

Schweizer Zahnarzt praktiziert in Spanien

Mit 63 Jahren eröffnete ein Schweizer Zahnarzt eine Allgemeinpraxis mit Gewicht auf Chirurgie und Parodontologie in der Provinz Girona, Katalunien, Spanien. Die Auflagen und Kontrollen sind enorm. Deshalb ist der Ausgewanderte überzeugt, dass die Schweizer zu leichtfertig und ohne genügend Kontrollen und Abklärungen Bewilligungen an Ausländer erteilen. Trotz extrem hartem Start hat der heute 65-Jährige es geschafft. Reiche Berufserfahrung, solide schweizerische Aus- und Fortbildung sowie eine gute Patientenaufklärung machen ihn zum begehrten Zahnarzt für qualitätsbewusste Patienten.

Anna-Christina Zysset (Fotos: zvg)

«Fremdes Land, fremde Sprache, fremde Sitten und Gebräuche. Das war das härteste Jahr meines Lebens», gesteht der Auswanderer offen ein. Sein Grosseinsatz hat sich gelohnt, denn heute führt er zusammen mit einer diplomierten katalanischen Dentalhygienikerin, welche eine dreijährige Ausbildung absolviert hat, eine gut laufende Zahnarztpraxis. Bereits träumt er von einer schweizerischen Dentalassistentin, denn in Spanien fehlt die Lehre nach Schweizer System mit Theorie und Praxis. Die praktische Ausbildung der DA ist minimal, und sie überschätzen ihr praktisches Können (Billigzahnarzt) enorm. Zudem wäre er an einem Schweizer Nachfolger für seine Zahnarztpraxis interessiert, dem er eine gut gehende Praxis übergeben kann.

«Katalunien ist ein sehr schönes Land mit einem angenehmen Klima, welches sich durch milde Winter und nicht allzu heisse Sommer auszeichnet. Eine Mischung aus Provence und Toskana, nur 100 km von den schneebedeckten Pyrenäen entfernt. Es gibt wunderschöne Sandstrände, romantische Buchten, glasklares Wasser. Viele Wälder, aber auch fruchtbare Ebenen und sanfte Hügel. Zurzeit leidet die Gegend unter extremer Trockenheit. Die intensive Landwirtschaft mit Wein-, Obst- und Gemüseanbau sowie Olivenkulturen benötigen viel Wasser. Die grossen Städte, in welchen rege gebaut wird sind Wasserfresser. Zur Wasserwiedergewinnung werden in der fortschrittlichen Region Palamos die Abwässer gereinigt und sogar recycelt.

In Katalunien kann man winters wie sommers Sport betreiben. Man findet ausgebaute Velo- und Wanderwege, dafür kaum öffentliche Verkehrsangebote. Die Kultur und Geschichte Kataluniens sind einzigartig. Abseits der Touristenströme lebt man gut und günstig. Hingegen ist das spanische Gesundheitssystem absolut ungenügend. Krank oder gebrechlich, würde ich sofort in die Schweiz zurückkehren, und deshalb habe ich meinen Schweizer Wohnsitz beibehalten. Das sozialistisch gefärbte Gesundheitswesen mit seinem Zweiklassensystem zeichnet sich durch enorme Wartezeiten in Sprechzimmern und Spitälern aus. Der Patient ist eine reine Sozialversicherungsnummer. Die Reichen können sich in guten Privatkliniken mit sehr guten Zahnärzten versorgen lassen. Die Preise entsprechen höchstem schweizerischem Privattarif». Der Rahmentarif der SSO wird weit überschritten.

Erstens kommt es anders, und zweitens als man denkt

Der Zahnarzt besitzt in der Provinz Girona eine Ferienwohnung. Diese ist von Basel in zirka neun Autostunden oder mit dem Flugzeug in einer Stunde erreichbar. «Nie im Leben hätte ich geträumt, in Spanien beruflich tätig zu sein oder meinen Lebensabend zu verbringen.» Eigentlich hatte der Herzranke nach zwei Herzoperationen und einem überaus mühsamen Genesungsprozess geplant, in Frührente zu gehen. Am 1. Ok-



Landschaft Kataluniens

tober 2005 gab er seine Praxis in der Schweiz auf und reiste nach Spanien. Eine unschöne Scheidungsgeschichte verbunden mit hohen Kosten und grossen Kursverlusten an der Börse schmälerten das über Jahre angesparte Geld drastisch. Dann meldeten noch das Steueramt und die AHV nach dem Praxisverkauf ihre Ansprüche, sodass dem Zahnarzt nach vielen Berufsjahren wenig Geld übrig blieb.

In Spanien erholte sich der Frischoperierte dank viel Bewegung an der frischen Luft und weniger Verantwortung rasch und fühlte sich wieder bei Kräften. Seine damalige Lebenspartnerin, eine zahnmedizinische Assistentin, wollte ihren Traum als Praxisleitern endlich verwirklichen. Des Schweizer Diplome und Geld waren die Basis zur Verwirklichung dieses Traums. Dazu kam es nicht. Mit den schon unterschriebenen Verträgen und Verpflichtungen wurde der Partner im Stich gelassen und stand nun allein da. Dazu der Zahnarzt: «Leider musste ich feststellen, vom Regen in die Traufe gefallen zu sein. Nach kurzer Zeit das zweite Desaster. Was nun? Resignieren? Alles verlieren, aus dem Leben scheiden?» Der Zahnarzt hat sich dann für das Leben entschieden und sich der grossen Herausforderung des Neubeginns gestellt. Spanisch spricht er recht gut, und Katalan versteht er und kann es lesen. Und heute mit einem EU-Diplom in der Tasche sucht er bereits

seinen Schweizer Nachfolger (E-Mail: info@clinic-dentalsuis, Tel. 00 34 972 82 57 73)!

Die im Kasten aufgeführten Dokumente müssen persönlich auf dem Provinz-Gesundheitsministerium vorgelegt und dann zur Prüfung nach Madrid gesandt werden. Nach eingehender Prüfung, die monatelang dauern kann, erfolgt dann eine EU-konforme Homologisation des schweizerischen Zahnärztediplomes gemäss königlichem Dekret, welches ermöglicht, in Spanien sowie im ganzen EU-Raum als Zahnarzt tätig zu sein. Anschliessend sind alle Dokumente inkl. Homologisation dem Collegio (ähnlich SSO) vorzulegen. Das Collegio erteilt dann die Praxisbewilligung. Auf die Schweiz übertragen würde das bedeuten, dass nur ein SSO-Mitglied eine Praxis führen kann. Die Realität ist aber anders. «Heute ist meine Praxis frei handelbar, d. h., mein Nachfolger muss seine Diplome nicht mehr vorweisen. Deshalb ist in Spanien nicht ersichtlich, ob man in einer Zahnarztpraxis auch wirklich einen Zahnarzt vorfindet.»

Die Praxisbewilligung

Bei der Neueinrichtung einer Praxis muss auch der Betreiber eine Bewilligung haben. Bei deren Fortführung ist dies nicht mehr notwendig, sodass Billiganbieter mit fraglichen Diplomen ein leichtes Spiel haben.

Die Praxiseinrichtungsbewilligung

Will man eine Praxis betreiben, benötigt man ebenfalls eine Praxiseinrichtungsbewilligung. «Hier sind die Praxen meist in der Form einer Gesellschaft organisiert und nicht Einzelpraxen. Um eine Praxis einzurichten, sind Miet- oder Kaufvertrag des Lokales, der Handelsregisterauszug sowie genaue Pläne sowohl des Hauses als auch vom Standort sowie von der Einrichtung der Praxis, welche von einem Bauarchitekten und einem staatlich anerkannten technischen Architekten unterschrieben sind, notwendig. Für die Praxisausstattung braucht es zusätzlich eine Baubewilligung der örtlichen Behörden. Für die Einrichtung der Röntgenanlagen benötigt man wiederum separate Bewilligungen, und die Röntgenanlage darf nur von speziell autorisierten Firmen ausgeführt werden. Die Abfallentsorgung wird vertraglich festgelegt, kontrolliert, und es muss ein vom Staat besiegeltes Reklamationsbuch für die Patienten vorliegen. Zudem muss ein Tätigkeitsprogramm mit Risikobewältigung vorgelegt werden.» Diese Auflagen gehen ins Geld, denn die Vorschriften ändern ständig. Zudem beginnt ein bürokratischer Hürdenlauf, denn ohne Mitglied eines Collegio zu sein, kann man keine Praxis eröffnen. Ohne Praxis kann man jedoch nicht Mitglied des Collegio sein. Wie singt doch Reinhard Mey so schön: «Der Antrag zum Antrag eines Antrags auf ein Antragsformular ...»

Kein Wunder, dass rund 60 Prozent der Zahnarztpraxen ohne richtige Bewilligung und ohne Garantie, dass wirklich ein ausgebildeter Zahnarzt die Praxis führt, geschäften. Eine Entwicklung, die nun endlich auch von der spanischen Regierung als problematisch erkannt worden ist.

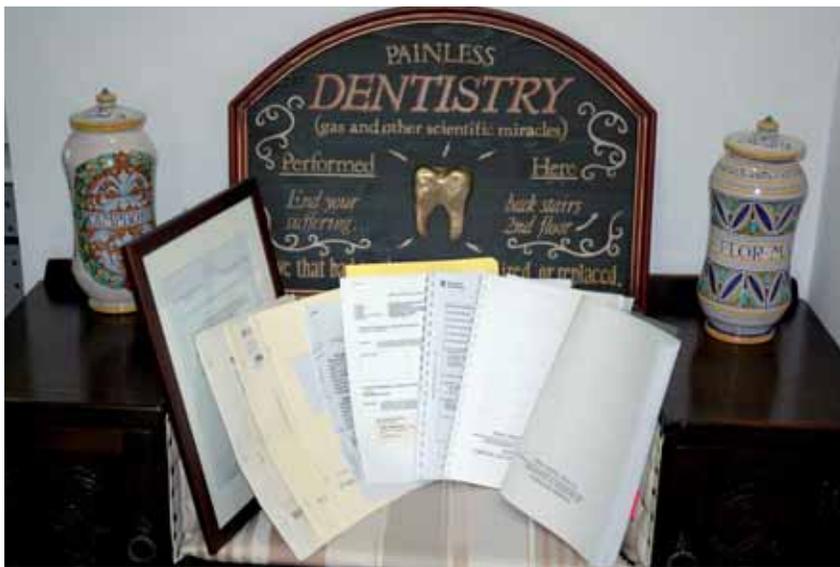
Vor dem Gesetz sind nicht alle gleich

«Es ist aber ein Unterschied, ob ein Schweizer oder ein Spanier oder gar Südamerikaner eine Praxis eröffnet. Als Schweizer wurde ich von den Behörden genauestens kontrolliert, während bei vielen anderen vieles im Dunkeln bleibt. Nur zum Vergleich: Meine schweizerische Berufsausübungsbewilligung war ein einseitig beschriebener Regierungsratsbeschluss, die spanischen Bewilligungen füllen ein 5 cm dickes Buch! Interessanterweise ist die Anerkennung amerikanischer Titel kein Problem. Noch schneller ginge es mit lateinamerikanischen Titeln und Diplomen, die auch gekauft sein könnten ...»

Die Patienten des Schweizer Zahnarztes

Die meisten seiner Patienten sind Privatpatienten, denn der öffentliche Gesundheitsdienst führt nur kostengünstige Extraktionen durch. Seine Stammkundschaft sind Spanier und Katalanen, welche sich auch schon aufwendig versorgen

Bedingungen für einen Schweizer im Rahmen der Bilateralen, um eine Berufsausübungsbewilligung zu erhalten



Folgende Dokumente müssen im Original und in beglaubigter Übersetzung (Spanisch) vorhanden sein:

- Maturitätszeugnis
- Zeugnisse und Noten erstes und zweites Propädeutikum sowie des Staatsexamens
- Sämtliche Testatbücher über an der Universität belegte Stunden und Praktika
- Dissertationsprüfung
- Kurzfassung der Dissertation, deren Inhalt von der Schweizer Universität beglaubigt sein muss
- Originale der Diplome
- Letter of good standing der Zahnärzte-Gesellschaft



Laura Anglada, diplomierte Dentalhygienikerin mit dreijähriger Ausbildung

liessen. Die Rechnungen richtet er nach den Collegio-Tarif-Richtlinien für Privatpatienten. Der Tarif wird jährlich in Euro festgelegt, und jedes Mitglied verpflichtet sich, den empfohlenen Tarif einzuhalten. Des Schweizers Patienten stammen aus der Mittelschicht und setzen auf Qualität. Er arbeitet mit einem guten Labor in Girona sowie einem Toplabor eines Deutschen in Apuriabravas zusammen oder für Spezialfälle gelegentlich mit dem ehemaligen Labor in der Schweiz. «Ein gutes Labor erhebt die gleichen Preise wie in der Schweiz. Man hüte sich vor Billiganbietern, die gesundheitsschädigende Produkte verwenden oder von Anatomie und Parodontologie keine Ahnung haben, seien diese in Spanien oder neuerdings auch in Ungarn.» Billiganbieter bedienen eine andere Kundschaft als diese Schweizer Praxis und sind keine Konkurrenz, auch wenn sie gross an der Zahl sind. Der ständig steigende Lebensstandard und die Nachfrage nach Qualität füllen die Schweizer Praxis.

Wie vor vierzig Jahren

Die Kenntnisse über Mundkrankheiten sind in Spanien sehr gering. Karies und Parodontitis sind

weniger bekannt, ebenfalls der Zusammenhang von Mundinfektionen mit allgemein medizinischen Problemen. Der Aufklärungsbedarf ist riesig. Bleaching und Billigimplantate aus fraglichem Material werden zuhauf angepriesen. Parodontale Grundregeln werden missachtet, und Prophylaxe ist ein absolutes Fremdwort. Medizinische Ethik ist völlig unbekannt. Geldgier regiert. Die Patienten sind den Behandlern völlig ausgeliefert, denn es gibt keine Begutachtungskommissionen, und der Rechtsweg ist sehr kompliziert. Den Zahnarzt sucht man bei Schmerzen auf, eine geregelte Behandlung oder gar ein Recall ist noch völlig undenkbar. Es braucht noch viel Überzeugungskraft und Ausdauer, bis des Schweizers Patienten von einem geregelten Recall zu überzeugen sind. Immerhin 60 Prozent nutzen bereits sein Recallangebot. Die meisten Spanier verlieren durch Parodontitis die Zähne. Statt des professionellen Putzens wird ein Bleaching vorgeschlagen. Und das Zahnfleisch blutet weiter... Verspüren die Patienten noch keine Schmerzen, sind sie für keine Behandlung zu haben. Fünfminütige Zahnreinigungen durch Billiganbieter sind völlig normal. Karies ist auch weit verbreitet, vorherrschend sind Okklusalka-

ries. Meistens können die Zähne nur noch mit teurer Wurzelbehandlung gerettet oder extrahiert werden.

Die Schulen bieten eine oberflächliche Kontrolle mit Verteilung von Fluoridtabletten an. Die Massnahmen sind völlig ungenügend.

Mehr Schein als Sein

Da man nicht sicher sein kann, ob die Zahnarztpraxis über einen Zahnarzt verfügt, kann man grosse Zweifel an der medizinischen Versorgung Spaniens haben. Auch in Spanien studiert ein hoher Prozentsatz Frauen Zahnmedizin. Nach dem Studium arbeiten sie im Schnitt für zwei Jahre. Dies erhöht die Versorgungslücke, welche dann Südamerikaner mit fraglichen Diplomen füllen.

