

Aktion Mundgesundheits 2010

Mundgeruch? Sags mir doch!

Mundgeruch ist ein Tabuthema. Etwa ein Viertel der Bevölkerung leidet gelegentlich unter Mundgeruch. Viele Patienten glauben, Mundgeruch gehe auf Magenprobleme zurück. Tatsache ist, dass in neun von zehn Fällen die Ursache für Mundgeruch in der Mundhöhle liegt. Eine erfolgreiche Behandlung ist mit einfachen Mitteln möglich. Da es vielen Patienten und Zahnärzten schwer fällt, über Mundgeruch zu reden, legt die Kampagne 2010 der Aktion Mundgesundheits Schweiz den Schwerpunkt auf die Kommunikation. Genauer: auf die Überwindung der Hemmungen, das heikle Thema «Mundgeruch» anzusprechen.

Felix Adank, Presse- und Informationsdienst der SSO (Bilder: zvg)

Darüber reden

Mundgeruch – klinisch als Halitosis bezeichnet – tritt gemäss internationalen epidemiologischen Studien in fast allen Ländern der Welt gleich häufig auf. Individuelle Ernährungsgewohnheiten kommen als Ursache für Halitosis also nicht in Frage. Etwa 25% der Menschen leiden zu bestimmten Tageszeiten unter sozial auffälligem Mundgeruch, ältere Menschen sind häufiger betroffen als jüngere. Nur etwa 6% der Betroffenen leidet unter chronischem Mundgeruch. Sowohl Patienten wie auch ihr Umfeld erleben es als belastend, das Thema Mundgeruch anzusprechen. Deswegen sollten Ärzte, Zahnärztinnen oder Dentalhygienikerinnen das Problem von sich aus thematisieren und kompetente Hilfestellungen bieten. Dies unter dem Motto: Über Mundgeruch soll man reden. Und: Das Problem ist lösbar!

Das Problem liegt meist auf der Zunge

In etwa 90% der Fälle liegt die Ursache für Halitosis im Mundraum, grösstenteils auf der Zunge. Untersuchungen haben gezeigt, dass Halitosis in den meisten Fällen durch Zersetzung organischer Materialien (z. B. Nahrungsmittelreste) durch gramnegative anaerobe Bakterien in der Mundhöhle verursacht wird. Dadurch entstehen flüchtige



Schwefelverbindungen (VSC = Volatile Sulphur Compounds), die einen unangenehmen Geruch bewirken. Diese flüchtigen Schwefelverbindungen entstehen beim bakteriellen Abbau schwefelhaltiger Aminosäuren (Cystein und Methionin) aus Nahrungsresten, abgestorbenen Epithelzellen und Speichelbestandteilen. Die meisten der

Aktion Mundgesundheits Schweiz

Die Aktion «Mundgesundheits Schweiz» versteht sich als Initiantin zahnmedizinischer Informations- und Aufklärungskampagnen für die breite Bevölkerung. Sie wird getragen durch eine Interessengemeinschaft aus der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, den Swiss Dental Hygienists und der elmex® Forschung (GABA International AG) und wird von Partnern und Sponsoren unterstützt. Die Kampagne findet in einem zweijährigen Rhythmus schweizweit in drei Landessprachen statt. Ziel ist die Förderung und der Erhalt der oralen Gesundheit in allen Altersgruppen und sozialen Schichten der Schweizer Bevölkerung. In den Jahren 2004 und 2006 standen Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern im Fokus, im Jahr 2008 war es die Altersgruppe der Senioren (60 plus). Für die Kampagne 2010 mit dem Dachthema Halitosis (Mundgeruch) rückt erstmals eine breite Bevölkerungsgruppe ins Zentrum. Der Kernzeitraum der Kampagne erstreckt sich vom 6. bis 17. September 2010.

Mundgeruch verursachenden Bakterien befinden sich auf der Zungenoberfläche. Die Bakterien siedeln sich besonders dann auf der Zunge an, wenn Zungenbelag über einen längeren Zeitraum nicht entfernt wurde.

Wie wird Mundgeruch diagnostiziert?

Das zahnärztliche Team kann Mundgeruch auf zwei Arten diagnostizieren: organoleptisch (durch Riechen) oder instrumentell.

Die organoleptische Untersuchung erfolgt durch den Zahnarzt oder die Dentalhygienikerin. Der Mundgeruch wird dabei in verschiedenen Abständen zum Patienten überprüft. Die Messung wird in klinischen Studien bei gleich bleibendem Abstand mit einer Skala von 0 bis 5 vorgenommen. In der Praxis wird die Messung am besten mit variablem Abstand (100 cm, 30 cm und 10 cm) zwischen Patient und Zahnarzt vorgenommen. Der Schweregrad der Halitosis wird nach Intensität der Geruchswahrnehmung in verschiedenen Abständen festgelegt.

Die Intensität des Mundgeruchs kann aber auch durch instrumentelle Messung erfolgen. Gängige Geräte sind Gaschromatografen oder sogenannte Sulfid-Monitore. Mit ihnen lässt sich die Konzentration flüchtiger Schwefelverbindungen (VSC) in der Atemluft der Patienten messen. Über solche Geräte verfügen aber nur spezialisierte Praxen oder die zahnmedizinischen Zentren der Universitäten Basel, Bern und Zürich mit ihren Halitosis-Sprechstunden. Es gibt ein solches Angebot aber auch am Prophylaxe-Zentrum Zürich Nord.

Das Problem Mundgeruch ist lösbar

Eine positive organoleptische Messung sollte durch eine intraorale Diagnostik der Mundhöhle ergänzt werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Stellen, an denen sich bakterielle Beläge bevorzugt ansiedeln, besonders der Zunge. Es empfiehlt sich ausserdem, jeden Patienten vor der Behandlung im Rahmen der Anamnese Fragen zu Mundgeruch beantworten zu lassen. Diese Fragen sollten in die Diagnostik mit einfließen, um die erforderlichen therapeutischen Schritte abwägen und einleiten zu können. Zudem ermöglichen diese Fragen, den Patienten auf das Thema Mundgeruch anzusprechen.

Wenn der Patient die Diagnose und den Zusammenhang von Mundgeruch und den verursachenden Faktoren kennt, können ihm neben dem täglichen Zähneputzen weitere Massnahmen zur Beseitigung von Mundgeruch empfohlen werden, namentlich:

- Zungenreinigung zur mechanischen Entfernung von Zungenbelägen
- Interdentalreinigung zur Reduktion des bakteriellen Nährstoffangebotes



– Spezielle Mundspülung, die geruchsbildende Bakterien bekämpft

Welche Informationsmittel bietet die Kampagne

Die Kampagne der Aktion «Mundgesundheit Schweiz» umfasst das Aushängen von Plakaten, die Publikation von Artikeln in ausgewählten Fachmedien sowie das Auflegen von Informationsbroschüren in Zahnarztpraxen, bei Haus- und HNO-Ärzten sowie in Apotheken und Drogerien. Aktionszeitraum ist der 6.–17. September 2010.

Zentrale Informationsmittel sind nebst Plakaten auch eine hochwertige Aufklärungsbroschüre für Behandler sowie ein Flyer für die breite Bevölkerung: Dieser soll allen Personengruppen als Orientierungshilfe dienen. In Apotheken und Drogerien stützen spezielle Kartonsteller die Aufklärung. Zur Stärkung der Prävention werden Produktmuster

(Mundspülung und Zungenschaber) abgegeben. Sie sind in Zahnarzt- oder Arztpraxen sowie in Apotheken und Drogerien zusammen mit dem Aufklärungsmaterial verfügbar.

Die Homepage der Aktion (www.mundgesund.ch) wird auf das neue Thema ausgerichtet und aktualisiert. Die Internet-Plattform bietet den direkt Betroffenen und ihren Angehörigen eine anonyme Informationsmöglichkeit und einen einfachen Zugang, sich über das Problem Mundgeruch zu informieren. Angedacht ist auch ein moderiertes Forum, wo ein Experte Fragen zum Thema Halitosis beantwortet.

Die Aktion Mundgesundheit Schweiz will mit ihrer Kampagne aufzeigen, dass ein Patient mit Mundgeruch an erster Stelle in der zahnärztlichen Praxis Hilfe findet. Zahnärzte und das Praxisteam sind gefordert, sich professionell auf Halitosis-Patienten vorzubereiten – auch und besonders durch eine geeignete Kommunikation.

Zahnmedizin: Das Modell einer Arzt-Patienten-Beziehung ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung

Die direkte ökonomische Beziehung zwischen dem Zahnarzt und seinem Patienten hat eine positive und vertrauensfördernde Wirkung. Dies beweist das von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) befürwortete Modell.

Dr. Olivier Marmy, Präsident der Zahnärztesgesellschaft des Kantons Waadt SVM (Fotos: zvg)

Jeder Einwohner unseres Landes gibt im Durchschnitt etwa 35 Franken im Monat für seine Mundgesundheit aus. Im Kanton Waadt macht dies 13% der ambulanten Kosten aus (Anm. 1), die grundsätzlich der Patient übernimmt. Tat-

sächlich werden nur 10 bis 15% der zahnärztlichen Behandlungen durch die soziale Krankenversicherung übernommen (KVG, UVG, IV oder Krankenzusatzversicherungen, siehe Anm. 2 und 3). In der Mehrheit der Fälle erfolgt die zahnmedizinische Behandlung ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung. Diese vom Gesetzgeber gewollte Tatsache beruht auf der Erkenntnis, dass die meisten Zahnerkrankungen vermeidbar sind (auch wenn die Realität komplexer ist). Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten einer Behandlung nur dann, wenn eine «schwere und unvermeidliche» gesundheitliche Schädigung der Zähne, des Zahnfleisches oder des Parodonts vorliegt. Die privaten Zusatzversicherungen überzeugen in ihren Leistungen kaum (ausser jene für Kinder).

Der Patient an die Macht

Die grosse verantwortungsfördernde Wirkung einer privaten Regelung springt ins Auge: Der Patient ist selber verantwortlich für seine Mundgesundheit und hat ein konkretes Interesse, seine Zähne zu pflegen. Andererseits hat er in seiner Beziehung zum Behandler (zum Zahnarzt) auch ein besonderes Gewicht: Er entscheidet mass-

geblich mit! Gewiss ist diese «Machtergreifung» («empowerment») nicht mehr das Vorrecht eines «Regimes ausserhalb der Versicherung», aber man muss hervorheben, dass der triviale Aspekt der direkten wirtschaftlichen Beziehung die therapeutische Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient nachhaltig prägt.

Welche Auswirkungen hat dieses Modell für den Behandler (den Zahnarzt)? Einerseits eine grössere Freiheit in dem Mass, als kein Dritter sich einmisch, im Besonderen bei Indikation und Wahl der Behandlung, andererseits bezüglich der grösseren Verantwortung: Der Zahnarzt trägt der wirtschaftlichen Situation des Patienten Rechnung, wenn er mit ihm den Behandlungsplan bespricht; und er hat die ethische Verpflichtung, ihm in seiner Praxis die nötigen Informationen und Prophylaxeinstruktionen zu vermitteln, damit der Patient seine Zähne gesund erhalten kann.

Damit wird stillschweigend ein Vertrag geschlossen: Der Patient ist verantwortlich für seine Gesundheit, der Behandler ist zuständig für die Vermittlung der nötigen Kompetenzen.

Erfolgreiches Modell

Dieses Modell hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Die Zahngesundheit der Schweizerinnen und Schweizer ist eine der besten der Welt, und dies zu vernünftigen Kosten (Anm. 4). Eine Vergleichsstudie hat die Schweizer Bevölkerung als «Weltmeister im Zähneputzen» bezeichnet, diesen Titel verdankt sie keinesfalls dem Zufall. Selbstverständlich kann dieses Modell nicht einfach auf die Humanmedizin übertragen werden, besonders unter Berücksichtigung der Krankheitskosten – selbst wenn regelmässig Ideen aufkom-



Dr. Olivier Marmy



Der Patient ist verantwortlich für seine Gesundheit, der Behandler ist zuständig für die Vermittlung der nötigen Kompetenzen.

Wenn es das KVG nicht mehr gäbe?

Dieser Artikel erschien zuerst in einer Spezialausgabe des «*Courrier du médecin vaudois*» (CMV), Organ der Waadtländer Ärztesgesellschaft (SVM). Das Heft widmet sich der laufenden KVG-Revision, dies unter dem Titel «*LAMal, innover au lieu de rénover*» («KVG: erneuern anstatt revidieren»). Und wenn es das KVG nicht mehr gäbe? fragen sich die Redaktoren. Ihr Dossier widmet sich verschiedenen real existierenden Modellen. Die Reflexion kommt gerade zur rechten Zeit, vor der Lancierung von verschiedenen gesundheitspolitischen Initiativen. Unter den Vorschlägen ist auch eine Gesundheitsversicherung, wie sie beispielsweise Singapur kennt. In diesem Modell tragen die Versicherten über ein Gesundheits-Sparkonto kleinere Risiken selber, eine Hochrisikoversicherung deckt die Kosten schwerer Erkrankungen. Damit folgen die beteiligten Ärzte einer liberalen Praxis, welche eine Diskussion der therapeutischen Massnahmen und Kosten einschliesst.

Diesen Ansatz kennen wir Zahnärzte, und es ist kein Zufall, dass die CMV-Redaktion einen SSO-Zahnarzt eingeladen hat, unser Modell zu präsentieren.

men, die Patienten finanziell stärker in die Verantwortung zu ziehen. Es ist festzuhalten, dass bereits im geltenden KVG-Regime die Patienten erhebliche Kosten übernehmen (durch Franchisen und Selbstbehalt), ohne entsprechend mitbestimmen zu können.

Die Erfahrung zeigt, dass die direkte ökonomische Beziehung mit unseren Patienten verpflichtend und anspruchsvoll ist, dass sie aber auf beiden Seiten das Verantwortungsbewusstsein fördert. Sie ist grundlegend für das in der Schweiz bewährte zahnmedizinische Modell. Dieses Mo-

dell ist effizient und wird durch die SSO überzogen vertreten. Um allen einen Zugang zu zahnmedizinischer Behandlung zu gewährleisten, schliesst es verschiedene solidarische Verpflichtungen mit ein, namentlich die soziale und ethische Verantwortung der Zahnärzte SSO.

Anmerkungen und Quellenhinweise

- ¹ Panorama du système de soins et état de santé des Vaudois. SCRIS. Mars 2010
- ² KVG Art. 31, Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) 17-19 1. 01. 2003. P. Jaeger LAMal: les prestations médico-dentaires intéressent aussi les médecins. Rev. Méd. suisse romande, 118, 77-79, 1998
- ³ www.sso.ch >Versicherungen
- ⁴ ZITZMAN N U et coll, Changes in Oral Health over a 10-yr period in Switzerland. Eur J Oral Sci 2008; 116, 52-59

ENAMEL plus
HFO

Nach Dr.med.dent.
LORENZO VANINI

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

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



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

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

Das Kreuz mit den versäumten Sitzungen

Im Behandlungszimmer ist alles vorbereitet: Die Instrumente sind steril und fein säuberlich angeordnet, die Bohrer parat, Patientenserviette und Mundspüllösung gebrauchsfertig am Platz. Der Zahnarzt und die Dentalassistentin sind ebenfalls einsatzbereit. Nur – der Patient fehlt!

Frauke Berres, Fachzahnärztin für Parodontologie SSO (Fotos: zvg)

Geduldig wartet man die akademischen 15 Minuten ab, doch von der eigentlichen Hauptperson noch immer keine Spur! Als Nächstes folgt der Griff zum Telefon. Irrt der Patient orientierungslos umher, hat er den Zug verpasst oder gar einen Unfall gehabt? Eine freundliche Stimme am Telefonbeantworter weist auf dessen Abwesenheit hin, und der Patient ist nach wie vor nicht erreichbar. Wer hat diese Situation nicht schon einmal, vielleicht gar mehrmals erlebt? Nun stellt sich die entscheidende Frage: Grosszügig sein und sich über die unfreiwillig gewonnene Zeit freuen?

