewikkelde dossiers en moet het ICT-systeem van de IGZ flink verbeterd worden.

Tussen 2005 en 2012 duurde het gemiddeld 200 dagen om een dossier af te ronden, maar bij individuele gevallen liep dit vaak op tot meer dan een jaar. Inmiddels heeft de inspectie de doorlooptijd terug weten te brengen naar 125 dagen.

Ten slotte stelt het rapport dat de verwachtingen van burgers ten opzichte van de inspectie niet juist zijn. Mensen gaan ervan uit dat de inspectie een klacht in behandeling neemt, terwijl zij meestal doorverwezen worden naar een klachtencommissie van de betrokken zorginstelling. De IGZ gebruikt de meldingen enkel als signaal en dat moet beter worden gecommuniceerd aan klagen- de burgers. (bron: Zorgvisie) ■

De NZa werpt tegen dat zij een zorgvuldige afweging heeft gemaakt welke verklaringen al dan niet en in welke mate werden meegewogen. Volgens Miedema staat een objectief oordeel daarbij voorop. Bartels heeft hier twijfels bij. “Zij hebben in onze computer ingebroken om te zoeken naar fouten in onze administratie. En nu worden zij nota bene beschermd in het NZa-rapport doordat hun namen onleesbaar zijn gemaakt. Het is te krankzinnig voor woorden.”

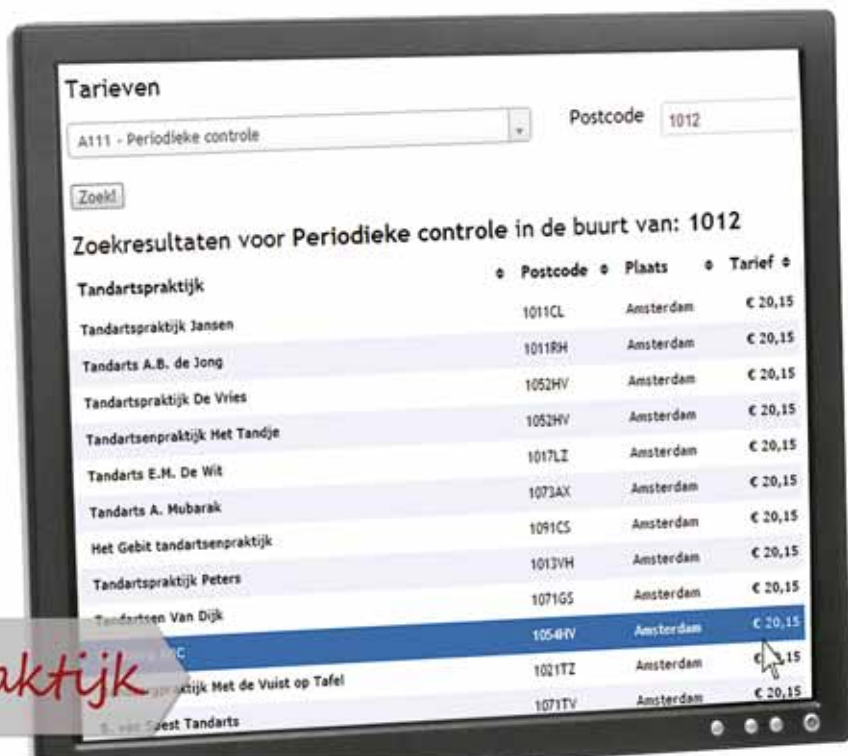
SIGNAAL

De laatste maanden heeft de NZa regelmatig praktijken op de vingers getikt die niet volgens de regels declareren. In augustus ontving de Groningse tandartspraktijk Eurosmile nog een boete voor het stelselmatig declareren van een verkeerde prestatiecode. Of er momenteel ook onderzoeken lopen naar andere tand-

artspraktijken, wil de NZa niet bevestigen. “Met onze boetebe- sluiten geeft het NZa een signaal naar andere zorgaanbieders. Wij laten hiermee zien dat wij onze taak als toezichthouder serieus nemen en dat overtreders niet vrijuit gaan,” aldus Miedema.

Wat er met de overige praktijken van Perfectsmile gaat gebeuren, is onduidelijk. Omdat BePerfect Clinics wederom bezwaar heeft gemaakt tegen de boete, zal de NZa wellicht nog een afwijkend boetebedrag vaststellen. Bartels heeft faillissement aangevraagd voor de hoofdvesting in Amstelveen. Hiermee komt dus hoogstwaarschijnlijk een einde aan een deel van de ‘hippe’ mondzorgketen die landelijk bekend raakte door televisieprogramma's als Extreme Makeover en 4ME, maar uiteindelijk ten onder lijkt te gaan aan een voor- namelijk administratieve kwestie. ■

Prijsvergelijkingssites blij met vaste tarieven 2013



In de praktijk

EVs

Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofredacteur/uitgever

drs. Ben Adriaanse

Redactie

drs. Laura van Dee
drs. Joann Hebben

Cartoons

drs. Emily van Someren

Redactieadres

Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het tandheelkundige vakgebied.

