

Werbeinserate und neue Angebote auf der SSO-Website

Ab Januar 2010 wird auf der Website der SSO Werbung der Dentalindustrie geschaltet – und das virtuelle Dienstleistungsangebot erweitert.

Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst SSO

Das Inseratevolumen ist im Zuge der Wirtschafts- und Finanzkrise überall zurückgegangen. Auch

die Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin kann sich diesem Trend nicht entziehen. Hinzu



kommt, dass verschiedene Zeitschriften sich konkurrenzierend um die Inserenten bemühen. Dem Prozess eines schleichenden Rückgangs der Werbeeinnahmen aus dem Inserategeschäft will der Vorstand nicht tatenlos zusehen. Seitens der Dentalindustrie wird der Ruf nach crossmedialen Werbeangeboten immer lauter. Hier gilt es einzuhaken. Konkret heisst dies: Ab Januar 2010 wird sich auf der Website der SSO Werbung der Dentalindustrie finden. Dabei hat der Vorstand klare Leitlinien aufgestellt: Jener Teil der SSO-Website, der sich explizit an die Patienten richtet, bleibt auch künftig werbefrei. Hier gilt es, das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zu schützen. Im Bereich für SSO-Zahnärzte ist der Vorstand hingegen der Meinung, dass werbliche Informationen in einem bestimmten Umfang möglich sein müssten.

Auch sonst verändert sich auf der SSO-Website einiges: Zwei abonnierbare Newsletter (ein öffentlicher und einer für Mitglieder), ein elektronischer Veranstaltungskalender sowie ein webbasiertes Bezahlsmodul für Bezüge aus dem SSO-Shop (Saferpay) erweitern das virtuelle Dienstleistungsangebot der SSO. In der kommenden SMfZ-Ausgabe werden wir die einzelnen Elemente genauer vorstellen und deren Funktionsweise erläutern.

Mini-Homepage – Ihr Auftritt auf www.sso.ch

Die SSO bietet ihren Mitgliedern die Möglichkeit, die Dienstleistungen ihrer Praxis kostenlos auf der Website der SSO in Wort und Bild darzustellen. Sie sind damit auf der Homepage der SSO für die Patienten gut auffindbar – und wo anders soll der Patient im Internet einen Zahnarzt suchen, wenn nicht unter www.sso.ch?

Felix Adank, Presse- und Informationsdienst SSO

Beliebte Zahnarztsuche

Patientinnen und Patienten benutzen immer öfter die Funktion «Zahnarzt suchen» auf der SSO-Homepage, wenn sie eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt in ihrer Nähe finden wollen: Unsere Webstatistik registriert jeden Monat 30 000 bis 40 000 Klicks auf «Zahnarzt suchen»! Mit der verfeinerten Suchfunktion ist es möglich, SSO-Zahnärzte nach Postleitzahl, Ort oder Kanton, aber auch nach Fachgebieten (Fachzahnarzttitel oder Weiterbildungsausweis SSO), fachlichen Schwerpunkten (Kinderzahnmedizin, Implantologie) oder besonderen Dienstleistungen (Behandlungen in Narkose, Hausbesuche) zu suchen. Es kann auch abgefragt werden, welche Sprachen in der Praxis gesprochen werden. All dies finden Patienten aber nur dann, wenn das SSO-Mitglied den Fragebogen für die Mini-Homepage auf dem Internet ausgefüllt hat. Diese

Dienstleistung ist für die Mitglieder gratis und ermöglicht Patientinnen und Patienten eine verfeinerte Suche nach «ihrem» Zahnarzt.

Zusätzliche Praxisinformationen

Indem die SSO Namen und Adressen ihrer praktizierenden Mitglieder im Internet verfügbar macht und ihnen überdies eine Mini-Webseite anbietet, finden Patient und Zahnarzt schneller zusammen. In der Praxis sieht das so aus: Der Patient gelangt über die Funktion «Zahnarzt suchen» auf der SSO-Homepage zu den Suchkriterien. Er kann Postleitzahl und/oder Ort eingeben und weitere Kriterien anklicken. Daraufhin erhält er eine Liste mit allen infrage kommenden Praxen. Bei SSO-Mitgliedern, die den Fragebogen auf dem Internet ausgefüllt haben, kann er zusätzlich auf eine Seite in Wort und Bild Näheres über ihre Praxis erfahren. Bei den andern wer-

den ihm nur Name, Adresse und Telefonnummer sowie Status als Praxisinhaber oder nicht angeboten.

Gut für den Patienten – gut für den Zahnarzt

Was gut ist für den Patienten, ist auch gut für den Zahnarzt: Er erhält die Möglichkeit, eine allgemein zugängliche Werbeplattform sinnvoll zu nutzen. Die gut ausgebaute, verfeinerte Zahnarztsuche auf www.sso.ch profiliert die SSO-Mitglieder als vielseitige und qualitätsbewusste Berufsleute.

Aktion Altgold für Augenlicht

Schweizerisches Rotes Kreuz 



Postkonto: 30-4200-3
Augenlicht schenken

Die Leistungen der SSO

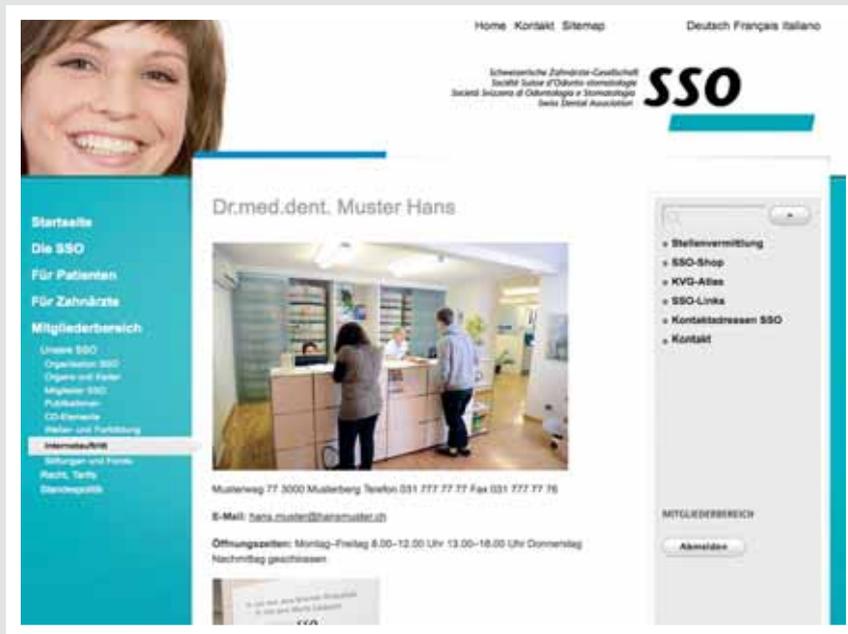
Die SSO bietet ihren Mitgliedern mit der Mini-Homepage folgende Leistungen:

- Verarbeitung der gelieferten Text- und Bild-
daten zur Verwendung im Internet
- Umsetzung der gemeldeten Änderungen

- Miete des Host
- Administration

Zum Fragebogen:

- Sie finden den elektronischen Fragebogen unter www.sso.ch/members – er wird nach dem Absenden per E-Mail an das SSO-Sekretariat geschickt.
- Bilder können in «gif»- oder «jpg»-Format an hans-caspar.hirzel@sso.ch übermittelt werden. Aus technischen Gründen können auf der Mini-Homepage *nur zwei Bilder* aufgeschaltet werden.
- Unter den Titeln «Berufliche Laufbahn» und «Besonderheiten der Praxis» können Sie freien Text einsetzen. Beschränken Sie die Textlänge auf max. 250 Zeichen! Längerer Text wird gekürzt.
- Geben Sie Ihre URL (Internetadresse) an, falls Sie einen Link auf Ihre eigene, private Homepage wünschen. Dieser Link zur eigenen Homepage ist nur möglich, wenn Sie eine Mini-Homepage einrichten lassen.
- Mit der Einsendung Ihrer Unterlagen – per Post oder elektronisch – akzeptieren Sie die «Allgemeinen Geschäftsbedingungen» (s. Kasten).



Mini-Homepage der SSO – Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Die SSO stellt ihren Mitgliedern auf der SSO-Website Raum zur Verfügung, auf dem sich die Teilnehmer in Wort und Bild gemäss Standesordnung (Codex 97) der Öffentlichkeit präsentieren können.
2. Für die Richtigkeit der Angaben auf der Website haftet nicht die SSO, sondern einzig der Teilnehmer. Dies gilt auch bei Eingriffen unbefugter Dritter.
3. Entsprechen die Angaben eines Teilnehmers nicht den Richtlinien der SSO, so werden diese grundsätzlich zurückgewiesen. In leichten Fällen kann eine Redaktion durch die SSO erfolgen.
4. Mit der Übermittlung der Angaben erwächst kein Anspruch auf Publikation. Insbesondere können aus technischen Gründen keine Terminzusagen gemacht werden; dies gilt auch für Mutationen.
5. Links auf Homepages des Teilnehmers oder eines Dritten stehen in der Verantwortung des Teilnehmers. Die SSO behält sich vor, Links auf solche Homepages abzuschalten, falls diese standespolitisch problematisch sind.
6. Es ist den Teilnehmern untersagt, im Rahmen der SSO-Website Werbung aufzuschalten.

Auskunft: Sekretariat SSO Tel. 031 311 76 28
 Münzgraben 2 Fax 031 311 74 70
 Postfach 664 E-Mail: sekretariat@sso.ch
 3000 Bern 7

ZZ-LÖSER



Zement- und Zahnsteinlöser für Ultraschallgeräte

- Zahnstein an Prothesen und orthodontischen Apparaturen wird in wenigen Minuten restlos aufgelöst.
- Nikotinbeläge werden aufgeweicht und können einfacher mechanisch entfernt werden.
- Phosphatzemente an Instrumenten, Kronen etc. werden schnell und schonend entfernt.

Lieferform: 2 x 3-Liter Kanister

Bocklerstr. 33/37 Tel. 044 3222904
 CH-8051 Zürich Fax 044 3211066
 E-Mail benzerdental@walterproducts.ch
www.benzerdental.ch



Stolpersteine und Strategien der zahnärztlichen Kommunikation

Teil 2: Der depressive Patient

Die subjektiven Wirklichkeiten von Patient und Behandler sind selten deckungsgleich. Kommunikative Probleme sind daher häufig vorprogrammiert. In Interviews mit erfahrenen Spezialisten der zahnärztlichen Kunst wurden wertvolle Strategien aus der Praxis zusammengetragen, um Patienten mit Angst, chronischen Schmerzen, Depressionen und schweren stomatologischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen möglichst effizient wieder zu einer neuen Lebensqualität zu verhelfen.

Delia Schreiber, lic. phil.

Demenz und Depression sind bei älteren Menschen die häufigsten psychischen Störungen. Allerdings gibt es Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass es im Alter sogar weniger Depressionen gibt als bei jüngeren Erwachsenen. Als gesichert gilt, dass depressive Episoden bei Frauen etwa doppelt so häufig auftreten als bei Männern. Während Männer in der Depression häufig eine Tendenz zu aggressivem Verhalten, Reizbarkeit und Aufbrausen zeigen, sind Frauen eher mutlos und verfallen in Grübeleien. Auch Kinder und Jugendliche können an einer Depression erkranken; hier ist die Diagnose al-

lerdings sehr schwierig zu stellen. Die typischen Symptome einer Depression sind:

Stimmungseinengung: Freude und Trauer werden nicht mehr richtig empfunden, auf Zuspruch ist die Stimmung nicht aufzuhellen, der Patient zeigt keine affektive Resonanz. Die Gesichtszüge wirken oft maskenhaft, die Mimik ist stark verflacht.

Antriebshemmung: Der Patient kann Dinge nicht ausführen, die er sich vorgenommen hat, bzw. schafft es gar nicht mehr, Pläne zu schmieden. Auch die kognitive Hemmung fällt in diesen Bereich. Das Denken fällt schwer, der Patient «grü-

belt im Kreis» und wird von *innerer Unruhe* gequält. Bei schweren Depressionen vernachlässigt sich der Patient, worunter auch die Mundhygiene leiden kann.

Schlafstörungen: Der 24-Stunden-Rhythmus ist gestört. Meist fühlt sich der Patient am späteren Nachmittag und Abend besser. Ihre Spitze erreichen die depressiven Symptome in der Regel einige Stunden nach Mitternacht.

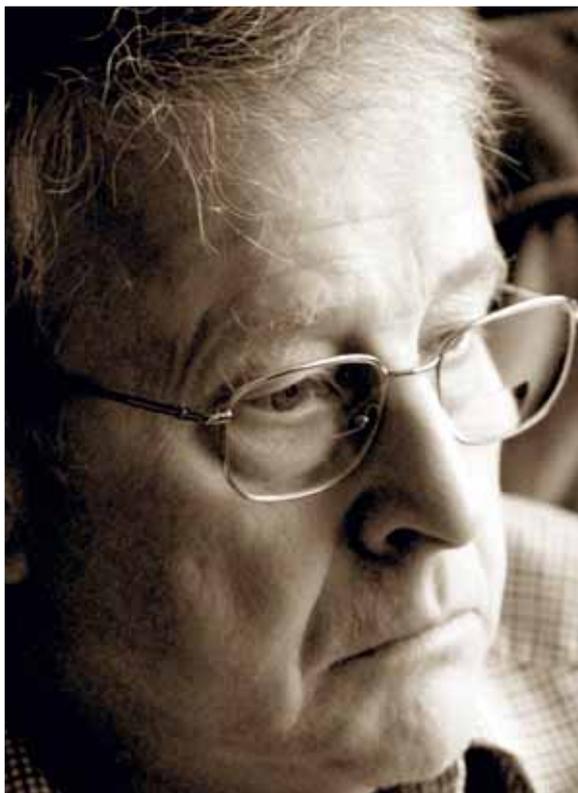
Neurologische Fakten der Depression

Die Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Die Dunkelziffer ist hoch, denn viele Depressionen werden nicht als solche erkannt. Bei jeder bekannten Form der Depression ist der Spiegel der Neurotransmitter Noradrenalin oder Serotonin zu hoch oder zu niedrig, oder die Resorptionsfähigkeit der Synapsen ist verändert. Ob diese Veränderungen Ursache oder Wirkung der Depression sind, ist nach wie vor unklar. Blut und Urin zeigen in der Regel erhöhte Werte des Stresshormons Cortisol. Der Mangel an Serotonin wird häufig begleitet von einem Mangel an Omega-3-Fettsäure. Die Verabreichung der Fettsäure scheint zur Erhöhung des Serotoninspiegels beizutragen. Die orthomolekulare Medizin begegnet der Depression ausserdem mit den Aminosäuren Tyrosin oder Phenylalanin (L-Form), da diese im Körper in Noradrenalin und Dopamin umgewandelt werden. Tryptophan ist ein wichtiger Baustein des Serotonins. Es kann dem Körper – im Gegensatz zum Serotonin selbst – zugeführt werden. Z. B. Cashewnüsse und Hühnerfleisch sind hier geeignete Lieferanten.

