

face

international magazine of orofacial esthetics

2²⁰¹¹

_ Fachbeitrag

Unterlidretraktionen
nach Blepharoplastiken

_ Spezial

Eugen Holländer –
Erstbeschreiber des Facelifts?

_ Lifestyle

Südgeorgien – zauberhafte
Insel- und Tierwelt im Südpolarmeer



DEMO-DVD

Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht



75€*



NEU!



DEMO-DVD

Unterspritzungstechniken
zur Faltenbehandlung
mit Live- und Videodemonstration



Unterspritzungstechniken
zur Faltenbehandlung im Gesicht



DEMO-DVD

mit Live- und Videodemonstration



OEMUS
OEMUS MEDIA AG

Unterspritzungstechniken jetzt auf DVD!

*zzgl. MwSt. und Versandkosten

Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com



Hinweis:

Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.
Spieldauer: 60 Minuten



BESTELLFORMULAR

per Fax an

03 41/4 84 74-2 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Hiermit bestelle ich die brandaktuelle **Demo-DVD** (bitte Zutreffendes ausfüllen)

Titel/Name/Vorname _____

Anzahl: _____

Praxisstempel

Datum/Unterschrift _____

E-Mail _____



Prof. Dr. Nezar Watted

Interdisziplinäre, fach- übergreifende **Zusammenarbeit** zum Wohle der Patienten

Das Erscheinungsbild der Zähne und des Gebisses hat bei der Wahrnehmung des Gesichtes einen hohen Stellenwert. Entsprechend häufig stellen sich Patienten mit dem Wunsch nach „schönen Zähnen“ und einem „harmonischen Lächeln“ in der Zahnarztpraxis vor. Diese allgemeingültige und ungenaue Vorgabe durch den Patienten in ein konkretes Behandlungsergebnis umzusetzen erfordert nicht selten alle Aspekte des zahnärztlichen Behandlungsspektrums. Eine umfassende Analyse der dentofazialen Gesamtsituation zeigt, mit welchem Aufwand der Patientenwunsch realisierbar ist. Nicht selten zeigt sich dabei, dass erst durch eine umfangreiche Therapie das Anliegen des Patienten erfüllt werden kann.

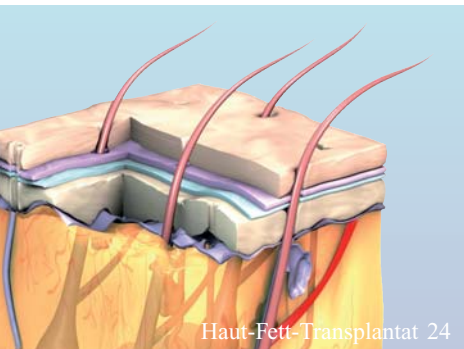
Da die Bereitschaft erwachsener Patienten zu einer kieferorthopädischen Behandlung seit Jahren zunimmt, lassen sich Verbesserungen des dentofazialen Erscheinungsbildes in hohem Ausmaß realisieren. In Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen sind umfangreiche Bisslageänderungen nur durch kieferchirurgische Eingriffe umzusetzen. Zudem müssen häufig konservierende bzw. prothetische Versorgungen angepasst werden, um das Behandlungsergebnis zu optimieren. Bei der Behandlung erwachsener Patienten ist eine Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Disziplinen somit unerlässlich.

Über die Disziplingrenzen hinweg müssen fachübergreifend gemeinsame Lösungsstrategien entwickelt werden, um schwierigste Situationen möglichst optimal zu meistern. Das vorliegende Magazin gibt in vorbildlicher Weise den nötigen Einblick in die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer Fachbereiche.

Prof. Dr. Nezar Watted

Die face ist auch als E-Paper verfügbar. Alle Anwendungen sind selbstverständlich auch iPad kompatibel. Alle mit Symbolen gekennzeichneten Beiträge sind in der E-Paper-Version der jeweiligen Publikation auf www.zwp-online.info mit weiterführenden Informationen vernetzt.

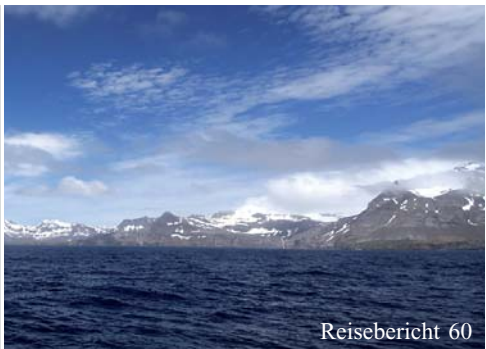




Haut-Fett-Transplantat 24



Kieferchirurgie/Kieferorthopädie 32



Reisebericht 60

| Editorial

- 03 Interdisziplinäre, fachübergreifende
Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten
_Prof. Dr. Nezar Watted

| Fachbeiträge

- _Lidchirurgie
06 Unterlidretraktionen nach **Blepharoplastiken**
_Dr. med. Alexander Stoff, Dr. med. Dirk F. Richter
- _Pott's Puffy Tumor
12 **Pott's Puffy Tumor nach Sinuslift – Ein ungewöhnlicher Fall**
_Prof. Dr. Hans Behrbohm, Dr. med. Gabriele Behrbohm
- _Facelift
16 **Die richtige Indikation des Mittelgesichtslifts**
_Dr. med. Dirk F. Richter, Dr. med. Alexander Stoff
- _Lappenplastik
20 „Klinische Erfahrungen bei Verwendung der **Stirn als Spenderregion** für das Gesicht“
_Dr. Heike Weißpflug, Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil. Karli Döring
- _Haut-Fett-Transplantat
24 **Das Haut-Fett-Transplantat als alternatives Rekonstruktionsverfahren im Bereich der Nase**
_Dr. Henning Frhr. v. Gregory, Dr. H. Fischer, Prof. Dr. W. Gubisch
- _Brauenlift
28 **Zuverlässigkeit und Vielseitigkeit von resorbierbaren Hautankern beim endoskopischen Brauenlift**
_Dr. Dr. Johannes C. Bruck, Jiri Blazek
- _Kieferchirurgie/Kieferorthopädie
32 **Aspekte zur Untergesichtsverlängerung bei der kombinierten kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie von Klasse II-Dysgnathien**
_Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Josip Bill, Dr. med. dent. Shadi Gara, Dr. med. dent. Abdallah Awadi, Dr. med. Dr. med. dent. Vadim Reiser
- _Hautkrebs
36 **Eine Aufgabe auch für den Zahnarzt: Frühdiagnostik von Hautkrebs im Gesicht**
_Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling

_Rejuvenierende Therapien

- 40 **Das Altern – Wandlungen der Patientenansprüche**
Behandlungsmöglichkeiten gestern und heute
_Dr. Hermann Lampe, Dr. Marianne Wolters

| News

- 43 **Marktinformationen**

| Spezial

- _Eugen Holländer
48 **Eugen Holländer – Erstbeschreiber des Facelifts?**
_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig
- _Reaktor-Gau
52 **Déjà vu eines Kurses nach dem Gau**
_Prof. Dr. Hans Behrbohm, Prof. Dr. Oliver Kaschke

| Information

- _Veranstaltung
56 **Schönheitsbehandlungen – Männer holen auf**
_Dr. Torsten Hartmann
- _Recht
58 **Bundesverfassungsgericht erlaubt MKG-Chirurgen Schönheitsoperationen**
_Dr. Ralf Großbölting, Dr. Felix Heimann

| Lifestyle

- _Reisebericht
60 **Südgeorgien – zauberhafte Insel- und Tierwelt im Südpolarmeer**
_Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt
- _Autos
64 **Mit der Lizenz zum Rasen**

| Impressum

- 66 Verlag, Redaktion

Hyaluron-Vliesmaske zur intensiven Feuchtigkeitspflege



- Ideal unmittelbar nach der Dermaroller-Microneedling-Behandlung
- Hervorragende Penetration von Hyaluron in die Haut
- Reduziert Rötungen und Reizungen, beruhigt
- Spendet Feuchtigkeit
- Stimuliert die Collagenproduktion
- Stärkt, schützt und strafft die Haut
- Sehr gut geeignet nach Peelings, Dermabrasion, Laserbehandlungen, Faltenunterspritzung, Mesolifting

Vertrieb

Praxima GmbH & Co. KG, Heinrich-von-Stephan-Str. 8a, 79100 Freiburg

Tel. 0761 / 1 20 49-0

info@praxima.de

www.praxima.de

Untерlidretraktionen nach **Blepharoplastiken**

Autoren _ Dr. med. Alexander Stoff, Dr. med. Dirk F. Richter

Untерlidretraktionen und Ektropium sind gefürchtete und nicht seltene Komplikationen nach Untерlidblepharoplastiken und anderen kosmetischen Eingriffen im Bereich des Untерlides als auch des benachbarten Mittelgesichts. Viele Autoren haben bis dato Vorschläge zur Prävention und Behandlung dieser Lidfehlstellung veröffentlicht.

Die Untерlidretraktion wird definiert als Fehlstellung der Untерlidkante mit Deszensus ohne Eversion des Untерlids. Die Untерlidretraktion präsentiert sich klinisch mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Skleral Show, rund und traurig wirkenden Augen, zuweilen auch mit einer erhöhten Laxizität des seitlichen Augenbändchens. Betroffene Patienten klagen daher häufig über Symptome einer Augenirritation wie Photophobie, vermehrtem Tränen der Augen und nächtlichem Lagophthalmus.

Die fundierten Kenntnisse über die Anatomie des Untерlides ist für jeden Chirurgen unabdingbar, um gute Resultate sowohl bei der primären Blepharoplastik als auch besonders bei der postoperativen Retraktions- und Ektropiumkorrektur zu erzielen.

Das Untерlid wird in drei Lamellen eingeteilt: die vordere, mittlere und hintere Lamelle (Abb. 1).

Die vordere Lamelle besteht aus der Haut und dem Musculus orbicularis oculi. Die mittlere Lamelle wird definiert als die Kombination aus dem Orbitaseptum, dem Orbitafett sowie dem suborbikularem, fibroadipösen Gewebe. Die hintere Lamelle besteht aus den Augenlidretraktoren, der Tarsusplatte und der Konjunktiva.

Der mediale Lidwinkel befindet sich normalerweise 2 mm niedriger als der laterale Lidwinkel. Dies garantiert den nach medial gerichteten Abwärtsfluss der Tränenflüssigkeit zum unteren Tränenpünktchen.

Das untere Augenlid wird unterstützt und aufgehängt durch das laterale und mediale Augenbändchen.

_Vordere Lamelle

Die vordere Lamelle besteht aus der Haut des Untерlides und dem Musculus orbicularis oculi. Die Haut des

Untерlides ist dünn und zart und hat kein dermistypisches Bindegewebe oder Hautanhangsgebilde zur Verbesserung der Lidmobilität. Der Orbikularismuskel wird unterteilt in einen orbitalen (welcher die Orbitakante bedeckt) und einen palpebralen Anteil, welcher wiederum in einen präseptalen und präarsalen Abschnitt eingeteilt werden kann, basierend auf der Nähe zum Orbitaseptum oder dem Tarsus. Der palpebrale Anteil wird beim Zwickern, der orbitale Anteil beim Zukneifen des Auges eingesetzt. Die Innervation wird hier durch den Ramus zygomaticus und Ramus buccalis gewährleistet.

_Mittlere Lamelle

Die mittlere Lamelle besteht aus dem Orbitaseptum, dem Orbitafett und dem suborbikularen fibroadipösen Gewebe. Das Orbitaseptum begrenzt die Orbita sowie dessen Inhalt, es beginnt am Arcus marginalis (eine abgrenzbare, weiße, fibröse Verdickung des peripheren Septums beim Übergang zu Periorbita und Periost) und begleitet die Untерlidretraktoren 5 bis 6 mm unterhalb der Tarsusunterkante. Der Aufbau ist fibrös und unelastisch, bestehend aus mehreren dünnen Membranen mit einer gewissen Laxizität zur Optimierung der Lidmobilität. Der laterale Anteil ist gewöhnlich kräftiger ausgebildet als der mediale Anteil, wobei Dicke und Stärke von Patient zu Patient differieren und eher durch das davorgelegene suborbikuläre fibroadipöse Gewebe unterstützt und verstärkt wird.

_Hintere Lamelle

Die hintere Lamelle besteht aus den Augenlidretraktoren, der Tarsusplatte und der Konjunktiva. Das Retraktorsystem des Untерlides beginnt als eine Faszienerlängerung vom Musculus rectus inferior und umhüllt den Musculus obliquus inferior und setzt an der unteren Tarsusgrenze an (analog zur Levatoraponeurose des Oberlides). Der untere Tarsusmuskel ist analog zum oberen Tarsusmuskel (sogenannter Müller-Muskel) zu sehen. Der untere Tarsusmuskel

wird über eine sympathische Innervation versorgt, eine Unterbrechung seiner Innervation resultiert in einer leicht angehobenen Position der unteren Augenlidkante, wie man es beim Horner Syndrom beobachten kann. Der Tarsus sorgt für die grundlegende Unterstützung des Unterlides. Eine Degeneration des Tarsus kann zu einer pathologischen Laxizität des Unterlides führen, dennoch liegt die Schwachstelle des Unterlides beim medialen und lateralen Lidbändchen. Das mediale Lidbändchen verbindet den medialen Lidwinkel mit dem Os frontale. Das laterale Lidbändchen entspringt vom lateralen Tarsus und dem lateralen präseptalen und prä-tarsalen Orbikularismus und inseriert an der medialen Oberfläche der lateralen Orbitakante am Whitnall-Tuberkel. Die hinteren Anteile des lateralen Lidbändchens ermöglichen es dem seitlichen Anteil des Augenlids sich dem Augapfel zu nähern. Eine erhöhte Laxizität des Unterlides besteht häufig aus einer Laxizität des medialen und lateralen Lidwinkels und möglichen atrophischen Veränderungen des Tarsus.

Während des Alterungsprozesses des Gesichtes sinkt das Mittelgesicht mit seinem Wangenfett kaudal und zieht das Unterlid bis zu einem gewissen Anteil mit, was letztlich in einem Skleral Show resultiert. Konsekutiv kann dies zu einer hohläugigen Erscheinung und markanten Nasolabialfalten führen.

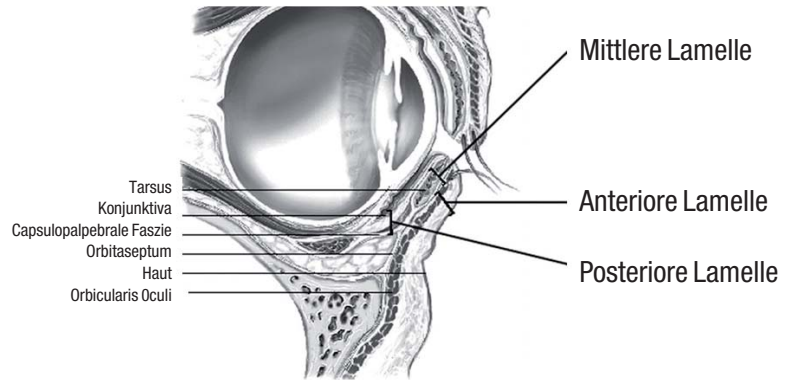


Abb. 1

Pathologie

Die Ursachen für eine Unterlidretraktion nach Blepharoplastik sind oft multifaktoriell und sollten sorgfältig evaluiert werden. Eine Fehlstellung des Unterlides kann hervorgerufen werden durch

1. Eine überschätzte und inadäquate Resektion der Haut des Unterlids (vordere Lamelle), eine präoperativ unerkannte oder iatrogen verursachte erhöhte Laxizität des medialen oder lateralen Lidbändchens (zumeist eine Laxizität oder Desinsertion des lateralen Lidbändchens), möglich durch übermäßigen Hakenzug.
2. Eine iatrogen verursachte oder postoperative Entzündung mit nachfolgender Vernarbung zwischen dem ventral gelegenen Orbitaseptum, dem dazwischenliegenden Orbitafett und der dorsal gelegenen capsulopalpebralen Faszie (mittlere Lamelle).
3. Einer Denervation des Musculus orbicularis oculi mit Verlust von Stabilität und Pumpfunktion (vordere Lamelle).

Zudem kann eine Vernarbung zwischen den Unterlidretraktoren, der capsulopalpebralen Faszie und dem Orbitaseptum nach ausgedehnter Blepharoplastik oder einer ausgeprägten postoperativen Entzündung eine vertikale Retraktion des Unterlids verursachen (hintere Lamelle).

Eine gleichzeitige Retraktion von verschiedenen Lamellen ist möglich und sollte präoperativ erkannt werden. Die isolierte Retraktion der vorderen Lamelle zeigt sich normalerweise dadurch, dass das Unterlid vom Augapfel weggezogen wird, während eine Retraktion der mittleren oder hinteren Lamelle sich durch eine vertikale Verkürzung des Augenlides darstellt.

Es ist daher essenziell, die Regionen des Unterlides sowie des benachbarten Mittelgesichts als interagierenden Einheiten anzusehen, welche häufig zusammen behandelt werden müssen.

Abb. 1 | Anatomie des Unterlides in Bezug zu seiner trilamellären Struktur.

Diagnostik

- Ophthalmologische Voruntersuchungen zur Evaluierung eventueller Korneaaffektionen, Zeichen der Trockenheit und Lagophthalmus (Spaltlappenuntersuchung). Untersuchungen des Tränensystems mittels Schirmer-Test und Fluoreszenztest der Kornea sowie eine Untersuchung der Innervation der Fazialisnerven.
- Vorhandensein oder Ausbleiben eines Bell-Phänomens: Der Patient wird gebeten, die Augen zu schließen, während der Untersucher die Augenlider geöffnet hält. Falls sich der Augapfel dabei aufwärts bewegt, ist das Bell-Phänomen positiv.
- Bestimmung der Augenproptosis mittels eines Hertel-Ophthalmometers unter Berücksichtigung einer eventuellen Oberkieferhypoplasie. Sowohl Olivari, Jelks et al. als auch Rolfe et al. stellten fest, dass der Exophthalmus einen relativen Risikofaktor für ein Unterlidetropium nach Unterlidblepharoplastik darstellt.
- Der Augenlid-Distraktionstest: Das Unterlid wird mit maximalem Zug vom Augapfel weggezogen und die Entfernung dazwischen gemessen; je größer die Strecke, desto mehr Laxizität liegt vor.
- Der Snap-Back-Test: Das Unterlid wird für einige Sekunden vom Augapfel nach unten weggezogen und es wird die Zeit gemessen, bis es in seine ursprüngliche Position zurückkehrt, ohne dass der Patient blinzelt. Dieses Testergebnis ergibt eine

gute Abschätzung über die relative horizontale Unterlid-Laxizität. Bei normalen Unterlidern sollte es sofort in seine ursprüngliche Position zurückkehren; je länger es dauert, desto mehr Laxizität liegt vor (subjektiver Test).

_ Der mediale Kanthus-Laxizitätstest: Das Unterlid wird vom medialen Lidwinkel nach lateral weggezogen und der Versatz des medial gelegenen Tränenpünktchens wird gemessen; je größer die Strecke, desto mehr Laxizität des Augenlids liegt vor (subjektiver Test).

_ Der laterale Kanthus-Laxizitätstest: Das Unterlid wird vom lateralen Lidwinkel nach lateral weggezogen und der Versatz der lateralen Lidwinkelecke wird gemessen; je größer die Strecke, desto mehr Augenlid-Laxizität liegt vor (subjektiver Test).

_ Behandlung

Eine sorgfältige präoperative Evaluation der drei Lamellen mit fundierten Kenntnissen der Anatomie des Unterlides sowie der Pathophysiologie einer Retraktion sind essenziell, um einen adäquaten chirurgischen Algorithmus aufstellen zu können. So kann die Hauptursache für eine postoperative Retraktion des Unterlides in einer übermäßigen Hautexzision liegen, zusätzlich aber auch eine postoperative Vernarbung des Orbitaseptums mit Adhäsionen an der capsulopalpebralen Faszie die Retraktion verstärken. Um solche komplexeren Komplikationen entsprechend anzugehen, sollte ein Mittelgesichtslift primär in Erwägung gezogen werden. Die adjuvante Korrektur eines abgesunkenen Mittelgesichts wird das Unterlid supportiv anheben und Haut rekrutieren. Myokutane Oberlidlappen können bei ausgeprägtem Befunden indiziert sein. Hauttransplantate sollten wegen der schlechten Farbanpassung Ultima ratio bleiben. Die Patienten müssen prinzipiell darüber aufgeklärt werden, dass die chirurgische Korrektur mitunter mehr als einer Operation bedarf. Wir bevorzugen den routinemäßigen Einsatz von Korneaprotektoren (Eyeshields) während der okuloplastischen Eingriffe.

_ Konservatives Vorgehen

Bei der temporären Behandlung in milden Fällen und vor einer Revisionsoperation ist es wichtig, die Kornea mit künstlicher Tränenflüssigkeit und Gleitmitteln feucht zu halten. Abhängig vom postoperativen Zeitraum können konservative Maßnahmen wie lokale manuelle Massagen eine Verbesserung ermöglichen. Falls eine lokale manuelle Massage die Retraktion des Unterlides nicht verbessern sollte, sind folgende weitere Korrekturingriffe notwendig, um das Augenlid in seine normale Position anzuheben.

_ Operatives Vorgehen

Laterale Tarsoraphie

Diese Prozedur ist lediglich eine Option zur vorübergehenden Behandlung einer Korneaexposition. Eine laterale Tarsoraphie kann eine Reduktion des Lagophthalmus von annähernd 75 % erzielen. Die Kanten des oberen und unteren Augenlids werden mit einem 11er Skalpell getrennt, im Bereich der geplanten Tarsoraphie freigelegt und die vordere und hintere Lamelle mit resorbierbaren (z.B. Vicryl 5/0) Einzelknopfnähten genäht. Diese Technik sollte nur in speziellen Fällen angewandt werden und kann nach sechs Monaten wieder eröffnet werden.

Retraktoren- und Narbenadhäsionolyse

In Fällen mit milder bis moderater Retraktion des Unterlides kann innerhalb von sechs Monaten postoperativ die Adhäsionolyse der Unterlidretraktoren eine effiziente Prozedur darstellen. Diese wird über einen lateralen transpalpebralen Zugang durchgeführt und besteht aus einer horizontalen Dissektion des Narbengewebes und der Retraktoren an der Unterkante des Tarsus, vorzugsweise mit einer Mikroschere, wobei die Konjunktiva unversehrt bleiben sollte. Dieser Eingriff sollte mit einer lateralen Kanthopexie kombiniert werden, um eine zusätzliche Unterstützung des Unterlides zu erreichen und eine präventive Wunddistraktion zu ermöglichen. Ein transkonjunktivaler Zugang zu den Unterlidretraktoren mag eine gute Alternative sein, denn über diesen Zugang wird die hintere Retraktorenschicht ohne zusätzliche anteriore Wundbildung durchtrennt, womit eine zusätzliche Kontraktion der vorderen Lamelle vermieden werden kann.

Laterale Kanthopexie/Orbicularissuspension

Zahlreiche Veröffentlichungen haben bereits die Aufhängung, Straffung oder Reposition des lateralen Lidbändchens bei der Prävention oder Behandlung einer Unterlidfehlstellung nach Unterlideingriffen vorgestellt.

In mild ausgeprägten Fällen ist eine Raffung des lateralen Retinakulums mit einem zusätzlich durchführbaren, von Jelks beschriebenen Wimpellappen (dermal-orbicularis-pennend-flap) angezeigt, um einen zusätzlichen Zug auf das Gewebe auszuüben. Wenn wir uns für eine Kanthopexie entscheiden, benutzen wir grundsätzlich Bohrlöcher und nicht resorbierbares Nahtmaterial. Falls wir eine horizontale Unterlidverlängerung bemerken, muss diese adäquat behandelt werden. Die Methode der Wahl hierfür ist nach unserem Kenntnisstand der laterale Tarsal Strip, welcher eine adäquate, horizontale Lidverkürzung erlaubt. Für operative Details verweisen wir auf die vorgeschlagene Literatur.

TriLipo[®] by Pollogen[®]

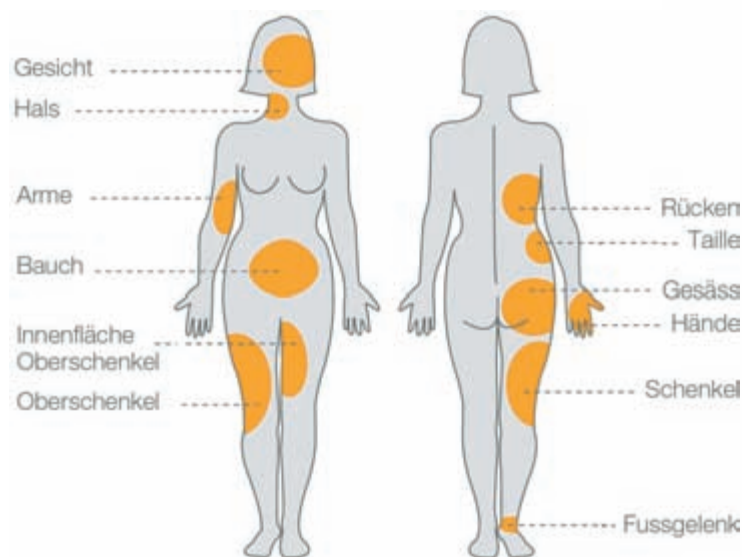
TRIPLE ACTION FAT REDUCTION

- ◆ TriLipo[®] Radiofrequenz-Energie und TriLipo[®] Dynamic Muskel Aktivierung - zwei Technologien gleichzeitig in einem Applikator
- ◆ Reduzierung lokaler Fettablagerungen
- ◆ Langfristige Verringerung des Körperumfanges und Körpergestaltung
- ◆ Angenehme, schnelle und leicht zu erlernende ambulante Behandlung
- ◆ keine Stillstandzeiten, keine nachfolgende Instandhaltung und keine Erholungsphasen
- ◆ Verbesserter Blutkreislauf und Oxydation
- ◆ Sichtbare Ergebnisse ab der ersten Behandlung
- ◆ Muskel-Lifting und Toning
- ◆ Klinisch bewährt

„Die TriLipo[®]-Technologie ist ein fantastischer Fortschritt in der ästhetischen Medizin. Als plastischer Chirurg schätze ich Technologien, die es mir einfach machen, schwierige Bereiche wie die Knöchel, Hände und den Hals effektiv zu behandeln. Ich wende die TriLipo[®]-Technologie seit mehreren Monaten in meiner Klinik an und ich bin sehr zufrieden mit den Ergebnissen. Ich benutze es als "Standalone"-Lösung und/oder nach der plastischen Chirurgie. Die Behandlung ist schnell, komfortabel und ohne Nebenwirkungen.“

- Dr. Alex Levenberg

Umfangreiches Behandlungsspektrum von TriLipo[®]



Untere Lidhautplatzhalter

Im Fall einer Retraktion der vorderen Lamelle, zu meist verursacht durch eine überschätzte und inadäquate Hautresektion während einer Unterlidblepharoplastik, muss eine vertikale Verlängerung mit Gewebeersatz durch Mittelgesichts lift oder einem gestielten muskulokutanen Oberlidlappen (nach Olivari bzw. Tripier) sichergestellt werden. Hauttransplantate sollten als Ultima ratio eingesetzt und ausgedünnt werden. Zur Abflussgewährung dienen Hautinzisionen und die Hauttransplantate sollten für mindestens fünf Tage postoperativ immobilisiert werden, unterstützt durch eine temporäre Tarsoraphie und einen Kompressionsverband für diese Zeit. In Fällen mit ein- oder zweifach gestielten muskulokutanen Lappen sollte die transponierte Haut mit einer Kochsalzlösung über die ersten fünf Tage postoperativ konstant feucht gehalten werden. Eine leicht livide Verfärbung der gestielten Haut sollte während dieser Zeit als normal angesehen werden.

Untere Lidbindehautplatzhalter

Im Fall einer Retraktion der posterioren Lamelle muss eine vertikale Lidverlängerung sichergestellt werden. Bis dato sind zahlreiche Unterlidplatzhalter vorgestellt worden, wie autogene Faszientransplantate, Knorpeltransplantate (nasale Septum, Conchae auricularis), Tarsus oder Dermistransplantate. Vorzugsweise verwenden wir autogene Schleimhauttransplantate des harten Gaumens. Ein wesentlicher Vorteil ist die narbenlose Abheilung der Entnahmestelle. Ferner besitzen Transplantate des harten Gaumens eine eingeschränkte Schrumpfungstendenz und die Ergebnisse sind hinsichtlich Langfristigkeit und Zufriedenheit seitens des Patienten vorhersehbarer. Die Implantation eines

Schleimhauttransplantates des harten Gaumens trennt die capsulopalpebrale Faszie vom vernarbten Septum orbitale und unterstützt dabei suffizient den Tarsus, konsekutiv durch eine vertikale Lidverlängerung und Repositionierung des Unterlides in seine normale anatomische Position.

Wir empfehlen diese Operation zweizeitig unter Vollnarkose mit einem Zeitfenster von vier bis sieben Tagen durchzuführen, da die Augenlider vorübergehend für drei bis vier Tage vernäht werden sollten (temporäre Tarsoraphie).

Die Entnahmestelle sollte unbedingt im Heilungsverlauf beobachtet werden, da die Wundheilung die großen Palatinalgefäße, welche durch das Foramen palatinum, medial der zweiten Molaren, passieren und mit einer nachfolgenden Blutung erodiert werden könnten. Wir raten Patienten daher, präoperativ eine zahnärztliche Gaumenplatte für den postoperativen Schutz des harten Gaumens anfertigen zu lassen. Für weitere operative Details verweisen wir auf die angegebene Literatur.

Mittelgesichts lift

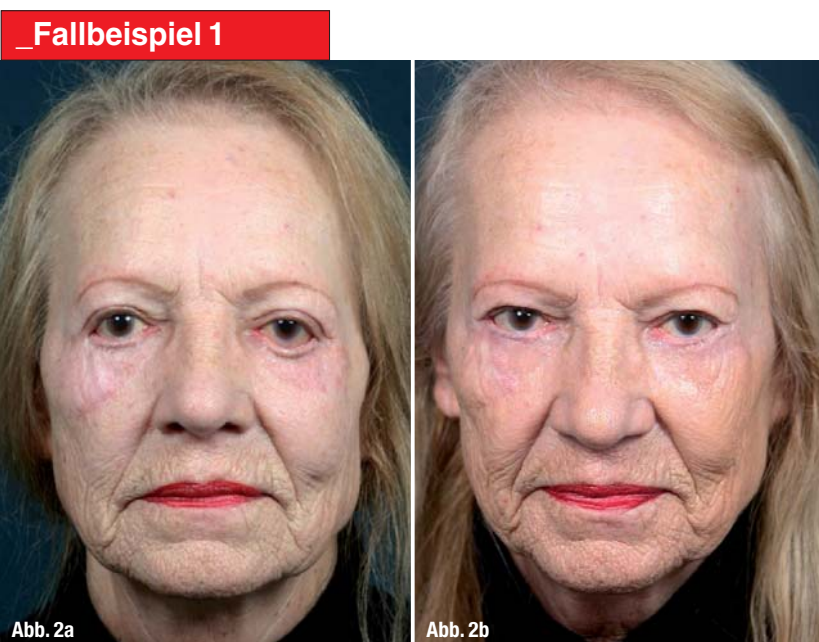
In Fällen einer Retraktion der vorderen und mittleren Lamelle in Kombination mit einer postoperativen Fehlstellung des Mittelgesichts nach vorausgegangen umfangreichen Operationen des Unterlides sowie der angrenzenden Wangenregion, bevorzugen wir ein transpalpebrales, subperiostales Mittelgesichts lift mit einer lateralen Kanthoplastik zu kombinieren. Im Hinblick auf eine zusätzlich vorhandene Retraktion der hinteren Lamelle kann ein Schleimhauttransplantat des harten Gaumens verwendet werden. Eine präoperative Untersuchung mit einer zufriedenstellenden anatomischen Repositionierung des Unterlides bei einem erzwungenen Lächeln des Patienten ist eine unterstützende Maßnahme bei der Entscheidungsfindung für das geeignete Verfahren. Ein entscheidender Schritt bei diesem Verfahren sind die periostale Entlastungsinzisionen im Bereich der kräftigeren lateralen und inferio-lateralen Anteile. Für ein langfristig stabiles Resultat führen wir heute routinemäßig die knöchernen Verankerung des Mittelgesichtes mit nicht resorbierbaren Fäden an Bohrlöchern der inferioren Orbitakante durch.

Operative Details entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Artikel sowie der vorgeschlagenen Literatur.

_ Postoperatives Management

Als postoperative Versorgung empfehlen wir eine temporäre Tarsoraphie für drei bis vier Tage sowie einen unterstützenden Steri-Strip-Verband zur Immobilisierung des Unterlides. Abschwellende Maßnahmen können intermittierend durch kaltfeuchte Kompressenaufgaben zur Minimierung von Bluter-

Abb. 2a und b 57-jährige Patientin nach Unterlidblepharoplastik und postoperativem bilateralem Unterlidektropium durch Überresektion der Haut und Missachtung der horizontalen Augenlidaxizität (links). Zwei Jahre postoperativ nach einer Retraktorensplattung, Kanthoplastik und subperiostalem Midface-Lift (rechts).



_ Fallbeispiel 1

Abb. 2a

Abb. 2b

Fallbeispiel 2



Fallbeispiel 3



güssen und Schwellungen angewandt werden. Alternativ sind kaltfeuchte Teebeutel oder gefrorene Erbsen in einem Plastikbeutel nützlich.

