

INTERVIEW

ÖGZMK – ein Gespräch mit dem Tiroler Präsidenten Prof. DDr. Kulmer.

Seite **2**



ZAHNMEDIZIN

Das Monat der Mundgesundheit fand heuer bereits zum 10. Mal statt.

Seite **9**



WISSENSCHAFT

Einen neuen Ansatz hat die Wissenschaft in der Paro-Therapie gefunden.

Seite **11**



Foto: Universitätsklinikum Münster/Wilfried Geharz

Zahn.Medizin.Technik

ZMT ■ Monatsmagazin für Praxis, Labor & Dentalmarkt ■ www.zmt.co.at ■ 10/2012



Killerzahnpaste

Neues Molekül gegen Karies

► (pte) – Ein Forscher-Team der Universität Yale hat ein neues Molekül entwickelt, das in wenigen Sekunden Karies verursachende Bakterien beseitigt. Das Designer-Molekül namens „Keep 32“ wird in den nächsten Monaten auf Nebenwirkungen getestet und könnte schon bald auf den US-Markt kommen. Es gibt aber noch Befürchtungen, dass sich die Bakterien an die neue Chemikalie anpassen und dagegen immun werden. Das neue Molekül ist nichts anderes als ein Antibiotikum. Da Antibiotika niemals zu 100 Prozent effektiv sind, könnten die Bakterien aber nach jeder Behandlung stärker und resistenter werden.

Am Zug ist jetzt die US Food and Drug Administration, die in den nächsten 14 bis 18 Monaten entscheiden muss, ob das Produkt marktreif ist und keine gesundheitlichen Schäden bei den Konsumenten verursacht.

„In Österreich, Deutschland und der Schweiz geht man mit Antibiotika generell vorsichtiger um. Für die Behandlung von Karies werden grundsätzlich keine Antibiotika eingesetzt“, sagt Wolfgang Buchalla, Leiter des Bereiches Kariologie an der Universität Zürich.



Foto: Barbara Frommann/Üli Bonn

Dr. Elisabeth Mangold (links) und Dr. Kerstin Ludwig: Neue Gen-Orte entdeckte ihre Arbeitsgruppe

LKG-Spalten

Neue Gen-Orte entdeckt

► Wissenschaftler der Universität Bonn haben entdeckt, dass bestimmte Genregionen auf den Chromosomen 1, 2, 3, 8, 13 und 15 mit der Ausbildung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zusammenhängen. Damit ist die Forschung einen großen Schritt vorangekommen, den Zusammenhang zwischen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Erbgut und Umwelt besser zu verstehen. Die Ergebnisse sind nun in der aktuellen Ausgabe der renommierten Fachzeitschrift „Nature Genetics“ erschienen. Die Studie bildet die Grundlage für weitere Forschungen.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 12.

Die Dentalmarkt-Statistik der ADDE

Europäischer Dentalmarkt: 2011 um 1,2 Prozent gewachsen

► Die Europäische Dentalhändler-Vereinigung ADDE (Association of European Dental Dealers) publiziert jährlich die Statistik über den europäischen Dentalmarkt. Die 2012er-Ausgabe umfasst die letzten fünf Jahre (2007–2011) und zeigt damit sowohl die jüngste Entwicklung als auch mehrjährige Trends. Die Studie umfasst 14 Länderberichte und zeigt die Dynamik der Dentalbranche in den einzelnen Ländern sowie im gesamten Europa auf.

Die 16. Ausgabe dieser Dentalmarktstudie lässt für 2011 folgende Rückschlüsse zu:

• Die Zahl der praktizierenden Zahnärztinnen

und Zahnärzte nahm europaweit nochmals um 0,8% zu, während die Zahl der Dentallabors um 1,1% und die der beschäftigten Zahntechniker um 0,9% sank. Die Zahl der Dentalhygienikerinnen stieg um 1,14% und erreichte 24.477 Fachpersonen.

• Der gesamte Umsatz des Dentalhandels, umfassend Verbrauchsmaterial, Einrichtungen und technischer Dienst, stieg insgesamt um 1,2% an, wobei die Entwicklungen in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausfielen.

• Für Verbrauchsmaterial wurde eine Umsatzzunahme um 0,9%, für technische Dienste gar um

1,02% verzeichnet, während der Verkauf von Geräten und Einrichtungen um 2,2% sank. Übrigens: Die Daten wurden je nach Land treuhänderisch erfasst oder beruhen auf Schätzungen von Branchenspezialisten.

Diese statistische Marktdatensammlung bietet aufschlussreiche Informationen der Dentalbranche sowohl auf der Hersteller- und Zulieferer- wie auf der Endbenutzer-Seite.

Sie können die Statistik bestellen. Nähere Informationen dazu finden Sie auf der Homepage des Verbandes unter:

www.adde.info

Jetzt abonnieren:

Die Herbstausgabe „Milchzahn“ ist erschienen

► Wollen Sie Ihren kleinen Patienten eine Freude machen? Wollen Sie sie an Ihre Praxis binden und mit einem kleinen Geschenk verwöhnen? Dann abonnieren Sie doch den MILCHZAHN, Ihre kleinen Patienten werden begeistert sein. Schicken Sie ihnen doch ihr persönliches Exemplar nach Hause, denn Post von ihrem Zahnarzt, ihrer Zahnärztin freut sie bestimmt ganz

besonders. Das Abo läuft jeweils ein Jahr und ist danach jederzeit kündbar. Auch die bestellte Stückanzahl kann jederzeit angepasst werden. Sie wollen sich noch nicht fix binden? Kein Problem, bestellen Sie einfach nur einmalig die gewünschte Anzahl und testen Sie, wie Ihre Patienten darauf reagieren. Der Bestellkupon liegt in dieser Ausgabe der ZMT!

Faxbestellung:

0043-1-478 74 54

E-Mail:

office@milchzahn.co.at

www.milchzahn.co.at

Lieferung: Österreich, Deutschland, Schweiz



ÖGZMK – Verein Tiroler Zahnärzte

60 Jahre Fortbildung im Jahr 2013

Der Verein Tiroler Zahnärzte (seit 2008 ÖGZMK – Verein Tiroler Zahnärzte) wurde am 12. Jänner 1953, also vor knapp 60 Jahren, gegründet.

► Der erste Obmann war MR Dr. Anton Hromatka (Zahnarzt in Kitzbühel, geb. 1899 in Wels). Aufgrund seiner zahlreichen Publikationen (über 120) vor allem zum Thema Prothetik wurde Hromatka später zum Honorar-Professor ernannt (ZWR 1971, Nr. 19). Ab 1978 gab es dann Präsidenten, und zwar – in chronologischer Reihenfolge – die Professores Gausch, Waldhart, Richter und Norer. Seit Sommer 2005 ist Prof. DDr. Siegfried Kulmer Präsident des Vereins. Kulmer leitete ab 1972 die klinische Abteilung für Zahnerhaltung an der Univ.-Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Innsbruck, von 2001 bis 2005 war er Vorstand der Klinik. ZMT führte mit ihm das folgende Gespräch.

Wie sieht Ihr Rückblick auf das heurige Meraner Frühjahrsseminar aus?

KULMER: Dieses Jahr hatten wir ausschließlich Referentinnen und Referenten, die sowohl exzellente Kliniker, die täglich schwierige und schwierigste Patienten behandeln, als auch ernsthafte Wissenschaftler sind.

Somit bekamen die TeilnehmerInnen ausführliche, wissenschaftlich fundierte Vorträge zu hören, die aber immer auch praxisbezogen waren und „Tipps zum Mitnehmen“ vermittelten.

Das Generalthema „Faszination Seitenzahnbereich“ zeigte die enorme Komplexität und Herausforderung dieses Gebietes. Es ging etwa um die besondere Variabilität der Wurzelkanäle des Seitenzahnbereiches, dargestellt durch modernste bildgebende Verfahren (DVT; Referent war Paqué aus Zürich), die Unmöglichkeit, alle Bakterien vollständig aus dem komplexen System zu entfernen (Nair, Zürich), oder die Nähe der Kieferhöhle auch aus Sicht der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Simmen, Zürich). Die Erhaltung parodontal reduzierter Zähne (Carnevale, Rom) und die faszinierende Funktion der zahlreichen Höcker des Seitenzahnbereiches und ihre dreidimensionalen Langzeitveränderungen, die große Anzahl an Rezeptoren im craniomandibulären System und der Zusammenhang mit Schmerzen, Depression, Problemen am Arbeitsplatz und Frühpension (Kulmer, Innsbruck) waren höchst spannende Themen. Der Festvortrag „Mysterium und Faszination des Schlafs“ und das Referat „Bruxismus und schlafbezogene Bewegungsstörungen aus neurologischer Sicht“ (Högl, Innsbruck) entführten die Kolleginnen und Kollegen in eine völlig neue Welt und erweiterten das Thema zusätzlich.

Breiter Raum war auch der Implantologie gewidmet (Watzek, Wien, und Rasse, Innsbruck).

Am Sonntag Vormittag ging es um Kieferorthopädie. Hier zeigte sich deutlich, dass zwischen den verschiedenen Disziplinen zwar Annäherungen erzielt wurden, andererseits aber noch große Diskrepanzen zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und der praktischen Umsetzung bestehen.

Der Intensivkurs „Grundlagen der klinischen Hypnose und Hypnotherapie für das zahnärztliche Team“ (Kreyer, Langenlois) und der Workshop „Maschinelle Formgebung des Wurzelkanals mit dem RECIPROK-Konzept“ (Paqué, Zürich) rundeten das wissenschaftliche Programm ab. Neben dem wissenschaftlichen Programm für ZahnärztInnen gab es auch ein spezielles Programm für zahnärztliche AssistentInnen und ProphylaxeassistentInnen sowie eine umfangreiche Dentalausstellung, die über die neuesten Trends und Produkte informierte.

Während der gesamten Veranstaltung herrschten schönes Wetter und gute Stimmung, die bei der Meraner Frühlingnacht ihren Höhepunkt erreichte. Wir freuen uns schon auf Meran 2014 (1. bis 3. Mai).

Wie hoch war die Zahl der TeilnehmerInnen?

KULMER: Die Teilnehmerzahl betrug 275, inklusive 71 Assisten-



Prof. DDr. Siegfried Kulmer

Innen und ProphylaxeassistentInnen. Sie war damit ungefähr gleich wie beim letzten Mal und ist als zufriedenstellend zu bezeichnen.

Welche Veranstaltungen wird es im Herbst geben?

KULMER: Paradigmen in der Zahnerhaltung, Parodontologie und Prothetik ändern sich bekanntlich. Darauf wird Dr. Christian Graetz, Kiel, bei seinem Vortrag „Parodontalrestaurative Langzeittherapie - eine Herausforderung für den Praxisalltag“ am 4. 10. 2012 eingehen. Am 8. 11. 2012 wird es eine Präsentation der drei prämierten Diplomarbeiten (dies ist neu) mit je einem 15-minütigen Vortrag inklusive Diskussion geben. Anschließend wird OÄ DDr. Ulrike Stephanie Beier, Zahnklinik Innsbruck, über den Langzeiterfolg silikatkeramischer Restaurationen (von bis zu 22 Jahren) berichten. Professor Moschos A. Papadopoulos aus Thessaloniki, Autor zahlreicher wissenschaftlicher Arbeiten sowie Buchautor, präsentiert und diskutiert am 22.11.2012 „Basic principles and clinical applications of skeletal anchorage devices in orthodontics“.

Weiters werden sich anlässlich des 80. Geburtstages von Prof. Dr. Kurt Gausch seine ehemaligen Mitarbeiter und Weggefährten am 9. 11. 2012 seines Werdegangs, ihrer Ausbildung, persönlicher Begegnungen und der Entwicklung der Univ.-Klinik für ZMK erinnern. Aus organisatorischen Gründen ist eine Teilnahme nur mit Anmeldung bis spätestens 19. Oktober 2012 möglich.

Wird das 60-jährige Bestehen des Vereins entsprechend gefeiert werden?

KULMER: Ja, der Verein feiert am 12. 1. 2013 im Congresspark Igls seinen 60. Geburtstag. Hier geht es aber nicht so sehr um Vergangenheit, sondern um Zukunftsperspektiven der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Zu dieser Geburtstagsfeier inklusive Mittagsbuffet sind alle Mitglieder der ÖGZMK – Verein Tiroler Zahnärzte bei zeitgerechter Anmeldung herzlichst kostenlos eingeladen.

Herzlichen Dank für das Interview!

Das Gespräch führte Dr. Peter Wallner

EDITORIAL

Multitalent Zahnpasta

Studien zeigen: Der Verbrauch von Zahnpasta und Zahnbürsten ist im Steigen begriffen, Milchzahn sei Dank! Doch leider nicht erhoben wurde, was mit Zahnpasta und Zahnbürste geschieht! Ich habe im Internet recherchiert, und bin speziell was die Zahnpasta betrifft, auf ein unglaubliches Multitalent gestoßen. Weiße Zahnpasta, möglichst ohne farbliche Zusätze, auf die CD auftragen und von Innen nach Außen in kreisenden Bewegungen polieren – das entfernt auch die hartnäckigsten Kratzer! Auch auf Kunststoff bringt man die Kratzer auf die gleiche Weise weg. Weiße oder helle Schuhe putzt man hervorragend mit Zahnpasta!

Aber wussten Sie, dass Sie sogar Obstflecken mit Zahnpasta entfernen können? Den Fleck einreiben, am besten eine Zahnpasta mit Erdbeergeschmack, und dann ab in die Waschmaschine. Staunen Sie selbst! Bei unlackierten – und bitte wirklich nur unlackierten! – Holzmöbel entfernt Zahnpasta die Wasserflecken, bitte nur weisse Parodontosezahnpasta nehmen! Sie können Poster im Din A3-Format mit Zahnpasta (Geschmacksrichtung egal) spurenfrei an die Wand kleben, einfach fünf Zahnpasteklebeplättchen anbringen und Poster andrücken! Lässt sich problemlos wieder entfernen!

Haben Sie Flecken in der Badewanne? - Mit Zahnpasta putzen! Haben Sie Rostflecken auf Fliesen? - Mit Zahnpa-

sta putzen! Haben Sie nach dem Haarfärben unschöne Flecken auf der Haut? Richtig! Mit Zahnpasta wegputzen! Kleiner Tipp: Auch Selbstbräuner-Flecken lassen sich so entfernen, allerdings muss die Haut öfter geputzt werden. Kalkablagerungen? Kein Problem - ich sage nur - Zahnpasta!! Gelbe Fingernägel? Getrocknete Kaffeeänder auf dem Tisch? Metallische Kratzer im Keramikwaschbecken? Zwiebel- oder Knoblauchgeruch an den Händen? – Alles kein Problem, die Zahnpasta macht es wieder gut. Silber reinigt man am besten – richtig! – mit Zahnpasta. Haben Sie ein Glaskeramikfeld? Kaufen Sie um Himmelswillen keine teuren Spezialreiniger! Zahnpasta tut es auch, mit und ohne Fluorid.

Übrigens es hält sich auch hartnäckig das Gerücht, dass man mit Zahnpasta Pickel auf den Leib rücken kann! Ein kleiner Tupfer, über Nacht einwirken lassen, und schon soll sich das lästige Wimmerl wieder verabschieden.