Schwer zu erkennen: die Depression hinter der Maske

Depressive Erkrankungen können auch mit körperlichen Symptomen einhergehen. Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, «Kummerspeck» oder Schmerzen in unterschiedlichen körperlichen Regionen gelten als klassische Manifestationen. Die veränderten neurologischen Bedingungen beim Depressiven können dazu führen, dass Schmerz anders empfunden wird als beim Gesunden. Während beim Gesunden gewisse Schmerzsignale neuronal ausgefiltert werden, kann diese Filterung beim Depressiven scheitern. Die Schmerzen werden anders, häufig intensiver und quälender, empfunden. Unklare Beschwerdebilder mit Schmerzen und vielfältigen Missempfindungen sind typisch für eine Depression. Da die Schmerzen häufig im Kopfbereich siedeln, sind hier die Zähne, Kieferregion und Gesichtsnerven nicht selten mit betroffen.

Für den Zahnarzt wichtig zu kennen, ist die sogenannte Somatisierung des psychischen Leidens, früher sprach man von der «larvierten De-



Bei älteren Menschen ist es oft wichtiger, über die Lebenssituation und die Ernährung zu sprechen als über die Zahnbehandlung.

pression». Sie äussert sich primär durch körperliche Symptome, hinter denen sich die emotionalen und kognitiven Aspekte der Depression wie hinter einer Larve verstecken können. *Professor Dr. med. dent. Christian Besimo* (Universitätsklinik für Zahnmedizin, Basel/Aeskulap Klinik, Brunnen) weist auf die Unterschiede von Schmerzen beim Gesunden und beim Depressiven hin:

«Eine Depression kann sich auch hinter Zahnschmerzen verstecken. Ein Depressiver, der beispielsweise orale oder okklusale Parafunktionen ausführt, bedingt durch bestimmte Stressoren, die mit der Depression zusammenhängen, zeigt unter Umständen eine andere Schmerzempfindung als der Gesunde. Der Depressive beschreibt hier Zahnschmerzen, die denen einer Pulpitis ähnlich sein können. Lässt man sich nun auf eine somatische Behandlungsschiene ein und therapiert den Zahn, kann dies zu einer somatischen Fixierung der psychischen Krankheit führen.»
Der Patient erhält die Möglichkeit, seine psychische Krankheit hinter einem somatischen Leiden zu verstecken. Er tut dies nicht bewusst. Ein solcher Prozess ist Teil des Krankheitsgeschehens. Die Symptome jetzt noch zu beherrschen, ist sehr schwierig. Besimo fordert deshalb zu interdisziplinärer Diagnostik und Behandlung auf: «Deshalb ist es wichtig, dass der Zahnarzt eine Depression erkennen kann. Die Diagnose müssen wir nicht stellen, das fällt nicht in unseren Kompetenzbereich. Aber den Verdacht zu äussern und parallel eine ärztliche oder psychiatrische Abklärung zu veranlassen, bevor wir intervenieren, ist unerlässlich. Sonst besteht die Gefahr von irreversiblen Behandlungsmassnahmen, ohne gesicherte Erkenntnis, dass die Beschwerden tatsächlich eine somatische Ursache haben.»

Alter und Depression

Die somatisierte Depression wirft bei der Behandlung weitere Probleme auf, vor allem dann, wenn die physischen Symptome schon länger bestehen. *Dr. med. dent. Joannis Katsoulis* (Klinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Bern) erklärt: «Schwierigkeiten gibt es oft auch mit Patienten, welche starke Schmerzen über einen längeren Zeitraum erleben müssen. Zum Teil sind diese bedingt durch eine ungenügende Mundhygiene und können im akuten Zustand zu umso grösseren Beschwerden führen. Ein wichtiges Mittel zur Schmerzkontrolle ist die Aufklärung zur Ätiologie und die Hygieneinstruktion. Die Patienten sind oft jedoch nur schwer zu motivieren, selber eine aktivere Rolle in ihrem Hygieneverhalten einzunehmen.»
Aber nicht nur bei depressiven Patienten, sondern auch bei älteren Menschen braucht es häufig eine grosse Portion an Einfühlungsvermögen und

kreativem Denken bei der Behandlung. Ob ältere Menschen tatsächlich mehr unter Depressionen leiden, ist umstritten. Es gibt Untersuchungen, die gegenteilige Tendenzen zeigen. Wohl aber geraten ältere Menschen in unserem Kulturkreis häufig in eine soziale Isolation. Dies allein kann arg auf die Stimmung drücken. Christian Besimo ist es wichtig, die Situation unserer Senioren differenziert zu betrachten: «Gerade bei älteren Menschen bin ich immer wieder erstaunt, wie somatisch wir Zahnärzte denken: So wird häufig Zahnverlust unreflektiert als alleinige Ursache von Appetitmangel angesehen. Dabei wird die psychosoziale Lebenssituation von betroffenen älteren Menschen einfach ausgeblendet und zum Beispiel übersehen, dass Mahlzeiten nur noch allein eingenommen werden – Grund genug, die Freude an einer gesunden Ernährung zu verlieren. Die Mundgesundheit ist somit nur ein Faktor von vielen, die bei der Abklärung einer Malnutrition berücksichtigt werden müssen. Oft ist es bei älteren Menschen in der rekonstruktiven Zahnmedizin wichtiger, über die Lebenssituation und die Ernährung zu sprechen als über die Art der rekonstruktiven Lösung. Solche Aspekte kommen in der Zahnmedizin nach wie vor zu kurz.»

Die Kommunikation gestaltet sich in diesen Situationen häufig nicht ganz einfach. So meint Katsoulis: «Es gibt ältere Menschen, welche in jungen Jahren nicht in den Genuss der heutigen Prophylaxemassnahmen kamen und kein ausgeprägtes Mundhygienebewusstsein haben. Sie sind oft Prothesenträger und haben sich an eine stetige Verschlechterung der prothetischen Situation gewöhnt. Sie lassen kaum jemanden Einfluss auf diese Situation nehmen und wenn doch, dann verstehen sie nicht, warum sie sich regelmässig einer Nachkontrolle unterziehen soll-

ten: Es hat ja ein Leben lang irgendwie ohne geklappt.»

In diesen schwierigen Behandlungssituationen ist es wichtig, die Aufmerksamkeit zuerst einmal auf sich selbst zu lenken, bei sich selbst zu bleiben, denn Frustration und Ärger sind hier vorprogrammiert. Wie reagiert man als Behandler in einer solchen Situation innerlich? Kurz und anschaulich beschreibt dies Joannis Katsoulis – eine Antwort, mit der sich wahrscheinlich jeder Behandler identifizieren kann: «Man bemüht sich mehr, ist oft erstaunt, aber auch gestresst oder sogar verärgert über die Haltung der Patienten. Man versucht sich auf einem anderen Erklärungsweg zu nähern, was nicht immer gelingt.»

Vertrauen – die Basis einer gelungenen Behandlung

Wie lassen sich diese schwierigen Kommunikationssituationen erfreulicher gestalten? Was ist die Voraussetzung? Unsere Experten waren sich einig: Vertrauen ist der Schlüssel zur Kommunikation mit dem Patienten. Christian Besimo betont zudem die Wichtigkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit: «Schwierige Situationen entstehen immer dann, wenn ein Vertrauensverhältnis nicht aufgebaut werden kann. Dies ist häufig bei oralen Somatisierungsstörungen in Zusammenhang mit einem depressiven Leiden der Fall, weil eine emotionale und soziale Resonanz zwischen Patient und Zahnarzt nur schwer entstehen kann. Diese Patienten fühlen sich häufig missverstanden, denn sie sind davon überzeugt, an einer somatischen Krankheit zu leiden. In diesen Fällen ist eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten und weiteren Fachpersonen ausserordentlich wichtig.»

Den Patienten vom Gegenteil zu überzeugen, braucht häufig eine spezielle kommunikative

Gebote und Verbote in der Kommunikation mit dem Patienten

- + Das Gespräch lenken und führen
- + Zu Beginn den Patienten aussprechen lassen (oft dauert es nicht mehr als 3–4 Minuten, auch wenn es den Anschein macht, als wolle der Patient nie aufhören zu reden: es lohnt sich zuzuhören, denn so kann er alles sagen, was ihm wichtig ist)
- + Bei offensichtlich nicht zum Problem gehörenden Themen den Patienten höflich aber bestimmt unterbrechen und aufs eigentliche Problem zurückführen
- + Klare Formulierungen, einfache und verständliche Sprache
- + Bestimmte und korrekte Argumentation
- + Gespräch am Tisch oder in aufrechter Position auf dem Behandlungsstuhl; gleiche Augenhöhe
- + Gelegenheit für Rückfragen geben
- Unverständlicher Fachjargon vermeiden
- Schnelle Entscheidungen verlangen
- Den Patienten in liegender Position informieren
- Nicht erfüllbare Hoffnungen die Behandlung betreffend bestehen lassen
- Die Gesprächsführung dem Patienten überlassen
- Keine Gelegenheit für Rückfragen geben

(nach Joannis Katsoulis)



Stephan Gottet: «Was wir Zahnärzte häufig falsch machen, ist, dass wir nicht auf Augenhöhe kommunizieren. Die Patienten sitzen und wir überragen sie, weil wir stehen.»

Schulung und manchmal auch medikamentöse flankierende Massnahmen, um den Patienten überhaupt wieder auf eine kognitive Ebene zu bringen, in der er das Problem verstehen und entscheiden kann.

Die innere Haltung zum Heilen, zum Patienten besitzt eine Schlüsselfunktion, wie Besimo erklärt: «Wir Zahnärzte haben ein sehr somatisches Verständnis von Heilen und Helfen. Das zieht häufig ein irreversibles, invasives Handeln nach sich. Wenn wir nicht mehr wissen, wie somatisch zu intervenieren ist, fühlen wir uns sehr rasch hilflos und überfordert. Gerade bei Patienten in höherem Alter mit Mehrfacherkrankungen oder Patienten mit chronischen Schmerzen ist oft Demut gegenüber unserem somatischen Können gefordert. Hier vermag das vermeintlich Wenige, nämlich die Fähigkeit, zuhören sowie Empathie und Zuwendung schenken zu können, vielfach weit mehr zu helfen.»

Eine heilsame Beziehung herstellen

Viele Studien der letzten Jahrzehnte bestätigen die heilsame Wirkung einer guten Therapeuten-Patienten-Beziehung. Es hat sich sogar herausgestellt, dass die Qualität dieser Beziehung in der Psychotherapie einen heilsameren Effekt hat als die Technik selbst. Damit kann auch die heilende Wirkung von Worten gross sein. Wenn sich der Zahnarzt bewusst wird, wie viel er durch Verständnis, das Anerkennen des Leidens seines Patienten, mit Empathie und reinem Zuhören erreichen kann, steht ihm damit ein ganz neues Therapieinstrument zur Verfügung: die Sprache

und die innere Haltung des Begleitens. Zuhören ist nicht immer einfach: Der Zahnarzt ist darauf geschult, mit einem «Diagnoseohr» hinzuhören. Schweift der Patient vermeintlich ab, unterbricht man ihn verständlicherweise, um die relevanten Informationen für einen Diagnoseverdacht zu vervollständigen. Untersuchungen zeigen, dass der Arzt im Durchschnitt 22 Sekunden zuhört, bis er den Patienten unterbricht. In der Regel braucht der Patient aber nur 90 Sekunden, um zu sagen, wo der Schuh drückt. Die meisten Patienten beginnen mit dem Formulieren ihrer Beschwerden erst auf dem Stuhl, daher sind die Aussagen selten strukturiert. Für den Behandler gilt es, diesen vielleicht etwas chaotischen Anfangsmonolog auszuhalten und erst nach dessen Ende Fragen anzubringen. Dieses Vorgehen – vor allem, wenn der Arzt ihm dabei auch noch mit zugewandtem Körper aufmerksam in die Augen schaut – bewirkt beim Patienten das Gefühl von Wertschätzung, Achtung. Es ist der erste Schritt dahin, sich verstanden und angenommen zu fühlen: die Basis für Vertrauensaufbau und Heilung, gerade dann, wenn psychische Faktoren mitspielen.

