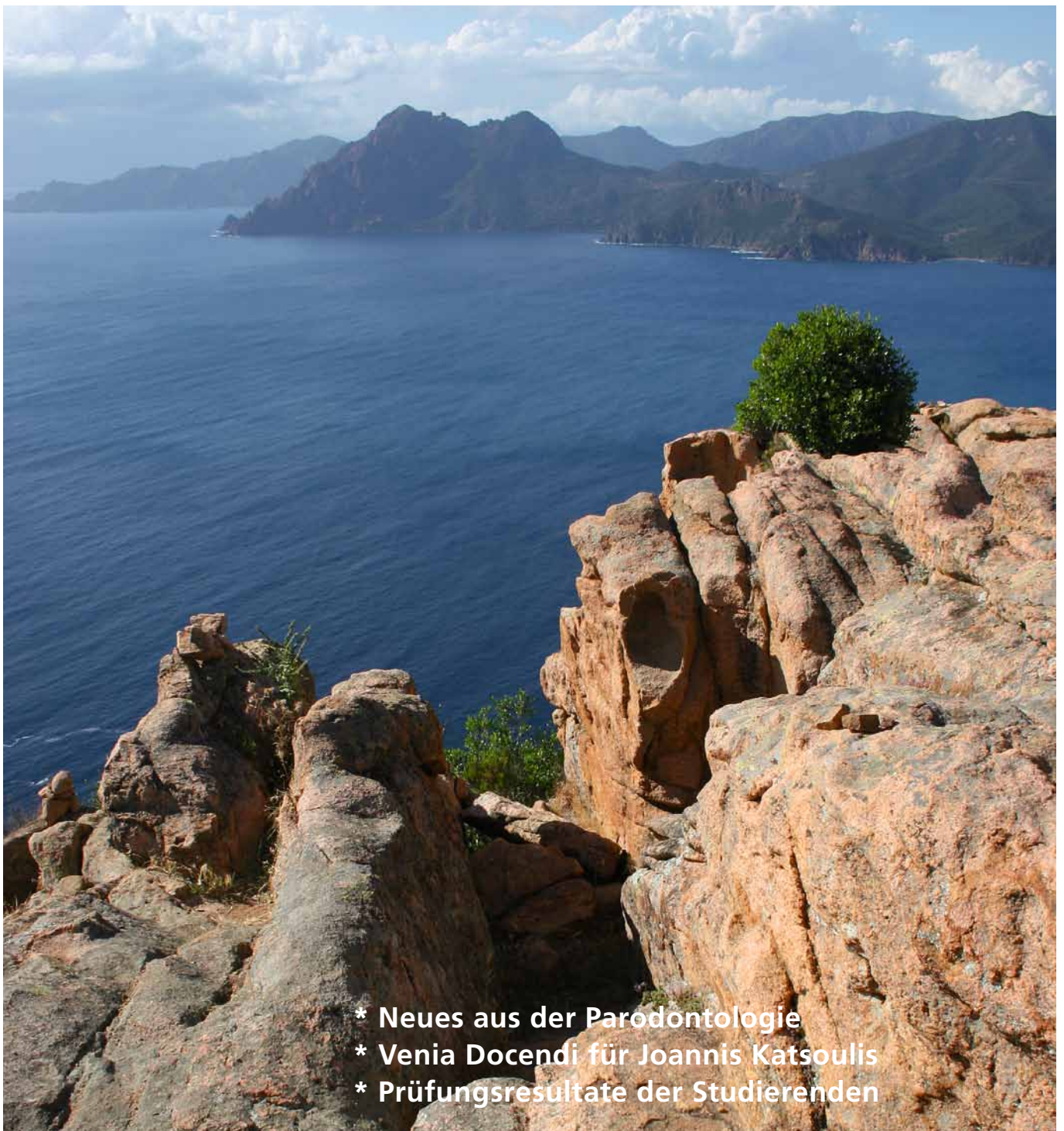


zmk news

August 2013
Nr. 140



- * Neues aus der Parodontologie
- * Venia Docendi für Joannis Katsoulis
- * Prüfungsergebnisse der Studierenden



zmk aktuell

Digitalisierte Zahnmedizin: Utopie oder klinische Realität?

**Donnerstag, 12. September 2013
im Hotel Bellevue Palace Bern**

Der diesjährige Anlass ist einer hoch aktuellen Thematik gewidmet: Der Fortbildungskurs wird den Fortschritt der Digitalisierung in den verschiedenen Subdisziplinen der Zahnmedizin präsentieren!

Im Anschluss an den Fortbildungskurs **zmk aktuell** findet die Masterfeier statt.

Anmeldung/Organisation:
caroline.chetelat@zmk.unibe.ch

zmk bern
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern



VORANKÜNDIGUNG

Fortbildungskurs Kieferorthopädie

Freitag, 18. Oktober 2013

9.00–17.00 Uhr

im André Schroeder Auditorium, zmk bern

A new method of treatment in the mixed dentition: why, how and when to correct malocclusions without touching permanent teeth

Dr. Marco Rosa, Universität Varese, Italien

Inhalt

Aktuell	2
Interna	3
Neues aus der Parodontologie	4–7
Gratulationen	8–10
Personelles	11–13
Studierende	14
Bibliothek	15–16
Altgold für Augenlicht	16



Weitblick an der Westküste von Korsika.

Foto: Ines Badertscher

Impressum

Redaktion:

- Marlis Walther (mw), marlis.walther@zmk.unibe.ch
- Vanda Kummer (ku), vanda.kummer@zmk.unibe.ch
- Sandra Merki, sandra.merki@zmk.unibe.ch
- Benedicta Gruber, benedicta.gruber@zmk.unibe.ch

Layout: Ines Badertscher, ines.badertscher@zmk.unibe.ch

Druck: Geiger AG, Bern

Auflage: 1200 Exemplare

erscheint 7x jährlich

Redaktionsschluss

Beiträge für die zmk news sind bis zum 2. September 2013 im Direktionssekretariat abzugeben.

Die nächste Ausgabe erscheint Ende September 2013.

<http://www.zmk.unibe.ch>

Informationen aus der Direktion

Prof. Lussi bleibt geschäftsführender Direktor

Der Direktionsausschuss hat **Prof. Dr. Adrian Lussi** für weitere zwei Jahre in seinem Amt als geschäftsführenden Direktor bestätigt. Stellvertreter ist Prof. Anton Sculean. *mw*

Neue Simulationseinheiten

Mitte Juni war es soweit: Die alten Simulationseinheiten hatten ausgedient und wurden demontiert. Praktisch in letzter Minute konnten sie vor der Entsorgung gerettet werden. Inzwischen haben bereits die neuen Modelle ihren Platz eingenommen.

40 neue Simulationseinheiten stehen unseren Studierenden ab Herbstsemester 2013 zur Verfügung. Noch vor Ende August werden die Geräte erstmals zum Einsatz kommen. Vorgängig bietet Planmeca eine Einführung in Gruppen an.

