

ORALCHIRURGIE

Journal

4₂₀₁₆

Fachbeitrag

Erkrankungen mit Beteiligung der Mundschleimhaut bei Kindern – Teil 2

Seite 10

Anwenderbericht

Neuartiges Augmentationsmaterial und Membran für Sinuslift

Seite 20

Interview

Mundschleimhauterkrankungen frühzeitig erkennen und therapieren

Seite 30

Events

1. Befundsymposium in Leipzig

Seite 34



This is

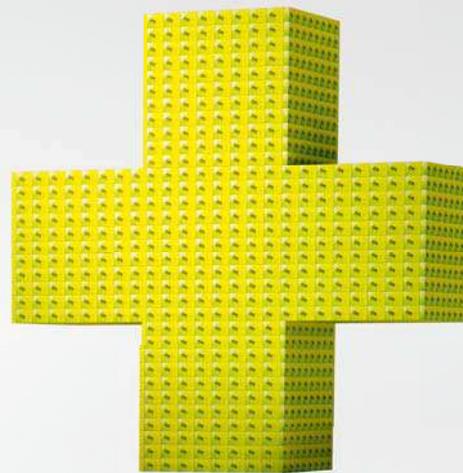


Ihr Leistungsplus: iSy® All-in-Sets

- + Implantat
- + Einpatienten-Formbohrer
- + Implantatbasis
- + Verschlusskappe
- + Gingivaformer
- + Multifunktionskappen
- + Preisgarantie bis 31.12.2017
- + Exzellenter Service

99,- €

zzgl. gesetzlicher MwSt.
beim Kauf eines 4er-All-in-Sets



Warum 99 Euro günstiger sind als 59 Euro.

iSy ist das preisWerte Qualitätssystem von CAMLOG. Es ist schlank, flexibel und überzeugt in der Praxis mit einfacher Handhabung, effizientem Workflow und einem unschlagbaren Preis-/Leistungsverhältnis. Die iSy All-in-Sets sind ein echtes Leistungsplus und enthalten viele Teile, die Sie sonst zukaufen müssten. **Bei iSy ist mehr für Sie drin. Mehr Qualität. Mehr Service. Mehr Leistung.** Entdecken Sie iSy und erfahren Sie, warum 99 Euro günstiger sind als 59 Euro.

Telefon 07044 9445-100, www.isy-implant.de.

DEDICAM®
PROSTHETICS

CAD/CAM ready

Citius, altius, fortius

Im August 2016 traten die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und das Institut der Zahnärzte vor die Presse und stellten die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) vor. Da Sie sicherlich noch keine Zeit gefunden haben, das mehr als 600 Seiten umfassende Buch in die Hand zu nehmen, geschweige denn es zu lesen, erlauben Sie mir, dass ich die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammenfasse:

- Acht von zehn der 12-jährigen Kinder (81,3 %) sind heute völlig kariesfrei.
- Die Zahl kariesfreier Gebisse hat sich in den Jahren 1997 bis 2014 praktisch verdoppelt.
- Jeder achte ältere Mensch ist völlig zahnlos. Im Jahre 1997 war es noch jeder Vierte.
- Pflegebedürftige ältere Menschen haben jedoch eine höhere Karieserfahrung und weniger eigene Zähne. Die Zahl der Parodontalerkrankungen nimmt durch die demografische Entwicklung ab, jedoch ist durch die Altersabhängigkeit der Erkrankung mit einem steigenden Behandlungsbedarf zu rechnen.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, konstatiert: „Die Studienergebnisse dürfen Patienten und Zahnmediziner stolz machen und belegen, dass die Vorsorge funktioniert und die Bedeutung der Mundgesundheit bei den Patienten steigt.“ Können Sie, lieber Leser, diese Ergebnisse in Ihrer Praxis mit denen der hier vorgestellten Studienpopulation von 4.600 Menschen in 90 Standorten bestätigen? Haben Sie andere Erfahrungen gemacht?

Schauen wir beispielhaft auf eine Altersgruppe, die in der DMS V als jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) zusammengefasst werden: Hier wird berichtet, dass nahezu alle jüngeren Erwachsenen von Karies betroffen sind. Ihre durchschnittliche Karieserfahrung betrug 11,2 Zähne. Parodontale Erkrankungen lagen bei 52 % der jüngeren Erwachsenen vor. Hierbei handelt es sich um die Altersgruppe, die als Kinder bzw. Jugendliche von der eingeführten Gruppen- und Individualprophylaxe profitieren konnten! Schaut man sich die weiteren Alterskohorten an (65- bis 74-Jährige und die älteren Senioren von 75 bis 100 Jahre), fällt auf, dass vor allem die älteren Senioren eine durchschnittliche Karieserfahrung von 21,6 Zähnen aufwiesen und Parodontalerkrankungen bei über 90 % der Probanden in dieser Alterskohorte lagen. Es wurde viel erreicht, nichtsdestotrotz fällt auf, dass sich die Karies- und Parodontalerkrankungen in die Altersphasen des höheren Lebensalters verschoben haben und die Krankheitslast folglich im höheren Alter verdichtet wird. So konnten die Autoren zeigen, dass beispielsweise das orale Morbiditätsprofil der älteren Senioren in der DMS V eine fast identische Prävalenzstruktur im Hinblick auf Karies und Parodontitis hatte, wie dies vor knapp zehn Jahren in der jüngeren Altersgruppe dokumentiert wurde. Interessant ist in dem Zusammenhang auch, dass sich das Mundgesundheitsverhalten für die Oralprophylaxe auf der Bevölkerungsebene verbessert hat. Das Zahnputzmuster nach Häufigkeitszeitpunkt und -dauer hat sich erheblich gesteigert. Fast jedes zweite Kind und fast jeder



dritte jüngere Senior gaben an, ein gesundheitsförderliches Zahnputzen anzuwenden. Entsprechend ausgeprägt war auch die Selbsteinschätzung der Untersuchten: Drei von vier Studienteilnehmern gaben an, sehr viel oder viel für den Erhalt der eigenen Zahngesundheit zu tun! Die wenig kritische Selbsteinschätzung unserer Patienten zeigt, dass offensichtlich eine nicht unerhebliche Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit besteht. Es muss noch viel tägliche Überzeugungsarbeit geleistet werden, um den Patienten klarzumachen, dass simples „Zahnbürst-in-den-Mund-nehmen“ nicht dazu führt, dass im Mund alles „sauber“ und „gesund“ wird.



Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen
Torsten W. Remmerbach

Editorial

- 3 Citius, altius, fortius
Torsten W. Remmerbach

Fachbeitrag

- 6 Erkrankungen der Speicheldrüsen – Teil 3
Prof. Dr. med. Hans Behrbohm, Dr. med. Heiko Birke, Dr. med. Gabriele Behrbohm
- 10 Erkrankungen mit Beteiligung der Mundschleimhaut bei Kindern – Teil 2
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Matthias Kreppel, Dr. med. Hans-Georg Kreppel, Dr. Tim Backhaus, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Martin Scheer, Priv.-Doz. Dr. med. dent. Hans-Joachim Nickenig, Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller
- 18 Sonografische Darstellung einer Zyste mit Knochendefekt
Dr. med. Dr. med. dent. Dr. medic (RO) Oliver Knauer

Anwenderbericht

- 20 Neuartiges Augmentationsmaterial und Membran für Sinuslift
Dr. Frank Zastrow, M.Sc.
- 24 Vertikale Kieferkammaugmentation und Implantation in der mittleren Oberkieferschneidezahnregion
Dr. Norbert Haßfurther

Interview

- 30 Mundschleimhauterkrankungen frühzeitig erkennen und therapieren
Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach

Events

- 34 1. Befundsymposium in Leipzig
Katja Scheibe
- 36 Vorschau

BDO | Events

- 38 Kurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“
Katja Scheibe
- 40 Vorschau

Recht

- 42 Approbationsentzug bei Hygienemängeln und unzureichenden Notfallvorkehrungen
Dr. Susanna Zentai

26 Markt | Produktinformationen

41 Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2016/17

46 News

50 Termine/Impressum



Das Oralchirurgie Journal ist die offizielle Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen e.V.

Titelbild © Ruslan Grumble/Shutterstock.com

NSK

CREATE IT.

SYNERGIE

für die IMPLANTOLOGIE



JETZT MIT QUICKSTOP-FUNKTION

Surgic Pro

Chirurgisches Mikromotoren-System

Variosurg 3

Ultraschall-Chirurgiesystem

AKTIONSPREISE

vom 01. September bis 31. Dezember 2016

SPARPAKET S5

- Surgic Pro+ D
- + Lichthandstück X-SG65L
- + VarioSurg 3 non FT
- + iCart Duo inkl. Link Kabel

8.999 €*
11.549 €*

Sparen Sie
2.550€



NSK Europe GmbH

TEL.: +49 (0)6196 77606-0 FAX: +49 (0)6196 77606-29
E-MAIL: info@nsk-europe.de WEB: www.nsk-europe.de

* Preis zzgl. ges. MwSt. Angebot gültig bis 31. Dezember 2016. Änderungen vorbehalten.

Speicheldrüsenerkrankungen sind komplex in ihrem Auftreten. Einerseits begegnen sie uns in Form von lokalen Veränderungen wie Entzündungen, Tumoren oder Zysten und andererseits sind Speicheldrüsen ein empfindlicher Indikator für eine Reihe verschiedener Erkrankungen des Gesamtorganismus. Teil 1 und 2 dieser Serie beschäftigten sich mit speziellen Diagnoseverfahren und der Therapie von Tumorerkrankungen. Die Rehabilitation des gelähmten Gesichts stellt eine besondere Herausforderung dar.

Prof. Dr. Behrbohm
[Infos zum Autor]



Erkrankungen der Speicheldrüsen

Teil 3 – Chirurgie des gelähmten Gesichtes

Prof. Dr. med. Hans Behrbohm, Dr. med. Heiko Birke, Dr. med. Gabriele Behrbohm

Mimik und Gesichtsausdruck werden von 43 Muskeln in einer nur ca. 1 cm tiefen Schicht unterhalb der Haut des Gesichtes vermittelt. Das Gesicht sei der Spiegel der Seele, sagt eine alte Redensart. Tatsächlich führen gleiche Gefühle auch in allen Kulturkreisen zu gleichen mimischen Aktivitäten. Natürlich können Gefühle gezeigt und verborgen werden. Allerdings mit Einschränkungen:

Das Gros der mimischen Muskulatur wird über den N. facialis willkürlich innerviert. Teile der Pars orbitalis des M. orbicularis oculi werden autonom innerviert. So kann z.B. zwischen einem echten und unechten Lächeln unterschieden werden. Letzteres ist asymmetrisch, meist links betont und hat ein anderes Timing und Verhältnis zwischen Intensität und Dauer.

Von klinischer Bedeutung ist, dass der Patient bei einer Fazialisparese nach einem Apoplex weiter mit den „Augen spre-

chen“ kann. Der N. facialis innerviert die mimische Muskulatur, steuert über Abgänge bzw. Anteile des mit ihm

verlaufenden N. intermedius die Speichel- und Tränensekretion (N. petrosus superficialis major), die Impedanz des Mittelohres (N. stapedius) und den Geschmackssinn (Chorda tympani).

Die Ursachen für Lähmungen des N. facialis sind vielfältig. Häufig ist die sogenannte Bell's palsy, die idiopathische Fazialisparese, bei der sich keine erkennbare Ursache finden lässt. Weitere Ursachen sind Verletzungen, Entzündungen und Tumoren.

Eine Fazialisparese kann zentral oder peripher verursacht sein. Bei der zentralen Parese bleibt die Innervation der Stirn meist erhalten, betroffen ist vor allem die periorale Muskulatur. Die periphere Parese betrifft prinzipiell alle peripheren Äste in Abhängigkeit von der Lokalisation der Ursache.

Die Fazialisparese ist ein Leitsymptom für Malignität bei Tumoren der Schädelbasis und der Glandula parotis, kann jedoch auch bei Tumoren des Nerven selbst und beim Heerfordt-Syndrom auftreten.

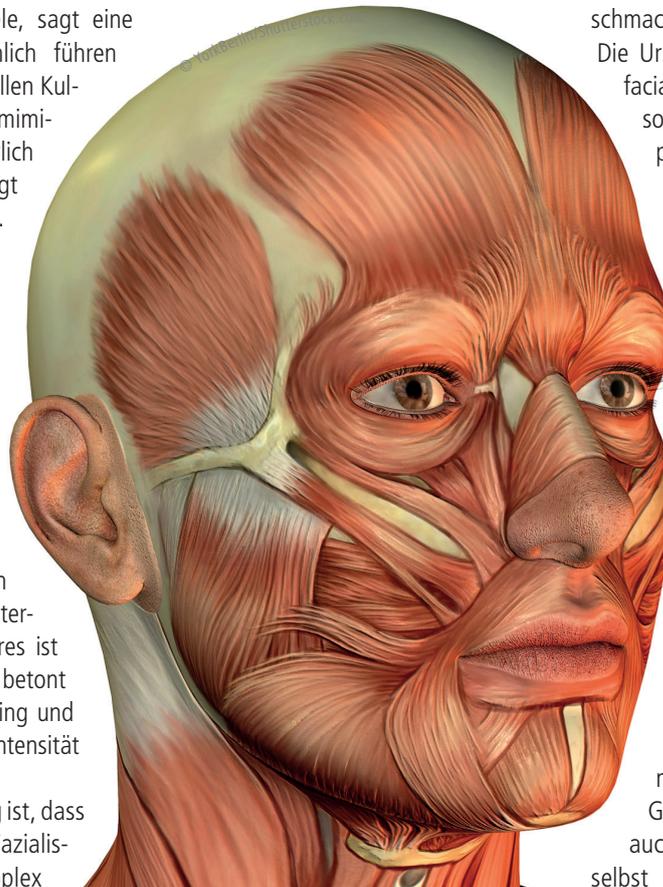


Abb. 1: Mimische Muskulatur des Gesichtes.

Mimische Aktivitäten und chirurgische Möglichkeiten zur Rehabilitation des gelähmten Gesichtes (Abb. 2):

Rechte Seite: Mimik bei intakter Funktion des N. facialis:

- Stirn heben und runzeln
- Bewegungen der Augenbraue
- Vollständiger Lidschluss
- Anheben des Mundwinkels
- Wangenkompression
- Heben, Breit- und Herunterziehen der Mundwinkel

Linke Seite:

- Stirn
- Oberlidimplantate
- Unterlidplastiken
- Muskelumlagerung (M. masseter)
- Tonisierung und Konturierung der Wangen
- Heben der Mundwinkel

Symptomatik

Die klinische Symptomatik der Fazialisparese ist recht komplex und besteht aus: Schläffe Lähmung der mimischen Muskulatur meist einer Gesichtshälfte, erweiterter Lidspalte mit unvollständigem Lidschluss, Asymmetrie des Gesichtes, Artikulationsstörungen durch Tonusverlust der Lippen- und Wangenmuskulatur, Verstreichen der Nasolabialfalten. Stirn- und Brauenptose, Geschmacksstörung, Hyposialie, verminderter Tränenfluss mit Gefahr der Hornhautulzera.

Diagnostik

Ist die Ursache und Lokalisation einer Fazialisparese unklar, erfolgt die Topodiagnostik mit bildgebenden Verfahren, audiologischen und funktionsdiagnostischen Tests. Mit verschiedenen elektro-physiologischen Verfahren zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit und des Summenaktionspotenzials kann einerseits das Ausmaß der Schädigung objektiviert und durch Messungen im Intervall eine Prognose der funktionellen Restitution abgeleitet werden. Basisuntersuchungen sind: CT des Felsenbeins bzw. der Schädelbasis, Schirmer-test, Impedanzaudiometrie, Elektro-

gustometrie. Bei Tumoren in der Glandula parotis: Sonografie mit Stanzbiopsie oder Feinnadelaspirationszytologie (FNAZ), MRT mit Kontrastmittel.

Operative Verfahren

Das Spektrum der chirurgischen Maßnahmen ist groß und richtet sich nach der Ursache und individuellen Situation. Prinzipiell sollte zunächst immer der Erhalt bzw. die Rekonstruktion des Nervus facialis Vorrang haben. Dazu dienen Nervenrekonstruktionen mithilfe von Interponaten aus anderen peripheren Nerven, wie z. B. dem N. auriculotemporalis oder suralis mit End-zu-End- oder Jump-Anastomose, Hypoglossus-Fazialis-anastomosen.

Das Prinzip der Cross Face Nerve Grafts besteht in einem Anschluss von Nerven-Transplantaten an Fazialisäste der nicht gelähmten Seite.

Ist eine nervale Rekonstruktion des Gesichtes unmöglich, so kann mit einer neuromuskulären Transposition bzw. Muskelumlagerung eines innervierten Muskels die mimische Muskulatur funktionell und dynamisch ersetzt werden. Hierfür eignen sich besonders der M. temporalis und M. masseter, weil sie vom N. trigeminus innerviert werden. Auch besteht die Möglichkeit des freien Gewebetransfers eines Muskel-Nerv-Transplantats aus dem Oberschenkel mit Mikrogefäß- und Nerven-anastomose. Wenn eine dynamische Rehabilitation nicht infrage kommt, so kann eine statische Zügelung z. B. der Stellung der Mundwinkel mit Faszie, meist Fascia lata, erfolgen.

Individuelles Konzept

Häufig wird es notwendig sein, ein sehr individuelles Konzept der motorischen Rehabilitation eines gelähmten Gesichtes zu erstellen. Dieses orientiert sich an dem konkreten Ausfallsmuster und der eventuellen neuralen Restaktivität einzelner Nervenäste. Dabei muss jede Region für sich und natürlich das Ge-

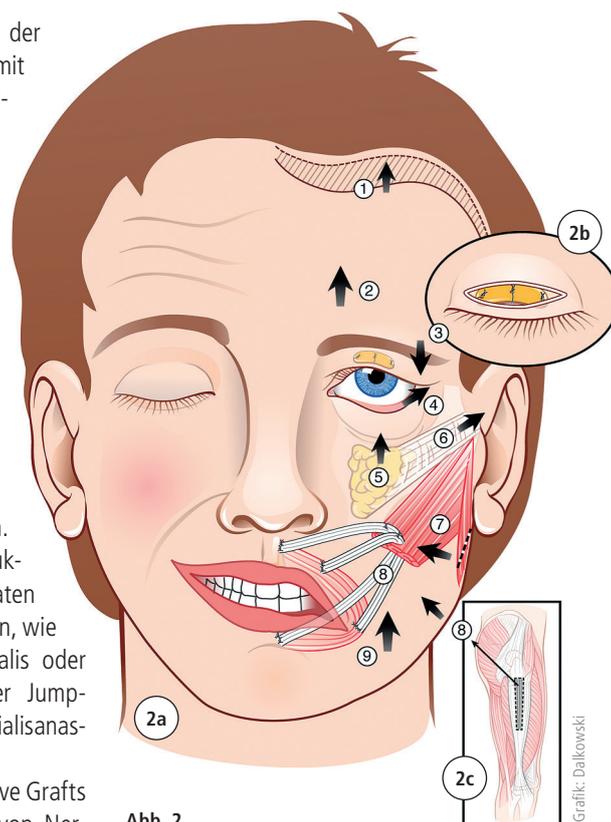


Abb. 2

Abb. 2a: 1. Stirnlift, 2. Brauenlift, 3. Oberlidimplantate, 4. Unterlidstraffung, 5. Hochziehen des Wangenfettkörpers, 6. SMAS-Straffung, 7. Muskelumlagerung, 8. Zügelung (Fascia lata), 9. Heben des Mundwinkels. – **Abb. 2b:** Befestigung des Lidimplantats. – **Abb. 2c:** Gewinnung der Fascia lata.

sicht insgesamt geplant werden. Für das Auge sind Oberlidimplantate hilfreich. Elemente der Facelift-Chirurgie können je nach Befund durch Anheben des SMAS (superficial musculo aponeurotic system) oder im Stirnbereich eines subkutanen Stirn-Brauen-Lifts einfließen.

Fallbeispiel

Bei der damals 54-jährigen Patientin kam es 17 Jahre nach der Erstmani-



Abb. 3: Prüfen des für den Lidschluss notwendigen Implantatgewichts mit einem Dummy.



Abb. 4a: Befund nach der Tumoresektion und vor der operativen Rehabilitation mit Unterlidektropium, unvollständigem Lidschluss, Tonusverlust der rechten Wange, hängendem Mundwinkel. – **Abb. 4b:** En-face-Bild drei Monate postoperativ. – **Abb. 4c:** Stirnrunzeln. – **Abb. 4d:** Lidschluss. – **Abb. 4e:** Halbprofil. – **Abb. 4f:** Lächeln.

festation und 16 Jahre nach einem lokalen Rezidiv zu einem zweiten Rezidiv eines myoepithelialen Karzinoms der Glandula parotis rechts. Die Therapie erfolgte damals durch partielle Parotidektomien in einem auswärtigen Krankenhaus. Vor fünf Jahren erfolgte eine radikale totale Parotidektomie mit Neck dissection rechts.

Der vom Tumor zerstörte N. facialis musste größtenteils geopfert werden. Der Nervenstamm wurde in seinem intramastoidalen Verlauf dargestellt und Anteile des Augenastes konnten erhalten werden. Postoperativ bestand eine fast vollständige periphere Fazialisparese rechts mit einer Restaktivität des Augenastes mit unvollständigem Lidschluss des rechten Auges. Tumorklassifikation: rpT3pN0 R0.

Danach erfolgte eine adjuvante Strahlentherapie für die Rezidivlokalisierung plus Sicherheitssaum in 3-D-geplanter

Technik mit einer Gesamtdosis von 64,8 Gy. In einem Intervall von einem Jahr nach der Operation erfolgte die operative Rehabilitation der paretischen Gesichtshälfte rechts.

Die Rehabilitation erfolgte wie folgt: A: Implantation eines Oberlidimplantates aus Gold. Mit sogenannten Dummies wird zuvor das Implantat mit dem optimalen Gewicht ermittelt. Das ist das Gewicht, welches einerseits zu einem vollständigen Lidschluss führt und andererseits eine mühelose Hebung des Lides ermöglicht.

B: Gewinnung von Fascia lata aus dem Oberschenkel. Fascia lata ist die festeste Faszie des Körpers. Sie verläuft vom Labium externum der Crista iliaca zum Condylus lateralis femoris und zum Retinaculum patellae an der lateralen Seite des Oberschenkels (Abb. 2c).

C: Befestigung der Fascia lata über eine Inzision der Nasolabialfalte an der

Ober- und Unterlippe mit vorheriger Abmessung und Anzeichnung in Höhe des Filtrum und Einbetten und Fixieren in einem neuen „Kanal“.

D: Transposition des M. masseter und Fixierung der gespannten Fascia lata am Stumpf des M. masseter.