Zeit ist Geld

Rein betriebswirtschaftlich betrachtet bedeutet jede versäumte Sitzung einen erheblichen Verlust. In so kurzer Zeit einen anderen Patienten anzubieten, ist fast immer unmöglich. Die Fixkosten bleiben, die Mitarbeiter müssen bezahlt werden, und das zuvor bereitgelegte Material muss zum Teil weggeworfen oder neu sterilisiert werden. Der Patient aber weiss von alledem meistens nichts. Die Gründe für das Fernbleiben sind so vielfältig wie die Patienten selbst: Vergessen, falsch notiert, unvorhergesehenes Ereignis, Krankheit, Todesfall, Flieger verpasst, Auto kaputt, Velo gestohlen, Badewetter oder was auch immer. Und

genau hier stellt sich die grundlegende Frage: Darf ich einen Teil der entstehenden (Un-)Kosten auf meinen Kunden abwälzen? Ist dies überhaupt rechtens? Und kundenorientiert? Ist der Kunde immer noch König?

Ein klarer Fall für die SSO

Die Schweizer Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) schreibt auf Ihrer Homepage: *«Versäumt ein Patient eine Sitzung, ohne sich mindestens 24 Stunden zuvor abzumelden, so wird er Schadenersatzpflichtig. Mit dem Preisüberwacher wurde ein Ansatz von 18 Taxpunkten pro verpasste Zeiteinheit beim Zahnarzt festgelegt. Der Zahnarzt darf Schadenersatz jedoch nur dann verlangen, wenn es ihm nicht möglich war, die Zeit durch Arbeit an anderen Patienten zu nutzen (z. B. Behandlung eines Notfallpatienten)»* (Quelle: <http://www.sso.ch>, >«FÜR PATIENTEN» >«Recht, Tarife» >«Versäumte Sitzung»). Das Gleiche gilt bei der Dentalhygienebehandlung und bei der Prophylaxe-Behandlung, die mit 9 bzw. 6 Taxpunkten pro Viertelstunde versäumte Sitzung geahndet werden können.

Eine Gratwanderung für die Zahnärzteschaft

Das Einfordern des Betrages für eine versäumte Sitzung belastet das Zahnarzt-Patienten-Verhält-

nis meist enorm und braucht viel Erklärungsgeschick seitens der Mitarbeiter und des Zahnarztes. Ziel sollte es sein, zufriedene Patienten zu gewinnen und langfristig zu binden. Auf der einen Seite steht der betriebswirtschaftliche Aspekt des Zahnarztes, der als Unternehmer dazu gezwungen ist, seine Fix- und laufenden Kosten zu decken. Auf der anderen Seite steht der (König) Kunde, dessen Interessen ebenfalls wahrgenommen werden wollen. Ein langjährig treuer Patient erscheint unentschuldig nicht, hat aber in den letzten Jahren sehr hochwertige, kostenintensive Behandlungen durchführen lassen. Dieser Person stellt man nun eine versäumte Sitzung in Rechnung. Wie wird sie darauf reagieren? Der Konkurrenzdruck unter den Zahnärzten wächst und somit auch das Buhlen um Kunden. Genau an dieser Stelle entsteht der Gewissenskonflikt: Bei langjährigen Patienten macht man schnell eine Ausnahme, bei neuen wird sofort Rechnung gestellt, um von Anfang an die Spielregeln festzulegen – oder auch nicht, um einen neu gewonnen Kunden nicht von Beginn an zu verärgern. Da bereiten der notorische Zu-spät-Kommer und der Fern-Bleiber weitaus weniger Kopfzerbrechen. Vielleicht aus diesem Grund sind viele Praxen dazu übergegangen, ein automatisches Termin-Erinnerungssystem per SMS oder E-Mail einzurichten.

Die rechtliche Seite

Wie aber sieht die Situation auf rechtlicher Seite aus? In welchem Vertragsverhältnis stehen Patient und Zahnarzt? Zahnarzt und Patient sind im rechtlichen Sinn durch ein Auftragsverhältnis nach Schweizerischem Obligationenrecht (OR) verbunden. Dies bedeutet, dass der Zahnarzt nicht wie z. B. beim Werkvertrag für den Erfolg, sondern für die sorgfältig geleistete Arbeit haftet. Der Auftrag als Vertragsverhältnis ist im OR in den



Verpasste Behandlungstermine stellen für Zahnärzte ein Ärgernis dar – mit wirtschaftlichen oder gar rechtlichen Folgen.



Rechtlich sind Zahnarzt und Patient durch ein Auftragsverhältnis nach Schweizerischem Obligationenrecht OR verbunden.

Die versäumte Sitzung: Tarifziffer 4013

In verschiedenen Ratgebern für Patienten in Zeitungen und Zeitschriften wurde in der letzten Zeit wieder einmal über die Zulässigkeit der Verrechnung einer versäumten Sitzung beim Zahnarzt oder bei der Dentalhygienikerin diskutiert.

Die Verrechnung der versäumten Sitzung wurde bei der Einführung des Tarifs vom damaligen Preisüberwacher und späteren Bundesrat Deiss eindeutig bejaht und in einer einvernehmlichen Regelung zwischen dem Preisüberwacher und der SSO auf 18 Taxpunkte pro ¼ Stunde festgelegt. Es versteht sich von selbst, dass es sich lohnt, die Verrechnung von Fall zu Fall zu überprüfen.

Quelle: Internum Nr. 4/2010

Artikeln 394 ff. geregelt. Allerdings ist das Nichtwahrnehmen eines vereinbarten Termins beim Zahnarzt im Gesetz nicht konkret geregelt. Die «versäumte Sitzung» könnte im Sinne des Gesetzes als Widerruf des Auftrages verstanden werden. Gemäss Artikel 404 Absatz 1 OR ist ein Widerruf des Auftrages jederzeit möglich. Erfolgt dieser jedoch zur Unzeit (definiert als ein Ereignis ohne Grund, in einem ungünstigen Moment, welches einer anderen Partei Nachteile verursacht), so ist gemäss Artikel 404 Absatz 2 OR der zurücktretende Teil gegenüber dem anderen zum Ersatz des verursachten Schadens verpflichtet. Denkbar ist auch, dass der Patient den Termin ganz einfach vergessen hat, aber nicht beabsichtigt, generell den Auftrag zu widerrufen. In diesem Fall schuldet der Patient im Sinne von Artikel 402 Absatz 2 OR die Auslagen und Verwendungen und haftet für den Schaden. Im Klartext heisst dies, dass der Patient in beiden Fällen (Widerruf zur Unzeit oder Verwendungs- und Schadenersatz) verpflichtet ist, für den Schaden aufzukommen. Der Zahnarzt hat jedoch eine sogenannte Schadensminderungspflicht: Er muss während dieser Zeit versuchen, einen Ersatzpatienten aufzubieten oder andere Tätigkeiten zu erledigen. Zu diesem Zeitpunkt kommt die Beweispflicht ins Spiel.

Zahnarzt oder Patient beweispflichtig?

Grundsätzlich trägt derjenige die Beweislast, der aus einer von ihm behaupteten Tatsache Rechte zu seinen Gunsten ableitet (Artikel 8 Schweizerisches Zivilgesetzbuch [ZGB]). Demzufolge hat der Zahnarzt seinen entgangenen Gewinn sowie die Nichtwahrnehmung des anberaumten Termins zu beweisen. Gleichzeitig hat er aufgrund der Verpflichtung, seinen Schaden möglichst gering zu halten, nachzuweisen, dass es ihm nicht gelungen ist, einen Ersatzpatienten zu behandeln oder andere Arbeiten auszuführen. Hier wird die Komplexität des Ganzen deutlich; und es ist davon auszugehen, dass weder Patient noch Zahnarzt von diesen komplexen Zusammenhängen hinter einer «versäumten Sitzung» wissen. Der eine oder andere Patient wird mit einer Zahlungsverweigerung reagieren. Was dann? Ein Zahnarzt, dessen Rechnung für einen versäumten Termin nicht beglichen wird, muss diese abschreiben oder im äussersten Fall den Gerichtsweg beschreiten. Entschliesst er sich zum Prozess, hat er die ausgefallene Behandlung nachzuweisen und darüber hinaus darzulegen, dass er diese Zeit nicht anderweitig «verkauft» konnte. War aber beispielsweise die vorhergehende Behandlung zum Zeitpunkt des vorgesehenen Termins noch nicht abgeschlossen (Verspätung mit einem anderen

Patienten), sodass der Patient beispielsweise eine halbe Stunde hätte warten müssen, verringert sich der Schaden entsprechend. Sodann hat der Zahnarzt zwecks Nachweis seines Schadens zu beweisen, welche Taxpunkte für die ausgefallene Behandlung zur Anwendung gekommen wären, oder er hat sich auf die Erfahrungswerte der SSO zu stützen. Letztere sind zwar keine verbindlichen Richtlinien, können aber vom Richter herangezogen werden.

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Kunde im Fall einer «versäumten Sitzung» schadenersatzpflichtig ist. Im Gegenzug hierzu muss jedoch der Zahnarzt beweisen, dass er keine Ersatztätigkeit ausführen konnte. Ein scheinbar einfacher Sachverhalt entpuppt sich somit als komplexe Rechtsfrage. Wie bei vielem in unserem Beruf ist deshalb Fingerspitzengefühl gefragt und jedem Zahnarzt selbst überlassen, wie er in der jeweiligen Situation handelt. Um nervenaufreibende Diskussionen mit Patienten oder den Rechtsweg zu vermeiden, sei geraten, die oben erwähnte SSO-Klausel in einem schriftlichen Behandlungsvertrag (z. B. auf dem Anamneseblatt) zu fixieren. Dadurch kann sich der Zahnarzt auf eine rechtliche Grundlage abstützen und ist im Streitfall weniger auf die Auslegung des Gesetzes durch den Richter angewiesen. Zudem ist der Patient so informiert und damit bemüht, einen Termin rechtzeitig abzusagen.

Danksagung

Herzlichen Dank an Herrn Gabriel Nigon, Advokat und Partner der Kanzlei Nigon Kull Burkart Partner in Basel, für die kompetente Beantwortung der Rechtsfragen. Nigon ist unter anderem Präsident der Zahnärztlichen Begutachtungskommission der Zahnärztesgesellschaft Basel.



Stellt man jahrelang treuer Kundschaft eine versäumte Sitzung in Rechnung? Zahnärzte stehen vor Gewissenskonflikten ...



Wer komplexen Rechtsstreitigkeiten vorbeugen will, legt die Modalitäten der Behandlung seiner Patienten besser schriftlich fest.

Einwände gegen Managed Care

In der Sommersession hat der Nationalrat der Förderung von Managed-Care-Modellen zugestimmt. Integrierte Versorgungsnetze sollen die Qualität der Patientenbetreuung verbessern und gleichzeitig Kosten sparen. Bereits regt sich Widerstand: Ärzteorganisationen äussern Vorbehalte gegenüber der finanziellen Mitverantwortung. Auch die Bevölkerung ist gegenüber Versorgungsnetzen skeptisch.

Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst SSO (Bilder: zvg)

In der Sommersession hat der Nationalrat einer Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zugestimmt und damit Managed-Care-Modelle gutgeheissen. Nach dem Willen des Nationalrates müssen künftig alle Versicherer mindestens ein integriertes Versorgungsnetz anbieten. In integrierten Netzwerken koordinieren Leistungserbringer die medizinische Versorgung: Sie steuern die Behandlung des Patienten über alle Stationen hinweg und verpflichten sich zu Qualitätssicherung und Budgetmitverantwortung.

Für die Einführung dieser besonderen Versorgungsmodelle sollen die Versicherer bis drei Jahre nach Inkrafttreten der Vorlage Zeit haben. Stellt der Bundesrat fest, dass dieses Ziel nicht erreicht wird, muss er dem Parlament Massnahmen vorschlagen. Weiter beschloss der Nationalrat, dass

die Kassen für Managed-Care-Modelle eine Mindestvertragsdauer von drei Jahren vorschreiben können. Gegen eine Ausstiegsprämie soll aber ein früherer Austritt möglich sein. Gleiches gilt, wenn sich die Versicherungsbedingungen stark verändert haben oder die Prämien stärker ansteigen als im übrigen Kanton. Um einen Anreiz zu schaffen, bezahlen Versicherte in solchen Modellen künftig einen Selbstbehalt von 10% (an die Behandlungskosten), alle übrigen Versicherten 20%. Der Bundesrat bestimmt die Höhe der Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

Keine Risikoselektion

Für die Ärzteverbindung FMH ist Managed Care ein Schritt in die richtige Richtung: In integrierten Versorgungsnetzen tätige Ärztinnen und Ärzte

sind direkt an allen Entscheidungen beteiligt. Sie steuern die Betreuung der Patienten über alle Behandlungsschritte hinweg und verantworten alle Massnahmen, die gemäss den gesetzlichen Vorgaben medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich zweckmässig sind. Doch bei der Budgetmitverantwortung der Netzwerke äussern Ärzteorganisationen Vorbehalte. Für die Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften KKA muss eine Risikoselektion weitgehend ausgeschlossen sein: Versorgungsnetze geraten bei überdurchschnittlich vielen kostenintensiven Patienten unter Druck und sind versucht, chronisch und mehrfach kranke Menschen abzuweisen oder medizinische Leistungen zu rationieren. Dazu Dr. med. Peter Wiedersheim, Präsident der St. Galler Ärztesellschaft: «Es ist eine Tatsache, dass heute die realen Einsparungen in verschiedenen Modellen nicht sehr gross sind und dass Risikoselektion unter den aktuellen Rahmenbedingungen mehr Kostenreduktion bringt als Managed Care.»

Chronische Krankheiten berücksichtigen

Für die KKA ist deshalb klar: Integrierte Versorgungsmodelle können nur funktionieren, wenn ein Ausgleich auf der Basis eines morbiditätsorientierten Indizes geschaffen wird. Ein solcher Index berücksichtigt die Schwere der Erkrankungen und dient als Basis für einen finanziellen Ausgleich zwischen den Netzwerken und anderen Modellen. Für Dr. med. Urs Stoffel, Co-Präsident der



In der Sommersession hat der Nationalrat der Einführung von Managed-Care-Modellen zugestimmt.

KKA, sind drei Elemente massgebend: «Zum einen der Bedarf an bestimmten Medikamenten bzw. Wirkstoffen, zum andern eine Einteilung der Diagnosen in Gruppen von hohen, mittleren und tiefen Risikopatienten. Und zum Dritten die Erfassung medizinischer Tests.» Zahlreiche Lösungsvorschläge liegen bereit. Doch die gesundheitspolitischen Akteure tun sich mit der Entscheidungsfindung schwer und schieben die Thematik auf die lange Bank: Bereits 2007 hat das Parlament beschlossen, den Risikoausgleich ab 2012 zu verfeinern, damit das Umverteilungsvolumen erhöht und der Wettbewerb unter den Krankenkassen weniger über die Risikoselektion geführt wird. Zumindest dieses Vorgehen hat der Nationalrat nun bekräftigt. Mit 121 zu 52 Stimmen hat

er einer Verfeinerung des Risikoausgleiches zwischen den Krankenkassen zugestimmt. Neben den Kriterien Alter und Geschlecht und dem länger als drei Tage dauernden Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim soll künftig auch die Krankengeschichte der Versicherten aus dem Vorjahr berücksichtigt werden.

Ambivalente Haltung

Integrierte Versorgungsmodelle stossen in der Bevölkerung auf Skepsis: Keine Mehrheit für Managed-Care-Modelle, so lautet das Fazit des Gesundheitsmonitors 2010, der aktuellen Repräsentativbefragung des Meinungsforschungsinstituts gfs.bern. Obwohl Managed-Care-Modelle in der gesundheitspolitischen Diskussion seit Län-

gerem ein zentrales Thema sind, sprechen die bisher diskutierten Lösungen bloss eine Minderheit an. Erst 10 Prozent der Stimmberechtigten sind gemäss eigenen Angaben in einem Managed-Care-Modell versichert. Weitere 18 Prozent könnten sich vorstellen, eine derartige Versicherungslösung zu wählen. Es sind in erster Linie junge, gesunde Männer, die sich am ehesten für ein integriertes Versicherungsmodell erwärmen. Frauen und ältere Menschen hingegen haben Bedenken. Vor allem Kassenvertreter kritisieren die Resultate der Studie scharf und orten zahlreiche Mängel. So oder so: Auf die Befürworter von Managed Care wartet in den kommenden Monaten viel Überzeugungsarbeit – bei Stimmvolk und Ärzteschaft gleichermassen.



In integrierten Netzwerken koordinieren Leistungserbringer die medizinische Versorgung: Sie steuern die Behandlung des Patienten über alle Stationen hinweg und verpflichten sich zu Qualitätssicherung und Budgetmitverantwortung.

