

Spezialisten-Katalog

Endodontie

Preiswert, praktisch, prima: Alles, was die Endodontie braucht.

NEU!

Jetzt anfordern!
Fax: 0800 - 638 336 8
Tel.: 01805 - 638 336

NETdental

So einfach ist das.

1 *finden*

Wir bieten Ihnen in diesem Katalog die NETdental-Auswahl der wichtigsten Materialien und Instrumente zur Endodontie an.

2 *bestellen*

Artikelnummern, Produkt-Namen, Menge und Preis auf das Bestell-Fax schreiben. Sofort-Rabatt abziehen. Kostenlos faxen: 0800 - 638 336 8 oder zum Ortstarif anrufen: 01805 - 638 336.

3 *haben*

NETdental ist nicht nur günstig, sondern schnell: Wir liefern bundesweit, in der Regel am 1. Werktag nach Bestellung.

Mit ihr kann nichts schief gehen:

jetzt auch als easymix
NEU
2Seal



Der bewährte Sealer,

jetzt auch in der praktischen Doppelkammerspritze.

- Einfach, sicher und schnell in der Anwendung
- Immer im optimalen Mischverhältnis
- Unmittelbare Applikation in den Kanal möglich
- Präziser Auftrag selbst in schwer zugänglichen Kanälen
- Sauber und praktisch: kein Kleckern, keine Reste

VDW GmbH

Postfach 830954 • D-81709 München
Tel. +49 89 62734-0 • Fax +49 89 62734-304
www.vdw-dental.com • info@vdw-dental.com



✓ ohne Anmischen sofort gebrauchsfertig

✓ einfache Applikation direkt in den Kanal dank der flexiblen Intraoral-Spitze

2Seal easymix

Endo Einfach Erfolgreich®

Endo versus Implant – Eine Kontroverse?

Eine endodontische Therapie ist oftmals die letzte Möglichkeit, einen natürlichen Zahn zu erhalten. Wenn ein Zahn eine ausreichende restaurative, parodontale und endodontische Prognose hat und die erforderliche Behandlung fachgerecht durchgeführt wird, kann er über Jahrzehnte erhalten werden. Allerdings wird der Ersatz eines natürlichen Zahns durch ein Implantat immer häufiger als Alternativtherapie diskutiert. In Vorträgen wird immer öfter die Kontroverse „Endo versus Implant“ beschworen. Aktuell scheint es eine Tendenz zu geben, Zähne, die oftmals erhalten werden könnten, durch Implantate zu ersetzen.

Betrachten wir die Erfolgsraten endodontischer Behandlungen, so zeigt sich eine Diskrepanz zwischen den möglichen Erfolgsraten endodontischer Behandlungen in kontrollierten Studien gegenüber der Inzidenz von apikaler Parodontitis an bereits wurzelbehandelten Zähnen in Querschnittsuntersuchungen. Dies könnte auf den Unterschied hinweisen, zwischen dem, was mit Behandlungen erreichbar ist, die einem kontrollierten Qualitätsprotokoll folgen, und dem, was in der Realität erreicht wird. Erfolg ist in der Endodontie klar definiert und fordert neben dem Erhalt des Zahns Beschwerdefreiheit und radiologisch einen durchgängigen Parodontalspalt ohne apikale Läsion.

Kontrollierte Studien aus der Implantologie zeigen in der Regel keine Erfolgsraten, sondern es werden zumeist nur Überlebensraten ermittelt, also ob das Implantat noch osseointegriert ist. Selbst bei diesen reinen Überlebensraten werden frühzeitige Implantatverluste in den ersten Wochen nach Inserierung des Implantats in der Regel statistisch nicht berücksichtigt. Obwohl verschiedene wissenschaftliche Gruppen, wie z. B. Albrektsson et al., seit Langem klare Kriterien für den Erfolg eines Implantats postuliert hatten, konnte man sich in der Implantologie lange nicht auf anerkannte Kriterien hierfür einigen. Erst

2007 haben sich die implantologischen Fachgesellschaften auf einer internationalen Konsensuskonferenz in Pisa auf Erfolgskriterien geeinigt. Diese sind jedoch eher zurückhaltend formuliert, da so wesentliche Punkte, wie z. B. die Eignung eines Implantats zur prothetischen Weiterversorgung, auch hier noch gänzlich fehlen. Literatur, die diese Erfolgskriterien berücksichtigt und entsprechende Erfolgsraten ermittelt, gibt es bisher jedoch kaum.

Zudem hören wir erst seit zwei bis drei Jahren vermehrt etwas über Periimplantitis. Studien zeigen dabei eine durchschnittliche Erkrankungsrate von ca. 10 %, bei einzelnen Implantattypen bis zu 29 %. Auch finden sich Hinweise darauf, dass Patienten, die Zähne durch Parodontitis verloren haben, vermehrt zu Periimplantitis neigen. Während wir jedoch jahrzehntelange Erfahrung in der Behandlung der Parodontitis haben, beginnen wir gerade erst Therapien zur Behandlung von Periimplantitis zu entwickeln. Eine Problematik, die mehr und mehr an Bedeutung gewinnt.

Um nicht missverstanden zu werden: Meines Erachtens sind Implantate eine hervorragende Therapieoption, wenn der natürliche Zahn nicht mehr vorhanden ist oder keine ausreichende Prognose mehr hat. Aber solange die restaurative, die parodontologische und die endodontische Prognose ausreichend sind, sollte in den allermeisten Fällen der natürliche Zahn erhalten werden. Vor diesem Hintergrund existiert für mich eigentlich keine Kontroverse nach dem Motto: „Endo versus Implant“, sondern wir sollten besser von „Endo AND Implant“ sprechen! Dabei sind wir als Zahnärzte nicht gezwungen, zwischen diesen beiden Therapien zu wählen, sondern können je nach Situation alle Optionen nutzen, um unsere Patienten optimal zu versorgen.

Dr. Carsten Appel



Dr. Carsten Appel
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Endodontie e.V.
(DGEndo)

Betrachtet man die Ergebnisse weltweiter Untersuchungen, so ist die Erfolgsquote endodontischer Behandlungen deutlich niedriger als es Stand der Wissenschaft und Technik in der Zahnmedizin vermuten ließe. Diese Misserfolge werden nicht selten unreflektiert einer scheinbar prinzipiell limitierten Erfolgsquote endodontischer Eingriffe zugeschrieben, ohne zu berücksichtigen, dass in vielen dieser Fälle bereits bei der Primärbehandlung Grundregeln aseptischer und antiseptischer Arbeitskonzepte missachtet und diese Fehler auch während der weiteren Therapiemaßnahmen nicht korrigiert wurden.

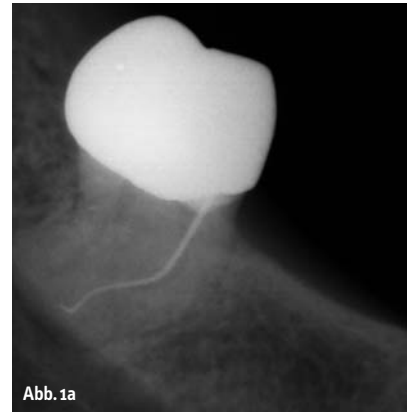


Abb. 1a

Zahnerhaltende Therapie nach endodontischem Misserfolg

Autoren: Dr. (RO) Gabriel Tulus, Dr. Thomas Weber

Endodontische Misserfolge haben ihre Ursache meist in einer persistierenden Infektion des Wurzelkanalsystems. Grundlage einer jeden erfolgreichen endodontischen Revisionsbehandlung ist also primär die Elimination der Infektion.

Die Wurzelspitzenresektion als chirurgisches Verfahren einer endodontischen Sekundärbehandlung gilt seit Langem gemeinhin als wertvolle Ergänzung der orthograden Endodontie, wenn Primärbehandlung und orthograde Revision fehlgeschlagen sind. Aber auch wenn sie heute noch eine durchaus po-

puläre Therapiemaßnahme zu sein scheint, lässt sich die Ursache des Misserfolges, das Hauptproblem der intrakanalären Infektion, damit häufig nicht zufriedenstellend beseitigen.

Der Beitrag möchte mögliche Ursachen des Scheiterns endodontischer Behandlungen diskutieren und anhand von Beispielen aufzeigen, wie auch komplexe Behandlungssituationen durch orthograde Revisionen beherrscht und in welchen Fällen chirurgische Eingriffe zum Erreichen eines Therapieerfolges notwendig werden können.

Prätherapeutische Erwägung

Orthograde endodontische Primärbehandlungen können Erfolgsquoten von weit über 90 Prozent erzielen,¹ wenn sie einem adäquaten Behandlungsprotokoll kompromisslos folgen. Die allgemein erreichten und publizierten Erfolgsquoten liegen allerdings häufig deutlich niedriger. Eine deutsche Studie aus 1997 bewertet lediglich 14 Prozent der untersuchten Wurzelfüllungen als in jeder Hinsicht einwandfrei,² eine Studie aus 1991 berichtet über Erfolgsquoten von etwa 40 Prozent.³ Neben vergleichsweise seltenen Misserfolgen wegen Wurzelfrakturen oder parodontaler Probleme sind die Ursachen endodontischer Fehlschläge meist suboptimale endodontische^{4,5} oder prothetische⁶ Behandlungen bzw. postendodontische Versorgungen.

Jede Diagnose eines endodontischen Misserfolges erfordert zwangsläufig zwei prinzipielle prätherapeutische Erwägungen: a) ob der Zahn erhalten werden kann oder soll. Hierbei helfen folgende drei Fragen⁷: Ist der Zahn langfristig erhaltungsfähig und adäquat wiederherzustellen?

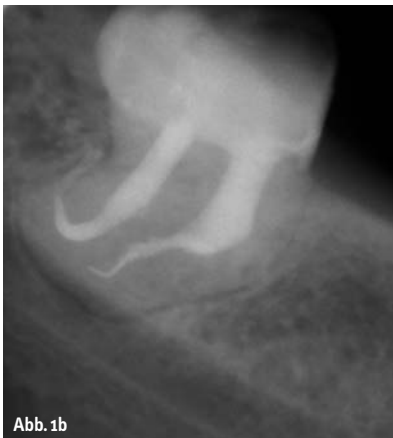


Abb. 1b



Abb. 1c

Vertise™ Flow | Eine neue revolutionäre Kompositgeneration.



Fließfähiges Komposit mit integriertem Adhäsiv

- **Innovativ.** Das weltweit erste selbsthaftende fließfähige Komposit.
- **Bewährte Technologie.** Basiert auf der renommierten OptiBond Adhäsivtechnologie von Kerr.
- **Leistungsstark.** Hohe Haftkraft an Dentin und Zahnschmelz.
- **Hervorragende Farbstabilität.** Für Resultate mit hoher Langzeitästhetik.
- **Exzellente mechanische Eigenschaften.** Für langlebige, widerstandsfähige Füllungen.

OptiDisc® | Die Hochleistungsscheibe mit unverkennbarer Farbkodierung.



Transluzente Finier- und Polierscheibe

- **Vielseitig.** Perfekte Scheibenkombination zum Konturieren, Finieren und Hochglanzpolieren.
- **Innovativ.** Speziell beschichtetes Mandrell wird an der Unterseite der Scheibe befestigt, eine Beschädigung der Restauration ist somit ausgeschlossen. Kurzes Mandrell für schwer zugängliche Stellen.
- **Hervorragende Ergebnisse.** Mehr Oberflächenglanz in weniger Arbeitsschritten als mit bisherigen Poliersystemen.

Herculite® XRV Ultra™ | Nanohybrid Komposit.



Kerr schreibt wieder einmal Geschichte

- **Einführung von Nanofüllern.** Hervorragende Polierbarkeit und lang anhaltender Glanz.
- **Verbesserte Ästhetik.** Natürliche Opaleszenz und Fluoreszenz für ein natürliches Erscheinungsbild.
- **Verbesserte Handhabung.** Nicht klebende, homogene Formulierung mit hoher Formbarkeit und Anpassung an den Zahn.
- **Bewährte Technologie.** Eine solide Technologie, die auf der Original-Herculite-XRV-Plattform beruht.

OptiBond® All•In•One | Selbstätzendes Adhäsivsystem.



Eine Komponente für alles.

- **Nur ein Arbeitsschritt.** Ätzen, Primern und Bonden sind in einem Material vereint. Kein Anmischen erforderlich.
- **Außergewöhnliche Haftkraft.** In der siebten Generation selbstätzender Adhäsive bietet die einzigartige Nano-Ätztechnologie höchste Haftkraft an Dentin und Zahnschmelz.
- **Ternäres Lösungsmittelsystem.** Drei verschiedene Lösungsmittel gewährleisten verbesserte Lagerstabilität und effizientes Ätzverhalten auf Zahnschmelz für langlebigen und zuverlässigen Halt.



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 2c



Abb. 2d

Diese Frage klärt primär endodontische Aspekte ab. So gilt zum Beispiel ein längsfrakturierter Zahn in der Regel nicht als erhaltungsfähig.

Ist der Zahn erhaltungswürdig, d.h. ist sein Erhalt im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzeptes sinnvoll?

Diese Frage widmet sich parodontalen und prothetischen Gesichtspunkten. Zähne, deren Funktionsfähigkeit restaurativ nicht wiederhergestellt werden kann, gelten als nicht erhaltungswürdig, vor allem dann, wenn sie zudem keine kaufunktionelle, ästhetische oder prothetisch strategische Bedeutung haben. Wünscht der Patient nach adäquater Aufklärung den Zahnerhalt? Hierbei gewinnen die für die durchzuführende Therapie entstehenden Kosten in letzter Zeit immer größere Bedeutung.

b) wie der Zahn erhalten werden kann oder soll. Soll der Erhalt konservativ über eine orthograde Revision oder chirurgisch über eine Wurzelspitzenresektion (WSR) angestrebt werden?

Diese Entscheidung zwischen konservativem und chirurgischem Zahnerhalt wird maßgeblich von erkennbaren Ursachen des

Scheiterns der endodontischen Vorbehandlung und einer Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit beider Behandlungsoptionen im konkreten Fall beeinflusst.

Ungeachtet der Tatsache, dass in der wissenschaftlichen Literatur für orthograde Revisionen Erfolgsquoten zwischen 69 und 94 Prozent angegeben werden,^{8–10} wird in der zahnärztlichen Praxis offenbar immer noch sehr rasch die Indikation zur WSR gestellt. So zeigt eine Statistik der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,¹¹ dass im GKV-Bereich auf 100 orthograd behandelte Wurzelkanäle etwa 14 WSR ausgeführt werden. In endodontisch ausgerichteten (Fach)praxen entfallen auf 100 konservative Behandlungen hingegen weniger als drei chirurgische, obwohl sich in diesen Praxen die „Problemfälle“ häufig konzentrieren.¹²

Indikationen der WSR

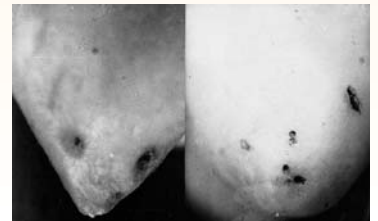
Ein möglicher Grund mag dafür sein, dass dieser Eingriff bereits von Partsch 1899 als chirurgische Behandlungsmethode der radikulären Zysten sowie der chronischen apikalen Parodontitis beschrieben wurde.¹³ Auch

in aktuellen Lehrbüchern finden sich für die WSR zahlreiche Indikationen, so z. B. die Entfernung echter Zysten, insuffiziente Wurzelkanalbehandlungen, frakturierte Instrumente im Wurzelkanal, persistierende „apikale Aufhellungen“ und nicht instrumentierbare stark gekrümmte Wurzelkanäle.¹⁴ Berücksichtigt man die klassische^{15,16} und jüngere^{17–19} Literatur zur Pathogenese und Mikrobiologie apikaler Parodontitiden sowie die heute gegebenen Behandlungsmöglichkeiten^{20–22} vor dem Hintergrund der im Vergleich zur orthograden Revision niedrigeren Erfolgsquote der WSR (hier werden Erfolgsquoten zwischen 25 und 90 Prozent berichtet,²³ wobei Nachresektionen einer gescheiterten WSR im unteren Bereich liegen²⁴), sollte der tradierte „breite“ Indikationsbereich der WSR einer kritischen Wertung unterzogen werden. Vor dem Hintergrund heutiger erweiterter Diagnose- und Therapiemöglichkeiten mithilfe des Dentalmikroskops²⁵ erscheinen zunächst die „echten Zysten“ als klare Indikation einer WSR, wobei die Diagnose „radikuläre Zyste“ allein anhand des Röntgenbefundes unsicher, wenn nicht unmöglich ist.²⁶ Eine weitere Indikation der WSR ist sicher eine apikale Parodontitis an mit Stift versorgten Zähnen, wenn der Stift nicht gefahrlos für eine orthograde Revision entfernbar ist oder die prothetische Konstruktion eine orthograde Revision nicht zulässt. Als relative Indikationen gelten frakturierte Instrumente in apikalen Kanalabschnitten und persistierende Aufhellungen/Schmerzsymptomatik nach orthograden endodontischen Behandlungen, die entsprechend der „Good Clinical Practice“²⁷, den Qualitätskriterien der ESE²⁸ o. ä. ausgeführt wurden. Hohe Erfolgsquoten (66 bis 87 Prozent) bei der Entfernung von Instrumentenfragmenten o. ä. aus dem Wurzelkanal^{29,30} legen auch in diesen Fällen eine orthograde Revision als Therapie der ersten Wahl nahe. Gelingt es, ein Instrumentenfragment zu passieren und das Wurzelkanalsystem chemo-mechanisch aufzubereiten und dicht abzufüllen, so ist die Entfernung des Fragments nicht mehr zwingend notwendig (Abb. 1a–c). Ist ein betroffener Zahn klinisch symptomfrei, kann ein Fragment unter der Voraussetzung regelmäßiger Verlaufskontrollen im Kanal belassen werden.³¹ Insbesondere bei Zähnen mit großen periapikalen Läsionen oder weiten apikalen Fo-