Kontakt

Prof. Dr. med. Hans Behrbohm
Ltd. OA Dr. med. Heiko Birke
Dr. med. Gabriele Behrbohm

Park-Klinik Weißensee
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Charité
Schönstraße 80, 13086 Berlin
und
Privat-Institut für medizinische
Weiterbildung und Entwicklung auf dem
Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenkunde e.V.
behrbohm@park-klinik.com

Planmeca Romexis® Eine Software – alle Lösungen



Behandlungseinheiten, digitale Bildgebung und CAD/CAM – das alles erstmals in **einer** Software

Planmeca bietet eine revolutionäre „All-In-One“ Softwarelösung für Praxen und Kliniken jeglicher Größe. Unsere seit langem bewährte Softwareplattform **Planmeca Romexis®** ist führend in der Dentalindustrie, weil sie **ALLE** Ihre digitalen Geräte unter einem Dach vereint und jederzeit mit Ihren Ansprüchen mitwachsen kann. Planmeca Romexis ermöglicht Ihnen nahezu ungeahnte Zeit- und Kostenersparnisse, damit Sie sich voll und ganz auf die Behandlung Ihrer Patienten konzentrieren können.

Für weitere Informationen:

www.planmeca.de



Planmeca Vertriebs GmbH Walther-Rathenau-Str. 59, Bielefeld 33602
Tel. 0521-560665-0, verkauf@planmeca.de

PLANMECA



Die vorige Ausgabe (Oralchirurgie Journal 3/2016) gab einen kleinen Überblick über Erkrankungen mit Beteiligung der Mundschleimhaut bei Kindern. Gerade bei Kleinkindern spielen virale, bakterielle und mykotische Erkrankungen eine große Rolle, da alles – egal, ob Gegenstände auf der Straße oder Spielzeuge von anderen Kindern – mit dem Mund abgetastet wird. Neben den typischen infektionsbedingten Mundschleimhauterkrankungen gibt es auch nicht infektionsbedingte Erkrankungen sowie Systemerkrankungen, bei denen die Mundschleimhaut beteiligt ist. Teil 2 rundet die Ausführungen der letzten Ausgabe ab.



Erkrankungen mit Beteiligung der Mundschleimhaut bei Kindern – Teil 2

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Matthias Kreppel, Dr. med. Hans-Georg Kreppel, Dr. Tim Backhaus, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Martin Scheer, Priv.-Doz. Dr. med. dent. Hans-Joachim Nickenig, Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller

Herpangina (Zahorsky)

Die Herpangina wird vor allem durch das Coxsackie-Virus A Typ 4 hervorgerufen. Betroffen sind üblicherweise Kinder bis zum 4. Lebensjahr. Typischerweise kommt es nach einer Inkubationszeit von weniger als einer Woche zu plötzlich auftretendem Fieber, Übelkeit, Erbrechen, reduziertem Allgemeinzustand sowie Muskelschmerzen.³⁶ Nach wenigen Stunden kommt es im Bereich vom Oropharynx zu

heftigen Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Am Weichgaumen und den Gaumenmandeln entstehen stecknadelkopfgroße Bläschen mit einem roten Halo (Abb. 1). Nach einem Tag platzen die Bläschen und lassen fibrinbelegte Erosionen zurück. Nach einer Woche klingen die Beschwerden wieder ab. Die Diagnose ergibt sich klinisch und lässt sich von der Gingivostomatitis herpetica vor allem durch die fehlende Gingivabeteiligung abgrenzen.³⁷

Morbus Heck (fokale epitheliale Hyperplasie)

Bei der fokalen epithelialen Hyperplasie handelt es sich um eine Erkrankung der oralen Mukosa, die sich multilokulär an der Mundschleimhaut manifestiert. Sie wurde erstmals 1965 als eigenständige Entität beschrieben.³⁸

Klinisch imponieren multiple, rund-ovale, einzeln oder konfluierende, leicht erhabene oder knotig geballte Papeln von weicher Konsistenz. Bei breitblasigem Aufsitzen erreichen sie in der Regel eine Größe von maximal 1 cm. Die Oberfläche ist meist fein gestippt und erscheint durch eine leichte Verhornung schwach weißlich. Die Schleimhautproliferationen befinden sich an der Lippenschleimhaut, an der Wangenschleimhaut, an Zungenrücken und Zungenrand sowie an der Gingiva des Frontzahnbereichs. Die Abbildungen 2a und b zeigen jeweils viral bedingte Akanthome, denen sich DNA von HPV 13 nachweisen ließ.

Befallen sind vorwiegend Kinder, es werden aber auch Erwachsene beiderlei Geschlechts betroffen. Bei Eskimos

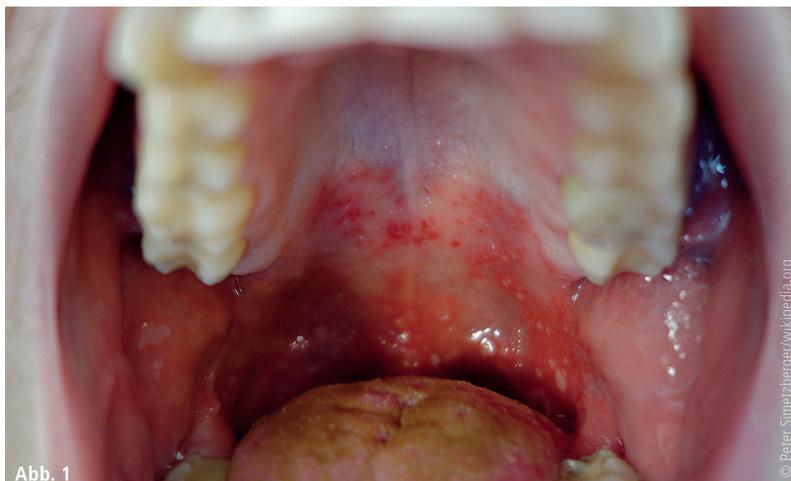




Abb. 2a

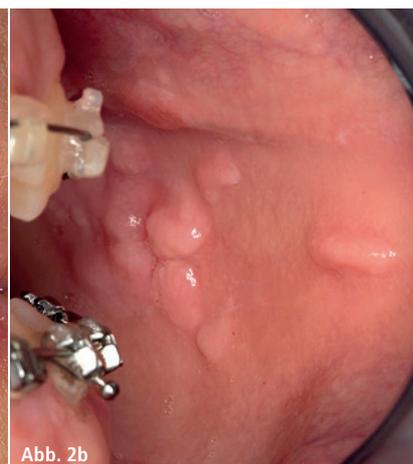


Abb. 2b

in Grönland, Kanada und Alaska sowie bei Indianern in Nord- und Südamerika ist die Erkrankung endemisch. Auch in Südafrika und der Türkei tritt die Krankheit auf. In der Bundesrepublik Deutschland ist sie sehr selten. Im Zuge der derzeit starken Immigration aus südlichen Erdteilen kann auch in Zukunft bei uns mit einem häufigeren Auftreten gerechnet werden.³⁹

Ätiologisch gilt heute die virale Genese durch den mehrfach gelungenen Nachweis krankheitsspezifischer humaner Papillomviren als gesichert (besonders die Typen 13 und 32). Genetische Faktoren sind nicht bekannt.⁴⁰

Die schmerzlosen Schleimhautveränderungen entsprechen dem Typ eines Papilloms und können sich nach jahrelangem Bestehen spontan zurückbilden. Differenzialdiagnostisch ist unter anderem an *Verrucae vulgares* und *Condylomata accuminata* zu denken.

Die Erkrankung tritt auch als opportunistische Begleitinfektion bei erworbener Immunschwäche auf.³⁹

Eine Biopsie zur Absicherung der klinischen Diagnose sollte stets unternommen werden, insbesondere, um in Anbetracht der möglichen Spontanremission unnötige radikale chirurgische Maßnahmen zu vermeiden. Zur Behandlung kommen therapeutisch isolierte Kürettagen oder Laserexzisionen in Betracht. Alternativ kann auch eine Therapie mit Imiquimod, einem Immunmodulator, stattfinden.^{41,42}

Intraorale Hämangiome und vaskuläre Malformationen

Der Begriff Hämangiom wird traditionell genutzt, um eine Vielzahl von vaskulären Anomalien zu beschreiben. Im Gegensatz zu vaskulären Malformationen, bei denen es sich um struktu-

relle Anomalien der Blutgefäße ohne endotheliale Proliferation handelt, werden Hämangiome als benigne Tumoren angesehen, die eine schnelle Endothelproliferation zeigen. Während Hämangiome bei Geburt vorliegen oder sich innerhalb der ersten acht Lebenswochen entwickeln, bestehen vaskuläre Malformationen definitionsgemäß bereits bei Geburt und persistieren das gesamte Leben über. Je nach involvierten Gefäßen teilt man sie in kapilläre, venöse oder arteriovenöse Malformationen mit hohem oder niedrigem Blutfluss ein (Abb. 3; Hämangiom Oberlippe). Hämangiome stellen die häufigsten Tumoren im Kindesalter dar, sie treten bei 5 bis 10 % aller einjährigen Kinder auf, wobei Mädchen drei- bis fünfmal häufiger betroffen sind.⁴³ Selten bestehen Hämangiome in vollständiger Ausprägung bereits bei der Geburt. Typischerweise entwickeln sie sich über einen Zeitraum von sechs bis zehn Monaten. Danach verlangsamt sich das Wachstum oder es kommt zur Persistenz ohne Wachstum. Bis zum fünften Lebensjahr hat sich rund die Hälfte aller Hämangiome spontan zurückgebildet, im Alter von neun Jahren sind 90 % der Hämangiome wieder verschwunden. Die Hämangiome stellen sich rötlich bis blaurot, erhaben oder leicht vorgewölbt dar. Bei Druck verblassen sie.

Die häufigste Komplikation von Hämangiomen stellt mit 20 % die Ulzeration mit sekundärer bakterieller Infektion dar. Anders als erwartet sind signifikante Blutungen äußerst selten. Bei Hämangiomen in speziellen Lokali-



Abb. 3



Abb. 4

sationen, wie z. B. der Orbita, kann es zu schweren Komplikationen, wie einer Amblyopie durch Druckschädigung kommen. Große zervikofaziale Hämangiome kommen auch im Rahmen des PHACE(S)-Syndroms vor:⁴⁴

1. Posteriore Gehirnanomalie (meistens Dandy-Walker-Syndrom)
2. Hämangiome (zervikofazial lokalisiert)
3. Arterielle Anomalien
4. Cardiale Defekte (meist Coarctatio aortae)
5. Eye (Augen) Anomalien
6. Sternale Spalte

Ein weiteres, seltenes Syndrom, das mit dem Auftreten von Hämangiomen assoziiert wird, ist das Kasabach-Merritt-Syndrom. Hierbei handelt es sich um eine ernste Koagulopathie. Häufig kommt es zur Thrombozytopenie und Blutungen durch Plättchenverbrauch im Hämangiom. In 20 bis 30 % der Fälle kommt es zu einem tödlichen Ausgang.⁴⁵

Vaskuläre Malformationen hingegen bestehen bereits bei Geburt und bilden sich auch nicht zurück. Die Prävalenz liegt bei 0,3 bis 1 % aller Neugeborenen. Venöse Malformationen schimmern typischerweise bläulich und schwellen bei zunehmendem venösem Druck an. Sekundär kommt es häufig zu Thrombosen oder zur Ausbildung von Phlebolithen. Arteriovenöse Malformationen sind durch einen hohen Blutfluss mit einer direkten

Verbindung von Arterien und Venen gekennzeichnet.⁴³

Da sich die meisten Hämangiome spontan zurückbilden, ist hier meistens ein abwartendes Vorgehen angezeigt. Außer bei lebensbedrohlich großen Hämangiomen oder bei starker Wachstumstendenz ist im Kindesalter selten die Indikation zur chirurgischen Therapie gegeben. Bei systemischer Kortisongabe kommt es in 70 bis 90 % zu einem kompletten Ansprechen der Hämangiome.⁴⁶ Für vaskuläre Malformationen stellen gepulste Farbstofflaser eine Behandlungsalternative dar.⁴⁷

Lues connata

Syphilis ist eine weltweit vorkommende Geschlechtskrankheit mit zunehmender Tendenz auch wieder in Deutschland. Der natürliche Wirt ist der Mensch. Erreger dieser meldepflichtigen Infektionserkrankung ist *Treponema pallidum ssp. pallidum* (Abb. 4). Bei Erwachsenen dringen die Erreger über Haut und Schleimhäute in den Körper ein, jedoch ist auch eine diaplazentare Übertragung möglich, die zur Manifestation der Erkrankung bei Säuglingen führt.⁴⁸ Eine diaplazentare Übertragung ist ab dem vierten Schwangerschaftsmonat möglich. Bei hohen Erregerzahlen kann es vom sechsten bis achten Monat zum Spätabort kommen. Es wird bei Kindern zwischen der Lues connata praecox, die bereits bei Neugeborenen auftritt und in den ersten beiden Lebensjahren zu

Symptomen führt, und der Lues connata tarda, bei der es erst in späteren Jahren zu sichtbaren Zeichen (sogenannte Stigmata) kommt, unterschieden.

Symptome der Lues connata praecox sind eine Hepatosplenomegalie, ein Ikterus, ein kutanes Pemphigoid und der syphilitische Schnupfen (*Coryza syphilitica*). Die Lues connata tarda ist durch die Hutchinson-Trias gekennzeichnet, die aus den Tonnenzähnen, der Keratitis parenchymatosa und Innenohrschwerhörigkeit besteht.⁴⁹ Bei den Tonnenzähnen handelt es sich um eine Fehlbildung der Zahnkronen, die vor allem die mittleren oberen Schneidezähne betrifft. Sie haben eine Tonnenform der Krone mit einer halbmondförmigen Einbuchtung der Inzisalkante. Weiterhin können die unteren mittleren Schneidezähne und auch die ersten Molaren betroffen sein. Weitere Stigmata der Lues connata tarda sind die Säbelscheidentibia, eine Sattelnase, einer hoher gotischer Gaumen und die Parrot-Furche (perioral zirkulär angeordnete Rhagaden, die bis ins Lippenrot reichen).⁴⁹

Morbus Kostmann (Kostmann-Syndrom, Infantile Agranulozytose)

Beim Kostmann-Syndrom handelt es sich um eine seltene autosomal-rezessive Störung der Granulopoese mit Fehlen aller Reifungsstadien, die zu einer massiven Anfälligkeit gegenüber bakteriellen Infektionen führt. Vor Einführung der Knochenmarktransplantation und insbesondere der G-CSF-Therapie (Granulozyten-Kolonie-stimulierender Faktor) führte die Erkrankung im frühen Säuglingsalter zum Tod.^{50,51} Aufgrund der eingeschränkten Immunabwehr kommt es häufig ab dem zweiten Lebensjahr als intraorale Manifestation zu erosiven Gingivitis und einer rasch progredienten Parodontitis marginalis profunda. Dieses Beschwerdebild verläuft in der Regel in schubweisen Exazerbationen und führt zu bleibenden Schäden am jugendlichen Gebiss mit fortschreitendem Knochenabbau, Zahnlockerungen und Zahnfehlstellungen.⁵²

CITO mini®

J A I



ICH WILL
DAS CITO MINI®
AUS DEM HAUSE DENTAURUM.

Seit mehr als 20 Jahren Kompetenz, Zuverlässigkeit und Innovation in der Implantologie - weltweit. Sagen auch Sie ja!



 **DENTAURUM**
IMPLANTS

Turnstr. 31 | 75228 Ispringen | Germany | Telefon +4972 31/803-0 | Fax +4972 31/803-295
www.dentaurum-implants.com | info@dentaurum-implants.com

Leukämien

Leukämien sind bösartige Erkrankungen, die durch autonome, irreversible Wucherungen leukozytärer Zellen (Abb. 5) und Verdrängung der normalen Hämatopoese im Knochenmark definiert sind. Die Krankheit ist als maligner Tumor des blutbildenden Systems anzusehen, früh werden Milz, Leber, Lymphknoten und auch andere Organe von den Leukämiezellen befallen.

Es handelt sich um eine heterogene Krankheitsgruppe, deren Ätiologie noch weitgehend ungeklärt ist. Nach der klinischen Symptomatologie, dem Krankheitsverlauf, dem Reifegrad und der Abstammung der Zellen werden akute (unreifzellige) und chronische (reifzellige) Leukämien unterschieden und hierbei in myeloische und lymphatische Formen eingeteilt.⁵³

Im Rahmen der zahnärztlichen Diagnostik interessieren besonders die akuten Leukämien, da diese klinisch oft sehr früh Veränderungen an der Mundschleimhaut und besonders an der Gingiva als sichtbare Wegweiser für die Krankheit aufzeigen.⁵⁴

Da eine detaillierte Besprechung der verschiedenen Leukämieformen den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, werden hier nur die häufigsten Befunde dargestellt. Der Interessierte sei auf die einschlägige internistisch-hämatologische Literatur verwiesen.

Akute Leukämien (akute Leukosen, unreifzellige Leukämien)

Unbehandelt führen diese innerhalb von Wochen bis wenigen Monaten zum Tode. Sie sind durch das Auftreten von unreifen Zellen des hämatopoetischen Systems („Blasten“ im Knochenmark) und peripheren Blut gekennzeichnet. Die Erkrankung kann auf andere Körpergewebe übergreifen. Die Inzidenz beträgt in der Bundesrepublik Deutschland 6/100.000 Menschen jeden Lebensalters.

Es wird zwischen der akuten myeloischen Leukämie (akute Myeloblastenleukämie, AML), die vornehmlich im Erwachsenenalter auftritt, und der akuten lymphatischen Leukämie, die mit zwei Häufigkeitsgipfeln zunächst

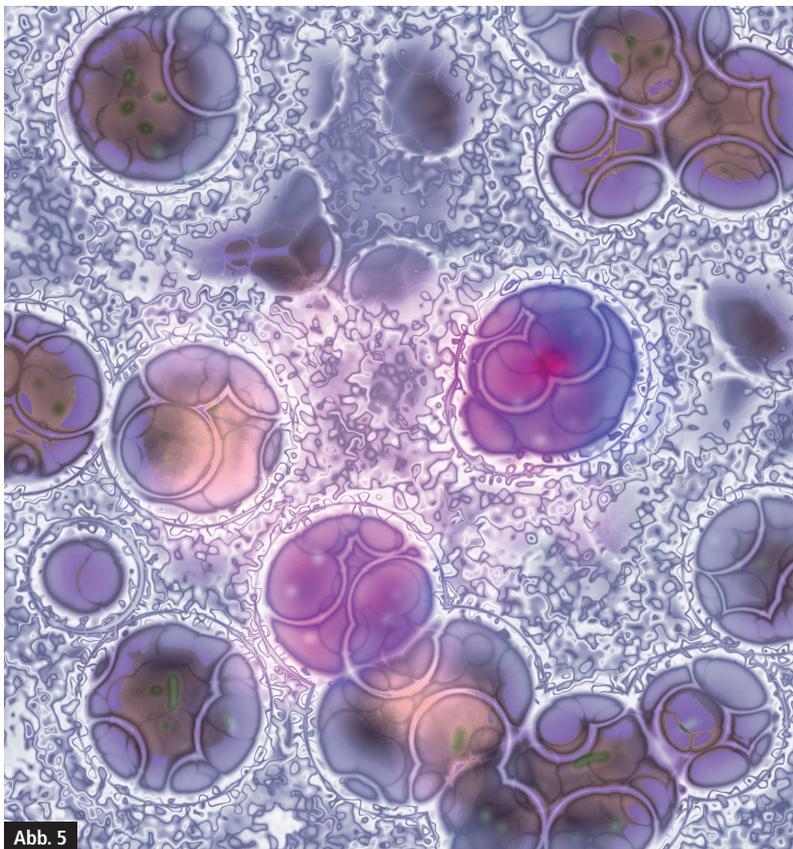
im Kindesalter (zweites bis sechstes Lebensjahr) und erneut mit rasch zunehmender Häufigkeit im höheren Lebensalter auftritt, unterschieden.

Die Allgemeinsymptomatik akuter Leukämien tritt meist plötzlich aus voller Gesundheit heraus auf, mit Zeichen eines schweren fieberhaften Infekts und zunehmender Blutungsneigung aus Mund, Nase, Magen-Darm-Trakt und den ableitenden Harnwegen, aufgrund einer thrombozytopenischen Blutungsneigung. Die intraorale Symptomatik der akuten Leukämie zeigt nahezu regelmäßig und oft schon im Frühstadium Veränderungen in der Mundschleimhaut, vor allem an der Gingiva.^{54,55}

Als Leitsymptome gelten:

- Nekrosen-Ulzerationen
- Gewebsvermehrung der Gingiva (durch leukämische proliferative Infiltrate), keine Gingivahyperplasie
- Blutungen (meist thrombozytopenischer Natur, seltener plasmatische hämorrhagische Diathesen)

Häufig kommt es infolge der Abwehrschwäche zu Candidiasis der Mundhöhle, die als opportunistische Infektion zu deuten ist. Bei der akuten lymphatischen Leukämie im Kindesalter sind ausgeprägte Gingivaveränderungen und Veränderungen des Parodontiums selten. Typischerweise liegen bei den akuten lymphatischen Leukämien regelmäßig Vergrößerungen der Halslymphknoten vor. Infolge der hämorrhagischen Diathese ist eine Blutungsneigung unterschiedlichsten Ausmaßes möglich: von leichten Ekchymosen bis zu profusen Schleimhautblutungen. Der diagnostische Stellenwert dieser in wechselnder Kombination auftretenden intraoralen Kardinalsymptome ist immer in Zusammenhang mit den Allgemeinerscheinungen zu sehen.^{54,55} Hierbei ist stets zu berücksichtigen, dass die Veränderungen in der Mundhöhle in Abhängigkeit von Art und Verlaufsform der Leukämie, dem Ausmaß der Resistenzschwäche und dem Alter der Patienten außerordentlich variabel sind. Es muss betont werden, dass kein Gingiva-, Parodontal- und Mundschleimhautbefund pathognomonisch für eine bestimmte Leukämieform ist.



© Giovanni Cancemi/Shutterstock.com

Abb. 5

Septanest mit Adrenalin 1/100.000 und Septanest mit Adrenalin 1/200.000. Verschreibungspflichtig.

Zusammensetzung: Arzneilich wirksame Bestandteile: Septanest 1/100.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40,000 mg Articainhydrochlorid, 0,018 mg Epinephrinhydrogentartrat (entspricht 0,010 mg Epinephrin). Septanest 1/200.000: 1 ml Injektionslösung enthält 40,000 mg Articainhydrochlorid, 0,009 mg Epinephrinhydrogentartrat (entspricht 0,005 mg Epinephrin).

Sonstige Bestandteile: Natriummetabisulfit (Ph. Eur.) 0,5 mg (entsprechend 0,335 mg SO₂), Natriumchlorid, Natriumedetat (Ph. Eur.), Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke.

Anwendungsgebiete: Infiltrations- und Leitungsanästhesie bei Eingriffen in der Zahnheilkunde, wie: Einzel- und Mehrfachextraktionen, Trepanationen, Apikalresektionen, Zahnfachresektionen, Pulpektomien, Abtragung von Zysten, Eingriffe am Zahnfleisch.

Hinweis: Dieses Produkt enthält keine Konservierungsstoffe vom Typ PHB-Ester und kann daher Patienten verabreicht werden, von denen bekannt ist, dass sie eine Allergie gegen PHB-Ester oder chemisch ähnliche Substanzen besitzen.

