

Konsumkredit: Wieso warten?

Anna-Christina Zysset

Zwischen acht und 15 Prozent Zins bezahlen Schweizerinnen und Schweizer für ihre Konsumkredite. In den letzten fünf Jahren sind die Schulden um 1,6 Milliarden auf rund 14 Milliarden Franken angestiegen. Der Trend, immer mehr auf Kredit zu kaufen, zeigt sich auch im Anstieg der Privatkonkurse. Neuerdings kann man auch Gesundheit auf Kredit kaufen. Die Werbung des führenden Branchenvertreters widerspiegelt den derzeitigen Trend: «Wieso warten, wenn Sie sich Ihren Traum sofort erfüllen können?»

Die Zeiten, in denen es verpönt war, Geld auszugeben, das man nicht besitzt, gehören offenbar der Vergangenheit an. Denn die Anzahl der Personen, die ihre Träume mit Hilfe der Bank finanzieren, ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Die meisten Kredite werden für neue Möbel, Occasionsfahrzeuge oder Steuern beansprucht. Im Detailhandel sind Konsum-

kredite alltäglich, denn die Kundenkreditkarte von Migros und Co. stellt auch ein Kreditangebot dar. Bereits im Einkaufswägel beobachten Kinder, wie Mama oder Papa mit der Plastikkarte die täglichen Einkäufe bezahlen.

Neuerdings kann man auch die Ferien direkt beim Reiseveranstalter abstottern oder für die Arzt- oder Zahnarztrechnung

einen Carecredit (Gesundheitskredit bei der Bank) aufnehmen. Es fragt sich nur, wem «care» gilt, ob dem Kunden/Patienten oder der anbietenden Bank. Immerhin kann der Kunde seit der Einführung des Konsumkreditgesetzes im Januar 2003 den Kredit innerhalb von sieben Tagen widerrufen. Der Kreditgeber muss den Höchstzinssatz von 15 Prozent einhalten und alle Kredite der Informationsstelle für Konsumkredit (IKO) melden. Dies stellt jedoch kein Hindernis für Kleinstverdiener dar, einen Kredit von 20 000 bis 25 000 Franken zu erhalten.

Die Hauptgruppe der Verschuldeten ist diejenige der 35- bis 55-Jährigen. Neben Arbeitslosigkeit können die Geburt von Kindern, Scheidung oder der Verlust des Lebenspartners unerwartet tiefe Spuren im Budget hinterlassen. Schuldenberatungsstellen warnen immer wieder davor, dass Konsumenten oft schnell und vollkommen unbeabsichtigt in der Verschuldung landen. Die Versuchung, Geld auszugeben, das man gar nicht hat, wird mit immer neuen Anbietern nicht kleiner. Der Schweizer Markt weist offenbar noch ein grosses Wachstumspotenzial auf. Experten rechnen damit, dass die schweizerische Durchschnittverschuldung zum Niveau der andern Wohlstandsstaaten aufschliessen wird. Sobald des Schweizer Kreditwürdigkeit nicht mehr an Vermögen und Einkommen gemessen wird, sondern an seiner Abzahlungsdisziplin, sind wir dann in den Olymp der Schuldenmacher aufgestiegen.

Gegessenes Brot ist schwer zu verdienen (Polnisches Sprichwort)

Die meisten verschuldeten Personen reagieren erst, wenn sie kurz vor der Betreuung stehen. Oft schämen sich die Betroffenen, Fachleuten ihr Leben, ihre Intimitäten, ihre Entscheidungen und Werte auszubringen. Schuldenberatungsstellen wie Caritas oder anderen Institutionen geht es darum, das Verhältnis zum Geld zu definieren und sich einen Überblick zu verschaffen. Gemeinsam mit dem Schuldner wird dann ein Sanierungsplan entwickelt.

(Care)-Credit versus Moneybasics

Berner Schuldensanierer und GE Money Bank betreiben seit einem Jahr eine Webseite (www.moneybasics.ch), um der Verschuldung vorzubeugen. Die Initiative zu Moneybasics hat offenbar das Kreditinstitut, welches in England Erfahrung gesammelt hat, ergriffen. Der Inhalt ist absolut neutral. Es führt auch kein Link zur Kreditbank, wohl hingegen zur Schulden-

GE Money CareCredit®
 Telefon: 0800 80 80 20
 Fax: 0800 80 80 02

Finanzierung
 Bitte Ausweiskopie (ID, Führerschein, Pass, für Ausländer zwingend Ausländerausweis) beilegen.

Fax-/Post-Antrag

Praxis (Stempel)

Durch den Kreditnehmer auszufüllen

1 AntragstellerIn

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____ seit: _____
 frühere Adresse: _____ wie lange: _____ Jahre
 Geb.-Datum: Tag: [] [] Monat: [] [] Jahr: [] []
 Zivilstand: ledig geschieden verheiratet verwitwet
 gerichtlich getrennt
 heutiger Beruf: _____
 Telefon-Nr. privat: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Mobile-Nr.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 E-Mail-Adresse: _____
 Nationalität: _____
 (Bitte Ausweiskopie beilegen)
 Bewilligung: B C in CH seit: _____
 (Bitte Ausweiskopie beilegen)
 Arbeitgeber/Ort: _____
 (wird nicht angefragt)
 Telefon-Nr. Geschäft: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] seit: _____
 Mtl. Nettoeinkommen: _____ x12 x13
 Mtl. regelm. Nebenerwerb: _____
 (z.B. Tätigkeit, Alimenta, Renten, Kostgeld)
 Mtl. Mietzins/Hyp.-Belastung: _____
 (inkl. Nebenkosten)
 Übrige fixe Ausgaben mtl.: _____
 (Kredit- oder Leasingraten, Alimenta/Unterhaltsbeiträge)

2 EhepartnerIn

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: Tag: [] [] Monat: [] [] Jahr: [] []
 heutiger Beruf: _____
 Telefon-Nr. privat: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Mobile-Nr.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 E-Mail-Adresse: _____
 Nationalität: _____
 (Bitte Ausweiskopie beilegen)
 Bewilligung: B C in CH seit: _____
 (Bitte Ausweiskopie beilegen)
 Arbeitgeber/Ort: _____
 (wird nicht angefragt)
 Telefon-Nr. Geschäft: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] seit: _____
 Mtl. Nettoeinkommen: _____ x12 x13
 Mtl. regelm. Nebenerwerb: _____
 (z.B. Tätigkeit, Alimenta, Renten, Kostgeld)
 Übrige fixe Ausgaben mtl.: _____
 (Kredit- oder Leasingraten, Alimenta/Unterhaltsbeiträge)

Durch den Arzt auszufüllen

3 Behandlungangaben

Behandlung: _____

 Barzahlungspreis: _____ inkl. 7.6% MWST.
 Finanzierungsbetrag: _____
 Laufzeit: _____ Monatliche Rate: _____

Hinweis: Sofern der Finanzierungsvertrag zustande kommt, überweist GE Money Bank den gesamten Kreditbetrag an den Arzt.

Ich bestätige, dass alle Angaben richtig sind. Ich ermächtige die GE Money Bank, sämtliche für die Überprüfung dieses Antrags sowie für die Abwicklung des Vertrags erforderlichen Auskünfte bei öffentlichen Ämtern, der Zentralstelle für Kreditinformation (ZEK) sowie der Informationsstelle für Konsumkredit (IKO) einzuholen bzw. an diese zu erteilen. Allfällige von mir verfügte Datensperren gegenüber der GE Money Bank gelten als aufgehoben. Ich ermächtige die GE Money Bank, meine Daten zu gruppeneigenen Marketingzwecken und -auswertungen im In- und Ausland zu verwenden. Ich kann diese Ermächtigung jederzeit schriftlich widerrufen.

Der Antragsteller/Die Antragstellerin befreit den behandelnden Arzt gegenüber der Bank mit Blick auf die umschriebene Behandlung vom Arztgeheimnis.

Unterschrift Antragsteller: _____ (Bitte nicht vergessen)

Datum: _____

Bitte senden Sie den Kreditvertrag an mich Bitte senden Sie den Kreditvertrag an meinen behandelnden Arzt


Geb.-Jahr unterhaltspflichtiger Kinder: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Kind

www.carecredit.ch Blaugeschriebener Text: zwingende Angaben gemäss Konsumkreditgesetz

Die Kreditvergabe ist verboten, falls sie zur Überschuldung der Konsumentin oder des Konsumenten führt (gesetzliche Angaben gem. Art. 3 UWG). Finanzierungspartner ist die GE Money Bank.

Schweiz Monatsschr Zahnmed, Vol 117: 3/2007 283

Datenerfassung für Zahnärzte und Augenkliniken



Praxis Informationen
 Name der Praxis oder Klinik / Name des Arztes (bei Einzelunternehmungen) _____
 Name & Funktion der Kontaktperson _____
 Standortadresse _____

Telefon Nummer	_____
Fax Nummer	_____
Mobil Nummer	_____
E-Mail	_____
Homepage	www. _____

(A) Einzelunternehmung / Rechtsgemeinschaft (Einzel- oder Gemeinschaftspraxen)
 Name des Inhabers & AKTUELLE PRIVATADRESSE _____
 frühere Adresse falls kürzer als 6 Monate an dieser: _____
 Telefon Nummer _____
 Gemeinschaftspraxis mit: _____

Geburtsdatum: _____
 Praxisbewilligung seit: _____
 Berufserfahrung seit: _____
 Mitgliedschaften: SSO FMH Andere (Welche?) _____

(B) Juristische Personen (Aktiengesellschaften, GmbH)
 Name und Adresse des Geschäftsführers oder Direktors _____
 frühere Adresse falls kürzer als 6 Monate an dieser: _____
 Telefon Nummer _____
 Praxisbewilligung seit: _____

Unterschrift Antragssteller: _____ Ort & Datum: _____

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass alle Angaben richtig sind und ermächtigt die GE Money Bank sämtliche für die Überprüfung dieses Zusammenarbeitsantrages sowie für die Dauer der Zusammenarbeit erforderlichen Auskünfte bei öffentlichen Aemtern (Betriebsamt, Einwohnerkontrolle, der Zentralstelle für Kreditinformationen (ZEK) sowie der Informationsstelle für Konsumkredit (IKK)) einzuholen bzw. an diese zu erteilen. Der/die Unterzeichnende kann diese Ermächtigung jederzeit widerrufen. Ebenfalls bestätigt wird hiermit, dass er/sie bzw. jeder Arzt/Zahnarzt, der in der obenwähnten Praxis/Klinik eine durch GE Money Bank finanzierte Behandlung durchführen wird, über die erforderlichen Bewilligungen, insbesondere für die Ausübung zahnärztlicher bzw. ärztlicher Tätigkeit, verfügt und diese während der gesamten Vertragslaufzeit aufrecht erhalten werden.

Bankverbindung
 Name der Bank inkl. allen Details zur Überweisung der Behandlungsgebühren _____
 Name der Bank _____ Clearing No. _____
 Adresse _____ Kontonummer _____
 PLZ / Ort _____

Bitte legen Sie diesem Antragsformular einen **original Einzahlungsschein** Ihrer Praxis bei.

GE Money CareCredit Bündliweg 20 Telefon 0800 80 80 20
 GE Money Bank 8048 Zürich Telefax 0800 80 80 02

Version 4.0 30.03.2006/CJ

Schulden verursachen Angst

Schulden machen krank. So lautet das Ergebnis einer Untersuchung des britischen Ärztebundes. Wie das Gesundheitsmagazin Apotheken Umschau 2005 berichtete, greifen verschuldete Hauseigentümer offenbar häufiger zu Alkohol und Zigaretten. Das ständige Denken an den Kredit führt zu Konzentrationsstörungen, bereitet Stress und führt überdurchschnittlich häufig zu Angstzuständen. Selbst die Partnerschaft der Verschuldeten ist gefährdet. Die Homepage eines deutschen Schuldensanierers macht die Facetten der Angst gleich zum Thema: «Schulden bereiten Angst, viel Angst, Angst von morgens bis abends, Angst vor dem Briefkasten, dem Telefon, dem Verlust der Wohnung, dem Verlust des Arbeitsplatzes, dem Gesichtsverlust bei Freunden, Nachbarn und Kollegen. Dazu kommt noch die Angst vor dem Zerberechen der Familie...»

Der Nutzen eines Gesundheitskredits kann unter dieser Voraussetzung wahrlich bezweifelt werden.

Erprobte Wege

Eine gute zahnärztliche Versorgung nimmt auch Rücksicht auf die finanziellen Möglichkeiten der Patienten. Im Gespräch sollen Behandlungsvarianten und deren Kosten offen besprochen und diskutiert werden. Wenn der Zahnarzt merkt, dass auch die günstigste Offerte das Budget des Patienten überschreitet, so sind verschiedene Finanzierungsarten möglich. Die Lösungen reichen vom Gesuch zu Ergänzungsleistungen bis zu vereinbarten Ratenzahlungen. Seit Jahren bieten Abrechnungsfirmen erprobte Lösungen für Patient und Zahnarzt zu Teilzahlungen an. Die Vereinbarungen treffen die Patienten direkt mit der Abrechnungsfirma. So bleibt das Verhältnis zum behandelnden Zahnarzt völlig ungetrübt. Das Rad muss nicht neu erfunden werden. Also Hände weg von care-credit. ■

sanierungsberatung. Das Leben auf Pump gewinnt allmählich an Akzeptanz. Die Werbung der GE Money Bank verfolgt einen auf Schritt und Tritt. Der Carecredit, der logische Schritt...

Schuldensanierer sind sich selbst nicht einig, ob diese Aktion zum besseren Umgang mit Geld nun sinnvolle Prävention ist oder die Akzeptanz von Schulden erhöht.



Nach Dr.med.dent.
LORENZO VANINI

Vertrieb Schweiz:
 BENZER-DENTAL AG
 Bocklerstr. 33/37, 8051 Zürich
 Tel. 044 3222904 · Fax 044 3211066

DAS IDEALE KOMPOSIT FÜR ANSPRUCHSVOLLE RESTAURATIONEN SOWIE FÜR DEN TÄGLICHEN BEDARF (STANDARDFÜLLUNGEN, EINFACHE SCHICHTUNGEN ETC.).



Das System besteht aus fünf verschiedenen Massen, welche **die fünf Dimensionen der natürlichen Zahnfarbe** reproduzieren: Dentin, allgemeine Schmelzmassen, opaleszente Schmelzmassen, Intensiv-Schmelzmassen, Malfarben. Eine hohe Diffusion des Lichtes wie beim natürlichen Zahn erzielt der Glass-Connector, welcher die Proteinschicht zwischen Schmelz und Dentin des echten Zahnes nachbildet. Opazität, Fluoreszenz, Transluzenz und Helligkeit, Farbvarianten und Anomalien des natürlichen Zahnes werden wirklichkeitstreu wiedergegeben.

ENAMEL plus HFO wurde geboren aus dem kontinuierlichen Streben nach Perfektion.

Profilierungskampagne Zahnarzt SSO

Die Zahnarztpraxis ist die Visitenkarte der SSO

Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft will mit einer Profilierungskampagne das Label «SSO» besser im Bewusstsein der Patientinnen und Patienten verankern. Dies bedingt eine klare Positionierung und Umsetzung des Labels innerhalb der zahnärztlichen Praxis. Sie ist die Visitenkarte der SSO. Wo die SSO in der Kampagne auftritt, soll sie dies zur Unterstützung der Praktikerin und des Praktikers tun.

Die Delegiertenversammlung der SSO hat im Mai 2006 vom Vorstand gefordert, «einen namhaften Betrag für eine PR-Kampagne, unter Beizug von externen Beratern, zur Propagierung des SSO-Labels zur Verfügung zu stellen» (SSO-Internum 4/06). Welches sind die Gründe für den Vorstoss der Delegiertenversammlung? Zu nennen sind sicher die als schwieriger empfundenen Verhältnisse am Markt. Dazu gehören: eine aggressiver auftretende Konkurrenz aus dem In- und Ausland, stagnierende Gewinne von Zahnarztpraxen, ein Taxpunktwert, welcher der Teuerung nicht angepasst wird sowie eine steigende Anzahl von Nichtmitgliedern.

