

Herausforderungen für die Aus- und Weiterbildung des Praxisteam

Für Studierende der Dentalhygiene HF hat sie teilweise bereits begonnen, für Dentalassistentinnen EFZ beginnt sie jetzt: Die Ausbildung nach einem neuen Bildungsplan. Wie steht es mit der Qualität der Ausbildung – und welche Zukunft haben die SSO-reglementierten Weiterbildungsangebote zur Prophylaxeassistentin und Dentalsekretärin?

Felix Adank, Presse- und Informationsdienst SSO (Bilder: Iris Krebs)

Diesen Herbst startet die Umsetzung des neuen Bildungsplans für Dentalassistentinnen EFZ. Nach zahlreichen Informationstagen für Berufsbildner und die Verantwortlichen der Überbetrieblichen Kurse, nach der Erarbeitung der Lerndokumentation für angehende Dentalassistentinnen (DA) gilt es nun ernst: Die reformierte Ausbildung wird an den drei Lernorten Zahnarztpraxis, Berufsschule und überbetriebliche Kurse umgesetzt. Die ersten Qualifikationsverfahren nach neuem Modus finden im Jahr 2013 statt.

Den Fächern «Hygiene» und «Röntgen» kommt im Qualifikationsverfahren künftig ein grösseres Gewicht zu: Durch die doppelte Wertung dieser Stoffgebiete im Qualifikationsbereich «praktische Arbeit» wird deren Bedeutung unterstrichen. Trotzdem ist es möglich, dass eine Kandidatin mit einer ungenügenden Röntgen- oder Hygienote die Abschlussprüfung besteht – vorausgesetzt, sie ist sowohl im Qualifikationsbereich «Praktische Arbeit» wie in der Gesamtnote genügend. Es liegt dann in der Verantwortung des

Praxisinhabers, zu entscheiden, wo und wie er seine Dentalassistentin EFZ einsetzen will.

Lehrabschluss neu auch über «Validation des acquis»

Über die periodische Anpassung des Bildungsplans wacht neu die paritätisch zusammengesetzte «Schweizerische Kommission für Berufsentwicklung und Qualität» (SKBQ). Sie umfasst heute neun Vertreter der SSO, vier Vertreterinnen des Schweizerischen Verbands der Dentalassistentinnen (SVDA) sowie je eine Vertretung des BBT, der Kantone und der Fachlehrerschaft. Die Kommission traf sich vergangenen März in Olten zur konstituierenden Sitzung. Der anwesende BBT-Vertreter betonte die Verantwortung der Verbundpartner (Kantone, Organisationen der Arbeitswelt) für die neue Ausbildung. Und er wies die Anwesenden auf die Validation des acquis hin: Durch die Validierung erworbener Bildungsleistungen können Fähigkeitszeugnisse auch nachträglich erworben werden. Dazu braucht

es den Nachweis von mindestens fünf Jahren Berufstätigkeit oder ein Dossier über die erworbene Berufsbildung.

Die SKBQ hat in Olten ein Organisationsreglement und ein Pflichtenheft verabschiedet. Die Kommission wird künftig ihre Arbeit in drei Ressorts aufteilen, und zwar das Ressort Präsidiales (Strategie, Zielsetzungen, Sekretariat, Kommunikation), das Ressort Ausbildung (mit sprachregionalen Vertretungen) sowie das Ressort Qualitätssicherung und -verbesserung. Im Letzteren wird sich auch die Frage nach einer besseren Vorbereitung und Auswahl der Lernenden stellen: Sowohl Praxisinhaber wie Lernende müssen Hilfen angeboten werden, die zu einer genaueren Vorstellung der gegenseitigen Erwartungen und zu einem möglichst genauen Anforderungsprofil führen sollen.

Beliebte PA-Weiterbildung

Der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung der Dentalassistentin wird künftig ein besonderes Gewicht zukommen. Dies nicht zuletzt, um den ausgebildeten DA einen möglichst langen Verbleib im Beruf zu ermöglichen. Weit ausser am beliebtesten ist seit jeher die Weiterbildung zur Prophylaxeassistentin (PA) mit Fachausweis SSO: Mittlerweile bieten fünf Schulen diese Weiterbildung an, und zwar die PA-Schulen Basel, Bern, Zürich, Lausanne und (neu) Lugano. Die Beliebtheit für diese Weiterbildung erklärt sich aus der grösseren Selbstständigkeit der PA: Die individuelle Betreuung des Patienten und die grössere Verantwortung innerhalb des Praxisteam bilden eine wesentliche Motivation. Hinzu kommen ein höherer Lohn und das Engagement für eine ver-



Für die angehenden Dentalassistentinnen und -assistenten (DA) gilt es nun ernst: Die reformierte Ausbildung wird an den drei Lernorten Zahnarztpraxis, Berufsschule und überbetriebliche Kurse umgesetzt.

besserte Mundgesundheit: Befunde erheben bei Patienten, diese informieren, instruieren und motivieren, supragingivale Beläge entfernen, individuelle Hygienekonzepte erarbeiten und dabei eng mit DH, DA und Zahnärzten zusammenarbeiten. Schätzungen zufolge üben inzwischen 700 bis 800 Prophylaxeassistentinnen diese Tätigkeiten in Schweizer Zahnarztpraxen aus.

Auf und ab bei den Dentalsekretärinnen

Etwas anders sieht es mit der Weiterbildung zur Dentalsekretärin aus. Die DS-Schulen in Basel (Medidacta) und Zürich (SZDA) verzeichnen ein Auf und Ab bei den Anmeldungen, die Beliebtheit dieser Weiterbildung scheint wie das Wetter, nämlich meist wechselhaft. Kann sein, dass die Dentalsekretärin nur als Light-Version der medizinischen Sekretärin erscheint (die eine deutlich längere und vertiefte Weiterbildung genießt). Kann aber auch sein, dass der Bedarf an einer spezialisierten Administrativkraft in der Zahnarztpraxis kleiner ist als in Spitälern und Arztpraxen. Sicher ist: Die SSO wird sich weiterhin für dieses Angebot stark machen. Dazu gehört eine regelmässige Auswertung der DS-Kurse durch strukturierte Befragung der Absolventinnen, um die Qualität des Angebots laufend zu evaluieren und zu verbessern.

Dentalhygienikerinnen:

Die Crux mit der Einschlägigkeit

Für angehende Dentalhygienikerinnen HF gilt seit Juli 2009 ein neuer Rahmenlehrplan. Die DH-

Ausbildung erfolgt an vier Standorten: Je ein Bildungsgang wird in Bern und Genf angeboten, zwei Bildungsgänge in Zürich (Bildungszentrum Careum und Prophylaxe Zentrum Zürich). Die Ausbildung erfolgt auf Niveau Höhere Fachschule (HF), für die dreijährige Ausbildung ist ein Pensum von mindestens 5400 Lernstunden definiert.

Die Schwierigkeit liegt vor allem bei der von BBT und einigen Kantonen geforderten Einschlägigkeit: Dentalassistentinnen (DA) sollen eine verkürzte Ausbildung zur DH absolvieren können, 4500 Stunden müssen für sie genügen.

Die Zürcher DH-Schulen unterrichten seit September 2009 nach neuem Curriculum. Die DH-Schulen Bern und Genf ziehen ab diesem Herbst nach.

Verkürzte Ausbildung

Die Umsetzung der Einschlägigkeit stellt die DH-Schulen vor grosse Probleme: Dentalassistentinnen machen 85–95% der Studierenden aus. Das Anbieten von zwei Bildungsgängen – einen mit und einen ohne DA-Vorkenntnisse – ist organisatorisch kaum machbar. Dr. Herbert Hofstetter, Leiter des Bildungsgangs Dentalhygiene am Berner Bildungszentrum medi, ist deshalb äusserst skeptisch, ob eine verkürzte Ausbildung sinnvoll umgesetzt werden kann. Er befürchtet eine sinkende Qualität der Ausbildung.

Angesichts dieser Einschätzung ist es erstaunlich, dass das Mittelschul- und Berufsbildungsamt

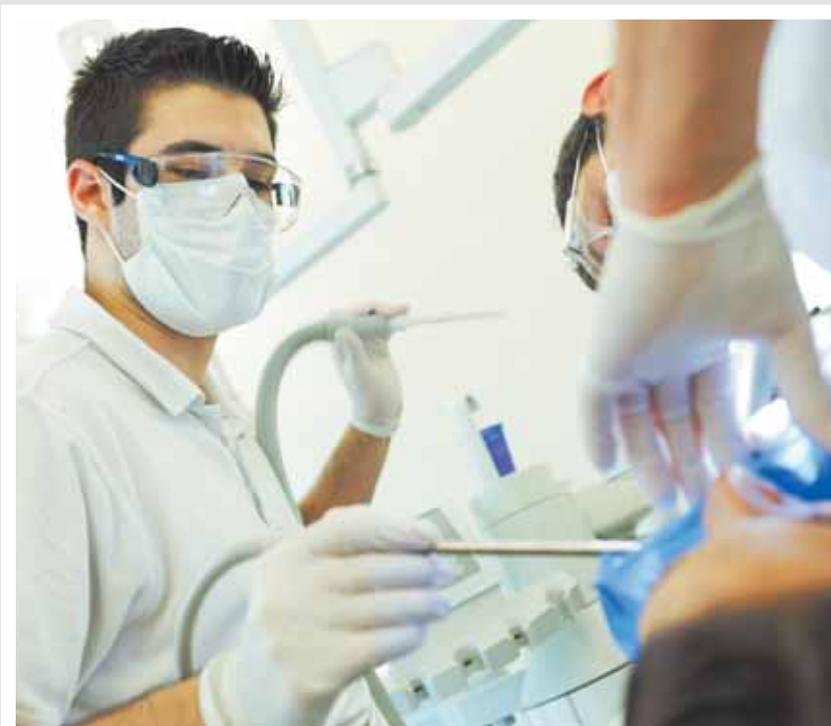
des Kantons Zürich (MBA) vergangenen Februar entschied, den Bildungsgang Dentalhygiene am Careum nur noch verkürzt anzubieten – und zwar bereits ab Herbst 2010: Die Ausbildungszeit soll von drei auf zweieinhalb Jahre gestutzt werden. Künftigen Studierenden wird dafür vor Ausbildungsstart ein Einführungsprogramm in die Grundlagenfächer angeboten. Der sogenannte Vorkurs HF Dentalhygiene ist seit Ende Mai 2010 auf www.careum.ch ausgeschrieben. Der Vorkurs besteht aus drei theoretischen Modulen: 1 Grundlagen Anatomie/Physiologie/Mikrobiologie/Hygiene; 2 Grundlagen Chemie; 3 Einführung in die Gesamtzahnheilkunde. Im Anschluss an das Modul 3 wird für Studierende, die kein DA-Fähigkeitszeugnis haben, ein zweieinhalbtägiges Einblickpraktikum in den Alltag der Prophylaxe-/Ausbildungsklinik angeboten. Die Zukunft wird zeigen, ob diese verkürzte Ausbildung nicht zu einem stärkeren Druck auf die Studierenden mit mehr Aussteigerinnen und Repetentinnen führt. Fraglich ist auch, ob dieses Modell den gesetzlichen Vorgaben entspricht und vom BBT anerkannt wird.

Lohn fürs Studium

Einen anderen Weg geht der Kanton Bern, der die Einführung von Studierendenlöhnen für alle medizinischen Berufe auf Stufe HF plant: Ab Herbst 2011 sollen angehende DH während ihrer Ausbildung monatlich 1000 Franken erhalten (39 000 Franken für die insgesamt dreijährige Ausbildungszeit). Die Praktikumsbetriebe erhalten eine wöchentliche Ausbildungsentschädigung von 300 Franken. Finanziert wird das Ganze durch eine Erhöhung der Praktikumsentschädigung von 220 Franken auf 350 Franken pro Tag. Die Umsetzung muss noch vom Regierungsrat bewilligt werden.

Das Bildungszentrum medi wird das neue DH-Curriculum diesen Herbst einführen. Es sieht weiterhin eine dreijährige Ausbildung vor. Der Kanton habe keinen Druck auf eine verkürzte Ausbildung ausgeübt, betont Hofstetter. Die Studierenden können sich von einzelnen Modulen dispensieren lassen, ein Leistungsnachweis ist aber erforderlich.

Ob verkürzte oder dreijährige Ausbildung: Der Beruf der Dentalhygienikerin bleibt weiterhin attraktiv, ausgebildete DH werden problemlos eine gut entlohnte Stelle finden. An die 2000 Dentalhygienikerinnen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Behandlung parodontaler Probleme der Schweizer Bevölkerung. Das bleibt auch weiterhin dringend nötig: Immer mehr ältere Menschen brauchen eine sorgfältige mundhygienische Betreuung. Die 4600 schweizweit praktizierenden Zahnärzte und ihr Praxisteam sind gefordert!



Der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung der Dentalassistentin wird künftig ein besonderes Gewicht zukommen.

SSO wehrt sich gegen neue Mehrwertsteuer

Der vom Bundesrat verabschiedete Einheitssatz zur Mehrwertsteuer (MWSt) brächte eine erhebliche Mehrbelastung der Zahnarztpatienten von mindestens 230 Millionen Franken pro Jahr – und eine weitere Verteuerung des Gesundheitswesens. Die SSO lehnt die bundesrätliche Vorlage ab.

Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst SSO sowie Dr. Arnold Baumann (Bild: iStockphoto)

Der Bundesrat hat am vergangenen 24. Juni die Zusatzbotschaft zur Vereinfachung der Mehrwertsteuer (MWSt) verabschiedet. Die heute geltenden drei Steuersätze sollen durch einen Einheitssatz von 6,2% ersetzt, die meisten Ausnahmen abgeschafft werden. Dafür werden die von der MWSt bisher befreiten Bereiche Gesundheit, Bildung, Kultur und Sport neu mehrwertsteuerpflichtig. Die SSO lehnt diese vorgesehene Neubesteuerung des Gesundheitswesens kategorisch ab. Die Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin sprach mit Dr. Arnold Baumann, Mitglied der wirtschaftlichen Kommission WIKO, über die Gründe und möglichen Folgen für die Zahnärzteschaft und ihre Patienten.