Gegenanzeigen: Septanest mit Adrenalin darf aufgrund des lokalnästhetischen Wirkstoffes Articain nicht angewendet werden bei: bekannter Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Articain und andere Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ, schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen (z. B. AV-Block II. und III. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekompensierter Herzinsuffizienz (akutes Versagen der Herzleitung), schwerer Hypotonie, gleichzeitiger Behandlung mit MAO-Hemmern oder Betablockern, Kindern unter 4 Jahren, zur intravasalen Injektion (Einspritzen in ein Blutgefäß). Aufgrund des Epinephrin (Adrenalin)-Gehaltes darf Septanest mit Adrenalin auch nicht angewendet werden bei Patienten mit: schwerem oder schlecht kompensiertem Diabetes, paroxysmaler Tachykardie oder hochfrequenter absoluter Arrhythmie, schwerer Hypertonie, Kammerwinkelglaukom, Hyperthyreose, Phäochromozytom, sowie bei Anästhesien im Endbereich des Kapillarkreislaufes.

Warnhinweis: Das Arzneimittel darf nicht bei Personen mit einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Sulfit sowie Personen mit schwerem Asthma bronchiale angewendet werden. Bei diesen Personen kann Septanest mit Adrenalin akute allergische Reaktionen mit anaphylaktischen Symptomen wie Bronchialspasmus auslösen. Das Arzneimittel darf nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden bei: Nieren- und Leberinsuffizienz (im Hinblick auf den Metabolisierungs- und Ausscheidungsmechanismus), Angina pectoris, Arteriosklerose, Störungen der Blutgerinnung. Das Produkt soll in der Schwangerschaft und Stillzeit nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden, da keine ausreichenden Erfahrungen mit der Anwendung bei Schwangeren vorliegen und nicht bekannt ist, ob die Wirkstoffe in die Muttermilch übergehen.

Nebenwirkungen: Toxische Reaktionen (durch anomal hohe Konzentration des Lokalanästhetikums im Blut) können entweder sofort durch unbeabsichtigte intravasculäre Injektion oder verzögert durch echte Überdosierung nach Injektion einer zu hohen Menge der Lösung des Anästhetikums auftreten. Unerwünschte verstärkte Wirkungen und toxische Reaktionen können auch durch Injektion in besonders stark durchblutetes Gewebe eintreten.

Zentralnervöse Symptome: Nervosität, Unruhe, Gähnen, Zittern, Angstzustände, Augenzittern, Sprachstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Ohrensausen,



MANAGING PAIN FOR YOUR PRACTICE



SEPTANEST

Mit 4 Injektionen jede Sekunde weltweit das bevorzugte Lokalanästhetikum der Zahnärzte*.

Zugelassen von 70 Gesundheitsbehörden (u. a. FDA und EMEA) auf der ganzen Welt entspricht Septanest den höchsten Qualitätsstandards.

Latex kann Allergien verursachen. Septanest ist 100% latexfrei und kommt während des gesamten Herstellungsprozesses nie mit Latex in Berührung.

Eine gute Entscheidung.

Wir unterstützen Sie in allen Bereichen der schmerzfreien Behandlung.

* Septanest wird in anderen Ländern auch unter dem Namen Septocaine oder Medicaine vertrieben

Schwindel, tonisch-klonische Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Koma. Sobald diese Anzeichen auftreten, müssen rasch korrektive Maßnahmen erfolgen, um eine eventuelle Verschlimmerung zu vermeiden. Respiratorische Symptome: erst hohe, dann niedrige Atemfrequenz, die zu einem Atemstillstand führen kann.

Kardiovaskuläre Symptome: Senkung der Kontraktionskraft des Herzmuskels, Senkung der Herzleistung und Abfall des Blutdrucks, ventrikuläre Rhythmusstörungen, pektanginöse Beschwerden, Möglichkeit der Ausbildung eines Schocks, Blässe (Cyanose), Kammerflimmern, Herzstillstand. Seltener kommt es zu allergischen Reaktionen gegenüber Articain, Parästhesie, Dysästhesie und Hypästhesie und Störung des Geschmackempfindens.

Besondere Hinweise: Aufgrund des Gehaltes an Sulfit kann es im Einzelfall insbesondere bei Bronchialastmatikern zu Überempfindlichkeitsreaktionen

kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewusstseinsstörung oder Schock äußern können.

Bei operativer, zahnärztlicher oder großflächiger Anwendung dieses Arzneimittels muss vom Zahnarzt entschieden werden, ob der Patient aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen darf.

Handelsformen: Packung mit 50 Zylinderampullen zu 1,7 ml Injektionslösung. (Septanest 1/100.000 oder 1/200.000) im Blistert.

Pharmazeutischer Unternehmer: Septodont GmbH – 53859 Niederkassel Stand: 05/2015

Gekürzte Angaben – vollständige Informationen siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation.

Allgemein gilt festzustellen, dass akute Leukosen im Erwachsenenalter häufiger zu intraoralen Manifestationen führen und mit schwereren Veränderungen in der Mundhöhle einhergehen als die chronischen Leukämien. Für den Zahnarzt ergibt sich hieraus eine besondere diagnostische Herausforderung, die in der frühzeitigen Äußerung der Verdachtsdiagnose einer akuten Leukämie liegt, die wiederum per se zu einer raschen Veranlassung weiterer Abklärung führen wird.⁵⁶

Fazit: Eine akut ulzerierende oder akut nekrotisierende Gingivostomatitis ist, bei Behandlungsresistenz über einige Tage hinweg, als dringend verdächtig auf eine maligne Systemerkrankung anzusehen und sollte, um keine wertvolle Zeit für die Behandlung eines solchen Krankheitsbildes zu verlieren, zeitnah hämatologisch abgeklärt werden.

Hyperkeratosis palmoplantaris (Papillon-Lefèvre-Syndrom)

Das Papillon-Lefèvre-Syndrom ist eine seltene autosomal-rezessiv vererbte Erkrankung, die zur Gruppe der seltenen Palmoplantarkeratosen gehört. Sie führt zu einer übermäßigen Verhornung (Hyperkeratose) an Händen und Füßen und geht mit schweren Schädigungen der parodontalen Gewebestrukturen einher. Die Hyperkeratosen treten gewöhnlich zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr auf.⁵⁷

Die intraorale Manifestation zeigt parallel zu den Verhornungsstörungen schwere entzündliche Veränderungen am Zahnstützgewebe, schon kurz nach dem Durchbruch der Milchzähne. Es kommt zu akuten Entzündungen der Interdentalpapillen und der marginalen Gingiva, die zur Bildung von Zahnfleischtaschen führen, aus denen sich Pus entleert. In kurzer Zeit entwickelt sich eine Parodontitis marginalis profunda, die je nach Ausprägungsgrad des Syndroms zu einem Ausfallen der Milchzähne bis zum vierten oder fünften Lebensjahr führt.⁵⁸ Im zahrfreien Intervall zwischen dem Verlust der Milchzähne und dem Durchbruch der bleibenden Zähne ist die Alveolarmukosa weitgehend unauffällig. Nach

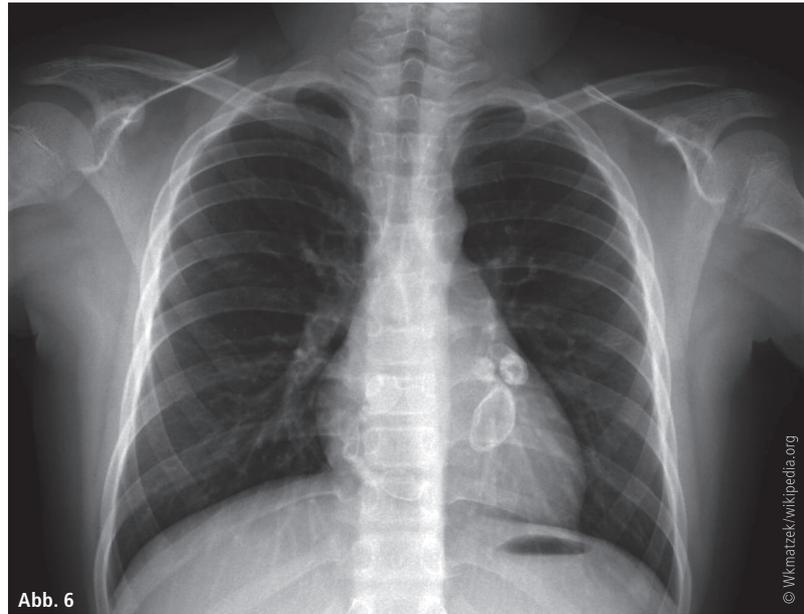


Abb. 6

© Wkmarzok/wikipedia.org

Durchbruch der bleibenden Zähne wiederholt sich der oben beschriebene parodontale Destruktionsprozess, sodass auch die bleibenden Zähne bis zum 15. Lebensjahr verloren gehen. Die Weisheitszähne bleiben verschont.^{52,58} Röntgenaufnahmen zeigen analog zum klinischen Befund massive Osteolysen der alveolären Knochenstrukturen.⁵⁹ Die zahnärztliche Therapie kann bestenfalls den Ablauf des parodontalen Destruktionsprozesses protraieren. Neuere klinische Erfahrungen sprechen für den positiven Einfluss von Retinoiden, nicht nur auf die Hyperkeratosen, sondern auch auf die marginale Parodontitis.^{60,61}

Kawasaki-Syndrom (mukokutanes Lymphknotensyndrom)

Das Kawasaki-Syndrom ist eine akute, fieberhafte (lang anhaltendes Fieber) systemische Erkrankung, die durch eine nekrotisierende Vaskulitis der kleinen und mittleren Arterien gekennzeichnet ist.⁶² Es kommt zu einer Entzündung in vielen Organen, die mit Ikterus, Arthralgien, Meningitis, Schwellungen der Halslymphknoten, polymorphen Exanthenen, Plantar- und Palmarerythemen, Konjunktivitis und Mundschleimhautbeteiligung einhergeht; die Zunge kann wie bei Scharlach im Sinne einer Himbeerzunge verändert sein.⁶³ Das

Kawasaki-Syndrom betrifft vor allem Kleinkinder und imitiert im anfänglichen Erscheinungsbild Infektionskrankheiten wie Masern oder Scharlach.⁶⁴ Die orale bzw. intraorale Manifestation umfasst das Bild einer trockenen Cheilitis, die oben genannte Himbeerzunge, sowie eine intensive Gingivostomatitis mit Rötung und Schwellung. Diese Veränderungen dauern in der Regel so lange wie das Fieber persistiert.⁶³ Eine für das frühe Lebensalter ungewöhnliche Komplikation ist die Bildung von Aneurysmata, Stenosen oder Thromben in den Koronargefäßen (Abb. 6) in einzelnen Fällen.^{62,65}

Priv.-Doz. Dr. Dr.
Matthias Kreppel
[Infos zum Autor]



Dr. Hans-Georg
Kreppel
[Infos zum Autor]

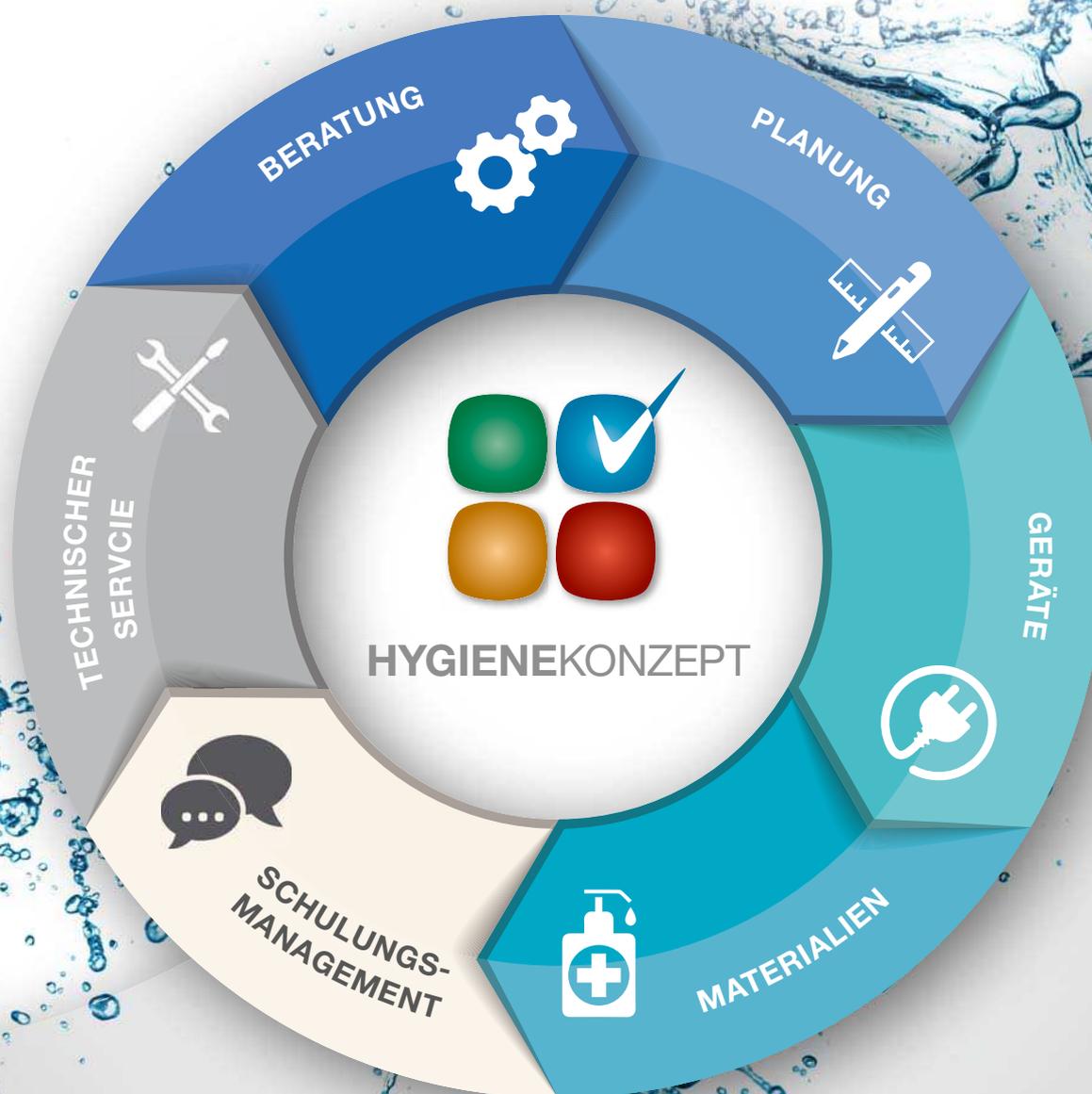


Kontakt

**Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent.
Matthias Kreppel**

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62, 50931 Köln
Tel.: 0221 47896594
mattheskreppel@yahoo.de

OPTIMIEREN SIE IHR HYGIENEMANAGEMENT



DAS HYGIENEKONZEPT VON HENRY SCHEIN

Henry Schein entwickelt sein Hygienekonzept stetig weiter, um die ordnungsgemäße Umsetzung von Hygieneabläufen nicht zur zeitintensiven Zusatzarbeit werden zu lassen. Das Konzept baut auf den 4 Säulen Hygiene-, Qualitäts-, Geräte- und Schulungsmanagement auf und eignet sich für alle Zahnärzte, MKG-Chirurgen, Kieferchirurgen, Implantologen und Labortechniker, die sich gerne auf ihre Kernarbeit konzentrieren möchten.

Möchten Sie mehr erfahren?
Dann kontaktieren Sie uns!

Hotline: 0800 - 14 000 44
FreeFax: 08000 - 40 44 44

E-Mail: hygiene@henryschein.de

 **HENRY SCHEIN**[®]
DENTAL

Erfolg verbindet.

Bei folgendem Patientenfall handelt es sich um eine 72-jährige Patientin, die von ihrer behandelnden Zahnärztin wegen einer circa walnussgroßen Raumforderung im Bereich des linken Unterkiefers Regio 33 bis 35 überwiesen wurde. Der Schwerpunkt in diesem Fachbeitrag wurde auf die sonografische Bildgebung gelegt, um die Vorteile der Ultraschalluntersuchung in der Zahnmedizin besser verdeutlichen zu können.

Dr. Dr. Dr. O. Knauer
[Infos zum Autor]



Sonografische Darstellung einer Zyste mit Knochendefekt

Dr. med. Dr. med. dent. Dr. medic (RO) Oliver Knauer



Abb. 1

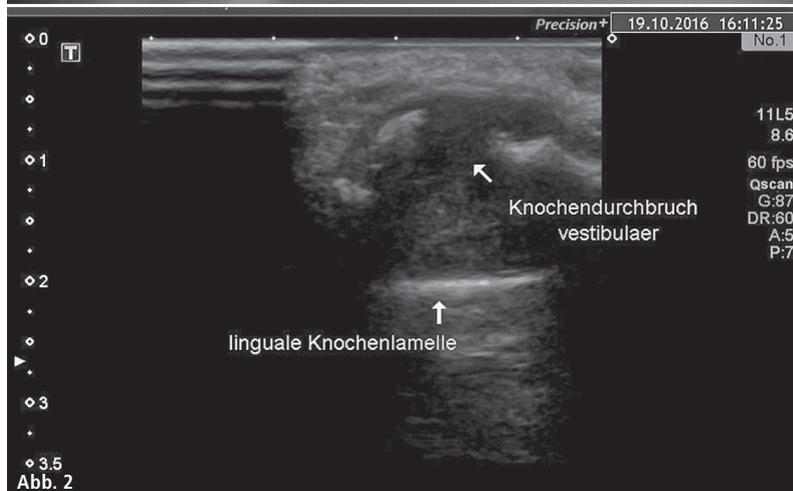


Abb. 1: Teilansicht des präoperativen Orthopantomogramms: Es sind keine Wurzelresorptionen an 33, 34 und 35 zu erkennen. – Abb. 2: Die Raumforderung ist echoarm mit einigen reflexreicheren Zonen und dorsaler Schallverstärkung.

Die Patientin war klinisch symptomlos. Der Nervus mentalis links hatte keine Sensibilitätsstörungen und die Zähne 33, 34 und 35 waren relativ fest. Die intraorale Palpation ergab eine prallelastische Auftreibung im Bereich der Gingiva in Regio 33 bis 35. In der präoperativen Röntgenaufnahme erkennt man eine relativ gut begrenzte Aufhellung im Bereich des Unterkieferknochens. Die Zähne 33 und 34 sind leicht gekippt, haben aber keine Wurzelresorptionen (Abb. 1).

Sonografische Diagnostik

Zur genauen Beschreibung des Befundes wurden mehrere sonografische Untersuchungen mit unterschiedlichen Sonden durchgeführt. Bei der extraoralen Untersuchung (Frequenz 8 MHz) wurde die Sonde auf der Wange aufgelegt. Es konnte ein größerer zentraler, knöcherner Defekt nachgewiesen werden. Die eigentliche Raumforderung ist echoarm, mit einigen reflexreicheren Zonen und dorsaler Schallverstärkung – was für eine Flüssigkeitsansammlung spricht (Abb. 2).

Die intraorale Sonografie, bei der die Hockeysticksonde mit einer Frequenz von 14 MHz direkt auf das Zahnfleisch appliziert wurde, stellt eine gut begrenzte Raumforderung dar, die den



Abb. 3

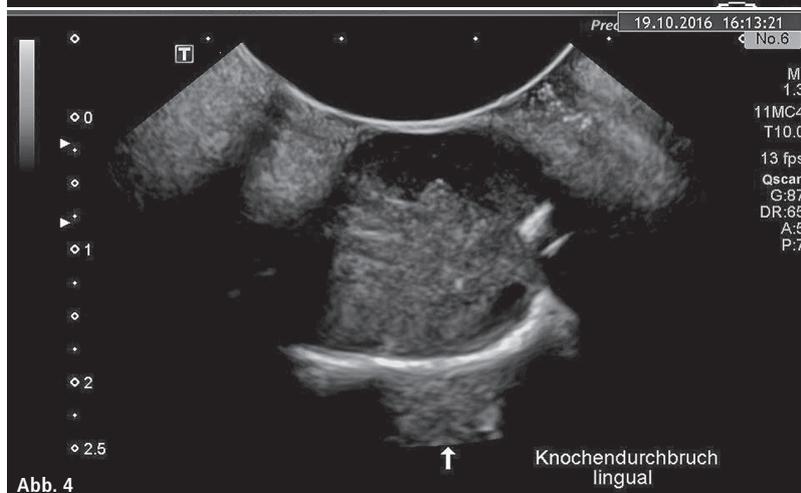


Abb. 4

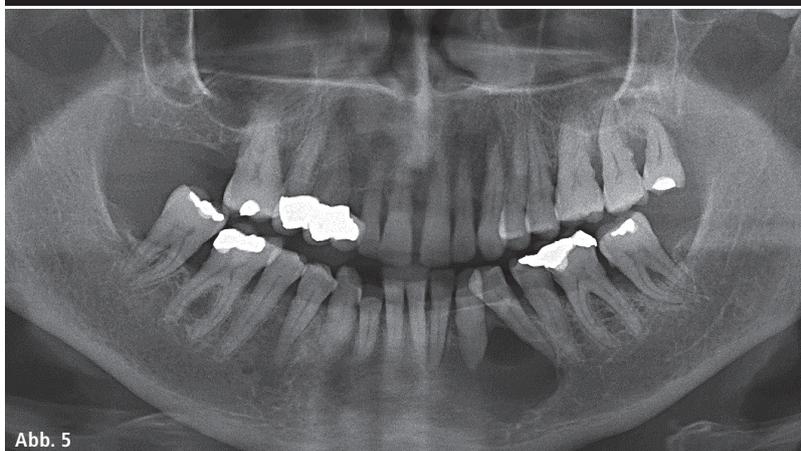


Abb. 5

Abb. 3: Sonografische Abbildung der linguale Knochenlamelle mithilfe der Hockeysticksonde. – **Abb. 4:** Mit der Micro-Convex-Sonde zeigte sich eine deutliche Schallverstärkung nach lingual über den Unterkieferknochen hinweg. – **Abb. 5:** Auf der postoperativen Röntgenaufnahme ist ebenfalls der zentrale linguale Knochendefekt zu sehen.

Knochen vestibulär, zentral durchbrochen hat. Im vorderen Anteil sind viele echoreichere Strukturen nachweisbar. Dabei handelt es sich um Detritus und Zystenflüssigkeit. Eine dorsale Schallverstärkung lässt sich aufgrund der geringeren Eindringtiefe der Schallwellen nicht nachweisen. Die linguale

Knochenlamelle lässt sich gut abbilden (Abb. 3).

Die andere verwendete intraorale Sonde war eine Micro-Convex-Sonde mit einer Frequenz von 10 MHz und einer mittleren Eindringtiefe. Hier zeigte sich eine deutliche Schallverstärkung nach lingual über den Unterkieferknochen

hinweg. Dies war der erste sichere Hinweis auf einen zusätzlichen knöchernen linguale Defekt, der im OP-Situs später bestätigt werden konnte (Abb. 4). Die postoperative Röntgenaufnahme zeigt ebenfalls diesen zentralen linguale Knochendefekt (Abb. 5).