Die Soziologin Dr. Marianna Rychner zu

«Managed care» – ist die Lösung das Problem?

Ganz unabhängig von politischen Diskussionen um Details: «Managed Care» ist ein der Sache nicht angemessener Begriff. Aber er beeinflusst seinerseits die Wirklichkeit auf problematische Weise. Der Anglizismus irritiert, weil ein Arzt anders arbeiten muss als ein Manager. Irritierend ist auch die deutsche Übersetzung von «Managed Care»: Sie oszilliert zwischen «gelenkter», «geführter» oder «manipulierter» Pflege oder Betreuung. Der Begriff, noch ergänzt «mit Budgetverantwortung», impliziert das Gegenteil einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung: Passive Patientinnen konsumieren medizinische Dienstleistungen und sollen zugleich daran gehindert werden, dies übermässig zu tun, während Ärzte via finanzielle Anreize steuerbar sind. Was hier an Unterstellungen mitschwingt, ist schlecht für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patient. Es wird vorweggenommen, was zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden könnte: Patienten, die lieber den Betreuungskonsum maximieren, statt gesund zu werden, und Ärztinnen, die sich an ihren Patienten bereichern. Seit jeher müssen Ärzte fallspezifische Anforderungen auf ökonomische und zeitliche Einschränkungen abstimmen. Ob künftig mit derselben Selbstverständlichkeit das Vertrauensverhältnis aufrechterhalten werden kann, ist allerdings fraglich.

Dr. Marianne Rychner ist Soziologin und Partnerin beim Büro für Sozioanalyse (www.sozioanalyse.ch). Sie berät u. a. Organisationen im Gesundheitswesen. Ihre Dissertation «Grenzen der Marktlogik – Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis» wurde 2006 im VS Verlag für Sozialwissenschaften publiziert.

Siehe auch SMFZ 12/2006 Referat anlässlich der Präsidentenkonferenz in Wylen.



Zahnarztpraxen als Patientenmagnete

«Die meisten Zahnärzte sind medizinisch exzellente Fachleute, aber mittel-mässige Verkäufer mit geringer Marketingaffinität», sagt Ueli Breitschmid, Präsident des Arbeitgeberverbands Schweizer Dentalbranche (ASD) und Direktor Swiss Dental Events (SDE) AG. Die Redaktion im Gespräch mit dem ehrgeizigen und erfolgreichen Dentalhändler.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: zvg)

SMFZ: Sie können auf eine erfolgreiche Dental 2010 zurückschauen. Was meinen Sie zur Idee, wenn SMFZ und Dental in Zukunft eine gemeinsame Marketingstrategie für diesen Anlass konzipieren würden?

Ueli Breitschmid: «Ich bin immer für Zusammenarbeit, um Synergien zu schaffen. Der Erfolg einer Ausstellung hängt von vielen Faktoren ab. Einer davon ist die kontinuierliche Werbung für den Anlass – lange bevor er stattfindet. Diese Werbung erfolgt primär in der Schweiz, aber auch im Ausland, um Aussteller anzuziehen. Welche Vorteile wir mit der SMFZ als zusätzlichen Medienpartner gewinnen würden, ist für mich nicht abschätzbar. Gewiss könnte die Mobilisierung der Besucher noch verbessert werden. Die gemeinsame Marketingstrategie müsste mit der SSO erarbeitet werden, denn via Kongress erreicht die Standesorganisation die meisten Schweizer Zahnärzte.»

Fabrikanten, Dentalhändler und Agenten sind im ASD zusammengeschlossen. Inwiefern unterscheidet sich der Agent vom Dentalhändler?

«Normalerweise verkaufen Agenten ihre Spezialitäten ausschliesslich über den Fachhandel, selten direkt. Dentalhändler verkaufen direkt an Zahnärzte, Zahntechniker und Dentalhygienikerinnen.»

Wer ist tonangebend im Dentalmarkt, der Zahnarzt oder die Dentalbranche?

«Diese Frage ist nicht eindeutig beantwortbar. Der Kunde entscheidet, wo er was kaufen will, der Händler definiert das Angebot. Das eine ist nicht vom anderen zu trennen. Die Abhängigkeit ist gegenseitig – man kennt sich – man verhält sich partnerschaftlich und entscheidet schliesslich im Interesse einer langfristigen Zusammenarbeit. Dank dem Internet hat der Zahnarzt heute mehr Preisvergleichsmöglichkeiten. Dementsprechend wird die Beratung wichtiger, die im Preis nicht reflektiert ist.»

Was verstehen Sie unter Networking und wie funktioniert dieses im ASD?

«Ich nehme an, dass Sie sich aufs Networking anlässlich der Dental 2010 in Basel beziehen. In unserer kleinen Dental-Welt spielen persönliche Beziehungen, Empfehlungen sowie ein persönli-

cher Tipp eine enorme Rolle. An der Dental 2010 waren 50 Prozent der Zahnärzte und Zahntechniker und 100 Prozent aller Entscheidungsträger von Handel und Industrie gleichzeitig vor Ort. Eine ideale Voraussetzung, um neue Bekanntschaften zu schliessen, Geschäftsbeziehungen aufzufrischen und neu zu begründen. Es gibt keinen andern Anlass, an welchem sich Zahnärzte, Zahntechniker, Dentalassistentinnen und Dentalhygienikerinnen sowie Kunden, Lieferanten und Geschäftspartner auf diese ungezwungene Art persönlich kennenlernen können.»

Reiche Entfaltungsmöglichkeiten

Der Dentalmarkt hat Sie seit Kindheit begleitet. Was hat Sie ins elterliche Unternehmen gelockt, und welche Ausbildung haben Sie absolviert?

«Mein Vater war Zahntechniker und hat sich 1954 mit einem kleinen Spezialitätensortiment für Zahntechnik selbstständig gemacht. Während den ersten drei Jahren war die Wohnung gleichzeitig Büro und Lager. Die Tätigkeit meines Vaters hat mich überhaupt nicht fasziniert. Ich wollte Chemiker werden. Nach Abschluss des Handelsdiploms wollten mich die Lehrer nicht mehr, und so musste ich ein Jahr vor der Matura die Karrieregestaltung in die eigene Hand nehmen. Nach einem Welschladaufenthalt während der Expo 64 in Lausanne und einem Aufenthalt in England habe ich 1965 als Volontär im Dentaldepot Klein in Bonn meine ersten Sporen abverdient. Da ich neugierig und einsatzfreudig war, konnte ich dort wirklich sämtliche Arbeiten lernen, die in einem Dentaldepot zu tun waren. Aber ich glaube, irgendetwas waren die dann doch froh, als ich nach einem Jahr wieder in die Schweiz zurückreiste.»



An der Dental 2010 waren 50 Prozent der Zahnärzte und Zahntechniker und 100 Prozent aller Entscheidungsträger von Handel und Industrie gleichzeitig vor Ort.

Zu meiner Ehrenrettung darf ich erwähnen, dass die Familie Peter Klein ihren Sohn vier Jahre später zu uns in die Schweiz zur Ausbildung geschickt hat. Und dieser hat es dann recht weit gebracht. Um es direkt und ehrlich zu sagen: Ich bin beim Vater eingestiegen, weil mir eine akademische Ausbildung verwehrt geblieben ist und es für mich – mit meiner etwas speziellen Art – sehr schwierig gewesen wäre, eine Anstellung zu finden, wo sich vergleichbare Entfaltungsmöglichkeiten geboten hätten. Ich fühlte mich damals sehr oft unverstanden, was mich als jungen, ehrgeizigen Menschen sehr geschmerzt hat. Aber, und vielleicht liegt hier der Schlüssel meines Erfolgs, dieser Umstand hat meine Leistungsbereitschaft und meinen Ehrgeiz angestachelt. Auch heute will ich mich stets beweisen und zeigen, was ich erreichen kann.»



«Ich fühlte mich oft unverstanden, dies hat meinen Ehrgeiz und meinen Leistungswillen angestachelt», sagt Ueli Breitschmid.

Positionierung ist entscheidend

Im Curadenporträt steht: «Mundhygiene ist unsere Kernkompetenz». Was bedeutet Ihnen als Firmenbesitzer Hygiene und insbesondere Mundhygiene?

«Mit CURAPROX und CURASEPT haben wir Produktlinien im Angebot, dank welcher Tausende von Zahnärzten ihren Patienten eine persönliche Mundpflege anbieten können, welche den Hauptanspruch erfüllt, der an die Prävention gestellt wird: Zähne und Zahnfleisch bleiben ein Leben lang gesund.

Weltweit sind wir die erste Firma, die nicht nur Produkte, sondern auch die dazugehörigen Instruktionkonzepte, also touch2teach und iTOP, anbietet. Wir stellen ein umfassendes Geschäftsmodell bereit, und so positionieren wir Mundhygiene nicht nur auf einer prophylaktischen, son-

dern auch auf einer Lifestyle-Ebene für körper- und schönheitsbewusste Menschen. Insofern stimmt der Satz «Mundhygiene ist unsere Kernkompetenz» nur noch teilweise, da sich hier unser Modell noch nicht erschöpft. Die Einstellung zum «Patienten» soll eine neue werden: Der Zahnarzt soll seine Patienten eher als Kunden sehen: Dann kommen ganz andere Ideen und damit Geschäftsmodelle auf. Reparatur ist das eine. Und Prophylaxe und die Art ihrer Positionierung das andere. Beides kann man bestens verbinden. Ich habe im Verlauf der Jahre begriffen, dass Karies und Zahnfleischkrankheiten in 99% der Fälle durch richtige Mundhygiene vermeidbar sind. Die Erkenntnis allein war nicht schwierig: Es war aber ein langer Weg, Produkte und Pflegemethoden für rundum saubere Zähne zu entwickeln, die gleichzeitig Gebiss und Zahnfleisch

schonen. Wesentlich dabei ist die Zusammenarbeit mit Dental-Profis aus Forschung, Lehre und Praxis. Nur so resultieren wirklich gute Produkte. Mundhygiene ist für mich der Schlüssel für die Gesundheit schlechthin. Denn es ist heute erwiesen, dass ein gesunder, frischer Mund Voraussetzung für einen gesunden Körper ist. Gefährlich für die Gesundheit ist, wenn Plaque-Bakterien in die Blutbahnen gelangen können und dann Biofilme in den Blutgefässen bilden – genau wie auf den Zähnen.»

Wann und wie haben Sie erkannt, dass der Pflege der Zahnzwischenräume eine Schlüsselrolle zukommt?

«30% der Zahnflächen liegen zwischen den Zähnen. Dass die Zahnbürste dort nicht hinkommt, liegt auf der Hand. Bestechend einfach ist das,



Kunde macht Kaufentscheid, Händler definiert das Angebot. v. l. n. r. Peter Wiehl, Ueli Breitschmid, François Keller.



Der Erfolg einer Ausstellung hängt von vielen Faktoren ab. Einer davon ist die kontinuierliche Werbung für den Anlass – lange bevor er stattfindet.

aber es muss einem zunächst einmal in den Sinn kommen! Ich bin ein sehr kritischer Mensch, der alles hinterfragt, das hat mich auf den richtigen Weg gebracht. Wirklich begriffen habe ich die Zusammenhänge und die Lösungswege dank meiner Freundschaft mit Jiri Sedelmayer, Oberassistent an der Uni Hamburg.»

Gerätewechsel immer rascher

Sie haben 40 000 Ersatzteile an Lager. Wie bewirtschaftet Healthco-Breitschmid dieses Warenlager?

«Hier treffen Sie meinen wunden Punkt. Nicht wegen der Bewirtschaftung dieses immensen Ersatzteillagers, sondern weil Sie mich daran erinnern, wie viele dieser Ersatzteile wir jedes Jahr wegwerfen müssen, weil die entsprechenden Geräte nicht mehr vorhanden sind. Wir haben totale Lagerkontrolle über unsere Ersatzteile, sogar bis in das Autolager unserer 24 Servicetechniker. Nur dank optimaler EDV verhindern wir Neuzukäufe von Teilen, die im Zentrallager nicht verfügbar, aber im mobilen Lager von Techniker XY vorhanden sind. Kein Hersteller nimmt Ersatzteile zurück. Gekauft ist gekauft.»

Marktpotenzial kaum erhoben

Für jeden bestehenden oder möglichen zukünftigen Praxisstandort in der Schweiz kann das exakte Markt- und Patientenpotenzial ermittelt werden. Dies versprechen Sie Zahnärzten. Können Sie uns erklären, worum es genau geht?

«Zahnärzte ‹bohren› zu wenig nach ihrem Potenzial! Dies zeigt eine breit angelegte repräsen-

tative Bevölkerungsstudie, die im Auftrag von Healthco-Breitschmid Ende 2009 durchgeführt worden ist. Die meisten Zahnärzte sind medizinisch exzellente Fachleute, aber mittelmässige Verkäufer mit geringer Marketingaffinität. Mit der fundierten Bevölkerungsbefragung und neu entwickelten Geodaten-Tools stehen der Branche neue Mittel zur Verfügung, um die Positionierung und das Marketing zu optimieren. Aus Zahnarztpraxen werden so kundenorientierte Patientemagnete.»

Die CURADEN AG ist heute weltweit tätig. Welche Vorteile ergeben sich für den Schweizer Markt?

«Die CURADEN AG, die sich mit Prophylaxe befasst, ist weltweit tätig. Den Hauptumsatz machen wir in Deutschland, Italien und in der Schweiz sowie in Tschechien, der Slowakei und Slowenien. In der Slowakei und in Slowenien ist unsere Marke so bekannt wie hier in der Schweiz Elmex. Für unsere Tätigkeit in der Schweiz ergibt sich aufgrund unserer Erfolge im Ausland eine Horizontenerweiterung. Wir wissen besser und verstehen schneller, was unsere Kunden wirklich von uns brauchen: Beratung und Begleitung auf ihrem Weg. Weg von der Praxis, hin zum Dienstleistungsunternehmen, wo der Patient zum Kunden und der Kunde zum Gast wird. Das erfordert aber ein Umdenken, und dieses Umdenken lohnt sich.»

Sie dürfen dieses Jahr Ihren 65. Geburtstag feiern und pflegen auch zeitintensive Hobbys. Wie möchten Sie die nächsten Jahre gestalten?

«Sie sprechen mich auf meine Weinbauaktivitäten in Meggen und auf Sizilien an. Nun, diese kleinen Weingüter sind als ‹Nebenprodukt› meiner Liebe zu schönen Immobilien entstanden. Wie bei den Dentalfirmen habe ich den Ehrgeiz, mit diesen Produkten neue Massstäbe zu setzen. Mit dem Biowein aus Meggen ist das sehr schwierig, aber wir sind gut unterwegs. Auch in Südtalien stecken die Ziele hoch: Wir wollen unter die besten drei mit unserem Wein. Ich suche und brauche die Herausforderung. Etwas, das jeder kann, interessiert mich nicht. Meine Haupttätigkeit ist und bleibt aber das Dentalgeschäft. Auch hier wollen wir die Besten sein. Wir strengen uns dementsprechend an, der Kunde entscheidet! Ich sehe mich in diesem Prozess als Sparringpartner und Coach, der die unangenehmen Fragen stellt: Warum? Warum nicht? Wie erreichen wir es trotzdem?»



Warum woanders mehr bezahlen?

Factoring: Wir nehmen Ihnen Ärger ab zu günstigen Konditionen und Sie sparen erst noch Steuern.

www.dentakont.ch

50 Jahre Pille

50 Jahre gibt es sie jetzt schon: die Pille. 1960 kam das erste orale Kontrazeptivum in den USA auf den Markt: Enovid. Heute gehört sie zu den wichtigsten Verhütungsmitteln überhaupt. Besonders beliebt ist sie in Europa. In China dagegen, dem bevölkerungsreichsten Land der Erde, hat die Anti-Baby-Pille einen schweren Stand. Und auch in Afrika setzen die Menschen bevorzugt auf andere Verhütungsmittel.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Fotos: zvg)

Für die Frauen war sie eine Revolution, die Moralwächter vor allem in der katholischen Kirche verteuflten sie hingegen: Vor 50 Jahren wurde in den USA erstmals die Anti-Baby-Pille zugelassen. In Deutschland kam die Pille ein Jahr später unter dem Namen Anovlar auf den Markt – und läutete damit die sexuelle Revolution ein.