Durch Beziehungen von Prof. Katsaros konnte in letzter Minute ein Abnehmer für die alten Simulatoren gefunden werden: Die Zahnmedizinische Fakultät der Universität Thessaloniki in Griechenland bekundete Interesse. Thessaloniki besass bisher keine Simulatoren und war deshalb glücklich über das Geschenk aus Bern, auch wenn es sich dabei nicht um die neusten Modelle handelt. Ein Teil der alten Geräte wird ihnen als Ersatzteillager dienen, wodurch die übrigen Geräte noch für ein paar Jahre funktionstüchtig gehalten werden können. Ein Techniker aus Thessaloniki kam nach Bern, um bei der Demontage mitzuwirken. Damit sollte gewährleistet werden, dass die Geräte in Griechenland auch wieder zusammengesetzt werden können.

Um die Demontage und den Transport so kurzfristig sicherzustellen, war von mehreren Seiten ein besonderes Engagement erforderlich. Wir freuen uns, die alten Einheiten vor dem Müll gerettet zu haben! *mw*



Fotos von oben nach unten:

1. Die alten Geräte haben für die **zmk bern** ausgedient.
2. Startbereit für den Abtransport nach Thessaloniki.
3. Die neuen Simulationseinheiten.

Fotos: Ines Badertscher

Die modifizierte Tunneltechnik für die Behandlung von singulären und multiplen Rezessionen

Prof. Dr. Anton Sculean, Klinikdirektor
Klinik für Parodontologie, anton.sculean@zmk.unibe.ch

Schlüsselwörter: Gingivarezession, Rezessionsdeckung, subepitheliales Bindegewebsstransplantat, Tunneltechnik

Einleitung

Die gingivale Rezession wird definiert durch die Exposition der Wurzeloberfläche aufgrund des Rückgangs der Margo Gingivae apikal der Schmelz-Zement-Grenze (SZG) [4, 38]. Einzelne oder multiple Rezessionen werden an einem beträchtlichen Anteil der Bevölkerung, sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Personen, bei Patienten mit oder ohne adäquater Mundhygiene diagnostiziert. Rezessionen konnten bei mehr als 90% der über 50-jährigen und in 60% der unter 20-jährigen Patienten einer parodontal gut betreuten norwegischen Population festgestellt werden [24]. In einer schweizerischen Rekrutenpopulation wiesen 17% der ersten Molaren und 8.7% der Eckzähne Rezessionen von mindestens 1 mm auf [34].

Die freiliegenden Wurzeloberflächen werden oft mit einer beeinträchtigten Plaquekontrolle, einer erhöhten Überempfindlichkeit sowie mit ästhetischen Problemen assoziiert [14, 37]. Die vorhersagbare Therapie singulärer Rezessionen im Unterkiefer (Abb. 1) und generalisierter multipler Rezessionen (Abb. 2 und 3) stellt immer noch eine Herausforderung für den Kliniker dar. Ziel dieses Beitrags ist die Darstellung der modifizierten Tunneltechnik und den damit erreichten Ergebnissen bei der Behandlung von singulären und multiplen Rezessionen.

Ätiologie

Faktoren, die zur Entstehung gingivaler Rezessionen führen, können in prädisponierende und auslösende Faktoren unterteilt werden.

Prädisponierende pathogenetische Faktoren

Knöcherne Dehiszenzen sind Stellen, an denen die Zahnwurzel nicht vom Knochen bedeckt ist und die meistens von einer dünnen und fragilen Gingiva bedeckt sind. Folglich sind diese Regionen anfällig für plaqueinduzierte Entzündungen und Traumata und stellen ein prädisponierender Faktor für die Entstehung gingivaler Rezessionen dar. *Marginal einstrahlende Lippen- und Wangenbändchen* können die Durchführung einer korrekten Bürstenbewegung (z. B. Bass-Technik) und somit eine effektive und atraumatische Plaquekontrolle verhindern. Dadurch kann die Akkumulation von Plaque und anschliessend die Entstehung von Gingivitis und Wurzelkaries begünstigt werden. Die Anwendung einer falschen (z. B. horizontalen)

Zahnputztechnik kann ebenfalls zu einer Traumatisierung der Gingiva führen [18, 23, 25]. Beide Faktoren können zur Rezessionsbildung führen. Genetisch werden verschiedene *Phänotypen der Gingiva* unterschieden: Dünne, fragile Gingiva wird meistens mit schlanken Zahnformen assoziiert, während dicke, breite Gingiva an quadratischen Zahnkronen festgestellt werden kann. Es konnte gezeigt werden, dass subgingivale Infektionen beim dünnen Gingivaphänotyp zur Rezessionsbildung führen, während ein dicker Gingivaphänotyp mit Taschenbildung reagiert [29, 35].

Auslösende pathogenetische Faktoren

Mechanische Faktoren, wie die Anwendung einer *traumatisierenden Putztechnik* [18, 23] in horizontaler Richtung mit extremen Anpressdruck und einer Zahnbürste mit harten Borsten [20], stellen ein Hauptauslöser fazialer Rezessionen dar. Zähne, wie z. B. Eckzähne, die sich in der Zahnreihe an exponierten Stellen befinden, sind wegen der ungleichmässigen Verteilung des Zahnbürsten Anpressdruckes am häufigsten davon betroffen. Die *Plaqueakkumulation* ist ein weiterer auslösender Faktor. Diese verursacht subgingivale Infektionen, die beim Vorliegen einer dünnen Gingiva schnell zum Gingivarückgang und somit zur Entstehung einer Rezession führen. In diesem Zusammenhang stellen *subgingivale Restaurationsränder* Plaqueretentionsstellen dar und dadurch ein weiterer Auslöser für gingivale Rezessionen [36]. Kieferorthopädische Zahnbewegungen können, insbesondere an Unterkieferschneidezähnen, zur Bildung fazialer Rezessionen führen (Abb. 1). Wenn Zähne aus dem Alveolarfortsatz bewegt werden, entstehen Knochendehiszenzen, die gingivale Rezessionen bilden können [17]. Ein weiterer auslösender Faktor kann das Tragen oraler Schmuckstücke, wie z. B. Lippen- und Zungenpiercings, sein [22].

Wie sich zeigte, kann mit einer optimalen und regelmässigen Plaquekontrolle sichergestellt werden, dass die parodontale Gesundheit unabhängig von der Ausprägung gingivaler Rezessionen erhalten werden kann [19]. Allerdings konnte die Notwendigkeit einer Mindestbreite der befestigten Gingiva zur Erhaltung der parodontalen Gesundheit bisher nicht wissenschaftlich belegt werden.

Klassifikation

1985 entwickelte Miller eine Klassifikation gingivaler Rezessionen. Die Prognose zu den verschiedenen Rezessionsdeckungs-techniken beruht auf dieser Einteilung: Miller Klasse I, II, III und IV (Tabelle 1)[26]. Eine vollständige Wurzeldeckung kann bei Miller Klassen I und II erreicht werden [11, 13]. Miller Klassen III und IV stellen eine grössere Herausforderung für

den Kliniker dar und können nur teilweise und mit nicht vorhersagbarem Resultat gedeckt werden. Für die Prognose des Therapieergebnisses stellt die Höhe des Knochen- und Gingivagewebes im Approximalraum ein kritischer Faktor dar.