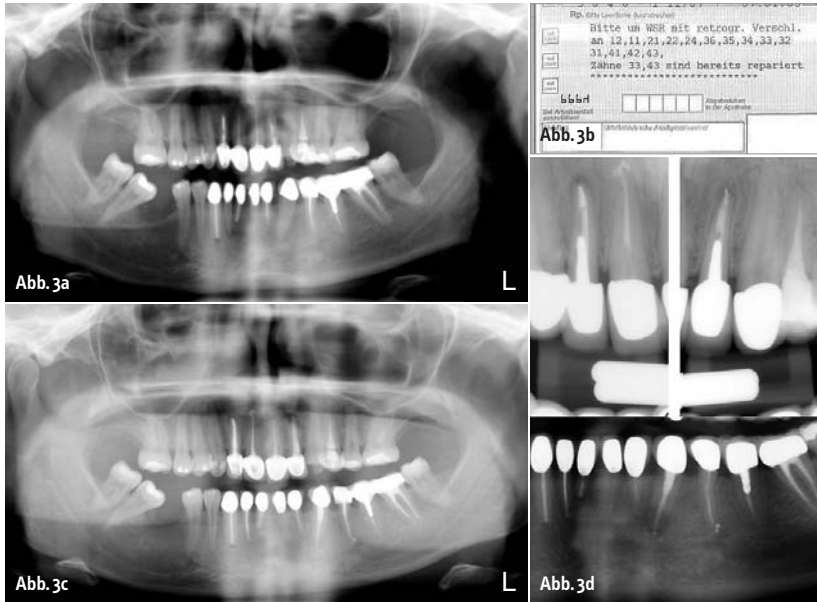
Bringen Sie Ihre Endodontie in sicheres Fahrwasser! Depotphorese[®] mit Cupral[®]

nach Univ.-Prof. Dr. Dr. med. dent. h.c. Knappwost

- Lebenslange Sterilität im gesamten apikalen Delta
- Verschluss aller Foramina
- Wirkliche Ausheilung auch bei konventionell nicht therapierbaren Zähnen
- Keine via falsa und vertikalen Wurzelfrakturen, keine WSR
- Geringer apparativer Aufwand



Sterile Foramina sichtbar gemacht durch Depotphorese[®]

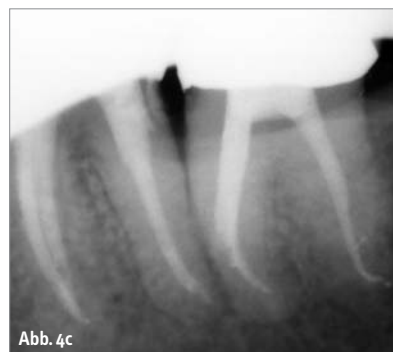


ramina lassen sich bei der Wurzelfüllung apikale Überstopfungen von Sealer oder erweichter Guttapercha gelegentlich nicht vermeiden. Auch wenn die Erfolgsquote in diesen Fällen möglicherweise etwas geringer ist,^{32,33} ist die bloße Anwesenheit von überpresstem Sealer insbesondere dann keine Rechtfertigung für eine chirurgische Korrektur, wenn der betroffene Zahn klinisch und radiologisch symptomlos ist. Viele Sealer weisen eine sehr gute Biokompatibilität auf,^{34,35} und kleine Sealerextrusionen an apikalen und/oder lateralen Foramina (Abb. 5), sogenannte „Schilder-Puffs“, werden von vielen anerkannten Endodontologen als Ausweis einer besonders guten Behandlung

angesehen. Tatsächlich sieht man oft, dass auch große periapikale Läsionen in Anwesenheit einer Sealerüberpressung vollständig ausheilen, ohne dass ein chirurgischer Eingriff erfolgte (Abb. 2a–d).

Ungünstige Rahmenbedingungen verhindern heute vielerorts endodontische Behandlungen, die anerkannten Qualitätsrichtlinien durchgängig entsprechen. Und gilt dies teilweise schon für Erstbehandlungen, so trifft es für Revisionen umso mehr zu. Daher verwundert es nicht, dass eine WSR öfter in Auftrag gegeben oder durchgeführt wird, als es notwendig oder sinnvoll wäre (Abb. 3a–d). In dem Fall auf Abbildung 3 konnten alle infrage kommenden Zähne erfolgreich orthograd revidiert werden.

Die meisten Misserfolge nach Wurzelkanalbehandlungen treten infolge einer persistierenden Infektion des Wurzelkanalsystems auf (Abb. 4a–4c).^{36,37} Folgt einer insuffizienten Wurzelkanalbehandlung eine Wurzelspitzenresektion, die die mikrobiologischen



Verlängerung bis 31.12.2009
Komplettes Starter-Set
zum Sonderpreis

795,00 €

zzgl. gesetzl. MwSt.



Bestell-Fax an 0 51 81-8 12 26

hiermit bestelle ich:

- kostenlose Info-Unterlagen inkl. DVD
- unverbindliches Angebot für ein Starter-Set

Absender:

Datum/Unterschrift



HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

HUMANCHEMIE GmbH · Hinter dem Krüge 5 · D-31061 Alfeld/Leine
Telefon + 49 (0) 51 81 - 2 46 33 · Telefax + 49 (0) 51 81 - 8 12 26
www.humanchemie.de · eMail info@humanchemie.de



Abb. 5a



Abb. 5b

Ursachen der persistierenden Entzündung außer Acht lässt und nicht eliminiert, kommt es auch hier meist nicht zu einer Rückbildung der pathologischen Veränderungen. In diesen Fällen hilft die Durchführung einer WSR (wenn überhaupt) nur für kurze Zeit, da die mikrobielle Besiedlung des Wurzelkanalsystems durch die operative Entfernung der Wurzelspitze nicht beseitigt wird. Allein eine kausale Therapie mit Bekämpfung der Infektion im Kanalsystem kann zum Langzeiterfolg führen (Abb. 5 a–b).

Revision – orthograd oder chirurgisch?

Das folgende, auf die Fragestellung „Revision – orthograd oder chirurgisch?“ fokussierte Fallbeispiel zeigt, dass selbst bei einer scheiternden chirurgischen Sekundärbehandlung eine orthograde Revision Therapie der Wahl sein kann. Denn eine wiederholte Resektion nach Misserfolg eines ersten chirurgischen Eingriffs wird mit deutlich niedrigeren Erfolgsquoten von 36–59 % angegeben, sodass in der Praxis im Regelfall die Extraktion bevorzugt wird. Im Fall von Abbildung 6 a bis d stellte sich der Patient bei uns aufgrund von anhaltenden Problemen mit seinen oberen Frontzähnen vor, die in Folge eines Traumas vor einigen Jahren endodontisch behandelt worden waren. Diese Zähne seien zwischenzeitlich jeweils zwei- bis dreimal resiziert worden. Der Patient berichtete über Druckempfindlich-

keit und immer wieder auftretende Fisteln im Bereich der Zähne 11–21. Das Hauptanliegen des Patienten war die Klärung der Frage, ob außer der Extraktion der Zähne, wie vom Hauszahnarzt empfohlen, auch andere Therapiemöglichkeiten bestünden. Nach umfassender Untersuchung und Aufklärung wurde dem Patienten die orthograde Revision der Behandlung empfohlen, wobei eine nachträgliche chirurgische „Korrektur“ mit Entfernung des möglicherweise infizierten Knochenersatzmaterials aus dem periapikalen Raum nicht ausgeschlossen wurde.

Nach Entfernung der alten Wurzelkanalfüllungen und Desinfektion der Wurzelkanalsysteme wurde an den entsprechenden Zähnen jeweils ein MTA-Plug (Abb. 6b) appliziert. Die Wurzelkanalfüllungen erfolgten thermoplastisch (System B, BeeFill, AHplus als Sealer), wobei der Zahn 22 wegen eines Wurzelrisses (Abb. 6c) adhäsiv wurzelgefüllt wurde (Resilon unterhalb des MTA Plugs). Die klinischen und röntgenologischen (Abb. 6d) Nachuntersuchungen über einem Zeitraum von über zwei Jahren waren unauffällig, die Zähne anhaltend beschwerdefrei und in Funktion. Die ehemalige Fistel war klinisch bereits nach der ersten Behandlungssitzung nicht mehr zu erkennen. Trotz aller Fortschritte im Bereich orthograde endodontischer Behandlungstechniken gibt es Situationen, die nach Ausschöpfung aller orthograde Therapieoptionen einen chirurgischen Eingriff erfordern.

Im nächsten Fall (Abb. 7a–f) wurde der Patient zur Abklärung der Erhaltungsmöglichkeiten des Zahnes 16 überwiesen. Im Rahmen der beim Hauszahnarzt begonnenen Revision wurden zwei Silberstifte aus den distobukkalen und palatinalen Wurzelkanälen orthograd entfernt, wobei die Entfernung des sich im MB befindlichen Silberstiftes nicht gelang (Abb. 7a).

Unter örtlicher Betäubung und Einzelzahnisolierung mittels Kofferdam wurde die provisorisch gelegte Füllung entfernt und die Wurzelkanäleingänge unter Zuhilfenahme eines Dentalmikroskops mit 16-facher Vergrößerung dargestellt. Die großzügige Aufbereitung des MB1 Wurzelkanals ermöglichte es, den bis auf den Pulpakammerboden herausragenden Silberstift mit einer Stieglitz-Zange unter Sichtkontrolle zu fassen und ihn durch leichtes Ziehen auf Beweglichkeit zu prüfen. Die fehlende Beweglichkeit in axiale Richtung deutete dabei auf eine etwas stärkere Retention des Stiftes im Wurzelkanal hin, möglicherweise auch auf eine Verklebung am Apex.

Zur Vermeidung einer Fraktur des Stiftes unterhalb des Kanäleingangs^{38,39} wurde zunächst von stärkeren direkten Traktionen am Silberstift abgesehen, sondern versucht, den Stift mittels indirekten Ultraschalleinsatzes im Wurzelkanal zu lockern. Die Stieglitz-Zange wurde dazu für etwa eine Minute dem Ultraschall ausgesetzt und danach erneut Zug auf den Silberstift ausgeübt. Nach zwei weiteren vergeblichen Versuchen riss der Silberstift trotz aller Sorgfalt etwa 4–5 mm unter dem Kanäleingang ab und war aufgrund der Krümmung des Wurzelkanals auch nicht mehr sichtbar (Abb. 7b). Eine weitere mechanische Präparation des MB-Kanals mittels Ultraschall, überwiegend im Bereich der internen Krümmung, führte zur erneuten Freilegung des Silberstiftes und ermöglichte den Einsatz eines weiteren Hilfsmittels zur Entfernung von Silberstiften oder frakturierten Instrumenten aus mittleren und apikalen Wurzelkanalarealen, des Instruments Remover System nach Ruddle.⁴⁰ Trotz nur geringer Traktion und indirektem Ultraschalleinsatz brach der Stift erneut, dieses Mal etwa 2 mm oberhalb der Kanalkrümmung. Alle Versuche, den Silberstift mittels vorgebogenen Handinstrumenten zu passieren, führten ebenfalls nicht zum gewünschten Ergebnis.

Die Aufbereitung des MB2 Wurzelkanals erfolgte nun bis zur Vereinigung mit dem MB1 Kanal, etwa 3 mm vor dem Apex. Eine weitere

mechanische Aufbereitung oder ggf. ein Passieren des Silberstiftes, um die Anwendung der Braiding-Technik zu ermöglichen, war nicht risikolos möglich. Somit wurde die chemomechanische Aufbereitung des MB1_MB2 Wurzelkanalsystems, einschließlich ultraschallaktivierter Spülung⁴¹ bis etwa 3 mm vor dem röntgenologischen Apex durchgeführt. Nach Vervollständigung der chemomechanischen Aufbereitung der DB und palatinalen Wurzelkanäle wurde eine thermoplastische Wurzelfüllung nach der von Schilder aufgeführten Technik⁴² durchgeführt, wobei als Sealer AH+ (DENTSPLY DeTrey, Konstanz) zum Einsatz kam. Im Rahmen der röntgenologischen Kontrolle nach der down-pack Phase konnte man keine Sealerextrusion apikalwärts der aufbereiteten Kanalareale des mesiovestibulären Wurzelkanalsystems erkennen (Abb. 7c). Der Zahn wurde anschließend mit Komposit verschlossen. Zur abschließenden Röntgenkontrolle der Wurzelfüllung und besseren Ermittlung der Position des Silberstiftes wurden eine orthoradiale und eine distoexzentrische Röntgenaufnahme in der Halbwinkeltechnik durchgeführt.

Eine Woche nach der Behandlung war der Zahn weiterhin nicht kaubelastbar, woraufhin ein apikal-chirurgischer Eingriff empfohlen wurde. Nach Bildung eines Mukoperiostlappens, dessen Mobilisierung apikalwärts und Trepanation der vestibulären Kompakta wurde die mesiovestibuläre Wurzel mit dem über die Wurzelspitze ragenden Silberstift dargestellt. Nach Abtrennung des extrakanalären Teils des Stiftes mittels eines Mikroskalpels zur Vermeidung der Entstehung von Metallspänen wurde die Qualität des apikalen Verschlusses unter Dentalmikroskop bei 24-facher Vergrößerung geprüft. Aufgrund der mangelnden apikalen Obturation des ovalen Foramens und ihrer dunklen Verfärbung wurde die Wurzelspitze schonend resiziert und der sich noch im Wurzelkanal befindliche Silberstift dargestellt. Nach sonobrasiver retrograder Wurzelkanalaufbereitung (Abb. 7d) einschließlich Abtragung des Silberstiftes über eine Länge von 4 mm, Desinfektion der retrograden Kavität mit CHX 2% und Blutstillung wurde die vollständige Entfernung des Silberstiftes und eventuell im Rahmen der Präparation entstandener Silberspäne röntgenologisch kontrolliert und dokumentiert. Nach abschließender Trocknung des Wurzelkanals mittels sterilen Pa-

pierspitzen konnte die retrograde Wurzelfüllung mit ProRoot-MTA durchgeführt werden. Auch der retrograde Verschluss mit MTA und dessen Dichte wurde röntgenologisch überprüft (Abb. 7e).

Der Zahn war nach dem Eingriff symptomlos. Wegen der bestehenden Frakturgefahr wurde kurz nach dem Eingriff überkront. Zwei Jahre nach dem Eingriff war der Zahn weiterhin symptomfrei. Die durchgeführte Röntgenkontrolle war unauffällig (Abb. 7f) und die intraorale Kontrolle zeigte reizlose Verhältnisse. Das Nichterreichen des erwünschten Ergebnisses der orthograden Therapie, d.h. vollständige Stiftentfernung und chemomechanische Aufbereitung bis zum physiologischen Foramen im mesio-vestibulären Wurzelkanalsystem, indizierte in diesem Fall jedoch auch nichtzwangsläufig die Durchführung der chirurgischen Maßnahme. Die Indikation zur chirurgischen Entfernung des sich oberhalb der Wurzelspitze befindlichen Silberstiftanteils ergab sich primär aus der persistierenden stechenden Schmerzsymptomatik bei Kaube-

lastung. Bei der unter Sichtkontrolle durchgeführten Prüfung der apikalen Situation und die erkennbar mangelhafte Abdichtung durch den Silberstift und Sealer ermöglichte in diesem Fall nur die Wurzelspitzenresektion mit entsprechender retrograder Wurzelkanalaufbereitung und -füllung das Erreichen einer adäquaten Obturationsqualität.

Fazit

Vorrangiges Ziel jeder zahnerhaltenden Therapie nach endodontischem Misserfolg ist die Ausheilung einer bestehenden pathologischen Veränderung im periapikalen Bereich und damit die Erhaltung des Zahnes in seiner Funktion. Die Entscheidung zwischen konservativer und chirurgischer Therapieoption wird dabei maßgeblich von erkennbaren Ursachen des Scheiterns der endodontischen Vorbehandlung und einer Abschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit der jeweiligen Behandlungsmöglichkeit im konkreten Fall beeinflusst.