Ich habe auch gegoogelt, was man mit Zahnbürsten machen kann, auch da gibt es viele Ideen, einige allerdings nicht jugendfrei, meint



Birgit Snizek

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Der Verlag Dr. Snizek e.U. Messerschmidgasse 45/11, 1180 Wien; Telefon und Fax: 0043/1/478 74 54 Internet: www.zmt.co.at, www.der-verlag.at

Chefredaktion: Dr. Birgit Snizek, 0664/20 20 275, b.snizek@zmt.co.at

Redaktion: DDr. Andreas Beer, DDr. Christa Eder, Prim. Dr. Doris Haberler, Dr. Gerhard Hippmann, Dr. Eva-Maria Höller, Dr. Fritz Luger, Dr. Andreas Kienzl, DI Barbara Jahn-Rösel, Mag. Georg Reichlin, Livia Rohrmoser, Dr. Wilhelm Schein, Mag. Vincent Schneider, Magdalena Snizek, Dr. Peter Wallner

Anzeigen: Roland Hauser (Leitung), 0664/301 08 66, rgh-hauser@aon.at, Mag. Marc Gandon, marc_gandon@zmt.co.at

Druck: AV+Astoria Druckzentrum, 1030 Wien

Abopreis: 40,- Euro jährlich

AGB und Anzeigenbedingungen: www.der-verlag.at

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Namentlich oder mit einem Kürzel gekennzeichnete Artikel sowie Leserbriefe fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers und stellen seine persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung dar. Der Nachdruck, auch nur von Teilen dieser Zeitung, das Kopieren und/oder EDV-Einspeicherung sind ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet. Mit der Honorarzählung sind alle Ansprüche an den Verlag abgegolten, ein Nachdruck in verlagsfremden Medien ist nach Absprache erlaubt. Mit „Produkte“ und „Märkte“ oder „Sonderbericht“ gekennzeichnete Seiten stellen lt. § 26 Mediengesetz entgeltliche Beiträge dar.

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Der Verlag Dr. Snizek e.U., 1180 Wien, Messerschmidgasse 45/11. Verlagsinhaber: Dr. Birgit Snizek. Grundlegende Richtung: fachliches Informationsmedium für Zahnärzte, Zahntechniker und zahnärztliche Assistentinnen mit allen für die Zielgruppe relevanten Themen.

Fallbericht – Teil 4

Klinische Fälle – State of the art



Abb. 1: Ausgangssituation

„Festsitzende Versorgung eines Patienten mit mehreren fraglich erhaltungswürdigen Zähnen“

► Auf Seite 14 zeigen wir, wie die Innsbrucker Klinik den Fall gelöst hat.

Ausgangssituation:

Der 54-jährige Patient wird mit rezidivierenden Schmerzen im 2. Quadranten und dem Wunsch einer festsitzenden Neuversorgung der Oberkieferfrontzähne vorstellig. Des Weiteren bemerkt er eine zunehmende Lockerung der Unterkieferfrontzähne (Abb. 1). Der Röntgen-Einzelbildstatus (Abb. 2) zeigt endodontisch behandelte Zähne (12, 11, 21,

24), apikale Beherdungen (16, 13, 22, 27, 45, 47) und teilweise ausgedehnte kariöse Läsionen (13, 11, 22, 26, 27, 47). Die Zähne 12, 11, 22 wurden bereits wurzelspitzenresiziert.

Die intraorale Inspektion zeigt eine Keramik-Abplatzung der VMK 24 und die insuffizienten VMK-Kronenränder (Abb. 1). Die Zähne 16, 13, 27 und 47 reagieren im Kältestest negativ. Die parodontologische Untersuchung ergibt einen PGU von 4 (Abb. 3). Die Funktionsanalyse zeigt fehlende okklusale Kontakte der Zähne 22–25, in Exzentrik zeigen sich Balancen und Hyperbalancen rechtsseitig. Der Patient hat keine Beschwerden im Kiefergelenk.



Abb. 2: Röntgenstatus der Ausgangssituation

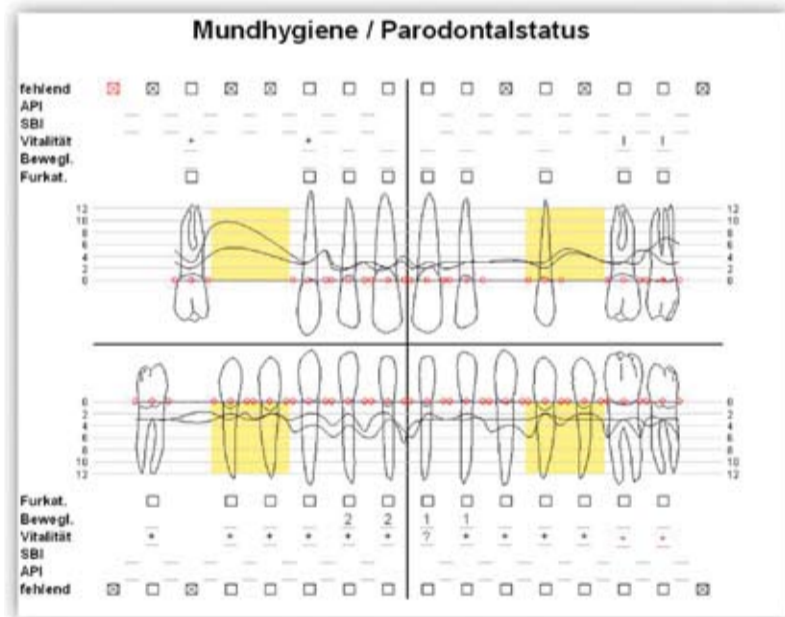


Abb. 3: Taschenmessblatt

Geschichte der Zahnmedizin

Jahreskongress der AAHD in Wien von 5. – 8. Oktober

Die American Academy of the History of Dentistry tagt erstmals in Wien.

► Freitagabend findet die Eröffnungsfest unter der Schirmherrschaft der amerikanischen Botschaft im Amerika-Haus statt. Samstag und Sonntag werden die Vorträge im großen Hörsaal der Zahnklinik Wien abgehalten, wobei vor allem die europäisch-amerikanischen Verbindungen im Mittelpunkt stehen. Montag, der natürlich für alle Teilnehmer frei zugänglich sein wird,

werden wir nach einem Impulsreferat von Frau Dr. Bettina Habsburg-Lothringen (Museumsakademie Joanneum) in einem Forum zum Thema: „The Relationship Between Museums, Archives & Historians“ diskutieren, wie sich vor allem kleine Museen heutzutage in der Gesellschaft positionieren können. Im Anschluss daran wird allen Teilnehmern die Möglichkeit geboten, die lokalen medizinhistorischen Sammlungen (gegen die normale Eintrittsgebühr) zu besuchen.

Info: www.historyofdentistry.org

American Academy of the History of Dentistry

61st Annual Meeting

Vienna • October 5th-8th 2012




Join us!

Arzneimittelreaktionen

Medikamentös induzierte Läsionen der Mundschleimhaut

Eine exakte Medikamentenanamnese kann Ursachen unklarer Läsionen klären.

► Eine Vielzahl unterschiedlicher Veränderungen der Mundschleimhaut und der Gingiva können ihre Ursachen in den Nebenwirkungen von Arzneimitteln haben. Der behandelnde Zahnarzt ist mit plötzlich auftretenden Rötungen, Schwellungen, persistierenden Erosionen, Ulzera, Hyperpigmentierungen oder allgemeiner Verschlechterung des parodontalen Zustandes konfrontiert. Der Patient klagt über Zahnfleischbluten, Mundtrockenheit und/oder Geschmacksveränderungen. Die Genese dieser Verschlechterungen der oralen Gesundheit ist zunächst unklar. In solchen Fällen ist eine exakte Medikamentenanamnese – besonders hinsichtlich in letzter Zeit neu hinzugekommener Arzneimittel – oft hilfreich. Neben der Haut ist die Mundschleimhaut ein häufiger Prädeliktionsort von Arzneimittelreaktionen. In 5–10% der Fälle treten diese sogar nur isoliert auf der oralen Mukosa auf. Die Auslöser können dabei in eher selteneren Fällen allergischer Natur sein, viel häufiger allerdings sind sie die Folge von direkten toxischen Wirkungen der Inhaltsstoffe auf das orale Weichgewebe oder die Zellen der Immunabwehr.

Die wichtigsten Formen oraler Arzneimittelreaktionen lassen sich in wenigen Gruppen zusammenfassen und werden hier kurz aufgelistet und diskutiert. Der Patient sollte nach einer möglichen Einnahme von Medikamenten aus diesen Wirkstoffgruppen befragt und der Grund der Einnahme und die Dosierung eruiert werden.

1. Xerostomie-verursachende Pillen

Über 500 verschiedene Arzneimittel sind in diesem Zusammenhang bekannt. Zu den wichtigsten und häufigsten Verursachern gehören Antihistaminika, Neuroleptika, wie Risperidon und Promethazin, Sympathomimetika (Ephedrin, Amphetamin, Metamphetamin) Diuretika (Furosemid und

Hydrochlorthiazid), Antidepressiva (Imipramin), Anticholinergika, Antihypertensiva aus der Gruppe der β -Blocker, Ca-Antagonisten und α 2-Blocker, Scopolamin-derivate (Antinausea), Bronchodilatoren wie Ipratropium und Vitamin-A-Derivate wie Isoretinoin. Die verminderte Speichelproduktion lässt die Schleimhäute austrocknen, sie werden empfindlicher für mechanische Noxen. Bereits beim Kauen härterer Nahrungsmittel kommt es zu Mikrotraumen; die kleinen Verletzungen bilden dann Nährböden für potenziell pathogene Keime. Die im Speichel enthaltenen Immunglobuline und antimikrobiellen Substanzen fehlen, die Keime können sich ungehindert vermehren und führen ihrerseits zu Entzündungen und Erosionen. Das gesamte orale Milieu ist gestört, atypische Keime siedeln sich an, gingivale und parodontale Erkrankungen verschlechtern sich.

2. Langzeitgaben von Breitbandantibiotika

Diese verschieben und stören im „Ökosystem Mundhöhle“ das Gleichgewicht zwischen Wirtsgewebe und der natürlichen residenten Keimflora. Vor allem bei längerfristigen Gaben, bei Patienten mit chronischen Infektionen überwuchern dann. Resistente und besonders aggressive Keime. Häufig siedeln sich Pilze und Hefen, wie Candida - Spezies an und führen zu schweren Entzündungen.

3. Medikamente mit nachhaltigem Einfluss auf die systemische und lokale Immunabwehr

Dazu gehören alle myelodepressiven Wirkstoffe aus den Gruppen der Chemotherapeutika, Zytostatika und Immunsuppressiva. Die oft massiven Auswirkungen von Multichemotherapien auf die oralen Schleimhäute sind bekannt. Sie äußern sich in schweren aphthoiden, erosiven und ulzerativen Stomatitiden und Gingivitiden.

Die Ulzerationen treten bei Metothexat durchschnittlich 2–3 Wochen nach Therapiebeginn auf. Bleomycin und

andere Chemotherapeutika führen zu Leukopenie und stören die Synthese von Immunglobulinen. Sie wirken zudem direkt zytotoxisch auf Lymphozyten und auch auf die Epithelien der Mukosa. Bei Patienten mit geplanten Chemotherapiezyklen sollten daher in den therapiefreien Intervallen immer Mundhygienetermine zur Verminderung des allgemeinen Keimloads und zur Beseitigung vorbestehender Läsionen eingeplant werden, um Streuherde von vornherein zu reduzieren. Glukokortikoide werden routinemäßig zur entzündungshemmenden Therapie bei Asthma bronchiale, Rheuma, dermatologischen Erkrankungen und Allergien eingesetzt. Durch Langzeittherapien werden die Schleimhäute atroph und ausgedünnt sowie entsprechend anfälliger für Noxen.

Daneben können Medikamente ohne direkte Knochenmarksdepression zu schwerer Stomatitis mit Ulzerationen ohne zusätzliche Hautbeteiligung führen. Zu diesen gehören Antirheumatika wie Phenylbutazon, Oxyphenbutazon sowie Indometacin.

4. Medikamentös bedingte Induktion von lichenoiden Reaktionen und Pigmentstörungen der Mundschleimhaut und Zunge

Die Läsionen ähneln morphologisch einem Lichen ruber mucosae und treten mit gleichzeitiger Hautbeteiligung relativ selten als Nebenwirkung von Tetracyklinen und Sulfonylharnstoffen auf. Ausschließlich auf der oralen Mukosa findet man sie vor allem nach Gaben von Methylidopa und NSAR. Die Veränderungen bilden sich nach Absetzen der Medikamente meist rasch zurück.

Pigmentstörungen der Mundschleimhaut sind häufiger. So können nach Einnahme von Antimalariamitteln wie Chloroquin schiefergraue bis livide Läsionen am harten Gaumen und Zahnfleisch auftreten, welche allerdings nach Beendigung der Medikation relativ bald verschwinden. Langzeitgaben von Phenothiazin und Chlorpromazin können graubraune bis blaugraue Pigmentstörungen induzieren.

Durch die heute selten gewordenen Therapien mit Schwermetallen wie Gold, Silber und Wismut sind die in diesem Zusammenhang auftretenden Verfärbungen kaum noch zu finden. Verfärbungen der Zunge im Sinne einer Lingua villosa nigra können im Rahmen von Tetracyklinbehandlungen auftreten.

5. Medikamentös induzierte Gingivahyperplasie

Durch überschießende Vermehrung von Fibroblasten und Kollagenneubildung kommt es vor allem im Molaren- und im Tuberbereich, seltener auch generalisiert, zum Überwuchern der Gingiva. Das Ausmaß der Hyperplasie



Die unterschiedlichen Auswirkungen von Medikamentennebenwirkungen erfordern eine rasche Identifizierung der Ursache

kann unterschiedlich sein. In jedem Fall führt sie durch das Entstehen von Pseudo-Zahnfleischtaschen zu Akkumulation von Bakterien und damit zu lokalen Entzündungen und Verschlechterung des parodontalen Status. Die Mechanismen der Pathogenese der Gingivahyperplasie sind nicht vollständig geklärt. Diskutiert werden ein Ungleichgewicht zwischen Metalloproteinasen und deren Inhibitoren sowie Veränderungen in den Interaktionen von Zytokinen. In diesem Zusammenhang bekannte Medikamentengruppen sind das Antiepileptikum Phenytoin, aber auch weitere Antikonvulsiva wie Valproinat und Phenobarbital.

Ciclosporin A und Tacrolimus als Immunsuppressiva nach Organtransplantationen sowie Calciumkanalblocker wie Nifedipin und Amlodipin und Verapamil zur Blutdrucktherapie können ebenfalls zu Gingivahyperplasie führen. Dosisreduktionen der angeführten Medikamente können häufig das Ausmaß der Hyperplasien begrenzen. Bei schweren Fällen ist ein möglicher Wechsel der Medikation in Zusammenarbeit mit dem behandelnden praktischen Arzt oder Internisten anzustreben.

