

Neubau des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich

Verglast, modern, geheimnisvoll

Vivianne Berg, Zürich

Die offizielle Eröffnung des Erweiterungsbaus steht am 25. September bevor. Längst sind jedoch im gläsernen Neubau des Architekten Theo Hotz auch schon Zahnärzte bei der Arbeit. Auch in den Büros herrscht eifriger Betrieb in dem Gebäude, dessen Kennzeichen Glas ist, in dem sich Wolken und Bäume spiegeln.

Moderne Architektur – künstlerische Elemente

Eine 10 Meter hohe Säule mit einem Lichtträger zeigt an dunklen Winternachmittagen den Weg. Ein dunkelblauer, halb so hoher Viertelkreis markiert schon von weitem den Eingang zum zahnärztli-

chen Institut. Der Künstler Gottfried Honegger mag es nicht, wenn sein Werk der Kategorie «Kunst am Bau» zugeordnet wird. Am Bau hat er hier tatsächlich keine Kunst ausgeführt, vielmehr zwischen und mit den Bauten, dem alten Moser-Bau und dem ultramodernen von Theo Hotz. Der Künstler nennt es ein «Malheur, dass Architekten in der Schweiz und vor allem in Zürich ihr Gebäude hinstellen, aber den Raum dazwischen unbeachtet lassen». Entsprechend versuchte er den bisher vernachlässigten Zwischenraum «wie mit einem Goldzahn» zu füllen und vorhandene bauliche Elemente, wie die gel-



Alt spiegelt sich in Neu im Neubau des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich.

be Verbindungspasserelle und eine Zwischenmauer, in seine Arbeit mit einzubeziehen. Klar aufgeteilt in verschiedene Arbeitsbereiche ist der Neubau von Theo Hotz. Senkrecht sind drei ober- und zwei unterirdische Stockwerke über einen vorgelagerten Treppenhausturm verbunden. Der vollklimatisierte Klinik-Teil im Nordtrakt ist von aussen erkennbar an den Glaslamellen, die von einer Wetterstation elektronisch gesteuert werden und die Temperatur im Gebäude mitbestimmen. Der nicht-klimatisierte Bürobereich im südlichen Gebäudeteil wird von der Aussenwelt direkt durch Glasplatten getrennt.

Zweckmässigkeit gross geschrieben

Unter der Zeder liesse sich lernen: über allem thront die Bibliothek des Zahnmedizinischen Zentrums, auf der Terrasse könnten sich die Studierenden im Schatten des Baumes im nächsten Sommer auf den Lehrstoff konzentrieren, sofern sich bis dahin ein Sponsor für die nötigen Gartenmöbel gefunden hat. Neben an ist die Wetterstation eingerichtet, das Regenwasserauffangbecken, Filteranlage und die Installationen zur Wärmerückgewinnung. Hausherr und Verwaltungsdirektor Dr. med. dent. Hans-

Caspar Hirzel nennt das Gebäude einen «architektonisch wunderbaren Bau». Auf einem Rundgang präsentiert er die zwei voneinander völlig autonomen Kliniken sowie die verschiedenen Labors der Studierenden. Im zweiten Obergeschoss wird der Jahreskurs III der Studierenden in Kursräumen und Labors den Stoff erarbeiten. Laborräume mit 26 bzw. 50 Plätzen sind vorhanden, ein Keramiklabor mit 14 Plätzen, das Zahntechniklabor mit 8 Plätzen eingerichtet. Die nötige Infrastruktur für die Arbeiten wurde zentral platziert, damit sie optimal genutzt werden. Auch die Räume zur Sterilisation der Bestecke sind zentral angeordnet. Im ersten Obergeschoss sind die Zahnärztlich-Chirurgische Poliklinik und die Tagesklinik mit dem Notfalldienst zu finden. Im Erdgeschoss befindet sich die durchweg rollstuhlgängige Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, die zur Zeit der Gesundheitsdirektion unterstellt ist. Hier arbeiten die Zahnärzte und Dentalhygienikerinnen an insgesamt 16 Einzelplätzen wie ihre Kollegen in privaten Praxen.

Schliesslich wurde auch der unterirdische Raum des 42-Millionen-Franken-Baus ausgenutzt: Unter jener Ein-

Wechsel in der Redaktion SMfZ

Wegen fälliger Umstrukturierungen in der Redaktion der SMfZ sah sich der SSO-Vorstand veranlasst, die Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit dem bisherigen Chefredaktor, Roger D. Weill, per Ende 1998 ins Auge zu fassen. Im Sinne eines guten Einvernehmens hatte der Vorstand nichts einzuwenden gegen ein vorzeitiges Ausscheiden des Stelleninhabers, der erfreulicherweise auf Mitte August ein neues Wirkungsfeld gefunden hat. Während zweieinhalb Jahren hat Roger D. Weill unsere Monatsschrift wesentlich geprägt, und der SSO-Vorstand dankt ihm herzlich für seine Tätigkeit.

Ab 1. Dezember 1998 wird die Redaktion SMfZ von Anna-Christina Zysset geführt werden. Zysset ist diplomierte Fachpresse-Journalistin und hat reiche Erfahrung in publizistischen Belangen, unter anderem auch als Dozentin und Prüfungsexpertin. Administrativ wird die neue Redaktorin von Mitarbeiterinnen des Presse- und Informationsdienstes SSO unterstützt werden; diesem wird künftig auch die Gesamtverantwortung für die Redaktion SMfZ obliegen.



Noch ist der Neubau nicht eröffnet, doch wird bereits rege gearbeitet.

fahrtsstrasse auf öffentlichem Grund, die Gottfried Honegger mit künstlerischen Elementen bereicherte, findet sich ein Hörsaal. Die Räume nebenan sind mit den entsprechenden Geräten und Instrumenten als Fotostudio, wie überhaupt für die Arbeit mit Fotografie ausgerüstet. Auf der gleichen Ebene bietet die Personalgarderobe Platz. Alle übrigen unterirdischen Räume hier sind riesige Hallen, in denen die Haustechnik untergebracht ist. Wie das neue Gebäude nun durch eine gelbe Passerelle

mit dem Altbau und durch andere Elemente mit der Umgebung verbunden ist, können die benachbarten Gebäude des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde durch über- oder unterirdische Wege erreicht werden. Diskret von aussen getrennt und doch mit der Umwelt verbunden, ist hier dasselbe spürbar wie bei den Glasscheiben des Neubaus, die nur vermuten lassen, was hinter ihnen vorgeht und damit trotz ultramoderner Architektur ein Geheimnis bewahren.



Im Moment werden die Laborplätze von einzelnen Studenten benützt – in Zukunft werden sich zwei in einen Platz teilen.

Hypnose erleichtert den Praxisalltag

Fritz Trechlin, Sekretär der SMSH – Société médicale Suisse d'Hypnose – Schweizerische Ärztegesellschaft für Hypnose, Apollostr. 8, 8032 Zürich

Hypnose erleichtert den Zugang zu Problem- und «normalen» Patienten, zu den Mitarbeitern in der zahnärztlichen Praxis und zu sich selber. Sie ist wissenschaftlich belegt und lernbar und hat nichts mit Weltanschauung oder Mystik zu tun. Hypnose ist bei Schweizer Zahnärzten wenig bekannt. In Schweden z.B. arbeitet die Hälfte aller Zahnärzte mit Hypnose, und alle haben im Studium davon gehört. In der NZZ erschienen kürzlich Inserate einer Zahnklinik in Deutsch-Rheinfelden. Man bietet sich unter anderem für Entspannungsmethoden bei Angstpatienten an. In letzter Zeit gelangt beinahe jede Zeitschrift und jede TV-Redaktion für Interviews und Aufnahmen über das Sekretariat der SMSH an die hypnotherapeutisch tätigen Zahnärzte. Am 24. April 1998 z.B. wurde in der Sendung «Quer» eine vielbeachtete Präsentation von Hypnose in der zahnärztlichen Praxis ausgestrahlt, worauf das Telefon im Sekretariat der SMSH dauerklingelte und in der Folge auch bei den 22 Zahnärzten, die in der Schweiz auf der SMSH-Hypno-Therapeutenliste figurieren. Es sind viel zu wenige, um dem Ansturm gerecht zu werden. Die Öffentlichkeit interessiert sich zunehmend für diese faszinierende Möglichkeit, sich ohne Angst, ohne für Patient und Zahnarzt lästiges Würgen, ja vielleicht sogar ohne chemische Anästhesie behandeln lassen zu können oder Verspannungen (MAP, Bruxismus) auf einfache, unkonventionelle Weise, aber kausal in den Griff zu bekommen.

Die medizinische Hypnose ist eine patientenbezogene Kommunikationsform auf verbaler und nonverbaler

Ebene. Dabei wird dem Patienten geholfen, in einen Trancezustand unterschiedlicher Tiefe zu gehen, worin sich der Mensch auf einer anderen Bewusstseinsebene erleben kann: nicht rational, analytisch und willensabhängig, sondern sinnesbezogen, phantasievoll und intuitiv. In diesem Zustand ist Psychotherapie jeder herkömmlichen Technik besonders wirksam.

Die besondere Kommunikationsform vertieft die Arzt-Patienten-Beziehung, und es ist möglich, das Selbsthilfepotential und die kreativen Fähigkeiten des Patienten deutlich zu fördern. In der Trance können sogenannte hypnotische Phänomene auftreten (Anästhesie, Levitation, Katalepsie, Dissoziation, Regression, Amnesie, Ideomotorik usw.), die zwar auch im Alltag bekannt sind, doch in der Hypnose besonders intensiv erlebt werden. Das kann in vielen medizinischen Bereichen genutzt werden, so zum Beispiel in der Anästhesie, Chirurgie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychosomatik, Zahnmedizin usw.

Die zahnärztliche Hypnose hilft vor allem ängstlichen Patienten, sich beim Zahnarzt wohl zu fühlen und die Behandlung angenehm oder zumindest banal zu erleben. Damit ist sie auch eine wichtige Hilfe für den Zahnarzt selber, kann er damit doch rasch und unkompliziert den angstvollen, schwierigen Patienten – der für die Praxis immer Stress bedeutet! – beruhigen und dessen physische und psychische Beschwerden erträglich gestalten. Hypnose wirkt deshalb nicht nur wohl-

tuend auf die Patienten, sondern auch auf den Zahnarzt selbst und das ganze Praxisteam.

Ausser bei der hauptsächlichen zahnärztlichen Indikation – bei Angst und Schmerz – hilft Hypnose auch, den Würgeiz zu kontrollieren, das Angewöhnen an einen neuen Zahnersatz psychologisch zu unterstützen sowie die Kaumuskulatur ideal zu entspannen. Mit der Vermittlung von Selbsthypnose kann Patienten mit Parafunktionen und Kiefergelenks-Problemen kausal geholfen werden. Das Wort «Hypnose» ist eine unglückliche Bezeichnung. Das hat der britische Augenarzt John Braid (1795–1860) erkannt, der den Begriff «Hypnose» geprägt hat. Er wollte das Phänomen in «Monoideismus» umbenennen. Zu spät. Hypnose hat nichts oder höchstens am Rand mit «Hypnos» = Schlaf zu tun. Der Ausdruck «Hypnose» ist wegen des Missbrauchs in Show-Hypnose – die hauptsächlich mit Gruppendruck und Tricks arbeitet – und von selbsternannten «Hypnotherapeuten» negativ belegt.

Die SMSH und ihre Schwestergesellschaft GHypS bilden ausschliesslich Ärzte, Zahnärzte und akademisch gebildete Psychologen aus, in der Überzeugung, dass Hypnose zur Unterstützung von herkömmlichen Therapien in die Hand von Personen gehört, die in die therapeutische Verantwortung eingebunden sind. Trance-Zustände wurden ja seit Menschengedenken und werden immer noch für Riten und magische Heilungen auf verschiedenste Weise herbeigeführt. Das soll hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt sein. Die Geschichte der wissenschaftlichen Hypnose nun hört sich wie ein spannender Roman an und ist eng mit derjenigen der Psychotherapie verknüpft. Am Mesmerismus oder animalischen Magnetis-

mus (Franz Anton Mesmer 1743–1815) ist nicht vorbeigekommen, was im letzten Jahrhundert Rang und Namen hatte: Mozart, Goethe, Schiller, Lavater, Benjamin Franklin, General Lafayette, George Washington, Wilhelm von Humboldt, Schleiermacher, Fichte, Hegel, Schelling und viele mehr haben sich mit ihm mehr oder weniger intensiv befasst. Schopenhauer schrieb: «Der animalische Magnetismus ist, vom philosophischen Standpunkt aus betrachtet, die inhaltsschwerste aller jemals gemachten Entdeckungen.» Der animalische Magnetismus induzierte die moderne Psychologie und Psychotherapie. Vor der Zeit der Narkose und Lokalanästhesie war der «Mesmerismus» nicht nur die einzige, sondern auch eine verbreitete und wirkungsvolle Möglichkeit, Operationen unter zumutbaren Umständen durchzuführen. Von einem James Edsdaile (1808–1859) sind Tausende von oft schwerwiegenden chirurgischen Eingriffen (auch Zahnextraktionen) in Hypnoanalgesie dokumentiert, mit dem bemerkenswerten Erfolg, dass die Sterblichkeitsrate, trotz immer noch ungenügender hygienischer Durchführung der Operationen, drastisch gesenkt werden konnte. Die Methode war damals allgemein verbreitet. Dass auch okkultistische und spiritistische Kreise sich ihrer annahmen und noch annehmen, hat viel zum heutigen Misstrauen beigetragen. Der Neurologe J.-Martin Charcot (1825–1893) an der Salpêtrière in Paris hat den Hypnotismus mit Hysterie in Zusammenhang gebracht. Der Chirurg und Anthropologe Broca (Brocasches Sprachzentrum, 1824–1880), der Physiologe Iwan Petrow Pawlow (Bedingte Reflexe, 1849–1936), Auguste Forel (Hirnanatom und Physiologe am Burghölzli in Zürich, 1857–1931) und andere nam-



Diese Patientin ist ängstlich, wollte trotz extremer Schmerzempfindlichkeit eine Injektion vermeiden. In einer ersten Sitzung habe ich ihr beigebracht, sich zu entspannen. Das ist die Kontaktnahme vor der zweiten Sitzung – Rapport herstellen. Das geschieht meist im Wartezimmer. Da beobachte ich die Patientin aufmerksam und nehme im Gespräch anhand der Gestik, der Körpersprache, der Ausdrucksweise die Befindlichkeit der Patientin wahr, welche Sinneskanäle sie gerade bevorzugt (visuell, auditiv, kinästhetisch?).

hafte Wissenschaftler befassten sich mit Hypnose. In der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Mesmerschen Ansätze, besonders gefördert von der «Schule von Nancy» – Aug. Ambr. Liebeault (1823–1904) und Hyppolit M. Bernheim (1840–1919) – wurden dann die heute allgemein gebräuchlichen Begriffe wie Suggestion, Trance, Bewusstseinszustände, Dissoziation etc. neu geschaffen oder neu formuliert. Freud und Jung haben für Psychotherapie Hypnose angewandt, sie dann vor allem wegen der missverständlichen Bezeichnung, aber auch wegen ungenügendem Wissen um Technik und Durchführung wieder fallengelassen. Mit der Einführung der Inhalationsnarkose und der Lokalanästhesie hat das Interesse an Hypnose Ende letzten Jahrhundert sowieso nachgelassen. Sie wurde – auch wieder eine belastende Hypothek – den Showhypnotiseuren überlassen.