Inzwischen lebt unser Zahnarzt auch mit den Begriffen von manana, no te preocupe und no problema. Vielleicht die richtige Medizin für ein angeschlagenes Herz. Auf sein EU-Diplom ist er besonders stolz. Grosse Freude bereitet ihm, dass immer mehr Patienten los servicios del Doctor Suizo in Anspruch nehmen und offenbar sehr zufrieden sind.



Die Pierre Fauchard Academy (PFA) hat Prof. Dr. C. P. Marinello mit dem Elmer S. Best Memorial Award 2008 ausgezeichnet

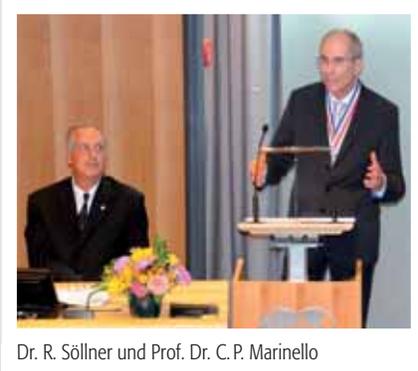
Prof. Dr. med. dent., M. S., Carlo P. Marinello

In feierlichem Rahmen wurde Professor Dr. C. P. Marinello am 5. Juli 2008 im FIFA Convention Center am Sonnenberg in Zürich mit dem Elmer S. Best Memorial Award 2008 geehrt. Der Preis wurde von Dr. James A. Englander (Präsident PFA weltweit) in Begleitung von Dr. Hubert Ouvrard (Präsident Region Europa) und Dr. Roland A. Söllner (Präsident Sektion Schweiz) vor rund 100 geladenen Gästen überreicht.

Christian Bühler-Frey (Bilder: Nico Bühler)

Die Pierre Fauchard Academy (PFA) ist eine internationale zahnärztliche Gesellschaft, welche 1936 gegründet wurde und weltweit gegen 7000 Mitglieder zählt. Sie ist Trägerin der weltweit grössten philanthropischen zahnärztlichen Stiftung, welche sich neben finanzieller Unterstützung von Zahn-

medizinstudenten und gemeinnützigen zahnärztlichen Organisationen für Weiterbildung und Forschung in der Zahnmedizin einsetzt. Ziel der Gesellschaft ist es, berufliche Ethik, Moral und Integrität als höchste Werte der Zahnmedizin zu fördern, indem sie unter anderem herausragende



Dr. R. Söllner und Prof. Dr. C. P. Marinello

und vorbildliche Persönlichkeiten in der Zahnmedizin ehrt und deren Leistungen auszeichnet. Eine der höchsten Auszeichnungen der PFA ist der Elmer S. Best Memorial Award, welcher Nichtamerikanern vorbehalten ist. Dieser Preis – benannt nach dem Gründer der PFA – wird seit 1963 verliehen, wobei weltweit pro Jahr nur eine Person ausgezeichnet werden kann. Er steht für Eigenschaften wie Mentorship, Lehre, Forschung, Einsatz für die Zahnmedizin, berufliche Integrität und Ethik. Der Preisempfänger wird für namhafte Beiträge von internationaler Bedeutung geehrt. Nach 1971 (Louis J. Baume) und 1975 (Hans Friehofer) wird dieser Preis nach 33 Jahren wieder in die Schweiz vergeben! Die Mitgliedschaft in die PFA wird nur auf Vorschlag gewährt und soll eine Anerkennung für geleistete Verdienste und ein Ansporn für weiteres Engagement darstellen. Im Anschluss an die Preisverleihung wurden 14 zahnmedizinischen Persönlichkeiten die Mitgliedschaft verliehen. Wir, seine Assistenten, Oberassistentinnen und Oberassistenten, gratulieren Professor Marinello ganz herzlich zu dieser hohen Auszeichnung. Möge sie ihm weiterhin viel Energie und Freude bei seinem grossen Engagement für die Zahnmedizin und bei der Förderung von Studierenden und jungen Zahnärzten geben.



Gruppenfoto der neu aufgenommenen PFA-Mitglieder

Elmer S. Best Memorial Award 2008 to Professor Carlo P. Marinello

Carlo Marinello felt that competence, life-long learning, service to the public, prophylaxis, a high level of personal responsibility, a real professional attitude and an adequate, liberal billing system are the factors required in high-quality dentistry today.

Bestowed in 1971 on Louis A. Baume and in 1975 on Hans Friehofer, the Elmer S. Best Memorial Award has now found its third Swiss winner. The awarding ceremony took place on a lovely summer's day in the beautiful setting of Fifa headquarters (seat of the international football association), which is surrounded by vineyards and overlooks the city and lake of Zurich. A clas-

sical string trio lent a special atmosphere to the occasion, which was attended by some 120 fellows, associated dentists and various special guests. The President of the Swiss section, Roland Söllner, officiated. The proceedings included contributions from President Jim Englander, who gave an introduction to the foundation and the men-

torship program; and Hubert Ouvrard, who provided an overview of the European Region. Roland Söllner also held the laudatio for the target of the celebration, award-winner Carlo Marinello. This prizewinner's impressive biography and his personal integrity have made him a classical role model for others. Among other distinctions, he was recently elected teacher of the year by his students in Basel and lecturer of the year by the Society of Periodontology. Many of the dentists present have had the opportunity to experience his qualities first-hand. In his own speech Carlo Marinello began by describing a visit to the dentist at the age of nine. He was fascinated by the character of the dentist, he reported, and by the latter's ability to



Dr. H. Ouvrard, Prof. Dr. C. P. Marinello und Dr. J. A. Englander

manage several different dental instruments. The dentist saw this and gave him a mirror and an explorer as gifts. From then onwards, Carlo Marinello wanted to become a dentist, and calls this dentist his first professional mentor. His

dental career was accompanied by other great mentors: Peter Schärer, Bo Bergman, Jan Lindhe and George Zarb. Their philanthropic behavior and positive influence on many professional and personal lives through support, develop-

ment guidance and assistance are the foundations of Carlo Marinello's own behavior. Milestones have been his sojourns in dental colleges in Umeå, Göteborg and recently New York. Professor Marinello pointed out that the concepts of "mentorship" and "behavior as a member of a real profession" embody the basic qualities sought by the Pierre Fauchard Academy. He described a profession as a collective of expert service providers who have committed themselves mutually and publicly to consistently give priority to the existential needs and interests of the public they serve, above their own interests, and who are in turn trusted by the public to do this. To have a profession and to be a professional thus means to fulfill the terms of an unwritten social contract between society and the individual; and society's trust in professionals is not invested in individual service providers, but in the profession as a whole.

The ceremony concluded with the induction of 14 new fellows into the Academy. These included university lecturers, dental society officials and private practitioners. Finally, participants and audience alike enjoyed the fine buffet and bar on the terrace.



Universitätsnachrichten Bern

Nachruf

Prof. Dr. Paul Herren, 94-jährig verstorben

Am 19. September 2008 hätte Professor Paul Herren ein ganz besonderes Jubiläum feiern dürfen: seinen 95. Geburtstag. Nun aber ist er am 1. Juli friedlich eingeschlafen.

Urs Gebauer (Foto: zvg)

Professor Paul Herren war von 1954 bis 1981 Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern. Er war führend am Aufbau des Faches Kieferorthopädie im zahnärztlichen Unterricht beteiligt. In den Anfängen waren die Kieferorthopäden Gäste anderer Kliniken, bis sie 1964 in das damals oberste Stockwerk der ZMK einziehen durften. Die neue Klinik wurde bis ins kleinste Detail mit seinen Oberassistenten und Assistenten geplant und besprochen und war die Grundlage für den Unterricht, welcher schliesslich zum ersten Spezialistentitel der Schweiz führte. Der praxisnahe Unterricht der Studierenden war ihm ein grosses Anliegen. Dazu wurde ein von ihm umgebauter Hellraumprojektor und das Fernsehen, damals noch in Schwarz-Weiss, benutzt, um Modelle von Patienten einem grösseren Publikum vorzuführen. Mit seinen Forschungsarbeiten über die Kephalemtrie (Aufbau eines eigenen Kephalaostatens mit gleichzeitiger Bildge-



bung von lateral und antero-posterior) und der damals futuristischen Auswertung von dreidimen-

sionalen Fernröntgenbildern, der Wirkungsweise des Aktivators und diagnostischen Methoden wurde er weit über die Landesgrenzen hinaus bekannt. Er erzog seine Assistenten zum genauen, scharfen Beobachten und kritischen Hinterfragen des bisher Bekannten in der Wissenschaft. Eine grosse Anzahl von Spezialisten, ausgebildet an der Berner Klinik, ist ihm zu grossem Dank verpflichtet, und viele seiner dankbaren Patienten haben ihn weitherum bekannt gemacht. Beim Aufbau einer prophylaxe-orientierten Schulzahnpflege im Kanton Bern kam ihm sein Gespür für das politisch Machbare in der politischen Landschaft des Kantons Bern sehr zustatten. Mit Paul Herren haben wir einen grossen Mann in der Zahnheilkunde verloren, und viele seiner ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter trauern um ihn.



Gesundheitsmonitor 2008

Paradox: Obwohl mehr Schweizerinnen und Schweizer ihren persönlichen Gesundheitszustand als «schlecht» einstufen, nimmt die Häufigkeit der Arztbesuche ab. GfS-Forschungsleiter Claude Longchamps begründete dies anlässlich der Präsentation des Gesundheitsmonitors 2008 vom 2. Juli mit den Auswirkungen der anhaltenden Kostendiskussion.

Felix Adank

Das Gesundheitsbefinden der Schweizer Bevölkerung ist nicht zuletzt wegen der gesundheitspolitischen Fokussierung auf die Kostenfolgen seit dem Jahr 2000 tendenziell rückläufig. 31 Prozent der 1200 Befragten besuchten in den zwölf Monaten vor dem Interview einen Arzt. Noch neun Jahre zuvor lag der entsprechende Wert 12 Prozentpunkte höher.

Die wichtigsten Erkenntnisse:

- 73 Prozent der stimmberechtigten Schweizer/-innen vertreten die Meinung, sie selbst würden genug in Sachen persönlicher *Gesundheitsvorsorge* tun. Gleichzeitig fordern zwei von drei Befragten, jeder Einzelne müsse mehr für die Gesundheitsvorsorge tun. *Mehr Engagement erwartet man darüber hinaus von Gesundheitsligen, Krankenkassen, Ärzten/-innen* sowie tendenziell von Bund und Kantonen.
- *Gestiegen sind die Erwartungen an den Arztbesuch.* Eine Mehrheit von 51 Prozent erwartet, dass sie die bestmögliche Medizin bekommt. Ökonomische Überlegungen gewinnen aber an Gewicht und haben in der neuesten Umfrage bei jeder fünften befragten Person Vorrang.
- 68 Prozent der Befragten haben einen «positiven» oder «eher positiven» Eindruck vom Gesundheitswesen in der Schweiz. *Die Akzeptanz des KVG ist so hoch wie nie zuvor.* Der aktuelle Leistungskatalog in der Grundversicherung wird von 67 Prozent als ausreichend beurteilt (ein Spitzenwert). Neu in die Grundversicherung aufnehmen möchten die

Befragten therapeutische Massage sowie Akupunktur/-pressur.

- Nicht wirklich neu ist die Bereitschaft einer Mehrheit, auf gewisse Freiheiten zu verzichten, wenn damit Kosten gespart werden können. Das betrifft besonders die Freiheit der Therapiewahl (54%) und die freie Wahl des Spitals (51%). *Nicht mehrheitsfähig sind immer noch Einschränkungen bei der Arztwahl oder beim Zugang zu neuen Medikamenten.*

- Müssten die Stimmberechtigten angesichts der Sparanstrengungen bestimmen, wo *mehr bzw. weniger Geld* hinfließen sollte, so stünden *öffentliche Spitäler (37%) und Spitex (34%) an der Spitze der Nutzniesser*, während 60 Prozent der Befragten noch Sparpotenzial bei der Verwaltung der Krankenkassen ausmachen.
- Seit über zehn Jahren führen die *Ärztinnen und Ärzte die Rangliste der Leistungserbringer hinsichtlich Kompetenz und Verantwortung an*. Dahinter hat die Pharmaindustrie bei der Kompetenz die Apotheker vom zweiten Platz verdrängt.

«Das Wichtigste in Kürze» zum «gfs Gesundheitsmonitor 2008» findet sich auf der Website <http://www.interpharma.ch> in der Rubrik «InfoCenter/gfs Gesundheitsmonitor» oder kann im pdf-Format unter <http://www.presseportal.ch/de/pm/100002276> heruntergeladen werden.



Patienten wollen sich von den Krankenkassen nicht vorschreiben lassen, zu welchem Arzt sie gehen sollen.

Keystone



MEIERZOSSO

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

Die 22. Klasse von Medi Dentalhygiene Bern hat die Ausbildung abgeschlossen

Jeder Mensch ist dazu bestimmt, zu leuchten

Mit besinnlichen Worten Nelson Mandelas entliess Dr. med. dent. Herbert W. Hofstetter am 19. Juni 2008 19 leuchtende junge Menschen in die zahnmedizinische Arbeitswelt. Die traditionelle Abschlussfeier des Bildungsgangs Dentalhygiene fand zum letzten Mal im grossen Saal der Paulus-Kirchgemeinde an der Freiestrasse statt. 18 Frauen, davon zwei aus München, und ein Mann erhielten in feierlichem Rahmen das Abschlusszeugnis. Dr. Ulrich Rohrbach überreichte zum letzten Mal den SSO-Preis an Jeanine Studer.

Anna-Christina Zysset (Fotos: zvg)



Gemäss ihren Klassenkameraden ist Jeanines Ehrgeiz nicht zu bremsen; kein Wunder, erhielt sie den SSO-Preis, welcher sowohl Fach- als auch Sozialkompetenz gleichermassen berücksichtigt.



Der abgetretene SSO-Präsident freut sich sichtlich über die 19 frisch Diplomierten, welche nun ins Berufsleben treten, und überreicht zum letzten Mal den SSO-Preis.

Die Feier, die jeweils von der Diplomklasse vorbereitet wird, wartete diesmal mit einem D22-Abschluss-Rap auf. Beim Refrain machten die geladenen Gäste freudig mit.

Refrain:

Das ist der D22-Abschluss-Rap
Wir gratulieren ganz herzlich und machen
clap – clap

Das ist der D22-Abschluss-Rap
Wir gratulieren ganz herzlich und machen
clap – clap.

Der von Franziska Widmer, dipl. Ernährungsberaterin, verfasste Rap liess die Gäste am Schulleben teilhaben. Dr. Ulrich Rohrbach, SSO-Präsident, überbrachte den begehrten SSO-Preis. Die Präsidentin der Swiss Dental Hygienists überreichte die Grussadresse. Den Abschluss krönte Dr. Herbert W. Hofstetter mit einer Prise Besinnlichkeit:

Jeder Mensch ist dazu bestimmt, zu leuchten!