© 2012 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

Aanmelden

De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, tandartsen-specialisten, mondhygiënisten, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprothetici en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop

Harry Velthuis, accountmanager.
Postbus 545, 3990 GH Houten.
Telefoon: 06-531 55 262.
E-mail: velthuis@dental-tribune.nl.
Linda Schriekenberg, medewerker mediaorder. Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

Tandheelkundige polissen 2013 vaak niet transparant



Het is maar de vraag of de gemiddelde consument nog de weg weet in het doolhof van vergoedingen van de steeds kariger mondzorgpolissen. (Villa Pisani, Venetië; foto: P Tasso)

HOUTEN - Een aantal zorgverzekeringen verstrekt geen transparante informatie over hun tandheelkundige polissen voor 2013. Dat blijkt uit onderzoek van Vergelijkmondzorg.nl naar de premie en voorwaarden van aanvullende tandartsverzekeringen in 2013. Ook blijkt uit het onderzoek dat zorgverzekeraars IZZ en in mindere mate Menzis hun tandheelkundige pakket flink hebben uitgekleeft en dat bij enkele andere zorgverzekeringen de nettovergoeding erg laag is.

Stad Holland en DSW zijn misleidend, stelt Vergelijkmondzorg, omdat ze alleen de behandelcodes in hun premieoverzicht hebben opgenomen die vergoed worden. Patiënten krijgen zo het idee dat de verzekeraars ruim vergoeden, terwijl dit niet het geval is. Ook vergoeden DSW en Stad Holland een aantal reguliere behandelingen niet, bijvoorbeeld een viervlaksvulling in het goedkoopste pakket. Ten slotte vergoeden beide verzekeraars tandsteenverwijdering maar tot 13,20 euro. "Hiermee geven deze verzekeraars aan geen prioriteit te leggen bij onderhoud en preventie van tandvleesproblematiek," aldus Vergelijkmondzorg.

Ook Agis is niet transparant. Bij deze zorgverzekeraar worden de vergoedingen van behandelingen bij gecontracteerde tandartsen vermeld, terwijl er (nog) weinig contracten tussen tandartsen en zorgverzekeraars zijn afgesloten. Consumenten zien overigens nog steeds geen heil in contracten: uit onderzoek van het NIVEL onder 7.082 verzekerden van VGZ blijkt dat 55% van hen geen prijs stelt op bemoeienis van de zorgverzekeraar bij de keuze voor een zorgverlener,

bijvoorbeeld in de vorm van contracten of advies. "Zij geven aan dat zij liever zelf een keuze maken en dat ze twijfelen aan de intenties van de zorgverzekeraar," aldus NIVEL. 40% van de ondervraagden staat wel open voor de invloed van zorgverzekeraars.

De tandheelkundige polissen van IZZ en Menzis zijn kariger geworden. IZZ vergoedde voor het basispakket tandheelkunde in 2012 nog 750 euro en dat is nu teruggebracht tot 250 euro. Menzis vergoedt veel codes niet en heeft de vergoedingspercentages van veel behandelingen van het beste tandartspakket, TandVerzorgd 3, van 100% teruggebracht naar 80%. Dit terwijl de premie van TandVerzorgd 3 met 13,5% is verhoogd. Menzis werkt als enige verzekeraar niet met een maximum uit te keren bedrag per jaar, maar limiteert de vergoeding per behandeling.

Ten slotte vergoeden een aantal tandheelkundige verzekeringen, T@nd 50 van TakeCareNow! en T Start van Avéro Achmea, zo beperkt dat de premie nagenoeg gelijk is aan de uitkering. De premie voor T@nd 50 bedraagt per jaar 45 euro en het maximaal uit te keren bedrag 50 euro, waarmee het nettovergoedingspercentage op 10% ($50-45=5$ en $5:50=10\%$) uitkomt. Bij T Start is het percentage nettovergoeding 15%. "Het zou transparanter zijn als deze pakketten 'gespreide betalingsregeling' zouden heten," concludeert Vergelijkmondzorg.

Verzekeraars VGZ, Univé, Sal-land, OZF, Energiek, OHRA, FBTO en ONVZ voldoen volgens Vergelijkmondzorg.nl wel aan de transparantievoorwaarden. (bronnen: Vergelijkmondzorg.nl, NIVEL) ■

Tuchtcollege berispt Zwolse tandarts

ZWOLLE - Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft een Zwolse tandarts een officiële waarschuwing gegeven omdat hij zijn assistente bij behandeling van een 17-jarige patiënte te veel werkzaamheden heeft laten verrichten. Volgens de patiënte zorgde dit voor veel pijn-

klachten en een slordige afwerking.

De assistente vulde door de tandarts uitgeboorde gaatjes zonder toezicht en bracht drie-vlaksvullingen aan terwijl ze alleen was opgeleid voor het aanbrengen van eenvlaksvullingen. Ook kon de tandarts niet aan-

nemelijk maken dat hij tijdens de behandeling duidelijk met de patiënte heeft gecommuniceerd over de te verrichten handelingen.

De tandarts gaf aan dat hij dacht dat er sprake was van een geslaagde behandeling zonder complicaties. (bron: De Stentor) ■

Mondbeugel effectief bij obstructief slaapapneu

GRONINGEN - Veel mensen zijn chronisch vermoeid omdat zij slecht slapen door slaapapneu. Michiel Doff, kaakchirurg in opleiding, onderzocht de effecten van het 's nachts dragen van een mondbeugel. Hij promoveerde op 28 november aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Bij meer dan de helft van de mensen met milde of matige slaapapneu verminderden de klachten aanzienlijk nadat zij twee jaar met een mondbeugel hadden geslapen, zo bleek uit het onderzoek. De mondbeugel houdt de onderkaak tijdens het slapen naar voren. Dat voorkomt dat de onderkaak en tong naar achteren zakken en de luchttoevoer ter hoogte van de keel geblokkeerd raakt.