Es war das grosse Verdienst von Milton H. Erickson (Psychiater in Phoenix, USA, 1901–1980), dass er die Hypnose wieder «salonfähig» ge-

macht hat. Mit seinen pragmatischen Ansätzen, seiner virtuellen und empathischen Art, sein Gegenüber zu beobachten, und seiner stupenden Fähigkeit, mit dem zu arbeiten, was ihm vom Patienten/der Patientin unbewusst angeboten wurde, brachte er es fertig, diese(n) seiner/ihrer eigenen Ressourcen bewusst werden und damit die Therapie quasi in eigener Regie durchführen zu lassen. Dafür brauchte Erickson oftmals nur eine bis wenige Sitzungen. Für seine Interventionen benutzte er des öftern indirekte Suggestionen in Form von unzähligen Geschichtchen und Metaphern, mit denen er quasi durch die Hintertüre, und ohne gleich den Widerstand des Klienten oder der Klientin anzuregen, diese(n) auf den Kernpunkt des Problems und zu dessen eigenständiger nachhaltiger Lösung führen konnte. Im Gegensatz zu den früheren Hypnotiseuren, die mit autoritärem Auftreten und ausschliesslich direkten Suggestionen – wie «Schlafen Sie!» oder «Sie werden nun nicht mehr rauchen!» – wohl kurzfristige Erfolge hatten, aber meist

nicht verhindern konnten, dass früher oder später das Symptom oder die Symptome wieder auftauchten oder durch andere ersetzt wurden. Seit rund zehn Jahren befasse ich mich selbst in meiner zahnärztlichen Praxis mit «Hypnose», wobei ich den Ausdruck vermeide und eher von Entspannung oder «fokussierter Aufmerksamkeit» spreche. Und weil sich das mittlerweile herumgesprochen hat, kommen immer wieder Patienten neu zu mir, die sich wegen ihrer Zahnarzt-Angst seit Jahren, ja Jahrzehnten trotz Schmerzen nicht mehr in zahnärztliche Behandlung begeben hatten. Sie haben sich diese Angst aus einzelnen Behandlungstraumata aufgebaut und mit jedem Jahr Zuwarten irrational und exponentiell ins Unermessliche gesteigert. Bei den meisten von ihnen reicht eine zwischenmenschliche Kontaktnahme – wir nennen das Rapport herstellen –, was zwar selbstverständlich wäre, doch mit gewissem erlernbaren Vorgehen erleichtert werden kann – eine einfache, suggerierte progressive Entspannung nach Art des autogenen Trainings, mit Aufbau eines Ruheortes, um den Teufelskreis zu unterbrechen. Für die wenigen, die ihren Widerstand so noch nicht aufgeben können, habe ich im Laufe der Jahre an Workshops und Seminarien eine ganze Reihe von anderen Möglichkeiten erlernt, wie sie auch vom NLP oder vom «katatymen Bild-Erleben» und anderen Techniken gebraucht werden, so «Pacing-leading», Fraktionieren, Time-Line – eine Art suggerierter Regression in eine Zeit, wo die Symptome noch nicht oder nur abgeschwächt vorhanden waren –, «Ankern», «Dissoziieren», die Verwirrtechnik und manches andere, so dass mir die Arbeit mit diesen «schwierigen» Patienten nicht nur Spass macht, sondern auch mir, in der sogenannten

«Gebertrance», viel zurückgibt.

Ich erinnere mich an die Situation, wo ich mich zum erstenmal getraute, respektive provoziert wurde, meine neu erlernten «Hypnose»-Kenntnisse anzuwenden: Eine nicht betuchte junge Frau aus dem Maghreb, zwar gut assimiliert, aber mit allerhand Jugendtraumata im Rucksack, hatte heftige Kaumuskel- und Kiefergelenksbeschwerden.

Die Ursache war an den beidseits hypertrophierten Masseteren leicht zu erkennen: Frühe Zahnverluste hatten zu gekippten Molaren im Unterkiefer und damit zu massiven Balancestörungen geführt. Zusammen mit den unverarbeiteten Jugendtraumata war damit der Bruxismus mit allen MAP-Symptomen programmiert. Wegen der Muskelverspannung und geringen Mundöffnung war an eine Abdrucknahme nicht zu denken, weil ein Abdrucklöffel nicht einzubringen war. Da nahm ich, nach mehrmaligen fruchtlosen konventionellen Anläufen, mein Herz in die Hand, lehrte die Patientin ihre Auflage auf dem bequemen Stuhl – progressiv von den Füßen bis zum Nacken – und ihren Atemrhythmus beobachten, liess sie den Atemrhythmus mit Meereswellen vergleichen und hiess sie – in der Zwischenzeit hatte sie ohne Anweisung schon lange die Augenlider gesenkt – im Fextal auf dem sonnigen Weg den gleissenden Gletschern entgegenwandern – Schritt für Schritt im Atemrhythmus. Sie hatte mir nämlich zu Beginn der Sitzung begeistert von ihren Ferien im Engadin erzählt.

Kürzlich habe ich in der Forschungsbeilage der NZZ eine Bestätigung aus der Neurophysiologie für unser Vorgehen bekommen. Es wurde nachgewiesen, dass die Hirnaktivitäten praktisch identisch und mit der gleichen Intensität ablaufen, gleich, ob



Im Behandlungszimmer: Ich habe die Patientin sich in der Art des autogenen Trainings progressiv entspannen lassen. Die Augenlider wurden kurz vorher spontan geschlossen. Nun soll sie auf ihren Atem achten, den auch ich beobachte. In diesem Rhythmus spreche ich zur Patientin. Meine rechte Hand liegt leicht auf ihrer Schulter auf. Damit kann ich zuerst ihren Atem aufnehmen und dann mit leichter Führung verlangsamen.

Dann die Auflage ihrer Hände. Wie fühlen sie sich an? Vielleicht ist die eine leichter! Welche? Die Patientin will schon nicht mehr sprechen und bewegt den Mittelfinger der rechten Hand. Wir lassen die Hand pelzig werden: «mit jedem Ausatmen, das ja reine Entspannung ist, wird sie noch tauber und unempfindlicher». Ich beobachte ihre rechte Hand.

Etwas später wird sie die rechte Hand in Trance und in langsamer ideomotorischer Bewegung zum Gesicht führen, in die Prämolarengenge rechts an ihre Wange halten und dann die Anästhesie der Hand in die Gegend von 13 und 14 fliessen lassen, wo ich nachher zwei ausgedehnte Kunststoff-Füllungen legen werde. Ich berühre vorher die Gegend sanft.

ein Erlebnis real oder visionär abläuft. Ich habe die Patientin suggestiv die schöne, ihr so schön eingeprägte Wanderung im Fextal intensiv wieder erleben lassen und sie so von der zahnärztliche Situation und ihren anderen Problemen weg fokussiert. Das Ergebnis war faszinierend: Ab sofort konnte die Patientin – immer in Trance den schönen Weg schreitend – ihren Mund so öffnen, dass ich Einblick nehmen und nach Mühlemannscher Art manipulieren und anfärben konnte. Ich konnte der Versuchung nicht widerstehen und habe zum Teil mit grossen Steinchen der Patientin in einer Sitzung Zentrik und Balance so eingeschliffen, dass sie nachher sofort und nachhaltig während Jahren beschwerdefrei war.

Natürlich erzählt man solche spektakuläre Erfolgserlebnisse immer zuerst. Ich hatte auch meine «Misserfolge», vor allem mit Würgern. Ich habe «Misserfolge» in Anführungszeichen gesetzt, weil ich seit dem Beginn meiner Arbeit mit Hypnose keinen dieser Patienten schlussendlich nicht behandeln konnte. Einige halt erst nach mehreren und in grösseren Intervallen erfolgten Versuchen und mit gelegentlichen Würgereizen während der Behandlung. Ich kann es meist nicht lassen, diese Entspannungsmethoden auch in «normale» Behandlungen einfließen zu lassen, ohne etwas davon verlauten zu lassen. Und immer wieder höre ich dann am Schluss oder in der nächsten Sitzung von den Patienten erstaunte Äusserungen ihres

Wohlbefindens «trotz zahnärztlicher Behandlung».

Die Wirkung und Durchführung von Hypnose ist seit einiger Zeit Thema von wissenschaftlichen Untersuchungen. Die seitenlangen Literaturverzeichnisse in Lehrbüchern geben Zeugnis davon. So hat der Schweizerische Nationalfonds in den letzten Jahren einige Projekte unterstützt, die dann an einem Infomeeting am 25.11.97 in Bern vorgestellt wurden. Vor der Präsentation der Resultate der Projekte wurden von Jane Wyler, Basel und Bea Bucher, Basel, einleitende Referate gehalten, die beim Sekretariat der SMSH angefordert werden können.

Ziel dieser Ausführungen ist, wieder einmal auf dieses leicht erlernbare, effiziente zusätzliche Werkzeug aufmerksam zu machen und die SSO-Mitglieder zu animieren, sich zu einer Grundausbildung von vier Tagen zu entschliessen, nach der man schon die Fähigkeit haben kann, mit ängstlichen Patienten bewusst stressfreier umgehen zu können. Die SMSH ist daran, die Hypnose-Ausbildung entsprechend der American Society of Clinical

Hypnosis ASCH, die von der American Medical Association AMA anerkannt ist, zu strukturieren. Die nächste interdisziplinäre Grundausbildung mit Ärzten jeglicher Fachrichtung beginnt an der Jahrestagung der SMSH vom 5. bis 7. November 1998 in Balsthal, mit Fortsetzung am 22./23. Januar 1999 in Bern. 1999 werden weitere Grundausbildungen in Zürich und – bei Bedarf – auch in Basel angeboten. Daran schliessen Weiterbildungen für Zahnärzte an, die dann zu einem Fähigkeitsausweis führen können. Der Fähigkeitsausweis für Ärzte bildet Gegenstand von Verhandlungen mit der FMH. Wir sind eine relativ kleine Gesellschaft (ca. 300 Mitglieder, bei steigender Tendenz), die von einem freundschaftlichen, oft heiteren, oft auch ernsthaften Geist erfüllt ist. In unseren Veranstaltungen (Zusammenkünfte der Regionalgruppen, Workshops in- und ausländischer Referenten, die jährlichen Novembertagungen) und im dreimal jährlich erscheinenden Bulletin, das wir gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Hypnose (GHypS) herausgeben,

kann man sich vor allem in der hypnotischen Praxis, aber auch in der Theorie aus- und weiterbilden. Vielfach schaut dabei auch ein persönlicher Gewinn heraus (Stressminderung, persönliche Weiterentwicklung und dgl.).

Wenn man sich mit ihr befasst, kann man einen Begriff davon bekommen, wie wichtig und in manchen Bereichen geradezu unentbehrlich die Hypnose ist. Die Hypnose ist in den letzten zwei Jahrzehnten gewissermassen neu entdeckt und wesentlich weiterentwickelt worden und wird in Zukunft eine immer grössere Rolle in Medizin und Zahnmedizin spielen.

Die SMSH wurde 1981 als eine der ersten Fachgesellschaften in Europa von drei Psychiatern gegründet, in einer Zeit, da überall in der westlichen Welt ähnliche Gesellschaften entstanden. Sie weiss sich den naturwissenschaftlichen Grundlagen verpflichtet und distanziert sich von jeder Art von Laienhypnose ebenso sehr wie von Esoterik und von magischen Praktiken.

Es ist unterdessen allgemein anerkannt, dass Hypnose ein rationales und von jedermann erlernbares Heilverfahren darstellt, das – wie andere Disziplinen auch – ausser Ausbildung und einem gewissen Engagement keine besonderen Qualitäten voraussetzt. Sie ist ein integraler Bestandteil der modernen Medizin und Zahnmedizin.