6. Bisphosphonate und aseptische Knochennekrose im Kieferbereich

Diese Medikamente beeinflussen die Mineralisation der Knochen und werden bei schwerer Osteoporose, Knochenmetastasen bei Karzinomen, Morbus Paget und tumorassoziierter Hypercalciämie verabreicht. Sie hemmen die Osteoklasten und damit den Knochenabbau. Durch Komplexbildungen kann es zu Hypocalciämien und Mineralisationsdefekten des Knochens kommen. Besonders bei intravenöser Gabe im Rahmen von malignen Grunderkrankungen entstehen in der Folge nicht selten aseptische Nekrosen des Kieferknochens. Diese entsprechen radiologisch und klinisch einer Osteonekrose, wie sie auch nach Strahlenbehandlungen im Kieferbereich auftreten kann. Für

den Zahnarzt bedeutet dies, den Patienten wenn möglich vor der Bisphosphonattherapie gründlich zu sanieren und bestehende Herde zu eliminieren. Während der laufenden Therapie muss von zahnärztlicher Seite engmaschig kontrolliert werden. Chirurgische Interventionen sollten in dieser Phase vermieden werden; sämtliche – auch minimal invasive – Behandlungen müssen unter Antibiotikatherapie erfolgen. Ergänzende Behandlungen mit Ozon und/oder photodynamischem Laser sind bei bereits bestehenden Nekrosen zu empfehlen.

7. Weitere seltene Arzneimittelnebenwirkungen

Gaben von Jod oder Brom über längere Zeiträume können zunächst zu Ödemen mit Rötungen mit blasiger Abhebung des Epithels führen. An Gingiva, Gaumen, Lippen und Zunge entwickeln sich, bevorzugt im vorderen Bereich der Mundhöhle, in der Folge zerklüftete, vegetierende Enantheme. Oral zugeführte Medikamente können bei längerem Verweilen an der Schleimhaut Nekrosen hervorrufen. Relativ häufig ist hier das „Aspirin-Ulcus“, welches durch Einklemmen von Tabletten zwischen Wange und Zahn zur vermeintlichen lokalen Schmerztherapie bei Zahnschmerzen entsteht. Alendronsäurehaltige Tabletten haben ähnliche Wirkung, hier entstehen Pseudotumoren aus Granulationsgewebe. Schwärzliche Verfärbungen an der Zunge können durch Eisenpräparate, aureomycinhaltige Mundspülungen und bei Langzeitanwendung von Chlorhexidin durch die Denaturierung der Zeileiweiße entstehen. Die unterschiedlichen Manifestationen von Medikamentennebenwirkungen auf die orale Gesundheit verlangen eine rasche Identifizierung der Ursache und danach flexibles, problemorientiertes Eingreifen im Sinne der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der oralen Gesundheit.

Ch. Eder, L. Schuder

20 Jahre

WIELADENT
YOUR DENTAL SERVICE COMPANY

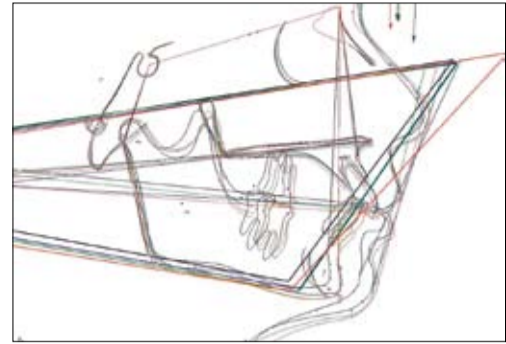


Abb. 1a, b, c und d: Profil, Okklusion und Fernröntgenbild mit Darstellung der Halswirbel C2–C4 zu Beginn der Behandlung

Abb. 2: TwinBlock-Apparatur zur Bissverschiebung

Abb. 3: Schwarz ist der Beginn und blau das Ende der Phase-1-Behandlung; grün ist der Beginn und rot das Ende der Phase-2-Behandlung



Abb. 4a, b, c und d: Profil, Okklusion und Fernröntgenbild zu Ende der Behandlung

Fallbericht

Kieferorthopädie in der Praxis

Nach der Angle'schen Klasseneinteilung besteht bei einer Klasse-II/1-Verzahnung eine Distalokklusion im Molarenbereich bei vergrößerter horizontaler Frontzahnstufe und proklinierter oberer Front.

► Diese Fehlstellung kommt in der Bevölkerung häufig vor, was auch durch eine Studie von Vysložil und Jonke bestätigt wurde, die eine Verbreitung in Österreich von 34% angibt. Für die kieferorthopädische Be-

handlung der Klasse-II/1-Malokklusion gibt es kein „Kochbuchrezept“. Man kann im Gegenteil aus einer großen Anzahl verschiedener Apparaturen wählen.

Die Praxis zeigt, dass es nicht entscheidend ist, ob festsitzende oder herausnehmbare Geräte verwendet werden, sondern welches Behandlungsziel angestrebt wird. Will man zum Beispiel einen adoleszenten Patienten behandeln, bei dem zusätzlich der Unterkiefer zu klein ist und im Gesicht zu weit zurückliegt, steht man vor der schwierigen Entscheidung, ob wachstumssteigernde Maßnahmen ausreichen werden oder ob

man zur orthognathen Chirurgie raten soll.

Dazu möchte ich als Fallbeispiel ein Mädchen mit einer vollen Klasse II/1 und Tiefbiss vorstellen, das genau elf Jahre alt war, als es zur kieferorthopädischen Behandlung meiner Ordination zugewiesen wurde. Die Unterkieferrücklage war klinisch gut zu diagnostizieren. Der Overjet war trotz kompensatorisch protrudierter unterer Frontzähne groß, und der Lippenschluss war inkompetent. Ein erwachsener Patient mit dieser Diagnose ist eindeutig ein Fall für die orthognathe Chirurgie. Dabei ist es wichtig, vorher die Achsenneigung

der unteren Frontzähne zu korrigieren, damit die Mandibula ausreichend weit nach vorne eingestellt werden kann.

Wie behandle ich aber dieses kleine Mädchen richtig, das nach Meinung der Eltern rechtzeitig in meine Ordination kam, um der Tochter eine spätere Kieferoperation zu ersparen? Die Therapie muss primär gewährleisten, dass das mandibuläre Wachstum ausreichend gesteigert wird. Da die Reagibilität der Kondylen auf wachstumssteigernde Reize im puberalen Wachstumsschub am größten ist, ist es in Grenzfällen wie diesem vorteilhaft, das Wachstumsmaximum des Unterkiefers möglichst präzise voraussagen zu können.

Die Patientin befand sich im späten dentalen Wechselgebiss. Weil sich in dieser Phase ein Viertel der Kinder noch im präpuberalen Wachstumsschub befindet und bei mehr als einem Drittel der Kinder der Hauptwachstumsschub erst im frühen bleibenden Gebiss beginnt, wählte ich die CVM-Methode (Cervical Vertebral Maturation) nach Baccetti, um anhand der Halswirbelkörper am seitlichen Fernröntgenbild das skeletale Alter zu beurteilen.

Nach Baccetti und Franchi gibt es einen Zusammenhang zwischen anatomischen Veränderungen an den Wirbeln C2, C3, C4 und dem Wachstumsmuster des Unterkiefers. Dementsprechend befand sich meine Patientin zu Beginn der Behandlung im Stadium CS3 von sechs möglichen zervikalen Wirbelstadien und somit gerade am Beginn des Hauptwachstumsschubs.

Weil ich das Wachstumspotenzial des Unterkiefers maximal nutzen und eine weitere Protrusion der unteren Frontzähne möglichst gering halten wollte, startete ich die Be-

handlung mit der TwinBlock-Apparatur nach Bill Clark.

„Mit dieser Maßnahme kann der Unterkiefer nachwachsen. Es dauert etwa ein Jahr, um von der Klasse-II-Situation zu einer Klasse I zu gelangen. Die Doppelplatten müssen in dieser Zeit nicht nur nachts, sondern auch tagsüber getragen werden“, erklärte ich den Eltern und informierte sie weiters über die Wichtigkeit der Mitarbeit. 15 Monate später endete die Phase-1-Behandlung.

Eine neu angefertigte Zahnspange wurde anschließend noch eine Zeitlang nachts zur Retention getragen.

Die Fernröntgenbilder, die ich zur Verlaufskontrolle zu Beginn und am Ende der funktionellen Behandlung im Alter von 11 und 12,3 Jahren, sowie am Beginn der Phase-2-Behandlung mit festsitzenden Geräten und Klasse-II-Elastics zur Feineinstellung der Okklusion im Alter von 14,5 Jahren angefertigt, zeigten, dass die skeletalen Veränderungen während des Hauptwachstumsschubs im ersten Behandlungsjahr erreicht worden waren. Die 15 Monate dauernde Multibracketbehandlung führte lediglich zu einer Protrusion der unteren Front, aber zu keiner weiteren skeletalen Verbesserung.

Schließlich konnte das festgelegte Behandlungsziel erreicht werden, nicht zuletzt wegen dem sorgfältig bestimmten Zeitpunkt für den Beginn der orthopädischen Maßnahmen und einem angemessenen Zeitaufwand, der die Mitarbeitsbereitschaft der Patientin nicht überforderte.

Dass das Ergebnis den strengen objektiven Anforderungen an die Ästhetik und die Okklusion nicht standhält, kümmerte die Patientin wenig.

Primär Dr. Doris Haberler

APERCU

Let's fetz!

Jetzt bin ich ja schon ein ziemlich Großer. Also altersmäßig, meint mein Dosenöffner, sei es mit einem halben Jahr noch nicht weit her. Aber von der Schulterhöhe und dem Gewicht spiele ich schon in der Regionalliga. Und täglich lege ich zu. Jetzt käme es sehr stark auf das richtige Training an, meint mein Coach. Und mit dem bin ich eigentlich ganz zufrieden. Der weiß schon, was mir gut tut.

Doch ein moderner Hochleistungssportler wie ich hat natürlich nicht nur jemanden für den Bewegungsapparat, sondern man kümmert sich auch um seine Psyche. Da halte ich mir eine eigene Therapeutin. Sie ist die bei weitem legerere. Der Trainer spielt oft auf wilder Mann, sie geht mehr auf meine weichen Seiten ein.

Wochentags steht Ausdauersport auf dem Programm. Dauerlauf und dazwischen abwechslungsreiche Schnelldauerlauf und dazwischen abwechslungsreiche Schnelldauerlauf- und Sprintübungen sowie das unvermeidliche Bodycheck-Training mit meist größeren Kollegen sind an der Tagesordnung. Da wird gekniffen und Bisse werden angedeutet, aber alles natürlich mit größter Fairness. Schließlich will ich in die oberste Hundeliga. Bevor mich der Trainer von der Leine lässt und auf den Platz schickt, sportet er mich im-

mer mit dem Ruf „Let's fetz!“ an. Das lasse ich mir natürlich nicht zweimal sagen und lege voll los. Bei den Zuschauern kommt das total gut an. Die Stimmung steigt, die Zurufe werden lauter. Vor allem von weiblichen Fans habe ich da schon Aussagen wie „Das ist der Cristiano Ronaldo unter den Hunden“ gehört. Ob sich das jetzt mehr auf mein Aussehen oder mein Spiel bezieht, ist mir allerdings nicht ganz klar.

Doch dafür ist meine Therapeutin zuständig. Während also wochentags der Körper auf Vorderhund gebracht wird, stehen am Wochenende meist die geistig-mentalen Übungen auf dem Programm. Da darf ich es mir auf der Couch bequem machen, ich werde besprochen und erhalte viele Streicheleinheiten. Und wenn es am Montag wieder in den Alltag geht und ich mich am Trainingsgelände durchsetzen soll, was sich angeblich gelegentlich negativ auf mein Benehmen auswirkt, bekomme ich einen guten Rat mit auf den Weg: „Manchmal muss man auch ein bisschen brav sein.“

Camillo

Camillo



ADDE und FIDE

Dentalhandel trifft Europaparlamentarier

Bereits zum dritten Mal fand unter Führung der ADDE eine Begegnung zwischen den Dentalzulieferern und Europaparlamentariern in Brüssel statt.

► Dabei wurde auf die Entwicklung des europäischen Dentalmarktes, aber auch die besonderen Anliegen von Dentalhandel und -industrie im Bereich der europäischen Gesetzgebung hingewiesen. Delegationen der beiden europäischen Dentalzulieferer-Organisationen ADDE und FIDE trafen in Brüssel mit Mitgliedern des Europäischen Parlaments (MEPs) zusammen. Es galt, wie bei früheren derartigen Lobbying-Anlässen, auf Rolle und Bedeutung der Dentalindustrie und des Dentalhandels hinzuweisen. Gleichzeitig bot die Zusammenkunft Gelegenheit, auf Probleme der Dentalbranche im Zusammenhang mit der Gesetzgebung, vorweg Medizinprodukte-Verordnung und Radiologievorschriften, einzugehen. Dr. Paul Rübzig, MEP, betonte: „Die zahnmedizinische Versorgung ist essenzielle Voraussetzung für Lebensmittelaufnahme und Verdauung, somit für die Gesundheit insgesamt. Der europäische Gesetzgeber ist sich der Bedeutung der Dentalzulieferbranche noch zu wenig bewusst“. Er führte weiter aus, dass die Regelungsdichte für KMU-Betriebe entschieden zu hoch sei, und deswegen regelmäßige Gespräche zwischen Politik und Gewerbe-/Industrieverbänden notwendig wären. „Wir sind bereit, die begründeten Anliegen im Bereich Strahlenschutz, Betrieb von Panorama-Röntgen und Medizinprodukte-Verordnung ernsthaft zu prüfen.“

An diesem Treffen mit europäischen Politikern, das wiederum von der ADDE organisiert worden war, nahmen auch Vertreter der Europäischen Zahnärzte-Gesellschaft und der zahntechnischen Labors teil. ADDE (Association of the Dental Dealers in Europe) ist die europäische Dachorganisation 15 nationaler Verbände des Dentalhandels (www.adde.info).

FIDE (Federation of the European Dental Industry) ist der Europäische Dachverband der nationalen Dental-Industrieverbände und repräsentiert mehr als 550 Unternehmen.

Dentalzulieferer zusammen mit Dr. Paul Rübzig, MEP



© Burkhard Stickle (VDD)

Das Zahnmagazin für Kinder

Milchzahn

- Exklusiv nur in der Zahnarztpraxis erhältlich
- Das persönliche Exemplar für jedes Kind in Ihrer Praxis
- Erscheint im Frühling, Sommer, Herbst und Winter
- Machen Sie Ihren kleinen Patienten ohne Freude und abonnieren Sie jetzt den Milchzahn
- Für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren
- Günstig im Abonnement steuerlich absetzbar

Die Kinderzeitschrift „Milchzahn“ erscheint vierteljährlich als Kinderzeitschrift und ist im Einzelabonnement nicht erhältlich. Bei den Abonnementbestellen ist die Abnahmemenge präzisieren!

Preisliste:	Anzahl	Stückpreis
	25 Stück	0,40
	50 Stück	0,35
	100 Stück	0,30

Alle Preise zuzüglich MwSt und Versand.

