

Auf Kreuzfahrt gegen Parodontitis

Anna-Christina Zysset

Zum zweiten Mal hat das Prophylaxe-Zentrum Zürich Nord acht Tage lang an Bord der Grand Voyager ein Zahnzentrum im Kampf gegen Parodontitis betrieben. Die «Kreuzritter» aus Zürich, nämlich Professor Dr. med. dent. U.P. Saxer, Dr. med. dent. Felix M. Weber, Dr. med. dent. Claudia M. Saxer, Alexandra Christen, DH, sowie die beiden besten DH-Diplomandinnen des 8. Lehrganges der Prophylaxe Schule Zürich sowie DA Mirjam Frei, klärten die Passagiere über Parodontitis und deren krankheitsauslösende Wirkung für viele systemische Erkrankungen auf.



«Grand Voyager», das schnellste Kreuzfahrtschiff der Welt

«Wahre Gesundheit beginnt bei den Zähnen», so pries Dr. med. dent. Felix M. Weber, Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin, das Zahnzentrum, eines von 23 Gesundheitszentren, auf dem Prospekt für das Gesundheitsschiff 2007 an.

Per Zufall habe ich vernommen, dass Prof. U.P. Saxer und sein Team auf dem Gesundheitsschiff ein Zahnzentrum betrei-



Dr. med. dent. Felix M. Weber

ben. Deshalb habe ich den «Kreuzrittern» ein wenig auf den Zahn gefühlt.

Geschichte des Gesundheitsschiffs

Oliver Knick, Mitarbeiter der Ringier Gesundheit Sprechstunde, hat 2003 das erste Gesundheitsschiff zur See gelassen. Sein Gesundheitsprojekt hat Dr. med. Ernst Zehnder, Hausarzt in Seebach, welcher aus Radio und Fernsehen recht bekannt ist, gleich von Anfang an wesentlich unterstützt. Auch Dr. Samuel Stutz begeisterte sich für das Gesundheitsschiff. Dieses schwimmende Medizinalzentrum, welches nun zum fünften Mal auf dem Mittelmeer kreuzte, ist einzig das Verdienst von Oliver Knick und seiner Frau Renate. Renate Knick, die perfekte und unermüdete Administratorin, unterstützt und ergänzt ihren Mann in allen Belangen. Ohne das Duo Knick gäbe es kein Gesundheitsschiff!

Das schwimmende Zahnzentrum

«Chronische Zahnfleischerkrankungen können ernsthafte Konsequenzen für die Gesundheit nach sich ziehen», sagt Felix M. Weber. Mit dieser Botschaft wollte das Prophylaxe-Zentrum Zürich Nord schon 2005 ein Prophylaxe-Angebot auf dem Gesundheitsschiff anbieten. Die «Kreuzritter» im Kampf gegen den Biofilm mussten aber einsehen, dass allein die Organisation eines solchen Unternehmens

mindestens ein halbes Jahr Vorbereitung braucht. Deshalb waren sie erst 2006 erstmals auf der Voyager präsent. Die kompetente Beratung an Bord des Gesundheitsschiffes wurde von den Passagieren überaus geschätzt, sodass das Team entschied, 2007 folgendes zahnmedizinische Angebot zu erfüllen:

- Parodont-Test mit exakter Computerauswertung,
- Diagnose und Prognose der Kaufunktionsstüchtigkeit mit Einbezug der Kiefergelenke,
- Beratung über die Möglichkeiten der zahnärztlichen Behandlungen,
- Individuelle Handzeichnung des Gebisses inkl. empfohlene Sanierung mit Rekonstruktion und grobem Kostenrahmen.

Die Botschaft

Parodontitis ist ein wichtiger Auslöser und Verstärker vieler systemischer Erkrankungen. Davon, dass Bakterien, die bevorzugt die Zähne in Form eines Biofilms umhüllen, Ursache oder zusätzliche Auslöser für Krankheiten wie Arteriosklerose, Herzprobleme, Hirnschlag oder Diabetes sein können, wissen weder die anwesenden Passagiere noch Mediziner. Zu diesem Zweck wurden bei allen untersuchten Passagieren während 20 Minuten ein digitales OPT, ein parodontaler und – wenn nötig – ein funktioneller Status aufgenommen. Im Anschluss berieten wir die Ratsuchenden während weiterer 20 Minuten über die diagnostizierten Probleme und deren Lösung. Zudem erklärten wir den Voyager-Passagieren, dass allein schon eine unvollständige Bezahnung ein grosses Gesundheitsrisiko darstellt. Es entstehen Zahnlücken, in welche ehemalige Nachbarzähne kippen können. Die noch intakten Restzähne, Kaumuskulatur und Kiefergelenke können unter der veränderten Belastungssituation leiden. Dabei bilden sich diese zahnlosen Restgewebe rasch zurück, und die Kauleistung nimmt stetig ab. Letzteres bedeutet auch eine massive Belastung für die Verdauung, so die Meinung des Zahnzentrum-Teams.

Hoher Eigenzahnbestand

Von 8.00 bis 12.20 Uhr und von 13.20 bis 17.20 Uhr wollten die eingeschriebenen «Patienten» erfahren, wie man gesunde Strukturen im Mund erhält. Mit Ausnahme weniger nicht wahrgenommener Termine war das Zahnzentrum völlig ausgebucht. «Viele Ratsuchende erhielten von uns erstmals in ihrem Leben überhaupt eine profunde Darstellung ihres aktuellen parodontalen Zustandes und in



Von links nach rechts: Frau Dr. med. dent. Claudia M. Saxer, Pädiatrische Zahnmedizin; Prof. Dr. med. dent. U.P. Saxer, Prophylaxe und Präventivzahnmedizin; Frau Alexandra Christen, DH, Stv. Prophylaxe-Klinikleiterin, Klassenlehrerin; Kapitän Gianmario Sanguinetti; Frau Mirjam Frei, DA; Dr. med. dent. Felix M. Weber, Rekonstruktive Zahnmedizin; Frau Marina Crameri, DH; Frau Annabella Basmaci, DH

der Folge eine minutiöse Beantwortung ihrer Fragen zu vielen zahnärztlichen, aber auch damit verbundenen medizinischen Aspekten mit primär prophylaktisch gewichteten Ratschlägen. Auf Wunsch machten wir auch Überlegungen zur funktionellen oralen Situation des Patienten», erzählt U.P. Saxer. «Die Kreuzfahrer zeichneten sich dadurch aus, dass sie über viel Gesundheitswissen und über ein klares Bild ihres Gesundheitszustandes verfügen. Wir profitierten vom Wissen und der Einsicht der Ratsuchenden. Die Interdependenz einer schweren Parodontitis mit einem hohen Cholesterinspiegel musste nicht lange ausgeführt werden. Somit fielen unsere Empfehlungen auf fruchtbaren Boden.

Wir hatten es auf dem Gesundheitsschiff gesamthaft mit einer etwas über dem schweizerischen Durchschnitt liegenden «Klientel» zu tun. Dementsprechend zeigten die Patienten mit Durchschnittsalter 72 einen hohen Eigenzahnbestand, generell vernünftige bis ausgezeichnete zahn-

medizinische Versorgungen und subjektiv relativ wenig manifeste Probleme. Innerhalb der Gauss'schen Verteilungskurve gab es natürlich Extreme: Von generalisierter schwerer Parodontitis über extremen Kariesbefall mit Unterversorgung, schlecht oder nicht funktionierendem Zahnersatz, stomatognathen Erkrankungen bis hin zu massiven funktionellen Störungen.»

Generalstabsarbeit

Dem Zahnzentrum stand lediglich ein leerer Raum, nämlich die ausgeräumte Bibliothek im 6. Stockwerk, auf Deck 6 zur Verfügung. Sämtliches benötigte Material musste von Zürich nach Venedig und von Monaco wieder nach Zürich gebracht werden, eine Generalstabsarbeit, die den beiden geschulten Offiziere, keine Mühe bereitete. Zum Material gehörten ein digitales Röntgengerät mit den entsprechenden Röntgenschutzwänden, zwei Behandlungsstühle mit Operationsleuchten, verschiedenste PC, auf denen wir Rönt-

genbilder ins Dimaxis und erhobene Paro-Befunde ins Stomanet eingeben konnten, ein Sterilisator sowie alle Untersuchungsinstrumente und -hilfsmittel bis hin zum Resilienztest. 2006 benötigten wir mit vier Dentaltechnikern knapp sechs Stunden für die Installation und Demontage von zwei kompletten Behandlungseinheiten. Dieses Jahr ging es ein bisschen einfacher, da wir «nur» Behandlungsstühle einrichteten. Dennoch verging auch dieses Jahr ein halber Tag wie im Nu, bis alles funktionstüchtig war. Ohne die tatkräftige Unterstützung der Firma Planmeca, deren ausgewiesener Röntgenfachmann 2006 das Gerät installierte und demontierte sowie alle Röntgenaufnahmen bewerkstelligte, wäre eine solche «Aktion» undenkbar gewesen. Dieses Jahr wurde das OPT-Gerät von Planmeca von einem Spezialistenteam in Venedig angeliefert und montiert und von einem anderen Team in Monaco – zu nächtlicher Stunde – wieder demontiert und nach Deutschland zurücktransportiert.



Untersuchungs- und Röntgenraum in der ausgeräumten Library, Deck 6



Prof. Saxer und A. Christen am Workshop über die Wirksamkeit von Schallzahnbürsten in der Casino Bar

2006 stellte KaVo die beiden Behandlungseinheiten zu Verfügung, welche extra von Deutschland angeliefert und auch wieder dorthin zurücktransportiert wurden. Dieses Jahr stellte uns KaVo die zwei Behandlungsstühle wohl zur Verfügung, den Transport mussten aber wir organisieren. Dazu gesellten sich weitere 40 Boxen sowie andere verpackte Gegenstände und die drei extrem schweren Röntgenwände mitsamt den fahrbaren Behandler-Sitzgelegenheiten.

Die Terminorganisation für die Passagiere

Und so lautete die Ausschreibung: Wir haben für Sie in diesem Jahr 23 *Gesundheitszentren* eingerichtet. Bitte füllen Sie bereits bei Ihrer schriftlichen Anmeldung den Fragebogen zum Besuch dieser medizinischen Zentren aus und legen Sie ihn Ihrer Anmeldung bei.

Auf diesem Fragebogen kreuzen Sie *maximal fünf Zentren* an, die Sie während der Reise besuchen möchten. Für jeden Termin geben wir Ihnen ein Terminkärtchen ab. Diese Kärtchen liegen für Sie in Ihrer Kabine an Bord des Gesundheitsschiffs bereit, und zwar in Ihrem Gesundheitspass, der Sie auf der ganzen Reise begleitet.

An der *Terminbörse* auf dem Schiff können Sie dann *weitere Termine* in den Gesundheitszentren buchen und auch diejenigen Termine *tauschen*, die wir Ihnen aufgrund Ihrer ersten Auswahl zugeteilt haben. Die Börse ist täglich offen. Alle Fragen bezüglich des Besuchs der Zentren können Sie dort stellen.

Denken Sie daran: Jedes Gesundheitszentrum bietet auch *Fachvorträge* an, zu denen Sie ohne Voranmeldung herzlich eingeladen sind. Die Zeiten entnehmen Sie

bitte dem Tages- bzw. Wochenprogramm, das wir Ihnen an Bord überreichen. Abends bieten wir Ihnen verschiedene *offene Sprechstunden* mit den Leitern der Gesundheitszentren an. Schiffsarzt Dr. Ernst Zehnder wird diese Veranstaltungen moderieren, wozu Sie herzlich eingeladen sind (Anmeldung nicht erforderlich).

Die Vorträge

Jeder der 20 medizinischen Spezialisten an Bord hielt zu seinem Spezialgebiet einen stündigen Vortrag, der im Wochen- und Tagesprogramm auf dem Schiff angekündigt wurde. Wollte ein Passagier sich eingehender über Osteoporose oder Schlafapnoe, über Diabetes oder Inkontinenzprobleme informieren, konnte er nebst der sehr persönlichen Beratung im Zentrum einen Fachvortrag anhören. Diese wurden für Laien leicht verständlich aufbereitet und zeichneten sich durch ihre Aktualität und gutes Bildmaterial aus.

Einzelne Zentrumsleiter offerierten noch Workshops zu spezifischen Teilgebieten. Beim Schmerzspezialisten konnten elektrisch stimulierende Apparaturen, welche chronische Schmerzen zu dämpfen vermögen, ausprobiert werden. Wir boten Workshops zu folgenden Themenkreisen an: Prophylaxe, zahnärztliche Behandlung von älteren Patienten, überlegene Wirkungsweise von Schallzahnbürsten, Neues zur Implantologie.

Die nackten Zahlen

Total untersuchte und beriet das zahnmedizinische Team an sechs Arbeitstagen zu acht Stunden 160 Personen. Für jede Person erstellte es ein individuell optimiertes ausgedrucktes OPT und für zirka 150 Personen erhob es einen parodontalen Be-

fund. Zudem bediente es, wenn dies zeitlich und personell möglich war, weitere 30 Ratsuchende, welche über keine Terminkarte verfügten. So kamen auch Crewmembers in den Genuss zahnmedizinischer Beratungen.

«Mit unserem schwergewichtig prophylaktischen zahnärztlichen Angebot lagen wir goldrichtig, denn die nicht im Griff gehaltene Parodontitis war das Hauptproblem der meisten Ratsuchenden», sagt Felix M. Weber.

Fazit

Drei Punkte finden Saxer und Weber wichtig:

- Erstens der fachliche und menschlich-freundschaftliche Kontakt zu den anderen Medizinalpersonen. Es war besonders dieses Jahr sehr bereichernd, die fachlichen und menschlichen Qualitäten von vielen Medizinerkollegen erkennen zu dürfen. Daraus resultieren viele gemeinsame neue Tätigkeiten im wissenschaftlichen, aber auch im freundschaftlichen Bereich. Wir, die sehr vielen Patienten auch mit anderen medizinischen Problemen weiterhelfen, haben ganz neue Ansprechpartner für Überweisungen gefunden.
- Zweitens die Genugtuung, dass wir – wie andere Fachärzte auf dem Schiff – jedes Jahr wieder in der Lage sind, dank unserem einmal erworbenen und allein schon aus der Struktur des ZZZN und des PZN hervorgehenden laufend aufdatierten Wissen und unserer Erfahrung, ratsuchenden Menschen weiterzuhelfen und teilweise sogar gesundheitliche Weichenstellungen zum Besseren einzuleiten.
- Drittens können wir uns damit in der Öffentlichkeit besser profilieren. ■

Im Kampf gegen den Eiterzahn

Anna-Christina Zysset

PD Dr. Matthias Zehnder wurde kürzlich mit dem Hans Genet Award ausgezeichnet. Den Fokus seiner Forschung hat er auf die Desinfektion von Wurzelkanälen gerichtet. Endodontologen und Patienten werden glücklich sein, wenn Matthias Zehnder neue Wege findet, damit «Eiterzähne» rasch, effizient und möglichst schmerzlos von Mikroorganismen befreit werden können. Die Redaktorin hat mit dem Geehrten und frisch Habilitierten gesprochen.

Herr Zehnder, Sie haben den Hans-Genet-Preis erhalten. Was bereitet Ihnen mehr Freude, der Hans Genet Award oder die Venia Legendi?

Der Preis freut mich mehr als die Venia Legendi. Ich habe ursprünglich in Finnland doktriert (PhD). Das Konzept der Habilitation ist ausserhalb des deutschen Sprachraums unbekannt. Meiner Meinung nach sollte im Zuge der Bologna-Studienreform der Weg zum Dozenten mit Master- und PhD-Titeln ebenfalls den internationalen Standards angepasst werden.

Welche Bedeutung hat Ihre Arbeit: «Antimicrobial action of bioactive glass S53P4 in simulated oral environments» für den Endodontologen, und welche Auswirkungen hat es auf die Zahnmedizin im Allgemeinen?

Ich möchte dazu beitragen, die Therapie mit einfachen und allen zugänglichen Mitteln zu verbessern und das Verständnis für die Biologie in unserem Fach zu fördern.

Inwiefern hilft ein besseres biologisches Verständnis der Endodontologie?

Endodontologie ist eigentlich nichts anderes als angewandte Mikrobiologie. Es geht darum, Keime von einer nicht für sie vorgesehenen Stelle im Körper, nämlich dem Wurzelkanal, zu entfernen resp. ein Eindringen solcher Keime dahin zu verhindern.

Können Sie mir etwas über Ihr Forschungsgebiet, für das Ihnen der Preis zugesprochen worden ist, erzählen?

Ich habe mich in den letzten Jahren mit der Desinfektion von Wurzelkanälen beschäftigt. Tote Zähne verursachen häufig Probleme, weil Keime aus der Mundhöhle in den nekrotischen Pulpenraum gelangen und dann eine Immunantwort im Kieferknochen, einen sogenannten «Eiterzahn», auslösen. Dementsprechend ist es von zentraler Bedeutung, Wege zu finden, infizierte Zähne möglichst schonungsvoll und effizient von Mikroorganismen zu befreien.