Die SMSH ist Mitglied der European Society of Hypnosis (ESH) und der International Society of Hypnosis (ISH). Die SMSH ist auf den ethischen Code der ISH verpflichtet.

Sie nimmt nur Ärzte und Zahnärzte als ordentliche Mitglieder auf, doch sind auch psychotherapeutisch tätige nichtärztliche Psychologen, cand. med. und cand. med. dent. als Gäste willkommen, und des öftern sind auch

Psychologen als Referenten eingeladen. Die SMSH arbeitet eng zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Hypnose (GHypS) und mit der Schweizerischen Gesellschaft für Autogenes Training (SGAT), die auch Psychologen aufnimmt.

Die Mitglieder der SMSH sind zu einem grossen Teil somatische Ärzte, zu einem kleineren Psychiater und Zahnärzte. Die gegenseitigen Anregungen dieser verschiedenen Berufsgruppen haben sich als sehr fruchtbar erwiesen, weshalb wir auch seit ein paar Jahren die Anfängergruppen bewusst gemischt unterrichten.

Info über die Ausbildungsmöglichkeiten und die SMSH sowie ausführliches Literaturverzeichnis beim Sekretariat erhältlich:

Frau V. Greising,
Kehrsitenstr.23,
6362 Stansstad
Tel. 041/281.17.45
Fax 041/280.30.36
e-mail: Vreni.Greising@compuserve.com

Ausgewählte Literatur:

- BONGARTZ B. UND W.: Hypnose, wie sie wirkt und wem sie hilft. RoRoRo 1992 ISBN 3 499 19133 4
- REVENSTORF D.: Klinische Hypnose, Springer 1993 ISBN 3 540 56247 8
- SCHMIERER A. UND G.: Einführung in die zahnärztliche Hypnose, Video und Buch, Quintessenz 1993 ISBN 3 87652 995 6
- GRINDER J. UND BANDLER R.: Therapie in Trance, Klett-Cotta 1994 ISBN 3 608 95140 7
- FREUD S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, S. 428–431, 442, Fischer 1995 ISBN 3 5961 0432 7
- JUNG C.G.: Erinnerungen, Träume, Gedanken, S.124, 125 Walter 1992 ISBN 3 530 40734 8
- WOLFF K.: Hypnotische Archäologie, CH-Hypnose Vol VIII No 2/1998 S. 4–29



Ungefähr zwanzig Minuten nach unserer Begrüssung im Wartezimmer sitzt die «Anästhesie». Wir können präparieren. Anfangs reagiert die Patientin noch leicht auf Dentinpräparation. Wir lassen immer mehr Anästhetikum aus der Hand in die Gegend fliessen, mit jedem Ausatmen wird Sensibilität aus Hand und Oberkiefer rechts abgeblasen und die Patientin kann mental abdriften: Sie taucht vor den Malediven in einem Korallenriff. Es ist ihre erste Hypnoanalyse.

Leitbild für ganzheitlich denkende Zahnärzte/innen

Ganzheitliche Zahnmedizin bedeutet Zahnmedizin nach den Regeln der Schulmedizin unter Berücksichtigung der bekannten energetischen Beziehungen der Odontome zum übrigen Organismus, bedeutet weiter die Zusammenführung von schulmedizinischem Können, naturheilkundlichem Wissen und spezifischen Naturheilverfahren zu einem individuell subjektiv und von der Erfahrung des Behandlers abhängig ist.

Innerhalb dieses ganzheitlichen Denkgebäudes gibt es viele verschiedene Wege. Fundament dieses ganzheitlichen Gebäudes sind die Grundkenntnisse energetischer Zusammenhänge im Organismus, wie es uns die Akupunktur lehrt, Kenntnisse der Wirkungsweise homöopathischer Medikamente aufgrund nichtmateriell-energetischer Eigenschaften und die Kenntnisse über das Grundsystem nach Pischinger, welches den Brückenschlag zur wissenschaftlichen Medizin darstellt. Ein ganzheitlicher Befund ergänzt den schulmedizinischen Befund durch zusätzliche Erkenntnisse der angewandten additiven Methoden unter Respektierung der Einheit Geist – Psyche – Körper. Von entscheidender Bedeutung ist hier die Beurteilung einer Störung der Regulationsfähigkeit infolge von Schwermetallen, Geopathie, elektromagnetischen Feldern, Okklusion, Herden und Störfeldern, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, chemischen Noxen, Psyche u.a.m.

Komplementäre diagnostische Testverfahren

Unter dem Vorbehalt einer ständigen Ergänzung und in Anlehnung an die Ausbildungsordnung der SGZM

und die Qualitätssicherung der GZM (Internationale Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin) ist es sinnvoll, mindestens drei der erwähnten Methoden in gegenseitiger Ergänzung anzuwenden:

- Regulationsthermographie
 - Bioelektrische Funktions- und Regulationsdiagnostik
 - Elektroakupunktur
 - Auriculomedizin – RAC
 - Bioenergetische Verfahren
 - Biophysikalische Informationstherapie-Biokybernetik
 - Psychologische Tests
 - Neuraltherapeutischer Test
 - Messung intraoraler Spannungen
- und andere mehr.

Richtlinien für Herd- und Störfeldsanierung

Im allgemeinen erfolgt eine Sanierung nach individuell erarbeiteter Diagnose unter Berücksichtigung schulmedizinischer Kriterien. Von entscheidender Bedeutung für den Zeitpunkt und den zeitlichen Ablauf der Behandlung ist die Frage der Regulationsfähigkeit des Patienten. Toxische und energetische Belastung müssen auseinandergehalten werden. Eine geeignete Vorbehandlung soll die energetische und regulatorische Situation des Patienten nach Möglichkeit so weit verbessern, dass er die Belastungen, die er während der Sanierung erleidet, ohne bleibenden Schaden erdulden kann.

Während einer Sanierung ist der Regulationsfrage besonders Beachtung zu schenken und eine entsprechende Begleittherapie individuell anzupassen.

Im speziellen gelten folgende Richtlinien für:

- Sanierung der Herde und Störfelder im Zahn-/Kieferbereich:

Schweizerische Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin SGZM

Merkblatt für Amalgamträger Empfehlungen und Massnahmen

Keine Panik in Sachen Amalgamproblematik

Um die Situation patientengerecht einschätzen zu können und um Missverständnissen zwischen Patient und Zahnarzt vorzubeugen, kommen folgende Richtlinien zur Anwendung:

1. Bestehende Amalgamfüllungen können im Mund belassen werden, sofern sich der/die Betroffene gesund fühlt und die Füllungen den funktionellen, klinischen und vielleicht auch ästhetischen Kriterien gerecht werden.
 2. Der Ersatz von defekten Amalgamfüllungen erfolgt nicht mehr mit Amalgam, sondern mit individuell optimal verträglichen Werkstoffen. Über Vor- und Nachteile der einzelnen Materialien und deren Kostenaufwand gibt Ihnen Ihr Zahnarzt Auskunft.
 3. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre erhalten keine Amalgamfüllungen.
 4. Schwangere und stillende Frauen erhalten weder neue Amalgamfüllungen, noch sollen bestehende Füllungen entfernt oder poliert werden (Notfälle ausgenommen), da sowohl beim Legen als auch beim Entfernen von Amalgamfüllungen für den Organismus stark belastende, giftige Quecksilberdämpfe entstehen.
 5. Abklärungen von Organbelastungen durch Amalgam werden vorgenommen bei:
 - a. chronisch kranken Patienten auf Anweisung des Arztes
 - b. Patienten mit therapieresistenten Beschwerden
 - c. Patienten, welche unter dem Druck der Amalgamproblematik leiden.
- Grund für dieses Vorgehen ist die Tatsache, dass Amalgamlegierungen ohne Ausnahme ca. 50% Quecksilber enthalten. Dieses Schwermetall ist in jedem Fall toxisch (siehe Informationen der WHO) und ist häufig mitverantwortlich für Störungen der Regulationsfähigkeit und damit der Selbstheilungsfähigkeit des Organismus.
6. Die Entfernung von Amalgamfüllungen wird gemäss den Richtlinien zur Amalgam-Entfernung der Schweizerischen Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin SGZM durchgeführt.

Weiterführende Informationen:

Sekretariat SGZM, Postfach 969, 3000 Bern

- Allfällige Entfernung von devitalen Zähnen, Granulomen, Zysten, Fremdkörpern,
- kieferostitischen Prozessen, retinierten bzw. verlagerten Zähnen und chronischen Pulpitiden.

Amalgamsanierung:

wenn möglich Kofferdam, keine Turbine, gute Absauganlage und übliche Schutzmassnahmen für Behandlungsteam und Patient, pro Sitzung maximal einen Quadranten entfernen, zeitlicher

Abstand ist individuell auszu-
testen, Prämedikation zum
Binden des Quecksilbers,
verträgliche Zwischenversor-
gung bis zur definitiven Ver-
sorgung, Sanierung erfordert
unbedingt auch eine an-
schliessende Ausleitung.

Ausleitungsverfahren:

- im allgemeinen erst nach
Entfernung aller Herde und
Störfelder bzw. Amalgame
- Homöotherapie
- chemische Verfahren (Che-
latbildner)
- Biophysikalische Informati-
onstherapie mit patienten-
eigenen Materialien (z.B.
Amalgam)
- Ergänzung dieser Verfahren
mit Vitamin C, Selen, Zink-
substitution und anderes
mehr.

Ganzheitliche Prophylaxe

Die Vermittlung eines ganz-
heitlichen Zahnbewusstseins
wird ermöglicht und eine
entsprechende Motivation
des Patienten angestrebt. In
Ergänzung der schulmedi-
zinischen Aspekte werden
folgenden Kriterien beson-
dere Aufmerksamkeit ge-
schenkt:

- Ernährungslenkung, Erhal-
tung einer gesunden Darm-
flora
- Fluorapplikation im
Schmelzbereich tolerieren,
fluorfreie Praxis anstreben
- keine endodontischen Be-
handlungen bei Chronisch-
kranken, bei Gesunden
vorherige Aufklärung
- Austesten endodontisch be-
handelter Zähne auf Bela-
stung vor Anfertigung der
Suprakonstruktion
- Materialien: kein Amalgam,
kein Cadmium (Kunststof-
fe), kein Palladium. Mög-
lichst nur eine Metallegie-
rung, generell vorher auste-
sten
- Implantate: Indikation sehr
restriktiv handhaben, aus-
testen, volle Aufklärung des
Patienten
- KO unter Respektierung
ganzheitlicher Aspekte (Bio-
nator).

Patientenführung

Eine umfassende Information
des Patienten über seine
ganzheitliche Situation wird
angestrebt. Dies erfordert ne-
ben genügend Unterlagen
(z.B. OPT) vor allem einen
vermehrten Zeitaufwand. Ein-
e dadurch erwirkte Motiva-
tion des Patienten ist eine
Conditio sine qua non für das
Erreichen des ganzheitlichen
Sanierungsziels. In jeder Pha-
se der Behandlung ist die
Patientensituation in physi-
scher, psychischer und sozia-
ler Hinsicht zu respektieren.
Zu Beginn einer Behandlung
ist der Patient über die finan-
ziellen Konsequenzen zu in-
formieren. Bezüglich ergän-
zender Behandlungen ist eine
Zusammenarbeit mit den
Krankenkassen anzustreben.
In Zukunft ist eine Zusam-
menarbeit mit Ärzten und
Therapeuten gleicher Denk-
weise anzustreben, um dem
Patienten ein ganzheitliches
Behandlungskonzept zu ge-
währleisten.

Aus- und Weiterbildung

Die Gesellschaft hat eine
breitgefächerte Ausbildungs-
ordnung im Bestreben, die
primär einseitige Ausbildung
zu erweitern. Aus Gründen
der Qualitätskontrolle be-
steht eine Weiterbildung-
pflicht. Die SGZM strebt den
Anschluss an die komple-
mentärmedizinischen Ärzte-
vereinigungen an.

Dokumentation

Die Gesellschaft ist bestrebt,
für die ganzheitlich arbei-
tenden Zahnärztinnen und
Zahnärzte eine ständig zu er-
gänzende Sammlung von
Formularen bereitzustellen.
Dies bedingt die Mitarbeit al-
ler. Im speziellen werden an-
geboten:

- Anamneseblatt
- Katamneseblatt
- forensisches Infoblatt
- Patientenmerkblätter.

Schweizerische Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin SGZM

Richtlinien zur Amalgam-Entfernung und -Auslei- tung bei Amalgamunverträglichkeit

1. Beurteilung der Therapiefähigkeit
Vor der Entfernung der Amalgame ist durch einen kom-
plementärmedizinisch tätigen Arzt/Zahnarzt mittels einer
Regulationstestmethode festzustellen, in welcher Regula-
tionslage sich der Patient befindet, und zu beurteilen, ob
die Amalgamsanierungstherapie in Angriff genommen
werden kann.

2. Vorbehandlung – Begleittherapie
Diese ist mit einem komplementärmedizinischen
Arzt/Zahnarzt durchzuführen. Es geht darum, den Orga-
nismus auf die bevorstehenden Belastungen durch ver-
mehrte Toxinausscheidung (Quecksilber) während der
Amalgamentfernung vorzubereiten. Die Behandlungen
bestehen aus:

- Darmsanierung (Symbioselenkung, Homöopathie,
allfällige Mycosetherapie, Hydrocolonthherapie u.a.m)
- Unterstützungstherapie mittels homöopathischer Medi-
kamente
- Selen-, Zink-, Vit.-C-Substitution
- Ernährungsumstellung.

Diese Therapien werden als Begleittherapie während der
ganz Amalgamsanierung und Ausleitungstherapie fort-
geführt. Allenfalls ist die Medikation den gegebenen Um-
ständen anzupassen.