Preisverbleib: Bei Änderung der Herstellungs- oder Versandkosten müssen wir uns eine Preisangabe und vorbehalten. Das Abonnement ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, kann jedoch jederzeit als Jahresabonnement danach jederzeit gekündigt werden.



Dr. Ulrich Wanner, ADDE-Generalsekretär, verantwortlich für das Treffen zwischen europäischen Abgeordneten und der Dentalzulieferindustrie

Ich bestelle ein Jahresabonnement Milchzahn, und zwar vierteljährlich

- 25 Stück (zB 12,00 Euro)
- 50 Stück (zB 22,00 Euro)
- 100 Stück (zB 40,00 Euro)
- andere Menge, nämlich: _____ Stück (Preis auf Anfrage unter: 066630 30 376)

Bitte füllen Sie Ihre Bestellung aus.

Der Verlag Dr. Seibel & Co., 08621/0278 74 61
oder per Post, Adresse: Muzenschnitzgasse 15/11, 1180 Wien
oder schicken Sie uns ein E-Mail an office@seibel.co.at

Name _____

Lieferadresse _____

Rechnungsadresse, falls andere als Lieferadresse _____

Datum, Unterschrift _____

Bisphosphonate und Zahnmedizin

Auf die Dosis achten!

Nicht der Zahnarzt sollte nach Bisphosphonattherapie fragen, sondern jener Arzt, der die Bisphosphonate verschreibt nach vorhergehenden Zahnbehandlungen.

► Zum wiederholten Mal berichtete Dr. Reinhard Gruber, Leiter des Labors für orale Zellbiologie, Zahnmedizinische Kliniken Bern, beim Osteoporoseforum in St. Wolfgang über den Zusammenhang zwischen Osteoporosetherapeutika und Zahneheilkunde. Bei parodontologischen und bei implantologischen Behandlungen spielt der Knochenumbau eine Rolle, speziell bei der Osseointegration von Implantaten und der Ausheilung der Alveolen nach Exzision.

Ein oft diskutiertes Thema sind dabei die Bisphosphonate. Immer noch soll es Zahnärzte geben, die PatientInnen unter Bisphosphonat-Therapie rundweg ablehnen – eine Vorgehensweise, die jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehrt.

Nach einer randomisierten, placebo-kontrollierten Studie aus dem Jahr 2004 bewirkte Alendronat bei postmenopausalen Frauen mit Parodon-

talerkrankung eine Verbesserung bei Sondierungstiefe und Blutungsindex 1. „Das soll jetzt nicht heißen, dass Bisphosphonate eine Therapieoption bei Parodontalerkrankungen sind, aber sicherlich auch keine Kontraindikation“, so Gruber.

Bisphosphonate unterstützen auch die Frakturheilung, wie eine Studie vom McDonald zeigt. Es bildet sich ein deutlich größerer Kallus². Vielleicht aus dieser Idee heraus wurden Zahnimplantate entwickelt, die mit Bisphosphonaten gecoated sind. Sie haben eine deutlich höhere Stabilität als solche ohne entsprechendes Coating³.

Berichte über Kieferosteonekrose (Osteonecrosis of the Jaw, ONJ) unter Bisphosphonattherapie gibt es, allerdings als Fallberichte. In der großen Zulassungstudie des einmal jährlich intravenös zu gebenden Bisphosphonats Zoledronat (Aclasta[®]) trat in drei Jahren bei 3.876 PatientInnen in der Verum- und 3.867 PatientInnen in der Placebogruppe je ein Fall von ONJ auf⁴.

Gruber erzählt von Versuchen seiner eigenen Arbeitsgruppe, durch hohe Zoledronatgaben ein Osteonekrosenmodell bei Ratten zu etablieren. Der Versuch scheiterte. „Sowohl bei den Kontrollen als auch unter Zo-

ledronattherapie heilten Zahnextraktionen wunderbar aus“, so Gruber.

Für die zahnärztliche Praxis ist wohl besonders bedeutend, dass 90 bis 95% der ONJ unter Bisphosphonattherapie Fälle mit einer onkologischen Erstdiagnose⁵ sind. Bei dieser Patientengruppe sind die Bisphosphonatdosen unvergleichlich höher als bei der Behandlung von Osteopathien wie Osteoporose.

Grundsätzlich ist eine Bisphosphonattherapie also durchaus keine Kontraindikation zu zahnärztlichen Behandlungen aller Art. Gruber rät allerdings, besonders parenterale Bisphosphonate nicht unmittelbar nach einer Exzision oder einem Implantat zu geben. Der Grund: „Die Bisphosphonate lagern sich in neu gebildetem Knochen ein. Evidenz gibt es wie so oft keine, aber pathophysiologisch ist es sinnvoll, während der Knochenregeneration, also zwei bis drei Monate nach dem Eingriff im Kiefer, keine Bisphosphonate zu geben“, so Gruber.

Bei einer Bisphosphonatgabe vor einem Eingriff im Kiefer besteht dieses Problem nicht, da sich die Bisphosphonate sehr schnell im Knochen einlagern, also keine freien Moleküle zur Verfügung stehen, die im Kieferknochen wirken könnten. Es



sollte also nicht der Zahnarzt nach einer Bisphosphonattherapie fragen, sondern umgekehrt der die hoch dosierten Bisphosphonate verabreichende Arzt nach vorhergehenden Kieferbehandlungen.

Für das Biologikum Denusomab gilt übrigens ganz Ähnliches wie für Bisphosphonate: Auch hier wurde eine leicht erhöhte Inzidenz von ONJ gefunden, aber wiederum ganz überwiegend bei onkologischen PatientInnen.

Einen positiven Einfluss auf die parodontale Regeneration hat ein ausreichend hoher Vitamin-D-Spiegel⁶. Gruber: „Auch bei der Implantateinheilung spielt der Vitamin D-Spiegel eine Rolle.“ Ebenso bestehen für Parathormon Hinweise darauf, dass es die Osseointegration von Implantaten verbessern könnte, allerdings fehlen auch hier noch große klinische Studien.

Livia Rohrmoser

Literatur:

1 Rocha ML, Malacara JM, Sánchez-Marín FJ et al., Effect of alendronate on periodontal disease in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled trial. J Periodontol. 2004 Dec; 75(12): 1579–85

2 McDonald MM, Dulai S, Godfrey C et al., Bolus or weekly zoledronic acid administration does not delay endochondral fracture repair but weekly dosing enhances delays in hard callus remodeling. Bone. 2008 Oct; 43(4): 653–662

3 Abtahi J, Tengvall P, Aspenberg P, A bisphosphonate-coating improves the fixation of metal implants in human bone. A randomized trial of dental implants Bone. 2012 May; 50(5): 1148–1151

4 Black D, Delmas PD, Eastell R et al., Once-Yearly Zoledronic Acid for Treatment of Postmenopausal Osteoporosis. NEJM 2007; 356(18): 1809–1822

5 Kraut M-T, Fugl A, Gruber R, Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen des Kieferknochens. Wiener Klinische Wochenschrift, 2008, 120 (15–16): 467–476

6 Bashutski JD, Eber RM, Kinney JS et al., The impact of vitamin D status on periodontal surgery outcomes. J Dent Res. 2011 Aug; 90(8): 1007–1012

Feuilleton forte

Dein ist mein ganzer Grant!

Etwas frei zitiert nach Lehar; doch zuvor ein Trost: Viele große Künstler waren schlecht gelaunt. Allen voran der Choleriker Johann Nestroy: „So a Gall' hab' i g'habt – und mir ist die Gall' nur g'sund, wann ich's auslass'!“ Thomas Bernhard war schlechthin der Großmeister der schlechten Laune, Gertrude Stein berühmt für den Dauerzustand des Grummelns. Goethe hatte seine mürrischen Phasen, Leo Tolstoi, Patricia Highsmith, Jean-Luc Godard – um drei sehr unterschiedliche Künstler zu nennen – dürfen als klassische Vertreter der Unleidlichkeit gelten.

Die Tagebücher von Thomas Mann ziehen sich als Enzyklopädie der schlechten Laune dahin. Bei Shakespeare weiß man es nicht so genau. Vincent van Gogh soll tief depressiv gewesen sein. Möglicherweise hat er sich sein Ohr aber auch nur in einem Anfall besonders schlechter Laune abgeschnitten.

Generell fällt auf, dass es überhaupt kein Selbstportrait eines bedeutenden Malers gibt, das diesen rundum vernügt, versöhnt, mit einem Wort zufrieden zeigt. Musiker und Philosophen zeigen genau das gleiche Verhaltensmuster. Diogenes bekam bekanntlich schon schlechte Laune, wenn er nur den Schatten eines Mitmenschen herannahen sah. Niemand käme auf die schräge Idee, Beethoven, Kant, Wittgenstein, Nietzsche oder gar Adorno als gut gelaunte Menschen zu bezeichnen. Sie alle mögen über einen Witz gelacht haben oder hatten ihre Euphorien. Aber gute Laune kommt anders daher. Nur Mozart und Kafka halte ich in gewisser Weise für Ausnahmen: Von beiden ist überliefert, dass sie bester Laune sein konnten. Allerdings auf eine unberechenbare, eruptive und daher für Umstehende eher erschreckende Weise. Somit mit einer Tendenz zum Manischen,

auf der Kippe des Gutgelauntseins zum Ungesunden.

Kurzum: Die Erhabenheit der abendländischen Kultur verdankt sich der schlechten Laune. Doch genau hier beginnt das Problem: Denn die schlechte Laune hat ihr gutes Ansehen verloren. Es ist sogar denkbar, dass sie in kürzester Zeit verboten wird, denn mit Verboten ist man in Brüssel rasch bei der Hand. Das entsprechende Gesetz wäre nichts anderes als das Resultat einer neuen Mentalität mit normativem Charakter. Ein Geburtshelfer für viele Gesetze. Die heutige Spaßgesellschaft betet die gute Laune geradezu mit neurotischem Zwang an.

Das Allertröstlichste zuletzt: Es wird Nischen und Nebenzimmer für die Schlechtgelaunten geben – wie für die Raucher. Wenn jemand auf dem Balkon oder vor dem Restaurant mit einer Zigarette auf dem Gehsteig herumsteht, weiß man schon im Vorbeifahren Bescheid: Ein Schlechtgelaunter mit Abscheid: Ein Schlechtgelaunter mit Abscheid: Ein Schlechtgelaunter mit Abscheid.

laufdatum! Ob es mit Kunst und Kultur dann aber auch so steil bergab geht?

Phänomenologisch ist die schlechte Laune von der heute so beliebten Empörung und von der stutzigen Allüre zu unterscheiden. Beide folgen Impulsen. Ein wirklich professionell schlecht gelaunter Mensch folgt keinen Impulsen. Die schlechte Laune ist sein Ur- und Dauerzustand. Der Begriff Grant lässt sich nur unzulänglich ins Hochdeutsche übersetzen. Schlechte Laune trifft's nicht ganz. Aber die mentale Richtung ist ungefähr die gleiche, die Botschaft ebenso: Die Rettung des Abendlandes und seiner Kultur liegt völlig unpolitisch in der schlechten Laune.

Hubertus



Rapper-Goldzähne

Der MP3-Player im Mund

► New York – (pte). Moderne Medientechnologien sind heute aus dem Alltag der Menschen nicht mehr wegzudenken. Dass diese Entwicklung mitunter auch einige eher skurrile Erfindungen mit sich bringt, zeigt das Beispiel von Aisen Caro Chacin, einer kreativen Studentin der Parsons New School for Design in New York. Sie hat den Prototyp eines speziellen Mundstücks namens „Play-A-Grill“ vorgestellt, der den von Gangster-Rappern bekannten diamant- und goldbesetzten Zahnschmuck in einen voll funktionsfähigen MP3-Player verwandelt. Dieser wird vom User über die Zunge gesteuert, die Musik wird direkt über die Knochen übertragen. „Mit Play-A-Grill will ich versuchen, unsere Art der akustischen Wahrnehmung herauszufordern, indem ich auf die natürliche Klangabgabe des mensch-

lichen Körpers zurückgreife und die Eingabemöglichkeiten anpasse“, erklärt Chacin. Die findige Designerin hat einen „Grill“ – eine zumeist von Rap-Künstlern getragene Aufsteckprothese für Zähne – entwickelt, der auf einem besonders innovativen Steuer- und Klangkonzept beruht. „Das Geheimnis ist ein kleiner Motor, der an die Kopfhörerbuchse angeschlossen wird und mit der Frequenz des gerade abgespielten Musikstücks vibriert“, erläutert Chacin. Diese Vibration wird von den Zähnen des Users aufgenommen und über dessen Knochen an das Ohr weitergeleitet. „Weil die Zähne fest in den Kiefer eingebettet sind, der sehr nahe bei den Ohren liegt, geraten die inneren Ohrknochen in Schwingung, was vom Nervensystem wiederum als akustische Information interpretiert wird“, so Chacin.

10 Jahre Monat der Mundgesundheit

Zahnfleisch stärker im Fokus

Der „Monat der Mundgesundheit“ jährt sich heuer zum zehnten Mal. Nachhaltigkeit war von Anfang an das erklärte Ziele der mittlerweile größten Zahnprophylaxe-Initiative in Österreich.

► Die Mundhygiene der Österreicherinnen und Österreicher wird besser. Einige der Erfolgsfaktoren sind: Über 50 Prozent der Sechsjährigen ist bereits kariesfrei. Immerhin rund die Hälfte der Österreicher lassen einmal im Jahr eine professionelle Zahnreinigung durchführen. Und auch die Zahnbürste wird öfter gewechselt: Der Verbrauch ist in zehn Jahren von 1,2 Stück im Jahr auf 2,1 gestiegen. Auch wenn das Bewusstsein insgesamt deutlich besser ist, so gibt es noch viel zu tun. Laut dem WHO-Ziel sollen bis 2020 80 Prozent der Sechsjährigen in ganz Österreich kariesfrei sein. Tirol nimmt mit schon jetzt fast 80 Prozent kariesfreien Sechsjährigen eine absolute Vorreiterrolle ein. Zahnfleischerkrankungen rücken zudem immer stärker in den Fokus der Zahnexperten. 75 Prozent der Erwachsenen in Österreich leiden daran, oft ohne es zu wissen, da die Erkrankung zu Beginn schmerzfrei verläuft.

Zahnstatuserhebungen in Österreich zeigen im Detail: Sechsjährige waren 2001 zu 49 Prozent kariesfrei, 2006 schon zu 53 Prozent. Bei den 18-Jährigen verbesserte sich der Status von 2003 bis 2008 von rund 12 Prozent auf immerhin 24,5 Prozent. Vor allem Kinder aus sozial schwächeren Familien und jene mit Migrationshintergrund bereiten den Zahnexperten Sorgen. Eines zeigt sich ganz klar: die Aufklärung und Motivation darf nie aufhören, um die Mundgesundheit in der Bevölkerung abzusichern und noch weiter zu verbessern.