Vorgehen

Klinisch, radiologisch sowie sonografisch sprach der Primärbefund für eine typische zystische Veränderung, die langsam verdrängend wächst und den Knochen auflöst. Eine Keratozyste konnte aufgrund der fehlenden Resorptionen der Zahnwurzeln ausgeschlossen werden. Es bestand auch kein Verdacht auf einen bösartigen Knochentumor, da die Sensibilität des Nervus mentalis links nicht betroffen war. Die Zyste wurde in Lokalanästhesie in toto excochleiert und histologisch untersucht. Im OP-Situs zeigte sich, dass Anteile des Nervus mentalis in direktem Kontakt mit der Zyste standen. Der Nervus mentalis wurde vorsichtig freipariert. Die Zähne 33 und 34 wurden belassen, damit der Unterkiefer nicht noch weiter geschwächt wird, da eine erhöhte Kieferbruchgefahr bestand.

Fazit

Durch die zusätzlichen sonografischen Untersuchungen konnte die Raumforderung besser und klarer dargestellt werden, was den operativen Eingriff vereinfachte. Die Patientin konnte im Vorfeld darüber aufgeklärt werden, dass es sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um eine gutartige Neubildung handelt. Dies reduziert im Allgemeinen den präoperativen Stress der betroffenen Patienten erheblich.

Kontakt

Dr. med. Dr. med. dent.
Dr. medic (RO) Oliver Knauer
 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Zahnmedizin e.V.
 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 Naumburger Straße 76
 06667 Weißenfels
 www.mkg-knauer.de

Bei der Rekonstruktion des Oberkieferseitenzahnbereichs bei mangelndem Restknochenangebot muss häufig ein Augmentationsverfahren in Betracht gezogen werden, da nach längerem Zahnverlust der Knochen atrophiert ist und kein ausreichendes Volumen für die sichere Verankerung von Implantaten zur Verfügung steht. Zur Schaffung eines ausreichend dimensionierten Implantatlagers kann eine Augmentation mit autologem Knochen, mit Knochenersatzmaterial oder einer Kombination beider Verfahren angezeigt sein. Häufig ist in diesen Fällen eine Sinusbodenelevation nötig, um eine ausreichende vertikale Knochenhöhe zu erreichen. Im vorliegenden Fall wurde das „Schichtprinzip“ bei der Sinusbodenelevation unter Verwendung von biphasischem Knochenersatzmaterial in Kombination mit autologem Knochen angewendet.

Dr. Frank Zastrow
[Infos zum Autor]



Neuartiges Augmentationsmaterial und Membran für Sinuslift

Dr. Frank Zastrow, M.Sc.

Ziel der Behandlung war es, neben einer langzeitstabilen prothetischen Versorgung mit gutem ästhetischem Ergebnis, die Volumenstabilität des Augmentats in der Heilungsphase sowie den möglichst vollständigen Umbau des Knochenersatzmaterials in eigenen vitalen Knochen sicherzustellen.

Fallbericht

Eine 53-jährige Patientin stellte sich mit einer Schaltlücke Regio 25 und 26 vor. Sie wünschte eine festsitzende implantatgetragene Versorgung. Aufgrund der langjährigen Zahnlosigkeit stellte sich eine hochgradige Knochenatrophie und eine extrem stark pneumatisierte Kie-

ferhöhle dar (Abb. 1 und 2). Als Zugang für die Sinusbodenelevation wurde ein vestibuläres Kieferhöhlenfenster angelegt und die Schneider'sche Membran unter Knochenkontakt präpariert (Abb. 3 und 4).

Mittels Bone Condensern wurde anschließend der Knochen Regio 25 verdichtet, um eine bessere mechanische Festigkeit des Knochens zu erreichen und um eine ausreichende Primärstabilität des Implantats zu gewährleisten (Abb. 5). Um den Knochendefekt aufzufüllen, kam das „Schichtprinzip“ zur Anwendung, bei dem der kraniale Defektanteil mit einem biphasischen, vollständig resorbierbaren Knochenersatzmaterial (SYMBIOS® Biphasisches Knochenersatzmaterial) und der implantatnahe Bereich mit autologen Knochenspänen aus der Implantationsstelle aufgefüllt wurde (Abb. 6). Die Anordnung dieser beiden Materialien bewirkte, dass die Implantate weitgehend im eigenen Knochen ver-

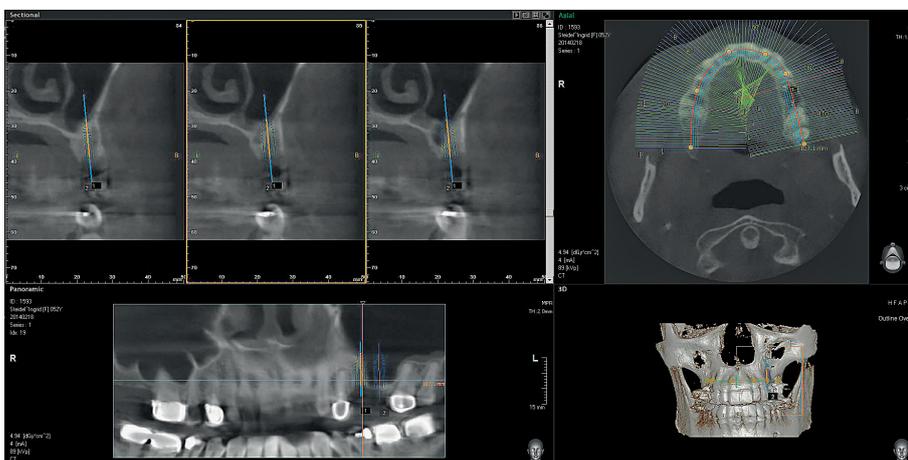


Abb. 1: Cone-Beam-Computertomografie (CBCT) der Ausgangssituation und Backward Planning.

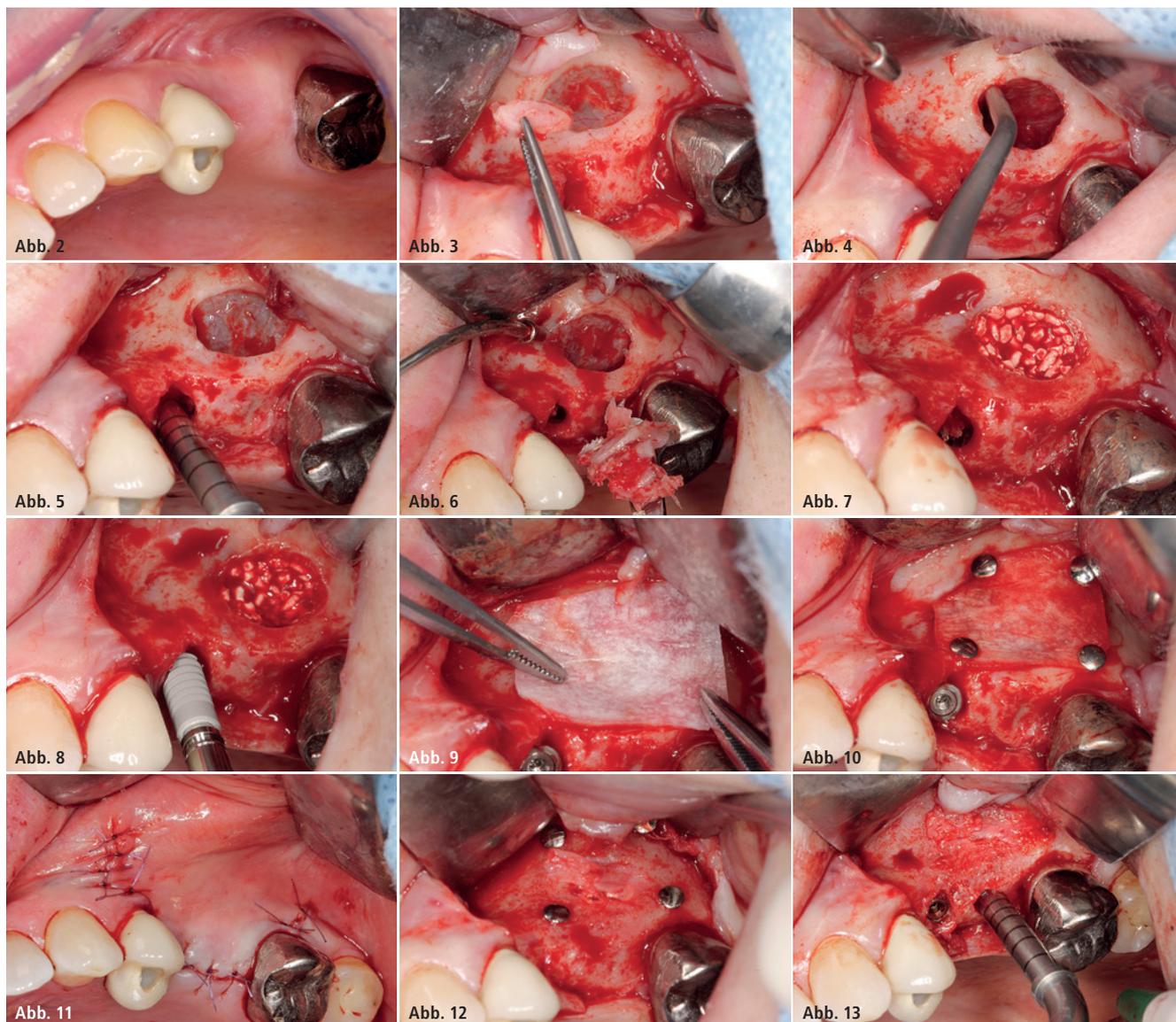


Abb. 2: Klinische Ausgangssituation. – **Abb. 3:** Laterales Fenster für die Sinusbodenelevation. – **Abb. 4:** Präparation der Schneider'schen Membran. – **Abb. 5:** Knochenverdichtung Regio 25. – **Abb. 6:** Einbringen der Knochenspäne in die krestale Sinusregion. – **Abb. 7:** Sinusbefüllung nach dem Schichtprinzip. – **Abb. 8:** Implantat in Regio 25. – **Abb. 9:** Adaption der Membran an das Wundgebiet. – **Abb. 10:** Adaptierte Membran in situ. – **Abb. 11:** Spannungsfreier Wundverschluss. – **Abb. 12:** Vollständig verknöcherter Operationsbereich bei Wiedereröffnung. – **Abb. 13:** Knochenverdichtung Regio 26.

ankert werden konnten. Das langsam resorbierende Knochenersatzmaterial schützte bei dieser Technik vor einer zu raschen Resorption durch den Druck in der Kieferhöhle.

Knochenersatzmaterial

Das biphasische Knochenersatzmaterial enthält einen 80-prozentigen Trikalziumphosphatanteil (TCP) und einen 20-prozentigen Hydroxylapatitanteil (HA). TCP stellt das allmähliche Remodeling im vitalen Knochen sicher. HA sorgt während der Einheilphase zusammen mit der wabenartigen Struktur des Materials für eine

ausreichende Volumenstabilität des Augmentats. Vor der Einbringung wurde das Material mit Eigenblut gemischt und nach der Koagulation des Bluts mit dem Einbringinstrument in den Defekt eingelagert. Abbildung 7 zeigt den nach dem Schichtprinzip gefüllten Sinus. Dieses Schichtverfahren mit einer Kombination aus Knochenersatzmaterial und autologem Knochen bietet den Vorteil, dass die Einheilzeit lediglich 3,5 bis 4 Monate beträgt, während bei ausschließlicher Verwendung von Knochenersatzmaterial acht bis neun Monate Einheilzeit bei wenig Restknochen veranschlagt werden müssen.

Chirurgisches Vorgehen

Im Anschluss an die Defektauffüllung wurde in Regio 25 ein Implantat (ANKYLOS C/X®) mit 3,5 mm Durchmesser und 11 mm Länge inseriert (Abb. 8). Zur Deckung des Defekts wurde eine Kollagenmembran (SYMBIOS® Collagen Membrane SR; slow resorbable) verwendet, deren Eigenschaften auf das Knochenersatzmaterial abgestimmt sind. Zur leichteren Adaptation an die anatomischen Gegebenheiten des Wundgebiets wurde sie für etwa fünf bis zehn Minuten in Kochsalzlösung hydriert. Zur Stabilisierung wurde die Membran anschließend mit Pins

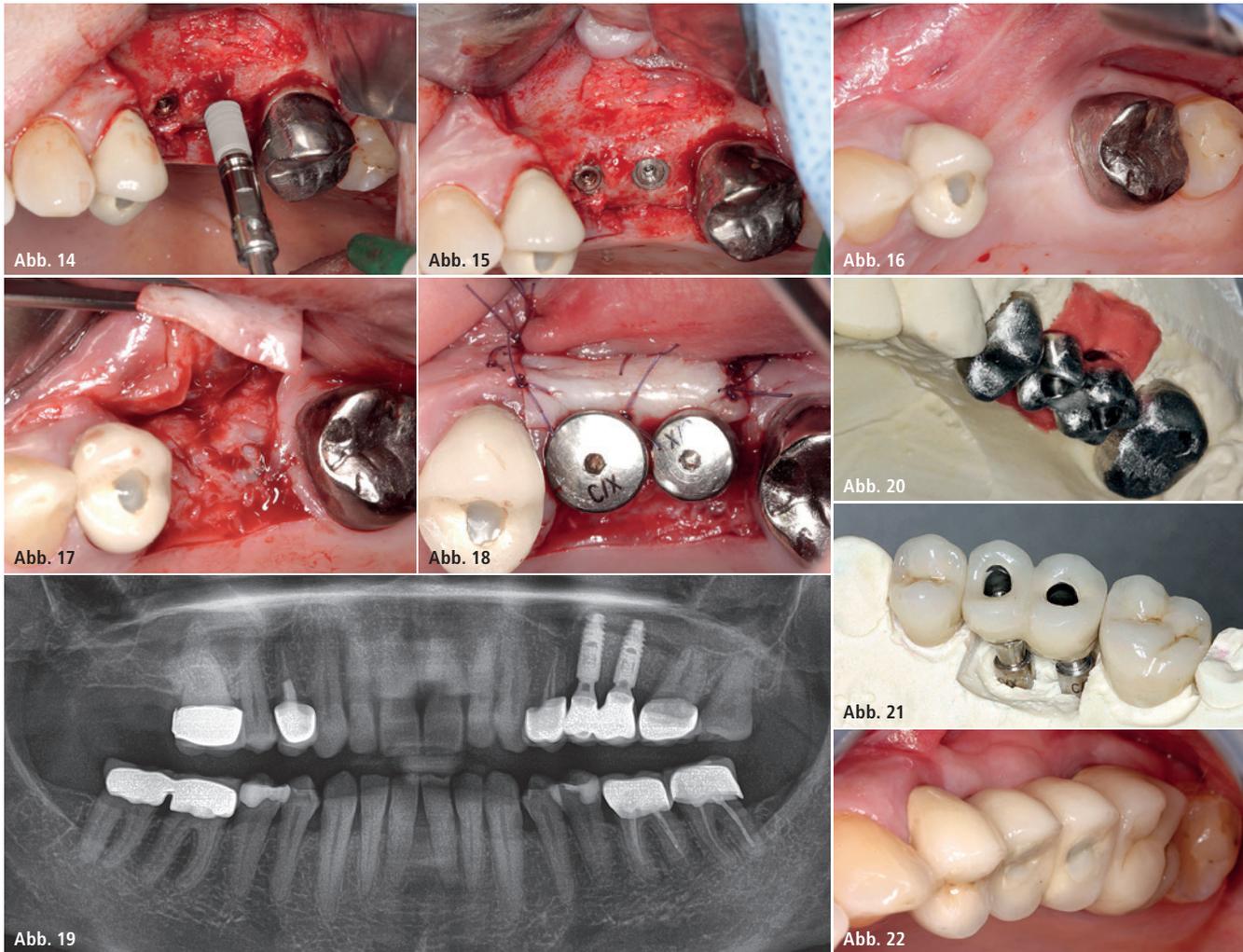


Abb. 14: Implantatinsertion Regio 26. – **Abb. 15:** Eingebraachte Implantate. – **Abb. 16:** Klinische Situation vor Freilegung des neugebildeten Knochens. – **Abb. 17:** Wiedereröffnung mit apikal mobilisiertem Verschiebelappen vier Monate nach der Insertion von Implantat 26. – **Abb. 18:** Gingivaformer in situ. – **Abb. 19:** OPG nach Eingliederung der definitiven prothetischen Versorgung. – **Abb. 20:** ATLANTIS ISUS-Brücke. – **Abb. 21:** Definitive prothetische Versorgung auf dem Situationsmodell. – **Abb. 22:** Klinische Ansicht der finalen Versorgung.

im Knochen fixiert (Abb. 9 und 10). Danach erfolgte der spannungsfreie Wundverschluss (Abb. 11).

Bei Wiedereröffnung des Wundgebiets nach 3,5 Monaten stellte sich der Operationsbereich vollständig verknöchert dar (Abb. 12). In Regio 26 wurde daraufhin mit einer Trepanfräse neu gebildeter Knochen entnommen und später histologisch untersucht. Die Untersuchung ergab eine Knochenneubildung mit relativ wenig Anzeichen für Entzündungsreaktionen, wie sie bei einem Knochenumbau typisch sind. Anschließend wurde auch hier für eine bessere Primärstabilität der Knochen mittels Bone Condensern verdichtet und die Insertion des zweiten geplanten Implantats (ANKYLOS, Durchmesser 3,5 mm, Länge 11 mm) vorgenommen (Abb. 13–15). Abbil-

dung 16 zeigt Regio 26 vier Monate nach der Implantatinsertion. Zu diesem Zeitpunkt wurde ein Verschiebelappen nach apikal mobilisiert (Abb. 17), um die keratinisierte Mukosa nach bukkal zu verlagern. Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, dass die Mukosa um die Implantate herum fest und unbeweglich bleibt. Abbildung 18 zeigt die Gingivaformer in situ. Auf dem postoperativen Röntgenbild ist die Lage der Implantate (Abb. 19) – exakt wie präoperativ geplant – und die leicht subkrestale Platzierung zu sehen.

Prothetische Versorgung

Die definitive prothetische Versorgung wurde 9,5 Monate nach der Sinusbodenelevation eingegliedert.

Abbildung 20 zeigt die CAD/CAM-gefertigte Brücke (ATLANTIS ISUS) in Regio 25 und 26. Die Zähne 24 und 27 wurden mit metallkeramischen Einzelkronen versorgt, während die Kronen auf den Implantaten Regio 25 und 26 aus Stabilitätsgründen verblockt wurden (Abb. 21). Die Brücke wurde mittels Balance Base-Aufbauten auf den Implantaten verschraubt. Diese Lösung wurde gewählt, um das Risiko von Zementresten im Sulkus und das damit einhergehende Risiko einer Periimplantitis zu vermeiden (Abb. 22).

Kontakt

Dr. Frank Zastrow, M.Sc.

Heidelberger Straße 38

69168 Wiesloch

Tel.: 06222 52127

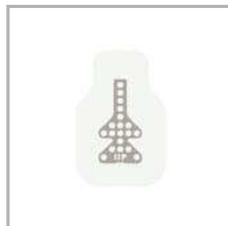
info@zahnarzt-dr-zastrow.de

NeoGen™

eine neue Generation
titanverstärkter Membranen



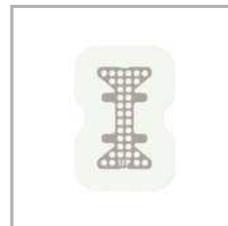
Membran - S I
Klein Interproximal
29 x 14 mm



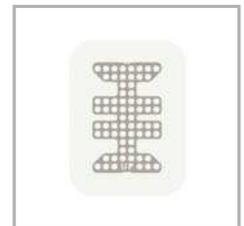
Membran - M I
Mittel Interproximal
30 x 19 mm



Membran - L I
Groß Interproximal
36 x 21 mm



Membran - M
Mittel
32 x 22 mm



Membran - L
Groß
34 x 25 mm

Im vorliegenden Fachbeitrag wurde mithilfe einer titanverstärkten Membran eine vertikale Kieferkammaugmentation durchgeführt. Bei der verwendeten Membran handelt es sich um eine nicht resorbierbare titanverstärkte Membran, welche die einfache Handhabung und die Gewebeinteraktion von expandiertem Polytetrafluorethylen (PTFE) mit erhöhter Barrierefunktion von verdichtetem PTFE kombiniert.

Dr. Haßfurth
[Infos zum Autor]



Vertikale Kieferkammaugmentation und Implantation in der mittleren Oberkieferschneidezahnregion

Dr. Norbert Haßfurth

Die Geschichte der PTFE-Membranen beginnt in den späten 1980er-Jahren, als W. L. Gore & Associates, Inc. eine Membran aus expandiertem PTFE entwickelte. In den 1990er-Jahren wurde eine dichte PTFE-Membran entwickelt, die einer Freilegung besser standhält. Die hier beschriebene Membran (NeoGen™, Neoss GmbH) gehört zu den PTFE-Membranen, welche die vorteilhaften Eigenschaften (Hand-

habung, Gewebeinteraktion) von expandiertem PTFE mit erhöhter Barrierefunktion von verdichtetem PTFE kombiniert. Die titanverstärkte Membran ist aus drei Schichten aufgebaut. Die äußere, weichgewebefreundliche PTFE-Schicht weist eine Bakterienresistenz auf und die mittlere Schicht besteht aus widerstandsfähigem und stark formbarem Titannetz. Die innere PTFE-Schicht wiederum weist

eine expandierte Textur auf, die eine vorhergesagbare Hartgewebeintegration ermöglicht. Kombiniert ergeben die Schichten eine Membran, die einfach zu handhaben ist und die Augmentationsstelle schützt. Im vorliegenden Fallbeispiel wird eine Knochenregeneration mit solch einer Membran und gleichzeitiger Insertion von Implantaten bei einem sehr schmalen atrophierten Kieferkamm beschrieben.



Abb. 1

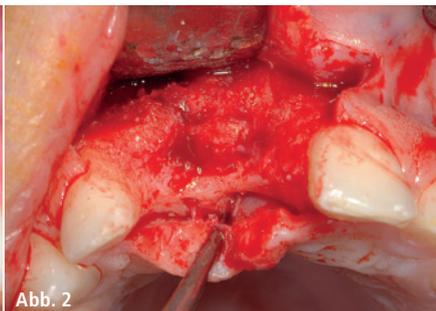


Abb. 2

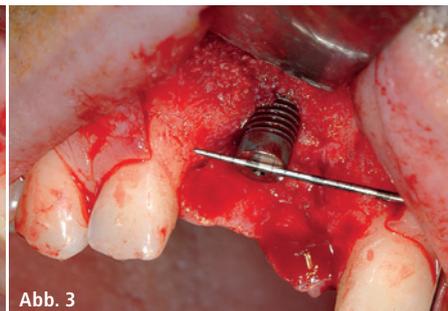


Abb. 3

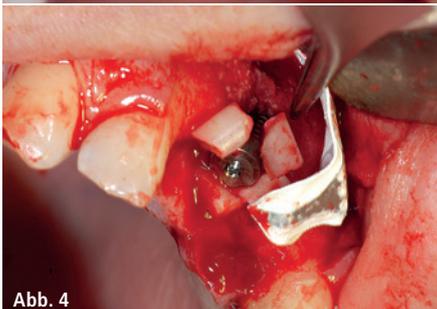


Abb. 4



Abb. 5

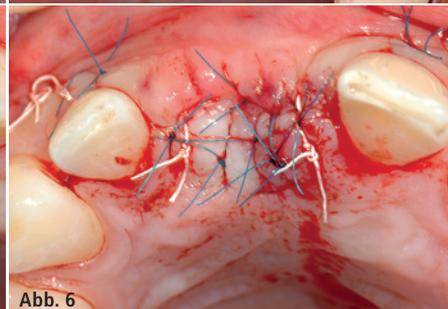


Abb. 6



Fallbeschreibung

Ein 40-jähriger Patient stellte sich mit einem fehlenden mittleren Schneidezahn und einem resorbierten Kieferkamm vor (Abb. 1).