3. Vorgehen bei der Amalgamentfernung
Restlose Entfernung des Amalgams, auch des verfärbten
Dentins, jedoch mit vorrangigem Respekt vor der Pulpa,
dies unter Kofferdamschutz. Das Entfernen des Amal-
gams darf nicht mit der Turbine erfolgen, sondern mit
dem roten Winkelstück unter maximaler Wassersprayküh-
lung. Die Füllungen sollen so zerlegt werden, dass mög-
lichst grosse Füllungsstücke en bloc herausgenommen
werden können. Die individuelle Belastbarkeit des Pati-
enten (s. Pkt.1) bestimmt, wie viele Füllungen in einer
Sitzung entfernt werden können, höchstens jedoch alle
Füllungen eines Quadranten. Der Abstand zwischen den
Amalgamentfernungssitzungen wird durch die aktuelle
Reaktionslage des Patienten bestimmt. Empfohlene In-
tervallzeit: 8 Wochen. Nach der Amalgamentfernung sol-
len die Zähne mittelfristig mit nach Möglichkeit metall-
freien Provisorien versorgt werden. Die definitive Fül-
lungstherapie darf erst nach Ausleitung der Amalgambe-
lastung aus dem gesamten Organismus erfolgen.

Beachte: Alle zu verwendenden Materialien müssen vor
Applikation auf ihre Verträglichkeit ausgetestet werden!

4. Ausleitungstherapie
Sie erfolgt nach der Entfernung sämtlicher Amalgamfü-
llungen mittels der für die individuellen Verhältnisse
optimalen Ausleitungsverfahren, bis der Amalgambela-
stungstest negativ ausfällt.

Informationen: Sekretariat SGZM, Postfach 969,
3000 Bern 7

Jan Miense Molenaer:

«Ein Zahnbrecher in einem Interieur»

Mirjam Neumeister (Bonn)

Zahnschmerzen, Knochenbrüche, Operationen – so sah der Arbeitsalltag eines Dorfbabiers im 17. Jahrhundert aus, der vielfältige Gebrechen kurieren musste. Die für unsere Zeit selbstverständliche medizinische Spezialisierung war damals undenkbar.

Das Gemälde von dem holländischen Genremaler Jan Miense Molenaer gewährt uns einen Einblick in die «Praxis» eines solchen Dorfbabiers, der noch mit einer Zahnoperation beschäftigt ist, während durch die Tür im Hintergrund schon der nächste Patient mit einem schmerzenden Arm eintritt. Der Zahnkranke in einer ärmlichen, bäuerlichen Tracht ist an die Lehne eines einfachen Stuhles angebunden, dennoch wehrt er sich mit emporgesetzten Beinen gegen den Eingriff. Durch die grossen Löcher seiner grauweißen Hose blicken die Knie hindurch, ausserdem trägt er ein rotes Hemd mit geöffnetem Kragen. Er wird von einem kleinen Jungen begleitet, der sich voller Entsetzen sein kurzes, buschiges Haar rauft. Unbeeindruckt von dessen Geschrei befühlt der Zahnbrecher die Zähne des vor ihm sitzenden Kran-

ken. Sein Gewand sticht deutlich von dem des Bauern ab: Er ist mit einem olivgrünen Wams über hellbraunen kurzen Hosen bekleidet, die geschlitzt sind und einen weissen Stoff hervorscheinen lassen. Dazu trägt er grünblaue Strümpfe und auf dem Kopf ein mit einer weissen Feder verziertes Barett. Die Behandlung findet in seinem Wohnraum statt; darauf weist das Regal links hin, auf dessen Brettern verschiedene ärztliche Utensilien, darunter ein Totenschädel, abgelegt sind. Durch die geöffnete Tür im Hintergrund tritt ein alter Mann ein, der auf dem Kopf einen Schlapphut und seinen Arm in der Schlinge trägt.

Das Gemälde wird Jan Miense Molenaer zugeschrieben. Der Genremaler wurde ca. 1610 in Haarlem geboren, worauf eine notarielle Urkunde vom 21. November 1637 verweist, in der sein Alter mit 27 Jahren angegeben wird. Seine frühesten, um 1628 bis 1630 entstandenen Werke weisen deutliche Parallelen zu den Genrebildern des vor allem für seine Porträts bekannten Haarlemer Malers Frans Hals (1582/83–1666) auf. Bei diesem hatte Molenaer

wohl sein Handwerk gelernt, denn vor allem die halbfigurigen Genreszenen mit ausgelassenen Kindern weisen Parallelen zu seinem Vorbild auf. Auch die lebendige Wiedergabe des Kindes in dem vorliegenden Bild, das durch sein Verhalten die Szene kommentiert, geht auf Vorbilder von Frans Hals zurück. Am 1. Juni 1636 heiratete Molenaer die gleichfalls als Malerin in Haarlem tätige Judith Leyster (1609–1660) und zog mit ihr noch im selben Jahr nach Amsterdam. Dort entstanden Genrebilder, aber auch Historien, Porträts und Allegorien, wobei die Grenzen zwischen den Gattungen häufig verschwimmen. In den Porträts wird nun das Vorbild des in Amsterdam besonders geschätzten Bildnismalers Thomas de Keyser (1596/97–1667) wirksam, die kleinfigurigen Genreszenen hingegen gehen auf Dirck Hals (1591–1656) zurück. 1648 zog Molenaer wieder in das bei Haarlem gelegene Heemstede, wo er seine letzten Lebensjahre verbrachte. Am 19. September 1668 wurde der Maler in Haarlem begraben.

Hinsichtlich seiner komisch-übertreibenden Erzählweise und der Zuwendung zu traditionellen Themen ist Jan Miense Molenaer als Vorläufer von Jan Steen (1626–1679) zu bezeichnen. Wie dieser griff er wiederholt auf Themen zurück, die von der im 16. Jahrhundert unter dem Einfluss des Humanismus ausgebildeten Moraldidaxe geprägt waren. Darauf weist das Motiv des Marktkorbes, über dem ein Wanderstock abgelegt ist, in der linken unteren Bildecke hin. Es dient dazu, den Patienten als Bauern auszuweisen, der als Vertreter eines nur den sinnlichen Begierden unterworfenen Lebenswandels gesehen und daher zum Objekt der moralisierenden Lasterschelte wurde. Die Kritik zielte auf die traditionell mit dem bäuerlichen Stand assoziierte Leichtgläubigkeit und

Einfalt, die dazu führen, dass man sich ohne Vorbehalt in die Hände eines Scharlatans begibt. Damit steht Molenaer in der von Hieronymus Bosch (um 1450–1516) und Lucas van Leyden (1494–1534) begründeten Tradition, welche die Praktiken der Zahnbrecher als Scharlatanerie und das umstehende Publikum als allzu leichtgläubig und dem blossen Schein verfallen verurteilt.

Unter dem Einfluss von Adriaen van Ostade (1610–1685), dem bedeutenden Vertreter des bäuerlichen Genres, wandte sich Molenaer ab den 1640er Jahren verstärkt bäuerlichen Themen zu, die sich durch Vielfigurigkeit und ein reduziertes Kolorit auszeichnen. Auf diesen Impuls gehen auch die Wiedergabe des einfachen Interieurs und die rustikalen Figurentypen in dem vorliegenden Bild zurück. Das Thema könnte durch Adriaen Brouwer (1605/06–1638) angeregt worden sein, in dessen *Ceuvre* Darstellungen von Zahn- oder Fussoperationen eine wichtige Rolle spielen. Aufgrund dieser Parallelen ist für das vorliegende Gemälde eine Entstehung in den 1640er Jahren wahrscheinlich. Da es für diese Schaffensphase jedoch nur sehr wenige datierte Werke gibt, muss eine genauere zeitliche Einordnung offen bleiben.



Jan Miense Molenaer: «Ein Zahnbrecher in einem Interieur» Sammlung BonaDent Öl/Holz; 24,1 × 26 cm Provenienz: Vst. Christie's, New York, 29.1.1998

Interessenten können eine Reproduktion des hier vorgestellten Exponats als vierfarbige Offset-Lithographie zu einem geringen Preis erwerben. Anfragen/Bestellungen sind zu richten an: BonaDent GmbH, Berner Strasse 28, D-60437 Frankfurt/M. Telefon 0049 69 507 40 85 Telefax 0049 69 507 38 62 Internet: <http://www.bonadent.de> (siehe dort auch die Kleine Galerie «BonaDent-ART»). E-Mail: bonadent@online.de

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht vom SSO-Kongress in Davos, 11. bis 13. Juni 1998

«Zahnärztliche Chirurgie und Traumatologie in der Praxis»

Teil II

Thomas Vauthier, Basel

Nachdem in Heft 8/98 der SMfZ über den ersten Teil des wissenschaftlichen Programms berichtet wurde, folgt hier eine Zusammenfassung der restlichen Vorträge dieses interessanten, auf zweieinhalb Tage verteilten SSO-Kongresses 1998 in den Bündner Alpen. Die Referate des Freitagmorgens waren einerseits Problemen der Kieferhöhlen und der Zahntransplantation und andererseits speziell der Traumatologie gewidmet. Der Nachmittag befasste sich dann mit Themen aus dem weiteren Umfeld der Medizin, die in der Oralchirurgie von Bedeutung sein können. Der Samstagmorgen zeigte in überzeugender Weise die Möglichkeiten der rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgie im Dienste der Implantologie und der Parodontologie. Den Abschluss machten zwei Vorträge zur aktuellen Forschung und Erprobung von Techniken der Zukunft.

Odontogene Kieferhöhlen-erkrankungen

(Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht, Basel)

Obwohl in vielen Fällen die klinische Symptomatologie und die Anamnese eine Diagnose des Vorliegens einer odontogenen Kieferhöhlen-erkrankung erlauben, muss in jedem Fall die genaue Untersuchung versuchen, die Ursache und das Ausmass der Infektion möglichst genau zu klären. Normale Zahnfilme können bereits über die Beziehungen zwischen Zähnen

und Sinus Aufschluss geben. Hingegen ist das Orthopantomogramm, unter anderem projektionsbedingt, von geringem Nutzen und erlaubt nur die Beurteilung der basalen Anteile der para-orale Kieferhöhlen. Bei den bildgebenden Verfahren sind heute der CT-Scan und eventuell auch das MRT die wichtigsten Diagnosehilfen. Ultraschall erweist sich höchstens als nützlich bei der Überwachung des Verlaufs der Erkrankung. Neue Perspektiven eröffnen sich seit kurzem durch den Einsatz miniaturisierter digitaler Kameras, die nicht nur einen direkten endoskopischen Einblick ermöglichen, sondern gegebenenfalls auch die direkte Kontrolle des chirurgischen Eingriffs. In der Differentialdiagnose muss zwischen odontogenen und rhinogenen Sinusitiden unterschieden werden. Im ersten Fall sind die Ätiologien meist endodontischer oder parodontaler Natur, seltener Trauma oder iatrogenes Eröffnung z. B. bei Extraktionen im OK, in der Implantologie, bei der Behandlung von Zysten oder bei Wurzelspitzenresektionen. Während bei den rhinogenen Kieferhöhlen-erkrankungen die viralen und bakteriellen Infekte im Vordergrund stehen, ist zu beachten, dass immerhin bis zu 40 % der Fälle allergischer Genese sein können. Die Therapie hat immer primär

die Beseitigung der Ursache zum Ziel und kann deshalb konservativ oder chirurgisch erfolgen. In akuten Fällen umfasst das operative Vorgehen einen Zahnfleischrand-schnitt, Eröffnung eines – periostgestielten! – Knochen-deckels, und somit Schaffung eines visuellen oder endoskopischen Zugangs, was auch die Drainage des Sinus (Pus, seröse Flüssigkeit, gestaute Gase) erleichtert. All-fällige Fremdkörper (Wurzelse, überschüssiges Wurzelfüllmaterial etc.) werden entfernt und der Zugang im Sinne einer Restitutio ad integrum möglichst hermetisch verschlossen. In chronischen Fällen dient die Chirurgie meist einer Revision pathologischer Gewebe, sei es des Epithels oder der anderer Weichteile, z. B. bei Fisteln, Zysten, Pseudozysten, Mykosen oder bei Tumoren, mit anschliessendem plastischen Verschluss.

Das Zahntrauma

(Dr. Thomas von Arx, Luzern)

In diesem Vortrag wurden die verschiedenen Aspekte dieses weitgefächerten Thema prägnant zusammengefasst. Er-stens gilt es immer zwischen einer reinen Luxation/Sub-luxation und der Fraktur zu unterscheiden. Anamnese, klinische Untersuchung und Röntgenbilder (vor allem Okklusalaufnahmen) ergänzen sich hier zu einer diagnostischen Triade. Bei der Prävalenz ist festzustellen, dass 45 % Milchzahntraumata sind, davon 70–80 % in der OK-Front. Bei Kleinkindern kommt meist nur eine palliative Behandlung in Frage. Der Referent warnte jedoch, total luxierte Milchzähne in keinem Fall zu reponieren. Spätfolgen eines solchen Versuchs sind je nach Alter des kleinen Patienten Schäden oder Missbildungen an den definitiven Zähnen, im schlimmsten Fall kann es gar zu einer «odonto-ma-like malformation» kommen. Bei Traumata an blei-

benden Zähnen basiert die Behandlung auf Reposition und Schienung, wobei letztere nicht allzu starr sein soll. Die bekannten Folgen sind Komplikationen seitens der Pulpa mit Nekrose, Obliteration oder auch Heilung. Das endodontische Vorgehen hängt von der Art des Traumas und dem Apifikationsstadium ab. Wurzelbehandlungen, sofern nötig, sollten vorzugsweise 7 bis 10 Tage nach der Schienung erfolgen. In der akuten oder späteren Vitalitätsprüfung kommt als neue Methode die Messung der Blutflussrate und Puls-oxymetrie mittels Laser-Dopp-ler mit Erfolg zum Einsatz. Trotz aller Vorsichtsmassnahmen sind interne oder externe Resorptionen nicht im vornherein auszuschlies-sen; besonders gehäuft treten sie nach Spät-replantation auf.