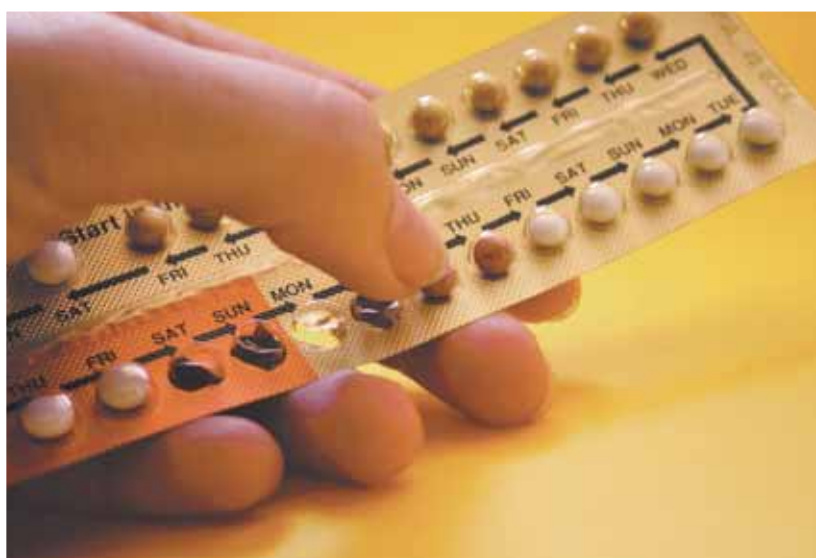
Heute ist sie eines der am meisten genutzten Verhütungsmittel. Allein in Deutschland schützen sich mehr als sechs Millionen Frauen mit der Pille vor einer ungewollten Schwangerschaft. Mit der Pille konnten die Frauen erstmals selbst bestimmen, wann und wie viele Kinder sie bekommen wollten.

Paare mussten keine Angst mehr vor ungewollten Schwangerschaften haben und empfanden die Pille als sexuelle Befreiung. Die Anti-Baby-Pille war so revolutionär, dass sie 1961 zunächst als Mittel zur Behebung von Menstruationsstörungen eingeführt und anfangs nur verheirateten Frauen verschrieben wurde. Konservative Moralhüter aus Kirche und Politik liefen Sturm und fürchteten um den Verlust von Sitte und Anstand. Auch deshalb wurde die Pille anfangs eher verhalten aufgenommen.

Als der Vatikan 1968 mit der Enzyklika «Humanae Vita, Pillen Enzyklika» die neue Art der Empfängnisverhütung verdammt, verabschiedeten

sich mehr Katholikinnen von der Kirche als von der Pille. «Sich beugen und zeugen» oder «Wir reden nicht über die Pille, wir nehmen sie» hiess es auf Plakaten anlässlich des Katholikentags. Der Wandel war nicht mehr aufzuhalten.

Manche Religionsgemeinschaften, insbesondere die römisch-katholische Kirche, lehnen die Verwendung oraler Kontrazeptiva (und anderer Verhütungsmittel) aus moralischen Gründen ab, auch wenn diese Position nicht von allen ihren Mitgliedern geteilt wird. In einem Rundschreiben vom 25. Juli 1968 an die Katholiken vertritt Papst Paul VI. die Meinung, «dass jeder einzelne eheliche Akt (quilibet matrimonii usus) nur dann sittlich gut ist, wenn er für die Weitergabe des Lebens offen bleibt».



«Wunschkindpille». Sie sollte nicht die Schwangerschaft verhüten, sondern die Geburt zum richtigen Zeitpunkt ermöglichen.

Pharmaziegeschichte 50 Jahre «Pille»

Am 18. August 1960 wurde in den USA das erste orale Kontrazeptivum zugelassen: Enovid. Die Innovation war so folgenreich für die gesellschaftliche Entwicklung, dass 2010 ein Jubiläumsjahr für die «Pille» zu werden scheint.

Die Sexualhormone wurden bereits zwischen den beiden Weltkriegen erforscht. Adolf Butenandt stellte 1929 das Estron dar, kurz darauf folgte die Entdeckung der Östrogene Estriol und Estradiol sowie der Androgene Androsteron und Testosteron. Gleichzeitig wurden die ersten Konzepte entwickelt, durch die Anwendung von Sexualhormonen oder ihren Derivaten den Zyklus der Frau so zu beeinflussen, dass eine Empfängnis und folglich eine Schwangerschaft verhindert wird. Die Zeitumstände behinderten aber vorerst ihre Realisierung, bis sich drei Männer dieser Aufgabe annahmen: der Chemiker Carl Djerassi, der Physiologe Gregory Pincus und der Gynäkologe John Rock.

Der in Wien geborene, in die USA emigrierte Djerassi, der sich in seiner Autobiografie als «Mutter der Pille» bezeichnete, hatte 1951 die Testosteron-Derivate Norethisteron und Norethinodrel synthetisiert, die darauf in Tierversuchen und in der Klinik geprüft wurden. 1957 erhielt Enovid, eine Kombination von Norethinodrel mit dem Östrogen Mestranol, in den USA die Zulassung für die Indikation «Zyklusregulation». Erst drei Jahre später folgte die Zulassung für «hormonelle Kontrazeption».

In Deutschland hat Norethinodrel niemals eine Rolle als Arzneistoff gespielt. Das 1961 in der Bundesrepublik zugelassene Präparat Anovlar enthielt Norethisteron und Ethinylestradiol, eine auch heute noch übliche Kombination, während das 1965 in der DDR in den Markt eingeführte Präparat Ovosiston eine Kombination von Chlormadinonacetat mit Mestranol darstellte.

Die Ärzte empfahlen lange Zeit als besten Schutz vor Schwangerschaften das Kondom. Es wurde zunächst aus Leinen, später aus Tierdarm und seit 1839 auch aus Gummi gefertigt. Ziel aller konventionellen Verhütungsmittel war es letztlich, den Samen an der Befruchtung der Eizelle zu hindern.

Die Pille geht einen Schritt weiter. Sie greift in den Hormonhaushalt der Frau ein und verhindert, dass eine Eizelle heranreift. Weltweit schlucken derzeit nach einer Studie des Magazins Geo zwischen 80 bis 120 Millionen Frauen regelmässig die kleine Tablette mit der grossen Wirkung. Die meisten Anwenderinnen leben in Europa und in den USA.



Für die Emanzipation von der Natur zahlt der Mensch mit dem hohen Preis der Selbstverantwortung.

Doch der aufbegehrenden jungen Generation kam die Pille gerade recht. Immer mehr Frauen schluckten das kleine Dragee, was Anfang der 70er-Jahre in Westeuropa zum sogenannten Pillenknick führte. Die Zahl der Geburten brach deutlich ein und stagniert bis heute auf diesem Niveau.

Den Siegeszug der Pille konnte dies nicht aufhalten. Heute verhüten gemäss Umfragen mehr als jede zweite Frau zwischen 20 und 44 Jahren mit einem Hormonpräparat.

Anders als die Pillen der ersten Generation, die noch ein hochdosierter «Hormon-Cocktail» waren, sind die heutigen Präparate wesentlich niedriger dosiert und verträglicher. Ganz ohne Nebenwirkungen sind diese Medikamente aber nicht. Für Schlagzeilen sorgten zuletzt die von Bayer-Schering vertriebenen Anti-Baby-Pillen Yaz und Yasmin, die mit Lungenembolien und Todesfällen junger Mädchen in Deutschland und in der Schweiz in Verbindung gebracht werden.

Kritiker fordern daher einen Verkaufsstopp für diese Form der Antibaby-Pille. Tatsächlich kann es vor allem im ersten Jahr nach Beginn der Einnahme der Pille allgemein in seltenen Fällen zu Embolien kommen. In der Fachinformation für Yasmin wird auf dieses Risiko seit Kurzem verstärkt hingewiesen.

Darüber hinaus macht Wissenschaftlern eine ganz andere Beobachtung Sorge: Zumindest bei Fischen konnten sie nachweisen, dass Hormonrückstände der Antibaby-Pille im Wasser Schaden anrichten können. Die künstlichen Hormone der Pille werden über Toiletten und Klärwerke hinaus in Gewässer geschwemmt – mit der Folge,

dass manche männliche Fische weibliche Merkmale ausbilden.

Ohne Zugang zu Verhütungsmitteln sterben immer noch Jahr für Jahr Tausende Frauen in Entwicklungsländern an absehbaren Schwanger-

schaftskomplikationen und dilettantisch durchgeführten Abtreibungen. Die Verhütungspille hat Millionen Tragödien verhindert.

Doch Spitzenumsätze werden mittlerweile auch in den Arabischen Emiraten erzielt: Zum einen erlaubt der Koran die «alternative Abtreibung» und Sterilisation allenfalls in medizinischen Notlagen, zum anderen hat Empfängnisverhütung in muslimischen Ländern eine lange Tradition. Mohammed selbst empfahl den Coitus interruptus, wenn Enthaltensamkeit nicht möglich war.

Anders im allgemein als fortschrittlich angesehenen Japan: Dort greift laut Geo nur ein Prozent der gebärfähigen Frauen zur Pille, die in dem asiatischen Land aus Furcht vor moralischer Verwahrlosung und Geschlechtskrankheiten erst 1999 zugelassen wurde.

Und heute? Hat die Pille tatsächlich die Sexualmoral untergraben? Wohl nicht. Laut der Geo-Studie finden Sexualkontakte unter Jugendlichen in Europa heute zwar früher und häufiger statt als vor der Erfindung des Hormonpräparats. Aber in Ländern, in denen die Pille besonders oft verkauft wird wie Frankreich und Deutschland, geht es nicht übermässig «enthemmt» zu. Hingegen hat mit dem Auftreten von AIDS die durch die Pille entstandene Freiheit einen gewaltigen Dämpfer bekommen.

Distribution und Konsum gängiger Präparate im Jahr 2009

Kanäle: Apotheken, Praxisärzte, Drogerien, Spitäler

Segment: Swissmedic Liste A/B/C/D sowie IMS Z (Impfstoffe und Testdiagnostika)

Bezeichnung	Menge in Tausend Packungen
G03A1 Kontraz. 1-phasenpr. (Oe. < 50 mcg)	1 944 860
G03A2 Kontraz. 1-phasenpr. (Oe. < 50 mcg)	5 519
G03A3 Kontrazeptiva 2-phasenpräp	9 653
G03A4 Kontrazeptiva 3-phasenpräp	39 104
G03A5 Reine Gestagenpräparate	175 310
G03A9 Sonst. Horm. Kantrazeptiva syst.	421 229

(Quelle: IMS Health GmbH)

Endlich mehr Freizeit



Wir übernehmen Ihre Debitoren

einfach – individuell – günstig

www.dentakont.ch

Neue Wege beschreiten

«Mit guten Rahmenbedingungen könnte die SSO die wachsende Zahl der Nichtmitglieder zum Beitritt motivieren», meint der neue Thurgauer Präsident Dr. Andreas Ettl. Er wünscht sich neben politischem Engagement auch ein Abkommen mit dem Dentalhändlerverband, das SSO-Mitgliedern bessere Konditionen bei Einkauf und Service bietet. Die Redaktorin im Gespräch mit dem Thurgauer Präsidenten.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Fotos: zvg)

Zirka 15–20 Prozent der im Thurgau tätigen Zahnärzte gehören nicht dem Berufsverband an. «Zu viele», für Andreas Ettl. Dieses Problem bereitet dem neuen SSO-Präsidenten im Thurgau Sorge. Er setzt sich deshalb neben der Förderung der Kollegialität unter den Mitgliedern vor allem für die Attraktivitätssteigerung der Verbandsmitgliedschaft ein.

SMfZ: Was erwarten Sie angesichts dieser Sachlage vom Dachverband?

Dr. Andreas Ettl: «Dass er den Sektionen gute Rahmenbedingungen gibt, die ein Nichtmitglied zum Beitritt motivieren. Es sollten neue Wege beschritten werden. Das grosse Gewicht unseres Verbandes könnte nicht nur in der Politik, sondern auch für Preisvorteile gegenüber Handel und Industrie genutzt werden. Ich würde zum Beispiel ein Abkommen mit dem Dentalhändlerverband, das SSO-Mitgliedern bessere Konditio-

nen bei Einkauf und Service bietet, begrüßen. Mit einem hohen Organisationsgrad sollte der Dachverband dann erfolgreich zum Wohle unseres Berufsstands Einfluss nehmen.»

Abnehmender Einfluss gegen innen und aussen

Welche Gefahren sehen Sie im Zahnarztumfeld, welche die SSO im Auge behalten muss?

«Die grösste Gefahr lauert bestimmt im abnehmenden Einfluss des Berufsverbandes gegen innen und gegen aussen. Gegen aussen ist unser Berufsstand je länger je mehr durch die politischen Entscheide eingeengt, und gegen innen nehmen die Fachgesellschaften immer mehr Macht ein und werden so in Zukunft in Gefahr geraten, partikuläre Interessen zu vertreten, die nicht im Gesamtinteresse des allgemein praktizierenden Zahnarztes sind. Wir riskieren, uns

ähnlich wie die FMH innerlich zu schwächen. Die Spezialisierungen, die uns durch die EU gedrängt wurden, sind in meinen Augen ein grosses Problem und werden unsere Schweizer Kollegen längerfristig benachteiligen. Als Beispiel möchte ich die Ausbildungsplätze für Oralchirurgie nennen. Diese werden bereits jetzt aufgrund des grossen Zustroms aus dem EU-Raum reduziert. Dieser Zustrom kann nicht reguliert werden. So entsteht eine Benachteiligung des jungen Schweizer Kollegen, oder einfach ausgedrückt: Man muss Ausländer mit Oralchirurgetitel sein oder als Schweizer den Titel im Ausland erwerben.

Der Zahnarztberuf vereint alle meine Wünsche

Wie ist Ihre Zahnarztpraxis entstanden, und wie alt ist sie?

«Meine Praxis wurde im Jahr 1962 von meinem Vater in Frauenfeld eröffnet, und ich habe diese im Jahre 2001 übernommen.»

In Ihrer Familie gibt es mehrere Zahnärzte. Erzählen Sie uns, weshalb Sie Zahnarzt geworden sind.

«Mein Ziel war eigentlich immer, etwas mit meinen Händen herzustellen, das ich als vollendetes Werk nachher anschauen kann, und ich wollte selbstständig ein Unternehmen führen. Die Me-



Ein Abkommen mit dem Dentalhändlerverband, das SSO-Mitgliedern bessere Konditionen bei Einkauf und Service bietet, wäre für Andreas Ettl begrüssenswert.



Andreas Ettlin: «Ich liebe die Vielseitigkeit! Ich bin gefordert als Handwerker, Unternehmer, Chef von Angestellten und Auszubildner.»

dizin interessierte mich. Der Zahnarztberuf erfüllt alle diese Wünsche. Der Beruf bietet mir die Freiheit, Entscheidungen selbstständig zu treffen und meinen Tagesplan in meinem Sinne zu gestalten.»

Sie verfügen über ein hauseigenes Dental-labor. Wie kam es dazu, und welche Vorteile ergeben sich für Sie als Praxisinhaber?

«Ich habe das Labor von meinem Vater übernommen, und es bietet grossen Komfort in der Patientenbetreuung. Arbeiten können gut abgeprochen werden und der Zahntechniker ist jederzeit für Fragen erreichbar. Generell bin ich viel flexibler. Kleinere Reparaturen können ohne grosse Wartezeiten schnell erledigt werden. Nicht zuletzt ergibt sich auch ein Preisvorteil durch die wegfallende Mehrwertsteuer auf feststehenden Arbeiten. Bei Garantiefällen gibt es keine unlieb-

samen Diskussionen mit einem auswärtigen Zahntechniker.»

Einmal pro Woche arbeiten Sie im Kantonsspital Frauenfeld. Welche Patienten dominieren bei der Vollnarkose?

«Meistens sind es kleine Kinder oder geistig behinderte Patienten. Zunehmend haben auch Angstpatienten das Bedürfnis nach einer Behandlung in Vollnarkose.»