SMfZ: Was hat die SSO getan, damit das Gesundheitswesen von der Mehrwertsteuer verschont bleibt?

Dr. A. Baumann: Die SSO hat sich schon Ende 2009 dezidiert gegen den Einheitssatz und die damit verbundene Unterstellung des Gesundheitswesens unter die MWSt ausgesprochen. Diese durch nichts gerechtfertigte steuerliche Zusatzbelastung bedeutet einen Wettbewerbsnachteil gegenüber den EU-Staaten: So kennen unsere Nachbarstaaten für den Gesundheitsbereich keine Mehrwertsteuer. Es ist unverständlich, dass die Schweizer Regierung, die sonst stets auf EU-Konformität bedacht ist, hier einen wettbewerbsverzerrenden Sonderzug fahren will – zum

Nachteil aller. Am 3. August 2010 – deutlich früher als die FMH – hat die SSO die Medien über ihre Haltung zur geplanten Änderung informiert. Diese Mitteilung fand breite Beachtung und wurde beispielsweise in der NZZ ausführlich diskutiert.

Was würde die Erweiterung der MWSt für den Praxisinhaber zahlenmässig und administrativ bedeuten?

Administrativ bedeutet die Unterstellung des Gesundheitswesens unter die MWSt die Verpflichtung zum Führen einer MWSt-Buchhaltung und damit einen zusätzlichen, administrativen Aufwand. Dieser wird sich in entsprechenden Lohnkosten äussern. Zahlenmässig sind bisher nur Schätzungen möglich, weil zuerst die Vorsteuerabzüge genau berechnet werden müssen. Der Bundesrat schätzt die Steuereinnahmen aus zahnärztlichen Leistungen auf 230 Millionen Franken. Werden diese auf die Patienten überwälzt, ergeben sich jährliche Mehrkosten von ca. 30 Franken pro Einwohner.

Welche Gefahren hat die wirtschaftliche Kommission ermittelt?

Das schweizerische Gesundheitswesen erfährt durch die Belastung mit der MWSt einen Standortnachteil. Dies dürfte zuerst Privatkliniken mit hohem Anteil an ausländischen Patienten treffen. Nachdem eine grosse Schweizer Krankenkasse bereits gewisse Reha-Patienten im nahen Aus-

land behandeln lässt, könnte dieser Trend aufgrund des steuerlich verteuerten Angebotes in der Schweiz zunehmen.

Wie gross schätzen Sie persönlich das Risiko des Dentaltourismus ein?

Der klassische Dentaltourist (z. B. Ungarn) ist ein besonderer Patiententyp, der die Kostenseite über die Qualität stellt, bislang aber zur Minderheit gehört. Die meisten Schweizer Patienten sind qualitätsbewusst – auch dank unseren regelmässigen Informationskampagnen. Zudem pflegen sie ein persönliches Verhältnis zu ihrem Zahnarzt. Er wird mehrheitlich seinem Zahnarzt treu bleiben. Eine vermehrte Abwanderung im grenznahen Gebiet ist aber nicht auszuschliessen.

Was würde die Ausdehnung der MWSt auf Ihre Praxis bedeuten?

Administrative Mehrarbeit und viel Aufklärungsaufwand gegenüber den Patienten.

Löst dieser Kostenschub patientenseitig nicht den Ruf nach Einschluss der Zahnbehandlungen ins KVG aus?

Santésuisse hat den Prämienaufschlag durch die veränderte Mehrwertsteuer auf 3,1% geschätzt. Jede Ausweitung des Leistungskataloges erhöht die Prämien. Wir gehen davon aus, dass das auch die Patienten erkennen.

Zusammen mit den kräftig steigenden Krankenkassenprämien würde die Einführung der Mehrwertsteuer im Gesundheitswesen die Schweizer Haushalte noch zusätzlich belasten. Die ebenfalls beabsichtigte erstmalige Unterstellung des Bereichs Bildung und Forschung unter die Mehrwertsteuer würde auch die zahnmedizinischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen verteuern. Eine Unterstellung dieser Kongresse unter die Mehrwertsteuer brächte eine Benachteiligung der schweizerischen gegenüber ausländischen Anbietern: Viele in der Schweiz etablierte Veranstaltungen würden künftig im Ausland stattfinden. Zum Schaden der Kantone und Gemeinden, für die die zahlreichen Kongresse mit internationaler Beteiligung einen touristischen Mehrwert darstellen. Für Schweizer Zahnärzte resultieren erhebliche Mehrkosten, die auf die Tarife überwälzt werden müssten. Dabei wird die staatlich auferlegte Fortbildungspflicht bereits heute durch immer neue Auflagen und Abgaben belastet. Die Beispiele machen schon jetzt deutlich: Die Ausweitung der Mehrwertsteuer auf das Gesundheitswesen führt zu massiven Mehrkosten, die grundsätzlich auf die Bevölkerung abgewälzt werden. Zum Schutze des Patienten und zum Wohle des Bildungs- und Wissenschaftsstandortes Schweiz lehnt die SSO die Einführung der Mehrwertsteuer im Gesundheitswesen strikte ab.



Die geplante Mehrwertsteuer verteuert – unnötigerweise – zahnärztliche Leistungen und belastet so die Schweizer Haushalte zusätzlich.

Sorgfaltsmasstab für Myoarthropathie-Patienten

Im Jahre 1996 veröffentlichte die AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH (AADR) eine wissenschaftliche Stellungnahme zur Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien (MAP) des Kausystems (AADR Reports 1996; 18[4]; im Originalwortlaut nachzulesen in GREENE C S et al.: Am J Orthod Dentofac Orthop 1999; 116[4]: 430–431). In einem mehrjährigen Prozess aktualisierte ein Komitee der Neuroscience Group der AADR dieses Dokument, dessen Inhalt schliesslich am 3. März 2010 veröffentlicht wurde (www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465).

Übersetzung aus dem Amerikanischen: Jens C. Türp, Basel

Nach Aussagen von CHARLES GREENE (Chicago), einem der Mitglieder des Komitees, soll die Stellungnahme Zahnärzten als «Sorgfaltsmasstab» dienen und dazu beitragen, MAP-Patienten einem geringeren Risiko für eine unangemessene Therapie auszusetzen.

Im Folgenden stellen wir den amerikanischen Originaltext in einer deutschen Übersetzung vor, die anschliessend von Professor SANDRO PALLA (Zürich) kommentiert wird. In einem Interview stellt sich Dr. GREENE den Fragen von Professor JENS CHRISTOPH TÜRP (Basel).

Revidierte Grundsatzklärung

Die AADR hält fest, dass der Begriff «Myoarthropathien des Kausystems» eine Gruppe muskuloskelettaler und neuromuskulärer Beschwerden beschreibt, welche die Kiefergelenke, die Kau-muskeln und alle damit in Zusammenhang stehenden Gewebe betreffen. Die mit diesen Dysfunktionen in Verbindung stehenden objektiven und subjektiven Symptome sind facettenreich und können Probleme beim Kauen, Sprechen und bei der Verrichtung anderer orofazialer Funktionen beinhalten. Myoarthropathien sind häufig durch akute oder persistierende Schmerzen gekennzeichnet, und viele Patienten leiden unter Schmerzen in anderen Körperbereichen (Komor-

biditäten). Chronische Myoarthropathien können dazu führen, dass sich die Betroffenen aus ihren arbeitsbezogenen oder sozialen Aktivitäten zurückziehen bzw. darin Beeinträchtigungen erfahren, was insgesamt zu einer Verminderung der Lebensqualität führt.

Auf der Grundlage der aus klinischen, experimentellen und epidemiologischen Studien gewonnenen Evidenz:

1) wird empfohlen, dass die Differenzialdiagnostik der Myoarthropathien und verwandter orofazialer Schmerzformen in erster Linie auf Informationen basieren sollte, die durch die Patientengeschichte und die klinische Untersuchung sowie, wenn indiziert, mittels Röntgenbildern der Kiefergelenke oder anderer bildgebender Verfahren gewonnen wurden. Der Wahl zusätzlicher diagnostischer Verfahren sollten publizierte, begutachtete Daten zugrunde liegen, welche die diagnostische Wirksamkeit und Sicherheit dieser Verfahren belegen. In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur herrscht Konsens darüber, dass – mit Ausnahme verschiedener bildgebender Verfahren – keines der derzeit vorhandenen technischen Geräte zur Diagnostik der Myoarthropathien die Sensitivität und Spezifität aufweist, die als notwendig erach-

tet wird, um einerseits Funktionsgesunde von Myoarthropathie-Patienten zu differenzieren und andererseits Unterscheidungen innerhalb von Myoarthropathien-Untergruppen zu treffen. Wenn sie bei Myoarthropathie-Patienten indiziert sind, können auch medizinische Diagnostik- oder Labortests zur Anwendung kommen, die in Orthopädie, Rheumatologie und Neurologie zur Beurteilung vergleichbarer Beschwerden Anwendung finden. Ferner können verschiedene standardisierte und validierte psychometrische Tests verwendet werden, um die psychosozialen Aspekte des patientenspezifischen Myoarthropathie-Problems abzuschätzen.

2) wird dringend empfohlen, dass, sofern nicht spezifische und vertretbare Indikationen für ein gegenteiliges Vorgehen vorliegen, bei der Initialbehandlung von Myoarthropathie-Patienten konservative, reversible und auf hohem Evidenzniveau stehende therapeutische Massnahmen zur Anwendung gelangen. Untersuchungen zum natürlichen Verlauf vieler Myoarthropathien legen nahe, dass diese dazu neigen, sich mit der Zeit zu verringern oder zu verschwinden. Während sich keine spezifische Therapie als konstant wirksam erwiesen hat, hat sich gezeigt, dass hinsichtlich einer symptomatischen Beschwerdeverbesserung viele konservative Methoden mindestens ebenso wirksam sind wie die meisten invasiven Therapien. Da erstgenannte Massnahmen keine irreversible Veränderungen bewirken, stellen sie ein viel geringeres Risiko für eine Schädigung von Patienten dar. Professionelle Behandlung sollte die Patienten einbeziehen, indem sie Informationen über ihr diagnostiziertes Problem erhalten und ihnen vermittelt wird, wie sie die Symptome lindern können.

Weiterführende Literatur

- 1) DE LEEUW R, KLASSER G D, ALBUQUERQUE R J: Are female patients with orofacial pain medically compromised? J Am Dent Assoc 2005; 136: 459–468
- 2) DIATCHENKO L, NACKLEY A G, TCHIVILEVA I E, SHABALINA S A, MAIXNER W: Genetic architecture of human pain perception. Trends Genet 2007; 23: 605–613
- 3) SESSLE B J: Sensory and motor neurophysiology of the TMJ. In: LASKIN D M, GREENE C S, HYLANDER W L (Hrsg.): Temporomandibular Disorders: An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Quintessence, Chicago 2006, 69–88
- 4) REISSMANN D R, JOHN M T, SCHIERZ O, WASSSELL R W: Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. J Dent 2007; 35: 643–650
- 5) KLASSER G D, OKESON J P: The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc. 2006; 137: 763–771
- 6) SUVINEN T I, KEMPPAINEN P: Review of clinical EMG studies related to muscle and occlusal factors in healthy and TMD subjects. J Oral Rehabil 2007; 34: 631–644
- 7) GREENE C S: The Role of Technology in TMD Diagnosis. In: LASKIN D M, GREENE C S, HYLANDER W L (Hrsg.): TMDs – An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Quintessence, Chicago 2006, 193–202
- 8) GREENE C S, LASKIN D M: Temporomandibular disorders: moving from a dentally based to a medically based model. J Dent Res 2000; 79: 1736–1739
- 9) TRUELOVE E: Role of oral medicine in the teaching of temporomandibular disorders and orofacial pain. J Orofac Pain 2002; 16: 185–190
- 10) DWORKIN S F, MASSOTH D L: Temporomandibular disorders and chronic pain: disease or illness? J Prosthet Dent 1994; 72: 29–38
- 11) CARLSON C R: Psychological considerations for chronic orofacial pain. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008; 20: 185–195
- 12) LINDROTH J E, SCHMIDT J E, CARLSON C R: A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. J Orofac Pain 2002; 16: 277–283
- 13) AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN: Temporomandibular Disorders. In: DE LEEUW R (Hrsg.): Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. Quintessence, Chicago 2008
- 14) STOHLER C S, ZARB G A: On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high-prudence therapeutic approach. J Orofac Pain 1999; 13: 255–261

Behandlung von Myoarthropathie-Patienten

Im Jahre 1996 veröffentlichte die AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH (AADR) eine wissenschaftliche Stellungnahme zur Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien (MAP) des Kausystems. In einem mehrjährigen Prozess aktualisierte ein Komitee der Neuroscience Group der AADR dieses Dokument, dessen Inhalt schliesslich am 3. März 2010 veröffentlicht wurde. Die überarbeitete Stellungnahme soll Zahnärzten als «Sorgfaltsmassstab» dienen, damit MAP-Patienten eine angemessene Therapie erhalten. Prof. Dr. Jens C. Türp aus Basel sprach mit Prof. Dr. Charles S. Greene aus Chicago, einem Mitglied des Komitees.

Professor Dr. Jens C. Türp, Zahnmedizinische Zentren der Universität Basel (Text und Bild)

Professor Jens Türp: Professor Greene, Sie waren bereits an der Entwicklung der im Jahre 1996 veröffentlichten AADR-Stellungnahme zur Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien beteiligt. Warum war es Zeit für eine aktualisierte Fassung?