Nennen Sie mir ein Beispiel.

Prof. Dr. med. dent. Tuomas Waltimo, interimistischer Leiter des Instituts für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie der Uni Basel, und ich haben mit bioaktiven Gläsern herumexperimentiert. Diese Gläser sind nicht inert, sondern lösen sich in einer wässrigen Umgebung langsam auf respektive verändern sich zu Kalziumphosphatpartikeln. Im Gegensatz zu Kalziumhydroxid, dem heute am häufigsten verwendeten Material zur Zahndesinfektion, haben solche Gläser nicht nur eine desinfizierende, sondern auch noch eine mineralisierende Wirkung, letztere verspricht ein immenses Potenzial in der Zahnmedizin.

Welches sind die brennenden Themen in der Endodontologie?

Alle Wege zur schnellen und sicheren Desinfektion des pulpatoten Zahnes sind von Interesse. Da ich es als wichtig erachte, vitale Zähne nicht unnötig endodontisch zu behandeln, wären Kriterien für eine verbesserte Diagnostik bei Zähnen mit pulpennaher Karies dringend notwendig. Wir wissen heute nicht, welchen kariösen Zahn man längerfristig vital erhalten kann und welchen man besser von Anfang an endodontisch behandeln sollte.

Wie lösen Sie diese Fragestellung?

Wir haben momentan eine erste klinische Studie am Laufen, in der wir mittels der Bestimmung von Enzymaktivität im Zahnbein auf den Zustand der Pulpa schliessen wollen. Die Resultate aus den Vorversuchen sind vielversprechend.

Ove Peters, damals auch an der Universität Zürich tätig, war der erste Schweizer, welcher diesen Genet Award erhalten hat. Ist dies Zufall oder dem stimulierenden Milieu an Ihrer Klinik zuzuschreiben?

Zufall ist das sicherlich nicht. Die Klinik PPK in Zürich ist schliesslich die einzige



Matthias Zehnder wurde 1969 in St. Gallen geboren, ist seit über 20 Jahren glücklich mit Jasmin Djalali und freut sich über seine 13 Monate alte Tochter Paula. Sein Hobby: Fliegenfischen. Stolzter Fang in Island: eine Bachforelle



Im klinischen Endodontiekurs steht in Zürich seit diesem Jahr ein fahrbares Operationsmikroskop mit eingebauter Kamera zur Verfügung.

Abteilung an einer Schweizer Uni, die eine spezielle Endodontologie-Gruppe unterhält. Dies ist Fred Barbakow zu verdanken, der diese Gruppe ursprünglich aufgebaut hat. Natürlich gibt es aber auch in Basel, Bern und Genf sehr gute Leute, mit denen wir zusammenarbeiten. Speziell erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang Tuomas Waltimo und Roland Weiger in Basel, die den Hans-Genet-Preis übrigens beide auch schon gewonnen haben und denen ich vieles verdanke.

Wie wichtig ist für den Endodontologen Praxishygiene im Vergleich zu andern zahnärztlichen Disziplinen?

Hygiene ist überall wichtig. Bei der endodontischen Behandlung ist zudem zu beachten, dass jeder Keim, der sich im toten

Pulpenraum festsetzen und vermehren kann, im periapikalen Gewebe potenziell entzündungsauslösend ist. Dementsprechend ist Asepsis ein wichtiges Thema. Stichwort: Kofferdam.

Inwiefern schützt der Kofferdam?

Vor allem im Unterkiefer ist es nahezu unmöglich, ohne Kofferdam Speichel vom Zahn fernzuhalten. Und Speichel ist bekanntlich voller Mikroorganismen, die sich wiederum im toten Kanalsystem festsetzen können.

Wie sieht die Entwicklung bei den Füllmaterialien aus?

Wie Frank Paqué und George Sirtes kürzlich zeigen konnten, sind adhäsive Füllsysteme, wie sie sich heute auf dem Markt befinden, langfristig schlechter als die bis-

herigen Methoden mit Gutta-Percha und Epoxy-Sealer. Zudem ist keines der heute erhältlichen Systeme biokompatibel. Aus Angst vor dem Überpressen von Füllmaterialien bereiten deshalb viele Praktiker Wurzelkanäle zu kurz auf. Da besteht also noch Innovationsbedarf.

Was bedeutet hier biokompatibel? Was passiert, wenn die Wurzelkanäle nicht in der vollen Länge aufgefüllt sind?

Biokompatibel heisst, dass keine Fremdkörperreaktion durch Wurzelfüllmaterialien in den periapikalen Geweben ausgelöst werden soll. Mit den heutigen Materialien ist dies aber der Fall. Nicht auf volle Länge auffüllen ist nicht unbedingt schlimm, aber ein infiziertes Kanalsystem nicht auf volle Länge aufzubereiten bedeutet, im apikalen Kanalbereich nicht desinfizieren zu können, und genau dort sitzen die Keime. Eine Füllung bis auf volle Länge kann überlebende Keime, und die gibt es eigentlich immer, einschliessen. Somit ist die Zufuhr der Nahrungsquelle für die Mikroorganismen, nämlich Peptide aus der Gewebsflüssigkeit des Wirtes, unterbunden.

Welchen Platz gesteht man den Endodontologen im Zeitalter der Implantateuphorie noch zu?

Kommt darauf an, wie viel man von Zahnmedizin versteht. Implantologen ersetzen einen Körperteil, Endodontologen und Parodontologen heilen Krankheit (Zitat Thomas Imfeld). Meine besten Überweiser sind versierte Oralchirurgen, die selbst sehr gut implantieren, aber ihren Patienten dennoch Zähne erhalten wollen. In diesem Zusammenhang muss man schon klar sehen, dass die Endodontologie in der Schweiz unterbewertet ist, und das ist historisch bedingt. In Skandinavien und den USA gibt es an den meisten Ausbildungsstätten eigenständige Abteilungen für Endodontologie sowie Parodontologie, dafür sind prothetische Fächer eher im Hintergrund. In Mitteleuropa ist es genau umgekehrt.

Ist diese Entwicklung ökonomisch begründbar?

Wenn ich mich nicht täusche, gibt es nirgends so viele Zahntechniker pro Zahnarzt wie in Deutschland, wo der Staat teuren Zahnersatz bezuschusst. Aber irgendwann wird den Krankenversicherungen das Geld ausgehen, und sie müssen auf Prophylaxe setzen. Diese Entwicklung ist in allen medizinischen Sparten zu beobachten.



Die Studierenden können die von Instruktoren Claudia Bössler durchgeführte Revisionsbehandlung Schritt für Schritt mitverfolgen.

Welche Parameter sprechen für eine endodontologische Behandlung versus eine Extraktion/Implantation?

Ein Implantat kann und soll nur einen fehlenden Zahn und nicht einen Zahn ersetzen. Bei Zähnen mit fehlgeschlagener Wurzelkanalbehandlung hingegen, bei der die Anatomie verletzt wurde, spricht bei Zähnen, die eine *via falsa* oder Perforation aufweisen, kann man allerdings darüber diskutieren, ob man nicht besser von Anfang an zur Zange greifen soll.

Ist der Endodontologe ein bisschen der Nachbesserer seiner Kollegen oder der Retter in der Not?

So lange die Überweisungspraxis nicht die Regel ist, wird er sicher hier und da nachbessern müssen. Durch die Grenzöffnung werden sich die Tarife für Zahnärzte in den nächsten Jahrzehnten radikal verändern. Falls wir Schweizer am Selbstzahler-System festhalten, werden wir immer mehr auf das Amerikanische Modell zusteuern. Weshalb soll ein Patient viel Geld für eine Wurzelkanalbehandlung ausgeben, die vom durchschnittlichen Allgemeinpraktiker durchgeführt, gerade mal eine Erfolgschance von 60 Prozent hat. Damit will ich nicht sagen, dass Allgemeinpraktiker nicht auch exzellente

Wurzelkanalbehandlungen machen. Will man aber den Anforderungen des Marktes gerecht werden, müssen die bestmöglichen Therapien mit dem grössten Langzeiterfolg kostengünstig angeboten werden. Deshalb prophezeie ich, dass mit steigendem Qualitätsanspruch seitens der Patienten die Arbeit von spezialisierten Zahnärzten in grösseren Teams immer mehr an Bedeutung gewinnen wird. Ob diese Teams allerdings örtlich vereint sind oder man via Überweisungen enger zusammenarbeitet, spielt meiner Ansicht nach keine Rolle.

Erklären Sie das amerikanische Modell.

Das amerikanische Modell ist, wie die meisten Dinge in den USA, rein markt-

wirtschaftlich ausgerichtet. Endodontologen verdienen zirka das Drei- bis Fünffache von Allgemeinpraktikern. Deshalb besteht seitens der Studienabgänger eine grosse Nachfrage nach Spezialisierungsprogrammen. Nur die besten Studenten finden den Zugang zu diesen Programmen, und sie müssen diese Ausbildung bezahlen. Zudem kennt die amerikanische Rechtsprechung grosse Schadenersatzforderungen, wenn eine Behandlung misslingt.

Welche Innovationen haben in letzter Zeit die endodontische Arbeit erleichtert?

Die meisten technischen Neuerungen kommen aus den USA, denn dort ist auch der entsprechende Markt vorhanden: Einführung von elektronischen Geräten zur sicheren Längenbestimmung, Nickel-Titan-Instrumente und biokompatible Zementmaterialien.

Wie erfolgt die Längenbestimmung?

Die Länge des Wurzelkanals erfolgt mit einer Impedanzmessung bei verschiedenen Wechselstromfrequenzen. 1942 hat der Japaner Suzuki zum ersten Mal beschrieben, dass der Widerstand zwischen Parodont und Mundschleimhaut konstant ist.

Sehen Sie Ihre Zukunft innerhalb einer Universität, oder könnten Sie sich auch vorstellen, in einer spezialisierten Endopraxis zu arbeiten?

Ausschliesslich in der Privatpraxis zu arbeiten kann ich mir nicht vorstellen, arbeite ich doch schon zu lange im akademischen Umfeld. Allerdings gibt es momentan an den Schweizer Unis im Gegensatz z.B. zur ETH und zu angelsächsischen Institutionen keine «Tenure tracks», Möglichkeiten, sich sein eigenes Umfeld zu schaffen, selbst wenn man die entsprechende Forschungsleistung erbringt und die Drittmittel für sein Labor einholt.

In Zürich beispielsweise wird man nach maximal neun Jahren als Oberassistent vor die Tür gesetzt, egal, was man gemacht hat. Eine Ausnahme bilden die Beamtenstellen. Diese sind selten und werden von den Klinikdirektoren vergeben. Unser System ist ziemlich rigide. Es hat aber natürlich auch seine Vorteile.

PD Dr. med. dent. Matthias Zehnder würde es begrüssen, wenn an den Schweizer Unis, wie in angelsächsischen Ländern und an der ETH üblich, die Möglichkeit bestünde, sein eigenes Forschungsgebiet mit Drittmitteln zu finanzieren und ein eigenes Labor zu betreiben. ■



Kollagenmembranen zeigen Unterschiede in der Heilung

Die Kreuzvernetzung von Kollagenmembranen kann die klinische Heilung beeinträchtigen, wie eine aktuelle Studie zeigt.

Die Wundheilung ist einer der wichtigsten Parameter für Membranen in der Knochenregeneration. Deshalb haben sich in den letzten Jahren die Kollagene durchgesetzt. Eine der meist verwendeten und langjährig erprobten Kollagenmembranen ist die Bio-Gide® (Geistlich Pharma AG, Schweiz). Sie ist nativ, d.h. nicht kreuzvernetzt. Publikationen belegen die gute Wundheilung und effektive Knochenregeneration^{1,2}.

Trotz dieser ausgezeichneten Ergebnisse vernetzen verschiedene Hersteller ihre Kollagenmembranen, um die Resorptionszeit weiter zu verlängern. In einer aktuellen Studie untersuchte die Gruppe um Jürgen Becker aus Düsseldorf den biologischen Effekt dieser Kreuzvernetzung in einem Tiermodell (Tabelle)³.

Kreuzvernetzung resultiert in Entzündung

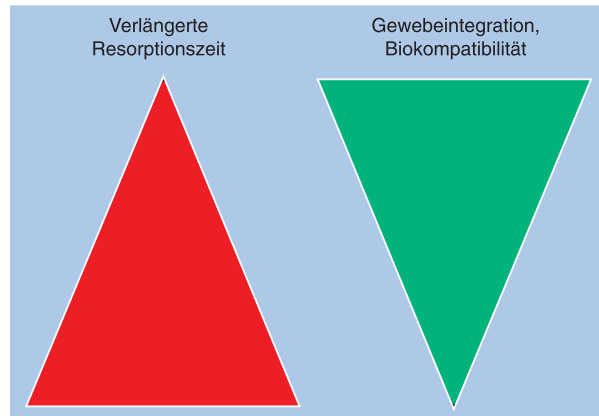
Bei der Bio-Gide® war eine sehr schnelle Gewebeintegration feststellbar, und die Membranresorption verlief ohne jegliche Entzündungsreaktion. Im Gegensatz dazu war bei allen anderen Membranen die Infiltration von Entzündungszellen und von mehrkernigen Riesenzellen sichtbar. Die Kreuzvernetzung verminderte auch die Gewebeintegration.

Die Autoren folgerten: Mit chemischer oder enzymatischer Kreuzvernetzung lässt sich die Resorptionszeit von Kollagen zwar verlangsamen, sie ist aber auch mit einer reduzierten Gewebeintegration und erhöhter Fremdkörperreaktion assoziiert. Dies wiederum kann die klinische Heilung beeinträchtigen. So zeigte eine kreuzvernetzte Membran in einer klinischen Studie in 64 % der behandelten Fälle post-operative Wunddehiszenzen⁴.

Die Kreuzvernetzung von Kollagenen geht zudem häufig mit reduzierter Hydrophilität einher, was ein ungünstigeres klinisches Handling zur Folge hat.

Schlussfolgerung

Mit einer nicht kreuzvernetzten Membran wie der Bio-Gide® lassen sich sehr gute Ergebnisse in der Knochenregeneration und Wundheilung erzielen. Behandler müssen entscheiden, ob sie mit heutigen kreuzvernetzten Membranen eine längere Resorptionszeit zulasten von Wundheilung und Biokompatibilität wählen wollen.



Die verlängerte Resorptionszeit von Kollagenen geht mit einer verminderten Gewebeintegration und Biokompatibilität einher.

Gewebereaktion auf kommerziell erhältliche Membranen, die in der Vergleichsstudie getestet wurden

	Biokompatibilität (Keine Fremdkörperreaktion, keine Entzündungszellen)	Gewebeintegration, rasche Vaskularisierung der Membran
Bio-Gide®	+++	+++
Tutodent®	++	++
BioMend®	++	++
BioMend® extant	+	+
Ossix®	-	-

¹ZITZMANN ET AL. Resorbable versus nonresorbable membranes in combination with Bio-Oss® for guided bone regeneration. Int J Oral Maxillofac Implants;12: 844-852, 1997

²ZITZMANN ET AL. Long-term results of implants treated with guided bone regeneration: A 5-year Prospective Study. Int J Oral Maxillofac Implants;16: 355-366, 2001

³ROTHAMEL ET AL. Biodegradation of differently cross-linked collagen membranes: an experimental study in the rat. Clin Oral Impl Res, 2005;16:369-378.

⁴FRIEDMANN ET AL. Histological assessment of augmented jaw bone utilizing a new collagen barrier membrane compared to a standard barrier membrane to protect a granular bone substitute material. A randomized clinical trial. Clin Oral Impl Res 13, 2002, 587 - 594



Nobel Biocare erweitert seine Produktpalette mit neuen innovativen, wissenschaftlich fundierten Lösungen für die ästhetische und restaurative Zahnmedizin

NobelActive™ – das Implantat der nächsten Generation

NobelActive™ ist ein revolutionäres Implantatsystem, das mit seinen einzigartigen Vorteilen alle derzeit auf dem Markt erhältlichen Implantate übertrifft.

Das variable Gewindeprofil von NobelActive™ wurde so konzipiert, dass es wie ein Korkenzieher in den Knochen eingedreht wird. Das verdichtet den Knochen, gewährleistet eine höhere Primärstabilität und reduziert den Einsatz von Osteotomien.

Dank des Gewindedesigns ist das Implantat selbstbohrend. So bedarf es weniger Bohrschritte und bietet die Möglichkeit zur Richtungsänderung des Implantats während der Insertion. NobelActive™ ist als Ausführung mit Innen- oder Außenverbindung erhältlich. Mit beiden Implantatausführungen können durch eine einzigartige konische Abutmentverbindung Mikrospalten ausgeschlossen werden. Bei der Version mit Außenverbindung werden die Abutments durch Friktionspassung ohne Schrauben befestigt. Dies ermöglicht eine extraorale Zementierung von Kronen und verhindert somit, dass überschüssiger Zement in das Implantatbett gelangt.