*Unsere tiefgreifendste Angst ist nicht, dass wir ungenügend sind,
unsere tiefgreifendste Angst ist,*



Jazzmusiker

*über das Messbare hinaus kraftvoll zu sein.
Es ist unser Licht, nicht unsere Dunkelheit,
die uns am meisten Angst macht.
Wir fragen uns, wer ich bin,
mich brillant, grossartig, talentiert, phantastisch
zu nennen?
Aber wer bist Du, Dich nicht so zu nennen?
Du bist ein Kind Gottes.
Dich selbst klein zu halten, dient nicht der Welt.
Es ist nichts Erleuchtetes daran, sich so klein zu
machen,
dass andere um Dich herum sich nicht unsicher
fühlen.
Wir sind alle bestimmt, zu leuchten, wie es die
Kinder tun.
Wir sind geboren worden, um den Glanz Gottes,
der in uns ist, zu manifestieren.
Er ist nicht nur in einigen von uns, er ist in jedem
Einzelnen.
Und wenn wir unser Licht erscheinen lassen,
geben wir anderen Menschen die Erlaubnis,
dasselbe zu tun.
Wenn wir von unserer eigenen Angst befreit sind,
befreit unsere Gegenwart automatisch andere.*

*Nelson Mandela
Ehem. Staatspräsident Südafrika,
Antrittsrede 1994*

Keine Feier ohne Apéro. Dieser war nicht nur eine wahre Augenweide, sondern auch geschmacklich



Paro, Medizin und Radiologie sind ein grosser Brocken der Theorie, und in Psychologie und Ernährungslehre geben sich lange Diskussionen die grosse Ehre ...

ausgezeichnet. Die D22 hat einen würdigen Abschluss bereitet.

Das Diplom erhalten:

- Regine Hannah Bahrs
- Shqipe Berisha
- Cornelia Bühlmann
- Valeria Di Carlo
- Nicole Emmenegger
- Daniela Frischknecht
- Mirjam Fuchser
- Daniela Gsell

- Nicole Krucker
- Jasmin Leffers
- Martina Linder
- Michael Portmann
- Susana Rio
- Marilene Schärer
- Michaela Schneider
- Doris Stoller
- Janine Studer
- Kylie Wirth
- Andrea Zaugg

Sehend statt blind

Blindheit hat in Entwicklungsländern enorme soziale und wirtschaftliche Folgen. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) zusammen mit der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) engagiert sich, um Armutsblindheit zu verhüten und zu heilen. Die vom Thurgauer Zahnarzt Dr. Max Schatzmann ins Leben gerufene Aktion Altgold für Augenlicht wird unter anderem von Josef Kasper, dem Programmverantwortlichen beim Schweizerischen Roten Kreuz, betreut. Lesen Sie, wie sich das SRK für menschenwürdige Lebensverhältnisse einsetzt.

Anna-Christina Zysset (Bilder Ghana – Quelle: Schweizerisches Rotes Kreuz)

Auf der Website des SRK steht unter Internationale Zusammenarbeit (IZ): Langfristig fördert es die Gesundheit als Voraussetzung menschenwürdiger Lebensverhältnisse. Josef Kasper, von Beruf Geograf, arbeitet u. a. als Programmverantwortlicher für die Aktion Altgold für Augenlicht. Die Tätigkeit in der Entwicklungszusammenarbeit hat starke Auswirkungen auf sein politisches Denken. In Gesprächen mit Freunden und Bekannten setzt er sich für eine gerechtere und umweltfreundlichere Welt ein. Seine Arbeit beim SRK liefert ihm dabei konkretes Anschauungsmaterial und Beispiele für die Durchführung positiver Entwicklungshilfeprojekte. «Wichtig ist

mir vor allem der Ansatz zur Selbsthilfe, z. B. die Schulung von Rotkreuz-Freiwilligen in augenmedizinischen Projekten. Die Bewusstseinsmachung der Bevölkerung, für die eigene Gesundheit verantwortlich zu sein, ist die Basis unserer Hilfe, welche wir im kleinen geografischen und thematischen Rahmen unterstützen.»

«Fremde Länder und andere Völker haben mich seit meiner Jugend fasziniert. Ich unternahm deshalb seit meiner Studienzeit an der Universität Basel, wo ich Geografie im Hauptfach und Ethnologie und Botanik in den Nebenfächern studiert hatte, ausgedehnte Reisen in Entwicklungsländer. Afrika und Asien/Ozeanien haben

es mir dabei besonders angetan.» Nach zehn Jahren Arbeitserfahrung in Westafrika lebt Josef Kasper heute mit seiner Frau aus Kamerun und seinem Sohn, der in Accra (Ghana) zur Welt kam, in der Schweiz. Da er seit dem Jahr 2000 mehrere augenmedizinische Projekte des SRK leitet und über mehrjährige Erfahrung verfügt, ist er der Ansprechpartner für Augenmedizin.

Das Rüstzeug für diese anspruchsvolle Aufgabe und sein persönliches «Augentraining» für soziale Nöte nahm seinen Anfang an der Uni Basel.

Nach Abschluss des Geografiestudiums absolvierte er einen Nachdiplomkurs für Entwicklungsprobleme und -zusammenarbeit (Nadel) und an der EHT in Zürich. Nach einem erfolgreichen Praktikum auf den Kapverden für Swissaid wurde ihm von diesem Hilfswerk die Länderkoordination für Guinea-Bissau anvertraut. Während dieser Zeit doktorierte er an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt a. M.

«Das Generalistenstudium hat mich sehr gut auf die langfristige Entwicklungszusammenarbeit vorbereitet und wichtige Grundlagen dafür geliefert. Die ethnologische Ausbildung legte die Grundlagen für interkulturelle Kommunikation, welche in unserer Arbeit wesentlich ist.

In erster Linie handelt es sich um Diskussionen und Verhandlungen mit unseren Partnern vor Ort, welche von ihrem kulturellen Hintergrund unterschiedliche Denkschemen und Wertvorstellungen besitzen. Es geht darum, das nötige Einfühlungsvermögen und Verständnis für Sachverhalte mitzubringen, die nicht unbedingt unseren «westlichen» Vorstellungen entsprechen», sagt Josef Kasper.

Das Augenkonzept des SRK

Nicht von ungefähr hat Max Schatzmann seine grandiose Idee dem SRK anvertraut. Der holistische Ansatz, welcher möglichst alle Aspekte der Augenmedizin in einem Projekt/Programm berücksichtigt, soll den Fortbestand der Aktion



Eine Krankenschwester untersucht die Augen eines Schülers.



Der Warteraum in der vom SRK renovierten und ausgerüsteten Augenklinik ist voll.



Ein Patient wird in einer vom SRK renovierten und ausgerüsteten Augenklinik auf allfällige Augenkrankheiten hin untersucht.



Im Rahmen eines Weiterbildungsanlasses für Rotkreuzfreiwillige demonstriert ein Kursleiter eine Augenkontrolle.

auch noch nach dem Rückzug des SRK über längere Zeit garantieren. So integrieren sich die Projekte immer in eine schon existierende Struktur und versuchen diese zu verbessern und professioneller zu gestalten. Die SRK-Projekte beinhalten immer eine *kurative* Komponente, welche in der Regel von der Gesundheitsbehörde eines Landes ausgeführt wird. Mit den vorhandenen Spitälern und dem Fachpersonal bietet das Ministerium grundlegende, augenmedizinische Dienstleistungen (Untersuchungen, Operationen, optische Dienste) an. In Zusammenarbeit mit der lokalen Rotkreuz-Gesellschaft versucht das SRK auf der anderen Seite auch das Verständnis der Bevölkerung für Augenmedizin durch Aufklärung und Mobilisierung zu verstärken. Angesichts der hohen Analphabetenrate und der generellen Unwissenheit der Bevölkerung ist diese *präventive* Komponente für ein funktionierendes System unerlässlich. Nebst dem Beisteuern von Geldmitteln koordiniert und unterstützt das SRK vor Ort die lokalen Partner. Jedes neue Projekt wird mit einer Grundlagenstudie begonnen; sie liefert die Basis für die Planung.

Nachhaltigkeit und Qualität

Die Qualität der angebotenen Dienstleistungen hängt in erster Linie vom vorhandenen Fachpersonal ab. Die Identifizierung und die Förderung bzw. die Aus- und Weiterbildung von Personal ist deshalb ein sehr wichtiges Element der externen Unterstützung durch das SRK. Je besser das Personal geschult ist, um so besser kann es die in die Spitälern kommenden Patienten empfangen, behandeln und beraten.

Gemäss seiner strategischen Ausrichtung legt das SRK grossen Wert auf nachhaltige augenmedizinische Dienste. Es ist wichtig, dass die Partner nach Abschluss der externen Unterstützung die angefangene Arbeit auch ohne das SRK weiterführen können. In Zusammenarbeit mit

Zahnschäden sind vermeidbar

Dr. G. Menghini, Prof. Dr. T. M. Marthaler und Dr. M. Steiner

Ohne Kenntnisse der Ursachen von Zahnerkrankungen und der Möglichkeiten, diese zu verhindern, kann niemand seine Mundgesundheit optimal erhalten. Die deutschsprachige Informationsbroschüre enthält in konzentrierter Form Hintergrundinformationen zur oralen Gesundheit und viele praktische Ratschläge zur Prophylaxe mittels Fluoride, Mundhygiene und Ernährung für alle Altersbereiche. Die Broschüre richtet sich an Eltern, Schulzahnpflege-InstruktorInnen, die Lehrerschaft, MütterberaterInnen, KleinkindererzieherInnen, ProphylaxeassistentInnen, DentalhygienikerInnen, Zahnärzte und Pädiater.

Zahnschäden sind vermeidbar

Dr. G. Menghini, Prof. Dr. T. M. Marthaler und Dr. M. Steiner



SSO



Die illustrierte und bebilderte Informationsbroschüre enthält neun Kapitel:

- Entwicklung zur Zahngesundheit in den letzten 40 Jahren
- Was in der Mundhöhle geschieht
- Entstehung der Zahnkaries
- Zahnfleischentzündung
- Entzündung und Abbau des Zahnhalteapparates
- Ernährung
- Mundhygiene
- Fluoride
- Empfehlungen für den Alltag zu verschiedenen Lebensabschnitten

Die deutschsprachige Broschüre kostet Fr. 7.80 und kann beim SSO-Shop in Bern bestellt werden. Eine italienische Fassung ist auf Anfang 2009 vorgesehen.

Zu beziehen bei:

SSO-Shop
Postgasse 19
Postfach
3000 Bern 8

Telefon 031 310 20 81 (Anrufbeantworter)
Fax 031 310 20 82
E-Mail: info@sso.ch

den Partnern definiert das SRK deshalb schon bei Beginn einer neuen Intervention Indikatoren für Nachhaltigkeit. Einmal definiert und von den Partnern akzeptiert, können diese anhand der Planung angestrebt und verfolgt (=Monitoring) werden.

Gemeinsam stark

Im Rahmen der Augenmedizin unterhält das SRK strategische Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zur Internationalen Agentur für Blindheitsverhütung (IAPB). Als Mitglied der weltweiten Kampagne «Vision 2020 – das Recht auf Sehen» ist das SRK zusammen mit der Christoffel Blindenmission (CBM) auch Träger des Schweizer Vereins zur Verhütung von Armutsblindheit. In Afrika ist das SRK zudem ein wichtiges Mitglied der internationalen NGO-Szene (Nicht-Regierungsorganisationen) zur Blindheitsverhütung. «So können wir zusammen mit anderen Organisationen Botschafter gegen Armuts-

blindheit sein und mehr Druck auf die einzelnen Regierungen ausüben», erklärt Josef Kasper.

Das Recht auf Sehen

Obwohl die WHO und die IAPB mit der weltweiten Kampagne «Vision 2020 – Das Recht auf Sehen» die globale Politik und die Prioritäten für Augenmedizin vorgeben, handelt jedes Land gemäss seinen eigenen Wertvorstellungen und anhand der Grundvoraussetzungen im Gesundheitsbereich etwas anders. «Angesichts der schwierigen Situation und der schwerwiegenden Probleme im Bereich von Infektionskrankheiten wie Malaria und Aids, die oft tödlich enden, geniesst die Verhütung von Armutsblindheit oft nicht die von uns gewünschte Priorität bei den jeweiligen Regierungen. Allen Ländern in Afrika sind jedoch Probleme wie der Mangel an spezialisierten Fachkräften, der Unterhalt von Infrastruktur und Geräten, die nachhaltige Versorgung mit Verbrauchsmaterialien sowie Unkenntnis und das fehlende

Bewusstsein der Bevölkerung für die Dienstleistungen gemeinsam», sagt der Vertreter des SRK.

Sehend blind?

Zum Abschluss wollte ich wissen, wie Josef Kasper den Wechsel zwischen der Schweiz und Afrika verkraftet. «Neben dem grossen klimatischen Unterschied zwischen den tropischen Ländern in Afrika und der Schweiz schätze ich vor allem die geordnete und ausgeglichene Situation unserer Gesellschaft in unserem Land. Während mich immer wieder die enormen Ungleichheiten zwischen Arm und Reich in afrikanischen Ländern schockieren, stört mich das Konsumverhalten in der Schweiz.»

Sind wir blind auf einem Auge oder ganz einfach überfordert?

Füllen Sie einfach das gelbe Kuvert der Aktion Altgold für Augenlicht und senden Sie es an das Schweizerische Rote Kreuz. Dank Ihrer Unterstützung gibt es Hoffnung.

Abschluss Prophylaxeassistentin Kurs II/08

Am 4. Juli 2008 durften in Bern vierzehn Prophylaxeassistentinnen ihre Erlaubnis zur Berufsausübung entgegennehmen. Die Abschlussprüfung der zweiten Klasse wurde von Dr. Josef Gübeli, Koordinator der Prophylaxeassistentinnen-Ausbildung begleitet und überwacht.

Eva Läderach (Bilder: zvg)

Für die Absolventinnen des Kurses ging mit der Abschlussprüfung eine sehr intensive Zeit zu Ende. Der Kurs verlangt ein grosses Mass an Engagement und Eigenverantwortung von den Teilnehmerinnen. Innerhalb eines halben Jahres wird ein neuer Beruf erlernt, der zwar in der Theorie mit der Grundausbildung der Dentalassistentin verwandt ist, in der Umsetzung jedoch andere Kompetenzen verlangt. Diese Tatsache wird oft unterschätzt. Zudem können die Praktikumsstellen nicht immer die geforderte Unterstützung bieten, die nötig wäre, um die Arbeiten der Praktikantinnen zu überwachen und zu kontrollieren.

Umso mehr werden die Ausbilderinnen vor allem in der Klinik gefordert, um in der kurzen Ausbildungszeit die nötigen Kompetenzen zu vermitteln.

Die Abschlussprüfung hat gezeigt, dass es den Auszubildenden gelungen ist, das Wissen und die praktischen Fähigkeiten so zu vermitteln, damit die Schülerinnen als Praxisassistentinnen die Arbeit aufnehmen können. Nun gilt für alle frisch ausgebildeten Prophylaxeassistentinnen dieses Wissen zu vertiefen und es verantwortlich im zahnmedizinischen Team zum Wohl der Patienten umzusetzen.