Diagnostik und Therapie der Alveolarfortsatzfraktur

(Dr. Dr. Christian Oechslin, Zürich)

Während das vorhergehende Referat spezifisch auf die Zahntraumatologie eingegangen war, befasste sich Oechslin mit den Frakturen des zahntragenden Alveolarfortsatzes. Diese machen immerhin rund 15 bis 20 % aller dentalen Verletzungen aus. Die Ursachen sind zahlreich und reichen von Sport- oder Verkehrsunfällen über berufsbedingte Unfälle bis zu Folgen von Misshandlungen oder Ungeschicklichkeit. Die Diagnose ergibt sich aus der Klinik und wird durch den axialen CT-Scan genauer dargestellt. Der Frakturverlauf ist dabei meist durch die Krafteinwirkung bedingt. Daher betreffen 80 % dieser Verletzungen die frontalen Abschnitte des Kieferkamms. An zweiter Stelle stehen die bukkalen Anteile anderer Regionen, die jedoch weit seltener betroffen sind. Bei der Differentialdiagnose gilt es abzuklären, ob reine Zahn-

oder Wurzelfrakturen vorliegen und ob allenfalls Kieferköpfchen oder Jochbein mitbetroffen sind. Die Therapie kann je nach Schwere der Verletzung konservativ oder chirurgisch sein, muss aber in jedem Fall durch Gabe von Antibiotika (Clindamycin oder Cephalosporine) abgeschirmt werden. Die Fixierung ist auf eine Dauer von 4 bis 6 Wochen anzusetzen. Einen Spezialfall stellen die Trümmerfrakturen dar: Hier ist ein zeitlich gestaffeltes Vorgehen die Regel, bestehend aus Débridement und konservativer Primärvorsorgung, gefolgt vom Aufbau mit autologem Knochen und in der Schlussphase allenfalls Rehabilitation mit Implantaten.

Klinische und radiologische Beurteilung der Autotransplantation von Zähnen

(Dr. Jean-Pierre Schatz, Genf)
Die von ANDEASSEN (1970) vorgeschlagene und von SLAGSVOLD (1978) weiterentwickelte Transplantation von Zahneinheiten war und bleibt (besonders im Zeitalter der Implantologie) eine eher marginale Technik, um Lücken in den Zahnreihen chirurgisch-orthodontisch zu schliessen. Als Hauptindikationen kommen Nichtanlagen, orthodontisch «überflüssige» Elemente, z. B. bei Engstand, retinierte Canini oder Prämolaren sowie Doppelanlagen in Frage. Der ideale Zeitpunkt zur Transplantation ist ein zu $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ abgeschlossenes Wurzelwachstum. Experimentiert wurde hauptsächlich mit Prämolaren, bei denen meist eine normale Wurzellänge erzielt werden kann. Bei Verpflanzung von Weisheitszähnen, die an der Uni Genf gut dokumentiert ist, sind die klinischen Resultate schwer zu vergleichen, aber langfristig im allgemeinen weniger überzeugend. Abgesehen von Komplikationen der Pulpa (Obli-

teration, Nekrose) fallen hier hauptsächlich die parodontalen Spätfolgen (interne und externe Wurzelresorptionen) ins Gewicht. Infolgedessen kommt die Technik heute nur noch in Ausnahmefällen zur Anwendung.

Orale Chirurgie bei Patienten mit Hämostasestörungen

(Prof. Dr. Bernhard Lämmle/
Dr. Dr. Roland Vogt, Bern)

In diesem Doppelvortrag definierte zuerst Lämmle, als Spezialist in Hämatologie, die verschiedenen Ätiologien und Formen der hämorrhagischen Diathese. Je nach Dauer und Intensität der abnormen Blutungsneigung, sei sie kongenital oder iatrogen (Antikoagulation bei medizinischen Indikationen), sind die Konsequenzen für chirurgische Eingriffe, auch für den Zahnarzt, verschieden. Anhand beeindruckender Dias dokumentierte der Spezialist die vaskulären Formen (bei Morbus Schönlein-Henoch, Morbus Osler), primäre (Anomalien der Thrombozyten oder des Von-Willebrand-Faktors) und sekundäre (Störungen der plasmatischen Gerinnung) und anderen Hyperfibrinolyse. Kombinationen verschiedener Formen sind ebenfalls möglich. Als Zahnarzt und Spezialist für Oralchirurgie erörterte Vogt gleich anschliessend die wichtigsten Folgerungen, die sich aus den vorangegangenen medizinisch-hämatologischen Betrachtungen für die Praxis ergeben. Er forderte vorrangig zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf. Ansprechpartner kann je nach Patient der Hausarzt oder Internist sein, in speziellen Fällen sollte auch ein Hämatologe beigezogen werden, um allfällige präoperative Massnahmen zu treffen. Als relativ häufig anzutreffendes Problem nannte er die kardiovaskuläre Prophylaxe mit ASS (Acetylsalicylsäure) – meist 325 mg jeden 2. Tag –,

die zu einer «milden» hämorrhagischen Diathese führt. Hier genügt meist ein Absetzen der Aspiringaben am 6. Tag vor dem geplanten Eingriff und die Wiedereinnahme am Tag danach. Es sollte aber nicht eigenmächtig, sondern in Absprache mit dem behandelnden Arzt vorgegangen werden. Unter den wichtigsten peri-, respektive intraoperativen Vorsichtsmassnahmen nannte Vogt eine möglichst atraumatische Operationstechnik, Abschirmung mit Amoxicyclin + Clavulansäure (Augmentin®) und die Verwendung von Kollagenvlies (xenogener Verband) oder Fibrinkleber (allogenes Material). Bei der Wundversorgung ist auf eine dichte primäre Naht zu achten und gegebenenfalls mit einer Tiefziehschiene für Kompression und Schutz der Wunde, bzw. der Nähte, zu sorgen.

Lokale Komplikationen in der Oralchirurgie

(Prof. Dr. Jacky Samson, Genf)
Der Genfer Stomatologe beschränkte sein Referat auf die «klassische» Oralchirurgie und hatte das Gebiet der Implantologie bewusst ausgespart, indem er meinte, es würde den Rahmen sprengen, auf die speziellen Probleme dieses Gebiets einzugehen. In seiner Zusammenstellung behandelte er zuerst Komplikationen, die durch die anatomischen Strukturen entstehen können. Die häufigsten Verletzungen betreffen Nerven (N. alveolaris inf., N. lingualis etc.) oder Blutgefässe (A. palatina ant. + post., Aa. alveolares), seltener Ausführgänge der Speicheldrüsen. Dazu kommen unbeabsichtigte Luxationen von Zähnen oder Dislokationen in Nachbarstrukturen, Kieferhöhleneröffnungen und Frakturen des Alveolarkammes oder der Mandibula. Danach erläuterte Samson die physiopathologisch bedingten Komplikationen. Diese entstehen sehr oft durch die

Lokalanästhesie oder durch bestehende Veränderungen der Gewebe (Entzündung, Ödem, Hämatom, subkutanes Emphysem). Letztere können meist mit Kältekompresen oder Antiphlogistika prophylaktisch gemildert werden. Gerinnungsstörungen und Infektionen sind präoperativ mit geeigneten Massnahmen zu behandeln. Folgen nachlässiger Prophylaxe in solchen Fällen können Alveolitis, Gewebnekrosen, Cellulitis oder gar Osteomyelitis sein. In jedem Fall hat die medizinische Betreuung des Patienten vor den chirurgischen Aspekten die Priorität.

Konservative und chirurgische Therapie der Speicheldrüsenerkrankungen

(Dr. Dr. Harald Schiel, Basel)

Die verschiedenen Erkrankungen der Speicheldrüsen werden bestimmt durch die Anatomie und die Physiologie der betroffenen Gewebe. Sie können in folgende Kategorien unterteilt werden: 1. Entzündungen (Sialadenitis), 2. Mukozelen, 3. Sialolithiasis, 4. Infekte und 5. Tumoren. Ausser der Klinik kommen in der Diagnostik vor allem Ultraschall, Röntgen mit Kontrastmitteln (direkte Injektion in Ausführgänge oder mit speichelgängigen Substanzen), Funktionsszintigraphie sowie Substraktionstechniken zur Anwendung. In der Praxis relativ häufig sind Stasen durch Sialolithiasis, wobei in Fällen kleiner Steine die Stimulation der Sekretion (z. B. durch Zitronensaft) genügt, um das «Corpus delicti» zu expulsiere. In schwereren Fällen kann nur die Chirurgie Abhilfe schaffen, wobei als «unblutige Methode» die Zerkleinerung des Steines mit hochfrequenten Schallwellen (Sialolithotripsie) – entsprechend ähnlicher Methoden in der Nephrologie oder bei Cholelithiasis – durchaus mit

Erfolg zum Einsatz kommen kann. Bei voluminösen Lithiasen oder reaktioneller Schädigung der Gewebe ist die Wiederherstellung normaler Durchgängigkeit oft nicht gegeben. Dies ist eine der Indikationen zur Marsupialisation. Bei den Tumoren der Speicheldrüsen, 1991 durch die WHO neu klassifiziert, sind 90% epithelialen Ursprungs, wobei die pleomorphen Adenome 50% aller Speicheldrüsentumoren ausmachen. Diese Prävalenz entspricht 67,5% aller Adenome! 85% der nicht-epithelialen Tumoren sind gutartig. Die häufigsten malignen Neoplasien der Speicheldrüsen sind Karzinome. Sie zeichnen sich durch ihr ausserordentlich schnelles Wachstum aus und fallen oft durch neurologische Symptome auf.

Chirurgie gutartiger Neubildungen und plastische Weichteilkorrekturen

(PD Dr. Dr. Klaus Grätz, Zürich)

In einem reich illustrierten Übersichtsreferat wurden hier die verschiedenen chirurgischen Techniken zur Beseitigung gutartiger Tumoren dargestellt. Während Fibrome, Osteome, Lipome und Papillome meist durch klassische Exzision, respektive CO₂-Laser eradiziert werden, stellen Angiome aufgrund ihres komplexen Wachstumsmusters und der reichen Durchblutung den Chirurgen naturgemäss vor weit grössere Probleme. Nach eventueller präoperativer Embolisation kommen hier in erster Linie die Kryotherapie und die interstitielle Lasertherapie, auch in Kombination, zur Anwendung. Im zweiten Teil seines Vortrages erläuterte Grätz die verschiedenen, für den zahnärztlichen Praktiker zum Teil doch recht spektakulären, Techniken der rekonstruktiven Chirurgie der Weichteile.

Rekonstruktive Chirurgie am Alveolarfortsatz

(Prof. Dr. Daniel Buser, Bern)

Am Samstagmorgen fasste der Berner Chirurg und Implantologe (vor leider schon etwas gelichteten Reihen im Publikum) die wichtigsten Erkenntnisse der neueren Forschung auf dem Gebiet des Wiederaufbaus, respektive der Regeneration, des alveolaren Knochens zusammen. Dabei spielt die Ätiologie des Defektes, ob durch Trauma oder Infektion, nur im zweiten Fall eine Rolle, insofern als in diesen Fällen vorgängig zur chirurgischen Phase eine strikte Kontrolle der Keimbesiedelung erreicht werden muss. Die SMfZ hat in Heft 4/98 einen ausgezeichneten und reichhaltig illustrierten Originalartikel dieses Autors («Fortschritte und aktuelle Trends in der oralen Implantologie», BUSER D und BELSER U) publiziert; somit sei an dieser Stelle nur auf die wichtigsten Punkte kurz eingegangen. In der GBR (Guided Bone Regeneration) haben sich die Membranen aus e-PTFE als «gold standard» durchgesetzt, ebenso wie die Notwendigkeit der Abstützung dieser Barrieren durch autologe Knochentransplantate, die auch als osteoinduktives Gerüst eine wichtige Rolle spielen. Die Kombination dieser Techniken erlaubt heute Knochenregenerationen, wie sie noch vor wenigen Jahren unmöglich erschienen. Laterale Kammaufbauten ermöglichen das spätere Setzen von Implantaten durch Verbreiterung auch schmälerer und/oder atrophischer Regionen. Die Diskussion dreht sich hauptsächlich um die Probleme der bioreabsorbablen Membranen, die immer noch zu wenig Stabilität und Verweildauer bieten. Besondere Beachtung muss der Gestaltung der über dem Knochen liegenden Weichteile geschenkt werden. In ästhetisch anspruchsvollen Regio-

nen kommen hier zusätzliche Massnahmen wie Bindegewebstransplantate und allenfalls Gingivektomie (drei Monate nach dem chirurgischen Aufbau) zur Anwendung. Als Zukunftsperspektiven und -forderungen nannte der Spezialist eine mögliche Vereinfachung der Technik, bessere osteoinduktive Füller sowie bioresorbierbare Membranen mit genügender Stabilität. Im Handling scheint hier das neue Material Bio-Gide® (eine Kollagenmembran von Geistlich) einen ersten Ansatz zu bieten, jedoch ist die Resorption noch immer unbefriedigend, d. h. zu schnell.