Schlussfolgerung

Für jede durchgeführte Unterlidblepharoplastik ist es essenziell, die Laxizität des Unterlides, eine eventuelle Proptosis sowie eventuell vorhandene Hautüberschüsse in die chirurgische Planung mit einzubeziehen. Das Auftreten einer Unterlidretraktion nach einer Unterlidblepharoplastik oder anderen chirurgischen Eingriffen der angrenzenden Gesichtregionen ist eine unerfreuliche Komplikation sowohl für den Patienten als auch den Chirurgen. Die Ursachen einer postoperativen Retraktion sind multifaktoriell und stehen im Zusammenhang mit der Erfahrung des Chirurgen in der angewandten Technik, dem postoperativen Verlauf in Bezug auf Entzündungen und den gängigen Komplikationen, die jeweilige individuelle Anatomie des Patienten mit den altersbedingten Veränderungen der anatomischen Strukturen. Zur Minimierung des Risikos einer postoperativen Unterlidretraktion ist es erforderlich, die präoperativen anatomischen und pathophysiologischen Gegebenheiten sowie den sta-

tischen und dynamischen Befund beim Patienten sorgfältig zu evaluieren. Hierbei sollte ein möglicher Deszensus des Mittelgesichtes mit konsekutiver Unterlidschwächung erkannt werden. Das Verständnis der Pathophysiologie des alternden Gesichts ist hierbei obligatorisch für jeden Operateur einer Unterlidblepharoplastik und vor allem denen, die mit Unterlidretraktionen nach kosmetischen Verfahren konfrontiert werden.

Abb. 3a–c: 62-jähriger Patient nach Unterlidblepharoplastik und postoperativer Retraktion der vorderen Lamelle (links). Drei Tage (Mitte) und sechs Monate nach Retraktorensplattung, Kanthopexie und subperiostalem Midface-Lift (rechts).

Abb. 4a–c: Patient mit Morbus Basedow, endokriner Ophthalmopathie mit Ober- und Unterlidretraktion präoperativ (links), ein Jahr nach transpalpebraler Fettresektion nach Olivari und Levatorverlängerung beidseits mit noch bestehender Unterlidretraktion und Mittelgesichtshypoplasie (Mitte). Ein Jahr nach Mittelgesichtslift mit zufriedenstellender Unterlidstellung (rechts).

Kontakt

face

Dr. med. Alexander Stoff
Dr. med. Dirk F. Richter
 Klinik für Plastische Chirurgie
 Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling
 Bonner Straße 84
 50389 Wesseling



Pott's Puffy Tumor nach Sinuslift

Ein ungewöhnlicher Fall

Autoren_ Prof. Dr. Hans Behrbohm, Dr. med. Gabriele Behrbohm

Der Zahnersatz durch Implantate ist die wohl größte Innovation in der Zahnmedizin in den letzten Jahrzehnten. Der überwiegende Teil der Implantate wird komplikationslos ossär integriert. In seltenen Fällen können jedoch auch schwerwiegende Komplikationen auftreten. Über einen besonderen Fall wird kasuistisch berichtet.



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1 _ Typischer Befund eines Pott's Puffy Tumors: Eine teigige, dolente entzündliche Schwellung, die über die Grenzen des Sinus frontalis hinauszieht.

Abb. 2 _ CT vom 3.6.2010. Augmentat im Recessus alveolaris rechts, Antrumfistel und hochgradige einseitige entzündliche Reaktion der Schleimhaut im Cavum maxillae rechts.

_Eine Komplikation der Sinusitis frontalis stellt die Stirnbeinosteomyelitis mit Entwicklung eines subperiostalen Abszesses dar. Dieses Krankheitsbild wurde 1970 erstmalig von Sir Percival Pott beschrieben und als Pott's Puffy Tumor bezeichnet (Abb. 1). Im Folgenden soll der Fall eines 41-jährigen Mannes beschrieben werden, der nach einer Zahnextraktion mit simultaner Augmentation des Kieferhöhlenbodens eine Osteomyelitis des Oberkiefers und nach einem Zeitraum von vier Monaten eine schwere Stirnbeinosteomyelitis entwickelte. Im Detail verlief der Fall wie folgt:

_Kasuistik

Im April 2010 wurde die Extraktion zweier nicht erhaltungswürdiger beherrdeter Zähne 16 und 17 bei

insuffizientem vertikalen Knochenkamm und bestehendem Implantatwunsch durchgeführt. Nach der Extraktion der Zähne erfolgte eine externe Sinusbodenelevation des Alveolarkamms in Regio 16 bis 17 mit Bio-Oss (Fa. Geistlich). Ein kleiner mesialer Einriss der Kieferhöhlenschleimhaut wurde mit Bio-Gide gesichert und die Wunde mit einer modifizierten Rehrmann-Plastik verschlossen. Anfang Juni klagte der Patient über starke Stirn-Kopfschmerzen und begab sich zum HNO-Arzt, welcher eine Computertomografie veranlasste (Abb. 2).

Wegen einer exazerbierten chronischen Rhinosinusitis mit beginnender Orbitalphlegmone erfolgte tags darauf eine mikroskopische, beidseitige Pansinusoperation. Der postoperative Verlauf gestaltete sich unter einer antibiotischen Therapie mit Cefuroxin zunächst ordnungsgemäß. Nach fünf Wochen kam es zu erneuten frontalen Cephalgien, die sich während einer erneuten stationären, zunächst konservativen Therapie mit Clindamycin 3 x 600 mg/d intravenös besserten. Ende Juli 2010 kam es zu einer deutlichen Rötung und Schwellung im Stirnbereich. Eine erneute Computertomografie ergab eine Osteomyelitis der Stirnhöhlenvorder- und Hinterwand mit subperiostaler Abszedierung. Am gleichen Tag erfolgte die Stirnhöhlenoperation von außen mit vollständiger Abtragung des ostitischen Knochens, Entlastung des Abszesses und Anlegen einer breiten Drainage zur Nase. Postoperativ schloss sich eine gezielte antibiotische intravenöse Therapie von

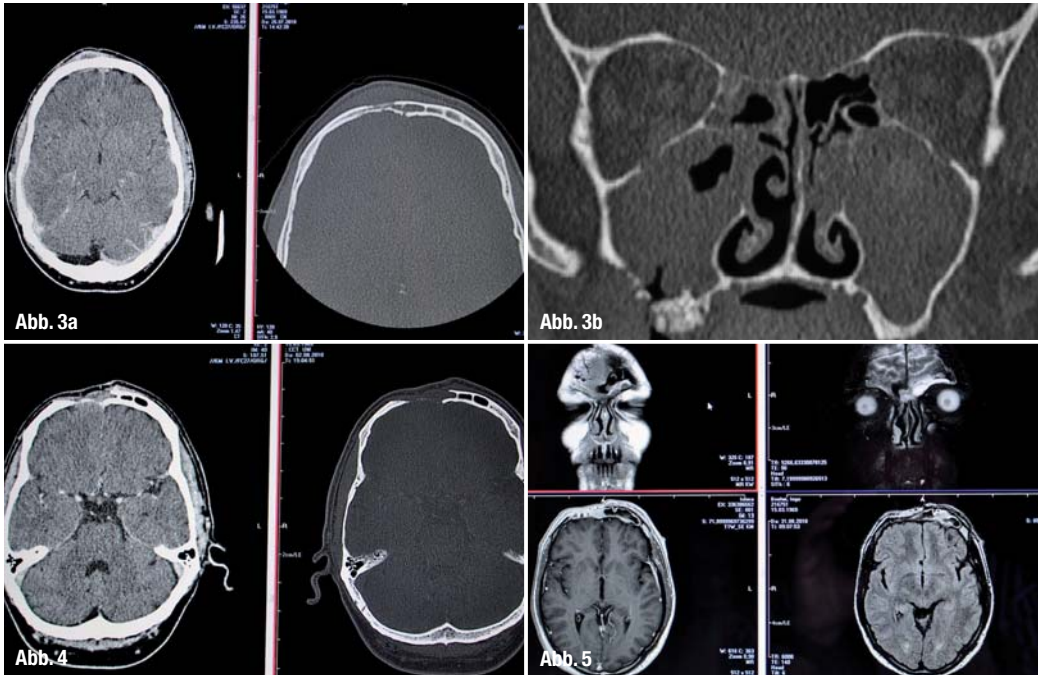


Abb. 3a_ Computertomografie vom 26.07.2010. Links: axiales CT mit Kontrastmittel. KM-Aufnahme durch den subperiostalen Abszess und Duraenhancement als Zeichen einer entzündlichen Reaktion. Rechts: Knochenfenster. Ausgedehnte ossäre Destruktion der Tabula interna und externa.

Abb. 3b_ Schnitt durch die Kieferhöhlen am 26.07.2010.

Abb. 4_ Postoperative Defekte im CT mit Kontrastmittel links und im Knochenfenster rechts.

Abb. 5_ Postoperative Befundkontrolle im MRT am 31.08.2010. Keine entzündlichen oder ödematösen Veränderungen am Gehirn oder Knochen.

Actinomyces Meyeri (nach intraoperativem Abstrich) mit Ceftriaxon und Clindamycin an.

Vier Tage nach dieser Operation wurde die seit Juni 2010 fistelnde Entzündung im rechten Oberkiefer durch den konsiliarischen MKG-Chirurgen über einen Zugang nach Caldwell-Luc mit Entfernung des Knochenersatzmaterials und Extraktion von Zahn 15 saniert. Bis zum Absetzen der oralen antibiotischen Therapie mit Clindamycin bestand bis Mitte August eine ordnungsgemäße Wundheilung. Wenige Tage später kam es zu einer erneuten frontalen Schwellung und Pusentleerung aus dem Wundbereich. Der Patient wurde daraufhin in unsere Einrichtung verlegt. Es erfolgten mehrfache Abstriche aus der Stirnhöhle, da der isolierte Erreger meist als artifizielle mikrobiologische Nebendiagnose anzutreffen ist und kaum als der auslösende Keim gelten kann. Es konnten jedoch keine Erreger isoliert werden. Wegen des weiteren undulierenden Verlaufs mit entzündlichen Zeichen, wie teigiger Schwellung und Rötung, erfolgte eine intravenöse hochdosierte antibiotische Therapie mit Fosfomycin i.v. und später mit per os. Wegen beginnender Unverträglichkeitszeichen und eines Arzneimittelexanthems wurde die Behandlung mit Fosfomycin nach drei Wochen abgebrochen und eine Dauertherapie mit Clindamycin per os fortgesetzt.

Am 18.08.2010 erfolgte eine endoskopische Revision des Cavum maxillae und Erweiterung des Zugangs zur Stirnhöhle, Es wurden Nekrosen, Sequester und Granulationen abgetragen. Stirn- und Kieferhöhle wurden täglich, später in dreitägigen Intervallen endoskopisch lokal behandelt. Am 31.08.2010 wurden MRT-Kontrollen des Befundes und am 21.09.2010 eine Knochenszintigrafie durchgeführt.

Wegen der hochgradigen Schrumpfungstendenz des Zugangs zur Stirnhöhle, die nach kompletter Abtragung der Vorder- und Hinterwand eine kollabierte Weichteilduplikatur darstellte, erfolgte am 23.11.2010 die intrakutane Implantation einer Knorpelspanne aus autologem Conchaknorpel, um eine stabile Öffnung zur „Stirnhöhle“ zu gewährleisten. Insgesamt konnte die ostitische Entzündung bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt beherrscht werden. Bevor rekonstruktive Maßnahmen zur Rekonstruk-

Abb. 6a und b_ Szintigrafie vom 14.09.2010. Erhöhter Knochenstoffwechsel im Bereich des Os frontale ohne entzündliche Beteiligung. Zeichen einer periostären Entzündung im Oberkiefer rechts, z.B. chronische Osteomyelitis. Keine Zeichen für eine akute bzw. fortschreitende Osteomyelitis.

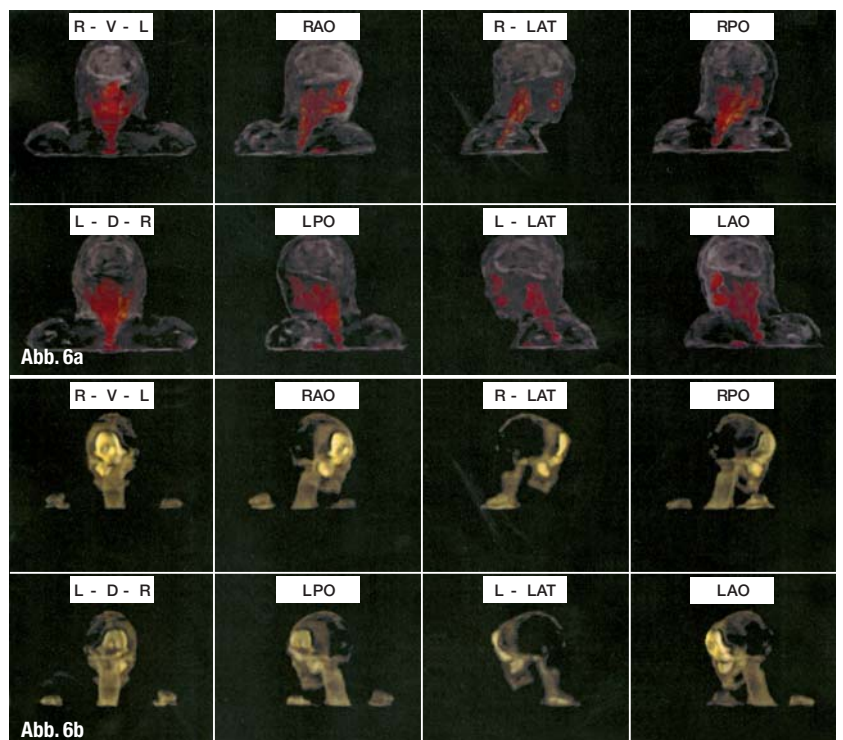


Abb. 7_ a) Endoskopischer Befund der Zugänge zur Stirnhöhle ... b) ... und Kieferhöhle am 19.1.2011.

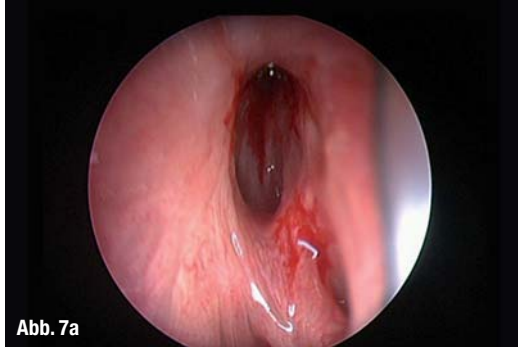


Abb. 7a

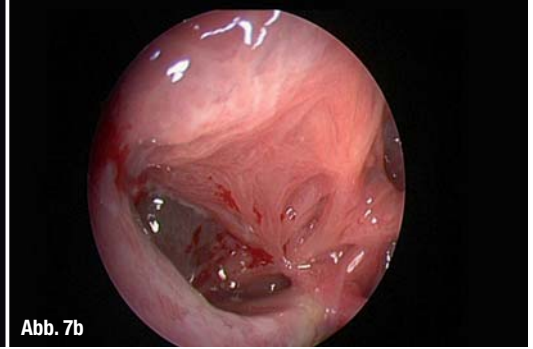


Abb. 7b

tion der Stirnhöhlenvorderwand erfolgen, sollte ein Zeitraum von mindestens einem Jahr vergehen.

_Diskussion

Pott's Puffy Tumoren treten posttraumatisch oder durch ossäre entzündliche Fortleitung der Schleimhautentzündung auf das Os frontale oder auch postoperativ auf. Speziell eine purulente Rhinosinusitis führt durch osteomyelitische Foci zur Arro-

nierung des Stirnbeins mit vollständiger Resektion des osteomyelitischen Knochens und Abszessdrainage, kombiniert mit einer erregerspezifischen Antibiose für mindestens zwölf Wochen.

_Fazit

Die vorliegende Kasuistik schildert einen typischen Verlauf der Erkrankung, an deren Anfang eine Zahnoperation mit Augmentation des Sinusbodens steht. Es muss der bisher unbekannte und seltene Fall eines Pott's Puffy Tumors als Komplikation eines Sinuslifts bei vorher bestehender und aktivierter Rhinosinusitis diskutiert werden.

Literaturliste beim Verfasser.

Abb. 8_ Osteoplastischer Zugang zur Stirnhöhle: Die Sanierung von Pott's Puffy Tumoren erfolgt in der Regel über einen bikoronaren Bügelschnitt.

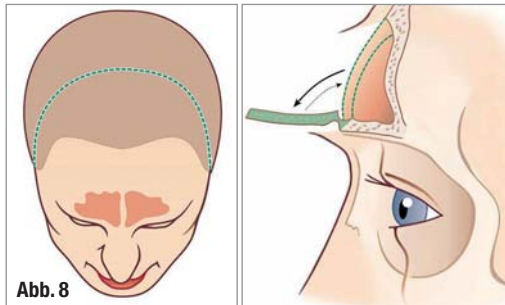


Abb. 8

sion der Stirnhöhlenwände und somit zur Ausbreitung in den Epiduralraum. Durch retrograde Thrombophlebitis der Hirnvenen oder über infektiöse Thromben in den Diploe-, Dura- sowie Meningealvenen kann es dabei zur weitergehenden intrakraniellen Ausbreitung kommen. Schwerwiegende Folgen eines Pott's Puffy Tumors können die Entwicklung eines epiduralen, subduralen oder Hirnabszesses sowie eine Sinusvenenthrombose sein. Als Therapie der Wahl gilt die radikale chirurgische Sa-

Abb. 9_ a) Darstellen des Pott's Puffy Tumors. b) Vollständige Resektion des entzündeten Knochens über die Stirnhöhlengrenzen hinaus.

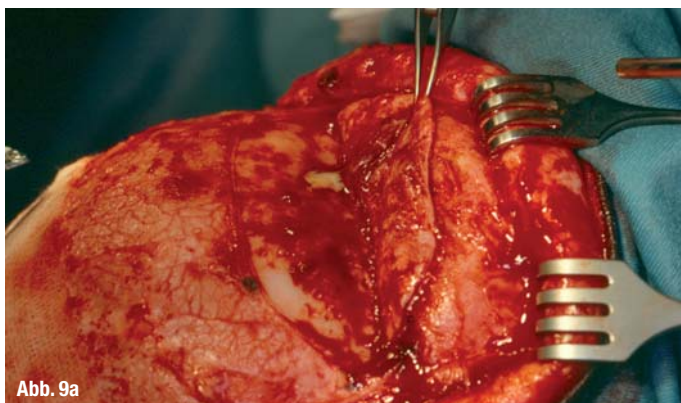


Abb. 9a

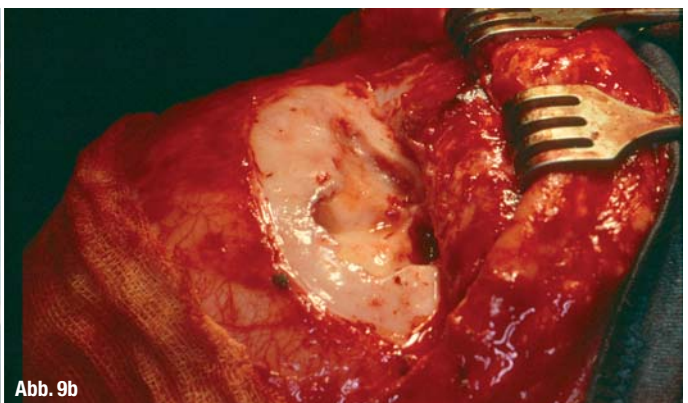


Abb. 9b

_Kontakt	face
<p>Prof. Dr. Hans Behrbohm Park-Klinik Weißensee Schönstraße 80 13086 Berlin Tel.: 0 30/96 28 38 52 E-Mail: behrbohm@park-klinik.com www.park-klinik.com</p>	
 	

SAVE CELLS

NEUE EMS SWISS INSTRUMENTS SURGERY – DIE NEUEN HEROES IN DER IMPLANTATCHIRURGIE RETTEN ZELLEN

Dem Erfinder der Original Methode Piezon ist ein Schlag gegen die Vernichtung von Zellen beim Einsetzen von Implantaten gelungen. Das Zauberwort heisst Doppelkühlung – Kühlung der Instrumente von innen und aussen bei gleichzeitigem optimalem Debrisevakuierten sowie effizientem Bohren im Maxillarbereich.

KÜHLUNG HEILT

Die einzigartige Spiralförmigkeit und die interne Instrumentenirrigation verhindern den Temperaturanstieg der Instrumente während des chirurgischen Eingriffs – was eine sehr gute Knochenregenerierung bewirkt.

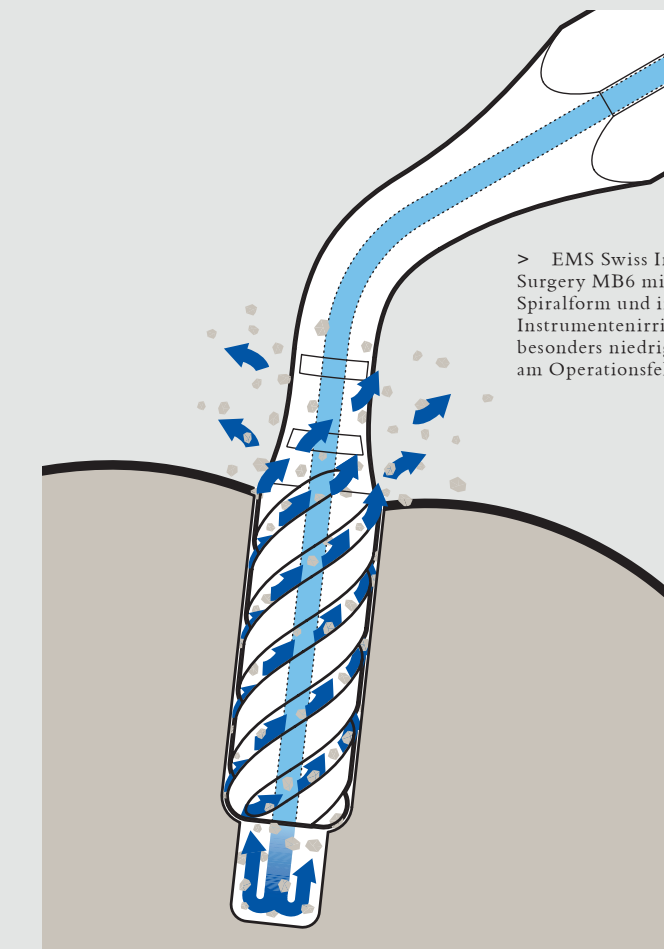
Die EMS Swiss Instruments Surgery MB4, MB5 und MB6 sind diamantbeschichtete zylindrische Instrumente zur sekundären Bohrung (MB4, MB5) sowie zur finalen Osteotomie (MB6). Mit der innovativen Doppelkühlung sind sie einmalig in der Implantatchirurgie.

KONTROLLE SCHONT

Atraumatische Vorbereitung der Implantierung bei minimaler Knochenbeschädigung wird zudem erreicht durch höchste Instrumentenkontrolle.

PRÄZISION SICHERT

Selektive Schneidetechnologie bedeutet quasi kein Risiko der Beschädigung von Weichgewebe (Membrane, Ner-



> EMS Swiss Instrument Surgery MB6 mit einzigartiger Spiralförmigkeit und interner Instrumentenirrigation für besonders niedrige Temperatur am Operationsfeld

ven, Arterien etc.). Unterstützt durch optimale Sicht auf das OP-Feld und geringe Blutung dank Kavitation (hämostatischer Effekt!).

Die neuen EMS Swiss Instruments Surgery stehen exemplarisch für höchste Schweizer Präzision und Innovation im Sinne der Anwender und

Patienten gleichermaßen. Eben die Philosophie von EMS.

Mehr Information >
www.ems-swissquality.com



Die richtige Indikation des Mittelgesichtslifts

Autoren_Dr. med. Dirk F. Richter, Dr. med. Alexander Stoff

_Einleitung

In den letzten zehn Jahren haben sich die Techniken zur Anhebung und Verjüngung des abgesackten Mittelgesichtes deutlich verfeinert. In diesem Zusammenhang sind die Indikationen deutlich erweitert worden und die Ergebnisse eindrucksvoll. Nicht nur zur ästhetischen Verfeinerung der Unterlid- und Mittelgesichtspartie findet das Mittelgesichtsliift Anwendung, sondern auch zur Behandlung von Komplikationen beispielsweise nach Unterlidkorrekturen oder auch zur Unterstützung der Behandlung der Lidchirurgie bei endokriner Ophthalmopathie.

_Pathologie

Das Mittelgesicht senkt sich im Laufe des Alters als eine selektive Ptose in vertikaler Richtung ab. Hierbei entstehen die typischen Stigmata wie: Langes Unterlid, Tränenal, nasojugale Falte, Betonung der Malar Bags und des Soof-Fettes, Vertie-

fung der nasolabialen Falten mit beginnenden Hamsterbäckchen und Mundwinkelfalten (Abb. 1). Die schon früher zur Verfügung stehenden Techniken wie Facelift und Unterlidkorrektur konnten dieser komplexen Deformität nicht detailliert Rechnung tragen. Gerade hier hat sich der Einsatz des Mittelgesichtsliifts bewährt.

_Indikationen

Ästhetik

Bei früheren Techniken wurde in den allermeisten Fällen im Bereich des Unterlides das palpebrale Fett entfernt und Haut reseziert. Die hieraus entstehenden typischen eingefallenen Augen im späteren Alter sind hinlänglich bekannt und haben zu den moderneren Techniken der Fettumverteilung und der Anhebung des Mittelgesichtes geführt. Heutige, moderne Techniken resezieren fast überhaupt kein Fett mehr, sondern arbeiten hauptsächlich mit Umverteilungen. Hierbei werden die typischen anatomischen Deformitäten wie der oben genannte Arcus marginalis oder die nasojugale Falte aufgeschlüsselt und mit Fett unterpolstert. Findet man jedoch zusätzlich ein abgeflachtes, weil abgesunkenes Mittelgesicht, und/oder sogar Fettpolster über dem Jochbein, den sogenannten Malar bags, dann ist die Indikation für das Mittelgesichtsliift zu stellen. Gerade bei diesen komplexen Deformitäten ist die wesentliche Domäne der Mittelgesichtsstraffungen zu sehen, da durch das Anheben des gesamten Geweblocks das Gewebe dorthin zurückgebracht wird, wo es hergekommen ist, was eine anatomiegerechte Rekonstruktion ermöglicht.

Rekonstruktive Chirurgie

Meist ist die Indikation bei einem Skleral Show oder einem Ektropium mit Verkürzung der vorderen Lamelle durch postoperative Schrumpfung oder Überresektion der Haut gesehen. Auch eine senile Erschlaffung des Ringmuskels mit horizontaler Lidverlängerung kann eine gute Indikation für die Unterstützung durch die Mittelgesichtsanhhebung



Abb. 1



Abb. 2a und b. 63-jährige Patientin mit den typischen Stigmata des fazialen Alterungsprozesses. Präoperativ (links) und ein Jahr postoperativ nach einem subperiostalen Midfacelift mit Arcus marginalis release (rechts).

sein. Hierdurch lässt sich zum einen der laterale Kanthus entlasten, wodurch eine Kanthopexie oder Kanthoplastik am sekundären Durchsacken gehindert wird, zum anderen kann durch das Anheben Haut gewonnen werden. Hierdurch lassen sich oft unschöne Transplantate vermeiden.

Endokrine Ophthalmopathie

Typisch für diese Erkrankung ist die Retraktion der hinteren Lamelle, die aus Konjunktiva, Retraktoren und tarsaler Platte besteht. Die chronische Entzündung des Musculus rectus inferior und die damit verbundene Verkürzung führt durch die narbigen Verbindungen zu einer Verkürzung der Retraktoren. Alleiniges Spalten der Retraktoren führt zu keinem dauerhaften Erfolg, da die Vernarbungen meist schlimmer einsetzen. Daher ist oft ein Platzhalter indiziert, um diese Distanz zu überbrücken. Hier setzt die eigentliche Rolle des Mittelgesichtes ein, da die gewünschte Position der Lidkante nach erfolgter Retraktorensplattung gehalten werden kann und hierdurch oftmals keine Interponate, wie harter Gaumen oder Ohrmuschelknorpel, erforderlich werden.

Technik

Über den subziliaren Zugang wird submuskulär und episeptal auf den Arcus marginalis hin präpariert. Dann erfolgt die Darstellung der Knochenkante, Inzision des Periostes und subperiostale Präparation auf dem Knochen. Hierbei wird der Levator anguli oris angehoben, hinter dem sich in der Regel der Nervus infraorbitalis zeigt. Er wird sehr sorgfältig medial und lateral befreit und die Präparation wird dann scharf auf dem Knochen subperiostal bis zur Vestibulumumschlagsfalte fortgesetzt. Hierbei werden auch die muskulären Ansätze des Zygomaticus major, minor und Ansätze des Masseters abgelöst. Durch dieses Manöver ergibt sich eine enorme Mobilität des Mittelgesichtes nach kranial. Um selektiv die oberen Anteile besser bewegen zu können, erfolgt nun auf Höhe der Columella die Inzision des Periostes und das Anschlingen des Periostes oberhalb der Inzision mit zwei Fäden (3 x 0 Prolene). Hierdurch lässt sich nun das abgesackte Weichteilgewebe in der reinen vertikalen Richtung repositionieren und hierdurch eine schöne Volumenanschoppung im Bereich des Mittelgesichtes und der Unterlidregion erreichen. Um eine sichere und stabile Fixierung zu erzielen, legen wir zwei Bohrlöcher im Bereich der Orbitakante an und kneten in Überkorrektur. Sodann wird das Septum orbitale komplett geöffnet und das intraorbitale Fett freigesetzt. Hierdurch wird ein zusätzlich glättender Übergang zwischen dem



Bromelain-POS® für ein perfektes Ergebnis

- Beschleunigt den Rückgang postoperativer Schwellungen und Hämatome
- Entlastet das Gewebe und reduziert so den Schmerz
- Für mehr Patientenzufriedenheit



Bromelain-POS®. Wirkstoff: Bromelain. **Zusammensetzung:** 1 überzogene, magensaftresistente Tablette enthält Bromelain entsprechend 500 F.I.P.-Einheiten (56,25-95 mg). Mikrok. Cellulose; Copovidon; Maltodextrin; Magnesiumstearat; hochdisp. Siliciumdioxid; Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 135.000; Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 250.000; Diethylphthalat; Talkum; Triethylcitrat. **Anwendungsgebiete:** Begleittherapie bei akuten Schwellungszuständen nach Operationen und Verletzungen, insbesondere der Nase und der Nebenhöhlen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Bromelain, Ananas oder einem der sonstigen Bestandteile. **Bromelain-POS®** sollte nicht angewendet werden bei Patienten mit Blutgerinnungsstörungen sowie bei Patienten, die Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. **Nebenwirkungen:** Asthmaähnliche Beschwerden, Magenbeschwerden und/oder Durchfall, Hautausschläge, allergische Reaktionen. **Stand:** Februar 2011

 **URSAPHARM**

Industriestraße, 66129 Saarbrücken, www.ursapharm.de



Abb. 3a und b 46-jährige Patientin mit abgesunkenem Mittelgesicht, Tränenrinne und Vertiefung der nasolabialen Rinne. Präoperativ (links) und zwei Jahre postoperativ nach einem subperiostalen Midfacelift und Fettsliding nach Arcus marginalis release (rechts).

Mittelgesicht und Unterlid mit Verkürzung der Lid-cheek-junction erzielt. In der Regel fixieren wir das palpebrale Fett mit dem nach oben angeschoppten Fett des Mittelgesichtes, damit es zu keiner Luxation kommt. Wichtig hierbei ist die pure vertikale Anhebung, die im Vergleich zum endoskopischen Mittelgesichtslift keinen seitlichen Vektor mit Verziehungen der Lidkante beinhaltet.

Komplikationen

Längerdauernde Schwellungen durch die subperiostale Präparation sind unumgänglich, genauso wie eine länger anhaltende Neigung zur Chemosis. Vorübergehende Dysästhesien im Bereich des Nervus infraorbitalis können zu einer Beeinträchtigung beim Sprechen und Kauen führen, was jedoch meist schnell verschwindet. Dauerhafte Schädigungen haben wir bislang nicht beobachtet. Horizontale Lidverlängerungen durch Erschlaffungen der seitlichen tarsalen Haltebänder müssen sorgfältig diagnostiziert werden und wenn festgestellt, therapiert werden. Hier bietet sich der laterale Tarsal-strip als Methode der Wahl an. Eine Ektropiumbildung ist bei stabiler Fixierung in Überkorrektur die Ausnahme (Abb. 2).

Ergebnisse und Langzeitergebnisse

Die ästhetischen Erfolge rechtfertigen die doch umfangreiche Operation. Es gibt kaum eine so effektive Behandlungsmethode im Bereich der Unterlidchirurgie wie das Mittelgesichtslift. Das subperiostale Vorgehen führt zu einer schnellen und sicheren Verklebung der Schichten auf dem Knochen, sodass auch von sicheren Langzeitergebnissen auszugehen ist. Wir überblicken einen Zeitraum von fünf Jahren mit guten und stabilen Resultaten. Hinsichtlich der Stabilität bei rekonstruktiven Eingriffen ist

festzuhalten, dass das zuvor beobachtete häufige Nachgeben bei Kanthopexie oder Kanthoplastik in Kombination mit einem subperiostalen Mittelgesichtslift nicht zu beobachten ist.