Abb. 6a



Abb. 6b



Abb. 6c

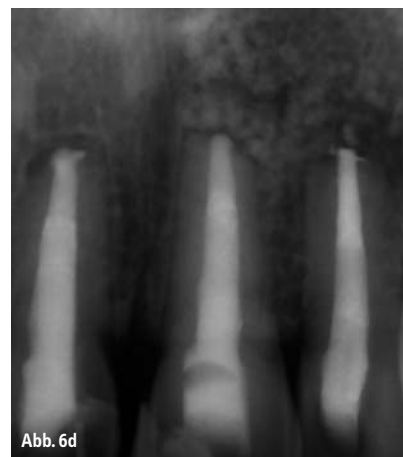


Abb. 6d



Abb. 7a

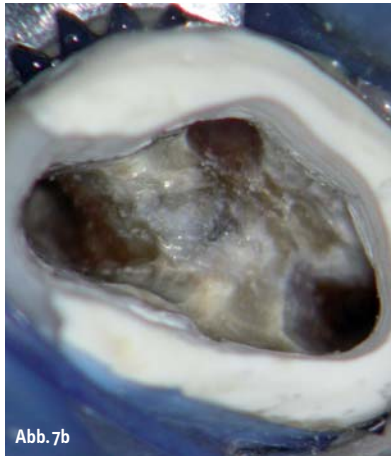


Abb. 7b

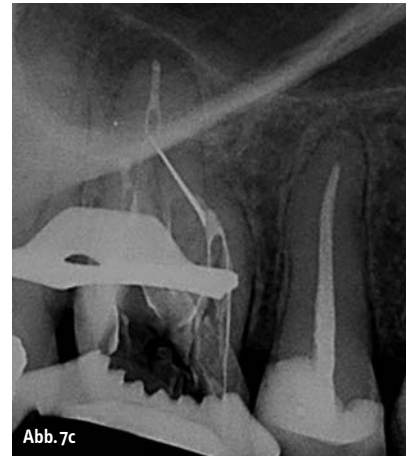


Abb. 7c

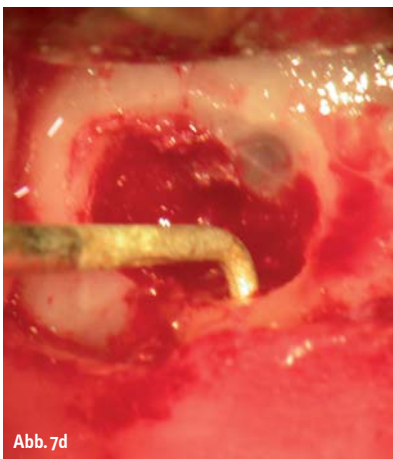


Abb. 7d



Abb. 7e



Abb. 7f

Therapeutisch gewünscht ist bei beiden Optionen ein bakterienreicher Wurzelkanalabschluss, entweder am originären Foramen oder am Resektionsquerschnitt, dem „Neoapex“. Die Wurzelspitzenresektion stellt aber keinen Ersatz für eine exakte primäre Wurzelkanalbehandlung dar.⁴³ Denn ein alleiniger chirurgischer Eingriff erreicht keine Reduktion der Wurzelkanalkontamination. Die methodische Qualität vorliegender Studien zur Differenzialindikation der WSR wird nach heutigen Evidenzkriterien als eher gering eingestuft.⁴³ Insbesondere hinsichtlich der Therapieentscheidung zwischen alleiniger orthograde endodontischer Revisionsbehandlung und WSR gibt es nur einzelne prospektiv randomisierte vergleichende Therapiestudien, deren Behandlungsmethodiken nicht immer heutigen Standards entsprechen.^{44,45} Die in den letzten Jahren immens gewachsenen Möglichkeiten orthograde Behandlungstechniken und des dazu verfügbaren Instrumentariums ermöglicht es heute, in

sehr vielen Fällen auch endodontische Misserfolge durch orthograde Revisionsbehandlungen sekundär zum Erfolg zu führen. Die tradierten „breiten“ Indikationen zum chirurgischen Zahnerhalt müssen, auch vor dem Hintergrund, dass Daten zur realen Versorgungssituation nach apikaler Chirurgie aus epidemiologischen Studien nicht vorliegen,⁴³ immer einer kritischen Wertung unterzogen werden. Die Indikationsstellung zur Durchführung einer Wurzelspitzenresektion sollte sich daher nicht an den augenblicklichen Gegebenheiten in einer Praxis, sondern an den tatsächlichen therapeutischen Möglichkeiten und dem aktuellsten Wissensstand orientieren. Interessanterweise finden sich in den letzten Jahren in der Literatur tatsächlich Fallberichte⁴⁶⁻⁴⁸ zu orthograden Revisionen nicht erfolgreicher Wurzelspitzenresektionen. Bisher liegen aber noch keine statistischen Daten dazu vor, da eine Erfolg versprechende Durchführung dieser Behandlungsoption erst durch die Einführung des Dentalmikros-

kopes in die Endodontie möglich wurde. Für eine weitergehende Bewertung dieser vielversprechenden neuen endodontischen Behandlungstechnik sind also weitere Untersuchungen erforderlich. ◀

Eine Literaturliste ist unter zwp-redaktion@oemus-media.de erhältlich.

autoren

Dr. Gabriel Tulus
Lindenstraße 33 b
41747 Viersen
Tel.: 0 21 62/1 29 04
E-Mail: info@dente.de

Dr. Thomas Weber
Dr. Weber & Partner, Zahnärzte
Karl-Mantel-Str. 18
86381 Krumbach

1 + 1 = 3

DER NEUE AIR-FLOW MASTER PIEZON – AIR-POLISHING SUB- UND SUPRAGINGIVAL PLUS SCALING VON DER PROPHYLAXE N° 1

Air-Polishing sub- und supra-gingival wie mit dem Air-Flow Master, Scaling wie mit dem Piezon Master 700 – macht drei Anwendungen mit dem neuen Air-Flow Master Piezon, der jüngsten Entwicklung des Erfinders der Original Methoden.

PIEZON NO PAIN

Praktisch keine Schmerzen für den Patienten und maximale Schonung des oralen Epitheliums – grösster Patientenkomfort ist das überzeugende Plus der Original Methode Piezon, neuester Stand. Zudem punktet sie mit einzigartig glatten Zahnoberflächen. Alles zusammen ist das Ergebnis von linearen, parallel zum Zahn verlaufenden Schwingungen der Original EMS Swiss Instruments in harmonischer Abstimmung mit dem neuen Original Piezon Handstück LED.



> Original Piezon Handstück LED mit EMS Swiss Instrument PS

Sprichwörtliche Schweizer Präzision und intelligente i.Piezon Technologie bringt's!

AIR-FLOW KILLS BIOFILM

Weg mit dem bösen Biofilm bis zum Taschenboden – mit diesem Argu-



ment punktet die Original Methode Air-Flow Perio. Subgingivales Reduzieren von Bakterien wirkt Zahnausfall (Parodontitis!) oder dem Verlust des Implantats (Periimplantitis!) entgegen. Gleichmässiges Verwirbeln des Pulver-Luft-Gemischs und des Wassers vermeidet Emphyseme – auch beim Überschreiten alter Grenzen in der Prophylaxe. Die Perio-Flow Düse kann's!

Und wenn es um das klassische supragingivale Air-Polishing geht,



> Original Handstücke Air-Flow und Perio-Flow

zählt nach wie vor die unschlagbare Effektivität der Original Methode Air-Flow: Erfolgreiches und dabei schnelles, zuverlässiges sowie stressfreies Behandeln ohne Verletzung des Bindegewebes, keine Kratzer am Zahn. Sanftes Applizieren bio-kinetischer Energie macht's!

Mit dem Air-Flow Master Piezon geht die Rechnung auf – von der Diagnose über die Initialbehandlung bis zum Recall. Prophylaxeprofis überzeugen sich am besten selbst.

"I FEEL GOOD"

In den vergangenen Jahren wurde der postendodontischen Versorgung immer breitere Aufmerksamkeit geschenkt. Es wurde die Notwendigkeit einer dichten koronalen Versiegelung für den langfristigen Erfolg einer Wurzelbehandlung hervorgehoben.¹ Das bedeutet, dass die postendodontische Versorgung letztendlich einen ebenso wichtigen Anteil am Erfolg einer endodontischen Therapie hat wie die Ausführung der Wurzelkanalbehandlung selbst.²

Die postendodontische Versorgung

Autor: Holger Dennhardt



Abb. 1: Fraktur eines nicht prothetisch versorgten endodontisch behandelten Zahnes. – **Abb. 2:** Zugangspräparation nicht ausreichend, um alle anatomischen Strukturen erkennen zu können. – **Abb. 3:** Darstellung aller Kanäleingänge mit ausreichend großer Zugangskavität.

So konnten Ray und Trope in einer viel zitierten Studie 1995 zeigen, dass die Vermeidung eines sogenannten coronal leakage erheblichen Einfluss auf die Heilung apikaler Parodontitiden hat. Ricucci et al. zweifelten den direkten Zusammenhang bei der Bildung apikaler Parodontitiden an, wiesen aber auf die potenziell negativen Effekte bakteriellen Microleakages hin.³ In der Washington-Studie mit mehr als 1,5 Mio. nachuntersuchter Fälle über acht Jahre zeigte sich, dass der Großteil der Verluste endodontisch behandelte Zähne die Folge prothetisch/konservierender Misserfolge war.

Der restaurativ tätige Zahnarzt trägt eine hohe Verantwortung bei der endodontischen Behandlung. Er muss einen Gesamtbehandlungsplan erstellen, der die Restaurabilität

des endodontisch zu therapierenden Zahnes berücksichtigt, aber auch dessen prothetische Wertigkeit. Dazu müssen vor der endodontischen Therapie insuffiziente Füllungen und Karies vollständig entfernt und erneuert werden. Es sollte nach Frakturen gesucht werden, die die Erhaltungsfähigkeit drastisch reduzieren. Bei Überweisungen ist es vorteilhaft, dies mit dem Endodontisten zu besprechen, sodass der endodontische Zugang nicht unnötig erschwert wird. Ebenso sollten postendodontische Versorgungen schnellstmöglich nach Abschluss der endodontischen Therapie angefertigt werden. Das Abwarten führt in einem Großteil der Fälle zu Komplikationen. Nachfolgend sollen einzelne Aspekte der postendodontischen Versorgung diskutiert werden.

Frakturen

Die klinische Erfahrung zeigt, dass endodontisch behandelte Zähne einem erhöhten Frakturrisiko unterliegen. Während vitale Zähne durch einen neurophysiologischen Reflex vor überhöhten Belastungen geschützt werden, weisen endodontisch behandelte Zähne aufgrund der fehlenden pulpalen und der weniger sensiblen Mechanorezeptoren des Parodontiums nur einen reduzierten reflektorischen Eigenschutz auf.⁴ Dies führt letztlich zu einer erhöhten Frakturrate endodontisch vorbehandelter Zähne. Zunächst wurde dafür eine höhere Sprödigkeit infolge Wasserverlustes verantwortlich gemacht. Es konnte gezeigt werden, dass nicht Veränderungen der Substantilität, sondern ausschließlich der Substanzver-

Spezialisten-Katalog

Endodontie

Preiswert, praktisch, prima: Alles, was die Endodontie braucht.

NETdental

So einfach ist das.

1 finden

Wir bieten Ihnen in diesem Katalog die NETdental-Auswahl der wichtigsten Materialien und Instrumente zur Endodontie an.

2 bestellen

Artikel-Nummern, Produkt-Namen, Menge und Preis auf das Bestell-Fax schreiben. Sofort-Rabatt abziehen.
Kostenlos faxen: 0800 - 638 336 8 oder zum Ortstarif anrufen: 01805 - 638 336.

3 haben

NETdental ist nicht nur günstig, sondern schnell: Wir liefern bundesweit, in der Regel am 1. Werktag nach Bestellung.

NEU!

Jetzt anfordern!

Fax: 0800 - 638 336 8

Tel.: 01805 - 638 336



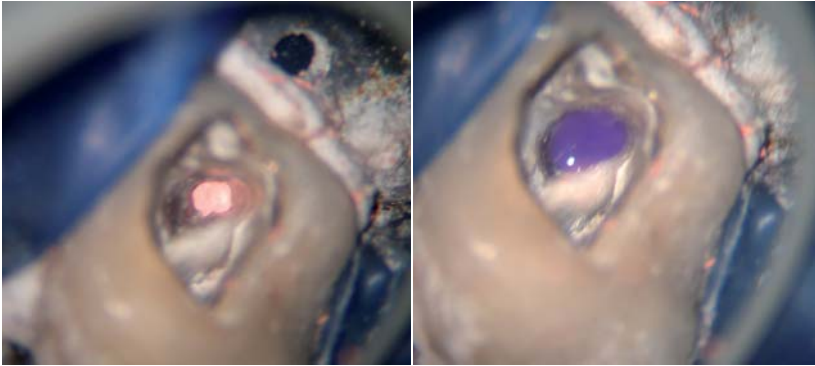


Abb. 4a: Eine reduzierte Wurzelfüllung. – **Abb. 4b:** Blaues adhäsives Flowmaterial zur koronalen Versiegelung.

lust bei der Zugangspräparation und Aufbereitung ausschlaggebend sind. Besonders bei Frontzähnen zeigten sich strukturelle Defizite durch eine zu starke Kanalerweiterung und Kavitätenpräparation. Ein Millimeter Dentinwandstärke sollten minimal erhalten bleiben. Die klinisch relevanten Dentineigenschaften werden durch eine endodontische Therapie nicht verändert.⁵

Neben den für die Erkrankung der Pulpa ursächlichen Faktoren wie Karies, undichte Restaurationen und Trauma, führt auch die endodontische Zugangspräparation zu einer Schwächung der klinischen Krone. Die Frakturanfälligkeit steigt dabei mit zunehmender Kavitätengröße. Die oftmals artikulierte Forderung nach einer maximalen Substanzschonung durch minimale Zugangspräparation erschwert die endodontische Therapie allerdings so sehr, dass Kanaleingänge nicht erkannt werden können und daher infektiöses Gewebe verbleibt. Diese „Substanzschonung“ führt letztlich zum Misserfolg und ist wenig sinnvoll. Mittels hochauflösender Lupen mit starken Lichtquellen oder besser mit einem Dentalen OP-Mikroskop (DOM) sind diese Strukturen leichter zu identifizieren, ohne unnötig Substanz zu opfern.⁶ Dazu wird auf die umfangreiche Literatur bezüglich endodontischer Zugangspräparation verwiesen. Der adhäsive Verschluss der Kavität schützt den Zahn nicht vor einer Fraktur. Allein die Höckerüberkupplung erscheint derzeit als die effektivste Möglichkeit, die Frakturanfälligkeit endodontischer Zähne zu reduzieren. Stifte – gleich welcher Provenienz – stabilisieren allein die Aufbaufüllung und nicht den Zahn oder die Wurzel. Dabei sollten für die Aufbaufüllung adhäsive Materialien Verwendung finden, da sie neben Amalgam einen dauerhaften Schutz vor einem coronal leakage bieten.

Coronal leakage/ Koronale Versiegelung

Unter coronal leakage versteht man die Reinfektion wurzelbehandelter Zähne durch koronal eingedrungene Bakterien. Die Rekolonialisierung koronal unversiegelter Wurzelfüllung dauert nur wenige Tage,⁷ unabhängig von der Qualität der vorhandenen Wurzelfüllung. Nach Abschluss einer Wurzelbehandlung muss daher der Zugang sofort bakterienfest verschlossen werden.⁹ Studien haben gezeigt, dass adhäsive Füllungsmaterialien diese Aufgabe sicher übernehmen.¹⁰ Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass auch Amalgam ebenso erfolgreich wie adhäsive Materialien eingesetzt werden kann, dies in Deutschland allerdings wenig verbreitet ist. Nach der Reduktion des Wurzelfüllungsmaterials bis auf Höhe der Schmelz-Zement-Grenze oder dem Gingivaverlauf können Flowmaterialien in den entstandenen Zylinder eingesetzt werden. Es genügt allein die Wurzelfüllmasse mit schmalen Rosenbohrern oder Ähnlichem zu reduzieren. Eine Erweiterung des Kanaldurchmessers wäre in Bezug auf die Stabilität kontraproduktiv. In unserer Praxis hat es sich bewährt, andersfarbige (blau oder grellweiß) Materialien einzusetzen, um gegebenenfalls zu späterer Zeit den Eingang in die Kanäle infolge der Farbunterschiede zwischen Zahn-, Aufbaufüllung- und koronale Versiegelung einfach wiederzufinden. Dies kann bei notwendigen Revisionen oder nachträglichen Stiftinsertionen sehr hilfreich sein. Es konnte gezeigt werden, dass bei Verwendung adhäsiver Wurzelfüllungsmaterialien (z. B. Resilon/Epiphany) ein koronal versiegelnder Effekt wie bei Verwendung

von adhäsiven Flowmaterialien zu beobachten ist, relevante Studien fehlen dazu jedoch. Daher wird auch bei Verwendung dieser oder ähnlicher Wurzelfüllungsmaterialien die zusätzliche koronale Versiegelung von uns vorgeschlagen.