«Leitplanken» der Kampagne

Der Vorstand der SSO und seine Stabstellen haben in den vergangenen Monaten unter Einbezug externer Berater ein Grobkonzept für eine «Profilierungskampagne Zahnarzt SSO» vorbereitet. Bevor an dieser Stelle die eigentliche Kampagne, ihre Ziele und Massnahmen skizziert werden, sind die Grenzen einer Werbekampagne für das Label SSO zu benennen:

- Erstens: Kann die Mitgliedschaft in der SSO bereits einen Wettbewerbsvorteil schaffen? 90 Prozent der in der Schweiz praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in der SSO organisiert. Die SSO ist damit eine grosse Standesorganisation mit einem hohen Organisationsgrad. Das ist vom politischen Gewicht des Verbands her erstrebenswert. Wenn aber bei der SSO neun von zehn Zahnärzten Mitglieder sind, dann vertritt man eben den durchschnittlichen Zahnarzt und nicht eine Elite. Dies verweist auf die objektiven Grenzen einer Vermarktung des SSO-Labels als Qualitätslabel.
- Zweitens ist die SSO eine Standesorganisation, die sich für die Interessen ihrer Mitglieder einsetzt. Dieses Engagement beinhaltet auch berufsethische Aspekte. Aber in der Öffentlichkeit wird die SSO als Interessensvertretung der

Zahnärzte wahrgenommen. Eine PR-Kampagne muss diese Wahrnehmung berücksichtigen.

- Drittens darf nicht vergessen werden, dass gemäss der SSO-Publikumsumfragen 90 Prozent der Bevölkerung mit ihrem Zahnarzt zufrieden sind. Es wäre fahrlässig, das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient durch einen – direkt wenig beteiligten – Dritten zu stören.

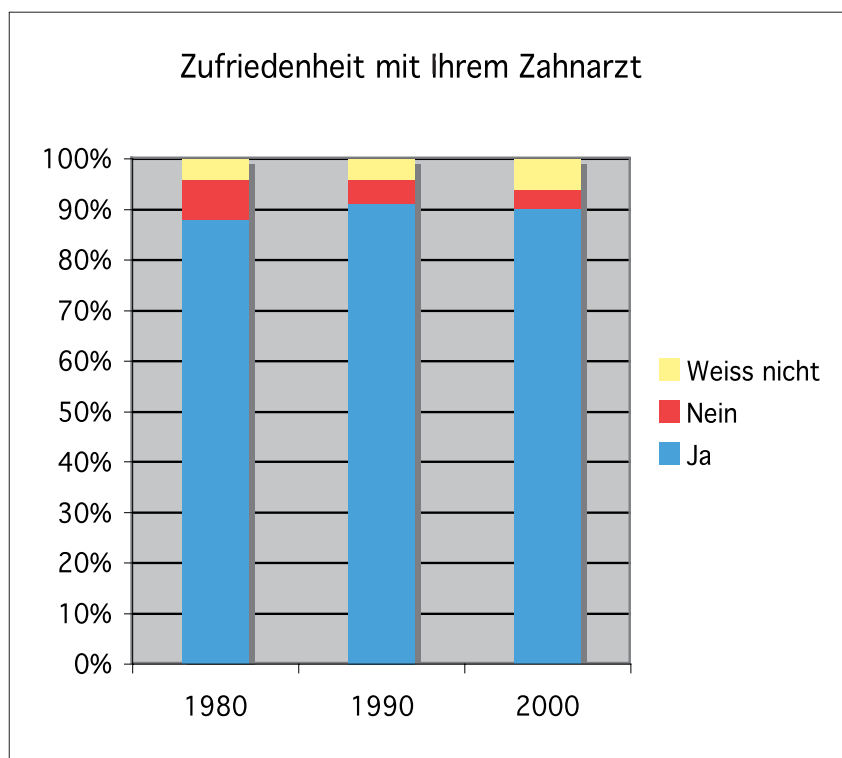
- Die vierte und letzte Vorbemerkung zu den Limiten einer Profilierungskampagne bezieht sich auf die Dissertation der Berner Soziologin Marianne Rychner. Ihre medizinsoziologische Studie zeigt exemplarisch auf*, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis auf Vertrauen basiert. Dieses Vertrauen wird durch übertriebene marktwirtschaftliche und wettbewerbliche Ein-

flussnahme gestört. Wenn der Zahnarzt marktschreierisch Reklame macht, kann der Patient nicht mehr selbstverständlich davon ausgehen, dass er als Patient und nicht als Kunde behandelt wird.

Wenn wir diese Einschränkungen als «Leitplanken» einer Kampagne akzeptieren, dann kann der Vorstoss der SSO-Delegierten erfolgreich umgesetzt werden. Es geht darum, in einer Kampagne das Label SSO im Bewusstsein der Patientinnen und Patienten zu verankern. Voraussetzung für eine erfolgreiche Kampagne ist dabei eine klare Positionierung und Umsetzung des Labels innerhalb der zahnärztlichen Praxis. Die Praxis ist die Visitenkarte der SSO. Wo die SSO in der Kampagne auftritt, soll sie dies zur Unterstützung des Praktikers tun.

Konzeptziele und Botschaft

Eine PR-Kampagne wird zuerst von den internen Zielgruppen wahrgenommen. Zu den internen Konzeptzielen gehört, junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für eine Mitgliedschaft in der SSO zu gewinnen. Den SSO-Sektionen sollen Handlungsmöglichkeiten für eigene Kommunikationsmassnahmen aufgezeigt werden. Ohne Akzeptanz und Mitwirkung der Sektionen verliert die Kampagne an Schlagkraft.



Alle zehn Jahre stellt Demoscope im Auftrag der SSO die Frage: «Sind Sie mit Ihrem Zahnarzt völlig zufrieden oder nicht?» Die hohe Zufriedenheit widerspiegelt das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient.

* Siehe SMfZ 12/2006, S. 1302–1305.

Gegen aussen wird es vor allem darum gehen, die Vorteile der SSO-Zahnarztpraxis für Patientinnen und Patienten bekannter zu machen; SSO-Zahnärzte sollen gegenüber Nichtmitgliedern und der ausländischen Konkurrenz profiliert werden. Dazu wird das Label «SSO» als eigentliches Vertrauenslabel positioniert. SSO-Zahnärztinnen und -Zahnärzte werden als kompetente und verantwortungsbewusste Fachpersonen profiliert, denen Patienten vertrauen können.

Die Botschaft gegen aussen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

«Das Label SSO steht für Seriosität und Qualität. SSO heisst: hohes zahnmedizinisches und handwerkliches Know-how. In der SSO-Praxis sind Sie als Patient gut aufgehoben. Diese Zahnärztinnen und Zahnärzte verdienen Ihr Vertrauen.

Strategie: Zahnärztliche Praxis als «lieu de combat»

Kernstück einer jeden PR-Kampagne ist die Strategie, der Weg zur Zielerreichung. Der Erfolg der Profilierungskampagne wird sich nur dann einstellen, wenn sich das *einzelne Mitglied der SSO* aktiv und persönlich bei seinen Patienten einsetzt. Die SSO stellt dafür Mittel zur Verfügung. Zentraler Angelpunkt – auf Französisch wird es deutlicher: «lieu de combat» – für die Profilierungskampagne ist die zahnärztliche Praxis. Sie soll in ihrer Kommunikation mit dem Patienten gestärkt werden.

Wir nutzen damit die Tatsache, dass die Patienten im Allgemeinen mit ihrem Zahnarzt sehr zufrieden sind. Dieses Vertrauen soll mit dem Label «SSO» verknüpft werden. Indem sich die zahnärztliche Praxis als SSO-Praxis zu erkennen gibt, entsteht ein Rückkopplungseffekt. So wird die Reputation von Zahnarzt und SSO gleichermassen gestärkt. Die SSO-Kampagne soll seriös sein und Vertrauen erwecken – ein selbstbewusster Auftritt, keine lärmige Werbung. Die vorgesehene Byline «*Unsere Zahnärzte*» zielt auf das zentrale Element der Kampagne: Das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient.

«In der richtigen Praxis!»

Mittelfristig sollen die Praxen unserer Mitglieder als «SSO-Zahnarztpraxis» erkennbar sein: Praxisschild, Kuverts, Korrespondenzpapier, Termin- und Recall-Karten bis hin zu Telefonbucheinträgen und Inseraten verweisen auf die Zugehörigkeit zur SSO. Die Bezeichnung «Zahnarzt SSO» bzw. «Zahnärztin SSO» soll fortan konsequent verwendet werden.

Wie bildet sich mein Zahnarzt weiter?

Die Antwort finden Sie unter www.sso.ch – der Homepage der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft.



Die SSO prüft die Idee von Kleininseraten in der Tagespresse.

Zentrales Element eines Dachmarketings ist die Wiedererkennung des Labels. Patientinnen und Patienten sollen sofort merken, dass sie sich in der «richtigen» Praxis befinden.

Gefordert ist aber auch der Verband und seine Gremien: alle Zeitschriften, Drucksachen und visuellen Medien (wie das Internet) werden künftig nach einheitlichen CD-Vorgaben gestaltet. Der SSO-Auftritt ist so unverwechselbar, «aus einem Guss». So wird auch die Patientenzeitung «Zähne» grafisch neu gestaltet. Mit Inseraten sollen Inhalte der SSO-Website hervorgehoben werden und besonders die Patienteninformationen intensiv propagiert werden.

Kampagnenstart

Die Kampagne, so wie sie hier skizziert ist, wurde im Herbst des letzten Jahres anlässlich der Präsidentenkonferenz vorgestellt und von den Anwesenden für tauglich befunden. Sofern die Delegiertenversammlung der SSO im Mai 2007 in Bern dem Konzept ebenfalls zustimmt, kann die Kampagne dann starten. Um den Delegierten ein ausgearbeitetes Konzept vorlegen zu können, wurde mittlerweile die renommierte Zürcher Werbeagentur GKG beauftragt, Ideen zur Umsetzung aufzuzeigen. Zu ihren Auftraggebern gehören das Filmfestival Locarno, das Schweizerische Rote Kreuz, Nestlé, Economiesuisse und Ringier. Konkrete Massnahmen werden den Delegierten im Mai in Bern präsentiert. Die eine oder an-

dere Idee soll aber hier schon skizziert werden:

Zusammen mit der Werbeagentur prüft die SSO die Idee von Kleininseraten in der Tagespresse mit wiederkehrenden grafischen Elementen. Zum Beispiel: «Wo ist mein Zahnarzt? Die Antwort finden Sie auf www.sso.ch.»

Ein weiteres Teilprojekt, das der Vorstand und die Stabstellen im Rahmen der Profilierungskampagne prüfen, betrifft die Einführung einer national einheitlichen, breit kommunizierten zahnärztlichen Notfallnummer. Die Botschaft wäre auch hier: «SSO-Zahnärztinnen und -Zahnärzte sind für Sie da!» Angedacht sei an dieser Stelle auch die Idee einer regelmässig erhobenen Statistik der Zahngesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Seitens der Presse würden solche Statistiken auf grosses Interesse stossen.

Langfristige Massnahmen

Ein PR-Konzept für eine Profilierungskampagne Zahnarzt SSO ist nur tauglich, wenn es auch *langfristige* Elemente enthält. Die SSO braucht ein «Aushängeschild», um *langfristig* von einem guten Image profitieren zu können. In den letzten 50 Jahren war dieses «Paradeferd» der SSO die Prophylaxe. Wer in den 1990er-Jahren standespolitisch aktiv war, kann bestätigen, dass das Engagement der SSO für die Prophylaxe bei den Auseinandersetzungen um das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hilfreich war. In Zukunft könnte die Schulzahnpflege eine vergleichbare Rolle übernehmen. Die Probleme in der Schulzahnpflege sind gravierend. Die Dezentralisierung vom Kanton an die Gemeinden hat die Situation verschärft. In der Schulzahnpflege muss die SSO unbedingt die Führung an sich ziehen. Nicht zuletzt geht es darum, dass gerade auch weniger begüterte Eltern dank der Schulzahnpflege Behandlungskosten einsparen können.

Delegiertenversammlung im Mai 2007

Aufgabe des SSO-Vorstands und der Stabstellen war bis heute, den Vorstoss der Delegiertenversammlung zu konkretisieren, die Leitplanken der Kampagne zu setzen sowie Kampagnenziele, Zielgruppen, Botschaften und Tonalität festzulegen. Jetzt geht es darum, zusammen mit spezialisierten Partnern die gestalterische Umsetzung zu leisten. An der kommenden Delegiertenversammlung werden erste Vorschläge präsentiert. ■

Implantat Stiftung Schweiz

Schraube trifft Zahn(arzt)nerv

Anna-Christina Zysset

Kein anderes zahnmedizinisches Produkt kann sich wie das Implantat rühmen, die persönliche Ausstrahlung zu verbessern. Die kommerziellen Anbieter nützen dieses einzigartige Verkaufsargument weidlich aus. Bei einem weltweit geschätzten Milliardengeschäft liess sich selbst die Börse vom Implantatfieber anstecken. Ein Beitrag im Schweizer Fernsehen vor einem Jahr mit einer allzu einseitigen Information rüttelte die Zahnärzte-Fachwelt auf. Eine neu gegründete Implantatstiftung wird künftig die Schweizer Bevölkerung sachlich und kompetent informieren. Für 2008 ist zudem ein grosser Implantatkongress geplant.

IMPLANTAT STIFTUNG SCHWEIZ

Am 5. März 2007 wurde in Bern die Implantat Stiftung Schweiz (ISS) gegründet. Die Idee der Stiftung wird durch vier grosse Fachgesellschaften getragen, die Schweizerische Gesellschaft für orale Implantologie (SGI), die Schweizerische Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS), die Schweizerische Gesellschaft für Rekonstruktive Zahnmedizin (SSRD) und die Schweizerische Gesellschaft für Parodontologie (SSP). Gründungsmitglieder sind vorerst nur die SGI und SSOS, während die Teilnahme der SSRD und der SSP aus statutarischen Gründen zuerst noch durch die nächsten Generalversammlungen abgesehnet werden müssen. Primäres Ziel ist die objektive, produktneutrale und kommerzfreie Information der Schweizer Bevölkerung. Dabei sollen Möglichkeiten und Grenzen

der Implantattherapie als Bestandteil der modernen Zahnmedizin kommuniziert werden. Die Information soll höchsten ethischen und wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Die wissenschaftliche Kommission (siehe Kasten) garantiert für deren Einhaltung. Die Stiftung soll zudem durch die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), die Schweizerische Patienten Organisation (SPO) sowie die vier zahnmedizinischen Universitätszentren über eine Patronatsgruppe ideell unterstützt werden. Die schriftliche Zustimmung dieser Partner wird in diesen Tagen eingeholt.

Professionelle Unterstützung

Die Stiftung wurde in Zusammenarbeit mit der bekannten Anwaltskanzlei Bratschi Emch Rechtsanwälte in Bern errichtet. Die Implantat Stiftung Schweiz figuriert als gemeinnützige Stiftung, womit sie steuerbefreit werden sollte. Die Stiftung wird durch den Stiftungsrat geleitet.

Bis heute sind Dr. Ueli Grunder (Vertretung SGI) und Prof. Dr. Daniel Buser (Vertretung SSOS) als Stiftungsräte nominiert. Die Anwaltskanzlei übernimmt mit Unterstützung des SGI/SSOS-Sekretariats die Geschäftsführung. Das Stiftungsreglement regelt Rechte und Pflichten der Stiftung, welche allen Beteiligten als Richtschnur dienen. Die konzeptionelle Kommunikationsarbeit erledigt die Kommunikations- und PR-Agentur Stoll, Traber und Partner in Bern, die im wissenschaftlichen PR-Bereich sehr erfahren ist und die sich in einem Wettbewerb gegen namhafte Konkurrenz durchgesetzt hat. Die Agentur wird durch die wissenschaftliche Kommission fachlich unterstützt. Das einprägsame Logo (siehe links) sowie eine zu errichtende Homepage sind unter anderem Bestandteil der Aufklärungskampagne.

Finanzmittel

Für die Aktivitäten der ISS wurde für die ersten drei Jahre ein Kostendach von maximal 3 Mio. Franken definiert. Die Hauptaktivität ist eine professionelle Medienkampagne, die durch die PR-Agentur koordiniert und ausgeführt wird. Prioritäres Ziel ist der Aufbau einer breiten Bekanntheit und hohen Glaubwürdigkeit.

Es ist vereinbart, dass die Stiftung durch die vier Fachgesellschaften und führende MedTech-Unternehmen in der Schweiz finanziert wird. Eine substanzielle Refinanzierung soll auch über den im vierten Quartal 2008 geplanten Implantatkongress erfolgen.