Indikationen für eine Rezessionsdeckung




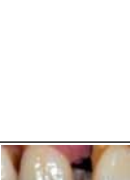
Die Hauptindikationen für die Deckung gingivaler Rezessionen sind die Verbesserung der Plaquekontrolle und damit verbunden das Vorbeugen von Gingivitis und Wurzelkaries, die Verbesserung der Ästhetik sowie die Therapie von überempfindlichen Zahnhälsen.

Die modifizierte Tunneltechnik

Vor jeglicher Rezessionsdeckungstherapie ist es unerlässlich, die ätiologischen Faktoren zu diagnostizieren und möglichst zu verändern. Zusätzlich müssen die Patienten präoperativ ein hohes Niveau der individuellen Mundhygiene erreicht haben. Die Wurzeloberflächen der betroffenen Rezessionen werden gereinigt und geglättet, so dass eventuell vorhandene Plaque und/oder Endotoxine sowie Rauigkeiten entfernt werden. Zervikale Restaurationen und Wurzelkaries sollten, wenn immer möglich, präoperativ beseitigt werden.

Die erste Variante der Tunneltechnik wurde 1994 von Allen [1] beschrieben: Nach intrasulkulären Inzisionen im Rezessionsbereich wird im Rahmen eines Mukoperiostlappens die Gingiva vom Knochen gelöst. Dafür werden spezielle Tunnelierungsinstrumente oder Küretten angewendet. Bei einer entsprechenden Gewebedicke kann ein Mukosalappen gebildet werden: Das Periost wird auf dem Knochen belassen und der Lappen wird im Bindegewebe präpariert. Dabei entsteht ein Tunnel, der 3 bis 5 mm apikal und lateral der Rezession hinaus geführt wird. Papillen müssen unterminiert werden. Ein Bindegewebestransplantat wird im Tunnel eingebracht und mit Matratzennähten am Mukoperiostlappen fixiert.

An der Klinik für Parodontologie der **zmk bern** wird eine modifizierte Version der Tunneltechnik angewendet. Hierbei wird mit speziell entwickelten Instrumenten anstelle eines Spaltlappens ein Mukoperiostlappen präpariert. Der Mukoperiostlappen wird über die mukogingivale Grenze verschoben und eventuell einstrahlende Fasern werden gelöst, bis der ganze Lappen ohne Spannung über die Rezessionen und das eingebrachte Bindegewebestransplantat verschoben werden kann [7, 5]. Nach Applikation eines Schmelzmatrix-Derivates wird das Transplantat in den Tunnel gezogen und mit speziellen Umschlingungsnähten am Zahnhals fixiert. Anschliessend wird der Mukoperiostlappen über das Transplantat reponiert und mit Umschlingungsnähten fixiert; bei einer vorherigen Verblockung der Zähne können auch Aufhängenähte oder fortlaufende Nähte angewendet werden [2].

Miller Klasse	Definition	Beispiel
Klasse I	– Die Rezession reicht nicht bis an die Mukogingivalgrenze – Es liegt interdental kein Verlust von parodontalem Gewebe vor	
Klasse II	– Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus – Es liegt interdental kein Verlust von parodontalem Gewebe vor	
Klasse III	– Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus – Es liegt ein Verlust von Knochen oder Weichgewebe im Approximalraum vor – Das interdentale Weichgewebe liegt apikal der approximalen Schmelz-zementgrenze, jedoch koronal des bukkalen Gingivalrandes	
Klasse IV	– Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus – Es liegt ein starker Verlust von Knochen und Weichgewebe im Approximalraum vor – Das interdentale Weichgewebe liegt apikal des bukkalen Gingiva-randes	

Postoperativ werden die Patienten instruiert, 2 mal täglich für 4 Wochen mit 0,1 oder 0,2%iger Chlorhexidindigluconatlösung zu spülen und den operierten Bereich mechanisch nicht zu beanspruchen. Die Wunde darf nicht berührt und die Wangen nicht angespannt werden. Ein vorsichtiges Zähneputzen kann erst nach 2 bis 3 Wochen mit einer weichen chirurgischen Zahnbürste vorgenommen werden. Die Reinigung des Interdentalraumes kann erst nach 4 bis 5 Wochen wieder aufgenommen werden. Die Nahtentfernung am Gaumen erfolgt nach einer Woche; die Nähte im Bereich der Rezessionsdeckung werden nach 14 bis 21 Tagen entfernt. Das Ergebnis wird nach 6-12 Monaten evaluiert (Abb. 4 und 5).

Die mit dieser Technik erreichten Ergebnisse sind exzellent. Die auf unserer Klinik durchgeführten Behandlungen führten bei singulären und multiplen Miller Klasse I und II Rezessionen zu einer kompletten (100% d.h. bis zur Schmelz-Zement Grenze) Deckung in mehr als 88% der Fälle im Oberkiefer und in 70% bis 98% im Unterkiefer. Die Ergebnisse sind bei einer guten Plaquekontrolle und regelmässigen zahnärztlichen Kontrollen über mehrere Jahre stabil (Abb. 6).

Alle gezeigten Fälle wurden vom Autor des Beitrags, Prof. Sculean, behandelt.



Abb. 1: Das präoperative Bild zeigt eine fortgeschrittene Miller Klasse 2 Rezession in der UK-Front.



Abb. 2: Präoperative Situation von multiplen Miller Klasse 1 und 2 Rezessionen im OK.



Abb. 3: Präoperative Situation von multiplen Miller Klasse 1 Rezessionen im OK.



Abb. 4: Ergebnis nach 12 Monaten des in der Abb. 1 dargestellten Falles. Eine komplette Wurzeldeckung sowie eine optimale Farbe und Verdickung sind ersichtlich. Die Durchführung der Mundhygienemaßnahmen ist erleichtert.



Abb. 5: Ergebnis nach zwei Jahren des in der Abb. 2 gezeigten Falles. Eine stabile und komplette Wurzeldeckung sowie eine optimale Farbe sind erkennbar.



Abb. 6: Drei Jahre nach Therapie des in der Abb. 3 gezeigten Falles sind ein stabiles Ergebnis und eine komplette Deckung der Rezessionen erkennbar.

Prognose der modifizierten Tunneltechnik

In einem aktuellen systematischen Übersichtsartikel wurde die Prognose verschiedener chirurgischer Rezessionsdeckungs-techniken evaluiert [16]. Der modifizierte koronale Verschiebelappen mit oder ohne Bindegewebs-Transplantat und der modifizierte koronal verschobene Tunnel mit Bindegewebs-Transplantat waren die meist vorhersagbaren Methoden, die eine komplette Deckung multipler Miller Klasse I und II Rezessionen sicherten. Der koronal verschobene Lappen mit der gleichzeitigen Anwendung von Bindegewebs-Transplantaten zeigt stabilere Langzeit-Ergebnisse im Vergleich zur Technik allein [32].