Übergang

Am 1. Juli 2010 fand in Bern die traditionelle Diplomfeier von medi | Zentrum für medizinische Bildung statt. An 22 diplomierte Dentalhygienikerinnen HF und einen diplomierten Dentalhygieniker HF samt Familien und Freunden richtete Frau Silvia Schmuckli ihre Präsentation «Ich setzte den Fuss in die Luft und sie trug.» Den SSO-Preis erhielt Sandra Bissig durch den ehemaligen SSO-Präsidenten Dr. med. dent. Ulrich Rohrbach.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Fotos: zvg)

Liebe Studierende, liebe Eltern, Verwandte und Freunde, liebe Praktikumsleiter, Bildungsgangleiter und Fachlehrerinnen.

Wir feiern heute gemeinsam einen wichtigen Übergang, den Übergang von 22 Diplomandinnen und einem Diplomanden ins Berufsleben. Ich habe meine Rede ganz dem Thema «Übergang» gewidmet.

Einige ganz wesentliche Übergänge in Ihrem Leben haben Sie, liebe Damen und lieber Herr Tuog, bereits erfolgreich gemeistert... zum Beispiel den

wohl gefährlichsten Übergang von uns Menschen, den Übergang in diese Welt. Sie haben den Eintritt in die obligatorische Schulzeit geschafft und auch den Austritt aus jener. Viele haben bereits eine Lehre begonnen und beendet, einige haben geheiratet. Ganz sicher haben Sie alle den Übergang ans medi Bildungszentrum geschafft. Nun gilt es den Übergang aus dem **medi | Zentrum für medizinische Bildung** zu schaffen.

Übergänge gehören zu unserem Leben, genau genommen ist unser Leben ein fortwährendes Aneinanderreihen von Übergängen. Jeder Tag



Silvia Schmuckli, Dozentin Berufsorientierte Psychologie, bei der Präsentation «Ich setzte den Fuss in die Luft und sie trug.»

ist Übergang in den nächsten, jede Stunde, jede Minute, jede Sekunde ist Übergang.



Abschlussklasse DH 07-10 machte sogar beim Fototermin in Schräglage gute Miene und gute Figur.

Nach einem Erlebnis ist vor einem Erlebnis, nach der Schule ist vor der Weiterbildung, nach einer Entwicklung ist vor der nächsten Entwicklung, es hört nie auf mit den Übergängen.

Grosse Übergänge werden häufig durch Initiation begangen. Initiation bezeichnet die Einführung eines Anwärter in eine Gemeinschaft: vom Kind zur Frau oder zum Mann, vom Novizen zum Mönch, oder eben: vom Studierenden zum Dentalhygieniker, von der Studierenden zur Dentalhygienikerin. Die Initiation folgt einem traditionellen Ritus.

Ihr Übergang aus unserer Bildungsstätte wird heute mit dem Ritus dieser Feier begangen. Ich freue mich, mit meiner Rede einen Beitrag leisten zu dürfen.

Ich habe als Ausgangspunkt für meinen Beitrag ein Zitat der Lyrikerin Hilde Domin* gewählt. Wie das Zitat vollständig lautet, das sei an dieser Stelle noch nicht verraten. Ich gebe jedoch preis, wie es beginnt.

1. Folie: «Ich setzte den Fuss in die Luft und ... was wohl?

Liebe Studierende, lieber Herr Truog, vielleicht ahnen Sie, was nun kommt.

Ich habe Sie vor einiger Zeit zu einem Fototermin eingeladen. Sie waren gebeten, Ihren Lieb-

lingsschuh mitzubringen und zu posieren. «Ich setzte den Fuss in die Luft und ...» war dabei das Motto.

Nach dem «Shooting» wurden Sie gebeten, das Zitat von Hilde Domin zu vervollständigen. Freuen Sie sich mit mir auf Posen und Zitate von unseren reizenden Diplomandinnen und Diplomanden. Sie alle machten sogar beim Fototermin in Schräglage gute Miene und gute Figur.

- Frau Sabrina Bischoff*
- Frau Rahel Binggeli*
- Frau Sandra Bissig, SSO-Preisträgerin*
- Frau Andrea Amrein*
- Frau Karine Blöchlinger*
- Frau Mira Caspari*
- Frau Besa Deliu*
- Frau Natalia Ginzburg*
- Frau Sabrina Howald*
- Frau Mirjam Knipp*
- Frau Sarah Dinkelmann*
- Frau Marion Kunz*
- Frau Teresa Hunziker*
- Frau Lisa Kropf*
- Frau Cornelia Lehner*
- Frau Debora Varano*
- Frau Magdalena Meier*
- Frau Brigitte Moog*
- Frau Manuela Rentsch*
- Herr Oliver Truog*
- Frau Andrea Wagner*
- Frau Andrea von Allmen*
- Frau Claudia Wyrer*

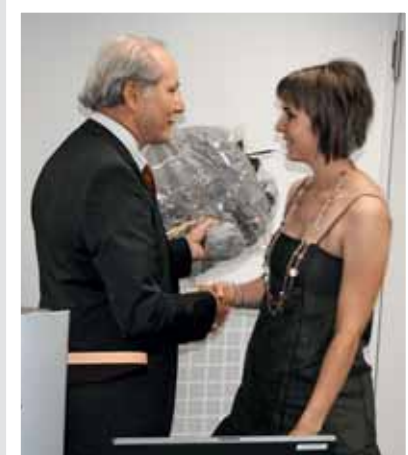
Ich wünsche Ihnen, dass der Fuss, den Sie in die Luft setzen, wohligh warm bleibt auf seinem Übergangsweg ins Berufsleben. Ich habe Ihnen ein Präsentlein mitgebracht. Es ist als Übergangsobjekt gedacht. Übergangsobjekte erleichtern

Übergänge, Sie erinnern sich vielleicht an Bären und «Nuschis» aus der Kindheit.

Heute kriegen Sie ein Übergangsobjekt für Erwachsene. Es soll Ihnen den Übergang in die Berufswelt erleichtern, indem es Ihren Fuss, den Sie so mutig in die Luft setzen, warm hält ... Zehensocken verpacken jede einzelne Zehe ganz sorgfältig, sodass kein Bisluft den Fuss erkalten lassen kann.

Nun, da Sie für den Übergang äusserlich so gut ausgerüstet sind, will ich das Rätsel um das Zitat von Hilde Domin auflösen, denn auch innerlich sollen Sie gut gerüstet sein. Hilde Domin sagt: «Ich setzte den Fuss in die Luft und ... sie trug.» Das Zitat zielt in die Zukunft und vermittelt Hoffnung.

Dass die Luft Sie trage, das wünsche ich Ihnen von ganzem Herzen.



Dr. med. dent. Ulrich Rohrbach übergibt der frisch diplomierten Dentalhygienikerin HF Sandra Bissig den SSO-Preis.

* Die Lyrikerin Hilde Domin ist am 22. Februar im Alter von 96 Jahren in Heidelberg gestorben. 1909 als Hilde Löwenstein geboren, ging sie 1932 ins Exil und gelangte über Italien und England in die Dominikanische Republik. 1954 kehrte sie nach Deutschland zurück und veröffentlichte 1959 unter ihrem Pseudonym den ersten Gedichtband. Hilde Domin zählte zu den bedeutendsten Lyrikern Deutschlands.

Kongresse / Fachtagungen

Parodontitis/Periimplantitis

Am 12. Juni 2010 fand in Zürich ein von der Fortbildung «Rosenberg» organisierter Kongress zum Themenkreis der Parodontitis und Periimplantitis statt. Der Organisator Nils Leuzinger konnte sich über eine beachtliche Teilnehmerzahl von 340 Zahnärztinnen und Zahnärzten freuen. Zahlreiche renommierte Schweizer Referenten aus Privatpraxis und Universität versprachen eine spannende und praxisrelevante Fortbildung.

Klaus Neuhaus, ZMK, Bern (Bilder: zvg)

Wie lange lohnt sich PAR-Therapie?

Dr. Toni Wetzel führte als Chairman durch das wissenschaftliche Programm und eröffnete mit einem Grundsatzreferat zur Parodontaltherapie den Kongress. Zunächst und zuoberst gelte die Prämisse, dass Schäden durch Implantate zu vermeiden seien. Das Prinzip «primum nil nocere» zog sich als roter Faden durch zahlreiche Vorträge. Für jeden Patienten sei sein individuelles Optimum anzustreben, ohne dass Zähne oder Parodont durch implantologische Eingriffe zu Schaden kommen dürfen. Anhand ausgesuchter Fälle zeigte der Referent, dass sich auch konservative Eingriffe wie endodontische Revisionen oder Wurzelspitzenresektionen lohnen können. Schliesslich sei der Zahn an sich erhaltungswürdig, da er über einige spezifische Vorteile gegenüber Implantaten verfügt. Zu diesen zählen eine Prop-

riozeption gegenüber einem osseointegrierten Implantat, der Fähigkeit der Adaptation, einer Eigenbeweglichkeit und einem dichten Weichgewebssiegel. Insbesondere vor dem Hintergrund epidemiologischer Daten von Klaus Lang, der von 30% Periimplantitis 10 Jahre nach Implantation berichtete, sei der Zahnerhalt anzustreben. Marc Schätzle und Kollegen (2004) hingegen zeigten in einer retrospektiven Studie, dass innerhalb von 26 Jahren selbst bei Zähnen, die beständig Zeichen einer schweren Gingivitis sowie Plaquebefall hatten, nur bei 12% ein Zahnverlust beobachtet werden konnte. Für Implantate fehlen solche Daten heutzutage noch. Bei guter Betreuung im Recall könnten Zähne über Jahrzehnte erfolgreich erhalten werden, und bei Zahnverlust sei auch der Erfolg von Implantaten in der Regel gewährleistet. Bei schlechter Betreuung durch

den Zahnarzt hingegen müsse mit frühzeitigem Zahnverlust und mit einer schlechteren Prognose von Implantaten gerechnet werden.

Auch wenn in einer Studie bei einem Pool von extrahierten Zähnen von Christian Splieth 2002 gezeigt wurde, dass die meisten Zähne mit 50–70% Restattachment extrahiert wurden, sollte doch das Potenzial des Zahnerhaltes ausgeschöpft werden, bevor an Implantate gedacht werde. Denn, so Wetzel, einen frühen Misserfolg, wie er nach Implantation manchmal anzutreffen ist, gibt es in der Parodontaltherapie nicht. Der Referent plädierte dafür, dass auch das Potenzial der Disziplinen Parodontologie, Endodontologie und Prothetik voll ausgeschöpft werde.

PAR-Konzept aus der Privatpraxis

Dr. Beat Walkamm stellte in seinem Referat anschaulich ein für die Privatpraxis taugliches Konzept zur Behandlung von Parodontitispatienten vor. Dabei zeigte er auf, dass das klassische Schema der Hygienephase, der korrektiven Phase und der unterstützenden Parodontaltherapie/Recallphase sich bestens umsetzen lasse. Der wichtigste Co-Faktor sei die Mitarbeit des Patienten, da von ihr der Erfolg jeglicher Parodontalbehandlung abhängt. Daher lege er grössten Wert darauf, dass eine genaue und regelmässige Befunderhebung zu einer korrekten Diagnose führen solle. Diese Befunde schliessen Parodontalstatus, Röntgenstatus sowie eine genaue Anamnese mit ein. Standardmässig wird jedem neuen Patienten die SSP-Informationsbroschüre zur Verfügung gestellt. Die sich anschliessende Hygienephase werde in traditioneller Manier in vier



Renommierte Referenten aus der Uni und aus der Praxis garantierten Fortbildung auf dem höchsten Niveau: Dr. Beat Walkamm, Prof. Andrea Mombelli, Dr. Claude Andreoni, Prof. Nicola Zitzmann, Dr. Ueli Grunder, PD Dr. Patrick Schmidlin (v.l.n.r.; nicht auf dem Bild: Prof. Roland Weiger und Dr. Gérald Mettraux).



einstündigen Terminen quadrantenweise durchgeführt, wobei eine perfekte mechanische Reinigung der Zahnoberflächen zu erzielen sei. Nach sechs bis acht Wochen folgt in seiner Praxis eine Reevaluation, an die sich allfällige weitere Therapieschritte (z. B. chirurgische Parodontaltherapie) anschliessen. Die eigentlich wichtigste Phase aber sei die Recallphase. Hier muss der Patient immer wieder neu evaluiert werden, es müssen progressive Phasen der Parodontitis erkannt und rechtzeitig erneut therapiert werden. In dieser Phase mache für ihn die einzeitige Full-Mouth-Desinfektion Sinn. Zur Sicherung der Diagnose muss von der DH bei jedem Recalltermin ST/BOP/PI erfasst werden. Alle zwei Jahre werden komplette Parodontalstaten erhoben. Die Konsequenz: Patienten können rechtzeitig informiert werden, dass eventuell weitergehende therapeutische Massnahmen angezeigt werden. Dr. Walkkamm warnte davor, eine abwartende passive Haltung einzunehmen, denn bei solcherart immer wieder anzutreffenden «supervised neglect» leide am Ende die Zahngesundheit des Patienten. Wichtig sei es, Entscheidungen zu fällen und den Patienten klar zu orientieren.

Lösen Implantate Parodontalprobleme?

Der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Orale Implantologie, *Dr. Claude Andreoni*, zeigte das Spannungsfeld auf, in dem sich der implantologisch tätige Zahnarzt heutzutage als «tooth keeper» bzw. als «implant seller» befindet. Auch er müsse natürlich für parodontologische Probleme sensibilisiert sein. Zunächst solle Zahnerhalt angestrebt und Zahnverlust vermieden werden. Entsprechend müsse auch die Praxis eines implantologisch tätigen Zahnarztes ein PAR-Therapiekonzept aufweisen. Allerdings könne heutzutage nicht mehr von jedem Zahnarzt eine qualitativ höchstwertige Arbeit in allen zahnärztlichen Teilbereichen geleistet werden. Zwar sei ein Zahnerhalt auf höchstem Niveau (beispielsweise durch Hemisektion oder Wurzelamputation) auch heute noch möglich, aber nicht durch jeden Zahnarzt alleine durchführbar. Vielmehr müsse der implantologisch tätige Zahnarzt die Implantologie als sinnvolle Erweiterung des Behandlungsspektrums bei richtiger und geeigneter Indikation ansehen. Für furkationsbefallene prospektive Pfeilerzähne empfahl Dr. Andreoni als Richtlinie, dass Zähne mit Furkationsgrad 0 und 1 erhalten werden sollen, während solche mit Grad 2 und 3 eher extrahiert und mit Implantat ersetzt werden sollen. Nur wenn solcherart befallene Zähne nicht als Pfeilerzähne in Betracht gezogen werden, lohne sich der Zahnerhalt und allenfalls resektive Chirurgie. Die richtige Indikation spiele für den Behandlungserfolg also eine herausragende Rolle, und so plädierte Andreoni

MEIERZOSSO

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



Mehr als 340 Zahnärztinnen und Zahnärzte kamen zu einem perfekt organisierten Fortbildungstag im Zürcher Hotel Marriot zusammen.

nach Möglichkeit für Einzelzahnersatz und das Setzen von «einfachen» Implantaten. Er betonte aber auch, dass die Hauptrisikofaktoren für das Entstehen einer Parodontitis, also Rauchen, Alkoholabusus oder Stress, ebenso Risikofaktoren für das Auftreten von Periimplantitis darstellen. Neben der korrekten Falleinschätzung komme noch die korrekte Selbsteinschätzung hinzu. Der Referent zeigte instruktive Fälle, bei denen dies der Fall war, und solche, bei denen dies nicht der Fall war. In Bezug auf die ursprüngliche Fragestellung kann man also festhalten, dass Implantate dann Parodontalprobleme lösen, wenn sie mit konventionellen Mitteln nicht in den Griff gebracht werden können.