Vertikale Kieferkamm-augmentation und Implantation

Es wurde ein Mukoperiostlappen mit Entlastungsinzisionen gebildet, wodurch ein großer vertikaler Defekt sichtbar wurde (Abb. 2). Ein Implantat (Neoss ProActive® Straight) wurde bei dem 8 mm vertikalen Defekt gesetzt (Abb. 3). Autogene Knochenzylinder (3,4x4–5 mm) wurden aus der Linea obliqua des Unterkiefers in der Molarenregion entnommen und um das Implantat eingebracht, um die Regeneration zu beschleunigen und als Platzfüller zu fungieren (Abb. 4). Vom gleichen Hersteller wurde eine titanverstärkte Membran zugeschnitten, geformt und in den OP-Situs eingepasst sowie bukkal mit zwei Stiften fixiert (Abb. 5). Die Weichgewe-

beseite der Membran verfügt über eine dichte Textur, welche die Interaktion mit dem Weichgewebe fördert. Dies verleiht der Membran Stabilität und bildet eine Barrierefunktion, sodass das Risiko einer Infektion bei Membranfreilegung minimiert wird. Die Hartgewebeseite verfügt über eine expandierte Textur, die eine vorhersagbare Hartgewebeintegration ermöglicht. Zusammen mit der starren Netzkonfiguration kann eine vollständige Knochenauffüllung erreicht werden. Ein spannungsfreier Lappenverschluss wurde durch Entlastung des Periosts auf der bukkalen Seite erreicht (Abb. 6). Die Weichgewebeheilung verlief komplikationslos (Abb. 7 und 8).

Freilegung und Ausformung

Nach sechs Monaten wurde der Zweit-eingriff durchgeführt. Es wurde eine zentral-krestale Inzision mit Entlastungsinzisionen verwendet (Abb. 9). Der Lappen wurde abgehoben, um die Membran freizulegen (Abb. 10). Das Weichgewebe konnte nach der Abhei-

lung leicht von der Membran getrennt werden. Die Membran wurde entfernt. Neu gebildeter Knochen füllt den gesamten von der Membran geschaffenen Raum (Abb. 11). Überschüssiger Knochen oben auf den Deckschrauben wurde entfernt, um Zugang zum Implantat zu erhalten (Abb. 12). Ein PEEK-Gingivaformer wurde mit dem Implantat verbunden und der Lappen verschlossen (Abb. 13). Das direkt nach dem Einsetzen des Abutments aufgenommene Röntgenbild zeigt, dass der Knochen erfolgreich bis zur Höhe der Implantatplattform regeneriert wurde (Abb. 14).

Fazit

Das beschriebene Fallbeispiel zeigt, dass sich eine titanverstärkte Membran zur vertikalen Kieferkammaugmentation mit Implantatinsertion in der mittleren Schneidezahnregion im Oberkiefer eignet. Die Membran hält das Weichgewebe davon ab, in den Defekt hineinzuwachsen, und schafft Raum, damit sich dieser mit Knochen füllen kann. Somit ist eine vertikale Kieferkammaugmentation und Implantation auch in der mittleren Oberkieferschneidezahnregion möglich.



Kontakt

Dr. Norbert Haßfurther

Lahnwegsberg 21

35435 Wettenberg

Tel.: 0641 982190

norbert@dr-hassfurther.eu

W&H

Neues Chirurgiegerät für noch mehr Sicherheit

Im September 2016 stellte W&H die neue Generation seines bewährten Chirurgiegerätes Implantmed vor. Dank innovativen Funktionserweiterungen und intelligenten Systemkomponenten bietet Implantmed nun noch mehr Sicherheit, Flexibilität und eine noch einfachere Bedienbarkeit. Ein Motordrehmoment von 6,2 Ncm und eine Motordrehzahl von 200 bis 40.000 rpm machen dabei präzises Arbeiten ohne großen Kraftaufwand möglich.

Die Behandler werden durch das neue W&H Chirurgiegerät nicht nur bei der präzisen Durchführung der oralchirurgischen Eingriffe, sondern auch beim effizienten Zeitmanagement unterstützt.

Dafür sorgen unter anderem personalisierbare Programmabläufe für bis zu sechs Nutzer. Die neu konzipierte Kühlmittelpumpe ermöglicht die Beladung auch unter sterilen Bedingungen. Mit

der aktivierbaren Dokumentationsfunktion können sämtliche Werte und Parameter der Implantatinsertion auf einem USB-Stick gespeichert werden. Fünf neue, zum Chirurgiemotor passende chirurgische Hand- und Winkelstücke mit LED+ sowie eine kabellose Fußsteuerung ergän-

zen Implantmed in puncto Anwenderkomfort. Ein attraktives Sparangebot zum neuen Implantmed findet sich im aktuellen W&H Herbst-Goodie-Book, das noch bis Dezember 2016 gilt.

W&H Deutschland GmbH
Tel.: 08682 8967-0
www.wh.com



Septodont

Kriterien für ein qualitatives und sicheres Lokalanästhetikum

Bei dentalen Arzneimitteln ist es essenziell, dass alles aus einer Hand kommt. Nur so können alle Prozessschritte wie Produktion, Qualität, Vertrieb, aber auch

das Bearbeiten von Reklamationen sowie Produktberatung optimal gesteuert werden. Grundsätzlich gilt, der Zahnarzt sollte Lokalanästhe-

tika nur von Anbietern beziehen, die auch selbst herstellen.

Dieser sollte nicht nur auf dem deutschen Markt, sondern international tätig sein. Eine Zulassung durch die als sehr restriktiv geltende amerikanische Food & Drug Administration (FDA), wie bei Septanest, ist Garant für herausragende Qualität und Sicherheit des Produktes. Als Standard sollte

der Wirkstoff Articain verwendet werden. Septodont bietet für spezielle Indikationen Lokalanästhetika mit den Wirkstoffen Lidocain und Mepivacain an.

Bereits im 6. Jahr in Folge führt Septodont die Roadshow durch. Zusätzlich werden regional Workshops und Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die ebenfalls den persönlichen Austausch sicherstellen.



Septodont GmbH
Tel.: 0228 97126-0
www.septodont.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.



Planmeca

3-D-Röntgen: Wenn der Preis ein Privileg zum Standard macht



Planmeca
[Infos zum Unternehmen]

Der finnische Dentalgerätehersteller Planmeca macht mit seiner ProMax-Familie 3-D-Diagnostik erschwinglich für jede Zahnarztpraxis. 3-D-Röntgengeräte mit DVT-Bildgebung liefern detailliertere Informationen und bieten eine deutlich bessere Diagnostik als eine 2-D-Panoramabildgebung – und das mithilfe einer bis zu 75 Prozent geringeren Strahlendosis. Auch die

juristischen Aspekte sind nicht außer Acht zu lassen. Wenn zweidimensionale Aufnahmen keine klare Diagnose ermöglichen, hat der Patient aus forensischer Sicht ein Recht auf sichere und bestmögliche Diagnostik.

Die All-in-one-Geräte aus der ProMax-Familie erfüllen alle maxillofazialen Bildgebungsbedürfnisse: die 2-D-Aufnahmefunktion sowie alle für die Zahnheilkunde erforderlichen Arten dreidimensionaler Bildgebung – DVT, 3-D-Gesichtsfoto und 3-D-Oberflächenscan. Ob Panorama-, extraorale Bissflügel- oder Fernröntgenbildgebung – durch ihre detaillierte Wiedergabe unterstützen die damit erstellten 3-D-Aufnahmen täglich die Planung und Behandlung unterschiedlichster Patientenfälle.

Planmeca Vertriebs GmbH
Tel.: 0521 560665-0
www.planmeca.de

Dentaurum Implants

In drei Schritten zum Erfolg

Die Dentaurum Implants GmbH, ein Tochterunternehmen der Dentaurum-Gruppe, erweitert ihr umfassendes Produktspektrum für die Implantologie um die Neuentwicklung CITO mini®. Es handelt sich hierbei um ein System einteiliger Implantate, das die minimalinvasive Insertion



Dentaurum Implants
[Infos zum Unternehmen]

in nur drei Schritten erlaubt. Die einteiligen Kugelkopfimplantate sind in drei Durchmessern (1,8/2,2/2,5 mm) und jeweils zwei Längen (11/13 mm) erhältlich. CITO mini®-Implantate können transgingival und minimalinvasiv eingebracht werden. Je nach Ausgangssituation lassen sich mit den einteiligen Kugelkopfimplantaten vielfach augmentative Maßnahmen vermeiden. Da in vielen Fällen eine Sofortbelastung dieser Implantate möglich ist, haben Patienten zudem schnell Freude an dem Gefühl wiedergewonnener Lebensqualität. Weiterführende Informationen über CITO mini® erhalten Interessenten bei der Dentaurum Implants Hotline, die mit erfahrenen Implantologen und Zahntechnikern besetzt ist.



Dentaurum Implants GmbH
Tel.: 07231 803-560
www.dentaurum-implants.com

Neoss

Eine neue Generation Membranen

NeoGen™ ist eine neue Generation nicht resorbierbarer titanverstärkter und nicht verstärkter Membranen, welche die einfache Handhabung und die Gewebewebinteraktion von expandiertem PTFE mit erhöhter Barrierefunktion von verdichtetem PTFE kombiniert. Die Membran ist aus drei Schichten aufgebaut. Die äußere, weichgewebefreundliche PTFE-Schicht verfügt über eine dichte Textur, welche die Interaktion mit dem Weichgewebe ermöglicht. Dies verleiht Stabilität und bildet eine Barrierefunktion, sodass das Risiko einer Infektion minimiert wird. Die mittlere Schicht besteht bei den titanverstärkten Membranen aus einem widerstandsfähigen und dennoch leicht formbaren Titannetz, das während der gesamten Heilungsphase seine Form behält. Die innere PTFE-Schicht wiederum weist eine expandierte Textur auf, die eine vorhersagbare Hartgewebeategration ermöglicht. Zusammen mit der festen Netzkonfiguration kann eine vollständige Knochenauffüllung erreicht werden. Die NeoGen™ Membranen sind in sieben verschiedenen anatomischen Formen erhältlich, um alle Hauptindikationen abzudecken.



Neoss GmbH
Tel.: 0221 55405-322
www.neoss.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Demedi-Dent

Knochenersatzmaterial für schnelle Regeneration

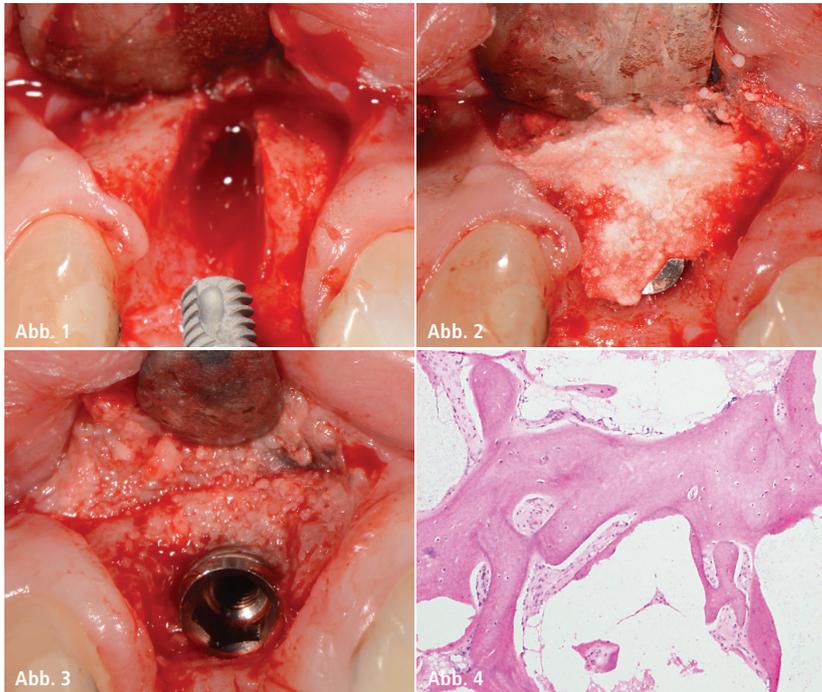


Abb. 1: Degranulierter Bereich. – **Abb. 2:** EthOss® Augmentation. – **Abb. 3:** Neuer Knochen nach zwölf Wochen. – **Abb. 4:** 50 Prozent neuer Knochen nach zwölf Wochen.

Der menschliche Körper ist erstaunlich und will heilen. Biokompatible Materialien helfen, eine schnelle Regeneration zu ermöglichen.

EthOss® liefert ein stabiles, biologisch abbaubares Gerüst. Es bietet eine Umgebung, welche reich an Phosphat- und Kalziumionen ist. Das neue Knochenersatzmaterial wird mit einer optimalen Geschwindigkeit absorbiert und durch neuen Wirtsknochen ersetzt. Das erkrankte und geschädigte Gewebe des Patienten wird in seinen ursprünglichen Zustand zurückgeführt, sodass optimale Bedingungen für eine Implantation vorliegen.

Das Knochenersatzmaterial besteht aus einer synthetischen zweiphasigen Paste und wird mit einer Spritze appliziert. Es besteht kein Wash-out-Effekt in blutenden Arealen. Das Material ermöglicht eine schnelle Umbildung zu eigenem Knochen und erfordert keine zusätzliche Kollagenmembran. Das Knochenvolumen wird durch EthOss® erhalten.

Demedi-Dent GmbH & Co. KG
Tel.: 0231 4278474
www.demedi-dent.com

NSK

Kombinierbares Ultraschall-Chirurgiesystem

Mit dem Ultraschall-Chirurgiegerät VarioSurg3 bietet NSK ein Chirurgiesystem, welches über eine um 50 Prozent höhere Leistung verfügt als das Vorgängermodell. In Verbindung mit der jederzeit zuschaltbaren „Burst“-Funktion, welche für einen Hammereffekt sorgt, wird dabei die Schneidleistung und Schnittgeschwindigkeit signifikant erhöht. Das ultraschlanke und federleichte Handstück mit LED-Beleuchtung – selbstverständlich sterilisierbar und thermodesinfizierbar – sorgt jederzeit für optimalen Zugang und beste Sicht. Lichtleistung und Kühlmittelmenge sind je nach Anwendungsbereich regulierbar, sodass in Verbindung mit einer Vielzahl an zur Verfügung stehenden Aufsätzen den Anwendungsbereichen der VarioSurg3 praktisch keine Grenzen gesetzt sind. Durch das große, hinterleuchtete Display ist der Behandler jederzeit und aus jedem Blickwinkel über die aktuellen Behandlungsparameter informiert. Über das NSK Dynamic Link System kann die neue VarioSurg3 mit dem NSK Implantatmotor Surgic Pro zu einer kompakten, nur minimalen Raum beanspruchenden Einheit verbunden werden.

Die so gekoppelten Chirurgieeinheiten lassen sich dann mit nur einer Fußsteuerung bedienen. Für den

Anwender bedeutet das NSK Link System eine hohe Flexibilität und Zukunftssicherheit, denn für welches Chirurgiesystem auch immer er sich zunächst entscheidet: Das Ergänzungsprodukt kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt hinzugefügt werden.

NSK Europe GmbH
Tel.: 06196 77606-0
www.nsk-europe.de



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Sinuslifttechniken und die Chirurgie der Kieferhöhle von A-Z

Der endoskopisch kontrollierte Sinuslift
Ein Demonstrations- und Arbeitskurs

ONLINE-ANMELDUNG/
KURSPROGRAMM



www.sinuslift-seminar.de

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com



Kursinhalt

Vor, aber auch nach der Sinusbodenaugmentation und dem Setzen von Implantaten stellen sich Fragen, auf die exemplarisch anhand typischer klinischer Beispiele eingegangen wird. Während des Kurses werden die einzelnen Übungsschritte erläutert, demonstriert und mit klinischen Beispielen hinterlegt.

Theorie

- | Bedeutung der Kieferhöhle aus zahnärztlicher Sicht
- | Möglichkeiten der zahnärztlichen Diagnostik im Grenzbereich zur HNO
- | Zahnärztliche Chirurgie am Alveolarfortsatz und Kieferhöhle
- | Der Sinuslift und Knochenaufbau am Kieferhöhlenboden (div. Techniken)
- | Komplikationen bei Eingriffen im Bereich der Kieferhöhle

Video- und Livedemonstration am Modell

- | Setzen von drei Implantaten auf jeder Seite
- | Sinuslift auf beiden Seiten
- | Endoskopie über die Fossa canina
- | Endoskopisch kontrollierter Sinuslift
- | Abtragung einer Zyste über die Fossa canina
- | Bimateale Abtragung einer Zyste
- | Osteoplastischer Zugang über die Fossa canina nach Lindorf
- | Kontrolle der topografischen Anatomie durch Öffnen eines präformierten Fensters in der Kieferhöhle auch ohne Endoskop

Praktische Übungen

- | Fenestrierung am rohen Ei mit dem DASK (Dentium Advanced Sinus Kit)
- | Setzen von Implantaten
- | Augmentation und Sinuslift am Modell

Termine 2016/2017

11. November 2016		14.00 – 18.00 Uhr		Essen
12. Mai 2017		09.00 – 13.00 Uhr		Berlin
26. Mai 2017		14.00 – 18.00 Uhr		Warnemünde
13. Oktober 2017		14.00 – 18.00 Uhr		München
03. November 2017		14.00 – 18.00 Uhr		Wiesbaden

Organisatorisches

Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 35,- € zzgl. MwSt.
 Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Implantate und Sinus maxillaris“, auf der alle Behandlungsschritte am Modell bzw. Patienten noch einmal step-by-step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Dieser Kurs wird unterstützt von



Sinuslifttechniken/Chirurgie der Kieferhöhle von A-Z

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Hiermit melde ich folgende Personen zu dem unten ausgewählten Kurs verbindlich an:

2016
Essen 11. November 2016

2017
Berlin 12. Mai 2017
Warnemünde 26. Mai 2017
München 13. Oktober 2017
Wiesbaden 03. November 2017

Titel | Vorname | Name

Titel | Vorname | Name

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Veranstaltungen erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail (Bitte angeben! Sie erhalten Ihr Zertifikat per E-Mail.)

Mundschleimhautrekrankungen sind in Deutschland weitverbreitet. Die Prävalenz stagniert in den letzten Jahren auf sehr hohem Niveau. Das Oralchirurgie Journal sprach mit Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach, Leiter der Sektion für klinische und experimentelle Orale Medizin des Universitätsklinikums Leipzig, über Risiken, spezielle Diagnoseverfahren in der Früherkennung und Präventionsmaßnahmen.



Mundschleimhautrekrankungen frühzeitig erkennen und therapieren

Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach

Welche Rolle spielen Mundschleimhautrekrankungen und wie häufig treten sie auf?

Eine gute Mundgesundheit ist eine wichtige Voraussetzung dafür, sich gesund und wohlfühlen. Erkrankungen des Mundes und der Zähne sind in Deutschland weitverbreitet: Weniger als ein Prozent aller Erwachsenen haben ein kariesfreies Gebiss. Die Prävalenz von Parodontalerkrankungen stagniert in den letzten Jahren auf sehr hohem Niveau.

Die hohe Prävalenz von Munderkrankungen ist eng mit der Lebensweise

verbunden – insbesondere mit dem Konsum von Zucker, Alkohol und Tabak – und kann daher individuell beeinflusst werden. Somit besteht vor allem bei lebensstilassozierten Veränderungen der Mundhöhle ein hohes Präventionspotenzial. Es ergeben sich daher zahlreiche wirkungsvolle und kostengünstige Vorsorgemaßnahmen. Eine Vielzahl weiterer äußerer Einflüsse, wie Infektionen durch Bakterien, Viren oder Pilze, wirken auf die Mundschleimhaut ein. Aber auch Verletzungen durch Zahnersatz (scharfe Kronen-, Füllungs- und Prothesenrän-

der) führen zu temporären, aber zum Teil sehr schmerzhaften Veränderungen der Mundschleimhaut.

Andere Veränderungen sind nicht selten symptomlos, das heißt, sie verursachen keine Beschwerden und sind dem Patienten somit auch selten bewusst. Zu diesen gehören zum Beispiel Pilzinfektionen, in der Regel durch *Candida albicans* verursacht, aber auch Leukoplakien oder Lichen, die sich ebenfalls symptomlos in der Mundhöhle manifestieren können.

Gibt es Unterschiede bei den Mundschleimhautrekrankungen? Wenn ja, welche unterschiedlichen Arten von Mundschleimhautrekrankungen gibt es und welche sind am häufigsten?

Ich gehe davon aus, dass die häufigsten Veränderungen der Mundschleimhaut traumatisch bedingt sind. Sollte es sich nicht um ein chronisches Trauma handeln, heilen diese in der Regel nach sieben bis zehn Tagen vollständig ab. Von temporären Verletzungen abgesehen, ist nach der deutschen Mundgesundheitsstudie (Version III) der orale Lichen planus die häufigste Erkrankung der Mundschleimhaut.

Da in der Regel akute Infektionen nur temporär auftreten und üblicherweise spätestens nach 14 Tagen abgeheilt sind, haben diese sicherlich einen deut-



Abb. 1: Prof. Dr. W. Torsten Remmerbach spricht über Risiken und spezielle Diagnoseverfahren in der Früherkennung von Mundschleimhautrekrankungen.

lich höheren Stellenwert, werden aber durch die entsprechenden Mundgesundheitsstudien schwerlich erfasst. Dazu zählen die bereits erwähnte Infektion mit Candida-Spezies oder ein Befall der Mundschleimhaut mit humanen Herpesviren.

Obwohl nur wenige belastbare epidemiologische Daten vorliegen, kann man davon ausgehen, dass bei 8 Prozent der Erwachsenen und 25 Prozent der Senioren ein Lichen planus, eine Candidainfektion oder orale Leukoplakien der Mundschleimhaut vorliegen.

Interessant ist, dass in den meisten Studien aufgezeigt werden konnte, dass die Prävalenz von Mundschleimhauterkrankungen im Alter deutlich zunimmt. Dazu zählen auch prothesenassoziierte Veränderungen der Mundschleimhaut, wie die Stomatitis bzw. Fibrome, die vorrangig bei den älteren Patientinnen und Patienten zu finden sind.

Woran erkennen Patienten und Ärzte einen möglichen Krankheitsbeginn?

Sollte die Veränderung Schmerzen verursachen, ist es relativ einfach für den Patienten, den Erkrankungsbeginn festzustellen. Schwierig wird es vor allem immer dann, wenn die Veränderung schmerzlos ist und keine Probleme beim Sprechen oder bei der Nahrungsaufnahme hervorrufen.