Dr. med. dent. Stephan Gottet (Bremgarten, Mitglied der SGZBB, der Schweizerischen Gesellschaft

für die zahnärztliche Betreuung Behinderter und Betagter, Mitherausgeber des PARTicipation und Mitwirkender bei Entwicklungsprojekten in Tansania und in den Slums von Nairobi) erwähnt, wie wichtig die Kongruenz von innerer und äusserer Haltung dem Patienten gegenüber ist: «Eigentlich geben wir ja nur Informationen weiter. Was wir häufig falsch machen, ist, dass wir nicht auf Augenhöhe kommunizieren. Die alte Dame sitzt, und wir überragen sie, weil wir stehen. Wir sollten zusammen sitzen, körperlich auf Augenhöhe gehen. Die gleiche Augenhöhe sollte aber auch eine innere Haltung sein. So können wir wirklich auf den Patienten zugehen – auf die Höhe seiner Emotionalität.» Die achtungsvolle Haltung dem Patienten gegenüber fängt aber lange vor dem Behandlungsstuhl an, wie Gottet weiter ausführt: «Kommunikation muss im ganzen Team passieren. Die Haltung des Teams gegenüber dem Patienten ist ganz wichtig. Er muss liebevoll betreut werden, bevor er auf den Stuhl kommt, sonst ist alles verkachelt. In der Kommunikation mit dem Patienten versuche ich, mich selbst zu negieren. So kann ich mich in den Patienten hineindenken. In diesem Perspektivenwechsel liegt ein grosser kommunikativer Reichtum.»

Unterstützende Fragen zum Erkennen einer Depression

- Können Sie sich noch freuen?
- Fühlen Sie sich elend, zerschlagen, wie schwer erkrankt – jedoch ohne entsprechenden Grund?
- Fällt es Ihnen in letzter Zeit schwer, Entscheidungen zu treffen?
- Haben Sie das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen zuvor viel bedeuteten?
- Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Grübeln?
- Haben Sie oft das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?
- Fühlen Sie sich müde, schwunglos, kraftlos – und zwar ohne vorangegangene Anstrengung?
- Können Sie nicht mehr schlafen (erschwertes Einschlafen, zerhackter Schlaf, quälendes Früherwachen mit morgendlichem Stimmungstief)?
- Spüren Sie immer wieder anhaltende, schwer zu beschreibende Druckgefühle, Missempfindungen, Schmerzen, besonders im Kopf, in der Brust, im Rücken?
- Haben Sie keinen Appetit mehr, evtl. an Gewicht verloren?
- Haben Sie seit einiger Zeit Probleme in sexueller Hinsicht?

Quelle: www.medizininfo.de



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



Bargeld knapp?

Fragen Sie uns.

www.dentakont.ch

Hoewa Dental-Instrumente

Postfach 161
CH-9404 Rorschacherberg

Tel. 071 890 00 40
Fax 071 890 00 41

Standort: Unterer Kapf 308, CH-9405 Wienacht

Internet: www.hoewa.ch

E-Mail: hoewa@hoewa.ch

Ihr Partner für den Kauf und die Reparatur aller gängigen Hand- und Winkelstücke, Turbinen, Motoren und Schläuche der Zahnarztpraxis sowie Technik-Geräte des Labors!



Planen Sie einen Praxisumbau?



DENTALBOX

Arbeiten Sie während der Umbauphase in der DentalBox!

www.dentalbox.ch info@dentalbox.ch Ein Produkt von Artiv Innenarchitektur AG

STERILISATIONSKONTROLLE

Auch Sie sollten Hygienemassnahmen in Ihrer Praxis kontrollieren und dokumentieren können



NBB Biotech GmbH • Bd de Pérolles 80 • CH-1705 Fribourg • Tel. 0800 622 246 • Fax 026 429 68 90 • nbb_biotech@bluewin.ch • www.nbbbiotech.com



NBB Biotech
Sporen-Teststreifen



Bioview™-
Ampullen



TST A und TST B «Prion»-
Integratoren



CROSSTEX®
Sure-Check



forté Zahnaufhellungssystem
© 2014/2015

Der Besuch einer Fabrik für künstliche Zähne der Heraeus Kulzer

Eine Herbstfahrt ins bayerische Wasserburg

Beim Rundgang in der Heraeus-Kulzer-Produktionswerkstätte für künstliche Zähne wurde dem Besucher rasch klar, dass das Wort Kunstzahn von Kunst kommt. Es sind kleine Meisterwerke, eingefärbt mit lediglich sieben verschiedenen Pigmenten, mit denen jede beliebige Farbe gemischt werden kann.

Delia Schreiber, lic. phil.; Text und Bilder

Kennen Sie den Begriff Serendipity?

Es gibt dafür keine passende deutsche Übersetzung. Der amerikanische Soziologe Robert K. Merton (1910–2003) machte diesen Begriff weltweit bekannt. Serendipity bedeutet, dass man systematisch nach etwas sucht, dann aber etwas findet, wonach man nicht gesucht hat. In der Welt der Erfindungen wurden auf diese Weise ganz nebenher der Klettverschluss, die Post-it-Zettelchen, der Sekundenkleber, Nylonstrümpfe und Viagra entdeckt, um nur ein paar zu nennen. Wer sucht, der findet. Aber vielleicht etwas anderes, etwas noch Schöneres, noch Beglückenderes, als er eigentlich gesucht hat.

So kann einem allerlei Unerwartetes begegnen, an einem Tag, der dafür reserviert ist, ins bayerische Wasserburg im Vierländereck am Bodensee zu fahren, um eine Zahnfabrik des Familienunternehmens Heraeus Kulzer zu besichtigen. Während der Bus Kurs in Richtung Bregenz nimmt, werden Gipfeli und Kaffee kredenzt. Dabei beweisen der Geschäftsführer Werner Brand und der Leiter der Dentalprodukte Andy Gschwend erstaunliche Standfestigkeit in den Kurven. Eine frühmorgendliche Busfahrt ist hervorragend dafür geeignet, die Gedanken fliessen und die Augen über die Landschaft schweifen zu lassen. Der Herbsttag zeigt sich in den schönsten Farben, hie und da ein bisschen ins Pastell gemischt dank dem zarten Oktoberdunst, der über den Wiesen hängt. In das meditative Schauen drängen sich ein paar Gesprächsfetzen der Mitreisenden: Mitte des Lebens, Umwälzungen, globale Wirtschaftskrise. Schwere Themen für so einen heiteren Herbstmorgen.

Erfolgreiche Gastrokonzepte statt Zahntechnik

Die künstlichen Zähne sind noch in weiter Ferne und sollen den Tag wohl auch nicht allzu sehr beherrschen, denn uns wird nicht nur das Thema Heraeus in Aussicht gestellt, sondern auch eine Menge Allgemeinbildung. Der verteilte Wettbewerb fragt nach dem Namen des Bonding-Materials «für die Ewigkeit». Die Autorin ist keine Zahnärztin, dafür immer wieder als Paarcoach unterwegs – da wäre dieses Material ganz hilfreich. Aber Heraeus macht nicht nur Zähne. Welt-

weit sind über 11 000 Mitarbeitende – eine stolze Zahl für ein Familienunternehmen – in Sachen Forschung und Entwicklung für Weltraumtechnik, Katalysatoren, Lichtleitfasern, Dental- und Medizintechnik, um nur einige zu nennen, beschäftigt.

Die Bodenseeregion zeigt sich wieder in wunderbaren, sonnenbeschienenen Herbstfarben. In einem Restaurant mit familiärer Atmosphäre findet sich Zeit für gemeinsame Gespräche. Zahntechnik steht nicht im Vordergrund, sondern erfolgreiche Gastrokonzepte. Die eine oder andere Empfehlung tönt einfach verlockend. Der Fisch auf dem gegenwärtigen Teller ist allerdings auch nicht zu verachten.

Die künstlichen Zähne von Heraeus

Nur ein paar Minuten vom Restaurant steht die Heraeus-Produktionswerkstätte. Die Schweizer Tochter als eigenständige Aktiengesellschaft in Dübendorf gibt es erst seit ein paar Jahren. Hier in Wasserburg werden künstliche Zähne hergestellt. Die Augen von der südbayerischen Landschaft zu wenden, fällt nicht leicht. Wir beneiden unseren Erlenbacher Buschauffeur, denn dieser macht ganz im Sinne der Life-Work-Balance einen ausgedehnten Spaziergang durch die *rolling hills* von Wasserburg. Wir begeben uns derweil in die Fabrik. Klein, aber fein. In der Eingangshalle stehen Vitrinen mit fossilen Mammut- und Hai-fischzähnen. Zum Anfassen sind die einzelnen Produktionsschritte auf dem nun folgenden Rund-

gang. Dem Betrachter wird nach und nach klar, dass das Wort Kunstzahn von Kunst kommt; kleine Meisterwerke, eingefärbt mit lediglich sieben verschiedenen Pigmenten, mit denen jede beliebige Farbe gemischt werden kann. Ein A3 zum Beispiel braucht alle Farbpigmente bis auf das blaue. Die Zähne von Heraeus Kulzer werden mit dem sogenannten INCOMP-Verfahren (Injection-Compression) hergestellt. Dies, da das verwendete Polymethylacrylat bei der Polymerisation um bis zu fünf Prozent schrumpft. Heraeus Kulzer rühmt sich, in dem INCOMP-Verfahren ein sicheres Mittel gegen den Schrumpf zu verwenden. Es unterscheidet sich von anderen Herstellungsverfahren in zwei Dingen. Erstens wird das Dentinmaterial in die Zahnform injiziert und komprimiert. Die Zahnform wird bei diesem Verfahren vollständig gefüllt. Gasblasen und Schrumpfung sind nicht möglich. Zweitens entstehen bei den CAD/CAM-gefertigten Werkzeugen sehr dünne Pressfahnen, welche approximal kaum zu erkennen sind. Sie sind auch bei der individuellen Aufstellung der Zähne nicht sichtbar. Die Nanopearl-Zähne werden in bis zu vier Schichten hergestellt, was zu mehr Lebendigkeit und Ähnlichkeit mit dem natürlichen Zahn führt. So ist der Zahn auch individuell beschleifbar, denn Farbe und Tiefenwirkung überdauern diesen Prozess durch die vielfache Schichtung. Die Qualität von Zahnform und Zahnfarbe bleibt – egal in welcher Grösse –, weil das bilaterale Digitalisieren immer reproduzierbar ist. Ein vielfältiger Formenpark steht zur Verfügung. Die Biokompatibilität und Qualität sind nach DIN und ISO zertifiziert.

Selbst Gezapftes schmeckt einfach besser

Unser ausbalancierter Buschauffeur fährt uns zur Gasthaus-Brauerei Max und Moritz in Kressbronn. Die Teilnehmer werden auf humorige Art in die Kunst des Bierbrauens eingeweiht. Wenn auch das anschließende Abfüllen in Bügelflaschen noch nicht bei jedem ohne Spritzen und Zischen



Die Teilnehmer werden in die Kunst des Bierbrauens eingeweiht.

Notfälle in der Zahnarztpraxis

Wie reagiere ich, wenn ein Patient eine Angina pectoris erleidet?

Starke retrosternale, brennende Schmerzen hinter dem Brustbein, die bis in den Hals, den linken Unterkiefer, in die linke Schulter und in den Arm, aber auch in Rücken und Oberbauch ausstrahlen können, sind Anzeichen für eine Angina pectoris. Der Patient hat zwar keine echte Atemnot, hält aber seinen Atem oft an, weil tiefe Atemzüge schmerzen. Meistens dauern die Schmerzen weniger als fünf Minuten. Die Angina pectoris resultiert aus einer Hypoxämie des Herzmuskels. In 90% der Fälle sind sklerotische Veränderungen der Koronarien der Grund, aber auch Spasmen der Herzkranzgefäße können eine Angina pectoris auslösen. Sie tritt zuerst unter körperlicher Belastung, verstärkt nach Einnahme einer Mahlzeit und in der Kälte oder bei Schmerz auf, sistiert bei Abbruch der Belastung sofort und reagiert prompt auf Nitroglycerin. Männer sind viermal häufiger betroffen als Frauen. Zu den Risikogruppen gehören:

- Diabetiker,
- Hypertoniker sowie
- Patienten mit Herzfehlern.

Patienten kennen in der Regel diese Anfälle und wissen, wie sie sich verhalten müssen. In den meisten Fällen führen sie ihr Medikament mit sich. Lagern Sie den Patienten so, dass er sich wohl fühlt (meistens halbsitzend).

Lassen Sie den Patienten Sauerstoff atmen, und verabreichen Sie ihm sofort Nitroglycerin entweder Nitrolingual als Spray (1–2 Sprühstöße, 1 Sprühstoss = 0,4 mg) oder sublingual als eine im Mund zerbissene Kapsel (1 Kapsel = 0,8 mg). Dies wirkt in wenigen Sekunden krampflösend auf die Herzkranzgefäße. Klingen die Schmerzen nach 20 Sekunden nicht ab, geben Sie dem Patienten nach einer Minute eine zweite Kapsel resp. einen zweiten Sprühstoss. Dauert der Schmerz trotz Nitrolingual weiter an, muss man an einen Herzinfarkt denken und einen Notarzt rufen.

Achtung: Bei Patienten, die Viagra verwenden, ist Nitroglycerin mindestens 24 Stunden nach Einnahme absolut kontraindiziert, da eine schwere therapieresistente lebensbedrohende Hypotonie auftreten kann. Auch Alkohol kann die Nitratwirkung verstärken.

Quelle: SSO-Notfallkurs

Weiterführende Informationen finden Sie im virtuellen SSO-Notfallkurs auf der Website der SSO unter:
www.sso.ch/sso_course/index.htm



vonstatten geht, so ist doch jedem seine eigene Flasche zum Mitnehmen sicher. Inzwischen ist es dunkel, und das typisch bayerische Buffet lockt. Die beschwerlichen Themen der morgendlichen Busfahrt sind längst umfassender Lebensfreude gewichen.