NobelActive™ wurde von Professor Nitzan Bichacho, Dr. Ophir Fromovich, Dr. Yuval Jacoby und Dr. Benny Karmon entwickelt und durch wissenschaftlich fundierte Untersuchungen belegt.

Schon vor der offiziellen Markteinführung von NobelActive™ profitieren Implantologen von einem besonderen Angebot zur intensiven Produktschulung. Die Ein-Jahres-Ergebnisse einer prospektiven Multicenterstudie (bei der NobelReplace™ Implantate in der Kontrollgruppe eingesetzt wurden) werden mit der Einführung von NobelActive™ vorgestellt.



Curvy™ Abutment – spezielles Design für höchste Weichgewebeästhetik

Beim Curvy™ Abutment handelt es sich um ein Titan-Implantat-Abutment, dessen spezielles Design die Ästhetik verbessert und gleichzeitig das Weichgewebe optimal stabilisiert.

Das Curvy™ Abutment zeichnet sich durch einen einzigartigen konkaven Körper aus, der eine größere Oberfläche für das Anwachsen des Weichgewebes bietet. So wird kurz- und langfristig eine bessere Ästhetik erzielt. Dieses neue Abutment kann mit NobelReplace™ und Brånemark System® Implantaten verwendet werden.

Im Rahmen einer klinischen Pilotstudie wurden 41 Patienten mit 54 Abutments mit gekrümmtem Körper behandelt. Die Ergebnisse wurden in einem Fachmagazin veröffentlicht. Die Studien zum Curvy™ Abutment sind noch nicht abgeschlossen.



Maxillofacial Concept™ – Patienten ein strahlendes Lächeln zurückschenken

Das Implant Retained Maxillofacial Concept™ ist ein System zur Behandlung von Schäden im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Eingesetzt werden Brånemark System® Implantate, ein individueller Service für das Design und die Fertigung von Komponenten sowie eine 3-D-Diagnose- und Planungssoftware.

Das Implant Retained Maxillofacial Concept™ von Nobel Biocare gründet auf der mehr als 25-jährigen Arbeit von Professor Per-Ingvar Brånemark und dessen intensiver Forschung. Dank dieses innovativen Systems kann Nobel Biocare seine Kernkompetenz von der Zahnmedizin auch auf neue Bereiche der Medizin ausdehnen.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.nobelbiocare.com

Es gibt nichts Gutes, ausser man tut es

Anna-Christina Zysset

Seit ihrer Gründung im Jahre 1986 ist die Dental Health Assistance Switzerland (DHAS) in 14 Ländern aktiv. Dr. Alfred Kleine und sein Team organisieren zahnärztliche Hilfslieferungen in die ärmsten Länder dieser Welt.

In mühsamer Kleinarbeit baut er veraltete Zahnarztpraxen sachgemäss ab, damit sie andernorts noch viele Jahre gebraucht werden können. Beim Schweizerischen Roten Kreuz in Bern werden die

wertvollen Materialien zwischengelagert. Die DHAS baut Zahnpraxen auf, verteilt Zahnbürsten, unterrichtet die Bevölkerung in Zahnhygiene und führt einfachere Zahnbehandlungen aus. Dr. Kleine repa-

riert Anlagen und Apparaturen, kreierte eine Mini Unit DHAS, womit unter primitivsten Bedingungen im Freien Zähne geflickt werden können. Die DHAS versteht es, in jedem Land Partnerorganisationen einzubinden, damit die Projekte langfristig erfolgreich sind. Kleines Engagement trug ihm den Entwicklungshilfepreis des Kantons Schaffhausen ein. Jüngst ist er Ehrenmitglied der Asociacion Dental Mexicana geworden, wo er zusammen mit der Brigada Rural den armen Indigenos zahnärztliche Behandlung zukommen lässt. ■



Gracias Dr. Kleine



Massenscreening



Ohne Worte



Unsere Postcheck-Nr. lautet: DHAS 80-16853-6

DHAS Warenlager in Wabern



Sinnvolles Recycling

SMfZ: beste zahnmedizinische Fachzeitschrift

Der Verband Schweizer Presse hat zusammen mit dem Meinungsforschungsinstitut IHA-GdK eine Leseranlyse zu Fachpresse-Titeln durchgeführt, deren Resultate aus dem Bereich Gesundheitswesen kürzlich veröffentlicht worden sind. Im Rahmen der 22 untersuchten Titel nimmt die Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin SMfZ eine beneidenswert starke Position ein (siehe Tabelle unten).

Kriterium	Benchmark *(Noten 1–5)	SMfZ *(Noten 1–5)
Lesedauer	24,3 Min.	32,4 Min.
Viele Empfänger bewahren die Zeitschrift auf	3,0*	3,6*
Lesen Zeitschrift zu Hause	56%	57%
Nehmen Zeitschrift mehrmals zur Hand	2,1*	2,8*
Wird im Schnitt von 2,7 Personen gelesen, ergibt eine Leserschaft von		12900
Das fachliche Niveau ist hoch	3,5*	3,7*
Die Beiträge sind zu lang	2,7*	3,0*
Anzeigen lösen Interesse aus	2,9*	3,3*
Anzeigen geben wichtige Informationen	2,8*	3,1*

Lesehäufigkeit

Ein Vergleich mit Konkurrenzpublikationen ergibt, dass die SMfZ sorgfältig studiert wird. Die drei übrigen Zeitschriften

für die zahnärztliche Praxis dienen offenbar eher der kurzfristigen Unterhaltung (Grafik 1).

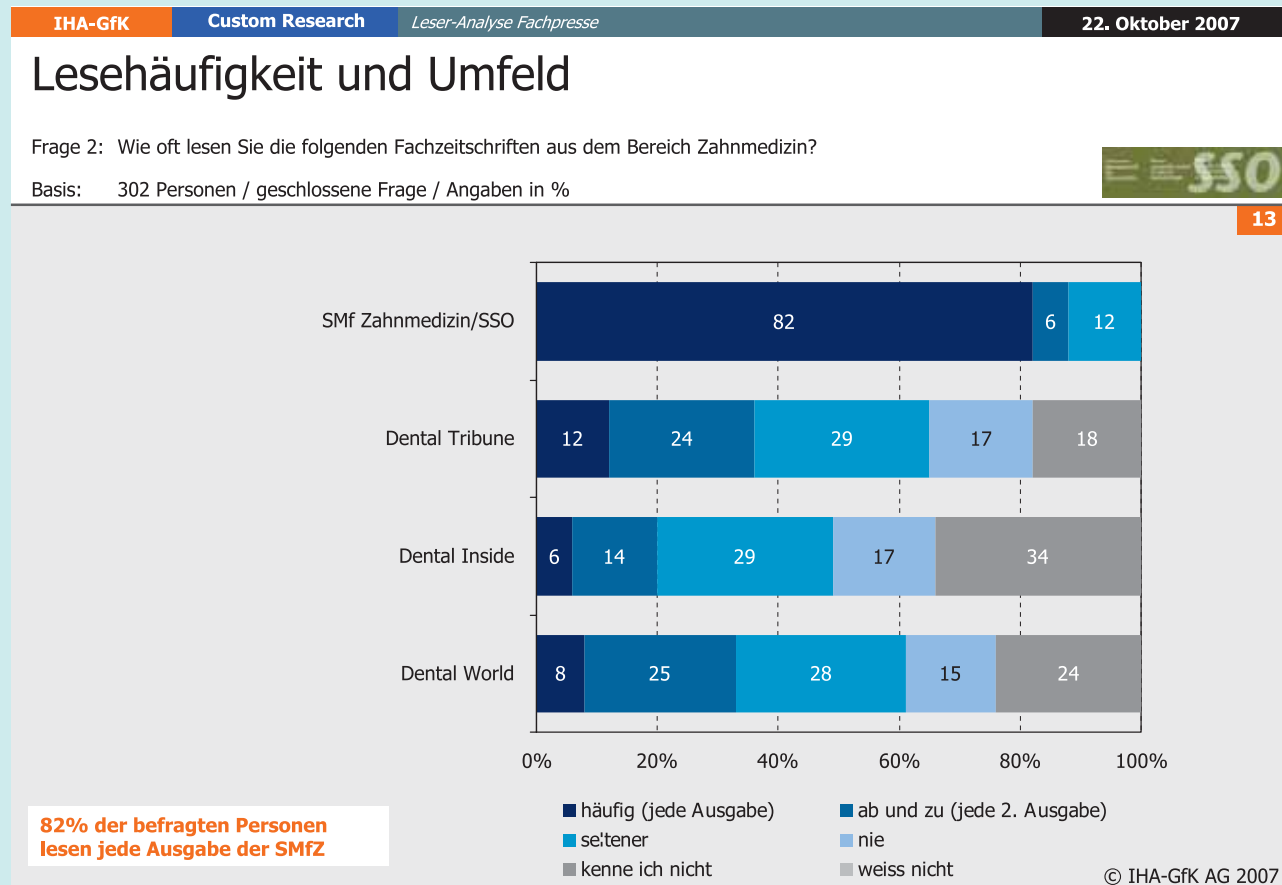
Gesamtbeurteilung der SMfZ

Die Gesamtbeurteilung der SMfZ und der redaktionellen Leistung fällt überaus positiv aus (Grafiken 2, 3). Eine Zustimmung von 70 Prozent oder mehr erhalten auch Aussagen wie «Das fachliche Niveau ist hoch», «Die Beiträge sind interessant und animieren zum Lesen», «Das stilistische und journalistische Niveau erfüllt meine Ansprüche» und «Die Beiträge sind übersichtlich und klar».

Werbung als Informationsquelle

Bei 42 Prozent der Leser lösen Inserate ausdrücklich Interesse aus – nur 15 Prozent verneinen das. Entsprechend finden 34 Prozent, sie würden durch die Anzeigen wichtige Informationen erhalten; 25 Prozent finden, das treffe nicht zu (Grafik 4).

Die SMfZ setzt sich für Transparenz im Werbemarkt ein und hat an der ersten «Leser-Analyse Fachpresse» für das Gesundheitswesen teilgenommen. Die Studie wurde vom Verband Schweizer Presse beim Institut IHA-GfK in Auftrag gegeben.



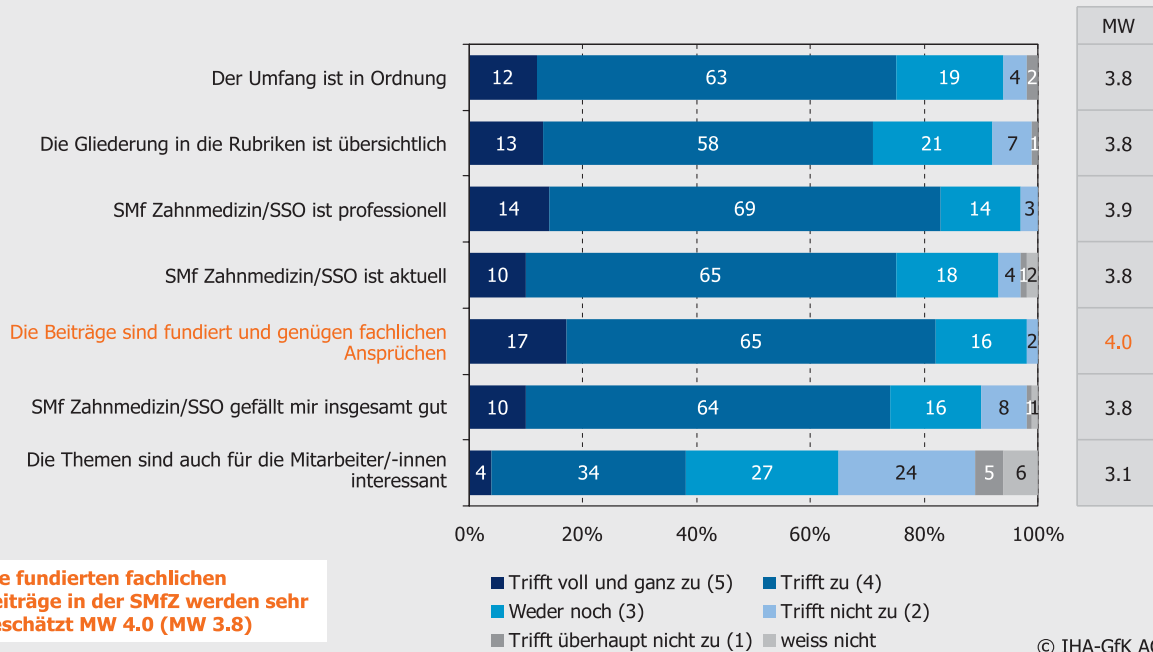
Gesamtbeurteilung SMf Zahnmedizin/SSO (1/2)

Frage 10: Wie beurteilen Sie SMf Zahnmedizin/SSO als Ganzes?

Basis: 302 Personen / skalierte Frage (Bestwert 5) / Angaben in %



17



Die fundierten fachlichen Beiträge in der SMfZ werden sehr geschätzt MW 4.0 (MW 3.8)

© IHA-GfK AG 2007

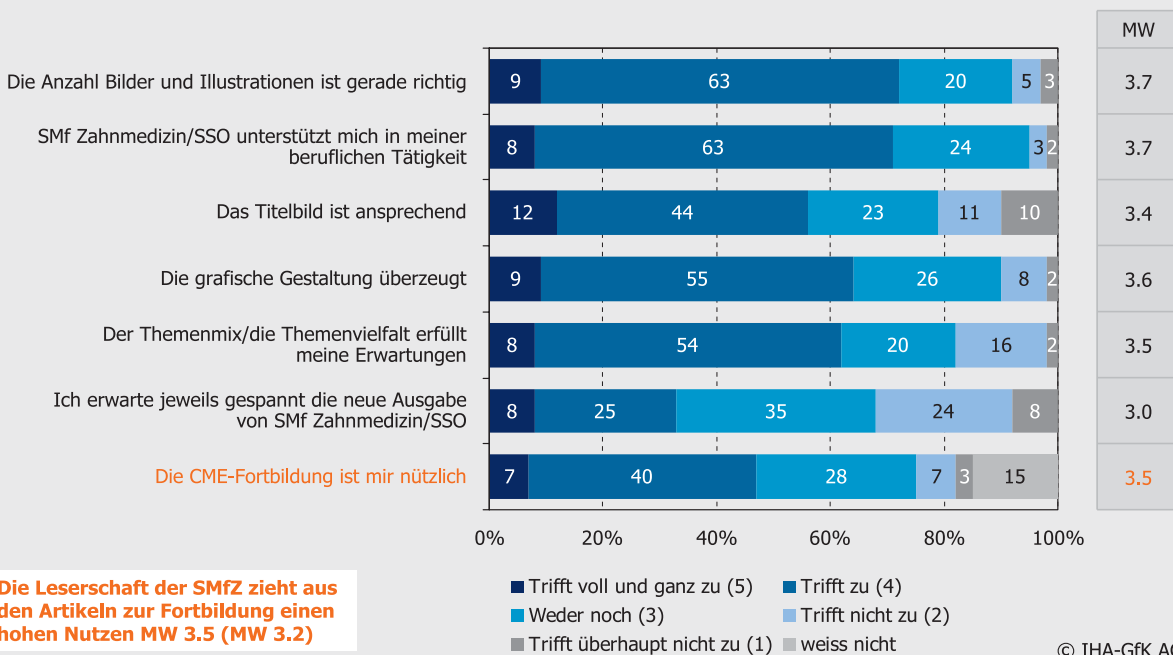
Gesamtbeurteilung SMf Zahnmedizin/SSO (2/2)

Frage 10: Wie beurteilen Sie SMf Zahnmedizin/SSO als Ganzes?