Professor Charles Greene: «Im Rückblick müssen wir zugeben, dass die Auswirkungen der Stellungnahme von 1996 auf die Zahnärzteschaft gering waren. Unsere Empfehlungen erreichten nur wenige Kollegen, und in der zahnärztlichen Literatur wurde auf sie nur Bezug genommen, wenn sie von einem Autor zitiert wurden. Daher streben wir nun danach, die aktualisierte Stellungnahme weltweit zu veröffentlichen. Der Hauptgrund für die Aktualisierung liegt in dem enormen Zuwachs der MAP-bezogenen Literatur in den vergangenen 15 bis 20 Jahren.»

Welches sind die Hauptunterschiede zwischen der neuen MAP-Stellungnahme und der von 1996?

«Die Original-Stellungnahme sprach sich für eine einfache MAP-Diagnostik ohne Überbetonung technisch-diagnostischer Gerätschaften aus und für konservative, reversible Therapiemassnahmen. Zum damaligen Zeitpunkt waren jedoch wissenschaftliche Nachweise für diese Empfehlungen erst seit relativ kurzer Zeit vorhanden. Dazu kam, dass in dem Dokument die Auflistung von Belegen in Form bibliografischer Zitate aus der Fachliteratur nicht gefordert war. Zudem scheute die AADR aus Angst vor Rechtsstreitigkeiten starke Aussagen.

Die neue Stellungnahme basiert auf einer gründlichen Analyse der Fachliteratur. Unsere Gruppe

musste jede Änderung detailliert begründen und mit stichhaltigen Argumenten untermauern. So war es möglich, für das begonnene 21. Jahrhundert überzeugende Schlussfolgerungen bezüglich der anzustrebenden MAP-Diagnostik und -Therapie zu ziehen.

Als ich die AADR-Stellungnahme zum ersten Mal las, war ich einigermaßen überrascht, dass eine solche Veröffentlichung überhaupt notwendig war.

«Wieso?»

Meiner Ansicht nach sollte die Stellungnahme jedem Zahnarzt bekannt und deren Inhalt überall Versorgungsstandard sein. Dies ist aber offenbar nicht der Fall. Welche Entwicklungen in der «MAP-Szene» bewog Ihre Gruppe letztlich, die Aktualisierung in Angriff zu nehmen?

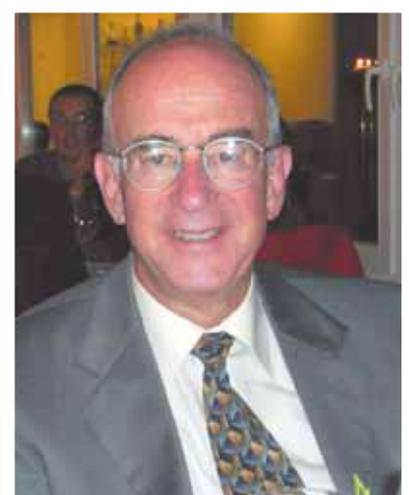
«In der Schweiz scheint diese Thematik weniger Wellen geworfen zu haben und offenbar im Einklang mit dem derzeitigen wissenschaftlichen Denken zu stehen. In anderen Teilen der Welt ist ein starker Widerstand gegen die in der Stellungnahme gemachten Empfehlungen zu spüren. In den USA haben wir beispielsweise grosse Probleme mit gewissen okklusionsfokussierten Instituten und einigen Herstellern elektronischer Geräte, die ihre Philosophien aggressiv vermarkten. So empfehlen sie routinemässig Kaumuskel- und Kiefergelenkuntersuchungen, die mit beinahe hundertprozentiger Sicherheit «positive» Ergebnisse liefern. Sie befürworten frühe therapeutische Interventionen zur Verhinderung späterer Kiefergelenkprobleme. Sie verwenden bei sym-

ptomfreien Menschen, die keine zahnärztliche Behandlung benötigen, Aufbissbehelfe für die «okklusale Deprogrammierung», die ihrerseits eine veränderte Unterkieferlage herbeiführen, die «besser» sein soll als die alte, jedoch grössere zahnärztliche Interventionen erforderlich macht. Und schliesslich führen sie als Bestandteil ihrer Therapie bei MAP-Patienten fast immer irreversible Eingriffe durch, was sie als sog. Phase II bezeichnen.»

Was sind Ihre Kernbotschaften an Zahnärzte und Patienten in Bezug auf die MAP-Diagnostik und Therapie?

«Ich ermuntere die Leser der Schweizer Monatschrift für Zahnmedizin, bei ihrer Entscheidungsfindung die Inhalte der neuen MAP-Stellungnahme zu berücksichtigen, weil diese die beste derzeit verfügbare Evidenz aus der wissenschaftlichen Literatur widerspiegelt. Konkret sollte im Umgang mit MAP-Patienten Folgendes beachtet werden: Erstens: Myoarthropathien sind in Form einer intelligenten Kombination aus Patientengeschichte, klinischer Untersuchung und Bildgebung zu diagnostizieren, nicht mithilfe von Maschinen und Wundergeräten. Man soll immer daran denken, dass MAP-Symptome in der Regel vom Patienten berichtet und nicht vom Behandler «entdeckt» werden. Daher besteht keine Notwendigkeit einer detaillierten Untersuchung von Personen ohne MAP-Symptome.»

Das ist eine sehr wichtige Feststellung: Es gibt keinen frühen, präklinischen Nachweis und keine präventive Behandlung von Myoarthropathien.



«Man soll immer daran denken, dass MAP-Symptome in der Regel vom Patienten berichtet und nicht vom Behandler «entdeckt» werden. Daher besteht keine Notwendigkeit einer detaillierten Untersuchung von Personen ohne MAP-Symptome», sagt Professor Charles Greene.

- 15) FRICTON J: Myogenous temporomandibular disorders: diagnostic and management considerations. Dent Clin North Am 2007; 51: 61–83
 16) OKESON J P: Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations. Dent Clin North Am 2007; 51: 85–103
 17) CARLSON C R, BERTRAND P M, EHRLICH A D, MAXWELL A W, BURTON R G: Physical self-regulation

- training for the management of temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2001; 15: 47–55
 18) DWORIN S F, HUGGINS K H, WILSON L, MANCL L, TURNER J, MASSOTH D, LERESCHE L, TRUVELOVE E: A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. J Orofac Pain 2002; 16: 48–63



Professor Dr. Jens C. Türp war von der Notwendigkeit der AADR-Stellungnahme einigermaßen überrascht.

«Ja, das stimmt. Bei den meisten orthopädischen Problemen ist es genauso. Zweitens: MAP-Symptome sind konservativ und reversibel zu behandeln – nicht mittels Unterkiefer-Repositionierung oder den Biss verändernden Massnahmen. Eine erfolgreiche frühe Behandlung symptomatischer Patienten ist der beste Weg, um zu verhindern, dass sich ein chronischer Schmerzzustand entwickelt. Drittens: Ein biopsychosoziales Modell ist der richtige Rahmen zur Versorgung von MAP-Patienten. Dieses beinhaltet die Notwendigkeit, gleichzeitig vorhandene somatische und psychologische Probleme zu berücksichtigen, welche die therapeutische Erfolgswahrscheinlichkeit verringern können. Solche Patienten sollten an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen werden.»

Professor Greene, herzlichen Dank für dieses Interview!

zess. Mit dem Anamnesegespräch gilt es zu evaluieren, ob die Symptomatik auf eine Myoarthropathie oder eine andere Pathologie/Funktionsstörung zurückzuführen ist: Die Anamnese muss zu einer Vermutungsdiagnose führen. Mit der klinischen Untersuchung werden Zeichen einer Myoarthropathie gesucht, um die Vermutungsdiagnose zu bestätigen bzw. verwerfen. Das Anamnesegespräch dient aber auch zur Abklärung, ob der Schmerz akut oder chronisch ist. Denn Patienten mit chronischen Schmerzen sollen sofort an spezialisierte Einrichtungen überwiesen werden, da die Patienten multimodal, d. h. interdisziplinär, diagnostiziert und behandelt werden müssen.

«... keines der derzeit vorhandenen technischen Geräte zur Diagnostik der Myoarthropathien die Sensitivität und Spezifität aufweist...»

Dies ist nicht ein MAP-spezifisches Problem. Zu oft werden in der Zahnmedizin diagnostische Tests empfohlen, ohne dass zuvor deren Sensitivität und Spezifität ermittelt wurden. Man muss also wissen, mit welcher Wahrscheinlichkeit der diagnostische Test in der Lage ist, eine Pathologie/einen Kranken korrekt zu erkennen (Sensitivität) bzw. das Fehlen einer Pathologie/einen Gesunden korrekt zu diagnostizieren (Spezifität). Grundsätzlich soll man einen diagnostischen Test nur dann anwenden, wenn diese Informationen bekannt sind. Es ist wichtig, zwischen Diagnostik und Dokumentation zu unterscheiden. Viele als Diagnostika gepriesene Verfahren, wie die Registrierung der Unterkiefer- oder Kondylusbewegungen, die Elektromyografie oder oft sogar die direkte Okklusionsanalyse, dokumentieren einen Zustand, tragen aber zur Unterscheidung zwischen gesund und krank nicht bei. In der Praxis sollen nur diejenigen Diagnostika verwendet werden, die in der Lage sind, die Prätest-Wahrscheinlichkeit signifikant zu ändern, d. h. die Vermutungsdiagnose mit grösster Wahrscheinlichkeit zu bestätigen oder zu verneinen.

«... Ferner können verschiedene standardisierte und validierte psychometrische Tests verwendet werden, um die psychosozialen Aspekte des patientenspezifischen Myoarthropathie-Problems abzuschätzen.»

Dieser Satz weist auf die Multidimensionalität des Schmerzes und die Notwendigkeit der Abklärung aller seiner Dimensionen hin. Jeder nozizeptive Reiz führt nicht nur zur Schmerzempfindung, sondern gleichzeitig zu negativen Gedanken («Warum tut es weh?», «Wie lange wird der Schmerz anhalten?», «Ist die Schmerz verursachende Läsion gefährlich?» usw.), Emotionen und Affekten. Der Schmerz hat somit eine somatische und eine kognitive, emotionale

AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH ZUM Thema Myoarthropathien des Kausystems

Kommentar zur revidierten Grundsatzserklärung

Die revidierte Grundsatzserklärung der AMERICAN ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH ZUM Thema «Diagnose und Therapie der Myoarthropathien des Kausystems (MAP)» unterstreicht, was in unserem Lande seit rund 30 Jahren unterrichtet wird.

Prof. em. Dr. med. dent. Sandro Palla (Text und Bild)

MAP-Patienten sollen nicht instrumentell, sondern anhand einer eingehenden Anamnese und klinischen Untersuchung und je nach Indikation bildgebender Verfahren diagnostiziert und mittels einfachen, konservativen, nicht-invasiven Mitteln behandelt werden und damit kann die grösste Mehrheit der Patienten erfolgreich behandelt und eine Schmerzchronifizierung verhindert werden. Diese tritt jedoch bei einer Minderheit von MAP-Patienten auf und ist in vielen Fällen auf falsche Diagnosen und Behandlungen, ungenügende Kenntnisse über die Ätiologie der MAP bzw. Schmerzphysiologie und -pathophysiologie sowie auf die Verbreiterung von diagnostischen und therapeutischen Mitteln zurückzuführen, deren Validität, Reliabilität und Wirksamkeit nie nachgewiesen wurden.

Die Tatsache, dass es in der Schweiz weniger durch invasive und irreversible Behandlungen geschädigte Patienten gibt als beispielsweise in den Vereinigten Staaten (siehe Interview mit Professor Dr. Greene), ist nicht zuletzt auf die Pionierleistung von Albert Gerber zurückzuführen, der sich bereits in den Sechzigerjahren mit der Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien auseinandergesetzt hatte. Somit wurden die Schwei-

zer Zahnärzte frühzeitig mit dieser Problematik konfrontiert, wie der im Jahr 1973 gehaltene SSO-Kongress beweist. Dieser war vollständig der Diagnostik und Therapie der MAP gewidmet. Schon damals war die Notwendigkeit einer interdisziplinären Abklärung unterstrichen worden. Die revidierte Grundsatzserklärung der AADR enthält einige Punkte, die sich lohnen, tiefer zu analysieren: die Problematik der Diagnostik und Komorbidität, der Schmerzchronifizierung und der initialen Therapie.

«... wird empfohlen, dass die Differenzialdiagnostik der Myoarthropathien und verwandter orofazialer Schmerzformen in erster Linie auf Informationen basieren sollte, die durch die Patientengeschichte und die klinische Untersuchung sowie...»

Anamnese und klinische Untersuchung haben nicht die gleiche Gewichtung im differenzialdiagnostischen Prozess. Da die Symptome einer Myoarthropathie nicht spezifisch sind und andere Krankheitsbilder ähnliche Symptome wie bei einer MAP auslösen können, hat die Anamnese eine stärkere Gewichtung als die klinische Untersuchung im differenzialdiagnostischen Pro-

Komponente. Je länger der Schmerz anhält, desto stärker tritt er in den Vordergrund und prägt das Schmerzverhalten. Dies kommt auch bei myoarthropathischem Schmerz vor. In extremen Fällen dreht sich das Leben des Patienten um den Schmerz, der eine zentrale Rolle in seinem Tagesablauf einnimmt. Wann diese Situation eintritt, ist individuell verschieden, und Faktoren wie Persönlichkeit, frühere und familiäre Erfahrungen usw. spielen eine entscheidende Rolle. Die Abklärung der nicht somatischen Schmerzkomponente soll nicht nur bei Vorliegen chronischer Schmerzen vorgenommen werden. Um eine Chronifizierung zu vermeiden, müssen die Auswirkungen, welche der Schmerz auf die psychosoziale Sphäre des Patienten hat, frühzeitig im Anamnesegespräch abgeklärt werden. Dabei soll die Anwendung psychosomatischer Tests dem Spezialisten überlassen werden. Für die Praxis genügen einige Fragen, um sich ein Bild zu machen («Was können Sie nicht mehr tun?», «Welche Bedeutung nimmt der Schmerz in Ihrem Leben ein?», «Welchen Einfluss hat der Schmerz auf Ihren Beruf, Ihr Privatleben?», «Woran sieht man, dass Sie unter Schmerzen leiden?»).