Auf der Rückfahrt wird mit Erstaunen festgestellt, wie viel einem auf einer solchen Zahnfahrt doch aufgehen kann. Im Sinne von Serendipity eben. Zum Beispiel, dass Hopfen bis zu neun Meter hohe Ziehstangen braucht und nur der weibliche Hopfen zum Bierbrauen taugt: «Deshalb reden wir Männer so viel, wenn wir Bier trinken!», dämmerte es einem Mitreisenden. Dass selbst gezapftes Bier besser schmeckt als fremd gezapftes. Wie viel Menschliches sich mit künstlichen Zähnen verbinden lässt. Und dass es ein Bonding-Material für die Ewigkeit gibt. Woraus dies gemacht ist, muss jeder für sich selbst entdecken. Gedankt sei an dieser Stelle Heraeus Kulzer für einen wirklich horizonterverweiternden, unbeschwernten Tag.



Traumhafte Abendstimmung in Südbayern

ZMK – Zahnmedizinische Kliniken Bern:
Verleihung des Paul-Herren-Awards 2009

«Interdisciplinary Cooperation – The Dentistry for the Future»

Für den Preisträger des ersten Paul-Herren-Awards, Prof. Bjørn Zachrisson gilt das Motto: «The sky is the limit». Denn für ihn ist die Zahnmedizin und insbesondere die Kieferorthopädie nie so spannend gewesen wie zum heutigen Zeitpunkt.

Dr. med. dent. Pascal Menzel, ZMK Bern (Fotos: zvg)



Prof. D. Buser eröffnete im Berner Kursaal die erste Verleihung des Paul-Herren-Awards.

Prof. André Schröder, die Zahnmedizin in die medizinische Fakultät der Universität Bern zu etablieren. Mit seiner Forschung und dem Berner Aktivator erlangte Prof. Herren, und dank ihm auch die ZMK Bern, weit über die Landesgrenzen hohe Bekanntheit. Ihm sei es unter anderem zu verdanken, dass die Zahnmedizinischen Kliniken Bern zu den Top-Ten-Ausbildungsstätten gehören. Deshalb sei es für die ZMK wichtig, sich an ihre Geschichte zu erinnern.

Professor Christos Katsaros, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern, würdigte den diesjährigen Preisträger. Neben seiner Tätigkeit als Professor in Kieferorthopädie an der Universität Oslo führe Bjørn Zachrisson noch eine Privatpraxis. Seine Publikationsliste umfasse mehr als 250 wissenschaftliche und klinische Artikel in internationalen Zeitschriften und Fachbüchern der Kieferorthopädie, Parodontologie, Traumatologie und allgemeinen Zahnmedizin. Er habe zahlreiche prestigeträchtige Preise erhalten und sei Ehrenmitglied in vielen kieferorthopädischen Gesellschaften. Prof. Katsaros hob weiter hervor, dass der Preisträger zu den angesehensten zeitgenössischen Kieferorthopäden gehört und mit

seinen Arbeiten über Ästhetik und interdisziplinäre Erwachsenenbehandlung, fest sitzende Retention sowie «Orthodontic Excellence» Generationen von Kolleginnen und Kollegen motiviert und beeinflusst habe.

Schliesslich übergab Professor Peter Eggli, Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Bern, den Preis an Professor Bjørn Zachrisson, welcher sichtlich gerührt war. Er bedankte sich sehr herzlich, erwähnte seine verschiedenen guten Beziehungen zu Bern und hielt im Anschluss einen 90-minütigen Vortrag zum Thema «Interdisciplinary Cooperation – The Dentistry for the Future». Die aus der ganzen Schweiz nach Bern angereisten Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fachrichtungen hörten dem routinierten Redner mit grossem Interesse zu. Für Prof. Zachrisson gilt das Motto: «The sky is the limit», denn für ihn seien die Zahnmedizin und insbesondere die Kieferorthopädie noch nie so spannend gewesen wie zum heutigen Zeitpunkt. Er plädierte deshalb für eine intensive und fachübergreifende Zusammenarbeit mit Zahnärzten und Zahntechnikern, um die bestmöglichen Resultate zu erreichen. In seinem Vortrag sprach er dann über drei verschiedene Themenbereiche:

Bei der Vorbereitung zur Implantation könne mit dem Prinzip der selektiven Extrusion eines zu extrahierenden Zahnes einerseits die vertikalen Knochenverluste reduziert und andererseits die gingivalen Verhältnisse optimiert werden. Der so gewonnene Knochen zeige zudem bessere Qualität als das üblich verwendete Augmentationsmaterial. Durch mesio-distale Zahnbewegungen könne ebenfalls in der Horizontalebene Knochen gewonnen werden, sodass ein besseres Knochenbett für die anschliessende Implantation resultiere. Auch das Aufrichten von mesial gekippten Molaren führt neben der Lückenöff-



Am 3. Dezember 2009 wurde zum ersten Mal der Paul-Herren-Award verliehen. In Erinnerung an die Verdienste von Professor Paul Herren (1913–2008) hat die Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern diesen Preis gestiftet, der jährlich an Persönlichkeiten der Kieferorthopädie zur Anerkennung herausragender Leistungen in Lehre, Klinik oder Forschung vergeben wird. Der Preisträger 2009 war Prof. Bjørn Zachrisson aus Oslo (Norwegen).

Professor Daniel Buser, Geschäftsführender Direktor der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern, begrüsst im Berner Kursaal die 220 Gäste und blickte auf die Zeit zurück, als Professor Herren von 1954 bis 1981 Direktor der Klinik für Kieferorthopädie war. Dieser hatte sich am Aufbau und an der Etablierung der Kieferorthopädie als Spezialdisziplin in der Schweiz massgeblich beteiligt. Daneben gelang es ihm mit



Der Dekan der medizinischen Fakultät Prof. P. Eggli (links) und Prof. B. Zachrisson bei der Preisübergabe



In seinem Vortrag sprach Prof. B. Zachrisson u. a. über die Frontästhetik bei Nichtanlagen.

nung zu einem verbesserten Implantationssitus. Nicht zu vergessen sei die Tatsache, dass nach seiner Insertion das Implantat als Verankerung dienen könne, um Zähne und Zahngruppen zu bewegen und so verbleibende Lücken zu schliessen.

Zum Thema minimal invasive restaurative Zahnheilkunde zeigte Prof. Zachrisson anhand von mehreren Beispielen, wie er mit seinem Team die Frontästhetik mithilfe von Kompositaufbauten oder Veneers verbessern kann. Dabei favorisierte er die Veneers, da schönere Resultate erzielt werden könnten.

Im dritten Teil zeigte er verschiedene Strategien bei fehlenden Inzisiven aufgrund von Nichtanlagen oder traumatisch bedingten Zahnverlusten.

Zuerst schilderte er die Vor- und Nachteile der Implantate in der ästhetischen Zone und präsentierte dann Alternativen zu Implantaten. Anhand von mehreren klinischen Beispielen zeigte er den orthodontischen Lückenschluss, wo die Implantate anschliessend im posterioren Bereich gesetzt wurden. Als weitere Alternative nannte er auch die Autotransplantation und zeigte anhand von zwei Beispielen die Transplantation eines resp. zweier Prämolaren anstelle von avulsierten zentralen Inzisiven.

Prof. Zachrisson beendete seinen Vortrag auf emotionale und gleichzeitig witzige Art und Weise. Diese sehr erfolgreiche Veranstaltung wurde anschliessend mit einem reichhaltigen Apéro abgerundet.

Pandemische Grippe A(H1N1)

Allgemeine Verhaltensmassnahmen und spezielle Hinweise für die zahnärztliche Praxis

Die sog. «Schweinegrippe» wird durch einen Virusstamm des Subtyps A(H1N1), einer Kombination aus zwei Schweineviren, einem Geflügelvirus und einem Menschenvirus, verursacht. Plötzliches Fieber über 38 °C, Müdigkeit, Schüttelfrost, Husten, Schnupfen, Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Durchfall oder Erbrechen sind erste Krankheitssymptome dieser Grippe. Das Virus überträgt sich von Mensch zu Mensch über Tröpfcheninfektion oder durch Berührung verunreinigter Oberflächen. Die wichtigsten Schutzmassnahmen betreffen daher die Händehygiene, die Desinfektion von Gegenständen und Oberflächen, das korrekte Verhalten bei Schnäuzen, Niesen, Husten, das Distanzhalten und das Tragen von Masken. Die wirksamste Methode, sich vor einer Grippe zu schützen, ist die Impfung. Sie wird dem zahnärztlichen Praxispersonal empfohlen.

Prof. Dr. med. dent. Andrea Mombelli (Foto: zvg)
Mitglied der Kommission für Praxishygiene und Umweltschutz KPU

So schützen Sie sich und andere

Gesunde Personen schützen sich am besten vor einer Ansteckung, indem sie regelmässig und gründlich die Hände mit Seife waschen. Im Praxisbetrieb wird eine alkoholische Händedesinfektionslösung verwendet. Beim Niesen oder Husten ist ein Papiertaschentuch zu verwenden. Anschliessend das Taschentuch entsorgen und die Hände waschen oder desinfizieren. Wer kein Taschentuch zur Hand hat, niest oder hustet in die Armbeuge. Bei der Begrüssung ist auf Händeschütteln, Küssen und Umarmungen zu verzichten. Zu Personen mit Grippesymptomen ist – wenn immer möglich – ein Abstand von einem Meter einzuhalten.

Bei Krankheit: genesen und die anderen schützen

Wer Grippesymptome verspürt, muss bis einen Tag nach Abklingen der Symptome unbedingt zu Hause bleiben. Grippepatienten sollen Personen, mit denen sie während oder einen Tag vor der

Krankheit enge Kontakte hatten (unter einem Meter Abstand), über ihre Erkrankung informie-

ren und ihnen empfehlen, den eigenen Gesundheitszustand aufmerksam zu beobachten. Wer trotz Grippe das Haus verlassen muss (etwa für einen Arzt- oder Zahnarztbesuch), soll eine Hygienemaske tragen, um die Ansteckung weiterer Personen zu vermeiden. Erkrankte Personen sollen sich nicht direkt in eine Notfallaufnahme begeben – sie rufen als Erstes ihren Arzt an und benachrichtigen sodann, wenn nötig, den Zahnarzt.

Hygienemassnahmen bei der Patientenbehandlung

Die konsequente Anwendung der Hygienemassnahmen gemäss Hygienekonzept der SSO (siehe Hygienefortbildung, www.sso.ch) bietet einen weitgehenden Schutz. Diese Massnahmen beinhalten das Tragen einer zweckmässigen, sauberen Klinikkleidung, die Händedesinfektion vor und nach jeder Behandlung, das Tragen von Einweghandschuhen, einer schützenden Brille und einer Hygienemaske. Die Maske soll mög-



Wer Grippesymptome verspürt, muss bis einen Tag nach Abklingen der Symptome unbedingt zu Hause bleiben.

lichst gut anliegen und Mund und Nase vollständig abdecken.

Verhalten bei zahnärztlichen Patienten mit Grippesymptomen

Patienten mit Grippesymptomen werden angehalten, unverzüglich eine Maske anzuziehen und nach Hause zu gehen. Die Behandlung der Patienten – mit Ausnahme der Notfälle – wird frü-

hestens einen Tag nach Abklingen der Krankheitssymptome wieder aufgenommen.

Verhalten bei zahnärztlichem Notfall mit Grippeverdacht

Kann bei einem Grippepatienten eine Behandlung nicht aufgeschoben werden, so soll diese in einem abgeschlossenen Behandlungszimmer am Ende des Arbeitstages erfolgen. Zusätzlich

zu den normalen Hygienemassnahmen wird das Tragen einer Schutzmaske des Typs FFP2, einer Einwegkopfbedeckung und einer Einwegüberziehschürze empfohlen. Das Schutzmaterial und die Klinikbekleidung müssen bei Arbeitsende in der Klinikzone entsorgt werden. Diese Massnahmen gewährleisten keinen absoluten Schutz. Patientenbehandlungen sollten daher generell möglichst durch geimpftes Personal erfolgen.

Kongresse / Fachtagungen

Bericht über das Symposium «Zahnmedizin Interdisziplinär – Aktuelle Konzepte der kieferorthopädisch-prothetischen Zusammenarbeit» vom 24. Oktober 2009 in Zürich-Irchel

Teamwork

Von einer spontanen Idee beim gemeinsamen Morgenkaffee vor etwas mehr als einem Jahr bis zur perfekten Organisation eines wissenschaftlichen Symposiums mit mehr als 350 Teilnehmern. Das ist der Parcours, den das Duo Irena Sailer, Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde (KBTM), und Marc Schätzle, Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin (KO/KZM) des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) der Universität Zürich, zusammen durchlaufen hat. Und das Resultat war überzeugend. Tolle Idee, facettenreiches Programm, perfekte Organisation.

Thomas Vauthier, Möhlin (Text und Fotos)

Erklärtes Ziel war es, an diesem interdisziplinären Symposium die Zusammenarbeit der Kieferorthopäden und der rekonstruktiv tätigen Zahnärzte aus Sicht der Universität und der Privatpraxis zu beleuchten. Konzepte für die gemeinsame Problemerkennung, Diagnostik und Therapie wurden von namhaften Referenten beider Fachdisziplinen vorgestellt und diskutiert. Was tun, wenn Zähne bei jungen Patienten durch ein Trauma verloren gehen oder gar nicht erst angelegt sind? Wie sollten Lücken im Front- und Seitenzahnbereich am besten verteilt sein? Wie sollen die Zähne nach Kieferorthopädie und Rekonstruktion retiniert werden? Soll im parodontal geschädigten Gebiss kieferorthopädisch behandelt werden? Diese und weitere Themen standen im Zentrum des Symposiums «Zahnmedizin Interdisziplinär – Aktuelle Konzepte

Nota: Der besseren Lesbarkeit halber stehen im folgenden Bericht – sofern nicht anders vermerkt – KBTM für Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde und KO/KZM für Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin (KO/KZM) des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) der Universität Zürich.

der kieferorthopädisch-prothetischen Zusammenarbeit» vom 24. Oktober 2009 in Zürich-Irchel, welches nach Meinung des Berichterstatters in dieser Form nicht nur eine Premiere darstellte, sondern – hoffentlich – auch richtungsweisend für künftige wissenschaftliche Veranstaltungen sein wird. Der Spezialist in seinem Elfenbeinturm ist defi-

nitiv passé, die Zukunft gehört ohne Zweifel der interdisziplinären Zusammenarbeit, dem Teamwork verschiedener Disziplinen der Zahnmedizin. Dieser Meinung ist auch Prof. Christoph Hämmerle, Leiter der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde (KBTM), der in seiner Einführung und Begrüssung auch die fruchtbare «interdisziplinäre» Zusammenarbeit der beiden Initianten und Organisatoren Dr. Irena Sailer und Dr. Marc Schätzle, welche dieses Symposium mit ihrem Enthusiasmus und Einsatz erst möglich gemacht hatten, besonders herausstrich.