Aufbaufüllungen

Der Aufbau eines endodontisch behandelten Zahnes sollte unter Schonung der vorhandenen Zahnschubstanz die Zugangskavität dicht verschließen und die definitive Restauration zuverlässig verankern. Für den Zahnarzt stellt sich daher immer wieder die Frage, ob allein eine Aufbaufüllung ausreichend ist, diese mit einem Stift stabilisiert werden muss und aus welchem Material diese Aufbaufüllung bestehen sollte. Während adhäsive Füllungen eine Kofferdamisolation dringend verlangen, können Amalgamfüllungen bei relativer Trockenlegung erfolgen. Howe untersuchte bei oberen Molaren die Frakturrate in Abhängigkeit des Substanzverlustes. Es zeigte sich, dass bei rein okklusaler Kavität und schmaler zweiflächiger Füllung eine adhäsive Füllung ausreicht, bei MOD-Kavitäten oder Verlust einer gesamten Dentinwand die Höckerüberkupplung gefordert werden muss. Bei Frontzähnen genügt der adhäsive Verschluss der Zugangskavität. Bei einer Restwandhöhe des Dentins von mehr als 2 mm kann die Aufbaufüllung ohne Stifte befestigt werden.¹¹ Die tendenziell weiter abnehmende Verwendung parapulpärer Stifte zeigt bei Schwächung der Dentinsubstanz keine Verbesserung der Füllung und ist damit heute nicht mehr zu empfehlen.

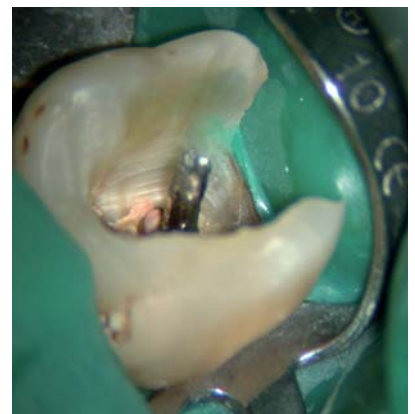


Abb. 5: Nicht notwendiger Stiftaufbau bei Erhalt intakter Zahnschubstanz.



ADHÄSIVES STUMPFBAUSYSTEM

Komplett-Set für 15 postendodontische Versorgungen

- Effektiv mit System in 5 Schritten
- Monoblockbildung aus Zahn, Stift und Aufbau
- Futurabond und Ceramic Bond für höchste Festigkeit
- Ästhetische Basis für prothetische Restauration

Rebuilda Post system

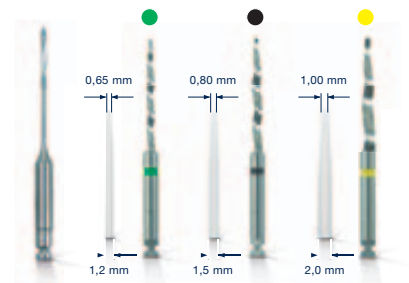




Abb. 6: Frakturierter adhäsiver Stift mit Zement am Stift.

Stifte

Stifte stabilisieren den Stumpfaufbau eines zu rekonstruierenden Zahnes und nicht dessen Wurzel. Aufgrund des notwendigen Substanzverlustes durch die Stiftpräparation führen Kanalerweiterungen eher zu Destabilisierungen und letztlich fördern sie Wurzelfrakturen. Dabei ist es gleichgültig, ob die Stifte zementiert oder adhäsiv befestigt werden. Stifte stabilisieren Aufbaufüllungen. Daher ist die Bezeichnung Aufbaustift gegenüber Wurzelstift vorzuziehen. In einer Befragung im Jahr 2001 bei deutschen Zahnärzten haben Naumann und Lange dokumentiert, dass, obwohl den meisten Zahnärzten klar war, dass durch einen Stift keine Wurzelverstärkung stattfindet, 80 % der Zahnärzte dennoch Stifte vor der prothetischen Versorgung einsetzen und nur 0,4 % keine Stifte verwenden. Die Autoren erklären dieses ambivalente Verhalten durch die imaginäre Sorge, gerade bei zuvor aufwendig endodontisch vorbehandelten Zähnen alles zu tun, oder besser gesagt nichts zu unterlassen, was zu einem hypothetischen Stabilitätsgewinn beitragen könnte. Die Verwendung sogenannter weißer Stifte – also adhäsiv befestigter Stifte – wurde weitaus häufiger bei Kollegen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung präferiert. Diese Untersuchung zeigt deutlich, dass Ergebnisse wissenschaftlicher Studien nur schwer Einzug in die Praxis halten und das Verhalten und die verwendeten Methoden sich weniger durch Erfolgsraten als durch Abrechnungsbestimmungen und Erfahrungswerte beschreiben lassen. Es bleibt die Frage, wann welche Stifte eingesetzt werden soll-

ten. Untersuchungen haben gezeigt, dass eine minimale Dentinwandstärke von 1 mm und eine 2 mm hohe Dentinmanschette (Ferrule), kombiniert mit einem Aufbaustift und versorgt mit einer Krone, die besten Langzeitergebnisse zeigen. Als Faustregel kann gelten, dass, wenn die Aufbaufüllung höher als der vorhandene Dentinstumpf ist, oder nur noch eine Wand des Dentinstumpfes steht, die Insertion von Stiften empfohlen werden kann.

Viel entscheidender für die Stabilität als das Stiftmaterial sind die Approximalkontakte.¹² Bei Kontakten mesial und distal sind die besten Ergebnisse zu erwarten. Bei einem Kon-

takt werden Glasfaserstifte – unabhängig von der Größe des Dentinverlustes – präferiert, während sich bei einzeln stehenden Zähnen und Teleskopkronen zementierte oder adhäsiv befestigte gegossene Stiftaufbauten bewährt haben. Dennoch ist hier die Verlustrate am höchsten. Hier entsteht jedoch ein zeitlicher Nachteil, da mehrere Behandlungssitzungen notwendig sind. Zudem wird gemeinhin die Präparation erheblich ausgedehnt, was wiederum zu einer Schwächung des Zahnes führt. Zementierte Metallstifte (Titan) zeigten im thermoelastischen Belastungsversuch signifikant schlechtere Belastungswerte als glasfaserverstärkte Aufbauten, während adhäsiv eingesetzte Titanstifte die gleiche Erfolgswahrscheinlichkeit aufwiesen. Adhäsives Zementieren kann somit als entscheidend für den Erfolg der postendodontischen Versorgung angesehen werden. Bei adhäsiv befestigten Stiften löst sich zuweilen der Stift inklusive des Zements, während bei zementierten Stiften zumeist der Zement in der Wurzel verbleibt. Für eine sichere Verklebung ist es notwendig, speichelfrei – am besten unter Kofferdam – zu arbeiten. Auch sollten Spüllösungen wie NaOCl und Wurzealsealerreste vollständig entfernt sein. Aktive Stifte – obgleich sehr beliebt – stellen das höchste Risiko für eine Wurzelfraktur dar. Ein Hauptargument für die Verwendung von Glasfaserstiften ist die ästhetische Komponente. Eine umfangreiche Zusammenfassung für Stiftindikationen findet sich bei Naumann¹³ und Peroz¹⁴.



Abb. 7a–b: Dezentrierter Stiftaufbau. Der (Phosphat-)Zement verbleibt an der Dentinwand. – **Abb. 7c:** Überdimensionierter gegossener Stiftaufbau.

Bleichen

Das Bleichen endodontisch behandelter Zähne nimmt immer größeren Raum in der ästhetischen Zahnheilkunde ein. Die Ursachen der Verfärbung sind zwar nicht abschließend geklärt, die Hauptursache des extremen Nachdunkelns der Zähne ist aber offensichtlich und hauptsächlich durch Blutreste in der Kavität verursacht. Auch das Belassen von Pulpagewebe führt zu einer Verfärbung der Zähne. Vereinzelt wurden Sealer-Materialien beschrieben, die zu einer Verfärbung der Zähne geführt haben sollen. Hierüber sind jedoch nur anekdotische Einzelfallberichte veröffentlicht. Keines der verwendeten Materialien scheint eine generelle Affinität zu Farbveränderungen zu haben.

Das Bleichen endodontisch vorbehandelter Zähne hat hauptsächlich ästhetische Gründe. Es gibt keine Studie, die eine erhöhte Verlustrate bei verfärbten gegenüber nicht verfärbten Zähnen zeigt. Das Bleichen wird nicht allein im Frontzahngelände oder bei nicht zu überkronenden Zähnen angewendet. Auch überkronungsbedürftige Zähne können gebleicht werden. Stark verfärbte Stümpfe können insbesondere im zervikalen Bereich bei Verblendkronen oder bei Vollkeramikprothesen ästhetische Probleme bereiten. Dies gilt auch und insbesondere im subgingivalen Bereich, was zu einem Durchschimmern durch die marginale Gingiva führen kann. Dazu müsste die Verfärbung durch die Restauration vollständig abgedeckt werden, was zu einem erheblichen Substanzverlust und parodontalen Problemen infolge der Verletzung der biologischen Breite führt. Zur Vermeidung tieferreichender subgingivaler Präparationen ist eine interne Bleichtherapie bei endodontisch behandelten Zähnen medizinisch indiziert. Zunächst muss die Zugangskavität mittels Rosenbohrern von verfärbtem Gewebe bestmöglich gereinigt werden. Insbesondere bei Frontzähnen zeigt sich im inzisa-



Abb. 8a, b: Individualisierter adhäsiver Aufbau vorpräpariert zur Aufnahme einer Krone in einer Sitzung.

len Anteil häufig Restgewebe, welches bei der endodontischen Zugangspräparation übersehen wurde. Dies sollte zunächst vollständig entfernt werden.

Die Wurzelkanalfüllung sollte 2 mm unter dem Gingivalsaum liegen und zumindest mit GIZ oder Phosphatzement abgedeckt sein. Wir empfehlen für die koronale Versiegelung grundsätzlich Komposite. Für das interne Bleichen wird die Verwendung von Natriumperborat mit Wasser vermischt empfohlen.¹⁵ Die Kombination statt mit Wasser mit Wasserstoffperoxid führt zu internen Resorptionen und sollte nicht

verwendet werden. Nach 7–14 Tagen kann die Einlage gewechselt und sollte so oft wiederholt werden, bis der gewünschte Effekt eingetreten ist. Danach kann mittels zahnfarbenem Komposit der Zugang verschlossen werden. Ein Nachdunkeln kann erfolgen, was insbesondere bei zuvor stark verfärbten Zähnen zu beobachten ist. Hier kann es im Laufe der Zeit bei Verwendung transparenter keramischer Systeme (dazu zählen auch Vollkeramikstufen) zu ästhetischen Beeinträchtigungen kommen. Dies sollte dem Patienten im Vorfeld erläutert und dokumentiert werden.

ANZEIGE

ENDO GUT - ALLES GUT CHX-Endo 2% die Reinigungslösung von lege artis

...reinigt Ihre wertvollen Endo-Instrumente
während der Wurzelbehandlung

...vermindert die Keimzahl
und erhöht Ihren
Hygiene-Erfolg

NEU



lege artis Pharma GmbH + Co KG, Postfach 60, D-72132 Dettenhausen, Tel.: +49 (0) 71 57 / 56 45 - 0, Fax: +49 (0) 71 57 / 56 45 50, info@legeartis.de, www.legeartis.de

Prothetische Rehabilitation

Die Aufbaufüllungen/koronale Versiegelung schützt die Wurzelfüllung vor einer Rekontamination mit oralen Bakterien. Diese Füllung kann ihre Aufgabe jedoch nur insoweit übernehmen, wie es gelingt, die Füllung selbst stabil und dicht mit der Restzahnschubstanz zu verbinden. Hier sei auf die umfangreiche Literatur zu dentinadhäsiven

rapie abgewartet werden sollen, ist wenig substantiiert. Diese postendodontischen Beschwerden müssen nach wenigen Tagen abgeklungen sein, da ansonsten andere Probleme ursächlich sind, die eruiert werden müssen. Auch apikale Parodontitiden, die bis zu 1,5 Jahren zur röntgenologischen Abheilung brauchen, stellen kein Ausschlusskriterium für eine definitive Versorgung dar, da selten notwendige chirurgische Revisio-

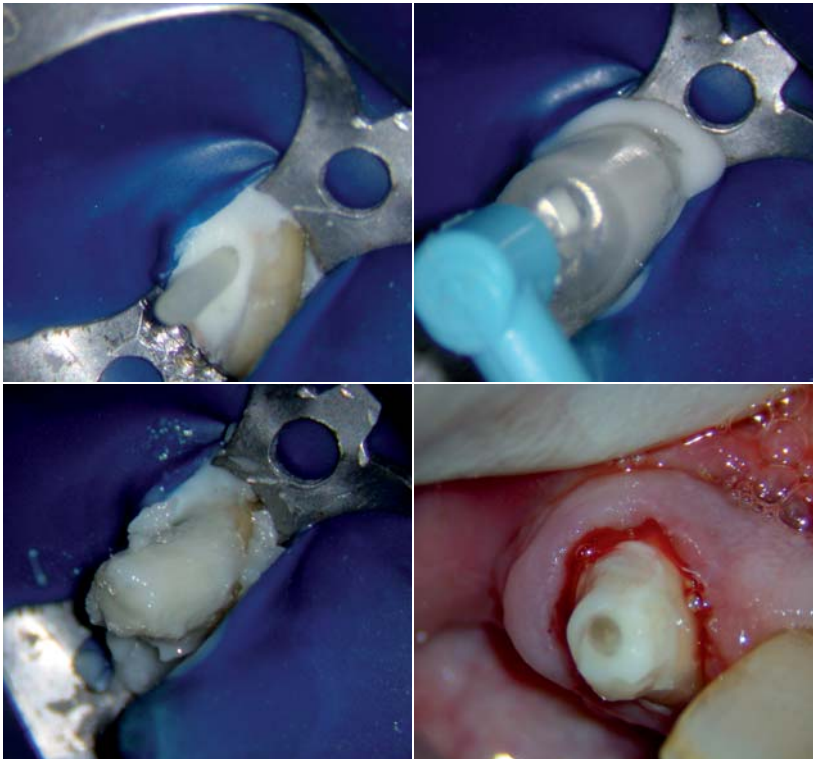


Abb. 9a–d: Adhäsive Aufbaufüllungen mit einem Matrixsystem, hier: Build-It (Fa. Pentron) Wurzelbehandlung, Wurzelfüllung, Stiftaufbau und provisorische Krone in einer Sitzung.

Füllungen verwiesen. Die Besonderheit bei endodontisch behandelten Zähnen besteht in ihrer offensichtlichen Frakturanfälligkeit – insbesondere bei Molaren und Prämolaren, solange sie nicht mit einer Höckerüberkupplung prothetisch versorgt sind. Mit Kronen versorgte Zähne waren statistisch signifikant belastbarer als Zähne, die nur mit einer adhäsiven Aufbaufüllung versehen waren.

Die von deutschen Versicherungssystemen geforderte Wartezeit vor endgültigen dichten prothetischen Versorgung ist deshalb medizinisch meines Erachtens nicht nachvollziehbar. Die oftmals aufgeführte Begründung, dass möglicherweise auftretende Beschwerden nach der endodontischen The-

nen nicht durch die dann vorhandene koronale Restauration beeinträchtigt werden. Vielmehr könnten bei rechtzeitiger definitiver prothetischer Versorgung etliche Wurzelspitzenresektionen vermieden werden. Es ist daher zu fordern, dass bei nicht vorhandener dichter Versiegelung neben der apikalen Parodontitis von einer orthograden Reinfektion ausgegangen werden muss, die notwendigerweise eine orthograde Revision der gesamten Wurzelfüllung erfordert, mit allen daraus folgenden Konsequenzen. Die primäre oder gar alleinige chirurgische Therapie in Fällen ohne dichte koronale Restauration widerspricht der aktuellen Studienlage in Bezug auf die Ursachen apikaler Parodontitiden und ist obsolet.

Zusammenfassung

Die optimale Methode der postendodontischen Versorgung ist in latenter Diskussion. Unser Wissen um die biomechanischen Vorgänge ist gering. Viele sich teilweise widersprechende Prinzipien wurden vorgestellt, einige Leitlinien gelten dennoch allgemein:¹⁶

1. Gesunde Zahnhartsubstanz sollte größtmöglich erhalten bleiben,¹⁷ ohne die Zugangspräparation zu behindern. Der Substanzverlust für Stiftpräparationen sollte auf ein Minimum begrenzt werden.¹⁸ Ein Ferrule von etwa 1–2 mm sollte nach Möglichkeit präpariert werden.¹⁹ Der Verzicht auf ein Ferrule ist bei adhäsiver Befestigung möglich.
2. Stifte stabilisieren die Aufbaufüllung. Sie haben unabhängig vom Material und dem Befestigungsmaterial keine frakturresistente Bedeutung für die Wurzel. Adhäsives Befestigen sollte unter Kofferdamisolierung vorgenommen werden.
3. Die Verwendung adhäsiver Aufbaumaterialien ist Zementen vorzuziehen, da diese statistisch signifikant zur Frakturvermeidung beitragen.
4. Die dichte koronale Versiegelung zur Vermeidung eines coronal leakage sollte direkt im Anschluss an die endodontische Therapie erfolgen.
5. Prämolaren und Molaren sollten eine Höckerüberkupplung erhalten.²⁰ Die Überlebensrate von höckerüberkuppelten Zähnen war sechsmal höher als bei nicht versorgten Zähnen.²¹ Der Zeitabstand zwischen endodontischer Behandlung und prothetischer Therapie sollte so kurz wie möglich sein.
6. Bei Frontzähnen genügt aus rein strukturellen Gründen der adhäsive Verschluss ohne nachfolgende Überkronung. ◀

Eine Literaturliste ist unter zwp-redaktion@oemus-media.de erhältlich.