Beeinflussende Faktoren

Verschiedene Eigenschaften des gebildeten Lappens nehmen Einfluss auf den Erfolg der Rezessionsdeckung. Die Dicke des Lappens wird positiv mit der mittleren und kompletten Rezessionsdeckung assoziiert [15, 8]. Ein weiterer Einflussfaktor stellt die Spannung des Lappens dar. Bei einer Steigerung der Spannung über 0.4g beeinflusst die Lappenspannung umgekehrt proportional die finale Rezessionsdeckung [30]. Ausserdem zeigte die neue Position des Gingivarandes bei der Anwendung des koronalen Verschiebelappens eine positive

Korrelation zur Rezessionsdeckung auf [31]. Folglich sollte bei der Positionierung des Lappens darauf geachtet werden, dass die Schmelzzementgrenze grosszügig bedeckt wird. Die Ausrichtung des Transplantates, d.h. ob die Seite mit dem Periost gegen den Lappen oder zum Zahn ausgerichtet ist, scheint keine Rolle zu spielen [21, 3].

Chambrone et al. zeigten in einer systematischen Übersichtsarbeit, dass das Rauchen das Resultat der Rezessionsdeckung beeinflusst [12]. Raucher zeigten eine geringere Reduktion der Rezession und komplette Wurzeldeckungen konnten weniger oft erreicht werden als bei Nichtraucherern.

Schlussfolgerungen

Die modifizierte Tunneltechnik scheint für den Patienten und das Gewebe vorteilhafter zu sein. Diese Technik sichert durch das minimalinvasive chirurgische Vorgehen (einzige Inzision ist auf den Sulkus beschränkt) eine gute Durchblutung des koronal verschobenen Lappens und des darunterliegenden Transplantates. Durch die Kombination der modifizierten Tunneltechnik mit einem Bindegewebs-Transplantat werden die bukkale Gingiva/Mukosa und die Langzeitstabilität der Ergebnisse erhöht [9]. Aufgrund der Vermeidung von Entlastungs-inzisionen ermöglicht die Technik eine narbenlose Heilung und ein optimales ästhetisches Ergebnis.

Referenzen

- Allen AL: Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* **14**(3), 216-227 (1994).
- Allen EP: Subpapillary continuous sling suturing method for soft tissue grafting with the tunneling technique. *Int J Periodontics Restorative Dent* **30**(5), 479-485 (2010).
- Al-Zahrani MS, Bissada NF, Ficara AJ, Cole B: Effect of connective tissue graft orientation on root coverage and gingival augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent* **24**(1), 65-69 (2004).
- Armitage GC: Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* **4**:1-6 (1999).
- Aroca S, Keglveich T, Nikolidakis D, Gera I, Nagy K, Azzi R, Etienne D: Treatment of class III multiple gingival recessions: a randomized-clinical trial. *J Clin Periodontol* **37**(1), 88-97 (2010).
- Aroca S, Molnar B, Windisch P, Gera I, Salvi GE, Nikolidakis D, Sculean A: Treatment of multiple adjacent Miller class I and II gingival recessions with a Modified Coronally Advanced Tunnel (MCAT) technique and a collagen matrix or palatal connective tissue graft: a randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* **18**, Epub ahead of print (2013).
- Azzi R and Etienne D: Recouvrement radiaire et reconstruction papillaire. *J Parodontologie & Implant* **0** **1**:14 (1998).
- Berlucchi I, Francetti L, Del Fabbro M, Basso M, Weinstein RL: The influence of anatomical features on the outcome of gingival recessions treated with coronally advanced flap and enamel matrix derivative: a 1-year prospective study. *J Periodontol* **76**(6), 899-907, (2005).
- Bittencourt S, Ribeiro Edel P, Sallum EA, Sallum AW, Nociti FH, Casati MZ: Semilunar coronally positioned flap or subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession: a 30-month follow-up study. *J Periodontol* **80**(7), 1076-1082 (2009).
- Buff LR, Bürklin T, Eickholz P, Mönting JS & Ratka-Krüger P: Does harvesting connective tissue grafts from the palate cause persistent sensory dysfunction? A pilot study. *Quintessence International* **6**, 479-489 (2009).
- Cairo F, Pagliaro U & Nieri M: Treatment of gingival recession with coronally advanced flap procedures: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology* **35**, 136-162 (2008).
- Chambrone L, Chambrone D, Pustigliani FE, Chambrone LA, Lima LA: The influence of tobacco smoking on the outcomes achieved by root-coverage procedures: a systematic review. *J Am Dent Assoc* **140**(3), 294-306 (2009).
- Chambrone L, Sukekava F, Araújo MG, Pustigliani FE, Chambrone LA & Lima LA: Root-coverage procedures for the treatment of localized gingival-type recessions. *Journal of Periodontology* **81**, 452-478 (2010).
- Daprile G, Gatto MR & Checchi L: The evolution of buccal gingival recessions in a student population: a 5-year follow-up. *Journal of Periodontology* **78**, 611-614 (2007).
- Hwang D, Wang HL: Flap thickness as a predictor of root coverage: a systematic review. *J Periodontol* **77**(10), 1625-1634 (2006).
- Hofmänner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, Sculean A: Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions – A systematic review. *Quintessence Int* **43**, 545-554 (2012).
- Joss-Vassalli I, Grebenstein C, Topouzelis N, Sculean A, Katsaros C: Orthodontic therapy and gingival recession: A systematic review. *Orthod Craniofac Res* **13**, 127-141 (2010).
- Kassab MM, Cohen RE: The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* **134**, 220-225 (2003).
- Kennedy JE, Bird WC, Palkanis KG, Dorfman HS: A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingiva. *J Clin Periodontol* **12**(8), 667-675 (1985).
- Khot A, Simon G, Person P, Denepitiya JL: Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J periodontol* **64**, 900-905 (1993).
- Lafzi A, Mostofi Zadeh Farahani R, Abolfazli N, Amid R, Safaiyan A: Effect of connective tissue graft orientation on the root coverage outcomes of coronally advanced flap. *Clin Oral Investig* **11**(4), 401-408 (2007).
- Leichter JW, Monteith BD: Prevalence and risk of traumatic gingival recession following elective lip piercing. *Dent Traumatol* **22**, 7-13 (2006).
- Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Cohen RE: Toothbrushing and gingival recession. *Int Dent J* **53**:67-72 (2003).
- Löe H, Anerud A, Boysen H: The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* **63**, 489-495 (1992).
- Lovegrove J, Leichter J: Exposed root surface: A review of aetiology, management, and evidencebased outcomes of treatment. *N Z Dent J* **100**, 72-81 (2004).
- Miller PD, Jr.: A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* **5**(2), 8-13 (1985).
- Modarelli M, Wang HL: Tunneling procedure for root coverage using acellular dermal matrix: a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent* **29**(4), 395-403 (2009).
- Molnar B, Aroca S, Keglveich T, Gera I, Windisch P & Sculean A: Treatment of Miller Class I-II multiple gingival recessions with the modified coronally advanced tunnel technique by means of a bioresorbable collagen matrix (Mucograft®): A prospective pilot case series. *Quintessence International* (in press) (2013).
- Müller HP, Heinecke A, Schaller N, Eger T: Masticatory mucosa in subjects with different periodontal phenotypes. *J Clin Periodontol* **27**, 621-626 (2000).
- Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Nieri M, Saletta D, Cairo F, Cortellini P: Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *J Periodontol* **71**(2), 188-201 (2000).
- Pini Prato GP, Baldi C, Nieri M, Franceschi D, Cortellini P, Clauser C, Rotundo R, Muzzi L: Coronally advanced flap: the post-surgical position of the gingival margin is an important factor for achieving complete root coverage. *J Periodontol* **76**(5), 713-722 (2005).
- Pini-Prato GP, Cairo F, Nieri M, Franceschi D, Rotundo R & Cortellini P: Coronally advanced flap versus connective tissue graft in the treatment of multiple gingival recessions: a split mouth study with a 5 years follow-up. *Journal of Clinical Periodontology* **37**, 644-650 (2010).
- Reiser G, M, Bruno JF, Mahan PE & Larkin LH: The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: anatomic considerations for surgeons. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* **2**, 130-137 (1996).
- Röthlisberger B, Kuonen P, Salvi GE, Gerber J, Pjetursson BE, Atström R, Joss A, Lang NP: Periodontal conditions in Swiss army recruits: A comparative study between the years 1985, 1996, and 2006. *J Clin Periodontol* **34**, 860-866 (2007).
- Serino G, Wennström JL, Lindhe J, Enderoth L: The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* **21**, 57-63 (1994).
- Stetler KJ, Bissada NB: Significance of the width of keratinized gingival on the periodontal status of teeth with submarginal restorations. *J Periodontol* **58**, 696-700 (1987).
- Susin C, Haas AN, Oppermann RV, Haugejorden O & Albandar JM: Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. *J Periodontol* **75**, 1377-1386 (2004).
- Wennström JL: Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* **1**, 671-701 (1996).