Die neuen Prophylaxeassistentinnen heissen: Andres Raya, Aydar Sule, Christen Eveline, Döbeli Claudia, Günter Franziska, Häfliger Cornelia, Keller Andrea, La Piana Lucia, Lehnher Regina, Pidro Alma, Schenk Michelle, Schmidhalter Tamara, Sommer Sandra, Tasburun Janine. Die besten Prüfungen haben folgende Frauen abgelegt:

1. Janine Tasburun, Praxis Dres. R.Neeser, A. Staub, Aarau
2. Franziska Günter, Praxis Dr. T. Schlapbach, Uetendorf
3. Regina Lehnher, Praxis Dr. B. Martignoni, Münsingen

Ausblick

Die Anmeldung für den dritten Ausbildungsgang läuft am 20. August ab. Es hat Platz für sechzehn Kandidatinnen. Die Aufnahmeprüfung für diesen Kurs findet am Samstag, 25. Oktober 2008 statt. Informationen können unter www.paschulebern.ch «Kontakt /Anmeldung» heruntergeladen werden.



Ausbildnerinnen und Ausbilder



Die Absolventinnen

30 Jahre Fortschritt in der Parodontologie und Implantologie

Klaus-Lang-Symposium

Am 17. Mai fand im Kursaal des Allegro Grand Casinos in Bern ein Abschiedssymposium zu Ehren von Prof. Dr. Niklaus P. Lang statt. Wie Prof. Daniel Buser, Direktor der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie der Universität Bern, zu Beginn hervorhob, kamen etwa 600 Teilnehmer aus 26 Ländern, um diesem wissenschaftlichen Ereignis beizuwohnen. Zehn weltweit renommierte Wissenschaftler, die im Laufe der letzten 30 Jahre mit Prof. Lang zusammengearbeitet hatten, gestalteten das anspruchsvolle wissenschaftliche Programm. Die Laudatio hielt Prof. Martin Täuber, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, indem er die wichtigsten Stationen der Vita Klaus Langs Revue passieren liess.

Klaus Neuhaus (Fotos: Myriam Photography)

Den Auftakt zum wissenschaftlichen Programm machte Prof. Jan Lindhe aus Göteborg. Mit diesem gibt der zu Ehrende das Standardwerk der Parodontologie – «Clinical Periodontology and Implant Dentistry» – heraus, welches kürzlich in der 5. und erweiterten Auflage erschienen ist. Prof. Lindhe referierte über die Möglichkeiten zur Verbesserung der Wundheilung einer frischen Alveole, wobei er sich in seinem Vortrag auf die Transplantation eines xenogenen Materials (BioOss®) beschränkte. Zunächst zitierte der Referent eine Kernbotschaft aus MELCHER (1976),

wonach die anwesenden Zellen einer frischen Extraktionsalveole über die Qualität des heilenden Gewebes entscheiden. Im Folgenden rekapitulierte er die physiologischen Vorgänge der ossären Wundheilung, die von der Umwandlung des stabilisierten Blutkoagels durch Granulationsgewebe über Geflechtknochen durch Umwandlung schliesslich zum Markknochen reicht. Ferner betonte er, dass die ästhetisch wichtige bukkale Knochenlamelle einer Alveole deutlich stärker resorbiert wird als die linguale. Eine neue Arbeit von ARAUJO ET AL. (2008) untersuchte an

Hunden die Knochenbildung in frischen Extraktionsalveolen, die mit BioOss®-Collagen aufgefüllt wurden. Dabei wirken die BioOss®-Partikel als Gerüst, welches zunächst das Blutkoagel stabilisiert. Histologisch kann man sehen, dass im apikalen Bereich die Blutung das synthetische Material anhebt und dort eine klassische Wundheilung abläuft. BioOss® hingegen führt zunächst zu einer verzögerten Wundheilung. Im weiteren Verlauf zeigte Prof. Lindhe, dass die Fremdkörperteilchen des BioOss® anscheinend vom Körper als inert akzeptiert und ähnlich einem Implantat knöchern eingeschleitet werden. Histologisch entspricht dies einer echten Osseointegration. Da das synthetische Gerüst als solches kaum von Osteoklasten angegriffen wird, kann eine Alveole, die mit entsprechendem Material aufgefüllt wird, dimensionsstabil bleiben.

Parodontitis und Periimplantitis

Prof. Andrea Mombelli, Vorsteher der Klinik für Parodontologie und orale Pathophysiologie der Universität Genf, übernahm den zweiten Vortrag mit dem Thema «Parodontitis und Periimplantitis – die gleiche Ursache für zwei Erkrankungen?». Zunächst liess Prof. Mombelli alte Zeiten aufleben, als er berichtete, wie er als junger Assistent Bakterienkulturen auf Blutagarplatten im Kinderspital Bern züchtete und wie ihn die Mikrobiologie seitdem nicht mehr losliess. Eine randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudie stellte der Referent ausführlich vor. In dieser Untersuchung wurde der Einfluss einer mit Metronidazol und Amoxicillin unterstützten Full Mouth Disinfection im Vergleich zu einer Kont-



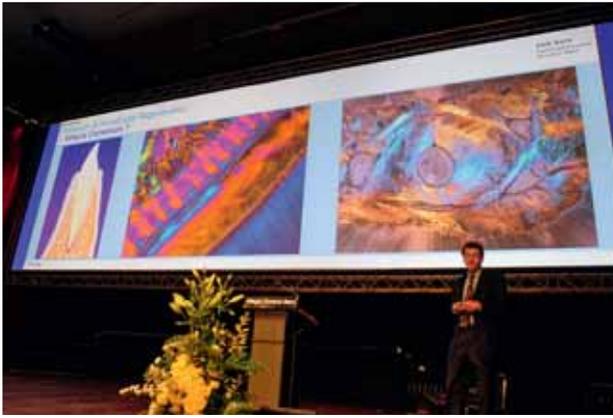
Die Laudatio auf Prof. Lang wurde vom Direktor der Zahnmedizinischen Kliniken Bern, Prof. Daniel Buser, gehalten.



Prof. Jan Lindhe aus Göteborg ist langjähriger Forschungskollege von Prof. Lang – gerade erschien ihr Klassiker *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* in der 5. Auflage.



Prof. Andrea Mombelli habilitierte einst bei Prof. Lang und berichtete über neueste Erkenntnisse zur unterstützenden Antibiotikatherapie bei der Parodontalbehandlung.



Wunderschöne histologische Präparate wurden von PD Dieter Bosshardt gezeigt – er erläuterte auch, welches Potenzial in den Zellen steckt und wie man es sich für die parodontale Regeneration zunutze machen könnte.



Der Allegro-Kursaal in Bern war mit 600 Teilnehmern aus 26 Nationen gut gefüllt.

rolle untersucht. Nach sechs Monaten zeigte sich, dass die Anzahl der Taschen >4 mm mit positivem BOP in der Testgruppe hochsignifikant kleiner war als in der Kontrollgruppe. Eine genaue Regressionsanalyse filterte die Antibiotika als verantwortliche Komponente heraus. Als nicht entscheidend erwiesen sich die vorhandene Plaque nach drei und sechs Monaten, das Rauchen und das Geschlecht der Probanden.

Periimplantitis hingegen sei in mikrobiologischer Hinsicht wesentlich weniger gut erforscht. Es stellt sich auch die Frage, ob es nicht analog zur Parodontitis auch verschiedene Formen der Periimplantitis gibt. Prinzipiell sei die Periimplantitis eine «Medizinprodukt-assoziierte» Infektion, die durch die Prädominanz von Bakterien mit geringer Pathogenität charakterisiert sei. Prof.

Mombelli stellte die Frage in den Raum, ob es um Implantate herum eine physiologische Flora gebe. Erste Untersuchungen zeigen, dass eine Periimplantitis durch eine gramnegative, anaerobe Flora gekennzeichnet ist, während eine erfolgreich therapierte Periimplantitis deutlich mehr grampositive Kokken aufweise. Diese seien aber normalerweise mit einer «device's infection» (z. B. Katheter) assoziiert. Die Periimplantitis, so Prof. Mombelli, sei im Gegensatz zu bakterienbezogenen Erkrankungen eine organbezogene Erkrankung und somit ähnlich einer Pneumonie oder Meningitis.

Die Rolle des Wurzelzements

Den nächsten Vortrag bestritt PD Dr. Dieter Bosshardt aus der Klinik für Parodontologie der

Universität Bern und langjähriger Mitarbeiter von Prof. Lang. Er trug neueste wissenschaftliche Erkenntnisse über die Rolle des Wurzelzements für die parodontale Regeneration vor. Grundsätzlich gebe es ein grosses regeneratives Potenzial des Parodonts, welches es für klinische Zwecke zu nutzen gelte. Die Grundlagenforschung hat gezeigt, dass Epithelzellen, in diesem Fall aus den Malassez'schen Epithelresten, sich in Zementoblasten differenzieren können. Es gibt Hinweise, dass diese Umwandlung durch bestimmte Schmelz-Matrix-Proteine getriggert werden kann. Denn diese Schmelz-Matrix-Proteine haben im Parodont ein sehr weites Aktivitätsspektrum und können bei der Wundheilung wie bei der Zelldifferenzierung eine wichtige Rolle spielen. Ferner wurde ihr Einfluss auch auf die



Prof. Maurizio Tonetti ging auf die Feinheiten der chirurgischen Parodontaltherapie ein.



Prof. Christoph Hämmerle betonte, dass die Forschungsleistung von Prof. Lang und Mitarbeitern in den letzten dreissig Jahren seine eigenen Forschungsaktivitäten überhaupt erst möglich machte.



Prof. Urs Belser zeigte objektive Kriterien auf, anhand derer man die Ästhetik von implantatgetragenen Frontzahnkronen bewerten kann – die Farbgebung der Keramik scheint immer noch ein grosses Problem zu sein.



Der Jubilar hatte sichtlich Freude am Symposium, welches ihm zu Ehren organisiert wurde.

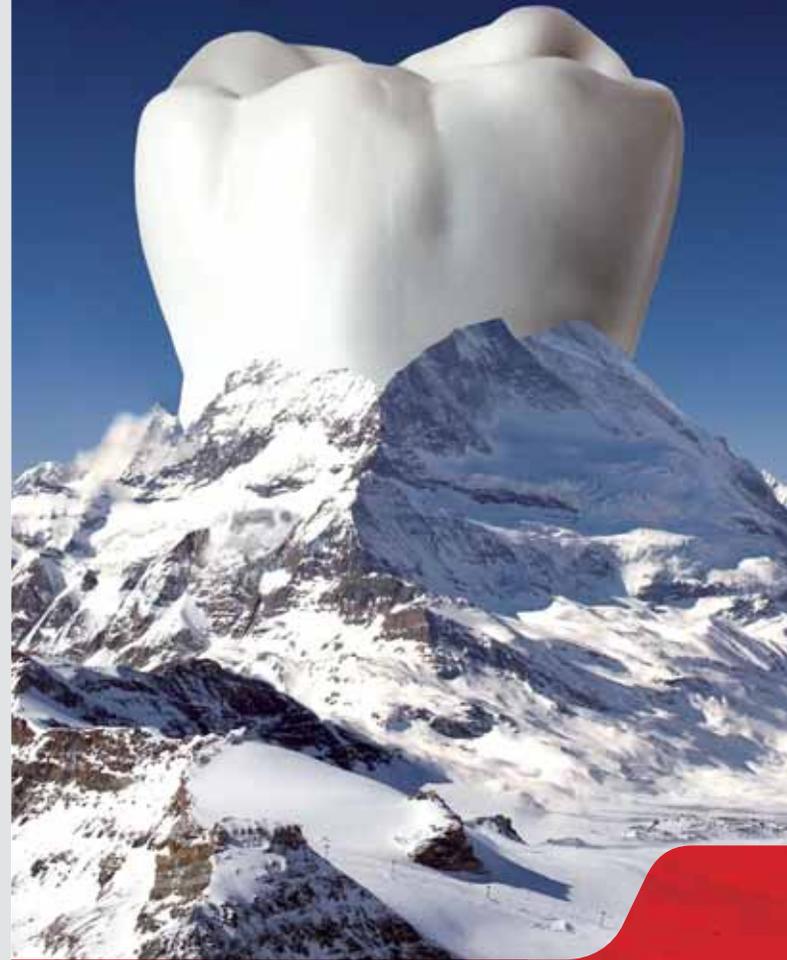
Proliferation, Migration, Anhaftung und den Stoffwechsel von Zellen, die Synthese von extrazellulärer Matrix, Zytokinen und Wachstumsfaktoren, die Regulierung von Hartgewebersorptionen, Wundheilung und Mineralisation nachgewiesen. Sollte es gelingen, dieses Potenzial gezielt zu steuern, könnte dies weitreichende klinische Konsequenzen haben.

Zusätzlicher Nutzen parodontaler Regeneration unter Verwendung spezieller Techniken und Medikamente

Mit Prof. M. Tonetti erhielt ein weiterer ehemaliger Mitarbeiter aus der Abteilung Prof. Langs die Möglichkeit, aus seinem Forschungsschwerpunkt zu berichten. Er referierte über den zusätzlichen Nutzen der parodontalen Regeneration unter Verwendung spezieller Techniken und «Medikamente». Das zentrale Anliegen jeglicher Parodontaltherapie sei es, die Prognose des Zahns zu verbessern, so Tonetti. Dies gelinge anhand von Daten aus Studien mit fünfjähriger Nachkontrolle besser mit regenerativen Techniken als mit reinen Zugangslappenoperationen. Der klinische Attachmentgewinn scheint bei Anwendung regenerativer Techniken in diesem Zeitraum stabil zu bleiben, während reine Lappen-OPs eine Tendenz zur Verschlechterung und zum *reentry* zeigen. Im Folgenden zeigte Prof. Tonetti Möglichkeiten auf, die Ergebnisse parodontalchirurgischer Eingriffe vorhersagbarer zu machen. Anhand eines Diagramms zeigte er eindrucklich, dass seine mit Pierpaolo Cortellini über Jahre verfeinerte Technik möglichst gewebeschonender Parodontalchirurgie sich ungewöhnlich deutlich abhebt von den Ergebnissen anderer Studien. Dies zeigt zum einen, dass ein besserer Behandlungserfolg möglich ist, aber auch, dass er vom Geschick des Operateurs und vom Nachsorgeregime abhängt. Der Referent zeigte anhand eines Videos die modifizierte minimalinva-

GIPFEL!

C'EST LE SOMMET !



**BESSERER ZAHNERSATZ
FÜR WENIGER GELD.
DES MEILLEURES PROTHÈSES
DENTAIRES – MOINS CHERES.**

Günstig: Zuverlässige Produktion in Asien

Compétitif : production fiable en Asie

Genau: Höchste Präzision und Qualität

Rigoureux : précision et qualité de haut niveau

Schnell: Nur 10 Arbeitstage Lieferzeit

Rapide : livraison dans les 10 jours

GARANTIERTE QUALITÄT, ÜBERZEUGENDER PREIS.

QUALITÉ GARANTIE, PRIX CONVAINCANT.

DENTRADE[®]
SCHWEIZ GmbH

Kontaktieren Sie uns:

Contactez nous :

Dentrade Schweiz GmbH

Seestrasse 1013, 8706 Meilen

Tel.: 044 925 11 55 Fax: 044 925 11 56

post@dentrade.ch www.dentrade.org



Die Redner und Chairs des Klaus-Lang-Symposiums zusammen mit dem Jubilar.

sive chirurgische Technik (mMIST), welche eine technisch anspruchsvolle «envelope»-Technik ohne vertikale Entlastung ist. Der Vorteil liegt in einer maximalen Schonung der parodontalen Gewebe, was zu einer geringen postoperativen Morbidität führt. Prof. Tonetti betonte aber auch, dass für eine erfolgreiche Anwendung dieser chirurgischen Technik eine besondere Ausbildung und Training vonnöten seien.