Zahnmedizin Interdisziplinär – von der Diagnose zum Konzept

Dr. Irena Sailer, KBTM, und Dr. Marc Schätzle, KO/KZM

Schöne, ästhetische Zähne werden oft mit Erfolg, Vitalität und Attraktivität verbunden. Vermehrt wünschen daher erwachsene Patienten eine Verbesserung ihres Lächelns. In gewissen Situationen kann diesem Wunsch durch eine einzelne Fachdisziplin jedoch nicht in idealer Weise entsprochen werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit spielt daher in der heutigen Zahnmedizin eine immer wichtigere Rolle. Klare Indikationsstellungen und gut aufeinander abgestimmte Behandlungskonzepte und -schritte sind unabdingbar für eine



Dr. Irena Sailer und Dr. Marc Schätzle hatten gut lachen: Aus einer spontanen Idee in der Kaffeepause machten sie gemeinsam ein hochstehendes Symposium.

erfolgreiche Zusammenarbeit, um ein optimales klinisches Resultat zu erreichen.

Ungünstige Zahnmorphologie, unharmonische Zahngrößen, lückenhafte Zahnstellungen, Nichtanlagen oder ein unharmonischer Zahnfleischverlauf können rein kieferorthopädisch nur bedingt behandelt werden, ausschliesslich prothetische Korrekturen sind häufig mit hoher Invasivität verbunden.

Je nach dentaler Situation werden das Patientenbedürfnis und die therapeutischen Möglichkeiten in drei Kategorien eingeteilt: Beim Typ I sind das kieferorthopädische und das prothetische Behandlungsziel unabhängig voneinander, und die Behandlungen laufen getrennt ab. Beim Typ II, dem weitaus häufigsten, ist eine Abstimmung des kieferorthopädischen und des prothetischen Behandlungsziels nötig. Dies erfordert eine gemeinsame Planung und Diagnostik, zum Teil auch ineinandergreifende Behandlungen. Typ III ist ähnlich wie Typ II, wobei hier noch die Disziplin der Kieferchirurgie ins Spiel kommt, was meist eine Spezialdiagnostik und eine komplexe Abstimmung der Behandlungsphasen voraussetzt. Schlüsselfaktor einer erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeit ist die optimale Kommunikation, basierend auf regelmässigen Zwischenbefunden und entsprechender Reevaluation der gemeinsamen Wünsche.

Retention nach KO-Therapie im Zusammenhang mit Rekonstruktionen

Dr. Gordian Rutz, KO/KZM, und Dr. Christian Ramel, KBTM

Nach der orthodontischen Behandlung ist der Parodontalspalt erweitert. Die Zahnbewegung führt in den Druckarealen zu direkten und indirekten Knochenresorptionen, und in den Zugarealen zur Dehnung und Streckung der zementoalveolären Faserbündel. Komprimierte Gingivaanteile mit erhöhter Elastizität üben Druck aus, gedehnte gingivale Fasern ziehen den Zahn in die Richtung der Ursprungsposition. Diese beiden fundamentalen Kräfte verursachen das Rezidiv. Bis die Reorganisation der Gewebe stattgefunden hat, sind die Zähne unstabil. In den ersten drei bis sechs Monaten nach der aktiven KO-Therapie ist deshalb eine konsequente, dauernde Retention unabdingbar. Schwierig wird dies, wenn aus okklusären Gründen keine Retention gesetzt werden kann oder wenn diese mit der geplanten Prothetik interferiert. In diesem Fall muss eine Übergangretention die Pfeiler stabilisieren. Die dauerhafte Retention kann entweder durch die prothetische Rekonstruktion erfolgen, oder sie muss auf dieser befestigt werden.

Je nach Substrat und geplanter Prothetik kommen verschiedene Techniken infrage. Klassische Methoden umfassen Retentionsplatten und Lücken-



Dr. Gordian Rutz (rechts) und Dr. Christian Ramel: Nach der aktiven KO-Therapie ist eine konsequente Retention ein absolutes Must!



Dr. Konrad Meyenberg (rechts) und Dr. Marco Tribò: Lücke schliessen, öffnen oder verschieben? That's the question...

halter, auch mit darauf angebrachten Prothesenzähnen. Als Alternativen bieten sich geklebte Retainer, Tiefziehschienen oder verblockte Provisorien an. Optimal sind in jedem Fall möglichst minimal invasive Retentionsarten, welche eine kleine Resilienz und physiologische Belastung des Parodonts erlauben. Im Gegensatz zu sehr invasiven Methoden, z. B. durch Kronen oder Brücken, ist bei Ersteren eine Reintervention jederzeit möglich, die Befestigung erfordert jedoch bei verklebten Lösungen hohe Haftwerte. Das Retentionsmanagement nach der prothetischen Phase beruht meist auf geklebten Drahtretainern, eventuell auch auf der Verblockung mehrerer Kronen.

Space management im Frontzahnggebiet

Dr. Konrad Meyenberg und Dr. Marco Tribò, beide Privatpraxis in Zürich

In den ästhetisch anspruchsvollen Regionen sollte die natürliche Attraktivität nicht rekonstruktiven Idealen geopfert werden. In einfachen Fällen führen relativ kostengünstige Compositrestaurationen oder -aufbauten meist zu ansprechenden Resultaten. Je nach Autor werden in der Literatur Erfolgsraten zwischen 45 und 85% nach bis zu 6-jähriger Liegedauer angegeben, berichtete *Konrad Meyenberg*. Solche ästhetisch-kosmeti-

schen Versorgungen, ebenso wie Veneers, sind zudem minimal invasiv und bis zu einem gewissen Grad reversibel.

Bei komplexeren Ausgangssituationen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Kieferorthopäden und dem Prothetiker der optimale Lösungsansatz. Als erstes Beispiel führten die beiden Referenten den *Lückenschluss* an. Im Anschluss daran können mittels Composit oder Veneers morphologische Anpassungen durchgeführt werden: Ein 3er kann zum 2er umgewandelt werden, oder ein 2er zum 1er. Die orthodontische *Lückenöffnung* dient zur Schaffung optimaler Platzverhältnisse, meist für die Eingliederung einer vollkeramischen Klebebrücke oder seltener für das Setzen eines Implantats. Einzelzahnlücken sind prothetisch immer einfacher zu versorgen.

Am aufwendigsten ist die *Lückenverschiebung*, die besonders bei Abweichungen der Mittellinie interessant ist. *Marco Tribò* ist ein ausgewiesener Experte in Sachen Invisalign®, eine Technik, die seines Erachtens gerade in der Indikation Lückenverteilung anderen Methoden überlegen ist. Sie bietet zudem die Möglichkeit der virtuellen Planung der Zahnbewegungen ohne Setup. Und: Wenn eine schon lange bestehende stabile Klasse II vorliegt, sollte man daran nichts verändern!

Space management im Seitenzahngebiet

Drs. Delfino und Giuseppe Allais, beide Privatpraxis in Turin, Italien

Auch die Gebrüder Allais (Delfino ist KO, Giuseppe Prothetiker) vertraten die Meinung, die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessere die Problemerkennung und die Diagnose. Sie helfe zudem die anatomischen und funktionellen Kompromisse, wie sie bei der konventionellen, meist rein prothetischen Versorgung quasi unumgänglich sind, zu vermeiden. Gerade in den posterioren Bereichen kommt es nach Extraktionen auf die Dauer zu Zahnwanderungen, Supraeruptionen, Kippungen oder Rotationen, welche nur nach kieferorthopädischer Vorbehandlung prothetisch optimal versorgt werden können.

Zahnbewegung über die knöchernen Grenzen

Dr. Rino Burkhardt, Privatpraxis mit Schwerpunkt Parodontologie und Implantologie in Zürich, und Dr. Giancarlo Baldini, KO-Privatpraxis in Zürich
Zahnbewegungen über die knöchernen Grenzen führen lokal zu einer Abnahme der Gingivadicke, was das Risiko einer Rezession erhöht. Die Indikation für orthodontische Bewegungen in Richtung Knochenrand sollte deshalb eng gefasst werden.

Probleme gibt es speziell bei transversaler Expansion zur Behebung von Engständen, meinte *Giancarlo Baldini*. Bei sagittalen Problemen wäre es ideal, die knöchernen Basis mitzubewegen, was jedoch in der Praxis, z. B. bei Retroalveolie, durch rein orthodontische Massnahmen fast unmöglich ist. Die kieferchirurgische Option muss also von vornherein eingeplant werden.

Ist eine Zahnbewegung bis jenseits der knöchernen Alveole unvermeidlich, kommt es zu einer



Dr. Rino Burkhardt (links) und Dr. Giancarlo Baldini: Die Indikation für Bewegungen über die knöchernen Grenzen sollte wegen des Risikos von Rezessionen eng gefasst werden.

knöchernen Dehiszenz und somit zu einer gingivalen Rezession. Dieses Risiko kann durch eine vorgängige Verdickung respektive Verbreiterung der Gingiva abgefangen werden. *Rino Burkhardt* erläuterte in der Folge die verschiedenen parodontalchirurgischen Techniken, die je nach Situation zur Anwendung gelangen können. Ist das Resultat der ersten, präventiven, chirurgischen Anpassung der Gingiva nach Abschluss der aktiven KO-Therapie ungenügend, kann dieses allenfalls durch eine zweite parodontalchirurgische Operation noch verbessert werden.

Fallvorstellungen

Nach dem Mittagessen präsentierten die beiden Oberassistenten *Dr. David Schneider*, KBTM, und *Dr. Michael Hänggi*, KO/KZM, sehr schön dokumentierte klinische Fälle, welche den roten Faden der Tagung, das erfolgreiche Teamwork, trefflich illustrierten.

Problempatienten mit Nichtanlagen

Dr. Daniel Thoma, KBTM, und Dr. Lukas Müller, KO/KZM

Die Behandlung von Nichtanlagen in der Oberkieferfront erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst die Entscheidungsfindung zwischen den verschiedenen denkbaren Lösungsansätzen. Die KO-Behandlung wird insofern erleichtert, als auch Erwachsene noch eine gewisse Dynamik im Zahnbogen und Alveolarwachstum aufweisen. Die weitaus häufigste Nichtanlage ist die der 2er im OK. Hier gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten: das Öffnen oder das Schliessen der Lücke. Im ersten Fall erfolgt die prothetische Versorgung entweder durch Klebebrücken oder durch das Setzen von durchmesserreduzierten Implantaten (3 bis 3,3 mm). Wird eine *Lückenöffnung* mit anschliessender prothetischer Versorgung angestrebt, muss vorgängig eine präzise Platzbilanz (Bolton) abklären, ob allenfalls eine Extraktion distal der 3er nötig ist.

Wird hingegen ein *Lückenschluss* der 2er angestrebt, kann der 3er meist durch restaurative oder prothetische Camouflage an Stelle des 2ers in die OK-Front eingepasst werden.

Probleme nach Trauma/Kammprophylaxe

Dr. Hubertus van Waes, KO/KZM, und Dr. Ronald Jung, KBTM

Die Erhaltung der alveolären Dimensionen nach Trauma und/oder Zahnverlust ist aus funktions-, ästhetischer und entwicklungsbedingter Sicht von grosser Bedeutung. Eine Vielzahl von Parametern wie Alter, Alveolarfortsatzwachstum, kieferorthopädische Ausgangslage, zu erwartende Veränderungen der Hart- und Weichgewebe, aber auch die Kooperation und Motivation des Patienten beeinflussen die Therapie.

Wie *Hubertus van Waes* erklärte, sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um natürli-



Drs. Delfino (rechts) und Giuseppe Allais (mit Zahntechniker Walter Gebhard, Zürich, in der Mitte): Auch im Seitenzahngebiet gilt: je weniger Prothetik, umso grösser die «biologic value».



Dr. Daniel Thoma (rechts) und Dr. Lukas Müller: Wohin mit dem 3er? Nach mesial oder nach distal?



Dr. Hubertus van Waes (links) und Dr. Ronald Jung: Unabhängig von der definitiven Behandlung sollen Zähne und Knochenkamm möglichst erhalten werden.

che Zähne zu erhalten. Dagegen gilt es jedoch, das Risiko allfälliger Komplikationen wie Wurzelresorptionen und davon ausgehender Knocheninfekte abzuwägen. Nach Inzisionsverletzungen ist das grösste Problem die Gefahr einer Ankylose. Auch Wurzelfragmente sollten möglichst erhalten bleiben: Durch spontane oder kieferorthopädische Eruption kann der Knochen weiterwachsen respektive mit der Wurzel mitgenommen werden. Alternativ kommt auch die intra-alveoläre Transplantation infrage. Eine schon lange bekannte Technik erfährt seit einigen Jahren eine wahre Renaissance. Die Transplantation von Prämolaren oder Milcheckzähnen mit guter Wurzel an Stelle verlorener Inzisiven ist nicht nur eine elegante, sondern auch prognostisch gut dokumentierte Lösung. Aus der Sicht des Prothetikers diskutierte *Ronald Jung* speziell die Kammprophylaxe nach Zahnverlust oder Extraktion nach Trauma. Es sollte in jedem Fall versucht werden, durch Einbringen

von Bio Oss® und Kollagen der Resorption entgegenzuwirken, sonst droht in 50% der Fälle ein bukkaler Konturverlust. Idealerweise wird der prophylaktische Aufbau ergänzt durch die Abdeckung mit einem Schleimhaut-punch-graft. Mit Implantationen sollte bis deutlich nach dem 20. Altersjahr zugewartet werden. Wird zu früh implantiert, droht wegen des fortschreitenden Knochenwachstums eine Infraokklusion.