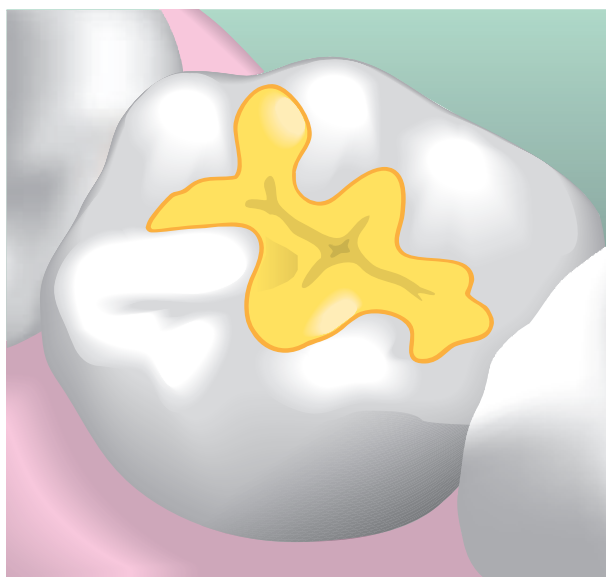
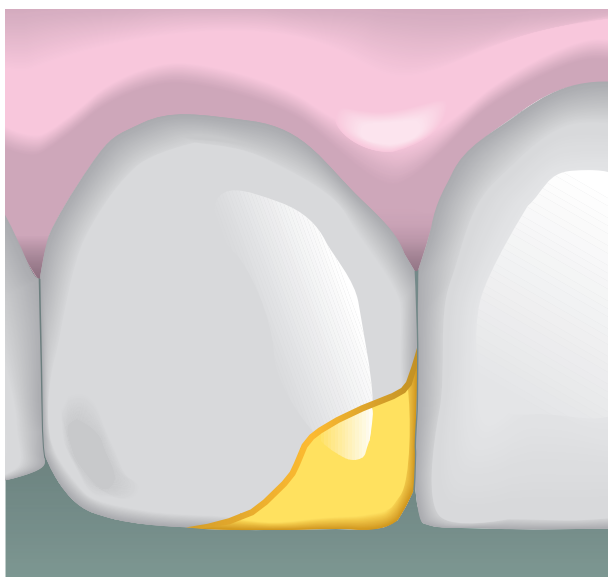
autor

Holger Dennhardt
 Innere Münchener Straße 15
 84036 Landshut
 Tel.: 08 71/2 76 84 84
 E-Mail:
dennhardt@praxiszahnheilkunde.de

Gradia Direct_{von GC.}



Das Komposit für Front- und Seitenzahnfüllungen.



Frage an Dr. P. aus Berlin: Was hat Ihnen an dem Mikrohybrid-Komposit Gradia Direct gefallen?

Das einfache Handling, die außergewöhnlichen Farbeigenschaften und die gute Polierbarkeit. Ich kann alle Indikationen funktional und ästhetisch anspruchsvoll lösen, sowohl in der Einschicht- als auch in der Mehrschichttechnik. Bei aller Vielfalt ist das Gradia Direct System technisch und ökonomisch übersichtlich und beherrschbar.

GC GERMANY GmbH
Tel. +49.6172.99.59.60
info@germany.gceurope.com
www.germany.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Tel. +43.3124.54020
info@austria.gceurope.com
www.austria.gceurope.com

GC AUSTRIA GmbH
Swiss Office
Tel. +41.52.366.46.46
info@switzerland.gceurope.com
www.switzerland.gceurope.com

Informieren Sie sich bei GC
Fax 0 61 72/9 95 96-66
info@gcgermany.de
oder bestellen Sie direkt
bei Ihrem Dental-Depot.



Wenn es um die bestmögliche Qualität bei Haftwerten und Versiegelung geht, greifen viele Zahnärzte zu Etch-&-Rinse-Adhäsiven. Eine Spitzenstellung nimmt hier das universell einsetzbare Hochleistungsadhäsiv XP BOND® ein, das sich vor allem durch seine überragende Adhäsiv-Leistung auf verschiedensten Werkstoffen sowie den Zahnhartsubstanzen auszeichnet. Seine Anwenderfreundlichkeit und Zuverlässigkeit werden durch die folgenden Meinungen mehrerer erfahrener Zahnärzte bestätigt.

Etch-&-Rinse-Adhäsiv im Spiegel seiner Anwender

Autor: Gerhard Frensel

Adhäsive besitzen in der Zahnmedizin längst einen hohen Stellenwert. Wenn es auf adhäsive Hochleistung und universelle Anwendbarkeit in Kombination mit verschiedensten Werkstoffen, wie Komposit, Kompo-mer, Keramik oder Metall ankommt, nimmt das Etch-&-Rinse-Adhäsiv XP BOND® (Hersteller DENTSPLY DeTrey, Konstanz) eine Spitzenstellung ein. Selbstprimierend und dualhärtend, kann es neben der lichtinduzierten Polymerisation in Verbindung mit dem

speziellen Self Cure Activator (SCA) und dem ästhetischen Kompositzement Calibra oder Core•X™ flow auch rein chemisch polymerisieren – ein entscheidender Vorteil etwa bei lichtundurchlässigen Restaurationen.

Dr. Petersen: „Problemlös und technikumempfindlich“

Diese wichtigen Eigenschaften von XP BOND® bestätigt auch der in Bonn niedergelassene

Experte für konservierende und chirurgische Zahnheilkunde, Dr. Thomas Petersen: „Ich arbeite seit fast drei Jahren mit XP BOND® und schätze seine adhäsive Leistung an Schmelz und Dentin sowie die universelle Eignung für sämtliche direkten und indirekten Restaurationen. Besonders bei adhäsiven Kronenbefestigungen oder Stiftsetzungen kann das Licht oft nicht sicher appliziert werden. Daher ist gerade hier XP BOND® in Verbindung mit Core•X™ flow oder Calibra



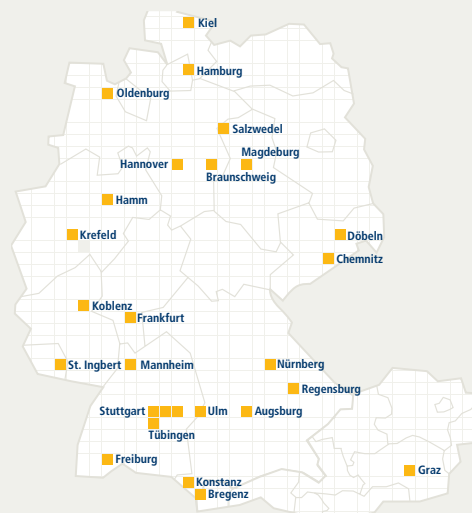
Wir sorgen dafür, dass keine falschen Spuren bleiben!

Prokonzept – die Antwort auf Praxisbegehung!

- Von RKI bis Jugendschutz, von Medizinprodukt bis Strahlenschutz!
- Praxisgerechte Lösungen von A–Z
- Verbringen Sie Ihre Zeit mit produktiven Dingen, wir entlasten Sie bei der Bürokratie!

dental bauer GmbH & Co. KG
Ernst-Simon-Straße 12
D-72072 Tübingen
Tel.: +49(0)7071/9777-0
E-Mail: info@dentalbauer.de

Eine starke Gruppe



www.dentalbauer.de

ANZEIGE

ZWP onlineDas Nachrichten- und Fachportal
für die gesamte DentalbrancheErweitern Sie jetzt kostenlos
Ihren Praxis-Grundeintrag
auf ein Expertenprofil!www.zwp-online.info

das Adhäsiv meiner Wahl. Die Anwendung ist problemlos und technikunempfindlich. Statt der üblichen Ätzung mit Phosphorsäure bevorzuge ich, wenn es denn möglich ist, die Arbeit mit einer KCP, also eine mechanische Hochdruck-Präparation, die ähnliche Rauigkeiten erzeugt, wie sie bei der Säureätzung entstehen. Auch dieses Verfahren, kombiniert mit dem Adhäsiv, funktioniert sicher und problemlos. Das Auftragen erfolgt bei mir mit den zugehörigen Applikator-Tips und ergibt immer eine zuverlässige, dünne Beschichtung, auch wenn in seltenen Fällen einmal ohne Kofferdam gearbeitet wird. Ebenso sind bei Restaurationen, die an Schmelz und Dentin befestigt werden, bisher nie Probleme aufgetreten. Und was die Qualität der adhäsiven Verbindung betrifft, befinde ich mich im Einklang mit den publizierten wissenschaftlichen Daten zum Produkt: Haftverbund, Scher- und Zugfestigkeiten sowie Randdichtigkeit sind hervorragend – es gibt bisher keine Reklamationen und übrigens auch keine Probleme mit postoperativen Hypersensibilitäten.

Hervorzuheben ist ferner die Möglichkeit, dieses Adhäsiv im Zusammenhang mit dem neuen Core & Post System einsetzen zu können. Dieses Organizer-Tray ist praxisgerecht gestaltet und erleichtert die Durchführung von Stumpfaufbauten und Wurzelstiftsetzungen erheblich. Gerade bei diesem Produkt zeigt sich für mich die große Kompetenz von DENTSPLY DeTrey bei der Entwicklung kompatibler Systemkomponenten und -lösungen, die alles in allem eine einzigartige Qualität für den Zahnarzt bieten. XP BOND® ist ein wahrer Allrounder, daher kann ich es uneingeschränkt empfehlen.“

ZA Filby: „Universelle Grundlage“

Ähnlich positive Schlussfolgerungen zieht Zahnarztkollege Stephen Filby aus Leverkusen zu diesem Produkt: „In meiner Praxis setze ich XP BOND® schon seit seiner Einführung im November 2006 ein und verwende es für sämtliche Indikationen im Bereich direkter und indirekter Restaurationen. Das Adhäsiv hat sich sehr bewährt und bildet die universelle Grundlage bei Arbeiten mit verschiedenen direkten Füllungswerkstoffen. Je nach Anspruch des Patienten kommen unterschiedliche Füllungsmaterialien zum Einsatz – alle in Verbindung mit XP BOND®, weil es wirklich zuverlässig und dabei einfach und sicher in der Anwendung funktioniert.

Dies gilt ebenso bei allen indirekten Restaurationen. XP BOND® polymerisiert auch ohne Licht perfekt, weil es zusammen mit dem Self Cure Activator und Core•X™ flow oder Calibra auch rein chemisch aushärten kann. Der adhäsive Verbund ist auch bei der Dunkelhärtung zuverlässig; Randschlussprobleme habe ich in



Stephen Filby

keinem Fall beobachtet. Diese Zuverlässigkeit gilt ebenso für Arbeiten mit dem Core & Post System, das ich vorzugsweise bei Stiftsetzungen und Stumpfaufbauten einsetze, weil es hier für perfekte Arbeitsabläufe sorgt. In diesem Organisationssystem bildet XP BOND® die adhäsive Basis und zeigt mir, welches Vertrauen der Hersteller in das Produkt legt. Das Adhäsiv funktioniert unter realen Praxisbedingungen sicher – sogar auf zu feuchtem oder übertröcknetem Dentin. Darin unterscheidet es sich wohltuend von manchen Mitbewerberprodukten, deren Leistungsdaten doch häufig eher auf ideale Laborbedingungen zurückgehen, die aber in der zahnärztlichen Praxis selten vorhanden sind. In der Summe seiner



Enrico Trilck

Eigenschaften ist es für mich das optimale Adhäsiv – ohne Wenn und Aber.“

ZA Trilck, M.Sc.: „Einfach, sicher und schnell“

Der in Berlin mit den Schwerpunkten Ästhetische Zahnheilkunde und Implantologietätige Zahnarzt Enrico Trilck, M.Sc., verwendet XP BOND® ebenfalls von Anfang an. Er schätzt daran vor allem dessen universelle Eignung bei direkten Restaurationen, insbesondere wenn es um gemeinsame Haftflächen an Schmelz und Dentin geht. Auch die technikunempfindliche und besonders einfache Handhabung stellt für Zahnarzt Trilck einen großen Vorteil dieses Adhäsivs dar: „Einfach, sicher und schnell sind Adjektive, die mir beim Einsatz von XP BOND® immer wieder einfallen. Auch ohne jegliches Einmassieren bildet es zuverlässig den erforderlichen dünnen Auftrag und ist in der Kavität gut sichtbar. Es ist für mich die optimale Grundlage für die restaurative Zahnheilkunde. Der Haftverbund ist perfekt und die Resultate stellen auch meine anspruchsvollsten Patienten zufrieden. XP BOND® ist für mich das Synonym für zuverlässiges Etch- & Rinse-Bonding.“ ◀

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen
befinden sich auf www.zwp-online.info

kontakt

DENTSPLY DeTrey GmbH
De-Trey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 0 75 31/5 83-0
www.dentsply.de

22./23. Januar 2010
WHITE LOUNGE®, Leipzig/Marriott Hotel Leipzig

Leipziger Symposium für rejuvenile Medizin und Zahnmedizin



*Schönheit als Zukunftstrend – Möglichkeiten und Grenzen
Ästhetischer Chirurgie und Kosmetischer Zahnmedizin*



Freitag, 22. Januar 2010

_Workshops



Die Workshops finden in der **WHITE LOUNGE®**,
Brühl 4, 04109 Leipzig statt!

Workshops | 1. Staffel | 15.00 – 16.30 Uhr



Christine Meyer-Haake/Wehrheim
Straffere Gesichtszüge und ein glatteres Dekolleté
mit Radiowellen | Die Innovation in der Anti-Aging-
Behandlung – schmerzfrei ohne Skalpell und Spritze



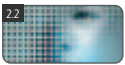
Dr. Sabine Rösler/Reinhardsgrimma
Indikationen für den Lasereinsatz in der
ästhetisch/kosmetischen Zahnmedizin

16.30 – 17.00 Uhr Pause

Workshops | 2. Staffel | 17.00 – 18.30 Uhr



Dr. Stefan Lipp/Düsseldorf
Hautverjüngung und Volumenaufbau mittels mono-
phasischer Hyaluron-Gele von Teoxane



Dr. Lea Höfel/Garmisch-Partenkirchen
Psychologie der Schönheit: Wissenschaftliche
Erkenntnisse, Hintergründe und Auswirkungen des
gängigen Schönheitsideals

Parallelseminar | 1. und 2. Staffel | 15.00 – 18.30 Uhr



Dr. Jens Voss/Leipzig
Smile Esthetics – Minimalinvasive Verfahren der
orofazialen Ästhetik – von Bleaching bis Non-Prep-
Veneers

ab 19.00 Uhr

Get-together in der WHITE LOUNGE® Leipzig
Alle Teilnehmer am Kongress sind herzlich dazu
eingeladen. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Samstag, 23. Januar 2010

_Programm



Der Kongress am Samstag findet im **Marriott
Hotel, Am Hallischen Tor 1, 04109 Leipzig** statt.

09.00 – 09.05 Uhr Eröffnung

09.05 – 09.35 Uhr Dr. Michael Sachs/Oberursel
Ästhetische Medizin und Kosmetische Zahnmedizin
als Element des globalen Gesundheitsmarktes –
Die Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit von
Ästhetischer Chirurgie und Zahnmedizin

09.35 – 10.05 Uhr Prof. Dr. Dr. Johannes Franz Hönig/Hannover
Rejuvenation des äußeren Erscheinungsbildes im
Senium – Face- und Bodylift

Samstag, 23. Januar 2010

_Programm | Ästhetische Chirurgen | Zahnärzte

10.05 – 10.50 Uhr Prof. Dr. Klaus U. Benner/Germering
Grundlagen und Merkmale der Alterungserscheinung
im Orofazialsystem: Möglichkeiten
einer ossären Rehabilitation

10.50 – 11.00 Uhr Diskussion

11.00 – 11.30 Uhr Pause/Besuch der Industrierausstellung

11.30 – 12.00 Uhr Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich/Leipzig
Facelift und/oder orthograthe Chirurgie? – Andere Wege
zur fazialen Rejuvenation

12.00 – 12.30 Uhr Prof. Dr. Hans Vinzenz Behrbohm/Berlin
Die neue Rolle der Nasennebenhöhlen als Transmitter
ästhetischer Zahnimplantate

12.30 – 13.00 Uhr Dr. Jan Hajtő/München
Überblick – Zahnästhetik
Die Optionen moderner Techniken – von Implantologie
bis CAD/CAM

13.00 – 13.10 Uhr Diskussion

13.10 – 14.30 Uhr Pause/Besuch der Industrierausstellung

Podium Unterspritzung | Ästhetische Chirurgen | Zahnärzte

14.30 – 15.00 Uhr Prof. Dr. Hans Vinzenz Behrbohm/Berlin
Botox, Filler, Chirurgie – was sind die Schnittstellen?

15.00 – 15.30 Uhr Dr. Stefan Lipp/Düsseldorf
Neueste Trends und aktuelle Injektionstechniken
mit monophasischen Hyaluron-Gelen

15.30 – 16.00 Uhr Dr. Andreas Britz/Hamburg
Faltenbehandlung – Füllmaterialien: Welches, Wann, Wo?