Basis: 302 Personen / skalierte Frage (Bestwert 5) / Angaben in %



18



Die Leserschaft der SMfZ zieht aus den Artikeln zur Fortbildung einen hohen Nutzen MW 3.5 (MW 3.2)

© IHA-GfK AG 2007

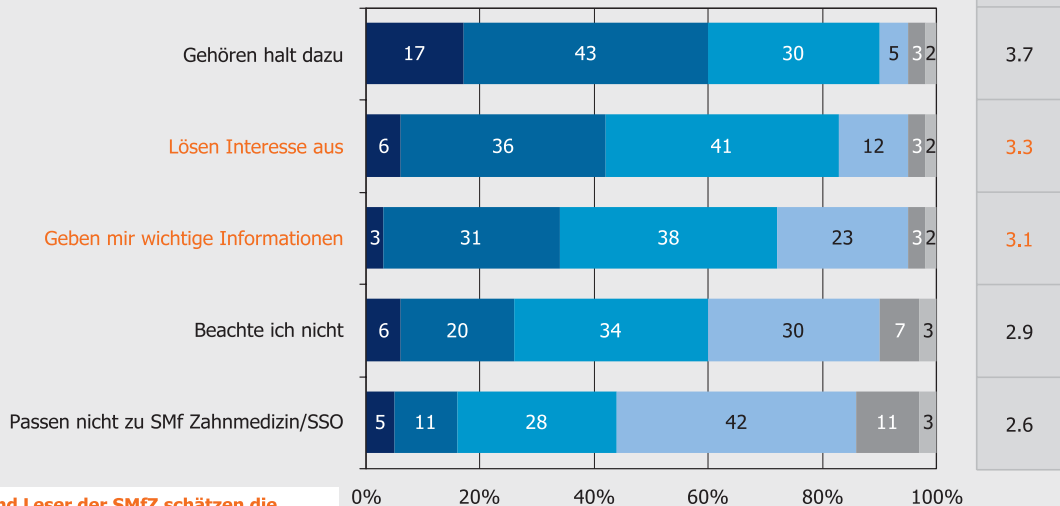
Beurteilung Anzeigen in SMf Zahnmedizin/SSO

Frage 12: Wie beurteilen Sie die Anzeigen in SMf Zahnmedizin/SSO?

Basis: 302 Personen / skalierte Frage (Bestwert 5) / Angaben in %



16



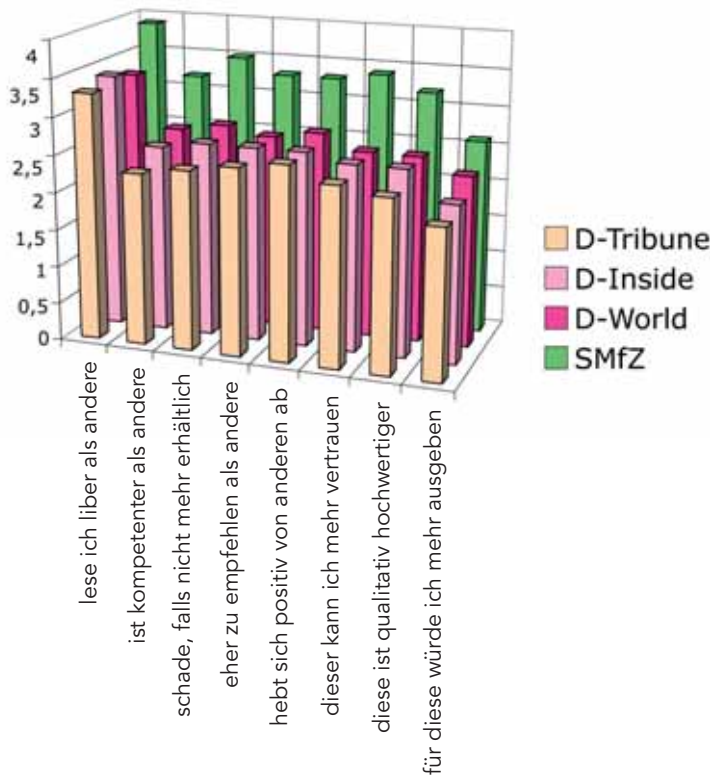
Leserinnen und Leser der SMfZ schätzen die Anzeigenwerbung

- Anzeigen lösen Interesse aus MW 3.3 (MW 2.9)
- Anzeigen geben mir wichtige Informationen MW 3.1 (MW 2.8)

■ Trifft voll und ganz zu (5) ■ Trifft zu (4)
 ■ Weder noch (3) ■ Trifft nicht zu (2)
 ■ Trifft überhaupt nicht zu (1) ■ weiss nicht

© IHA-GfK AG 2007

SMfZ ist klarer Marktleader



Augenlicht schenken mit Altgold



Ein ausgetragener Ring, ein Kettchen, Zahngold.... Damit geben Sie einem erblindeten Menschen in der Dritten Welt das Augenlicht zurück.



Senden Sie Ihre Altgoldspende an:
 SRK, Altgold für Augenlicht,
 Rainmattstrasse 10, 3001 Bern,
 PC 30-4200-3, www.redcross.ch

Schweizerisches Rotes Kreuz

Laudatio Christine Gafner-Läderach

Christoph A. Ramseier

Am 31. Dezember 2007 geht Frau Christine Gafner-Läderach, Inhaberin der PROGEF und bekannt als Leiterin des Projekts «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» nach einem aktiven Berufsleben in den verdienten Ruhestand. Die Kolleginnen und Kollegen aus der Task force danken herzlich für eine lehrreiche und äusserst fruchtbare Zusammenarbeit seit der Gründung der Task force im Jahr 2001 und wünschen Christine Gafner beste Gesundheit, Glück und Wohlergehen auf ihrem weiteren Weg.

Christine Gafner wird auf ein sehr vielseitiges und aktives Berufsleben sowohl in der Politik als auch in der Gesundheitsförderung zurückblicken können. Nach ihrer Ausbildung am Lehrerinnenseminar der Stadt Bern war sie von 1962 bis 1969 erst im Lehrberuf tätig. Im Jahr 1970 wurde sie zur Zentralsekretärin der SP Schweiz gewählt und war unter den Präsidenten Arthur Schmid und später Helmut Hubacher für die Ressorts Frauen-, Bildungs- und Kulturpolitik zuständig. 1976 wechselte sie für neun Jahre in die Europapolitik als Adjunktin der Europäischen Bewegung der Schweiz. 1977 wurde sie vom Europarat als nationale Pressekorrespondentin in der Schweiz verpflich-

tet. Diese nebenberufliche Arbeit führte sie bis 2005 weiter. 1985 begann sie ihre Karriere in der Gesundheitsförderung und war 15 Jahre die Leiterin der Fachstelle Tabak und Gesundheit des Kantons Bern. Mit dem Schritt in die Selbständigkeit als Inhaberin der PROGEF (Promotion Gesundheitsförderung) konnte sich Christine Gafner im Dienstleistungsbetrieb mit einer Vielzahl von Projekten einen nationalen und internationalen Namen machen:

- 1985 bis 2007 Verfassen von unzähligen Merkblättern, Broschüren und Presseartikeln zur Tabakprävention, vor allem Motivation und Anleitung zum Rauchstopp



46 Jahre lang hat die Arbeitswelt meinen Alltag geprägt. Die schönsten neun Jahre als Inhaberin von PROGEF

- 1991 Erarbeiten je eines Manuals für kurze, niederschwellige Raucherberatung und für ein Rauchstopp-Programm in vier Sitzungen



There will be an answer, let it be.



Speaking words of wisdom – Let it be ...

- 1998 Erarbeitung eines Projekts zum Schutz vor Passivrauchen in der Migrantenbevölkerung im Auftrag des BAG
 - 1998 bis 2003 Mitarbeit in der Eidgenössischen Tabakpräventionskommission
 - 1999 Aufbau und Führung eines Projekts zur Umsetzung des Arbeitsgesetzes betr. Schutz vor Passivrauchen am Arbeitsplatz im Auftrag des BAG
 - 2000 Literaturanalyse über Präventionsprogramme für Schulen und Jugend in ihrer Freizeit im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
 - 2001 Erarbeiten des Schulprojekts «Keine Angst – vor Krebs – Vorbeugen ist lernbar» als Abschlussarbeit einer zweijährigen Weiterbildung an der Universität Southampton, im Auftrag der Krebsliga Schweiz
 - 2001 bis 2007 Leitung des Projekts «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» im Auftrag des nationalen Rauchstopp-Programms «Rauchen schadet – Let it be»
 - 2004 bis 2007 Aufbau und Leitung des Projekts «Raucherberatung in der Apotheke» im Auftrag des nationalen Rauchstopp-Programms «Rauchen schadet – Let it be» und aktive Mitarbeit in der Ausbildung der Studierenden der Zahnmedizin an der Universität Basel
 - Seit 2000 Mitglied des Steering Committee of the European Network of Quitlines
 - 2005 erhielt sie von BAG, Krebsliga Schweiz und Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz aufgrund der vom Parlament beschlossenen Warnhinweise auf den Tabakverpackungen den Auftrag zu Aufbau und Fachleitung der nationalen Rauchstopplinie
- Christine Gafner war im Dezember 2001 ein Gründungsmitglied unserer Task force. Dank ihrem breiten Wissen in der Gesundheitsförderung und einem aussergewöhnlichen Geschick in der Politik

konnten die Inhalte der Tabak-Kurzintervention und -entwöhnung innerhalb der Zusammenarbeit in der Task force für die Schweizer Zahnmedizin optimal umgesetzt werden. Die Kolleginnen und Kollegen haben während der äusserst fruchtbaren und erfolgreichen sechs Jahre neben ihrem breiten Fachwissen sowohl ihre warmherzige Art und Hilfsbereitschaft als auch ihre Zuverlässigkeit und Treue zur Projektarbeit in allem Ausmass geniessen können.

Seit 25 Jahren bereist sie jährlich (mehrmals) Schottland. Aber auch Irland, Skandinavien und die Wüsten von Arizona haben es ihr angetan. Wenige Tage nach ihrem letzten Arbeitstag startet sie zu ihrer ersten Reise nach Australien und wird nach der Rückkehr ihren drei Enkeln im Teenie-Alter bestimmt Spannendes zu berichten wissen. In Bern wird sie leider nicht mehr so oft anzutreffen sein, da sie nun ihre Wohnung in London zum Lebensmittelpunkt erklären wird.

In der Einladung zu ihrer Abschiedsfeier sagt sie mit eigenen Worten:

«46 Jahre lang hat die Arbeitswelt meinen Alltag geprägt.

Die ersten 6 Jahre im Lehrberuf waren die Erfüllung eines Kindertraums, die darauf folgenden 7 Jahre in der nationalen Politik waren die stärksten, die nächsten 9 Jahre in der internationalen Politik die spannendsten, die 15 Jahre in der kantonalen Gesundheitsförderung die kreativsten und die 9 PROGEF-Jahre die schönsten.

Dazu kamen die 27 glücklichen Jahre nebenberuflicher Arbeit für den Europarat.»

Mit dem bevorstehenden Ruhestand eröffnet sich für Christine Gafner ein neuer Lebensabschnitt, zu welchem wir ihr nur das Beste wünschen, verbunden mit unserem herzlichsten Dank für ihren grossen Einsatz und ihre Unterstützung. ■



MEIERZOSSO

Praxisplanung ■ Innenausbau ■ Küchen
Bruggacherstrasse 12
CH-8117 Fällanden
Telefon: 044 806 40 20
Mail: kontakt@meierzosso.ch
Internet: www.meierzosso.ch

Die SSRD unter neuer Führung

Anna-Christina Zysset

Horst Kelkel präsidiert neu die Schweizerische Gesellschaft für rekonstruktive Zahnmedizin (SSRD) zusammen mit Serge Borgis aus Genf als Sekretär. Soeben ist die Fachgesellschaft für ihr revidiertes Spezialisierungsprogramm vom Bundesrat für die nächsten sieben Jahre akkreditiert worden.

Rekonstruktionen so anzufertigen, dass sie nicht als solche zu erkennen sind, gehört zur Kür eines SSRD-Zahnarztes. Dem Wunsch eines Ehemanns zu entsprechen, der seine Frau wie Sophia Loren aussehen lassen möchte, gehört nicht zur Pflicht eines rekonstruktiv tätigen Zahnarztes.

Die Information der Bevölkerung über die Chancen und Möglichkeiten der rekonstruktiven Zahnmedizin ist denn auch ein wichtiges Ziel der Gesellschaft. Deshalb ist die SSRD Mitglied der neu gegründeten Implantat Stiftung Schweiz (ISS). Im SSRD-Präsidentenbrief steht: «Der zunehmende Konkurrenzdruck hat die Spielregeln der Werbung in unserem Berufszweig massiv in Bewegung gebracht. Nicht nur Kollegen werben lebhaft für sich, auch die Industrie, allen voran die Implantathersteller. Letztere begannen direkt den Kunden – nein nicht uns, sondern die Patienten – anzusprechen und ihnen das richtige Implantat zusammen mit dem geeigneten Zahnarzt anzupreisen.»

Der Zustimmung der SSRD zur ISS ging eine engagierte Diskussion anlässlich der Generalversammlung voraus. Aus den

einzelnen Voten ging ganz klar hervor, dass man Angst davor hatte, von der Industrie instrumentalisiert zu werden. Es ist deshalb Aufgabe des Vorstandes, mit wachen Augen die Tätigkeiten der ISS zu begleiten und falls nötig auf Abweichungen sofort zu reagieren.

Den Beitritt zur ISS begründet die SSRD wie folgt: Implantate gehören in unseren Behandlungskatalog und ermöglichen uns, dem Patienten Versorgung anzu-bieten, die vor 25 Jahren noch völlig undenkbar schienen. Der Vorstand der SSRD war sich einig, dass die Patienten ein Recht darauf haben, wertfrei und objektiv über Implantate aufgeklärt zu werden, und es nicht Aufgabe der Industrie sein sollte, die Patienten so zu beeinflussen, dass sie ihre Zahnärztin oder ihren Zahnarzt zu einer bestimmten Marke drängen oder Listen mit Kollegen veröffentlicht werden, die das «richtige System» benutzen. Mit der ISS eröffnet sich die Möglichkeit, uns direkt via Massenmedien an die Öffentlichkeit zu wenden. Übrigens ist es das erste Projekt, zu dem sich alle vier grossen Fachgesellschaften der Schweiz unter dem Patronat der SSO, der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO)

und der vier Universitäten der Schweiz zusammengeschlossen haben. Etwas Ähnliches hat es in der Schweiz noch nie gegeben, selbst die grosse Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) möchte das ISS-Konzept übernehmen.

Horst Kelkel, welcher sich von Anfang an für das Projekt stark machte, berichtet, dass die Industrie zuerst von dem Konzept der neutralen und wertfreien Information überzeugt werden musste. Das ISS-Grundanliegen, die Bevölkerung objektiv und ethisch hochstehend zu einem komplexen Gesundheitsthema aufzuklären, haben wir den Implantatherstellern unmissverständlich kommuniziert. Durch die Einbindung aller führenden MedTech-Firmen sollte die objektive, produktneutrale und kommerzfreie Information und Schulung möglich sein.

Offensichtlich sind noch viele Zahnärzte gegenüber der ISS sehr kritisch eingestellt. Um diese begriffliche Skepsis zu eliminieren, muss die ISS dem ursprünglichen Ziel der wertfreien Information der Öffentlichkeit absolut treu bleiben. Dies bedeutet für Kelkel, die Grenzen der Implantologie deutlich aufzuzeigen und gleichzeitig andere Optionen vorzuschlagen. «Implantate sind keine Wunderwaffen, sondern Schrauben, die einen Zahn ersetzen können. Vermehrt werden heute Zähne zugunsten von Implantaten geopfert. Dies ist in meinen Augen der absolut falsche Weg. Auch darüber sollten die Patienten informiert werden.»

Die Implantologie-Experten kommen

Für Horst Kelkel ist auffällig, dass sich mittlerweile immer mehr neue Kollegen aus dem Ausland als Experten für Implantologie und Ästhetik «outen». Kollegen aus dem nahen Grenzgebiet organisieren sogar Informationsabende in den grösseren Städten. Ein enormer Werberummel ist entstanden, der einige Kollegen verunsichert und sie dazu treibt, halt auch noch schnell eine Schraube einzudrehen. Dies wird unweigerlich dazu führen, dass der prozentuale Anteil der Misserfolge steigen wird. Die Bekannten aus dem Umkreis solcher Patienten werden immer häufiger schlechte Erfahrungen vermittelt bekommen. Daraus könnte eine zunehmende Ablehnung gegenüber der Implantattherapie entstehen. Trotzdem ist Horst Kelkel überzeugt, dass Implantate, richtig angewendet, eine absolute Bereicherung im Behandlungsspektrum darstellen. In vielen Fällen erlauben sie uns, den Patienten Lebensqualität zurückzugeben.



Horst Kelkel freut sich, das von Proff. Palla und Schärer begründete Werk weiterzuführen.



Die Praxisräume von Dolly und Horst-William Kelkel strahlen dank der gekonnten Mischung aus Technik, Farben und Mobiliar Wärme und Behaglichkeit aus.

Für Serge Borgis ist die Persönlichkeit ausschlaggebend

Serge Borgis hat in Genf studiert. Seiner Diplomierung in 1988 folgte 1993 die Dissertation. Zahnmedizin war nicht sein Traumberuf, plante er doch damals eine militärische Laufbahn. Wegen der laufenden Armereform hätte er ein bis zwei Jahre auf einen Ausbildungsplatz warten müssen. So lange wollte er nicht zuwarten. Seinen Eltern zuliebe begann er dann das Medizinstudium. Weil Dr. Borgis gerne manuell arbeitet, wechselte er nach dem zweiten Propädeutikum in die Zahnmedizin. Heute ist er auf Vorschlag von Professor Budtz-Jørgensen als Vertreter der Romandie und der Genfer Universität im



Für den neuen Sekretär der SSRD, Dr. Serge Borgis aus Genf, ist die Ästhetik ein Schlüsselement der Zahnmedizin. Was nützt eine Prothese, die zwar funktionell einwandfrei ist, aber ästhetischen Kriterien nicht genügt?