Offene Furkationen und andere parodontale Problemstellen

Die Furkationsproblematik von Molaren war das Hauptthema des nachfolgenden Vortrags, gehalten von *Frau Prof. Nicola Zitzmann, Universität Basel*. Sie rief in Erinnerung, dass bei jedem Parodontitispatienten älter als 40 Jahre praktisch jeder zweite Molar einen Furkationsbefall aufweist, bei schwerer Parodontitis sogar 90% der Molaren im Oberkiefer und 30% der Molaren im Unterkiefer. Schon frühe Studien, insbesondere die klassische Studie von Hirschfeld und Wassermann 1978, zeigten, dass Molaren das grösste Extraktionsrisiko im Verlaufe des Lebens haben. Prof. Zitzmann hob aber auch hervor, dass man einen Furkationsbefall nicht isoliert anschauen sollte, sondern immer im Zusammenhang mit dem Restattachement betrachten müsse: Ein furkationsbefallener Molar mit langen Wurzeln mag eine bessere Prognose haben als einer

mit kurzen Wurzeln. Ferner betonte die Rednerin, dass 50% der Molaren einen Furkationszugang kleiner als 0,75 mm aufweisen, also im Grunde genommen nicht instrumentierbar sind. Sie rief auch in Erinnerung, dass für Furkationsproblematiken auch anatomische Besonderheiten wie Schmelzperlen, Schmelzinseln sowie Wurzelproximitäten verantwortlich sein können. Um Molaren möglichst indikationsgerecht therapieren zu können, schlug Prof. Zitzmann das Anfertigen eines DVT vor jeglicher resektiver Chirurgie vor. Denn diese dritte dimensionale Darstellung können Wurzelfusionen aufdecken, die sonst erst intraoperativ entdeckt würden und eine geplante Wurzelamputation unmöglich machen könnten. Insofern habe es sich in eigener Praxis schon oft gezeigt, dass das DVT therapieentscheidend sein kann. Resezierte Molaren könnten eine Implantaten vergleichbare Prognose aufweisen. Aber die Referentin wies auch darauf hin, dass die prothetische Versorgung solcherart vorbehandelter Molaren schwierig sei, und dass auch diese Zähne Karies oder endodontisch assoziierte Probleme bekommen könnten.

Periimplantitis/Ätiologie, Diagnose, Therapie

Prof. Andrea Mombelli, Universität Genf, stellte in seinem Vortrag das Genfer Konzept zur Behandlung der Periimplantitis vor. Grundsätzlich deutet ausser Suppuration kein klinischer Parameter auf das Vorhandensein einer Periimplantitis hin (keine Beweglichkeit, keine Schmerzen!). Im Gegensatz zur Parodontitis, ist der Knochen defekt um ein Implantat immer kreisförmig, wobei er im Röntgenbild aufgrund von Projek-

tionsartefakten immer unterschätzt wird. Periimplantitis sei heute aber auch «Ausrede» für alle Misserfolge, wie sie unter anderem durch verbleibende Zementreste um das Implantat hervorgerufen werden können. Prof. Mombelli bemerkte auch, dass es eine physiologische Knochenresorption um die Implantatschulter herum gebe. Bei Periimplantitisbehandlung könne nie mehr Knochen zurückgewonnen werden, als durch physiologische Resorption ohnehin verloren gegangen sei.

Das Keimspektrum einer Periimplantitis unterscheide sich nicht sehr von dem einer Parodontitis, aber es gibt Hinweise, dass einige Kokken für Periimplantitis verantwortlich sein können. «Ist also Parodontitis das Gleiche wie Periimplantitis?», so Mombelli. Dafür spreche, dass es klinische und mikrobiologische Ähnlichkeiten gebe, ebenso wie gemeinsame Risikofaktoren (mangelnde Mundhygiene, Rauchen) identifiziert werden konnten, und schliesslich die Tatsache, dass bei Parodontalpatienten mehr Periimplantitis auftrete. Dagegen spreche aber die Tatsache, dass Periimplantitis auch bei parodontitisfreien Patienten auftritt. «Man sollte die Periimplantitis heute differenzierter anschauen.», so Mombellis Fazit zur Ätiologie. Die Ursachen einer Periimplantitis müssten mitberücksichtigt werden, so zum Beispiel problematische vorgängige Knochenaugmentationen oder andere biologische Komplikationen.

Behandlungsstrategie bei Periimplantitis

In Ermangelung gültiger Richtlinien (Klinge 2002) und in Anlehnung an das bekannte CIST-Schema aus der Parodontitisbehandlung stellte Prof. Mombelli das an der Universität Genf gültige Behandlungsschema der Periimplantitis vor. Bei Vorliegen eines Totalmisserfolges oder Implantatbruchs bleibe nur die Explantation als Therapie der Wahl. Bei Vorliegen einer durch Zementreste oder Fremdkörper induzierten Periimplantitis sowie bei einer reinen Mukositis solle mechanisch gereinigt und anschliessend desinfiziert werden. Bei leichter Periimplantitis (SST < 5 mm, Knochenverlust < 2 mm) erfolge zusätzlich zur mechanischen Reinigung und Desinfektion noch eine Antibiotikagabe. Eine fortgeschrittene Periimplantitis hingegen erfordere neben den genannten Schritten eine Aufklappung. Für die mit dem Recall betraute Dentalhygienikerin gebe es also zunächst drei Schlüsselfragen: Gibt es Eiteraustritt? Gibt es andere Entzündungszeichen? Ist die Tasche tiefer als 3 mm? Wenn nein, dann ist die Diagnostik zu Ende. Falls eine der Fragen bejaht wurde, schliessen sich weitere Fragen an: Reicht die Tasche mehr als 3 mm unter die Implantatschulter? Gibt es Knochenverlust? Gibt es einen anderen plausiblen Grund als

Periimplantitis? Ist die Tasche tiefer als 5 mm? In Bezug auf die Wahl der Antibiose bemerkte Prof. Mombelli, dass heute üblich lokale Antibiotikaträger nicht sicher zum Taschenfundus hinunterreichen. Es müsse aber gefordert werden, dass, in ähnlicher Problematik wie bei Furkationen, kein intakter Biofilm persistieren darf. Daher wird bei allen Periimplantitisbehandlungen in Genf der Van-Winckelhoff-Cocktail (Amoxicillin, Metronidazol) ohne vorgängigen mikrobiologischen Test verabreicht.

Schliesslich gab Prof. Mombelli noch den Tipp, bei Aufklappungsoperationen stets mit Knochenersatzmaterialien und einer Membran ausreichender Grösse zu arbeiten. Ansonsten sei der Lappen nach der mechanischen Reinigung zu locker. Es dürfe aber auch bei einem radiologischen Erfolg nicht von einer Re-Ossifikation ausgegangen werden, sondern vielmehr von einer bindegewebigen Heilung. Insgesamt sei aber der Vergleich der verschiedenen Behandlungsansätze schwierig, da heute noch Langzeitdaten fehlen. Prinzipiell gelte aber, dass bei vorhandenem Zugang zur kontaminierten Implantatoberfläche die Dekontamination und Reinigung plus eventuell eine antimikrobielle Therapie Erfolg versprechend sein kann.

Implantat versus Endo

Der Frage nach der Vergleichbarkeit von wurzelkanalbehandeltem Zahn und Implantat spürte Prof. Weiger, Universität Basel, nach. Zunächst stelle er heraus, dass das Erfolgskriterium in der Implantologie ein anderes sei als in der Endodontologie. Während in zahlreichen Implantatstudien das Überleben der Implantate («survi-

val») als Erfolgskriterium herangezogen wird, so ist dies beim wurzelkanalbehandelten Zahn die klinische und radiologische Unauffälligkeit («endodontic success»). Um eine Vergleichbarkeit überhaupt erst zu ermöglichen, müssen die gleichen Massstäbe an den Behandlungserfolg angesetzt werden. So zitierte er aus dem finnischen Implantatregister, dass für Implantate, die zwischen 1994 und 2005 in Finnland gesetzt wurden (vor allem unter Praxisbedingungen), eine Verlustrate von 25% nachgewiesen wurde. Demgegenüber liegt die Erfolgsrate eines wurzelkanalbehandelten Zahns bei 80–95% bei Initialbehandlung, und bei 50 bis über 90% bei Revisionen. Einer neueren Studie aus London zufolge liegt die endodontologische Erfolgsrate für Initialbehandlungen bei lediglich 75%. Hauptgrund für einen Misserfolg ist dabei aber eine fehlende definitive postendodontische Versorgung. Die gleiche Studiengruppe ermittelte eine gepoolte Erfolgsrate von 77% für Zähne mit apikaler Aufhellung. Für Revisionen habe sich das Einhalten der Wurzelkanalanatomie als entscheidendes Erfolgskriterium herausgestellt. So liege die Erfolgsaussicht bei Revision von Zähnen mit veränderter Wurzelkanalmorphologie und apikaler Aufhellung lediglich bei 40%. Die Erfolgsaussichten für wurzelkanalbehandelte Zähne mit Kronenversorgung sind also geringer als für Implantate, die Überlebenswahrscheinlichkeit hingegen ist gleich. Für den Allgemeinpraktiker sei wichtig, die Überlebenswahrscheinlichkeiten von Zähnen richtig einschätzen zu können. Insbesondere bei prothetischen Pfeilerzähnen sei eine exakte Diagnostik wichtig. Der in der Praxis tätige Zahnarzt solle auch erkennen, wann er einen Zahn lieber

extrahieren oder an einen Spezialisten überweisen soll. Prof. Weiger plädierte für eine sachgerechte und vorurteilsfreie Einzelfallabwägung im Gegensatz zu einer pauschalen, auf Durchschnittsberuhenden Aufklärung.

Antiseptika/Antibiotika in der Parodontitis-/Periimplantitis-Therapie

PD Dr. Patrick Schmidlin (Universität Zürich) referierte über moderne antiinfektiöse Therapie sowie den sinnvollen Einsatz von Antiseptika und Antibiotika in der Parodontitistherapie. Zunächst hob er hervor, dass es strukturelle und funktionelle Unterschiede zwischen Zahn und Implantat gebe. Zu verzeichnen sei eine wachsende Publikationszahl bei Implantaten und Periimplantitis, aber insgesamt sei die Periimplantitis in einer Literatursuche nur gering vertreten. Parodontitis und Periimplantitis seien nicht fundamental unterschiedlich. Nach einem Ausflug in die Geschichte der Antiseptika und der Antibiotika betonte der Referent zunächst, dass die mechanische Reinigung das A und O der Parodontitistherapie darstelle. Zusätzlich könne man sich überlegen, im Einzelfall unterstützende, gegen Bakterien gerichtete Massnahmen zu ergreifen. Entsprechend der Leitlinien der American Association of Periodontology (2005) stellte er fest, dass Chlorhexidin und Povidon-Iod keinen zusätzlichen Effekt zur mechanischen Reinigung bringen. Es gebe immer viele Restkeime in den Taschen. Wenn man Antiseptika einsetze, sollten diese immer möglichst lange wirken und in genügend hoher Konzentration vorkommen. Da nach Instrumentation durch die Blutung viel von einem Wirkstoff herausgespült wird, sei die lo-



Die Anwesenden wurden nicht nur intellektuell, sondern auch kulinarisch verwöhnt.

kale Anwendung eines Antiseptikums in hoher Konzentration für 15 Minuten zu bevorzugen. Besonders wirksam seien Local delivery devices, welche eine hohe Wirkstoffkonzentration enthalten können. Das zurzeit nicht mehr erhältliche Actisite habe zehn Tage lang hohe Wirkung bewiesen, während Elyzol eine schlechte Performance gezeigt hatte.

Systemische Antibiotika hingegen wiesen deutlich mehr Nebeneffekte auf. Entscheidet sich der Therapeut zur Gabe systemischer Antibiotika (Amoxicillin und Metronidazol), so sei das Gewicht des Patienten zu berücksichtigen. In ausgesuchten Fällen sei so eine deutliche Reduktion der Taschentiefen möglich. Dr. Schmidlin gab ferner einen Überblick über andere, teilweise noch experimentelle Massnahmen, die sich gegen den Biofilm richten, so etwa die Verwendung von Natriumhypochlorit, PDT, Propolis oder auch Grünteextrakt. In Zukunft könne sich eine gezielte Therapie mit Probiotika im Sinne einer Replacement therapy als mundgesundheitsfördernd erweisen. Zusammenfassend hielt der Referent fest, dass die mechanische Reinigung der Goldstandard der Parodontitis- und Periimplantitis-therapie sei. In Zukunft könne die Entwicklung antientzündlicher Stoffe zur Modulation der Wirtsantwort eine grössere Rolle spielen. Schliesslich sei die Entwicklung alternativer Therapien zu verfolgen.

Lasieranwendung bei Periimplantitis

Dr. *Gérald Mettraux, Bern*, führte die Prinzipien der Lasieranwendung in der Therapie der Parodontitis und Periimplantitis aus. Jede Wellenlänge habe ihre speziellen Eigenschaften, da jede Wellenlänge von unterschiedlichen Materialien unterschiedlich aufgenommen (absorbiert) werde. In der Zahnmedizin spielen folgende Medien eine Rolle: Wasser, Hydroxylapatit, Pigmente/Enzyme. Die Systematik der Parodontitisbehandlung bleibe auch mit Lasereinsatz gültig. Man könne die Behandlung nicht ausschliesslich mit einem Laser durchführen, aber die Möglichkeiten bestehen, Laser adjuvant einzusetzen. Beispielsweise eigne sich der Einsatz eines CO₂-Lasers auf Implantatoberflächen, ohne diese zu verletzen. Auch der Diodenlaser zeigte mit drei Watt Energie eine hundertprozentige Reinigung von Implantatoberflächen in vitro. Anhand einiger klinischer Fälle dokumentierte der Referent den klinischen Erfolg des Diodenlasereinsatzes bei geschlossenen Eingriffen mit Dekontamination und ohne Verwendung zusätzlicher Antibiotika. Der Diodenlaser funktioniere vor allem gut bei den schwarz pigmentierten Bakterien, die ja zum parodontopathogenen Keimpektrum zählen. Der Diodenlaser (810 nm Wellenlänge) habe gute antibakterielle Wirkung, wenn man ihn

5×20 Sekunden anwende. Zudem weise er eine biostimulierende Wirkung auf, d. h. Entzündungsmediatoren wie Zytokine und ATPasen werden gehemmt.

Bei einer offenen Behandlung der Periimplantitis erfolge zunächst die Zahnsteinentfernung mit einem Er:YAG-Laser oder mit Ultraschall, und daneben kommen zur Dekontamination der Implantatoberfläche ein CO₂- oder Diodenlaser zum Einsatz. Grundsätzlich können verschiedene

Lasertypen sowohl bei der Therapie der Parodontitis als auch der Periimplantitis zum Einsatz kommen.

Diskursive Fallpräsentationen rundeten den insgesamt sehr informativen Fortbildungstag ab. Man kann Herrn Leuzinger zu seiner perfekten Organisation gratulieren und auf weitere Fortbildungsveranstaltungen der *fortbildung rosenberg* gespannt sein!

Symposium für Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht

In einer sehr persönlichen Rundschau durfte man teilhaben am Werdegang des jungen Assistenzarztes, der am Klinikum in Kiel unter Prof. Härle ideale Bedingungen vorfand und sich zu einer kompetenten und innovativen Arzt-, Forscher- und Dozentenpersönlichkeit profilieren konnte. Ein reich bebildeter Vortrag über medizinische Entwicklungshilfe erweiterte den bereits gewonnenen wissenschaftlichen Eindruck des reichhaltigen Schaffens Professor Lambrechts um eine menschliche, altruistische und zutiefst ärztliche Seite, nämlich seinen seit Jahrzehnten währenden Einsatz für Versehrte in Entwicklungsländern.

Klaus Neuhaus, ZMK Bern (Text und Bild)

Sechzig Jahre alt wird man nicht alle Tage. Wenn der Jubilar zudem noch eine der herausragenden Persönlichkeiten der Universität Basel ist, so sei nichts angemessener als ein wissenschaftliches Symposium zu dessen Ehren. Kurzerhand lud Professor *Andreas Filippi*, leitender Oberarzt unter Professor Lambrecht an der Klinik für Oralchirurgie der Universität Basel, ehemalige Weggefährten Professor Lambrechts zu einem dankwürdigen Vortragsreigen ein. In einer sehr persönlichen Rundschau durfte man teilhaben am Werdegang des jungen Assistenzarztes, der am Klinikum in Kiel unter Professor Härle ideale Bedingungen vorfand und sich zu einer kompetenten und innovativen Arzt-, Forscher- und Dozen-

tenpersönlichkeit profilieren konnte. Das Symposium fand am 3. Juli 2010 in der grossen Aula der Universität Basel statt und muss organisatorisch als geglückt bezeichnet werden. Die 225 anwesenden Gäste füllten die Aula gut und mussten trotz draussen vorherrschender tropischer Temperaturen aufgrund eines vorzüglichen Caterings und hinreichend vorhandener Flüssigkeiten vielfältiger Couleur nicht darben. Die Rednerliste las sich ebenso wie die Gästeliste wie ein Who is Who der bedeutenden kieferchirurgischen und chirurgischen Würdenträger aus dem In- und Ausland. Berührend waren auch die vielen persönlichen Absagebriefe, die Zeugnis der spezifischen Verbundenheit Professor



Der Gitarrist Rudolf Wangler umrahmte das Symposium mit spanischer Gitarrenmusik.