Richtiger Zeitpunkt der Implantation

Den Folgevortrag hielt Prof. Ch. Hämmerle, Vortragsleiter der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde der Universität Zürich, über den richtigen Zeitpunkt der Implantation. Wie der Referent ausführte, könne man nicht einen idealen Zeitpunkt festlegen, da man die wichtigen Parameter Weichgewebsarchitektur, Papille und interdentes Knochenangebot evaluieren müsse. Der Zeitpunkt der Implantation kann daher stark variieren. Nur bei optimalen Bedingungen könne man eine transmukosale Sofortimplantation mit Sofortbelastung ins Auge fassen. Ist das Knochenangebot aber nicht ausreichend, plädierte er für eine Implantation sechs bis acht Wochen nach

Extraktion. Grundsätzlich aber gelte, «je höher die ästhetischen Ansprüche, desto konservativer das Weichgewebsmanagement», so Hämmerle. Im Folgenden gab der Referent einen Ausblick in eine mögliche Zukunft der Implantologie: In den USA ist ein Präparat auf Bone-Morphogenetic-Protein(BMP)-2-Basis erhältlich, welches als bioaktive Substanz die Osseointegration von BioOss® beschleunigen kann und bei Sinus- und Kammaugmentationen bereits zum Einsatz gekommen ist. Dieses Präparat koste aber 2500 bis 5000 Dollar je Anwendung und ist daher für eine routinemässige Anwendung eher nicht geeignet. Prof. Hämmerle stellte diese Zukunft zwar in Frage, zeigte aber gleichzeitig auf, welche vielversprechende Forschung auf den früheren Leistungen Prof. Langs indirekt aufbaut.

Ästhetik in der Implantologie

Prof. Dr. Urs Belser, Vortragsleiter der Klinik für feste Prothetik und Okklusion der Universität Genf, referierte über den Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Ästhetik in der Implantologie. Zunächst legte Prof. Belser Wert auf die Feststellung, dass ästhetische Massnahmen niemals über biologische Notwendigkeiten gestellt werden

dürften. Dies sei sinnvoll, da die Hälfte aller Menschen ihre Gingiva selbst bei maximalem Lachen nie exponieren. Dennoch sei seit den 1970er-Jahren ein deutlicher Trend feststellbar: Stand damals noch die Funktion im Mittelpunkt der strategischen Behandlungsplanung, so sei heute immer stärker gefordert, Funktion mit ansprechender Ästhetik zu paaren. Relativ unproblematisch gelinge dies mit Einzelzahnimplantaten, mit denen manchmal sogar perfekte Ergebnisse erzielt werden könnten. Dagegen sei ein Papillenerhalt zwischen zwei benachbarten Implantaten doch eher Glückssache. Prof. Belser stellte zudem ein standardisiertes Scoring-System vor («white esthetic score – WES» und modifizierter «pink esthetic score – PES»), bei dem maximal zehn Punkte erzielt werden können und das objektive Kriterien zur Beurteilung des ästhetischen Ergebnisses nach Implantation formuliert. Anhand einiger Fälle aus einer gemeinsamen Studie mit Prof. Buser (Einzelzahnimplantate im Frontzahnbereich) wurde das Scoring-System erläutert. Grundsätzlich zeigten die vorläufigen Ergebnisse, dass die Patienten selber deutlich weniger anspruchsvoll in Bezug auf ihre eigenen Implantate sind als die Zahnärzte. Ein weiteres Ergebnis: Die Keramikfarbe ist selten auf Anhieb perfekt und bedarf in vielen Fällen einer Korrektur, um ein ästhetisch perfektes Ergebnis zu liefern.

Technische Risikofaktoren für Rekonstruktionen

Als Leiter der neu gebildeten Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik der Universität Bern berichtete Prof. Dr. Urs Brägger über technische Risikofaktoren für Rekonstruktionen. Ein Vergleich der vorliegenden wissenschaftlichen Studienergebnisse sei prinzipiell schwierig, da vielfach unterschiedliche Beurteilungskriterien und Beobachtungszeiträume zugrunde liegen. Dennoch wurden für Rekonstruktionen einige Risikofaktoren ermittelt, die die 10-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit herabsetzen. So gelten zahngetragene Extensionsbrücken als risikobehaftet (80,4% in situ nach zehn Jahren), ebenso ge-



Prof. Urs Brägger analysierte Fehler- und Risikoquellen bei prothetischem Zahnersatz.



Prof. Mariano Sanz legte Wert auf die besondere Bedeutung der Einhaltung des parodontologischen Recalls.



PD Giovanni Salvi hob den besonderen Stellenwert des Zahnerhaltes hervor.



Prof. Hans-Peter Weber erläuterte Prinzipien der prothetischen Rekonstruktion auf Implantaten.



Prof. Klaus Lang fand im Rückblick auch nachdenkliche Worte.

mischte Brückenpfeiler (Zahn und Implantat) und Maryland-Brücken, die nach zehn Jahren eine mittlere Überlebensrate von nur 65% haben. Daneben gebe es auch rein prothetische Risiken, die von der Restzahnschubstanz, der Zahnvitalität, der Lage (Oberkiefer versus Unterkiefer) oder dem verwendeten Material (grösseres Risiko bei Vollkeramik) abhängen. Zudem sei die biologische Komponente nicht abschätzbar.

Therapiemöglichkeiten der Periimplantitis

PD Dr. Giovanni Salvi, Leiter a. i. der Klinik für Parodontologie der Universität Bern, setzte sich in seinem Vortrag mit dem Charakter und den Therapiemöglichkeiten der Periimplantitis auseinander. Sprach man vor 15 Jahren noch von «periimplantärer Muskositis» mit einer Prävalenz bis 48%, so fokussiert das Problem heute auf den periimplantären Knochenverlust im Rahmen einer Periimplantitis. Neuere Studien belegen, dass 6,6–12,4% aller Implantate sowie 16–27% aller Patienten mit Implantaten eine Periimplantitis aufweisen. Der Referent sprach von einem «Tsunami von Problemen, der in der Zukunft über uns hinwegrollen wird». Eine periimplantitisfördernde Rolle scheinen solche Implantatoberflächen zu spielen, die zwar eine schnellere Osseointegration begünstigen, aber im Falle einer Periimplantitis zu deutlich höherer Progression der Erkrankung führen. Dr. Salvi verglich die Überlebensrate von Implantaten beim parodontal kompromittierten Patienten mit der bekannten Studie von CARNEVALE ET AL. (1998), die mit einer sehr hohen Überlebensrate von

93% nach zehn Jahren bei resektiv behandelten Molaren glänzt. Nach einer systematischen Übersichtsarbeit von ONG ET AL. (2008) scheinen Patienten mit einer chronischen oder einer aggressiven Parodontitis einem grösseren Risiko eines späteren Implantatverlustes aufgrund von Periimplantitis ausgesetzt zu sein. Zudem scheint das Rauchen nach Daten aus einer Studie von FRANSSON ET AL. (2008) einen weiteren Risikofaktor für beschleunigten Knochenverlust um Implantate herum darzustellen. Schliesslich gelte es, zu beachten, dass eine Periimplantitis sich recht langsam entwickle und dass es eines kontinuierlichen Recalls bedarf, um rechtzeitig mit einer antiinfektiösen Therapie zu beginnen. Ziel dieser Therapie sei die Dekontamination der be-

siedelten Implantatoberfläche mit dem dereinst wünschenswerten Ergebnis einer Re-Osseointegration von Implantaten.

Konsequente Nachsorge

Auf die Bedeutung einer konsequenten Nachsorge von Parodontal- und Implantatpatienten machte Prof. Mariano Sanz, Klinik für Parodontologie an der Universität Complutense, Madrid, aufmerksam. Voraussetzung für eine erfolgreiche unterstützende parodontale Therapie sei es, eine ausreichende Compliance bei den Patienten zu erzielen. Anhand einiger Schlüsselstudien betonte Prof. Sanz, dass bei sehr guter Nachsorge eine sehr hohe Retention der eigenen Zähne erzielt werden könne, dass aber bei ausbleibender



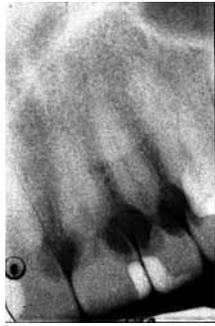
Im Gesangsduett mit der Mezzosopranistin Eliseda Dumitru machte Prof. Lang eine gute Figur.



Beim Klaus-Lang-Symposium konnte ein opulentes Buffet mit feinen Desserts nicht fehlen.

Patienten gesucht für Forschungsprojekt

Multiple Invasive Zervikale Resorptionen



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Da die Ätiologie und Pathogenese der «Multiplen Invasiven Zervikalen Resorptionen» nach wie vor unbekannt sind, planen wir ein entsprechendes Forschungsprojekt. Falls Sie Patienten mit solchen Läsionen (siehe Bild) betreuen, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns diese Patienten per Brief oder E-Mail melden könnten. Die Untersuchungen an unserer Klinik sind kostenlos.

Herzlichen und kollegialen Dank für Ihre Mitarbeit.

PD Dr. Thomas von Arx
Leiter des Forschungsprojektes

Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie Tel. 031 632 25 66
Zahnmed. Kliniken der Universität Bern Fax 031 632 25 03
Freiburgstrasse 7, 3010 Bern E-Mail: thomas.vonarx@zmk.unibe.ch

Nachsorge sich alle klinischen Parameter verschlechtern. Daher gelte für einen langfristig stabilen parodontalen Zustand die Einhaltung eines Recalls sowie die Feststellung individueller Risikofaktoren als unabdingbar. Der Referent betonte, dass das Recall wichtiger sei als die Therapie selber. Dies gelte für Zähne wie für Implantate, da die Voraussetzungen die gleichen seien. Anhand eines Falles demonstrierte Prof. Sanz, wie eine konsequente Abwehrhaltung eines Patienten gegenüber einem parodontalen Recall schliesslich zu multiplen Abszessen an Zähnen und Implantaten führte und in letzter Konsequenz den mühsam erzielten Therapieerfolg zunichtemachte.

Rolle des Implantats in der Behandlungsplanung

Prof. Hans Peter Weber, Leiter der Klinik für restaurative Zahnmedizin und Biomaterialwissen-

schaften an der Universität Harvard, ging im Abschlussreferat auf die Rolle von Implantaten in der Behandlungsplanung ein. Zu Beginn zeigte der Referent einen klinischen Fall von Sture Nyman, bei dem eine klassische «Hufeisenbrücke» mit drei distalen Fliegerelementen zum Einsatz kam. Auch wenn für diesen Fall eine langjährige Funktionszeit belegt ist, plane man heute in ähnlichen Fällen immer mit Implantaten. Grundsätzlich könne man feststellen, dass mandibuläre Implantate unabhängig von der Restauration zu 95% Erfolg versprechen und somit als Einzelzahnersatz, bei Freundsituationen oder als Prothesenanker zu voraussagbaren Ergebnissen führen. Maxilläre Implantate dagegen seien eher mit Problemen behaftet, da es für diese weniger wissenschaftliche Evidenz gebe und der Faktor «klinische Erfahrung» mehr zum Tragen käme. Anhand exemplarischer Lückengebissituationen demonstrierte Prof. Weber, dass eine genaue

epikritische Abwägung möglicher Behandlungsalternativen zu Beginn einer jeglichen rekonstruktiven Therapie unerlässlich ist.

Das Klaus-Lang-Symposium mündete in ein Galadinner im Hotel Bellevue und fand dort einen würdigen Abschluss. Luthers Bonmot «Wer nicht liebt Wein, Weib, Gesang, der bleibt ein Narr sein Leben lang» mag Pate gestanden haben beim feierlichen Rahmen, der durch Dankesreden und musikalische Intermezzi (besonders erwähnenswert: der Duo-Auftritt von Klaus Lang mit der Mezzosopranistin Eliseda Dumitru, begleitet von seiner Tochter am Klavier) geprägt wurde und in einem gemütlichen Abend mit Tanz und Musik endete.



Das Galadinner im Hotel Bellevue Palace bot im stillen Ambiente die Möglichkeit zum kollegialen Austausch.



Das Galadinner zu Ehren von Prof. Klaus Lang dauerte bei guter Tanzmusik und bester Stimmung bis in die frühen Morgenstunden.

10. Ostersymposium auf Kreta

Vom 12. bis 19. April 2008 fand bereits zum 10. Mal das bekannte und beliebte Ostersymposium unter der Leitung von Prof. Dr. med. dent. Kurt Jäger statt. Das wissenschaftliche und praxisbezogene Fortbildungsprogramm überzeugte wiederum durch sein hohes fachliches Niveau. Die 15-köpfige Referentencrew setzte sich aus Universitätsangehörigen mit oder kurz vor Habilitation (6 Referenten), erfahrenen Privatpraktikern (4 Referenten) und Fachpersonen aus Industrie und Zahntechnik (5 Referenten) zusammen. 52 Zahnärztinnen und Zahnärzte konzentrierten sich während einer Woche auf Infektionen und Risikopatienten in der Zahnmedizin.

Sascha Ruggli, Frick (Fotos: zvg)

Traditionsgemäss fand jeden Morgen eine Plenums-Veranstaltung statt, und der Nachmittag war der Praxis gewidmet. Nach dem Welcome-Drink am Sonntagabend befasste sich PD Dr. A. Trampuz, Basel, mit den Grundlagen der Infektion und Antibiose sowie deren Pharmakolo-

gie. Der Referent erläuterte die Mechanismen der Zelladhäsion, die wichtige Auswahl des entsprechenden Antibiotikums sowie die u. U. entscheidende Gabe von Clavulansäure bei anaeroben Mischinfektionen in der Mundhöhle. Für die Praxisinhaber wurde das richtige Dosieren

und Kombinieren sehr eindrücklich und praxisbezogen aufgezeigt. Im zweiten Teil referierte Dr. S. Ruggli, Frick, über das Vorkommen der häufigsten Virushepatitiden. Es ging um die Typen A–E, deren epidemiologische Verteilung, Übertragungswege und Impfschemata. Im Weiteren wurde die Postexpositionsprophylaxe angesprochen, deren Ablauf geschildert und das System des «double gloving» beschrieben. Das Symposium wurde durch den Kursleiter Prof. Dr. K. Jäger, Basel, mit dem Referat *«Zahnarztberuf: eine fachliche und unternehmerische Herausforderung»* eröffnet. Hier konnte der Kursteilnehmer wertvolle Hinweise zu Praxiskennzahlen, Marketing und Praxismanagement gewinnen. Der Dienstag begann mit dem praxisbezogenen Thema *«Infektionen der Mundhöhlenschleimhaut – Diagnostik und Therapie»* von Dr. M. Bornstein, Bern. Er richtete das Augenmerk vor allem auf die Candidosen, deren Diagnostik und Behandlung. Es wurden praktische Methoden zur Schnelldiagnostik von Schleimhautveränderungen für die Praxis vorgestellt. Dr. K. Rüeger, Lenzburg, Facharzt SSO für Parodontologie, beleuchtete das Thema *«Infektionen aus parodontologischer Sicht»*. Neben etablierten Therapiekonzepten wurden die Erfahrungen mit Emdogain® auch von Dr. Bernd Ilgenstein, Solothurn, Facharzt SSO für Oralchirurgie, angegeben. Letzterer sprach dann über die *«Perimplantitis und deren Behandlungsmöglichkeiten»*. Nach dem Schaffen von hygienischen Verhältnissen und – je nach Knochenverlust – augmentativen Verfahren kann ein Implantat durchaus erhalten werden.