Verder concludeert Doff dat langdurig gebruik van een mondbeugel de stand en positie van de

tanden en kiezen iets kan veranderen. Dit kan een minder gunstige beet tussen de boven- en onderkaak veroorzaken. "Het is daarom belangrijk dat de mondbeugel wordt gemaakt door een tandarts die geschoold is in tandheelkundige slaapgeneeskunde," aldus Doff. "Ook is regelmatige controle nodig van het gebit en van het effect van de behandeling."

Ongeveer 5% van de mannen en een iets lager percentage vrouwen in Nederland heeft last van slaapapneu. Zij snurken veel en hebben last van afsluiting van de bovenste luchtwegen. Patiënten met slaapapneu slapen slecht omdat ze doorgaans meerdere keren per nacht met een schok wakker worden door ademstilstand. Overdag zijn ze vaak erg slaperig en prikkelbaar. Bij meer dan vijf ademstilstanden per uur slaap is sprake van obstructief slaapapneu,

dat een verhoogd risico op hart- en vaatziekten geeft. Mensen met ernstige slaapapneu krijgen veelal tijdens het slapen een masker op dat zorgt voor positieve drukbeademing. Dit is echter belastend en kan leiden tot verminderde therapietrouw.

Het slapen met een mondbeugel (mandibulair repositieapparaat, ofwel MRA) blijkt een effectieve behandelmogelijkheid voor milde en matige slaapapneu. Sinds 2010 wordt de mondbeugel vergoed door de ziektekostenverzekeraar bij bewezen obstructief slaapapneu. "We hebben nu vastgesteld dat een mondbeugel ook op langere termijn effectief," vertelt Doff. "In het begin kunnen mensen last krijgen van extra speekselvloed, droge mond, pijnlijke kauwspieren en kaakgewrichten. Deze klachten gaan meestal na verloop van tijd weer over." (bron: UMCG) ■

Kritiek op orthodontiekorting door NZa

UTRECHT - De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) publiceerde vorige week de definitieve tarieflijst voor de mondzorg in 2013. Het bericht liet lang op zich wachten en dat zorgde voor de nodige verontwaardigde reacties op Twitter: "Omdat de NZa zo laat is met de tandartstarieven valt er voor tandarts en patiënt eigenlijk te adviseren noch te kiezen. 'Wanvertoning,' schreef tandarts Raktoe uit Arnhem.

Op de verrichtingenlijst van 2011 is een indexatie van 4,5% toegepast. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zijn erg tevreden met de lijst, maar de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Vereniging van Orthodontisten (VvO) hebben kritiek op de korting op de orthodontietarieven.

ZN en NPCF zijn vooral erg blij met de invoering van max-max-tarieven, omdat zorgverzekeraars hierdoor volgens hen de ruimte krijgen om investeringen in kwaliteit extra te belonen. Dankzij de max-max-tarieven kunnen mondzorgprofessionals met verzekeraars afspraken maken over 10% extra vergoeding op het maximumtarief, bijvoorbeeld omdat ze een kwaliteitskeurmerk willen en daarvoor kosten moeten maken. De extra 10% betaalt de zorgverzekeraar.

Ook over de aangekondigde tweede korting op de orthodontie van 16% zijn ZN en NPCF te spreken. "Uit kostenonderzoek van de NZa in 2010 bleek dat de tarieven te hoog waren. De NZa besloot in 2011 al om de orthodontietarieven

met in totaal 32% te verlagen," haalt ZN aan. De NMT reageerde echter verbolgen. "De korting op orthodontie van 16% betekent dat we teruggaan naar de oude werkelijkheid. Wij maken hier bezwaar tegen."

De VvO vreest dat de prijzen van sommige beugels onder de kostprijs komen en daardoor niet meer aangeboden kunnen worden. Ook denkt de vereniging dat lage prijzen tot verschralling van de orthodontische zorg zullen leiden. "Pas afgestudeerde orthodontisten kunnen geen eigen praktijk meer starten omdat ze geen financiering meer krijgen. Tegelijkertijd stoppen oudere or-

In het besluit van de NZa is verder opgenomen dat er voor de nieuwe verrichtingen Preventieve voorlichting en instructie (Mo1), Evaluatie preventie (Mo2) en Gebitsreiniging (Mo3) door de NZa een tijdsgebonden (per 5 minuten) tarief wordt vastgesteld. De gedachte hierachter is dat deze verrichtingen min of meer in elkaar kunnen overlopen en dat de zorgverlener, ongeacht of het nu instructie betreft of gebitsreiniging, de benodigde tijd in rekening kan brengen.

Daarnaast worden de bestaande verrichtingen voor de (gecompliceerde) extractie (H10 en H30) samengevoegd tot één nieuwe verrichting. Het tarief voor deze nieuwe prestatie is bepaald op 7,5 punten, wat met de puntwaarde voor 2013 uitkomt op ongeveer 40 euro. Hiermee is de arbitraire grens tussen 'gewoon' en gecompliceerd weggenomen en is het tarief voor de extractie meer in lijn met de onderliggende prestatie. De verrichting H35, gecompliceerde extractie met opklap, blijft ongewijzigd.