Venia Docendi für Joannis Katsoulis



Die Klinik für Zahnärztliche Prothetik freut sich über ihren neuen Privatdozenten. Im Juli 2013 hat die Medizinische Fakultät der Universität Bern die Venia Docendi für das Fach «Rekonstruktive Zahnmedizin und Implantologie» an **Joannis Katsoulis** verliehen.

Joannis Katsoulis hat in Bern studiert und danach eine breite Weiterbildung durchlaufen. Im Rahmen seiner Dissertation arbeitete er als wissenschaftlicher Assistent im Labor für Orale Mikrobiologie. Danach holte er sich das klinische Rüstzeug als Assistent in einer Privatpraxis und ging anschliessend nach Genf auf die Kieferchirurgie, bis er die Stelle an meiner Klinik antrat. Hier erwarb er den Weiterbildungsausweis in Allgemeiner Zahnmedizin, den Spezialistentitel als Fachzahnarzt in Rekonstruktiver Zahnmedizin und den MAS of Advanced Studies in Prosthodontics and Implant Dentistry. Die wissenschaftliche Tätigkeit führte ihn 2010 nach Philadelphia, wo er einen Teil seiner Forschungsarbeit durchführte. Die Universität Philadelphia verlieh ihm in Anerkennung seiner Tätigkeit den Titel als «Adjunct Assistant Professor», und die erfolgreiche Zusammenarbeit bleibt weiter erhalten.

Im Jahr 2004 trat Joannis Katsoulis seine Assistentenstelle auf der Klinik für Zahnärztliche Prothetik an, Ende 2007 wurde er zum Oberarzt II befördert und 2008 erhielt er den Lehrauftrag in Gerodontologie. Er wurde Ressortleiter Masterstudiengang 4. Jahreskurs und leitete während vier Jahren die zahnärztlich-gerodontologische Sprechstunde im Zieglerspital. Er ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB) und war während drei Jahren Präsident ihrer wissenschaftlichen Kommission. Heute ist er Mitglied der wissenschaftlichen Kommission der Swiss Society of Reconstructive Dentistry (SSRD) und Council Member der European Prosthodontic Association (EPA).

Zwei Schwerpunkte kennzeichnen seine klinische und wissenschaftlichen Tätigkeit: Auf Grund seiner Computerkenntnisse setzte er sich früh mit der computerassistierten Implantatplanung auseinander, und bald kamen die modernen CAD/CAM-Technologien zur Verarbeitung von Titan und Zirkonoxid dazu. Daraus sind mehrere Dissertationen und hochqualifizierte Publikationen entstanden. Andererseits steht die Beschäftigung mit Special Care und geriatrischen Patienten in seinem Fokus. Es scheint als hätten die zwei Themen kaum eine gemeinsame Beziehung. Es ist jedoch ein grosses Anliegen

von Joannis Katsoulis aufzuzeigen, dass gerade die modernen Technologien in der Diagnostik und Therapie für dieses Patientengut von grossem Vorteil sind. Probleme werden sichtbar gemacht und invasive Massnahmen können vereinfacht oder vermieden werden. Damit wird auch eine hohe Vorhersagbarkeit des Behandlungsergebnisses erreicht.

Wir gratulieren PD Joannis Katsoulis herzlich zu seinem Erfolg und wünschen ihm für seine weitere Laufbahn in der Zahnmedizin alles Gute.

*Prof. Dr. Regina Mericske-Stern
Klinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Bern*

Joannis Katsoulis

Geboren am 24. März 1977 in Biel/Bienne

Akademischer Werdegang

Aus-, Fort- und Weiterbildung

- 2002 Staatsexamen / Eidg. Dipl. Zahnarzt, Universität Bern
- 2004 Promotion / Dr. med. dent., Universität Bern, Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik
- 2004 A-Diplom Aurikulomedizin SÄGAA und Mundakupunktur SGZM
- 2006 Nothilfe (Niveau I) und BLS-AED-SRC Instruktor, ResQ / SGS
- 2007+ OA (II) Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Bern
- 2008+ Lehrauftrag für Gerodontologie, Universität Bern
- 2009 WBA für Allgemeine Zahnmedizin SSO
- 2010 Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin SSO/SSRD
- 2011 European Prosthodontic Association EPA recognised Specialist in Prosthetic Dentistry
- 2011 MAS in Prosthodontics and Implant Dentistry, Universität Bern
- 2012+ Adjunct Assistant Professor, University of Pennsylvania School of Dental Medicine, Philadelphia, USA
- 2013 Habilitation in «Rekonstruktiver Zahnmedizin und Implantologie», Medizinische Fakultät der Universität Bern

Auszeichnungen, Ehrungen

Laser in der Zahnmedizin: Forschungspreis für Frau Dr. Valérie Suter



Anlässlich des 4th Congress of the European Division of the World Federation for Laser Dentistry (WFLD) vom 11. und 12. Juli in Brüssel, Belgien, hat **Frau Dr. med. dent. Valérie Suter** im Forschungswettbewerb den 2. Preis gewonnen. Sie präsentierte ihre Studie «A randomized prospective clinical and histopathological analysis of 100 excisional biopsies of fibrous hyperplasias using CO₂ laser comparing continuous wave and char-free modes» in einem Kurzvortrag. Die Studie ist das Resultat einer mehrjährigen Arbeit zusammen mit Prof. Hans Jörg Altermatt (Bern), Prof. Thomas Dietrich (Birmingham, UK), Prof. Peter A. Reichart (Bern) und PD Michael Bornstein (Bern). Insgesamt wurden im Forschungswettbewerb über 50 wissenschaftliche Kurzvorträge aus dem gesamten Bereich der Laserzahnmedizin präsentiert.

Wir gratulieren Frau Dr. Suter ganz herzlich zu diesem Erfolg.