16.00 – 16.15 Uhr Diskussion

16.15 – 16.45 Uhr Pause/Besuch der Industrierausstellung

Podium | Ästhetische Chirurgen

16.45 – 17.15 Uhr Prof. Dr. Kurt Vinzenz/Wien (AT)
Total Facial Esthetics – Rejuvenile Chirurgie des alternden
Gesichtes als das „Orofacial Concept of Beauty“

17.15 – 17.45 Uhr Prof. Dr. Hartmut Michalski/Leipzig
Fehler und Gefahren ästhetischer Eingriffe im Gesicht unter
besonderer Beachtung der Rhinoplastik

17.45 – 18.00 Uhr Diskussion

Podium | Zahnärzte

14.30 – 15.00 Uhr	Dr. Gerhard Werling/Bellheim Muss es immer Zirkon sein? Komplexe, höchstästhetische Vollkeramik- versorgungen auf Implantaten und Zähnen
15.00 – 15.30 Uhr	Dr. Jürgen Wahlmann/Edeweck Veneers – Von Konventionell bis No Prep. Möglichkeiten und Grenzen
15.30 – 16.00 Uhr	Dr. Jens Voss/Leipzig Smile Esthetics – Von Bleaching bis Non-Prep-Veneers
16.00 – 16.15 Uhr	Diskussion
16.15 – 16.45 Uhr	Pause/Besuch der Industrieausstellung
16.45 – 17.15 Uhr	Dr. Catharina Zantner/Berlin Ästhetische Front- und Seitenzahnrestauration mit Komposit
17.15 – 17.45 Uhr	Dr. Lea Höfel/Garmisch-Partenkirchen Das Streben nach Schönheit als Gratwanderung zwischen physischen und psychischen Problemen
17.45 – 18.00 Uhr	Diskussion

Kongressgebühren

Freitag, 22. Januar 2010 (inkl. Verpflegung)	50,00 € zzgl. MwSt.
Samstag, 23. Januar 2010	
Arzt/Zahnarzt	75,00 € zzgl. MwSt.
Praxispersonal	25,00 € zzgl. MwSt.

Tagungspauschale 50,00 € zzgl. MwSt.
(Umfasst Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Imbiss. Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten.)

Mitglieder der IGÄM und DGKZ erhalten 10 % Rabatt auf die Kongressgebühr.

Parallelveranstaltungen

Qualitätsmanagement – Seminar 2010	
Kursgebühr	395,00 € zzgl. MwSt.
Teampreis (zwei Personen aus einer Praxis)	495,00 € zzgl. MwSt.
Weitere Personen aus der Praxis	150,00 € zzgl. MwSt.
In der Kursgebühr ist ein auf die Praxis personalisiertes QM-Navigationshandbuch enthalten.	
Seminar Smile Esthetics	95,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale	25,00 € zzgl. MwSt.

Nähere Informationen zum Inhalt der Parallelveranstaltung finden Sie auf www.leipziger-symposium.de.

Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. Hartmut Michalski
Dr. Jens Voss

Das wissenschaftliche Programm des Symposiums entstand in Kooperation mit der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V. (IGÄM) und der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ).

Unterstützende Fachgesellschaften

Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V. (IGÄM)
Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ)

Veranstalter/Organisation

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

Fortbildungspunkte Zahnärzte

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und dem Beschluss der KZVB einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und DGZMK.
Bis zu 11 Fortbildungspunkte.

Fortbildungspunkte Ärzte

Bis zu 11 Fortbildungspunkte für Freitag und Samstag.

Nähere Informationen zu den Veranstaltungsorten und Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie auf www.leipziger-symposium.de.

Organisatorisches

Veranstaltungsort

Freitag, 22. Januar 2010

WHITE LOUNGE®
Brühl 4 | 04109 Leipzig
Tel.: 03 41/9 62 52 52
www.white-lounge.com

Samstag, 23. Januar 2010

Marriott Hotel Leipzig
Am Hallischen Tor 1 | 04109 Leipzig
Tel.: 03 41/96 53-0
Fax: 03 41/96 53-9 99

Zimmerbuchungen

Bitte direkt im Marriott Hotel Leipzig unter dem Stichwort: „Leipziger Symposium 2010“
Tel.: 03 41/96 53-0 | Fax: 03 41/96 53-9 99

Zimmerpreise

EZ: 125,- €* DZ: 144,- €*
*Die Zimmerpreise verstehen sich inkl. Frühstück.

Hinweis: Informieren Sie sich vor Zimmerbuchung bitte über eventuelle Sondertarife. Es kann durchaus sein, dass über Internet oder Reisebüros günstigere Konditionen erreichbar sind.

Zimmerbuchungen in unterschiedlichen Kategorien

PRS HOTEL RESERVATION
PRs Hotel Reservation
Tel.: 02 11/51 36 90-61 | Fax: 02 11/51 36 90-62
E-Mail: info@prime-con.de



OEMUS MEDIA AG

Anmeldeformular per Fax an

03 41/4 84 74-2 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Für das 2. Leipziger Symposium für rejuvenile Medizin und Zahnmedizin am 22./23. Januar 2010 in Leipzig melde ich folgende Personen verbindlich an:

	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Workshop* 1. Staffel _____ 2. Staffel _____	Seminare <input type="checkbox"/> QM <input type="checkbox"/> Smile Esthetics	Samstag Podium <input type="checkbox"/> Unterspritzung <input type="checkbox"/> Ästhet. Chirurgie <input type="checkbox"/> Zahnärzte
Name, Vorname, Tätigkeit	IGÄM/DGKZ-Mitglied	(Bitte Nummer eintragen bzw. ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Workshop* 1. Staffel _____ 2. Staffel _____	Seminare <input type="checkbox"/> QM <input type="checkbox"/> Smile Esthetics	Samstag Podium <input type="checkbox"/> Unterspritzung <input type="checkbox"/> Ästhet. Chirurgie <input type="checkbox"/> Zahnärzte
Name, Vorname, Tätigkeit	IGÄM/DGKZ-Mitglied	(Bitte Nummer eintragen bzw. ankreuzen)		

* Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Staffel nur an einem Workshop teilnehmen können!

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des 2. Leipziger Symposiums für rejuvenile Medizin und Zahnmedizin erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:



Das renommierte US-Institut The Dental Advisor hat Rebuilda Post System, das Komplettsystem zur postendodontischen Versorgung, mit 5 von 5 Wertungspunkten und damit der Bestnote „Editors' Choice“ ausgezeichnet.



Postendodontische Versorgung ausgezeichnet

Autor: Carla Senf

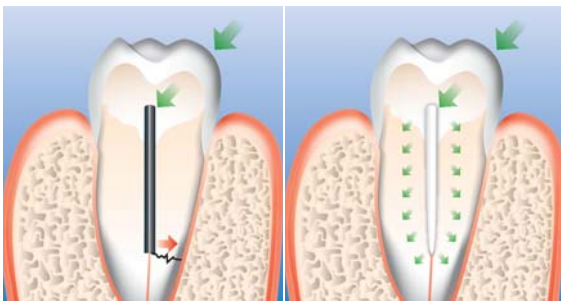


Abb. 1: Metallstift – Wurzelfraktur. – **Abb. 2:** Rebuilda Post – dentinähnliche Elastizität.

Abb. 1, 2: Rebuilda Post System ist ein Komplettsystem für postendodontische Versorgungen. Die dentinähnliche Elastizität sorgt – im Gegensatz zu Metall- oder Keramikstiften – für eine gleichmäßige Verteilung der auftretenden Kräfte und minimiert so die Gefahr von Wurzelfrakturen. Zudem führt die hohe Biegefestigkeit zu einer sehr guten Ermüdungs- und Bruchresistenz von Rebuilda Post und damit zu einer ebenso sicheren wie langlebigen Restauration.

Im Vorfeld der Auszeichnung hatten amerikanische Zahnärzte Rebuilda Post System in über 200 Anwendungen getestet und waren begeistert von dieser VOCO-Entwicklung zur postendodontischen Versorgung. „Ein Komplettsystem mit optimalem Umfang“, „Das beste Komplettsystem, das ich je gesehen habe“, „Eine exzellente Abstimmung von Bohrern und Wurzelstiften“ sind eine Auswahl von Stimmen zu Rebuilda Post System. Die US-Zahnärzte beeindruckte sowohl der Umfang als auch die einfache Handhabung der Systemkomponenten. Allein 64 Prozent der Zahnärzte, die an dieser Erhebung teilnahmen, bewerteten Rebuilda Post System besser als das von ihnen bis dahin eingesetzte Wurzelstift-Produkt und würden auch künftig auf Rebuilda Post System zurückgreifen.

Dentinähnliche Eigenschaften

Mit dem glasfaserverstärkten Composite-Wurzelstift Rebuilda Post präsentiert VOCO eine optimale Ergänzung zum dualhärtenden Stumpfaufbau- und Befestigungsmaterial Rebuilda DC. Der besonders röntgenopake, transluzente Rebuilda Post mit dentinähnlichem Elastizitätsverhalten führt, verankert mittels Adhäsivtechnik, zu einer dauerhaften und ästhetisch hochwertigen, metallfreien Restauration. Die Entwicklung des Rebuilda Post hat sich eng an den physikalischen Eigenschaften des Dentins orientiert. Die dentinähnliche Elastizität sorgt dabei – im Gegensatz zu Metall- oder Keramikstiften – für eine gleichmäßige Verteilung der auftretenden Kräfte und minimiert so die Gefahr von Wurzelfrakturen. Darüber hinaus führt die hohe Biegefestigkeit zu einer sehr guten Ermüdungs- und Bruchresistenz der Stifte und damit zu einer langlebigen Restauration. Die zylindrisch-konische Geometrie entspricht dem anatomischen Verlauf der Zahnwurzel, wodurch eine substanzschonende Präparation ermöglicht wird. Auch die Transluzenz ist genau an das Dentin angepasst, wobei der Rebuilda Post die hervorragenden optischen Eigenschaften mit einer exzellenten Röntgensichtbarkeit, einer hohen Biokompatibilität und leichter Entfernbarkeit kombiniert.

Das System-Konzept

Rebuilda Post ist Bestandteil eines kompletten, aufeinander abgestimmten Stiffaufbausystems (Rebuilda DC, Futurabond DC, Ceramic Bond, Zubehör). Wie das bewährte Stumpfaufbaumaterial Rebuilda DC besteht der neue Wurzelstift aus einer Dimethacrylat-Matrix, sodass ein zuverlässiger Verbund unter Aufbau eines stabilen Monoblocks erzielt wird. Mit Futurabond DC wird zudem in einer einfachen, zeitsparenden Anwendung ein sicherer Verbund zum Dentin erreicht. Mit den neuen Endo-Brushes (VOCO Endo Tim) und den Endo-Kanülen wird die postendodontische Arbeit wesentlich erleichtert. Das innovative Wurzelstift-Komplettsystem von VOCO erhöht die klinische Sicherheit, da alle Bestandteile aufeinander abgestimmt sind und vollständig zur Hand sind, wenn eine postendodontische Versorgung ansteht. Rebuilda Post ist in drei Größen ($\varnothing 1,2$ mm, $\varnothing 1,5$ mm, $\varnothing 2,0$ mm) mit den dazugehörigen Bohrern sowohl im Rahmen eines Wurzelstift-Intro-Sets als auch eines kompletten Angebots zur postendodontischen Versorgung erhältlich, wobei das neue System-Set auf 15 Behandlungen ausgelegt ist. ◀

kontakt

VOCO GmbH
Postfach 7 67
27457 Cuxhaven
www.voco.de

Das Versandhandelsunternehmen NETdental aus Hannover vertreibt Produkte für die zahnärztliche Praxis. Auch dieses Jahr erschien wieder ein Spezialkatalog zur Endodontie. Wir sprachen darüber mit Lars Pastoor, geschäftsführender Gesellschafter der NETdental GmbH.

Vom Spezialisten für den Spezialisten

Autor: Carla Senf

Herr Pastoor, unter dem Slogan „So einfach ist das.“ vertreibt NETdental seit dem Jahr 2000 Produkte für den täglichen Bedarf in der zahnärztlichen Praxis. Welche Vorteile bietet der Versandhandel?

NETdental hat sich bewusst auf die täglichen Verbrauchsmaterialien der Zahnarztpraxis spezialisiert. Wir bieten alle Produkte, die die Praxis braucht, ohne großen Schnickschnack zu vernünftigen Preisen. Das Ganze ist einfach und praktisch organisiert. Die perfekte Alternative für alle Praxisteam, die unkompliziert, schnell und kostenorientiert den täglichen Bedarf decken wollen.

Was hat Sie dazu bewogen, neben dem Katalog für den normalen Praxisbedarf einen separaten Spezialkatalog für die Endodontie zu erstellen?

Wer sich spezialisiert, hat allen Grund wirtschaftlich zu rechnen. Deshalb beinhaltet dieser Katalog ein übersichtliches und attraktives Angebot mit speziellen Produkten für die Endodontie, mit Materialien und Instrumenten der renommierten Marken und Hersteller zu attraktiven Preisen, damit die Praxis erfolgreich wirtschaften kann.

Welche Innovationen bietet der Katalog?

Neben den Neuheiten, die die führenden Hersteller auf der IDS 2009 in Köln gezeigt haben, wird vor allem auf die Abbildung der vollständigen Systeme Wert gelegt. Nicht nur die gängigen Artikel werden abgebildet, sondern das jeweilige Komplettsystem des



Gibt es Planungen auch für andere Spezialgebiete der Zahnmedizin, Kataloge herauszubringen?

Ja, wir werden weitere Spezialkataloge mit Schwerpunktthemen herausbringen. Zudem gibt es bereits den Eigenmarkenkatalog von NETdental mit Verbrauchsmaterialien des täglichen Praxisbedarfs. Entsprechend unseres Claims „So einfach ist das.“ schaffen wir der Zahnarztpraxis einen Mehrwert beim Ablauf des Bestellvorgangs, kombiniert mit attraktiven Konditionen und einem 24-Stunden-Lieferservice.

Herr Pastoor, vielen Dank für das Gespräch! ◀

Herstellers. Dies beugt Irritationen und Falschbestellungen vor, und wer möchte sich schon mit der langwierigen Suche nach der Artikelnummer aufhalten und dann am Folgetag doch den falschen Artikel in der Hand halten?

Wie kann der interessierte Zahnarzt den neuen NETdental-Endodontie-Spezialkatalog erhalten?

Ein Anruf genügt und wir senden den Katalog an den Zahnarzt. Die Endodontologen hatten den letzten Katalog sehr begrüßt, da sie sich in ihrer Praxis um das Wesentliche, den Patienten, kümmern konnten.

ZWP online

Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

kontakt

NETdental GmbH
Owidenfeldstraße 6
30559 Hannover
Tel.: 05 11/35 32 40-0
Fax: 05 11/35 32 40-40
E-Mail: info@netdental.de
www.netdental.de



Perfect Smile –

Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik

mit Dr. Jürgen Wahlmann/Edeweicht

Sponsoren:



Veneers von konventionell bis No Prep – Step-by-Step. Ein praktischer Demonstrations- und Arbeitskurs an Modellen

Weiß und idealtypisch wünschen sich mehr und mehr Patienten ihre Zähne. Vorbei die Zeit, in der es State of the Art war, künstliche Zähne so „natürlich“ wie nur irgend möglich zu gestalten. Das, was Mitte der Neunzigerjahre noch als typisch amerikanisch galt, hat inzwischen auch in unseren Breiten Einzug gehalten – der Wunsch nach den strahlend weißen und idealtypisch geformten Zähnen. Neben den Patienten, die sich die Optik ihrer Zähne im Zuge ohnehin notwendiger restaurativer, prothetischer und/oder implantologischer Behandlungen verbessern lassen, kommen immer mehr auch jene, die sich wünschen, dass ihre „gesunden“ Zähne durch kieferorthopädische Maßnahmen, Bleaching, Veneers oder ästhetische Front- und Seitenzahnrestaurationen noch perfekter aussehen.

Und im Gegensatz zu früher will man auch, dass das in die Zähne investierte Geld im Ergebnis vom sozialen Umfeld wahrgenommen wird. Medial tagtäglich protegiert, sind schöne Zähne heute längst zum Statussymbol geworden.

Um den Selbstzahler, der eine vor allem kosmetisch motivierte Behandlung wünscht, zufriedenstellen zu können, bedarf es minimalinvasiver Verfahren und absoluter High-End-Zahnmedizin.

Der nachstehend kombinierte Theorie- und Arbeitskurs vermittelt Ihnen alle wesentlichen Kenntnisse in der Veneertechnik und wird Sie in die Lage versetzen, den Wünschen Ihrer Patienten nach einem strahlenden Lächeln noch besser entsprechen zu können.

Kursbeschreibung

1. Teil: Demonstration aller Schritte von A bis Z am Beispiel eines Patientenfalles (Fotos)

- A Erstberatung, Modelle, Fotos (AACD Views)
- B Perfect Smile Prinzipien
- C Fallplanung (KFO-Vorbehandlung, No Prep oder konventionell)
- D Wax-up, Präparationswax, Mock-up-Schablone
- E Präparationsablauf (Arch Bow, Deep Cut, Mock-up, Präparationsformen)
- F Laser Contouring der Gingiva
- G Evaluierung der Präparation
- H Abdrucknahme
- I Provisorium
- J Einprobe
- K Zementieren
- L Endergebnisse
- M No Prep Veneers (Lumineers) als minimalinvasive Alternative

2. Teil: Praktischer Workshop, jeder Teilnehmer vollzieht am Modell den in Teil 1 vorgestellten Patientenfall nach

- A Herstellung der Silikonwäule für Präparation und Mock-up/Provisorium
- B Präparation von bis zu 10 Veneers (15 bis 25) am Modell
- C Evaluierung der Präparation
- D Laserübung am Schweinekiefer

Termine 2010

- 26.02.10 Unna 13.00 – 19.00 Uhr
- 13.03.10 Düsseldorf 09.00 – 15.00 Uhr
- 19.03.10 Siegen 13.00 – 19.00 Uhr
- 04.06.10 Warnemünde 13.00 – 19.00 Uhr
- 18.06.10 Lindau 13.00 – 19.00 Uhr
- 11.09.10 Leipzig 09.00 – 15.00 Uhr
- 17.09.10 Konstanz 13.00 – 19.00 Uhr
- 02.10.10 Berlin 09.00 – 15.00 Uhr

Organisatorisches

Kursgebühr: 445,- € zzgl. MwSt. (In der Gebühr sind Materialien und Modelle enthalten)

Mitglieder der DGKZ erhalten 45,- € Rabatt auf die Kursgebühr.