Overigens verloor de NMT deze week met vijf andere tandartsorganisaties in hoger beroep de zaak die zij had aangespannen tegen de Staat vanwege 'onbehoorlijk bestuur' van de minister bij het stopzetten van de vrije tarieven. Er zou onzorgvuldig gehandeld zijn om het experiment te stoppen en de minister had een vormfout gemaakt, maar de rechter ging hier niet in mee. De uitspraak volgt op het eerder verloren kort geding in september. (bronnen: NMT, ZN, VvO, NPCF, NZa, Het Parool) ■

„De korting leidt tot verschralling in de orthodontische zorg“

thodontisten eerder, omdat investeringen niet meer terugverdiend kunnen worden. Het gevolg van beide ontwikkelingen is dat er weer wachtlijsten ontstaan."

Volgens de VvO is een beugelbehandeling bij de tandarts geen optie, omdat cijfers van zorgverzekeraars uitwijzen dat die veel duurder zijn dan bij de orthodontist. Gerard Steenvoorden, voorzitter van de VvO, vertelt aan *Het Parool*: "Ik stop met het behandelen van volwassenen. Zij hebben meestal ingewikkelder behandelingen nodig en die zijn met deze tarieven te kostbaar. Kinderen blijf ik nog wel behandelen, want ik neem aan dat de tarieven volgend jaar snel herzien zullen worden."



rdv Dental
Donatusstr. 157b
D-50259 Pulheim
(Keulen)
info@rdv-dental.de
+49 (0) 2234.40640

Dit houdt u niet voor mogelijk!
www.rdv-dental.de

Gereviseerde tandheelkundige apparatuur! Van behandelingsunit tot complete praktijkinrichting. Montage in heel Nederland! In onze showrooms vindt u doorlopend meer dan 250 gebruikte behandelingsunits! Inclusief garantie! Advisering? Financiering? Leasing? Geen probleem! Wij staan met al onze kennis en deskundigheid tot uw beschikking!



Passie voor perfectie

SAVE THE DATE



MEGAGEN
EUROPEAN SCIENTIFIC MEETING 2013
MAASTRICHT

www.megagenbenelux.nl/esm2013



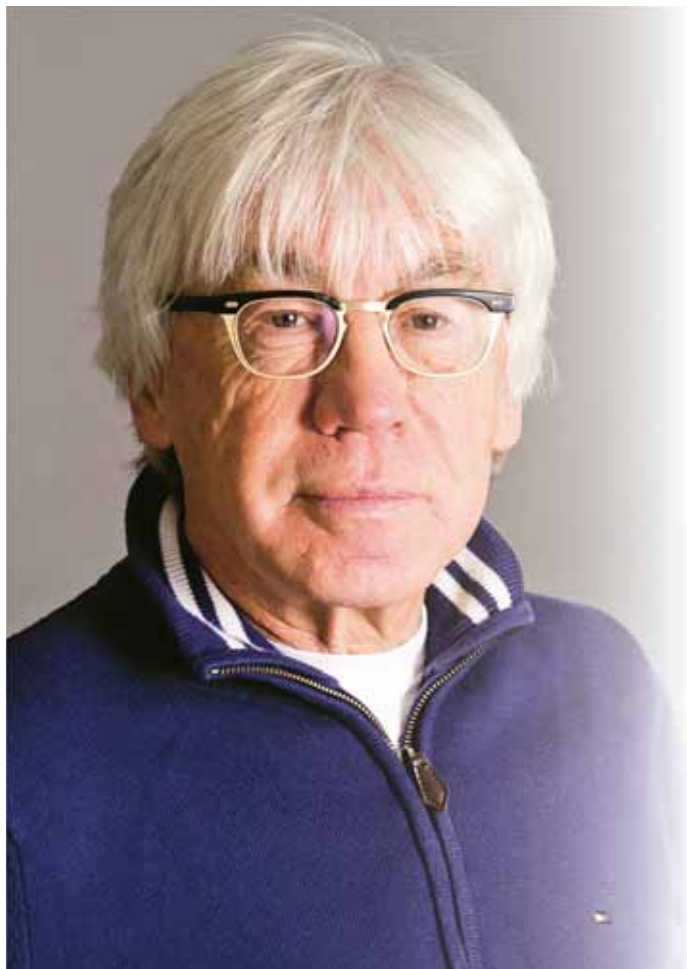
Wilt u op de hoogte blijven van de ESM 2013 en van andere MegaGen seminars? Neem dan contact met ons op:

E event@megagenbenelux.nl

T +31 (0)88 84 84 100

W www.megagenbenelux.nl





“Door slechte nazorg gaan kostbare implantaten verloren”

Interview met Gordon van der Avoort, tandarts-parodontoloog/implantoloog

TEKST: LAURA VAN DEE
FOTO: ALBERTJAN DUIN

In interviews en artikelen over implantologie gaat het vaak over botstructuren, materialen en technische instructies. De organisatie en nazorg rond een implantaatbehandeling krijgt daarbij weinig aandacht. Onterecht, vindt tandarts-parodontoloog/implantoloog Gordon van der Avoort. In de lezing die hij binnenkort geeft op het congres Im-

“Er zijn nauwelijks contra-indicaties meer voor implantaten”

plantologie2013 (1 februari in RAI Congrescentrum Amsterdam) zal de docent Orale Implantologie en Prothetiek (ACTA) onderstrepen dat de kwaliteit van nazorg het succes van een implantaat mede bepaalt. Van der Avoort is gestopt met behandelen, maar is nog wel eremaaat en senior advisor van de Verwijspraktijk voor Tandheelkunde in Amsterdam. Daarnaast is hij betrokken bij diverse PAOT-cursussen van ACTA. Tot 2011 was hij Chef de Clinique van de afdeling Orale Implantologie en medeopleider tot tandarts-implantoloog. *Dental Tribune* sprak met Van der Avoort over de belangrijkste aandachtspunten van nazorg en complicaties bij implantaten.