PD Dr. M. Bornstein

2. Preis für Dr. Ivo Fodich am Nachwuchswettbewerb der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS)



Anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) vom Samstag, 29. Juni 2013 in Biel wurde der 2. Preis am Nachwuchswettbewerb an **Dr. Ivo Fodich** verliehen.

Dr. Ivo Fodich ist ITI-Scholar an der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie und hat folgende Untersuchung in einem 10-minütigen Referat und nachfolgender Diskussion vorgestellt: «Perforation of the Schneiderian membrane during sinus floor elevation: a retrospective study of frequency and possible risk factors». Diese Studie führte Dr. Fodich unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas von Arx und in Zusammenarbeit mit PD Dr. Michael Bornstein und Dr. Simon Jensen durch.

Wir gratulieren Dr. Ivo Fodich herzlich zu dieser hervorragenden Leistung!

Prof. Dr. T. von Arx, PD Dr. M. Bornstein

Auszeichnung mit dem Chapman Award der «British Orthodontic Society (BOS)»



Dr. Nikolaos Pandis, externer Oberarzt an der Klinik für Kieferorthopädie der **zmk bern**, und seine britischen Ko-Autoren werden für den in der Juli-Ausgabe 2012 im «American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics» veröffentlichten Artikel mit dem Chapman Award 2013 ausgezeichnet: «Self-etching primers and conventional acid etching for orthodontic bonding: a systematic review and meta-analysis», Fleming PS, Johal A, Pandis N.

Der Chapman Award wurde zu Ehren von Dr. Harold Chapman, der ein prominenter Zahnarzt und Dozent sowie Mitgründer der «London Hospital Dental School» war, etabliert. Dr. Chapman war ein Leben lang Förderer der Kieferorthopädie und ein frühes Mitglied des Vorstands der «British Society for the Study of Orthodontics».

Die Auszeichnung wird jährlich einem Mitglied der «British Orthodontic Society (BOS)» für den besten veröffentlichten Artikel verliehen. Die Auswahl erfolgt aufgrund strenger, reglementarisch festgelegter Kriterien (Fragestellung, Methodik, Berichte, Daten-Analyse, Präsentation, Schlussfolgerungen, Bedeutung für Lehre und Praxis).

Es wird ein Preisgeld von £ 1200 ausgerichtet, und der Artikel wird an der «British Orthodontic Conference 2013» in Manchester vorgestellt.

Herzliche Gratulation zu diesem beachtlichen Erfolg!

Prof. Dr. C. Katsaros

Auszeichnungen, Ehrungen

Berner Vertretung im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS)



Anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) vom Samstag, 29. Juni 2013 in Biel wurde **Frau Dr. Vivianne Chappuis**, Oberärztin an der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie, zur neuen Sekretärin gewählt. Bisher war sie im Vorstand der Gesellschaft als Beisitzerin vertreten.

Als Sekretärin tritt sie die Nachfolge an von PD Dr. Michael Bornstein, Leiter der Station für Zahnärztliche Radiologie und Stomatologie an der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie, der diese Funktion seit Juni 2010 ausgeübt hatte.

PD Dr. Bornstein ist neu Präsident der SSOS und löst Prof. Dr. Andreas Filippi von der Universität Basel ab, der dieses Amt sechs Jahre lang sehr erfolgreich ausgeübt hatte.

Michael Bornstein

Erfolgreicher Lehrabschluss

Unseren frisch gebackenen Dentalassistentinnen gratulieren wir herzlich. Alle haben die Lehrabschlussprüfung erfolgreich bestanden. Es sind dies:

Rebecca Gutknecht, Caroline Hüsler, Gayathry Nageswaran, Fabienne Sollberger
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin

Jennifer Gilgen, Sinthuya Uthayasooryan
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie

Carmen Heimann, Denitsa Kazakova
Klinik für Zahnärztliche Prothetik

Melanie Fuhrmann, Nadia Massoudi
Klinik für Parodontologie

Aleksandra Nikolic, Aline Sachs
Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik



Platinmedaille der Spanischen Gesellschaft für Parodontologie und Implantatzahnmedizin an Prof. Dr. em. Niklaus P. Lang



An ihrer 47. Jahrestagung in Granada hat die Spanische Gesellschaft für Parodontologie und Implantatzahnmedizin (SEPA) **Prof. Dr. em. Niklaus P. Lang** mit ihrer höchsten Auszeichnung, der Platinmedaille, geehrt. Die Medaille wurde ihm am 24. Mai 2013 im feierlichen Rahmen übergeben.

Professor Lang wurde für seine langjährige klinische Forschungsaktivität auf den Gebieten der Parodontologie und Implantatzahnmedizin ausgezeichnet.

Wir sind stolz auf diese wissenschaftliche Ehre an einen ehemaligen Klinikdirektor der **zmk bern** der Universität Bern und freuen uns mit ihm über diese hohe Auszeichnung.

Im Namen der Mitarbeiter der Klinik für Parodontologie der Universität Bern

Prof. Dr. Anton Sculean, Klinikdirektor
Prof. Dr. Giovanni E. Salvi, Stv. Klinikdirektor

Sabbatical Prof. Dr. Thomas von Arx vom 1.10.2013–31.3.2014

Professor von Arx wird sein Sabbatical am Department of Anatomy, Biochemistry and Physiology der John A. Burns School of Medicine / University of Hawaii in Honolulu verbringen.

Die geplanten Projekte umfassen Studien zur neurovaskulären Versorgung der Kiefer- bzw. der Mundhöhle sowie das Verfassen eines entsprechenden Lehrbuches.

Die vielen Funktionen und Tätigkeiten von Prof. von Arx an der Klinik und den **zmk bern** werden während seiner Abwesenheit von Prof. Buser, PD Dr. Bornstein und den OAs Dr. V. Chappuis, Dr. V. Suter und Dr. S. Janner übernommen.

*MAHALO und ALOHA (Danke und Gruss)
Thomas von Arx*



Marina of Honolulu.

Foto: T. von Arx

Titel in englischer Sprache

Die Übersetzung der verschiedenen Titel in die englische Sprache führt immer wieder zu Missverständnissen und daher auch zu Diskussionen.

Der Direktionsausschuss nutzte die Gelegenheit, bei einem Treffen mit dem Dekan, Prof. Dr. P. Egli, das Thema zu diskutieren.

Prof. Egli verweist auf Empfehlungen aus früheren Jahren: Ein Ordinarius ist ein «Full Professor», ein Extraordinarius entspricht einem «Associate Professor», ein Assistenzprofessor wird mit «Assistant Professor» übersetzt und ein Privatdozent (PD) mit «Scientific Associate».

Ein Oberarzt wird im Englischen als «Senior Lecturer» bezeichnet; er sollte sich nicht «Assistant Professor» nennen. Es ist immer erlaubt, die deutschen Begriffe aufzuführen.

Wir bitten die Mitarbeitenden der **zmk bern**, sich an diese Richtlinien zu halten.