Ossäre Verankerung und deren Konsequenzen für die Prothetik

Dr. Roland Männchen, Privatpraxis, Winterthur Ossär verankerte *Temporary Anchorage Devices* (TAD) wie Gaumenimplantate und Minischrauben erfreuen sich zunehmender Beliebtheit in der Kieferorthopädie. Ihre Wirkung ist unabhängig von der Mitarbeit des Patienten und überwindet teilweise die Grenzen der klassischen Apparaturen. Insbesondere können damit in gewissen Fällen Lückenschlüsse und/oder Ver-

schiebungen sowie Molarenaufrichtungen ohne negative Konsequenzen für die faziale Ästhetik oder die okklusäre Funktion erreicht werden. Beim Einsatz von TADs ist immer das 3. newtonsche Axiom der *actio = reactio* zu berücksichtigen. Zudem braucht es gute Kenntnisse der Biomechanik. Das am meisten verwendete System sind die Minischrauben, obwohl die Erfolgsrate von Gaumenimplantaten deutlich höher ist. Minischrauben sind indiziert für Einzelzahnbewegungen, wobei im UK die Resultate oft nicht zufriedenstellend sind. Miniplatten stellen eine Alternative dar, bedingen aber invasivere Chirurgie zur Insertion und Entfernung. Gaumenimplantate sind im OK vorzuziehen, speziell wenn grössere Drehmomente appliziert werden müssen oder der ganze Zahnbogen bewegt werden muss.

Probleme und Lösungsmöglichkeiten bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten

Dr. Rolf Haubensak, Privatpraxis Oerlikon, und Dr. Wanda Gnoinski, KO/KZM

Das Behandlungsziel bei LKG-Spalten ist die Schaffung eines wenn immer möglich lückenlosen Zahnbogens aus eigenen Zähnen im Oberkiefer, eines UK-Zahnbogens in harmonischer Relation zur Knochenbasis und einer Dentition in korrekter Okklusion und im Einklang mit dem Gesicht.

Im Falle von Kieferspalten wird im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung häufig das Aufüllen der Lücke im Kieferknochen notwendig. In der entsprechenden Operation, der sogenannten «Knochenspannung» (= Kieferspalt-Osteoplastik), wird Spongiosa aus der Crista iliaca des Patienten entnommen und damit die Lücke im Kieferknochen aufgefüllt. Der so verpflanzte Knochen wird mit dem dicht vernähten Zahnfleisch



Dr. Wanda Gnoinski (links) und Dr. Rolf Haubensak: Nach erfolgreicher Knochenspannung können Zähne in den ehemaligen Kieferspalt bewegt werden.

bedeckt, heilt innert kurzer Zeit ein und wird in die normalen Erneuerungsprozesse des Kieferknochens einbezogen. Das heisst, es können anschliessend Zähne in den Bereich der früheren Kieferspalte hineinverschoben werden. So wird es in den meisten Fällen möglich sein, die Behandlung mit einem durchgehenden Zahnbogen ohne Zahnersatz abzuschliessen.

Problempatienten mit parodontal geschädigtem Gebiss

Prof. Timo Peltomäki, ehemals Vorsteher der KO ZZMK Zürich, jetzt Uni Tampere, Finnland, und Prof. Christoph Hämmerle, Direktor der KBTM
Bei der Behandlung von Patienten mit parodontal geschädigtem Gebiss fällt gewissen Faktoren eine besondere Bedeutung zu. Dazu gehören aus parodontaler Sicht die Qualität und Effizienz der parodontalen Behandlung sowie die Prognose bezüglich der Stabilität des erzielten Ergebnisses. Aus kieferorthopädischer Betrachtung sind ebenfalls die parodontale Stabilität der Ankerzähne, die maximal mögliche Geschwindigkeit der Zahnbewegung und die Dauer der notwendigen Retentionsphase speziell zu berücksichtigen. Ein Problem, das oft nur in Verbindung mit sekundären parodontalchirurgischen oder prothetischen Eingriffen zu lösen ist, sind ästhetische Einbussen als Folge von verlorenen Attachments. Zahnbewegungen bei reduziertem Parodont erfordern viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung zur präzisen Dosierung der orthodontischen



Prof. Christoph Hämmerle (links) und Prof. Timo Peltomäki: volle Konzentration vor der gemeinsamen Präsentation zur Versorgung von Patienten mit reduziertem Parodont.

Kräfte. Nach wie vor nicht schlüssig beantwortet ist die Frage, ob durch die orthodontische Zahnbewegung ein Attachmentgewinn möglich ist. Aus ästhetischer Sicht ist anzumerken, dass sich schwarze interdentale Dreiecke orthodontisch nur nach Stripping schliessen lassen. Zuletzt wurden die dreidimensionalen Veränderungen bei Molaren ohne Antagonisten angesprochen. Hier ist erwiesen, dass Molaren mit Parodontitis von einer Supraeruption stärker betroffen sind als gesunde Zähne. Ausserdem zeigen Molaren ohne Antagonisten eine signifikant stärkere Mesialbewegung, wenn sie mesial keinen Nachbarzahn besitzen. Eine implantologische oder prothetische Versorgung erfordert in

diesen Fällen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Kieferorthopäden, welchem die Rolle zufällt, die gekippten, rotierten oder elongierten Molaren in eine für den Prothetiker möglichst optimale Position zu bewegen.

Fazit

Trotz des geradezu unchristlich frühen Beginns des Symposiums – Punkt acht Uhr in Zürich-Irchel, und dies an einem Samstagmorgen (!) – wurden die Teilnehmenden mit einem wahren Feuerwerk von spannenden Präsentationen belohnt. Und nach und nach fügten sich die von jeweils zwei Spezialisten, KO und Prothetiker – auch hier Teamwork! –, vorgetragenen Präsen-



Mittagessen auf dem «Affenfelsen» der Universität Zürich Irchel. Die Mensa ist am Samstag geschlossen...

tionen zu einzelnen Themen im Laufe des dicht gedrängten Programms zu einem Ganzen zusammen. Zusammen mit hochstehenden klinischen Dokumentationen illustrierten die Referate in beeindruckender Weise, wie gross der Stellenwert der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Kieferorthopäden und Prothetikern in der modernen Zahnmedizin ist. Nicht nur in sogenannten komplexen Fällen, sondern auch in scheinbar einfachen Situationen wie bei der Korrektur eines Diastemas, ist Teamwork gefragt. Die Vor-

aussetzungen sind in jedem Fall eine gemeinsame Diagnose und Planung der Behandlungsziele sowie eine perfekte Kommunikation während der Therapie.

Eine derart gelungene Tagung zu einem fächerübergreifenden Thema mag bei manch einem den Appetit auf weitere Symposien dieser Art geweckt haben. Umso erfreulicher war die Ankündigung von Christoph Hämmerle, in Kürze werde eine ähnliche Veranstaltung aus dem Hause ZZMK zum Thema der Periimplantitis stattfinden.

Konsumenten mit entsprechenden Ansprüchen. Die Arzt-Patienten-Beziehung macht einen Wandel durch von einer Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patienten hin zu einer reinen Vertragsbeziehung zwischen einem Dienstleistungserbringer und einem Kunden. Der moderne Arzt wird zu einem Verkäufer und ist immer weniger Hilfeleistender, da es in der Humanmedizin allgemein, aber auch in der Kieferorthopädie, mehr und mehr um die Erfüllung von persönlichen ästhetischen Wünschen geht. Die Medizin wird zum Markt. Obwohl der Marktgedanke an und für sich nichts Schlechtes ist, sollte dieser aber in der modernen Medizin keinen Platz haben, vor allem dann nicht, wenn Patienten schwach und in Not sind. Freiheit und Autonomie als einziger Wert in unserer Gesellschaft. Die Autonomie des Patienten zu achten, ist zwar notwendig, aber allein die Befolgung von Klientenwünschen macht eine gute Medizin nicht aus – im Gegenteil. Ein Zahnarzt, der nur Wünsche erfüllt, ohne sich mit dem Patienten zu beschäftigen, wird seinem ärztlichen Auftrag, Menschen zu helfen, nicht gerecht. Der Zahnarzt sollte deshalb nicht Dienstleistungen auf Wunsch verkaufen, sondern sich auf eine verstehende Beziehung mit dem Patienten einlassen.

Jahrestagung 2009 der SKG in Zürich

Gratwanderung zwischen Leidenslinderung und geschicktem Marketing

«Raus aus dem Alltagsrott! Wir bieten drei Tage Neues und Interessantes.» So hatte der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie, Dr. Christoph Büchler, seine Mitglieder zur Jahrestagung nach Zürich eingeladen. Tatsächlich folgten diesem Aufruf knapp 350 Teilnehmer und kamen vom 5. bis 7. November 2009 ins World Trade Center im Leutschenbach. Namhafte Referenten aus dem In- und Ausland boten dem Publikum interessante Vorträge von ethischen Aspekten, über aktuelle klinische Themen der Kieferorthopädie bis hin zu fachübergreifenden Gesichtspunkten.

Dr. med. dent. Pascal Menzel (Bilder: zvg)

Im Eröffnungsvortrag sprach Prof. Giovanni Maio aus Freiburg i. Br. über die ethischen Herausforderungen für die moderne Kieferorthopädie. Um

den heutigen Zeitgeist zu beschreiben, stellte der Bioethik-Professor vier Leitgedanken auf: Der Patient verändert sich zunehmend zu einem

Gratwanderung zwischen Leidenslinderung und geschicktem Marketing

Es sei ein schmaler Grat zwischen Leidenslinderung und geschicktem Marketing. Die Werbung kann das Minderwertigkeitsgefühl vieler Menschen verstärken, dabei wird die ästhetische Zahnmedizin Dienerin der Beauty-Industrie. Rein ästhetische Behandlungen sind zwar nicht unmoralisch, aber sie haben nichts mehr mit Medizin zu tun. Ärzte investieren immer mehr in Marketing und betreiben sogar proaktive Werbung, was in Prof. Maios Augen nicht sein darf, denn Zahnmedizin ist kein Gewerbe und darf keines werden.

Zum Schluss gab er dem Publikum noch einige ethische Grundüberlegungen mit auf den Weg, denn auch für Zahnärzte sei die zentrale Herausforderung die Sicherung des Vertrauens resp. das verlorene Vertrauen zurückzugewinnen. Vertrauen kann man schenken, wenn der Kieferorthopäde nicht nur technisch versiert, sondern auch als Mensch integer ist. Ein Weg zu dieser Integrität wäre die Rückbesinnung auf die vier Kardinaltugenden aus der Antike: Die Klugheit zu haben, gerade im Zeitalter des «Marketings», eine ärztliche Empfehlung nur auf realistische Resultate zu beziehen und nicht zu viel zu versprechen. Die Besonnenheit, sich vom Patienten nicht verführen zu lassen und nicht nur mit der Ästhetik kurzfristig Gewinne zu machen. Die Gerechtigkeit fordert, eine Ausbeutung von schwa-



Der abtretende Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie SGK, Dr. Christoph Büchler, eröffnete diese sehr erfolgreiche Jahrestagung 2009 in Zürich.



Prof. Giovanni Maio: «Die Kieferorthopädie darf nicht der Beauty-Industrie verfallen!»

chen Patienten unbedingt zu vermeiden. Die Tapferkeit zu haben, die Wahrheit zu sagen und manchen Patientenwunsch auch dann abzulehnen, wenn man weiss, dass er von der Nachbarpraxis erfüllt wird.

Multidisziplinäre Behandlung von LKG-Patienten

Im Anschluss machte *Prof. Christos Katsaros*, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern, eine Standortbestimmung betreffend die Behandlung von LKG-Patienten. Deren multidisziplinäre Behandlung sei heutzutage unbestritten. Sie ist aber je nach Zentrum sehr unterschiedlich, z.B. gibt es in den 201 europäischen Zentren nicht weniger als 194 Therapieprotokolle! Beim Behandlungsergebnis seien vier Punkte massgeblich für den Erfolg, und zwar die Nasolabialregion, das Gesichtswachstum, die Sprachentwicklung und die psychosomatische Entwicklung des Kindes. In seinem Vortrag ging er auf die beiden ersten Aspekte ein und zeigte mehrere Studien aus seiner Forschungsgruppe sowie verschiedene Fallbeispiele. Seine Schlussfolgerungen bezüglich nasolabialer Ästhetik waren, dass die Ergebnisse der primären Chirurgie oft nicht befriedigend seien, die klinische Forschung verstärkt werden müsse und die Objektivität bei der Beurteilung der Ergebnisse verbessert werden solle. Seine Zukunftsvision ist die Bildung grösserer Zentren, damit die jeweiligen Operateure einen grösseren «case load» haben. Daneben brauche es nationale und internationale Kooperationen sowie randomisierte klinische Studien und Grundlagenforschung bei der Wundheilung.