Ästhetische Chirurgie bei Weichgewebdefekten im parodontalen Bereich

(Dr. Daniel Hess, St. Gallen)

Grundsätzlich kann dieser Bereich, je nach Indikation, in drei unterschiedliche Arten operative Techniken eingeteilt werden: es sind dies erhaltende, aufbauende und reduzierende Massnahmen. Während die erhaltenden (Prophylaxe, Gewebeschonung und -erhaltung) und reduzierenden Techniken (Kronenverlängerung, Kieferkammplastik) heute recht beherrschbar sind und eigentlich zum Grundarsenal des Praktikers gehören, sind die Resultate augmentativer Verfahren weniger sicher vorhersehbar. Besonders der Papillenaufbau stellt für den Chirurgen nach wie vor ein ungelöstes Problem dar. Hier gibt es keinen verlässlichen Standard, sondern es muss von Fall zu Fall entschieden werden. Zur Auswahl stehen z. B. Bindegewebstransplantate mit Dekung mittels gestieltem «split flap» (NELSON), Roll-Lappen (ABRAMS) sowie «Inlay»- oder «Wedge»-Techniken (GARBER & ROSENBERG). Als Übersicht zu diesem Thema mit entsprechender Bibliographie verwies Hess auf den Artikel von STUDER et al., Acta Med Dent Helv 3:68–74 (1998).

Laseranwendung in der oralen und Kiefer-Gesichtschirurgie

(Dr. Dr. Michael Nuebler-Moritz, Zürich)

In der Medizin sind seit vielen Jahren verschiedene Typen von Lasern im Einsatz. Dabei muss zwischen Anwendungen mit Dauerstrahlung («continuous wave») einerseits und gepulsten Lichtblitzen andererseits unterschieden werden. Es sei nur an die Excimer-Laser in der Ophthalmologie, Erbium-Yag-, Alexandrit- und Rubin-Laser in der Dermatologie erinnert. Bei den gasförmigen Lasermedien sind Argon und CO₂-Typen die bekanntesten. Die neugegründete Schweizerische Gesellschaft für oro-faziale Lasermedizin (SGOL) befasst sich mit den spezifischen Problemen und Anwendungen nicht nur in der Oralchirurgie, sondern auch in der Zahnmedizin ganz allgemein. Neben den – ausser in Ausnahmefällen unerwünschten – photothermischen Effekten sind die photochemischen und besonders die photoablativen Wirkungen des Lasers hier die Basis und Indikation zur Verwendung von Lasern. Diodenlaser mit einer Wellenlänge von 810 nm und spezielle Farbstoff- (Dye-)Laser kommen in diesem Fachgebiet vor allem bei vaskulären Veränderungen oder zur Erzeugung interstitieller Hyperthermie sowie selektiver Photothermolyse in der Onkologie zum Einsatz. Supergepulste (auch ultragepulste) CO₂-Laser sind ihrerseits interessant durch ihre gewebsabtragenden (ablativen) Wirkungen. Die Blitze mit einer Pulsdauer im Mikro- oder Nanosekunden-Bereich kommen mit Erfolg bei der Behandlung von Leukoplakien und aphtoiden, respektive lichenoiden Läsionen zur Anwendung. Dies gilt auch für Tumoren, wobei gegen Angiome Neodyn- oder Nd-Yag-Laser am effizientesten sind.

Computerassistierte orale Chirurgie

(Dr. U. Longenrich, Zürich)

Auch dieses Forschungsgebiet ist ein «Ableger» vorausgehender Techniken in der Humanmedizin. «Robodoc» oder ähnliche «Kollegen» sind schon heute, z. B. in der Orthopädie bei der hochpräzisen Platzierung von Hüftgelenksprothesen, in sehr fortgeschrittener klinischer Erprobung. Auf dem Gebiet der CAS (Computer Assisted Surgery) hat eine Schweizer Forschungsgruppe in der Klinik von Prof. Sailer, Zürich, und zu deren Protagonisten Longenrich gehört, das Stadium der ausserordentlich aufwendigen Grundlagenarbeit mittlerweile zurückgelegt. Erste Versuche mit dem «Virtual Patient System» im Dienste der Implantologie sind im Gang. Mit Hilfe von Videotechniken und CT-Scan erfolgt zuerst «off-line» die Planung und Erstellung einer elektronischen Schablone («template»). Die vorgewählten Messpunkte und anatomi-

sch relevanten Daten werden dann mit einem virtuellen Gesichtsbogen vom Patienten in den Computer übertragen («virtual transfer face-bow»). Dank einem 3D-Digitizer und einem im Operationsfeld durch einen «wide-range transmitter» erzeugten Magnetfeld kann der auf dem Bohrkopf des speziellen Winkelstücks montierte Sensor dreidimensional auf dem Bildschirm dargestellt und somit kontrolliert werden. Die chirurgische Präzision wird durch eine neuentwickelte Software («on-line augmented reality») noch erhöht. Wer weiss: Was heute noch wie Zukunftsmusik tönt, könnte, wie schon in der Medizin, schon bald in die Klinik Eingang halten...

Dieser Vortrag, mit etwas Geschmack von Science-fiction, bildete den Abschluss dieser hochinteressanten Tagung in Davos. Man darf sich schon heute auf den nächsten SSO-Kongress – in Form der IFW-Woche '99 in Basel – freuen.

Die zahnmedizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen unter erschwerten Bedingungen

Roger D. Weill, Zürich

Am 22. Januar 1998 führte die Schweizerische Gesellschaft für die Zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB) ihre Jahrestagung gemeinsam mit der Schweizerischen Vereinigung für Kinderzahnmedizin (SVK) in Olten durch.

Behinderung: Verstoss gegen die Ordnung? – Versuch einer Zuordnung

(Dr. Stephan Gottet, Zahnarzt, Bremgarten)

Jeder wertende und die Wirklichkeit qualifizierende Begriff wie jener der «Behinderung»

ist abhängig von Epoche, Gesellschaft oder gruppenspezifischer Schichtung. Ziel des Vortrages war es, durch eine archäologische Spurensuche und verschiedene Definitionen von Behinderung zu einer Überprüfung der individuellen Haltung gegenüber der Behinderung beizutragen. Damit verbunden war die Hoffnung, Schwellenängste überwinden zu helfen, um die Neugierde zum Handeln – zum Behandeln zu wecken. Der Referent beendete seine Ausführungen mit Infra-

gestellungen unter ethischen, philosophischen und juristischen Gesichtspunkten.

Pädiatrisches Potpourri

(Drs. Thomas Berger, Urs Zimmermann, Pädiater, Kinderspital Luzern)

Nebst allgemein-pädiatrischen Problemen stellten die Referenten in ihren gekonnt dargebotenen Ausführungen auch seltene Krankheitsbilder vor, welche für eine fachgerechte zahnärztliche Behandlung von Kindern von Bedeutung sind.

Angeborene Herzvitien stellen eine Indikation zur Endokarditisprophylaxe dar. Ausnahmen sind der ASD vom Sekundumtyp sowie Zustände nach Ligatur eines PDA und nach Verschluss eines VSD ohne Patch-Material. Amoxicillin® ist nach wie vor das Antibiotikum der Wahl.

Neben den eigentlichen pathogenen Darmkeimen wie z. B. Rotaviren, Salmonellen, Shigellen usw. können auch Infekte ausserhalb des Magen-Darm-Traktes zu gastroenteritischen Symptomen führen, so vor allem virale Infekte der oberen Luftwege oder Otitiden. Die pathogenetischen Mechanismen, welche schliesslich zu der gefährlichen Komplikation der Exsiccose mit Elektrolytstörung führen, sind dabei vergleichbar. Gemeinsam ist auch die symptomatische Therapie mit oraler oder parenteraler Rehydrierung. Motilitätshemmende und antiemetische Medikamente sollen bei Kindern mit grösster Zurückhaltung eingesetzt werden.

Kinder mit medikamentös gut kontrollierter Epilepsie können ohne weiteres zahn-

ärztlich versorgt werden. Von einer Epilepsie zu unterscheiden sind psychogene Anfälle, welche auch während eines Zahnarztbesuches auftreten können. Die sogenannten weissen Affektkrämpfe, welchen eine vagale Hyperreagibilität zugrunde liegt, werden durch die Kombination von psychischer Anspannung, Angst und Schmerz ausgelöst.

Neben den anaphylaktischen Reaktionen ist für den Zahnarzt vor allem das im Kindesalter häufige Asthma bronchiale von Bedeutung. Eine anaphylaktische Reaktion muss durch Gabe eines Antihistaminikums sowie von Steroiden, manchmal auch von Adrenalin gestoppt werden. Ein Kind mit bekanntem Asthma bronchiale kann vor dem Zahnarztbesuch seine Inhalationen durchführen.

Zahnmedizinische Aspekte bei der Frühförderung behinderter Kinder (bis 3 Jahre)

(Dr. Peter Netzle, Diessenhofen)

Die Frühförderung setzt eine Frühdiagnose voraus, damit individuell auf die Probleme der somatischen, funktionellen oder geistigen Störung eingegangen werden kann. Die Frühförderung setzt bereits wenige Wochen nach der Geburt ein. Die Förderung wird von einem Team durchgeführt, dem neben den Eltern ein Gremium von Fachleuten, auch ein Zahnarzt, angehört. Bei einem Kind mit zerebralen Bewegungsstörungen, das von spastischen Paresen mit erhöhtem Muskeltonus auch im Bereich der Gesichts-, Zungen- und Kau-muskulatur geprägt ist, muss man mit schwerer Beeinträchtigung bei der Nah-

rungsaufnahme rechnen. Daher wird der Säugling zuerst durch Nahrungsaufnahme geschult, wozu auch die Atem-, Ess- und Trinktherapie, später die Sprechtherapie gehören. Diese sind bereits ein Teil der ebenfalls schon früh einzusetzenden Mundtherapie. In erster Linie ist die Mutter des Kindes für die Durchführung dieser Therapien nach der individuellen Anleitung durch die Fachkräfte zuständig.

Die Aufgabe des Zahnarztes besteht darin, ein regelrechtes Kieferwachstum zu fördern, Fehlstellungen von Zähnen vorzubeugen und durch prophylaktische Massnahmen die Zähne gesund zu erhalten. Die Mundhygienetherapie beginnt bereits bald nach der Geburt. Als Vorübung werden die Zahnleisten des Kindes regelmässig durch Berührungsreize mit dem Finger der Mutter stimuliert. Dadurch wird die oft bestehende Hypersensibilität im Mundbereich abgebaut und eine spätere, weniger problembeladene Zahnreinigung ermöglicht. Um das Spülen zu lernen, wird der Lippenchluss und das Ausspucken geübt. Es ist immer darauf zu achten, dass die Manipulationen in spielerischer Atmosphäre ausgeführt werden, um nicht die Unlust des Kindes zu provozieren. So wird auch die sehr wichtige Mutter-Kind-Beziehung gefördert. Nach dem Durchbruch der Zähne wird die Zahnreinigung mit Hilfe von Wattestäbchen und Mulläppchen vorgenommen. Im Verlauf der Entwicklung werden dann Kinderzahnbürsten (Minibürsten) eingesetzt. Der Gebrauch von Zahnpflegemitteln soll in der Frühphase vermieden werden. Abzulehnen sind schaubildende und gesüßte Zahnpasten.

Gegen Ende des zweiten Lebensjahres kann auf die Kinderzahnbürste mit kleinem Bürstenkopf und kompaktem Griff umgestellt werden. Die

eigentliche Reinigung muss den Eltern vorbehalten sein und zweimal täglich erfolgen. Zu den Mundhygienemassnahmen kommen noch die anderen Massnahmen der oralen Prophylaxe wie jene der Ernährungslenkung und Fluoridanwendungen.

Unterstützende Massnahmen beim Säugling zur Förderung der Mund- und Schluckfunktionen

(Isabel Hess, Logopädin, Sirnach)

Die Referentin betonte die Wichtigkeit des Kommunikationssystems, über das sich ein Kind verständlich machen kann: Sei es durch Lautsprache, Gebärden, Zeichen, Blicke oder Mimik. Bei Behinderten seien diesbezüglich insbesondere im orofazialen Bereich ideale Voraussetzungen zu schaffen.

Bei der myofunktionellen Therapie (MFT) geht es um die Diagnose und Behandlung des gestörten Muskelgleichgewichts im Kiefer-, Gesichts- und Mundbereich. MFT versteht sich nicht als Konkurrenz zur Orthodontie oder Logopädie. Zu dieser Therapie gehört auch ein Massageprogramm an den neurovasculären Punkten am Kopf zur Entspannung und zur Stimulation. Die Stimulation der Hände durch eine aktive und passive Massage ist von grosser Wichtigkeit bei den Behinderten, damit die Wahrnehmung im taktilen Bereich bewusst gefördert wird.

Bei den Kindern, bei denen die Mütter diese Übungen regelmässig über eine längere Zeit durchgeführt haben, hat sich vor allem der Mundschluss verbessert. Die Atmung erfolgt häufiger durch den Nasenraum und Erkältungen sind seltener.

Die Dehnung des Gaumens durch eine Stimulationsplatte (nach der Methode von Castillo Morales) hat sich in einigen Fällen als hilfreich erwiesen. Sobald der Gaumen breit genug ist und die Zunge

Platz im Mund hat, so dass sie nicht dauernd heraushängt, werden die Zungenmotorik und das Schlucken verbessert. Damit die Grundlage für den richtigen Aufbau der Laute und der Sprache geschaffen werden kann, könnte von zahnärztlicher Seite sehr früh Unterstützung kommen. In der Logopädie ist es schlicht unmöglich, einem Kleinkind mit hohem Gaumen gerecht zu werden.