Es ist zu hoffen, dass die Implantat Stiftung Schweiz das Wissen der Schweizer Bevölkerung über die Möglichkeiten und Grenzen der Implantattherapie inklusive neuer Entwicklungen auf diesem Gebiet fördern wird. Damit soll ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Implantattherapie geleistet werden. ■



Lorenz Hess und Daniel Buser besprechen die Infokampagne.



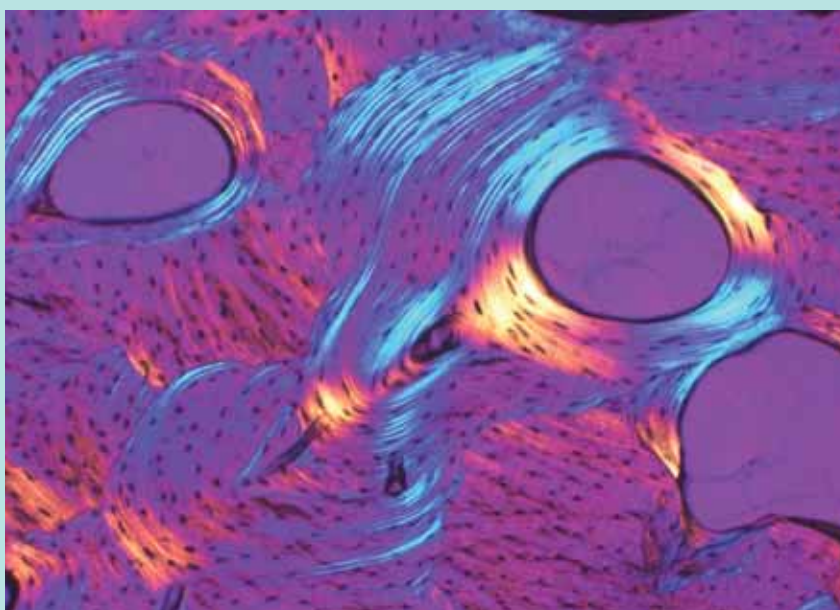
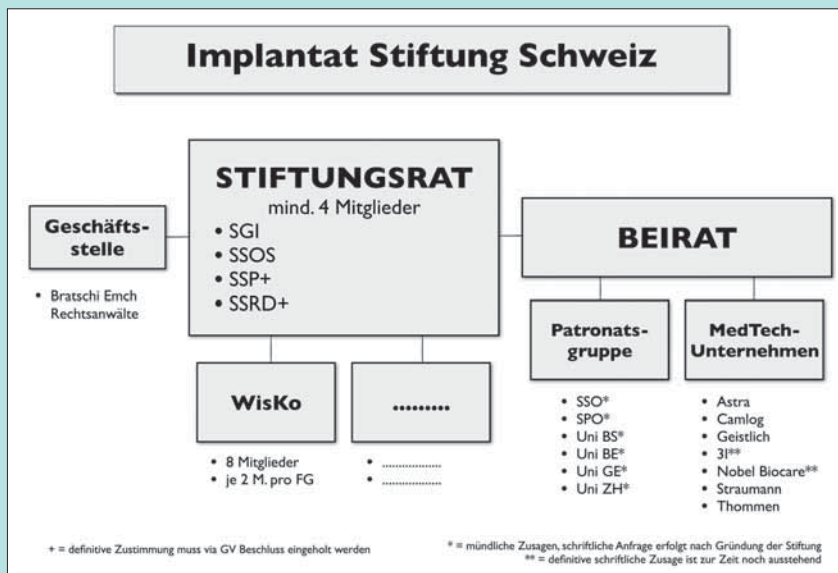
Informationskampagne der Implantat Stiftung Schweiz

Lorenz Hess

Die Implantat Stiftung Schweiz verfolgt die objektive und produktneutrale Information der Schweizer Bevölkerung über die Möglichkeiten und Grenzen der Implantattherapie als Bestandteil der modernen Zahnmedizin. Dabei soll die Information den höchsten ethischen und wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. Den Anlass zu diesem Stiftungszweck hat unter anderem die zunehmende intensive Direktwerbung gegeben, welche sich mit den Qualitäts- und Aufklärungsaufgaben des Berufsstandes nicht mehr deckt. Die Debatte in der Öffentlichkeit und die zunehmend kritischen Stimmen auch in den Medien haben zu einer Verunsicherung der Bevölkerung geführt. Mit der Kampagne soll diesem Problemen entgegengetreten werden.

Die Akzeptanz der Zahnimplantattherapie durch die Schweizer Bevölkerung kann durch eine gezielte, informative Aufklä-

rungskampagne verbessert werden. Dieses Ziel interessiert sowohl die Zahnärzte als auch die Industrie.



Kortikaler Knochen mit Osteonen und Schaltlamellen im Polarisationsmikroskop (D. Bosshardt).



Einzellücke 11 nach Zahnverlust durch Trauma.

Die Hauptzielgruppen

- Patientenschaft (Hauptsegment: 50- bis 70-Jährige, Nebensegmente: Unfallopfer)
- Breite Bevölkerung als potenzielle Patientenschaft und «Gesamtsample» der öffentlichen Meinung (Beeinflusser und Meinungsbildner)
- Inländische Zahnärzte als wesentliche, glaubwürdige Informationsmittler hin zur Patientenschaft.
- Medienschaffende

Die Kommunikationsaktivitäten erstrecken sich über drei Jahre und gliedern sich in drei Bereiche:

1. Medien- und Informationskampagne

Mittels Patientenbroschüre werden die Adressaten via die Zahnärztinnen und -ärzte direkt angesprochen. Der Inhalt wird durch die wissenschaftliche Kommission der Stiftung definiert. Die Distribution erfolgt landesweit.

Durch gezielte Medienarbeit wird die Implantattherapie nicht nur in Fachmedien bekanntgemacht. Das Ziel ist die qualitativ bestmögliche Berichterstattung durch optimale Bedienung der Redaktionen.

2. Breitenkampagne

Mit der konsequenten Verwendung der Stiftungsmarke bei allen Kommunikationsmitteln wird ein «Gütesiegel» für objektive, wissenschaftliche Information geschaffen.

Eine projektbezogene Website dient als wesentliches Informationsmittel für die breite Bevölkerung.

Mittels periodischen Schaltens von Publi-reportagen in den für die Hauptzielgruppen relevanten Zeitschriften wird das Agenda-Setting bezüglich der Themen unterstützt und vor allem auch ungefilterte Information an prominenter Stelle vermittelt.

3. Zusätzliche Massnahmen

Zum jetzigen Zeitpunkt ist als Hauptmassnahme im Jahr 2008 ein Kongress zur Implantattherapie unter der Federführung der Stiftung geplant. ■

Der Bildungssoziologe Dr. Christian Imdorf hat im Rahmen des Forschungsprojekts «Lehrlingsselektion in KMU» die Haltung von Ärzten und Zahnärzten zu männlichen Praxisassistenten untersucht. Seine These: Männliches Personal irritiert das Rollenverständnis der Praxisinhaber – viele meinen sogar, ihre männlichen Geschlechtsgenossen vor einem schlecht bezahlten Beruf bewahren zu müssen. Was sind die Gründe für oder gegen den Einsatz von Medizinal- und Dentalassistenten in der Praxis? Welche Motive stecken dahinter? Und: Was denken eigentlich die Zahnärztinnen?

Der folgende Artikel ist als Diskussionsbeitrag gedacht. Die SMfZ-Redaktion ruft Leserinnen und Leser auf, möglichst zahlreich ihre Meinung zu äussern – in der Hoffnung, es komme so eine lebendige Auseinandersetzung über Rollenbilder und geschlechtsspezifische Vorurteile ins Rollen.

Männliche Praxisassistenten

Ärzte und Zahnärzte fühlen sich bedroht

Christian Imdorf

Während sich Betriebe in männertypischen Berufsfeldern zunehmend für junge Frauen interessieren, haben junge Männer kaum eine Chance, eine Lehrstelle als Praxisassistent in einer ärztlichen oder zahnärztlichen Praxis zu erhalten. Offenbar irritieren sie das männliche Selbstverständnis der Zahnärzte und Ärzte – die Praxisinhaber fühlen sich bedroht.

Die Weichen für die Geschlechtertrennung in der Berufswelt werden bereits beim Übergang von der Schule in die Berufsausbildung gestellt: Ausbildungsbetriebe können Geschlechterrollen zementieren, indem sie jungen Frauen und Männern systematisch geschlechtertypische berufliche Tätigkeitsfelder zuweisen. Bislang wurde vor allem der Ausschluss junger Frauen von männertypischen Berufsausbildungen diskutiert. Die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Integration und Ausschluss» geführte Untersuchung «Lehrlingsselektion in KMU»¹ legt neue Befunde an den Tag.

Ausschluss junger Männer von Assistenzberufen

In den untersuchten männertypischen Berufswelten (Auto- und Holzgewerbe) sind junge Frauen als Auszubildende vermehrt gefragt, da die Betriebe die leistungsbereiten weiblichen Jugendlichen zunehmend zu schätzen wissen. Zudem werden sie für ihren positiven Einfluss auf das Arbeitsklima gelobt². Im Gegensatz dazu werden männliche Bewerber bei

den frauentypischen Assistenzberufen der Arzt- und Zahnarztpraxen (Dentalassistentin, Medizinische Praxisassistentin) praktisch ausgeschlossen. Bei der Hälfte der untersuchten Praxen haben sich zwar junge Männer für eine Ausbildung zum Praxisassistenten gemeldet (in einer Arztpraxis wurden unter 150 Bewerbungen etwa zehn männliche Bewerber gezählt). Die befragten Zahnärzte und Ärzte wehren sich aber erfolgreich gegen die Anstellung männlicher Assistenten.

Irritiertes Selbstverständnis, vermutete Betriebsstörungen

Die Zahnärzte und Ärzte begründeten ihre ablehnende Haltung mit möglichen Betriebsstörungen, mit der Irritation ihres Geschlechterselbstverständnisses und mit dem nötigen Schutz der jungen Männer: In der Vorstellung der männlichen Praxisinhaber gefährden Assistenten die Funktionstüchtigkeit der Praxis, insbesondere die bewährte geschlechtergetrennte Arbeitsteilung. Es wird befürchtet, dass die hierarchischen Arbeitsbeziehungen nicht mehr funktionieren könnten: Assistierende Männer wüssten sich weniger gut unterzuordnen. Schlimmer noch: Berufliche Abläufe könnten sich durch Liebesbeziehungen verkomplizieren. Männliche Praxisassistenten führten zudem bei Patientinnen und Patienten zu einem erhöhten Erklärungsbedarf. Dass diese Aussagen in der Möglichkeitsform formuliert sind, verweist darauf, dass es sich bei den Vorbehalten um Fantasien ohne betriebliche Erfahrungen handelt.

Die Vorstellung eines männlichen Praxisassistenten scheint das Geschlechterselbstverständnis der Mediziner zu irritieren. Ausschlaggebend ist dabei nicht die Nähe zu einem Mann am Arbeitsplatz: Zahnärzte und Ärzte haben vielmehr Mühe, in ihrer Praxis die Kombination von männlichem Geschlecht, hierarchischer Unterordnung und beruflicher Minderwertigkeit zu akzeptieren.

Schliesslich argumentieren Zahnärzte und Ärzte im anwaltschaftlichen Interesse der jungen Männer: Diese sollen vor einer Berufsausbildung geschützt werden, die das Modell des männlichen Familienernähmers in Frage stellt. Während man(n) die berufliche Selbstbeschränkung bei Frauen akzeptiert, wird einem Berufseinstieg für Männer ohne grosse Karrieremöglichkeiten jeglicher Sinn abgesprochen. Im Unterschied zu den männlichen Türwächtern, welche die beschränkten beruflichen Möglichkeiten hervorheben, sorgen sich die Türwächterinnen eher um das psychische Wohlbefinden männlicher Praxisassistenten in einem Frauenteam. Dass sich die Ausbildung nicht mit dem familiären Ernährermodell vereinbaren lässt, ist für die befragten Zahnärztinnen und Praxisassistentinnen dagegen irrelevant.

Dr. Christian Imdorf

- 1971 in Luzern; Studium der Sozialarbeit, Heilpädagogik und Kinder- u. Jugendpsychopathologie an den Universitäten Fribourg und Bern; 2001–2004 Promotion am Heilpädagogischen Institut der Universität Fribourg; 2002–2005 Kollegiat am Graduiertenkolleg Gender Studies der Universitäten Bern und Fribourg
- 2000–2003 Projektbearbeiter der Nationalfonds-Untersuchung «Die Bedeutung formaler und inhaltlicher Bildungsqualifikation für die Lehrstellensuche von in- und ausländischen Jugendlichen – unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Ausprägungen» (NFP 43)
- 2004–2006 Projektbearbeiter der Nationalfonds-Untersuchung «Lehrlingsselektion in Klein- und Mittelbetrieben» (NFP 51)

Christian Imdorf ist Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Universität Basel. Er forscht z.Zt. als Stipendiat des Schweizerischen Nationalfonds an der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main.

Kontakt:
<http://www.christianimdorf.info>

¹ Weitere Informationen im Internet: www.lehrlingsselektion.info

² Allerdings werden die jungen Frauen oft vor die Entscheidung gestellt, die männliche Betriebskultur zu akzeptieren. Dies dürfte bei manchen durch die Erfahrungen während der Schnupperlehre zum Selbstausschluss führen. Sie sind verständlicherweise nicht bereit, sich dem abwertenden und bedrohlichen männlichen Gebahren einzelner Mitarbeiter während mehrerer Ausbildungsjahre auszusetzen.

Angesichts der wachsenden Problematik der «weiblichen Arbeitsvermögens» in der medizinberuflichen Praxis sind die stark emotional gefärbten Stellungnahmen der Zahnärzte und Ärzte rational kaum begründbar. Immerhin: Ei-

nige Befragte haben anlässlich der Interviews den Widerspruch zwischen ihrem Geschlechter selbstverständnis und der rationalen Begründbarkeit der geschlechtlichen Arbeitsteilung in ihrer Praxis bei sich selbst entdeckt. ■

Rauchstopp – Chance für die Gesundheit

(at) Ein Drittel der täglich Rauchenden denkt ans Aufhören. Im Vordergrund steht der Wunsch nach einer besseren Gesundheit. Zusätzliche Motivation liefert der nationale Rauchstopp-Wettbewerb zum Welttag ohne Tabak vom 31. Mai 2007.

Deutlich mehr Personen als früher planen einen Schlussstrich unter ihre Raucherkarriere. Von 2001 bis 2005 ist der Anteil der täglich rauchenden Personen, die in den nächsten sechs Monaten aufhören wollen, von 26 auf 34 Prozent gestiegen, wie die Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum zeigt.

Wer täglich zur Zigarette greift, erlebt die Gefährdung der eigenen Gesundheit besonders krass. Die grösste Motivation zum Rauchstopp ist für die meisten Rauchenden die Sorge um ihre Gesundheit. Je grösser der Tabakkonsum ist, desto

schlechter geht es der Gesundheit. Dies trifft auch auf Herz und Kreislauf zu. Die Giftstoffe aus dem Tabakrauch schädigen die Blutgefässe. Bei jedem Inhalieren aus der Zigarette verengen sich die Gefässe. Der Blutdruck steigt, das Herz schlägt schneller. Aber schon innerhalb weniger Wochen nach dem Rauchstopp sinkt die unnötige Belastung des Blutkreislaufs.