Tagungspauschale: 45,- € zzgl. MwSt. (Verpflegung und Tagungsgetränke)

Veranstalter

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

Hinweis: Nähere Informationen zum Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-2 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29

04229 Leipzig

Für den Kurs **Perfect Smile – Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik 2010**

- 26. Februar 2010 Unna
- 13. März 2010 Düsseldorf
- 19. März 2010 Siegen
- 04. Juni 2010 Warnemünde
- 18. Juni 2010 Lindau
- 11. September 2010 Leipzig
- 17. September 2010 Konstanz
- 02. Oktober 2010 Berlin

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

_____ ja nein ja nein
Name/Vorname DGKZ-Mitglied Name/Vorname DGKZ-Mitglied

Praxisstempel

E-Mail: _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.
Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kasten ein.

Datum/Unterschrift

Vom 12.–14. November fand in Wiesbaden eine Veranstaltung statt, die in dieser Form noch nicht existierte – die drei deutschen Fachgesellschaften für Endodontie, AGET, DGEndo und VDZE, boten ein hochkarätiges Programm mit international renommierten Referenten bei ihrer 1. Gemeinsamen wissenschaftlichen Tagung der deutschen endodontischen Fachgesellschaften.



Drei auf einen Streich

Autor: Dr. Sebastian Riedel



Nach insgesamt 16 Monaten Vorbereitungszeit konnten die mit der Organisation betrauten Kollegen Mitte November auf eine Tagung blicken, bei der etwas Besonderes zugrunde lag: Die Betonung der Gemeinsamkeiten innerhalb des Fachgebietes Endodontie wird die künftige Arbeit der Gesellschaften maßgeblich beeinflussen und die Bedeutung der Endodontologie innerhalb der Zahnheilkunde unterstreichen, vor allem hinsichtlich der Erhaltung des eigenen Zahns als erste Behandlungsoption.

Der Pre-Congress

Am Donnerstag bot sich den Teilnehmern in unterschiedlichen Workshops die Chance, so-

wohl theoretische als auch praktische Fragestellungen in kleinen Gruppen zu bearbeiten. Exemplarisch soll hier Prof. Dr. Michael Hülsmann (Göttingen) stehen, der sehr detailliert beschrieb, wie eine wissenschaftliche Publikation zu verfassen ist, denn viele endodontisch interessierte Kollegen präsentieren bereits Fälle in Internet-Diskussionsforen und spielen mit dem Gedanken, eine Fallpräsentation in einem Fachmagazin zu veröffentlichen. Praktische Kurse, wie beispielsweise der von Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhardt (Halle/

Saale) zum effektiven Einsatz eines Feilen-systems zur Revision von Wurzelfüllungen, bringen nachvollziehbaren Nutzen, der in der täglichen Praxis direkt anwendbar ist. Außerdem gab es Kurse, in welchen Teilnehmer eigene mitgebrachte Fälle anhand von Präsentationen zur Diskussion stellten. Unter der Moderation von Dr. Clemens Bargholz (Hamburg) kam es auch hier zum regen Austausch zwischen erfahrenen Kollegen und solchen, die erste Schritte auf gehobenem endodontischen Niveau unternehmen.

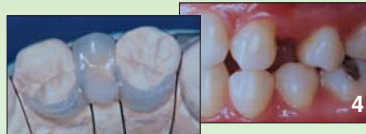


everStick® Verstärkungsfasern



FRC Composite

ermöglichen kreative Lösungen für



1. direkte Komposit-Brücken
2. direkte Schienenungen/ Retainer
3. indirekte ästhetische Brücken
4. indirekte Kleber-restaurationen (metallfrei)
5. individuelle Glasfaser-Stiftaufbauten
6. Verstärkung von Prothesenkunststoffen
7. Verstärkung von Acrylat-Provisorien.

everStick® besteht aus PMMA-beschichteten, in lichthärtendem Komposit eingebetteten Glasfasern. Diese Faserstränge lassen sich chemisch an Kunststoffe und Dentin bonden.



Fordern Sie noch heute unsere everStick®-Broschüre an, die Ihnen die vielseitigen Möglichkeiten von everStick® erläutert!



Mitgliederversammlungen und Get-together

Die einzelnen Fachgesellschaften hielten am Donnerstagabend ihre jährlich stattfindende Hauptversammlung ab. Der erste Tag klang dann an der Hotelbar im Rahmen eines Get-together stimmungsvoll aus, bei lockerer Atmosphäre entspannten die schon anwesenden Kollegen vor dem bevorstehenden Hauptkongress.

Der Hauptkongress

Nach der Begrüßung durch die Präsidenten bzw. Vorsitzenden der endodontischen Fachgesellschaften begann der Hauptkongress mit einem amerikanischen Kollegen – die Vorträge wurden dabei simultan ins Deutsche übersetzt. Das erste Thema „Prinzipien und Strategien in der zeitgemäßen Endodontie“ wurde von drei Referenten gemeinsam aufbauend erschlossen. Dr. Frank Setzer (University of Pennsylvania) erörterte die Planung einer endodontischen Behandlung. Die Entscheidungsfindung wurde immer wieder durch die zu erwartenden Erfolgsprognosen gesteuert und ebenfalls kritisch in Hinblick auf Alternativen hinterfragt. Meetu R. Kohli (University of Pennsylvania) fasste die vorhandene Literatur zum Vergleich von chirurgischen und nichtchirurgischen Revisionsbehandlungen zusammen – sehr professionell konnte sie die wichtigen Punkte einer sicherlich sehr aufwendigen Recherche unter praktischem Blickwinkel darlegen. Dr. Helmut Walsch (München) brillierte mit seinem Vortrag, indem er Fälle aus seinem Repertoire vorstellte, die der Vermittlung von notwendigen Voraussetzungen dienen, die die Revisionsbehandlungen voraussagbar erfolgreich machen. Die exzellente Dokumentation begeisterte die relativ unerfahrenen Teilnehmer, schiebt aber auch für „alte Hasen“ der Endodontie die Messlatte immer wieder ein Stück nach oben. Regelmäßige Pausen mit reichhaltiger Verpflegung sorgten für Abwechslung und ermüdungsfreies Anwesendensein, zahlreiche Aussteller in der Dentalschau luden dabei die Besucher ein, Produkte zu „beschnuppern“ oder gleich zu attraktiven Messekonditionen zu erwerben. Am Nachmittag gelang es Prof. Dr. Detlef Heidemann (Frankfurt am Main), mit einem geschichtlichen Streifzug den Bogen zu spannen zwischen altägyptischen Malaissen der Pharaonen, mittelalterlichen Behandlungsoptionen und unserem aus dieser Tradition entstandenen heutigen zahnärztlichen und endodontischen Handeln.

StickTech

LOSER & CO
öfter mal was Gutes...



LOSER & CO GMBH · VERTRIEB VON DENTALPRODUKTEN
BENZSTRASSE 1c, D-51381 LEVERKUSEN
TELEFON: 0 21 71/70 66 70, FAX: 0 21 71/70 66 66
email: info@loser.de



Dr. h.c. Jens Ove Andreasen (Kopenhagen) konnte eindringlich veranschaulichen, wie wichtig es ist, im Falle eines in der Praxis erscheinenden Trauma-Patienten schnell die richtigen Entscheidungen zu treffen. Seine vorgestellten Richtlinien zur adäquaten Behandlung der verschiedenen dentalen Trauma-Arten sollte bei jedem Kollegen für den Fall der Fälle griffbereit in der Praxis vorhanden sein.

Die Endo-Night

Im Nassauer Hof in Wiesbadens Zentrum fand die offizielle Abendveranstaltung statt. Im Rahmen des kulinarischen Verwöhnprogramms wurden zahlreiche Preise in verschiedenen Endo-Disziplinen vergeben. Natürlich wurde an den Tischen und anschließend beim Tanz und in der Hotelbar kräftig gefachsimpelt und Networking betrieben.

Der zweite Kongresstag

Ein ganz aktuelles Thema „Die Einführung des CT und der digitalen Volumentomografie in der Endodontie“ wurde am Morgen des nächsten Tages anschaulich und umfassend von Dr. Edgar Hirsch (Leipzig) präsentiert. Anschließend zeigte Prof. Pertot (Marseille) in seinem Vortrag das von ihm praktizierte Vorgehen beim Verschluss von Perforationen. Dieser Vortrag war sicherlich deshalb so gut besucht, da sich viele der Anwesenden immer wieder, vor allem bei vorbehandelten Zähnen, mit diesem Sachverhalt auseinandersetzen müssen.

Die Präsentation von Dr. Ricucci (Cetraro, Italien) war gespickt mit vielen Histologie-Aufnahmen, die deutlich machen sollten, welchen Einfluss auf die zellulären Vorgänge im Bereich des Apex eine korrekte Aufbereitung, Desinfektion und dichte Wurzelfüllung ha-

ben – teilweise ebenso ernüchternd wie augenöffnend. Zu keinem Zeitpunkt während des zweistündigen Auftritts ließ er den Spannungsbogen sinken, sondern fesselte die Kollegen mit den Ansichten dessen, was jeder täglich in der eigenen Praxis verursacht bzw. zu erreichen vermag.

Der letzte Referent dieses Kongresses war Prof. Dr. Paul Dummer (Cardiff). Sein Vortrag befasste sich mit den Zusammenhängen zwischen biologisch nachvollziehbarer Heilung und den technischen Parametern, die hierfür verantwortlich sind und im Rahmen der endodontischen Behandlung beachtet werden müssen.

Die 1. Gemeinsame wissenschaftliche Tagung der deutschen endodontischen Fachgesellschaften konnte der deutschen Endodontie neue Impulse geben und den Grundstein für eine fruchtbare Zusammenarbeit in der Zukunft legen. ◀

ANZEIGE



„Der Wissensvorsprung für unsere Praxis!“

Berufsbegleitendes Studium Implantologie



Mit dem akkreditierten universitären IMC Konzept

- ▶ **Universitär.**
Postgraduierter Masterstudiengang des Universitätsverbundes Berlin, Budapest, Düsseldorf, Essen, Leipzig, Münster, Szeged
- ▶ **Interaktiv.**
Reduzierte Anwesenheit durch interaktive Online-Lehre und interaktives Wissensmanagement via Internet
- ▶ **Praktisch.**
Umfangreiche Ausbildung in anatomischen Übungen, klinischen Blockpraktika und fachspezifischen Seminaren.

IMC MASTER-PROGRAM

- reduzierte Anwesenheit durch Online-Lehre
- intensive chirurgisch/praktische Ausbildung

IMC FORTBILDUNG

strukturierte kontinuierliche Online-Fortbildungen, Präsenzveranstaltungen in Kursen u. Seminaren

IMC WIKI

Wissensdatenbank von der Klinik gepflegt und für Ihre Praxis immer abrufbar.

IMC-International Medical College
Gartenstraße 21
48147 Münster
Tel: +49 (0)251 210 86 39
imc@med-college.de

www.med-college.de

Keimfrei im Wurzelkanal

Mit FotoSan, einem hochwirksamen Verfahren der lichtaktivierten Desinfektion, bietet LOSER & CO ein effizientes und gleichzeitig preiswertes Produkt zur Bekämpfung von Bakterieninfektionen an. Dabei wird eine fotoaktive Substanz (Fotosensitizer) auf Basis des Farbstoffes Toluidinblau mit einem speziellen LED-Licht bestrahlt und nimmt dadurch Energie auf. Diese Energie spaltet Sauerstoff in Radikale und versetzt ihn dadurch in die Lage, Zellwände von Bakterien selektiv zu zerstören. Der Fotosensitizer FotoSan-Agent wird mittels einer Kanüle aufgezogen und in die tiefe Tasche oder in den Wurzelkanal appliziert. Anschließend wird mit dem Foto-San LED-Licht 10 bis 30 Sekunden belichtet. Gerade in der Endo-



dontie wirkt FotoSan sehr effektiv in Kanalbereichen, die schwer zugänglich und mit hochresistenten Keimen kontaminiert sind. Postodontische Beschwerden treten seltener auf und die Prognose der Behandlung wird deutlich verbessert. Zudem ist das Verfahren völlig schmerzfrei. Die Wirkung gegenüber sämtlichen Mikroorganismen tritt sofort ein, Nebenwirkungen

sind nicht bekannt. Weitere Vorteile liegen auf der Hand: der Wirkstoff FotoSan-Agent ist gezielt applizier- und aktivierbar, d.h., Wirkungsort und Wirkungszeit werden vom Behandler gewählt. Das kabellose LED-Gerät ist einfach bedienbar und mit einem gegenüber Laserverfahren deutlich reduzierten Investitionsvolumen verbunden. Die geringen Kosten pro Anwendung machen das System alltagstauglich.

ZWP online

Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

LOSER & CO GmbH
 Tel.: 0 21 71/70 66 70
www.loser.de

Wissen rund um den Wurzelkanal

Ob Fachzeitschrift für den Implantologen, Oralchirurgen oder Laseranwender, ob für die Dentalhygieniker/-in oder für den Endodontologen – die Journalreihe der Oemus Media AG bedient all diese Spezialgebiete der Zahnmedizin. So richtet sich das viermal jährlich erscheinende Endodontie Journal an alle auf die Endodontie spezialisierten Zahnärzte im deutschsprachigen Raum und ist das auflagenstärkste autorisierte Fachmedium für Praktiker sowie eine der führenden Zeitschriften in diesem Informationssegment. Über 4.000 spezialisierte Leser erhalten durch anwenderorientierte Fallberichte, Studien, Marktübersichten und komprimierte Produktinformationen ein regelmäßiges medizinisches Update aus der Welt der Endodontie. Mit der ersten Ausgabe des Jahres 2009 konnte das



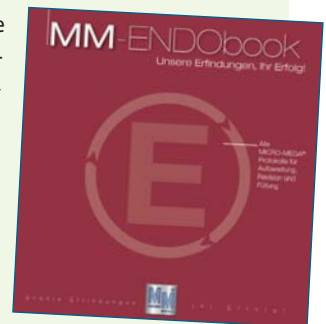
Endodontie Journal bereits in seinen 8. Jahrgang starten. Hinweis: Unter www.zwp-online.info/publikationen ist die aktuelle Ausgabe des Endodontie Journals als E-Paper abrufbar.

Abo-Service:

Oemus Media AG
 Holbeinstraße 29
 04229 Leipzig
 Tel.: 03 41/4 84 74-201
 Fax: 03 41/4 84 74-290
 E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.zwp-online.info/epaper

Endodontie-Techniken zum Nachlesen

Nach sorgfältiger Entwicklung hat MICRO-MEGA® nun das ENDObook auf den Markt gebracht. Das MM-ENDObook ist die Zusammenfassung annähernd aller derzeit aktuellen endodontischen Techniken in einer Broschüre. Von der manuellen Sondierung über Aufbereitung und Revision bis hin zur Füllung werden alle Themen ausführlich beschrieben und mit wertvollen Hinweisen versehen. Die Auswahl der geeigneten Instrumente wird dem Leser leicht gemacht. Es fehlen auch keine Querverweise auf hilfreiche zusätzliche Techniken und Anwendungen. Teilweise werden mehrere Techniken beschrieben, die dem gleichen Behandlungsziel dienen. Dadurch wird das MM-ENDObook so vielseitig. Besonders hervorzuheben sind auch die eingängigen Illustrationen, die die von MICRO-MEGA® entwickelten Behandlungssequenzen veranschaulichen und jedem Zahnarzt sofort die jeweiligen Techniken und Vorgehensweisen sowie die geeigneten Instrumente nahe bringen. Die jahrelange Erfahrung von MICRO-MEGA®, das im kommenden Jahr sein 105-jähriges Firmenjubiläum begehen wird, kann aus den hier beschriebenen Instrumenten und den von dem Unternehmen entwickelten Techniken und Sequenzen abgeleitet werden. Das MM-ENDObook kann ab sofort kostenlos unter marketing@micro-mega.com bestellt werden.



MICRO-MEGA® Dental Vertrieb GmbH & Co. KG
 Tel.: 0 60 81/44 39-0
www.micro-mega.com

Selbstanmischender Wurzelkanal-Sealer

2Seal ist ein seit vielen Jahren bewährter Wurzelkanal-Sealer auf Epoxid-Aminharz Basis. 2Seal gibt es als 2-Pasten-Produkt in Tuben und jetzt neu auch in einer selbstanmischenden Doppelkammerspritze: 2Seal easymiX. Die leicht austauschbaren Mischkanülen sind mit frei beweglichen Intraoral-Spitzen versehen und können zur direkten Applikation in den Kanal verwendet werden, ohne zu tropfen, ohne Reste und das Mischverhältnis ist immer optimal.