Prof. Thomas Lambrecht während seiner Dankesrede ...

Lambrechts mit seinen Kollegen und Mitmenschen sind. Einen besonderen Akzent setzte der *Vorsteher des Erziehungsdepartaments Basel-Stadt, Dr. Christoph Eymann*, der in einem rhetorisch brillanten Vortrag die Vita des Jubilars Revue passieren liess. In dieser Rede, wie auch immer wieder in anderen Ansprachen des Nachmittags, zeigte sich ein Leitmotiv, welches wie schicksalhaft mit dem Wirken Professor Lambrechts verbunden scheint: Es ist dies der Kampf gegen politische Schreibtischentscheide, die in regelmässigen Abständen die Integrität des früheren zahnmedizinischen Instituts und der jetzigen Universitätskliniken für Zahnmedizin zu torpedieren versucht. Vielleicht nicht ohne Grund und besonders passend war die musikalische Umrahmung durch den Gitarristen Rudolf Wangler. Er interpretierte spanische Musik von Manuel de Falla und Isaac Albéniz. Insbesondere stach die der «Suite espagnole» eigene Dramatik mit ihren harmonischen Rückungen, der Dialektik filigraner Verzierungen und imposanter Acciacaturen, hervor. In dem der Musik innewohnenden Stolz und der zum Ausdruck gebrachten Widerborstigkeit und Entschlusskraft mag manch einer ein Synonym zur Situation der UZM in Basel gesehen haben ...

Innovativer Vordenker in oralchirurgischer Technik

Weitere Vorträge hielten *Professor Sören Hillerup (Rigshospitalet Kopenhagen, Dänemark)* über die Lokalanästhesie, der ebenfalls ehemals in Kiel ausgebildete *Professor Rolf Ewers (Universität Wien, Österreich)* über orale Implantologie,



... gelöst und strahlend im Kreise der Gratulanten...



... sowie im Kreise seiner Familie: seiner Ehefrau, seiner Mutter und seiner drei Kinder (sowie augenscheinlich eines Glücksschweins).

Alexander Ammann vom Quintessenz Verlag über Wissensvermittlung in der Zahnmedizin sowie *Prof. Martin von Planta (Basel)* über die Verbindung der Zahnmedizin und Humanmedizin heute und in Zukunft. In zahlreichen Querweisen zum Wirken des Jubilars ergab sich so ein facettenreiches Bild eines geachteten Wissensvermittlers und eines innovativen Vordenkers in oralchirurgischen Techniken. So mag Professor Lambrecht als einer der Pioniere der Kephallometrie und 3D-Darstellung des Schädels zur präoperativen Diagnostik gelten. Der Einsatz des CO₂-Lasers zur Weichgewebeschirurgie sowie piezochirurgische Techniken waren in seiner Abteilung ebenfalls bereits früh etabliert. Der reich bebilderte Vortrag von Dr. Peter Nussberger (Riehen) über medizinische Entwicklungshilfe

erweiterte den bereits gewonnenen wissenschaftlichen Eindruck des reichhaltigen Schaffens Professor Lambrechts um eine menschliche, altruistische und zutiefst ärztliche Seite, nämlich seinen seit Jahrzehnten währenden Einsatz für Versehrte in Entwicklungsländern. In Tausenden, oft selbst durchgeführten Operationen kümmerte sich Professor Lambrecht vor allen Dingen um die funktionelle und kosmetische Rehabilitation von Spaltpatienten. Das Symposium fand seinen Abschluss in der Ansprache Professor em. Dr. Dr. Härle, der seine ganz persönliche Rückschau auf seinen ehemaligen Mitarbeiter Thomas Lambrecht hielt. Am Abend blieb ein stimmungsvolles, menschliches Bild einer vielseitig verdienten Persönlichkeit, der man nur noch eines wünschen mag: ad multos annos (et muscas)!

11. Jahrestagung der SSOS in Zürich

«Nur wer weiss, der sieht!»

Hätte Prof. Dr. Andreas Filippi an diesem Morgen laut «Film ab!» gerufen, es hätte sich wohl niemand gewundert. Denn die Organisatoren der elften Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie, welche schon in der Vergangenheit mit innovativen Ideen zu überraschen wussten, hatten auch diesmal für eine spektakuläre Location für ihre jährliche Zusammenkunft gesorgt.

Daniel Nitschke, Zürich (Text und Bild)

So kam es, dass die Tagungsteilnehmer sich nicht, wie bei solchen Anlässen üblich, im Saal eines Hotels oder eines Kongresszentrums wiederfanden, sondern im Saal 4 der Arena Filmcity in der Sihlcity in Zürich. Und auch wenn die hohen Mietkosten für Präsident Filippi wahrscheinlich ein Wermutstropfen waren, so waren sicher alle Teilnehmer dankbar über eine raumfüllende Leinwand, gute Akustik und nicht zuletzt über die Tatsache, dass die harte zahnmedizinische Realität in weichen Polstersesseln aufgefangen werden konnte. Die Befürchtung Filippis, dass durch die gemütlichen Sitzgelegenheiten der Tagungsgast einschlafen könnte, bewahrheitete sich aber nicht.

«Nur wer weiss, der sieht»

Das lag im Wesentlichen auch daran, dass der erste Redner, *Professor Dr. Lambrecht*, sich mit der Frage beschäftigte, wo die Normvariante endet bzw. die Pathologie beginnt. Die ihm zur Verfügung stehende, knapp bemessene Zeit nutzte er in bemerkenswerter Art und Weise und liess dabei ein Trommelfeuer intra- und extraoraler Manifestationen auf die Tagungsgäste los, dass denen gar keine Zeit zum friedlichen Schlummern blieb. Die von ihm vorgestellten Beispiele waren dabei im Grossen und Ganzen keineswegs neu, benötigen aufgrund ihrer Vielfalt und dem teilweise seltenen Vorkommen jedoch der regelmässigen Auffrischung, damit Lambrechts Kolleginnen und Kollegen das Goethezitat «Nur wer weiss, der sieht» zu ihrem Grundsatzdenken machen können. Lambrecht betonte, dass Zahnärzte grundsätzlich sehr nahe am Gesicht des Patienten arbeiten, näher als Haus- und andere Fachärzte, und damit besonders in der Verantwortung zur Detektion, Bewertung und Behandlung etwaiger Veränderungen stehen. Lambrecht erklärte im weiteren Verlauf, dass die Norm und ihre Varianten aus medizinischer Sicht nicht therapiert werden müssen, während sich bei der Pathologie die Frage stellt, ob jene sofort therapiert werden muss oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut beurteilt werden kann. So beginnt bspw. beim Altershämangiom die Pathologie erst

an der Stelle, an der sich der Patient gestört fühlt. Ähnlich verhält es sich beim verkürzten Zungenbändchen, bei welchem die Patienten oft erst nach CO₂-Lasertherapie den neuen Komfort erkennen und in der Regel dankbar annehmen. Wangen- und Zungenhabits, welche oft in Zusammenhang mit Bruxismus stehen, seien ebenfalls erst therapiebedürftig, wenn sie den Patienten stören, wobei eine Schienentherapie viel bewirken könne. Vergrösserte Zungengrundtonsillen, welche bisher in keinen Zusammenhang mit einer malignen Entartung gebracht werden konnten und somit nicht behandlungsbedürftig seien, können von karzinophoben Patienten jedoch als sehr störend empfunden werden, zumal Zungentumoren oft an selbiger Stelle entstehen. Auch bei vergrösserten Gaumentonsillen sei eine Entnahme erst dann indiziert, wenn sich jährlich drei bis vier starke Schwellungen dokumentieren lassen. Bei der röntgenologischen Untersuchung mittels OPT lassen sich häufig spongiosaarme

Markräume erkennen, welche durch diffuse Wände gekennzeichnet sind und keine Therapie benötigen. Demgegenüber sollten jedoch Veränderungen mit klar abgegrenzten Bereichen grundsätzlich abgeklärt werden. Beispiele harmloser Veränderungen im OPT, welche jedoch für Verwirrung sorgen können, sind das seltene doppelt angelegte Foramen mentale oder Kieferhöhlensepten, welche ebenfalls einer Normvariante entsprechen. Auch anderweitige Veränderungen des Knochens, bspw. die Progenie, weist vielfältige Normvarianten auf. Pathologisch wichtig ist jedoch bspw. die Akromegalie, welche durch, im wahrsten Sinne des Wortes, markante Veränderungen (Makroglossie, klobige Nase, prankige Hände), welche durch ein Hypophysenadenom hervorgerufen werden, das operativ behandelt werden muss, vom Zahnarzt primär diagnostiziert werden könne.

Periorale Hautveränderungen

Prof. R. Trüeb aus dem dermatologischen Haut- und Haarcenter Wallisellen klärte die Zuhörer im Folgenden über periorale Hautveränderungen auf. Beginnend mit den Intoleranzerkrankungen nannte Trüeb als Erstes die Urticaria, welche er als «mehr lästig als bedrohlich» einstuft, fügte jedoch hinzu, dass sie als Quincke-Ödem auf bedrohliche Zustände hinweisen könne. Differenzialdiagnostisch seien Angioödeme sowie die orofaziale Granulomatose zu beachten, wie sie z. B. bei M. Crohn oder oraler Sarkoidose in Erscheinung treten könne. Von der Urticaria muss die toxische Kontaktdermatitis unterschieden werden, eine entzündliche, nicht infektiöse Intole-



Dr. Irena Hitz-Lindenmüller mit Prof. Dr. Thomas Lambrecht



Dr. Christoph Leiggener im Gespräch mit einem Seminarteilnehmer

ranzreaktion der Haut. Sie wird exogen, z. B. durch Alkalien oder Lösungsmittel, hervorgerufen. Bei den Infektionskrankheiten spielt das Herpes-simplex-Virus, bei welchem die Primärinfektion häufig schon im Kindesalter stattfindet, aufgrund seiner Häufigkeit die Hauptrolle als Manifestation im perioralen Bereich. Sicher zur Überraschung einiger Seminarteilnehmer gab Trüeb an, periorale Herpeserscheinungen nur mit oralen Virusstatika zu behandeln und auch das nur in schweren Fällen. Virusstatische Salben seien aufgrund der bekannten Resistenz- und Sensibilisierungsproblematik nicht empfehlenswert. Der Vorteil der Salbentherapie, durch die eine weitere Ausbreitung im perioralen Bereich durch Abdeckung der Bläschen verhindert werden kann, könne auch mit einer Zinksalbe erreicht werden. Die Herpesbehandlung mittels CO₂-Laser spielt im Behandlungsspektrum von Prof. Trüeb, auch aufgrund der mangelnden Datenlage, keine Rolle. Weitere periorale Infektionskrankheiten sind Viruspapillome und die Mollusca contagiosa, welche bspw. beim HI-Virus als Markerkrankung auftreten kann. Am Ende seines Vortrages schilderte Trüeb noch weitere Erkrankungen, so z. B. die periorale Dermatitis, welche vor allem bei Frauen jungen und mittleren Alters vorkommt und oft mit übertriebener Gesichtspflege einhergeht. Die Therapie besteht hierbei in der Gabe systemischer Tetracykline und im gleichzeitigen Kortikosteroidverbot. Aus dem Bereich der Fotodermatosen ist letztendlich noch der Lupus erythematodes zu erwähnen, der Marker für die akute Form ist hierbei das Schmetterlingserythem im Gesichtszentrum. Die Therapie besteht im Lichtschutz und in der Gabe von Kortikosteroiden bzw. Antimalaria.

Pathologien der Haut mit oralen Manifestationen

Dr. I. Hitz Lindenmüller und Dr. P. Häusermann von der Universität Basel beschäftigten sich im nächsten Vortrag mit «Pathologien der Haut mit oralen Manifestationen». Ihren mit viel Histologie bereicherten Vortrag begannen sie mit der Vorstellung des oralen und perioralen Lichen planus anhand mehrerer Patientenfälle. Differenzialdiagnostisch sind die Candidiasis, das vernarbende Schleimhautpemphigoid und der Pemphigus vulgaris zu erwähnen. Der Pemphigus vulgaris ist auch der wichtigste Vertreter der bullösen Erkrankungen. Differenzialdiagnostisch kommen in diesem Fall Aphten, traumatisch bedingte Ulcera, oraler Lichen planus, chemische Verätzungen und auch M. Crohn in Betracht.

TMD weit in der Bevölkerung verbreitet

Nach so viel Unterweisung in Haut- und Schleimhauterkrankungen war die Mehrzahl der Zuhörer sicher dankbar, dass Dr. Christoph Leiggener, Oberarzt der MKG-Chirurgie der Uni Basel, das Thema wechselte und über Pathologien der Kiefergelenke sprach. In einer kurzen makroskopischen Einführung charakterisierte der Dozent das Kiefergelenk als «Hightech im Dauergebrauch» und zitierte Statistiken, nach denen bis zu 80 Prozent der Bevölkerung mehr oder weniger häufig Symptome von Kiefergelenkerkrankungen (TMD) zeigen. Beschwerden zeigen sich bei zirka einem Drittel, von denen fünf Prozent früher oder später chirurgischer Massnahmen bedürfen. Laut Leiggener spiele die Chirurgie «keine seltene, aber nicht zu vernachlässigende Rolle in der Behandlung von Kiefergelenkspathologien». Die Diagnostik beruht auf einer gründlichen Anamnese und

klinischen Untersuchung sowie der Verwendung bildgebender Verfahren. Hierbei v. a. das OPT als Standardaufnahme und weiterführende Bildgebung mittels CT und MRT. Bei Frakturverdacht im Bereich des caput mandibulae ist eine Schädel-p.-a.-15-Grad-Aufnahme (Clementsitsch) hilfreich, bei der die Pyramiden über die Gelenkregion in die oberen Orbitaareale projiziert werden und damit keine Überlagerung stattfindet. Therapeutisch ist eine umfassende Aufklärung des Patienten unerlässlich. Physiotherapie, medikamentöse Therapien (NSAR) und okklusale Aufbisschienen können rasch zur Linderung der Beschwerden führen. Des Weiteren reicht das Behandlungsspektrum von minimalinvasiven Verfahren (u. a. Lavage) bis zur offenen Gelenkchirurgie (bspw. Diskopexie bei anteriorer Diskusverlagerung, autologes Rippentransplantat und alloplastische Gelenkprothese).

Nachwuchswettbewerb der SSOS mit 1000 CHF dotiert

Nachdem die Tagungsteilnehmer die Möglichkeit hatten, sich am Buffet zu stärken und die Ausstellung des Dentalhandels zu besuchen, begann der zweite Teil des Tages mit dem von Prof. Dr. von Arx (Uni Bern) moderierten Nachwuchswettbewerb der SSOS. Dr. Marc Frei von der Universität Bern stellte dabei eine Studie vor, welche sich über zweieinhalb Jahre mit dem Zusammenhang zwischen Diagnose und Rauchverhalten bei Patienten mit prä malignen und malignen Erkrankungen der Mundschleimhaut beschäftigte. Peter Werder folgte Frei mit einer Studie über die Replantation von 42 avulsierten Frontzähnen bei 37 Patienten im Zeitraum von 2004 bis 2009 und setzte sich dabei auch mit den Faktoren zur Verbesserung der Prognose replantierter Zähne auseinander. Gewonnen hat in einer knappen Entscheidung letztendlich jedoch Marc Zehnder, welcher von Paco Weiss vertreten wurde und sich mit der effizienten Herstellung individueller 3-D-Modelle auseinandersetzte, welche beispielsweise im Rahmen der Studentenausbildung am Phantomkopf Anwendung finden könnten.

Auch die Erkrankungen der Speicheldrüsen gehören nicht unmittelbar in das klassische Tätigkeitsgebiet eines Zahnarztes, können von diesem aber oft primär diagnostiziert werden.