Bei endokrinen Ophthalmopathien kann die posteriore Lamelle suffizient durch die Retraktorensplattung und die gleichzeitige Anhebung der Lidkante über den unterstützenden Schub des Mittelgesichtes behandelt werden, was häufig den Einsatz von Platzhaltern erspart.

Zusammenfassend hat sich die anfängliche Euphorie um das Mittelgesicht mehr und mehr gefestigt und durch Verfeinerungen, wie die vertikale subperiostale Unterstützung, ein wertvolles Tool im Repertoire des Plastischen Chirurgen werden lassen (Abb. 3).

Literatur

- [1] de la Plaza R, Arroyo JM (1988) A new technique for the treatment of palpebral bags. *Plast Reconstr Surg* 81:677
- [2] Hamra ST (2003) The role of the septal reset in creating a youthful eyelid-cheek complex in facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 113:2124
- [3] Patipa M (2004) Transblepharoplasty lower eyelid and midface rejuvenation: Part 1. Avoiding complications by utilizing lessons learned from the treatment of complications. *Plast Reconstr Surg* 113:1459
- [4] Patipa M (2004) Transblepharoplasty lower eyelid and midface rejuvenation: part 2. Functional applications of midface elevation. *Plast Reconstr Surg* 113:1469
- [5] De Cordier BC, de la Torre JI, Al-Hakeem MS, Rosenbert LZ, Costa-Ferreira A, Gardner PM, Fix RJ, Vasconez LO (2002) Rejuvenation of the midface by elevating the malar fat pad: review of the technique, cases, and complications. *Plast Reconstr Surg* 110:1526
- [6] Hamra ST (2004) The role of the septal reset in creating a youthful eyelid-cheek complex in facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 11:2124–2141
- [7] Hamra ST (2005) Continuing medical education article-facial aesthetic surgery: septal reset in midface rejuvenation. *Aesthet Surg J* 25:628–635
- [8] Hester TR, Gordner MA, McCord CD, Nahai F, Giannopoulos A (2000) Evolution of technique of the direct transblepharoplasty approach for the correction of lower lid and midfacial aging: maximizing results and minimizing complications in a 5-year experience. *Plast Reconstr Surg* 105:393–406
- [9] Richter DF, Stoff A, Olivari N. Transpalpebral decompression of endocrine ophthalmopathy by intraorbital fat removal (Olivari technique): experience and progression after more than 3000 operations over 20 years. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Jul;120(1):109–23. Review

_Kontakt

face

Dr. med. Dirk F. Richter
Dr. med. Alexander Stoff
 Klinik für Plastische Chirurgie
 Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling
 Bonner Straße 84
 50389 Wesseling



Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.



Jetzt Mitglied werden und Vorteile sichern!



Die Fachgesellschaft für seriöse, ästhetische, plastische Chirurgie
und kosmetische Zahnmedizin

- Innovative Fortbildungsveranstaltungen
- Attraktives Patientenmarketing für Mitglieder
- Therapieschwerpunkte und Gütesiegel für Mitglieder
- ISO-zertifiziert durch die DEKRA



Geschäftsstelle:

Feldstraße 80 | D-40479 Düsseldorf
Tel.: +49-2 11/1 69 70-79 | Fax: +49-2 11/1 69 70-66
sekretariat@igaem.de
www.igaem.de

Vorstand IGÄM e.V.:

Präsident Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang
Vizepräsidentin Dr. Ulrike Then-Schlagau
Schatzmeister Prof. Dr. Dr. Eckhard Dielert
Schriftführer Dr. Mark A. Wolter

„Klinische Erfahrungen bei Verwendung der **Stirn** als **Spenderregion** für das Gesicht“

Autoren_Dr. Heike Weißpflug, Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil. Karli Döring

Bereits vor 2.000 Jahren beschrieb Sushruta Samrita die Technik der Nasenrekonstruktion mittels Stirnhaut.

Auch heute noch werden verschiedene Lappenplastiken der Stirn zur Rekonstruktion der Gesichteweichteile angewendet. Waren es damals vor allem Verstümmelungen, so sind es heute eher Weichgewebsdefekte nach Tumoroperationen, welche Rekonstruktionen erforderlich machen.

Die Vielzahl und Variabilität der Stirnlappen erklärt sich durch den Reichtum dieser Region an sich überkreuzenden Gefäßsystemen und zahlreichen Anastomosen untereinander. Dabei spielen insbesondere die Arteriae temporales superficiales, supraorbitales und supratrochleares eine tragende Rolle (Abb. 1).

Wir haben eine Auswertung unseres Patientengutes, bei denen die Stirn als Spenderregion zur Deckung von Weichteildefekten des Gesichtes und der Mundhöhle verwendet wurde, vorgenommen. Es wurden Behandlungsergebnisse von 137 Patienten, die im Zeitraum März 1984 bis Juli 2010 operativ versorgt wurden, analysiert. Ausgewertet wurden Operationsmethodik, Komplikationsraten und Vor- und Nachteile der jeweiligen Lappenplastiken. Dabei konnten 38 Patienten klinisch nachuntersucht werden. Bei 99 Patienten erfolgte die Auswertung anhand der Dokumentation.

In unserem Krankengut überwogen männliche Patienten (81 Patienten).

Bei 125 Patienten wurde aufgrund eines Tumors operiert. Sechs Patienten hatten einen Unfall erlitten, bei sechs Patienten lagen andere Gründe vor. Der Großteil der Patienten war zwischen 50 und 90 Jahren alt, mit einem Altersgipfel zwischen 70 und 80 Lebensjahren.

Folgende Lappenvarianten kamen zur Anwendung:

1. Riegerlappenplastiken (Abb. 2a)
2. vertikale Stirnlappen (paramedian, median, schräg) mit und ohne Spalthaut (Abb. 2b)
3. Kreibitzlappenplastiken (Abb. 2c)
4. horizontale Stirnlappen mit und ohne Spalthaut (als Sonderform bds. gestielt: Visierlappen) (Abb. 2d)
5. sonstige Lappen

Die Lappen eigneten sich zur Deckung von Defekten im Bereich der Nase, der Lider, Lidwinkel, Wange, Kinn und fanden auch intraoral Anwendung. Insgesamt siebenmal kam die Riegerlappenplastik

Abb. 1 _ Anatomie der Stirn-Gefäße.

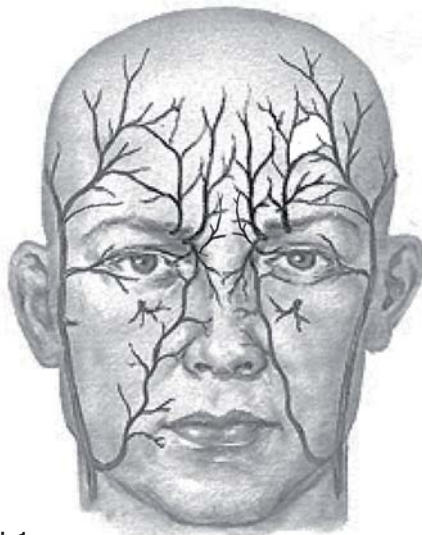


Abb. 1

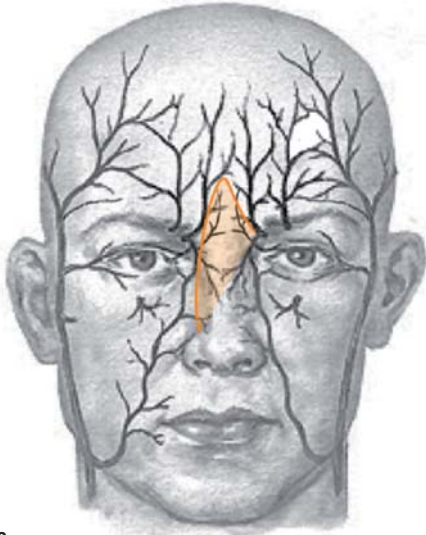


Abb. 2a

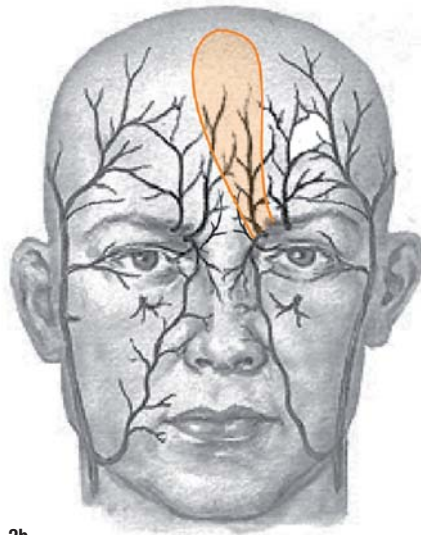


Abb. 2b

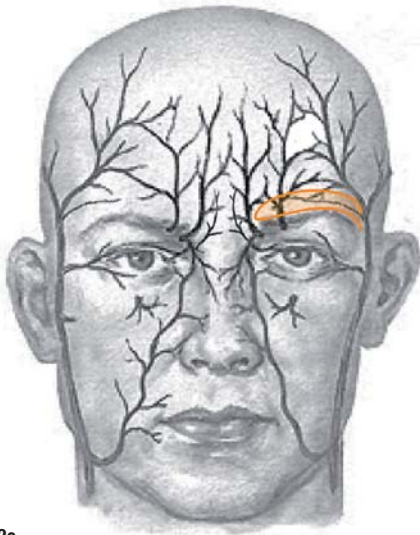


Abb. 2c

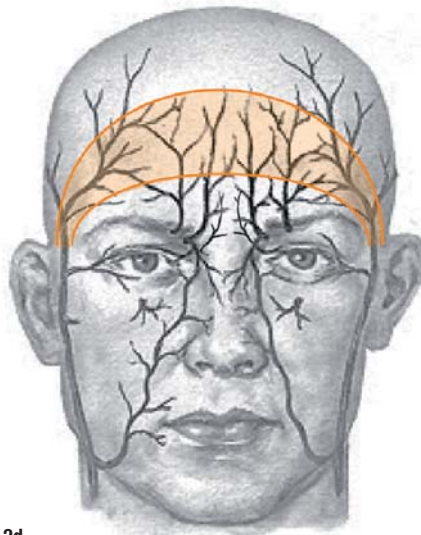


Abb. 2d

Abb. 2a–d_ Schema: verschiedene Stirnlappen.

Abb. 2a_ Riegerlappen.

Abb. 2b_ Vertikale Stirnlappen (paramedian).

Abb. 2c_ Kreibiglappen.

Abb. 2d_ Horizontale Stirnlappen (Sonderform: Visierlappen bds. gestielt).

zum Einsatz (Abb. 2a). Dieser Lappen ist vorzugsweise zur Deckung von Defekten im Nasenspitzenbereich gut geeignet.

Die Verwendung des Kreibiglappens (Abb. 2c und Abb. 3) erfolgte zum Ersatz der Unterlider. Er wurde insgesamt zwölfmal angewendet. Eine Knorpeltransplantation zur Stützung des Unterlides war aufgrund der optimalen Gewebestruktur des Lappens nur einmal erforderlich.

Bei Patienten mit Riegerlappen- und Kreibiglappenplastiken konnte der Entnahmedefekt primär verschlossen werden.

Die vertikalen Stirnlappen wurden am häufigsten verwendet (77 ohne, vier mit Anwendung von Spalthaut im Spendergebiet; Abb. 2b und Abb. 4).

Die nächst häufigen Lappenarten waren die horizontalen Stirnlappen (28 mit und 2 ohne Spalthaut; Abb. 2d und Abb. 5).

Visierlappen kamen insgesamt viermal zur Anwendung (zwei ohne, zwei mit Spalthaut; Abb. 2d).

Die Komplikationsraten waren bei den verschiedenen Lappenplastiken gering. Besonders bei Kreibig- und Riegerlappen waren die Spenderbereiche unauffällig. Im Empfängerbereich kam es lediglich einmal zu einer partiellen Lappennekrose eines Kreibiglappens, welche jedoch von selbst abheilte. Ein Patient beklagte ein Spannungsgefühl und einmal

Abb. 3a und b_ Kreibiglappen.

Abb. 3a_ Präoperativ: ulceriertes Basalzellkarzinom Unterlid links.

Abb. 3b_ Postoperativ, nach Resektion des Unterlides und Defektdeckung durch Kreibiglappenplastik.



Abb. 3a



Abb. 3b

Abb. 4a-c_ Vertikaler Lappen.

Abb. 4a Ausgangsbefund einer Patientin mit alio loco voroperiertem Basalzellkarzinom und jetzt Rezidiv.

Abb. 4b Unmittelbar nach Operation (paramedianer Stirnlappen als Insellappen).

Abb. 4c Ein Jahr postoperativ.



war der Kreibiglappen zu voluminös und musste ausgedünnt werden.

Bei der vertikalen Stirnlappenplastik kam es im Spenderbereich bei einem Patienten zu einer auffälligen Asymmetrie der Augenbraue. Ebenso perforierte einmal ein Volumenexpander die Haut. Im Empfängerbereich traten ein korrekturbedürftiges Unterlidektropium und bei einem Patienten die Perforation von Osteosynthesematerial auf.

Die horizontale Stirn- und Visierlappenplastiken zeigten drei partielle Spalthautnekrosen im Spenderareal und zwei partielle sowie eine totale Nekrose im Empfängerbereich.

_Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Stirnlappen auch heute noch eine wertvolle Möglichkeit zur Deckung von Weichteildefekten der oberen Gesichtshälfte sind.

Sowohl Farbe und Textur als auch die erhaltene Sensibilität und unauffällige Narben im Spendergebiet sind positiv zu bewerten. Gleichzeitig ist eine kurze Operationszeit in teilweise örtlicher Betäubung patientenfreundlich.

Bei Anwendung des Kreibiglappens ist gelegentlich die kompensatorische Anhebung der Augenbraue der Gegenseite erforderlich. Die Ästhetik im Spenderbereich leidet, wenn bei vertikalen und horizontalen Stirnlappen Spalthaut nötig ist. Dies kann teilweise durch den Einsatz von Expandern verhindert werden.

Verlagert man große vertikale Lappen, können Haare im Lappenspitzenbereich vom Patienten als störend empfunden werden. Bei Lappen mit belastetem Hautstiel ist oftmals eine Drehpunkt Korrektur ergänzend sinnvoll und erforderlich. Durch Bil-

dung von subcutan gestielten oder Insellappen kann dies vermieden werden.

Patienten beklagen gelegentlich in der Anfangszeit nach Primärverschluss im Spenderbereich Spannungskopfschmerz.

Während mediane, paramediane, Kreibig- und Riegerlappen erster Wahl zur Deckung von Substanzdefekten der Lider sowie der Nasenregion sind, stehen verschiedenen Formen größerer horizontaler Lappen vorzugsweise als Reservelappen für extra- und intraorale Indikationen zur Verfügung. Durch Volumenexpansion können die Lappen größer gebildet und auf den Einsatz von Spalthaut in der Lappentnahmeregion kann teilweise verzichtet werden.

Abb. 5a-d Patient mit ausgedehntem oropharyngealen Karzinom.

Abb. 5a Intraoperative Situation nach Tumorentfernung und UK-Resektion.

Abb. 5b Der Stirnlappen ist gebildet und in den Mundraum verlagert

Abb. 5c Postoperative Situation intraoral.

Abb. 5d Postoperative Situation extraoral.



_Kontakt	face
<p>Dr. Heike Weißpflug Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil. Karli Döring Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Ästhetische und wiederherstellende Chirurgie der Klinikum Chemnitz gGmbH Chefarzt: Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil. Karli Döring Flemmingstraße 2 PSF 9 48 09009 Chemnitz www.klinikum-chemnitz.de Sekretariat: Andrea Otte</p>	



IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.

Präsident: Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang

Kursreihe: 2011

„Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“
Anti-Aging mit Injektionen

Programm „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ · Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz

	1. KURS	2. KURS	3. KURS	4. KURS
	Live-Demo + praktische Übungen*	Live-Demo + praktische Übungen*	Live-Demo + praktische Übungen*	Prüfung
KÖLN/ DÜSSELDORF¹	30.09.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr	01.10.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr	12.10.2011 · 10.00 – 17.00 Uhr	19.10.2011 · 10.00 – 12.00 Uhr
	vernetzte und unvernetzte Hyaluronsäure Sponsoren: Pharm. Allergan, TEOXANE	Botulinumtoxin-A Sponsor: Pharm. Allergan	Milchsäure (Sculptra) um Volumenfiller (Hyaluronsäure) Sponsoren: Sanofi-Aventis, TEOXANE Prüfungsvorbereitung	Abschlussprüfung (multiple choice) und Übergabe des Zertifikats

*Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit für die praktischen Übungen einen Probanden mitzubringen. Hierfür werden interessierten Teilnehmern lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt.

Organisatorisches

Kursgebühren je Kurs (1.–3. Kurs)
IGÄM-Mitglied 295,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 355,00 € zzgl. MwSt.

Tagungspauschale
pro Teilnehmer 45,00 € zzgl. MwSt.
(umfasst Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich)

Abschlussprüfung (inkl. Zertifikat)
IGÄM-Mitglied 290,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 320,00 € zzgl. MwSt.

Die Übergabe des Zertifikates erfolgt nach erfolgreichem Abschluss der Kursreihe.

Bitte beachten Sie, dass die Kurse **nur im Paket** gebucht werden können. Wenn Sie einen der Kurse als **Nachholtermin** besuchen möchten, ist die Buchung auch einzeln möglich.

Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen und Rechtsbegrifflichkeiten im föderalen System der Bundesrepublik kann es seitens der einzelnen KZV/Kammern zu verschiedenen Statements im Hinblick auf die Behandlung durch Zahnärzte mit Fillern kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit Ihrer Kammer ab bzw. informieren Sie sich über fortführende Ausbildungen, z. B. zum Heilpraktiker.

Nähere Informationen zu Terminen, Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Veranstalter/Organisation
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49-3 41/4 84 74-3 08
Fax: +49-3 41/4 84 74-3 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

Wissenschaftliche Leitung
IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: +49-2 11/1 69 70-79
Fax: +49-2 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@igaem.de

In Kooperation mit



Anmeldeformular per Fax an
+49-3 41/4 84 74-3 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für den Kurs „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ am

30. September 2011 in Köln 01. Oktober 2011 in Köln 28. Oktober 2011 in Düsseldorf
 29. Oktober 2011 in Düsseldorf

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname/Titel Mitglied IGÄM Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel Mitglied IGÄM Nichtmitglied IGÄM

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Das Haut-Fett-Transplantat als alternatives Rekonstruktionsverfahren im Bereich der Nase

Autoren Dr. Henning Frhr. v. Gregory, Dr. H. Fischer, Prof. Dr. W. Gubisch

Einleitung

Kleine, tiefe Defekte nach Resektion frühzeitig erkannter Tumoren, wie z.B. Basaliomen, Plattenepithelkarzinomen oder Melanomen im Bereich der Nasenhaut, werden aufgrund des besseren Hautkrebs-Screenings, besser aufgeklärter Patienten und dem hiermit verbundenen früheren Gang zum Arzt häufiger. Operative Direktverschlüsse oder konservatives Zuwarten mit Sekundärheilung führen bei derartigen Defekten gerade im Bereich der Nasenspitze, der Nasenflügel und besonders der weichen Dreiecke häufig zu entstehenden Verziehungen und Asymmetrien. Auch eine auffällige, schwer korrigierbare breite Narbenbildung kann die Folge sein. Die Defekte sind aber dennoch zu klein, um sie mit den bewährten lokalen Lappenplastiken zu decken und deren spezifische Nachteile für die Rekonstruktion in Kauf zu nehmen (Abb. 1). In der vorliegenden Arbeit werden die Technik der Hebung, der Transplantation, der Einnah, des Überknüpfverbandes und der Nachbehandlung von Haut-Fett-Transplantaten erläutert. Demonstriert werden Langzeitverläufe und die Abschnitte der Einheilung der Haut-Fett-Transplantate anhand

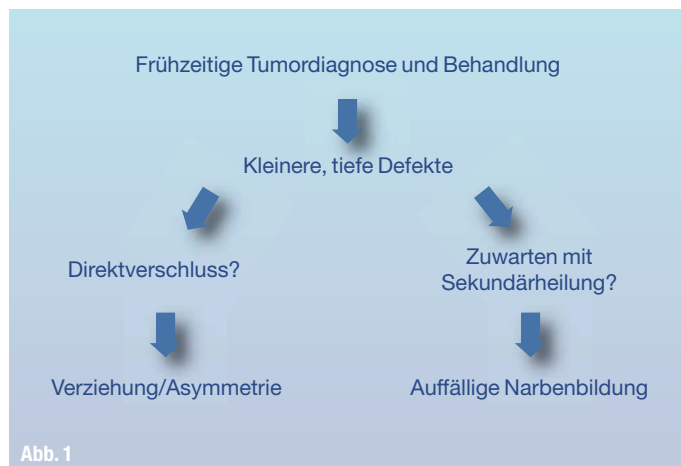
einer genauen Bilddokumentation. Verschiedene Defektlokalisationen im Bereich der Nase werden dabei berücksichtigt.

Hypothese

Das Haut-Fett-Transplantat ist für kleine, tiefe Defekte im Bereich der Nasenspitze, der Nasenflügel und der weichen Dreiecke ein gutes Rekonstruktionsverfahren.

Methode

Die bewährten lokalen Lappenplastiken, wie die Rotationslappenplastik, die Bilobed-Lappenplastik oder der Vorschublappen, stellen für den operierenden Chirurgen gegenüber einem vermeintlich banalen Transplantat eine technische Herausforderung dar (Abb. 2a und b). Die Planung der eigentlichen Lappenplastik und des zukünftigen Narbenverlaufs sind aufgrund der verschiedenen Defektlokalisationen und Hautbeschaffenheiten der einzelnen Patienten jedoch nicht sicher reproduzierbar und systematisch von Patient zu Patient zu übertragen. Die Narbenlänge, die oft



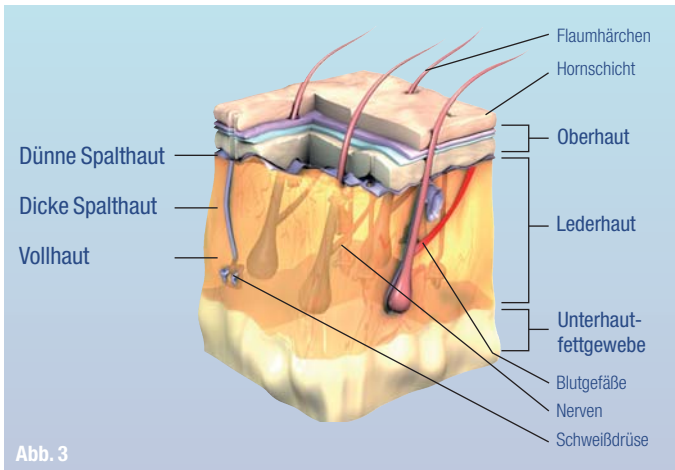


Abb. 3

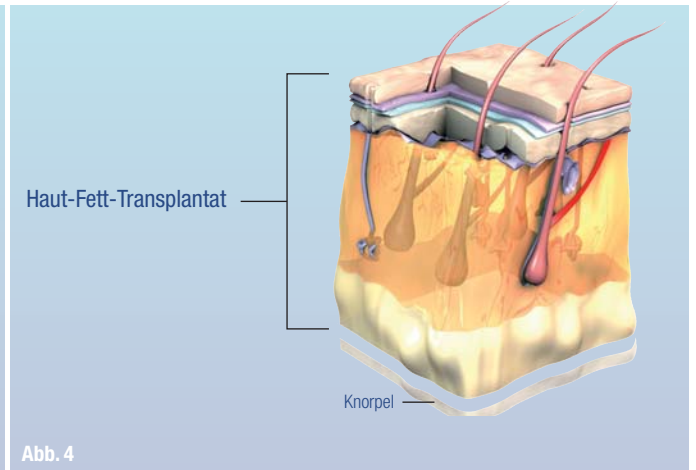


Abb. 4

großflächigen Gewebeunterminierungen stellen ebenso wie eine postoperativ eventuell sehr lang anhaltende oder sogar bleibende Schwellung der genannten Lappenplastiken durchaus ernst zu nehmende Probleme dar. Auch ist es in den meisten Fällen notwendig, den Narbenverlauf über mehrere ästhetische Untereinheiten der Nase zu planen, was ebenfalls zu auffälligen und entstehenden Narben führen kann (Abb. 5).

In unserem Patientengut werden für kleine tiefe Defekte im Bereich der Nasenspitze, der Nasenflügel und der weichen Dreiecke Haut-Fett-Transplantate zur Deckung angewendet. Das Haut-Fett-Transplantat umfasst dabei neben der Ober- und Lederhaut auch Anteile des Unterhautfettgewebes, was es von den üblichen Spalt- und Vollhauttransplantaten ebenso unterscheidet wie von den Compositegrafts, die zusätzlich noch Knorpelanteile beinhalten. Die postoperative Behandlung der Haut-Fett-Transplantate erfolgt trotzdem nahe am Regime der Compositegrafts, zumal der Defektboden häufig aus Flügelknorpel besteht und ein Transplantat nicht ernähren kann (Abb. 3 und 4).

Generell sollte nach der Tumorexcision zügig die Deckung erfolgen, um eine Wundkontamination

ganz zu vermeiden (Sofortrekonstruktion z.B. bei gutartigen Tumoren) oder zumindest gering zu halten (zweizeitige Rekonstruktion bei bösartigen



Abb. 5

Tumoren). Die Defekte werden chirurgisch sparsam bis auf sicher durchblutete Gewebeschichten angefrischt und es erfolgt die Anfertigung einer präzisen Defektschablone. Diese wird auf das als

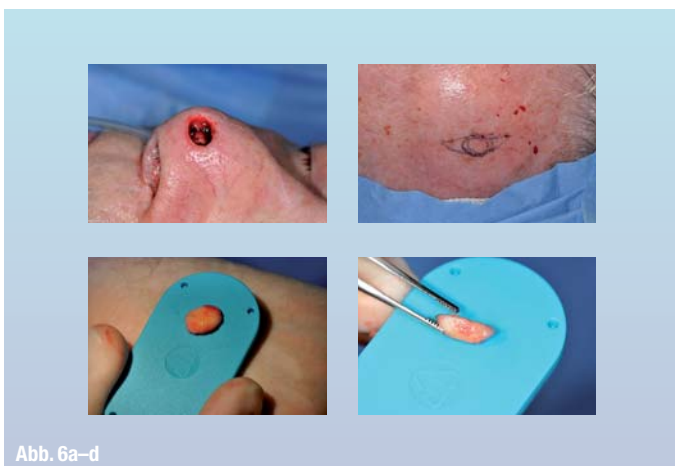


Abb. 6a-d

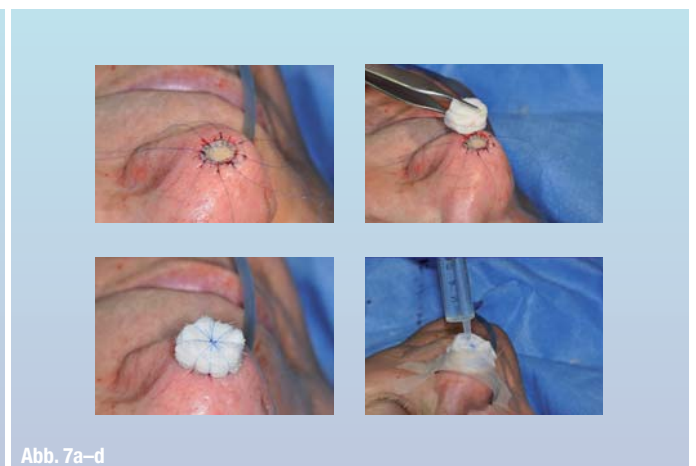


Abb. 7a-d

OP-Details in Kürze

1. Defekte sollten nach Tumorexcision generell zügig gedeckt werden
2. Wundrand und Wundgrundanfrischung
3. Spenderstelle soll möglichst ähnliche Beschaffenheit haben (Stirnhaaransatz/prä-/retoaurikulär)
4. Präzise Defektschablonen
5. Transplantat in gleicher Dicke oder etwas dünner heben
6. Nach Hebung umgehend einnähen
7. Kein resorbierbares Nahtmaterial
8. Überknüpfverband mit vielen Einzelknopfnähten und sehr moderatem Druck

Abb. 8

Nachbehandlung in Kürze

1. Überknüpfverband sieben Tage belassen
2. Tägliche Geruchskontrolle
3. Überknüpfverband für drei Tage alle acht Stunden mit kalter Gentamycinlösung beträufeln
4. Täglich orale Antibiose (z.B. Cephalosporine)
5. Nach Entfernung des Überknüpfverbandes Wundränder und Transplantat mit Sulmycin® oder rückfettenden Salben pflegen
6. Fadenentfernung acht Tage postoperativ zur Narbenverminderung

Abb. 9

Hebezone geplante Hautareal übertragen. Als Entnahmestelle hat sich für die Haut-Fett-Transplantate im Bereich der Nasenspitze und der Nasenflügel sowie der weichen Dreiecke der Nase in abnehmender Qualität der Stirnhaaransatz (unbehaart) sowie die prä- und postaurikuläre Haut bewährt, wobei dies auch von der Dicke und der Farbe der Patientenhaut im jeweiligen Fall abhängt. Die Transplantate werden in Abhängigkeit von der Defekttiefe in selber Dicke oder geringfügig dünner gehoben, da die Transplantate in der Einheilungsphase Flüssigkeit aufnehmen und eine gewisse Schwellung mit eingeplant werden muss (Abb. 6a–d).

Nach der Hebung des Haut-Fett-Transplantates erfolgt unmittelbar ohne Verzögerung die Einnahm des Transplantates in den gerade angefrischten Defekt. Dies ist einer von mehreren beachtenswerten Punkten, die sich nach unserer Meinung positiv auf den Behandlungserfolg auswirken, da es so zu keiner Austrocknung des Wundbettes oder Antrocknung des Transplantates kommt, die ein Einsprossen der Gefäße gerade in den ersten 48 Stunden nach der Transplantation entscheidend negativ beeinflussen würden. Im nächsten operativen Schritt wird das Transplantat mit einem Überknüpfverband aus Kompressenmaterial mit engmaschig nicht resor-

bierbaren Fäden (z.B. Seralene®, Prolene®) der Stärke 6-0 versehen. Die Fadenenden der Einzelknopfnahnt können beim Einnähen so lang gelassen werden, dass diese dann auch für die Aufnahme des Überknüpfverbandes verwendet werden können. Resorbierbares Fadenmaterial wird generell nicht verwendet, um möglichen Wundheilungsstörungen durch den entzündungsfördernden Vorgang der Fadenauflösung vorzubeugen.

Der Druck des Überknüpfverbandes auf dem Transplantat sollte sehr moderat gewählt werden, um das Einsprossen der Gefäße im Heilungsverlauf nicht zu behindern und Fettgewebnekrosen des Unterhautfettgewebes des Transplantats mit folgenden Konturunebenheiten mit auffälliger Stufenbildung im Bereich der Defektränder zu vermeiden (Abb. 7a–d, Abb. 8).

Der Überknüpfverband wird die ersten drei postoperativen Tage alle acht Stunden mit Gentamycinlösung beträufelt. Danach wird Sulmycin® Salbe peripher auf die Haut aufgetragen. Dies behandelt entzündliche Reaktionen und vermindert Spannungen im Bereich der Naht. Nach sieben Tagen mit täglichen Verbands- und Geruchskontrollen wird der Überknüpfverband entfernt. Wir verabreichen den Patienten in den acht Tagen ab dem Operationstag



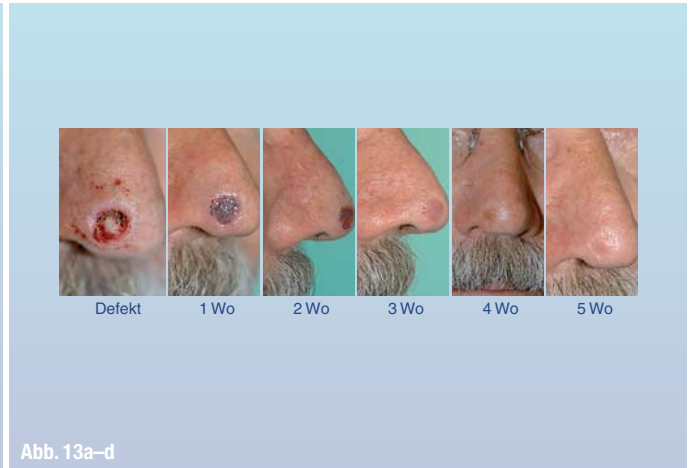
Excision 1 Woche 2 Wochen 5 Wochen

Abb. 10a–d



1 Woche 2 Wochen 4 Wochen 4 Monate

Abb. 11a–d



gerechnet eine orale Antibiose mit 2. Generations-Cephalosporinen. Der Überknüpfverband wird zehn Minuten vor der Entfernung mit Ringerlactat angefeuchtet, um ein Abreißen des Transplantates bei der Verbandsentfernung zu verhindern. Das Transplantat wird anschließend mit rückfettenden Salben wie z.B. Bepanthen oder bei unvollständiger Einheilung mit Sulmycin® Salbe täglich gepflegt. Um ein optimales unauffälliges Narbenbild zu erhalten, erfolgt die vollständige Fadenentfernung bereits am achten postoperativen Tag (Abb. 9).