5000 Franken zu gewinnen

Am nationalen Rauchstopp-Wettbewerb teilnehmen können alle Raucherinnen und

Auch für den Rauchstopp gilt: Gut vorbereitet ist halb gewonnen

- Bestellen Sie noch heute die Anmeldekarte für den Rauchstopp-Wettbewerb zum Welttag ohne Tabak: im Internet unter www.at-schweiz.ch oder per Telefon 031 389 92 46 oder Fax 031 389 92 60.
- Beobachten Sie in den kommenden Wochen Ihre Rauchgewohnheiten. Zünden Sie am Vormittag schon kurz nach dem Aufstehen die erste Zigarette an? Wie häufig greifen Sie tagsüber zur Zigarettenpackung? Notieren Sie auf ein Blatt Papier, wie oft Sie rauchen, und wickeln Sie dieses um die Zigarettenpackung. So wird Ihnen jedes Mal deutlich bewusst, dass Sie wieder rauchen.
- Schauen Sie sich um in ihrem Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. Möchte eine Kollegin oder ein Kollege ebenfalls mit Rauchen aufhören? Tun Sie sich zusammen. Zu zweit fällt das Aufhören garantiert leichter.
- Teilen Sie den Angehörigen Ihren Entschluss zum Rauchstopp mit. Dann wird Ihnen kaum jemand übel nehmen, wenn Sie in der ersten Zeit nach dem Aufhören nervös oder gereizt sind. Und das Wichtigste ist: Die anderen unterstützen Sie in Ihrem Vorhaben.
- Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt, Ihrer zahnmedizinischen Ansprechperson oder in der Apotheke, mit welchen Medikamenten Sie den Rauchstopp leichter schaffen. Bewährt haben sich die nikotinhaltigen Produkte Kaugummi, Hautpflaster, Microtabs (ohne Rezept erhältlich) und Inhaler (rezeptpflichtig) sowie ein Mittel gegen Depression mit dem Wirkstoff Bupropion (rezeptpflichtig).
- Mit dem kostenlosen Selbsthilfeprogramm «Ziel Nichtrauchen» können Sie auf eigene Faust das Rauchen aufgeben. Steigen Sie unter www.zielnichtrauchen.ch direkt ins Programm ein oder bestellen Sie die Unterlagen über Telefon 031 389 92 46 bei der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention.
- Wenn Sie unsicher sind, wie Sie aufhören sollen, rufen Sie die Rauchstopplinie 0848 000 181 (8 Rappen pro Minute ab Festnetz) an. Womöglich haben Sie bei einem früheren Aufhörversuch eine ungeeignete Methode gewählt. Erkundigen Sie sich bei den besonders ausgebildeten Beraterinnen der nationalen Rauchstopplinie. Diese wissen genau Bescheid über die verschiedenen, wissenschaftlich erprobten Aufhörmethoden.



Rauchen schadet: Let it be

Raucher, die vom 4. Juni bis zum 3. Juli 2007 nicht rauchen. Zu gewinnen sind einmal 5000 und zehnmal 500 Franken. Auf der Anmeldekarte muss der Rauchstopp von einem Zeugen oder einer Zeugin schriftlich bestätigt werden. Für diese Personen gibt es eine Zusatzverlosung von zehnmal 100 Franken. Anmelden kann man sich bis zum 3. Juni 2007 online auf www.at-schweiz.ch oder telefonisch bei der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention unter Nummer 031 389 92 46.

Unterstützungshilfen

Die nationale Rauchstopplinie 0848 000 181 (8 Rappen pro Minute ab Festnetz) bietet ausführliche Beratungsgespräche an. So können Rauchende herausfinden, welche Aufhörmethode für sie persönlich die beste ist. Sie erfahren unter anderem, wie sich die Nikotinabhängigkeit mittels nikotinhaltiger Medikamente schrittweise abbauen und die Entzugserscheinungen vermindern lassen. Wer täglich raucht, ist häufig stark abhängig vom Nikotin. Der nationale Rauchstopp-Wettbewerb wird getragen von der Krebsliga Schweiz, der Schweizerischen Herzstiftung, der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit. Partnerorganisationen sind die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, die pharmaSuisse, die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und die Swiss Dental Hygienists. Wie in den vorangehenden Jahren wird der Wettbewerb ebenfalls von Nicolette unterstützt. ■

Aktion Zahnfreundlich und Schweizerischer Spielgruppen-Leiterinnen-Verband (SSLV) gemeinsam gegen Milchzahnkaries.

Zahnfreundliche Spielgruppen!

Zwei Organisationen – ein Ziel: Die Aktion Zahnfreundlich und der SSLV setzen ein wichtiges Zeichen gegen die zunehmende Karies bei Kleinkindern und zeichnen «zahnfreundliche Spielgruppen» aus. An der Informationsveranstaltung des SSLV vom 27. Januar 2007 in Zürich referierte Dr. Peter Minnig, Schulzahnklinik Basel-Stadt, über die Ursachen und Folgen der Milchzahnkaries. Vertreterinnen der Aktion Zahnfreundlich und des SSLV stellten das in der Pilotphase erfolgreich getestete Kariespräventionsprogramm für Spielgruppen vor.



Allein in der Schulzahnklinik Basel-Stadt werden jährlich rund 450 Kindern die Milchzähne unter Narkose saniert. Tendenz steigend. Mit diesen Zahlen eröffnete Dr. Peter Minnig, Schulzahnklinik Basel-Stadt, die Informationsveranstaltung «Karies muss nicht sein!» vom 27. Januar 2007, welche die Aktion Zahnfreundlich und der SSLV organisiert haben. Den rund 70 anwesenden Spielgruppenleiterinnen erklärte Minnig, dass dieser Eingriff, der für Kinder wie auch für Zahnärzte sehr unangenehm sei, leicht vermieden werden könnte. Minnig



Am 25. Oktober fand in Thun die erste Pilotweiterbildung statt.



ZAHNFREUNDLICH.CH

zählte folgende Ursachen für die zunehmende Milchzahnkaries auf: veränderte Lebensgewohnheiten, Ernährung mit erhöhtem und/oder dauerndem Zuckerkonsum, permanentes Nuckeln an Getränkeflaschen mit Süssgetränken sowie veränderte soziale Strukturen der Gesellschaft. Die Kariesgefahr beginnt mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes. Die Prophylaxeprogramme, organisiert durch Kantone und Gemeinden, finden jedoch erst ab dem Kindergarten statt. Daher begrüsst Minnig das Engagement der Spielgruppenleiterinnen, bereits den Kleinkindern zahnfreundliches Verhalten spielerisch zu vermitteln sowie die Eltern in die Präventionsarbeit mit einzubeziehen.

Die Pilotphase des Weiterbildungsprogramms für die Spielgruppenleiterinnen

Schweizerischer Spielgruppen-Leiterinnen-Verband (SSLV)

Der schweizerische Spielgruppen-Leiterinnen-Verband wurde im Juni 2001 in Olten gegründet. Er ist der Berufsverband der Spielgruppenleiterinnen und der Dachverband der regionalen Fach- und Kontaktstellen. Auf schweizerischer Ebene nimmt der Verband die Interessen der Spielgruppen wahr, fördert den Kontakt der Berufstätigen regional wie national und definiert und fördert die Qualität in der Spielgruppe. Der SSLV setzt sich für mehr Anerkennung und mehr finanzielle Unterstützung der Spielgruppenleiterinnen ein. Zudem ist der Verband Ansprechpartner für andere Organisationen sowie Politikerinnen und Politiker, wenn es um das Wohl des Kindes im Spielgruppenalter geht. Der SSLV arbeitet mit anderen Verbänden und Organisationen zusammen.

Der SSLV hat über 1800 Mitglieder aus der deutschen und rätoromanischen Schweiz. Die Mitglieder sind zusätzlich einer Fach- und Kontaktstelle angeschlossen. Dort finden vorwiegend die Weiterbildung und die Vernetzung der Spielgruppenleiterinnen statt. Professionelle Beratung im organisatorischen wie im pädagogischen Bereich erhalten Mitglieder durch den SSLV. Die Spielgruppe ist ein erster Erfahrungsort für die Kinder ausserhalb der Familie, um soziales Verhalten zu üben und neue Beziehungen zu knüpfen. Eltern der Spielgruppenkinder möchten die Spielgruppe nicht missen, ist sie doch ein sanfter Einstieg in den Schulalltag.
www.sslv.ch

Die Aktion Zahnfreundlich

Der gemeinnützige Verein Aktion Zahnfreundlich engagiert sich seit 25 Jahren in der Kariesprävention und zahnfreundlichen Ernährung. Professoren aller schweizerischen zahnmedizinischen Institute und Vertreter der Süsswarenindustrie gründeten den Verein im Jahr 1982. Nicht Zucker verbieten, sondern Alternativen anbieten, war eines der Credos der Gründer. Sie kreierten das Markenzeichen «Zahnmännchen», das heute einen Bekanntheitsgrad von gegen 85 Prozent in der Schweizer Bevölkerung geniesst. Das Zahnmännchen assoziiert den Zusammenhang zwischen Zähnen und deren Schutz. Die damit ausgezeichneten Produkte sind wissenschaftlich getestet und sind weder kariogen noch erosiv.

Vor drei Jahren hat der Verein seinen Wirkungsbereich auf die Mund- und Zahnhygiene ausgedehnt und jetzt neu auf die Prophylaxe. Mitglieder der Aktion Zahnfreundlich sind Professoren der schweizerischen zahnmedizinischen Institute, Süsswarenhersteller, Handelsunternehmen, Verbände/Organisationen aus dem Gesundheitsbereich, Hersteller von Mund- und Zahnpflegeprodukten, Zahnärzte, Zahnärztinnen, Schulzahnkliniken sowie Dentalhygienikerinnen.
www.zahnfreundlich.ch

sei erfolgreich abgeschlossen, erklärte Anna Lustenberger, Vorstandsmitglied SSLV. Im März beginnen die ersten Wei-



Verena Vock, von der Schulzahnklinik Basel-Stadt, erklärt anschaulich, wie die Zähne richtig geputzt werden.



Gegen 30 interessierte Spielgruppenleiterinnen liessen sich in Thun zum Thema «Kariesprävention in Spielgruppen» weiterbilden.



Mithilfe des Buchs «Das sehr unfreundliche Krokodil» wird den Spielgruppenkindern in Zukunft das Thema Ernährung/Mundhygiene und gemeinsames Erlebnis näher gebracht.

terbildungsveranstaltungen in den Regionen Mittel- und Hinterthurgau sowie



Spielgruppenleiterinnen, die die Weiterbildung besucht haben und eine zahnfreundliche Spielgruppe leiten möchten, erhalten eine Materialbox mit Buch, Spiel, Schulungs- und Informationsmaterial zur Verfügung gestellt.

Südbünden. Die Spielgruppenleiterinnen werden von Fachfrauen der Schulzahnprophylaxe sorgfältig ins Thema eingeführt. Sie erhalten eine umfassende Dokumentation und Unterrichtsmaterial wie ein Zuordnungsspiel, Lieder, Bilderbuch, Verse und Anregungen für ein gesundes Znüni sowie Unterlagen für die Information der Eltern zur Verfügung gestellt. Nicht mit dem Mahnfinger, sondern spielerisch und lustvoll soll das Thema in den Spielgruppen behandelt werden. Dies garantiert auch das Krokodil Zassi, eine Handspielpuppe, die für die Kariesprävention in den Spielgruppen entwickelt wurde, erklärte Susanne Matter, Vorstandsmitglied SSLV. Das Präventionsprogramm wurde im letzten Jahr auf Initiative der Aktion



Mithilfe des Zuordnungsspiels lernen die Spielgruppenkinder, welche Lebensmittel «gut» und welche «schlecht» für die Zähne sind. Das Spiel bietet viele verschiedene Spielvarianten.

Zahnfreundlich erarbeitet und getestet. Spielgruppen, die mit dem Programm arbeiten und auch die Eltern in die Arbeit mit einbeziehen, zeichnet die Aktion Zahnfreundlich mit dem lachenden Zahnmannchen als «zahnfreundliche Spielgruppe» aus. Das Interesse der Spielgruppenleiterinnen am Thema ist gross. Petra Hirsig, Leiterin Geschäftsstelle Aktion Zahnfreundlich, rechnet damit, dass innerhalb der nächsten zwei Jahre über 20 000 Kinder und deren Eltern in der deutschen Schweiz mit dem Präventionsprogramm erreicht werden können.

Die Partner

Das Präventionsprogramm wird von den beiden Vereinen Aktion Zahnfreundlich und Schweizerischer Spielgruppen-Leiterinnen-Verband gemeinsam durchgeführt. ■

Stabsübergabe bei der medisuisse nach 30 Jahren

Dr. med. Max Giger, Präsident Kassenvorstand medisuisse, Winterthur

Am 1. März 2007 übergibt der Leiter der AHV-Ausgleichskasse medisuisse, RA Dr. iur. Christian Schaeppi, die Schlüssel zu den Büros am Oberen Graben 37 in St. Gallen seinem Nachfolger RA lic. iur. Marco Reichmuth. Mit den besten Wünschen für einen langen aktiven Ruhestand und grossem Dank für den Einsatz zugunsten der medisuisse möchte bzw. muss ich Christian Schaeppi verabschieden. Er stand über den offiziellen AHV-Pensionierungstermin hinaus im Dienste der frei erwerbenden Mitglieder der vier Berufsorganisationen, der FMH, der SSO, der GST und der SCG.

Christian Schaeppi übernahm die Leitung der medisuisse am 1. Januar 1976, führte die Geschäfte und leitete das Team in konzilianter und ruhiger Weise. Während seiner Tätigkeit sind die schweizerischen Sozialwerke laufend ausgebaut und vervollständigt worden. Die AHV wurde wiederholt revidiert; die letzte, 10. Revision, datiert aus dem Jahre 1994, in Kraft seit 1. Januar 1997. 1985 wurde

das Obligatorium für die berufliche Vorsorge (BVG, 2. Säule) eingeführt. Per 1. Juli 2005 wurde die Bundeslösung für eine Mutterschaftsversicherung in Kraft gesetzt. Im Herbst 2006 hat der Souverän dem Bundesgesetz über die Familienzulagen zugestimmt.

Die medisuisse hat sich während der dreissig Jahre unter der Leitung von Christian Schaeppi von einer kleinen zu einer mit-



RA Dr. iur. Christian Schaeppi

telgrossen Ausgleichskasse entwickelt, wie die folgende Tabelle zeigt. Nebst dem kontinuierlichen Wachstum des Kundenbestands hat die Übernahme von so genannten übertragenen Aufgaben, namentlich der Durchführungsstelle der PAT-BVG, zum starken Ausbau des

	1976	2006
Anzahl Mitglieder	7667	19824
Rentenbestand	4903	11120
Einnahmen AHV/IV/EO	111 Mio SFR	548 Mio SFR
Leistungen	56 Mio SFR	260 Mio SFR
Personalbestand	12 Personen	38 Personen

Personalbestands beigetragen. Es handelt sich in chronologischer Reihenfolge um folgende übertragenen Aufgaben:

- 1978: Übernahme der Geschäftsstelle von 14 verbandseigenen Familienausgleichskassen in den Kantonen AG, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, SG, SH, SO, TG, TI und ZH.
- 1985: Aufbau und Betrieb der Durchführungsstelle der verbandseigenen Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte (PAT-BVG).
- 1996: Vereinbarungen mit den Ärztesellschaften der Kantone AG, BE, GL, LU, SH, SZ und ZH über das Inkasso von Berufsbildungsbeiträgen für MPA.
- 2001: Vereinbarung betreffend Beitragsinkasso für die Mutterschaftsversicherung des Kantons Genf.

Dieses Wachstum bedingte einen steten Ausbau der Büroräumlichkeiten am Obe-



RA lic. iur. Marco Reichmuth

ren Graben. Der hoffentlich für einige Zeit letzte Aus- und Umbau wurde zu voller Zufriedenheit des Teams im Juni 2005 abgeschlossen. Die Infrastruktur und die In-

formationstechnologie wurden in Zusammenarbeit mit anderen Ausgleichskassen im Rahmen der IGAKIS (InteressenGemeinschaft für Ausgleichskassen-Informationssysteme) den Anforderungen an einen optimalen Prozessablauf entsprechend ausgebaut. Immer mehr Mitglieder können so den gesamten Geschäftsverkehr (u. a. Lohnabrechnungen, Personalmutationen) auf elektronischem Weg erledigen.

Seinem Wirken setzte Christian Schaeppi verdienstvoll unter verdankenswertem Einsatz des ganzen Teams im September 2006 die Zertifizierung des Betriebs nach ISO 9001:2000 als Krone auf.

So darf Marco Reichmuth einen modernen gut funktionierenden Betrieb mit motiviertem Personal übernehmen. Marco Reichmuth selbst ist profunder Kenner der Sozialwerke. Er leitete in den vergangenen sechs Jahren den Rechtsdienst der Ausgleichskasse des Kantons Zug und amtierte als Stellvertreter deren Leiters. Er ist federführender Redaktor der Gesetzesausgaben zur 1. Säule. Ich wünsche ihm einen guten Start und der medisuise ein weiteres Florieren unter seiner Leitung. ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Ausbildungsseminar zum Laserschutzbeauftragten

Carlo Metzler (Text), Michel Vock und Carlo Metzler (Fotos)

Am Vortag des L.A.S.E.R.-Kongresses in Zürich vom 13. Januar 2007 fand ein Ausbildungsseminar zum Laserschutzbeauftragten unter der Leitung von Dr. rer. nat. Jörg Meister statt. Dr. Meister ist Physiker und Dozent an der RWTH Aachen und im Aachener Arbeitskreis für Laserzahnheilkunde (www.aalz.de). Nach einem ersten Schweizer Laserschutzkurs im Juni 2006 mit 16 Teilnehmern fanden sich am 12. Januar 2007 bereits 30 Kolleginnen und Kollegen zu diesem Basiskurs für einen sicheren Umgang mit Lasern ein. Der von der AALZ ausgearbeitete Laserschutzkurs wird von der swaPro als Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten anerkannt.