Welke klachten kunnen optreden als een implantaat wordt geplaatst?

Tegenwoordig houden patiënten nauwelijks meer gezondheidsbeperkingen over aan het plaatsen van implantaten. Voorafgaand aan een implantaatbehandeling wordt de patiënt zorgvuldig gescreend. Het komt zelden meer voor dat ernstige nabloedingen of complicaties optreden. Natuurlijk kan ook nu nog een medisch

probleem ontstaan, als een patiënt tijdens de anamnese zijn medische geschiedenis niet volledig vertelt. Maar als een tandarts weet dat zijn patiënt bijvoorbeeld bloedverdunders gebruikt, neemt hij gelijk contact op met een specialist.

Er zijn weinig contra-indicaties: alleen mensen met een hoge ASA-score kunnen geen implantaten krijgen. Zelfs een hoge leeftijd is geen probleem: bij mijn oudste patiënt, zij is 83, heb ik een brug op implantaten geplaatst. Ouderen moeten uiteraard wel in goede gezondheid verkeren en hun motoriek moet goed genoeg zijn om de mondhygiëne op peil te houden.

Welke complicaties komen het meest voor?

Direct na plaatsing kunnen chirurgische complicaties voorkomen als nabloedingen, infecties, wondcomplicaties en problemen met osseointegratie. Bij een wondinfectie bestaat het risico dat het implantaat niet goed vastgroeit. Complicaties rond osseointegratie kunnen vlak na de operatie ontdekt worden of soms maanden later. Ze komen niet vaak meer voor, omdat implantaten heel goed zijn. Zelfs in relatief zacht bot is implanteren mogelijk.

Een paar maanden later kan blijken dat een implantaat niet goed gepakt heeft, terwijl er nauwelijks ontsteking is geweest. Soms voelen patiënten zelf dat er iets niet goed zit, maar lang niet altijd. Tijdens de controle kan de tandarts erachter komen dat een implantaat los zit door de plek waar geïmplanteerd is aan te raken. Vaak is het weefsel daar gevoelig en een slecht zittend implantaat kun je zo uit de kaak draaien. Gelukkig is bij een mislukte osseointegratie herimplantatie bijna altijd een optie.

Op langere termijn kunnen aandoeningen aan het zachte weefsel voorkomen, zoals mucositis, peri-implantitis en problemen met suprastructuren. Mucositis wordt veroorzaakt door een

slechte mondhygiëne, te wijten aan slechte reiniging door de patiënt en soms ook slechte voorlichting. Peri-implantitis ontstaat uit niet of onvoldoende behandelde mucositis. Peri-implantitis is in de internationale mondzorg een 'hot topic' omdat het voor botafbraak zorgt bij implantaten. Bovendien komt het vaak voor: de percentages lopen, afhankelijk van de publicatie, uiteen van 15% tot 40%. Bij ACTA hebben we daarom een apart spreekuur voor patiënten met peri-implantitis.

Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van infectieuze complicaties?

De belangrijkste risicofactoren zijn een slechte mondhygiëne en de bacteriële samenstelling van de biofilm. Er zijn aanwijzingen dat bij het ontstaan van peri-implantitis de biofilm een belangrijke rol speelt. Een medische geschiedenis van parodontale aandoeningen, roken, stress, een slechte

“Peri-implantitis is een hot topic”

mondhygiëne, alcoholgebruik, een slechte conditie en ongecontroleerde diabetes mellitus zijn aanvullende risicofactoren.

De behandeling van peri-implantitis is vrij complex en hangt onder meer af van de mate van botafbraak. De behandeling kan bestaan uit submucosale reiniging, chirurgisch ingrijpen en soms antibiotica.

Is overbelasting ook een risicofactor?

Zeker, maar als goede voorzorgsmaatregelen genomen worden, hoeft het geen belemmering te zijn voor gunstige resultaten met implantaten. De tandarts of implantoloog moet zorgen dat het

implantaat niet overbelast wordt. Overbelasting kan worden tegengegaan door de suprastructuren (bijvoorbeeld kronen) volgens de juiste richtlijnen in occlusie te maken. Bij sterke overbelasting, bijvoorbeeld door bruxisme, kunnen preventieve maatregelen genomen worden door de patiënt 's nachts een spalk te laten dragen en advies te geven over zijn kauwgedrag. Soms breekt een implantaat door overbelasting. Er kan dan opnieuw geïmplanteerd worden, maar met een herzien behandelplan.

Besteedt de tandarts voldoende tijd aan screening en nazorg?

De laatste jaren gebeurt de screening in Nederland redelijk zorgvuldig, maar hoewel implantologie wereldwijd *booming* is, wordt internationaal onvoldoende aan nazorg gedaan. Het is uit den boze om bij slechte poetsers, die altijd ontstoken tandvlees hebben, implantaten te plaatsen. Toch gebeurt dat wel. Op veel continenten zijn geen mondhygienisten en wordt weinig aan parodontologie gedaan.