Resultate

Die Einheilung der Haut-Fett-Transplantate gestaltet sich in unserem Patientengut zum Teil deutlich protrahiert. Die oberflächlichen Hautschichten der Transplantate gehen im Heilungsverlauf in den ersten vier Wochen teilweise sogar vollständig verloren und auch die Transplantatfarbe ist in den ersten sechs bis acht Wochen meist sehr auffällig (Abb. 10–13).

Die mittel- bis langfristig nach sechs bis zwölf Monaten erzielten funktionellen und ästhetischen Ergebnisse sind demgegenüber jedoch sehr überzeugend. Auch die Spenderstellen, die in sehr kurzer Zeit un-

auffällig abheilen, stellen langfristig kein Problem dar (Abb. 14–15).

Schlussfolgerung

Das Haut-Fett-Transplantat stellt eine echte Alternative zu den bewährten lokalen Lappenplastiken zur Defektdeckung kleiner, tiefer Defekte im Bereich der Nase dar. Insbesondere eignet es sich für Defekte der Nasenflügel, der Nasenspitze und der weichen Dreiecke. Bei isolierten Defekten im Bereich der Nasenflügel ist die Rekonstruktion mit einem Haut-Fett-Transplantat den bewährten lokalen Lappenplastiken überlegen.

Die Anwendung des Haut-Fett-Transplantates erfordert jedoch sowohl vom Patienten als auch vom behandelnden Chirurgen deutlich mehr Geduld in der Einheilungszeit. Wird diese Geduld aufgebracht, sind in den meisten Fällen perfekte ästhetische Ergebnisse zu erzielen.

Das nur vermeintlich „banale“ Haut-Fett-Transplantat erfordert ein genaues Einhalten des Behandlungsregimes, um die gewünschten guten bis sehr guten ästhetischen Ergebnisse zu erreichen. Bei Rauchern wie auch unter Immunsuppression empfehlen wir eine sehr zurückhaltende Indikationsstellung.

_Kontakt	face
<p>Dr. med. Henning Frhr. v. Gregory Marienhospital Stuttgart Oberarzt, Klinik für Plastische Gesichtschirurgie Böheimstraße 37 70199 Stuttgart E-Mail: henninggregory@vinzenz.de</p>	
	



Zuverlässigkeit und Vielseitigkeit von **resorbierbaren Hautankern** beim **endoskopischen Brauenlift**

Autoren_Dr. Dr. Johannes C. Bruck, Jiri Blazek

Zusammenfassung

Ein dauerhaft verjüngtes Gesicht – das ist heute der Wunsch vieler Menschen.

Zu den modernsten, einfachsten und auch schonendsten Methoden gehört heute der endoskopische Brauenlift – ein vielseitig einsetzbarer Eingriff, der durch eine Variation der angewandten Zugvektoren und unterschiedliche Positionierung der Zielstrukturen nicht nur das Anheben der Augenbrauen und Augenlider ermöglicht, sondern auch die Korrektur von Asymmetrien, Beseitigung lateraler Krähenfüße oder das Glätten tiefer Glabellafalten. Das minimalinvasive Verfahren zeichnet sich durch Schnelligkeit und Sicherheit aus mit nur wenigen Komplikationsmöglichkeiten. Dank einem besseren Verständnis der Alterungsprozesse der Stirn und

der Bedeutung der Augenbrauen für den Gesichtsausdruck wird der endoskopische Brauenlift vermehrt nicht nur als Ergänzung, sondern auch als Alternative für eine Oberlidstraffung verwendet.

Seit Einführung der Methode wurde eine Vielzahl verschiedener Verfahren zur Fixierung der Kopfschwarte am Schädel entwickelt und erprobt. Dazu zählen Fibrinkleber, resorbierbare Fäden und resorbierbare wie auch nicht resorbierbare Schrauben, teilweise in Kombination mit Haltefäden.

Alle Methoden haben gewisse Vor- und Nachteile, ein weitverbreitetes Standardverfahren hat sich noch nicht durchgesetzt. Viele Verfahren sind mit Problemen durch die teilweise schwierige und zeitaufwendige Handhabung oder die Notwendigkeit eines Zweiteingriffs zur Materialentfernung behaftet. Außerdem bieten sie teilweise keine ausreichende Möglichkeit, das Operationsergebnis zu variieren oder intraoperativ der Gegenseite anzupassen.

In der vorliegenden retrospektiven Studie untersuchten wir die Eigenschaften der seit 2001 verfügbaren resorbierbaren Hautanker der Firma Coapt Systems mit der Bezeichnung Endotine insbesondere in Hinsicht auf Einfachheit der Handhabung, Stabilität des Ergebnisses, Sicherheit, Patientenzufriedenheit und Resorptionsqualität. Die aus einem Polylactidpolymer bestehenden Anker werden in einem vorgebohrten Loch in der Lamina externa befestigt und verfügen über fünf Krallen, an denen die Kopfschwarte in der gewünschten Position fixiert wird. Durch die Verwendung der resorbierbaren Anker soll vor allem eine schnelle und variierbare Aufhängung der Kopfschwarte am Schädel ermöglicht werden, ohne die Notwendigkeit eines Zweiteingriffs zur Entfernung des Materials.

Material und Methodik

Im Zeitraum zwischen Oktober 2003 und Dezember 2009 wurde bei 62 Patienten (50 Frauen und 12

Abb. 1 Von einem Schnitt sagittal und parallel zu den Haarfollikeln wird der Anker gesetzt und die gelöste Galea in der gewünschten Position fixiert.

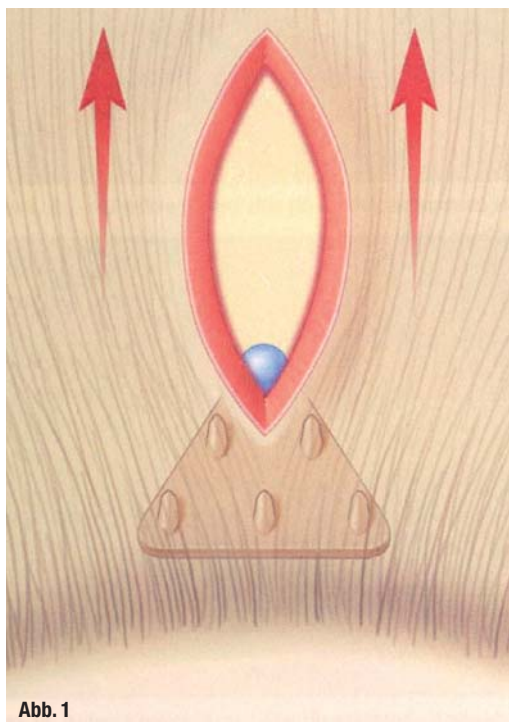


Abb. 1

Männer) ein endoskopischer Brauenlift durchgeführt. Zur Fixierung der Galea aponeurotica am Schädel in der gewünschten Position wurden in allen Fällen resorbierbare Hautanker der Firma Coapt Systems vom Typ Endotine mit jeweils 5 x 3,0 mm langen Häkchen verwendet. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 50 Jahre. Alle Patienten wurden in Intubationsnarkose und unter Verwendung einer Tumescenzlokalanästhesie (50 ml Xylo-nest 0,5% + 1/2 Ampulle Vasopressin) operiert. Alle Eingriffe wurden standardisiert durch einen Operateur in der endoskopischen Technik nach Mühlbauer durchgeführt.

Dabei wurde über drei sagittale Hautinzisionen am Capilitium unter Sicht das Periost von der Schädeldecke bis zum kranialen Orbitarand abgelöst und dabei Äste des N. supratrochlearis geschont, lateral erfolgte die Präparation zwischen beiden Blättern der Temporalisfaszie. Nach ausreichender Präparation wurde beiderseits im Bereich der lateralen Hautinzision ein 4,25 mm tiefes Bohrloch in der Lamina externa der Kalotte angebracht und der resorbierbare Anker darin befestigt. Danach wurde die Kopfschwarte mithilfe von scharfen Haken in die gewünschte Position gezogen und an den Häkchen der Anker fixiert. Es erfolgte ein Symmetrieabgleich und bei Bedarf wurde die Kopfschwarte von einem oder beiden Ankern gelöst und neu positioniert. Es wurden keine weiteren Mittel zur zusätzlichen Fixierung der Kopfschwarte verwendet. 24 Patienten (23 weiblich, 1 männlich) benötigten zusätzlich eine Blepharoplastik, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen. Eine Redondrainage wurde eingelegt und die Haut mittels Prolene Einzelknopfnähten verschlossen. Die Patienten erhielten für zwei Tage einen elastischen zirkulären Kopfverband, danach erfolgte der erste Verbandswechsel und die Drainagen wurden entfernt. Weitere Nachuntersuchungen erfolgten eine Woche, zwei Wochen, sechs Wochen und sechs Monate postoperativ, wobei jeweils das vom Patienten und vom Operateur gewichtete Operationsergebnis und mögliche Nachoperationen oder Komplikationen erfasst wurden. Die Fotodokumentation erfolgte präoperativ und jeweils sechs Wochen und sechs Monate postoperativ. Die Auswertung der Daten erfolgte retrospektiv anhand der Patientenakten und der Fotodokumentation.

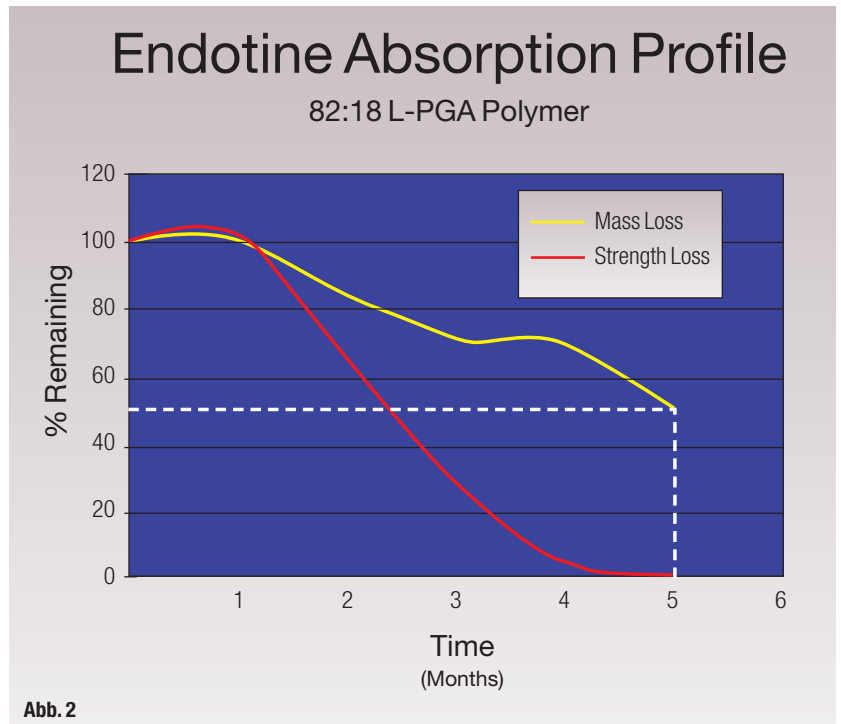


Abb. 2

Ergebnisse

Es traten keine schwerwiegenden Komplikationen im Sinne von revisionsbedürftigen Hämatomen, Seromen oder Wundinfektionen oder dauerhaften Lähmungen im Bereich des Ramus frontalis N. facialis auf. Es wurden keine allergischen Reaktionen oder Abstoßungsreaktionen auf die resorbierbaren Anker beobachtet.

Bei 18 Patienten wurden die Anker auf eigenen Wunsch entfernt, da die Resorptionszeit häufig die Herstellerangaben von sechs bis acht Monaten überschritt und die Anker von den Patienten als störend empfunden wurden. Dabei war es jedoch in keinem Fall zu einer Perforation, einer wesentlichen funktionellen Einschränkung oder signifikanten Schmerzen gekommen, die Patienten beklagten lediglich eine deutliche Tastbarkeit der Anker und gelegentliches leichtes Stechen. Die Entfernung der Anker konnte bei allen 18 Patienten problemlos über eine kleine Inzision im Narbenbereich in Lokalanästhesie ambulant erfolgen. In einem Fall musste die Galea nach einseitiger Luxation am fünften postoperativen Tag in Lokalanästhesie neu positioniert

Abb. 2_ Der Verlust an Masse in Prozent korreliert klinisch nicht mit der Tastbarkeit des Ankers.

- Abb. 3_ Die Planung der Vektoren.
- Abb. 4_ Das Bohrloch in der Lamina externa.
- Abb. 5_ Die Galea wird – dem Zugvektor entsprechend – auf dem Anker fixiert.
- Abb. 6_ Die Falte sagittal des Ankers legt sich meist schon nach wenigen Tagen.





Abb. 7 und 8 In diesem Fall handelt es sich um eine Kombination aus Brauenlift, Oberlidblepharoplastik und Lipofilling am oberen Orbitabogen mit einem beeindruckenden Ergebnis.

Abb. 9 Die Narbe, drei Monate postoperativ.

Abb. 10 Das Verfahren eignet sich auch für Männer mit tief sitzenden Brauen.

niert werden. Die Reposition erfolgte geschlossen, eine erneute Hautinzision war nicht notwendig. Ein männlicher Patient mit sehr hohem Haaransatz erhielt eine Narbenkorrektur. In zehn Fällen beobachteten wir eine vorübergehende Hyposensibilität der Stirn, die jedoch keinerlei Intervention bedurfte.

Seit seiner Einführung am Anfang der 1990er-Jahre hat sich das endoskopische Stirn- und Brauenlifting zu einer weitverbreiteten Methode zur Verjüngung des oberen Gesichtsdrittels entwickelt. Nachdem die grundsätzliche Validität des Verfahrens und die hohe Qualität der Langzeitergebnisse durch verschiedene Autoren bestätigt wurde, stellte sich in den vergangenen Jahren immer wieder die Frage nach der besten Art der Verankerung der Kopfschwarte am knöchernen Schädel.

Die Anforderungen an die optimale Verankerung sind vielseitig: Neben Einfachheit in der Anwendung sind Stabilität und Zuverlässigkeit, hohe Verträglichkeit verbunden mit Nebenwirkungsfreiheit bei möglichst geringen Kosten gefordert. Nach unserer Erfahrung stellt die Kombination der subperiostalen Präparation mit der Fixierung der Kopfschwarte am Schädelknochen mittels resorbierbarer Hautanker eine sehr gute Alternative zu anderen Methoden und einen Schritt in Richtung auf eine Vereinfachung des Verfahrens dar.

Neben der Einfachheit in der Anwendung verfügen die Hautanker über weitere Vorteile. Insbesondere die Möglichkeit der Feinjustierung des Zugvektors und der intraoperativen Korrektur der Positionierung durch Lösung der Kopfschwarte vom Anker und damit Optimierung des gesamten operativen Ergebnisses gehören zu den Vorzügen der Methode. So ist es möglich, durch Korrektur und Optimierung von Zugvektor und Kraft Asymmetrien auszugleichen oder je nach Erfordernissen den Effekt des Liftings zu beeinflussen. Durch eine Ver-

stärkung des Zugs nach temporo-okzipital können Glabellafalten ausgeglichen, bei Verschiebung des Hauptzugvektors nach parietal Krähenfüße geglättet werden. Ist die optimale Zugrichtung und -kraft gefunden, kann die Kopfschwarte einfach und zuverlässig an den Anker fixiert werden und verbleibt mit hoher Zuverlässigkeit in der gewünschten Position. Die langfristigen Ergebnisse waren bei unseren Patienten sehr zufriedenstellend, konstant und nachvollziehbar, die Verträglichkeit sehr hoch und die Komplikationsrate niedrig. Die von einigen Autoren beschriebenen Probleme mit Alopezien sind in unserem Patientengut nicht aufgetreten.

Nichtsdestotrotz weisen die Hautanker auch verschiedene Nachteile gegenüber vergleichbaren Methoden auf. Als Hauptproblem zeigte sich in der präsentierten Patientengruppe die von fast allen Patienten beklagte ertastbare Fremdkörper am Haaransatz, die auch objektiv nachzuvollziehen waren und sich insbesondere bei der Haarpflege als hinderlich zeigten. Als Konsequenz der Beschwerden wurden die Anker auf Wunsch der Patienten in 18 Fällen in Lokalanästhesie entfernt. In der Zwischenzeit hat der Hersteller der Hautanker, Coapt Systems, als Modifikation des Originaldesigns eine neue Serie von Hautankern namens Ultratine mit einer veränderten Polymerstruktur eingeführt, die eine schnellere Resorption erlauben soll. Ob durch das neue Produkt die Problematik der Tastbarkeit der Hautanker zufrieden stellend behoben werden kann, muss allerdings noch durch weitere Studien untersucht werden. Als weiterer Nachteil der Hautanker sollte der hohe Preis genannt werden, der in etwa vergleichbar mit Brustimplantaten ist.

_Kontakt	face
<p>Dr. Dr. med. Johannes C. Bruck Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie Chefarzt der Klinik für Plastische Chirurgie Martin-Luther-Krankenhaus Berlin Tel.: 0 30/89 55 25 00 E-Mail: bruck.pc@t-online.de</p>	
	

Abb. 11 Patienten mit tonisch erhöhten Brauen profitieren nicht von einem Brauenlift, sondern von einer solitären Oberlidblepharoplastik.

Abb. 12 und 13 Bei dieser Patientin bringt die Kombination von Brauenlift, Oberlidblepharoplastik und Lipofilling am oberen Orbitabogen ein natürliches, attraktives Ergebnis.



GRANCABRIO, BY MASERATI.
Experience more.



*EXPERIENCE N°6:
Feel every sound.*


MASERATI

EXCELLENCE THROUGH PASSION

WEGWEISENDE TECHNIK: DER 8-ZYLINDER-MOTOR MIT KERNIGEM SOUND.

Der Fahrtwind mischt sich mit den Tönen der Natur und dem Klang des kraftvollen Motors zu einem markanten Akkord.

Der 4,7-Liter V8 leistet massive 323 kW (440 PS) und bietet zugleich vollen Komfort in jeder Fahrsituation.

Pneumatikventile steuern ein sportives Abgassystem, das sich ab 3.000 U/min mit einem besonders kernigen, sonoren Bass vernehmen lässt.

Der Maserati GranCabrio schenkt Ihnen jeden Tag die vollkommene Cabriolet-Erfahrung, erlebt mit allen Sinnen.

Kraftstoffverbrauch kombiniert 15,2 l/100 km; außerorts 10,5 l/100 km; innerorts 23,2 l/100 km | CO₂-Emission kombiniert 354 g/km

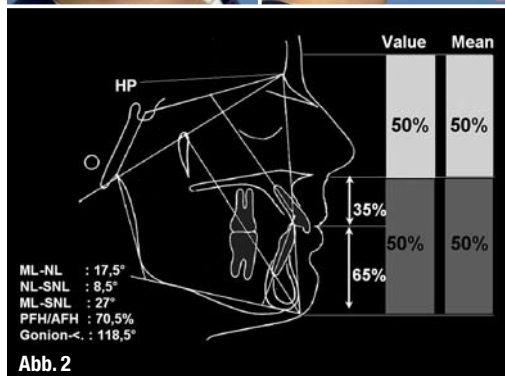
Nähere Informationen unter: +49 611 188 58 18,
per e-mail an info@maserati-service.com oder unter www.maserati.de

Aspekte zur **Untergesichtsverlängerung** bei der kombinierten kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie von Klasse II-Dysgnathien

Autoren Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Josip Bill, Dr. med. dent. Shadi Gara, Dr. med. dent. Abdallah Awadi, Dr. med. Dr. med. dent. Vadim Reiser

Abb. 1 a, b Fotostataufnahme von frontal und lateral einer Klasse II-Patientin, kurzes Untergesicht, vertiefte Supramentalfalte mit aufgerollter Unterlippe und prominentes Kinn.

Abb. 2 Disharmonie in den Weichteilstrukturen in der Vertikalen. Ein prominentes Kinn mit vertiefter Supramentalfalte.



_Einleitung

Die Verbesserung der dentofazialen Ästhetik ist das entscheidende Behandlungsmotiv kieferorthopädischer Patienten im Erwachsenenalter bei 70% bis 90%. Die Untersuchungen von Flanary¹³, Jacobson¹⁴ und Kiyak¹⁵ bezüglich Motiv, Erwartung und Zufriedenheit haben übereinstimmend gezeigt, dass sich 79% bis 89% der Patienten aus ästhetischen Gründen einer kombinierten kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung unterziehen.^{1,6} Die Ziele einer kieferorthopädischen Behandlung sind somit, neben der Herstellung einer neutralen, stabilen und funktionellen Okklusion bei physiologischer Kondylenposition, die Verbesserung der dentalen Ästhetik

und Gesichtsästhetik. Die korrekte Analyse der Physiognomie und Dynamik des Gesichtes nimmt unter den Befundunterlagen eine entsprechend vorrangige Stellung ein, um kieferorthopädisch oder chirurgisch verursachte Unausgewogenheiten des Gesichtes im Verlauf einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie zu vermeiden.^{2,3}

In dem vorliegenden Beitrag soll speziell für Patienten mit Klasse II-Dysgnathien, skelettal tiefem Biss und kurzem Untergesicht (Short-face-Syndrom) unter Berücksichtigung der Weichteilanalyse ein neuer Therapieansatz vorgestellt werden.

_Problemdarstellung

Die Harmonie der Gesichtsrelationen ist bei Klasse II-Patienten mit Short-face-Syndromen gestört. Das skelettale Untergesicht und dementsprechend das vertikale Weichteilprofil weisen ein Defizit in Relation zum Mittelgesicht auf (Abb. 1a, b und 2).^{2,3,4,7,12,16} Das kurze Untergesicht stellt für die betroffenen Patienten eine ästhetische Beeinträchtigung dar.¹⁷

Die Analyse von Photostat und Fernröntgenaufnahme (FRS) zeigen die Symptomatik des Short-face-Syndromes:

- _ kurzes Untergesicht, prominentes Kinn und vertiefte Supramentalfalte (Abb. 1 und 2)
- _ Die kephalometrischen Parameter lassen einen kleinen Unterkiefer- und Interbasenwinkel erkennen, die Relation von hinterer zu vorderer Gesichtshöhe (PFH/AFH) ist vergrößert. Eine skelettale und Weichteildisharmonie zwischen dem Mittel- und Untergesicht besteht.
- Die intraoralen Fotos (Abb. 3) zeigen die sagittale und vertikale Disharmonie:
 - _ distale Okklusionsverhältnisse
 - _ tiefer Biss mit Einbiss in die Gaumenschleimhaut
 - _ Hochstand der Unterkieferfront
 - _ verstärkte Spee'sche Kurve

Eine Vergrößerung des Untergesichts als kausale Therapie mit entsprechendem Effekt auf die faciale Ästhetik kann bei diesen Patienten nur durch eine kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung erreicht werden.^{5, 9, 10}

Lösungsansatz und Therapiekonzept

Voraussetzung für ein erfolgreiches integriertes Konzept zur Behandlung des Short-face-Syndromes ist das Verständnis der im Rahmen der Behandlung durchzuführenden Maßnahmen. Hierdurch wird es möglich, die Ergebnisse der einzelnen Behandlungsschritte im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsziel zutreffend zu bewerten, sodass ein optimales Behandlungsergebnis für den Patienten erreicht werden kann.

Anhand eines Falles wird das Behandlungskonzept erläutert.

Der Therapieablauf bei Klasse II-Dysgnathien mit Short-face-Syndrom entspricht dem Behandlungskonzept nach Watted und Bill für kombiniert kieferorthopädisch- kieferchirurgische Fälle.^{19, 20}

Der Therapieablauf besteht aus vier Phasen:

I) Präoperative Maßnahmen und orthodontische Vorbereitung

- 1) „Schientherapie“ zur Ermittlung der physiologischen Kondylenposition „Zentrik“ vor der endgültigen Planung
- 2) Orthodontie zur Ausformung und Abstimmung der Zahnbögen aufeinander und Dekompensation der skelettalen Dysgnathie
- 3) „Schientherapie“ zur Ermittlung der „Zentrik“ drei bis vier Wochen vor dem operativen Eingriff.

II) Kieferchirurgie zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie.

III) Orthodontie zur Feineinstellung der Okklusion.

IV) Retention zur Sicherung des erreichten Ergebnisses

Der entscheidende Schritt für das Erreichen der oben festgelegten Behandlungsziele erfolgt während des operativen Eingriffs. Die für das Erscheinungsbild individuell nötige Verlängerung des Untergesichts wird durch das Ausmaß der Rotation des zahntragenden Unterkiefersegmentes während der Operation vorgegeben (Abb. 4a, b). Dieses Ausmaß kann vom



Abb. 3_ Das seitliche Mundfoto zeigt eine distale Okklusion, einen tiefen Biss und Zahnfehlstellungen. Alio loco wurde eine kieferorthopädische Therapie mit Exaktion von vier Prämolaren durchgeführt.

Kieferorthopäden geplant und gesteuert werden.¹⁹ Voraussetzung für eine stabile Vergrößerung des Kieferwinkels durch die posteriore Rotation des horizontalen UK-Astes ist die 3-Punkt-Abstützung auf Frontzähnen und Molaren bei der chirurgischen Vorverlagerung.

Die posteriore Rotation des Unterkiefersegmentes kann nämlich operativ nur dann durchgeführt werden, wenn bei der operativen Vorverlagerung des Unterkiefersegmentes die Unterkieferfront baldmöglichst mit den palatinalen Flächen der OK-Front in Berührung kommt, sodass eine weitere Vorverlagerung des Segmentes zur Reduktion der vergrößerten sagittalen Frontzahnstufe und somit zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie in der Sagittalen nur entlang der palatinalen Flächen der Front möglich ist. Dies gewährt eine Abstützung während der posterioren Rotation des Segmentes, die sich in der notwendigen Vergrößerung des Kieferwinkels und somit der anterioren Gesichtshöhe im Sinne der gewünschten Verlängerung des Untergesichts niederschlägt (Abb. 4b).

Durch die operativ bedingte posteriore Rotation des zahntragenden Segmentes wird das Menton nach kaudal verlagert, sodass die skelettale Situation und das Weichteilprofil des Untergesichts in der Vertikalen verbessert werden. Außerdem erfährt die Kinnprominenz durch die posteriore Rotation trotz der Ventralverlagerung nur eine geringgradige Ventralverschiebung und entsprechend dezente Betonung, was bei diesen Patienten von Vorteil für die Profilästhetik ist. Es tritt außerdem eine Entspannung der Supramentalfalte ein.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Unterkiefervorverlagerung, der vor allem hinsichtlich des Rezidives beachtet werden muss, ist die Streckung des suprahyoidalen Komplexes (suprahyoidale Muskulatur

Abb. 4a, b_ Simulation einer operativen Unterkiefervorverlagerung mit vorheriger Herstellung einer Spee'schen Kurve durch die Extrusion der Unterkieferfront – eine Nivellierung wurde bei der ersten Behandlung durchgeführt, die rückgängig gemacht wurde (a). Es folgte eine Öffnung des Kieferwinkels durch die Rotation des UK-Segmentes während der Operation (b). Die vertikale blaue Linie berührt das Pogonion der Ausgangssituation, eine geringgradige Ventralverschiebung der Kinnprominenz.

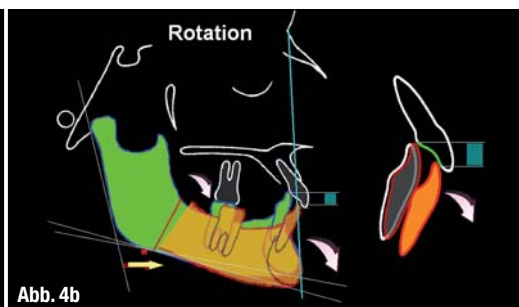
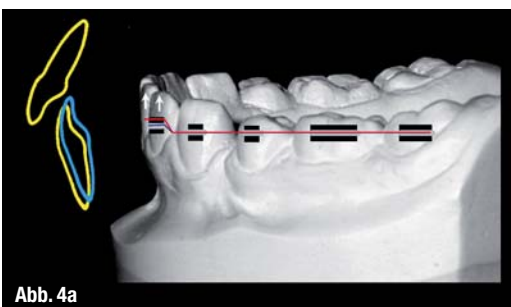


Abb. 5 a–d_ Die Spee'sche Kurve und der tiefe Biss sind weitgehend unverändert geblieben.

Abb. 6 a–d_ Okklusion nach Behandlungsende, es liegt eine neutrale stabile Okklusion vor.

Abb. 7_ Das Behandlungsergebnis von extraoral. Die Sagittale wurde korrigiert, ohne die Kinnprominenz zu verstärken, gleichzeitig wurden die vertikalen Verhältnisse harmonisiert.

Eine harmonische Einteilung des Weichteilprofils in der Vertikalen.



insbesondere Musculus digastricus). Je größer das Ausmaß der Translation ist, um so stärker erfolgt die Streckung bzw. Belastung dieser Muskulatur mit entsprechender rezidivfördernder Wirkung, während die Rotation diesen Effekt gering hält. Carlson⁸ und Reynolds¹⁸ haben in Tierexperimenten mit Affen gezeigt, dass es bei der Unterkieferverlagerung zu einer starken Streckung und Belastung der Weichteile des suprahyoidalen Komplexes kommt. Dabei entstehen Kräfte, die das Unterkiefersegment nach posterior zurückziehen. Ellis¹¹ hat bei tierexperimentellen Untersuchungen die posteriorere Lage der Kondylen nach der operativen Vorverlagerung des Unterkiefers nachgewiesen. Diese postoperative Rücklage sei auf die nach dorsal wirkenden Muskelkräfte zurückzuführen.

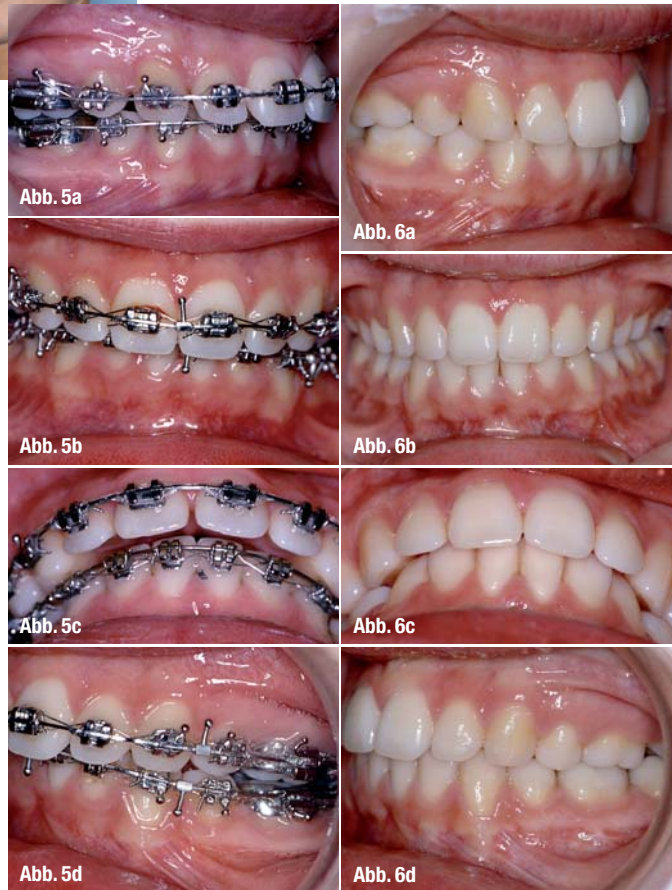
Um den rezidivfördernden Effekt der Muskelstreckung gering zu halten und ein ästhetisch möglichst optimales Ergebnis zu erreichen, ist ein bestimmtes Vorgehen bei den prä- und postoperativen orthodontischen Maßnahmen nötig.

_Präoperative Maßnahmen und orthodontische Vorbereitung

Die Aufbisschiene muss zum Zweck der bei diesen Patienten häufig notwendigen Therapie von Kiefergelenkproblemen bzw. Diagnostik vor der endgültigen Behandlungsplanung eingegliedert werden. Dadurch kann die physiologische Kondylenposition und somit die Zentrik vor der endgültigen Behandlungsplanung ermittelt werden. Danach werden alle diagnostischen Unterlagen (FRS-Aufnahme, Fotostat, Studienmodelle und einartikulierte Modelle) in der Zentrik angefertigt, um die endgültige Behandlungsplanung aufstellen zu können. Unterlagen mit einer falschen Kondylenposition (z. B. wegen eines

Zwangsbisses nach ventral bei Klasse II-Dysgnathien) können bei deren Analyse zu einer falschen Diagnose, Behandlungsplanung und nicht zuletzt Behandlungsdurchführung mit entsprechender Auswirkung auf das Ergebnis führen.

Bei der orthodontischen Vorbereitung werden die Zahnbögen ausgeformt, in den drei Dimensionen aufeinander abgestimmt und die dentale Kompensa-



tion der skelettalen Dysgnathie aufgehoben. Besonderer Wert muss auf die transversalen Verhältnisse im Bereich der Eckzähne gelegt werden, sodass bei der operativen Vorverlagerung kein Frühkontakt entsteht, der den Unterkiefer nach dorsal verdrängt. Bei der Klasse II-Dysgnathie weist der Oberkieferzahnbogen im Vergleich zum Unterkieferzahnbogen in der Regel ein Defizit in der Transversalen auf. Die Korrektur dieser Diskrepanz durch die transversale Erweiterung des Oberkieferzahnbogens kann erschwert bis unmöglich sein, wenn eine gesicherte Okklusion vorliegt. Deshalb ist die Entkopplung der Okklusion durch den Einsatz einer Aufbisschiene häufig indiziert. Vor der Operation wird der Unterkiefer nicht nivelliert, sodass die Spee'sche Kurve und der tiefe Biss unverändert bleiben. Dafür werden in die Bögen entsprechende Biegungen eingearbeitet (Abb. 5a–d). Die Nivellierung im Unterkiefer durch die Intrusion der Front würde zu einem vergrößerten Abstand zwischen den Palatinalflächen der Oberkieferfront und

Labialflächen der UK-Front führen, sodass intraoperativ eine größere Translationsbewegung des Segmentes und weniger die gewünschte Rotationsbewegung erfolgen würde.