Nach einer Einführung in die geschichtliche Entwicklung des Lasers wurde auf die physikalischen Grundlagen des Lichts eingegangen. Ausgehend von den Lichtwellen als elektromagnetische Transversalwellen mit der Eigenschaft endlicher und konstanter Lichtgeschwindigkeit, ging Dr. Meister auf die Eigenschaften und das

Potenzial der kleinsten Trägereinheit der Lichtenergie ein, des Photons. Aus den mathematischen Zusammenhängen

$$c = \lambda \cdot \nu \quad \text{und} \quad E_{\text{Photon}} = h \cdot \nu$$

wird ersichtlich, dass Wellenlänge, Frequenz und Photonenenergie äquivalent sind, wobei auf die Dualität des Lichtes hinzuweisen ist: Das Licht im Wellenbild beschreibt dessen Ausbreitung, das Licht im Quantenbild bezieht sich auf die Wechsel-



Dr. Jörg Meister vor interessiertem Publikum zu Beginn des Kurstages.

wirkung des Lichtes mit der Materie. Womit wir zur Materie kommen. Da die Natur immer den energetisch niedrigstmöglichen, das heisst energetisch stabilsten Zustand einnimmt, kann ein auf einer energetisch niedrigeren Stufe befindliches Elektron eines Atoms durch Aufnahme von Energie, z. B. einem Photon, kurzzeitig auf einen energetisch höheren Zustand gebracht werden. Diesen Vorgang nennt man «stimulierte» Absorption von Energie. Da dieser Zustand nicht stabil ist, fällt das Elektron nach einer endlichen (natürlichen) Lebensdauer ($t_{\text{nat}} = 10^{-8}$ s) wieder auf das tiefere Energieniveau und gibt dabei die aufgenommene Energie wieder ab. Dieser Vorgang wird als spontane Emission von Energie bezeichnet.

* Alle Tabellen mit freundlicher Genehmigung von J. Meister und der AALZ GmbH



Dr. Jörg Meister erklärt die Wirkungsweise des Resonators im Laser.



Dr. Jörg Meister, immer hilfsbereit.



Angeregte Diskussion in der Pause.

Möchte man jetzt ein energetisch angeregtes System von aussen beeinflussen, also stimulieren, so muss diese *Stimulation* schneller erfolgen als die natürliche Lebensdauer, was in einem **Laser** letztendlich technisch umgesetzt wird. Der Laser besitzt eine *Pumpquelle* (Gasentladung, elektrisch oder optisch) welche die primäre Energie in ein *laseraktives Medium* (Gase, Flüssigkeiten, Halbleitermaterial, Festkörper) einspeist. Das laseraktive Medium emittiert nach Absorption der primären Pumpenergie eine materialspezifische Wellenlänge, welche in einem *optischen Resonator* (Spiegelsystem) durch optische Richtungsselektion und Rückkopplung zu spektraler Schmalbandigkeit (monochromatisches Licht), Kollimation (Bündelung) und schliesslich zu einer stehenden Welle mit daraus resultierendem hohem Kohärenzgrad führt (konstante Phasenbeziehung einzelner Wellenpakete untereinander). Dieser ganze Vorgang wird in



Wie zu Studienzeiten: Multiple choice Test am Ende des Kurstages.

dem einzigen Wort **LASER** zusammengefasst: **Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation**. So hat ein Laser folgende *Eigenschaften*:

- Hohe spektrale Energie- bzw. Leistungsdichte
- Monochromasie
- Grosse zeitliche und räumliche Kohärenz
- Vollständige Amplitudenstabilität bei stationärem Betrieb
- Erzeugung ultrakurzer Lichtpulse im Bereich von Nano- (10^{-9} s) bis Femtosekunden (10^{-15} s)

Eine besondere Qualität des Laserlichts beruht auf dessen hoher *Kohärenz*, welche auch im Gewebe die *Fähigkeit zur Interferenz* besitzt. Nicht- oder inkohärentes monochromatisches Licht besitzt diese Fähigkeit nicht. Laserlicht ist dadurch fähig, auch in tieferliegenden Gewebeschichten Strukturen, sogenannte *Speckles*, zu erzeugen, was inkohärentes monochromatisches Licht nicht vermag. So können die Eigenschaften des Laserlichts für spezifische Wechselwirkungen mit dem Gewebe eingesetzt werden.

Laserbetriebsarten: Der Laser kann im *Dauerstrichbetrieb* (cw: Emissionszeit $t > 0,25$ s bei konstanter Energiefreisetzung), im *Pulsbetrieb* ($t < 0,25$ s mit extrem kurzen Pulsen, welche eine wesentlich höhere Energiefreisetzung besitzen als die korrespondierende mittlere Energie des Lasers) oder im *Chopper-Betrieb* (mechanische oder elektronische Unterbrechung eines cw-Strahles) eingesetzt werden.

Bei den **Lichttransmissionssystemen** wird zwischen *Spiegelgelenkarm* (mechanisch stabil, sehr gute Transmission, hohe Energieübertragung und Übertragung des Modenprofils), *optischen Fasern* (hohe Flexibilität, gute bis sehr gute Transmission, allerdings Bruchgefahr bei Extrembelastung) und *Hohlwellenleiter* für Erbium- und CO₂-Laser (gute Flexibilität bei mittlerer bis guter Transmission, für CO₂-Laser hohe Laserleistung möglich, allerdings nur für eine Wellenlänge verwendbar, schwierig zu fokussieren und weniger gute Strahlenqualität) unterschieden.

Nach der Ausführung des Aufbaues und der spezifischen Funktionsweise verschiedener Laser (Gas-, Festkörper-, Dioden- und Dylaser) gab Dr. Meister eine Übersicht zu den *typischen* Medizinlasern und zu deren *allgemeiner Anwendung* in der Medizin (Tabelle 1*).

Zur Behandlungskompetenz mit Lasern gehört die Kenntnis der **Licht-Gewebe-Wechselwirkung**. Richtet man einen Laserstrahl auf Gewebe findet Folgendes gleichzeitig statt: *Reflexion an der Geweboberfläche*, *Absorption und Streuung* als Wechselwirkung im Gewebe und *Durchdringung des Gewebes* als kollimierte und diffuse Transmission. Die *Absorption* hängt von der jeweiligen Entsprechung der La-

typische Medizinlaser	Wellenlänge	Anregungsart	Indikation
Excimer	308 nm	Gasentladung	Ophthalmologie (Hornhaut)
Argon-Ionen	488 / 514 nm	Gasentladung	Glaukom, Netzhaut, Kunststoffaufhärtung
Krypton-Ionen	752,5 nm	Gasentladung	PDT (Photodynamische Therapie)
Dye	500 – 900 nm	optisch	PDT
Dioden	810 / 980 nm	elektrisch	Endo/PA/LowLevel
Nd:YAG	1064 nm	optisch	Endo/PA
Er:YAG	2940 nm	optisch	Kavitätenpräparation
CO ₂	9600 / 10600 nm	Gasentladung	Weichgewebeschirurgie, Leukoplakie

Tabelle 1

kontinuierlicher Laserbetrieb (cw)		gepulster Laserbetrieb	
Wellenlänge			
Leistung / W		Pulsenergie / J	
		Pulsdauer / s	
		mittlere Leistung / W	
		Pulswiederholfrequenz / s ⁻¹	
Bestrahlungsdauer / s			
(Fleckdurchmesser) ←	Bestrahlungsfläche / cm ²		→ (pro Puls)
Luft-Wasser Spray / ml/min			
Leistungsflussdichte / W/cm ²		Energiedichte / J/cm ²	

Tabelle 2

serwellenlänge mit der Wellenlänge des Zielgewebes ab (siehe ebenfalls Tabelle 1*). Je nach *Leistungsdichte* und *Einwirkzeit* gehen die Wechselwirkungen von einer photochemischen Reaktion (Biomodulation, photodynamische Therapie) über in eine thermische Wirkung (Koagulation und Vaporisation) bis hin zu den athermischen Abtragsmechanismen der Gewebe wie Ablation und Disruption. Die immer sehr gute Wundheilung von Laserwunden zeugt von einer sehr guten Biomodulation der peripheren Gewebe, welche nach wie vor Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen ist. Für eine reproduzierbare Laseranwendung wird die **Dokumentation von Behandlungsparametern** nach folgender Tabelle empfohlen (Tabelle 2*). Laser stellen eine **besondere Gefahr für das Auge** dar. Erbium-, CO₂- und Excimer-Laserstrahlung wird in der ersten wasserhaltigen Schicht der Hornhaut absorbiert und schädigt diese. Argon-Ionen-, Nd:YAG- und Diodenlaserstrahlungen

können aufgrund ihres Absorptionsspektrums praktisch ungehindert durch das Auge bis an die Netzhaut gelangen. Durch die Fokussierung unserer Augenlinse erzeugt ein Laserstrahl von lediglich 1 mW Leistung beim Auftreten auf der Netzhaut in einem Punkt von 10 µm Durchmesser (Fläche: 78,5 × 10⁻⁸ cm²) eine Leistungsdichte von 1270 W/cm², was eine ultimative Schädigung zur Folge hat. Dies ist u.a. einer der Gründe, die unphysikalische Nomenklatur «Softlaser» aus dem zahnärztlichen Sprachgebrauch verschwinden zu lassen (richtig: Low-Level-Laser-Therapie, LLLT), da je nach Verhalten das Resultat einer falschen Manipulation das Resultat alles andere als «soft» sein kann. Folgende Tabelle über unsichtbare Laserstrahlung veranschaulicht den Zusammenhang von Wellenlänge und Eindringtiefe ins Auge (Tabelle 3*). Es ist klar ersichtlich, dass unsichtbare elektromagnetische Strahlung durchaus bis tief ins Auge eindringen und Schaden verursachen kann.

Strahlenart	dringt ins Auge ein bis zur
UV-C 100-280 nm und UV-B (teilweise) 280-315 nm	Hornhaut / Bindehaut
UV-B (teilweise) und UV-A 280-315 nm 315-380 nm	Augenlinse
sichtbare Strahlung (VIS) 380-780 nm	Netzhaut
nahes Infrarot (teilweise) 780-2500 nm	Netzhaut, Glaskörper
nahes Infrarot (teilweise) 780-2500 nm	Augenlinse
Mittleres und fernes Infrarot 2500-25000 nm >25000 nm	Hornhaut / Bindehaut

Tabelle 3

Aufgrund des *Gefährdungspotenzials* wurden **Laserklassen** von völlig ungefährlich (Klasse 1) bis sehr gefährlich (Klasse 4) definiert. Im Gegensatz zur Klassifizierung bei Giftstoffen nimmt der Grad der Gefährdung bei Lasern mit steigender Klasse zu. Die verbindliche Anleitung zur Klassifizierung von Lasereinrichtungen steht in der **Lasernorm EN 60825-1**. In dieser Norm sind auch die maximal zulässigen Belastungswerte für das Auge aufgeführt.

Im Anschluss an diese Ausführungen zur europäischen Lasernorm wurden noch die **suvaPro-Richtlinien** behandelt und zuletzt die Schutzmassnahmen besprochen (Schutzbrille, Praxiseinrichtung und Patienteninformation).

Ein Multiple-Choice-Test beendete diesen interessanten und sehr instruktiven Kurstag, den Dr. Jörg Meister didaktisch ausgezeichnet und bestens dokumentiert zu führen wusste. Der Besuch dieses Laserschutzkurses, welcher über die SGOLA (www.sgola.ch) angeboten wird, muss eigentlich allen Anwendern von Lasern wärmstens empfohlen werden. Bei der EU-Emsigkeit unserer Behörden wird es nicht lange dauern, bis ein Laserschutzbeauftragter pro Praxis mit Laser auch in unserem Land zur Vorschrift erklärt werden wird.

Last but not least kann der Schreiber bezeugen, dass es in unserer heutigen zum Teil chaotischen Zeit Spass gemacht hat, an einem Tag in physikalischen Formeln nicht interpretierbare und nicht relativierbare, d.h. eindeutige, Gesetzmässigkeiten zu finden und entsprechend angewendet zu sehen. Die wesentlichen Aussagen dieses Kurstages mussten im Bericht sehr komprimiert wiedergegeben werden, was vielleicht die eine oder den anderen eher vor einem Kursbesuch abschrecken mag. Über acht Stunden verteilt ist der Stoff, auch anhand der projizierten, gut verständlichen Grafiken, bestens zu verdauen. Der Kursbesuch ist also uneingeschränkt zu empfehlen. ■



Gründung der neuen Schweizerischen Gesellschaft für orale Laserapplikationen SGOLA (www.sgola.ch)

Carlo Metzler, Manno

Im Rahmen des L.A.S.E.R.-Kongresses vom 13. Januar 2007 in Zürich wurde durch eine Fusion der SGOL (Schweizerische Gesellschaft für oro-faziale Lasermedizin, unter bisherigem Präsidium von Dr. Peter Sebek) und der SGLZ (Schweizerische Gesellschaft für Laserzahnheilkunde, unter bisherigem Präsidium von Dr. Michel Vock, M.Sc.) die neue Fachgesellschaft SGOLA gegründet (Schweizerische Gesellschaft für orale Laserapplikationen, www.sgola.ch). Dr. Michel Vock, M.Sc., wurde als Präsident, Dr. Peter Sebek als Vizepräsident der SGOLA gewählt, PD Dr. Dr. Gerold Eyrich wirkt als wissenschaftlicher Beirat. Für die SMfZ haben diese drei Kollegen einige aktuelle Fragen zur Laserzahnheilkunde beantwortet.

1. Welches war euer erster Kontakt mit der Laserzahnheilkunde?

Peter Sebek: Bereits in den Achtzigerjahren habe ich diverse Veranstaltungen zum Thema Laser besucht. Als Anfang der Neunzigerjahre die ersten für uns Zahnärzte brauchbaren Laser auf den Markt kamen, habe ich Workshops absolviert. Dort war es von Anfang an klar, dass die Versprechungen der Anbieter nicht realistisch waren. Die Materie hat mich aber interessiert, und so habe ich weitere Veranstaltungen besucht. Mein erster Laserkongress war 1992 in Salt Lake City.

Gerold Eyrich: 1995 als Assistent an der Uni Zürich im chirurgischen Einsatz, damals vor allem mit dem CO₂-Laser.

Michel Vock: Im Jahre 2000 im Rahmen einer Weiterbildung. Danach entschieden wir uns, einen CO₂-Laser in der Praxis zu integrieren. Mittlerweile haben wir verschiedene Lasersysteme (Er:YAG, CO₂, Diode, Nd:YAG, Argon, aPDT, LLLT), mit welchen wir unsere Patienten behandeln.

2. Verglichen mit der konventionellen, in gewisser Weise mechanistischen Zahnmedizin («Schleifen und Schneiden»), wie weit mussten ihr euer Denken an die neue Dimension einer energetischen Laserzahnheilkunde anpassen? Könnt ihr dieses Umdenken beschreiben und eventuell konkrete Beispiele in unserem Arbeitsgebiet nennen?

Peter Sebek: Bei den Laserbehandlungen handelt es sich oft um zusätzliche Therapien, wie zum Beispiel in der Endodontie. Bei solchen Behandlungen war kein Umdenken erforderlich. Bei anderen Therapien, «Lasern statt Schneiden», fand das Umdenken automatisch während der jeweiligen Ausbildungsphase statt.

Gerold Eyrich: Gerade das Schneiden zeigt den Unterschied. Während das Schneiden mit dem Messer eine Dissektion, also ein Auseinanderdrängen des Gewebes ist, so

ist beim Laserschneiden das Gewebe, an dem der Schnitt entsteht, abliert, verschwunden, im eigentlichen Sinne verdampft. Entsprechend muss man ganz anders präparieren. Es ist eben ein visuelles und kein taktiles Arbeiten, daran muss man sich gewöhnen.