Vorstand der SSRD. Er liebt den fachlichen Austausch mit seinen Zahnarztkollegen innerhalb der SSRD. Er ist neben seiner privatärztlichen Tätigkeit Klinikchef der Alterszahnmedizin bei Frau Professor Frauke Müller und Verbindungsoffizier für die Zahnmedizinstudenten. Serge Borgis arbeitet als Allgemeinzahnarzt. Er teilt seine Praxis mit andern Kollegen und mit seinem alten Chef Professor Budtz-Jørgensen, welcher teilweise als Prothetiker arbeitet. Auf Titel kann Serge Borgis gut verzichten, wohl wissend, dass man Patienten damit nicht nachhaltig beeindruckt. Doktorate und Fachspezialistentitel haben bis heute mehrheitlich die Deutschschweizer erworben. Mit der grösseren Konkurrenz aus Europa wären schweizerische Fachtitel von Bedeutung, wenn sie nicht gleich durch die zu leichte Anerkennung ausländischer Ausbildungen im Rahmen der bilateralen Verträge wieder zunichte gemacht würden, so Borgis. Borgis bedauert auch, dass Aesthetik heute zu einem Verkaufs- und Werbeargument verkommen ist. Ästhetik ist ein Schlüsselement der Zahnmedizin. Zahnmedizinische Behandlungen müssen dauerhaft, qualitativ hochstehend und schön sein, d.h. sich völlig harmonisch ins Gebiss einfügen. Die beiden langjährigen SSRD-Vorstandsmitglieder möchten unbedingt die Faszination und den Enthusiasmus für die rekonstruktive Zahnmedizin jungen Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Rasante Fortschritte in der Entwicklung neuer Materialien und Techniken erlauben es den prothetisch tätigen Zahnärzten, den wachsenden Bedürfnissen nach Ästhetik und Komfort gerecht zu werden. Ihre kleinen Kunstwerke in der Mundhöhle stehen den Originalen – nicht den

Klonen von Schönheitsgrössen – bezüglich Funktion und Aussehen immer weniger nach. Diese Entwicklung widerspiegelt sich auch in der Namensgebung der Gesellschaft. Aus der ZPGS wurde die SSRD. Rekonstruktiv im Sinne der Wiederherstellung der Kaufunktion und Ästhetik unter Einbezug der Biologie. Der Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin muss in seinem Curriculum einen sehr breit gefächerten Ausbildungsplan absolvieren und sich ein umfangreiches Wissen aneignen. «Man könnte ihn beinahe als Zehnkämpfer in der Zahnmedizin bezeichnen. Sein Titel spiegelt diese Ausbildung leider für den Patienten nur ungenügend wider», so die Worte des neuen Präsidenten.

Verstärkt Ästhetik Defizitgefühle?

Die anlässlich des SSRD-Kongresses vertretenen Thesen von Prof. Maio «Mit der Ausrichtung auf Ästhetik verstärkt die Zahnheilkunde die Defizitgefühle des Menschen» und «Mit der Ausrichtung auf Ästhetik läuft die Zahnheilkunde Gefahr, eine Ausbeutung verunsicherter Menschen vorzunehmen» sind manchem Zuhörer unter die Haut gegangen. «Wenn wir Ästhetik mit der Empfindung für das Schöne umschreiben, so ergibt sich ein sehr weites Behandlungsspielraum», ist Kelkel überzeugt. Seine Patienten müssen im Anamnesebogen unter anderem ihre Einstellung zum Aussehen ihrer Zähne definieren. Kelkel sagt: «Von uns aus versuchen wir nie einem Patienten eine Behandlung zu implizieren. Dass man Rekonstruktionen so anfertigt, dass sie nicht als solche zu erkennen sind, steht ausser Frage. Gelangen Patienten mit der Bitte um ästhetische Korrekturen an uns, fordern wir sie auf, uns klar zu umschrei-

ben, was sie stört und was sie möchten. Mittels Fotos, Modellen und falls notwendig individuell gestalteten Masken werden die Patienten zusammen mit dem Techniker beraten, was möglich und was sinnvoll ist.»

Kelkels Credo: «Den Menschen als Persönlichkeit lieben und achten und versuchen, ihm zu helfen, auch wenn das Betätigungsfeld nur die Mundhöhle ist.»

Internet sei dank

Die heutigen Patienten sind wesentlich kritischer als noch vor zwanzig Jahren. Via Internet kann sich der Patient beliebig informieren. »Für einen, der sich regelmässig fortbildet und seinen Beruf mit Engagement betreibt, ist es eine Freude, gerade diese Patienten optimal aufzuklären und zu beraten. Gerade diese Patienten liefern der SSRD den nötigen Antrieb, die Qua-

lität der Weiterbildung an den Fachabteilungen der Universitäten einzufordern», sagt der neue Präsident.

Horst Kelkel, Zahnarzt aus Passion

Kelkel wurde 1956 in der Schweiz als Sohn einer Schweizerin und eines Franzosen geboren. Seine Eltern zogen aus beruflichen Gründen 1958 nach Norddeutschland. 10 Jahre später und nach etlichen Wohnortwechseln in Deutschland wurde er Schüler des Gymnasiums in Einsiedeln. 1973 wechselte er, bedingt durch einen neuerlichen Umzug seiner Eltern, ins Saarland und absolvierte dort 1976 das Abitur. In demselben Jahr begann er in Zürich ein Jusstudium. 1977 holte er die Schweizer Matura nach. In Zürich lernte er eine sehr beeindruckende Zahnmedizinstudentin kennen. «Ihr zu Liebe habe ich das Studium gewechselt

und es nie bereut. Dieser Beruf wurde zu meiner Passion.» Zusammen mit seiner Frau führt Horst Kelkel eine Allgemeinpraxis in Zürich. «Aufgrund meiner Postgraduate-Ausbildung unter Prof. Palla, dem ich fachlich und menschlich viel zu verdanken habe, gibt es sicherlich prothetische Schwerpunkte in unserer Praxis. Meine Frau war später noch mehrere Jahre Instruktorin auf seiner Abteilung. Von Prof. Palla haben wir auch gelernt, multidisziplinär zahnmedizinische Probleme anzugehen. Meine Frau hat zusätzlich in einem Separatstudium den Arzttitel für Traditionelle Chinesische Medizin erworben und sich in Akupunktur spezialisiert. So bringt sie bei der Abklärung und Behandlung chronischer Schmerzpatienten für mich völlig neue Sichtweisen ein.» ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



37. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP)

Current concepts in periodontal and implant dentistry

Barbara Carollo

Unter dem Motto «Gängige Konzepte in Parodontal- und Implantattherapie» trafen sich 600 Teilnehmer vom 13. bis 15. September im Kongresszentrum des Kursaals in Bern. Die Möglichkeiten der Zahnerhaltung sollten genau abgewogen werden, bevor ein Zahn unbedacht durch ein Implantat ersetzt wird, dies die einhellige Meinung der Experten.

33 Sponsoren ermöglichten diese Jahrestagung, welche sich durch höchstes Fachniveau auszeichnete. Begleitet wurde sie von einer Posterausstellung mit mehr als 50 wissenschaftlichen Postern.

Eine bereits beachtliche Teilnehmerzahl beim Vorkongress im Auditorium Ettore Rossi zeigte das rege Interesse der Zahnärzteschaft.

«Neue Ansätze in der Lappenchirurgie»

Pierpaolo Cortellini/Florenz

Der Referent lieferte einen interessanten Rückblick der Lappenchirurgie von der Vergangenheit bis zu den heute angewandten Techniken.

Die früher eher invasiven Techniken der Gingivektomie zielten darauf hin, das gesamte erkrankte Gewebe zu eliminieren. Dies führte jedoch zu einer erhöhten Morbidität und war für den Patienten alles andere als angenehm (stark erhöhte Sen-

sitivität). Nach und nach wurden die Techniken verfeinert. War der MWF (modifizierte Widman Flap) lange Zeit die Therapie der Wahl, gelang es mit einer Papillen erhaltenden Schnittführungstechnik (P.P.T.) im Jahre 1985, Rezessionen vorzubeugen. Diese Technik wurde noch modifiziert (M.P.P.T.), vor allem in Bezug auf die Lappenmobilisation und -adaptation. Da jedoch diese modifizierte Schnittführung bei engen Interdentalpapillen (≤ 2 mm) schwierig durchzuführen ist, entschliesst man sich hier für die simplified P.P.T.

Kürzlich konnte man mit der Entwicklung der MIST (minimal invasive surgical technique) noch einen Schritt weiter gehen, wobei die Entwicklung des postoperativen Ödems sowie der Zahnhalteempfindlichkeit deutlich verringert wird. Ebenfalls positiv wirkt sich dies auf die Behandlungszeit am Patienten und somit auch auf die Kosten aus.

Als Zukunftsausblick winkt die MIST, bei welcher der orale Lappen nicht mehr abgelöst wird. Diese Technik kann selbstverständlich nur für geeignete isolierte Defekte angewendet werden.

Als Schlussfolgerung können die P.P.T. vor allem in ästhetisch wichtigen Zahnregionen überzeugen, da durch die Stabilität des Blutkoagulums und der grösstmöglichen Erhaltung des umliegenden Blutgefässsystems die Nebenwirkungen der Operation deutlich verringert werden. Es kommt zu deutlich weniger Rezessionen und mehr klinischem Attachmentgewinn.

«Covering recessions – grafts or flaps»

Rino Burkhardt/Zürich

In der Frage, mit welcher Technik die verschiedenen Rezessionen zu decken seien, zeigt Dr. Burkhardt auf, dass es sowohl funktionelle als auch ästhetische Indikationen für Rezessionsdeckungen gibt. Im Weiteren kann man das Ergebnis einer solchen Operation nach drei unterschiedlichen Aspekten beurteilen: 1) prim. Ergebnis (% der gedeckten Wurzeloberfläche), 2) sek. Ergebnis (CAL, PPD) und 3) zusätzliches Ergebnis (Farbe/Oberfläche).

Obwohl das Bindegewebstransplantat bei Punkt 1 besser abschneidet, übertrifft es die Lappentechnik in Bezug auf Punkt 3, weil das Transplantat eine eher gewölbte Gingiva zur Folge hat => unschönes ästhetisches Resultat.

In der Konklusion hält der Referent fest, dass das Transplantat vor allem bei Wurzelverfärbungen, zu deckenden Kronenrändern, bei Wurzelkonkavitäten und bei



Professor Niklaus P. Lang eröffnet den Kongress im Kursaal

dünner Mucosa zur Anwendung kommt. Bei einer dicken Mucosa und keiner der erwähnten Indikationen sollte eher eine Lappentechnik angewendet werden.

«The intrabony pocket»

Maurizio Tonetti/Genova

Der intraossäre Defekt kann in verschiedene Grade eingeteilt werden. So gibt es 1-wandige, 2-wandige, 3-wandige und Kombinationen solcher Defekte. Die Anatomie dient als Grundlage für die Wahl der Therapie. Als Optionen stehen erhaltende Operationen (Access Flap), resezierende Chirurgie, regenerative Methoden oder aber die Exzision und anschließende Implantation zur Auswahl. Bei den regenerativen Methoden zeigt GTR deutlich bessere Resultate als der MWF. Auch hier stehen noch verschiedene Möglichkeiten offen: Transplantate, biologische Mediatoren (Bsp. Emdogain) und die herkömmliche GTR (Membran). Ebenfalls ein wichtiger Faktor stellt der Winkel des intraossären Knochendefektes dar. Je weiter dieser ist, desto niedriger fällt die Regenerationsrate aus.

Am Schluss betont der Referent noch einmal, dass «Training and education» wichtig sind, mit dem Ziel, die Variabilität der verschiedenen Techniken zu senken und somit auch die Morbiditätsrate zu verbessern.

«The furcation as a risk factor»

Giovanni E. Salvi/Bern

Bei Klasse-I-Furkationen zeigen Studien nach fünf Jahren eine 100%-Überlebens-

rate. Der Verschluss von Klasse-II-Furkationen ist aber weder beim Ober- noch beim Unterkiefer voraussagbar. Trotzdem zeigt die Therapie mit GTR ganz klar bessere Resultate als ein OFD (offene Lappenchirurgie).

Beim Vergleich von Emdogain mit GTR in Klasse-II-Furkationen in Unterkiefermolaren gibt es eine leicht bessere Tendenz für Ersteres.

Bei der resektiven Therapie (Wurzelaufputzungen) zeigt sich eine Überlebensrate von 93% nach zehn Jahren.

Wichtig bei der Furkationstherapie ist vor allem eine adäquate Erhaltungsphase. Erfolgversprechend sind Emdogain und GTR bei Klasse-II-Furkationen in Unterkiefermolaren. Ansonsten kann auch die resektive Therapie eine ansprechende Überlebensrate nach zehn Jahren aufwei-

sen. Bei der Tunnelierung von Klasse-III-Furkationen im Unterkiefer sollte ebenfalls an die Kariesproblematik gedacht werden, welcher man mit entsprechendem Recallsystem entgegenwirken kann.

«Genetic aspects to aggressive Periodontitis»

Bruno Loos/Amsterdam

Der multifaktorielle Aspekt der Parodontitis ist allgemein bekannt. Trotzdem ist der genetischen Prädisposition eine wichtige Rolle einzuräumen. Die Schwierigkeit von verschiedenen Genotypen bei verschiedenen ethnischen Rassen vermag die Sachlage kaum zu vereinfachen. Trotz einigen «candidate genes» konnten noch keine wirklich signifikanten Unterschiede aufgezeigt werden.

Mit der Bemühung Parodontitisbiobanken zu erstellen (PDW= Periodontitis Data Warehouse; EPG = European Periodontal Genetic Consortium), möchte man mithilfe von Genomuntersuchungen bei 200 Patienten mit aggressiver Parodontitis die Problemgene weiter eingekreisen. Hilfreich dazu ist sicherlich auch der sogenannte GSI (Genetic Susceptibility Index). Bei einem GSI ≤ 1 kann gesagt werden, dass 85% dieser Personen als «gesund» beurteilt werden können, wobei bei einem GSI > 4 , 88% der Personen als «krank» eingestuft werden.

«Microbiological aspects»

Andrea Mombelli/Genova

Obwohl Parodontitis wenig mit einer klassischen Infektion gemeinsam hat, gibt es Evidenz für eine spezifische Rolle von A.a und P.g. Die schädigende Eigenschaft von A.a., Serotyp b Leukotoxin zu produzieren, ist längst bekannt. Unlängst konnte aber eine weitere Spezies von A.a. (JP2-clone) entdeckt werden, welche eine extrem erhöhte Leukotoxinproduktion zeigt.



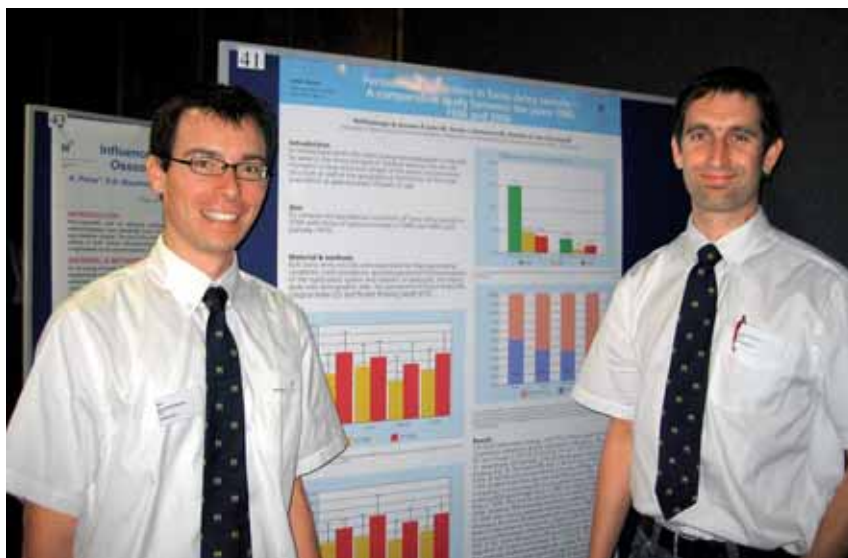
MediBank

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 / E-Mail: direktion@medibank.ch

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



Dr. Beat Röthlisberger und Dr. Patrick Kuonen vor ihrem Poster über die Rekrutenuntersuchung in Thun

JP2 scheint aus Nordafrika zu stammen und sich global auszubreiten.