Daher ist die visuelle Inspektion und Palpation der Mundhöhle einschließlich der umgebenden Weichteile bei jeder zahnärztlichen Kontrolle umso wichtiger, um eben diese „stummen“ Veränderungen frühzeitig zu erkennen. Daher muss bei jedem zahnärztlichen Kontrolltermin auch nach sogenannten potenziell malignen Veränderungen (auch Vorläuferläsionen oder früher Präkanzerosen genannt) geschaut werden, da sich die Veränderungen mittelfristig zu einer bösartigen Veränderung an Lippen, der Zunge, des Mundbodens, des Gaumens, der Speicheldrüsen oder des Rachens entwickeln können.

Gibt es eine besonders gefährdete Patientengruppe?

Tabak- und Alkoholkonsum gehören zu den Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Plattenepithelkarzinomen in



Abb. 2: Das Referententeam des Befundworkshops Zahnmedizin im Rahmen des Ostseekongress/ 9. Norddeutsche Implantologietage (v.l.): Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz, Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach und Prof. Dr. Hans Behrbohm.

der Mundhöhle und des Rachens. So ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen Lebens- und Konsumgewohnheiten auch ein unterschiedliches Risiko, an einem bösartigen Tumor zu erkranken. Auch bestimmte Viren tragen zur Karzinogenese verschiedener Tumoren im Kopf-Hals-Bereich bei, im Bereich der Tonsillen und des Oropharynx sind dies meist humane Papillomaviren der Risikogruppen 16 und 18. Die HPV-assoziierte Karzinomentstehung wird vor allem in diesen anatomischen Regionen als Co-Faktor für die maligne Transformation angesehen.

„Häufig ergibt sich das Problem, dass nach Auffinden von Schleimhautveränderungen diese vom Zahnarzt als harmlos und somit weder als biopsie- oder kontrollbedürftig eingestuft werden.“

Worauf sollten die Allgemeinzahnärzte achten, wenn es um die Diagnose geht?

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass die Prognose von bösartigen Erkrankungen maßgeblich vom Stadium der Behandlung abhängig ist. Je kleiner der Primärtumor bei Therapiebeginn, desto besser sind die Überlebenschancen der Patienten. Auch ist die Bedeutung der Anamnese nicht zu unterschätzen,

familiäre Häufungen von Tumorerkrankungen sind in der Familienanamnese ebenso zu erfragen, wie die Abfrage von Lebensgewohnheiten. Vor allem der Tabak- und Alkoholkonsum sind für eine Risiko-Stratifizierung von erheblicher Bedeutung.

So ist nicht nur die Frage nach dem aktuellen Konsumverhalten zu stellen, sondern nach dem Konsum in der Vergangenheit, da ansonsten das individuelle Risiko häufig unterschätzt wird. Die Erfassung von Tumorerkrankungen in der jeweiligen Familie und einer möglichen beruflichen Gefahrenexposition sollte die Risikoanamnese abschließen.

Wie sehen die einzelnen diagnostischen Schritte aus, die bei einem Verdacht auf eine Mundschleimhauterkrankung zu befolgen sind?

Die lückenlose Inspektion und Palpation der Mundhöhle und der angrenzenden Gewebe stellen die wichtigsten Faktoren bei der Abklärung von Mundschleimhauterkrankungen dar. Hier ist es besonders wichtig, schwer einsehbare Bereiche der Mundhöhle, wie Gaumensegel, Mundboden oder den dorsalen Zungenrand korrekt zu beurteilen.

Sollte die Ursache infolge eines chronischen Traumas zu suchen sein, kann sofort gehandelt und die Ursache beseitigt werden: Einkürzen der Prothesenränder, Klammerarme, Polieren, überstehende Kronen ersetzen etc.

Häufig ergibt sich das Problem, dass nach Auffinden von Schleimhautverän-

Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



Anmeldeformular Newsletter
www.zwp-online.info/newsletter

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN

ZWP ONLINE

„Wichtig ist, zu beachten, dass auch bei vollständiger Entfernung der Läsionen weitere Kontrolltermine zu vereinbaren sind, da trotzdem eine Entartung nicht ausgeschlossen werden kann.“

derungen diese vom Zahnarzt als harmlos und somit weder als biopsie- oder kontrollbedürftig eingestuft werden. Oftmals verbergen sich gerade hinter diesen Läsionen bereits die erwähnten potenziell malignen Veränderungen, die aber dringend einer weiteren diagnostischen Abklärung bedürfen. So wurden in der Vergangenheit interessante adjuvante Methoden entwickelt, um die klinische Einschätzung einer solchen Läsion für den Kliniker zu vereinfachen: Vor vielen Jahren wurde die Toluidinblaufärbung inauguriert; hierbei handelt es sich um eine Vitalfärbung, die lebende Zellen anfärbt, und ist also in vivo einsetzbar. Läsionen mit geringen Dysplasien oder Atypie werden allerdings nicht immer zuverlässig mit Toluidinblau angefärbt. Daher hat sich diese Färbetechnik nicht in der Routineanwendung etablieren können. Gleiches gilt für die sogenannte Fluoreszenztechnik, die zwar kommerziell erhältlich ist, aber auch hier nicht die gewünschte Verbreitung gefunden hat. Die von uns favorisierte Technik ist die sogenannte Bürstenbiopsie, die nach dem Vorbild der Früherkennung des Zervixkarzinoms im Bereich der Gynäkologie auch in der Mundhöhle in den letzten Jahren Anwendung gefunden hat. Das Verfahren ermöglicht dem Zahnarzt ohne großen technischen und zeitlichen Aufwand verdächtige Veränderungen im Bereich der Mundschleimhaut hinsichtlich ihrer Dignität untersuchen zu lassen. Dazu wird mit den entsprechenden Zellkollektoren repräsentatives Material von der Läsion gewonnen und dem Pathologen in einer entsprechenden Fixationslösung zur Untersuchung zur Verfügung gestellt. Jeder Zahnarzt sollte bei Mund-

schleimhautläsionen, bei denen nicht primär die Indikation zur Gewebeprobe gestellt wird, sondern eine klinische Verlaufskontrolle vorgesehen ist, routinemäßig eine flüssigkeitsbasierte Bürstenbiopsie durchführen, um Zweifel bezüglich der Dignität weitestgehend auszuschließen.

Welche Therapieschritte sind möglich?

Die Therapie hängt von der Diagnose der entsprechenden Erkrankung ab, ein symptomloser Lichen muss in der Regel weiter kontrolliert, aber nicht therapiert werden. Sollten Erosionen oder Blasenbildungen vorliegen, ist eine entsprechende Kortisonbehandlung erforderlich. Bei Leukoplakien ist eine histologische Untersuchung zur Abklärung der Dysplasie erforderlich. Bei sogenannten Leukokeratosen ohne Nachweis von Dysplasien ist ein drei- bis sechsmonatiges Nachsorgeintervall einzuhalten. Gerade höhergradige dysplastische Läsionen sollten vollständig entfernt werden.

Wichtig ist, zu beachten, dass auch bei vollständiger Entfernung der Läsionen weitere Kontrolltermine zu vereinbaren sind, da trotzdem eine Entartung nicht ausgeschlossen werden kann.

Welche Präventionsmaßnahmen gibt es?

Die wichtige Aufgabe des Zahnarztes besteht darin, auf den Patienten einzuwirken, seine Rauch- und Alkoholkonsumgewohnheiten zu überdenken und diese möglichst abzustellen.

Sollten die Maßnahmen der Primärprävention nicht greifen, sollten regelmäßige gewissenhafte Untersuchungen der Mundhöhle erfolgen, um vor allem Vorläuferläsionen frühzeitig zu erkennen und weiter abklären zu lassen.

Herr Professor Remmerbach, vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach
 Liebigstraße 10–14
 04103 Leipzig
 Tel.: 0341 9721106
 som@uniklinik-leipzig.de



33. Jahrestagung
des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen
10. Implantologie für den Praktiker
8. Gutachtertagung

Thema:
Operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Implantologie vernetzt

- Medicolegale Aspekte
- Systemerkrankungen
- Implantat-Werkstoffe
- Immunologische Reaktion auf Titan Implantate?
- Periimplantäre Entzündungen: therapeutische Strategien
- Operative Verfahren in der Implantologie
- Chirurgische Zahnerhaltung versus Implantat?
- Lunchsymposien, Industrieworkshops
- Helferinnenkurse, Teamkurse (Abrechnungsseminar, Chirurgische Assistenz, Notfallmedizin)



9. - 10. Dezember 2016 → Hotel Adlon Kempinski Berlin

BDIZ EDI, Kooperationspartner der 33. Jahrestagung des BDO

Anmeldung unter:
<https://events.colada.biz/bdo-dgmkg-2016>
www.bdo-dgmkg-2016.de



Abb. 1

„Mein Leipzig lob' ich mir! Es ist ein klein Paris und bildet seine Leute.“ Getreu dem Motto von Goethes Faust lockte die Messestadt am 17. September 2016 im Rahmen des 13. Leipziger Forums für Innovative Zahnmedizin (FIZ) zum 1. Befundsymposium unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Theodor Thiele, M.Sc.

13. Leipziger Forum
[Bildergalerie]



13. Leipziger Forum
[Video]



1. Befundsymposium in Leipzig

Von der Blickdiagnose zum komplizierten Fall

Katja Scheibe

Nach der Auftaktveranstaltung des 1. Befundworkshops Zahnmedizin im Juni 2016 zum Ostseekongress/ 9. Norddeutsche Implantologietage in Warnemünde erfolgte nun mit dem Befundsymposium die erfolgreiche Fortsetzung in Leipzig.

Das 1. Befundsymposium beschäftigte sich am Wochenende intensiv mit den Algorithmen der Befunderhebung, -bewertung und -einordnung für die zahnmedizinischen Fachgebiete Implantologie, Oralchirurgie sowie Parodontologie. Ziel dieser Veranstaltung war es, die Intuition der Teilnehmer für die klinische Befunderhebung und -bewertung zu schärfen. Anhand von ausgewählten

Beispielen wurde die zentrale Rolle des Zahnarztes herausgearbeitet, verdeutlicht und vor allem diskutiert.

In Vertretung von Prof. Dr. Hans Behrbohm eröffnete Dr. Theodor Thiele, M.Sc., Fachzahnarzt für Oralchirurgie aus Berlin, mit einer einleitenden Frage „Visuelle Organbefunde – essenziell oder verzichtbar?“ das Symposium. „Der visuelle Organbefund steht am Anfang jeder Behandlung. Je mehr Befunde der Arzt kennt, desto größer ist seine klinische Erfahrung und desto schärfer ist sein diagnostischer Blick“, so Thiele. Auf der Basis visueller Befunde im Zuge der klinischen Untersuchung lassen sich durch den Be-

handler aufgrund seiner Erfahrungen typische Symptome herausfinden, aus denen sich die Diagnose erschließt. In Behrbohms Ausführungen ging er auf pathogene sowie typische Befunde ein und beschrieb die Verdachtsdiagnostik als entscheidend.

Die Befunderhebung aus chirurgischer Sicht wurde anschließend von Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden, dargestellt. Sein Fokus lag dabei auf der systematischen Diagnostik, denn „typische Symptome weisen auf eine Vielfalt unterschiedlicher möglicher Erkrankungen hin“, erläuterte

Grötz. Wichtig sei eine detaillierte Befunderhebung „vom Physiologischen zum Pathologischen, d.h. das Normale kennen, um das Krankhafte zu erkennen“. Je mehr Indizien vorhanden sind, desto spezifischer wird die Evaluation aus chirurgischer Sicht, betonte Grötz. Dr. Theodor Thiele thematisierte in seinem Vortrag „Seltene Erkrankungen? Oder der visuelle Organbefund!“ die Befunderhebung und -bewertung aus implantologischer Sicht. Große Relevanz nahm in seinen Ausführungen der Gesichtseindruck (Mund, Augen etc.) des Patienten ein. Anhand von aussagekräftigem Bildmaterial beschrieb er die visuellen Merkmale von ausgewählten Grunderkrankungen. Ebenso ging er auf die Problematik der zeitlichen Veränderungen ein: „Befunde, die früher häufig waren, z.B. Tuberkulose, Syphilis und Lues, sind heute selten, treten aber zunehmend wieder in Erscheinung.“ Eine besondere Herausforderung auf diesem Gebiet stelle aktuell die Migration von Flüchtlingen dar, erläutert Thiele. Seinen Vortrag schloss er mit einem Quiz zur Vertiefung der erworbenen Kenntnisse. Nach einer kurzen Pause und dem Besuch der Industrieausstellung stand der Vortrag von Prof. Dr. Georg Gaßmann, Studiengangleiter Dentalhygiene und Präventionsmanagement der praxis-Hochschule, auf der Agenda. Er beleuchtete die Befunderhebung und -bewertung aus parodontaler Sicht. Besonderes Augenmerk lag in der Interdisziplinarität



Abb. 1: Das Befundsymposium am Samstagnachmittag war ein voller Erfolg. – **Abb. 2:** Daumen hoch für eine gelungene Veranstaltung (v.l.): Prof. Dr. Georg Gaßmann, Prof. Dr. Knut A. Grötz und Dr. Theodor Thiele, M.Sc.

von Parodontitis und der Allgemeingesundheit. Er stellte Zusammenhänge dar und verwies in seinen Ausführungen auf praxisrelevante Fälle. Gaßmann wies darauf hin, dass besonders in der Blickdiagnostik darauf zu achten sei, welcher Zahnfleischtypus vorliegt. Weiterhin sei die Schaffung einer dreidimensionalen Vorstellung des Defektes durch Sondierung unerlässlich.

Eine spannende Podiumsdiskussion mit den Referenten rundete das Symposium ab. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, eigene Praxisfälle vorzustellen, um gemeinsam mit den Referenten nach einem Lösungsansatz zu suchen bzw. die eigene Vorgehensweise zu erläutern.

Fazit dieser Veranstaltung: Der berühmte Blick über den Tellerrand nimmt in der zahnmedizinischen Befunderhebung, -bewertung und -einordnung eine wichtige Rolle ein. Das geschulte Auge und ein umfangreiches Fachwissen bilden eine solide Grundlage für eine erfolgreiche Therapie.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.leipziger-forum.info

ANZEIGE

Werden Sie Autor
für das Oralchirurgie
Journal.

Kontaktieren Sie Georg Isbaner

✉ g.isbaner@oemus-media.de ☎ 0341 48474-123

© PureSolution/Shutterstock.com

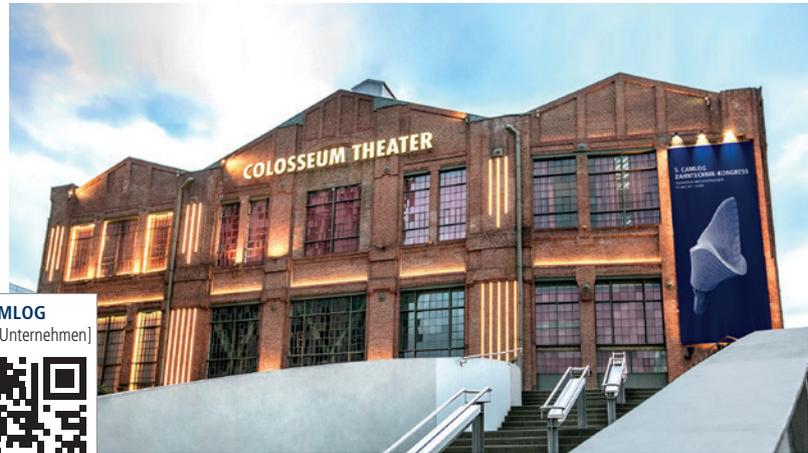
0341 48474

5. CAMLOG Zahntechnik-Kongress 2017

Am 13. Mai 2017 findet der 5. CAMLOG Zahntechnik-Kongress im Colosseum in Essen statt. Unter dem Leitgedanken „Faszination Implantatprothetik“ tauschen sich erfahrene Experten und Kongressteilnehmer über neue Entwicklungen und Materialien sowie über die Digitalisierung und deren Auswirkungen auf die Zahntechnik aus.

Als Austragungsort sind Essen und das Colosseum perfekt. Denn die Ruhrmetropole stand in der Vergangenheit wie kaum eine andere deutsche Stadt für technischen Fortschritt – daran knüpft CAMLOG an.

Die Digitalisierung und die daraus resultierenden Möglichkeiten zur individuellen Patientenversorgung sind die Schwerpunktthemen des Kongresses. In ihren Vorträgen setzen sich die Experten mit jeweils drei Kernfragen auseinander, die sie anhand ihrer Erfahrungen



analysieren und beantworten. Ein Highlight wird der Vortrag „Du bist die Entscheidung“ von Urs Meier. In seinem Vortrag ermutigt er sein Publikum, Entscheidungen mit Freude und ohne Angst zu treffen. Die Teilnehmer dürfen gespannt sein. Der 5. CAMLOG Zahntechnik-Kongress bie-

tet die ideale Gelegenheit, neue Beziehungen zu knüpfen und das vorhandene Wissen aufzufrischen. Weitere Informationen finden Interessierte unter www.faszination-implantatprothetik.de

CAMLOG Vertriebs GmbH
www.camlog.de

World Summit Tour 2017

2017 heißt Dentsply Sirona Implants Zahnärzte und Zahntechniker aus aller Welt bei der World Summit Tour willkommen, einer wissenschaftlichen Kongressreihe im Bereich Implantologie. Hochkarätige internationale Gastredner, nationale Referenten sowie ein abwechslungsreiches Pro-

gramm machen die Tagungsreihe zu einem einzigartigen Branchenereignis.

An den vier Tagungsorten werden insgesamt rund 150 Referenten und Moderatoren zugegen sein, um die aktuellsten Ideen, Innovationen und wissenschaftlichen Daten in ihrem

jeweiligen Fachgebiet zu erörtern. Zwischen Februar und November findet die Kongressreihe in Tokio, San Diego, Nizza und Shanghai statt. Nizza ist natürlich für die Anreise aus Deutschland besonders attraktiv und bietet zudem ein spezielles Highlight: Für jedes Implantatsystem wird es dort einen eigenen Programmbereich geben.

Weitere Informationen zur World Summit Tour sowie zur Anmeldung finden Sie auf der Tourwebsite unter www.worldsummittour.com

Dentsply Sirona Implants
www.dentsplyimplants.de

Dentsply Sirona Impl.
[Infos zum Unternehmen]



Implantologie im Ruhrgebiet – 6. Essener Implantologietage

Am 11. und 12. November 2016 finden im ATLANTIC Congress Hotel Essen unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Thomas Weischer zum 6. Mal die Essener Implantologietage statt. Die Themenpalette ist breit gefächert und das Referententeam besonders hochkarätig.

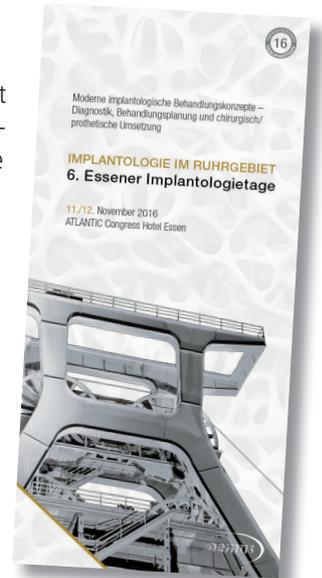
Unter der Themenstellung „Moderne implantologische Behandlungskonzepte – Diagnostik, Behandlungsplanung und chirurgisch/prothetische Umsetzung“ widmen sich die Essener Implantologietage diesmal einem Themenspektrum, das de facto die Implantologie in ihrer gesamten Breite darstellt. Ausgehend von der Diagnostik und prä-implantologischen Aspekten (Deppe/Behrbohm), geht es über praktische Kriterien beim Sinuslift (Palm) hin zu Fragen der funktionellen Rehabilitation in der ästhetischen Zone (Khoury), Sofortversorgung (Nentwig), Augmentation (Thiele), Gewebemanagement (Gonzales/Kasaj/König) sowie Prothetik in schwierigen Fällen (Weischer).

Das hochkarätige Referententeam mit ausgewiesenen Experten von Universitäten und aus der Praxis sowie die spannenden Vortragsthemen werden Garant für ein erstklassiges Fortbildungserlebnis sein. Der Pre-Congress mit verschiedenen Seminaren zu den Themen Parodontologie, Sinuslifttechniken, implantologische Chirurgie und

Endodontie sowie das begleitende Programm für das Praxispersonal schaffen zugleich die Möglichkeit, die 6. Essener Implantologietage auch als Teamfortbildung zu erleben.



www.essener-implantologietage.de



6. Badische Implantologietage – Wann gehen Implantate verloren?

Am 2. und 3. Dezember 2016 finden im Baden-Badener Kongresszentrum unter der wissenschaftlichen Leitung von Priv.-Doz. Dr. Dr. Ronald Bucher zum 6. Mal die Badischen Implantologietage statt. Ein Pre-Congress Programm mit Live-OP und diversen Seminaren rundet das Programm ab.

Inzwischen werden in Deutschland jährlich ca. eine Million Implantate inseriert. Obwohl die Implantologie auf eine für den medizinischen Bereich überdurchschnittliche Erfolgsquote von mehr als 90 Prozent verweisen kann, heißt das nicht, dass Implantate nicht kurz- und langfristig verloren gehen können. Gründe hierfür gibt es viele. Sie reichen von unzureichen-

der Compliance seitens des Patienten, über handwerkliche Fehler des Zahnarztes (Chirurgie und Prothetik) bis hin zu Erkrankungen in der Mundhöhle (z. B. Periimplantitis) oder auch systemische Erkrankungen. Gleichzeitig wächst angesichts der wachsenden Zahl von gesetzten Implantaten sowie ihrer steigenden Liegezeit das Verlustrisiko sowohl

relativ als auch absolut. Im Rahmen der Badischen Implantologietage soll es daher darum gehen, wie Fehler und Risiken vermieden werden können, damit auch langfristig die Stabilität von implantologischen Versorgungen gesichert ist. Das Leitthema der Tagung lautet daher: „Wann gehen Implantate verloren? – Implantologie im Spannungsfeld von Erfolg und Misserfolg“. Experten von Universitäten und aus der Praxis werden in diesem Kontext über ihre Erfahrungen berichten und mit den Teilnehmern deren praktische Umsetzung diskutieren.

Da es sich hier um Fragestellungen aus dem Alltag nicht nur implantologisch tätiger Zahnarztpraxen handelt, wird das spannende und „spannungsreiche“ Programm auch diesmal wieder für alle Zahnärzte von Interesse sein.

www.badische-implantologietage.de



In den letzten Jahren ist es zunehmend schwieriger geworden, motiviertes und gut geschultes Assistenzpersonal für Praxen zu bekommen. Gerade in zahnärztlichen Praxen mit chirurgischem oder implantologischem Schwerpunkt besteht ein wachsender Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal, um den steigenden Anforderungen durch immer weiter wuchernde Vorschriften sowie neue Standards und dem wachsenden Informationsbedürfnis der Patienten gerecht zu werden.