Michel Vock: Was die chirurgischen Eingriffe angeht, ist ein Umdenken eigentlich schnell erfolgt, denn viele Eingriffe sind schneller auszuführen, beispielsweise Exzisionen, und einfacher anzugehen. Auch kommt einem die schneller und komplikationslose Wundheilung zugute. Was die Zahnhartsubstanzbearbeitung betrifft, ist ein Üben sinnvoll. Das für den Zahnarzt unübliche Arbeiten ohne Kontakt ist am Anfang gewohnheitsbedürftig. Auch sieht die gelaserte Oberfläche anders aus als beim herkömmlichen Schleifen/Bohren. Auf jeden Fall ist die Patientencompliance um ein Vielfaches grösser als bei der konventionellen Arbeitsweise mit Diamant und Winkelstück.

3. Zahnärzte denken und behandeln nach wie vor mechanistisch. Ist die noch weit verbreitete Skepsis gegenüber der Laserzahnheilkunde der Schwellenangst zuzuschreiben, in neue Dimensionen des therapeutischen Denkens vorzustossen?

Peter Sebek: Die Skepsis hat mehrere Gründe. Als die ersten Geräte für die Zahnmedizin auf dem Markt erschienen sind, ist unter den Anbietern eine Goldgräberstimmung eingetreten und es wurde versucht, die damals noch sehr teuren Geräte mit unrealistischen Versprechungen zu vermarkten. So folgte nach der hohen Welle der Begeisterung eine noch höhere Welle der Enttäuschung. In dieser Zeit haben zahlreiche Kollegen und Kolleginnen den Lasereinsatz in der Zahnmedizin abgeschrieben oder zumindest für eine lange Zeit aufs Eis gelegt. Ein weiterer Grund für die Zurückhaltung der Zahnärzte ist die teilweise noch anhal-

tende ablehnende Haltung von Universitätsabteilungen gegenüber der Lasertechnologie in der Zahnmedizin. Ausserdem haben zahlreiche Kollegen Bedenken bezüglich der zusätzlichen finanziellen Investitionen. Viele warten auf einen kostengünstigen «Universallaser», mit dem allerdings in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist.

Gerold Eyrich: Einerseits das vorherrschende mechanistische Denken, schliesslich ist es zuerst ein manueller Beruf, und andererseits die viel gequälte Frage: Was bringt es? Der Nutzen ist nicht immer im Kurzfristigen zu finden, zum Beispiel in einer Zeitersparnis bei der Behandlung selbst, sondern im Langfristigen, zum Beispiel in einer guten und komplikationslosen Heilung.

Michel Vock: Bis anhin wurde der Laserzahnmedizin in der Schweiz wenig Bedeutung beigemessen. Dies kann daran liegen, dass die Universitäten sich noch nicht öffentlich über diese moderne Therapieform geäussert haben. Die Zahnärzte sind in der Schweiz eher skeptisch gegenüber neuen Technologien. Doch weltweit gesehen zeigt sich, dass die Laserzahnmedizin eine wissenschaftlich fundierte Behandlungsform ist.

4. Wie hoch schätzt Ihr den Lernaufwand, bis die Grundlagen der Laserphysik und -biologie zur klinischen Anwendung eines Lasers genügen?

Peter Sebek: Vor der Anschaffung und dem ersten Gebrauch eines Lasers sollte jeder Kollege über die Wirkungsweise, die biophysikalischen Interaktionen und die Sicherheitsrichtlinien Bescheid wissen. Dieses Grundwissen wird unter anderem im eintägigen Kurs für den Laserschutzbeauftragten vermittelt. Je nach Fachgebiet sollten die Kenntnisse in Spezialkursen vertieft werden.

Gerold Eyrich: Mit dem Laser Erfahrung sammeln ist ein andauernder Prozess, und leider, oder Gott sei Dank, mit den sich ändernden Laserparametern, welche sich aus fortlaufend neu publizierten Studien ergeben, in ständigem Wandel. Was die Physik betrifft, so lässt sich diese mit den angebotenen Grundlagenkursen in etwa acht Stunden gut vergegenwärtigen.

Michel Vock: Die SGOLA empfiehlt, vor dem Gebrauch eines Lasers den Kurs für den Laserschutzbeauftragten zu absolvieren. Hier wird für den Laien in einem Tageskurs das nötige Know-how vermittelt, was physikalische Grundlagen, Wechselwirkung mit dem Gewebe und Sicherheitsrichtlinien in der Lasertherapie be-

trifft. Wichtig ist, dass man regelmässig Laserkongresse und Workshops besucht, um die neuen Parameter für die verschiedenen Anwendungen mitzubekommen.

5. Können Sie verschiedene Lernkurven der in der Laserzahnmedizin zur Anwendung kommenden CO₂-Laser, Er:YAG-Laser und LLLT («Soft»)-Laser angeben? Eventuelle Ergänzungen zu dieser Frage?

Peter Sebek: Der Verlauf der Lernkurve ist viel mehr vom Fachgebiet abhängig als vom verwendeten Lasertyp. Es gibt Behandlungen, die sehr einfach zu erlernen sind und solche, die ein grundsätzliches Umdenken erfordern und schwieriger zu erlernen sind.

Gerold Eyrich: Die Indikationsgebiete erweitern sich mit den veränderten physikalischen Möglichkeiten, z.B. Pulslängen und Frequenz sowie Energie. Als Beispiel wird der Er:YAG-Laser, ursprünglich vor allem für Hartgewebe angewendet, nun auch langsam für die orale Weichteilchirurgie hoffähig, aber hier sind eben Anwendungsunterschiede zu beachten. So verlaufen für jeden Anwender entsprechend seinem aktuellen Wissen und seiner bisherigen Erfahrung verschiedene Lernkurven in unterschiedlicher Steilheit nebeneinander.

Michel Vock: Dies ist nicht einfach zu differenzieren. Jeder Anwender muss den für sein Einsatzspektrum richtigen Laser erlernen und danach Kurse besuchen. Am besten, man therapiert die ersten Patienten zusammen mit einem bereits mit Laser erfahrenen Kollegen. Hier kann man am schnellsten die nötigen Tipps erhalten.

6. Laserhersteller wollen in der Laserzahnheilkunde möglichst schnell Fuss fassen. Werden von dieser Seite korrekte Protokolle und Behandlungsaussichten angegeben?

Peter Sebek: Die Angaben der Hersteller bezüglich der Behandlungsaussichten sind heute wesentlich realistischer als Anfang der Neunzigerjahre. Die Behandlungsprotokolle basieren auf Studien und sind meistens auch korrekt. Die Wissenschaft liefert aber stets neue Erkenntnisse und die Lasertechnologie wird laufend entwickelt. Deshalb liegt es am Zahnarzt, die Behandlungsprotokolle den Entwicklungen anzupassen.

Gerold Eyrich: Oft fehlen vernünftige Empfehlungen, da die Parameter von bestimmten Anwendern ausgegeben werden und vergleichende oder überprüfende Studien meist fehlen. Ausserdem versucht fast jeder Hersteller, für sein Gerät alle in

unserem Gebiet möglichen Indikationen anzugeben, somit den Eindruck zu erwecken, sein Gerät sei ein «Universallaser». Ein solches Gerät existiert aber nicht und ist auch nicht in mittelbarer Zukunft in Aussicht zu stellen.

Michel Vock: Hier können die meisten Fehler in der Laserbehandlung passieren. Die Laserparameter sind ständig im Wechsel, da durch neue wissenschaftliche Untersuchungen neue und bessere Parameter gefunden werden. Die für das Gerät spezifischen Einstellungen sollten von den entsprechenden Firmen ständig auf dem neuesten Stand gehalten werden. Auch hier ist es wichtig, sich durch regelmässige Kurse und Kongressbesuche zu informieren.

7. In der Schweiz gab es bis jetzt vereinzelte, meist regional begrenzte, fachliche Initiativen und Gruppierungen, ohne dass eine wesentlich höhere Akzeptanz der Laserzahnheilkunde stattgefunden hat. Welche Perspektiven können für künftige Mitglieder durch die Fusion dieser Gruppierungen zu einer einheitlichen Fachgesellschaft SSO in Aussicht gestellt werden?

Peter Sebek: Die am 13. Januar 2007 gegründete SGOLA fördert den Einsatz der Lasertechnologie in der oralen Medizin. Sie pflegt bereits Kontakte zu ausländischen Fachgesellschaften und Universitäten in der Schweiz und im Ausland. Wir wollen regelmässig Kurse, Workshops und Kongresse veranstalten. Ebenfalls beraten wir Kollegen in Fachfragen und Fragen bezüglich der Leistungsabrechnung.

Gerold Eyrich: Eine Bündelung fachlicher Kompetenz, interessante Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Austausch in Foren, zuverlässige, fachlich begründete Stellungnahmen zu aktuellen Themen.

Michel Vock: Die neue Fachgesellschaft für Laserzahnmedizin SGOLA (www.sgola.ch) ist sicher der erste Schritt, damit eine einheitliche Ansicht betreffend Lasertherapien etabliert werden kann. Wir werden auch für Patienten eine Anlaufstelle sein, die sich für Laserbehandlungen interessieren und andererseits für Kollegen, die Fragen betreffend Therapieschemen oder Abrechnungsmöglichkeiten haben. Weiter wird die SGOLA auch die Stelle für Gutachten sein. Das Wichtigste für uns ist, dass wir durch fundierte wissenschaftliche Untersuchungen die Laserzahnmedizin weiter fördern können. Daher ist es für uns wesentlich, dass in Zukunft die verschiedenen Abteilungen unserer Universitäten mit wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen aktiv mitarbeiten.

8. Wie weit sind wissenschaftliche Institutionen involviert?

Peter Sebek: Es bestehen Kontakte zu Universitäten, welche wir künftig intensivieren möchten. Bereits heute zählen mehrere Lehrstuhlbeauftragte zu unseren Mitgliedern.

Gerold Eyrich: Einige Mitglieder sind an schweizerischen Universitäten tätig, auch Lehrstuhlinhaber sind dabei.

Michel Vock: Siehe Frage 7.

9. Welche konkreten Ziele werden mit welchem Zeithorizont angestrebt?

Peter Sebek: Im Laufe der nächsten Monate sollte die SGOLA als Fachgesellschaft der SSO anerkannt werden. Als neutrale und unabhängige Fachgesellschaft wollen wir eine Anlaufstelle sowohl für Kollegen als auch für Patienten sein.

Michel Vock: Bis Mitte 2007 sollte die SGOLA als offizielle Fachgesellschaft der SSO anerkannt sein. Die Statuten sind bereits bei der Rechtsabteilung der SSO eingereicht.

10. Wie wollen Sie Ihren eigenen, persönlichen Einsatz für diese Fachgesellschaft und ihre Mitglieder umschreiben, was können und wollen Sie weiterhin einbringen?

Peter Sebek: Als langjähriger Laseranwender versuche ich seit etwa 14 Jahren, den Kollegen die ständig wachsenden Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der zur Verfügung stehenden Lasertechnologie in der oralen Medizin aufzuzeigen. Diese Aktivitäten werde ich in der SGOLA fortsetzen.

Gerold Eyrich: Als wissenschaftlicher Beisitzer liegen mir insbesondere Aussagen bezüglich fachlicher Fragen der Laserbehandlung am Herzen, dafür werde ich auch in Zukunft zur Verfügung stehen.

Michel Vock: Der Laserkongress im Januar 2007 in Zürich mit 150 Teilnehmern am Hauptkongress, 30 Teilnehmern am Laserschutzkurs und 50 Teilnehmern an den Workshops zeigte mir, dass es viele laserinteressierte Zahnärzte in der Schweiz gibt. Wir sind durch die Fusion der SGLZ und SGOL mittlerweile 50 Mitglieder und erhielten alleine am Kongress weitere 15 dazu. Mein Anliegen ist es, möglichst viele Laseranwender oder solche, die es noch werden möchten, in einer Gesellschaft zu integrieren. Denn nur durch den Zusammenschluss ist es uns möglich, die bis anhin eher wenig integrierte Laserzahnmedizin auch in der Schweiz fundiert zu etablieren.

Herzlichen Dank für dieses Gespräch ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht über den Kongress «L.A.S.E.R. 2007» vom 13. Januar 2007 in Zürich

Wo, wann und für wen macht der Laser einen Unterschied?

Thomas Vauthier, Rheinfelden (Text und Fotos)

Es mutet geradezu seltsam an, dass in der sonst für neue Technologien leicht zu begeisternden Zahnmedizin der Laser nach wie vor ein Mauerblümchendasein fristet. Eigentlich sollte man besser die Laser sagen, denn inzwischen gibt es eine Vielzahl verschiedener Lasertypen, die für eine Vielzahl von klinischen Applikationen eingesetzt werden können. Aufgrund der technischen Neuerungen sind viele verunsichert, welche Möglichkeiten sich realisieren lassen und welche Versprechungen eher Wunschenken sind. Es stellt sich die Frage, ob der Laser einen echten Unterschied in der Behandlung bedeutet, ob die Behandlung gegenüber anderen Modalitäten Vorteile bietet und wenn ja, welche.

Diese und andere Fragen stellen den Hintergrund einer gemeinsamen Veranstaltung unter dem Titel «L.A.S.E.R. 2007» der Schweizerischen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (SGL), der Schweizerischen Gesellschaft für oro-faziale Lasermedizin (SGOL), der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (DGL) und des Aachener Arbeitskreises für Laserzahnheilkunde (AAL) dar, die am 12./13. Januar 2007 im Hotel Marriott in Zürich stattfand. Für einen reibungslosen Ablauf der Tagung sorgten Kollege Dr. Nils Leuzinger und seine charmante Gattin von der Fortbildung Rosenberg, Pfäffikon.

Wie die Organisatoren, PD Dr. Dr. Gerold Eyrich, Dr. Peter Sebek und Dr. Michel Vock, in ihrer Einladung schrieben, gehört «Laser in der Zahnheilkunde» mit Sicherheit zu den nach wie vor stark polarisierenden Themen unseres Fachgebietes. Ungeachtet der Tatsache, dass die relevante wissenschaftliche Literatur heute mehr als 1600 «gelistete», d. h. validierte Publikationen umfasst, sind zurzeit in den ca. 3500 Privatpraxen in der Schweiz nur etwa 100 bis 150 Laser im Einsatz. Dies entspricht weniger als 5 Prozent!

Über die Gründe für diesen Mangel an Interesse kann nur spekuliert werden. Scheuen die niedergelassenen Kollegen die doch beachtlichen finanziellen Kosten bei der Anschaffung? Oder vielmehr die Umstellung bei der Implementierung einer neuen Technologie? Meinen sie, der Laser sei nicht viel mehr als ein Gadget, das höchstens als Ergänzung zu traditionellen Methoden von Nutzen sei?

Der Hauptkongress der Tagung «L.A.S.E.R. 2007», auf den sich dieser synoptische Bericht beschränkt, bot den 150 Teilneh-

mern eine interessante Möglichkeit, sich aus erster Hand über den aktuellen Stand der Laserbehandlungen in der Zahnmedizin zu informieren. Verschiedene Spezialisten der vier Fachgesellschaften erläuterten die Grundlagen, Indikationen und hauptsächlich Anwendungsgebiete der heute zur Verfügung stehenden Laser.

Physikalische Grundlagen der Hartgewebepräparation mit dem Laser

Prof. Dr. Martin Frenz, Institut für angewandte Physik, Universität Bern

Der Leiter der Abteilung Biomedical Photonics des IAP zeigte zunächst in einer kurzen Zusammenfassung die Meilensteine der Geschichte des Lasers und seiner medizinischen Applikationen. Danach definierte er die Anforderungen an das Instrument Laser: Hohe Präzision, schnelle und effiziente Gewebeabtragung, hohe Selektivität ohne lateralen Schädigungen, leichte und sichere Bedienbarkeit sowie möglichst universeller Einsatz.



Konzentriert: Prof. Dr. Martin Frenz, IAP Bern, vor einem Vortrag.

Über die physikalischen Grundlagen und Betriebsarten und Modalitäten berichtet Kollege Carlo Metzler im nebenstehenden Beitrag «Ausbildungsseminar zum Laserschutzbeauftragten».

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die richtige Wahl der Laserparameter einen sicheren und effizienten Einsatz des Lasers für die Präparation sowohl von Hart- wie auch Weichgeweben garantiert. Die gewünschten Effekte können gezielt beeinflusst werden und erlauben eine Behandlung mit hoher Selektivität und Präzision. Das anfänglich schlecht beherrschbare Problem der Gewebeschädigungen durch Überhitzung kann heute durch genügende Kühlung mit Wasserspray, respektive die thermischen Relaxationszeiten zwischen den Laserimpulsen, weitgehend vermieden werden.