«... bei der Initialbehandlung von Myoarthropathie-Patienten konservative, reversible und auf hohem Evidenzniveau stehende therapeutische Massnahmen zur Anwendung gelangen.» Dieser therapeutische Grundsatz ist korrekt, jedoch nicht glücklich formuliert, insofern als die Information des Patienten über die Diagnose erst im Schlusssatz erwähnt wird. Der Zahnarzt hat die Tendenz, sofort zu agieren, d. h. eine Therapie einzuleiten, z. B. die Anfertigung einer Schiene. Dabei kommt oft die Information des Patienten über Diagnose, Pathogenese und gute Prognose

der MAP zu kurz. Auch kommt es vor, dass Patienten falsch aufgeklärt werden, indem man ihnen mitteilt, dass die Prognose schlecht ist, was z. B. bei ängstlichen Patienten ungünstige Folgen haben kann (Noceboeffekt). Man vergisst dabei, dass eine korrekte, für den Patienten verständliche Information einen wesentlichen Teil der Behandlung darstellt, da Kontextfaktoren – die Aufklärung ist ein wesentlicher Bestandteil – über psychologische und neurobiologische Mechanismen die Wirkung der Therapie modulieren. Auch besteht eine hohe Evidenz, dass eine ausführliche Patientenaufklärung in über der Hälfte der Fälle zu einer Beschwerdeverbesserung, sogar zu Schmerzfremheit führt.

Korrektweise unterstreicht die Grundsatzklärung die Wahl reversibler therapeutischer Massnahmen. Damit werden Therapien gemeint, die zu keinen dauerhaften Veränderungen führen, wie dies beispielsweise durch orthodontische, prothetische Massnahmen, Einschleifkorrekturen und okklusale instabile Schienen bewirkt wird.

«... Während sich keine spezifische Therapie als konstant wirksam erwiesen hat, hat sich gezeigt, dass hinsichtlich einer symptomatischen Beschwerdeverbesserung viele konservative Methoden mindestens ebenso wirksam sind wie die meisten invasiven Therapien. Da erstgenannte Massnahmen keine irreversiblen Veränderungen bewirken, stellen sie ein geringeres Risiko für eine Schädigung von Patienten dar».

Die Formulierung dieses Satzes scheint mir ebenfalls nicht geglückt zu sein. Man hat den Eindruck, er sei «zu politisch» gefärbt, d. h. zu wenig prägnant formuliert. Denn gute randomisierte Studien, in denen konservative mit invasiven Therapien verglichen wurden, fehlen in der Literatur. Diese



«Die Forderungen der AADR unterrichten wir seit 30 Jahren», sagt Professor em. Dr. med. dent. Sandro Palla.

zeigt aber, dass konservative Massnahmen mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen bezüglich symptomatischer Beschwerdeverbesserung gleichwertig sind. Der therapeutische Erfolg ist somit nicht wirkungsspezifisch, sondern auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen, die bei jeder Behandlung auftreten, wie der Behandlungskontext, die Patientenerwartung, der natürliche Verlauf und therapeutisch bedingte Verhaltensänderungen. Bereits aus diesem Grunde müssen myoarthropathische Schmerzen mit einfachen, konservativen und reversiblen Therapien angegangen werden und nicht erst, wenn sie ein geringeres Risiko für eine Schädigung von Patienten darstellen. Letzteres ist ein wichtiger, aber nicht der primäre Grund.

Schweizerische
Gesellschaft für
Oralchirurgie und
Stomatologie

Société
Suisse pour la Chirurgie
Orale et la
Stomatologie

Società
Svizzera per la Chirurgia
Orale e la
Stomatologia

Swiss
Society for
Oral Surgery and
Stomatology

SSOS

Anpassung des Reglements über die Spezialisierung in «Oralchirurgie»

Per Vorstandsbeschluss der SSOS vom 16. September 2009, mit Genehmigung durch den SSO-Vorstand am 1. Oktober 2009, wurde das Reglement über die Spezialisierung für den Fachzahnarzt in «Oralchirurgie» angepasst und überarbeitet.

Ein wichtiger Passus betrifft die Fachärzte für Kiefer- und Gesichtschirurgie (FMH) welche den Fachzahnarzt für «Oralchirurgie» auch erwerben können, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- (1) Nachweis von mindestens 1½ Jahren Weiterbildung in Oralchirurgie an einer akkreditierten oralchirurgischen Weiterbildungsstätte in der Schweiz.
- (2) Bestehen der Prüfung gemäss dem Reglement über die Spezialisierung in Oralchirurgie.

Das vollständige Reglement über die Spezialisierung kann auf der Homepage der SSOS als PDF-File heruntergeladen werden unter:
(http://www.ssos.ch/images/stories/2010.100629_Spez_Regl_Anpassungen_SSO.pdf)

Prof. Dr. Andreas Filippi
Präsident

PD Dr. Michael Bornstein
Sekretär

Dentist Helpline bei Fragen zur Knochenregenerationstherapie

Das Ergebnis ist entscheidend! Deshalb unterstützen erfahrene Zahnärzte Kolleginnen und Kollegen praxisnah zu Fragen der Knochenregenerationstherapie. Der von der Zahnmedizinischen Fortbildung Zürichsee gewährte Support der Dentist Helpline macht es möglich, dass Fragen innert 24 Stunden, Montag bis Freitag telefonisch oder per Mail, beantwortet werden können. Die Redaktion sprach mit Dr. med. dent. Andreas Grimm, Horgen.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: Dr. Grimm)

Die Extraktion eines Zahnes bedingt zwangsläufig auch eine Veränderung der umgebenden, biologischen Strukturen. Aus zahnärztlicher Sicht werden gerade ästhetisch hochwertige prothetische Rekonstruktionen davon beeinflusst. Vor allem im Bereich der anspruchsvollen Implantologie bieten sich mit neuen Therapiekonzepten für die Extraktionsalveole erweiterte Therapiemöglichkeiten – auch für komplexe implantologische Versorgungen. Diese neuen Techniken vereinfachen die chirurgischen Techniken enorm. So ist es heute möglich, dass auch ein in der Implantologie unerfahrener Kollege einfach und sicher den Alveolarkamm weitgehend erhalten und so zu ästhetisch ansprechenden Resultaten kommen kann.

Zur Knochen- und Weichgeweberegeneration werden Geistlich Biomaterialien (Vertrieb Karr Dental) seit 23 Jahren bei mehr als 3,5 Mio. Patienten verwendet. Mit weltweit über 700 Studien gehören Geistlich Biomaterialien zu den am besten dokumentierten Regenerationsprodukten auf dem Markt. Da die Entwicklung stetig weitergeht, gibt es immer wieder neue Indikationen und Techniken in der Regenerationstherapie. Um den Bedürfnissen nach Information bei der wachsenden Komplexität zu entsprechen, wurde eine Helpline eingerichtet, die von der Zahnmedizinischen Fortbildung Zürichsee unterstützt wird. Von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein Team erfahrener Zahnärzte beantwortet alle Fragen zur Knochenregenerationstherapie.

Heute stellt die Ästhetik ein entscheidendes Erfolgskriterium in der Implantologie dar. Defizite im Alveolarkambereich schränken häufig die Einsatzmöglichkeit von implantatgetragenen Restaurationen ein. Neu entwickelte, knochenaufbauende Massnahmen haben das Indikationsspektrum massgeblich erweitert. Diese stellen manchmal hohe chirurgische Anforderungen zur Weichgewebsdeckung der meist umfangreichen Augmentate. Deshalb bietet u. a. die Zahnmedizinische Fortbildung Zürichsee verschiedene Kurse, die in Theorie und in praktischer Umsetzung das Spektrum der aktuellen Techniken zum Erhalt und zum Aufbau von Hart- und Weichge-

webe beleuchten. In diesen Kursen werden Behandlungsoptionen vorgestellt, welche neuesten wissenschaftlichen Daten zugrunde liegen.

SMfZ: Weshalb wurde diese Helpline eingerichtet?



Einbringen von Geistlich Bio Oss und Bio Gide in die Extraktionsalveole.



Kreuznaht über der durchbluteten Geistlich Bio Gide und Bio Oss.



Heilung nach ca. zwei Wochen: praktisch vollständiger Wundverschluss und somit Erhalt der alveolären Strukturen. Ein Implantat kann in ca. sechs Monaten problemlos gesetzt werden.

Dr. Andreas Grimm: «Die Helpline ist eine ideale Plattform, um schnell und problembezogen antworten zu können. Hinter der Helpline steht ein ganzes Netzwerk von Spezialisten. Diese unterstützen den Privatpraktiker bei seiner Tätigkeit. Wir wollen den Kollegen unsere zum Teil aus Fehler gewonnenen Erfahrungen weitergeben. Es ist ja nicht nötig, dass sie dieselben Fehler wiederholen müssen.»

Gibt es häufig gestellte Fragen?

«In den meisten Fällen geht es um die kleinen, aber sehr relevanten Details. So handelt es sich häufig um Tipps für implantologische Fragen: Wie lange muss ich warten, wenn die Extraktionsalveole aufgefüllt ist, welches Medikament muss ich anwenden, welches Spülmittel ist anzuwenden, wie lange muss ich zuwarten, bis die Fäden rausgenommen werden dürfen, ab wann ist der Knochen so weit, dass ich ein Implantat setzen kann?»

Ist die Helpline einem Anbieter verpflichtet?

«Diese Plattform ist absolut neutral. Kollegen fragen Kollegen. Sie konnte im Mai aufgeschaltet werden. Pro Woche kommen zirka zwei bis drei Anfragen. Die Tendenz ist klar steigend. Als Instruktor auf der Abteilung von Prof. Christoph Hämmerle habe ich sehr gute Kontakte zu Universität Zürich, und damit haben wir Zugang zur stetig weitergehenden Entwicklung und sind vertraut mit neuen Indikationen und Techniken in der Regenerationstherapie.

Wir geben uns grosse Mühe, die praktischen Tipps mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu untermauern. Leider ist das nicht ganz immer möglich, da auf viele Fragen in der Privatpraxis schlicht eine wissenschaftlich evidenzbasierte Antwort nicht existiert.

Die Dentist Helpline ist immer offen. Fragen werden innert einem Arbeitstag beantwortet. Sie erreichen uns unter: Tel. 0800 727 000 oder E-Mail: info@dentisthelpline.ch

Operation smile

Seit vielen Jahren operiert Professor J. Thomas Lambrecht Kleinkinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten in Drittweltländern. Durch diese operativen Eingriffe erhalten betroffene Kinder Zugang zu einem normalen Leben und lokale einheimische Ärzte die nötige Weiterbildung für die Spaltchirurgie. Die Redaktorin unterhielt sich mit Professor Lambrecht über seine Auslandsinsätze und seine Erfahrungen in der Schweiz.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: zvg)

SMfZ: «Seit Jahren engagieren Sie sich in der medizinischen Entwicklungshilfe. Weshalb?»

Professor Dr. med., med. dent. J. Thomas Lambrecht: «Mit Operation smile schenken wir den Kindern ein Lächeln und machen ihre Familien und deren Umgebung glücklich. Die Operationen der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten helfen nicht nur den kleinen Patienten, sondern wirken sich auch positiv auf das soziale Umfeld aus. Zugleich bilden wir mit dem Ziel «Hilfe zur Selbsthilfe» Berufskollegen in der Spaltchirurgie aus. In Indien z. B. haben wir pro Einsatz etwa 80 Kinder operiert. Heute operieren die von uns ausgebildeten Kollegen zwischen 400 und 500 Patienten im Jahr.»

Denkanstösse und Anregungen

«Ich war zwei Jahre in Indonesien, zehn Jahre in Indien und jetzt seit fünf Jahren in Bhutan, jeweils immer am gleichen Spital tätig. Die Erfahrungen mit den Ärzten und Ärztinnen, den Krankenschwestern, den Laboranten, dem Verwaltungspersonal und weiteren Mitarbeitern in den Spitälern geben natürlich wesentlich mehr Denkanstösse, Eindrücke und Anregungen als blosses touristisches Herumreisen. Ausserdem bekam ich als Christ Einblick in drei andere Religionen, den Islam, den Hinduismus und den Buddhismus. Den ursprünglichen Anstoss für diese Einsätze in der Dritten Welt gab mir der verstorbene Professor Werner Widmaier. Die Freude nach einem arbeitsreichen Tag mit acht oder zehn Operationen in die dankbaren Gesichter der Eltern unserer kleinen Patienten zu blicken, ist unbeschreibbar!»

Wie organisieren Sie sich Ihre Einsätze?

«Zwei Chirurgen, zwei Anästhesisten und drei OP-Schwestern bilden ein «Standardteam». Die Chirurgen bringen ihr Operationsinstrumentarium, Nahtmaterial und Verbandmaterial, die Anästhesisten ihre Narkosematerialien. Alle Teammitglieder bringen Geschenke für die Leute im Spital, mit denen sich über die Jahre sehr bereichernde persönliche Verbindungen ergeben haben. Oft erhalten wir auch Unterstützung durch

Firmen. Durch die pharmazeutische Industrie erhalten wir Medikamente, teilweise auch Ausrüstungsgegenstände, also Apparate oder Verbrauchsmaterialien, die wir im Spital lassen können. Ich persönlich begeben mich immer mit fünf bis sechs Gepäckstücken auf die Reise und komme nur mit einem Koffer wieder zurück. Den anderen Teammitgliedern geht das genauso. Hauptsponsor ist mein Rotary Club Basel-Riehen.»

Wohlstand allein erzeugt kein Glück

Hat sich Ihre Lebenseinstellung aufgrund Ihrer Entwicklungshilfeinsätze verändert, wenn ja, wie?