In der Schlussfolgerung fasst der Referent zusammen, dass es sich meistens um eine opportunistische Infektion handelt, wobei JP2 doch ein «wahres» Pathogen sein könnte. Um diese sogenannten nicht-tolerierten gemischten Mikroorganismen zu unterdrücken, sind Antibiotika wirksame Hilfsmittel. Deshalb sind Mikroorganismen-tests für die Diagnose nicht unbedingt relevant, jedoch für die Wahl des Antibiotika von entscheidender Bedeutung.

«Influence of systemic conditions»

Steven Offenbacher/Chapel Hill (North Carolina)

Die Literatur zeigt einen erheblichen Zusammenhang zwischen parodontaler Progression und dem Risiko einer Frühgeburt. Deshalb ist eine parodontale Therapie vor oder während der Schwangerschaft (natürlich ohne Antibiotika) sicher und effektiv.

«Periodontitis and cardiovascular disease»

Rutger Persson/Bern

Obwohl schon vor 100 Jahren die Theorie einer fokalen Infektion vorherrschte, wurde sie 1952 von JAMA verworfen. Heutzutage buchstabierte man wieder zurück und muss festhalten, dass Parodontitis ein potenzieller Risikofaktor für die allgemeine Gesundheitssituation darstellt. Die Wahrscheinlichkeit einer Herzattacke ist mit einem Knochenverlust von 50% fast doppelt so hoch als bei einem Knochenverlust von «nur» 10%. Obwohl noch keine einheitlichen Resultate vorlie-

gen, ist ein Zusammenhang sehr stark zu vermuten.

«Conservative versus surgical therapy (infection control)»

Jan Lindhe/Göteborg

«Schneiden oder nicht schneiden, das ist hier die Frage.» Gemäss diesem Motto durchleuchtet der Referent die Geschichte der Parodontologie. Allgemein bekannt ist die Tatsache, dass bei einer Sondierungstiefe von ≤ 4 mm die Chirurgie keinen positiven Effekt bringt ausser zusätzlichem Attachmentverlust. Ab 6 mm jedoch übertrifft eine chirurgische Intervention das übliche Scaling und Wurzelglätten in den meisten Fällen. Zudem stellt sich die Frage, ob eine resektive chirurgische Technik einer nichtresektiven vorzuziehen wäre. Bei der ersteren wird das Gewebe radikal entfernt, was dazu führt, dass ein vollkommen neues Gewebe entsteht. Es gibt Hinweise aus Tierexperimenten, dass ein zurückbleibendes Restinfiltrat bei der nichtresektiven Therapie schneller zu einer Wiederinfektion führen könnte.

«Role of the host modulators in periodontal therapy»

Ray Williams/Chapel Hill (North Carolina)

Die Möglichkeiten, die Wirtsantwort zu verändern sind vielfältig, und werden uns in naher Zukunft sicher noch viele Neuigkeiten bringen. Allgemein bekannt sind nichtsteroidale, antiinflammatorische Medikamente, chemisch modifizierte Tetracycline und subantimikrobielle Doxycycline. Impfungen, welche früher oft propagiert worden sind, könnten bald wieder zum Thema werden.

«Tissue engineering and its perspectives in periodontal therapy»

William Giannobile/Ann Arbor (Michigan)

Verschiedene Aspekte können in das Gewebemanagement miteinbezogen werden. Biologische Materialien wie Wachstumsfaktoren (PDGF-BB und β -TCP) können ebenso eine Rolle spielen wie die Stammzelltherapie oder antiinflammatorische Agentien. So wie OPG (Osteoprotegerin), welches die Entwicklung von Osteoklasten in experimenteller Parodontitis blockiert. Es gehört in die Familie der TNF und wird von Osteoblasten exprimiert.

«Influence of periodontal health in implant therapy»

Sebastian Ciancio/Buffalo (New York)

Trotz unterschiedlichen Gründen für einen Implantatverlust sollte das erhöhte Risiko bei Parodontitispatienten nicht unterschätzt werden. Bei untherapierten Parodontitispatienten ist es sogar sehr hoch. Zusätzlich sind die medikamentenassoziierten Effekte auf den Implantaterfolg ebenfalls mit einzubringen. Beispiele sind: Xerostomie als Plaqueförderer, Calciumkanalblocker als Verursacher der Gingivahyperplasie sowie auch die Bisphosphonate als Risikofaktor für Osteonekrosen des Kiefers, v.a. wenn diese intravenös verabreicht worden sind.

«Diagnosis and treatment of periimplant disease»

Tord Berglundh/Göteborg

In einer Zeit, die als Hochkonjunktur der Implantate gehandelt wird, sollte man die periimplantären Gewebe während der Erhaltungsphase genau im Auge behalten. Wichtigstes Diagnosehilfsmittel ist die Parodontalsonde. Eine Blickdiagnose genügt bei Implantaten mit Periimplantitis bei weitem nicht. Durch regelmässige Sondierungen beim Recall können verdächtige Sondierungstiefen zu einer frühen Diagnose führen. Die Periimplantitis ist um ein Vielfaches aggressiver als die Parodontitis.

Als Therapie der Periimplantitis zeigt sich ein chirurgischer Eingriff, bei welchem die Implantatoberfläche desinfiziert und der Lappen apikal reponiert wird (Taschenelimination), damit wieder eine Infektionskontrolle stattfinden kann.

«Site development for esthetic outcomes»

Daniel Buser/Bern

Bei heiklen ästhetischen Regionen stellt sich die Frage, wann genau der optimale Zeitpunkt für die Implantation gekom-

men ist. Von den verschiedenen Zeitpunkten: sofort, früh und verzögert ist in der Frontzahnregion eindeutig der frühe Zeitpunkt vorzuziehen. So kann das Risiko von starken Rezessionen vermieden werden. Bei einem zusätzlichen Knochenverlust der bukkalen Wand kann ebenfalls gleichzeitig implantiert werden, wobei aber zusätzlich mit autologem Knochen und Ersatzmaterial (meistens Bio-Oss®) und einer Kollagenmembran gearbeitet wird. Die Membran hat zwei Funktionen: Stabilisation des transplantierten Materials und als Barriere zu wirken. Dies ist oft nötig, da der Bündelknochen um die Zähne gerade im bukkalen Teil sehr dünn ist und rasch resorbiert wird.

«Site development in the posterior region»

Christoph Hämmerle/Zürich

Implantate in den hinteren Kieferregionen haben sich bewährt. Bei ungenügendem Knochenangebot verwendet man vor allem «block grafts» für den Knochenaufbau. Dabei muss aber beachtet werden, dass die Morbidität für die Patienten



Reichhaltige Verpflegung auf der Terrasse des Kursaals

sehr hoch ist. Die Tendenz geht also eher in Richtung Bio-Oss® mit Membran. Die Membran enthält ein sehr grosses Entwicklungspotenzial. Verschiedene Pro-

dukte sind momentan in der Testphase. Vor allem PEG, ein Gel, welches durch Wasserkontakt aushärtet, liefert bis jetzt sehr gute Resultate.

Ebenso viel versprechend ist rhBMP-2. Im Vergleich zu Bio-Oss®/Bio-Gide® zeigt sich ein reiferer Kontakt (mehr lamellärer Knochen) und mehr Transplantat/Knochen-Kontakt. RhBMP-2 bietet sich v.a. für Sinusbodenelevationen und Kammaufbauten an.

Nachrichten aus der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP)

PD Dr. Giovanni E. Salvi
Präsident der Weiterbildungskommission SSP

Mit Brief an den Präsidenten der SSP hat der SSO-Vorstand das ihm vorgelegte Reglement für das Weiterbildungsprogramm «Fachzahnarzt für Parodontologie» genehmigt und ein Inkrafttreten rückwirkend auf den 1. Januar 2007 ermöglicht. Das eidgenössische Departement des Innern unter der Leitung von Bundesrat Couchepin hat das Weiterbildungsprogramm in Parodontologie endgültig akkreditiert. Dadurch wird die Weiterbildungsprozedur im Fach Parodontologie mit der Erlangung eines eidgenössischen Fachzahnarztstitels momentan an den Universitäten Bern und Genf abgeschlossen.

Im Rahmen der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie in Bern (13.–15. September 2007) haben Dr. med. dent. Giedre Matuliene und Dr. med. dent. Guy Huynh-Ba von der Universität Bern und Dr. med. dent. Patrick Gugerli von der Universität Genf die mündliche Prüfung mit Erfolg bestanden. Für alle drei Kandidaten wurde der Antrag auf Nomination zur eidgenössischen Fachzahnärztin/zum eidgenössischen Fachzahnarzt für Parodontologie gestellt. Wir heissen die Kollegin und die zwei Kollegen als neue Fachzahnärzte für Parodontologie und Aktivmitglieder Spezialisten der SSP herzlich willkommen.



Giedre Matuliene



Guy Huynh-Ba



Patrick Gugerli

«Sinus floor elevation»

Bjarni E. Pjetursson/Bern

Für die Versorgung im posterioren Maxillabereich mit kleiner vertikalen Knochenhöhe gibt es drei Therapievarianten. Der Referent vergleicht kurze Implantate mit Implantaten, welche mit der «Summers-Technik» gesetzt werden sowie mit der lateralen Fenstertechnik.

Bei einer Knochenhöhe von ≥ 8 mm empfiehlt sich die Standardimplantationstechnik. Es gibt keinen Grund, ein längeres Implantat zu bevorzugen.

Bei einer Knochenhöhe von 5–7 mm und einem flachen Kieferhöhlenboden bietet sich die Summers-Technik an, inkl. Füllmaterial (Bsp. Bio-Oss®). Findet sich jedoch ein schräger Sinusboden, ist es besser, zur lateralen Technik zu wechseln, da die Gefahr einer Perforation mit der Summerstechnik doch erheblich ist. Bei einer Höhe von 3–4 mm ist klar die laterale Technik die Methode der Wahl. Wenn Primärstabilität erzielt werden kann, bietet es sich an, das Implantat gleich simultan zu setzen. Eine Knochenhöhe von 1–2 mm schliesslich zwingt zur 2-zeitigen Sinusbodenelevation, bei der das Implantat erst

nach sechs bis acht Monaten in einer 2. Chirurgiesitzung gesetzt wird.

«Longterm maintenance of the implant patient»

Mariano Sanz/Madrid

Die Erhaltungsphase ist bei jedem Patienten von immenser Bedeutung. Noch einmal wird auf die Gefahr der Periimplantitis hingewiesen. Denn obwohl ältere Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen Parodontitispatienten mit Implantaten und der Kontrollgruppe zeigen, tendieren neuere Studien zur gegenteiligen Aussage.

Die exzellenten Überlebensraten von Implantaten in gewissen Studien ignorieren zumeist eine vorhandene periimplantäre Mucositis.

Deshalb ist auch hier eine akurate Diagnostik mit regelmäßigen Sondierungs-

messungen und Röntgenüberwachung notwendig. Als Therapie der Periimplantitis empfiehlt der Referent eine Vorgehensweise nach Auffangender Kumulativer Unterstützender Therapie (AKUT).

«Look back to the future: Is the tooth out of service?»

Niklaus P. Lang/Bern

In neueren systematischen Reviews wird klar die exzellente Überlebensrate von bogenumspannenden Brücken auf Zähnen (92,9%) gegenüber allen anderen Rekonstruktionen (I-I, Z-I, Z-Z: < 92,9%) betont. Die resektive Furkationstherapie kann ebenfalls mit hohen Überlebensraten von 93% nach zehn Jahren aufwarten.

Im Vergleich schneiden Implantate bei Parodontitispatienten klar schlechter ab. Deshalb muss nach wie vor festgehalten

werden: Implantate sollen Lücken füllen und nicht Zähne ersetzen!

Schlussbemerkungen

Das wissenschaftliche Programm der 37. Jahrestagung der SSP in Bern bot einen ausgezeichneten Einblick in die gegenwärtigen Konzepte der Parodontitis- und Implantatherapie. Der Wert eines Zahnes sollte trotz der heutigen Möglichkeiten der Implantologie nicht unterschätzt werden, da Probleme wie Periimplantitis weit schwieriger zu therapieren sind. Deshalb sollten die Möglichkeiten der Zahnerhaltung genau abgewogen werden, bevor ein Zahn unbedacht durch ein Implantat ersetzt wird.

Last but not least

Die SSP-Tagung 2008 findet vom 18. bis 20. September in Genf statt. ■

4th European Conference on Tobacco or Health 2007: internationales Treffen der Tabakkontroll-Experten in Basel – ein Tagungsbericht

Ethische Bedenken beim Industriesponsoring

Clemens Walter und Silvia Büchler

Rund 800 Teilnehmer aus über 60 Ländern, Vertreter zahlreicher internationaler und nationaler Gesundheitsorganisationen, Behördenmitglieder, Mediziner und Zahnmediziner, diskutierten, wie möglichst viele Menschen vom Rauchen entwöhnt, und vor dem Passivrauchen geschützt werden können. Besorgniserregend ist auch der Einfluss der Tabakindustrie auf die Wissenschaft durch die Zusammenarbeit einzelner Ärzte und Wissenschaftler mit der Tabakindustrie.

Das Thema Rauchen ist nicht gerade «sexy»: etwa fünf Millionen Menschen, das ist jeder zweite lebenslängliche Raucher, sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums. Kürzlich wurden in dieser Monatsschrift im Rahmen einer laufenden Serienpublikation der Schweizer Task force «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» bereits die oralen Auswirkungen des Tabakkonsums sowie die Tabakentwöhnung behandelt (Bornstein et al. 2006, Saxer et al. 2007, Walter et al. 2007, Ramseier et al. 2007). Demnach bestehen neben einem tabakassoziierten, erhöhten Risiko für das Auftreten eines oralen Plattenepithelkarzinoms auch eindeutige wissenschaftliche Beweise für eine begünstigende Rolle des Tabakkonsums für parodontale und periimplantäre Erkrankungen. Eine Aufklärung des Patienten über dieses vermeidbare Risiko und eine Kurzintervention mit dem Ziel der Motivation zum Rauchstopp sind in der zahnärztlichen Praxis möglich, empfehlenswert und sinnvoll.

ECToH 2007

Am 12. und 13. Oktober 2007 fand im Kongresszentrum Basel die 4. Europäische Konferenz «Tabak oder Gesundheit»

(ECToH 2007) statt. Die Konferenz wurde von der Krebsliga Schweiz in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft organisiert, im Auftrag des Dachverbands der europäischen Krebsligen. Die rund 800 Teilnehmer aus über 60 Ländern, Vertreter zahlreicher internationaler und nationaler Gesundheitsorganisationen, Behördenmitglieder, Mediziner und Zahnmediziner, diskutierten, wie möglichst viele Menschen vom Rauchen entwöhnt und vor dem Passivrauchen geschützt werden können.

Tabakkontrollskala

Einleitend wurde eine Bilanz der bisherigen Aktivitäten in Europa gezogen. Luk Joossens, Tabakkontroll-Experte aus Belgien,



Impressionen aus dem Kongresszentrum Basel

stellte die Tabakkontrollskala vor, eine Rangliste für den Vergleich der Tabakkontrollpolitik in 30 europäischen Ländern über einen Beobachtungsraum von 2005 bis 2007. Die vergebenen maximal 100 Punkte der Tabakkontrollskala bewerten sechs gesundheitspolitische Massnahmen, die im Rahmen eines umfassenden, nationalen Tabakkontrollprogramms vordringlich zu ergreifen sind. Es sind dies:

1. eine steuerbedingte Preiserhöhung von Zigaretten und anderen Tabakwaren;
2. Rauchverbote und Rauchbeschränkungen in öffentlichen Einrichtungen und am Arbeitsplatz;
3. eine Optimierung der Konsumentinformation mit öffentlichen Aufklärungskampagnen, Medienreportagen und einer Veröffentlichung wissenschaftlicher Erhebungen;
4. ein umfassendes Werbe- und Verkaufsförderungsverbot für sämtliche Tabakwaren sowie tabakrelevante Logos und Markennamen;
5. grosse, eindeutige Gesundheitswarnungen auf Zigarettenpackungen und anderen Tabakwaren;



Luk Joossens, Belgien, erläutert die Tabakkontrollskala.



Die bebilderten Warnhinweise orientieren sich an den landestypischen Krankheiten und Gebräuchen.

6. Rauchentwöhnungsbehandlungen, u. a. durch vermehrte medikamentöse Unterstützung.

Im internationalen Vergleich wurden in der Spitzengruppe 65 und mehr Punkte erreicht. Darunter fielen Grossbritannien (93 Punkte), Irland, Island und Norwegen. Die Schweiz erreichte 47 Punkte und befindet sich damit auf dem 18. Platz. Abgeschlagen auf dem letzten Platz ist Österreich, gefolgt von Luxemburg, Griechenland und Deutschland (37 Punkte).