Laser-Diagnostik und Laser in der Parodontologie

Prof. Dr. Matthias Frentzen, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn

Eine der Folgen der Fluorprophylaxe ist das vermehrte Auftreten der sogenannten «hidden caries». Durch ungeschützte Fissuren und Grübchen können Bakterien unter den durch das Fluorid gehärteten Schmelz in das Dentin eindringen und dort unbemerkt massive Schäden anrichten, bevor die klassischen Detektionsmethoden wie visuelle Untersuchung, Sondieren oder Bissflügelaufnahmen Alarm schlagen. Deshalb ist die Kariesdiagnostik mit neuen Methoden heute von besonderer Bedeutung. Nachdem sich die elektrische Widerstandsmessung (ECM) und faseroptische Transillumination (FOTI) als für die klinische Routineanwendung wenig probate Techniken herausgestellt haben, setzt man zurzeit am meisten Hoffnungen auf die Kariesdiagnostik mittels Messung der relativen Fluoreszenz unter Laserlicht. Die biologischen Effekte, die zur Induktion der Fluoreszenzphänomene bei einer Anregungswellenlänge von 655 nm führen, sind noch weitgehend unbekannt. Man vermutet jedoch, dass Stoffwechselprodukte der Kariesmikroflora – u. a. Porphyrinderivate – als Fluorophore fungieren.

Als interessanteste Anwendungsgebiete für Systeme wie z.B. DIAGNodent® (KaVo) nannte der Referent die Detektion der okklusalen Karies, respektive Entscheidungshilfe bei der Primärtherapie, das Kariesmonitoring im Rahmen von präventiven Betreuungsprogrammen und die Verlaufskontrolle nach Fissurenversiegelung. Die Sensitivität und Spezifität solcher Verfahren sind dabei dem klinischen Vorge-



Prof. Dr. Matthias Frentzen, Bonn (rechts) im Gespräch mit Dr. Peter Sebeck, Zürich. Im Hintergrund Dr. Nils Leuzinger, Fortbildung Rosenberg, Pfäffikon.

hen signifikant überlegen, wie in verschiedenen Studien aufgezeigt wurde. In der Parodontologie sieht der Bonner Spezialist die Vorteile des Lasers einerseits in der resektiven Therapie, beispielsweise bei Gingivahyperplasien. Das koagulierende Schneiden und Abtragen garantiert ein fast blutungsfreies Operationsfeld mit guter Übersicht und eine erhebliche Reduktion des Bakteriämierisikos. Es ist jedoch auf einen ausreichenden Schutz der Hartgewebe zu achten.

Andererseits eröffnen sich mit neuen Methoden des Laser-Scalings interessante Perspektiven für das Debridement und die Reinigung der Wurzeloberflächen im Rahmen der parodontalen Therapie. Unter Praxisbedingungen ist mit der Mehrzahl der gängigen Lasertypen (Argon-Ionen-, Dioden-, Nd:YAG-, Ho:YAG-, CO₂-Laser) keine gezielte Entfernung von Zahnstein oder Konkrementen möglich. Derartige Anwendungen würden zu umfangreichen Nekrosen im Wurzelzement und Dentin führen. Ergebnisse mit Lasern, die im 3-µm-Bereich strahlen (z.B. Er:YAG-Laser), sind demgegenüber vielversprechend. Histologische Studien belegen, dass mit diesen Geräten eine atraumatische Reinigung der Wurzeloberfläche erreicht werden kann.

Erste klinische Studien zeigten, dass der Attachmentgewinn nach nicht-chirurgischer Parodontitistherapie mit dem Er:YAG-Laser über einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren erhalten werden kann und die Resultate mit dem konventionellen Scaling vergleichbar sind. Es besteht zudem die Möglichkeit, den Scaling-Prozess mit einem fluoreszenzdiagnostischen Verfahren zu kombinieren und somit eine Prozesskontrolle zu gewährleisten.

Fotodynamische Therapie

Dr. Michel Vock, Seuznach

Die Parodontitis ist eine weitverbreitete Erkrankung und wird in Zukunft einen grossen Teil der zahnärztlichen Tätigkeit beanspruchen, da die Patienten bis ins späte Lebensalter ihre eigenen Zähne behalten. Zusätzlich werden die Periimplantitis-Fälle drastisch steigen. Die Therapie ist immer mühsam und war bis jetzt eher erfolglos. Durch die APDT ist eine effiziente und erfolgreiche Therapie der Periimplantitis möglich geworden. Bis jetzt wurde die Parodontalbehandlung oftmals mit Antibiotika unterstützt. Leider zeigten sich aber unerwünschte Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Medikamenten. Ein weiterer grosser Nachteil der Antibiotikabehandlung ist leider die Förderung der Resistenzbildung



Dr. Michel Vock (links), frisch gewählter Präsident der neuen Gesellschaft SGOLA, und Dr. Peter Sebek, deren Vize-Präsident.

der Bakterien. Daher ist ein grosser Vorteil der antimikrobiellen fotodynamischen Therapie (aPDT), dass hier keine Resistenzbildung seitens der Bakterien möglich ist und keinerlei Nebenwirkungen vorhanden sind.

Wie funktioniert die aPDT? Durch die Absorption eines Photons durch den Fotosensibilisator mit einer Wellenlänge, die seinem Absorptionsmaximum entspricht (empfohlen wird ein Diodenlaser bei 660 nm und einer Leistung in der Tasche von 40 mW), wird das Fotosensibilisatormolekül (überwiegend Porphyrine) in einen hohen Energiezustand versetzt (Triplet-Zustand). Seine Energie wird dann auf ein Sauerstoffmolekül übertragen, was zur Erzeugung von Singulett-Sauerstoff führt. Singulett-Sauerstoff ist sehr toxisch und stark oxidierend. Da er nur ca. 0,1 µm diffundiert und sehr kurzlebig ist (10⁻⁹ s), wird der zelluläre Schaden auf das Gebiet beschränkt, das mit Fotosensitizer angereichert ist und auf das Licht einstrahlt.

Damit die lokale fotodynamische Reaktion in den gewünschten Zellen überhaupt stattfinden kann, muss sich der Fotosensitizer (z.B. Phenothiazinchlorid) in den Zellmembranen der Bakterien ansammeln können. Die Porphyrine haben eine grosse Affinität zur Lipidschicht der Bakterienzellwände. Der überschüssige Farbstoff muss vor der Belichtung unbedingt entfernt werden. Die Tatsache, dass die letale Fotosensibilisierung nicht artenspezifisch ist, ist von Vorteil, da sie das Eliminieren aller Bakterien in einer Mischinfektion ermöglicht. Ist eine absolute Spezifität erforderlich, bietet die Konjugation des Fotosensitizers mit einem monoklonalen Antikörper für den Zielorganismus eine geeignete Strategie, um eine selektive aPDT zu erreichen.

Die aPDT ist eine effiziente Alternative zu den Antibiotika und Antiseptika, vor

Ultraschall Instrumente
« 100% Swiss Made » bis
zu 60% billiger !

Inserts à ultrasons
« 100% Swiss Made » jusqu'à
60% moins chers !



swiss dental material SA

www.sdm-sa.ch

allem bei den Infektionen, die von Erregern ausgelöst werden, welche von Natur aus resistent sind oder eine Resistenz gegen herkömmliche Bakteriostatika ausgebildet haben. Da die Ausbildung einer Resistenz gegen das fotochemisch eingeleitete Abtöten unwahrscheinlich ist, kann die aPDT-Therapie mehrfach bei demselben Patienten oder an derselben Stelle appliziert werden.

Viele Untersuchungen bezeugen den nebenwirkungsfreien Einsatz der aPDT hinsichtlich des Farbstoffs und der applizierten Laserenergie. All diese Aspekte zeigen, dass die APDT ein wertvoller und wichtiger Bestandteil der modernen Zahnheilkunde ist und im Gebiet der Periimplantitistherapie sicher noch werden wird.

Der Laser unter dem Aspekt des Mottos: «Vom Heiler zum Dienstleister»

Auf die beiden Referate «Patientenakzeptanz verschiedener Laserbehandlungen und ihr Nutzen für den Zahnarzt» von Dr. Thorsten Kuypers, Köln und «Erfolgreiche Integration und Umsetzung des Lasers in der Privatpraxis» von Dr. Stefan Grüner, Mülheim a.d. Ruhr, wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Sie diskutierten die Lasertechnologie und ihre Anwendungen vor allem aus der Sicht des Praxismarketings und brachten keine speziellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Thematik.

Auch Dr. Peter Sebek, Zürich, hatte sein ursprünglich angekündigtes Referat «Kavitätenpräparation mit dem Laser» kurzfristig in «Laser für ein einfacheres Zahnarztleben» umbenannt. Leider, muss man sagen, denn sein Überblick brachte ausser einer recht subjektiven Zusammenstellung ei-

niger allgemeiner Vorteile der Laserbehandlung für den Patienten und den Zahnarzt wenig Neues. Es wäre spannend gewesen, hier von einem Spezialisten über die Bearbeitung der Zahnhartsubstanzen etwas detailliertere Informationen zu erhalten.

Schmerzempfindung bei Lasereingriffen

Dr. Michael Bornstein, ZMK der Universität Bern

«No cut – no sew – no fear», zitierte Michael Bornstein eingangs. Obwohl das Kriterium Schmerz nicht der wichtigste Vorteil des Lasers ist, wird das Wegfallen von Inzision und Wundverschluss besonders in der Weichteilchirurgie von den Patienten als angenehmer Nebeneffekt empfunden. Als Einwand muss jedoch in diesem Zusammenhang die nach Lasereingriffen notwendige Heilung per secundam genannt werden, die je nach Ausdehnung der Wunde durchaus unangenehm sein kann. Durch die Abdeckung mit einer Wundheilungspaste wie Solcoseryl® (enthält auch ein Lokalanästhetikum) kann dem entgegengewirkt werden, und zudem das Risiko einer Suprainfektion quasi auf Null gesenkt werden. Gegenüber dem Skalpell ist die initiale Wundheilungsreaktion (exsudative Phase) weniger ausgeprägt, und es kommt kaum zu postoperativen Schwellungen.

Aus der Oralchirurgie und Stomatologie ist der CO₂-Laser heute nicht mehr wegzudenken. Seine Vorteile gegenüber dem Skalpell sind die Präzision der Schnittführung, was vor allem bei der Entnahme von Biopsien von Vorteil ist. Bei richtiger Anwendung entstehen zudem keine thermischen Schäden, welche die histopathologische Auswertung verunmöglichen könnten. Die Zone der physikalisch-ther-



Zwei Spezialisten des Lasers in der Oralchirurgie: Dr. Michael Bornstein, Bern (links) und PD Dr. Dr. Gerold Eyrich, Lachen.

mischen Schädigung des Gewebes liegt je nach Studie und untersuchten Laserparametern zwischen 100 und 500 µm.

Für die perioperative Schmerzkontrolle genügt bei lokalisierten Eingriffen wie die Ablation kleiner exophytischer Läsionen meist eine topische Anästhesie (Xylocain-Spray 10%). Bei der Laserbehandlung von breiten und/oder tiefen Gewebsveränderungen ist eine Lokalanästhesie (Ultracain DS 4%) indiziert.

Trotzdem gab der Referent zu bedenken, dass aus der Literatur kein standardisiertes Design zur Auswertung der intra- und postoperativen Schmerzempfindung hervorgeht. Die meisten Studien (oder meist Case Reports) begnügen sich mit einer subjektiven, pauschalen Befragung der Patienten, ohne objektivierbare Parameter zu berücksichtigen. Als probates Mittel zur Auswertung von Untersuchungen zur intra- und postoperativen Schmerzempfindung von Patienten empfiehlt sich die Visual Analog Scale (VAS), wie sie auch in anderen Bereichen der Medizin zur Anwendung kommt. Dabei notiert der Patient auf einer analog graduierten Skala seine subjektiven Eindrücke. Aus solchen Studien ergibt sich als Fazit, dass sowohl die Schmerzintensität wie auch die Dauer der Schmerzen bei Skalpell- und Laserbiopsien äquivalent sind.

Laseranwendungen in der Implantologie

Prof. Dr. Herbert Deppe, Klinik & Poliklinik für MKG-Chirurgie, Technische Universität München

Die präkanzerösen Mundschleimhautveränderungen und systemischen Erkrankungen mit Tendenz zur malignen Transformation lassen sich zur Gruppe der prä-malignen Mundschleimhautrekrankungen zusammenfassen. Der Früherkennung durch den praktizierenden Zahnarzt und der Frühbehandlung kommen eine besonders wichtige Rolle zu. Die konservativ-medikamentöse Behandlung, meist mit



Laser auch für mich? Grosses Interesse der Teilnehmer an den Ständen der Aussteller.

Vitamin-A-Derivaten, Kortikoiden und Tocopherolen, respektive konventionell-chirurgische Therapie oder Kryochirurgie zeigen bei prämaligen Veränderungen sehr hohe Rezidivraten, die zwischen 20 und 60% liegen können. Als elegante Alternative zum Skalpell hat sich seit längerem die Vaporisation mit dem CO₂-Laser etabliert. Dabei können Rezidivraten von unter 20% erreicht werden, bei zusätzlicher Anwendung eines Operationsmikroskops sogar unter 10%.

Die Häufigkeit periimplantärer Infekte wird je nach Autoren mit bis zu 16% nach 9–14 Jahren angegeben. Die klinische Problematik der Periimplantitis besteht darin, dass die periimplantären Gewebe infolge des reduzierten Angebots an Gefäßen und perpendikulären Fasern einen *locus minoris resistentiae* darstellen und somit für Infektionen besonders anfällig sind.

Die konventionelle Implantat-Dekontamination verwendet vor allem Titanküretten, Kunststoffscaler, Pulver-Wasserstrahlgeräte und Antibiotika. Die CO₂-laserassistierte Implantatdekontamination bietet sich heute als elegante und sichere Methode zur Behandlung der Periimplantitis an. Das Ziel ist die Vaporisation der bakteriellen Plaque auf dem und um das Implantat. Dabei darf es keinesfalls zur Aufschmelzung der Oberfläche oder Gefügeveränderungen kommen. Auch muss jegliche Störung der Osseointegration ausgeschlossen werden.

Als geeignet gilt hier vor allem der CO₂-Laser, jedoch nur im cw-Modus (2,5 W, max. 50 sec.; im sp-Modus schmilzt die Oberfläche!). Auch der Diodenlaser ($\lambda = 810$ nm) und der Er:YAG-Laser ($\lambda = 2,94$ μ m) haben sich sowohl in vitro als auch in vivo als geeignete Methoden bewährt. Neu steht zudem die fotodynamische Therapie (Toluidinblau + Diodenlaser mit $\lambda = 906$ nm) als interessante Alternative zur Verfügung. In einer klinischen Studie von HAAS (2000) wurde nach Behandlung mit PDT ein Knochenzugewinn von durchschnittlich 2 mm nach 9,5 Monaten beobachtet. Generell sind jedoch die resektiven Methoden den augmentativen überlegen. Die Grenzen der Methode sind stark gelockerte Implantate, weit dorsale/distale Implantate (schwer erreichbar), Membranexposition und Situationen, in denen keine Korrektur der Prothetik möglich ist.

Laser in der Oralchirurgie

PD Dr. Dr. Gerold Eyrich, Spital Lachen und Universität Zürich

Supergelungste CO₂- und Er:YAG-Laser sind für die orale Weichteilchirurgie unproblematisch. Generell ist die Sicherheit

von den verwendeten Parametern abhängig. Als Alternative zum Skalpell erlaubt der Laser saubere und blutarme Inzisionen, Exzisionen und Ablationen. Im Superpulsmodus ohne Wasserkühlung werden die Gewebe verdampft, respektive karbonisiert. Die Wasserkühlung wird vornehmlich für die Speicheldrüsenchirurgie empfohlen. Wichtig ist, dass durch die richtige Wahl der Parameter die Blutversorgung in tieferen Schichten erhalten bleibt.

Der CO₂-Laser eignet sich besonders für die Gewebesulpturierung. Feine gewinkelte Schnitte sollten aber vermieden werden. Weitere Vorteile sind die geringe Narbenkontraktion und günstige Gewebeheilung infolge des reduzierten Traumas, sowie die gleichzeitige Dekontamination des Operationsgebiets.