Waar het bij Nederlandse tandartsen vaak aan ontbreekt is een goed behandelplan waarin alle risicofactoren zijn verwerkt. In het behandelplan moeten ook alle aspecten van het gebit verwerkt worden. Bij gebrek hieraan verwijzen algemeen practici niet altijd nauwkeurig door naar implantologen en kaakchirurgen. Soms bestaat de verwijzing uit een briefje met de tekst “implantaat op deze plek plaatsen s.v.p.” Voor één implantaat is dat geen probleem, maar vaak gaat het om gecompliceerde behandelingen met meerdere implantaten en uitgebreide suprastructuren. Ik pleit ervoor dat de algemeen practicus die zelf geen implantologie beoefent, beter leert doorverwijzen naar de implantoloog.

Hoe komt het dat de algemeen practicus moeite heeft be-

handelplannen op te stellen?

In de opleiding is pas de laatste jaren aandacht gekomen voor diagnostiek en behandelplanning. De meeste tandartsen zullen hier dus niet veel onderwijs over hebben gehad. Studenten van ACTA moeten tegenwoordig leren hoe je een behandelplan opstelt. Hoeveel implantaten zijn nodig? Welke suprastructuren maak ik erop? Ga ik de suprastructuren zelf plaatsen?

Ik vind dat het maken van suprastructuren tot het takenpakket van de tandarts behoort, omdat die verantwoordelijk is voor zijn patiënten. Op dit moment maken de meeste tandartsen niet zelf de suprastructuren, omdat ze er geen opleiding in hebben gehad. Gelukkig wordt het studenten bij ACTA nu wel geleerd en is het een steeds populairder onderdeel. Voor moeilijke suprastructuren is eigenlijk een prosthodontist nodig. In de Verenigde Staten bestaat daarvoor een driejarige specialisatie. Het zou goed zijn als die specialisatie ook in Nederland komt. Ik denk echter dat dat voorlopig niet gaat gebeuren, want er is weinig belangstelling voor.

Zouden meer tandartsen ervoor moeten kiezen om implantologie te beoefenen?

Niet per se, dat verschilt per praktijk. Het is alleen nuttig om je als algemeen practicus toe te leggen op implantologie als je regelmatig implantaten plaatst. Bij slechts een paar behandelingen per jaar zou ik het afraden, omdat je dan niet genoeg ervaring opdoet. Mijn ervaring is dat tandartsen die implanteren vroeg of laat tegen complexe situaties aanlopen. Het is daarom belangrijk dat ze een collega hebben, bijvoorbeeld een implantoloog, die hen desgewenst kan helpen. De complicaties zijn niet altijd eenvoudig te behandelen.

Tijdens het congres Implantologie2013 gaat u het hebben over nazorg bij

implantaten. Waarom is dit een belangrijk onderwerp?

Door slechte nazorg kunnen implantaten verloren gaan. Vorig jaar hebben wij bij de herziening van het boek *Professionele gebitsreiniging* een hoofdstuk over de reiniging van implantaten toegevoegd. Ik kwam er toen namelijk achter dat er weinig is vastgelegd over de nazorg van implantaten en besloot me erin te verdiepen. Tegenwoordig hebben wij nazorg en complicaties toegevoegd aan het onderwijsprogramma van ACTA.

Steeds meer tandartsen krijgen te maken met patiënten met implantaten. Het ontbreekt echter vaak aan kennis over nazorg. Ge-

“Het is uit den boze om bij slechte poetsers implantaten te plaatsen”

lukkig zijn steeds meer tandartsen zich ervan bewust dat deze het falen van implantaten kan voorkomen. Het is een blamage voor de implantologie als kostbare implantaten verloren gaan door slechte nazorg.

Op het congres Implantologie 2013 worden de behandeltrajecten van een drietal casussen – een frontkroon bij een meisje, een brugconstructie bij een man en een prothese bij een bejaarde vrouw – besproken. Ter afsluiting van het behandeltraject ga ik in op de diagnostiek en uitvoering van nazorg bij deze drie patiënten.

Waaruit bestaat de nazorg bij implantaten?

Tijdens het Periodiek Mondonderzoek (PMO) bij mensen met implantaten dient de tandarts een aantal zaken specifiek te controleren. Het beste zou zijn om na plaatsing van implantaten een individueel nazorgprogramma op te stellen. Tijdens het PMO moeten zowel het peri-implantaire weefsel als de prothetische constructie worden gecontroleerd.

Ten eerste moeten klinische parameters als de plaquescore, het meten van de pockets, de bloedingen na sonderen en pusvorming geëvalueerd worden. Ook röntgenfoto's zijn een belangrijk onderdeel, omdat daarmee het botniveau en eventuele botafbraak gecontroleerd kunnen

“Het ontbreekt vaak aan een goed behandelplan”

worden. Ten slotte moet de tandarts de occlusie en articulatie van de prothetische constructie evalueren. De suprastructuren mogen niet te dicht op elkaar staan, want dan zijn ze moeilijk schoon te maken. Als de suprastructuur gebroken of beschadigd is, hoe komt dat dan? Controle van de occlusie is een wezenlijk onderdeel van het PMO, omdat de krachten op een implantaat kunnen veranderen: als later een buurelement wordt getrokken, krijgt het implantaat veel grotere krachten te verwerken.