Die „Schientherapie“ drei bis vier Wochen vor dem operativen Eingriff dient der Ermittlung der Kondylenzentrik.

Postoperative Orthodontie

Als Folge der Operation mit der posterioren Rotation des Segmentes bei 3-Punkt-Abstützung resultiert ein lateral offener Biss, der postoperativ schnellstmöglich geschlossen werden muss. Entsprechend beginnt einige Tage nach der Operation die postchirurgische orthodontische Behandlungsphase:

– Schließen des lateral offenen Bisses – ohne Verlust an skelettaler Höhe

– Feineinstellung der Okklusion.

Der frühestmögliche Einsatz der orthodontischen Kräfte ist entscheidend für ihre Wirkung. Zum einen wegen der erhöhten und somit Zahnbewegungen begünstigt, zum anderen wegen der ausgeschalteten Muskelkräfte, die den Zahnbewegungen (Extrusion im Seitenzahngelände) entgegenarbeiten würden.

Der offene Biss soll entsprechend der dargelegten Planung möglichst nur durch die Extrusion der Seitenzähne, und zwar vorwiegend im OK, und nicht durch die Intrusion der Fronten geschlossen werden, sonst käme es zu einer anterioren Rotation des Unterkiefers, was mit einem Höhenverlust des Untergesichts verbunden wäre, sodass ein Teil der chirurgisch gewonnenen Untergesichtsverlängerung verloren ginge.

Vergleichen wir das Ergebnis unseres Behandlungskonzeptes mit den angestrebten Zielen bezüglich der Sagittalen und der Vertikalen, stellen wir fest, dass der Kieferwinkel aufgrund der posterioren Rotation vergrößert wurde. Dies hat auf skelettaler Ebene zu

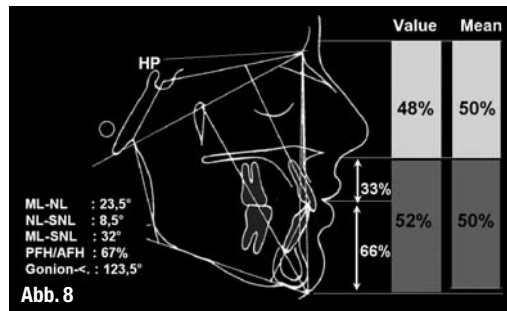


Abb. 8 Fernröntgenaufnahmen nach der Behandlung. Es kam zu einer Vergrößerung des Interbasenwinkels (ML-NL) durch die chirurgische Öffnung der Kieferwinkel (Gonionwinkel), die eine Vergrößerung der posterioren Neigung der UK-Grundebene (ML-NSL) nach sich gezogen hat. Durch die Verlängerung des Untergesichts wurde die Relation PFH/AFH reduziert.

einer Vergrößerung des Interbasenwinkels, extroral zu einer Verlängerung des Untergesichts und somit zu einer Vergrößerung der anterioren Gesichtshöhe geführt, ohne die Kinnprominenz zu verstärken, weil das Kinn nahezu gerade nach kaudal verlagert wurde. Es trat eine Entspannung der Supraorbitalfalte ein (Abb. 6 a–d, 7 und 8).

Entscheidend bei der Umsetzung des vorgestellten Behandlungskonzeptes ist die kieferorthopädische Planung und Festlegung der Behandlungsziele, welche in den nachfolgenden Therapieschritten das Optimum für die faciale Ästhetik versprechen.

_Kontakt	face
	<p>Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted Center for Dentistry and Aesthetics Chawarezmi Street 1 30091 Jatt/Israel E-Mail: nezar.watted@gmx.net</p>
	

Literatur

[1] Albino JE, Tedesco L: Esthetic need for orthodontic treatment. In Melsen B, editor: Current controversies in orthodontics. Chicago, Quintessence Publishing, pp. 11–24, 1994.
 [2] Arnett, G W, Bergmann, R T: Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning, Part I. Am J Orthod Dentofac Orthop 103: 299–312, 1993.
 [3] Arnett, G W, Bergmann R T: Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning, Part II. Am J Orthod Dentofac Orthop 103: 395–411, 1993.
 [4] Bean L R, Kramer J T, Khouw F E: A simplified method of taking radiographs for cephalometric analysis. J Oral Surg 28: 675–678, 1970.
 [5] Bell W H, Proffitt W B, White R P: Surgical Correction of dentofacial Deformities.
 [6] Berscheid E, Gangestad S: The social psychological implications of facial physical attractiveness. Clin Plast Surg 9: 289–296, 1982.
 [7] Burstone G J: Lip posture and its significance in treatment planning. Am J Orthod 53: 262–84, 1967.
 [8] Carlson D S, Ellis E, Dechow P C. Adaption of the suprahyoid muscle complex to mandibular advancement surgery. Am J Orthod; 92: 124, 1987.
 [9] Carlotti A E, Aschaffenberg P N, and Schendel S A: Facial changes associated with surgical advancement of the lip and maxilla. J Oral Maxillofac Surg 44: 593, 1986.
 [10] Denecke H J, Meyer R: Plastic Syrgery of the Head & Neck. New York, Springer-Verlag Inc, 1967.
 [11] Ellis E; Hinton R J: Histologic examination of the temporomandibular joint after mandibular

advancement with and without rigid fixation: An experimental investigation in adult Maccaca mulatta. J Oral Maxillofac Syrg; 49: 1316, 1991.
 [12] Farkas L G, et al. Inclinations of the facial profile: Art versus reality. Plast Reconstr Surg 75: 4, 1985.
 [13] Flanary C M, Barnwell G M, Alexander J M: Patient perceptions of orthognathic surgery, Am J Orthod 88: 137–145, 1985.
 [14] Jacobson A: The influence of children s dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults, Am J Orthod 79: 399–415, 1981.
 [15] Kiyak H A, Hohl T, West R A: Psychologie changes in orthognathic surgery patients: a 24-month follow-up, J Oral Maxillofac Surg 42: 506–512, 1984.
 [16] Legan H L, Burstone G J: Soft tissue cephalometric analysis for orthognathic surgery. J Oral Surg 38: 744–51, 1980.
 [17] Philips C., Tulloch C, Dann C: Rating of facial attractiveness. Community Dent. Oral Epidemiol 20: 214–220, 1992.
 [18] Reynolds ST, Ellis E, Carlson D S. Adaption of the suprahyoid muscle complex to larger mandibular advancement. J Oral Maxillofac Surg; 46: 1077, 1988.
 [19] Watted N, Bill J, Witt E, Reuther J. Lengthening of the lower face Angle class II patients with skeletally deep bite (short-face-syndrome) through combined orthodontic-surgical treatment. 75th Congress of the European Orthodontic Society, Strasburg 1999.
 [20] Watted N, Teuscher T, Wieber, M. Die Analyse des vertikalen Gesichtaufbaus als Planungsorientierung in der orthognathen Chirurgie, 1999.

Eine Aufgabe auch für den Zahnarzt: Frühdiagnostik von Hautkrebs im Gesicht

Autor Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling

Fast 200.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich neu an Hautkrebs. Am häufigsten tritt dieser im Kopf- und Gesichtsbereich auf. Somit können auch Zahnärzte effektiv zur Früherkennung maligner Hautveränderungen in diesen Regionen beitragen.

Abb. 1 Häufigkeit verschiedener Hautkrebsformen in Deutschland.

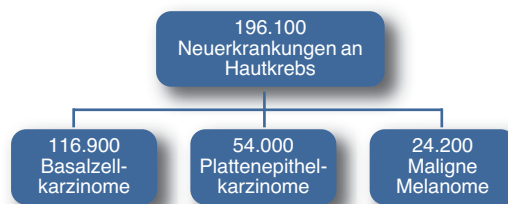


Abb. 1

Eigentlich klingen die Zahlen, die während der Pressekonferenz zum Hautkrebscreening im April 2010 in Berlin präsentiert wurden, ganz optimistisch. Nach zwei Jahren haben über elf Millionen der 45 Millionen Anspruchsberechtigten die Untersuchung bereits genutzt (Katalinic 2010). Allerdings erkranken nach Hochrechnungen von Prof. Katalinic, die auf dem Krebsregister von Schleswig-Holstein basieren, jährlich mehr als 196.000 Patienten neu an Hautkrebs, davon über 24.000 am besonders bösartigen malignen Melanom! Während das maligne Melanom als gefährlichster Hautkrebs relativ selten ist, dominieren bei den Neuerkrankungen die nichtmelanozytären (epithelialen) oder „hellen“ Hautkrebsformen, das Basalzellkarzinom und das Plattenepithelkarzinom, mit ei-

nem Anteil von 60 bzw. 27,5% (Abb. 1). Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge treten weltweit jedes Jahr zwei bis drei Millionen neue Fälle von hellem Hautkrebs sowie mehr als 130.000 neue Fälle von malignem Melanom auf.¹² Die Zunahme beim häufigsten Hauttumor, dem Basalzellkarzinom, liegt weltweit bei 10% pro Jahr (Lear und Smith 1997). In Deutschland verstarben 2002 knapp 2.700 Personen am malignen Melanom und knapp 500 Menschen an nichtmelanozytären Hautkrebsen (Breitbart et al. 2004). Das mittlere Erkrankungsalter ist beim malignen Melanom mit 57 Jahren vergleichsweise gering. Beim Basalzellkarzinom liegt es in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen, bei den Plattenepithelkarzinomen bei den 70- bis 79-Jährigen (Breitbart et al. 2004). Aus rein demografischen Gründen wird der Anteil alter Menschen und damit die relevante Altersgruppe für maligne Hauttumoren in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen. So wird der „Altersquotient 65“, d.h. der Anteil der über 65-Jährigen gegenüber den 20- bis 65-Jährigen, von augenblicklich 30 auf durchschnittlich 65 im Jahre 2050 ansteigen (Glaeske 2009).

Zudem wird sich die gefährliche UV-Strahlung, neben genetischen Faktoren einer der Hauptrisikofaktoren für epithelialen Hautkrebs (Breuninger et al. 2007), durch die abnehmende Ozonschicht in der Stratosphäre verstärken (Vetter 2002). Bereits 1995 wies Härle darauf hin, dass sich bei einer Abnahme der Ozonschicht um 1% die Zahl der Basalzellkarzinome um 5% erhöht (Härle 1995). Neben diesen natürlichen Faktoren führt der ungebrochene Trend zum „gesunden Bräunen“ in Sonnenbänken und zu Urlaubszielen in sehr sonnigen Regionen zu einer

Abb. 2 Altersverteilung deutscher Sonnenbankbesucher (mod. nach Reisinger 2007).

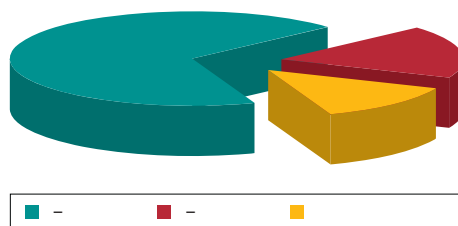


Abb. 2

weiteren „künstlichen“ UV-Belastung mit negativen Folgen für die Haut (Mang und Krutmann 2003). Immerhin suchen mehr als 12 Mio. Deutsche regelmäßig Sonnenbänke auf, wobei die Gruppe der 18- bis 39-Jährigen mit 69 % besonders hoch ist (Abb. 2) (Reisinger 2007). Für diese Gruppe gilt: Wer sich noch vor seinem 30. Lebensjahr regelmäßig der UV-Strahlung aussetzt, erhöht sein Hautkrebsrisiko um 75 % (El Ghissassi et al. 2009).

Da das Gesicht und der Halsbereich der Sonne ungeschützt ausgesetzt sind, verwundert es nicht, dass dort 80 bis 90 % der häufigen Basalzellkarzinome auftreten (Halling 2002, Breuninger et al. 2007, Esser und Ulrich 2009). Bevorzugt sind diese Tumoren im Mittelgesichtsbereich bzw. in der Medianebene des Gesichtes lokalisiert (Halling 2002, Kaufmann und Wolter 2003) (Abb. 3).

Früh erkannt – Gefahr gebannt?

Hautkrebs gilt als das perfekte Modell für Krebsverhütung durch Aufklärung der Bevölkerung und regelmäßige Hautuntersuchungen (Fleming et al. 1995). Die Früherkennung ermöglicht verbesserte Heilungsraten mit reduzierter Morbidität und geringere Behandlungskosten (Rishiraj und Epstein 1999). Es stellt sich die Frage, ob sich deutsche Zahnärzte bereits mit dieser Thematik beschäftigt haben und wie sie selbst zur Hautkrebsvorsorge stehen.

Eine Umfrage

105 hessische Zahnärzte erhielten einen anonymisierten Fragebogen, in dem neben allgemeinen Angaben zum Alter, Geschlecht und der Dauer der zahnärztlichen Berufstätigkeit insbesondere nach Erfahrungen mit Hautveränderungen bei Patienten sowie mit der eigenen Hautkrebsvorsorge gefragt wurde. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows. Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Art der Antworten und der Geschlechtszugehörigkeit der Befragten wurde ein Korrelationstest nach Spearman vorgenommen (Du Prel et al. 2010).

Das Ergebnis

74 Fragebogen konnten ausgewertet werden (Rücklaufquote 70,5%). 29 Fragebogen (39,2%) waren von Zahnärztinnen und 45 Fragebogen (60,8%) von Zahnärzten ausgefüllt worden. Das Durchschnittsalter aller an der Umfrage beteiligten Zahnärzte lag bei 45,4 Jahren und die Dauer der zahnärztlichen Berufstätigkeit betrug 18,3 Jahre (min. 3, max. 36 Jahre), wobei die Zahnärztinnen durchschnittlich fünf Jahre weniger zahnärztlich tätig waren als die Zahnärzte.

Im speziellen Teil der Umfrage zeigte sich, dass nur ein Kollege häufig von Patienten zu Hautveränderungen im Gesicht befragt worden war. Mehr als drei

Viertel der Zahnärzte (78,1 %) gaben an, nur selten und ein Fünftel noch nie von Patienten auf Hautveränderungen angesprochen worden zu sein. Etwa zwei Drittel der Befragten hatten noch nie bei einem Patienten Hautkrebs diagnostiziert, bei einem Drittel war dies zumindest einmal während der beruflichen Tätigkeit der Fall gewesen. Über 90 % der Zahnärzte hatten schon einmal einem Patienten wegen eines Hauttumors im Gesicht geraten, einen Facharzt aufzusuchen. Die meisten Empfehlungen betrafen Dermatologen (79,7 %), 32,4 % rieten zur Konsultation eines MKG-Chirurgen (Abb. 4). Knapp 30 % der Befragten empfahlen verschiedene Facharztgruppen, am häufigsten die Kombination Hautarzt und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg. Mehr als 80 % der befragten Kollegen halten die Integration der Hautkrebsfrüherkennung im Gesicht in die zahnärztliche Praxistätigkeit für sinnvoll (Abb. 5). Allerdings fühlen sich 70,8 % der Zahnärzte/-innen nicht ausreichend über bösartige Hauterkrankungen informiert.

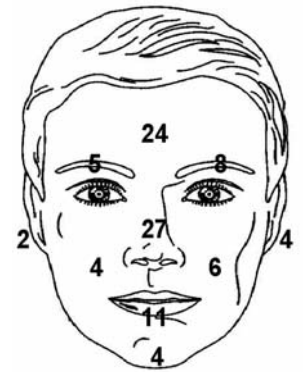


Abb. 3

Abb. 3_ Verteilung bösartiger Hauttumoren im Gesicht (nach Halling).

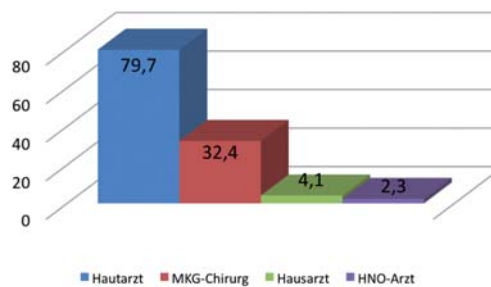


Abb. 4

Abb. 4_ Verteilung der Empfehlungen der Zahnärzte für fachärztliche Konsultationen wegen verdächtiger Hautbefunde im Gesichtsbereich (in Prozent) (Mehrfachnennungen möglich).

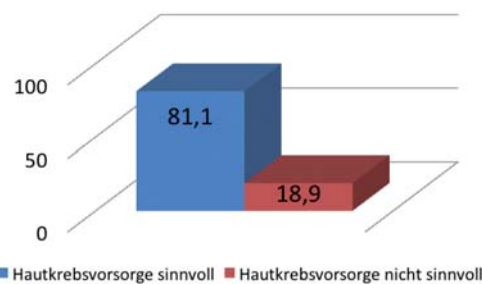


Abb. 5

Abb. 5_ Verteilung der Befürworter und Gegner einer Hautkrebsfrüherkennung beim Zahnarzt.

Abb. 6_ Häufigkeit des Hautkrebs-screensings bei Zahnärzten und Zahnärztinnen (in Prozent).

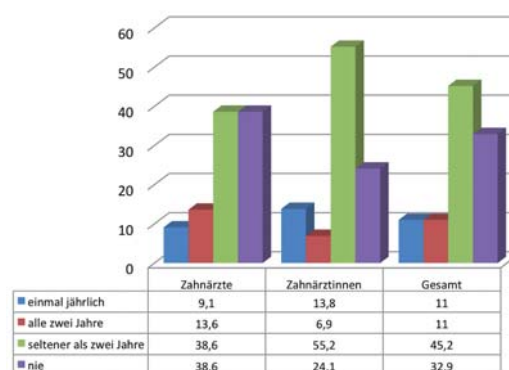


Abb. 6



Abb. 8

Abb. 7 _ Häufigkeiten maligner Hauttumoren in Deutschland im Vergleich (nach Teltzrow 2010).

Abb. 8 _ Exulzeriertes Basaliom der Nase mit chronischer Blutung.

Hauttumor	Jahresinzidenz/100.000 Einwohner
Basaliom	100
Platteneithelkarzinom	20–30
Melanom	12–12

Abb. 7

Bezüglich der eigenen Hautkrebsvorsorge gaben 78 % an, bisher selten oder noch nie an einem Hautkrebscreening teilgenommen zu haben. Nur 11 % konsultieren einmal jährlich und ebenfalls 11 % zweimal jährlich einen Dermatologen zur Hautkrebsfrüherkennung. 45 % beteiligen sich seltener als alle zwei Jahre an einer Screeninguntersuchung und 33 % nie (Abb. 6).

Bei der statistischen Auswertung ergaben sich keine Signifikanzen, lediglich geschlechtsspezifische Trends. So fühlte sich nur ein Viertel der Zahnärztinnen, aber ein Drittel der Zahnärzte ausreichend über Hautkrebs informiert. Hingegen lassen Zahnärztinnen bei sich selbst häufiger eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung durchführen als ihre männlichen Kollegen.

_Diskussion

Hautkrebs ist die beim Menschen am häufigsten diagnostizierte Krebsform (U.S. Preventive Task Force 2009). Bezogen auf die Lebenszeit haben hellhäutige Menschen ein Risiko von etwa 30 %, im Laufe ihres Lebens ein Basalzellkarzinom zu entwickeln (Kunte und Konz 2007). In Deutschland erkranken zwischen 130 und 140 Menschen/100.000 Einwohner neu an Hautkrebs (Teltzrow 2010) (Abb. 7).

Obwohl sich die Menschen nach einer repräsentativen Umfrage des Magazins Focus am meisten vor einer Krebserkrankung fürchten (Kowalski 2007), benutzen 40 % der Deutschen nie eine Sonnencreme (Vetter 2002). Dazu passt, dass nur 30 % der Befragten einer anderen Umfrage wussten, dass Sonne der Haut am meisten schadet (Halling 2002). So ist es nicht erstaunlich, dass eine Vielzahl von Patienten erst mit relativ großen Hauttumoren Facharztpraxen oder Kliniken aufsuchen (Halling 2002) (Abb. 8).

Da Zahnärzte das Gesicht des Patienten bei optimaler Beleuchtung aus nächster Nähe betrachten, haben sie wie kaum eine andere Arztgruppe die Möglichkeit, Veränderungen der Haut in diesem Bereich frühzeitig festzustellen und nach Möglichkeit einer fachgerechten Diagnostik und Therapie zuzuführen (Goerz 1994, Härle 1995). Zudem weisen Zahnärzte nach den Allgemeinmedizinern die häufigsten Arzt-Patienten-Kontakte auf (Halling 2002). Das bedeutet, dass Zahnärzte die ersten Ansprechpartner für potenzielle Patienten sein könnten. Leider wurden Zahnärzte nach



den vorliegenden Daten nur selten oder nie zu Hautveränderungen von Patienten befragt. Dies deckt sich mit einer Studie von Papadopoulos und Gängler (2007), in der nur 12,2 % der befragten Patienten von ihrem Zahnarzt Informationen über pathologische Veränderungen des Gesichts wünschten. Die Autoren ziehen den Schluss, dass der Zahnarzt immer noch primär als Behandler von Karies und Parodontalerkrankungen und nicht als Informationsquelle für den gesamten oralen und perioralen Bereich gesehen wird. Die Zahnärzte selbst sind allerdings durchaus an einer verstärkten Einbindung in die Hautkrebsfrüherkennung interessiert. Immerhin halten mehr als zwei Drittel der Befragten diese in ihrer Praxis für sinnvoll. Allerdings ist der Kenntnisstand über bösartige Hauterkrankungen recht gering. Nach der Selbsteinschätzung der Zahnärzte haben fast drei Viertel in diesem Bereich Informationslücken. Dies spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass die Häufigkeit der eigenen Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen der Zahnärzte sich nicht wesentlich von derjenigen unterscheidet, die im Rahmen einer repräsentativen Untersuchung bei 2.500 Bundesbürgern für die von Dermatologen empfohlenen Zeiträume „einmal jährlich“ und „alle zwei Jahre“ ermittelt wurde (Halling 2002).

Zurzeit liegen noch keine abschließenden Daten vor, ob das Hautkrebscreening, das für jeden GKV-Versicherten über 35 Jahre in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden ist, wirklich effektiv ist (N. N. 2010). So fanden Forscher in den USA eine ungenügende Evidenz für den Vorteil eines Hautkrebscreenings im Rahmen einer Untersuchung des gesamten Körpers (U.S. Preventive Task Force 2009, Wolff und Miller 2009). Andererseits wird in einigen amerikanischen Publikationen empfohlen, die Zahnärzte in der Hautkrebsvorsorge zu schulen, um gezielt die Gesichtshaut untersuchen zu können (Goldenberg 2000, Kutcher und Rubenstein 2004, Rishiraj und Epstein 1999).

In Deutschland sollten die zahnärztlichen Verbände darauf hinwirken, dass interessierte Zahnärzte nach einer entsprechenden fachlichen Schulung durch die Kammern ebenso wie andere Nicht-Dermatologen die Leistung „Früherkennungsuntersuchung von Hautkrebs“ erbringen können. Dafür müssten seitens der Kostenträger allerdings entsprechende finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Zudem wäre es zweckmäßig, einen formalen und professionellen Überweisungsweg vom Zahnarzt zum Facharzt (in diesem Fall z. B. dem Dermatologen) zu etablieren, der über eine Empfehlung an den Patienten zur Konsultation eines (Fach-)Arztes hinausgeht (Noack 2007). Somit könnten auch Zahnärzte einen wichtigen Beitrag zu einer patientenorientierten medizinischen Versorgung leisten und die Rolle eines Verteilers im medizinischen Versorgungsnetzwerk übernehmen (Noack 2007).

_Kontakt face

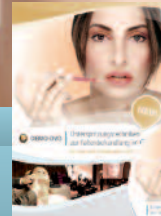
Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling
 Gesundheitszentrum Fulda
 Gerloser Weg 23a
 36039 Fulda
 Tel.: 06 61/6 33 62
 Fax: 06 61/6 33 68
 E-Mail:
 Dr.Halling@t-online.de

Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

Basisseminar

mit Live- und Videodemonstration
Dr. med. Andreas Britz/Hamburg

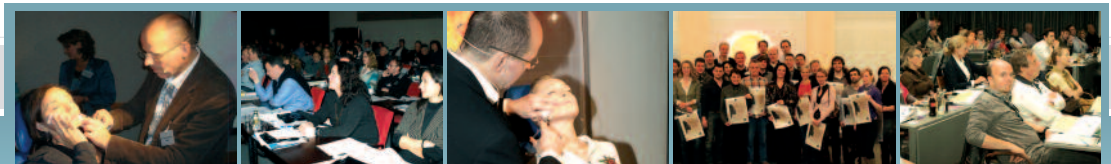


Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

Der Erfolgskurs mit Demonstrations-DVD für jeden Teilnehmer

In der modernen Leistungsgesellschaft der westlichen Welt ist das Bedürfnis der Menschen nach Vitalität sowie einem jugendlichen und frischen Aussehen ein weitverbreitetes gesellschaftliches Phänomen. Die ästhetische Medizin ist heute in der Lage, diesen Wünschen durch klinisch bewährte Verfahren in weiten Teilen zu entsprechen, ohne dabei jedoch den biologischen Alterungsprozess an sich aufhalten zu können. Als besonders minimalinvasiv und dennoch effektiv haben sich in den letzten Jahren die verschiedenen Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht bewährt. Entscheidende Voraussetzung für den Erfolg ist jedoch die fachliche Kompetenz und die Erfahrung des behandelnden Arztes sowie interdisziplinäre Kooperation. Mehr als 4.000 Teilnehmer haben in den letzten

Jahren die Kurse der OEMUS MEDIA AG zum Thema „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ besucht. Besonderer Beliebtheit haben sich dabei auch die im Rahmen von verschiedenen Fachkongressen zum Thema angebotenen eintägigen „Basisseminare“ erwiesen. Aufgrund der großen Nachfrage werden diese Seminare auch in 2011 fortgeführt und zugleich sowohl inhaltlich als auch im Hinblick auf den Nutzwert für den Teilnehmer aufgewertet. Konkret bedeutet dies, dass zusätzlich zu den Live-Demonstrationen im Rahmen des Kurses die verschiedenen Standardtechniken jetzt auch per Videoclip gezeigt werden. Dieses Videomaterial inklusive einer Artikelsammlung erhält jeder Kursteilnehmer für den Eigengebrauch in Form einer eigens für diesen Kurs produzierten DVD.



Termine

Inhalt: Übersicht über Produkte und Indikationen • Filler der neuesten Generation • Live-Demonstrationen

LEIPZIG

09.09.2011 • 13.00–18.00 Uhr
Hotel The Westin Leipzig

KONSTANZ

23.09.2011 • 13.00–18.00 Uhr
Klinikum Konstanz

DÜSSELDORF

29.10.2011 • 09.00–15.00 Uhr
Hotel Hilton Düsseldorf

Nähere Informationen zu Terminen, Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Organisatorisches

Preise

Kursgebühr (pro Kurs inkl. Demo-DVD)
Tagungspauschale (pro Kurs)
(umfasst Kaffeepause/Imbiss und Tagungsgetränke)

225,00 € zzgl. MwSt.
45,00 € zzgl. MwSt.

Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen und Rechtsbegrifflichkeiten im föderalen System der Bundesrepublik kann es seitens der einzelnen KZV/Kammern zu verschiedenen Statements im Hinblick auf die Behandlung durch Zahnärzte mit Fillern kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit Ihrer Kammer ab bzw. informieren Sie sich über fortführende Ausbildungen, z. B. zum Heilpraktiker.

Mit freundlicher Unterstützung:



Veranstalter

OEMUS MEDIA AG • Holbeinstraße 29 • 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 • Fax: 03 41/4 84 74-3 90
E-Mail: event@oemus-media.de • www.oemus.com



Anmeldeformular

per Fax an 03 41/4 84 74-3 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für das Basisseminar Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht am

09.09.2011 in Leipzig 23.09.2011 in Konstanz 29.10.2011 in Düsseldorf

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname

Name/Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Das Altern – Wandlungen der Patientenansprüche

Behandlungsmöglichkeiten gestern und heute

Autoren_Dr. Hermann Lampe, Dr. Marianne Wolters

Erst einmal ist die Lebenserwartung von Adam über Methusalem, Noah's Enkel bis Abraham in biblischen Zeiten kontinuierlich gesunken, und zwar von 900 auf 400 Jahre. In neuerer Zeit steigt sie aber wieder stetig an, besonders in Japan, aber auch in Deutschland. Die Lebenserwartung nimmt also wieder zu (Abb. 1).

Wenn sich das fortsetzt, erreichen wir in einigen Jahrzehnten wieder Lebensalter von biblischer Dauer. Damit verbunden dürfte ein nicht unerheblicher Zuwachs an ästhetischen Maßnahmen sein. Botulinum Toxin A nach 100 Jahren, dann aber regelmäßig über 800 Jahre, das erste Face nach 200 Jahren, dann aber alle 100 Jahre wieder, Lider aller 50 Jahre usw. Noch ist es nicht soweit und ein etwa 400 Jahre alter ästhetischer Dermatologe oder Chirurg ist ja auch eine gewöhnungsbedürftige Vorstellung.

Die Ansprüche der Patienten im höheren Lebensalter an ihr Aussehen haben sich allerdings kräftig verändert.

Operative Möglichkeiten einer rejuvenierenden Behandlung

Fallbeispiel 1 (Abb. 2)

Amors Pfeil traf diese 64-Jährige mitten ins Herz. Ihr Verehrer war acht Jahre jünger und sie wollte neben ihm nicht wesentlich älter aussehen. Ein Facelift stabilisierte ihre Beziehung. Der Verehrer fand sich da-

Durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt

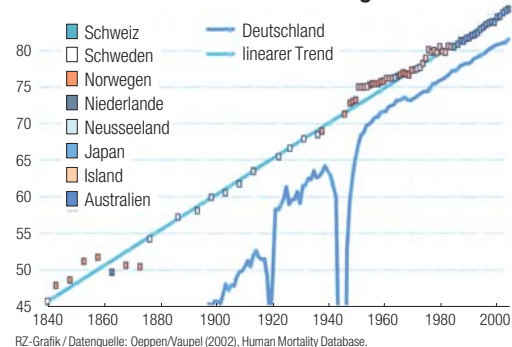


Abb. 1

nach aber nun neben der verjüngten Dame zu alt und verlangte nach einer Lidplastik. Hier sieht man auch die gesellschaftlichen Veränderungen im höheren Lebensalter. Erstens den Mut, sich in diesem Alter noch einmal auf eine Liebesbeziehung einzulassen, und dann der Wunsch, das Äußere dem inneren Bild von sich selbst anzugleichen. Dies wird auch oft gegen erhebliche äußere Widerstände, z.B. die der eigenen Kinder, durchgesetzt.

Fallbeispiel 2 (Abb. 3)

Eine 66-jährige Frau, die ihre Mutter zehn Jahre aufopferungsvoll gepflegt hatte, stellte sich in unserer Praxis vor. Nach dem Tod der Mutter fühlte sie sich sehr gealtert und depressiv verstimmt. Nach Ober- und Unterlidplastik, einem Facelift in Kombination mit einer Halsabsaugung und Halsstraffung überwand sie ihre Depressionen und führte ein frohes Leben.

Fallbeispiel 3 (Abb. 4)

Als letztes Beispiel für eine operative Behandlungsmethode diese 62-jährige Lehrerin, die ihren Beruf sehr mochte, sich aber den Kindern gegenüber als zu alt aussehend empfand. Nach einem Facelift kam die alte Begeisterung zurück und sie unterrichtete noch einige Jahre engagiert.

Doch was ist mit Wandlung der Patientenansprüche gemeint?

Wie oft hat man es mit Patienten zu tun, die vom Ästhetischen Dermatologen oder dem Plastischen Chirurgen eine jugendliche Schönheit erwarten. Darüber hinaus wünschen sie sich eigentlich auch noch, dass alle Probleme von fehlendem Geld, über ihre kriselnde Beziehung und den wackelnden Job gleich mitgelöst werden. Ein Kollege von uns wurde von einer Patientin nach einem, ihrer Meinung nach missglücktem, Facelift so furchtbar bedrängt, sodass er in seiner Not einen, wie sich später zeigte, taktisch nicht sehr klugen Satz zu ihr sagte: „Aus einer Krähe kann man keine Nachtigall machen.“ Den nach dieser Auseinander-

setzung folgenden Prozess hat er nicht zuletzt wegen dieses Vergleiches verloren.

An den überzogenen und unrealistischen Ansprüchen sind wir alle allerdings mitschuldig. Wenn Sie durchs Internet surfen, finden Sie bei jeder noch so kleinen Privatklinik und noch bei der kleinsten und unscheinbarsten Praxis zumindest den Zusatz: „Zentrum für ästhetische Chirurgie oder Klinik“ – wo?: natürlich im Zentrum. Und wir preisen unsere Leistungen an: mit höchster Qualität, sorgfältigst kontrollierte Produkte, immer erfolgreiches statistisches abgesichertes Qualitäts-Management und bei den operativ tätigen Chirurgen war mindestens jeder zweite bei Pitanguy in Rio oder bei anderen Koryphäen, dies dann aber auch möglichst in Amerika.