Miniscrews

Prof. Hans-Peter Bantleon aus Wien gab einen Überblick über die Miniscrews und sprach dabei auch über biomechanische Aspekte. Trotz den ca. 700 verschiedenen Minischrauben und Miniplatten auf dem Markt gebe es in der Literatur eher wenig und vor allem unterschiedlich aufbaute Studien zu diesem Thema. In seiner noch unveröffentlichten Metaanalyse konnte er trotzdem 14 Untersuchungen beurteilen und kam dabei zu folgenden Schlüssen: Minischrauben sollten einen Mindestdurchmesser von 1,2 mm, eine Mindestlänge von 8 mm haben und unbedingt in der unbeweglichen Schleimhaut gesetzt werden. Die beste Lokalisation zur Insertion befindet sich im Prämolaren- und Molarenbereich, wobei im Oberkiefer eine leicht bessere Erfolgsrate (90%) gegenüber derjenigen im Unterkiefer (80%) erreicht werden kann. Es konnte auch gezeigt werden, dass die Sofortbelastung ohne signifikante Stabilitätseinbussen möglich ist und eine Flap-lose Insertion bevorzugt werden sollte. Eine gewisse Vorsicht sei aber beim Setzen der Schrauben in Extraktionsgebiete geboten, wo mindestens drei Monate abgewartet werden sollte. Anhand verschiedener Fallbeispiele zeigte er dann die verschiedenen Einsatzgebiete von Miniscrews, zum Beispiel beim Lückenschluss und beim Auffangen von Nebenwirkungen. Die Verankerung kann dabei direkt, indirekt oder kombiniert zu einem Zahn resp. einer Zahngruppe verwendet werden.

Behandeln hart am Limit?

Den zweiten Kongresstag eröffnete *Dr. Guido Herzog* aus Winterthur und stellte die Frage:

«Behandeln wir hart am Limit?» Bei der korrekten Nivellierung und der Herstellung engstandsfreier Zahnbögen sei der zentrale Punkt die korrekte Lage der Zähne auf ihrer Knochenbasis und insbesondere die Position der Unterkieferfront. Neben dem klinischen Eindruck sind das Fernröntgenbild und neu auch die digitale Volumentomografie gute Hilfsmittel zur Beurteilung des Knochens in dieser kritischen Region. Die UK-Front ist aufgrund der zum Teil extrem dünnen Knochendicke der Schwachpunkt jeder Behandlung, sodass man bei den therapeutischen Überlegungen immer von dieser Struktur ausgehen sollte. Um dies zu verdeutlichen, zeigte Dr. Herzog klinische Fallbeispiele mit DVT-Bildern, wo erschreckend wenig Knochen um die Unterkieferfrontzähne zu finden war. Es könne schon sein, dass unter idealen Bedingungen sowie bei vorsichtiger Behandlung und viel Glück der Knochen die Zahnbewegung mitmache, aber oft sei es so, dass der Knochen schon nach geringer Inzisivenproklination verschwinde. Als Risikofaktoren für Gingivarezessionen nannte er die Instabilität nach der Behandlung, eine ungenügend dicke und breite attached gingiva, das Rauchen und eine schlechte Mundhygiene. Jeder Kieferorthopäde habe Fälle mit Rezessionen, deshalb sollte jeder darauf achten und alles tun, um solche Probleme zu verhindern. Deshalb postulierte er den segmentierten Einstieg mit dem klassischen Ablösen von Zähnen und wenn nötig die proximale Schmelzreduktion in der UK-Front, um diese so wenig wie möglich zu belasten.

Skelettale Verankerung noch in Kinderschuhen

In seinem zweiten Vortrag sprach der Berner *Prof. Christos Katsaros* über skelettale Verankerungen. Dabei zeigte er Indikationen und Kontraindikationen für resp. gegen Miniplatten oder Minischrauben. Auch er bestätigte: Die Forschung ist in diesem Bereich noch in den Kinderschuhen. Eines sei jedoch sicher: Die Erfahrung spielt eine grosse Rolle, denn verschiedene Studien hätten gezeigt, wie die Misserfolgsrate mit der Zeit abnimmt. Allgemein kann sie auf ca. 10% beziffert werden. Aufgrund des relativ einfachen Procedere und der geringen Kosten kann bei einem Misserfolg eine neue Schraube an einem anderen Ort gesetzt werden, um trotzdem ans Ziel zu kommen. Anhand von verschiedenen Fällen zeigte er, wann Minischrauben und wann eher Miniplatten verwendet werden sollten. Darunter waren Beispiele von «en masse»-Distalisierung des gesamten Zahnbogens bei Kl.-II-Malokklusionen (beidseitig oder asymmetrisch) mit Miniplattenverankerung oder die Verwendung von Minischrauben bei der linguale Behandlung.

Nachwuchswettbewerb für Assistenten in Weiterbildung anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) in Zürich vom 25.–26. Juni 2010

Anlässlich unserer Jahrestagung wird Nachwuchsleuten die Möglichkeit für einen wissenschaftlichen Kurzvortrag geboten. Zugelassen sind Kolleginnen und Kollegen, die aktuell in oralchirurgischer Weiterbildung stehen oder das Programm vor maximal zwölf Monaten abgeschlossen haben. Der Vortrag ist auf zehn Minuten begrenzt und sollte aus dem Gebiet der Oralchirurgie oder Stomatologie stammen. Der Vortrag wird direkt im Anschluss diskutiert. Das Abstract sollte im IADR-Format (Objective, Materials and Method, Results, Conclusion) in digitaler Form via E-Mail im SSOS-Sekretariat bis 31. März 2010 eingereicht werden.

Die beste Präsentation wird mit CHF 1000.– ausgezeichnet. Alle zum Nachwuchswettbewerb zugelassenen Teilnehmer werden zudem zur Tagung eingeladen.

E-Mail-Adresse: veronika.thalmann@ssos.ch
Kennwort: «Nachwuchswettbewerb Zürich 2010»

Bogen bestimmt die Effizienz

Dr. Frank Weiland aus Deutschlandsberg (Österreich) machte in seinem Referat eine kritische Annäherung an selbstligierende Brackets. Das grosse Angebot mit entsprechenden Werbeslogans und die vielen Halbwahrheiten, welche herumgeistern würden, seien ein Dilemma. Er probierte deshalb, die verschiedensten Behauptungen der Firmen zu hinterfragen, und kam dank evidenz-basierten Studien zu folgenden Schlüssen: Passive selbstligierende Brackets sind nicht effizienter als konventionelle Brackets in der Nivellierungsphase. Es ist der Bogen, der die Effizienz der Nivellierung bestimmt und nicht das Bracket. Der Kraftverlust ist bei den aktiven SL-Brackets höher als bei den passiven oder konventionellen Brackets. Die Hersteller umgehen dies zum Teil mit einer Anpassung der Bogenform. Mit SL-Brackets gibt es auch nicht weniger Extraktionsfälle, denn es sind die Diagnose und der Therapieplan, die darüber entscheiden. Bei der Torque- und Rotationskontrolle haben die aktiven selbstligierenden Brackets weniger Spiel gegenüber den passiven, da der Clip den Bogen aktiv ins Slot drückt. Die Präzision ist aber nicht automatisch besser, und die Behandlungszeit ist mit konventionellen oder SL-Brackets ungefähr gleich. Bezüglich Hygiene zeigen selbstligierende Brackets je nach Design sogar mehr Plaqueakkumulation und erhöhte Sondierungstiefen, weil sie zum Teil aus verschiedenen Einzelstücken zusammengesetzt sind. Zudem scheint nicht das Bracket oder die Ligaturart für die Plaqueanhaftung entscheidend zu sein, sondern viel mehr die Kompositüberschüsse beim Kleben! Man weiss heute immer noch nicht, welche Kraft für eine Zahnbewegung ideal ist. Bekannt ist lediglich, dass die verselten Drähte das niedrigste Kraftniveau aufweisen. Bei SL-Brackets sind die Kräfte nicht unbedingt niedriger, und es gibt auch



Dr. Marco Rosa: «Unsere Aufgabe ist es, den Patienten ein schönes Lächeln zu geben.»

keinen statistisch signifikanten Unterschied, dass sie weniger Resorptionen verursachen. Bei der Patientenverträglichkeit und den verursachenden Schmerzen sind beide Systeme ungefähr gleich. Einen Unterschied gibt es aber vor allem in der klinischen Effizienz, d.h. bei der Zeit auf dem Behandlungsstuhl, welche deutlich für die SL-Brackets spricht. Schlussendlich sind aber der Draht und die Intelligenz des Kieferorthopäden wichtig und nicht das Bracket-System!

Bedingung ausgezeichnete Mundhygiene

Dr. Marco Rosa aus Trento (Italien) sprach über die Therapiemöglichkeiten bei fehlenden lateralen Inzisiven und die Indikationen für den optimalen kieferorthopädischen Lückenschluss. Dies bedingt eine etwas andere Einstellung der Eckzähne und ersten Prämolaren: Aufgrund des hohen Gingivaverlaufes braucht es beim Eckzahn meistens eine Extrusion unter Torquekontrolle, damit keine Rezession entsteht, und im Anschluss die Kürzung und Remodellierung der Krone zu einem lateralen Inzisiven. Der erste Prämolarmuss wegen des tiefen Gingivaverlaufes intrudiert und anschliessend zum Teil stark aufgebaut werden, um einen Eckzahn zu imitieren. Die fest sitzende Retention sowie eine stabile Okklusion frei von Vorkontakten sind ein absolutes Muss. Nach der Remodellierung werden die meist gelblichen Eckzähne noch gebleicht. Über die gesamte Behandlungszeit braucht es zudem eine ausgezeichnete Mundhygiene, damit der wahre Gingivaverlauf beurteilt werden kann. Zur besseren Darstellung soll häufig auch ein Setup hergestellt werden, auf welchem der kosmetisch tätige Zahnarzt die Situation beurteilen kann. Bei jungen Patienten soll aufgrund der hohen Lachlinie unbedingt der Lückenschluss gewählt werden. Wird trotzdem eine Implantatvariante gewählt, soll die Lückenöffnung möglichst posterior stattfinden. Bei Erwachsenen mit tiefer Lachlinie kann ein Implantat eingesetzt werden. Aber auch im Erwachsenenalter gibt es gemäss einer Studie aus Genf noch vertikales Wachstum, das auf lange Zeit zu ästhetischen Problemen führen kann. Zusammenfassend kann Folgendes gesagt werden: Das Wichtigste bei der Behandlung von fehlenden lateralen Schneidezähnen sind die Diagnose und der Therapieplan, abhängig vom Patientenanliegen, der Malokklusion und der Anatomie der vorliegenden Eckzähne. Schliesslich sei es das Ziel, einem jungen Erwachsenen ein attraktives Lächeln fürs Leben zu geben!

Fachübergreifend und im Teamwork

Dr. Domingo Martin aus der Baskenstadt San Sebastian (Spanien) widmete, gleich wie auch Marco Rosa, seinem kürzlich verstorbenen Freund



«Die Erwachsenenbehandlung sollte fachübergreifend sein» sagte Dr. Domingo Martin.

Michele Antonini seinen Vortrag. Er bot dem am Samstag zahlreich erschienenen Publikum einen Ausblick über die kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung, welche unbedingt fachübergreifend und im Teamwork erfolgen sollte. Es stellt sich nämlich bei jedem Patienten die Frage, ob die optimale Behandlung alleine oder mithilfe eines oder mehrerer Kollegen aus anderen Fachgebieten durchgeführt werden kann. Denn schon vor dem Behandlungsstart können Spezialisten Dinge sehen, die ein Kieferorthopäde nicht oder zu wenig sieht. Bei der Zusammenarbeit ist dabei die Kommunikation untereinander eminent wichtig, denn viele Schritte sind überlappend: Bei einer Implantatlösung kann das Implantat selber als skelettale Verankerung dienen, statt zusätzliche skelettale Verankerungen zu verwenden. Dabei können die Abutments in die fest sitzende Apparatur miteinbezogen werden. Zudem spielt in seinen Augen die Okklusion eine sehr wichtige Rolle für die Langlebigkeit von Kompositaufbauten oder Veneers, denn Vorkontakte werden für diese früher oder später fatale Folgen haben. Ein schönes Beispiel zur Knochen-gewinnung zeigte er anhand von zwei fehlenden unteren zentralen Schneidezähnen. Die beiden Lateralen wurden zueinander mesialisiert und bildeten so zwei ideale Knochenbette für Einzelimplantate in 2er-Region. Ganz allgemein zeigte Dr. Martin mithilfe vieler Fallbeispiele, wie er zusammen mit anderen Spezialisten scheinbar unwichtige Details verbessern und so beim Patienten ein völlig anderes Lächeln generieren kann. Der abtretende SGK-Präsident beendete diese äusserst erfolgreiche und sehr interessante Jahrestagung, indem er seinen Dank dem Organisationskomitee aussprach, sich von seinen Mitgliedern verabschiedete und das Zepter der neuen SGK-Präsidentin Dr. Barbara Jaeger aus Zürich übergab.

42. DGFDT-Jahrestagung in Bad Homburg, 4. bis 5. 12. 2009

Kieferfunktion, Okklusion, Schmerz

Knapp 500 Zahnärzte und Physiotherapeuten vereinte die zweitägige Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT) in Bad Homburg. Das Tagungsmotto lautete «Computerunterstützte Funktionsdiagnostik und -therapie». Gleichwohl blieb genügend Raum für viele weitere Themen. Fazit: ein gelungener Kongress, von dem auch schweizerische Zahnärzte hätten profitieren können.

Jens Christoph Türp, Basel (Bilder: zvg)



Computerunterstützte Diagnostik

Fortschritte in der Computertechnik haben die zahnärztliche Funktionsdiagnostik seit den 1980er Jahren bereichert. So unterstützen leistungsstarke Rechner heute die Erhebung von Anamnesen und klinischen Befunden. Ebenso ermöglichen sie die (opto)elektronische Registrierung von Kondylusbewegungen, z. B. zur Artikulatorprogrammierung oder zur Spuraufzeichnung bei einer anterioren Diskuslage. LUIGI GALLO (Zürich) zeigte in einem dreistündigen Praxisseminar die vielfältigen Möglichkeiten, die sich heute dank der weiterentwickelten Technik bieten. Ohne viel Aufwand in der Praxis durchzuführen ist inzwischen auch die myografische Untersuchung der Kiefermuskulatur, wie man sich bei praktischen Demonstrationen des DGFDT-Arbeitskreises Kaufunktion und Orale Physiologie überzeugen konnte. Computergestützte Geräte sind ferner bei diversen Forschungsfragen unentbehrliche Hilfsmittel.