Naast een gebrek aan theo-

retische kennis over nazorg heerst onder algemeen practici onbekendheid met de praktische uitvoering van de controle. Dat moet dringend veranderen. Hoe diep en met welke kracht moet gesondeerd worden? Moeten implantaten gereinigd worden? Welke instrumenten moeten er gebruikt worden en wat is hun effectiviteit? Reiniging van implantaten moet gebeuren met plastic of keramische instrumenten, want metaal zorgt voor krasen op implantaten.

Hoe zijn mucositis en peri-implantitis te behandelen?

Mucositis is door de algemeen practicus goed te behandelen. De patiënt moet worden voorgelicht over het reinigen van de implantaten. Daarnaast moet de plaque mechanisch verwijderd worden en kan gedurende een beperkte periode een ondersteuning met chloorhexidine een aanvulling zijn. Mucositis is compleet reversibel.

Peri-implantitis is een ander verhaal. Bij lichte, beginnende

peri-implantitis kan de algemeen practicus met een goed protocol de behandeling zelf uitvoeren. Als er veel bot verloren is gegaan, zijn er complexere behandelingen nodig en zou ik patiënten verwijzen naar de implantoloog. Binnen ACTA en elders in de wereld wordt veel onderzoek gedaan naar de behandeling van peri-implantitis, maar een ideale methode is nog niet gevonden.

Welke handvatten zijn er om een nazorgplan op te stellen?

Afgelopen zomer kwam de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) met de Algemene Richtlijn Implantologie. Daarin wordt ook de nazorg behandeld. Op basis daarvan kan de algemeen practicus of implantoloog een protocol voor nazorg opstellen. Ik betwijfel echter of veel tandartsen die richtlijnen kennen. Bovendien is de richtlijn naar mijn mening niet volledig en uitgebreid genoeg en bevat deze te weinig informatie over de dagelijkse uitvoering van nazorg. ■



Orthodontics and Implantology

Since 1934



The *Exacone* implant is included in the libraries of the most common implant planning software (SimPlant® Materialise, Implant3D Medialab, Sicat-Galileos Sirona) to permit an accurate treatment plan and offer the possibility of fabricating surgical guides for a computer-assisted surgery.

MultiTech is the new abutment specifically created for CAD/CAM technology used in restorative implantology. Its distinctive design favours its capturing through dental laboratory or intra-oral scanners and customizing of its emergence profile and angulation. Thanks to the absence of oral screw hole and its consequently high mechanical strength, the geometry and specific surface of its bonding portion, *MultiTech* allows the realization of a fully patient-customized abutment. *MultiTech* offers the option to choose without any restriction among the several CAD/CAM methods using aesthetic materials like zirconium oxide and lithium disilicate.

The Digital ready implant system

For further information:

ORTHOCOM BV
Zeisterweg 81 G
3984 ZG Odijk

ORTHOCOM®
ORTHODONTICS & IMPLANTOLOGY

tel. 030-6571 666
fax 030-6572 009
info@orthocom.nl



ORIGINEEL-OP-ORIGINEEL
VOOR BETROUWBAARHEID EN KWALITEIT



Neem contact op met Straumann **(030) 600 89 00** • verkoop@straumann.com • www.straumann.nl

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

Minimaal invasieve botchirurgie

TEKST EN FOTO'S: DR. E. EMAMI

Osteotomen in de boven- en onderkaak vereisen een invasieve ingreep en gaan daarom vaak gepaard met veel botverlies. Vaak worden grote defecten veroorzaakt die niet volledig regenereren. Hierdoor wordt de aanstaande operatie bemoeilijkt en de uiteindelijke esthetiek beïnvloed. Niet zelden worden zulke defecten als relatieve contra-indicaties voor een implantologische behandeling beschouwd.

Dergelijke defecten kunnen met behulp van augmentatieve handelingen gereconstrueerd worden. Dit gaat echter gepaard met een lange behandelduur en een verhoogd risico op complicaties. Om deze redenen is het raadzaam speciale technieken toe te passen om zulke defecten te vermijden.

BONY LID-TECHNIEK

De bony lid-techniek wordt in de literatuur omschreven als een 'bone-preserving'-methode. Het kaakbot blijft hierbij zo goed mogelijk behouden. Het oorspronkelijke idee achter deze methode was om de opening in het bot bij een apexresectie te versluiten. Hierdoor kunnen de volgende ingrepen zo uitgevoerd worden, dat de buccale lamel behouden blijft en tegelijkertijd de regeneratie bevordert wordt:

- Apexresectie
- Cystectomie met behoud van de buccale wand
- Verwijderen van een diep geïmpacteerd verstandskies
- Verwijderen van een vreemd lichaam in de kaakholtte
- Verwijderen van een gefractureerd implantaat