«Jedes Mal wenn ich zurückkomme, bin ich mir aufs Neue bewusst, wie gut es uns hier geht. Das relativiert meine Einstellung zum Leben schon sehr. Gleichzeitig sehe ich aber auch, wie glücklich viele Menschen sind, denen es lange nicht so gut geht wie uns. Dies spürte ich in Indone-



«Es gehört sicherlich zu meinen Aufgaben als Hochschullehrer, die Studierenden darauf aufmerksam zu machen, welche Zuwendung kranken Menschen gegeben werden sollte», sagt Prof. Lambrecht.

sien am inbrünstigen Gesang der Krankenschwestern beim Morgengottesdienst oder durch die strahlende Offenheit der Kinder in Bhutan, die lachend auf uns Fremde zugehen und manchmal sogar einen kleinen Freudentanz veranstalten. So etwas rührt einen schon.»

Sie sind vor fast 20 Jahren nach Basel gezogen. Was hat Sie in die Schweiz geführt?

«Ich bin vor 19 Jahren nach Basel gezogen. Im Jahre 1989 bewarb ich mich um das Ordinariat, welches durch den Rücktritt von Professor Benedikt Mäglin vakant wurde. Nachdem mich die Berufungskommission der Medizinischen Fakultät zum Kandidaten Nr. 1 erklärte, erfolgte am 1. Juli 1991 die offizielle Ernennung durch den Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt.»

Am Anfang hatten die Schweizer mehr Mühe mit mir

Wir Schweizer ticken etwas anders. Was hat Ihnen anfangs Mühe bereitet, und was hat sie begeistert?

«Ich glaube, am Anfang hatten die Schweizer mehr Mühe mit mir, ohne dass ich es richtig bemerkt habe. Das geht vielen Deutschen so. Begeistert hat mich der «gesunde Menschenverstand», der in Deutschland schon zum damaligen Zeitpunkt in grossen Teilen der Gesellschaft abhanden gekommen war, vor allen Dingen geprägt durch die Aggressivität der Gewerkschaften und den rüden Ton der mächtigen Krankenversicherungen. Manchmal habe ich das Gefühl, dass inzwischen leider hier einiges «übergeschwappt» ist. Begeistert hat mich die freundliche Aufnahme in die Zahnärzte-Gesellschaft Basel, in die Medizinische Fakultät der Universität Basel und in den Rotary Club Basel-Riehen, dem ich sehr viel verdanke.»

Welche Tipps geben Sie einem Neuzuwanderer?

«Aufmerksam zuhören, die Leute ausreden lassen, ihnen nicht ins Wort fallen, Besserwissen vermeiden, ein «Gspüri» entwickeln und mit Fingerspitzengefühl an die Sachen herangehen, einen langen Atem «trainieren», Leserbriefe lesen.»

Was schätzen Sie heute am schweizerischen Arbeitsumfeld?

«Das Faszinierendste für mich ist, dass auf festen Fundamenten nach wie vor Innovationen möglich sind, die einen überraschen. Denken Sie an die Fusionierungen im Bankwesen oder bei der chemischen Industrie in Basel. Für mein direktes Arbeitsumfeld sind natürlich die Ereignisse, welche sich nach der Autonomisierung der Basler Universität im Jahre 1996 im Bereich der univer-

sitären Zahnmedizin ereigneten, prägend. Die Basler Zahnmedizin wurde zum Prellbock, zur Speerspitze und zum Spielball aller möglichen universitären Modelle der Weiterentwicklung. Das war schon sehr interessant, hat aber auch sehr, sehr viel Kraft gekostet.»

Veränderung ist das einzig Stabile. Was und wie viel muss stabil bleiben, damit wir Veränderung leben können?

«Das knüpft an meine Antwort zur Frage nach dem Schweizerischen Arbeitsumfeld an. Ich glaube, der gesunde Menschenverstand muss stabil bleiben, das Herz auf dem rechten Fleck muss stabil bleiben und den Humor müssen wir uns erhalten.»

Wo soll man anfangen, wenn nichts mehr stabil erscheint?

«Dann soll man anfangen, in seinem direkten Umfeld dort zu helfen, wo Hilfe nötig ist.»

Wie kamen Sie zu Ihrem Fachgebiet zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde?

«Ich habe in Belgien Medizin und später in Deutschland Zahnmedizin und Medizin studiert. Während meiner Ausbildung zum Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie faszinierte mich vor allen Dingen die Chirurgie der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. Zur zahnärztlichen Radiologie kam ich im Zuge der Ausbildung der Studierenden, also über die Lehre, später begann das wissenschaftliche Engagement. Die grundlegenden Erfahrungen in der oralen Medizin erwarb ich

mir als Oberarzt der Poliklinik der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Kiel. Als Arzt und Zahnarzt, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Fachzahnarzt für Oralchirurgie leite ich die Klinik für zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde. Gleichzeitig bin ich Departementsvorsteher der Universitätskliniken für Zahnmedizin. Fast die Hälfte meiner Arbeitszeit bin ich administrativ tätig.»

Kranke Menschen benötigen Zuwendung

Jungen gesunden Menschen erscheint die Welt grenzenlos. Mit zunehmendem Alter kann der Gesundheitszustand unerwartet Grenzen setzen. Wie öffnen Sie jungen Leuten die Augen für diese Veränderung im Leben jedes Einzelnen?

«Das sind sehr persönliche Fragen. Stimmt, meinen Kindern, die jung und gesund sind, erscheint die Welt grenzenlos. Es gibt oberflächlich betrachtet inzwischen auch viel weniger Grenzen als in meiner Jugend, denken Sie nur an den Eisernen Vorhang. Gleichzeitig werden aber an anderen Stellen Grenzen aufgebaut, die die so gewonnenen Freiheiten wieder einschränken. Dass der Gesundheitszustand unerwartet Grenzen setzen kann, habe ich selbst erlebt. Das vergisst man nicht so schnell. Die Umwelt aber, welche nicht direkt betroffen ist, geht rascher zur Tagesordnung über.

Es gehört sicherlich zu meinen Aufgaben als Hochschullehrer, die Studierenden darauf aufmerksam zu machen, welche Zuwendung kranken Menschen gegeben werden sollte. Ich ver-

suche hier aber die ganz persönlichen Erfahrungen nicht in den Vordergrund zu stellen.»

Hat sich Ihre Form der Zuwendung verändert?

«Die zeitliche Zuwendung änderte sich, als ich in die Schweiz wechselte. Das lag aber am hiesigen System, welches mir viel mehr Zeit für den einzelnen Patienten gab. Das schätze ich bis heute sehr. Die Zuwendung als Arzt und Zahnarzt gegenüber meinen Patienten war immer geprägt durch die Leitsätze: *Medicus curat, natura sanat – primum nihil nocere.*»



«Mit Operation smile schenken wir den Kindern ein Lächeln und machen ihre Familien und deren Umgebung glücklich», erzählt der Oralchirurgie.



Dank einem operativen Eingriff erhält dieses Kind Zugang zu einem normalen Leben und lokale einheimische Ärzte die nötige Weiterbildung für die Spaltchirurgie.

Nachdiplomkurs «Philosophie und Medizin» für Ärztinnen und Ärzte

Macht über Körper und Geist?

Aufgabe der Philosophie ist es, einen Beitrag zum fortwährenden Gespräch der Menschheit über die eigene Zielsetzung zu leisten.



Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bild: iStockphoto)

Am 2. Dezember 2010 startet die Universität Luzern einen exklusiven 12-tägigen modularen Lehrgang, welcher die Teilnehmenden in die Lage versetzt, ihre tägliche Praxisarbeit aus alternativen Gesichtspunkten philosophisch zu betrachten. Gerade in einer Zeit, in welcher Ärzte als zentrale Entscheidungsträger durch technischen Fortschritt,

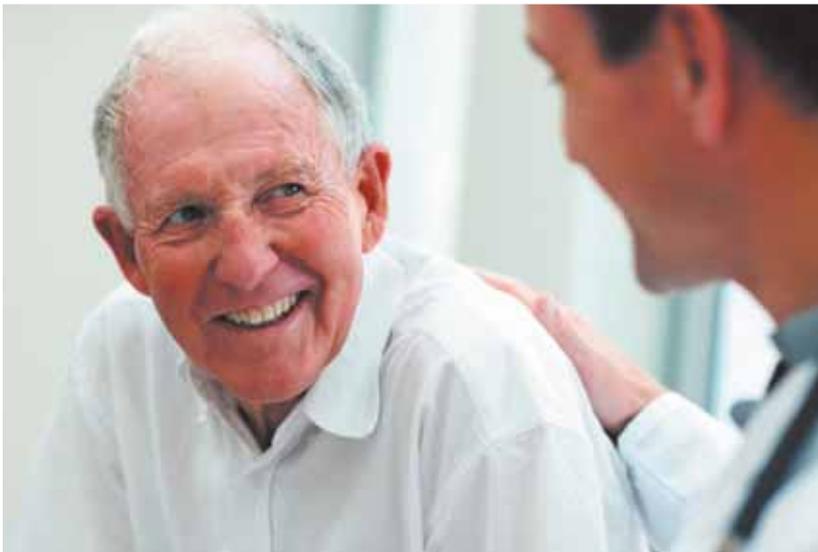
geänderte Formen der Wissensbildung, gesellschaftlichen Wandel und zunehmende Ökonomisierung verdrängt und neue Akteure an die Macht gebracht werden, die die Kranken als Ressource und Gesundheit als Ware betrachten, kann Philosophie Antworten generieren. Antworten, die den Menschen weder auf seine körperliche

Materie reduziert noch die Akteure im Gesundheitswesen von der Verantwortung entbindet. Der Wertewandel in der modernen Medizin führt den Umgang mit dem Phänomen Kranksein in eine Situation, in der das durchaus vorhandene Potenzial, Individuen vor Kranksein zu bewahren und aus Kranksein zu erretten, in ein Kräftespiel eingebunden ist, das fachliche Erwägungen mit wirtschaftlichen und auch weltanschaulichen Interessen in einen viel stärkeren Konflikt bringt, als dies in früheren Epochen der Fall war. Die Befreiung der menschlichen Existenz aus der Willkür der Götter, Geister und Ahnen ist erreicht; die Überwindung der als Last empfundenen erbtenen Gene steht jetzt im Vordergrund. Eine neue medizinische Fachrichtung, die «Regenerative Medizin», trägt dieser Entwicklung Rechnung (Ware Gesundheit; Paul U. Unschuld; 2009).

Die Medizin braucht philosophisches Wissen, um folgenden Fragen auf den Grund zu gehen: Wie versteht die Medizin den Menschen? Was macht die gute Ärztin, den guten Arzt aus? Wie beurteilt man Sinn oder Unsinn des Machbaren? Wer entscheidet im Grenzfall und nach welchen Kriterien? Wer hat Verantwortung zu übernehmen? Wie definiert man die Medizin zukunfts-gemäss?

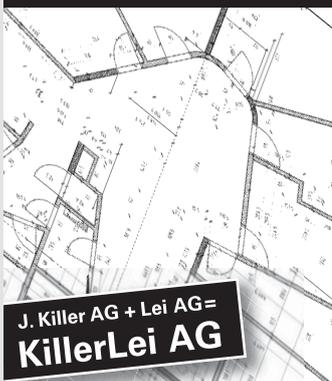
Der Nachdiplomkurs «Philosophie und Medizin» vermittelt philosophische Konzepte und Methoden, um aktuelle Grenzfragen und Konfliktfelder der Medizin zu reflektieren. Der exklusive 12-tägige Nachdiplomkurs ist als bolognakonformer Certificate of Advanced Studies (CAS) geplant. Studiengebühr Fr. 4800.– inkl. Verpflegungskosten, Diplombgebühr und Studienliteratur.

Internet: www.philomedizin.ch
Telefon: 041 228 70 96



Was macht den guten Arzt, die gute Ärztin aus?

MIT UNS KÖNNEN SIE BAUEN



J. Killer AG + Lei AG =
KillerLei AG

Wir koordinieren und realisieren alle Arbeiten rund um den Praxisbau. Dabei sind uns drei Dinge besonders wichtig: hohe Ausführungsqualität, transparente und tiefe Baukosten sowie absolute Terminalsicherheit. Garantiert!

- KONZEPT**
- ARCHITEKTUR**
- EINRICHTUNGEN**
- BAUMANAGEMENT**

KillerLei

Konzept · Architektur · Baumanagement
Einrichtungen für Arzt- und Zahnarztpraxen

KillerLei AG · Altstetterstrasse 186 · CH-8048 Zürich · T +41 (0)43 311 83 33 · F +41 (0)43 311 83 34 · www.killerlei.ch · info@killerlei.ch

Leiden verleidet

Selbsthilfe-Organisationen sind Zusammenschlüsse von Menschen, die das gleiche Problem haben und gemeinsam etwas dagegen tun. Leiden verleidet. Das erleben kranke Menschen immer wieder neu. Statt sich still den Anweisungen der Gesundheitsfachleute zu fügen, lernen und erfahren die Betroffenen, wie sie ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können. Dieses Jahr feiert die Krebsliga Schweiz ihr hundertjähriges Bestehen. In einer nächsten Nummer werden wir über Entstehung und Wirken der Krebsliga Schweiz ausführlich berichten.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Foto: zvg)

Die Liste der Selbsthilfeorganisationen ist lang und wächst stetig. Selbsthilfe ist und war Ausgangspunkt sozialer Bewegungen. So sind politische Parteien, Gewerkschaften und Gesundheitsligen entstanden. Vor 110 Jahren wurde z. B. die CSS Versicherung in St. Gallen als Selbsthilfeorganisation gegründet. 15 Jahre später folgte die Anerkennung durch den Bund als Krankenkasse mit Tätigkeitsgebiet in der ganzen Schweiz. Obwohl sich die CSS Versicherung in den folgenden 80 Jahren zu einem modernen Versicherungsunternehmen gewandelt hat, sind die Grundsätze der Gründung gleich geblieben: Der Gedanke der solidarischen Selbsthilfe, das Einstehen füreinander, ist bis heute ein tragendes Prinzip dieser Krankenversicherung.