Das bewährte Material 2Seal ist dabei ein rundum ausgereiftes Produkt mit anerkannt guten Eigenschaften, biokompatibel, ohne

toxische Zusätze und zeichnet sich durch gute Viskosität und besonders hohen Röntgenkontrast aus. Es eignet sich für kalte und warme Obturationstechniken. Und, die neue Darreichungsform verbessert nun Handhabung und Präzision der Anmischung beider Komponenten erheblich.

Aus gutem Grund empfehlen die DGZ und DGZMK Epoxidharz-Sealer: wegen ihres guten Abdichtungsvermögens, hoher Volumenbeständigkeit sowie des im abgebundenen Zustand biologisch inerten Verhaltens. Epoxidharz-Sealer wurden in mehr als 90 Studien ausführlich getestet und haben sich in der klinischen Anwendung bewährt.

2Seal easymiX ist als Starter Kit mit 1 Doppelkammerspritze, 20 Mischkanülen mit Intraoral-Spitzen, 1 Mischblock und 1 praktischen Schubladen-Organizer erhältlich. Die Spritzen gibt es auch im Zweierpack und die Mischkanülen im Nachfüllpack zu 40 Stück.

VDW GmbH

Tel.: 0 89/6 27 34-0

www.vdw-dental.com



Ultraschallbehandlung ohne Schmerzen

Die integrierte i.Piezon-Technologie im Ultraschall-Scaler Piezon Master 700 von EMS sorgt für ein harmonisches Zusammenspiel zwischen den original Piezon Handstücken und den EMS Swiss Instrumenten aus biokompatiblen Chirurgiestahl. Das i.Piezon-Modul steuert die Instrumente

in ihren deutlich linearen, parallel zum Zahn verlaufenden Schwingungen und ist aufgrund seiner 32.000 Bewegungen der Instrumente pro Sekunde äußerst effizient. Die intelligente Feedback-Kontrolle minimiert Angriffe auf die Zahnschubstanz. Das Resultat sind glatte Zahnoberflächen bei Schonung des Zahnfleisches.

Das ist die Formel für Präzision und eine praktisch schmerzfreie Behandlung durch optimale Instrumentenbewegung. Die ausbalancierten Piezon Handstücke zeigen, wie man mit den sechs rund um die Spitze des Handstückes angeordneten Leuchtdioden (LEDs) eine erheblich verbesserte Ausleuchtung des Mundraumes erzielen kann. Diese Neuerung ermöglicht Zahnärzten eine noch präzisere Handhabung der Ultraschallinstrumente, was ein weiteres Plus an Präzision bei Perio- und Wurzelkanalbehandlungen, Zahnsteinentfernung, Kavitätenpräparation und anderen konservierenden Maßnahmen bedeutet. Das fugenfreie sowie ergonomisch-hygienisch gestaltete Gehäuse fördert einen hohen Bedienkomfort. Sein Touchpanel kann durch einfaches Streichen über die selbsterklärenden Bedienelemente oder Tippen auf die gewünschte Leistung schnell und präzise betätigt werden. So lassen sich alle Anforderungen an Übersichtlichkeit und insbesondere an die Hygiene erfüllen.



EMS Electro Medical Systems GmbH

Tel.: 0 89/42 71 61-0

www.ems-ch.de

ZWP online

Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Endodontische Alternative

Eine seit Jahren bekannte und praxiserprobte Alternative zur konventionellen Endodontie ist die Depotphorese® mit Cupral®. Diese bietet unkompliziert und ohne großen apparativen Aufwand höchste Erfolgsquoten und findet daher in zahlreichen allgemeinmedizinischen Praxen Anwendung. Der Erfolg dieser Methode beruht auf der Wirkung des Stoffes Cupral®, das aus einem kleinen Depot im Wurzelkanaleingang mittels eines elektrischen Feldes durch alle Arme des apikalen Deltas transportiert wird. Die Foramina werden systematisch durch Osteozement verschlossen. Da selbst bei stark gangränösen Zähnen nur zwei Drittel der Kanallänge aufbereitet



werden müssen, wird die Zahnhartsubstanz geschont. Als definitives Füllmaterial wird der Atacamit-Wurzelfüllzement empfohlen, der durch seine Alkalität in Verbindung mit Ionen des Kupfers ebenfalls den besonderen Anforderungen für die permanente Sterilität gerecht wird. Das Depotphorese®-Gerät Komfort II ist noch bis Jahresende als Starter-Set mit komplettem Zubehör für 795,00 € netto erhältlich.

HUMANCHEMIE GmbH

Tel.: 0 51 81/2 46 33

www.humanchemie.de

ERFAHRUNG MACHT DEN UNTERSCHIED.



IMPLANTOLOGIE Curriculum 26.04. - 02.05.2010 GÖTTINGEN

Drei Gründe, warum immer mehr Kollegen ihr Curriculum Implantologie beim DZOI machen:

- **Dezentrales Chairside Teaching**
...praktische Ausbildung in einer Teaching Praxis eines Kollegen ganz in Ihrer Nähe.
Die Termine stimmen Sie selbst mit der Praxis ab!
- **Blockunterricht**
...konzentrierter Unterricht – 6 Tage an der Universität Göttingen!
- **Testbericht**
...weil die ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis in ihrem großen Curricula-Vergleichstest festgestellt hat:

„Schneller und kompakter gelingt der Einstieg in die Implantologie woanders kaum!“

LASERZAHNMEDIZIN Curriculum 16.04. - 18.04.2010 HAMBURG

Zertifizierte Weiterbildung in Zusammenarbeit mit der SOLA unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Manfred Wittschier:

- **2-Tages-Intensivkurs Modul I**
- **Physikalische u. rechtliche Grundlagen**
- **Zertifikat Laserschutzbeauftragter inklusive**
- **Praktische Übungen mit allen wichtigen Wellenlängen**



Informationen und Anmeldung:

Deutsches Zentrum
für orale Implantologie e.V.

Hauptstr. 7 a | 82275 Emmering
Tel.: 0 81 41.53 44 56 | Fax: 0 81 41.53 45 46
office@dzoI.de | www.dzoI.de

Welchen Zusatznutzen bringt „Minimum Intervention“?

Zu einem modernen Kariesmanagement gehören umfassende Präventionsmaßnahmen, der frühzeitige Nachweis potenzieller Risikofaktoren, die Kontrolle der Erkrankung und bei Bedarf die Reparatur kariöser Schäden. „Minimum Intervention“ (MI) – so lautet dieser medizinische Ansatz in der Kariesprophylaxe, der seit vielen Jahren von der Firma GC weltweit unterstützt und vorangetrieben wird. Um zu erfahren, wie sich MI in den Praxisalltag integrieren lässt, hatte GC Germany Anfang November einige Prophylaxe-Profis zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch in die erst kürzlich bezogene Firmenzentrale nach Bad Homburg eingeladen.



Bevor die Zahnärzte und ZMFs jedoch über die unterschiedlichen Ansätze zur Umsetzung des Minimum Intervention-Konzepts diskutierten, gab Prof. Dr. Elmar Reich den Teilnehmern einen Überblick über die Möglichkeiten moderner Präventionsmaterialien und -methoden sowie Einblicke in sein persönliches MI-Prophylaxekonzept in seiner Biberacher Praxis. Prof. Reich: „Die meisten Firmen, die sich Prophylaxe auf die Fahnen geschrieben haben, stellen Zahnpasten her. Doch mit Fluorid allein kann Karies nicht geheilt werden. Es geht vielmehr um ein umfassendes Prophylaxekonzept, aber auch um Dauerhaftigkeit und Recall.“ Der überzeugte Prophylaxe-Experte fuhr fort: „Karies ist keine Krankheit, wo wir den Notarzt holen müssen. Wir müssen auch nicht immer sofort zum Bohrer greifen. Mundgesundheit erreichen wir vor allem durch eine Reduktion der Risikofaktoren. Daher kommt der Diagnose, die auf einer vergleichenden Dokumentation basieren sollte, eine wichtige Rolle zu.“

Das Forschungsinteresse gehe eindeutig in Richtung Kariesrisikoerkennung, so Prof. Reich weiter. So würden heute bereits Faktoren berücksichtigt und gemessen, die man früher kaum beachtet hat – wie die Messung von unstimuliertem Speichelfluss, Bakterien, Plaque-pH etc. Das sei zwar nicht neu, werde aber als Gesamtkonzept im Sinne von Minimum Intervention in den meisten Zahnarztpraxen immer noch nicht konsequent umgesetzt.

Im Anschluss an seinen Vortrag diskutierten die Zahnärzte und ZMFs in zwei Workshopgruppen den zusätzlichen Nutzen von MI für Praxis und Patient. Einige Vorteile für die Zahnarztpraxis lauteten zum Beispiel: eine bessere Planungssicherheit für alle Beteiligten, Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Fachärzten und Zahnmedizinerinnen, Kompetenzzugewinn und Umsatzsteigerung sowie eine gute Patientenbindung und -zufriedenheit. Positiv für den Patienten seien vor allem eine Verbesserung der Gesundheit bzw. der Lebensqualität, weniger Schmerzen und (Krankheits-)Belastungen sowie eine langfristige Kostenersparnis und ein angenehmes (Wellness-) Erlebnis beim Zahnarzt.

Ob Recall-Quote, Erstmotivation der Patienten, nachhaltige Kundenbindung oder evidenzbasierte Diagnose- und Aufklärungstools: Die Teilnehmer der Expertenrunde bei GC ließen kein Thema aus. Ihr Fazit: Ein systematischer MI-Behandlungsplan mit unterschiedlichen Modulen für die Standard- und die individuelle Lösung, der sich zudem in vorhandene Systeme integrieren lasse, würde den Teamgedanken stärken und einen logischen und positiven Austausch zwischen Patient und Praxis ermöglichen. Der derzeit von GC entwickelte „Minimum Intervention Treatment Plan“ (MITP) mit den vier MI-Grundsätzen Erkennen, Vorbeugen, Wiederherstellen und Recall würde demnach nicht nur die Lebensqualität des Patienten nachhaltig verbessern, sondern langfristig auch die Leistungsfähigkeit, die wirtschaftliche Situation und das Praxisimage.

GC Germany GmbH
Tel.: 0 61 72/9 95 96-0
www.gcgermany.de

Ein Handstück für drei Anwendungsgebiete

Das neue leistungsstarke Ultraschall-Chirurgiesystem mit Licht von NSK überzeugt in erster Linie durch seine hervorragende und exakte Schneidleistung. Das VarioSurg vereint in einem Handstück drei Anwendungsgebiete: Parodontologie, Endodontie und Chirurgie. Es unterstützt die Ultraschallkavitation mithilfe von Kühlmittellösung, womit das Operationsfeld frei von Blut gehalten wird. Das erstklassige Lichthandstück sorgt mit leistungsstarken NSK Zellglasstäben für eine optimale und erweiterte Ausleuchtung des Behandlungsfeldes. Während der Knochensektion mit dem VarioSurg wird die Erhitzung des Gewebes verhindert. Dadurch wird die Gefahr einer Osteonekrose verringert und die Beschädigung des angrenzenden Zahnfleisches bei versehentlichem Kontakt vermieden. Dies erreicht das Gerät durch Ultraschallvibrationen, die ausschließlich ausgewählte, mineralisierte Hartgewebebereiche schneiden. Während des Behandeln ist exaktes Bearbeiten schnell und stressfrei gewährleistet. Während der Knochen mit der VarioSurg Ultraschalltechnik mechanisch bearbeitet und abgetragen werden kann, ist das Weichgewebe vor Verletzungen geschützt. Die neuartige Burst-Funktion erhöht die Schneidleistung der Aufsätze um 50 Prozent gegenüber vergleichbaren Geräten. Die Fußsteuerung ist benutzerfreundlich und erlaubt perfekte Kontrolle während komplizierten chirurgischen Eingriffen. Der ansprechend geformte Fußanlasser ist mit einem Bügel ausgestattet, der einfaches Anheben oder Bewegen ermöglicht. Zum VarioSurg ist außerdem eine Sterilisationskassette erhältlich, in der die VarioSurg-Originalteile sowie das Handstück und das Ka-



bel sterilisiert werden können. Das VarioSurg Komplettsset enthält neben dem Ultraschall-Gerät das Handstück mit Licht sowie die Fußsteuerung nach den IPX8-Standards für medizinische Fußsteuerungssysteme.

ZWP online
 Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

NSK Europe GmbH
 Tel.: 0 61 96/7 76 06-0
www.nsk-europe.de

Die Beiträge in dieser Rubrik basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

IMPRESSUM

Verlagsanschrift

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig, Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-1 90, kontakt@oemus-media.de

Ein Supplement von



Chefredaktion Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner Tel.: 03 41/4 84 74-3 21 isbaner@oemus-media.de
 (V.i.S.d.P.)

Redaktion Carla Senf Tel.: 03 41/4 84 74-1 21 c.senf@oemus-media.de
 Christoph Dassing Tel.: 03 41/4 84 74-1 30 c.dassing@oemus-media.de

Anzeigenleitung Stefan Thieme Tel.: 03 41/4 84 74-2 24 s.thieme@oemus-media.de

Grafik/Satz Josephine Ritter Tel.: 03 41/4 84 74-1 19 j.ritter@oemus-media.de



Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

mit Live- und Videodemonstration

Basisseminare 2010

Dr. Kathrin Ledermann



NEU: inklusive DEMO-DVD für jeden Teilnehmer!

Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

NEU: Der Erfolgskurs jetzt 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 3.000 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 2010 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



UNNA

26.02.2010 · 13.00–18.00 Uhr
Hotel park inn Kamen/Unna

SIEGEN

19.03.2010 · 13.00–18.00 Uhr
Siegerlandhalle

DÜSSELDORF

01.05.2010 · 09.00–15.00 Uhr
Hilton Hotel Düsseldorf

ROSTOCK

04.06.2010 · 09.00–15.30 Uhr
Hotel NEPTUN

LINDAU

11.06.2010 · 09.00–15.00 Uhr
Inselhalle Lindau

LEIPZIG

10.09.2010 · 13.00–18.00 Uhr
Hotel THE WESTIN LEIPZIG

KONSTANZ

24.09.2010 · 14.00–19.00 Uhr
Quartierzentrum Konstanz

MÜNCHEN

09.10.2010 · 09.00–15.00 Uhr
Hotel Vier Jahreszeiten Kempinski

BERLIN

06.11.2010 · 09.00–15.00 Uhr
Pullman Berlin Schweizerhof

Organisatorisches

Preise

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

195,00 € zzgl. MwSt.
45,00 € zzgl. MwSt.

Veranstalter

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



Nähere Informationen zum Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus-media.de
Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus.

Anmeldeformular

per Fax an **03 41/4 84 74-2 90**
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für das Basisseminar „**Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht**“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 26.02.2010 in Unna | <input type="checkbox"/> 04.06.2010 in Rostock | <input type="checkbox"/> 24.09.2010 in Konstanz |
| <input type="checkbox"/> 19.03.2010 in Siegen | <input type="checkbox"/> 11.06.2010 in Lindau | <input type="checkbox"/> 09.10.2010 in München |
| <input type="checkbox"/> 01.05.2010 in Düsseldorf | <input type="checkbox"/> 10.09.2010 in Leipzig | <input type="checkbox"/> 06.11.2010 in Berlin |

Name/Vorname

Praxisstempel

E-Mail:

Name/Vorname

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an. Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kasten ein.

Datum/Unterschrift

Leichtes und kompaktes Handstück mit Drehmomentregulierung und automatischem Rücklauf

Das TC2 ohne Kabel verfügt über eine hohe Akkuleistung, speichert exakte Drehzahl- und Drehmomenteinstellungen für bis zu 5 individuelle Einstellungen. Sein automatischer Rücklauf (Auto-Reverse) bietet hohe Sicherheit. Das übersichtliche Display und die benutzerfreundliche Bedienung macht das Arbeiten mit dem TC2 kinderleicht.

new



iPex
769,- €*

Hochpräzise Apexlokalisierung, sofort exakte Messwerte, präzise, digitaler Apexlokalisator, akustisches Warnsystem, keine manuelle Kalibrierung notwendig

ENDO-MATE TC2
Komplettset inklusive
MP-F16R Kopf
1.095,- €*



ENDO-MATE DT

Ultraleichtes & kompaktes Handstück mit Drehmomentregulierung und automatischem Rücklauf. Das Endo-Mate DT bietet ein leicht zu bedienendes, flaches Tastaturelement und ein großes übersichtliches Display. Die bis zu 9 individuell einzustellenden Programme bieten Freiraum für verschiedene Drehzahl- und Drehmomenteinstellungen von NiTi Feilen aller großen Hersteller.

ENDO-MATE DT
Komplettset inklusive
MP-F20R Kopf
1.185,- €*



SPARPAKET
Beim Kauf
eines ENDO-MATE
und eines iPex
erhalten Sie
1 MPAS-F16R Kopf
GRATIS

**Sparen
Sie
337,- €***

MPAS-F16R Kopf
für Anschluss an Apex-
lokalisator
337,- €*



*Unverb. Preisempfehlung zzgl. MwSt. Angebot gültig bis 31.12.2009