Am Mittwoch war die Reihe an den Kieferchirurgen. PD Dr. Dr. C. Jaquiéry, Basel, eröffnete den Morgen mit dem Thema *«Risikopatienten in der Zahnmedizin»*. Als thematisches Schwergewicht setzte er die weitverbreitete Antikoagulation der zahnärztlichen Patienten. Es wurden die Unterschiede zwischen den Thrombozytenaggregationshemmern durch ASS/Plavix und Antikoagulation mittels Cumarinen sowie die Bedeutung des Quick-Wertes und des INR aufgezeigt. PD Dr. Dr. Ch. Kunz, Basel, zeigte die «Gefahren von Logenabszessen» auf. Abszesse in der Praxis sind nicht selten. Entscheidend sind die frühzeitige Erkennung und die Zeitverhältnisse einer allfälligen Einweisung in eine kieferchirurgische Klinik. Nach der Pause referierte PD Dr. Dr. C. Jaquiéry noch über die Problematik der bei Knochentumoren und Osteoporose eingesetzten *«Bisphosphonaten»*. Die Fallbeispiele mit Knochennekrosen und rezidivierenden Abszessen waren eindrücklich. Bei intravenös applizierten Bisphosphonaten (Zometa) muss mit wesentlich mehr Komplikationen gerechnet werden als mit oral (Fosamax) verabreichten.



Die 15-köpfige Referentencrew bot den Kursteilnehmern ein lehrreiches und praxisbezogenes Fortbildungsprogramm



Prof. Dr. K. Jäger, Dr. M. Bornstein und Dr. M. Jungo referierten über die verschiedenen Anwendungen der Laser



Demonstration eines augmentativen Verfahrens am präparierten Schweinekiefer



Es herrschte eine freundschaftlich kollegiale Atmosphäre

Der Donnerstag stand im Zeichen der «periapikalen Infektionen». Prof. Dr. K. Jäger, Basel, erörterte die Richtlinien der endodontischen Kanalaufbereitung, der Möglichkeiten und Grenzen der Dekontamination der Kanäle sowie die neuen Erkenntnisse der Wurzelbehandlung mit MTA und Diodenlaser. Dr. B. Ilgenstein, Solothurn, präsentierte das von ihm entwickelte MAPS-System zur retrograden Füllung nach Wurzelspitzenresektion und Aufbereitung mit Sonic Retro. Im zweiten Teil des Morgens informierte Dr. Dr. D. Ettl, Zürich, die Kursteilnehmer über neurogene Entzündungen, Schmerzentstehung und Schmerztherapie. Dieses Referat darf als eines der Highlights des Kurses bezeichnet werden. Ein Themenbereich war der Behandlung von idiopathischen Gesichtsschmerzen gewidmet. Es erwiesen sich die «alten» trizyklischen Antidepressiva vom Typ Amitryptillin und Trimipramin

in entsprechenden eher niedrigen Dosierungen als sehr nützlich. Seine Ausführungen untermauerte der Referent mit Videosequenzen aus Patientengeschichten.

Am Freitag kamen traditionsgemäss nochmals alle Referenten mit einem Kurzvortrag hauptsächlich in Bezug auf das Titelthema des Kurses zu Wort. Vorgängig fand aber der letzte Seminarumgang statt. Sechs *Seminare* bildeten den praktischen Rahmen des ausgezeichneten Fortbildungskurses:

Ein Seminar war als Hands-on-Kurs mit den MAPS-Systemen inklusive der 1:1-Anwendung der Sonic-Retro-Spitzen an extrahierten Zähnen aufgebaut (Dr. B. Ilgenstein). Das zweite Seminar informierte den Teilnehmer über die verschiedenen Anwendungen der Laser (Er: Yag, CO₂, Dioden- und Softlaser der Fa Orcos medical). Die Geräte konnten an Schweinekiefern, in

Wurzelkanälen, auf Zahn und Muskulatur ausgetestet werden (Prof. Dr. Jäger, Dr. M. Bornstein, Dr. M. Jungo). Im dritten Seminar präsentierten die Tutoren am präparierten kretischen Schweineunterkiefer, wie ein augmentatives Verfahren zur Periimplantitisbehandlung aussehen könnte. Nach Dekontamination der Implantatoberfläche mittels CO₂-Laser, der Irritation mit Kochsalzlösung, der Konditionierung mittels Pref-Gel und Applikation von Bio-Oss® und Emdogain® wurde der Situs mit einer BioGide®-Membran abgedeckt und geschlossen (PD Dr. C. Jaquiéry, Dr. K. Rüeger, Dr. S. Ruggli). Dr. Dr. D. Ettl diskutierte in seinem Seminar ausführlich über die korrekte Medikation mit Schmerzmitteln. Er wies darauf hin, wie gut wirksam Ibuprofen im Gegensatz zur Mefenaminsäure sei, zeigte wiederum mit Videobeispielen von Patienten wie mittels Triptanen Migränepatienten ein normales



Vom 11. bis 18. April 2009 wird der Kurs: «Infektionen und Risikopatienten in der Zahnmedizin» in Aya Napa, Zypern, erneut angeboten.

Leben führen können. Auch PD Dr. Ch. Kunz demonstrierte an Patientenbeispielen, wie wichtig es ist, den richtigen Zeitpunkt zu finden, entsprechende Patienten mit Problemen an eine kieferchirurgische Klinik zu überweisen. Analog zu seinem Referat bezüglich Logenabszessen und Osteomyelitiden zeigte er weiter entsprechende Therapiekonzepte sowie die Anwendung der hyperbaren Sauerstofftherapie bei ausheilenden Osteomyelitiden. Das sechste Seminar machte Konzepte der Praxis- und Laborhygiene zum Thema. Die modernen Massnah-

men im Hygienefluss der zahnärztlichen Praxis, die Händedesinfektion sowie die heutigen Produkte wurden von Dr. S. Chenaux und F. Baumann vorgestellt und praktisch angewandt.

Am Schluss des Kurses zeigten sich alle Teilnehmer höchst zufrieden mit der gebotenen Kurswoche, es herrschte eine freundschaftliche kollegiale Atmosphäre mit wertvollem fachlichem und privatem Gedankenaustausch. Unter dem Patronat von thommen medical entstand auch ein über 100 Seiten starkes farbiges kursbeglei-

tendes Kompendium, welches eine vertiefte Aufarbeitung der Kursinhalte ermöglichte. Der Kongressorganisation unter Frau Brunner, KUONI AG, den Sponsoren und beteiligten Firmen – allen voran der thommen medical – sowie den Referenten und der Kursleitung unter Prof. Dr. K. Jäger ist für die gelungene Durchführung des 10. Jubiläums-Ostersymposiums mit Verdankung des unermüdlischen Einsatzes ein grosses Kompliment auszusprechen. Alle freuen sich bereits auf die nächste Ausgabe. Der Kurs wird wiederholt am: 11.–18. April 2009, in Aya Napa, Zypern.

Rückblick auf den SSO-Kongress vom 18. bis 20. Mai 2006 in Montreux unter dem Thema «Kontroversen in der Erhaltung der Zähne»

Mehr Konsens als Kontroversen

Um es gleich vorwegzunehmen: Es gab am diesjährigen Kongress wenig Vorträge über echte Kontroversen in der Zahnerhaltung. Die Kontroverse, ob es sich im Zeitalter der Implantate überhaupt noch lohnt, Zahnerhaltung zu betreiben, soll hier natürlich ausgespart bleiben. Weil in vielen Gebieten der Zahnmedizin ganz allgemein heute eher ein Konsens herrscht, bleibt der eigentliche Challenge die Suche nach evidenzbasierten Daten.

Thomas Vauthier, Rheinfelden (Text und Fotos)

Aus der Vielfalt des wissenschaftlichen Programms des diesjährigen SSO-Kongresses in Montreux greift deshalb diese kurze Zusammenfassung ganz bewusst nur einige wenige Präsentationen heraus, welche Themenkreise unserer Tätigkeit betreffen, die zurzeit noch kontrovers diskutiert werden, sei es, weil Paradigmenwechsel stattgefunden haben, oder weil die Datenlage bis anhin nicht unumstritten ist. Nur so kann dem Anspruch der «Kontroversen» Genüge getan werden. Zum dritten Mal in Folge fand der SSO-Kongress an den Gestaden eines Schweizer Sees statt: Nach dem Lago di Lugano 2006 und Luzern am Vierwaldstättersee 2007 war die Wahl auf Montreux im Herzen der Waadtländer Riviera am Lac Léman gefallen. Fast 1600 Zahnärzte und 600 DAs strömten Ende Mai während zweieinhalb Tagen im Montreux Music & Convention Centre (2m2c) zusammen, nicht nur zum Kongress, sondern auch zur Ausstellung DENTAL 2008 der Schweizer Dentalbranche. Auch das attraktive Rahmenprogramm wurde gut besucht. Für das wissenschaftliche Programm zeichnete wie gewohnt die Kommission K der SSO, unter Leitung von Prof. Christian Besimo, Brunnen, verantwortlich. An der Spitze des lokalen Organisationskomitees amtierten Dr. Jean-Michel Graf, Lausanne, und Christophe Plumez, Clarens. Sie wurden tatkräftig unterstützt von einer Viel-

zahl von charmanten Helferinnen und dem routinierten Team des SSO-Sekretariats.

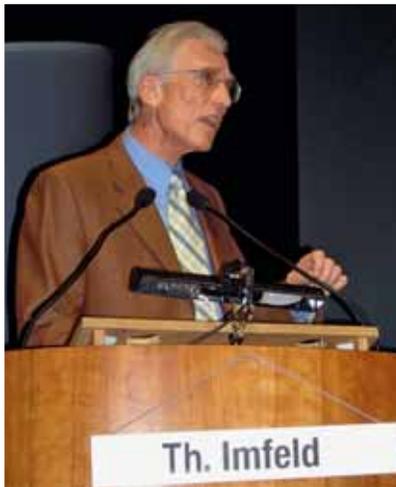
1. Themenkreis: Prävention, Zahnerhaltung, Parodontologie

Wie Dr. Carmen Anding, Luzern, in ihren Betrachtungen zur «Ästhetik in der Zahnerhaltung» ausführte, ist es mit den heute zur Verfügung stehenden direkten Restaurationstechniken gut möglich, karies- und füllungsfreie Zähne – insbesondere bei jugendlichen Patienten – äusserst zahnschonend in ihrer Form und Stellung ästhetisch zu verbessern. Die betroffenen Zähne können ohne

Präparation rein additiv und bedarfsorientiert mit Kompositaufbauten korrigiert werden. Heutige «Ästhetik-Komposite» zeichnen sich durch eine sehr gute Polierbarkeit, Farb- und Oberflächenbeständigkeit aus. Nicht angelegte Zähne lassen sich heutzutage ebenfalls atraumatisch und ästhetisch unauffällig in einer Sitzung mit einseitig befestigten glasfaserverstärkten Kompositbrücken inserieren. Dabei erweisen sich kunststoffimpregnierte Glasfaserstränge sowohl in ihrer Applikation als auch in ihrer Stabilität als sicher. Die Verwendung von Glasfaser- anstatt Metallgerüsten ermöglicht es, einen farblich unauffälligen Zahnersatz zu erstellen. (Zu diesem Thema ist in Heft 7/2008 der SMFZ eine Originalarbeit dieser Autorin erschienen.) Durch den Verzicht auf eine Präparation kann eine Irritation der Pulpa-Dentin-Einheit und ein späteres Sichtbarwerden der Präparationsgrenzen vermieden werden. Nicht ausser Acht gelassen werden sollte auch der Aspekt, dass bei einem nicht ausreichenden Knochenangebot und bei nicht abgeschlossenem Wachstum die mittel- bis langfristige Versorgung z. B. mit Kompositaufbauten und glasfaserverstärkten Komposit-Brücken häufig die einzige Restaurationsmöglichkeit im kindlichen bzw. jugendlichen Gebiss darstellt. Im nächsten Vortrag, «Plauekontrolle: chemisch versus mechanisch», umriss Prof. Thomas Imfeld,



Jean-Michel Graf und Christophe Plumez waren als Leiter des lokalen OK die «Gastgeber» des SSO-Kongresses 2008 in Montreux.



Thomas Imfeld: Gegen den Biofilm hilft nur eine konzentrierte Aktion.

Zürich, die aktuellen Erkenntnisse in der Physiopathologie. Mechanische Mundhygiene ist mikrobiologisch unspezifisch, aber notwendig für die Entfernung supragingivaler Plaque. Karies ist Mikrobiologie, Parodontitis ist Immunologie. Ein Teil der Schäden entsteht durch sogenannte frustrierte Phagozyten, die Enzyme in die umgebenden Gewebe feuern. Bei der Entstehung der Krankheit spielen Wirtsfaktoren eine ganz erhebliche Rolle. So ist es nicht erstaunlich, dass die Frequenz des Zähnebürstens nicht stark mit tiefer Prävalenz und Inzidenz von Parodontitis assoziiert ist.

Der Hauptgegner aller präventiven Massnahmen heisst Biofilm. Es braucht, im Sinne einer Soft-Chemoprävention, den zusätzlichen Einsatz von Antiseptika, um den Biofilm zu hemmen, resp. zu beeinflussen. Schallzahnbürsten und ihre hydrodynamischen Effekte erlauben eine gute mechanische Reinigung – ohne Verletzungen der Gingiva – inklusive Zerstörung der Struktur des Biofilms und den optimalen Transport chemopräventiver Wirkstoffe an den Zielort. In Zukunft könnten zudem Enzyme wie Glucanase oder

Dextranase dazu dienen, den Biofilm zu öffnen, um Wirkstoffen Zutritt zu gewähren.

Bezüglich der Entscheidungsfindung «Parodontologische Behandlung oder Exaktion» sind natürlich zuallererst evidenzbasierte Kriterien zu berücksichtigen. Prof. Markus Hürzeler, München, plädierte jedoch dafür, dass jeder nach einem persönlichen Konzept vorgehen sollte, in welches ausser dieser externen Evidenz auch die interne Evidenz, sprich Erfahrung und Kompetenz des Behandlers, einfließen. Und last but not least die Wünsche der Patienten, denn es geht schliesslich um dessen Lebensqualität. Hilfreich ist in jedem Fall die Klassierung der noch vorhandenen Zähne nach einem Ampelschema (rot = hoffnungslos, gelb = zweifelhaft, grün = sicher). Chirurgische Massnahmen sollen wenn immer möglich minimal invasiv durchgeführt werden, eventuell unter Einsatz regenerativer Techniken. Ebenso sind in vielen Fällen konservative Restaurationen komplexen und aufwendigen Rekonstruktionen vorzuziehen. Übrigens: Der grösste Feind der Zähne ist der Zahnarzt: Studien belegen, dass im Gegensatz zu eher konservativen, auf Zahnerhaltung ausgelegten Therapien aggressive Strategien mit Extraktionen langfristig zu mehr Zahnverlusten führen!