Selbsthilfe als Bewegung

Immer wieder schliessen sich Menschen zusammen, um ihre Lebenssituation zu verbessern. Den Anfang machten einst die Gehörlosen, welche 1894 die erste Selbsthilfeorganisation gründeten. 17 Jahre später folgte der Blindenverband. Die Verankerung der Selbsthilfebewegung verdanken wir in der Schweiz vor allem der Pionierarbeit der Anonymen Alkoholiker, welche durch amerikanische Besatzungssoldaten via Deutschland in der Schweiz Fuss fassten. Die Selbsthilfebewegung kämpfte in ihren Anfängen gegen die Widerstände aus dem professionellen Umfeld. Denn Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet. Manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fra-

gestellungen hinzu. Zu den ersten Selbsthilfeförderern gehörten hingegen die Medien, allen voran der «Beobachter» und die «Annabelle». Gleichzeitig entstanden auf Initiative von Selbsthilfegruppen die ersten Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen, so 1980 das Team Selbsthilfe Zürich, 1981 das Selbsthilfezentrum Hinterhuus Basel. Wegweiser für die neuen Formen von Selbsthilfegruppen waren in jener Zeit Publikationen von Professor Michael Lukas Moeller. Mit der Gründung der Stiftung KOSCH im Jahre 2000 verfügen die regionalen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen nun über eine Dachorganisation in der Schweiz. Die Geschäftsstelle der Stiftung KOSCH ist nationale und internationale Anlaufstelle für Fragen rund um Selbsthilfegruppen. Sie verbindet das nationale Netzwerk, vertritt dessen Interessen nach aussen und sorgt für den Informationsaustausch. Zudem stellt die Stiftung den Dialog mit Fachverbänden und öffentlichen Institutionen her, damit der gesellschaftliche Nutzen von Selbsthilfegruppen auch in der Sozialpolitik Thema ist und bleibt.

Was ist eine Selbsthilfegruppe?

Definition des Fachverbands Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen: «Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Proble-



Die Zielkonflikte zwischen Betroffenheit und professionellem Engagement müssen immer wieder thematisiert und entschärft werden. Nur so kann eine Selbsthilfeorganisation zielgerichtet und erfolgreich agieren.

men richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmässigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie die Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsame Gespräche und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äussere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche seelische) Isolation aufzugeben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Aussenstehende. Darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet. Manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.»

Wo man nicht immer alles erklären muss

Selbsthilfegruppen werden oft mit Familien verglichen, in denen man ohne grosse Worte vieles versteht. In diesem Rahmen erkennen die Gleichbetroffenen, welche Probleme zwingend zu einer bestimmten Krankheit gehören und welche vermeidbar wären. Gelungene Beispiele von Mitbetroffenen stärken Mut und Zuversicht. Gesprächspartner ausserhalb der Familie sind enorm wichtig, insbesondere, wenn sie über Eigenerfahrung verfügen. Als Informations- und Kommunikationsmittel leistet auch das Internet wertvolle Dienste. Das Teilhaben am grossen Erfahrungsschatz ist der Schlüssel zur Bewältigung von krankheitsbedingten Ursachen. Eine Selbsthilfegruppe hilft das Gefühl der Wertlosigkeit zu überwinden, und das Gruppenmitglied kann Neues, das weit über die eigene Betroffenheit hinausreicht, lernen. Selbsthilfegruppen bieten eine gute Plattform, um eigene Anliegen nach aussen zu vertreten. Die Betrachtung von Behinderungen und Krankheiten durch Fachpersonen divergieren häufig von der Innensicht der Betroffenen. Deshalb ist die Partizipation der Betroffenen von grundlegender Bedeutung. Definiertes Krankheitsbild sowie Diagnostik haben grosse Auswirkungen auf Renten und Versicherungen, auf Behandlungen und Dienstleistungen, die zur Verfügung stehen. Nicht zu unterschätzen ist die Vorstellung, die sich die Öffentlichkeit von den Betroffenen macht. Grund genug, sich als Selbsthilfegruppe in den öffentlichen Diskurs aktiv einzumischen. Spätestens in der Selbsthilfegruppe lernt man, dass der

persönliche Umgang mit einem Leiden das eine, der gesellschaftliche das andere ist.

Enttabuisierung von Problemen

Manche Probleme wurden von der Fachwelt und der Öffentlichkeit in ihrer Tragweite erst erkannt, nachdem dazu Selbsthilfegruppen entstanden waren und Menschen den Mut fanden, darüber offen zu reden. Denken wir nur an die Problematik der Geschlechtsidentitätsstörung (Transsexualität). Die öffentliche Diskussion zum Thema Geschlechtsumwandlung erzeugte den nötigen Druck, alte Behandlungskonzepte über Bord zu werfen, und setzte ein Umdenken in der Öffentlichkeit in Gang.

Grenzen der Selbsthilfegruppen

Die grosse Stärke der Selbsthilfegruppen ist die Gleichheit unter den Mitgliedern. In Selbsthilfegruppen hat die persönliche Befindlichkeit des einzelnen Mitgliedes jederzeit Vorrang. Nach aussen sind die Einflussmöglichkeiten aber begrenzt auf die unmittelbare soziale Umgebung. Deshalb müssen sich Gruppen zu überregionalen Gebilden zusammenschliessen, um gegen aussen mehr Gewicht und Einfluss zu erhalten. Mit steigendem Organisationsgrad braucht es nun Delegierte mit einem Pflichtenheft. Damit wird das Prinzip der Gleichheit aller Mitglieder

durchbrochen. Da meist die besonders fähigen und tragenden Personen delegiert werden, stehen diese der Selbsthilfegruppe nicht mehr im gleichen Mass zur Verfügung. Gelingt es den Delegierten nicht, ihre Entscheide der Basis plausibel zu verkaufen, können wichtige Verhandlungen wegen persönlicher Animositäten blockiert werden. Ein weiteres Konfliktpotential ist der Faktor Geld. Eine Organisation braucht Mitgliederbeiträge und Gelder von aussen, um agieren zu können. Neu werden gewisse Leistungen entlohnt, während andere weiterhin ehrenamtlich ausgeführt werden. Diese Wertigkeitsfrage verschärft sich, wenn gewisse Funktionen an Fachleute übergeben werden. Angestellte einer Organisation haben eine andere Sicht zu den zu lösenden Problemen und ziehen die Grenzen ihres Engagements weiter als Betroffene. Dieser delikate und anforderungsreiche Prozess benötigt eine Führung mit Fingerspitzengefühl und ausgeprägter Kommunikationsfähigkeit. Misslingt die Verbindung zwischen Betroffenen und Professionellen, verpufft viel Kraft für interne Grabenkämpfe. Die Zielkonflikte zwischen Betroffenheit und professionellem Engagement müssen immer wieder thematisiert und entschärft werden. Nur so kann eine Selbsthilfeorganisation zielgerichtet und erfolgreich agieren.



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**

Ein neues Kleid für das Medizinalberuferegister (MedReg)

Seit dem 1. Januar 2010 ist das MedReg öffentlich zugänglich. NEU steht der Öffentlichkeit ein benutzerfreundliches Modul zur Verfügung, das die Suche nach Medizinalpersonen anhand differenzierter fachlicher und geografischer Kriterien wesentlich vereinfacht. Ein Blick ins MedReg lohnt sich.

Bundesamt für Gesundheit BAG (Bilder: zvg)

Bereits seit dem 1. Januar 2010 ist das MedReg online (siehe SMfZ 11/2009). Per Ende Juni 2010 konnten die am MedReg beteiligten Partner, die Berufsorganisationen und die kantonalen Aufsichtsbehörden, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingetragenen Angaben zu den fünf universitären Medizinalberufen im MedReg vervollständigen. Nun hat das MedReg auch ein neues Kleid erhalten, mit welchem die Suchfunktionen für die Öffentlichkeit und die Präsentation der Suchresultate wesentlich verbessert wurden. Ein Blick ins MedReg lohnt sich! Sie finden das Register unter dem Link: <http://www.medreg.admin.ch>.

Inhalt und Zweck der Datenbank

Das MedReg enthält detaillierte und vollständige Informationen über die beruflichen Qualifikationen aller Medizinalpersonen mit einem eidgenössischen oder anerkannten Diplom/Weiterbildungstitel. Diese Angaben werden vom dafür zuständigen Bundesamt für Gesundheit (BAG) und von den Berufsorganisationen laufend ergänzt. Zusätzliche Angaben finden sich zu den Berufsausübungsbewilligungen für die selbstständige Tätigkeit, die von den kantonalen Aufsichtsbehörden ebenfalls im MedReg erfasst werden.

Die bisherigen Erfahrungen sind positiv. Sie zeigen, dass diese zentrale Datenbank wesentlich dazu beiträgt, damit die Kantone ihre Aufsicht über die Medizinalpersonen besser wahrnehmen können. Weshalb? Neu erteilen die Kantone nur noch Berufsausübungsbewilligungen an Personen, die im MedReg eingetragen sind. Eine Überprüfung der fachlichen Qualifikationen durch die Kantone ist nicht mehr notwendig, wodurch bisherige Doppelspurigkeiten entfallen. Wenn ein Gesuchsteller oder eine Gesuchstellerin nicht im MedReg auffindbar ist, nimmt die betreffende kantonale Behörde mit dem BAG Kontakt auf, um die Gründe für das Fehlen des Eintrags abzuklären. Der einfache Zugang zu den Berufsausübungsbewilligungen aller Kantone sowie zu den besonders schützenswerten Personendaten (z. B. Disziplinarmassnahmen) erhöhen die Transparenz und die Sicherheit für die kantonalen Behörden. Das BAG erhebt nach bundesgesetzli-

chen Vorschriften die von den kantonalen Behörden gemeldeten schützenswerten Daten in einer Drehscheibenfunktion und stellt sie den berechtigten kantonalen Stellen auf Anfrage zur Verfügung.

Damit ist sichergestellt, dass nur diejenigen Medizinalpersonen eine Berufsausübungsbewilligung erhalten, welche die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen gemäss Bundesgesetz über die

Was können Sie als Medizinerpersonal tun, wenn Ihr Name nicht unter: <http://www.medreg.admin.ch> erscheint?

Wenden Sie sich in diesem Fall bitte per E-Mail an die zuständige Fachstelle im BAG: dreg@bag.admin.ch

universitären Medizinalberufe (MedBG) erfüllen. Aber auch die Spitäler erhalten damit ein Instrument, mit welchem sie die fachlichen Qualifikationen der Medizinalpersonen bei Bedarf überprüfen können. Angesichts der gewachsenen nationalen und internationalen Mobilität der Medizinalpersonen leistet das BAG damit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und zum Patientenschutz.

Der Mehrwert für die breite Öffentlichkeit

Das MedReg befähigt Patientinnen und Patienten, sich besser zu informieren. Es bietet der interessierten Öffentlichkeit Informationen über Medizinalpersonen anhand differenzierter fachlicher und geografischer Kriterien in der Suchfunktion.

Die optimierte Funktionalität soll an einem konkreten Beispiel aus der Zahnmedizin vorgestellt werden: Die Eltern eines 6-jährigen Kindes möchten dieses von einer Fachperson behandeln lassen, die im Bereich Kinderzahnheilkunde besonders kompetent ist und Erfahrung im Umgang mit Kindern hat. Obwohl sie mit ihrem eigenen Zahnarzt sehr zufrieden sind, möchten sie ihr Kind von einem Spezialisten behandeln lassen. Doch welche Zahnärztin oder welcher Zahnarzt wäre dafür geeignet? Das MedReg bietet hierzu die notwendigen Informationen:

The screenshot shows the search interface of the MedReg website. At the top, there is a header with the Swiss flag and the text 'Schweizerische Eidgenossenschaft / Confédération suisse / Confederazione Svizzera / Confederaziun svizra'. Below this is a navigation bar with 'Startseite'. The main heading is 'Medizinalberuferegister'. Underneath, there is a section 'Suchen nach' (Search for) with a 'Beruf' (Profession) dropdown menu. The dropdown is open, showing several options with checkboxes and counts: 'Ärztin/Arzt (42042)', 'Chiropraktin/Chiropraktor (256)', 'Zahnärztin/Zahnarzt (7330)', 'Apothekerin/Apotheker (7425)', and 'Tierärztin/Tierarzt (3557)'. To the right of the dropdown are input fields for 'Name', 'Vorname', 'Strasse', 'PLZ Ort', 'Kanton' (with a dropdown menu set to 'Alle Kantone'), and 'GLN'. Below the search fields are three expandable sections: 'Weitere Sucheinschränkungen', 'Facharztstitel / Fachchiropraktorentitel / Fachzahnarztstitel (eidg. Weiterbildung)', and 'Weitere Qualifikationen (privatrechtliche Weiterbildung)'. At the bottom of the search area are two buttons: 'Eingaben löschen' and 'Suchen'. Below the search area is a 'Trefferliste' (Results list) section.

Nach Anklicken des Berufs «Zahnärztin/Zahnarzt» und «erteilte Berufsausübungsbewilligung» finden sich zwar unter den Fachzahnarzttiteln keine entsprechenden Angaben, aber unter «Weitere Qualifikationen» gibt es zum Beispiel die privatrechtliche Weiterbildung in «Kinderzahnmedizin». Schweizweit gibt es zirka 40 Zahnärztinnen und Zahnärzte, die über eine solche Weiterbildung verfügen.

Die Eltern können nun entweder die Resultate weiter einschränken (z. B. mit der Auswahl ihres Wohnkantons) oder sich mit «Suchen» die Trefferliste anzeigen lassen.

In der Trefferliste werden bereits Angaben zur Adresse und zu den Weiterbildungen der gefundenen Fachpersonen angezeigt.

Wird eine Fachperson in der Trefferliste ausgewählt, dann zeigt das Suchresultat die detaillier-

ten Angaben zur Praxisadresse sowie eine Karte des Praxisstandorts.