CHIRURGISCH VERLOOP

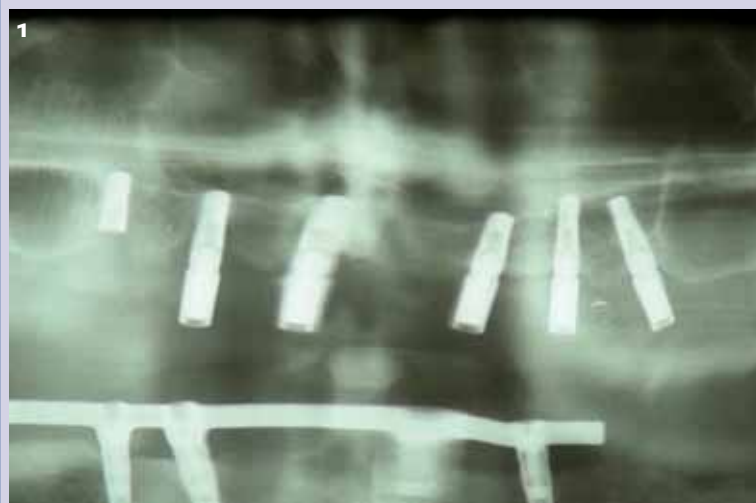
Met behulp van een diamanten zaagschijf (ø 8 mm, dikte 0,25 mm) werd de 'bone lid' uitgezaagd. De firma Dentsply Friadent levert het gehele instrumentarium voor deze techniek in één set, genaamd FRIOS Microsaw. Dankzij de Microsaw Protector wordt het omringende weefsel beschermd en kan de Microsaw in alle gebieden gebruikt worden, in het bijzonder in de onderkaak. De horizontale incisies zijn met een hoekstuk uitgevoerd, de verticale met een handstuk.

De maximale incisiediepte met de diamanten zaagschijf ligt bij ca. 3,2 mm, zodat er geen gevaar bestaat van zenuwbeschadiging in het retromolaarbereik van de onderkaak wanneer het bot verwijderd wordt.

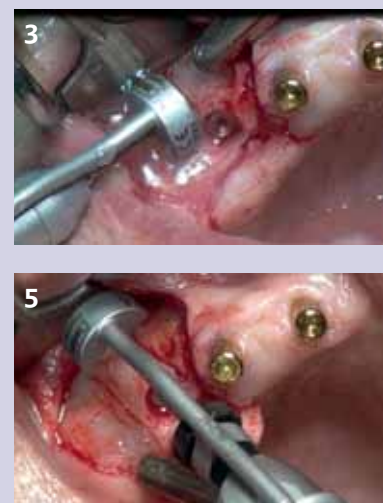
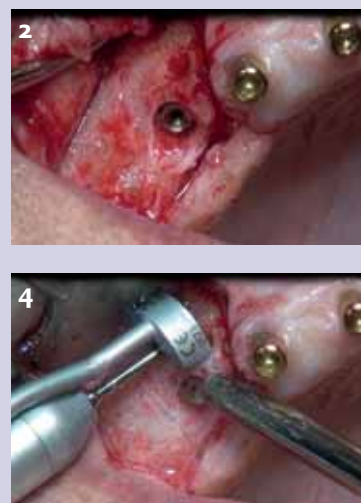
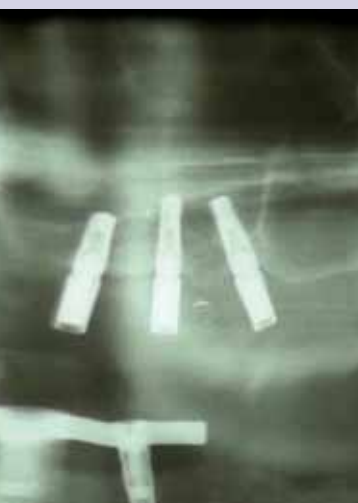
De incisiehoeken moeten convergent zijn, zodat luxatie van de bone lid en de adaptatie bij de re-implantatie ervan vergemakkelijkt wordt.

Aan de hand van een aantal klinische afbeeldingen van diverse behandelingen wordt de 'Bony Lid-techniek' gepresenteerd.

APEXRESECTIE



1. Zichtbaarheid van het bot in regio 46
2. Horizontale botincisie met behulp van Micro Saw
3. Verticale botincisie met behulp van Micro Saw
4. Zichtbaarheid van het botvenster in de apicale regio
5. Verwijderen van het botvenster met behulp van een chirurgische beitel
6. Verwijderen van het botvenster
7. Verwijderen van het granulatieweefsel in de apicale regio
8. Zichtbaarheid van de mesiale wortel van element 46
9. Terugplaatsen van het botvenster na de resectie
10. Opvullen van het botdefect met autoloog bot voor hechting



HET BIOCOMP® IMPLANTAATSYSTEEM

The Natural Fit

Het unieke Nederlandse BioComp® implantaatsysteem is bewezen veilig, compleet, betrouwbaar en zeer gebruiksvriendelijk. Uitstekend geschikt voor zowel de ervaren als de startende implantoloog. Met inmiddels 20 jaar ervaring kunnen wij u persoonlijk adviseren én de producten bieden die u zoekt; wij staan voor een voorspelbaar en zeker resultaat!

→ Systeem

- Eén uniek, gepatenteerd borenstelsel voor alle implantaten
- Eén platform voor alle implantaten

→ implantaat

- H.A. oppervlakte; 1,2 micron
- Interne hex; eenvoud en flexibiliteit
- Glad middenstuk; snellere osseointegratie

→ Synthetisch bot

- Resorbeerbaar; Cerasorb® en Poresorb®-TCP
- Niet resorbeerbaar; IngeniOs™ HA en OssaBase®-HA
- Uniek membraan; Epiguide®



biocomp.eu



> lees verder op pagina 10