Und noch eine erfreuliche Entwicklung bestätigen die Zahnexperten: Immerhin rund die Hälfte der 35- bis 44-Jährigen lässt zumindest einmal im Jahr eine professionelle Zahnreinigung in der Zahnarztpraxis durchführen. Colgate Country Manager Harald Keck: „Die Erfolge zur Mundgesundheit sind deutlich sichtbar. Dennoch werden wir uns nicht ausruhen. Viele Themen werden uns weiter begleiten, andere rücken stärker in den Fokus, wie zum Beispiel die leider noch immer unterschätzte Zahnfleischgesundheit.“

Lachen ist gesund

Ein ganz besonderes Zeichen setzt Colgate zum 10-Jahres-Jubiläum des Monats der Mundgesundheit mit der Aktion: „Lachen ist gesund – gesund beginnt im Mund.“ Dabei werden alle Österreicherinnen und Österreicher aufgefordert, ihr Lächeln

für einen guten Zweck zu schenken. Für jedes Lächeln schenkt Colgate einem Kind in einer österreichischen Krankenanstalt ein Lachen mit den CliniClowns.

Die Aktion startete im August und läuft noch bis Ende Oktober. Colgate ist offizieller Partner des ÖSV,

und so beteiligen sich auch Spitzensportler an der Aktion. Denn die Ski-Asse wissen ganz genau, dass sich gesunde Zähne auf die Gesamtgesundheit und somit auf die Leistung auswirken.

www.colgate.at



Die Partner im Monat der Mundgesundheit: Harald Keck/Colgate, Minister Stöger, Dr. Wolfgang Kopp/Zahnärztekammer, Dr. Gernot Wimmer/ÖGP. Die CliniClowns freuen sich über die Aktion „Lachen ist gesund“.



Die beste Wahl

ORIGINALGRÖSSEN
Vergleichen Sie die Größe Ihrer Laeuchte!

VALO

VALO
CORDLESS

Immer am richtigen Platz, grenzenlos einsatzbereit.
Basierend auf der bewährten VALO-Technologie*

KLEIN · STARK · INNOVATIV

Drei Polymerisations-Modi bis 3.200 mw/cm², volle Leistung für alle lichthärtenden Materialien und Anforderungen

Breitband-Spektrum, gebündelter Lichtstrahl, vollständige Aushärtung auch in tiefen Kavitäten

Leichtes, graziles Handstück mit kleinem Kopf, einfache Positionierung in jedem Mundbereich

Stabile, CNC-gefräste Aluminium-Konstruktion, bruchfest. Kratzfest, Teflon-beschichtet, Spezialglas-Linse

Hocheffiziente LEDs, sichere Langzeit-Höchstleistung durch Netzstrom oder neueste Batterie-Technologie (LiFePO₄), aufladbar

*2010



VALO Awards

VALO Cordless Award

ULTRADENT
PRODUCTS · USAUP Dental GmbH · Am Westhoyer Berg 30 · 51149 Köln
Tel 02203-359215 · Fax 02203-359222 · www.updental.de

Vertrieb durch den autorisierten und beratenden Dental-Fachhandel

Schwierige Diagnose

Liegt ein Okklusionsproblem vor?

Die 46-jährige Patientin klagt über Nackenschmerzen, aufsteigend in den Kopf, besonders morgens. Sie arbeitet beruflich viel am Computer, manchmal klemmt sie das Handy zwischen Ohr und Schulter ein, um gleichzeitig telefonieren zu können.

► Anamnestisch berichtet die Patientin über einen komplikationslosen Unterschenkelbruch beim Skifahren mit 14 Jahren sowie eine übergangene Grippe vor vier Jahren, seither wandernde Gelenkschmerzen. Vor drei Jahren hat sie sich von ihrem Mann getrennt, eine Tochter hat bereits einen eigenen Haushalt. Das Bindegewebe ist schwach, die Patientin überknöchelt leicht.

Das Röntgen der Halswirbelsäule zeigt Veränderungen, die zu Beruf und Alter passen, aber keine gravierenden Einengungen der Diskusstrukturen oder der Nervendurchtrittsstellen.

Der Orthopäde empfiehlt Einlagen, der Hausarzt eher eine Kur. Die Nachbarin meint, sie soll endlich ausspannen oder gar eine berufliche Auszeit nehmen. Die Kinesiologin rät zu einer psychologischen Therapie. Eine Masseurin erzählt ihr von Aufbiss-Schienen – und sie glaubt, dass die Beschwerden stärker geworden sind, seit vor einem Jahr der Zahn 36 gezogen wurde.

Rein zahnärztlich gibt es einige Hinweise auf eine Okklusionsstörung: 37 ist vorgekippt, 38 hat einen leichten Vorkontakt. Die Fronten stehen steil, Überbiss nur etwa 1 mm, seitlich etwa Klasse-1-Verzahnung. Es gibt mäßige Kunststofffüllungen, wurzelbehandelt war nur 36. Die Region ist röntgenologisch unauffällig (und testet auch nicht auf Kieferostitis). Wir sehen keine auffälligen Abreibungen und keine nennenswerten Parodontalprobleme.

Muskelanalyse: Temopalis posterior rechts druckempfindlich, Nackenmuskel arbeiten beim Knirschen stark. Kiefergelenk unauffällig. Im Physioenergetiktest: Armlängenänderung auf festen Biss, also relevante Okklusionsstörung.

Zusatzdiagnosen

Um die Diagnose abzusichern und die Patienten zu überzeugen, gibt es verschiedene Zusatzdiagnosen aus der Orthopädie:

Ebenendiagnostik:

Über die großen Muskelketten und die Wirbelsäule werden Asymmetrien im Körper ausgeglichen. Bei absteigenden Ketten sind die Ebenen

parallel verschoben, also z.B. Pupillenebene, Schultern, Becken alle rechts tiefer. Bei aufsteigenden Problemen sind die Ebenen gegengleich verschoben. Allerdings gibt es 80% gemischte Ketten.

Blockade mit Watterollen kann die Ebenen verbessern, bei Jugendlichen sogar ausgleichen, auch bei Skoliose im Frühstadium.

Rotationstest:

Der Therapeut steht hinter dem Patienten, Hände auf dessen Schultern. Der Patient soll den Kopf zur Seite drehen und sagen, wie viel er vom Therapeuten sieht. Anschließend wird der Biss mittels zweier Watterollen blockiert und der Test wiederholt. Geht die Drehung deutlich weiter, ist die Okklusion beteiligt.

Vorlaufetest:

Orthopädisches Original: Wir stehen hinter dem Patienten, Hände am Beckenkamm, Daumen beidseits auf der Spina iliaca posterior superior. Der Patient soll sich vorbeugen (Abrollen von oben her). Wenn sich eine Spina früher und/oder stärker (mindestens ½ cm) nach oben bewegt, gibt es ein orthopädisches Problem.

Modifizierter Meerssemann-Test (zahnärztlich brauchbare Variante des Vorlaufetestes):

Der Patient liegt auf der etwa 60° ge-

kippten Einheit, wir stehen am Fußende und halten locker die Knöchel. Zum Deprogrammieren eingefahrener Muster soll der Patient den Popo heben und schlucken. Dann Aufsetzen wie beim Klappmesser, und zwar:

- mit offenem Mund,
 - mit zusammengebissenen Zähnen,
 - mit Watterollen zwischen den Zahnreihen,
- dazwischen jeweils Gesäß heben und schlucken.

Bei einer relevanten Bissstörung ändert sich die reflektorische Beinlänge (also die Knöchelhöhe) beim Zubeißen um etwa 1–3 cm, mit Watterollen wird dies wieder ausgeglichen.

Dieser Test ist für Patienten sehr eindrucksvoll, sie sind dann eher geneigt, eine Schientherapie oder Kieferorthopädie in Erwägung zu ziehen.

Oft liegen bei Jugendlichen bereits Operationsvorschläge vor, da im Ganzkörperröntgen die Beine verschieden lang imponieren (eigentlich durch eine Verspannung mit leichter Rotation, die trotz genauer Positionierung vorkommt). Durch eine erfolgreiche Regulierung kann diese Beinlängendifferenz behoben werden, es ist allerdings normal, dass diese Reaktion in Phasen starker Korrekturen (z.B. Überstellen eines Kreuzbisses oder einer Klasse 2) kurzfristig sogar verstärkt wird – etwa 3 – 6 Wochen lang.

Mit dem Test können auch Konstruktionsbisse überprüft werden, ebenso fertige Geräte beim Einsetzen oder Schienen vor und nach dem Einschleifen.

Bei unserer Patientin ist der Meerssemann-Test positiv, wir machen eine UK-Schiene. Drei Tage nervt diese, die Patientin „sabbert“. Dann aber geht es der Patientin deutlich besser. Sie schläft entspannter und wacht beschwerdefrei auf. Sie merkt jetzt manchmal tagsüber, dass sie die Zähne zusammenbeißt. Da sie mit Schiene weder Kunden empfangen noch telefonieren kann, empfehlen wir zusätzlich Magnesium phosphoricum D6 (Schüßler-Salz Nr. 7, 2 x 2). Die Nackenmuskel haben sich normalisiert.

Nach etwa sechs Monaten wird entschieden, ob eine Brückenversorgung links unten sinnvoll ist (wegen der Kippung 37 ist ein Implantat nicht so gut, ein präprothetisches Aufrichten nicht nötig). Wahrscheinlich müsste die Schiene trotzdem weiter getragen werden, ein Ausregulieren der steilen Front kann sich die Patientin aus beruflichen Gründen nicht vorstellen, obwohl in ihrem Fall unsichtbare Techniken möglich wären (Aligner oder Lingualtechnik).

Für das Bindegewebe können wir



Vorlaufetest (unten) und Meerssemann-Test (oben)

auch Zink (z.B. Zink 30 von Pure Encapsulations) und Silicium D6 (Kieselerde, Schüßler-Salz Nr. 11) in Erwägung ziehen. Zur Therapie der rheumatiformen Beschwerden empfehlen wir eine Be-

handlung chronischer Entzündungen z.B. mit Schlangengiften oder Mikroimmuntherapie, am besten bei entsprechend versierten Allgemeinärzten.

Dr. Eva-Maria Höller

Info

Prüfungsvorbereitungskurs und Prüfung zum

Diplom für Komplementärverfahren in der Zahnheilkunde

Dr. Eva-Maria Höller,
Dr. Elisabeth Wernhart-Hallas

16. November 2012
ZIV-Büro, Wien
Anmeldung: ZIV, Tel. 01/513 37 31
office@ziv.at

Voraussetzungen:

160 Stunden Theoriekurse – alle Zahnthemen (Herdlehre, Materialien, Parodontologie, Okklusion und Kiefergelenk), drei zusammenhängende Kurse eines Testsystems
40 Stunden Hospitation oder fünf Jahre ganzheitliche Arbeit
Formulare

Einreichen der Unterlagen:

Österreichische Zahnärztekammer,
Fr. Baumgartner, 050511/1174

Info

Dr. Rudolf Meierhöfer

Die ganzheitlichen Aspekte in der Zahnheilkunde

Inhalte:

- Umweltzahnmedizin und sinnvolle Labordiagnostik,
- Parodontitis aus ganzheitlicher Sicht – Einfluss von Ernährung, Vitaminen, Spurenelementen
- Blickdiagnostik an Zunge und Mundschleimhaut

Generelles Update, auch für Einsteiger geeignet!

Termin: 12./13. Oktober 2012

Kursort: Büro des Zahnärztlichen Interessenverbandes, 1010 Wien

Anmeldung: Tel. 01/513 3731, E-Mail: office@ziv.at

Die Gemeinschaft macht's:

Mikroorganismen entscheiden bei Parodontitis

Die Analyse einzelner Bakterienarten reicht nicht, um einen Therapieerfolg bei der Behandlung von Parodontitis beurteilen zu können.

► Im menschlichen Mund leben bis zu 700 verschiedene Bakterienarten. Bestimmte Kombinationen der Bakterienarten spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Parodontitis, erklären die Forscher. Welche das genau sind, sei bislang nicht im Detail bekannt. Ziel der Studie war es daher, herauszufinden, wie die Bakteriengemeinschaft auf die konventionelle Parodontitis-Behandlung reagiert. Dies sei der erste Schritt, um zu verstehen, wie diese Methode wirkt, und um in Zukunft Vorhersagen über den Verlauf der Erkrankung treffen zu können, betonen die Wissenschaftler.

Den bisher üblichen Ansatz, ausgewählte Bakterienarten zu untersuchen, hält Prof. Dr. Dag Harmsen von der Poliklinik für Parodontologie der Universität Münster, Mitautor der neuen Studie, für ineffektiv. „Parodontitis wird nicht von einzelnen Bakterienarten ausgelöst. Es ist nötig, alle Mikroorganismen im Mundraum zu erfassen und zu beobachten, wie diese Lebensgemeinschaft auf die Behandlung reagiert. Nur so kann man verstehen, ob und weshalb eine Behandlung wirkt“, betont der Mediziner. Das Team konnte erstmals zeigen, dass die professionelle Zahnreinigung mit und ohne Antibiotikagabe zu einer Erhöhung der Vielfalt und Gleichverteilung an Bakterienarten im Mund der Patienten führt.

Dag Harmsens Ansatz, die Gesamtheit aller Mikroorganismen im Mund zu betrachten, ist ein sogenannter metagenomischer Ansatz, bei dem bestimmte DNA-Fragmente – „Amplikons der ribosomalen DNA“ – untersucht werden. Diese molekulargenetische Methode ermöglicht es, das Erbgut aller im Mund vorkommenden Organismen durch eine DNA-Sequenzierung zu erfassen und somit nachzuweisen, welche Arten von Mikroorganismen dort leben. Das Forscherteam hat für diese Art von Untersuchung erstmals

einen „Ion PGM™“-Sequenzierer eingesetzt. Dieses Sequenziergerät ermöglicht eine schnellere und günstigere metagenomische Analyse als bisher, also eine Sequenzierung der „nächsten Generation“. „Die größte Schwierigkeit dabei ist es, die großen Datenmengen, die dabei entstehen,

sinnvoll auszuwerten. Es war für uns eine Herausforderung, ein automatisches Analysesystem für diese neue Technologie zu entwickeln“, betont der Erstautor der Studie, Sebastian Jünemann vom Institut für Bioinformatik am Zentrum für Biotechnologie der Universität Bielefeld.

Dag Harmsen wirft einen Blick in die Zukunft: „Die Ergebnisse der Studie müssen zunächst durch weitere Experimente mit einer größeren Stichprobe bestätigt werden. Dann wird unser neuer Ansatz, Veränderungen in der gesamten mikrobiellen Lebensgemeinschaft im Mund zu

beobachten, den Erfolg von Parodontitis-Behandlungen verbessern. Diese Methode wird sicherlich bald routinemäßig in der Praxis eingesetzt“, prognostiziert er.

Dr. Thomas Bauer
thbauer@uni-muenster.de



ITI Kongress Österreich Salzburg 21. – 22. Juni 2013



“Hot Spots” in der Implantologie.