Das vorgestellte Beispiel lässt sich auf alle anderen im MedReg eingetragenen Berufe übertragen. Überprüfen Sie selber, wie umfangreich und zahlreich die Spezialisierungen in den fünf universitären Medizinalberufen inzwischen sind!



Ein Blick ins MedReg lohnt sich! Sie finden das Register unter dem Link: www.medreg.admin.ch.



Zahnmedizinische Kliniken Zürich

Dr. Roland Männchen erhält den PhD-Titel von der Universität Tampere, Finnland

Dr. med. dent. Roland Männchen, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Winterthur, erhielt den PhD-Titel von der Medizinischen Fakultät der Universität Tampere, Finnland für seine Dissertation mit dem Titel: «The Palatal Implant – Healing Process, Clinical Application, Biomechanics, Success, Risk Factors, Indications and Limits». Die zweistündige Verteidigung seiner Dissertation, mit Prof. Dr. Kyösti Oikarinen von der Universität Oulu, Finnland als Fakultätsopponent, fand am 28. Mai 2010 in Tampere statt.

Die Dissertation ist eine Synthese von fünf Publikationen über das Thema der kieferorthopädischen skelettalen Verankerung. Sie wurde von Prof. Dr. Riitta Suuronen, REGEA Institut für Regenerative Medizin des Universitätsspitals von Tampere, sowie von Prof. Dr. Timo Peltomäki, ehemaliger Direktor der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universität Zürich betreut. Die Arbeit wurde von Prof. Dr. Christos Katsaros, Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern und Prof. Dr. Heinrich Wehrbein, Klinik für Kieferorthopädie der Universität Mainz (D) begutachtet.

Die Dissertation kann im PDF-Format von der Homepage der Universität Tampere abgerufen werden:

<http://acta.uta.fi/english/teos.php?id=11326>



Dr. Männchen (mitte) mit Prof. Dr. Oikarinen (links) und Prof. Dr. Peltomäki (rechts)

Paul-Herren-Award

Preisträger 2010: Prof. Dr. Vincent G. Kokich

Zum zweiten Mal wird dieses Jahr der **«Paul-Herren-Award»** verliehen. Der Preis ist von der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern in Erinnerung an die Verdienste von Herrn Professor Paul Herren gestiftet und wird jährlich an Persönlichkeiten der Kieferorthopädie zur Anerkennung herausragender Leistungen in Lehre, Klinik oder Forschung verliehen.

Preisträger des Awards 2010 ist Prof. Dr. Vincent G. Kokich, Universität Washington, Seattle (USA). Professor Kokich ist einer der gefragtesten Referenten in der Kieferorthopädie weltweit. Neben seiner langjährigen klinischen Tätigkeit und seiner innovativen experimentellen und klinischen Forschung, zeigt er ein grosses Engagement in der Weiterbildung. Mit seinen wissenschaftlichen und klinischen Arbeiten hat er das Konzept der interdisziplinären Behandlung in der ästhetischen Zahnmedizin massgeblich beeinflusst und vorangetrieben.

Anlässlich der Preisverleihung am *Donnerstag, 9. Dezember 2010, um 17.30 Uhr im Hotel Bellevue Palace in Bern* wird Professor Kokich einen

90-minütigen Vortrag zum Thema *«Missing maxillary lateral incisors: The agony and ecstasy of implant replacement»* halten. Interessierte Kolleginnen und Kollegen aller Fachrichtungen sind dazu herzlich eingeladen.

Professor Paul Herren (1913–2008)

Professor Paul Herren war von 1954 bis 1981 Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern. Er war massgeblich am Aufbau und der Etablierung der Kieferorthopädie als Spezialdisziplin beteiligt, was zum ersten Spezialistentitel der Zahnmedizin in der Schweiz führte.

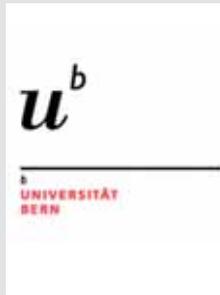
Mit seiner Forschung über die Herstellung von 3-dimensional auswertbaren Fernröntgenbildern,

die kieferorthopädische Diagnostik und die Wirkungsweise des Aktivators erlangte Prof. Herren Bekanntheit weit über die Landesgrenzen hinaus. Neben einer regen Vortragstätigkeit im In- und Ausland war er Ehrenmitglied mehrerer in- und ausländischer Fachgesellschaften. Als Präsident der European Orthodontic Society organisierte er 1967 den Europäischen Kieferorthopädischen Kongress in Bern.

Professor Vincent G. Kokich, DDS, MSD

Dr. Kokich ist Professor in der Abteilung für Kieferorthopädie an der University of Washington, Seattle (USA). Daneben führt er auch eine kieferorthopädische Privatpraxis in Tacoma, Washington. Er hat 99 wissenschaftliche Artikel, 48 Review Artikel und 21 Buchkapitel, publiziert. Zudem hat er über 900 Vorträge in Nord- und Süd-Amerika, Europa, Afrika, Australien und Asien gehalten und hielt Vorlesungen in kieferorthopädischen Gesellschaften von über 50 verschiedenen Ländern. Er wurde mit dem Sicher Research Award der American Association of Orthodontists ausgezeichnet und hat Preise wie den Strang Award (1994), den Schluger Award (2000), den ICO Award (2001), den Dewel Award (2002), den AAED President's Award for Teaching Excellence (2004), den 2005 Association Trends Bronze Award for Education Programs, den 2005 Distinguished Alumnus Award der University of Washington School of Dentistry, den 2008 Charles English Award for Excellence in Teaching, und den 2009 Honorary Member of the World Federation of Orthodontists erhalten. Er wurde zum Mitglied des American College of Dentists, des Royal College of Surgeons of England und des Royal College of Surgeons of Edinburgh gewählt. Er war Präsident der American Academy of Esthetic Dentistry und des American Board of Orthodontics.

Professor Kokich wurde zum Chefreditor des *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* ab Januar 2011 ernannt.



Professor Paul Herren



Professor Vincent G. Kokich, DDS, MSD

ZZ-LÖSER



Zement- und Zahnsteinlöser für Ultraschallgeräte

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

Lieferform: 2 x 3-Liter Kanister

Bocklerstr. 33/37

Tel. 044 3222904

CH-8051 Zürich

Fax 044 3211066

E-Mail benzerdental@walterproducts.ch

www.benzerdental.ch



Kongresse / Fachtagungen

Bericht über die Kick-off-Veranstaltung der Interdisziplinären Periimplantitis-Sprechstunde (IPS) des ZZMK vom 3. Juni 2010 in Zürich

Periimplantitis und Implantatkomplikationen – aktuelle Problematik und Therapieansätze

Aus Anlass der Lancierung der neuen Interdisziplinären Periimplantitis-Sprechstunde (IPS) des ZZMK Zürich boten Mitglieder des IPS-Teams in einem Abendseminar vom 3. Juni 2010 unter Leitung von PD Dr. Ronald Jung, Oberarzt an der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde, einen Überblick über wichtige Themen im Zusammenhang mit Periimplantitis.

Thomas Vauthier (Text und Bilder)

Die zahnärztliche Literatur und der klinische Alltag zeigen, dass Periimplantitis ein ernst zu nehmendes Thema ist. Das Interesse nicht nur an Fortbildung, sondern an Hilfestellung in Problemfällen ist somit verständlich – es waren gegen 200 Teilnehmende anwesend. Denn auch Privatpraktiker sehen sich zunehmend mit periimplantären Komplikationen konfrontiert. Und der Trend wird kaum aufzuhalten sein, ja, er dürfte sich gemäss Experten proportional zur zunehmenden Anzahl gesetzter Implantate eher noch verstärken. Prof. Niklaus Lang sprach kürzlich in diesem Zusammenhang gar von einem auf uns zukommenden Tsunami!

Ziel des Kurses war die Vermittlung des aktuellen Wissens betreffend Epidemiologie, Pathogenese und moderne Therapiemodalitäten sowie klinischer Erfahrungen bezüglich Möglichkeiten und Grenzen der Therapie. Behandelt wurden im Speziellen folgende Fragen:

- Wie häufig ist Periimplantitis, und welches sind die Risikofaktoren?
- Was unterscheidet periimplantäre und parodontale Defekte?
- Welche Bakterien sind für Periimplantitis verantwortlich?
- Therapie: Welche Mittel führen zum Ziel? Regeneration versus Resektion.

- Ist Periimplantitis-Therapie erfolgreich?
- Was kann wie behandelt werden? – Fallpräsentationen der einzelnen Kliniken.

Epidemiologie und Risikofaktoren der Periimplantitis

Prof. Thomas Imfeld, Präventivzahnmedizin und Orale Epidemiologie, ZZMK Zürich

Schätzungen zufolge werden jährlich weltweit ca. fünf Millionen Implantate gesetzt, davon ca. eine Million in Deutschland und 100 000 Implantate in der Schweiz. Hier hat sich die Anzahl implantierender Zahnärzte seit 1994 verdoppelt (LAMBRECHT et al. 2010).

Das Problem bei der Bewertung respektive Interpretation der Publikationen zum Thema Epidemiologie und Risikofaktoren der Periimplantitis ist das Fehlen «sauberer» Daten. Meistens handelt es sich primär um Case reports oder systematische Reviews retrospektiver Daten, welche die epidemiologischen Kriterien nicht erfüllen. Auch ist die Diagnose Periimplantitis nicht eindeutig definiert (wie z. B. DMFT). Ebenso wenig gibt es einen Konsens über die Erfolgsdefinition dentaler Implantate.

Ein systematisches Review zur Prävalenz von Implantatkomplikationen (JUNG et al., COIR 2008) in 26 Studien und bei 1558 Implantaten zeigte eine Prävalenz der periimplantären Mukositis von 9,7% und einen kumulativen Knochenverlust von ≥ 2 mm an 6,3% der Implantate. Noch genauer wurde der Knochenverlust von ≥ 2 mm in einer Studie von Koldsland 2009 angegeben, nämlich bei 25,3% der Patienten und 15,4% der Implantate. Was für eine Periimplantitis-Welle auf uns zukommt, lässt sich an folgender Schätzung ablesen: Bei einem künftigen Auftreten von ca. 10% an den jährlich 100 000 in der Schweiz ge-



PD Dr. Ronald Jung



Prof. Rudolf Gmür und Prof. Thomas Imfeld

setzten Implantaten wäre mit 10 000 Fällen pro Jahr zu rechnen. Die Berner Gruppe von Prof. Daniel Buser nimmt mit 2500 Fällen eine wesentlich tiefere Inzidenz an, was allerdings durch die rigorose Selektion der Implantatpatienten bedingt sein dürfte.

Unter den Risikofaktoren für Periimplantitis respektive Implantatverlust steht die vorbestehende Parodontitis ganz zuoberst (Odds Ratio bis 6!), gefolgt vom Rauchen (OR 2,5 bis 7). Im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung weisen postmenopausale Frauen eine höhere Verlustrate auf, und Implantate im Oberkiefer sind mehr gefährdet als solche im Unterkiefer.

Imfeld stellt eine bedenkliche Entwicklung fest, weil der Technologieglaube das biologische Denken zunehmend verdrängt. Verschiedene Autoren sind der Meinung, dass viele Zähne mit geringgradiger Parodontitis und rund 30% mit endodontischen Komplikationen nicht behandelt, sondern extrahiert werden. Machbarkeitswahn und Kosmetikdenken fördern ihrerseits den Trend zu invasiver Prothetik. Praxisprofile auf Websites und in Inseraten versprechen immer häufiger Kosmetik und Implantologie an Stelle von Erhaltung der oralen Gesundheit. Privatpraktiker stehen allerdings unter einer zunehmenden Erwartungshaltung seitens der Patienten: Eine Befragung der Stiftung Warentest 2008/09 zeigte, dass 40% der Patienten im Falle von Zahnersatz die Praxis wechseln würden, wenn die bisherige keine Implantate anbietet! Nichtimplantierende verlieren somit Patienten.

Als Lösungsvorschläge für eine nachhaltige Implantologie sieht Imfeld die solide Ausbildung in Parodontologie und Endodontologie, denn die Implantologie-Spezialisierung kann nur eine Teillösung sein. Ausserdem wäre es wünschenswert, den SSO-Tarif abermals zu überdenken.

Was unterscheidet parodontale und periimplantäre Defekte?

Dr. Patrick R. Schmidlin, Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, ZZMK Zürich

Aus der Sicht des Paro-Spezialisten verglich Patrick Schmidlin zuerst den normalen Aufbau der Weichgewebe am gesunden Zahn und am gesunden Implantat. Die wesentlichen Unterschiede bei Implantaten liegen in der Anhaftung des Saumeithels auf Titan und die weniger organisierte Anordnung des Bindegewebes, natürlich ohne die Einstrahlung in den Wurzelzement. Unterschiede gibt es auch bezüglich Prävalenz und Lokalisation: 7,5–33,9% der parodontalen Knochenverluste betreffen die posterioren Anteile der Zahnbögen, während ca. 40% der periimplantären Defekte in der Unterkieferfront auftreten.



Dr. Patrick Schmidlin

Bei Zähnen sind kraterförmige Einbrüche die häufigste Defektform. Auch an Implantaten sind ca. 55% zirkuläre oder schüsselförmige Krater anzutreffen, der Rest wird nach SCHWARZ et al. differenziert in verschiedene morphologische Typen eingeteilt (siehe dazu auch das Referat von Frank Schwarz weiter unten).

Welche Bakterien sind für Periimplantitis verantwortlich?

Prof. Rudolf Gmür, Institut für Orale Biologie und Immunologie, Universität Zürich

Um die Komplexität des Themas zu veranschaulichen, nannte der Referent folgende Zahlen: Die Mundhöhle ist von 10^{10} bis 10^{12} Bakterien besiedelt, die in 700 Spezies und Phylotypen respektive 15 000–20 000 Subtypen eingeteilt werden können. Davon sind ca. 30% kultivierbar. Orale Biofilmbakterien haben eine sogenannte pan-

mixtische Populationsstruktur, und es gibt keine gesicherte Verknüpfung einer einzelnen Art oder eines Subtyps mit einem Krankheitsbild.