Save
the Date:
6.-10. März
2017

Kurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“

Dr. Joachim Schmidt, Dr. Markus Blume

Mit dem Aufbaukurs „Oralchirurgisch-Implantologische Fachassistenz“ für Mitarbeiterinnen bietet der BDO eine Fortbildungsveranstaltung vom 6. bis 10. März 2017 in Köln an. Dieser Kurs wurde bereits dreimal mit großem Erfolg und viel Begeisterung bei Teilnehmern sowie Referenten durchgeführt. An insgesamt fünf Kurstagen, komprimiert in einer Woche, werden Theorie und Praxis zu den Themen *zahnärztlich-chirurgische und implantologische Eingriffe; Instrumentenkunde, Lagerverwaltung und Logistik; Umsetzung von MPG-Richtlinien zur Hygiene und Sterilisation; Nahttechniken und Nahtentfernung, Tamponadeherstellung und -wechsel; Anästhesie und Notfallmedizin; Herstellen von Implantatpositionern; Vor-*

bereitung von sterilen OP-Feldern; Ein- und Ausschrauben von Implantatsuprakonstruktionen; Röntgen; Patientenmotivation und Organisation eines Recalls etc.

Dieser Kurs wird analog nach dem Berufsbildungsgesetz durchgeführt und befähigt die Teilnehmerinnen, bei erfolgreicher Absolvierung einige Tätigkeiten wie Nahtentfernung, Tamponadewechsel, Ein- und Ausschrauben von Implantatsuprakonstruktionen oder Herstellung von Implantatpositionern selbstständig nach Beauftragung durch den Praxisinhaber durchzuführen. Der Aufbaukurs trägt dazu bei, die Prozesse in der Praxis zu verbessern und die Mitarbeiterinnen erhalten eine Zusatzqualifikation. Der Kurs findet in Zusammenarbeit mit der Universität

Witten/Herdecke statt, die zusammen mit dem BDO diesen Kurs zertifiziert. Die Kursgebühr beträgt 600€ zzgl. MwSt. sowie Verpflegungskosten in Höhe von 205€. Für den Kurs können sogenannte Bildungsschecks eingereicht werden. Dadurch können die Kosten für die Kursgebühr (600€) zu einem großen Teil vom Bundesland übernommen werden. Die Anmeldung erfolgt über den ZMMZ Verlag.

Kontakt
ZMMZ Verlag UG
(haftungsbeschränkt)
Neue Weyerstraße 5
50676 Köln
Tel.: 0221 99205-240
info@zmmz.de





5. BDO Symposium Praxismanagement

11.02.2017 | Köln

Hotel Pullman Cologne

Gastgeber: Landesverband Nordrhein

Bequem online
anmelden unter:
[https://events.colada.biz/
BDO_Symposium2017](https://events.colada.biz/BDO_Symposium2017)

Hauptthemen:

MVZ oder doch lieber Einzelpraxis – Vor- und Nachteile verschiedener Praxisorganisationsformen

Hygienemanagement in der Praxis – ist meine Praxis und mein Team fit für eine Begehung?

Update Notfallmanagement

Update Antikoagulantientherapie

Aktuelles aus Berufspolitik und Abrechnung

**Hygieneseminar für das Praxisteam
(Parallelprogramm in Kooperation mit der
Dt. Gesellschaft für Sterilgutversorgung)**

Abendprogramm:

**Teilnahme an der Großen Prunk- und Fremdensitzung
der Ehrengarde der Stadt Köln im großen Festsaal
des Kölner Gürzenich**

33. Jahrestagung des BDO



Mit den Kernthemen „Medicolegale Aspekte“, „Systemerkrankungen“, „Implantatwerkstoffe“, „Immunologische Reaktion auf Titanimplantate?“, „Periimplantäre Entzündungen: Therapeutische Strategien?“, „Operative Verfahren in der Implantologie“ und „Chirurgische Zahnerhaltung vs. Implantat“ findet am 9. und 10. Dezember 2016 die 33. Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen gemeinsam mit 10. Implantologie für den Praktiker (DGMKG, BDO, EFMZ) und der 8. Gemeinsamen Gutachtertagung des BDO und der DGMKG in Berlin statt.

Wie in den vergangenen Jahren konnten namhafte Referenten gewonnen werden, die wissenschaftlich abgesicherte und praxisrelevante Erkenntnisse aufbereitet haben. Der Heterogenität klinischer Strategien stehen die Erwartungshaltung der Patienten und das individuelle Können der The-

rapeuten gegenüber, und diese Faktoren müssen am Ende aller Überlegungen zu einem fachlich fundierten Behandlungskonzept führen. Die Präsentationen dieses Kongresses werden aufzeigen, in welchen klinischen Situationen fallzentrierte therapeutische „Freiräume“ möglich sind und wann wissenschaftlich abgesicherte Vorgehensweisen konsequent eingehalten werden müssen. Im Namen des BDO lade ich Sie herzlich zu vielseitigen und spannenden Vorträgen ein.

Neben dem fachlichen Informationsaustausch dient der Kongress natürlich auch der Pflege kollegialer Freundschaften in der besonderen Atmosphäre des Hotels Adlon Kempinski als Tagungsort.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Univ.-Prof. Dr. Jochen Jackowski
Kongresspräsident
www.bdo-dgmkg-2016.de

5. BDO Symposium Praxismanagement

Das fünfte BDO Praxismanagementsymposium findet nach den Tagungsorten München, Hamburg, Stromberg und Leipzig am 11. Februar 2017 in der Domstadt Köln am Rhein statt. Wir haben für Sie ein abwechslungsreiches Programm zusammengestellt, welches die zurzeit aktuellen Thematiken des Praxismanagements und der Praxisorganisation, der Hygiene sowie des Notfallmanagements und der Therapie von Patienten mit Antikoagulantienmedikation umfasst. Weiterhin bieten wir Ihnen ein eintägiges Hygieneseminar zur Schulung Ihrer zahnärztlichen Mitarbeiter/-innen als Parallelprogramm an, welches von der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. abgehalten wird. Ein Highlight wird auch die Abendveranstaltung nach der Tagung am Samstag sein.

Wir haben für Sie ein beschränktes Kartenkontingent für die Karnevalssitzung „Große Prunk- und Fremdensitzung der Ehrengarde der Stadt Köln“ reserviert. Auf dieser festlichen Veranstaltung „in der guten Stube Kölns“, dem großen Festsaal des Kölner Gürzenich, können Sie an einer traditionellen Karnevalsveranstaltung teilnehmen und den echten typischen kölschen Karneval mit vielen Live-Bands, Büttenrednern und Tanzgruppen erleben. Bringen Sie also Ihr Praxisteam mit, einerseits für die Hygieneschulung, andererseits für die tolle Abendveranstaltung!

Mit besten kollegialen Grüßen
Ihr Dr. Mathias Sommer, M.Sc.
Landesvorsitzender BDO Nordrhein
www.oralchirurgie.org



Fortbildungsveranstaltungen des BDO 2016/17

**29./30. 10. 2016 Instrumentenaufbereitung in der Zahnarztpraxis –
Aufbaukurs für „Zahnmedizinische Fachangestellte“**

Ort: Speicher
Referenten: Rudolf Drautzburg, Matthias Neumann, Michael Mayer
Anmeldung: IZI GmbH, Tel.: 06562 9682-15, IZI-GmbH.Speicher@t-online.de

18.–20. 11. 2016 Curriculum Implantologie + Parodontologie DGMKG/BDO in Düsseldorf

Ort: Hotel Hyatt, Düsseldorf
Referenten: Prof. Dr. Thomas Weischer, Dr. Sebastian Horvath, Dr. Kai Zwanzig et al.
Informationen: www.oralchirurgie.org

26. 11. 2016 Augmentationskurs

Ort: Privatzahnklinik Schloß Schellenstein, Am Schellenstein 1, 59939 Olsberg
Referent: Dr. Joachim Schmidt
Anmeldung: course@implantologieklinik.de

08./09. 12. 2016 Augmentative Verfahren Teil III

Ort: Privatzahnklinik Schloß Schellenstein, Am Schellenstein 1, 59939 Olsberg
Referent: Prof. Dr. Fouad Khoury
Anmeldung: course@implantologieklinik.de

**09./10. 12. 2016 33. Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen
gemeinsam mit der Gutachtertagung und Implantologie für den Praktiker**

Ort: Hotel Adlon Kempinski, Berlin
Informationen: www.bdo-dgmk-2016.de

09./10. 12. 2016 Teamkurs

Ort: Hotel Adlon Kempinski, Berlin
Referenten: Dr. Joachim Schmidt, Olsberg, Sabine Schröder et al.
Informationen: www.bdo-dgmk-2016.de

09./10. 12. 2016 Dentale Sedierung mit Lachgas und oralen Sedativa

Ort: Residenz am Dom, An den Dominikanern 6–8, 50668 Köln
Information: info@sedierung.com

11. 02. 2017 5. BDO Symposium Praxismanagement

Ort: Hotel Pullman Cologne, Köln
Referenten: RA Frank Heckenbücker, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs et al.
Informationen: www.oralchirurgie.org

Bitte beachten Sie auch die chirurgischen Fortbildungen der DGMKG.



© Arcady/Shutterstock.com

Approbationsentzug bei Hygienemängeln und unzureichenden Notfallvorkehrungen

Dr. Susanna Zentai

Ein Approbationsentzug kommt nicht so häufig vor – Hygienemängel hoffentlich auch nicht. Was aber passieren kann, wenn Beanstandungen bezüglich der Hygiene vorliegen, zeigt der folgende Fall.

Nachdem der Praxisbetreiber über einen längeren Zeitraum nicht dafür Sorge getragen hat, dass die hygienischen Beanstandungen bezüglich seiner Praxis bei hartnäckigen Verstößen gegen infektiions- und hygienerechtliche Vorschriften behoben wurden, wurde ihm mit Anordnung der sofortigen Vollziehung die ärztliche Approbation entzogen.

Der Leitsatz des Verwaltungsgerichts München zu seinem Beschluss vom 17.03.2016 (Az. M 16 16.399) lautet: „Ein hartnäckiger Verstoß gegen infektiions- und hygienerechtliche Vorschriften eines Arztes und das Ignorieren eines einrichtungsbezogenen Operationsverbots kann die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Widerrufs der ärztlichen Approbation im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts rechtfertigen.“ In diesem Verfahren konnte sich der Arzt nicht erfolgreich gegen den sofortigen Widerruf der Approbation wehren. Die Hygienemängel waren zu massiv.

Was war passiert?

Wegen angeblich mangelnder Hygiene bei der Aufbereitung wurde dem Chirurgen vom Gewerbeaufsichtsamt mit sofortiger Wirkung die Anwendung von der in einer praxiseigenen Sterilgutaufbereitungsanlage aufbereiteten kritischen Medizinprodukte untersagt. Nebenbei liefen berufsgerichtliche Verfahren wegen einer nicht nachgewiesenen Haftpflichtversicherung sowie des Vorwurfs eines Titelmisbrauchs. Mit Bescheid der Landeshauptstadt München vom Mai 2014 wurden kritische Hygienedefizite, unzureichende

Notfallausstattung und Notfallvorsorge sowie unzureichende räumliche Voraussetzungen seiner Praxis festgestellt. In der Begründung zu dem Beschluss des VG München wird u. a. ausgeführt: „Dem Antragsteller wurde wegen unzureichender Notfallausstattung und Notfallvorsorge ab sofort bis auf Weiteres untersagt, Operationen mit Allgemeinanästhesie oder tiefer Analgosedierung und kleinere invasive chirurgische Eingriffe im Bereich der Endoskopischen Plastischen Chirurgie mit Allgemeinanästhesie oder tiefer Analgosedierung in seiner Einrichtung für ambulantes Operieren durchzuführen, solange unter anderem keine unterbrechungsfreie Stromversorgung gemäß der einschlägigen DIN-Normen sichergestellt sei, keine Notrufvorrichtung für Patienten im Patientenzimmer vorgehalten werde und keine postinterventionelle Überwachung nach Beendigung des Eingriffs sichergestellt sei. Dem Antragsteller wurde zudem wegen unzureichender Notfallausstattung und Notfallvorsorge ab sofort bis auf Weiteres untersagt, kleinere invasive chirurgische Eingriffe im Bereich der Endoskopischen Plastischen Chirurgie bis zur moderaten Analgosedierung in seiner Einrichtung für ambulantes Operieren durchzuführen, solange unter anderem nicht ausreichende Geräte (sofern die Herstellerangaben der verwendeten Medikamente nichts anderes bestimmen) zur manuellen Beatmung und Geräte zur Sauerstoffversorgung vorhanden seien und keine unterbrechungsfreie Stromversorgung hinsichtlich der einschlägigen DIN-Normen sichergestellt sei, keine Notrufvorrichtung für Patienten im Patientenzimmer vorgehalten werde und keine postinterventionelle Überwachung nach Beendigung des Eingriffs sichergestellt sei. Dem Antragsteller wurde zugleich wegen unzureichender räumlicher Voraussetzungen untersagt, Operationen wie Aufbauplastiken der Mamma/Implantationen, Reduktionsplastiken der Mamma und Bauchdeckenplastiken in seiner Eingriffseinheit durchzuführen. Weiter wurde dem Antragsteller erlaubt, kleinere invasive chirurgische Eingriffe unter zahlreichen Auflagen

durchzuführen. Unter anderem wurde dem Antragsteller aufgegeben, das Fenster des Eingriffsraums mit einem dichtsitzenden Fliegengitter zu versehen, die beschädigte Auflage der OP-Liege im Eingriffsraum auszutauschen, die Reinigungskraft/Kranken- oder OP-Schwester für das spezielle Reinigungsverfahren im Operationsbereich zu schulen und dies der Landeshauptstadt München bis zum 27. Juni 2014 nachzuweisen.“

Trotz der Fälligkeit mehrerer Zwangsgelder in Höhen von 24.000 und 18.000 Euro und diverser Anordnungen, einen auf die Einrichtung der Praxisräume zugeschnittenen Hygieneplan nach den Vorgaben des §3 der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) vorzulegen, erfüllte der Arzt die Auflagen nicht hinreichend, wie eine Praxisbegehung durch Mitarbeiter der Landeshauptstadt München ergab. Dabei fanden sich zudem noch Hinweise (Operations- und Anästhesieeinwilligungen sowie OP-Dokumentationen), dass zwischenzeitlich verbotenerweise in der Praxis noch Operationen vorgenommen worden waren.

„Die sofortige Vollziehung wurde angeordnet und ein Zwangsgeld für den Fall der Nichtbefolgung verhängt.“

Schließlich wurden die Praxisräume versiegelt und die Approbation widerrufen. Im Zuge dessen musste der Arzt das Original seiner Approbationsurkunde sowie sämtliche in seinem Besitz befindlichen Ablichtungen der Regierung von Oberbayern abgeben. Die sofortige Vollziehung wurde angeordnet und ein Zwangsgeld für den Fall der Nichtbefolgung verhängt. Die Begründung hierzu wurde in der Entscheidung des VG München wiederholt:

„Der Antragsteller sei unwürdig und unzuverlässig, den ärztlichen Beruf weiterhin auszuüben. Die sofortige Vollziehung der Nr. 1 und Nr. 2 sei im öffentlichen Interesse anzuordnen. Der Antragsgegner habe das öffentliche

Interesse an der sofortigen Abwehr von Gefahren zum Schutz von Leben und Gesundheit der Allgemeinheit gegen das Interesse des Antragstellers, bis zum Vorliegen einer bestandskräftigen Entscheidung den Beruf des Arztes auszuüben, abgewogen. Das öffentliche Interesse überwiege das Interesse des Antragstellers, weil vom Antragsteller, sofern dieser den ärztlichen Beruf ausübe, eine konkrete Gefahr für Leib und Leben von Patienten ausgehe. Es sei zu befürchten, dass der Antragsteller trotz der Versiegelung seiner Praxisräume weiterhin Patienten ohne Einhaltung von infektionsschutzrechtlichen Vorgaben behandle und operiere, sei es nun in den aktuellen Praxisräumen oder an anderen Orten. Diese Befürchtung ergebe sich aus der hartnäckigen Weigerung des Antragstellers, infektionsschutzrechtliche Anordnungen zur Sicherung des Lebens und der Gesundheit der Patienten einzuhalten und der Tatsache, dass der Antragsteller trotz bestandskräftiger vollziehbarer Anordnung, welche ihm das Operieren in seinen Praxisräumen untersage, in mindestens 21 Fällen Operationen durchgeführt habe, ohne dabei infektionsschutzrechtliche Vorgaben einzuhalten. Der Antragsgegner habe die Bedeutung des Grundrechts des Art. 12 Grundgesetz (GG), Berufsfreiheit, nicht verkannt. Die Schäden, die bei Operationen ohne Einhaltung der infektionsschutzrechtlichen Vorgaben erfolgen könnten, überwiegen das Interesse an der weiteren Berufsausübung. Wegen des Schutzes der körperlichen Unversehrtheit der Patienten des Antragstellers könne der mögliche Ausgang eines Klageverfahrens nicht abgewartet werden.“

Gegen diese Vorgehensweise klagte der Arzt im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes. Dies allerdings im Ergebnis erfolglos. Das Gericht bewertet in einer Gesamtbetrachtung das Verhalten des Arztes als „unzuverlässig zur Ausübung des ärztlichen Berufes“ und damit den Widerruf der Approbation für gerechtfertigt:

„Eine Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2

BÄO ist nach summarischer Prüfung des Gerichts gegeben. Die Beurteilung der Zuverlässigkeit setzt eine Gefahrenprognose hinsichtlich des künftigen Verhaltens des Arztes voraus. Unzuverlässig im Sinn des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO ist, wer aufgrund seines bisherigen Verhaltens keine Gewähr dafür bietet, dass er in Zukunft seinen Beruf als Arzt ordnungsgemäß ausüben wird. Dies ist zu bejahen, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, der Arzt werde in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten nicht beachten ... Es kommt darauf an, ob der Betreffende nach den gesamten Umständen des Falls willens und in der Lage sein wird, künftig seine beruflichen Pflichten zuverlässig zu erfüllen ... Ausschlaggebend für die Prognose der Zuverlässigkeit ist die Würdigung der gesamten Persönlichkeit des Arztes und seiner Lebensumstände auf der Grundlage der Sachlage im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens ... Der Antragsteller bietet aufgrund seines bisherigen Verhaltens keine Gewähr dafür, dass er den Beruf des Arztes künftig ordnungsgemäß ausüben wird. Der Antragsteller erscheint nicht gewillt, seine beruflichen Pflichten, die sich unter anderem aus § 1 BÄO, wonach der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes dient, und der MedHygV ergeben, künftig zuverlässig zu erfüllen.“

Das VG München führt weiter aus:

„Ein Arzt, der wie der Antragsteller, über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr, nämlich vom ... Mai 2014 bis zum ... November 2015 die vorgenannten hygienischen und infektionsschutzrechtlichen Mängel und die unzureichende Notfallausstattung, Notfallvorsorge sowie unzureichende räumliche Voraussetzungen in seinen Praxisräumen duldet und dort sogar noch Patienten behandelt, hält sich offensichtlich nicht an berufsspezifische Vorschriften und Pflichten, die sich unter anderem auch in § 1 Abs. 1 BÄO und der MedHygV wiederfinden. Der lange Zeitraum, über den der Antragsteller die hygienischen und infektionsschutzrechtlichen Mängel und die unzureichende

Notfallausstattung, Notfallvorsorge sowie die unzureichenden räumlichen Voraussetzungen nicht beseitigte, lässt ohne Weiteres den Schluss zu, dass er sich auch künftig nicht gewillt zeigen wird, diese und andere Mängel sowie diesbezügliche Verstöße zu ermitteln, zu beseitigen oder gar zu vermeiden.

„Entscheidend ist, dass das Verhalten des Antragstellers [...] als Zerstörung der für die ärztliche Tätigkeit unverzichtbaren Vertrauensbasis erscheint.“

Aus Sicht des Gerichts handelt es sich bei den von der Landeshauptstadt München festgestellten Mängeln und Verstößen keinesfalls um geringfügige Verstöße. Vielmehr ist das Gericht im Rahmen seiner summarischen Prüfung überzeugt, dass bei Weiterbetrieb der Praxis des Antragstellers ab dem ... November 2015 ohne Beachtung der Anordnungen und Auflagen aus dem Bescheid vom ... Mai 2014 eine konkrete Gefahr für Leben und/oder körperliche Unversehrtheit der Patienten des Antragstellers bestanden hätte. Der mögliche Einwand, dass bislang kein Patient zu Schaden gekommen sei, ändert nichts an dem Vorliegen einer konkreten Gefahr, da sich diese durch eine Sachlage auszeichnet, bei deren weiterem ungestörten Ablauf alsbald mit einem Schaden zu rechnen ist, ein solcher aber nicht zwingend eintreten muss. ... Angesichts der zuvor geschilderten Umstände, die eine Unzuverlässigkeit begründen, liegt zugleich ein schwerwiegendes Fehlverhalten des Antragstellers vor, das bei Würdigung aller Umstände seine weitere Berufsausübung im maßgeblichen Zeitpunkt der Verwaltungsentscheidung untragbar erscheinen lässt. Entscheidend ist, dass das Verhalten des Antragstellers für jeden billig und gerecht Denkenden als Zerstörung der für die ärztliche Tätigkeit unverzichtbaren Vertrauensbasis erscheint. Würde die Bevölkerung davon erfahren, dass der Antragsteller

trotz jedenfalls sofort vollziehbarem Operationsverbot Patienten operiert und zudem eklatante hygienische und infektionsschutzrechtliche Mängel und eine unzureichende Notfallausstattung, Notfallvorsorge sowie unzureichende räumliche Voraussetzungen in seiner Praxis über den Zeitraum von einhalb Jahren vorlagen, ohne dass diese auch nur ansatzweise beseitigt worden wären, wäre jegliche Vertrauensbasis für eine ärztliche Tätigkeit zerstört.“

Fazit

Dieser Fall zeigt – wenn auch in drastischer Weise – wie wichtig die korrekte Einhaltung der Hygienevoraussetzungen ist. Nicht zuletzt geht es immer vorrangig um Sicherheit und Gesundheit der Patienten.

Hinweis

Das nächste Praxismanagement-Symposium des BDO am 11. Februar 2017 in Köln wird sich u. a. mit dem Thema Hygiene befassen, nachdem die Mehrheit der befragten Mitglieder ein ausdrückliches Interesse an diesem Thema bekundet hat.



Kontakt

Dr. Susanna Zentai

Justitiarin des BDO
Kanzlei Dr. Zentai – Heckenbücker
Rechtsanwälte Partnerschafts-
gesellschaft mbB
Hohenzollernring 37, 50672 Köln
kanzlei@d-u-mr.de
www.dental-und-medizinrecht.de

EIN KLICK – EIN BLICK

Tägliches News-Update aus der Zahnmedizin.

www.zwp-online.info

JETZT NEWSLETTER
ABONNIEREN!



© Guschenkova/Shutterstock.com

ZWP ONLINE

Das führende Newsportal der Dentalbranche

- Fachartikel
- News
- Wirtschaft
- Berufspolitik
- Veranstaltungen
- Produkte
- Unternehmen
- E-Paper
- CME-Fortbildungen
- Videos und Bilder
- Jobsuche
- Dental Life & Style

ZWP ONLINE MOBIL





ZWP Designpreis 2016

Die Schönste ist in einem Fabrikgebäude

Fast sechzig Bewerbungen, eine sechsköpfige Jury und Tausende Ideen, was gutes Design einer Zahnarztpraxis ausmacht – das sind die Fakten zum diesjährigen ZWP Designpreis um „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“, den die Redaktion der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis seit 2002 vergibt.