*Für den Direktionsausschuss zmk bern:
Prof. Dr. A. Lussi*



Associate Professor Full Professor Senior Lecturer

Eintritte

Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie

Per 01.08.2013



Alma Bavrck
DA in Ausbildung
Hobbys: Reisen, Schwimmen



Dilan Günes
DA in Ausbildung
Hobbys: Ausgehen mit Freunden, Volleyball

Klinik für Zahnärztliche Prothetik

Per 01.08.2013



Pashije Latifi
DA in Ausbildung
Hobbys: Volleyball spielen, Freunde treffen



Jasmin Studer
DA in Ausbildung
Hobbys: Singen, Bewegung an der frischen Luft



Jenitha Veluppillai
DA in Ausbildung
Hobbys: Zeichnen, Basketball spielen



Frau **Carmen Heimann** hat die Ausbildung zur Dentalassistentin erfolgreich abgeschlossen und wird per 01.08.2013 an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik weiterbeschäftigt.

Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik

Per 01.08.2013



Beatrix Grigioni
Sekretariatsleiterin
Hobbys: Pilates



Yasmin Chevalley
DA in Ausbildung
Hobbys: Tanzen



Vanessa Rosa
DA in Ausbildung
Hobbys: Joggen, Babysitten



Frau **Sinthuya Uthayasooriyan** hat an der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie die Ausbildung zur Dentalassistentin erfolgreich abgeschlossen und wird per 01.08.2013 auf der Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik weiterbeschäftigt.

Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin

Per 01.08.2013



Tommy Baumann
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Hobbys: Familie, Basketball, Outdooraktivitäten



Fabrizia Gaeta
DA in Ausbildung
Hobbys: Zeichnen, Spazierengehen mit dem Hund des Grossvaters



Daria Wyler
DA in Ausbildung
Hobbys: Tanzen, Skifahren



Frau **Gayathry Nageswaran** hat die Ausbildung zur Dentalassistentin erfolgreich abgeschlossen und wird per 15.08.2013 an der Klinik für Zahnerhaltung weiterbeschäftigt.

Eintritte

Klinik für Parodontologie

Per 01.07.2013



Corinne Steiner
Dentalassistentin
Hobbys: Sport



Dr. Raluca Cosgarea, PhD
Postdoktorandin aus Rumänien
Scientific Exchange Programme NMS-CH (Sciex-NMS^{ch})



Sabina Ljumanoska
DA in Ausbildung
Hobbys: Kochen

Per 01.08.2013



Jeannine Aeschbacher
Dentalassistentin
Hobbys: Lesen, Schwimmen



Laura Valentina Jaeger
DA in Ausbildung
Hobbys: Sport, Lesen



Frau **Nadia Massoudi** hat die Ausbildung zur Dentalassistentin erfolgreich abgeschlossen und wird per 01.08.2013 an der Klinik für Parodontologie weiterbeschäftigt.

Austritte

Per 30.06.2013

Dr. Zeinab Cheiab
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Klinik für Zahnerhaltung

Per 31.07.2013

Geormilla Balasubramaniam
DA in Ausbildung
Klinik für Zahnärztliche Prothetik

Melanie Fuhrmann
DA in Ausbildung
Klinik für Parodontologie

Jennifer Gilgen
DA in Ausbildung
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie

Rebecca Gutknecht
DA in Ausbildung
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin

Caroline Hüsler
DA in Ausbildung
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin

Denitsa Kazakova
DA in Ausbildung
Klinik für Zahnärztliche Prothetik

Aleksandra Nikolic
DA in Ausbildung
Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik

Aline Sachs
DA in Ausbildung
Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik

Fabienne Sollberger
DA in Ausbildung
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin

Dienstjubiläen

August 2013

25 Jahre, Megert Brigitte
Laborantin
Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin

20 Jahre, Bernita Bush
Dentalhygienikerin
Klinik für Parodontologie

20 Jahre, Claudia Moser
Dentalassistentin
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie

10 Jahre, Doris Burri
Sekretariatsleiterin
2000–2005, Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
2009–2013, Klinik für Parodontologie

Prüfungsergebnisse

Herzliche Gratulation zu den bestandenen Prüfungen:**Prüfung 3. Jahr
Zahnmedizin 2013**

37 Kandidaten und Kandidatinnen sind zur Prüfung angetreten; die Einzelprüfung zahnmedizinische Fächer haben alle bestanden, die Einzelprüfung medizinische Fächer deren 36.

Der Durchschnitt der zwei bestandenen Einzelprüfungen beträgt:

Einzelprüfung zahnmedizinische Fächer:

Embryologie, Morphologie, Anatomie und Histologie des Kauorgans	5.12
---	------

Morphologie, Orale Physiologie, Kronen-Brückenprothetik	4.89
---	------

Konservierende Zahnmedizin, Endodontologie (schriftlich)	4.82
--	------

Kieferorthopädie (schriftlich)	4.81
--------------------------------	------

Gesamtdurchschnitt	4.91
---------------------------	-------------

Einzelprüfung medizinische Fächer:

Allgemeine Pathologie	5.19
-----------------------	------

Pathophysiologie, Innere Medizin (MC-Prüfung)	4.86
---	------

Mikrobiologie, Immunologie	5.03
----------------------------	------

Pharmakologie	5.01
---------------	------

Allg. Chirurgie (MC-Prüfung)	5.00
------------------------------	------

Gesamtdurchschnitt	5.01
---------------------------	-------------

**Prüfung 4. Jahr
Zahnmedizin 2013**

Alle 31 Kandidatinnen und Kandidaten haben die Prüfung **4. Jahr Zahnmedizin** erfolgreich absolviert.

Der Durchschnitt der zwei bestandenen Einzelprüfungen beträgt:

Mündliche Einzelprüfung:

Kronen- und Brückenprothetik	5.31
------------------------------	------

Parodontologie	4.97
----------------	------

Radiologie und Stomatologie	4.85
-----------------------------	------

Gesamtdurchschnitt	5.04
---------------------------	-------------

Schriftliche Einzelprüfung:

Pathohistologie	4.90
-----------------	------

Kieferorthopädie	4.97
------------------	------

Prothetik und Werkstoffkunde	5.16
------------------------------	------

Gesamtdurchschnitt	5.01
---------------------------	-------------

**Masterprüfung 5. Jahr
Zahnmedizin 2013**

Alle 26 Kandidatinnen und Kandidaten haben die **Masterprüfung Zahnmedizin** erfolgreich abgeschlossen.

Der Durchschnitt der zwei bestandenen Einzelprüfungen beträgt:

Erste Einzelprüfung:

Oralchirurgie	5.00
---------------	------

Zahnerhaltung	4.92
---------------	------

Prothetik	5.08
-----------	------

Kronen- und Brückenprothetik	4.92
------------------------------	------

Klinische Pathologie, Dermatologie, Stomatologie, Spez. Pathologie	4.85
--	------

Gesamtdurchschnitt	4.95
---------------------------	-------------

Zweite Einzelprüfung:

Kieferorthopädie	5.54
------------------	------

Kinderzahnmedizin	5.15
-------------------	------

Parodontologie	5.25
----------------	------

HNO, Radioonkologie, Kieferchirurgie, Pharmakologie (MC-Prüfung)	4.79
--	------

Gesamtdurchschnitt	5.18
---------------------------	-------------

Mit dem Abschluss des Masterstudiengangs Zahnmedizin erhalten die Absolventen den Titel Master of Dental Medicine (M Dent Med), Universität Bern. Der Mastertitel M Dent Med ist Bedingung für die Zulassung zur eidgenössischen Schlussprüfung.