Der Einsatz von Rechnern, so HOLGER JAKSTAT (Leipzig) in seinem Eröffnungsreferat (Abb. 1),



Abb. 1 HOLGER JAKSTAT (Leipzig): «Durch Computer wissen wir mehr, als wir verstehen.» (Bild: MATTHIAS LANGE, Berlin)

zeigt aber immer wieder ein Paradoxon auf: «Durch Computer wissen wir mehr, als wir verstehen.» Schwierigkeiten bei der Interpretation aufgezeichneter Kondylenbahnen (Spurschreibungen) sind ein typisches Beispiel dafür. Dennoch sind leistungsstarke Rechner für die patientenbezogene Entscheidungsunterstützung heutzutage nicht mehr aus dem zahnärztlichen Alltag wegzudenken.

Kiefermuskelschmerz

Bei dem Grossteil der Patienten mit Myoarthropathien des Kausystems (MAP) steht keine Kie-

fergelenk-, sondern eine Muskelproblematik im Vordergrund. Bei Patienten mit Kaumuskelschmerzen muss man verstärkt auch mit nicht schmerzhaften Befunden, wie Hörproblemen (Tinnitus), rechnen. MICHAEL LECKEL (Heidelberg) machte für die erhöhte Tinnitusvulnerabilität die gleichen chronifizierenden Mechanismen verantwortlich, die auch für Schmerz bekannt sind, wie die neuronale Plastizität.

Praxisvielfalt

Diagnostik und Therapie von MAP-Patienten sind in der Zahnärzteschaft weiterhin durch eine beträchtliche Variationsbreite gekennzeichnet. MARTIN BAXMANN (Kempfen) führte dazu eine repräsentative Fragebogenstudie mit fast 500 Zahnärzten aus Deutschland durch. Er berichtete, dass «einfachen, nicht-instrumentellen Untersuchungsmethoden wie der Bewegungsprüfung des Unterkiefers und Palpation der Muskulatur ganz überwiegend die grösste Wichtigkeit beigemessen» wurde – im Gegensatz zu instrumentellen und bildgebenden Verfahren, wo sich die Ansichten bezüglich der Notwendigkeit des Einsatzes deutlich unterschieden.

In vielen Vorträgen wurde betont, dass der Anamnese eine Schlüsselfunktion für die Diagnose zukommt. Dabei können neben dem geführten Gespräch standardisierte Fragebögen eine wichtige Aufgabe übernehmen. Wichtig ist, dass Behandler ihren Patienten mit Empathie begegnen. Nach Ansicht von HORST KARES (Saarbrücken) wird der evidenzbasierten Zahnmedizin (EbZ) die Zukunft gehören, und zwar aus den in Tabelle I zusammengefassten Gründen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang JAKSTATs Hinweis, dass bislang nur wenige diagnostische und therapeutische Strategien für MAP-Patienten mit Belegen aus grossen Studien gestützt sind. Bedauerlicherweise ist die Aussagekraft vieler publizierter Untersuchungsergebnisse eingeschränkt, weil die jeweiligen Studien mit zu geringen Patientenzahlen durchgeführt wurden und die Auswahl der Teilnehmer häufig zu unspezifisch erfolgte. Der Leipziger schlug die Einrichtung einer «Fernhilfe» durch ausgewiesene Experten vor, die auf Wunsch patientenbezogene Unterlagen an-

Tab. I Vortrag von HORST KARES: Thesen über Behandler, Erkenntnisse und Behandlung (nach CHOUDHRY NK. Ann Int Med 2005; 42: 260–273)

- Die Berufserfahrung ist umgekehrt proportional zur wissenschaftlichen Qualität.
- Je länger wir arbeiten, desto mehr beruhen unsere Entscheidungen auf Mustern – und desto weniger auf Analytik.
- Das funktioniert, wenn Wissen sich nicht weiterentwickelt.
- Wissenschaft entwickelt sich aber weiter.
- EbZ filtert und priorisiert Wissen für den Praktiker.
- Der Patient steht im Mittelpunkt, nicht der Behandler.
- Es macht Spass, seine Strategien zu aktualisieren.

schaufen und Hinweise zu Diagnostik, Diagnose, Therapie und Prognose geben können («Rent an expert»).

Relativ häufig verordnet die Zahnärzteschaft bei MAP-Befunden Physiotherapie, was nicht zuletzt vor dem Hintergrund sinnvoll erscheint, dass bereits bei Jugendlichen ein enger Zusammenhang zwischen kranio-mandibulären und kranio-zervikalen Beschwerden besteht, wie BAXMANN darstellte. Nicht ohne Grund war die Physiotherapie auf diesem Kongress daher mit einem eigenen Forum vertreten und präsentierte nach dem samstäglichen Hauptvortrag von ULRICH C. SMOLENSKI (Jena), der über ein «diagnostisches therapeutisches Konzept bei CMD aus manualtherapeutischer Sicht» referierte, mit JULES HESSE (Amsterdam), GERT GROOT LANDEWEER (Gundelfingen bei Freiburg i. Br.) und MARTINA SANDER (Hamburg) drei weitere ausgewiesene Vertreter ihres Fachs, die ihr Vorgehen im Umgang mit MAP-Patienten vorstellten.

Schientherapie

Was Sofortbehandlungsmassnahmen betrifft, so «spielte die Schientherapie bei nahezu allen befragten Zahnärzten eine wichtige Rolle, während dem Einschleifen weniger Bedeutung eingeräumt wurde», berichtete BAXMANN. Dies ist erfreulich, wobei man sich im Klaren darüber sein muss, dass auch eine Behandlung mit oralen Schienen kein «sicherer Hafen» ist: Weder bietet sie eine Erfolgsgarantie noch ist sie vollkommen risikofrei. KARL-RUDOLF STRATMANN (Köln) legte dar, dass das gewünschte Ergebnis (Schmerzlinderung) unter Umständen ausbleibt (die Schmerzen bleiben bestehen) oder gar ein unerwünschtes Ergebnis eintritt (z. B. Zahnwanderungen). Daher plädierte er für eine dauerhafte Überwachung nach einer erfolgten Schienenverordnung: «Gehen Sie achtsam mit Schienen um!»

Oskar-Bock-Medaille

Die Oskar-Bock-Medaille 2009 wurde an den am 3. Dezember 2008 verstorbenen Tübinger Zahnmediziner WILLI SCHULTE verliehen. Neben seinen bekannten Verdiensten in der Parodontologie (Periotom) und Implantologie (Tübinger Sofortimplantat) hat SCHULTE Pionierarbeit für die Funktionsdiagnostik und -therapie geleistet. Terminologisch prägte er den Begriff «Myoarthropathie» (1970). In der Ätiologie betonte er die Bedeutung des Bruxismus («Die exzentrische Okklusion», Quintessenz, Berlin 1983). Und er führte die Physiotherapie als integralen Bestandteil der funktionellen Therapie ein (1972), einschliesslich der später nach ihm benannten physiotherapeutischen Heimübungen («Schulte-Übungen»). WILLI SCHULTE wird unvergessen bleiben.



Abb. 2 Wohlverdiente Mittagspause! JULES HESSE (Amsterdam), HANS SCHINDLER (Karlsruhe/Heidelberg) und JENS CHRISTOPH TÜRP.



Abb. 3 LUIGI GALLO (Zürich) demonstrierte die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten computergestützter Diagnostik. (Bild: MATTHIAS LANGE, Berlin)

Fazit

31 Vorträge, 12 Poster und 5 Praxisseminare später lässt sich festhalten, dass das Mischungsverhältnis aus Hochschule und Praxis bei gleichzeitiger hoher Fachkompetenz der Teilnehmer ein Grundbaustein für diese erfolgreiche Veranstaltung war. Dazu gesellte sich die besondere, fast «familiäre» DGFDT-Kongressatmosphäre (Abb. 2). «Bad Homburg» ist aber augenscheinlich auch ein guter Ort, um herausragende didaktisch-visionäre Darstellungen und Innovationen ebenso wie hochkarätige Ergebnisse aus der experimentellen Forschung vorzustellen (z. B. LUIGI GALLO [Abb. 3]: Computergestützte Analyse der Knorpelfunktion im Kiefergelenk). Andererseits bietet er einen fairen Diskussionsraum für neue Hypothesen und Strategien.

Die 43. Jahrestagung wird im Zuge des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt am Main (10.–13. 11. 2010) als Gemeinschaftsveranstaltung mit dem Arbeitskreis Psychosomatik und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) abgehalten werden. Dann wird sich alles um die Frage drehen:

«Kranio-mandibuläre Dysfunktion – wie viel Psyche, wie viel Soma?» Zuvor (am 11./12.06.2010) findet in Wien ein Symposium der DGFDT in Verbindung mit der Arbeitsgemeinschaft für Prothetik und Gnathologie der ÖGZMK statt: «Kranio-mandibuläre Dysfunktion. Eine Frage der Haltung?»

In Bad Homburg trifft man sich wieder am 2. und 3. 12. 2011 zur 44. Jahrestagung (Thema: «Schmerz»).

Schweizer Kollegen sind bei allen Veranstaltungen gerne gesehen. Glauben Sie mir: Es lohnt sich!



Zeitschrift

Implantatattachment

Evtimovska E, Masri R, Driscoll C F, Romberg E:
The Change in Retentive Values of Locator Attachments and Hader Clips over Time
J Prosthodont 18: 479-483 (2009)

Für den Kliniker ist es von Interesse zu wissen, wie sich die Retentionswerte von Verankerungselementen nach deren Gebrauch reduzieren. Seit 2001 ist das Locator-System auf dem Markt. Mit seinem speziellen Design sind Attachments in unterschiedlichen Höhen (niedrigste Bauhöhe: 3,7 mm) erhältlich; ferner stehen Retentionseinsätze mit unterschiedlicher Haltekraft zur Verfügung. Retentionseinsätze sind farblich kodiert (weiss/rosa/blau/grün/rot) und bieten einen breiten Einsatzbereich. Bis dato wurden keine Untersuchungen betreffend die Änderung der Abzugskraft der Locator-Attachments nach multiplem Abziehen der Prothese durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit werden zwei Verankerungssysteme bezüglich ihrer Retentionswerte getestet: das Hader-Bar-Clip-System und das Locator Attachmentsystem. Drei Gruppen wurden gebildet:

1) zwei parallele Implantat-Analoga mit Hader-Bar und Retentionseinsatz gelb; 2) zwei parallele Implantatanaloga mit Locator und Retentionseinsatz weiss; 3) zwei die in der vertikalen Relation zueinander divergent stehende Implantatanaloga (20Y) mit Retentionseinsatz grün. Die jeweiligen Attachments und die drei Retentionseinsätze wurden in zwei Acrylblöcke eingebracht. Es wurden 21 Attachments pro Gruppe getestet. Jedes Attachment wurde maschinell 20 Abzügen ausgesetzt. Die grösste benötigte Kraft für jeden Abzug wurde berechnet.

Allgemein ist festzustellen, dass sich die Abzugskraft bei allen drei Gruppen nach 20 Abzügen

verringerte. Das Ausmass der Reduktion wurde zuerst innerhalb eines Verankerungssystems und dann untereinander verglichen. Da die Studie in vitro durchgeführt wurde, wurden intraorale Einflüsse wie Speichel, okklusale Belastung, Nachgiebigkeit der Mukosa und Temperaturwechsel nicht berücksichtigt. All diese Faktoren können die Retentionswerte stark beeinflussen.

Die Untersuchungen zeigten folgende Ergebnisse:

1) Die Gruppe 3 (20Y angulierte Implantatanaloga mit Retentionseinsatz grün) wies das grösste Ausmass einer Reduktion der Retention auf. Bereits nach dem ersten Abzug fand eine Reduktion um 11% statt. Die totale Retentionsveränderung der Gruppe 3 nach 20 Abzügen betrug 25,9% (von 8.25 N auf 6.08 N).

2) Die Gruppen 2 und 1 (Implantatanaloga mit Retentionseinsätzen weiss bzw. Verankerungssystem mit Hader-Steg und Retentionseinsatz gelb) zeigten kleinere Ausmass der Reduktion. Die Retentionsveränderung nach dem ersten

Abzug für Gruppe 2 betrug 8,6%. Die totale Retentionsveränderung nach 20 Abzügen betrug 21% (von 7.5 N auf 5.4 N). Dies bedeutet, dass zwischen den beiden Retentionseinsätzen kein signifikanter Unterschied vorhanden war.

3) Das Hader-System (Gruppe 1) wies die geringste Reduktion auf. Die Retentionsveränderung nach dem ersten Abzug betrug hier 6,5%. Die totale Retentionsveränderung nach 20 Abzügen betrug 13,7%.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Reduktion bei den abgewinkelten Verankerungssystemen signifikant ist. Es ist anzunehmen, dass die Abnutzungsrate der grünen Retentionseinsätze durch die Angulation vergrössert wird. Nach dem 12. Abzug findet bei allen Attachments eine vernachlässigbare zusätzliche Veränderung der Retention statt.

Zusammengefasst ist bei allen Gruppen eine Abnahme der Retentionswerte festzustellen. Zahnärzte sollten deshalb vor der Abgabe der Arbeit an den Patienten die Prothese mehrmals vom Modell abziehen und erst danach intraoral die Retentionskraft beurteilen.

Irina Kovaltschuk, Basel

Zahnarzt, versiert in allen Bereichen der Zahnheilkunde, SSO-Mitglied, sucht etablierte

Zahnarztpraxis

in der Ostschweiz zur Übernahme.

**Offerten bitte unter Chiffre 79272 an
 Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien,
 «Zahnmedizin», Postfach 3374,
 8021 Zürich**

Div.79272