Erfolgreiche Behandlung behinderter Kinder in der Praxis

(Dres. Arthur Stehrenberger, Baden; Stephan Gottet, Bremgarten)

«Nicht das Ziel ist das Wichtigste, sondern der Weg dazu», hiess das Motto zu diesem Vortrag. Schrittweises Vorgehen, Mut und ein gutes Team sind erforderlich, um die Schwellen- und Berührungängste zu überwinden. Die Probleme bei der Behandlung behinderter Kinder sind in erster Linie Kooperationsprobleme, allenfalls Würgereflexe, Hypersalivation und Makroglossie. Das geistig behinderte Kind mit seiner reduzierten Intelligenzfunktion und Anpassungsfähigkeit ist meist mehrfach behindert. Diese Probleme beeinflussen das Vorgehen bei der Betreuung und Behandlung von behinderten Kindern. Damit einerseits aufwendige Rekonstruktionen verhindert werden können und andererseits in kleinen Übungsschritten das kooperative Verhalten durch angsthemmenden Erfahrungserwerb gefördert werden kann, muss die Prophylaxe an erster Stelle stehen. Durch eine regelmässige Kontrolle mit professioneller Zahnreinigung kann der Zahnarzt seinerseits Schwellenängste abbauen. Er lernt den Umgang mit dem Behinderten und kann einen persönlichen Kontakt zum Patienten aufbauen. Es ist empfehlenswert, eine beschränkte Anzahl behinderter Kinder zu betreuen,

und zwar mit einem Team, dass immer gleich zusammengesetzt ist. Bei Sitzungen mit Behinderten sind Berührung und Augenkontakt besonders wichtig.

Bei Eingriffen werden die Kinder, die in Begleitung in die Praxis kommen, prämediziert. Als Hypnoticum verwendet man Dormicum®, das rasch abgebaut wird. Dormicum® wirkt antikonvulsiv, angstlösend und muskelrelaxierend. Die Prämedikation erfolgt immer nach Rücksprache mit dem Arzt. Die Kinder kommen möglichst nicht mit vollem Magen, damit sie ihn während der Behandlung nicht ungewollt entleeren müssen. Bei einfacheren Fällen wird zur Sedation ein homöopathisches Mittel eingesetzt (Argentum nitricum, Aconitum). Im Normalfall wird der behinderte Patient fixiert. Zur Fixation der Arme nimmt man Gurten; –Voraussetzung dafür ist ein Stuhl mit Armlehnen. Weitere Fixationen hängen davon ab, wie ruhig resp. unruhig der Patient ist. Die Mundöffnung muss meist mit einem Gummikeil gesichert werden. Jeder Patient verlangt mit seiner Behinderung eine individuelle Sanierungslösung. Behandlungsziele sind Schmerzfreiheit sowie das Erhalten resp. Wiedererlangen der Kaufähigkeit. Im Normalfall weisen Patienten, die in gut betreuten Heimen wohnen, weniger Karies auf als behinderte Kinder, die zu Hause leben. Bei den parodontalen Erkrankungen sieht es aufgrund der Medikamente allerdings weniger günstig aus.

Behandlung von Kindern mit mangelhafter Kooperation

(Dominique Dettling, Genf)

Das Alter, das familiäre Umfeld, psychische Faktoren, die Dringlichkeit der Behandlung, eine geistige und körperliche Behinderung sowie ein erstes traumatisches Erlebnis können Gründe für ein

nicht kooperatives Verhalten des Kindes sein, wenn es sich einer Zahnbehandlung unterziehen muss. Das kann bis zur völligen Ablehnung jeder Behandlung führen. Von diesen Parametern ausgehend erscheint ein auf Vertrauen und nicht auf Kräftevergleich aufgebautes Verhältnis von grösster Wichtigkeit, um vom Kind angenommen zu werden, sein Einverständnis zu erlangen.

Wenn man davon ausgeht, dass jedes Kind einen besonderen Fall darstellt, gibt es kein Allheilmittel. Eine freundliche Zahnarztpraxis, ein herzlicher Empfang, ein bereitwilliger Zahnarzt, der den Ablauf der Behandlung erklärt, sich mit den Eltern unterhält und hauptsächlich mit Worten auf das Kind zugeht: Das sind einige Mittel, die im allgemeinen zu einem befriedigenden Ergebnis führen.

Sollten trotzdem alle Bemühungen fehlschlagen und weder Psychotherapie noch Hypnose oder Sophrologie mehr in Frage kommen, weil die Behandlung zu dringlich geworden ist, kann die vorherige Abgabe von temporären Beruhigungsmitteln eine wirksame Lösung darstellen, um die Lage zu retten.

Mit dem Einverständnis des behandelnden Kinderarztes gibt es eine letzte Lösung, um die psychische und körperliche Gesundheit zu bewahren: Die Möglichkeit, im Spital mit Narkose zu behandeln. Diese Art der Behandlung wird heutzutage unter optimalen Bedingungen durchgeführt und beinhaltet dank der Spitzentechnologie auf dem Gebiet der Anästhesiologie im allgemeinen keine Gefahr mehr.

Die Sophrologie in der Schulzahnklinik

(Dr. Elisabeth Altermatt-Tschopp, Dübendorf)

Die Sophrologie ist eine phänomenologische und medizinische Wissenschaft, die in Spanien von Prof. Alfonso

Caycedo, einem kolumbianischen Psychiater, 1960 begründet wurde. Die Sophrologie versteht sich auch als Philosophie, als Art zu leben, zu sein und zu denken. Man kann ihr viele Definitionen geben, aber man muss sie erleben und erfahren, um zu verstehen, was sie wirklich ist. Die Methoden der Sophrologie erlauben die Entdeckung einer individuellen Entspannung- und Regenerations-technik und den Zugang zur Entwicklung von Intuition, Kreativität und Selbstvertrauen: Mit Atemübungen, Muskelentspannungen und sogenannten positiven Visualisierungen. In der ersten Sitzung sind dafür fünf bis zehn Minuten aufzuwenden, nachher drei bis fünf Minuten.

Die Angst vor dem Zahnarzt ist eine auch bei Erwachsenen weit verbreitete Angst. Hier hakt die Sophrologie ein: Sie will diese überwinden und Kinder mit gestärktem Selbstvertrauen aus der Behandlung entlassen. Um das zu erreichen, wird beispielsweise darauf geachtet, wie das Kind und seine Begleitperson begrüsst resp. verabschiedet werden, oder dass dem jungen Patienten ruhiges und unterstützendes Verhalten seitens der Dentalassistentin zuteil wird.

Die Lachgasanalgesie

(Dr. Rolf Ammann, Zürich)

Die Geschichte des Lachgases ist mit der Geschichte der invasiven Medizin verbunden. Es waren vor allem Zahnärzte, die nach einem Mittel suchten, den Schmerz in Griff zu bekommen. 1886 schlug dank dem Zahnarzt Horace Wells die Geburtsstunde der Anästhesie. Juristische Aspekte – das Lachgas genießt Gewohnheitsrecht –, Zitate aus den europäischen Richtlinien über die Legeartis-Anwendung der Sedation und Anästhesie in der Zahnmedizin bildeten weitere Schwerpunkte des Referates. Ausführungen über die

chemisch-physikalischen Eigenschaften des Lachgases, die Wirkungsweise beim Patienten, Kontraindikation sowie einige Tips (Lachgas richtig anbieten, stufenweises Vorgehen, Patientenauswahl und -begleitung) rundeten den Vortrag ab.

Verleihung des Rudolf-Hotz-Preises

Am Ende der anregenden Tagung erhielt die Genfer Zahnärztin Sonja Butera den Ru-

dolf-Hotz-Preis von der SVK/ASP. Die ausgezeichnete Arbeit prüft die Haltung von Eltern gegenüber der Prävention und den damit verbundenen Einfluss auf die orale Gesundheit bei deren Kleinkindern. Sonja Butera untersuchte dazu zirka 200 Krippenkinder in Genf und befragte deren Eltern. 30 Prozent der Kinder zeigten offene kariöse Läsionen. Die Präsentation der Arbeit ist für eine spätere Tagung vorgesehen.

BUCHBESPRECHUNGEN



Zinkoxidphosphatzement

Patyk A J: Desintegration des Gefüges von Zinkoxidphosphatzement – Untersuchungen über die Apposition von Zahnstein nach der Desintegration des Zementes im Randbereich festsitzender prothetischer Restaurationen.

Habilitationsschrift. 80 S., 39 Abb., DM 87,-, Quintessenz, Berlin (1998). ISBN 3-87652-967-0

Zinkoxidphosphatzement gehört nach wie vor zu den täglich gebrauchten Materialien; diesbezüglich neue wissenschaftliche Arbeiten sind jedoch selten. Der Autor geht im Rahmen seiner Übersicht von der Tatsache aus, dass die Lebensdauer festsitzender prothetischer Arbeiten unter anderem von der Haltbarkeit der verwendeten Befestigungszemente abhängig ist. Befestigungszemente unterliegen mechanischen (Abrasion, Attrition) und chemischen (Löslichkeit) Einflüssen, was schlussendlich zur Desintegration des Materials führt. Ziel der Untersuchungen war

es, einen Beitrag zur Klärung der Kausalität der Desintegration von Zinkoxidphosphatzement im Randbereich festsitzender prothetischer Restaurationen zu leisten und die Apposition von Zahnstein als mögliche Konsequenz des Desintegrationsprozesses darzustellen.

Nach Darstellung der Grundlagen wie Zusammensetzung der Mundflüssigkeit, Ätiologie der Plaque, Zahnsteinbildung, Zusammensetzung und Eigenschaften von Zinkoxidphosphatzement wird auf die Mikromorphologie der Oberfläche der Zahnwurzeln und des Zementes eingegangen. Die Messungen erfolgen mittels eines optischen Mikrorasters (Focodyn). Das Oberflächenrelief deutet auf eine hohe Retentionskapazität von Zinkoxidphosphatzement für Mikroorganismen und die Existenz von Mikrorissen (Abbindekontraktion) hin. Ersteres interessierte in einem zweiten Versuch hinsichtlich der Besiedlung durch *Streptococcus mutans*. Mikrorisse und -poren wurden mittels REM-Aufnahmen dokumentiert, als Pforte der Penetration und als Lebensraum

von *Streptococcus mutans* im Zinkoxidphosphatzement identifiziert.

In zwei weiteren Kapiteln wurden die Folgen der mikrobiellen Besiedlung unter Berücksichtigung des Grenzreiches Zahnstein-Zinkoxidphosphatzement untersucht. Mittels Schliffpräparaten wird die Desintegration des Zinkoxidphosphatzements und die nachfolgende Apposition von Zahnstein beschrieben. Der Autor geht davon aus, dass die durch den Metabolismus von *Streptococcus mutans* erzeugte Milchsäure eine Desintegration verursacht. Letztere führt zu einem Verlust der Dichtigkeit gegenüber Mikroorganismen im Bereich des Restaurationsrandes. Auf der Basis dieser Undichtigkeiten können Zahnstein oder Sekundärkaries entstehen. Mittels der Elektronenstrahlmikroanalyse werden das schichtartige Wachstum des Zahnsteins sowie die Verteilung der Elemente Ca, P und Mg dokumentiert.

Es wird davon ausgegangen, dass die chemische Erosion des Zinkoxidphosphatzementes von den Säuren der Plaque und der Nahrung ausgeht. Die an der Zementoberfläche herausgelösten Bestandteile des Zementes werden entfernt und hinterlassen eine frische Zementoberfläche, die erneut angegriffen werden kann. Um diesen Prozess minimal ablaufen zu lassen, werden folgende (hinreichend bekannte) Empfehlungen gegeben:

1. Optimale Mundhygiene,
2. gute Passgenauigkeit der Rekonstruktion,
3. schmaler Zementpalt durch aktives Zementieren (unter Vibration),
4. Herabsetzung der Löslichkeit des Zinkoxidphosphatzementes und
5. Schutz des Zementpalts mit Lacken.

Aufgrund der speziellen Thematik wird das Büchlein vornehmlich für den wissenschaftlich Interessierten von Bedeutung sein.

Carlo Marinello, Basel

Präparationstechnik

Kimmel K: Kavitäten- und Kronen- präparationen mit rotierenden und oszillieren- den Instrumenten.

142 S., 178 s/w-Abb., 10 Tab.,
DM 40,-, Dental Echo, Heidelberg
(1997).

ISBN 3-920 406-03-16

Dr. Karlheinz Kimmel, Projektleiter des Internationalen Instituts für Zahnärztliche Arbeitswissenschaft und Technologie (IIZAT), greift mit diesem Buch in die «Intimsphäre» jedes Zahnarztes, das Bohren und Schleifen, ein. Hier denkt sich jeder wohl: Warum soll ich gerade etwas über Bohren und Schleifen lesen, schliesslich mach ich ja seit Jahren den ganzen Tag nichts anderes! Doch gerade dies ist der auslösende Faktor: Wie bohre und schleife ich? Bin ich überhaupt noch auf dem neuesten Stand? Das vorliegende Buch zeigt in 7 Kapiteln anhand von mehreren internationalen Untersuchungen, was man heute unter biologisch orientierter Präparationstechnik versteht. Denn gerade heute im immer grösseren Streben nach Qualitätssicherung ist es unabdingbar, auch die tägliche Routinearbeit auf den neusten Stand der Technik zu bringen (es hat sich viel getan seit Black!).

Der eigentliche Anlass für die Untersuchungen der IIZAT und dieses Buches war die Systematik der Funktions- und Risikoanalyse und -bewertung, die auf Grund der europäischen Richtlinie 93/42/EWG für Medizinprodukte und des daraus abgeleiteten Medizinalproduktegesetzes/MPG der Bundesrepublik Deutschland, aber auch aus rein fachlichen Gründen, insbesondere bei den technischen Arbeitsmitteln für die Anwendung im Mund (hier Medizinprodukte der MPG-Klasse IIa) erforderlich geworden ist.