Wer die eidgenössische Schlussprüfung besteht, erhält das eidgenössische Diplom, welches Voraussetzung ist für die selbständige Berufsausübung und die Aufnahme in die Weiterbildungsgänge Zahnmedizin.

Bücher



Harms, Volker
Medizinische Statistik
 Harms, 2012
 (8. Auflage)
 ZMK Ai 5.2012

Dieses Buch vermittelt in leicht verständlicher Form die Grundlagen der Statistik. Es setzt keine mathematischen Vorkenntnisse voraus und eignet sich nicht nur zum Nachschlagen sondern auch zur Weiterbildung. Der Stoff wird anhand medizinisch relevanter Beispiele erläutert und schliesst ausführlich kommentierte Original-Prüfungsfragen mit ein.



Zucchelli, Giovanni
Mucogingival Esthetic Surgery
 Quintessenza, 2013
 ZMK Gc 40.2013

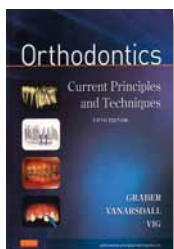
This beautifully illustrated book explains the art and science of esthetic surgical techniques on the mucogingiva around natural teeth and implants. The author draws upon his extensive experience to show readers how to diagnose and treat mucogingival defects, with detailed coverage of the diagnosis and the surgical options for covering varying degrees of gingival recession.



van Loveren, C. (ed.)
Toothpastes
 Karger, 2013
 Reihe: Monographs in Oral Science, Vol. 23
 ZMK Fc 77.2013

This publication provides indispensable information for dentists, dental students and community dental programs on whether toothpastes can be recommended to patients for specific aims and how to use them to obtain the best effect.

Herzlichen Dank an Prof. A. Lussi, der dieses Buch der Bibliothek geschenkt hat!



Graber, Lee W. et al.
Orthodontics: Current Principles and Techniques
 Mosby, 2011
 (5. Auflage)
 ZMK Ha 50.2012

«Orthodontics» provides the latest information from the best experts in the field. It reflects today's emerging techniques, including new information on esthetics, genetics, cone-beam and other three-dimensional technologies, and evidence-based treatment. Coverage of diagnosis and treatment ranges from basic to highly complex situations, all in a concise, extensively illustrated format.



Cogo, Enrico et al.
Zahnbleaching: Methoden für den Erfolg
 Quintessenz, 2013
 ZMK Fh 29.2013

In diesem Buch bieten die Autoren nicht nur Indikationen und Techniken zur kompetenten Bewältigung der Herausforderungen rund ums Thema Bleichen, sondern sie präsentieren auch den wissenschaftlichen Hintergrund, klinische Anregungen und Forschungsergebnisse, die es erlauben, die Kosmetik der Zähne berufsethisch korrekt und mit gesundem Menschenverstand anzugehen. Illustriert mit zahlreichen Abbildungen und Patientenfällen stellt das Buch eine neue und umfassende Übersicht zum Thema Bleichen dar.

Promotionen

Promotionsdatum 10. Juli 2013

Buser Ramona

Long-term outcomes of dental implants with a titanium plasma-sprayed (TPS) surface: A 20-year prospective case series study in partially edentulous patients.

zmk bern, Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
 Dr. med. dent V. Chappuis

Lipowsky-Flaig Claudia Gisela

Entwicklung von unbehandelten Grübchen und Fissuren an 6-Jahres-Molaren.

zmk bern, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin
 Dr. T. Leisebach, Prof. Dr. A. Lussi

Vögeli Stephanie

Die Veränderung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die zahnärztlich-prothetische Therapie.

zmk bern, Klinik für Zahnärztliche Prothetik
 PD Dr. N. Enkling

Bibliothek Zahnmedizin – ein Besuch lohnt sich!

Über 2000 Bücher im Freihandbereich,
nach Fachgebiet geordnet.

Sonderbestände: Studienliteratur, Farbatlant, Dissertationen.

Gesamtbestand via Online-Katalog IDS* Basel
Bern abfragbar (<http://aleph.unibas.ch>)

Neuanschaffungen werden laufend getätigt
und separat aufgestellt.

Konsultation des Bestandes vor Ort
jederzeit möglich.



Gut zu wissen – Die Buch-Ausleihe

- Eine **einmalige Registrierung** in der Bibliothek Zahnmedizin ist Voraussetzung für die Ausleihe von Büchern. Die persönliche Benutzungskarte (einmalige Einschreibgebühr Fr. 22.–) des IDS Basel Bern ermöglicht Zugang zu allen angeschlossenen Hochschulbibliotheken in Basel, Bern, Luzern, Zürich und St. Gallen.
- Ausgeliehen wird via **Selbstaustation** in der Bibliothek. Dies ist für Institutsangehörige auch ausserhalb der Öffnungszeiten möglich.
- Sonderbestände sind 3 Tage ausleihbar (ohne Verlängerung). Alle übrigen Bücher können 28 Tage ausgeliehen und bis zu fünf Mal (zwei Mal automatisch) verlängert werden. Zeitschriften sind generell auf die Nutzung vor Ort beschränkt.
- Ihr persönliches **Benutzungskonto** können Sie im Online-Katalog jederzeit einsehen. Auf diesem Weg lassen sich Bücher auch von zu Hause aus verlängern.
- **Bücherrückgaben** werden im dafür vorgesehenen Fach auf dem Informationspult deponiert.
- Weitere Informationen finden Sie in der Bibliothek oder auf der Bibliotheks-Webseite: www.ub.unibe.ch/dentlib.

Für Fragen steht das Bibliothekspersonal gerne zur Verfügung!
E-Mail Bibliothek: zmk@ub.unibe.ch

*IDS = Informationsverbund Deutschschweiz

Altgold für Augenlicht

«Augenlicht schenken» – Unter diesem Titel informiert das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) über eines seiner Projekte. Demnach sind heute knapp 45 Millionen Menschen blind; 90% von ihnen leben in den ärmsten Ländern der Welt. Und: 80% aller blinden Menschen müssten nicht blind sein, wenn sie Zugang zu medizinischer Hilfe hätten und genügend finanzielle Mittel vorhanden wären. (Quelle SRK)

Das SRK hat deshalb die Sammlung «Altgold für Augenlicht» ins Leben gerufen. Gesammelt werden Gold- und Silber-

schmuck, insbesondere auch Zahngold. Mit dem Erlös aus den Edelmetallen und dem Schmuckverkauf bekämpft das SRK die Armutblindheit. Laut Angaben des SRK genügen 50 Franken, um eine Star-Operation, die einem Erblindeten das Augenlicht zurückgibt, vorzunehmen.

Ich bin überzeugt, dass Patienten ihr Altgold gerne für dieses Projekt spenden, wenn sie darauf aufmerksam gemacht werden. Deshalb empfehle ich die Zahngoldsammlung des SRK wärmstens.

*Prof. Dr. Adrian Lussi
Geschäftsführender Direktor*



Schweizerisches Rotes Kreuz

Senden Sie Ihr Altgold
bitte an:

**Schweizerisches Rotes Kreuz
Augenlicht schenken
Rainmattstrasse 10
3001 Bern**

www.redcross-gold.ch und
www.redcross.ch