Themen

- Prävention der Periimplantitis
- Implantatgestützte Defektprothetik
- Tissue Engineering
- Plastische Parodontalchirurgie
- Implantate aus Zirkoniumdioxid
- Der digitale Workflow

Wissenschaftliches Komitee

Univ. Prof. DDr. Alexander Gaggl (Vorsitz)
Univ. Prof. DDr. Ingrid Grunert
DDr. Sascha Virnik

Internationale Referenten

Dr. Rino Burkhardt (Schweiz)
Dr. Petra Güß (Deutschland)
Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets (Deutschland)
Prof. Dr. Andreas Thor (Schweden)

Veranstaltungsort

Radisson Blu Hotel & Conference Center
Fanny-von-Lehnert-Strasse 7
5020 Salzburg
Österreich

**Nutzen Sie den Frühbucherrabatt
und melden sie sich bis zum
31. Januar 2013 an!**

www.iti.org/congressaustria



Prof. Dr. Dag Harmsen, Poliklinik für Parodontologie der Universität Münster

Philipps-Universität Marburg

Internetdatenbank: Behring digital

Der Großneffe des Marburger Nobelpreisträgers stellt die DFG-finanzierte Nachlassdatenbank online

► Bereits im Mai hat Christian-Ulrich Behring, Berliner Großneffe des Marburger Forschers Emil von Behring, an der Philipps-Universität das virtuelle rote Band durchschnitten und die Internetdatenbank „behring-digital“ der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Dahinter verbirgt sich das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Projekt „Erschließung, Digitalisierung und Bereitstellung des Nachlasses Emil von Behrings im Internet“, das die Emil-von-Behring-Bibliothek – Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin und das Institut für Geschichte der Pharmazie in Kooperation mit der Universitätsbibliothek und dem Hochschulrechenzentrum unter Leitung von Professor Dr. Christoph Friedrich und Dr. Kornelia Grundmann seit 2009 durchführt.

Projektleiterin Dr. Kornelia Grundmann informierte über die wechselvolle Geschichte des Marburger Behring-Nachlasses, der 1999 bei

der Auflösung des Archivs der Behringwerke zunächst als Depositum an die Philipps-Universität kam und vergangenes Jahr als Schenkung von der den Behringwerken nachfolgenden Sanofi Aventis GmbH übereignet wurde. „Der gesamte persönliche Nachlass Behrings war bis dato nur durch Zettelkataloge erschlossen; die rund 1800 Leitz-Ordner des Firmenarchivs waren gänzlich unkatalogisiert“, umriss sie die Ausgangslage vor Projektbeginn. Dr. Ulrike Enke von der Emil-von-Behring-Bibliothek und Diplom-Bibliothekarin Martina Kahler erläuterten die Vorgehensweise bei der Erschließung der Schriftstücke und die Bedienung der neu entstandenen Datenbank anhand von interessanten Beispielen. „Zusätzlich haben wir bereits ausgewählte Bücher aus der tausendbändigen Privatbibliothek Behrings digitalisiert, deren handschriftliche Annotationen Aufschluss über das Denken und Handeln des Wissenschaftlers und Privatmanns Behring geben“, fügte Enke hinzu. Professor Dr. Gerhard Aumüller, ehemaliger Leiter der Emil-von-Behring-Bibliothek und Vertreter des Dekans des Fachbereichs Medizin, schwärmte: „Vom Schulheft des ersten Schuljahres bis zur Nobelpreisurkunde

harrt alles einer systematischen wissenschaftlichen Auswertung.“ Professor Dr. Joachim Schachtner, Vizepräsident für Qualitäts- und Informationsmanagement an der Philipps-Universität würdigte in seinem Grußwort die wissenschaftliche Leistung Behrings auf dem Gebiet der Bakteriologie sowie seine Verdienste bei der Entwicklung der pharmazeutischen Industrie. „Damit schuf der Wissenschaftler und Unternehmer die Grundlage dafür, dass Marburg bis heute einer der bedeutendsten Standorte der pharmazeutischen Forschung und Industrie in Deutschland ist“, sagte Schachtner. Egon Vaupel, Oberbürgermeister der Universitätsstadt Marburg, lobte in seinem Beitrag das Engagement des Ehrenbürgers Behring als Kommunalpolitiker, der sich für die Verbesserung der Trinkwasserversorgung, die Einrichtung eines Gesundheitsamtes sowie den Bau des zweiten hessischen Kanalsystems in Marburg eingesetzt hatte.

Bei der offiziellen Freischaltung von „behring-digital“ rief Christian-Ulrich Behring zunächst den Datensatz mit dem Geburtshaus seines berühmten Großonkels in Hansdorf im damaligen Ostpreußen auf. „Es



Christian-Ulrich Behring und Dr. Ulrike Enke beim Freischalten der Datenbank behring digital. Auf der Projektion sind Urgroßtante und -onkel Behrings zu sehen, die Eltern des Nobelpreisträgers Emil von Behring.

freut mich besonders, dass der Nachlass Behrings, der im heutigen Polen in einem Schulhaus auf die Welt kam, ausgerechnet am 3. Mai, dem polnischen Nationalfeiertag, der Öffentlichkeit unter Anteilnahme meiner Freunde in Hansdorf übergeben wird“, erklärte er. Sichtlich bewegt war er vom Kondolenzschreiben seiner Großmutter an ihre Schwägerin, die Witwe Emil von Behrings, aus dem Jahr 1917, das er zum ersten Mal in der Datenbank sah.

Der Arzt und Medizinnobelpreisträger Emil von Behring (1854–1917), weltberühmt geworden durch die Entwicklung der Serumtherapie gegen die Diphtherie, lehrte von 1895 bis 1917 an der Philipps-Universität als Hygieneprofessor. Er hinterließ

eine große Zahl von Briefen, Tagebüchern, Labornotizen und sonstige Aufzeichnungen, die interessante Einblicke in sein wissenschaftliches Werk, sein berufliches Wirken sowie sein privates Umfeld gewähren. Der zirka 1.650 Briefe umfassenden wissenschaftlichen Korrespondenz mit Persönlichkeiten wie Paul Ehrlich und berühmten französischen Kollegen kommt hierbei eine herausragende Bedeutung zu.

Kontakt:

*Tel.: 0049/6421 28-65424
Dr. Kornelia Grundmann, Leiterin des Behring-Archivs und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Emil-von-Behring-Bibliothek, Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin
E-Mail: grundman@staff.uni-marburg.de*

Universität Bonn

Neue Gen-Orte für Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

Wissenschaftler der Universität Bonn haben entdeckt, dass bestimmte Genregionen auf den Chromosomen 1, 2, 3, 8, 13 und 15 mit der Ausbildung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zusammenhängen.

► Damit ist die Forschung einen großen Schritt vorangekommen, den Zusammenhang zwischen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Erbgut und Umwelt besser zu verstehen. Der Bauplan des Lebens ist im Erbgut festgeschrieben, das in seiner Gesamtheit auch Genom genannt wird. Verschiedene Abfolgen von Basenpaaren kodieren die Erbinformation, in der unter anderem auch die Ursachen angeborener Fehlbildungen festgeschrieben sind. Weltweit fahnden Wissenschaftler deshalb nach den molekularbiologischen Zusammenhängen zwischen Genen und Erkrankungen. Auch an der Universität Bonn wird dieser Fragestellung nachgegangen, u.a. in Bezug auf Lippen-

Kiefer-Gaumenspalten. Dabei handelt es sich um eine der häufigsten angeborenen Fehlbildungen, die entweder zu einer Spalte in der Lippe allein oder Lippe und Gaumen gleichzeitig führt. Etwa jedes 700. Neugeborene ist von einer solchen Spalte betroffen. Als Ursache wird eine Kombination aus Umwelt- und genetischen Faktoren angenommen. „Durch den Vergleich der genetischen Information von Patienten und gesunden Probanden konnten Forscher der Universität Bonn in den vergangenen Jahren bereits mehrere Regionen im Genom identifizieren, die mit der Ausbildung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten beim Menschen zusammenhängen“, berichtet Dr. Elisabeth Mangold vom Institut für Humangenetik der Universität Bonn. Unter Federführung ihrer Arbeitsgruppe haben Wissenschaftler nun neue, umfangreiche genetische Daten zur Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in einer Meta-Analyse ausgewertet. Hierfür kombinierten sie Daten einer in Bonn an 399 Patienten und 1.318 Kontrollpersonen ohne diese Fehlbildung

durchgeführten genomweiten Studie mit Daten einer US-amerikanischen Studie an 1.461 Patienten.

„Die Zusammenführung der Daten erhöht deutlich die statistische Aussagekraft der Ergebnisse“, erklärt Dr. Mangold. Knapp 500.000 Erbgutabschnitte wurden zwischen den Patienten und jenen der nichtbetroffenen Kontrollgruppe verglichen. „Abweichungen zwischen der Kontrollgruppe und den Patienten sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass die entsprechenden Abschnitte des Genoms etwas mit der Entstehung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte zu tun haben“, sagt Dr. Mangold. Die Forscher unterteilten die Betroffenen außerdem in zwei Gruppen: Patienten ausschließlich mit Lippenspalte und Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Eine Analyse dieser beiden Untergruppen wurde in dieser Studie erstmals in diesem Umfang durchgeführt, da in jeder der beiden Gruppen genügend Patienten zur Verfügung standen.

Ganze sechs neue Regionen im Erbgut, die zur Lippen-Kiefer-Gaumenspalte beitragen, identifizierten die

Forscher auf diese Weise. Zuvor waren schon sechs bekannt gewesen, die sich allesamt in dieser nun größten Studie zu Lippen-Kiefer-Gaumenspalten bestätigten. „Besonders interessant war für uns die Entdeckung einer neuen Region auf Chromosom 13q31. Dieser Gen-Ort scheint spezifisch zu einem gemeinsamen Auftreten von Spalten in Lippe UND Gaumen zu führen, da er in Patienten mit einer reinen Lippenspalte nicht verändert war“, erklärt Dr. Kerstin Ludwig vom Institut für Genetische Medizin, die Ersterautorin der Studie ist. Diese Ergebnisse zeigen damit zum ersten Mal, dass verschiedene genetische Faktoren für die einzelnen Untergruppen verantwortlich sein könnten.

Zusammenspiel von Genen und Umweltfaktoren

In der frühen Schwangerschaft entwickeln sich beim Embryo Teile des Gesichts zunächst getrennt voneinander und wachsen später zusammen. Die Spalten in Lippe, Kiefer und Gaumen entstehen, wenn dies

nur unvollständig geschieht. Äußere Faktoren scheinen dabei eine Rolle zu spielen, so erhöht beispielsweise das Rauchen in der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit für die Spaltbildung. Der überwiegende Teil der Faktoren scheint aber genetischer Natur zu sein. Obwohl der genaue Anteil der jetzt bekannten Genregionen an der Erbllichkeit von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten noch nicht genau abschätzbar ist, bildet die Studie die Grundlage für weitere Forschungen, bei denen Wissenschaftler Schritt für Schritt die genetischen und biologischen Ursachen der Erkrankung entschlüsseln. Durch ein besseres Verständnis der Funktionsweise der beteiligten Gene und ihres Zusammenspiels mit Umweltfaktoren steigen die Chancen auf eine individuellere Vorhersage und bessere Prophylaxe.

Kontakt:

*Dr. Elisabeth Mangold
Institut für Humangenetik der
Universität Bonn
Tel. 0049/228/28751008
E-Mail: e.mangold@uni-bonn.de*

Nachhaltige Arbeitssysteme

Know-how für Gesundheit am Arbeitsplatz

Der Anteil der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist erheblich angestiegen. Das ließe sich durch nachhaltig gestaltete Arbeitssysteme und respektvollen Umgang vermeiden, so die Expertenmeinung beim Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft in Kassel.

► Wege zur gesunden, effizienten und sicheren Arbeit diskutierten rund 300 Experten aus Wissenschaft und Wirtschaft in Kassel. „Psychische Überlastung zu vermeiden, aber auch körperliche Beanspruchungen so zu gestalten, dass älter werdende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen frühzeitig und nachhaltig unterstützt werden, ist die Aufgabe, der wir uns in Forschung und Unternehmen stellen,“ so Prof. Dr. Ing. Ralph Bruder, GfA-Präsident (Gesellschaft für Arbeitswissenschaft) und Leiter des Instituts für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt, im Pressegespräch zum GfA-Kongress mit Dr. Stefan Kreher, Leiter der Volkswagen Coaching GmbH, Niederlassung Kassel, und Prof. Sträter. „Derzeit sind mehr als 10 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage von Mitarbeitern und Führungskräften über alle Berufssparten psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zuzuschreiben“, sagte Prof. Dr. Oliver Sträter, Arbeits- und Organisationspsychologe an der Universität Kassel. Seit Anfang 1990 sei eine Verdreifachung der psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Dabei sei die Dauer der Ausfalltage mit durchschnittlich 22,6 Tagen je Krankheitsfall, die psychisch erkrankte Mitarbeiter vom Arbeitsplatz fernbleiben, angestiegen. Diese Krankheitsdauer übersteige sogar die Anzahl der Ausfalltage aufgrund von Herz-Kreislauf- oder Muskel-Skelett-Erkrankungen, so Sträter weiter: „Moderne Arbeitswelten müssen daher eine weiterentwickelte Arbeitskultur und gute Führung etablieren.“

„Daneben bildet die Frage, wie Produktionsprozesse wirtschaftlich erfolgreich gestaltet werden und gleichzeitig Mitarbeiter gesund erhalten können, einen Themenschwerpunkt der Arbeitswissenschaft“, sagte Prof. Bruder. Zu einer nachhaltigen Systemgestaltung gehörten viele Aspekte: die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen wie die Führungs- und Mitarbeiterkultur im Unternehmen. Bruder weiter: „Nicht nur angesichts des vor uns liegenden demografischen Wandels befürworte ich altersgemischte Teams sehr. Sie können besonders erfolgreich sein durch ihre Mischung aus Erfahrung und Zuverlässigkeit einerseits, aktuellem Technikwissen und höherer Belastbarkeit unter Zeitdruck andererseits.“ Aber: „Das beste Ergebnis entsteht, wenn allen Mitarbeitern

Respekt entgegengebracht wird, unabhängig vom Alter“, unterstrich Sträter.

Neben den psychischen Belastungen im Arbeitsalltag wirkten sich zunehmender Kostendruck und zunehmende Effizienzsteigerung auch auf körperliche Aspekte menschlicher

Arbeit aus. Eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitsprozesse ist laut Prof. Bruder damit ein wichtiger Aspekt einer nachhaltigen Produkt- und Produktionsgestaltung und Thema des GfA-Kongresses.

Die Arbeitsplatzgestaltung im Volkswagenwerk Kassel basiere auf Re-

spekt, Vorsorge und Motivation, wie Dr. Stefan Kreher sagte: „Wir achten bereits bei der Ausbildung unserer Nachwuchskräfte auf diese Prinzipien, um schon so früh wie möglich psychischen und körperlichen Belastungen vorzubeugen. In Kooperation mit dem Gesundheitswesen

bei uns am Standort bieten wir in unserem Weiterbildungsprogramm außerdem Maßnahmen an, in denen die Kollegen mit den möglichen Belastungen am Arbeitsplatz umzugehen lernen und geschult werden, sich selbst vor einer Überlastung zu schützen.“

KaVo DIAGNOcam

Bilder, die Ihre Welt verändern.