Das erste Kapitel beschäftigt sich mit der Evolution der

zahnärztlichen Präparationstechnik bis zum gegenwärtigen Stand von Wissenschaft, Technik und Recht. Dies reicht von Black (Extension for prevention) über Witzel (Prevention instead of extension) bis zu den neusten Präparationstechniken mittels oszillierenden Instrumenten. Es wird klar dargestellt, dass nur durch eine optimale Arbeitstechnik und Arbeitsgestaltung auch ein optimales Arbeitsergebnis zutage kommt. Hier ist v.a. die Rede von der Abtrag-, Kühl-, Absaug-, Halte-, Adaptations- und Beleuchtungstechnik. Nur durch technische, hygienische, ergonomische, organisatorische, rechtliche und forensische Kriterien kann ein optimales Arbeitsergebnis zustande kommen. Auch wird endlich einmal Licht in das unendliche Chaos der Benennung von rotierenden Instrumenten gebracht. Nur durch ein klares ISO-Nummernsys-

tem (ISO 6360) ist es dem Praxisteam möglich, immer dasselbe Instrument zu bestellen. Doch leider halten sich nur wenige Dentalfirmen an dieses klare Schema. Mit diversen Abbildungen und Tabellen wird gezeigt, wie der heutige moderne Zahnarzt eine möglichst atraumatische Kavitäten- oder Kronenpräparation durchzuführen hat. Denn wissen Sie, wieviel Kühlwasser pro Minute aus Ihrem Unit fliesst, oder was der höchste Toleranzwert für die Korngrösse Ihres Diamanten ist, oder mit was für Instrumenten Sie welche Tourenzahlen anwenden müssen?

Das zweite Kapitel beginnt mit den klinischen Aspekten der Kavitäten- und Kronenpräparation. Es werden die Physiologie, die Pathologie und die Präparationsgestaltung klar dargestellt. Auch der technologische Aspekt kommt hier nicht zu kurz. Grundsätzliches

Universitätsnachrichten



Fakultätspreis Inaugural-Dissertation Zahnmedizin

Dr. Rosemarie Boretti, die an der Abteilung für Parodontologie, Kariologie und Präventivzahnmedizin der Universität Zürich als Assistentin und wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig ist, wurde mit dem Fakultätspreis 1998 («Meilleure thèse») der Medizinischen Fakultät der Universität Genf für ihre Dissertation ausgezeichnet. Das Thema der Arbeit lautet:

«Clinical conditions and characterization of the microbiota associated with non-submerged implants in the late healing phase».

Sie wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Urs Belser und Prof. Dr. Pierre Baehni an der École de médecine dentaire der Universität Genf durchgeführt.

über rotierende und oszillierende Instrumente ist einfach und verständlich aufgezeigt. Die hygienischen Aspekte haben je länger je mehr einen wichtigen Stellenwert in der Qualitätssicherung. Der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) gibt Empfehlungen zu den Produktbereichen Präparationsinstrumente, Turbinen und Übertragungsinstrumente.

Dass eine Präzisionsarbeit über längere Zeit nur bei Beachtung der dazugehörigen ergonomischen Aspekte vollbracht werden kann (ohne physische und psychische Langzeitschäden!), wird dem interessierten Praxisteam mit vielen Bildern verdeutlicht. Die organisatorischen und rechtlichen Aspekte spielen in der Praxis insbesondere bei der Arbeitsplanung und Qualitätssicherung eine grosse Rolle. Die verschiedenen Präparationskonzepte und Systeme sind im dritten Kapitel aufgelistet. Hier kommt auch die Laser- und Pulverstrahltechnik nicht zu kurz.

Die mit der Präparationstechnik verbundenen Probleme sind vielfältiger Art. In erster Linie beruhen sie auf der nur lückenhaften Umsetzung selbst gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse in Lehre, Arbeitspraxis und Industrie. Diese Problematik, ergänzt durch die «Heterogenität der Lehrmeinungen» und die undurchschaubare Fülle von Instrumenten (mit deren

uneinheitlichen Beschriftung), wird im vierten Kapitel durchgearbeitet.

Das wichtige fünfte Kapitel befasst sich mit der Qualitätssicherung (QS). Aus IIZAT-Sicht ist die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eines Arbeitsablaufs Ausgangspunkt für alle praxisgerechten QS-Konzepte, für die die Zielsetzung der Europäischen Richtlinie 93/42/EWG und das darauf beruhende nationale Medizinalproduktegesetz (MPG) eine ausgezeichnete sachliche und ethische Grundlage bietet. Die für die präparationstechnischen Arbeitsmittel (Medizinprodukte der Klasse IIa) geforderte Einhaltung der Regelwerke und der Funktions- und Risikoanalyse wird anhand eines IIZAT-Modells schematisch aufgezeichnet. Abschliessend werden die Richtlinien und Leitsätze des IIZAT zusammengefasst. Diese Zusammenfassung der Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung sollte sich jeder Zahnarzt zu Gemüte führen, denn nur durch die Einhaltung dieser Regeln wird er den heutigen geforderten Standard der Technik umsetzen können und müssen.

Das sechste Kapitel erklärt einem die manchmal recht schwer zu verstehende Instrumententerminologie anhand von 350 alphabetisch geordneten Stichworten. Im letzten Kapitel werden die Pionierleistungen, die die Präparationstechnik entscheidend beein-

flusst haben, besprochen. Inwiefern die Lasertechnologie oder das in Schweden entwickelte Karies auflösende Präparat die zukünftige Arbeitstechnik des Zahnarztes betreffen wird, kann man hier kurz erläutert nachlesen.

Das sehr reichlich illustrierte und erstaunlich preisgünstige Buch (A4 soft-cover) ist mit seinen vielen wertvollen Rat-

schlägen zur Präparationstechnik und Auswahl geeigneter Instrumente ein guter und kompetenter Ratgeber für jeden, der eine «biologische» Präparation auf dem heutigen Stand der Technik umsetzen will. Es ist sehr empfehlenswert sowohl für den alten Hasen wie auch für den Studenten.

Michael Vock, Winterthur

ZEITSCHRIFTEN



Vitalbleichung

Leonard R H, Haywood V B, Phillips C:

Risikofaktoren für Zahnüberempfindlichkeiten und Gingivairritationen bei Anwendung der «Nightguard vital bleaching technique».

Quintessenz 48: 1049–1064 (1997)

Das vor bald 10 Jahren eingeführte «Nightguard vital bleaching» (NGVB) ist mittlerweile akzeptiert und weit verbreitet. Die Methode, die im Laufe der Zeit verändert und verbessert worden ist, besteht heute darin, dass eine Carbamidperoxyd- oder Hydrogenperoxyd-Bleichlösung mittels einer weichen Tiefziehschiene appliziert wird. Die Schiene

wird meistens nachts während 6 bis 8 Stunden getragen, es wird aber auch die mehrmalige Applikation des Bleichmittels pro Tag empfohlen.

Anhand früherer Untersuchungen war über Nebenwirkungen wie Überempfindlichkeit der Zähne und Veränderungen der Gingiva bei zwei Dritteln der Patienten berichtet worden. Ziel der vorliegenden retrospektiven Studie war es, Risikofaktoren zu bestimmen, die in Verbindung mit dem NGVB zu solchen Nebenwirkungen führen können.

Dazu wurden die Angaben und Dia-Befunde von 64 Patienten, welche mit einer von zwei möglichen Bleichlösungen behandelt worden waren, ausgewertet. Irritationen von Zähnen und Gingiva wurden auf eine mögliche Korrelation

mit Zahncharakteristika, Alter, Geschlecht, bekannten Allergien sowie Ort, Zeit und Häufigkeit der Applikation der Wirkstoffe hin untersucht. Als Zahncharakteristika bezeichnen die Autoren Gingivarezessionen, defekte Restaurationen, Zahnhals-Abrasionen etc. Die ProbandInnen wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Der Hauptunterschied bestand im Wechsel des Bleichmittels während eines Anwendungszeitraumes: 37 PatientInnen wechselten die Bleichlösung nicht, 27 taten dies ein oder mehrere Male. Im übrigen nahmen mit 73 % deutlich

mehr Frauen an der Studie teil als Männer. 80 % der Applikationszeit entfielen auf den Oberkiefer, und die meisten TeilnehmerInnen (70 %) verwendeten als Bleichmittel Proxigel (mit saurem pH-Wert und Viskositätsverstärker), die restlichen Gly-Oxide (neutrales pH, geringe Viskosität). Bei einem grossen Teil (55 %) der an dieser Untersuchung beteiligten ProbandInnen traten über eine mehr oder weniger lange Zeitspanne während der Bleichtherapie Nebenwirkungen in genannter Art auf. Als einziger statistisch signifikanter Risikofaktor ($p = 0,02$) er-

wies sich aber nur das ein- oder mehrmalige Wechseln der Bleichsubstanz. Nur tendenziell, nicht aber statistisch signifikant berichteten jüngere PatientInnen und solche mit vorbestehenden Zahncharakteristika häufiger über Nebenwirkungen. Für alle übrigen untersuchten Parameter ergaben sich keinerlei Auffälligkeiten, auch nicht für die beiden unterschiedlichen Bleichsubstanzen. Lediglich das Wechseln der Bleichlösung ermöglicht also eine verlässliche Voraussage von Nebenwirkungen. Für alle nicht auf diese Anwendungsart zurückzuführenden Irritationen findet sich keine einheitliche Antwort. Aus dieser Tatsache schliessen die Autoren, dass Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der NGVB-Technik ein multifaktorielles Geschehen sind, bei dem auch die individuelle Schmerzwahrnehmung eine Rolle spielt. Die Studie schliesst mit einigen Empfehlungen für die Vorgehensweise bei der «Nightguard vital bleaching technique»: Durch Anamnese und orale Untersuchung sollen die Voraussetzungen (normale Empfindlichkeit der Zähne, bekannte Unverträglichkeiten, empfindliche Zahnhäse, defekte Restauration und andere klinische Probleme) ermittelt werden. Ein Wechsel der Bleichlösung während einer 24-Stunden-Periode muss ausgeschlossen werden. Für die Herstellung der Schiene werden untersichgehende Bereiche auf dem Abdruck ausgeblockt. Zähflüssige Wirksubstanzen dürfen nur den Schmelz bedecken; entsprechend ist die Schiene zu gestalten. Patienten sind neu zu beurteilen, wenn Irritationen länger als 1 Woche nach Beginn des NGVB-Prozedere andauern. In diesem Zusammenhang ist allenfalls auch das Handling der Schiene zu überprüfen. Auf diese Weise kann das Risiko von Nebenwirkungen reduziert werden.

Teresa Leisebach,
Hochfelden

Professor Theo Brunner zum 70. Geburtstag

Lieber Theo

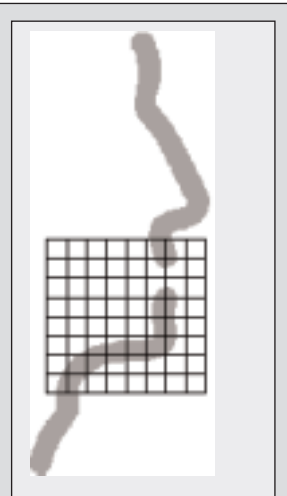
Nun sind es schon bald sechs Jahre her, dass Du in den «Ruhestand» getreten bist. Sechs Jahre, in denen Du kaum geruht hast: Hauptautor der Festschrift zum Jubiläum des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich, Vorträge, Redaktor der SMfZ etc.! Sechs Jahre, in denen sich in Deinem Leben aber sicher viel verändert hat.



Sechs Jahre sind es nun auch her, dass Du mir Deine Volki anvertraut hast. Sechs Jahre, in denen sich das Äussere der Volki gewandelt hat – Namensänderung, Bezug des Erweiterungsbaus. In ihrem Wesen aber ist sie so geblieben, wie Du diese Institution mit Deiner Persönlichkeit geprägt hast, nicht auf äussere Zwänge hin, sondern aus Überzeugung.

Am 28. August 1998 hast Du Deinen 70. Geburtstag gefeiert. Der Rahmen war sicher kleiner als am 2. Oktober 1992, als nahezu 200 ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Dir zu Deinem Abschied gedankt haben. Ich bin sicher, dass ich im Namen aller ehemaligen und heutigen Volkianer spreche, wenn ich Dir zu diesem speziellen Tag die herzlichsten Glückwünsche übermittle und Dir für die Zukunft beste Gesundheit wünsche.

In steter Bewunderung
Markus Koller



Fonds der ZPGS für zahnärztliche Forschung

Der Fonds der Zahnärztlich-Prothetischen Gesellschaft der Schweiz (ZPGS) bezweckt durch finanzielle Unterstützung die Ermöglichung und Förderung wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Zahnärztlichen Prothetik.

Aus dem Fonds dürfen sowohl Wissenschaftler, die massgebend an Projekten beteiligt sind, als auch Geräte finanziert werden. Der Bewerber muss jedoch Mitglied oder ständiger Gast der ZPGS sein. Gesuchsteller, die nicht der ZPGS angehören, können nur unterstützt werden, wenn mindestens ein ZPGS-Mitglied Mitwirkender des Forschungsteams ist. Gesuche sind bis zum 1. November 1998 beim wissenschaftlichen Leiter einzureichen, wo auch die notwendigen Unterlagen und Formulare bezogen werden können.

Der Wissenschaftliche
Leiter ZPGS:

Dr. H. W. Anselm Wiskott
Ecole de médecine dentaire
19, rue Barthélemy-Menn
1205 Genève