Zum Thema «Parodontitistherapie: Regeneration versus Resektion» gab PD Dr. Patrick Schmidlin, Zürich, in seiner kritischen Übersicht zu bedenken, dass die in der Literatur publizierten Resultate erhebliche Streuungen aufweisen. Ausserdem basieren viele Studien auf einer Erhaltungstherapie mit DH-Sitzungen in Intervallen von zwei Wochen – was mithin absolut unrealistisch für die Praxis ist. Somit ist ein direkter Vergleich der möglichen Therapien fast unmöglich. Immerhin scheint ein Konsensus darüber zu bestehen, dass Knochenresektion und sekundäre Heilung zu weniger Regeneration führen. Bei intraossären Defekten zeigt die Regeneration Vorteile gegenüber der herkömmlichen Lappenchirurgie. Die Therapie betroffener Furkationen variiert von



Markus Hürzeler: individualisiertes Ampelschema als Entscheidungshilfe.

konservativen Massnahmen bei Grad I bis zu resektiven Techniken oder Tunnelierung im Fall von Grad II und III. Zähne mit tunnelierten Furkationen zeigen jedoch 15% initiale oder fortgeschrittene Wurzelkaries nach drei Jahren.

Themenkreis 2: Alterszahnmedizin und Special Care

In seinem Vortrag «Beurteilung von Kognition und Compliance beim alternden Menschen» erörterte Prof. Christian Besimo, Brunnen, zunächst die vorliegenden und prospektiven Daten zur Demenz. Für die Schweiz beträgt heute die Prävalenz 98 000 Demenzpatienten, und jährlich kommen 22 000 Neuerkrankungen hinzu. Mit zunehmendem Fortschreiten der Demenz nimmt die Kognition entsprechend ab. In der Praxis bedeutet dies einen Verlust der Fähigkeit, Befunde, Diagnosen und Therapien zu verstehen (informed consent) und der Mitarbeit im Sinn einer Compliance. In Anbetracht der Epidemiologie sollte jeder Zahnarzt in der Lage sein, ein Grobscreening für kognitive Defizite, respektive Demenz vorzunehmen (Uhrtest, resp. Mini-Men-

ENAMEL plus
HFO

Nach Dr.med.dent.
LORENZO VANINI

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

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



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

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

tal Status). Da anticholinerg wirksame Medikamente dementielle Symptome verstärken können, ist eine genaue Anamnese in diesem Sinne zu empfehlen.

Besonders in der Alterszahnmedizin ist die Einbindung der Patienten in den Prozess der «Therapeutischen Entscheidung beim selbständigen Senioren» die Interaktion mit dem medizinischen Personal besonders wichtig. Laut *PD Dr. Ina Nitschke, Zürich*, basiert die sogenannte partizipative Entscheidungsfindung (PEF, SGM Shared Decision Making) auf geteilter Information und Gleichberechtigung des Patienten in Diagnose und Therapie. Angesichts der Tatsache, dass sich chronische Krankheiten verschlechtern, sollte bei der Planung prothetischer Arbeiten die Abänderbarkeit, respektive Reparaturfähigkeit, ein ganz wichtiges Kriterium sein. Auch das rechtzeitige Umsteigen von festsitzendem zu abnehmbarem Zahnersatz ist in der Therapieentscheidung mit einzubeziehen. Und, wie verschiedene Referenten später noch ausführen sollten: Manchmal ist weniger mehr!

Das nachfolgende Referat von *Dr. Cornelius Haffner, München*, nahm einige dieser Punkte noch einmal auf. Auch er stellte in den Vordergrund, dass «je älter man wird, umso weniger gewöhnt man sich an Zahnersatz». Prävention im Alter soll folgende Ziele haben: besser essen, aussehen und weniger Schmerzen.

Zum Thema «Behandlung der Xerostomie» präzierte *Prof. Andrej Kielbassa, Berlin*, dass Xerostomie sich auf die subjektiv empfundene Mundtrockenheit bezieht, während Hyposalivation für eine objektiv verringerte Speichelfliessrate steht. Die wichtigste Ätiologie dieser Symptome sind Nebenwirkungen von Medikamenten, von denen mehr als 400 zu einer reversiblen Beeinträchtigung der Speichelsekretion führen können. Bei systemischen Krankheiten wie AIDS, Diabetes, Morbus Parkinson und speziell beim Sjögren-Syndrom oder nach Strahlentherapie im Kopf-/Halsbereich sind die Symptome der Xerostomie besonders ausgeprägt und meist nicht reversibel. Bei der Hyposalivie steht der Verlust der protektiven Wirkungen der Muzine im Vordergrund. Dies führt zum Ausfall der Wirkungen als Schmier- und Gleitmittel und zu mangelnder Befeuchtung der Weichgewebe. Die Therapie der Hyposalivation umfasst zuerst eine genügende Wasserzufuhr, aber keine koffeinhaltigen Getränke, den Verzicht auf Tabak und Alkohol, das Vermeiden scharfer oder salziger Speisen und das Kauen zuckerfreier Kaugummis. In Absprache mit dem behandelnden Arzt sollte je nachdem auch eine Änderung oder Anpassung der Medikation erwogen werden. Sialogoga (Speichelstimulanzien) wie Pilocarpin oder Cevimeline können nur eingesetzt werden, wenn noch genügende Teile der

Management von Zahnunfällen in der zahnärztlichen Praxis

Samstag 29. November 2008 9-17 Uhr

Eine Veranstaltung des Zahnunfallzentrums der
Universitätskliniken für Zahnmedizin Basel

Leitung

Prof. Dr. A. Filippi, OA Dr. G. Krastl

Weitere Referenten

Prof. Dr. K. Ebeleseder (Graz), Prof. Dr. R. Weiger (Basel),
PD Dr. N. Zitzmann (Basel), Priv. Doz. Dr. Y. Pohl (Bonn),
Dr. P. Minnig (Basel), Dr. D. Berndt (Basel),
Dr. Th. Schwamborn (Basel, UEFA Chief Medical Officer der EURO 2008)

INHALTE

Themenblock: Erstversorgung nach Zahntrauma

Umgang mit Kindern nach Zahntrauma – von der Anästhesie zur Therapie
Zahnunfall – Richtiges Verhalten am Unfallort
Zahnunfall – Richtiges Verhalten in der Zahnarztpraxis
Dreidimensionale radiologische Diagnostik nach Zahntrauma
Heilungsvorgänge der 5 Gewebe nach Zahntrauma

Themenblock: Schmelzriss bis Avulsion

– aktuelle Therapiekonzepte nach Trauma

Kronenfrakturen – es geht auch ohne Überkronung
Wurzelfrakturen – eine Verletzung verliert ihren Schrecken
Kronen-Wurzel-Frakturen – Grenzen der Restaurierbarkeit
Konkussion, Lockerung, laterale und extrusive Dislokation
Intrusion – Intrudierte Zähne nicht ihrem Schicksal überlassen
Avulsion – Langfristiger Zahnerhalt nach Replantation?
Endodontie nach Trauma 1: retrograde Stiftinsertion
Endodontie nach Trauma 2: orthograde Wurzelkanalfüllung

Themenblock: Wie treffe ich im konkreten Fall die richtige Therapieentscheidung?

Fallvorstellungen mit Quiz für alle Teilnehmer
Preisverleihung

Themenblock: Spätfolgen und Komplikationen nach Zahntrauma

Spätfolgen und Komplikationen der Pulpa und deren Therapie
Spätfolgen und Komplikationen der Parodonts und deren Therapie
Erhalt scheinbar hoffnungsloser Fälle durch Transreplantation
Ersatz nicht erhaltbarer Zähne durch Zahntransplantation
Ersatz nicht erhaltbarer Zähne durch Adhäsivbrücken
Unfälle bei der EURO 2008

Anmeldung

Lotus Treuhand AG
Angensteinerstrasse 6
4153 Reinach
Tel.: 061 402 02 00,
Fax: 061 402 02 09
E-Mail: info@Lotus-Treuhand.ch

Kursort

Universitätskliniken für Zahnmedizin
Hebelstrasse 3 CH- 4056 Basel
Kursgebühr: CHF 550.-

Alle Teilnehmer erhalten das Buch
«Unfallverletzungen der Zähne»

Spezialisten der Gerodontologie im Triopack: (von links) Christian Besimo, Ina Nitschke und Cornelius Haffner.



Optimales Transplantat: Atraumatische Entnahme mit der Zange, mit Zahnsäckchen, weit offene Foramina (Bild: © A. Filippi).

Speicheldrüsen vorhanden sind. In den meisten Fällen von schwerwiegender und dauerhafter Hyposalivation müssen Speichelersatzmittel für eine gewisse Linderung der subjektiven Symptomatik eingesetzt werden.

Nichts wesentlich Neues gibt es zur Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose (BON), gestand Prof. Klaus W. Grätz, Zürich. Nach wie vor gibt es keine evidenzbasierte Daten, keine wirksame Therapiestrategie, wobei sich in einigen Zentren ein gewisser Konsensus abzuzeichnen scheint. Prävention vor einer Behandlung mit Bisphosphonaten ist wirksam: Die Sanierung analog zu Herzpatienten erlaubt es, die Komplikationen um 76% zu senken. Die Voraussetzung für präventive Massnahmen ist, den Patienten als Risikopatienten für die Entstehung einer BON zu erkennen. Als erster Schritt muss daher die Frage nach einer Bisphosphonat-Therapie fester Bestandteil des Anamnesebogens sein. Sonst gelten die allgemeinen Richtlinien wie nach einer Radiatio. Für eine komplette Übersicht und Details: Artikel von Ch. Danemann in SMfZ 2/2008. Prof. Andreas Filippi, Basel, berichtete über die «Renaissance der Zahntransplantationen». Die wichtigsten Indikationen für Zahntransplantationen sind durch tiefe Karies geschädigte oder gar

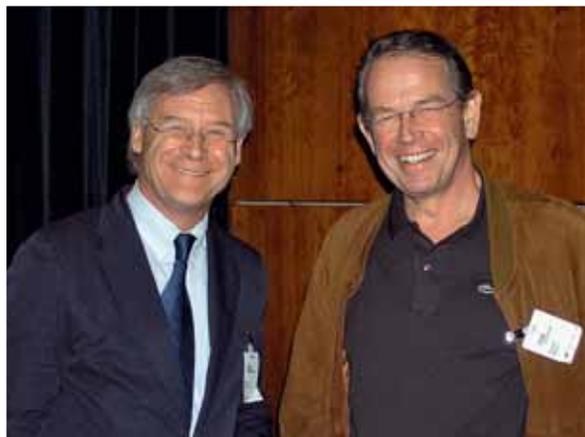
zerstörte Zähne beim Jugendlichen, Zahnunfälle, resp. deren Folgen wie Zahnverlust oder Ankylose sowie Nichtanlagen. Je nach Situation kommen als geeignete Transplantate unreife 3. Molaren, Prämolaren und Milcheckzähne (!) in Frage. Sollen bleibende Zähne transplantiert werden, müssen diese «wurzelunreif» sein, d. h. 50% bis 75% der erwarteten Wurzellänge erreicht haben, für das spätere parodontale Attachment und ein günstiges Kronen-Wurzelverhältnis auch bei Unterbrechung des Wurzelwachstums. Gefordert wird zudem ein noch weit offenes Foramen apicale (>2 mm). Die Auswahl des Transplantats basiert auf klinischen und radiologischen Kriterien wie Wurzelform, Stadium des Wurzelwachstums sowie die Möglichkeit der gewebeschonenden Entfernung, aber auch das mesio-distale Platzangebot der Empfängerstelle (grösstmögliche Kongruenz). Eine Entnahme erfolgt immer mit der Zange, nie mit einem Hebel, wenn möglich mit dem Zahnsäckchen in toto oder einem grossen Teil davon.

Für die Einheilung unter optimalen Voraussetzungen kommt die Antiresorptive Regenerationsfördernde Therapie (A.R.T.) zum Einsatz (mit Tetrazyklin, und ggf. Emdogain). Die Erfolgsraten lassen sich sehen und machen aus der Methode in

vielen Fällen eine valable Option. Zahntransplantate können fehlende Zähne bei Kindern und Jugendlichen biologisch und kostengünstig ersetzen. Erfolg und Prognose hängen wesentlich von der Technik und Erfahrung des Operateurs, der Indikationsstellung, dem richtigen Zeitpunkt und der Kongruenz zwischen Plantat und Bett. Je nach Studiendesign gibt es erhebliche Unterschiede. Nach den aktuellen Kriterien ist jedoch die Überlebensrate nach fünf Jahren bei transplantierten Weisheitszähnen und Prämolaren höher als 90 Prozent, bei Milcheckzähnen liegt sie bei etwa 75 Prozent, wobei hier Zahntrauma der häufigste Verlustgrund ist.

Themenkreis 3: Endodontologie, Operationsmikroskop, Antibiotika

Die Frage der Notwendigkeit einer medikamentösen Einlage bei einer endodontischen Revision wurde verschiedentlich kontrovers diskutiert. Nach Ansicht von Prof. Roland Weiger, Basel, kann jedoch aus der aktuellen Literatur gefolgert werden, dass eine intrakanaläre Einlage ein Muss ist. Sie soll eine antimikrobielle Wirkung entfalten, Debris und Pulpareste auflösen und das Kanallumen temporär ausfüllen. Als potenzieller «Bin Laden» der Endo wird heute Enterococcus faecalis angesehen: dieser Keim ist in 78% der WK-behandelten Zähne mit persistierender oder rezidivierender apikaler Parodontitis nachweisbar. Er steht denn auch im Fokus der Mehrzahl experimenteller Studien zur Desinfektion der Wurzelkanäle. Kalziumhydroxid und Chlorhexidin stehen im Vordergrund, wobei sich ihre Wirkungsprofile in folgenden Punkten unterscheiden: Ca(OH)₂ schneidet beim Auflösen organischer Debris besser ab als CHX. Die antimikrobielle Wirkung von CHX ist jedoch derjenigen von Ca(OH)₂ weit überlegen, insbesondere gegen Enterokokken. Sofern CHX als Gel eingebracht wird, eignen sich beide als temporäre Wurzelfüllmaterialien. Voraussetzungen für eine optimale Wirkung sind immer die vollständige Bearbeitung der erschliessbaren Kanalareale, ein optimiertes Spülprotokoll und die Entfernung der



Bitte recht freundlich: Klaus Grätz, Referent zur BON, und Marco Stocker, Mitglied der Kommission K.

Roland Weiger (l.) und Peter Velvart (r.): Konventionelle und (mikro)chirurgische Endodontologie verfolgen das gleiche Ziel.



Schmierschicht mit EDTA (15–20%). In Studien, welche gewisse Kriterien der EBM erfüllen, betragen die Erfolgsraten von Revisionen mit medikamentösen Einlagen zwischen 74% und 85% nach vier bis sechs Jahren (bis zu 10 Jahren). In Ergänzung zu diesen Ausführungen zur orthograden Wurzelbehandlung erläuterte *Dr. Peter Velvart, Zürich*, die Möglichkeiten und Grenzen der Wurzelspitzenresektion. Die Prognose der konventionellen (makro)chirurgischen Endodontie vor wenigen Jahren nur etwa 50%, gibt die heutige Literatur Erfolgsraten von über 90% an. Zu verdanken ist dieser Quantensprung der Einführung des Operationsmikroskops (Licht, Vergrößerung), dem Einsatz von ultraschallbetriebenen Instrumenten (minimaler Platzbedarf, Präzision) und biologisch optimaler Füllungsmaterialien. Mit biologisch perfekten Eigenschaften ist MTA in dieser Beziehung der unerreichte Goldstandard, auch wenn es vom Anwender einiges an Training im Handling abverlangt. Aber auch die mikrochirurgische Wurzelspitzenresektion kann und darf in keinem Fall die konventionelle, orthograde Wurzelbehandlung ersetzen!