KaVo DIAGNOcam – so haben Sie Karies noch nie gesehen

- Deutlich verbesserte Diagnosequalität – in noch nie gesehener Bildqualität
- Ideal zur Patientenaufklärung und hervorragendes Monitoring
- Röntgenfreie, bildgebende Methode zur Karieserkennung

KaVo DIAGNOcam – einfach einleuchtend

Erfahren Sie mehr über
KaVo DIAGNOcam:
www.kavo.de/diagnocam



KaVo. Dental Excellence.

KaVo AUSTRIA · Gutheil-Schoder-Gasse 7A · A-1100 Wien · Tel: +4316650 133 · Fax: +4316650 133-17 · www.kavo.at

X	+	X	X	?	-	?	?	?	X	?	X	+	-
-	X	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Abb. 4: Prognose nach Erstbefund(x...fehlt, ?...fraglich, +-...erhaltungswürdig, -... nicht erhaltungswürdig

X	WS	P	P	WS	P	WS	WS	P	P	K	X
X	I	WS	K	+	+	+	+	+	+	+	+
X	I	WS	K	+	+	+	+	+	+	+	+

Abb. 5: Behandlungsplan nach Erstbefund (K ... Krone, P ... Pontic, WB ... Wurzelbehandlung, Rev ... Revisionsversuch, I ... Implantat)

X	+	X	X	+	-	X	-	-	X	?	X	+	X
X	X	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Abb. 8: Neubewertung der Zähne 12-22 nach weiterer Präparation (12, 11: Wurzelkaries; 21: Längsfraktur; 22: apikale Behinderung, laterale Resorption) (X ... fehlt, ? ... fraglich, + ... erhaltungswürdig, - ... nicht erhaltungswürdig

X	WS	I	I	WS	I	I	P	I	P	K	I	K	X
X	I	WS	K	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
X	I	WS	K	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Abb. 9: Behandlungsplan nach Neubewertung der Frontzähne im OK (K ... Krone, P ... Pontic, WB ... Wurzelbehandlung, Rev ... Revisionsversuch, I ... Implantat)



Abb. 6: Abb. 6: Provisorien (16, 13, 11, 21, 22, 24, 26, 44, 45); Klammerprothese (15, 14, 12, 23, 25) nach Abnahme der alten Versorgung und Extraktion der nicht erhaltungswürdigen Zähne (12, 27, 47)



Abb. 7: Abb.7: Provisorien (16, 13, 11, 21, 22, 24, 26, 44, 45); Klammerprothese (15, 14, 12, 23, 25) nach Abnahme der alten Versorgung und Extraktion der nicht erhaltungswürdigen Zähne (12, 27, 47)



Abb. 12: Implantat UK

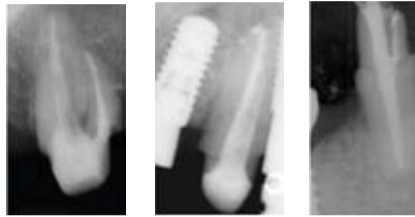


Abb. 13, 14 + 15: Wurzelfüllung und Quarzfaserstift 16, 13, 45

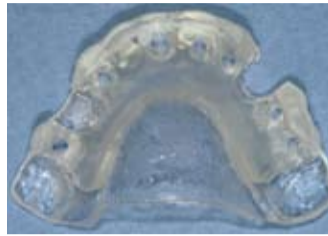


Abb. 10: Bohrschablone OK



Abb. 11: Implantatpositionen OK

X	+	X	X	+	X	X	X	-	X	+	X
X	X	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Abb. 16: Zahn 24 weist bei Präparation eine Wurzelfraktur auf und wird somit auch entfernt (X ... fehlt, ? ... fraglich, + ... erhaltungswürdig, - ... nicht erhaltungswürdig

X	WS	I	I	WS	I	I	P	I	P	I	I	K	X
X	I	WS	K	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
X	I	WS	K	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Abb. 17: endgültiger Behandlungsplan (K ... Krone, P ... Pontic, WB ... Wurzelbehandlung, I ... Implantat)



Abb. 18: Einprobe Zirkongerüst auf Implantaten Regio 12, 11, 22, 24, 25 (blaue Markierung)



Abb. 19: Einprobe Zirkongerüst auf Implantaten (12, 11, 22, 24, 25)



Abb. 20: Abschluss



Abb. 21: Abschluss Aufsicht



Abb. 22: Panoramarröntgen nach 3 Jahren

Fallbericht

Klinische Fälle – State of the art

Durchgeführte Behandlung:

Die Behandlungsplanung erfolgte anhand einartikulierter Modelle nach Mundhygienesitzungen und anschließender Parodontalbehandlung (Abb. 4, 5). Die primär aufgrund von Wurzelkaries nicht erhaltungswürdigen Zähne (12, 27, 47) wurden entfernt und eine Wurzelbehandlung der devitalen Zähne 16 und 13 und die Endorevision des

Zahns 45 durchgeführt. Die insuffizienten Kronen und Brückenkonstruktionen wurden abgenommen, kariöse Läsionen entfernt, Provisorien aus Struktur2 (Voco) zementiert und ein herausnehmbares Provisorium im Oberkiefer eingegliedert (Abb. 6, 7). In weiterer Folge wurden die Zähne 11, 21, 22 aufgrund einer Wurzellängsfraktur, Wurzelkaries bzw. -resorption entfernt und in der Klammerprothese ergänzt (Abb.

8, 9). Nach einer Abheilungsphase wurden über eine Bohrschablone (Abb. 10) Implantate (ITI Straumann) in Regio 15 (BoneLevel RC), 14 (Bone Level NC), 12, 11, 22 (Bone Level RC), 25 (Regular Neck) (Abb. 11) gesetzt. Regio 46 wurde mit einem Wide-Neck-Implantat versorgt (Abb. 12). Während der Einheilphase konnten die Wurzelbehandlungen der Zähne 16, 13 und 45 beendet und mit Quarzfaserstif-

ten inklusive Stumpfaufbauten mittels Core Post (Dentsply) vorbereitet werden (Abb. 13, 14, 15). Nach Freigabe des Patienten für die prothetische Versorgung wurden zunächst die Zähne 13, 44 und 45 mit e-max Kronen, Zahn 16 mit einer Zirkonkrone und die Implantate 14, 15 (verblockt) und 46 mit Zirkonkronen auf Titanabutments definitiv (Variolink bzw Multilink; Ivoclar, Vivadent) versorgt. In einem zweiten

Schritt erfolgte die Präparation der Zähne 24 und 26, dabei zeigte sich bei Zahn 24 eine Längsfraktur der Wurzel und daher wurde dieser Zahn entfernt, in der adaptierten Klammerprothese ergänzt und in dieser Region nach Abheilung der Extraktionswunde ein Implantat (Regular Neck) inseriert (Abb. 16, 17). Die Abformung der Implantate 12, 11, 22, 24, 25 und 46 (Affinis/President regular body, Colthene) erfolgte nach endgültiger Freigabe des behandelnden Kieferchirurgen. Es wurde ein Zirkongerüst hergestellt, nach Überprüfung der Passform (Abb. 18, 19) verblendet und mittels Multilink zementiert, die Schraubenkanäle der Titanabutments wurden zuvor mit Fermit (Ivoclar Vivadent) abgedeckt. Auf Zahn 26 wurde eine e-max-Krone mit Variolink (Ivoclar Vivadent) adhäsiv befestigt (Abb. 20, 21). Die Unterkieferfrontzähne 43–32 wurden mit Composit Tetric EvoCeram (Ivoclar Vivadent) und einem Glasfaserband geschient (SplintGrid, Ellum). Abbildung 22 zeigt das Panoramarröntgen nach drei Jahren.

ÄrzteService – Ihre sichere Seite

Gut beraten mit ÄrzteService

Seit 2007 bieten wir als Spezialmakler Gesamtlösungen für den Versicherungsbedarf von Ärzten/Ärztinnen an. Wir agieren unabhängig und vertreten strikt die Interessen der MedizinerInnen. Eine intensive Zusammenarbeit besteht u.a. mit dem Verein für ZahnärzteService, dem Verein für ÄrzteService und ÄrztelInformation sowie der ECCON Ärzteversicherungsmakler GmbH. Den Erfolg unseres Unternehmens – wir sind stolz darauf, seit Jahren Marktführer innerhalb der österreichischen Ärzteschaft zu sein – führen wir u.a. darauf zurück, dass wir unsere Versicherungsprodukte laufend für Sie weiterentwickeln:

Gruppen-Unfallversicherung:

Die neue ÄrzteService Gruppen-Unfallversicherung bietet nicht nur für den Zahnarzt/die Zahnärztin, sondern für die gesamte Familie optimalen Versicherungsschutz. Verletzungen der Arbeitshand, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane und des Gleichgewichtssinnes oder des Bewegungsapparates können im Extremfall zu Berufsunfähigkeit führen. Die Vorsorge für die finanziellen Folgen eines Unfalles ist daher für Ihre Berufsgruppe besonders wichtig. Exklusive Leistungsmerkmale der neuen ÄrzteService Gruppen-Unfallversicherung: eine erhöhte Gliedertaxe/progressive Leistung bei Invaliditätsgraden über 25%/Entschädigung bis 300%/Leistung auch bei Berufsunfähigkeit.

Rechtsschutzversicherung mit DoInkasso:

Mit DoInkasso haben wir auf Nachfragen von Ärzten/Ärztinnen reagiert und unser umfangreiches Rechtsschutzprodukt entsprechend komplementiert. Gerhard Ulmer, Geschäftsführer von ÄrzteService, empfiehlt das Produkt, um weitreichend geschützt zu sein: „Wir bieten über den Verein ÄrzteService eine Rechtsschutzversicherung, die nicht nur den beruflichen, sondern auch den privaten Bereich abdeckt – günstig und umfassend.“ Dabei ist auch die professionelle Betreuung von offenen Forderungen ein entscheidender Service.

ÄRZTE Haftpflichtversicherung:

Mit unseren beiden Haftpflichtprodukten bieten wir freiberuflichen und angestellten

Ärzten/Ärztinnen, sowie Ärzten/Ärztinnen in Ausbildung den gleichen Versicherungsschutz an. Damit sind die Nachhaftung ohne zeitliche Begrenzung, die Vordeckung für die gesamte Berufslaufbahn und die Deckung für reine Vermögensschäden in voller Höhe der Versicherungssumme inkludiert. Auch notärztliche Tätigkeiten, die in keinem Zusammenhang mit der Tätigkeit als angestellte(r) Krankenhausarzt/Krankenhausärztin stehen, sind nun versichert. „In der Praxis ist zu beobachten, dass immer häufiger sowohl gegen den Betreiber als auch gegen den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin Klage geführt wird,“ berichtet Gerhard Ulmer und rät daher auch angestellten Ärzten/Ärztinnen und Ärzten/Ärztinnen in Ausbildung zu einer eigenen Haftpflichtversicherung. Unsere Produkte sind von der mit 21. Dezember 2012 in Kraft tretenden Unisex-Regelung nicht betroffen.

Informationen erhalten Sie von:

ÄrzteService, Ferstelgasse 6, 1090 Wien, Tel.: 01/402 68 34, Fax.: 01/402 68 34-25 office@aerzteservice.com

- www.facebook.com/aerzteservice
- www.twitter.com/aerzteservice
- www.aerzteservice.com



Gerhard Ulmer, Geschäftsführer von ÄrzteService



Herzlichen Dank Herrn
DDr. Laimer Klaus (MKG)!
Herzlichen Dank Herrn
ZT Florian Erlacher!

Dr. Irene Kisielesky
Department Zahn-, Mund-, und
Kieferheilkunde und Mund-,
Kiefer-, und Gesichtschirurgie,
Universitätsklinik für Zahnersatz
und Zahnerhaltung
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0) 512 504 27221
Fax: +43 (0) 512 50427224
E-Mail: irene.kisielesky@i-med.ac.at

Werkbundsiedlung Wien 1932

„Die wichtigste Bauausstellung Europas“

Das Wien Museum zeigt die erste Ausstellung zur Wiener Werkbundsiedlung, die im Sommer 1932 – vor genau 80 Jahren – in Lainz eröffnet wurde und acht Wochen lang besichtigt werden konnte.

► Initiator und Namensgeber der Werkbundsiedlung war der 1912 nach deutschem Vorbild gegründete Österreichische Werkbund. Sein Ziel war es, zeitgemäße Gestaltung in der Warenproduktion durchzusetzen, was durch das Zusammenspiel von Architektur, Kunsthandwerk und Industrie erreicht werden sollte.

Die Projektleitung übernahm Josef Frank, maßgeblicher Vertreter der gemäßigten Wiener Architektur der Zwischenkriegszeit. Die Wiener Werkbundsiedlung war eine internationale Leistungsschau, an der auch Architekten aus Frankreich (André Lurçat), Deutschland (Hugo Häring), den Niederlanden (Gerit Rietveld) und den USA (Richard Neutra) beteiligt waren. Die überwiegende Mehrzahl stammte jedoch aus Österreich, die Werkbundsiedlung präsentierte modernes Wohnen aus Wiener Perspektive. Bemerkenswert ist, dass drei Generationen von heimischen Architekten zur Mitarbeit eingeladen

wurden. Neben „Altmeistern“ wie Adolf Loos und Josef Hoffmann konnten sich Josef Frank, Oskar Wlach, Ernst Lichtblau oder Oskar Strnad präsentieren, aber auch jüngere Architekten wie Anton Brenner, Ernst Plischke, Oswald Haerdtl und Walter Loos erhielten ihre Chance. Nur eine einzige Frau war vertreten: Margarete Schütte-Lihotzky.

Die Musterschau präsentierte 70 vollständig eingerichtete Häuser, jedes hatte einen rund 200 m² großen Garten. 30 verschiedene Siedlungstypen boten auf kleiner Grundfläche maximalen Wohnkomfort, die Wohnfläche variierte zwischen 57 und 126 m². Alle Häuser waren



Schlafzimmer in Haus 45 von Jacques Groag, 1932

bunt gestrichen, hatten ein Flachdach, besaßen Terrassen und teils Balkone. Die Wohnräume orientierten sich zum Garten hin, gelegentlich gab es Kammern für das Dienstpersonal. Keine Ausstellung hatte zuvor so viele eingerichtete Musterhäuser gezeigt.

Die Werkbundsiedlung bot nicht nur den Architekten, sondern auch den österreichischen Einrichtungsfirmen eine Bühne: Für die Ausstellungsdauer wurden Musterensembles zusammengestellt, die die heimische Handwerkstradition mit modernen Bedürfnissen verbanden und beim Publikum auf besonders großes Interesse stießen. Rund 50 Gestalterinnen und Gestalter erarbeiteten vielfältige Vorschläge. Sie wählten aus den Musterkatalogen von Tischlereien, Lampenherstellern und Textilproduzenten oder ließen von diesen eigene Entwürfe ausführen.

Beispielhaft für die Verbindung zwischen Tradition und Moderne war der Beitrag des weltweit agierenden Möbelherstellers Thonet-Mundus: Moderne, farbig lackierte Bugholzmöbel wurden ebenso eingesetzt wie die neuen Stahlrohrmöbel. Die „Leichtigkeit“ dieser Möbel entsprach der Forderung, im Wohnbereich größtmögliche Flexibilität zu bewahren.