Money from the devil

Ein grosses Thema der diesjährigen Konferenz war der Einfluss der Tabakindustrie auf die Wissenschaft durch die Zusammenarbeit einzelner Ärzte und Wissenschaftler mit der Tabakindustrie. Erste ethische Bedenken wurden bereits 1985 im angesehenen «British Medical Journal» unter dem Aufmacher «Taking money from

the devil» publiziert. In Basel referierte Thilo Grüning (London, England) zu den Methoden, die von der Tabakindustrie benutzt werden, um Einfluss auf die Forschung und die öffentliche Meinungsbildung zu nehmen (siehe auch «Deutsches Ärzteblatt: 104, Heft 12, Seite 678–681»). Nach Grüning bestehen fünf Strategien: Erstens wird die Publikation nachteiliger Forschungsergebnisse verhindert («Unterdrückung»). Zweitens werden gezielt Studien gefördert, die für die Tabakindustrie potenziell günstige Ergebnisse produzieren. Tabak-kritische Studien verlieren so an wissenschaftlichem «Wert» und erscheinen verdünnt («Verdünnung»). Die dritte Strategie dient der «Ablenkung» von der ursächlichen pathogenetischen Bedeutung des Tabakkonsums. So werden Studien gefördert, die andere Ursachen, zum Beispiel genetische Faktoren, für die jeweilige Erkrankung in den Vordergrund

WHITE smile



HOMBLEACHING - Traumhaft weisse Zähne über Nacht

WHITE SMILE ist ein ausgereiftes System zur optischen Zahnaufhellung ohne ätzende Lösungen und abrasive Pasten. Die aktive Substanz (3%-iges Wasserstoffperoxid) wurde so optimiert, dass mit einer möglichst geringen Menge in kürzester Zeit das maximale Ergebnis erreicht wird. Zähne und Zahnfleisch werden geschont. Die einfache Handhabung, der angenehme Minzgeschmack und die erstaunlich schnellen Resultate garantieren eine hohe Akzeptanz bei Ihren Patienten.

Die im Labor angefertigten Zahnschienen werden vom Patienten während 5 - 10 Nächten getragen, wobei schon nach 3 - 4 Tagen eine deutliche Aufhellung der Zähne erkennbar ist. Um das strahlend weisse Ergebnis zu erhalten, wiederholt der Patient die Anwendung nach Bedarf für ein oder zwei Nächte pro Jahr.

Das Set "Bleaching komplett" enthält 5 Spritzen zu je 3,5g und reicht für eine Anwendungsdauer von ca. 15 Nächten aus (Ober- und Unterkiefer).

BENZER - DENTAL AG  **ZÜRICH**

CH-8062 Zürich Tel. 01 / 322 29 04 Fax 01 / 321 10 66

stellen. Viertens besteht der begründete Verdacht, dass unter «Verheimlichung» des Industriesponsorings medizinische Opinion-Leader für die Tabakindustrie günstige Forschungsergebnisse präsentieren und publizieren. Schliesslich – fünftens – bleibt noch die direkte «Manipulation» von Forschungsergebnissen einzelner Wissenschaftler.

Unter den Teilnehmern der Konferenz bestand weitgehend Konsens darüber, dass aus ethischen Gründen jegliche Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie abzulehnen ist.

Die Tabakepidemie breitet sich weiter aus

Die «ungleich langen Spiesse» der Tabakindustrie und der Tabakkontrollgemeinde werden auch deutlich, wenn man die weltweite Verbreitung der Tabak-Epidemie, als welche die WHO die Verbreitung des Tabakkonsums einstuft, genauer betrachtet. Einerseits zeigen zwar die Bemühungen der Tabakkontrollgemeinde, der Tabakepidemie in West-Europa, Amerika und Australien/Neuseeland Einhalt zu gebieten, eindeutig Wirkung: In vielen Ländern ist der Umsatz aus dem Tabakkonsum stark rückläufig. Anders präsentiert sich die Situation jedoch in Osteuropa und in Schwellenländern in Asien und Afrika – in diesen Ländern befinden sich die neuen Tabakmärkte, und so kann der Umsatz wieder kompensiert werden. In vielen dieser Länder hat zwar die Raucherrate bei den Männern auf sehr hohem Niveau stagniert oder ist tendenziell etwas gesunken, bei den Frauen jedoch stiegen die Raucherraten vielerorts inner-

Wettbewerbsreminder

Der Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche ASD wünscht die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteuren am Dentalmarkt durch wiederkehrende Ausschreibungen von Ideenwettbewerben spartenübergreifend zu fördern. Anlässlich der Swiss Dental 2008 (29.–31. Mai 2008, Montreux) wird der Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche, ASD, erstmals einen solchen Förderpreis überreichen. Er will damit Arbeiten zum Thema

«Wirksames Praxismarketing heute!»

prämiieren. Gefragt sind Darstellungen mit konkreten Beispielen aller Art, die aufzeigen, was Marketing für den wirtschaftlichen Erfolg einer Zahnarztpraxis bedeutet und welche Methoden zu welchen Resultaten führen.

Teilnahmeberechtigt sind Studenten der Zahnmedizin in klinischen Semestern, Zahnärzte in der Schweiz, Dentalhygienikerinnen. Die schriftlichen Berichte sind auf maximal 10 A4-Seiten zu beschreiben. **Abgabetermin ist der 31. Dezember 2007** (ASD-Sekretariat, c/o Dr. U. Wanner, Moosstrasse 2, 3073 Gümligen) Einschreibeformulare sind erhältlich beim ASD-Sekretariat.

Eine Jury bestehend aus Vertretern der Werbebranche, der Dentalindustrie und des Dentalhandels wird die eingereichten Arbeiten bewerten. Die Entscheidung der Jury ist endgültig, Korrespondenzen sind ausgeschlossen.

Die Übergabe eines 1. Preises (CHF 6000.–) und eines 2. Preises (CHF 2000.–) findet im Rahmen der Swiss Dental 2008 (29.–31. Mai 2008) in Montreux statt.

halb des letzten Jahrzehnts dramatisch an. Diese Tendenz schlägt sich denn auch bereits in den Lungenkrebsraten nieder, die bei den Frauen plötzlich weltweit ansteigen, während sie bei den Männern seit 1960 kontinuierlich sinken.

Intervention in der zahnmedizinischen Praxis

Neben den globalen und politischen Themen interessierten bei dieser Konferenz

selbstverständlich auch Projekte und Untersuchungen, die direkt beim einzelnen Raucher ansetzen, z.B. der Beitrag zur Arbeit der Task force «Rauchen – Intervention in der zahnmedizinischen Praxis» von Christoph Ramseier (Michigan, USA), der stellvertretend von Clemens Walter (Basel) vorgetragen wurde. Basierend auf den Erkenntnissen des letzten Jahrzehnts zur Pathogenese oraler Erkrankungen sowie den Möglichkeiten der Gesprächsführung in der zahnmedizinischen Praxis wurde ein Tabakentwöhnungsprogramm in die Ausbildung von Prophylaxeassistentinnen, Dentalhygienikerinnen und Zahnmedizinern an den zahnmedizinischen Schweizer Bildungseinrichtungen implementiert (www.dental-education.ch/smoking). Dieses basiert auf dem 2005 beim ersten Europäischen Workshop zur Tabakprävention und -entwöhnung für Zahnmediziner in Münchenwiler erarbeiteten Behandlungsplan (siehe auch Ramseier et al. 2007: Tabakprävention und -entwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis. Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin. 117(3): 253–278). Im Jahr 2002 wurde eine Basisdatenerhebung in den zahnärztlichen Praxen der Schweiz durchgeführt und 2005 eine erste Folgebefragung. Positiv: Die Anzahl der rauchenden Angestellten in Schweizer Zahnarztpraxen verringerte sich in allen Berufsgruppen. Darüber hinaus wird in zwei Drittel aller Praxen die Tabakkonsumanamnese



Douglas Bettcher schildert die Entwicklung der Tabakepidemie aus der Perspektive der Weltgesundheitsorganisation.

verwendet. In etwa drei Viertel aller Präzedenzen werden die Patienten auf ihre Bereitschaft hin angesprochen, den Tabakkonsum einzustellen.

Ausblick – Weltkonferenz 2009 in Mumbai, Indien

Zum Konferenzende wurde eine Resolution verabschiedet, die alle Länder dazu auffordert, die WHO Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (WHO Framework Convention on Tobacco Control – WHO FCTC) zu ratifizieren. 151 Länder haben dies bereits getan und sich damit verpflichtet, Massnahmen zur Einschränkung der Tabakepidemie einzuführen. In der Schweiz ist das Ratifizierungsverfahren

noch nicht abgeschlossen. Die Konferenzresolution fordert die europäischen Regierungen dazu auf, wirksame Massnahmen zu treffen und u.a. das Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden durchzusetzen, regelmässige Preiserhöhungen für Tabakwaren zu beschliessen, ein umfassendes Werbeverbot für Tabakwaren zu erlassen und in ihren Ländern dafür besorgt zu sein, dass aufhörwillige Raucher eine adäquate Beratung und gegebenenfalls entsprechende Medikamente, zum Beispiel Nikotinersatzprodukte, erhalten. Die Konferenz hat aufgezeigt, dass in Europa ein Wandel stattgefunden hat, ein grosses Bewusstsein über die Auswirkungen der Tabakepidemie vorhanden ist und

in allen Ländern Bemühungen im Gange sind, die Raucherraten und die damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken zu senken. Andererseits ist global gesehen leider noch kein Rückgang zu beobachten. So ist es nur folgerichtig, dass die nächste WHO-Konferenz «Tabak oder Gesundheit» im Jahr 2009 in Indien stattfinden wird, stellvertretend für alle diejenigen Länder, wo die «grosse Welle» mit den dramatischen Gesundheitsfolgen erst anrollt. Zwar ist der Tabakmarkt schon längstens in diesen Ländern erschlossen, indes hat sich auch die Tabakkontrollgemeinschaft daran gemacht, die Reise um die Welt anzutreten. ■

Dentsply Friadent

3. Schweizer Implantat Symposium

Fabiola Krebs

Im Zentrum Paul Klee in Bern fand am 27. Oktober 2007 das 3. Schweizer Implantat Symposium von Dentsply Friadent statt. Den Symposiumsbesuchern wurden einige Überraschungen geboten, nicht nur betreffend Rahmenprogramm.

Nach der Begrüssung und Eröffnung des Symposiums durch den Friadent-Dentsply-Schweiz-Geschäftsführer, Dierk Zimmermann, startete das Symposium mit einem «intellektuellen Morgenturnen» des unabhängigen Denksportlers Dr. Ludwig Hasler, seines Zeichens Publizist und Philosoph. Unter dem Titel «Warum der Steinbock den Wolf braucht» erläuterte er, dass in allen Bereichen des Lebens der Wettbewerb den Fortschritt belege. Der Wunsch des Menschen nach Bewährtheit spiegelte sich jedoch auch in der Zahnarztpraxis wider. Wer aber keine Fehler wage, riskiere erst recht zu scheitern. Nur «unwiderstehlich individuelle» Zahnärzte würden Patienten erfolgreich von einer persönlichen Beziehung zu ihrem Zahnarzt überzeugen können, gerade in Zeiten von McZahn. Das professionelle Können würde vom Patienten als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt. Die Individualität aber sei das, was einen Patienten dazu bewegt, immer gern wiederzukommen.

Nutzung neuer Technologien in der Implantologie

Nach diesem spannenden und sichterweiternden Vortrag von Dr. Ludwig Hasler begann die Fachvortragsreihe mit dem Referenten Dr. Teddy Waldhorn. Er stellte Fälle aus der eigenen Praxis vor und sprach über die Nutzung neuer Technologien wie der digitalen Volumetomogra-

fie (DVT) zur Implantatplanung. Die intraoperative Anwendung des DVT ermöglicht eine genaue Übersicht über die Knochendichte und die Nähe zu empfindlichen Strukturen. Dies ist aber nur möglich, sofern die Infrastruktur in der Praxis trotz intraoperativer Anwendung des DVT ein steriles Arbeiten zulässt. Dr. Waldhorn berichtete ausserdem über die verschiedenen Möglichkeiten der Fixierung einer Implantatbohrschiene. Zahngetragene und knochengetragene Schienen seien zu bevorzugen, da sie sicher reponierbar seien. Gingival getragene Schienen können sich leicht verschieben, was besonders bei schmalen Knochen eine Perforationsgefahr des Knochens bedeuten kann. Er stellte die Excellident-Bohrschablonen vor,



Die speziellen Gäste: Bertrand Cardis (Direktor von Decision S.A. und Konstrukteur von Alinghi)...



... und Dr. Ludwig Hasler (Publizist und Philosoph)

die patientenspezifisch durch ein Stereolithografieverfahren hergestellt werden. Sie ermöglichen einen lateralen Zugang in die Schablone, sodass auch bei eingeschränkter Mundöffnung eine schablonengeführte Chirurgie im Seitenzahnbereich durchgeführt werden kann. Dr. Waldhorn erläuterte, dass die Anwendung von Piezochirurgie beim Sinuslift den Vorteil biete, dass anatomisch heikle Weichgewebsstrukturen wie die Kieferhöhlenschleimhaut oder die Nerven nicht verletzt werden können. Ausserdem ermöglicht diese Technik ein sehr präzises Schneiden des Knochens. Des Weiteren erläuterte Dr. Waldhorn kurz die Ballontechnik beim Sinuslift, bei der ein mit Flüssigkeit gefüllter Ballon am Ende eines Instrumentes benutzt wird, um die Kie-



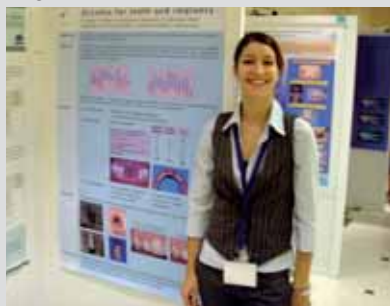
Universitätsnachrichten Bern

EPA 2007

1. Posterpreis für Dr. Andrea Kollar, Klinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Bern

Prof. Dr. R. Mericske-Stern

Bei sommerlichen Temperaturen fand in Athen, Griechenland, vom 10. bis 13. Oktober 2007 das 31. Annual Meeting der European Prosthodontic Association (EPA) statt. Unter dem Kongressthema «From Metal to Glass and Polymers» wurden interessante Beiträge aus allen Bereichen der rekonstruktiven Zahnmedizin vorge-
tragen.



Dr. med. dent. Andrea Kollar, Assistentin an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, präsentierte neueste Studienergebnisse zu zahn- und implantatgetragenen Zirkonrekonstruktionen. Ihr Poster – «Zirconia for teeth and implants» – überzeugte das wissenschaftliche Komitee und wurde mit dem 1. Preis ausgezeichnet.

Zu diesem Erfolg auf internationalem Parkett gratulieren wir Dr. Kollar ganz herzlich!

Erfolgreiche Spezialisierung SSRD – Dr. Rolf Kellerhoff

Prof. Dr. R. Mericske-Stern

In diesem Jahr hat *Dr. med. dent. Rolf Kellerhoff*, langjähriger und ehemaliger Assistent an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik, das Examen zur Erlangung des Spezialisistentitels «Fachzahnarzt für rekonstruktive Zahnmedizin» mit Erfolg abgelegt. Dr. Kellerhoff ist der 5. Kandidat der Klinik, der die anspruchsvolle Spezialisierung realisieren konnte.

Herzliche Gratulation!

ferhöhlenschleimhaut vorsichtig zu verdrängen.

Immediate Implant, immediate Loading

Der nächste Fachvortrag wurde von Dr. Robert Kalla präsentiert. Er befürwortete eine Sofortbelastung nach Frühimplantation, bei der er den Erhalt des bestehenden periimplantären Gewebes und eine ästhetische Versorgung in einer Sitzung als klare Vorteile benannte. Die schnelle ästhetische Rehabilitation steht hier im Vordergrund, insbesondere in der Frontzahnregion. Dr. Kalla stellte die Vorteile des Frialit-2-Implantatsystems vor. Es ist durch eine stufenartige Form gekennzeichnet, welche der natürlichen Verjüngung des Zahnes nach apikal entspricht. Somit könne die bukkale Lamelle erhalten werden. Eine Perforationsgefahr der bukkalen Lamelle sei somit deutlich ge-

ringer als bei anderen Implantatformen. Damit bestehe die Möglichkeit, das vorhandene intakte periimplantäre Gewebe sowie das Weichgewebe zu erhalten. Wenn eine Spätimplantation nach Exzision eines Zahnes in Betracht gezogen werde, könne man den Knochen mit der Alveola Preservation Technique erhalten, bei der die Alveole nach der Exzision nicht komprimiert und mit einer Membran abgedeckt wird. Somit könne man sich zuverlässig ein ausreichend breites Implantatbett ohne zusätzliche Augmentationen schaffen.