Dr. Denis Honegger, Versoix, berichtete über seine persönlichen Erfahrungen mit dem OPM in der Privatpraxis, die weit über die Endo hinausgehen. Er kann sich eine Tätigkeit am Patienten ohne optische Vergrößerung nicht mehr vorstellen.

Durch den massiven Einsatz von Antibiotika (AB) in der landwirtschaftlichen Tierhaltung für die Nahrungsmittelproduktion stehen wir heute der ernstesten Situation gegenüber, dass eine Vielzahl von Bakterien Resistenzen entwickelt haben. Dazu beigetragen hat übrigens auch das sorglose Verschreiben von Antibiotika. In Frankreich, dem Land mit dem höchsten AB-Konsum in Europa, ist die Zahl der resistenten Stämme von *Streptococcus pneumoniae* bis über 40% gestiegen, während umgekehrt in Holland, mit dem tiefsten AB-Konsum in Europa, nur gerade etwa 1% dieses Keims resistent gegen Penicillin ist.

Prof. Jean-Pierre Bernard, Genf, meinte, es sei dringend geboten, dass sich auch Zahnärzte durch die Beachtung «Spezifischer Indikationen für Antibiose» gegen den Selektionsdruck resistenter Bakterien einsetzen nach dem Motto: «weniger, aber besser». Zudem soll eine optimale Dosis für eine möglichst kurze Dauer verschrieben werden. In der Praxis bleibt keine Zeit für eine mikrobiologische Diagnostik, geschweige denn die Anfertigung eines Antibiotogramms. In der Regel unterliegen die Behandlungen dem Wahrscheinlichkeitsprinzip. Deshalb wird oft mit Kanonen auf Spatzen geschossen. Eine prophylaktische Abgabe von AB ist in der Zahnmedizin nur gegeben, wenn das Risiko einer systemischen Ausbreitung einer Infektion zu befürchten ist (Endokarditis, Gelenkprothesen), respektive Komplikationen bei der Knochenheilung (Osteoradionekrose, Bisphosphonat-assoziierte Osteonekrosen). Für die Prävention der Bisphosphonat-assoziierten Osteonekrose empfiehlt sich eine Gabe von AB schon etwa 5 Tage vor einem geplanten zahnärztlichen Eingriff.

In seinem Referat «Pro und Kontra Endokarditisprophylaxe» empfahl *Prof. Martin Fortunat von Planta, Basel*, eine realistischen Einschätzung



Martin von Planta: Ab 1. Juni 2008 gelten in der Schweiz neue Richtlinien für die Endokarditis-Prophylaxe!

des Problems. Das Gesamtrisiko, nach einem Zahneingriff eine Infektiöse Endokarditis (IE) zu entwickeln, ist relativ klein. Verlässliche epidemiologische Daten gibt es bis anhin keine (oder sie sind extrapoliert), jedoch dürfte die geschätzte Inzidenz der IE in der Schweiz etwa 150 bis 450 Fälle pro Jahr betragen. Um eine einzige IE mittels antibiotischer Prophylaxe zu vermeiden, müssen sehr viele Menschen behandelt werden. Aus diesen Gründen postulierten schon seit einiger Zeit verschiedene Autoren, die Endokarditis-Prophylaxe auf high-risk Patienten zu beschränken. Ab dem 1. Juni 2008 ist es soweit: Die Schweizerischen Richtlinien für die Endokarditis-Prophylaxe wurden dieses Jahr aktualisiert. Sie wurden durch eine Konsensus-Konferenz erarbeitet und anschliessend durch die jeweiligen Spezialistengesellschaften abgesegnet. Sie sind im Wesentlichen beeinflusst durch die neuen amerikanischen Richtlinien, wurden aber an die Schweizer Verhältnisse adaptiert.

Endokarditis-Prophylaxe ist demnach nur bei Patienten mit hohem Endokarditis-Risiko empfohlen, d. h. Träger eines Herzklappenersatzes (Bioprothese, Homograft oder mechanische Prothese), Patienten nach durchgemachter Endokarditis und Patienten mit unvollständig korrigierten Vitien sowie Patienten mit einer neu aufgetretenen Valvulopathie nach Herztransplantation. Die roten und gelben Kärtchen der Schweizerischen Herzstiftung wurden entsprechend adaptiert. Sie enthalten die detaillierte Angaben zur Endokarditis-Prophylaxe. Weiterführende Informationen zum Thema gibt es auch im Internet unter www.swissheart.ch.

Themenkreis 4: Cracked teeth, Mikrorestorationen, Prothetik und Funktion

Dr. Stefan Hänni, Bern, definierte eingangs das «Cracked tooth syndrome» wie folgt: Gesamtheit der Symptome, welche von Zähnen mit Rissen (vom feinen Schmelzriss bis hin zur vollständigen Spaltung des Zahnes) ausgehen können. Meist handelt es sich um einen nicht präzise lokalisierten Entlastungsschmerz oder eine ebenso diffuse Hypersensibilität auf thermische und oder osmotische Reize. Ausser einer detaillierten Anamnese braucht es für die Diagnostik eine umfassende klinische (optische Vergrößerung sehr wichtig!) und radiologische Untersuchung, allenfalls auch die Entfernung bestehender Restaurationen oder das Eröffnen einer Probekavität. Iatrogene Faktoren sind eine der häufigsten Ätiologien, ganz besonders Verankerungen mit Wurzelstiften. Die grundlegenden Ziele der Therapie sind die Stabilisierung der verbleibenden Zahnhartsubstanz, Beschwerdefreiheit und Vitalerhaltung der Pulpa, sofern möglich.



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**

Einmal mehr demonstrierte *Prof. Ivo Krejci, Genf*, in seinem Vortrag «Mikroinvasive adhäsive Restaurationen» die hohe Kunst der minimal invasiven Präparation. Unter dem Operationsmikroskop entstehen unter Anwendung feinsten Bohrer und Ultraschall-Inserts wunderbar zarte, ja gar filigrane Kavität(ch)en. In absehbarer Zukunft ist auch zu erwarten, dass die rotierenden Instrumente durch den Er:YAG-Laser ersetzt werden. Der Schmelz wird nur so weit eröffnet, dass der Zugang zum kariösen Dentin gewährleistet ist. Je nach Ausdehnung der Demineralisation übersteigt die Präparation nicht mehr als eine erweiterte Fissurenversiegelung. Ist es noch nicht zu einer Kavitation gekommen, kann in den meisten Fällen auf eine approximale Eröffnung verzichtet werden – somit bleibt die Randleiste des Schmelzes erhalten. Für die Füllung von Fissuren verwendet Krejci das gefüllte Adhäsiv Optibond FL, für jene der Mikrokavitäten Filtek Silorane. Dieser Composit zeichnet sich aus durch eine minimale Polymerisationsschrumpfung

und hydrophobes Verhalten, ein wichtiger Unterschied zu anderen Materialien, bei denen es durch Wasseraufnahme zu einer Volumenexpansion kommt.

Für den rekonstruktiv tätigen Zahnarzt nimmt der prothetische Behandlungsbedarf bei Patienten im höheren Alter weiter zu. Auch im Zeitalter der Implantologie ist die Wertigkeit eines prothetischen Pfeilers – sogar nach dem Verlust der klinischen Krone – «in den meisten Fällen» hoch. Des weiteren diskutierte *Prof. Carlo Marinello, Basel*, die Paradigmenwechsel bezüglich der Behandlungsplanung und der therapeutischen Methoden.

Mit dem Verlust einer zunehmenden Zahl von Zähnen sinkt parallel auch die Kau-effizienz. Es kommt vermehrt zu Verdauungsproblemen, und die reduzierte Nahrungsaufnahme hat Auswirkungen auf den Allgemeinzustand. Aber: *Wie viele Zähne sind effektiv notwendig für die Aufrechterhaltung der oralen Funktionen?* Unter diesem Titel berichtete *Prof. Sandro Palla, Zürich*,

dass das einst kontrovers diskutierte Konzept der verkürzten Zahnreihen (SDA, shortened dental arch) heute dank verschiedenen Studien weitgehende Akzeptanz gewonnen hat. Die zahnbezogene Lebensqualität (Oral Health Related Quality of Life, OHRQoL) wird durch die fehlenden okklusalen Einheiten nicht beeinträchtigt. Patienten mit SDA zeigen eine ähnliche Prävalenz von Kiefergelenksbeschwerden wie solche mit kompletten Zahnbögen. Auch die Befürchtung von Elongationen von Molaren ohne Antagonistenabstützung ist nur bedingt erwiesen. Zunehmend wird eine Abkehr von der traditionellen bio-mechanischen Sichtweise, d. h. den reinen Ersatz von fehlenden Zähnen, zu patientenbezogenen, problemorientierten Behandlungen gefordert. Besonders bei älteren Menschen soll immer abgewogen werden zwischen dem eventuellen Gewinn an «Gesundheit», respektive Lebensqualität, und den zu erwartenden Schwierigkeiten, sich an eine neue prothetische Situation anzupassen.

Als «Take Home Messages» gab Sandro Palla den Teilnehmern folgendes mit: *«In absence of sound biological criteria for the rehabilitation of a reduced dental arch, the pros and contras must carefully be weighted against each other and the patient should be involved in the decision making process.»* Und: «Für eine Mehrzahl von Patienten genügen verkürzte Zahnreihen (mit Frontzähnen und zwei Prämolarenpaaren), um die oralen Funktionen aufrechtzuerhalten. Unsere Aufgabe ist nicht, um jeden Preis Zähne zu ersetzen, sondern wo immer möglich Zähne zu erhalten!»

Schlussbemerkungen

Die vorliegende Berichterstattung über den SSO-Kongress 2008 in Montreux erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In Anbetracht des Umfangs des wissenschaftlichen Programms war eine gewisse Selektion unumgänglich. Um den Rahmen nicht zu sprengen, umfasst dieser Bericht deshalb eine (subjektive) Auswahl spannender und interessanter Themen, die am Kongress präsentiert wurden. Der Berichtersteller zählt auf das Verständnis und die Nachsicht der an dieser Stelle nicht erwähnten Referenten und der Leser.

Komplette Informationen und grafisches Material zu allen Vorträgen werden etwa Mitte Juli in einer Online-Version auf der Homepage der SSO zur Verfügung stehen.

Und schon heute in der Agenda vormerken: Der nächste SSO-Kongress findet vom 4. bis 6. Juni 2009 in Interlaken statt, also nicht direkt an einem See, sondern zwischen Thuner- und Brienzsee. Das Thema wird sein «Konventionelle vs. innovative Konzepte – Einsatz und Gewinn».



Charmanter und reibungsloser Empfang der Teilnehmer durch die lächelnden Feen in roten T-Shirts ...

Langzeitprovisorium

Birka Dimaczek, DMD, Dr. Med Dent; Matthias Kern, DMD, Dr. Med Dent Habil:
Long-term provisional rehabilitation of function and esthetics using an extracted tooth with the immediate bonding technique
Langzeitprovisorische Rehabilitation von Funktion und Ästhetik an extrahierten Zähnen mittels sofortiger Klebetechnik
Quintessence International 39: 4, 283ff (2008)

Das Ersetzen eines fehlenden Frontzahnes mittels einer provisorischen herausnehmbaren Drahtklammerprothese kann sowohl ästhetische als auch funktionelle Nachteile mit sich bringen und daraus resultierend den Verlust von hartem und weichem Gewebe bedeuten. Eine preiswerte Alternative bildet die sofortige Eingliederung des extrahierten Zahnes mittels Klebetechnik. Obwohl diese Therapievariante seit 30 Jahren existiert, findet sie in der Praxis wenig Anwendung. Ein Fallbericht schildert die erfolgreiche Anwendung der sofortigen Klebetechnik bei einer 74-jährigen Frau, bei der die Extraktion eines Zahnes geplant ist, nachdem eine Wurzelresektion mit

eingewachsenem Knochen festgestellt wird. Der Patientin wird empfohlen, diesen extrahierten Zahn nach vorheriger Konditionierung an die Nachbarzähne zu kleben.

Ein im Labor angefertigter Inzisschlüssel aus lichtgehärtetem Material wird auf seine Passform geprüft. Wenn kein vorheriger Abdruck der Situation angefertigt wurde, lassen sich auch Schlüssel mit Bissregistrationsmittel anfertigen. Nach der Extraktion wird die Wurzel gekürzt und verbleibendes corales Pulpagewebe mittels Exstirpationsnadel von apikal entfernt, um spätere Verfärbungen durch Zersetzungs Vorgänge von organischem Gewebe zu vermeiden. Mittels Schmelz-Ätz-Technik wird die gekürzte Wurzel mit einem Dentinadhäsiv konditioniert und mit einem Komposit oval abgerundet. Die Länge der Wurzel des Zwischengliedes wird so angefertigt, dass sie 2–3 mm ohne Knochenkontakt in die Extraktionshöhle eindringt. Der Zahn wird mithilfe des inzisalen Schlüssels eingepasst. Anschliessend werden die benachbarten Zähne und das Zwischenglied mit Bürste und Bimsstein gereinigt und unter Cofferdam die benachbarten Zahnflächen angeätzt. Das Ätzgel wird mit Wasserspray entfernt, die gebondeten Oberflä-

chen mit Luft getrocknet und das in einer dünnen Schicht applizierte Adhäsiv wird polymerisiert. Danach wird das Zwischenglied mit einem niedrig-viskosen Komposit an die Nachbarzähne geklebt und polymerisiert.

Nach kompletter primärer Wundheilung und Motivation zur gründlichen Reinigung ist das klinische Erscheinungsbild sowohl nach 2-monatigem Recall als auch nach 2-jähriger Beobachtungszeit zufriedenstellend.

Klinische Studien haben gezeigt, dass an ihre Nachbarzähne geklebte extrahierte Zähne sehr erfolgreich über mehrere Jahre bestehen können. Nachteilig kann sich die geringe Bruchstärke des Komposites auswirken, wodurch das Zwischenglied verloren gehen kann. Eine Verstärkung mittels Polyethylen- oder Glasfasermaterialien kann dieses Risiko vermeiden. Die kosteneffektive Klebetechnik dient als Langzeitprovisorium. Die nicht invasive Ausführung ermöglicht bei Verlust die Planung von traditionellen Behandlungsmethoden, wie die permanente Restauration mittels Teilprothese oder Einzelzahnimplantat. Um die Haltbarkeit zu erhöhen, sollten die Patienten in Oralhygiene instruiert werden, einschliesslich Reinigung mit Dentalfloss und Interdentälbürsten.

Christian Denker, Basel

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMZ
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@smz.ch

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

Chief Editor / Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin,
Freiburgstr. 7, 3010 Bern

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; Prof. Dr. Rudolf Gmür, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel

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:

Dr. Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne; PD Dr. Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; Dr. Serge Roh, Sierre

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMZ 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 SMZ 1/2007, p. 66.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Präsident / Président: Dr. med. dent. François Keller, Delémont

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
Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Inserationstarife / 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 62 55

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.

118. Jahrgang / 118^e année; Auflage / Tirage 2007: 5700 Ex.; Postbestätigung WEMF 2007: 4795 Ex.; Pflichtabonnement: 4026 Ex.; bezahlte Abonnemente: 644 Ex.; Gratisexemplare: 125 Ex. ISSN 0256-2855