Die öffentliche Reaktion auf die Werkbundsiedlung war gespalten: Während sie international meist pol-



Die Werkbundsiedlung am Eröffnungstag, 4. Juni 1932

itiv aufgenommen wurde („Modernste Gartenstadt der Welt“), spottete man in lokalen Zeitungen über die „Musterkolonie von Zwergenhäusern“ bzw. die „Würfelsiedlung“.

Anspruch und Realität

Die Wohnungsfrage war nicht nur eine ästhetische, sondern eine hochpolitische. So versprach sich etwa Otto Neurath, ein führender Volksbildner der Sozialdemokratie, ein Wohnen mit „Glücksmaximum“. Die Häuser in der Werkbundsiedlung waren auf die Mittelschicht zugeschnitten, sollten aber in Zu-

kunft auch für die Arbeiterschaft erreichbar sein. Doch die wirtschaftliche und politische Krise spitzte sich bereits zu; nach dem Ende der Ausstellung im August 1932 hatte man wegen der hohen Preise nur 14 Wohneinheiten verkauft. Der Rest wurde von der stadtnahen GESIBA vermietet. Hier lebten nun vor allem Beamte, Ingenieure, Künstler und Schriftsteller. Nach dem „Anschluss“ 1938 wurden jüdische BewohnerInnen, aber auch zahlreiche PlanerInnen von 1932 Opfer der Verfolgung durch die Nationalsozialisten. Die nicht verkauften Häuser gingen 1938 ins Eigentum der Gemeinde Wien über.

Foto: Albert Hilscher © Österreichische Nationalbibliothek, Bildarchiv und Grafiksammlung

BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER + BÜCHER

Ursachen, Diagnose, Therapie

Mundtrockenheit

Von Autoimmunerkrankungen über Infektionen oder Tumore bis hin zu Nebenwirkungen von Medikamenten – es gibt viele Ursachen für das Symptom Mundtrockenheit. Und Mundtrockenheit ist häufig. Und das Risiko steigt stark mit zunehmendem Alter und der Zahl an eingenommenen Medikamenten. Bis heute herrscht vielfach Unsicherheit, wie mit dem Krankheitsbild Xerostomie oder Hyposalivation umzugehen ist. Ausgehend von der Zusammensetzung und den Funktionen des Speichels, erläutert der Autor die vielfältigen Ursachen, die zu Mundtrockenheit führen können, und teilt sie in krankheitsbedingte Symptome sowie in Nebenwirkungen von Therapien ein. Er gibt praktische Tipps zur Diagnostik und präsentiert die verschiedenen therapeutischen Strategien wie kausale Therapien, Speichel-Stimulation und unterstützende Therapien.

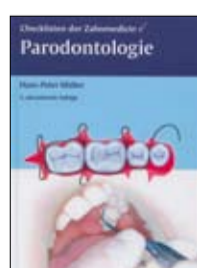


S. Hahnel, Spitta-Verlag, Balingen 2012, 176 Seiten, 31 Abbildungen, Euro 40,90, ISBN 978-3-943996-005

Checklisten

Parodontologie

Die wichtigsten Aspekte der parodontologischen Behandlung auf den Punkt gebracht: Basisgrundlagen, Anatomie und Physiologie, parodontale Mikrobiologie, spezielle Grundlagen, Pathogenese, Klassifizierung, Epidemiologie, Diagnostik, Prävention, allgemeinmedizinische Implikationen, Therapie, Notfallbehandlung, Phase I – kausale Therapie, Phase II – korrektive Maßnahmen, Phase III – unterstützende Nachsorgetherapie, Medikamente und Nahrungsmittelergänzung. Dieses Buch richtet sich an parodontologisch tätige Zahnärzte, oralchirurgisch tätige Zahnärzte und Studenten der Zahnmedizin zur Kursbegleitung und Prüfungsvorbereitung. Das Konzept der Checklisten der Zahnmedizin ist vollständig modernisiert, die Kapitel sind gründlich aktualisiert und evidenzbasierte Erkenntnisse berücksichtigt.

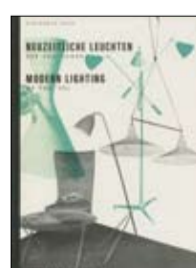


H.-P. Müller, Thieme Verlag, Stuttgart 2012, 291 Seiten, 311 Abbildungen, Euro 12,95, ISBN 978-3-13-126363-6

50er-Jahre

Neuzeitliche Leuchten

1953 veröffentlichte Alexander Koch sein Buch „Neuzeitliche Leuchten“. Auf über 250 Abbildungen werden gestalterische Positionen wichtiger Hersteller aus Amerika, Skandinavien, Deutschland und Italien präsentiert: Leuchten bedeutender Künstler, Designer und Architekten ebenso wie zahlreiche Entwürfe, die es noch zu entdecken gilt. Das nun vorliegende Buch ist eine Re-Edition des im Original fast unfindbaren Buches und ergänzt um eine kunsthistorische Einordnung von Bernd Dicks. Heute erweist sich Kochs damalige Auswahl (1953) von Leuchten internationaler Gestalter und Hersteller als geradezu visionär. Das Buch ist in deutscher und englischer Sprache, die Bildtexte auch in französischer Sprache abgefasst.

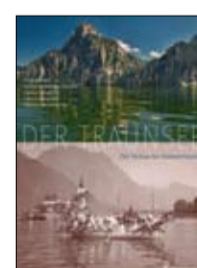


A. Koch, Arnoldsche Art Publisher, Stuttgart 2012, 128 Seiten, 266 Abbildungen, Euro 39,80, ISBN 978-3-89790-367-8

Der Traunsee

Mythos der Sommerfrische

Im Gegensatz zum Attersee, der erst nach dem Aufschwung des Bürgertums erschlossen wurde, war die Entwicklung einer Sommergesellschaft am Traunsee seit dem frühen 19. Jahrhundert überwiegend von der österreichischen und internationalen Aristokratie dominiert. Diese folgte einem Trend, den das Kaiserhaus vorgab. Die malerische Landschaft des Traunsees bot die perfekte Kulisse für die Sommerfrische. Welche Form von Sommerfrische pflegten Aristokratie, Kaufmannsfamilien und Künstler in Gmunden, Altmünster, Traunkirchen und Ebensee, deren Gesellschaften darauf bedacht waren, sich voneinander abzugrenzen? Wie kam die Architektur der Ringstraße an den Traunsee? Welche Freizeitkultur verband die Sommerfrische-Gesellschaft?

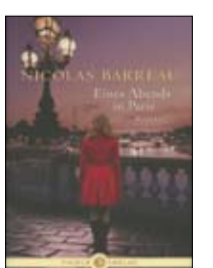


E. Bernard, B. Rosenegger-Bernard, M. Spiegelfeld, P. Spiegelfeld, E. Zimmermann, Verlag Christian Brandstätter, Wien 2012, 208 Seiten, ca. 300 Abbildungen, Euro 49,90, ISBN 978-3-85033-485-3

Roman

Eines Abends in Paris

Alain Bonnard, der Besitzer eines kleinen Programmkinos in Paris, ist Nostalgieker aus Überzeugung: Er möchte Filme zeigen, die Träume schenken, und er mag die Menschen, die in sein Kino kommen. Ganz besonders diese bezaubernde schüchterne Frau im roten Mantel, die jeden Mittwoch erscheint und sich immer in die Reihe 17 setzt. Was für eine Geschichte sie wohl hat? Eines Abends fasst sich Alain ein Herz und lädt die schöne Unbekannte zum Abendessen ein, eine zarte Liebesgeschichte bahnt sich an, doch dann allerdings überschlagen sich die Ereignisse. Das Kino wird zum Drehort eines Filmes und Alain ist völlig überwältigt, auf einmal steht er im Mittelpunkt des Interesses. Die Frau im roten Mantel ist plötzlich verschwunden, und er weiß nur ihren Vornamen. Alain begibt sich auf die Suche.



N. Barreau, Thiele Verlag, München und Wien 2012, 362 Seiten, Euro 18.–, ISBN 978-3-7020-1360-8

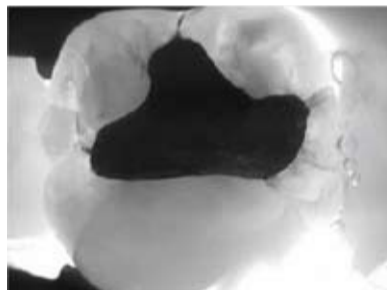
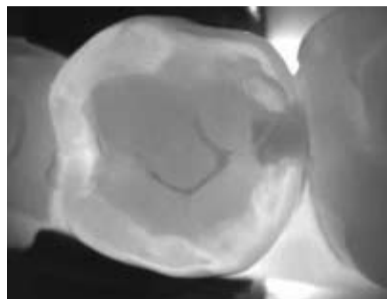
KaVo DIAGNOcam

So haben Sie Karies noch nie gesehen

Mit Einführung des Kariesdiagnosegerätes DIAGNOdent vor 15 Jahren und zwischenzeitlich mehr als 60.000 verkauften Geräten hat KaVo einen neuen Standard in der Karieserkennung gesetzt.

► An diesen großen Erfolg knüpft das Dentalunternehmen nun mit der neuen DIAGNOcam an und setzt damit erneut Maßstäbe in der Kariesdiagnostik. Die neue KaVo DIAGNOcam ist das erste Kamerasystem, das die Strukturen des Zahnes nutzt, um die Kariesdiagnose abzusichern.

Dazu wird der Zahn mit einem Licht durchschienen (transilluminert) und wie ein Lichtleiter benutzt. Eine digitale Videokamera erfasst das Bild und macht es live auf einem Com-



puterbildschirm sichtbar. Kariöse Läsionen werden dann als dunkle Schattierungen dargestellt. Die mit der KaVo DIAGNOcam erfassten

Bilder können abgespeichert werden und vereinfachen dadurch deutlich das Monitoring bzw. die Patientenkommunikation.



DIAGNOcam mit Halterung

Die DIAGNOcam bietet mit seiner DIFOTI-Technologie (Digital Imaging Fiberoptic Transillumination) eine hohe diagnostische Sicherheit, die der Röntgendiagnose in vielen Fällen vergleichbar bzw. überlegen ist, insbesondere bei Approximal- und Okklusalkaries. Darüber hinaus können bestimmte Arten der Sekundärkaries und Cracks dargestellt werden. Das röntgenstrahlungsfreie Gerät ermöglicht somit eine frühe und sehr schonende Karieserkennung. Gegenüber anderen Verfahren wird die klinische Aussagekraft bei Plaqueablagerungen nicht verfälscht. Durch die unkomplizierte Bedienung lässt sich das Gerät einfach in den Praxisablauf integrieren und erzielt einen deutlichen Mehrwert in der Patientemotivation und Aufklärung. Erleben Sie mit der KaVo DIAGNOcam die nächste Generation der Karieserkennung.

News

In Kürze

► Prof. DDr. Andreas Moriz ist neuer Chef der Bernhard-Gottlieb-Universitätszahnklinik. Er hat von seinem Vorgänger Prof. DDr. Georg Watzek eine der modernsten Universitätszahnkliniken weltweit übernommen.

► Präsident OMR DDr. Hannes Westermayer wurde Ende Juni einstimmig zum neuen Präsidenten der „Freien Berufe Österreichs“, dem Dachverband der Kammern der freien Berufe, gewählt. Der Dachverband repräsentiert insgesamt etwa 73.000 Ärzte und Zahnärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Wirtschaftstreuhänder, Rechtsanwälte, Patentanwälte und Tierärzte.

CARES CAD/CAM 7.0

Exaktes Design und komfortable Fertigung



Das neue CARES CAD/CAM-System von Straumann bietet ein breites Material- und Indikationsspektrum. Dabei besteht die Wahl zwischen dem internen Arbeitsablauf mit dem Straumann-Fräszentrum und dem externen Arbeitsablauf, bei dem das Dentallabor das Fräszentrum frei wählen kann.

► Für ein flexibleres computergestütztes Gestalten und Fräsen von Kronen und Brücken hat Straumann sein neues CARES CAD/CAM-System weiter optimiert.

So unterstützt die Software zwei unterschiedliche Produktionsphilosophien. Laut Straumann bietet das CARES-System 7.0 durch seinen validierten Workflow (interner Arbeits-

ablauf) Prothetikelemente von gleichbleibend hoher Qualität und Präzision. Gleichzeitig ermöglicht es seinen Nutzern, flexibel auf external Workflows (externen Arbeitsablauf) zuzugreifen.

Beim validierten Arbeitsablauf mit direkter Anbindung zum Straumann-Fräszentrum sind die Parameter bereits voreingestellt. Somit erhalten die Anwender geprüfte, zuverlässige und vorhersagbare Produktergebnisse mit exaktem Design und sehr guter Passform.

Hochkarätige Fortbildung

Competence in Esthetics

► Ivoclar Vivadent lädt vom 9. bis 10. November 2012 zum Fortbildungskongress „Competence in Esthetics“ in die Konzerthalle Vatroslav Lisinski nach Zagreb ein. Moderne Behandlungsmethoden und Therapiekonzepte sowie die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker stehen auf der Agenda.

Das Programm bestreiten international renommierte Referenten aus 14 Ländern. Die thematischen Schwerpunkte der Referate bilden Vollkeramik, Implantologie und direkte Füllungstherapie. Neben den praxisorientierten und wissenschaftlich fundierten Referaten werden ein Workshop zu Press-on-Implant und zwei Workshops für Dentalassistentinnen zu

Prophylaxe angeboten. Der Kongress wird von einer Fachausstellung begleitet, die sich in Form von Posterpräsentationen dem Thema „Neue Technologien in der ästhetischen Zahnheilkunde“ widmet. Die Leitung des Kongresses verantworten Gernot Schuller, Verkaufsleiter Österreich und Osteuropa bei Ivoclar Vivadent und Dr. Hrvoje Pezo, Präsident der Kroatischen Zahnärztekammer. Als Sponsoren treten Straumann und die Kroatische Zahnärztekammer auf. Am ersten Abend gibt es ein Showprogramm und eine Party. Der Kongress endet mit einer kleinen Preisverleihung für die beste Posterpräsentation der Fachausstellung. Info unter www.ivoclarvivadent.com/cic2012.

Zehn Jahre Garantie

Darüber hinaus werde er für sein Vertrauen belohnt: Auf Prothetikelemente, die im validierten Arbeitsablauf konstruiert und gefertigt wurden, bekommt man bis zu zehn Jahre Garantie. Straumann CARES CAD/CAM kombiniert ein breites Anwendungs- und Materialspektrum. So lassen sich Patienten beispielsweise mit Inlays, vollanatomischen Kronen und individueller Implantatprothetik versorgen.

Auch 16-gliedrige Brückengerüste sind möglich. Je nach Indikation können vollkeramische Materialien wie Zirkoniumdioxid, Leuchit-Glaskeramik und Feldspat-, Lithiumdisilikat- oder auch Resin-Nano-Keramik verarbeitet werden. Ebenso stehen metallische Werkstoffe wie Kobalt-Chrom-Legierungen oder Titan sowie verschiedenen Kunststoffe zur Verfügung.