Die Schönheitsindustrie mit ihren technischen Produkten und Präparaten ist da nicht weniger aufdringlich. Nicht selten sitzen uns Vertreter von Firmen gegenüber, die kaum verschlüsselt, das Konkurrenzprodukt ihrer Mitbewerber herabsetzen. Außerdem stehen sich auch hier zwei Auffassungen von Marketing gegenüber. Aggressives Marketing führt unserer Auffassung nach zu unrealistischen Erwartungen der Patienten und zu einem Anstieg der Kunstfehlerprozesse. Auf der anderen Seite ist Marketing aber auch der erste Schritt, den Patienten aufzuklären – also im Vorfeld entstandene Wünsche und Erwartungen in eine angemessene Richtung zu dirigieren. Dies alles hat aber mit Geld zu tun, das die Patienten oft sparen wollen. Wenn auf der einen Seite die umfassende Aufklärung auch über Komplikationen forensisch strikt gefordert wird und natürlich das sorgfältige Vorgehen bei ästhetischen Behandlungen selbstverständlich ist, überrascht es, dass es im Internet tatsächlich Botox Kits unter dem Motto „save hundreds and do it yourself“ zum Verkauf stehen (Abb. 6). Vieles scheint uns auf einen Markt hinzudeuten, bei dem jeder den anderen zu verdrängen versucht, in diesem Fall sogar der Patient den Arzt.

Es ist also ein Markt des Überangebotes

Dies zeigt auch folgende kleine Geschichte. Eine angesehene Praxis in unserer Umgebung wurde übernommen. Wir hatten schon vorher diese Praxis für eine Laserbehandlung eines Naevus empfohlen. Der neue Kollege nahm den Naevus der Patientin aber nicht so ernst. Er machte vielmehr von der Patientin ein Foto, speiste dies in seinen Computer ein und klärte die Patientin lange und ausführlich über ein Laser-Full-Face auf. Außerdem wollte er noch wissen, ob sie jemals etwas gegen Falten gespritzt habe. Als sie dies bejahte und uns als ihre Therapeuten nannte, bemerkte er noch, egal was sie bei denen bezahlt haben, ich unterbiete sie in jedem Fall. Dass viele Kollegen die ästhetische Therapie als eine Überlebensversicherung schätzen, ist ja auch kein Wunder bei Erlösen in der GKV von ca. 20 Euro pro Patient und Quartal.

Fallbeispiel 1



Sind operative Prozeduren nun von gestern?

Für einen Plastischen Chirurgen eine ketzerische Frage, doch sie muss erlaubt sein. Wenn wir im Laufe unserer operativen Reife auch Vorurteile wie: nach diesen Operationen sieht das Gesicht ja immer maskenhaft und starr aus, oder es gibt Narben unter der Haut, die man immer sieht, entkräften können, so gibt es doch eine Vielzahl von Patienten, für die eine Operation wie ein Facelift einfach nicht infrage kommt. Gründe gibt es viele, z.B. Angst vor Komplikationen. Übrigens sehr berechtigt, denn jeder, der diese ästhetischen Operationen durchführt, hat Komplikationen. Bei vielen dieser Patienten ist aber der Wunsch, sich jugendlich, beruflich agil, weniger müde und mit möglichst wenig Falten am Leben zu erhalten, einfach sehr stark vorhanden.

Natürlich sind operative Therapien nicht von gestern. Aber viele Techniken und Produkte haben diese Prozeduren doch im Hinblick auf die gesamte Lebenszeit nach hinten verlegt. Manchmal werden sie sogar ganz überflüssig.

Nichtoperative Möglichkeiten einer rejuvenierenden Behandlung

Botulinumtoxin A ist der absolute Shootingstar bei der kosmetischen pharmakologischen Behandlung. Die Indikationen, die Behandlungsempfehlungen

Fallbeispiel 2



_ Fallbeispiel 3



und die Philosophie seines Einsatzes befinden sich in einer ständigen Evolution. War es zu Beginn die Glabellafalte, die mit dieser Substanz behandelt wurde, so wird heute kein Volumenersatz, egal ob mit Fett oder Fillern, kein chemical peeling oder keine Laserrejuvenation mehr durchgeführt, ohne

_ Fallbeispiel 4



mit Botulinumtoxin A vorbehandelt zu haben. Einige unserer Patienten lehnen die Botulinumtoxin A Behandlung ab, weil sie dies mit dem Begriff Gift verbinden. Hier die segensreiche Wirkung entspannter Muskeln zu beschreiben, sollte ein Anliegen der Zukunft sein, damit die Giftassoziation überwunden wird.

Eine weitere Veränderung in der Fillerbehandlung ist das Ersetzen des Fettverlustes im alternden Gesicht. Ob dies mit Fett oder mit Medizinprodukten geschieht, ist erstmal zweitrangig. In diesem Zusammenhang muss auf den Gratzner Anatomen Frie-

drich Anderhuber verwiesen werden, der durch die genaue anatomische Beschreibung der Fettkompartimente im Gesicht eine ganz neue Behandlung, nämlich den Volumenersatz des Fettes möglich gemacht hat, wie bei dieser 58-jährigen Patientin nach Ober- und Unterlidplastik, einem Facelift und Aufpolsterung des Mittelgesichtes mit 120 ml Eigenfett (Fallbeispiel 4).

Als weitere Neuerung der letzten Jahre soll auch die Polymilchsäure erwähnt werden. William Hanke, der Präsident der amerikanischen Dermatologen, bezeichnete diese Substanz auf dem 9. Darmstädter Live Operationskurs 2008 als eine der wichtigsten Innovationen der letzten Jahre. Eine Substanz, die Bindegewebe zur Neubildung stimuliert, ist nun wirklich erwünscht. Doch keine Rose ohne Dornen. Manchmal treten Knötchen auf, die man tasten kann. Diese Komplikation ist allerdings mit einer guten Technik und sorgfältiger Aufbereitung der Substanz zu minimieren.

Wir alle haben in den letzten 20 Jahren den Siegeszug der Hyaluronsäure-Präparate miterlebt. Die Rinderkollagenpräparate wurden völlig verdrängt. Garantiert BSE-freie Rinderherden sind sehr teuer und schwer zu halten. Viele von uns trauerten den Kollagenpräparaten nach. Umso erstaunter waren wir dann über Evolence Breez, ein Schweinekollagen, dessen Technik der Herstellung keine Allergien mehr erwarten ließ. Offensichtlich hat das Präparat aber die geschäftlichen Vorstellungen des Herstellers nicht erfüllt und so wurde es wieder vom Markt genommen.

Das Chemical Peel mit Phenol und Krotonöl ist eine alte Technik, die von Baker und Gordon in Miami entwickelt wurde. Die Ergebnisse sind immer hervorragend. Der Weg des Patienten und seines Arztes nach dem Peel ist aber außerordentlich schwierig. Er führt über den unstillbaren Wunsch des Patienten, seinen Arzt auf der Stelle zu erschießen. Bis zu wirklicher Dankbarkeit über das immer gute Ergebnis dauert es vier bis sechs Wochen.

Lassen Sie mich zum Schluss noch einige Dinge aufzählen, die wir beobachten, mit denen wir aber keine eigenen Erfahrungen haben, z.B. die Endermology, alle Laserbehandlungen, externe Ultraschallbehandlung, Laserlipolyse bei der Liposuktion, Wasserstrahl-Liposuktion, Radiofrequenztherapie und vieles mehr.

_ Fazit

Die Entwicklung neuer Techniken geht also weiter. Ob dies das 99. Hyaluronsäurepräparat eines Nachahmers sein muss, der es als absolut neu und das Beste überhaupt vorstellt, sei aber dahingestellt. Die Menschen zumindest werden älter und wollen ihr Alter in guter Verfassung verbringen, auch was ihr Äußeres betrifft. Da wollen wir gerne mitarbeiten.

_ Kontakt face

Dr. med. Hermann Lampe
Dr. med. Marianne Wolters
 Plastische Chirurgen
 Privatarztpraxis für Medizinische Faltenbehandlung
 Liebigstraße 8
 60323 Frankfurt am Main
 Tel.: 0 69/36 60 44 99
 Fax: 0 69/36 60 44 98
 E-Mail: info@medizinische-faltenbehandlung.de



Save hundreds (\$) and do it yourself!

Abb. 6

Marktinformationen

Dermaroller®

Mikroneedling mit dem Dermaroller®

Autor _Dr. Klaus Fritz, Landau

Verschiedene Methoden stehen zur Rejuvenation zur Verfügung, manche davon wurden zunächst bei medizinischen Indikationen angewandt. Zu diesen Verfahren zählen ablative Laser, Chemical Peels oder Radiofrequenzmethoden. Um den Anteil an Verletzungen der Haut zu minimieren und dennoch Wirkungen zu erzielen, wurden fraktionale Techniken ablativer und nicht ablativer Laser entwickelt. Schon bevor dies technisch möglich war, bot eine mechanische Methode ähnliche Resultate: das Mikroneedling mit dem Dermaroller, einem CE-zertifizierten Einmal-Medizinprodukt. Weitere Geräteanschaffungen sind nicht notwendig. Im Unterschied zu allen ablativen Techniken bleibt bei der Dermarollerbehandlung, auch COLLAGEN-INDUKTIONSTHERAPIE – kurz CIT – genannt, die schützende Epidermis erhalten, es kommt also nicht zu einer Wunde und damit zu keiner „down time“, keinem Ausfall im Privat- und Arbeitsleben.

Erste Erfahrungen wurden gemacht bei dehiszenten Narben, Verbrennungsnarben großer Flächen und bei Striae. Hier ist der Dermaroller® bereits als wertvolle, kaum invasive Technik in der Unfallchirurgie und Dermatologie geschätzt.

Über das Management von Brandnarben mit dem Dermastamp® berichten Kim et al. (2009). Die histologischen Untersuchungen zeigten eine Zunahme des Collagens und eine Neuausrichtung der Collagenfasern.

Mikroneedling ist ein einfaches, wirkungsvolles Instrument zum Aufbau neuer körpereigener Collagenschichten. Ähnlich wie nach fraktionaler Laserung reagiert die Haut auf die feinen Einstiche mit einer Ausschüttung von Wachstumsfaktoren, Neoangiogenese und der Neubildung von Collagen- und Elastinfasern im Rahmen eines normalen physiologischen Vorganges der Wundheilung. Narben, Aknenarben, Schwangerschaftsstreifen und Pigmentstörungen lassen sich erfolgreich verbessern.

Analog ist es natürlich möglich, mit dem Dermaroller® auch Falten – vor allem bei beginnender Hauterschaffung und Turgorminderung – wieder mehr Spannkraft zu verleihen und eine Glättung aufzubauen. Da dies im Unterschied zu Lasern nicht durch

sofortige Straffung nach Koagulation geschieht, sondern völlig untraumatisch durch dermale Stimulation, benötigt ein solcher Vorgang wie alle subepidermalen Aufbautechniken (Polymilchsäure, Subsurfacing, Peels) wiederholte Sitzungen – je nach Alter und Ausprägung – sowie eine Zeitspanne von drei bis zwölf Monaten bis zur sichtbaren Besserung.

Material

Alle medizinischen Dermaroller® sind sterile EINMAL-INSTRUMENTE und als Medizinprodukte zugelassen. Zwei Typen zur medizinischen Behandlung sind verfügbar: 1. Das Modell MC915 mit einem Durchmesser von 20 mm und 162 speziell gehärteten Stahladeln in acht Reihen mit einer

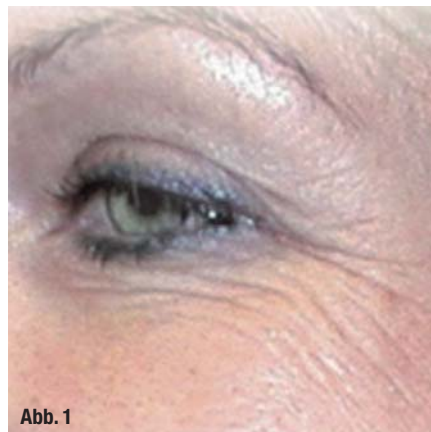


Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1: Vorher. **Abb. 2:** Nach zwei Behandlungen (drei Monate).

Länge von 1,5 mm und einem Durchmesser von 0,25 mm. Je nach ausgeübtem Druck penetriert die Nadel das Gewebe von 0,1 bis 1,3 mm tief.

2. Das schmalere Modell MC415 mit 10 mm Breite und 20 mm Durchmesser, bestückt mit 72 Nadeln einer Länge von 1,5 mm und einem Durchmesser von 0,25 mm, ist für Hautregionen geeignet, die für den MC915 schlechter zugänglich sind. Die Gesichtshaut hat eine durchschnittliche Dicke von 1,5 mm. Aus diesem Grund sind aus anatomischer Sicht Dermaroller® mit längeren Nadeln von mehr als 1,5 mm nicht erforderlich.

Für schwer zugängliche Stellen bzw. kleine isolierte Narben kann der Dermastamp eingesetzt werden mit sechs Nadeln von 2 mm, die um eine zentrale Nadel angeordnet sind.

In der Regel wird zunächst eine örtliche Betäubung mit Anästhesiecremes durchgeführt, desinfiziert

und dann begonnen. Die Haut wird mit dem Dermaroller® unter leichtem Druck gleichmäßig 16-mal in verschiedene Richtungen „berollt“ und so eine gleichmäßige Struktur von Mikroverletzungen erzeugt. Pro Quadratzentimeter entstehen bis zu 236 Einstichkanäle, die sich innerhalb von 10 bis 15 Minuten wieder schließen, im Gegensatz zu Verletzungen durch Laserablation. Dies minimiert das Risiko einer Infektion und verkürzt die Heilungsphase erheblich. Für das Gesicht sollten maximal 20 Minuten und für Hals und Dekolleté ebenso lange eingeplant werden. Unter der Behandlung einsetzende Rötung reduziert sich binnen Stunden und ist in der Regel spätestens nach einem halben bis 2 Tagen vollständig abgeklungen und schmerzfrei. Patienten können die Praxis nach der Behand-

lung sofort verlassen. Das ebenfalls von Dermaroller angebotene Hyaluronsäure-Vlies „COOL Mask“ unterstützt das Abklingen der Rötungen ganz erheblich.

Schon nach einer Behandlung kann bei junger Haut eine Verbesserung erzielt werden. In der Regel sind zwei bis drei Behandlungen bei Rejuvenation und Striae und bei Anti-Aging-Therapien vier bis fünf in einem Abstand von ein bis drei Monaten zu empfehlen. Jüngere Haut reagiert in der Regel besser als ältere. Die Formation neuer Collagenfasern benötigt jedoch Zeit.

Therapie und Verlauf/Medizinische Indikationen/Narben und Aknenarben

Die Dermarollernadeln perforieren das Narbenbett und bereiten durch Auflockerung so den Boden für eine Glättung – die Narbe wird weicher, Kapillaren



Abb.3: Nach zwei Dermaroller®-Behandlungen (MC 415).

sprossen ein und repigmentieren. Fibroblastenteilung sorgt für neue Collagen- und Elastinfasern. Fabbrocini et al (2009), Polnikorn (2009).

Pigmente

Die Melaninansammlung verteilt sich wieder gleichmäßig im Umfeld. Die meisten ablativen Laserverfahren, aber auch Chemical Peels führen bei dunkler Haut durch entzündliche Gewebsreaktion zu postinflammatorischer Hyperpigmentierung, wenn die epidermo-dermale Zone thermisch oder chemisch irritiert wird. Behandlungen mittels Dermaroller® sind im Unterschied zu Laserbehandlungen am wenigsten von nachfolgender Pigmentierung betrof-

fen. (PIH) Behandlungen können demzufolge auch im Sommer erfolgen.

Anti-Aging

Aust et al. (2008) veröffentlichte eine retrospektive Analyse von 480 Patienten, bei denen die Behandlungen bei Falten (350/480) und schlaffer Haut (58) durchgeführt wurden. Vor und sechs Monate nach der Behandlung wurden bei 20 Patienten Biopsien entnommen. Das Collagen war dabei normal netzförmig angeordnet und nicht parallel wie in Narbengewebe. Das Stratum corneum war normal ausgebildet, die Epidermis 40 % verdickt. Es stieg die subjektive Zufriedenheit ebenfalls signifikant von 3,0 auf 7,5. Fernandes & Signorini (2008) empfehlen die perkutane Kollageninduktion ebenfalls zur Behandlung von Dehnungsstreifen – je nach Schwere der Striae mit 1 mm bzw. 3 mm langen Nadeln.

Kombinationsbehandlungen

Dass auch der Dermaroller® die Effizienz der PDT erhöhen kann, belegt die Arbeit von Clementoni et al. (2010). Nach einer Vorbehandlung mit dem Nadelroller wurde bei 21 Patienten ALA aufgebracht und anschließend durch eine Kombination von Rotlicht und gepulstem Breitbandlicht aktiviert. Drei und sechs Monate nach der Behandlung wurde eine statistisch signifikante Verbesserung im globalen „Photoaging-score“ und seinen einzelnen Komponenten (Fältchen, fleckige Pigmentierung, Oberflächenrauheit, Teleangiectasien) festgestellt.

Auch oberflächliche Chemical Peels können nach Einsatz des Dermarollers® tiefer penetrieren. Statt bereits in der Epidermis limitiert zu werden, greift die Fruchtsäure so bis zur Dermis und entfaltet damit TCA-ähnliche Wirkung.

M. Schwarz, Freiburg (2011), behandelte in einer Kombination von Microneedling und transdermalem Einschleusen topisch applizierter Hyaluronsäure und fand klinisch ein schnelleres und gleichzeitig länger anhaltendes Ergebnis als die beiden Methoden allein. Tuschegefärbte Hyaluronsäure konnte histologisch bei 0,4 bis 0,6 mm gefunden werden, z.T. tiefer in der Epidermis als die Nadelstiche selbst sowie auch ca. 50 µm entfernt im umliegenden Gewebe.

In Asien wird diese Methode gerne zum Einschleusen auch anderer Wirkstoffe verwendet, vor allem im Rahmen der Mesotherapie.

Der entscheidende Vorteil des Mikroneedling liegt in der Tatsache, dass die schützende Epidermis, gegenüber herkömmlichen Methoden, nicht abgetragen wird und somit erhalten bleibt

Praxima GmbH & Co. KG

Tel.: 07 61/1 20 49-0

E-Mail: info@praxima.de

www.praxima.de



DEMED

Fahrbare Gerätewagen von DEMED



DEMED Dental Medizintechnik hat zur IDS 2011 einen neuen mobilen Gerätewagen in schlankem Design vorgestellt. Drei integrierte, voll ausziehbare und höhenverstellbare Fachauszüge erlauben das Unterbringen von Kleingeräten und Zubehör. Diese bleiben, einmal angeschlossen, an den integrierten Steckdosen und sind sicher hinter der 270° öffnenden Sicherheitslastür verstaut. Für alle Kabel und Schläuche sind praktische Kabeldurchführungen links und rechts integriert.

Die an den Seiten und an der Front angebrachten Normschienen lassen unterschiedliche Bestückungen zu. So sind mehrere Handstückhalter, Infusionsstange, Licht oder auch zusätzliche Ablageflächen problemlos anzubringen. Durch die einmalige Bestückung des Gerätewagens sparen Sie wertvolle Zeit. Durch die fahrbare Einheit sind Geräte und Zubehör schnell und unkompliziert in unterschiedlichen Behandlungsräumen einsetzbar.

Der Korpus aus verzinktem Stahlblech wird in Ihrer Wunschfarbe pulverbeschichtet.

Für die Arbeitsplatte Ihres Gerätewagens stehen Materialien wie Melamin, Corian oder Glas in einer großen Farbauswahl zur Verfügung.

DEMED Dental Medizintechnik e.K.

Schmalkalder Str.1/1

71334 Waiblingen

Tel.: 0 71 51/27 07 60

Fax: 0 71 51/27 07 61

E-Mail: info@demed-online.de

www.demed-online.de

ULTRADENT



Behandlungseinheiten für Spezialisten

ULTRADENT bietet im Bereich individueller Behandlungseinheiten eine komplette Behandlungseinheit speziell für den Einsatz in der Oralchirurgie, MKG-Chirurgie und in der Implantologie an.

Da klassische Patientenstühle nicht alle Anforderungen der Chirurgie erfüllen, hat ULTRADENT eine komplette Chirurgie-Behandlungseinheit zusammengestellt. Dieser professionelle Arbeitsplatz besteht aus dem OP-Stuhl UD 500, einem fahrbaren Zahnarztgerät und einer fahrbaren Speifontäne. Die OP-Leuchte Solaris LED ist die ideale OP-Leuchte für diesen Arbeitsplatz. Das Ergebnis ist ein durchdachtes Konzept für zahnärztliche Chirurgen, das die Elemente Funktion, Hygiene, Sicherheit und Ergonomie konsequent verbindet. Der Patientenstuhl sorgt für freien Zugang von allen Seiten. Die Konstruktion ermöglicht einen Einstieg im Sitzen, die extrem langen Auf-/Ab-Bewegungsintervalle lassen das Behandeln im Sitzen und im Stehen zu. Der Antrieb erfolgt über einen eingebauten Akku, somit lässt sich der Stuhl schnell und problemlos aus dem Eingriffsraum fahren, es liegen auch dank eines Funkfußanlassers keine Kabel auf dem Boden. Ein Fahrwerk mit vier großen Doppelrollen und einem 3-stufigen Bremssystem sorgt für sicheren Stand und kontrollierte Mobilität. Das patentierte Kopfstützen-System bietet dem Patientenkopf sicheren Halt, es lässt sich für die optimale Positionierung in fünf Ebenen verstellen, teilweise motorgesteuert.



ULTRADENT Chirurgie

Solaris LED
UD 500

Das mobile Zahnarztgerät in der Cart-Version, zusammen mit der fahrbaren Speifontäne, bietet größtmögliche Flexibilität. Es kommen hier die neuesten Entwicklungsstufen zum Einsatz, wie die hygienische Folientastatur mit Digitalanzeige und Stuhlbedienung. Das ZA-Gerät kann sogar unabhängig von der Hauswasseranlage mit einer Druckwasserflasche betrieben werden. Die Köcher können individuell bestückt werden, die Ausstattung mit Multimediakomponenten und Spezialantrieben ist möglich. Alle Instrumentenfunktionen lassen sich über den Fußanlasser steuern. Die OP-Leuchte Solaris LED fasziniert durch modernes Design und das Beste, was Licht für die Praxis zu bieten hat. Die

gesamte Lampenkonstruktion ist kleiner und leichter als bisherige Leuchten und ohne großen Kraftaufwand exakt zu positionieren. 10 LEDs sorgen für eine ideale Ausleuchtung des Arbeitsbereiches. Die Anordnung und die Geometrie der Lichtstrahlen sorgen für eine schattenfreie Ausleuchtung.

Die Leuchtelemente haben einen sehr hohen Wirkungsgrad und erzeugen so wenig Wärme, dass auf einen Ventilator verzichtet werden kann. Es entstehen keine lästigen Nebengeräusche für die Kühlung, was besonders bei längeren Behandlungen von Vorteil ist. Die Lichtleistung lässt sich individuell einstellen (8.000 bis 35.000 Lux). Ein zweiter Drehregler ermöglicht die Veränderung der Farbtemperatur, womit man den Kontrast auf weichem Gewebe verbessert und eine hohe Detailerkennung erreicht (4.200 bis 6.000 K). Die Griffe sind schnell abnehmbar und autoklavierbar. Die LEDs besitzen eine

extrem lange Lebensdauer. Solaris ist als Deckenleuchte erhältlich.

Gerne wird Sie auch der Fachhandel informieren oder Sie genießen in Ruhe den ULTRADENT Showroom in München-Brunnthal. Vereinbaren Sie einen Termin!

ULTRADENT

Dental-Medizinische Geräte
GmbH & Co. KG
Tel.: 0 89/42 09 92-70
Fax: 0 89/42 09 92-50
E-Mail: info@ultradent.de
www.ultradent.de

URSAPHARM



Die Protease Bromelain aus der Ananas trägt zur Ergebnis-sicherung implantologischer Eingriffe bei

Mit implantologischen Eingriffen oder Zahnextraktionen sind Verletzungen des Zahnhalteapparats und des angrenzenden Zahnfleisches verbunden. Die betroffenen Gewebe reagieren mit Entzündungsmerkmalen, wie Schwellungen und Hämatomen. Insbesondere das postoperative Ödem darf den Heilungsverlauf nicht verzögern bzw. die Implantateinheilung beeinträchtigen. Die von außen zugeführte Protease Bromelain unterstützt den Organismus darin, die Reparatur der betroffenen Gewebe optimal zu regulieren. Aus klinischen Untersuchungen ist



bekannt, dass unter einer begleitenden Enzymtherapie Regenerationsprozesse beschleunigt ablaufen und so die Schwellung und danach der Schmerz rascher abklingen. Auch Hämatome werden beschleunigt abgebaut. Die während einer entzündungsbedingten Schwellung auftretenden Botenstoffe, die bis zu einem gewissen Grad zur Heilung und zur Wiederherstellung eines funktionsfähigen Organismus notwendig sind, werden durch das Ananasenzym nicht primär unterdrückt, sondern rascher aus dem Gewebe entfernt. Nachdem dadurch die Schwellung vermindert wird, kommt es auch zu einer frühzeitigen Schmerzreduktion. Mit einer Bromelainbehandlung kann der Therapeut dem oftmals von Patienten geäußerten Wunsch nach einer pflanzlichen Behandlungsalternative zu NSAR entsprechen. Dabei sollte man jedoch auf die Qualität der eingesetzten Produkte achten. Im Sinne der Patienten sollten Präparate mit Arzneimittelstatus verwendet werden (z.B. Bromelain-POS®).

URSAPHARM GmbH

Tel.: 0 68 05/9 29 20
Fax: 0 68 05/9 29 22 22
E-Mail: info@ursapharm.de
www.ursapharm.info

Maximus[®] powered by TriLipo[®]

_Auch chirurgischen Eingriffen abgeneigte Patienten können nun endlich die Ergebnisse erlangen, die sie sich schon immer gewünscht haben. Ergebnisse, die sowohl unmittelbar als auch langfristig sind! Mit dem klinisch bewährten TriLipo[®] können unerwünschte lokale Fettablagerungen sicher und zielgerichtet behandelt werden.

Das neue Maximus[®] System arbeitet mit der TriLipo[®] Technologie, welche einen Durchbruch in der nicht invasiven Körpergestaltung darstellt. Maximus[®] bietet eine breite Vielfalt kosmetischer Anwendungen, wie z.B. Umfangsreduzierung, Bodycontouring, Reduzierung von Cellulite und Dehnungsstreifen. Außerdem kann mit dem Maximus[®] eine deutlich sichtbare Hautstraffung sowohl am Körper als auch im Gesicht erreicht werden.

Das Maximus[®] System stellt ein universelles Kompaktgerät im nicht invasiven kosmetisch-ästhetischen Bereich dar.

Die aktuelle Statistik der „American Society for Aesthetic Plastic Surgery“ stellt unter Beweis, dass es seit 1997 einen Anstieg um 147 Prozent bei der Gesamtzahl der kosmetischen Verfahren gegeben hat. Im Detail erfolgte ein Anstieg der chirurgischen Verfahren über 50 Prozent und der nicht chirurgischen Verfahren mit über 231 Prozent. (Quelle: www.surgery.org/sites/default/files/2009stats.pdf)

Abb. 1 Aus den Fettzellen gelöstes verflüssigtes Fett.

Abb. 2 Gleichzeitiger externer und interner Druck optimieren die Ableitung.

Abb. 3 Kollagenregenerierung in der Dermalschicht schafft eine glattere Hautoberfläche.

_Schnell, bequem und angenehm

Die Behandlung mit dem Maximus[®] erfordert beim Patienten keine Ausfallzeit und keine Erholungsphase. Patienten können danach sofort zu ihrer Tagesordnung zurückkehren.

_Die Behandlung – was passiert genau?

Die TriLipo[®]-Technologie vereint gebündelte TriLipo[®] RF-Energie und TriLipo[®] Muskelenergie, die in einzigartiger Weise zeitgleich auf der Haut wirken. Die dreifache Wirkung der TriLipo[®]-Technologie besteht aus tiefgehender volumetrischer Erwärmung durch Radiofrequenz (RF), kombiniert mit interner Muskelkontraktion und externer Anwendung mechanischen Drucks, die gemeinsam maximale Fettbehandlung mit lymphatischer Ableitung sowie Hautstraffung erzielen können.

Die RF-Energie erzeugt Wärme durch den Widerstand des Gewebes, sowohl in den dermalen als auch in den subkutanen Schichten. Die selektive und gebündelte elektrische Erwärmung der Haut stimuliert und erhöht den Fettmetabolismus in der subkutanen Fettschicht sowie die Kollagenregenerierung in der Dermalschicht. In der subkutanen Fettschicht beschleunigt die Wärmewirkung den natürlichen Fettmetabolismus und die Freigabe flüssigen Fetts aus den Fettzellen in die extrazelluläre Matrix (Abb.1).

Die Ableitung des gelösten flüssigen Fetts wird durch gleichzeitige Ausübung von internem und externem Druck auf die Fettschicht beschleunigt. Intern regeln TriLipo[®]-Muskelenergieimpulse die Muskelschicht an, sodass die Muskeln kontrahieren.

Diese Kontraktion hebt den Muskel und drückt die Fettzellen zur Oberfläche hin. Gleichzeitig übt der Applikator mechanischen Druck von außen auf die Haut aus.

Diese kombinierten internen und externen Druckvorgänge verstärken die Entfernung flüssigen Fetts durch beschleunigte lymphatische Ableitung (Abb. 2).

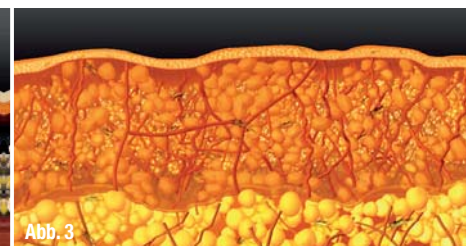
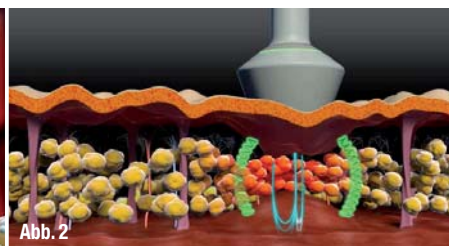
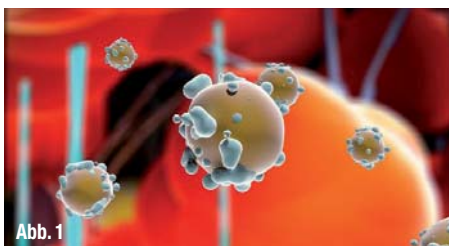




Abb. 4



Abb. 5

Die gleichzeitige Anwendung der RF und der verstärkten Ableitung verursacht eine homogene Erwärmung, die den Blut- und lymphatischen Kreislauf beschleunigt und die Oxidation und Entgiftung des Gewebes optimiert.

In der Dermalschicht erwärmt gebündelte RF-Energie die Kollagenfasern und verursacht ihre Kontraktion. Dies führt unmittelbar zur Straffung und Glättung der Haut.

Darüber hinaus wird der Metabolismus der Fibroblasten beschleunigt und damit die Kollagenregeneration und langfristige Hautstraffung und -festigung erzeugt (Abb. 3).

Die dreifache Wirkung der TriLipo®-Technologie ist von der ersten Behandlung an sichtbar. Langfristige Körpergestaltung kann bereits nach wenigen Anwendungen erzielt werden.

Die Fakten:

- _ Reduzierung lokaler Fettablagerungen
- _ Angenehme, schnelle und einfache ambulatorische Behandlung
- _ Verbessertes Blutkreislauf und Oxidation
- _ Langfristige Verringerung des Körperumfangs und Verbesserung der Körpergestaltung
- _ Sichtbare Ergebnisse ab der ersten Behandlung
- _ Muskel-Lifting und Toning
- _ Optimale Entgiftung
- _ Klinisch bewährt
- _ Nicht invasiv.

Kontraindikationen:

Das System darf nicht angewendet werden während einer Schwangerschaft, bei jeder Art von implantierbaren elektronischen Vorrichtungen, bei dermatologischen oder Gefäßerkrankungen und Bereichen der sensorischen Beeinträchtigungen wie in Fällen von

Nervenverletzungen und Neuropathien. Die klinische Bewertung der neuen Technologie demonstriert Sicherheit und hohe Wirksamkeit bei der Verringerung der Fettpolster, Reduzierung des Körperumfangs und Hautstraffung.

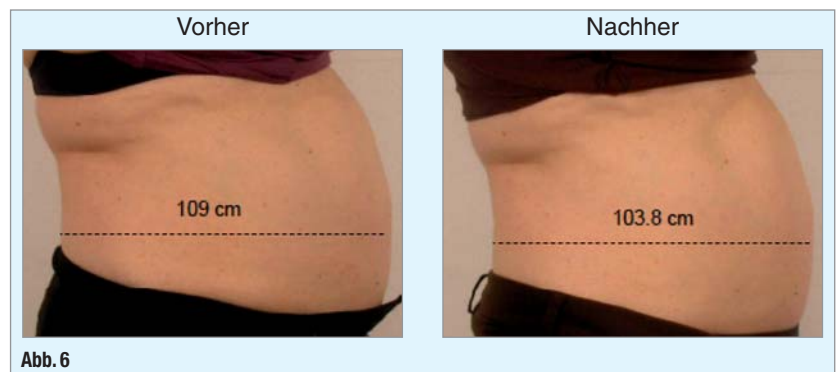


Abb. 6

Signifikante Ergebnisse sind sofort nach der ersten Behandlung sichtbar. Jede Behandlungssitzung dauert etwa 30 Minuten. Langfristige klinische Ergebnisse sind nach wenigen Behandlungen erreicht. Für die langfristigen Ergebnisse werden vier Behandlungen empfohlen, abhängig von der persönlichen Verfassung des Patienten (Abb. 6).