Bei der laserchirurgischen Anwendung in Verbindung mit Implantationen lassen sich sowohl in der vorbereitenden Phase (Schlotterkämme, Lappenfibrome), bei der Freilegung (Gewebeüberschüsse, Blutstillung, Vestibulumplastiken) sowie in der Postimplantationsphase (Lappenpräparationen, Periimplantitisbehandlung) günstige Voraussetzungen erzielen.

Laser in der Endodontie

Prof. Dr. Norbert Gutknecht, Generalsekretär der DGL, Universitätsklinikum Aachen

Das ultimative Ziel in der Endodontie ist die maximale Eradikation der pathogenen Keime im Wurzelkanalsystem. Neben für die mechanische Instrumentierung und chemische Desinfektion nicht zugänglichen Kanalanteilen ist die unvermeidliche Besiedelung der für Mikroorganismen permeablen Dentintubuli eines der wichtigsten Probleme. Zahlreiche Studien, insbesondere die von Gutknecht (1991, 1992, 1999), waren grundlegend für die Etablie-



Prof. Dr. Norbert Gutknecht, Aachen (rechts) mit Dr. Peter Sebeck.

rung der laserunterstützten Therapie mit dem Nd:YAG-Laser, die unter anderem die suffiziente Entfernung des Smear-Layers, wie auch einen Verschluss der Dentintubuli nachwies.

Die hohe Eindringtiefe in Kombination mit der bakteriziden Wirkung machen die Dekontamination des Wurzelkanals mit dem Nd:YAG-Laser zur einer interessanten Therapieform. Studien des Referenten belegten die Tiefenwirkung auf die relevanten Keime im Vergleich zu anderen Laserwellenlängen. Der Nd:YAG-Laser zeigte sich hier deutlich überlegen, war er sogar in der Lage, bis zu einer Tiefe von 1000 μ m in den lateralen Dentinanteilen nachweisbar dekontaminierend zu wirken. Der Spezialist propagiert den optimalen endodontischen Einsatz des Nd:YAG-Lasers vor allem bei gangränösen Veränderungen, periapikalen Läsionen und Abszessen, wie auch bei entzündlicher bzw. traumatischer Resorption des Apex, mit jeweils deutlich verbesserter Prognose gegenüber herkömmlichen Therapieformen.



MediBank

Die Schweizer Bank für freie Berufe

Private Vermögens- und Finanzplanung

Bahnhofstrasse 8+10, 6301 Zug
Tel 041 726 25 25 / Fax 041 726 25 26 / Email info@medibank.ch

Kontaktperson: Christine Ehrat, lic.oec.publ., Direktwahl: 041 726 25 34

Wo macht also der Laser einen Unterschied?

«Was bedeutet Dein Werk?», so fragt
Ihr den Bildner des Schönen.
Frager, Ihr habt nur die Magd, niemals
die Göttin gesehen!

Friedrich Schiller

Künftige Studien sollten die Laser mit den entsprechenden Goldstandards vergleichen, z.B. Laser mit Skalpell in der Weichteilchirurgie oder Laser mit Bohrer, resp. Diamant bei der Bearbeitung von Zahnhartgeweben. Für die Objektivierung (soweit möglich) von (eher) subjektiven Kriterien wie Patientenkomfort oder Schmerzempfindung sind Fragebögen und die Erfassung mittels visueller Analogskalen (VAS) am besten geeignet. Angesichts der zurzeit immer noch relativ geringen Anzahl von Laseranwendern besteht jedoch das Problem, für möglichst aussagekräftige Vergleichsstudien genügend Patienten mit guter statistischer «power» zu rekrutieren. Hier bietet sich an,

derartigen Untersuchungen allenfalls mit einem multizentrischen Ansatz mehr Gewicht zu verleihen.

Fazit

In einer Zeit ständiger technischer Neuerungen und Verbesserungen bedarf die Beurteilung der Möglichkeiten neuer Technologien – wie des dentalen Lasers – ständiger Neubewertung. Nur unter kritischer Betrachtung und im Lichte des aktuellsten Wissensstands ist es möglich, die klinischen Möglichkeiten realistisch einzuschätzen und zu beurteilen.

Durch die hohe Dichte von unterschiedlichstem Wissen und durch eine sachliche Darstellung der Vor- und Nachteile der heute verfügbaren Laser in der Zahnmedizin bot der Kongress «L.A.S.E.R. 2007» den gegen 150 Teilnehmern eine ideale Gelegenheit, sich aus erster Hand zu informieren, sich auf den neusten Stand zu bringen und auch kritische Fragen zu stellen. ■

tienten alle 3 Monate zur Nachkontrolle ein. Danach wurde das Recallintervall auf zweimal jährlich verlängert. Zur Verlaufskontrolle des marginalen Knochenlevels wurden Röntgenbilder standardisiert angefertigt und ausgewertet.

4 Jahre nach Eingliederung der Einzelkronen erfolgte die Untersuchung der periimplantären Hart- und Weichgewebe anhand von Parametern wie Plaqueakkumulation, Gingivitis, Bleeding on Probing, Sondierungstiefenmessung und dem Vorhandensein keratinisierter Mukosa um das Implantat.

Die Resultate dieser Studie zeigten nach 4 Jahren keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Materialgruppen bezüglich oben genannter Parameter. Während des gesamten Untersuchungszeitraumes traten keine prothetischen Komplikationen (Schraubenlockerungen, Keramikfrakturen) auf. Die klinische Evaluation der periimplantären Mukosa ergab eine Plaqueakkumulationsrate von 16% der untersuchten Oberflächen sowie eine durchschnittliche periimplantäre Sondierungstiefe von 2,8 mm bei beiden Abutmenttypen. Die radiologisch nachgewiesene Knochenresorption betrug nach 4 Jahren im Mittel 0,4 mm. Dies ebenfalls ohne signifikanten Unterschied zwischen den beiden Abutmenttypen.

Diese Studie lässt den Schluss zu, dass die periimplantäre Mucosa auf der Basis der untersuchten Parameter nach 4 Jahren Beobachtung gleichartig auf die untersuchten Abutments aus Reintitan beziehungsweise einer Goldlegierung reagiert.

Den Schlüssel zu diesem Ergebnis sehen die Verfasser in einem vorsichtigen Handling der Weichgewebe. Insbesondere das sorgfältige Entfernen von Zementüberschüssen nach dem Zementieren ist von grosser Bedeutung. Unter kontrollierten klinischen Verhältnissen scheint das Abutmentmaterial eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Christina Luzi, Basel

ZEITSCHRIFTEN



Implantatprothetik

Vigolo P, Givani A, Majzoub Z, Cordioli G:

A 4-Year Prospective Study to Assess Peri-Implant Hard and Soft Tissues Adjacent to Titanium Versus Gold-Alloy Abutments in Cemented Single Implant Crowns

J Prosthodont 15: 250–256 (2006)

Ein Implantatabutment steht in direktem Kontakt mit dem periimplantären Gewebe und wird aus Titan, Keramik oder Goldlegierung angefertigt. In-vitro-Studien und tierexperimentelle Studien haben gezeigt, dass sowohl die Oberflächenstruktur des Abutments als auch das Material an sich die Gesundheit der periimplantären Strukturen beeinflussen können.

Die vorliegende klinische Studie hatte zum Ziel, prospektiv über 4 Jahre die Auswirkungen von Abutments aus Reintitan und einer Goldlegierung (Estheticor Plus) bezüglich der Reaktion auf das periimplantäre Hart- und Weichgewebe zu vergleichen. Im Zeitraum von 1998 bis 2000 wurden an der Universität Padua (Italien) 20 Personen ausgewählt, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Keine systemische Kontraindikation für einen oralchirurgischen Eingriff.

- Einzelzahnlücken bilateral in der Prämolaren-/Molarenregion.
- Adäquates Knochenangebot.
- Gleiche Knochenhöhe auf beiden Seiten, sodass Implantate von derselben Länge und demselben Durchmesser eingesetzt werden konnten.
- Okklusale Verhältnisse, die beidseits die Etablierung einer identischen Höcker-Fossa-Verzahnung ermöglichten.

Die Implantation und prothetische Versorgung wurde von demselben Behandler vorgenommen. Nach 4 Monaten erfolgte die Implantatfreilegung, nach weiteren 3 Wochen wurde die Elastomerabformung für die Meistermodellherstellung durchgeführt. Es folgte eine randomisierte Auswahl der Abutments für die eine oder andere Seite.

Als Titanabutment verwendeten die Autoren ein Procera-Abutment aus Titan (Nobel Biocare). In der Vergleichsgruppe kam ein «Gold – UCLA – type Abutment» (SGUCA 1C, 3i/ Implant Innovations) zum Einsatz.

Die Abutments wurden klinisch mit einem Drehmoment von 35 Ncm auf dem Implantat verschraubt. Anschliessend erfolgte die Eingliederung von Einzelkronen mittels eines provisorischen Zementes (Temp Bond NE, Kerr). Im ersten Jahr nach Eingliederung fanden sich die Pa-

Kieferorthopädie

Torsten Grande, Annemarie Stolze, Heiko Goldbecher, Bärbel Kahl-Nieke:
Der verlagerte Eckzahn im Oberkiefer – eine retrospektive Untersuchung

J Orofac Orthop 67: 441–449 (2006)

Eine Verlagerung von oberen Eckzähnen kann auf verschiedene aetiologische Faktoren zurückgeführt werden. Ein langer, komplizierter Durchbruchweg, mangelnde Leitstruktur der seitlichen Schnei-

dezahnwurzel, Zahnkeimverlagerungen und Platzmangel durch Mesialwanderung der Prämolaren bei frühzeitigem Milchzahnverlust können mit Ursache für eine Retention oder Verlagerung sein, welche anzahlmässig nach den Weisheitszähnen am häufigsten auftritt. Die Einreihung in den Zahnbogen stellt eine Herausforderung dar, da der Eckzahn einen hohen funktionellen und ästhetischen Wert aufweist.

Die Diagnosestellung anhand des Orthopantomogramms (OPT) bringt gewisse Besonderheiten mit, welche auf die Aufnahmetechnik zurückzuführen sind und beachtet werden müssen. Während der Aufnahme rotieren Film und Röhre um den Schädel, der wechselnde Vergrößerungsfaktor und die Wanderung des Rotationszentrums führen zu Verzeichnungen, welche in der Eckzahnregion besonders ausgeprägt sein können.

Folgende Kriterien sollten in der Untersuchung überprüft werden:

- Abhängigkeit der Behandlungsdauer und dem Verlagerungsgrad im OPT
- Einfluss von mesio-distalen Wurzelkrümmungen auf die Behandlung
- Nebenwirkungen der kieferorthopädischen Einordnung
- Kann anhand eines OPT differenzialdiagnostisch entschieden werden, ob ein verlagerter Eckzahn eingeordnet oder entfernt werden soll?

Das Untersuchungsmaterial umfasste 59 verlagerte und retinierte Zähne aus 2 Privatpraxen; 28 weibliche und 19 männliche Patienten. Das Durchschnittsalter bei der Freilegung betrug $15,5 \pm 4,6$ Jahre (13,9–30,9 Jahre). Insgesamt lagen 12 bilaterale und 24 unilaterale Verlagerungen vor; 34 auf der rechten und 25 auf der linken Seite. Nur in 7 Fällen wurde eine vestibuläre Verlagerung festgestellt.

Für den Anfangsbefund wurden die Achsenneigung des Eckzahnes zur Okklusionsebene, der Abstand von der Okklusionsebene, die Lage der Kronenspitze in Relation zu den Nachbarzähnen und mesiodistale Wurzelkrümmungen erfasst.

Die aktive Behandlungszeit betrug $1,9 \pm 0,7$ Jahre. (0,6–4,1 Jahre), alle in die Untersuchung miteinbezogenen Eckzähne konnten in den Zahnbogen eingegliedert werden.

In der vorliegenden Studie war der Neigungswinkel zur Okklusionsebene mit $58,2^\circ$ kleiner als in anderen Untersuchungen. Ebenfalls war der durchschnittliche Abstand der Kronenspitze von der Okklusionsebene mit 10,6 mm in der vorliegenden Arbeit geringer als in anderen ähnlichen Untersuchungen. In 61% der

Fälle lagen die Kronenspitzen mesial des benachbarten Schneidezahnes, was eine ähnliche Häufigkeit wie in anderen Untersuchungen zeigte. In 12 Fällen lagen Wurzelkrümmungen vor. Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Neigungswinkel, dem Abstand, dem Vorliegen einer Wurzelkrümmung und der Therapiezeit festgestellt werden.

Begründet wird dies damit, dass die Genauigkeit der Lagebestimmung von verlagerten Eckzähnen auf dem OPT durch die Verzeichnungen allein anhand von OPTs als eher gering bezeichnet werden muss.

Als Nebenwirkungen werden in 9 Fällen Wurzelresorptionen an den eingegliederten Eckzähnen beschrieben. Bei 24 Patienten waren zu Behandlungsende marginale Knochendefekte sichtbar, was im Vergleich

eine hohe Inzidenz bedeutet. Die offene Freilegung und die noch unvollständige Knochenmineralisation in dieser Region werden als Ursache angegeben.

Einigkeit herrscht in der Literatur darüber, dass das OPT zur Diagnose retinierter und verlagertes Eckzähne sich sehr bewährt hat. Allerdings sollte die Entscheidung, ob ein verlagerter Eckzahn in den Zahnbogen eingegliedert oder ob er extrahiert werden soll, nicht alleine anhand des OPT gefällt werden.

Die Autoren vertreten die Meinung, dass die auftretenden Nebenwirkungen wie Wurzelresorptionen bzw. die bei Behandlungsende bestehenden Knochendefekte durch die aufwändige Behandlung und die hohe Wertigkeit des Eckzahnes in Kauf genommen werden sollten.

Barbara Jaeger, Zürich

Rudolf-Hotz-Gedächtnispreis 2008

Der Rudolf-Hotz-Gedächtnispreis wurde im Jahre 1988 durch die Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin SVK geschaffen. Er dient dem Zweck, *Nachwuchsforscher/innen aus der Schweiz zu fördern*, die auf dem *Gebiet der Kinderzahnmedizin* tätig sind.

Der Preis wird *jährlich* ausgeschrieben und ist mit *Fr. 3000.–* dotiert.

Es gelten folgende *Bestimmungen*:

- Es werden Arbeiten aus dem Gebiet der Kinderzahnmedizin berücksichtigt, die an einer Schweizer Universität (oder an einer ebenbürtigen schweizerischen Institution) erarbeitet wurden. Bei Beiträgen aus anderen Fachgebieten entscheidet das Prüfungsgremium über die kinderzahnmedizinische Relevanz.
- Es werden auch *Dissertationen* angenommen, sofern deren Genehmigung nicht mehr als zwei Jahre zurückliegt.
Werden *veröffentlichte Arbeiten* eingereicht, so darf die Annahme zur Publikation höchstens ein Jahr zurückliegen.
- Die Arbeiten sind in fünf Exemplaren, in Maschinenschrift oder gedruckt, einzureichen.
- Die Arbeiten werden *anonym*, mit einer Chiffre versehen, eingesendet. Name und Adresse von Einsender/innen sind in einem verschlossenen Umschlag der Arbeit beizulegen.
- Die Arbeit darf nicht bei der Ausschreibung eines anderen wissenschaftlichen Preises eingereicht werden.
- Einsendeschluss* ist der *31. Mai 2007* (Datum des Poststempels) des der Preisverleihung vorangehenden Jahres.
Die Arbeiten sind bis zu diesem Datum der Präsidentin der SVK einzureichen: Madame med. dent. Juliane Leonhardt Amar, 20, cours de Rive, CH-1207 Genève
- Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Prüfungsgremium, bestehend aus drei Mitgliedern (zwei Universitätsangehörige, ein KZM-Spezialist [nach Möglichkeit Mitglieder der Fachkommission SVK]). Bei Bedarf können externe Expert/innen zur Beratung zugezogen werden.
- Die Entscheidung des Prüfungsgremiums ist endgültig.
- Die Aufteilung des Preises bei gleichwertigen Arbeiten ist möglich, ebenso die Nicht-Vergabe.
- Die Verleihung* des Preises erfolgt im Rahmen der *Jahrestagung der SVK*, die am 24. Januar 2008 in Bern stattfindet.
Preisgewinner/innen sind Gast an der Tagung, verpflichten sich jedoch, die Arbeit bei diesem Anlass zu präsentieren.