Sonografie ist unverzichtbar

Dr. Gunther Pabst von der HNO-Klinik im Kantonsspital Luzern klärte die Zuhörer nach kurzen anatomischen Vorbemerkungen über Diagnostik, Ätiologie und Behandlung von Speicheldrüsenkrankungen auf. Dabei betonte er, dass die Primärdiagnostik noch immer mittels Ultraschall durchgeführt werde. Dieser ist nicht invasiv und

eignet sich aufgrund der Tatsache, dass die Speicheldrüsen sehr gut beschallbar sind, hervorragend, um auch präoperativ die anatomischen Gegebenheiten darzustellen. Weiterführende Diagnostik ist mittels CT, MRT oder Feinnadelpunktion (FNP) möglich. Besonderes Augenmerk legte Pabst zu Beginn seines Referates auf das pleomorphe Adenom, welches er aufgrund des schmerzlosen, langsamen Wachstums, der fehlenden Reaktion auf Chemo- und Radiotherapie und der zu 4% möglichen malignen Entartung, als «Wolf im Schafspelz» bezeichnete. Als maligne Tumore nannte Dr. Pabst das Mucoepidermoidadenom, Lymphome und das mit 35% am häufigsten vertretene adenoidzystische Karzinom. Eine häufige entzündliche Erkrankung ist neben dem Morbus-Sjögren-Syndrom (dry eyes, dry mouth, dry synovia) die chronisch rezidivierende juvenile Parotitis, welche im Alter von 4 Monaten bis 18 Jahren, meistens bei männlichen Patienten, oft beidseits und oft selbstbegrenzend auftritt. Die Diagnostik findet per B-Scan-Sonografie statt, die Therapie besteht in der Gabe von Antiphlogistika und der Massage der Drüsen. Bei mehrmaligem, schwerem Verlauf kann auch eine Drüsenspülung mit Kortison angewendet werden. Speichelsteine (Sialolithiasis) kommen v. a. im dritten bis vierten Lebensjahrzehnt und dabei zu 70–80% in der Glandula submandibularis vor. Charakteristisch sind nahrungsabhängige Schmerzen und die klassische Schwellung im Mundboden sowie der Drüse selber. Die Therapie kann in der Extrakorporalen Stosswellenlithotripsie (ESL) bestehen, bei der die Steine durch piezoelektrische Impulse zertrümmert werden. Ziel ist hierbei die Beschwerdefreiheit des Patienten und nicht zwingend die Steinfreiheit. Bei distalen Steinen können diese versuchsweise ausmassiert werden, ansonsten ist die Spei-



Dr. Gunther Pabst ist nach seinem Vortrag zufrieden

TOP QUALITÄT MEIST >50% GÜNSTIGER

PREMIÈRE QUALITÉ AU PRIX AVANTAGEUX



- ✓ Top Qualität (zertifiziert) und 1A-Präzision
- ✓ Garantie mit Top Service in der Schweiz
- ✓ Preis-Vorteil: meist >50% günstiger

DENTRADE[®]
SCHWEIZ  GmbH

WWW.DENTRADE.CH

Kontaktieren Sie uns:

Contactez nous:

Dentrade Schweiz GmbH

Seestrasse 1013, 8706 Meilen

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

post@dentrade.ch www.dentrade.ch

chelsteinschlitzung immer noch die Methode der Wahl.

Pathologien der Kieferhöhlen

Prof. Dr. Marco Caversaccio von der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik des Inselspitals Bern referierte im letzten Vortrag des Tages über Pathologien der Kieferhöhlen und unterstrich zu Beginn die Bedeutung des osteomeatalen Komplexes. Als häufige Erkrankung ist die akute Rhinosinusitis maxillaris zu nennen, welche durch abschwellende Therapie und Inhalationen behandelt wird. Bei schweren, länger als zehn Tagen anhaltenden Beschwerden können Antibiotika eingesetzt werden. Die chronische Rhinosinusitis, an welcher laut Caversaccio zehn Prozent der Bevölkerung leiden, kann durch orale Antibiotika und top. Glukokortikosteroide behandelt werden. Des Weiteren bilden die Nasendusche und bei allergischen Patienten orale Antihistaminika weitere Therapieoptionen.

Erratum zu Löchliflicker oder Oralmediziner

S. 621. Prof. Türp

Es sollte heissen:

Auch bei den relativ seltenen anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzen sowie beim idiopathischen Mund- und Zungenbrennen gibt es keine *kausale Therapie (statt symptomatische Therapie)*.

Die Redaktion entschuldigt sich.

«Endoskopische Chirurgie ist der Weg in die Zukunft»

Eine weitere Ursache für Kiefergelenkbeschwerden ist das Vorkommen von Fremdkörpern im Sinus. Diese können beruflich bedingt (Strassenbau) oder vom Zahnarzt bspw. während chirurgischer Eingriffe verlagert worden sein. Keratozysten und Mukozelen (Letztere können mit Enophthalmus einhergehen) sind weitere Erkrankungen der Kieferhöhle, welche heute zum grossen Teil mittels endoskopischer Chirurgie über den

mittleren Nasengang behandelt werden können. Tumoren der Kieferhöhle bestehen im Ameloblastom, dem Hämangiom, dem adenozytischen Karzinom und dem Adenokarzinom, welches auch als «Berufskrankheit der Schreiner» bezeichnet wird.

Ausklang fand die diesjährige Jahrestagung der SSOS in einem gemeinsamen Abendessen im Zoo in Zürich.

SSE Summer School 2010

Am 10. Juni 2010 wurde im André Schröder Auditorium an den ZMK Bern zum zweiten Mal die Summer School der Schweizerischen Gesellschaft für Endodontologie (SSE) durchgeführt. Geladen waren alle Träger des Weiterbildungsausweises «Endodontologie» der SSO sowie die Weiterbildungsassistenten der vier Schweizer Ausbildungsstätten. Letztlich konnten 35 Teilnehmer aus Basel, Bern, Genf und Zürich zu einer hochkarätigen Fortbildungsveranstaltung begrüsst werden.

Klaus Neuhaus, ZMK, Bern (Foto: zvg)

Der Präsident der SSE, Dr. Bernard Thilo, stellte nach seiner Begrüssung der Anwesenden noch einmal das Anliegen der SSE Summer School vor: Ziel der Veranstaltung sei, dass die vier endodontologischen Ausbildungsstätten der Schweiz im Rahmen von Vorträgen einen Einblick in eigene Forschungsergebnisse gewähren oder spezifische Behandlungsabläufe und klinische Vorgehensweisen vorstellen. Im Anschluss an die Vorträge wurde hinreichend Platz für einen fachlichen Diskurs eingeräumt.

Wurzelkanalspülung – was gibts Neues?

Den ersten Vortrag hielt Dr. Mauro Amato (Uni Basel) über die Probleme einer effizienten Wurzelkanalspülung. Anhand eindrücklicher Grafiken zeigte er, welchen Limiten die Handspülung in Bezug auf eine effiziente Umwälzung der Spüllösung vor der Kanülenspitze ausgesetzt ist. Entschieden sich der Behandler für eine vor Kopf offene Kanüle, gelingt zwar ein guter Flüssigkeits-

austausch, aber das Risiko einer apikalen Extrusion der Spüllöslichkeit sei stark erhöht. Insbesondere im Fall von Natriumhypochlorit sei dies aufgrund der Gefahr von Emphysembildung und starken Schmerzen zu bedenken. Benutzt hingegen der Behandler aus diesem Grund eine seitlich gefensterter Kanüle, so sinkt das Risiko einer apikalen Extrusion zwar stark, aber die Flüssigkeitssäule vor dem Kanülenende bleibt im Grunde unverändert. Dr. Amato zeigte anhand von eigenen Studien, dass eine aktivierte Spülung eine grössere Effizienz bewirke und in der Lage sei, auch Debris in gekrümmten Wurzelkanälen deutlich besser zu entfernen als eine Handspülung. Für gerade Wurzelkanäle sei die Aktivierung mit einer Ultraschall-aktivierten K-Feile oder auch glatten Nickel-Titan-Spitze sehr geeignet. Bei gekrümmten Wurzelkanälen hingegen reiche die Aktivierung der Spülung nur gerade bis zum ersten Wurzelkanalwandkontakt. Aus diesem Grunde sei die Aktivierung der Spüllöslichkeit mit einem

Druck-Saug-System (RinsEndo®) in diesen Fällen eher angezeigt. Dr. Amato zeigte abschliessend noch einen Ausblick auf weitere verfeinerte Techniken der Wurzelkanalspülung, die aber noch weiter klinisch validiert werden müssen. Insbesondere das EndoVac-System scheint in diesem Zusammenhang viel versprechend zu sein, da es einen Flüssigkeitsaustausch an der Wurzelspitze ohne das Risiko einer apikalen Extrusion bewirken kann. Die anschliessende Diskussion fokussierte auf die unterschiedlichen Eigenschaften von offenen und geschlossenen Systemen bei der In-vitro-Untersuchung von Wurzelkanalspülungen.

Endodontologie im Milchgebiss

Der nachfolgende Vortrag von Dr. Klaus Neuhaus (Uni Bern) gab einen Überblick über Endodontologie im Milch- und Wechselgebiss. Zunächst wurde festgestellt, dass sowohl die SSE als auch die Europäische Gesellschaft für Endodontologie (ESE) in ihrem Weiterbildungsreglement respektive den Leitlinien für Ausbildungsstätten explizit Kompetenz in Bezug auf endodontologische Massnahmen im Milch- und Wechselgebiss fordern. Über die Eigenheiten der Sedierung und Kinderbehandlung im Allgemeinen sollte der Endodontologe zumindest orientiert sein. Für die Behandlung beim Jugendlichen gelte, dass diese meistens aufgrund von Traumata als Erstes mit der Endodontologie in Berührung kämen. Spezielle Probleme ergeben sich bei der Behandlung von Zähnen mit offenem Apex. War früher die Apexifikation mit Kalziumhydroxid über neun Monate oder mehr der Goldstandard, so ist dieser – bei ausreichender Compliance – durch



Die Referenten der diesjährigen SSE Summer School: Dr. Mauro Amato (Uni Basel), Dr. Klaus Neuhaus (Uni Bern), PD Dr. Isabelle Portenier (Uni Genf), Dr. Frank Paqué (Uni Zürich) (v. l. n. r.).

Mineral-Trioxid-Aggregat (MTA) abgelöst worden. Der Referent zeigte einige klinische Fälle, bei denen mit MTA und auch mit dem neuen (billigeren) medizinischen Portlandzement (MedCem) eine Apexifikation erreicht wurde. In Bezug auf endodontologische Eingriffe beim Kind gelte es, abzuwägen, ob ein Zahnerhalt überhaupt sinnvoll sei. Entscheidet man sich für den Zahnerhalt, so sind endodontologische Eingriffe unter den gleichen Kautelen durchzuführen wie beim Erwachsenen. Dies beinhaltet eine ausreichende Analgesie, das Verwenden von Kofferdam, und unter Umständen eine geeignete Sedierung, falls das Kind nicht kooperativ ist. Bei Eröffnung der

Pulpa oder Entzündung der Kronenpulpa alleine sei die Pulpotomie Therapie der Wahl. Auch hier hat das MTA als direktes Überkappungsmaterial andere Materialien, insbesondere Kalziumhydroxid- und Formocresol-haltige Präparate als Goldstandard abgelöst. Der Referent zeigte wiederum klinische Fälle, die mit MTA und MedCem gelöst wurden. Bei der Pulpektomie am Milchmolaren hingegen solle im Gegensatz zur Pulpektomie beim bleibenden Zahn nur eine Crown-down Prozedur durchgeführt werden. In jedem Falle solle man weit genug vom Apex aufhören zu instrumentieren. Rein strukturell scheinen an der Uni Bern optimale Bedingungen für Ausbildung

und Umsetzung entsprechender Richtlinien vorzuherrschen.

Anwendungsmöglichkeiten des μ CT in der Endodontologie

Die Uni Zürich wurde von Dr. Frank Paqué vertreten. Er stellte in einer eindrücklichen Video-Show die an der Station für Endodontologie mitentwickelte und zur Perfektion gebrachte Methode des μ CT-Scans von Zähnen vor. In wunderschön gerenderten Bildern kann so das Innenleben von extrahierten Zähnen zerstörungsfrei untersucht werden. Dies könne, so Paqué, als Kriterium für In-vitro-Studien nutzbar gemacht werden, denn man kann Zähne nun wesentlich genauer als bloss aufgrund ihres Krümmungsradius einteilen und Studienergebnisse so noch vergleichbarer machen. Die «klassische» Indikation des μ CT ist nach wie vor die volumetrische Berechnung von Wurzelkanälen vor und nach Wurzelkanalbehandlung. Zeigten Ove Peters et al. 2001 noch, dass beispielsweise mit dem System GT bis zu 40% der Wurzelkanalwandareale nicht berührt oder instrumentiert wurden, so könne man gespannt auf neuere Aufbereitungssysteme sein. Besonders hob Dr. Paqué die Self Adjusting File (SAF) hervor (für die besonders Interessierten: Metzger Z et al., Joe 2010), ein neuartiges Wurzelkanalinstrument, welches als Konstruktionsmerkmal einen NiTi-Maschen-draht besitzt. Man sieht dem Instrument seinen Ursprung in der Stent-Chirurgie an, aber in puncto



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

Flexibilität und Einfachheit scheinen hier ganz neue Wege beschritten zu werden. Mit dem μ CT hat die Uni Zürich die Möglichkeit, diesen Eindruck auch zu objektivieren. Für gerade Wurzelkanäle wurde so bereits eine sehr gute mechanische Reinigungsleistung der SAF bewiesen (Peters et al., Joe 2010).

Fotoaktivierte Desinfektion in der Endodontologie

PD Dr. Isabelle Portenier von der Universität Genf stellte einige Forschungsergebnisse zur fotoaktivierten Desinfektion vor. Dr. Portenier wirkt in einem SNF-geförderten Forschungsprojekt von

Dr. Boulliaguet auf diesem Gebiet mit. Die fotoaktivierte Desinfektion (PAD) ist immer breiteren Anwenderkreisen ein Begriff. In der Periimplantitistherapie scheint die PAD eine zunehmend wichtige Rolle einzunehmen. Prinzipiell wird aus Methylenblau nach Anregung durch Licht ein bioaktiver Singulett-Sauerstoff gebildet. Dieser wirkt desinfizierend. Bei der PAD wird in der Regel mit Licht aus dem roten Wellenspektrum gearbeitet, welches in der Lage ist, auch tiefere Gewebeschichten zu durchdringen. Im Wurzelkanal mache diese Methode wenig Sinn, wie Dr. Portenier ausführte, da eine Bestrahlungsdauer von etwa 30 Minuten erforderlich sei. Zudem sei

die Durchdringungsstärke von rotwelligem Licht in der Zahnhartsubstanz gering. Die Referentin stellte Untersuchungen über den Einfluss von blauwelligem Licht vor, wie es etwa von zahnärztlichen Aushärtlampen bekannt und verbreitet ist. Vor zwei Jahren konnte die Genfer Gruppe in Dental Materials eine erste Studie publizieren, die zeigte, dass Fotosensitizer, die beispielsweise in Eosin, Curcumin oder Rosenfarbstoff vorkommen, durch blaues Licht zur Bildung von Singulett-Sauerstoff angeregt werden können. Dies kann deutliche Implikationen zur Desinfektion des Wurzelkanals haben. Weitere Forschungsergebnisse dürfen mit Spannung erwartet werden.

Impressum

Titel / Titre de la publication

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

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

**Editorial office "Research · Science" / Redaktion «Forschung · Wissenschaft»
Rédaction «Recherche · Science»**

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

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel; PD Dr. méd. dent. Susanne Scherrer, Genève;
PD Dr. med. dent. Patrick R. Schmidlin, Zürich

Translators / Übersetzer / Traducteurs:

Dr. Aine Lennon, Gockhausen; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Neuchâtel; Kathleen Spleth, Neuenkirchen (D)

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

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

Responsables du groupe rédactionnel romand:

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

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/2007, S. 61 (Forschung · Wissenschaft SMfZ 1/2010, S. 29–30) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.
Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2007, p. 63 (Recherche · Science RMSO 1/2010, S. 31–32) et sur la page d'accueil de la SSO.
Instructions to authors see SMfZ 1/2007, p. 66.

Herausgeber / Editeur

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

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förllibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01, E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Inserentstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

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

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

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

Gesamtherstellung / Production

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

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli Publikationen AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 62 55

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.85*

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

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 35.–
+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

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

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

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

2010 – 120. Jahrgang / 120^e année; Auflage / Tirage: 5700 Ex.;
WEMF/SW-Beglaubigung 2009 – Total verkaufte Auflage: 4773 Ex.
ISSN 0256-2855