Abb. 4_ Das Maximus®-System.
Abb. 5_ Maximus® Behandlungsbild.
Abb. 6_ Vorher und Nachher (Studie der Pollogen® Ltd.) Fettreduzierung des Bauches und Straffung der Haut nach der vierten Sitzung. Erreichte Reduktion des Bauchumfangs: 5,2 cm.

_ Kontakt

face

K-Form Beauty Medical Equipment

Spessartstraße 30
63743 Aschaffenburg
Tel.: 0 60 21/5 88 38-0
Fax: 0 60 21/5 88 38-20
www.k-form.de

Eugen Holländer – Erstbeschreiber des Facelifts?

Autor_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig

Eugen Holländer (Abb.1) wurde am 28.07.1867 in Köln geboren. Er studierte Medizin in Göttingen, Leipzig, München und Straßburg, wo er 1891 sein Staatsexamen ablegte. Nach seiner Promotion an der Universität Leipzig im Jahre 1891 wurde er Assistent bei dem weltberühmten Berliner Dermatologen Oskar Lassar (Abb. 2) und war für kurze Zeit Assistent bei dem Gynäkologen Abel. Seine chirurgische Ausbildung absolvierte er am Krankenhaus der jüdischen Gemeinde in Berlin unter Leitung von Prof. James Adolf Israel (Abb. 3), Sohn eines jüdischen Seidenfabrikanten. 15 Jahre weilte er an dieser Klinik, zuletzt als Privatassistent. Das moderne und bestens ausgestattete Krankenhaus der jüdischen Gemeinde war 1861 als Erweiterung des 1671 errichteten Hospitals in der Oranienburger Straße eröffnet worden. Dort wirkte unter anderem Rudolf Konrad Bernhard von Langenbeck (1810–1887), der der Lehrer von James

Israel war. 1880 wurde Israel der Nachfolger von Bernhard von Langenbeck (Abb. 4).

Auf Vorschlag von Ernst von Bergmann (Abb. 5) wurde Holländer kurz vor Bergmanns Tod im Jahre 1907 zum Professor ernannt und war ab dieser Zeit in seiner Wahlheimat Berlin bis zu seinem Tod am 7. November 1932 als Chirurg tätig. Er verstarb im Alter von 65 Jahren an den Folgen eines Apoplexes. Während der Zeit zwischen 1907 bis 1932 entwickelte Holländer seine „Vorliebe“ für die kosmetische Chirurgie und beschäftigte sich ab 1912 vornehmlich mit der „Schönheitschirurgie“. Dies führte schließlich dazu, dass er 1912 im „Handbuch der Kosmetik“, herausgegeben von Max Josef 1912, das Kapitel: „Die kosmetische Chirurgie“ verfasste. Professor Max Josef (1880–1932) war ein bekannter und angesehener Dermatologe, der eine Privatklinik in Berlin betrieb, die für viele Ärzte aus al-

Abb. 1 _ Eugen Holländer.

Abb. 2 _ Oskar Lassar.

Abb. 3 _ James Israel.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

ler Welt, vornehmlich aus den USA, ein Anziehungspunkt war, sodass dem Buch viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Neben seinem schriftstellerischen Verdienst erhielt Holländer den hochdotierten persischen Orden wegen seiner beim damaligen Schah von Persien erfolgreich vorgenommenen Operationen und war 30 Jahre lang als Arzt der persischen Gesandtschaft in Berlin tätig.

Den Kunsthistorikern ist Holländer durch seine zahlreichen Bücher zur Kunst in der Medizin weit aus mehr bekannt als den heutigen medizinischen Kollegen. Während der Zeit, in der er sich den Alters- und Formveränderungen in der Medizin widmete, verfasste er die Bücher: „Die Medizin in der klassischen Malerei“, „Karikatur und Satire in der Medizin“ (1905), die Monografien „Plastik und Medizin“, erschienen im Jahre 1912 (Abb. 6), „Wund, Wundergeburt und Wundergestalt“, publiziert 1921, und das Buch „Anekdoten aus der medizinischen Weltgeschichte“, das im Jahre 1925 verlegt wurde. 1928 erschien dann das letzte von ihm verfasste Buch mit dem Titel: „Äskulap und Venus – Eine Kultur- und Sittengeschichte im Spiegel des Arztes“, das 500 Seiten umfasst, auf denen er der Beziehung zwischen Heilkunde im weitesten Sinne und Menschheitsgeschichte in Früh- und Altkulturen nachgeht. Er beschreibt die Geschichte der rein körperlichen Entwicklung, der „Körperbearbeitung“ und der kultischen Körperverletzungen und nimmt schließlich das menschliche Schönheitsideal unter die Lupe. Ein Buch aus der Feder eines Chirurgen, das seinesgleichen sucht.

Auf plastisch-chirurgischem Gebiet galt sein Interesse gegen Ende des 19. Jahrhunderts im Besonderen der Rhino- und Mammoplastik sowie der Rhytidektomie. 1902 publizierte er einen dreiseitigen Artikel im Archiv Klinische Chirurgie mit der Überschrift: „Zur Methode der Rhinoplastik“. Dort beschreibt er die Vorteile der Nasenrekonstruktion durch einen adipodermalen Transpositionsappen aus der Brust bei Lupus erkrankten Patienten. Er belegt die Patientenzufriedenheit anhand von klinischen Beispielen, die er 1913 in einen Artikel mit der Überschrift „Ein dritter Weg zur totalen Rhinoplastik“ veröffentlicht (Abb. 7a–c). In diesem Artikel beschreibt er die erfolgreiche plastische Rekonstruktion der äußeren Nase mit einem an der Brust gestielten adipodermalen Gewebe, dessen Gewebstiel er bereits nach wenigen Tagen durchtrennte. Der verbliebene Gewebsanteil wurde anschließend anatomisch gerecht reponiert.

1910 erschien in der Münchener medizinischen Wochenzeitschrift ein Beitrag zur Rejuvenation des Gesichtes, mit der Überschrift: „Über einen Fall von fortschreitendem Schwund des Fettgewebes und seinen kosmetischen Ersatz durch Menschen-



Abb. 4

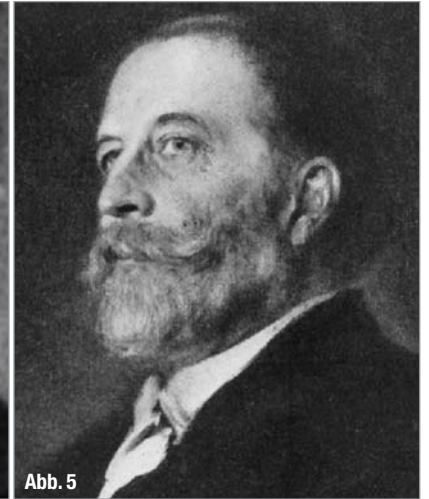


Abb. 5

fett“. Basierend auf seinen Erfahrungen der Weichgewebsaugmentationen der Brust nach Mammaaplationen durch Fettinjektionen füllte er den Volumenverlust der Wangen bei einer jungen Frau, der nach einer generalisierten Fettatrophie des Weichgewebes im Gesicht entstand, durch Fettinjektion wieder auf. Holländer verwendete dazu steriles, im Wasserbad erhitztes (gekochtes) menschliches Fettgewebe und versetzte es für die Injektion mit Hammelfett. Diese heterogene Fett-

Abb. 4_ Bernhard von Langenbeck.

Abb. 5_ Ernst von Bergmann.



Abb. 6

Abb. 6_ „Plastik und Medizin“, Hrsg. Eugen Holländer, erschienen 1912.

mischung führte post injektionem seinen Beobachtungen zufolge zur Resorption der injizierten Fettgewebszellen innerhalb des heterogenen Fettgemisches. Die Resorption des Fettgewebes führte in der Folge zu Porositäten des Transplantates, sodass eine organische periimplantäre Verbindung resultierte. Seinen klinischen Beobachtungen zufolge ließen sich durch diese allo- und xenogene Fettgewebstransplantation sehr zufriedenstellende Ergebnisse erzielen (Abb. 8a–e).

Kurz nach der Veröffentlichung der Mammareduktionsplastik von Kraske-Lexer im Jahre 1923 beschrieb Holländer 1924 eine Methode der Mammareduktionsplastik, die die axillären Lymphbah-



Abb. 7a



Abb. 7b



Abb. 7c

Abb. 7a-c Prä- und postoperative Ansicht einer Patientin, bei der eine plastische Rekonstruktion der Nase mit einem adipodermalen Brustgewebslappen durch Holländer vorgenommen wurde.

nen seiner Auffassung zufolge schonte. Der Artikel erschien in der deutschen medizinischen Wochenschrift und trug den Titel: „Operationen der Mammahypertrophie und der Hängebrust“. Dieses Verfahren sieht die Resektion eines alle Gewebsschichten umfassenden Sektors der lateralen Brusthälfte unter Vermeidung einer zirkulären Mamillenumschneidung vor, sodass die Narbe im Bereich der Außenseite der Mamma resultiert. Dadurch ließ sich nach seiner Auffassung eine weniger kosmetisch auffällige Narbe im Brustbereich gegenüber den bekannten Verfahren erzielen (Abb. 9a und b). Die Methode fand zunächst wenig Anklang, wurde aber in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts in modifizierter Form erneut von einigen Chirurgen wie Trudy Vogt, Rudy Meyer und Ulrich Kesselring, Daniel Marchac und zuletzt auch von Dennis Hammond, um nur einige zu nennen, erneut aufgegriffen und von ihnen favorisiert.

Abb. 8a-e Prä- und postoperative Darstellung einer an Lipodystrophie leidenden Patientin, die durch Holländer mit allo- und xenogenem Fett im Wangenbereich augmentiert wurde.

Kurz vor seinem Tode erschien 1932 im Band 9 der Reihe „Neue Deutsche Klinik“, das von Georg Kemperer herausgegeben wurde, ein Kapitel von Holländer, mit der Überschrift: „Plastische (kosmetische) Operation“. Dort beschreibt Holländer ein

Rhytidektomieverfahren, das er nach seinen Angaben bereits 1901 durchgeführt haben will. Er schreibt: „Im Jahre 1901 suchte mich eine polnische Aristokratin auf mit der Bitte, ihr eine Gesichtsspannung zu machen. Da dies eine völlig unbekannt Operation war, hatte sie sich eine Zeichnung angefertigt, laut der eine Exstirpation von Gesichtshaut vor und hinter dem Ohr vorgenommen werden sollte, ...“, um den Mundwinkel anzuheben und die Nasolabialfalte zu nivellieren. „Nach anfänglichem Sträuben führte ich die Operation aus, und zwar war das die erste überhaupt vorgenommene Gesichtsspannung.“ ... „Man hat die Gegend der Hautexstirpation in die Haargrenze und hinter das Ohr verlegt ... Das Resultat ist aber minderwertig ... (denn) auch bei starkem Zerren der Hauterfolgt von hier aus keine Wirkung auf die untere Gesichtspartie.“

Allerdings ist bereits 1912 in dem vielfach zitierten Kapitel „Die kosmetische Chirurgie“ im Handbuch der Kosmetik, herausgegeben von Max Josef, von der chirurgischen Behandlung von Altersfalten die Rede. Holländer erwähnt dort seinen Ersteingriff zur Rhytidektomie an einer weiblichen Person,



Abb. 8a



Abb. 8b



Abb. 8c



Abb. 8d



Abb. 8e

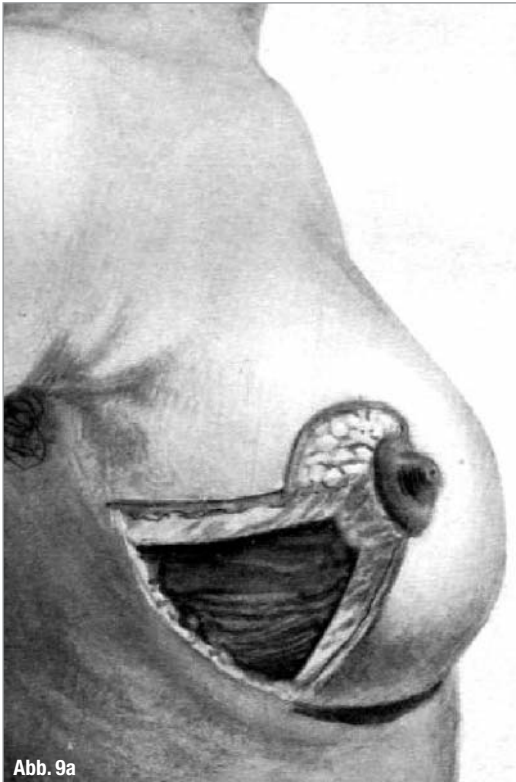


Abb. 9a



Abb. 9b

Abb. 9_ Mammareduktionsplastik nach Holländer: Grafische Darstellung prä- und postoperativ.

indem er schreibt: „Ich selbst, ein Opfer weiblicher Überredungskunst, habe einmal durch Exstirpation von Hautstücken in der Haargrenze und an den natürlichen Falten, die Altersfalten, und hängenden Wangen zur Zufriedenheit der Trägerin aufgefrischt.“ Dieser Artikel wird häufig zitiert und Holländer als Erstbeschreiber der Gesichtsspannung (face lift) genannt, die er, wie er in seinem Buchartikel der Reihe „Neue Deutsche Klinik“ 1932 schreibt, im Jahre 1901 vornahm und damit für sich die Erstbeschreibung der Gesichtsspannung in Anspruch nimmt. In seinem Kapitel „Kosmetische Chirurgie“ von 1912, in dem er die Rhytidektomie erwähnt, wird allerdings deutlich, dass Holländer kein Facelift im eigentlichen Sinne durchführte, sondern lediglich eine lokale Rhytidektomie durch Exstirpation von Hautpartien vornahm, ähnlich wie sie Charles Konrad Müller 1906 und 1907 detailliert in seinen Artikeln beschrieb. Nun ist bei dem Polyscribent Holländer davon auszugehen, dass er durchaus von der Vorgehensweise Müllers Kenntnis erlangte und die 1912 erwähnte Rhytidektomie nicht 1901, sondern vermutlich in der Zeit zwischen 1905 und 1912 vornahm, weil zu dieser Zeit erst sein nachweisliches Interesse an der „kosmetischen Chirurgie“ durch seine Publikationen bekannt wurde und seine 15-jährige Assistenzzeit bzw. Privatassistentenzeit im Jahre 1906 endete. Sein Chef Israel hätte sicherlich Einwände gegen diese nicht medizinisch indizierte Operation gehabt und sofern Holländer kein Privatliquida-

recht zustand, die Operation dann vermutlich auch selbst ausgeführt. Auch fehlen im Artikel von 1912 detaillierte Angaben, wann und wie die Rhytidektomie stattfand. Aufschluss könnte nur ein OP-Buch geben, sofern es noch auffindbar wäre. Sollte Holländer tatsächlich eine Rhytidektomie bereits 1901 vorgenommen haben, dann hätte er gewiss aufgrund seiner Polyscribie sicherlich bereits vor 1912 ausführlich über den Fall berichtet, zumal er sich eingehend mit der kosmetischen Chirurgie seit 1907 auseinandersetzte, wie seine Publikationsliste deutlich macht.

Nach Auswertung der zur Verfügung stehenden Materialien ist es eher zweifelhaft, dass Holländer bereits 1901 eine Rhytidektomie im eigentlichen Sinne vornahm, sondern vermutlich erst nach seiner Assistenzzeit im Jahre 1906.

_Kontakt

face

Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig

Ltd. Arzt Plastische und Ästhetische Chirurgie
Paracelsus-Klinik am Silbersee
Oertzeweg 24
30851 Hannover/Langenhagen
E-Mail: info@professor-hoenig.de
www.professor-hoenig.de



Déjà vu eines Kurses nach dem Gau

Autoren_Prof. Dr. Hans Behrbohm, Prof. Dr. Oliver Kaschke

Abb. 1a und b_Während der Live-Chirurgie im OP.



Abb. 1a



Abb. 1b

Die traurigen und alarmierenden Ereignisse im japanischen Kernkraftwerk Fukushima nach dem verheerenden Tsunami ließen uns die persönliche Erinnerung an eine Reise nach Weißrussland in die Nähe von Tschernobyl wieder lebendig werden. Eine Einladung des HNO-Chefarztes des Gebietskrankenhauses Gomel, Prof. Waleri I. Sadowski, führte uns acht Jahre nach der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl in diese Region. Wir waren der Einladung gefolgt und hatten an einem Fortbildungskongress in Gomel zu Thema „Erkrankungen der oberen Luftwege“ aktiv teilgenommen.

Gomel ist eine Bezirksstadt mit ca. einer halben Million Einwohner. Sie liegt im Südosten Weißrusslands und ist nur 200 Kilometer von Tschernobyl, dem Ort der Reaktorkatastrophe von 1986, entfernt. Zum damaligen Zeitpunkt waren nur wenige verlässliche Daten über strahlenbedingte Erkrankungen und andere Folgen bekannt. Unser Besuch war deshalb auch mit der Erwartung verknüpft, neben Einblicken in die Situation der Gesundheitsversorgung der dort lebenden Bevölkerung, die materielle Ausstattung der Krankenhäuser und die Organisation des Gesundheitswesens auch im Besonderen einen Eindruck von den Lebensbedingungen nach dem Reaktor-Gau zu bekommen.

Die wissenschaftliche Konferenz, an der über 200 Ärzte verschiedener Fachrichtungen, z.B. HNO, Pädiatrie, Onkologie und Phoniatrie, teilnahmen, war als Kursveranstaltung zu den Konzepten „Mikrochirurgie des Larynx“ und „Endoskopische Chirurgie der Nasennebenhöhlen und der vorderen Schädelbasis“ konzipiert. Nachdem der erste Tag im Zeichen von Vorträgen und Videodemonstrationen stand, wurde am zweiten Tag mittels Video-Simultanübertragung aus dem Operationssaal das Spektrum der endoskopischen endonasalen Chirurgie in Live-Operationen gezeigt (Abb. 1a und b).

Damals stellte diese Art der Wissensvermittlung eine unbekannte Form für die überwiegende Zahl der Konferenzteilnehmer dar. Dazu kam, dass zum damaligen Zeitpunkt ein Mangel an Computerto-



Abb. 2a



Abb. 2b

mografen und endoskopischem Equipment für die Diagnostik und Chirurgie bestand. Am dritten Tag wurden endolaryngeale Operationstechniken bei gut- und bösartigen Glottis-Tumoren demonstriert. Unsere Nachfrage nach Ergebnissen von Behandlungen und Häufigkeiten bei Larynx-tumoren konnte nicht beantwortet werden. Ohne statistische Belege aufzuzeigen, berichteten uns weißrussische Ärzte über vermehrt aufgetretene Karzinomfälle des Larynx und der Trachea in Weißrussland und der Ukraine nach dem Reaktorunglück von 1986. Der strahleninduzierte karzinogene Effekt des in der Schilddrüse gespeicherten radioaktiven Cäsiums wurde von den Ärzten in einer deutlich zunehmenden Zahl gesehen.

Die Ausstattung der Untersuchungsräume, Arztzimmer und Operationssäle, die materielle Situation in den Fachabteilungen, Instrumentenausstattung, Verbrauchsmittel und Medikamente betreffend, war von erheblichen Mängeln geprägt. Antibiotika, im wesentlichen Penicilline und Tetracycline, wurden nur bei Komplikationen eingesetzt. Über eine auffällig große Zahl endokriner Komplikationen bei chronischen Ohr- und Nasennebenhöhlenerkrankungen im Vergleich zu den uns bekannten Häufungen wurde uns berichtet.

Sehr angenehm berührt waren wir von der freundlichen Aufgeschlossenheit und Gastfreundschaft der Kollegen und des Klinikpersonals. Der fachliche Diskurs während des gesamten Kongresses war sehr intensiv und rege. Am Rande sollte erwähnt werden, dass die Verdienstsituation der Ärzte in Weißrussland damals recht schlecht war, auch im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen. Umso mehr beeindruckte uns die Einsatzbereitschaft, die Motivation und der Enthusiasmus der weißrussischen Kollegen für ihre schwierigen Herausforderungen. Nach Abschluss des Kongresses unternahmen wir

gemeinsam mit dem Klinikdirektor Prof. Sadowski und dem leitenden HNO-Arzt Weißrusslands, Prof. Timotschenko, eine Exkursion in die sog. radioaktive Zone. Nach der Explosion des Reaktors in Tschernobyl war es durch Niederschlag radioaktiven Staubes zu einer lokalen Kontamination größerer Gebiete gekommen. Die radioaktive Verseuchung war zwischen 20 und 40 mSv/km² stark. Diese Gebiete wurden evakuiert und die landwirtschaftliche Nutzung verboten. Der Besuch eines verlassenem Dorfes in der radioaktiven Zone wirkte gespenstisch, weil Leben und Zeit plötzlich stehengeblieben schienen. In einem der evakuierten Dörfer begegneten wir einem Dorfbewohner, der trotz Umsiedlung zurückgekehrt war. In einem kurzen Gespräch erfuhren wir, dass einige „Rückkehrer“ trotz des offiziellen Verbots Landwirtschaft und Viehzucht betrieben, um ihren Lebensunterhalt zu erwirtschaften (Abb. 4a–d).

Der Umkreis von zehn Kilometern um den stillgelegten Reaktor ist absolutes Sperrgebiet. Nur wenige

Abb. 2a und b _ Eröffnung des Kongresses.

Abb. 3 _ Frühbesprechung im „Utschobnjoj Kabinet“ (Lehrkabinett).



Abb. 3



Abb. 4a



Abb. 4b

Abb. 4a und b _ Verlassene Häuser in der verstrahlten Zone.

Male im Jahr dürfen die ehemaligen Bewohner die Gräber ihrer Angehörigen besuchen. In der geringer verstrahlten 30-Kilometer-Zone sind inzwischen sieben Dörfer von insgesamt 350, meist alten Menschen, wieder bewohnt. Die Gründe für die Rückkehrer waren meist Schwierigkeiten, sich in den neuen Plattenbauquartieren einzuleben, und der Verlust des heimatischen ländlichen Lebensraums. Die Behörden ließen die Rückkehrer schließlich gewähren. Kindern ist der Aufenthalt untersagt. Etwa zwei Millionen Menschen in Weißrussland und etwa 2,6 Millionen in der Ukraine sind als Tschernobyl-Opfer anerkannt, weil sie länger in verstrahlten Gebieten lebten oder leben. Wegen der wirtschaftlichen Situation in diesen Ländern ist an eine angemessene Entschädigung der Opfer nicht zu denken. Allerdings ist das kein spezielles Problem von Tschernobyl. Auch bei uns ist der Umgang mit dem Erbe von Strahlenopfern des Uranbergbaus problematisch. In der ehemaligen sowjetisch-deutschen

Aktiengesellschaft Wismut (SDAG) haben ca. eine halbe Million Menschen gearbeitet. Etwa 15.000 erlitten eine Silikose, 7.000 erkrankten an einem Bronchialkarzinom, verursacht durch das Radon-Gas, ein Zerfallsprodukt des Urans. Nachdem in der DDR das Thema Strahlenkrankheit im Uranbergbau totgeschwiegen wurde, setzte nach 1990 eine Welle von Anträgen auf Entschädigungszahlungen auf die Berufsgenossenschaften ein. Von den Bergleuten wurden Nachweise über die Strahlenexposition gefordert, die diese nicht erbringen konnten. So gehen auch bei uns die meisten der Strahlenopfer leer aus. Heute kommt das Uran für unsere AKW's nicht mehr aus Deutschland, sondern aus Afrika, Australien oder Kanada. Wie die Bedingungen für die Uran-Bergarbeiter heute sind, ist nicht genau bekannt. Es ist zu vermuten, dass besonders für die afrikanischen Bergarbeiter die Arbeits- und Lebensbedingungen schwierig sind und es zahlreiche Opfer des Uranbergbaus gibt.

Abb. 4c _ Achtung! Hier beginnt die verstrahlte Zone.

Abb. 4d _ Prof. Sadowski (r.) im Gespräch mit einem „Heimkehrer“ in der verstrahlten Zone.



Abb. 4c

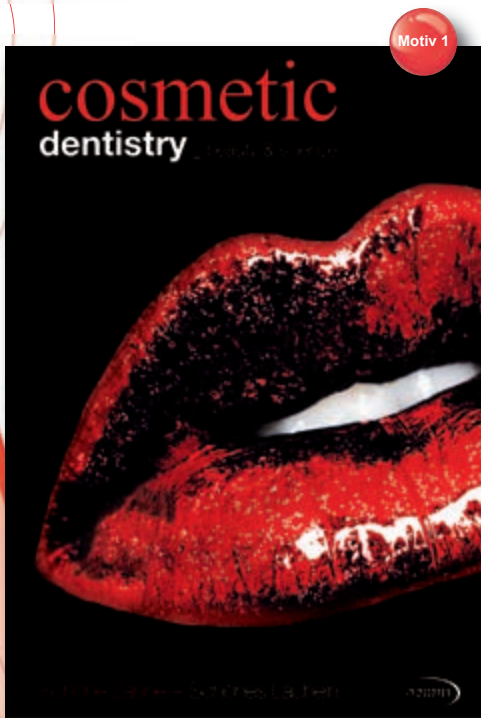


Abb. 4d

Die täglich neuen Informationen aus Fukushima, die Erinnerungen an Tschernobyl 1986 und unsere Erlebnisse von 1994 sind Grund genug für uns, an der Diskussion um die Zukunft von Atomkraft teilzunehmen. Dieser Bericht schildert unsere Erfahrungen mit dem Leben nach einem Super-Gau und sollte Mahnung und Appell zugleich sein.

_Kontakt	face
<p>Prof. Dr. Hans Behrbohm Prof. Dr. Oliver Kaschke Privatinstitut für Medizinische Weiterbildung und Entwicklungen Berlin e.V. www.imwe-berlin.de</p>	

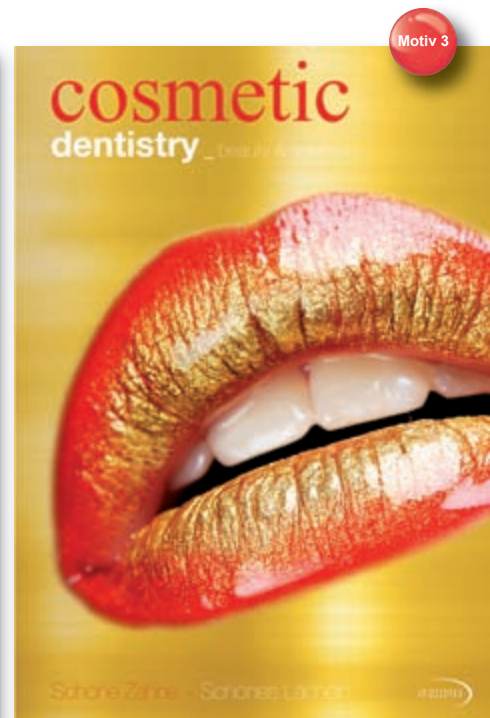
Exklusive Hochglanz-Poster



Motiv 1



Motiv 2



Motiv 3

Hinweis: Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.

Schöne Zähne – Schönes Lächeln

Die Praxis im Frühling aufpeppen – kein Problem! Die schönsten Titelmotive der Fachzeitschrift „cosmetic dentistry“ sind jetzt als exklusive Hochglanzposter für die Zahnarztpraxis erhältlich.

Seit vielen Jahren besticht das Hochglanzcover der Fachzeitschrift „cosmetic dentistry“ durch außergewöhnlich ästheti-

sche Titelmotive. Viele Zahnärzte haben die Bitte geäußert, diese Bilder auch für die Patientenkommunikation in der eigenen Praxis nutzen zu dürfen. Diesem Wunsch kommt der Verlag ab sofort nach und bietet mit der Poster-Trilogie „Schöne Zähne – Schönes Lächeln“ die Möglichkeit, drei der schönsten Titelbilder als hochwertiges Poster im A1-Format zu bestellen.

Das Einzelposter ist zum Preis von 29€ und die Poster-Trilogie für 69€ jeweils zzgl. MwSt. + Versandkosten erhältlich. Wer noch nicht Abonnent der „cosmetic dentistry“ ist, erhält bei Abschluss eines Abos ein Poster seiner Wahl „on top“. Info: OEMUSMEDIAAG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Tel.: 03 41/4 84 74-2 00

Bestellung auch online möglich unter:
www.zwp-online.info

✂ Bestellformular

Ja, ich möchte ein/mehrere Poster bestellen: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Motiv 1 Motiv 2 Motiv 3
jeweils für 29 € zzgl. MwSt. + Versandkosten

Poster-Trilogie
alle 3 Poster für 69 € zzgl. MwSt. + Versandkosten

Ich möchte „cosmetic dentistry“ im Jahresabonnement zum Preis von 44 €/Jahr inkl. MwSt. und Versandkosten beziehen und erhalte kostenlos ein Poster meiner Wahl (bitte auswählen).
Die Lieferung beginnt mit der nächsten Ausgabe nach Zahlungseingang (bitte Rechnung abwarten) und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

▶ Antwort per Fax 03 41/4 84 74-2 90
oder per Post an OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig

Name, Vorname	
Firma	
Straße	
PLZ/Ort	
E-Mail	Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Aboauftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift



Schönheitsbehandlungen – Männer holen auf

Autor_Dr. Torsten Hartmann, Fotos_Marco Marten

Die DGKZ, die DGZI und die IGÄM präsentierten sich auf der „Lifetime Beauty 2011“ in Düsseldorf. Experten sehen eine deutlich steigende Nachfrage bei ästhetisch-motivierten Behandlungen, insbesondere auch bei Männern.

_Oft und gern wird in den unzähligen Lifestyle-Magazinen des Landes über Schönheitsoperationen und Trends auf dem Gebiet der ästhetischen Chirurgie und kosmetischen Zahnmedizin berichtet. Nicht immer spielen dort „gelungene“ Eingriffe die wirklich dominierende Rolle. Übertriebene Facelifts, zu weiße Zähne und misslungene Operationen im Gesicht und am ganzen Körper stehen im Fokus der Berichterstattung. Dass dies auch anders geht und die seriöse

„Ästhetik“ im Vordergrund stehen kann und muss, bewies am letzten April-Wochenende die Messe „Lifetime Beauty“ in Düsseldorf. Mehr als 50 Aussteller informierten die bereits zu Beginn der Messe in großer Anzahl angereisten Besucher über Trends zu Schönheitsoperationen, ästhetischer Zahnmedizin, Wellness, gesunde Ernährung und Fitness. Und genau dieser Mix aus minimalinvasiver Schönheits-OP, funktionell-ästhetischer Zahnmedizin, gesundem





Leben mit Sport und gesunder Ernährung ist der Trend der Zeit. Das bewies recht eindrucksvoll die Lifetime Beauty 2011, welche auf Deutschlands bekanntester Edelmühle, der Königsallee in Düsseldorf, präsentiert wurde. Begleitet wurde die Messe von einer außergewöhnlich großen Pressepräsenz, welche sich nicht zuletzt in einer umfangreichen Berichterstattung in den Publikums- und Fachmedien bereits eine Woche vor der Messe zeigte.

Gemeinsam mit der IGÄM (Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.) und der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.) präsentierte sich die DGKZ (Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.) als

Hauptpartner der Messe mit großem Erfolg. Mehr als 100 Beratungsgespräche führten die Vertreter der drei Fachgesellschaften während der beiden Messetage. IGÄM-Präsident Prof. Werner Mang von der Bodenseeklinik und der Past-Präsident der DGKZ Prof. Martin Jörgens belegten mit ihren gut besuchten Vorträgen im Patientenforum eindrucksvoll, wo die Trends in der ästhetischen Chirurgie und der ästhetisch-kosmetischen Zahnmedizin derzeit liegen. In der Verbindung von Funktion und Ästhetik, so die Referenten, besteht die besondere Herausforderung für den Behandler. Dabei liegen insbesondere minimalinvasive Eingriffe voll im Trend und Männer sind statistisch im Aufholen – so unisono die Aussagen der Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften. Keine Amerikanisierung mit Botox-Partys oder Bleaching im Kosmetikstudio, sondern ärztliches Können, Spezialisierung und die Behandlung beim gut ausgebildeten Arzt oder Zahnarzt sind bei Patientengesprächen immer noch auf Platz 1 der Meinungsäußerungen. Eine gute Voraussetzung für die drei Fachverbände mit ihren innovativen und wissenschaftlich fundierten Fortbildungsangeboten für die Mitglieder.

__Fazit

Eine tolle Messe, zufriedene Besucher der „Lifetime Beauty 2011“ und ein eindrucksvoller Auftritt der DGKZ und der DGZI gemeinsam mit der IGÄM!_



Bundesverfassungsgericht erlaubt MKG-Chirurgen Schönheitsoperationen

Autoren_Dr. Ralf Großbölting, Dr. Felix Heimann



Das Bundesverfassungsgericht hat am 01.02.2011 Urteile des Hamburger Berufsgeschichtsbereichs und Berufsgeschichtsbereichs aufgehoben, in denen einem MKG-Chirurgen wegen von ihm durchgeführter ästhetisch korrigierender Eingriffe im Brust-, Bauch- und Oberarmbereich ein Verweis und eine Geldbuße auferlegt worden war.