Danke für Ihre Kreativität, Ihre Liebe zum Detail und Ihren Anspruch, Ihre Patienten jeden Tag in angenehmer Atmosphäre empfangen zu wollen. Ob Sie dabei mit den Kleinsten auf Abenteuerreise gehen oder Erwachsenen einen Ruhepol vom Alltag schaffen, im Alt- oder Neubau praktizieren – auf das ausgewogene Zusammenspiel von Architektur und Design kommt es an, auf die Harmonie von Formen, Materialien, Farben und Licht. Nicht zuletzt auch auf den Wiedererkennungswert, den ganz eigenen Stil, das Corporate Design.



ZWP spezial 9/16
[E-Paper]



Designpreis 2016
[Bildergalerie Teilnehmer]



„Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ 2016: Das MUNDWERK ALBSTADT von Dr. Shabana Ilic-Brodam und Zahntechniker Dejan Ilic, Albstadt-Ebingen. Fotos: © Agentur Canzler, Norman Canzler

Einer Zahnarztpraxis ist das in Perfektion gelungen. Wir gratulieren dem MUNDWERK ALBSTADT! Dr. Shabana Ilic-Brodam und Zahn-techniker Dejan Ilic haben aus einer ehemaligen Samtfabrik im baden-württembergischen Albstadt-Ebingen eine Zahnarztpraxis kreiert, die Gewohntes mit Gewagtem kombiniert, mit Stil und einem unverwechselbaren Erscheinungsbild, das auch bei potenziellen Patienten mit einem gekonnten Außenauftritt – auf Drucksachen und der Website – eindrucksvoll glänzt.

Die ausführliche Vorstellung der diesjährigen Gewinnerpraxis und der Prämierten sowie einen Gesamtüberblick über alle Teilnehmer finden Sie im ZWP spezial 9/2016, dem Supplement der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis. Auch erwarten Sie spannende Artikel, u. a. zu den Themen Praxiskonzept, -planung und -gestaltung. Im kommenden Jahr wird der ZWP Designpreis neu vergeben. Einsendeschluss für alle Bewerber ist am 1. Juli 2017. Die Teilnahmebedingungen und -unterlagen finden Sie auf www.designpreis.org sowie alle E-Paper-Ausgaben des ZWP spezial zum Designpreis.

Wann bewerben auch Sie sich? Wir freuen uns darauf.

OEMUS MEDIA AG
Stichwort: ZWP Designpreis 2017
Tel.: 0341 48474-120
zwp-redaktion@oemus-media.de
www.oemus.com · www.designpreis.org

Neue Gesundheitskampagne

Practice Pink: Mehr Bewusstsein für Brustkrebs

Mit rund 74.000 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Etwa jede neunte Frau ist davon betroffen. Auch Männer können erkranken. Deshalb unterstützt Henry Schein im Rahmen seiner Practice Pink-Kampagne den Kampf gegen den Krebs. Seit Oktober bietet das Unternehmen verschiedene pinke Produkte an, von dessen Erlös Teile an die Brustkrebs Deutschland e.V. gespendet werden. Die Kampagne möchte Menschen für das Thema Brustkrebs sensibilisieren, auf die hohen Heilungschancen bei Früherkennung hinweisen und bereits erkrankte Personen durch gezielte Förderung der etablierten Hilfsorganisationen unterstützen.



Practice Pink ist ein Teil von Henry Schein Cares, dem weltweiten Programm zur sozialen Verantwortung der Firma. Unter dem Motto „Helping Health Happen“ unterstützt Henry Schein weltweit Aktivitäten,

die eine bessere medizinische Versorgung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen ermöglichen.

Quelle: Henry Schein Dental Deutschland GmbH

Füllungstherapie

Amalgam erst ab acht Füllungen gefährlich?

Die einst so vielversprechende Zahnfüllung Amalgam ist längst nicht mehr in aller Munde. Hohe Quecksilberwerte und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken machen das günstige und langlebige Füllungsmaterial immer unattraktiver. Forscher haben jetzt untersucht, ab welcher Menge Amalgam tatsächlich gefährlich ist. Glaubt man den Wissenschaftlern der University of Georgia, dann wird es für einen gesunden, erwachsenen Menschen erst ab einer Anzahl von acht Amalgamfüllungen kritisch. Dann ist der Quecksilbergehalt im Blut um 150 Prozent höher als bei denen ohne Amalgam in den Zähnen und steigert so die Risiken für Erkrankungen in Hirn, Herz und Nieren. Die Studie, bei der fast 15.000 Menschen

untersucht wurden, hat erstmals auch Faktoren wie Alter, Bildung, ethnische Zugehörigkeit, Geschlecht, Rauchergewohnheiten und den Verzehr von Meeresfrüchten, ein bekannter Zulieferer für Quecksilber im Körper, mit einbezogen. Neben Zahnfüllungen müssen außerdem die alltäglichen Lebensgewohnheiten beachtet werden. Menschen mit vielen Amalgamfüllungen, die zusätzlich durch Nahrung oder dem Arbeitsumfeld vermehrt mit Quecksilber in Berührung kommen, haben eine deutlich höhere Gefahr für körperliche Schäden. Der Toxikologe und Co-Autor der Studie Xiaozhong „John“ Yu betont, dass die Gefahr von Quecksilber also hauptsächlich von dessen Menge bestimmt wird. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse jetzt auf der Website des Journals Ecotoxicology and Environmental Safety.

Quelle: ZWP online

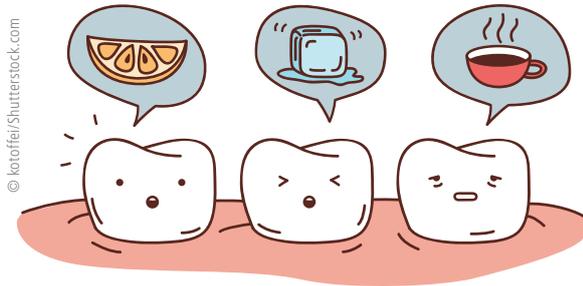


© Sebastian Kaulitzki/Shutterstock.com

Neue Methode im Test

Entrostungsmittel gegen empfindliche Zähne?

Schmerzempfindliche Zähne können uns fast jeden Genuss vermiesen: ein leckeres Eis, heißer Kaffee am Morgen oder das extra süße Schokoladendessert – und schon gibt es einen kurzen stechenden Schmerz im Zahn. Hilfe soll jetzt ausgerechnet Entrostungsmittel bringen. Kaliumoxalat heißt das Zaubermittel, mit dem zukünftig empfindlichen Zähnen zu Leibe gerückt werden sollen. Die Chemikalie, die sonst zum Entfernen von Rost oder Bleichen von Holz verwendet wird, hat laut Aussage der Wissenschaftler die perfekten



Eigenschaften dafür. Sie soll die kleinen Löcher in der Zahnoberfläche längerfristig verschließen, und das in nur rund 10 Minuten. Dafür werden die Zähne mit einer Art Pflaster beklebt, welches das Kaliumoxalat in Form von Gel enthält. Da sich die Chemikalie im Mund nicht auflöst, kann es bis zu einem Monat lang seine volle Wirkung entfalten. Aktuell wird die neue Methode an der University of Bristol an 100 Patienten mit schmerzempfindlichen Zähnen weiter getestet.

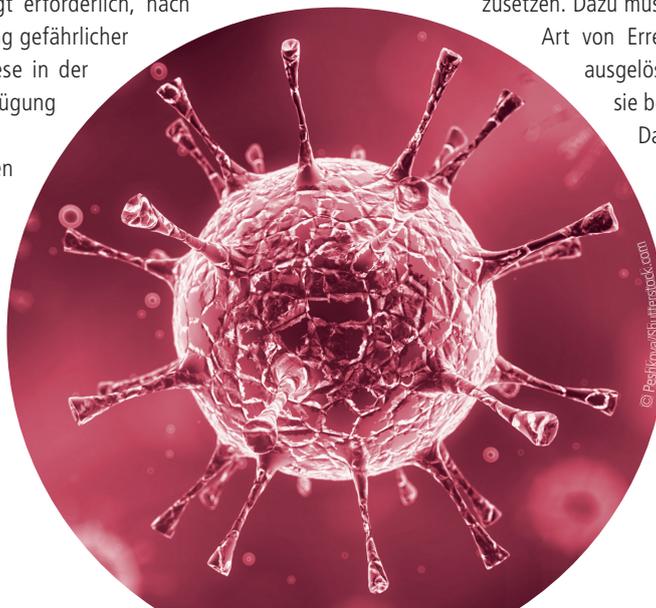
Quelle: ZWP online

Förderung neuer Diagnostika

Bakterien mit Viren bekämpfen

Die Entwicklung von Resistenzen ist ein natürlicher evolutionsbiologischer Vorgang, der selbst bei optimalem Einsatz von Antibiotika nicht verhindert, sondern lediglich verzögert werden kann. Daher ist es unbedingt erforderlich, nach neuen Wegen zur Bekämpfung gefährlicher Bakterien zu suchen und diese in der Patientenversorgung zur Verfügung zu stellen.

Forscher arbeiten an neuen Ansätzen: So setzen sie beispielsweise Phagen ein, eine besondere Form von Viren, die nur bestimmte Bakterien angreifen. Oder sie versuchen, die Krankheitsentstehung beim infizierten



Forschung

Mit Füllungen Zähne reparieren

Es wäre *die* Erfindung der dentalen Welt: Füllungen, die Zähne von innen heraus reparieren. Diese Nachricht schlug Mitte des Jahres große Wellen. Studienleiter Robert Hill von der Queen Mary University of London hat jetzt erste Ergebnisse präsentiert.

Das neuartige bioaktive Glaskomposit soll, im Gegensatz zu herkömmlichen Füllungen, nicht nur ein Leben lang halten, sondern auch kaputte Zähne wieder heilen. Das wird durch die Freisetzung von Fluorid, Kalzium und Phosphaten erreicht, die dazu dienen, neue Mineralien im Zahn zu bilden. Das Komposit arbeitet mit dem Körper zusammen, um die Mineralien zu ersetzen, die durch Karies verloren gegangen sind. Außerdem erzeugt die neue Füllung eine basische Umgebung, welches das Kariesbakterium daran hindert, sich auszuweiten und weitere Schäden im Zahn anzurichten. Richard Whatley, CEO von BioMin Technologies, dem Unternehmen, welches erst kürzlich die Lizenzen für diese neue Technologie erworben hat, ist zuversichtlich, dass mit dem bioaktiven Glaskomposit das Ziel, bis 2020 alle amalgamhaltigen Füllungen zu eliminieren, erreicht werden kann.

Quelle: ZWP online

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wird ab 2017 Verbünde aus Industrie und Wissenschaft darin unterstützen, Lösungen in diesen beiden Forschungsfeldern zu finden.

Quelle: BMBF

Wissenschaft und Forschung

Mit **Mikroben** zur **schnelleren** Parodontitisdiagnose

Fast 80 Prozent der über 35-Jährigen leiden unter Parodontitis, in ihrer schweren Form zählt sie mittlerweile zu den sechshäufigsten chronischen Erkrankungen weltweit.

Als Vorstufe bzw. Vorbote gilt oft die Gingivitis. Beide Erkrankungen unterscheiden sich nicht nur in ihren Symptomen, sondern auch in der mikrobiellen Zusammensetzung.

Das fanden jetzt Forscher bei der Untersuchung von annähernd 1.000 malawischen Frauen heraus, die damit einen Grundstein für eine schnellere Parodontitisdiagnose gelegt haben.

Um das mikrobielle Klima in der Mundhöhle bei Gingivitis und Parodontitis zu differenzieren, erstellten die Forscher mithilfe der Hochgeschwindigkeits-Sequenzierung der 16S ribosomalen RNA einen Zensus der oralen Mikroben. Dabei fanden sie eine kleine Anzahl an Spezies, die in Verbindung mit Parodontitis aber nicht mit Gingivitis gebracht werden, unter ihnen die Gattungen *Prevotella*, *Treponema* und *Selemonas*. Ihre Forschungsergebnisse veröffentlichten die Wissenschaftler rund um den Briten Liam Shaw jüngst im Applied and Environmental Microbiology, einer Publikation der American Society for Microbiology.

Quelle: ZWP online



Aktuelle Studie

Gesunde Zähne senken **Schlaganfallrisiko**

Eine aktuelle Studie aus Dänemark unterstreicht den Verdacht, dass schlechte Zähne auch Schlaganfälle begünstigen können. Kardiologen, Zahnärzte und Mikrobiologen haben den Zusammenhang zwischen Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen untersucht. 17.691 Patienten wurden identifiziert, die in einem 15-Jahres-Zeitraum in dänischen Krankenhäusern eine Parodontitisdiagnose erhielten. Verglichen wurden sie mit gut 83.000 Kontrollprobanden.

Es zeigte sich, dass Parodontitispatienten ein doppelt so hohes Risiko für kardiovaskuläre Todesereignisse wie Schlaganfälle oder Herzinfarkte aufwiesen. Insgesamt hatten sie sogar eine 2,7-fach erhöhte Sterblichkeit in diesem Zeitraum. Die Parodontitispatienten hatten außerdem mehr Nebenerkrankungen.

Zahnärzte weisen schon länger darauf hin, dass ihre Prophylaxe auch Herz und Hirn schütze. Die These ist, dass lokale chronische Entzündungsprozesse über die im Zahnfleisch lebenden Keime auf das Herz-Kreislauf-System wirken. Wissenschaftlich scheint das plausibel, doch die Datenlage ist bis heute nicht ganz eindeutig. Wer im Krankenhaus eine Parodontitisdiagnose erhält, hat in der Regel noch weitere Erkrankungen. Das führt zur Verfälschung solcher Studienergebnisse.

„Das dänische Register liefert jetzt recht gute Daten“, urteilt Philipp Grätzel von Grätz, Berliner Arzt und Wissenschaftsjourna-

list. Er beobachtet im Auftrag der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe regelmäßig die internationale Forschung. Zwar sollte man nicht in Panik verfallen und die Daten überbewerten, „aber es gibt ja auch andere gute Gründe für Zahnpflege“.

Quelle: ZWP online



Kongresse, Kurse und Symposien



1. Wiesbadener Forum für Innovative Implantologie

4./5. November 2016

Veranstaltungsort: Wiesbaden

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.wiesbadener-forum.info



Implantologieforum Berlin 2016

4./5. November 2016

Veranstaltungsort: Berlin

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.implantologieforum.berlin



6. Essener Implantologietage

11./12. November 2016

Veranstaltungsort: Essen

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.essener-implantologietage.de

Faxantwort an **0341 48474-290**

Bitte senden Sie mir die angekreuzten Veranstaltungsprogramme zu.

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programmes.)

Praxisstempel / Laborstempel

Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen

ORALCHIRURGIE Journal

Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Sekretariat:

Ingrid Marx
Bahnhofstraße 54
54662 Speicher

Tel.: 06562 9682-15

Fax: 06562 9682-50

izi-gmbh.speicher@t-online.de
www.izi-gmbh.de

Impressum

Herausgeber:

OEMUS MEDIA AG in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Produktmanagement:

Stefan Reichardt
Tel.: 0341 48474-222
reichardt@oemus-media.de

Verleger:

Torsten R. Oemus

Chefredaktion:

Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach
oralchirurgie-journal@remmerbach.net

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Redaktionsleitung:

Georg Isbaner, M.A.
Tel.: 0341 48474-123
g.isbaner@oemus-media.de

Layout:

Sandra Ehnert/Theresa Weise
Tel.: 0341 48474-119

Korrektorat:

Frank Sperling/Sophia Pohle
Tel.: 0341 48474-125

Druck:

Silber Druck oHG
Am Waldstrauch 1
34266 Niestetal

Deutsche Bank AG Leipzig
IBAN DE20 8607 0000 0150 1501 00
BIC DEUTDE33XXX

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbbecke
Tel.: 0341 48474-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.)
Tel.: 0341 48474-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Tel.: 0341 48474-0

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Jochen Jackowski, Universität Witten/Herdecke; Prof. Dr. Fouad Khoury, Privatklinik Schloss Schellenstein; Prof. Dr. Georg Nentwig, Universität Frankfurt am Main; Prof. Dr. Gerhard Wahl, Universitätsklinik Bonn; Prof. Dr. Thomas Weischer, Universität Duisburg-Essen; Dr. Peter Mohr; Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Speicher; Dr. Daniel Engler-Hamm, München

Erscheinungsweise/Auflage:

Das Oralchirurgie Journal – Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – erscheint 2016 mit 4 Ausgaben. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Die Redaktion behält sich vor, eingesandte Beiträge auf Formfehler und fachliche Maßgeblichkeiten zu sichten und gegebenenfalls zu berichtigen. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderbeilagen und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG



ABOSERVICE

Oralchirurgie Journal

Interdisziplinär und nah am Markt

BESTELLUNG AUCH
ONLINE MÖGLICH



www.oemus.com/abo



Lesen Sie in der aktuellen Ausgabe folgende Themen:

Fachbeitrag
Erkrankungen mit Beteiligung der Mundschleimhaut bei Kindern – Teil 2

Anwenderbericht
Neuartiges Augmentationsmaterial und Membran für Sinuslift

Interview
Mundschleimhautrekrankungen frühzeitig erkennen und therapieren

Events
1. Befundsymposium in Leipzig

Faxantwort an **0341 48474-290**

Ja, ich möchte die Informationsvorteile nutzen und sichere mir folgende Journale bequem im günstigen Abonnement:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Oralchirurgie Journal | 4 x jährlich | 44,- Euro* |
| <input type="checkbox"/> | Implantologie Journal | 10 x jährlich | 99,- Euro* |
| <input type="checkbox"/> | Endodontie Journal | 4 x jährlich | 44,- Euro* |
| <input type="checkbox"/> | Prophylaxe Journal | 6 x jährlich | 66,- Euro* |

* Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten (Preise für Ausland auf Anfrage).

Widerufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt. Das Abonnement verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht fristgemäß spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

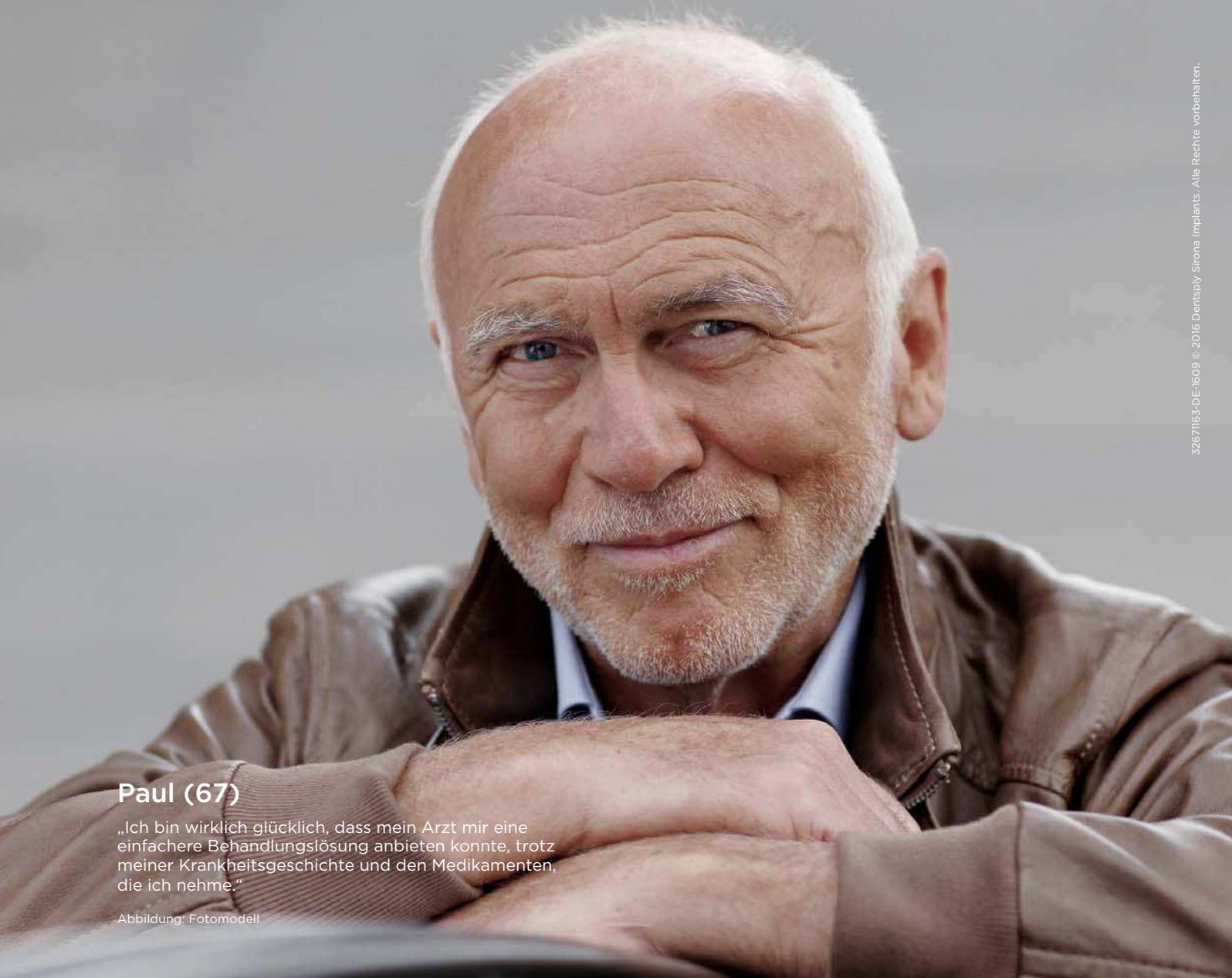
Name /Vorname

Telefon / E-Mail

Unterschrift

Praxisstempel / Laborstempel

OJ 4/16



Paul (67)

„Ich bin wirklich glücklich, dass mein Arzt mir eine einfachere Behandlungslösung anbieten konnte, trotz meiner Krankheitsgeschichte und den Medikamenten, die ich nehme.“

Abbildung: Fotomodell

Astra Tech Implant System®

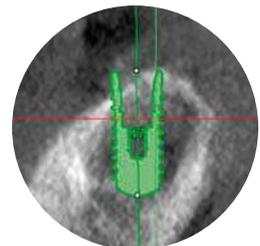
„Ja“ sagen leicht gemacht

Verwenden Sie beim schräg atrophierten Kieferkamm OsseoSpeed® Profile EV. So können Sie Ihre Patienten mit einer einfacheren, weniger traumatischen Behandlung versorgen: Denn die Notwendigkeit für Knochenaufbau wird reduziert, während Sie immer noch vorhersagbare, ästhetische Ergebnisse erzielen. Machen Sie es den Patienten mit ihren individuellen Anforderungen einfacher, „Ja“ zu einer Implantatbehandlung zu sagen.

OsseoSpeed® Profile EV - Es ist Zeit, umzudenken.



www.jointheev.de



Herkömmliche gegenüber innovativer Vorgehensweise