Trotz der scheinbar funktionierenden Fälle sollte der eingeschränkte Indikationsbereich einer Sofortimplantation mit Sofortbelastung dennoch berücksichtigt werden. Bei infizierten Exzisionsalveolen, grösseren apikalen Ostitiden sowie massiven Knochendefekten im betroffenen Bereich ist eine Sofortimplantation kont-

raindiziert. Auch bei der Sofortbelastung sollte eine strenge Indikationsstellung erfolgen, um Misserfolge zu vermeiden. Natürlich müssen die allgemein geltenden absoluten und relativen Kontraindikationen für Implantationen ebenfalls berücksichtigt werden.

Weitere Fälle aus der eigenen Praxis wurden von Dr. Jan Jörgensen und Dr. Marco Henze vorgestellt. Dr. Falk Wytek berichtete ausserdem über seine Erfahrungen mit der Friadent-Marketingplattform «Stepps», die Zahnärzten die individuelle Gestaltung eines Praxisauftritts ermöglicht, von der eigenen Internetseite bis zu individuellen Praxisflyern.

Was hat der Bootsbau mit der Dentalindustrie gemeinsam?

Bertrand Cardis, Direktor von Decision S.A. und Ingenieur von Alinghi, war der spezielle Gast der Veranstaltung. Der Waadtländer hat bekanntlich sehr erfolgreich an Weltregatten wie America's Cup und den Olympischen Spielen teilgenommen. Seine Boote gehören nach wie vor zu den innovativsten und schnellsten der Welt. Er ist Pionier in der Anwendung von Kompositmaterialien in der Entwicklung und Konstruktion von Booten. Wie auch in der Dentalindustrie arbeitet er mit diesen Verbundwerkstoffen: Sein Team entwickelt und verbessert fortlaufend diese Composite, die eine Verbindung von Kohlenstoff, Glasfasern und Kevlarfasern mit Gummiharzen sind. Er demonstrierte in einem mitreissenden und hochspannenden Vortrag, wie seine Sandwichkonstruktionen immense Kräfte aushalten. Diese extreme Widerstandsfähigkeit und das geringe Gewicht der Regattaschiffe ist der Bienenwabenstruktur zu verdanken. Bertrand Cardis zeigte anschaulich, dass man etwas wagen muss, um Erfolg zu haben, womit er sich den Worten des 1. Referenten (Dr. Ludwig Hasler) anschloss.

Tissue Care Concept

Gemäss Programm wäre nun ein Vortrag von Dr. Werner Groll (Geschäftsführer Dentsply Friadent) über das Tissue Care Concept vorgesehen gewesen. Überraschend konnten jedoch die Herren Dr. Werner Groll und Dr. Marcus Abboud, der ebenfalls einen Vortrag halten sollte, nicht erscheinen, und es musste improvisiert werden. Spontan sprang Dierk Zimmermann ein und erläuterte stellvertretend die Erfolgsfaktoren für initiale und dauerhafte Gewebestabilität.

Um Irritationen des periimplantären Knochens zu vermeiden, ist eine form- und kraftschlüssige Verbindung nötig, damit



Geschäftsführer von Dentsply Friadent Schweiz Dierk Zimmermann mit seinem Team

keine Mikrobeweglichkeit auftreten kann. Diese würde zu einem Abbau des Gewebes im Bereich der Implantatschulter führen. Wenn ein Spaltraum zwischen Implantat und Aufbau vorhanden ist, kann es zu bakterieller Besiedlung kommen. Wenn eine Mikrobeweglichkeit hinzukommt, kann ein Pumpeffekt auftreten, durch den die bakteriellen Toxine eine Entzündungsreaktion im Gewebe bewirken. Deshalb ist eine bakteriendichte Verbindung notwendig, um den Knochenabbau zu verhindern und das Weichgewebe zu stabilisieren. Mikrobielle und mechanische Reize können durch Platform-Switching vom periimplantären Gewebe ferngehalten werden. Das Platform-Switching, bei dem der Übergang zwischen Implantat und Aufbau nach zentral verlagert wird, ist im Zusammenspiel mit einem stabilen, bakteriendichten Verbindungsdesign ein wichtiger Faktor für die Gewebestabilität. Wenn das Implantat subkrestal platziert wird, begünstigt dies die Schaffung eines natürlichen Emergenzprofils. Sogar eine Anlagerung von Knochengewebe auf der Implantatstimfläche kann erfolgen. Wenn die Implantatschulter Mikrorauigkeiten bis zum Interface aufweist, können sich die Knochenzellen besser anlagern. Für einen langfristigen Erfolg in Funktion und Ästhetik sind vor allem stabile periimplantäre Gewebe nötig, denn «soft tissue follows hard tissue».

Das Implantat neu erfinden?

Während der Veranstaltung wurden von verschiedenen Referenten einige Patientenfälle aus eigener Praxis aufgezeigt, die

für harte, aber faire Diskussionen sorgten. Kontroverse Gespräche wurden angeregt, bei denen vor allem die Einstellung einer suffizienten Mundhygiene vor Implantation sowie die Implantation bei Parodontitiden diskutiert wurden. Ebenfalls für Diskussionsstoff sorgte eine All-on-4-Versorgung, welche erst vor wenigen Wochen definitiv gemacht wurde. Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implantation wurde in diesem Fall nicht erfüllt: die Compliance des Patienten. Langzeituntersuchungen wären gerade bei diesen aufgezeigten Fällen wünschenswert gewesen, zumal die Implantation bei quasi nicht vorhandener Mundhygiene und bei aktiven Parodontitiden langfristig als kritisch betrachtet werden sollte. Ein Kahlschlag zugunsten der All-on-4-Versorgung ohne Abwägung, ob der Zahnerhalt nicht doch sinnvoller gewesen wäre, ist bei einem anderen Fall als Kritikpunkt von dem Auditorium genannt worden.

SSO-Profilierungskampagne: Plakate, Kleber und T-Shirts bestellen!

Die SSO-Profilierungskampagne ist Geschichte – deren Umsetzung in die zahnärztliche Praxis bleibt hoch aktuell: Bestellen Sie beim SSO-Shop unsere Plakate, T-Shirts und Kleber mit den Sujets der Kampagne! Wir haben neu auch T-Shirts der Grösse «S» an Lager – unsere Bestellkarte finden Sie im Internet unter www.sso.ch > SSO Porträt > Kampagne SSO > Bestellformular für Kampagnenmaterial (Bildschirm ganz nach unten scrollen). Falls Sie T-Shirts der Grösse «S» bestellen wollen, überschreiben Sie beim ausgedruckten Formular einfach die Grösse «M» durch ein «S»!

Das neue CD-Manual der SSO (zurzeit in Arbeit) wird auch Vorschläge für den grafischen Auftritt der Sektionen und Praxisinhaber enthalten. Sektionen sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Briefschaften oder Praxisschilder bereits heute erneuern möchten, wenden sich an den Presse- und Informationsdienst der SSO. Felix Adank oder Marco Tackenberg: info@sso.ch oder 031 310 20 80.

Machen Sie mit bei der SSO-Kampagne! Participez à la campagne SSO!

Offre pour les dentistes SSO / Offre pour médecins-dentistes SSO.

SSO Shop
Postfach 19
3000 Bern K



Kontroverse Diskussionen unter den Symposiumsteilnehmern Dierk Zimmermann mit Referent Dr. Robert Kalla



Trotz mutiger und neuer Ideen sollten bewährte Behandlungskonzepte nicht ganz vergessen werden. Denn, wie zu

Beginn der Veranstaltung Dr. Ludwig Hasler den bekannten Kabarettisten und Schriftsteller Joachim Ringelnat zitierte:

«Nicht jeder, der nach Indien fährt, entdeckt Amerika...» ■

ZEITSCHRIFT



Zytotoxizität dentaler Komposite

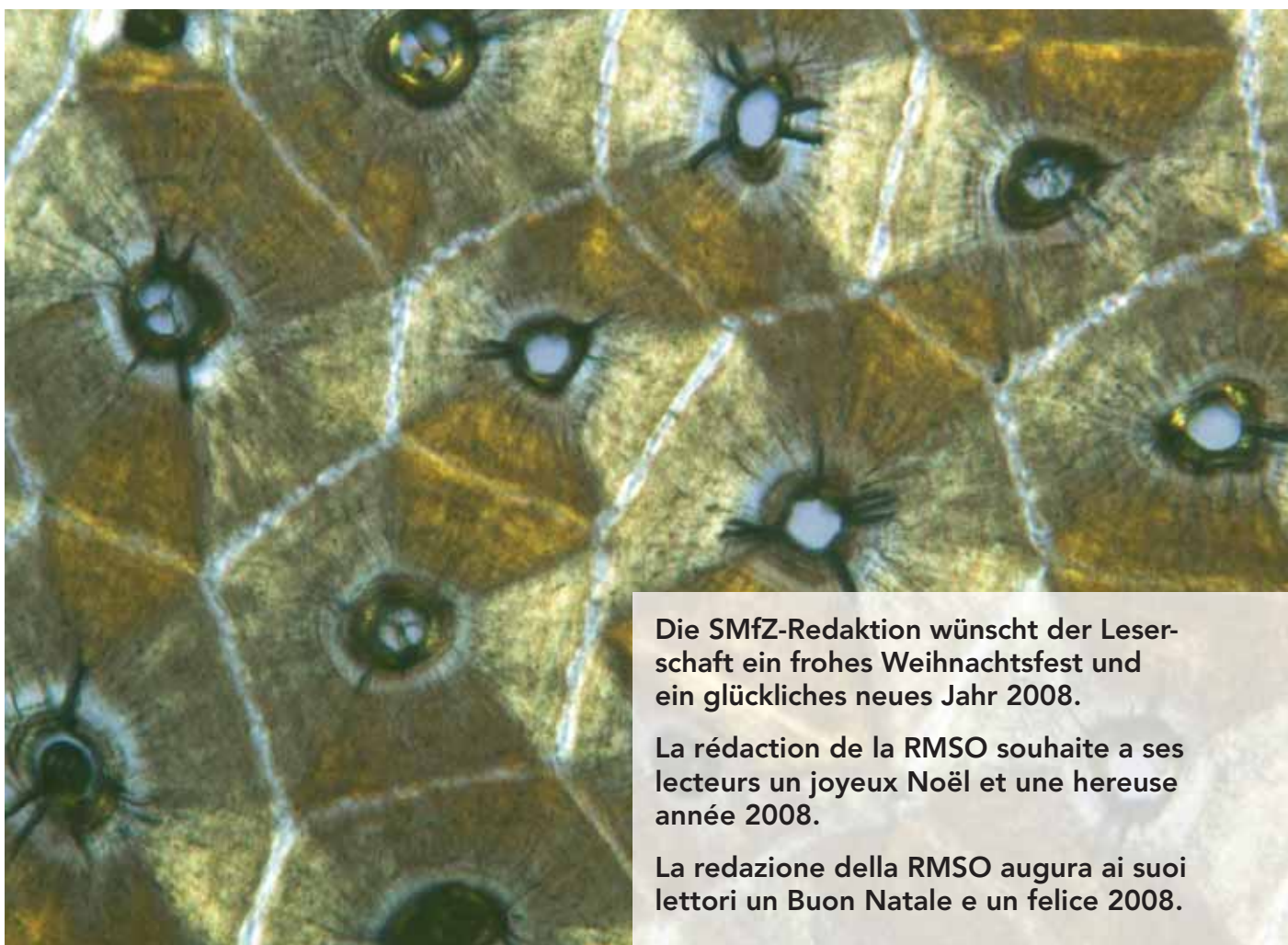
Homa Darmani BSc, PhD; Ahmad S. Al-Hiyasat BDS, MScD, PhD; Manar M. Milhelm BSc, MSc:
Cytotoxicity of dental composites and their leached components
Quintessence International 38: 9, 789ff (2007)

Durch die zunehmende Nachfrage nach dentalen Kompositen in der Zahnheilkunde bei direkten und indirekten Restaurationen hat sich das wissenschaftliche Interesse an deren biologischer Wirksamkeit und Zusammensetzung gesteigert. Die Studie *Cytotoxicity of dental composites and their leached components* wurde entwickelt, um in vitro die Zytotoxizität von Kompositen unterschiedlicher Zusammensetzung an Fibroblasten (Balb/C 3T3 mouse fibroblasts Clone A31) zu untersuchen und die verbleibenden Komponenten mittels HPLC (Hochleistungsflüssigkeitchromatographie) zu messen. Die untersuchten Komposite Z100 (3M), Solitaire 2 (Heraeus Kulzer), Filtek P60 (3M) und Synergy (Coltène Whaledent) werden in der direkten Methode 72 Stunden den Zellkulturen ausgesetzt. Bei der indirekten Methode werden die Komposite für 24 Stunden in Ethanol gelegt.

Anschließend werden die Komposite aus dem Ethanol entfernt und die Flüssigkeit reduziert. Bei beiden Methoden wird mittels MTT-Test die Lebensfähigkeit der Zellen bestimmt. Die HPLC-Analyse wird angewandt, um die gelösten Bestandteile der Komposite sowohl in wässriger Nährlösung (DMEM ohne Serum) als auch in ethanolischen Extrakten zu ermitteln. Die Ergebnisse der direkten Methode weisen signifikante Unterschiede in der Lebensfähigkeit der Zellen bei den verschiedenen Kompositen auf. Synergy ist mit 73% verbleibender Zellen am wenigsten toxisch, wogegen Solitaire 2 mit 39% verbleibender Zellen den grössten Effekt hat. Die Ergebnisse der Komposite P60 (50%) und Z100 (48%) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Die indirekte Methode zeigt, dass die Ethanolzüge bei allen Materialien zytotoxischer wirken als bei der direkten Methode. Es liegen signifikante Unterschiede in der Zytotoxizität zwischen den Kompositen vor. Der ethanolische Extrakt von Synergy ist signifikant toxischer als die anderen Komposite, die Unterschiede zwischen den anderen Proben sind nicht signifikant. Das Untersuchen der Art und Konzentration der Bestandteile mittels HPLC zeigt,

dass die herausgelösten Komponenten in den Ethanolproben in grösserer Menge vorliegen als in den Mediumauszügen (DMEM ohne Serum). Die Bestandteile Bis-GMA und TEGDMA werden sowohl in den Ethanol- als auch den Mediumauszügen aller Komposite nachgewiesen. Bis-EMA wird in beiden Extrakten von Solitaire 2, P60 und Synergy gefunden. UDMA ist in Solitaire 2 und den Ethanolproben von P60 und Synergy gelöst und Bisphenol A liegt in Solitaire 2 und eine kleine Menge in dem wässrigen Auszug von P60 vor. Die Unterschiede der Effekte in der Zelllebensfähigkeit könnten auf die chemische Zusammensetzung der Komposite zurückgeführt werden. Solitaire 2 ist das einzige der Materialien, bei dem alle fünf Bestandteile extrahiert werden. Aufgrund der chemischen Komponenten und der Bindungen zwischen den Bestandteilen lösen sich diese schneller in einem Medium auf und wirken hoch toxisch. Dagegen ist Synergy aufgrund der geringsten Konzentration an gelösten Komponenten am wenigsten toxisch. Alle verwendeten Komposite und ihre Bestandteile haben nachteilige Auswirkungen auf die Lebensfähigkeit der Zellen. Die Zytotoxizität der Materialien hängt von der chemischen Zusammensetzung, der Art und der Menge seiner Bestandteile und vom Medium, welches genutzt wurde, um diese zu lösen, ab.

Christian Denker, Basel



Die SMfZ-Redaktion wünscht der Leserschaft ein frohes Weihnachtsfest und ein glückliches neues Jahr 2008.

La rédaction de la RMSO souhaite à ses lecteurs un joyeux Noël et une heureuse année 2008.

La redazione della RMSO augura ai suoi lettori un Buon Natale e un felice 2008.

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMfZ
Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol
Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8
Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern
Telefon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Jürg Meyer, Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie,
Universitätsklinik für Zahnmedizin, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern
Deutschsprachige Redaktoren:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Möhlin

Responsables du groupe rédactionnel romand:

D^r Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne
D^r Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; D^r Serge Roh, Sierre

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/2007, S. 61 (Forschung · Wissenschaft S. 19–24) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.
Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2007, p. 63 et sur la page d'accueil de la SSO.
Instructions to authors see SMfZ 1/2007, p. 66.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Dr. med. dent. Ulrich Rohrbach, Niederscherli
Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förllibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionsstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.

Tarifs des annonces / Exemplaires de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli Publikationen AG, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 63 44

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 33.75*

* inkl. 2,4% MWSt / inclu TVA 2,4%

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 33.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 319.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

117. Jahrgang / 117^e année; Auflage / Tirage 2007: 5700 Ex.; Postbestätigung WEMF 2007: 4795 Ex.; Pflichtabonnemente: 4026 Ex.; bezahlte Abonnemente: 644 Ex.; Gratisexemplare: 125 Ex. ISSN 0256-2855