Der von der Kanzlei kwm – Kanzlei für Wirtschaft und Medizin aus Münster, Hamburg und Berlin durch die Rechtsanwälte Dr. Karl-Heinz Schnieder und Dr. Felix Heimann erstrittene Beschluss stellt darauf ab, dass diese Operationstätigkeit für den MKG-Chirurgen zwar fachfremd sei, ihm aber auch eine systematische gebietsüberschreitende Tätigkeit nicht unabhängig von deren Umfang untersagt werden dürfe (BVerfG, Beschluss vom 01.02.2011, Az.: 1 BvR 2383/10).

Die aufgehobenen Urteile stützten sich auf § 31 Abs. 3 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) und § 2 Abs. 8 S. 1 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte (BO), wonach ein Arzt, der eine Gebietsbezeichnung führt, grundsätzlich nur in diesem Gebiet tätig werden darf. Diese Regelung interpretierten sowohl das Berufsgeschichtsbereich als auch der Berufsgeschichtsbereich in der Weise, dass eine gebietsfremde Tätigkeit nur aufgrund besonderer Umstände ausnahmsweise zulässig sei. Diese Umstände seien nur gegeben, wenn entweder ein im Fachgebiet behandelter Patient aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses ausdrücklich eine fachfremde Behandlung von untergeordneter Bedeutung wünsche oder die fachfremde Behandlung für die ordnungsgemäße Durchführung der im Rahmen der Facharztstätigkeit erforderlichen Untersuchung und Behandlung notwendig sei oder ein medizinischer Notfall vorliege, nicht aber, wenn die gebietsfremden Leistungen systematisch erbracht würden, sodass eine auf Dauer angelegte Tätigkeit vorliege. Zudem vermittele das Führen einer Facharztbezeichnung den Eindruck, dass der Arzt für die von ihm durchgeführten Behandlungen in besonderer Weise qualifiziert sei.

Diese Interpretation hat das Bundesverfassungsgericht für unzulässig erklärt, sie verletze den MKG-Chirurgen in seinem Grundrecht auf Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG.

Das Verbot der Betätigung außerhalb des Fachgebiets werde den verfassungsrechtlichen Anforderungen nur gerecht, wenn es lediglich als allgemeine Richtlinie gelte, die Ausnahmen vorsähe und nicht zu eng ausgelegt werde.

Der Schutz des Vertrauens der Patienten rechtfertige zunächst keine enge Auslegung. Die Vermutung, dass die Patienten irrtümlich annähernd, der MKG-Chirurg sei aufgrund seiner Facharztbezeichnung fachärztlich in besonderer Weise auch für die Durchführung von Straffungen und Brustoperationen qualifiziert, gehe fehl. Es leuchte nicht ein, weshalb der durchschnittlich gebildete Patient annehmen solle, ein MKG-Chirurg, dessen fachärztliche Qualifikation sich also auf den Bereich des Kopfes beziehe, weise eine besondere Eignung für Operationen im Bereich des Bauch-, Oberkörper- und Armbereichs auf.

Eine enge Auslegung sei auch nicht erforderlich, um den durch die Facharztausbildung erreichten Leistungsstandard dauerhaft zu gewährleisten. Die mit § 31 Abs. 3 HmbKGGH und § 2 Abs. 8 S. 1 BO bezweckte Schulung der das jeweilige Facharztgebiet betreffenden Fähigkeiten werde bereits dadurch erreicht, dass die fachärztliche Tätigkeit den deutlich überwiegenden Teil der Gesamtstätigkeit ausmache. Nicht nachzuvollziehen sei, warum eine fachfremde Tätigkeit in sehr geringem Umfang die fachärztlichen Fähigkeiten und Kenntnisse verschlechtern solle. Wäre dies der Fall, müsse die Beschränkung ausnahmslos gelten, wodurch Wertungswidersprüche im Verhältnis zu Ärzten mit mehreren Facharztbezeichnungen oder nur in Teilzeit tätigen Medizinern entstünden.

Der Patientenschutz erfordere ebenfalls nicht, einem bestimmten Fachgebiet zugeordnete Behandlungen nur durch Ärzte dieses Fachgebiets durchführen zu lassen. Die Qualität ärztlicher Tätigkeit werde durch die Approbation sichergestellt. Der Arzt habe zwar in jedem Einzelfall zu prüfen, ob er aufgrund seiner Fähigkeiten und der sonstigen Umstände in der Lage ist, seinen Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln. Wenn er

dies aber sicherstellen kann, sei er berechtigt, Patienten auf allen Gebieten, die von seiner Approbation umfasst sind, zu behandeln. Die von der Ärztekammer vertretene generelle Verpflichtung, Patienten mit Erkrankungen auf einem bestimmten Gebiet an einen für dieses Gebiet zuständigen Facharzt zu verweisen, bestehe nicht.

Der Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit der Versorgung erlaube zudem zwar zusätzliche Beschränkungen im vertragsärztlichen Bereich, rechtfertige jedoch keine Eingriffe darüber hinaus. Ebenso wenig sei der Schutz vor Konkurrenz ein Zweck, der einen Grundrechtseingriff in diesem Zusammenhang erlaube (BVerfG, Beschluss vom 01.02.2011, Az.: 1 BvR 2383/10).

Wer also aufgrund seiner Kenntnisse, Fähigkeiten und Praxisausstattung in der Lage ist, fachfremde Behandlungen und Operationen nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorzunehmen, darf diese auch durchführen, wenn er weiterhin zu einem deutlich überwiegenden Teil in seinem Fachbereich tätig ist. Im vorliegenden Fall war der MKG-Chirurg durch diverse Fortbildungen sowie langjährige operative

Tätigkeit als Schönheitschirurg bestens qualifiziert und auch nur zu einem Anteil von unter 5% außerhalb des Kopfes tätig, sodass ihm die Durchführung von Brustoperationen sowie Bauch- und Oberarmstraffungen nicht verboten werden durfte.

_Kontakt

face

Rechtsanwalt Dr. Ralf Großböling
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwalt Dr. Felix Heimann

kwm – kanzlei für wirtschaft und medizin
Berlin, Hamburg, Münster

E-Mail: grossboelting@kwm-rechtsanwaelte.de

heimann@kwm-rechtsanwaelte.de

www.kwm-rechtsanwaelte.de



Veranstaltungshinweis

Eine Reise in die Vergangenheit

– ein Amateurfilm von Peter Köhler

_Im Zeitalter einer globalisierten Welt ist heute fast jedes Reiseziel erreichbar. Zu Zeiten von Kaltem Krieg und Eisernem Vorhang war das ganz anders. Es wird ein Amateurfilm über eine Autoreise im Jahre 1984 von Berlin nach Jerevan gezeigt. Der Weg führt über Tschechien, Russland, die Ukraine über den Kaukasus nach Georgien bis Armenien. Es geht vorbei am Berg Ararat, dem Ort der biblischen Arche Noah, u.a. zu den Klöstern der armenischen Kirche mit ihren religiösen

Reliquien, die zum Weltkulturerbe zählen, und anderen Zeugnissen vergangener Zeiten. Mit der Fahrt über die kaukasische Heerstraße wird eine der reizvollsten Landschaften der Welt durchquert.

Ort und Zeit: 14. Oktober 2011, 19.00 Uhr Weinhaus Grusinac, Prenzlauer Allee 191, 10405 Berlin, www.grusinac-art.de, 15 € inkl. Imbiss
H. Behrbohm





Südgeorgien — zauberhafte Insel- und Tierwelt im Südpolarmeer

Autor _ Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt

_Im Dezember 2009 hatten wir die Möglichkeit, unter der Leitung von Rolf Stange – vielen Polarbegeisterten ein Begriff – eine ausgedehnte Reise in die Südpolarregion, von der wir wenig wussten, aber schon seit längerem fasziniert waren, zu unternehmen. Von Leipzig über Frankfurt ging es zunächst nach Buenos Aires und dann weiter nach Ushuaia, der südlichsten Stadt der Erde, auf Feuerland. Von dort aus startete unser Expeditionsschiff, die unter russischer Flagge fahrende Professor Molchanov, zu einer 22-tägigen Reise ins Südpolarmeer, die uns nie dagewesene Eindrücke bescheren sollte. Über die Falkland-Inseln und Südgeorgien fuhren wir bis zur antarktischen Halbinsel und durch die berühmte Drake-Passage zurück nach Feuerland. Eine Reise der besonderen Art – für uns einzigartig und daher kaum mit passenden Worten zu beschreiben. Da sich die fast vier Wochen nicht auf wenigen Seiten abbilden

lassen, möchte ich den interessierten Lesern in diesem Beitrag die Inselwelt Südgeorgiens aus meiner Perspektive vorstellen. Die Erlebnisse und Beobachtungen, die wir in den Tagen vor Weihnachten dort machen durften, haben einen tiefen Eindruck hinterlassen. Sollte es meine Zeit erlauben und der Artikel auf Interesse stoßen, könnte ich mir durchaus vorstellen, in unregelmäßigen Abständen die weiteren Stationen dieser Reise zu Papier zu bringen. Die Reise von Ushuaia nach Südgeorgien hätte ohne Zwischenstopp auf den Falkland-Inseln etwa vier ganze Tage auf See in Anspruch genommen. Die Strecke, die dabei von unserem Schiff zurückgelegt wurde, kann man mit etwa 2.000 Kilometern angeben. Vergessen sollte man allerdings nicht, dass man sich im südlichen Polarmeer in durchaus schwierigen und oftmals unfreundlichen Gewässern bewegt. Dass Seekrankheit keine Einzelercheinung ist, mussten



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 5

Südgeorgien liegt in etwa zwischen dem 54. und 55. Breitengrad und fällt daher nicht mehr in den Geltungsbereich und den Schutz des Antarktisabkommens. Allerdings liegt die Inselgruppe noch im Bereich der antarktischen Konvergenz und ist somit geografisch und ökologisch der Antarktis zuzurechnen. Dies bedeutet auch, dass die Inseln im antarktischen Winter meist von Eis umgeben sind. Seinen Namen verdankt Südgeorgien James Cook, der die Insel im Jahre 1775 erreichte und sie im Namen von König George III für die englische Krone beanspruchte. Die Inselgruppe kann seitdem zu Großbritannien gerechnet werden. Im Jahre 1908 wurde der Anspruch Großbritanniens erneuert und seit dieser Zeit befindet sich Südgeorgien unter britischer Verwaltung und mit Ausnahme des Falkland-Krieges (1982) mit einer eigenen Vertretung in King Edwards Point. Dies wurde auch uns durch die Eintragung in unsere Reisepässe im Rahmen der Zollformalitäten von einem britischen Beamten deutlich. Wir reisten in Großbritannien ein. In den Falkland-Krieg war Südgeorgien ebenfalls involviert, diente als Basis für britisches Militär und war Schauplatz blutiger Auseinandersetzungen. Die letzten Truppen verließen die Inseln erst im Jahre 2001. Zu unserer Zeit befanden sich insgesamt sechs Personen auf der Insel, die neben den administrativen Angelegenheiten, das Museum in Grytviken und die Forschungsstation King Edward Point während der Sommermonate betreiben. Wir erreichten Südgeorgien in den Morgenstunden des 20. Dezembers. Das Wetter war wunderbar, der Himmel nur mit einzelnen Wölkchen verziert und die

Abb. 1_ Unser Expeditionsschiff im Hafen von Ushuaia, der südlichsten Stadt der Welt auf Feuerland. Das kleine blaue Schiff sollte unser Zuhause für die nächsten 22 Tage werden.

Abb. 2_ Ein erster Blick auf Südgeorgien – eine baumlose Insel- und Gletscherwelt im Südpolarmeer.

Abb. 3_ Die Professor Molchanov ankert erstmals in einer Bucht Südgeorgiens. Mit Schlauchbooten machen wir uns auf den Weg, die Insel zu erkunden.

Abb. 4_ Der gesamte Strand ist belegt. See-Elefanten und Seelöwen bevölkern dicht aneinandergedrängt den Küstenstreifen.

Abb. 5_ Schöne Tiere, die unbeeindruckt von unserer Anwesenheit den Tag in der Sonne genießen.

Abb. 6_ Ein paar „Macaroni-Pinguine“. Eigentlich Goldschopfpinguine, die aber aufgrund der nudelförmigen Haarpracht auch Macaronis genannt werden.

viele von uns 46 Passagieren in den ersten Tagen leidvoll er- und durchleben. Allerdings entschädigten jeden Tag die Schönheiten der Natur und Tierwelt die Unannehmlichkeiten einer Seereise in diesen rauen Gewässern.



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

Abb. 7_ Sensationelle Aussicht auf die Bucht von Stromness. In der Bucht die alte Walfangstation und unser Schiff.

Abb. 8_ Die verfallene Walfangstation Stromness. Schwer vorzustellen, dass zu Zeiten des Walfangs Pinguine am Strand eingesammelt und aufgrund des fehlenden Holzes als Brennmaterial verwendet wurden.

Schön, dass sie wieder da sind.

Abb. 9_ Frisch an Land gekommene Königspinguine in der Abendsonne.

Temperaturen mit 5°C in einem erträglichen Bereich. Voller Erwartung und trotz eingehender Lektüre konnte uns nichts angemessen auf die unglaubliche Fülle von Eindrücken vorbereiten, die uns noch vor dem ersten Landgang einholten. Nach zwei Tagen auf hoher See war die Spannung groß und je näher wir diesen Inseln kamen, desto klarer konnten wir eine große Anzahl von Pelzrobben und Pinguinen beobachten, die durch das kristallklare Wasser schwammen und unser Schiff begleiteten.

In der kleinen Bucht von Elsehul ging die Professor Molchanov im nordwestlichen Teil Südgeorgiens erstmals vor Anker und die Schlauchboote wurden zu einer ersten Erkundungsfahrt zu Wasser gelassen. In dieser Bucht konnten wir eine riesige Zahl von Pelzrobben und Pinguinen beobachten, die unsere Schlauchboote kaum wahrnahmen. Eine Einstimmung auf die großen Königspinguinkolonien Südgeorgiens, die viele aus eindrucksvollen Reportagen kennen: Salisbury Plain. Dabei handelt es sich um einen exponierten, aber weitgehend flachen Küstenstreifen, der Hunderttausend Brutpaaren von Königspinguinen als Kolonie dient. Am Strand und entlang des Hanges der Bucht stand ein unüberschaubares Meer von Pinguinen – ein unbeschreiblicher Eindruck, der einen ziemlich sprachlos macht. Einige von uns hatten bei strahlendem Sonnenschein die eine oder andere Glücksträne in den Augen. Am nächsten Tag stand die durch Expeditionsberichte bekannte Fortuna Bay auf dem Programm. Das Wetter war an diesem Morgen regnerisch und kalt. Dennoch freuten wir uns auf einen weiteren Besuch der nahe gelegenen Königspinguine. Schließ-

lich bestand hier die seltene Gelegenheit Rentiere (1911 von norwegischen Walfängern eingeführt), See-Elefanten und Pinguine gleichzeitig zu beobachten.

Während des Mittagessens an Bord verbesserte sich das Wetter und die Sonne kam zum Vorschein. Genau die Bedingungen, um Sir Ernest Shackletons legendären Fußmarsch vom Ostufer der Fortuna Bay zur ehemaligen Walfangstation Stromness zu unternehmen. Am 20. Mai 1916 gelang es dem großen Entdecker mit zwei Gefährten nach Überquerung der Insel entlang dieser Strecke Hilfe für die übrigen Mitglieder seiner gestrandeten Expedition zu organisieren. Vom etwa 300 Meter hohen Bergsattel am Crean Lake genossen wir die Aussicht auf die Gletscherwelt Südgeorgiens – keine Menschen, kein Lärm!

An Bord zurückgekehrt, nahm unser Kapitän Kurs auf Grytviken, der bekanntesten Walfangstation Südgeorgiens. Dort befindet sich ein Museum des South Georgia Heritage Trust (www.sght.org). Dies ermöglicht einen Einblick in die Zeit und Praktiken des Walfangs in Südgeorgien. Ein schauriges Kapitel, das viele von uns sehr schweigsam macht.

Für unseren Landgang peilten wir zuerst den Friedhof von Grytviken an, wo neben verunglückten Walfängern und einem argentinischen Opfer des Falkland-Krieges auch Sir Ernest Shackleton begraben liegt. Unser Ziel war es, dem bekannten Leiter mehrerer Antarktisexpeditionen die Ehre zu erweisen, eine Tradition, die sämtliche Besucher Südgeorgiens pflegen. Nach interessanten und auch nachdenklich stimmenden Eindrücken dieser ehemaligen Walfangstation kehrten wir an Bord zurück, wo als Über-

Abb. 10_ Die alte Walfangstation von Grytviken. Viele von uns machte der Besuch der ehemaligen Walschlachtstation sehr nachdenklich. Hier wurden Tausende von Walen verarbeitet.

Abb. 11_ Ein Kapsturmvogel treibt ruhig im Wasser.

Abb. 12_ Sensationeller Anblick: Die Königspinguine der St. Andrews Bay. Bis zu 5.000.000 Brutpaare bevölkern den Strand.



Abb. 10

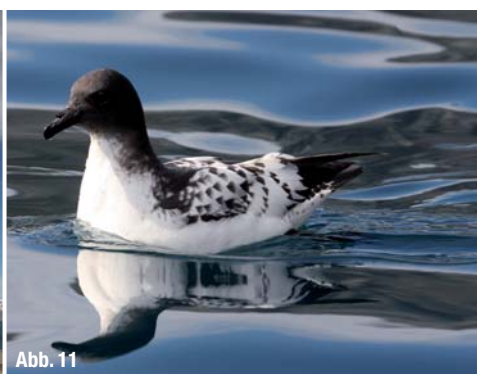


Abb. 11



Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15

raschung ein Grillfest vorbereitet worden war. Kaum vorstellbar, aber es wurde bis spät in die Nacht unter dem Kreuz des Südens gegrillt, gespeist und getanzt. Das Wetter war für hiesige Verhältnisse erstaunlich mild.

Am letzten Tag auf Südgeorgien gingen wir in der legendären St. Andrews Bay vor Anker. Dort erwarteten uns die möglicherweise größte Königspingvin-Kolonie und der Strand mit der höchsten Dichte an See-Elefanten Südgeorgiens. Der Weg durch eiskalte Gletscherbäche und die teilweise nicht unerheblichen Schmerzen wurden durch die atemberaubende Aussicht auf Fünfhunderttausend Königspingvine belohnt. Ein unüberschaubares Meer von Pinguinen drängte sich auf wenigen Quadratkilometern entlang der Gletscherbäche. Es ist schwer vorstellbar, einen solch außergewöhnlichen Eindruck jemals wieder zu vergessen.

Gegen Mittag mussten wir leider von den Königspinguinen Abschied nehmen, um noch einen letzten landschaftlichen Höhepunkt an der Südspitze Südgeorgiens aufzusuchen – den Drygalski-Fjord. Dieser Fjord ist nur wenige Kilometer lang und weniger als einen Kilometer breit. Auf beiden Seiten ragen die mächtigen Felswände über tausend Meter fast senkrecht aus dem Meer. Teilweise ragen Gletscher zwischen den Felsen bis ins Meer hinab. Am Ende des Fjordes befindet sich die gewaltige Abbruchkante des Risting-Gletschers. Eine faszinierende menschenfeindliche Landschaft, die von einer bedrohlichen Schönheit ist.

In der Nacht des 24. Dezembers verließen wir Südgeorgien mit dem Ziel Antarktis in Richtung Süden. Ich

kann durchaus sagen, dass sich diese Inselwelt tief in meinem Bewusstsein verankert hat und ich heute noch fasziniert und bewegt bin von dem, was wir dort beobachten, sehen, hören, riechen und erleben durften. Neben der faszinierenden Natur, der fast unvorstellbaren Artenvielfalt und Anzahl von Pinguinen, Seelöwen und Vögeln bleiben aber auch die rostenden Walfangstationen und die grausam anmutenden Bilder des Walfangs im Gedächtnis. Wehmütig beobachtet man die Oberfläche des Ozeans auf der Suche nach den sanften Riesen der Meere und würde so gerne diese Tiere sehen. Aber mehr als 1,5 Millionen Wale wurden bis 1964 in der Antarktis abgeschlachtet und verarbeitet. Es ist ihnen daher nicht zu verdenken, dass sie sich uns heute nicht zeigen möchten. _

Abb. 13_ Immer wieder lassen sich „Kindergärten“ ausmachen. Die braunen Jungvögel stehen oft in Gruppen zusammen.

Abb. 14_ Ungewohnter Anblick: Norwegische Rentiere im Südpolarmeer. Sie wurden als Fleischvorrat von den Walfängern importiert und haben sich häuslich eingerichtet.

Abb. 15_ Man könnte ihnen ewig zuschauen.

_Kontakt

face

Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt

Ltd. Oberarzt, stellv. Direktor
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie
Große Steinstraße 19
06108 Halle (Saale)
E-Mail: christian.gernhardt@medizin.uni-halle.de



Abb. 16_ Der bedrohliche Drygalski-Fjord gibt einen Ausblick auf die Antarktis.

Abb. 17_ Kurz nach Verlassen von Südgeorgien tauchen auch schon die ersten Tafelberge am Horizont auf.



Abb. 16



Abb. 17

Mit der Lizenz zum Rasen

Auch über Modena scheint nicht immer die Sonne. Trotzdem lächelt Thomas Cremonini auf dem Weg zu seinem Arbeitsplatz. Der ist heute Rot. Genauer „Rosso Mondiale“. Und schafft knapp Tempo 300.

„Ich weiß, das klingt unglaublich kitschig“, entschuldigt sich Thomas Cremonini, geht an der Viale Ciro Menotti 322 in Modena in die Knie, streicht mit seinen Fingern liebevoll und konzentriert zugleich über die voluminösen Rundungen des roten Maserati Gran Turismo S. „Aber ich freue mich jeden Tag von neuem auf meine Arbeit.“ Kein Wunder: Immerhin wird der Italiener dafür bezahlt, wovon die meisten ein Leben lang träumen: Maserati fahren. Denn der 30-jährige Familienvater ist Testfahrer bei der italienischen Edelschmiede in Modena. Sein heutiger Auftrag im Namen des Dreizacks: die Schlussabnahme eines Gran Turismo S im Wert von über 130.000 Euro. „Bevor ein Kunde die ersten Runden mit seinem neuen Maserati drehen kann, wird jedes fertige Auto von einem Testfahrer überprüft“, bestätigt Lorenzo Dal Vi, Marketing Manager von Maserati Deutschland, der uns auf dieser Tour begleitet. „Ein Traumjob.“

„Das stimmt, aber dabei geht es keineswegs nur darum, Gas zu geben“, wehrt sich Cremonini präventiv gegen Vorurteile. „Wir können zwar alle sehr schnell fahren, aber wir sind keine Raser.“ Wir? „Ja, bei Maserati sind derzeit zehn Testfahrer unter Vertrag.“ Dabei bestehen am Hauptsitz in der norditalienischen Emilia-Romagna klare Hierarchien: Junior-Testdriver dürfen nur mit Fahrzeugen der aktuellen Produktlinie auf die Teststrecken, Senior-Testdriver sind auch mit Vorserienmodellen unterwegs, oder testen neue Hightech-Komponenten. „Ich gehöre mit meinen 30 Jahren schon zum alten Eisen“, lacht Cremonini, der bereits seit sieben Jahren für Maserati unterwegs ist. „Ich bin Senior-Testdriver. Und meine Sporen habe ich zu-

vor schon während drei Jahren bei Ferrari abverdient.“

Das passt. Denn die Basis des 4,7-Liter-V8-Aggregates unter der langen Motorhaube des Gran Turismo S ist einst bei Ferrari entwickelt worden. Doch bevor Cremonini im 440-PS-Coupé Gas geben kann, ist Geduld angesagt. Denn zuerst steht die optische Kontrolle auf dem Programm: Dabei überprüft der Fahrer die Spaltmasse, die Felgen und das Öffnen und Schließen der Türen, des Kofferraums und des Tankdeckels. „Ich teste zum einen, ob die Türen bündig mit der Karosserie schließen, und zum andern, ob sie auch leicht ins Schloss fallen“, erklärt der Senior. „Denn die Türe eines Maserati soll man nicht mit Kraft, sondern mit Eleganz betätigen.“ Das tut er. Und die Türe schließt mit einem sanften „Plopp“.

Damit ist das Startprozedere nicht zu Ende, die Ampeln stehen noch auf Rot. Denn auch die Verarbeitung im Interieur muss dem Luxus-Anspruch der Marke entsprechen. So wird unter anderem die Regelmäßigkeit der Stiche bei den Sitznähten und Leder-Applikationen überprüft. „Das sind Fehler, die sofort ins Auge stechen und die man sich bei einer Marke wie Maserati auf keinen Fall leisten darf“, bestätigt Lorenzo Dal Vi, während sich Thomas Cremonini an seinem Arbeitsplatz einrichtet. „Wenn ich meine optimale Sitzposition für die Testfahrt einstelle, merke ich sofort, ob es mit der Sitzverstellung oder irgend einer anderen mechanischen Funktion ein Problem gibt“, sagt der erfahrene Testfahrer. „Denn ich habe nicht nur ein Gespür für die Autos entwickelt, sondern auch ein Gehör für die verschiedenen Funktionen. Wenn also das





Motörchen der Sitzverstellung schwächelt, dann höre ich das sofort."

Die Ohren sind es auch, die beim ersten Teil der Teststrecke – ein 50 Meter langer Parcours mit Kopfsteinpflaster in unregelmäßigen Mustern – gefordert werden: „Nach diesen paar Metern weiß ich nur schon von der Akustik her sehr genau, in welchem Zustand sich das Fahrwerk befindet, oder ob irgendwelche Teile schlecht montiert worden sind“, erklärt Cremonini, bevor er im Norden der Universitätsstadt auf eine Umfahrungsstraße biegt und sich mit dem roten Renner mit weißer Nase („mit diesem Plastik schützen wir das Auto vor Steinschlag“) in den Alltagsverkehr einfügt.

„Wir haben vom Werk ganz klare Weisungen, die geltenden Vorschriften und Tempolimits einzuhalten“, sagt Cremonini, schaltet mit den Paddles am Lenkrad zurück und donnert – im wahrsten Sinne des Wortes – im lauten Karacho auf die „Autostrada del Sole“ in Richtung Bologna. Aber um beispielsweise die Beschleunigung aus dem Stand oder den „Kickdown“ zu testen, geben die Testdriver ab und zu deutlich mehr Gas als von den Carabinieri erlaubt. „Aber wir gehen nie ans Limit“, beruhigt der Pilot, der in seiner Karriere als Testfahrer noch nie ein Auto zerlegt hat. „Und die Carabinieri drücken auch mal beide Augen zu.“

Auf der Fahrt Richtung Maranello und an der Teststrecke in Fiorano vorbei kreuzt Cremonini mehrere Ferrari, die ebenfalls mit abgedeckter Front ihre Runden drehen. Kein Zufall: Die Testdriver beider Marken sind oft auf den gleichen, maximal 100 Kilometer langen Routen unterwegs. Dabei wählen sie die Strecken entsprechend dem zu überprüfenden Modell aus. „Bei einem Gran Cabrio fahre ich beispielsweise jene Tour, die über die meisten Unebenheiten und eher schlechte Straßen führt“, sagt der gelernte Automechaniker. „So kann ich die Steifigkeit der Cabrio-Karosserie besser testen.“ Ein Auto wie den ganz neuen GranTurismo MC Stradale – „mein absolutes Traumauto“, so Cremonini – bewegen die Fahrer natürlich auch auf der Rennstrecke. „Denn Bremstests mit den Keramikbremsen des MC Stradale macht man besser nicht auf einer öffentlichen Straße ...“ Bevor es nach Gorzano, La Lucchina und Torre Maina in die Berge geht, überprüft er auch alle Funktionen

des Navigationssystems, die Bluetooth-Verbindungen oder die Soundanlage. Doch Musik gibts nur ein paar Takte: „Ich mag Musik, aber auf den Testfahrten muss ich mich primär auf die Eigengeräusche des Autos konzentrieren.“

Nach einer knappen Stunde, unzähligen Kurven und Schaltvorgängen und ein paar kontrollierten Rutschern für den Fotografen, biegt der Testfahrer wieder aufs Werksgelände von Maserati. „Das war die Kür“, lacht der Senior. „Jetzt kommt die Pflicht.“ Am Computer erstellt Cremonini das Protokoll seiner Testfahrt. Dabei wird jede Position im normierten Testablauf mit einer Note zwischen 1 und 8 bewertet. „So sieht die Technik-Crew im Detail, wo es im Nachgang noch etwas zu verbessern gibt.“

Und wie oft gibt's die Note 8? „Eher selten – ich bin ein Perfektionist“, gibt Cremonini zu. „Aber nicht so selten wie eine 5 oder 6. Denn die Qualität unserer Autos ist auf höchstem Niveau. Und was wir bemängeln, das würden die meisten Kunden gar nie bemerken.“

_Info

face

Traumberuf Testfahrer

Der Weg zur „Lizenz zum Rasen“ bei Maserati hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Wurden vor 10 bis 15 Jahren nur erfolgreiche Rennfahrer für diesen Job rekrutiert, gibt es jetzt ein internes Ausbildungsprogramm. „Zum einen gibt es heute weniger Rennfahrer, zum andern ist das Scouting sehr zeitintensiv“, erklärt Lorenzo Dal Vi. „Deshalb werden nun vor allem interne Mitarbeiter in das Ausbildungsprogramm aufgenommen.“ Diese werden während Monaten an ihre neue Aufgabe herangeführt und müssen mehrere Prüfungen absolvieren, ehe sie eine Anstellung als Junior-Testdriver bekommen. „Früher mussten sie einfach schnell sein“, so Cremonini, der sein technisches Handwerk bei Ferrari gelernt hat. „Doch bei den immer komplexer werdenden Hightech-Systemen in unseren Sportwagen ist ein technisch-mechanischer Hintergrund heute viel wichtiger als ein Wohnzimmer voller Rennpokale.“

face

international magazine of orofacial esthetics



Heike Isbaner

Impressum

Redaktionsleitung/Produktmanagement:

Heike Isbaner
Tel.: 03 41/4 84 74-2 21
E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de

Verleger:

Torsten R. Oemus

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbelcke
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Tel.: 03 41/4 84 74-0

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00, Kto. 1 501 501

Produktionsleitung:

Gernot Meyer · Tel.: 03 41/4 84 74-5 20
E-Mail: meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition:

Marius Mezger · Tel.: 03 41/4 84 74-1 27
E-Mail: m.mezger@oemus-media.de

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel.: 03 41/4 84 74-1 25
Helga Friedrich · Tel.: 03 41/4 84 74-1 26
Hans Motschmann · Tel.: 03 41/4 84 74-1 26

Herstellung:

Dipl.-Des. Jasmin Hilmer · Tel.: 03 41/4 84 74-1 18

Abo-Service:

Andreas Grasse · Tel.: 03 41/4 84 74-2 01

Druck:

Löhnert Druck
Handelsstraße 12
04420 Markranstädt



Erscheinungsweise/Bezugspreis

face international magazine of orofacial esthetics erscheint 4 x jährlich. Der Bezugspreis beträgt für ein Einzelheft 10 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 35 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Kündigung des Abonnements ist schriftlich 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes möglich. Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt. Der Abonnent kann seine Abonnement-Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Absenden der Bestellung schriftlich bei der Abonnementverwaltung widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (Datum des Poststempels). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bestimmungen um ein Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wurde.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Firmennamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Bezeichnungen im Sinne der Warenzeichen- und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten seien und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Gerichtsstand ist Leipzig.



face

international magazine of orofacial esthetics

Abonnieren Sie jetzt!

Unter der Devise „Esthetics follows function“ wird derzeit im Hinblick auf die orofaziale Ästhetik ein neues Kapitel der interdisziplinären Zusammenarbeit von MKG- und Oralchirurgen, HNO- und Augenärzten, Dermatologen, plastisch/ästhetischen Chirurgen und Zahnmedizinern aufgeschlagen, da sich sowohl die Erhaltung als auch die Wiederherstellung der orofazialen Ästhetik zunehmend als interdisziplinäre Herausforderung erweist. Auf der Grundlage der Entwicklung neuer komplexer Behandlungskonzepte wird die ästhetische Medizin künftig noch besser in der Lage sein, dem Bedürfnis nach einem jugendlichen, den allgemeinen Trends folgenden Aussehen zu entsprechen. Gleichzeitig eröffnen sich in der Kombination verschiedener Disziplinen völlig neue Möglichkeiten.

Diesen Zukunftstrend begleitet die seit März 2007 4-mal jährlich zunächst in deutscher Sprache erscheinende Fachzeitschrift „face“ international magazine of orofacial esthetics.

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo



Ja, ich möchte **face** im Jahresabonnement zum Preis von 44 €/Jahr inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten beziehen.

Die Lieferung beginnt mit der nächsten Ausgabe nach Zahlungseingang (bitte Rechnung abwarten) und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

▶ **Antwort** per Fax 03 41/4 84 74-2 90 an OEMUS MEDIA AG oder per E-Mail an grasse@oemus-media.de

Name, Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift

In einem Meer von Kopien

Das Original



KS 18/D/08/04/A

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen/Deutschland, Telefon: +49 (0)7461 708-0, Fax: + 49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karlstorz.de
KARL STORZ Endoskop Austria GmbH, Landstraßer-Hauptstraße 148/1/G1, A-1030 Wien/Österreich, Tel.: +43 1 715 6047-0, Fax: +43 1715 6047-9, E-Mail: storz-austria@karlstorz.at
www.karlstorz.com