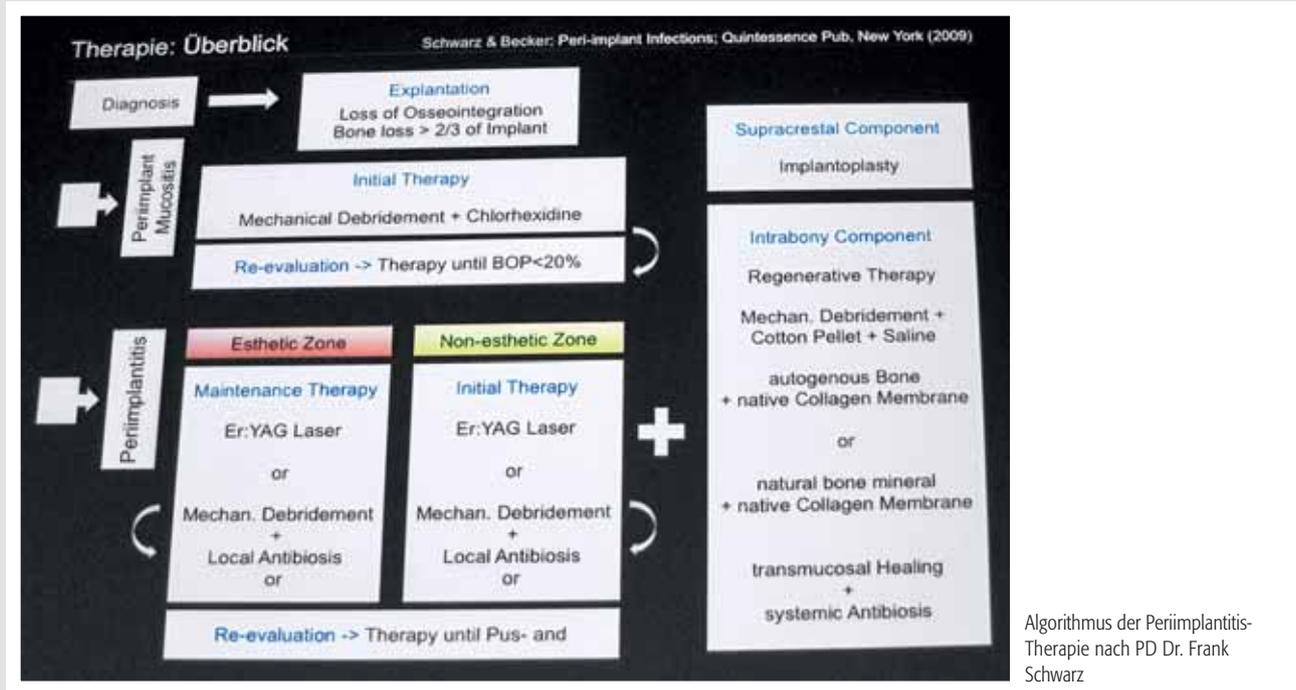
Auch in diesem Gebiet erschwert die fehlende Homogenität der Studien die Vergleiche. Immerhin kamen QUIRYNEN et al. (COIR 2002) zum Schluss, dass «Abstriche von Stellen mit Periimplantitis eine komplexe Zusammensetzung haben, welche konventionelle opportunistische parodontale Pathogene einschliesst». Jedoch können einige der Keime auch an gesunden Periimplantat-Stellen nachgewiesen werden. Auch andere Autoren haben gezeigt, dass scheiternde dentale Implantate mit einer Mikroflora assoziiert sind, die traditionell bei Parodontitis vorkommt. Nach einem systematischen Review sind jedoch RENVERT und PERSSON (J Clin Periodontol. 2009) der Ansicht, dass die Daten, welche für ein erhöhtes Risiko periimplantärer Infektionen und Komplikationen bei Patienten mit einer Geschichte von Parodontitis sprechen, wenig robust sind. Allerdings kam der Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology zum Schluss, dass «Patienten mit Parodontitis, wie auch Raucher, informiert werden müssen, dass bei ihnen ein erhöhtes Risiko für periimplantäre Erkrankungen besteht». Und: «Es ist zwingend notwendig, dass eine vorliegende parodontale Erkrankung behandelt wird, bevor Implantate gesetzt werden und dass der Patient zudem eine saubere parodontale Nachsorge erhält.»

Therapiemöglichkeiten: nicht chirurgisch vs. chirurgisch

PD Dr. Frank Schwarz, Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf
Wie er eingangs vorausschickte, sitzt dieser Spezialist gewissermassen «an der Quelle»: Düssel-



PD Dr. Frank Schwarz (links) und PD Dr. Ronald Jung



Algorithmus der Periimplantitis-Therapie nach PD Dr. Frank Schwarz

dorf hat von allen Städten in Deutschland die höchste Dichte an Implantologen. Somit ortet er hier ein «Epizentrum» künftiger Periimplantitis-Fälle.

«Wenn Sie am Implantat rütteln und der Kopf des Patienten bewegt sich nicht, dann haben Sie ein Problem.» In den meisten derartigen Fällen endet das Leben des Implantats mit der Explantation... Bis es jedoch so weit kommt –, d. h. zum Verlust der Osteointegration oder Knochenabbau von $\frac{2}{3}$ der Implantatlänge – gibt es verschiedene Lösungsmöglichkeiten. Bei periimplantärer Mukositis schlägt Frank Schwarz mechanisches Debridement und Desinfektion mit Chlorhexidin vor. Besonders geeignet scheint das Airpolishing mit Glycinpulver zu sein. Dieses ist weniger aggressiv als Natriumbicarbonat bei vergleichbarer Effizienz.

Bei etablierter Periimplantitis kommt zu diesen Grundmassnahmen noch die Reinigung mit dem Er:YAG-Laser, allenfalls zusätzlich unterstützt durch eine lokale antibiotische Therapie, am besten mit Minocyclin (breites Wirkspektrum und bakterio-statische Wirksamkeit). Noch eine Bemerkung zum Laser: Der Referent glaubt nicht an die fotodynamische Therapie.

Die Therapie der Knochendefekte richtet sich nach der Lokalisation – supracrestal oder intra-ossär? – und der Defektmorphologie. Im ersten Fall empfiehlt der Spezialist die Implantoplastie durch Beschleifen und Politur der exponierten Implantatoberflächen mit rotierenden Steinchen in absteigender Körnung. Cave: Gummipolierer sind strikte zu vermeiden, da ihr Abrieb in die umliegenden Gewebe gelangen könnte.

Bei intraossären Defekten hilft nur die regenerative Therapie, entweder mit autologem Knochen oder mit natürlichem Knochenmineral und in beiden Fällen unter Abdeckung mit einer nativen Kollagenmembran. Bei systemischer Antibiose (Amoxicillin oder Clindamycin) kann die Heilung transmukosal erfolgen. Laut einer Studie der Düsseldorfer Gruppe (SCHWARZ, SAHM, BIELING, BECKER, J Clin Periodontol 2009) eignet sich nanokristallines Hydroxyapatit nicht für die augmentative Therapie von Knocheneinbrüchen bei Periimplantitis. In einer noch nicht publizierten Arbeit im gleichen Journal kamen dieselben Autoren zum Schluss, dass die besten Heilungschancen bei zirkulären Defekten (Klasse Ie) bestehen.

Inzidenz und Prävalenz «revisited»

Dr. Dr. Michael Locher, Leitender Arzt der Poliklinik für Orale Chirurgie, ZZMK Zürich

In seinem Vortrag kam der Referent noch einmal auf die wichtigsten Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz der Periimplantitis zu sprechen. Er zitierte eine Umfrage, die mit Unterstützung der Schweizerischen Gesellschaft für Implantologie durchgeführt wurde. 251 Zahnärzte mit durchschnittlich 17 Jahren Erfahrung mit Implantaten wurden unter anderem gefragt, wie hoch sie persönlich die Prävalenz der Periimplantitis einschätzen. Die Resultate lagen wesentlich tiefer als jene in der Literatur: Die Teilnehmer der Umfrage gaben $6 \pm 6\%$ nach 5 Jahren, respektive $8 \pm 7\%$ nach 10 Jahren (mit einer Streuung von 1–40%) an. Zum Vergleich: Die Daten in der Literatur bewegen sich zwischen 15,4 und 15,7% nach 10 Jah-

ren (KAROISSIS 2004; BRÄGGER 2005) und 12,4% nach 9 Jahren (FRANSSON et al. 2005). Weit höher, bis zu 43,3% nach 10,8 Jahren, liegen die Daten von ROOS-JANSACKER (2006) und Renvert (2007).

Gemäss Angaben der Implantat Stiftung Schweiz wurden 2009 in der Schweiz ca. 100.000 Implantate gesetzt (zum Vergleich: ca. 20.000 im Jahr 2000!). Unter der Annahme, dass 10% davon nach 10 Jahren eine Periimplantitis erleiden, müssen wir bis 2020 mit 10.000 neuen Fällen rechnen. In Anbetracht dieser auf uns zukommenden Welle von periimplantären Komplikationen wurde im Juni dieses Jahres die Interdisziplinäre Periimplantitis-Sprechstunde aus der Taufe gehoben. Die erklärten Ziele der IPS sind die Etab-



Dr. Dr. Michael Locher

lierung eines Kompetenzzentrums für Periimplantitis am ZZMK Zürich mit Beteiligung aller Kliniken. Ausser der Unterstützung der Privatpraktiker bei unklaren biologischen Problemen soll die IPS zudem Second Opinion und Beratung für betroffene Patienten vermitteln und gegebenenfalls auch Therapieausführung anbieten. Des Weiteren ist das Poolen von Patientendaten für die interdisziplinäre klinische Forschung geplant.

Interdisziplinäre Therapie von Periimplantitis: Fallvorstellungen

Abgerundet wurde dieses Seminar durch Beispiele von am ZZMK behandelten Patienten mit prothetischen Komplikationen und/oder Periimplantitis. *Dr. Fidel Ruggia, Oberarzt* an der Klinik für Kaufunktionsstörungen, abnehmbare Prothetik, Alters- und Behindertenzahnmedizin präsentierte einen Fall mit einer abnehmbaren UK-Prothese auf einem auf drei Implantaten verankerten Steg, bei dem nach einer langen Odyssee des Patienten seit 2006 und mehreren Umbauten respektive Neuanfertigungen der Prothese im Februar 2010 die Verdachtsdiagnose eines chronischen Schmerzsyndroms infolge einer psychologischen Prothesenunverträglichkeit gestellt wurde.



Dr. Fidel Ruggia

Wie CERRELLI et al. (JOMI 2010) zeigten, sind in der abnehmbaren implantatgetragenen Prothetik Probleme mit Patrizen und Matrizen weit häufiger als andere technische Komplikationen, wobei das Attachmentsystem keinen Einfluss auf die Inzidenz hat. Und wie ZITZMANN et al. (Int J Prosthodont 2002) anmerkten, muss auch bei Re-

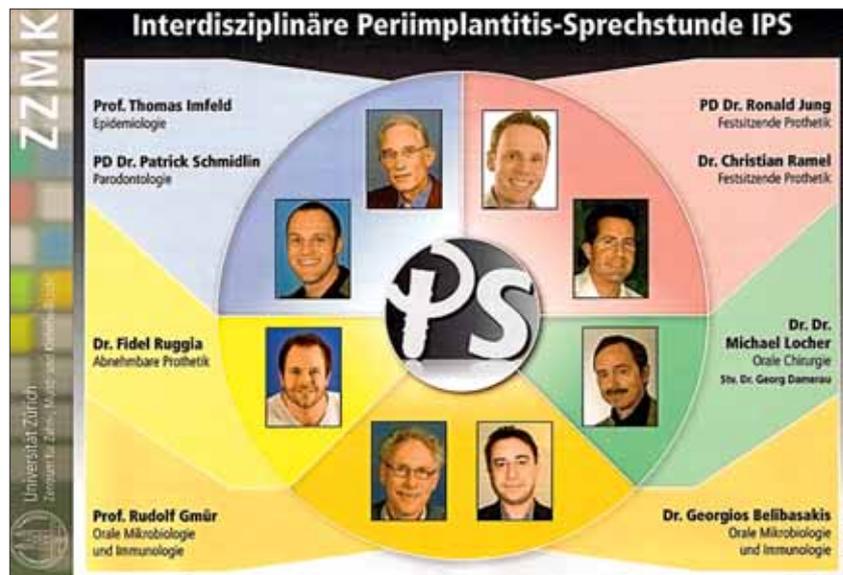
konstruktionen auf Implantaten die Prothese primär in der Funktion stabil sein. Da Implantatverankerungen oft eine nicht ideale Zahnaufstellung bedingen, kommt es zudem durch die exzentrische Position der Prothesenzähne zu einem verstärkten Biegemoment in der Basis aus Kunststoff. Infolge dieser übermässigen Belastung muss mit einer Zunahme technischer Komplikationen an implantatgestützten abnehmbaren Prothesen gerechnet werden.

Last but not least präsentierte *PD Dr. Ronald Jung* zwei exemplarische Fälle mitsamt den entsprechenden radikalen respektive unkonventionellen Therapien im Rahmen der festsitzenden Prothetik.

Beim ersten Patienten traten an einer Extensionsbrücke mit zwei verblockten Kronen auf Implantaten (regio 25 und 26 mit Flieger 24) zuerst wiederholte Lockerungen der Brücke auf. Danach kam es zu Schmerzen und Schwellung im Oberkiefer links. Zunächst bestand der erste Schritt der Therapie in Aufklappung, Zystektomie und Explantation der Pfeiler 25 und 26. Zwei Monate später wurde ein neues Implantat regio 24 und nach Augmentation mit Tuberknochen und Bio-Oss ein Ersatzimplantat regio 26 gesetzt. Zuletzt wurde ein zusätzlicher Pfeiler regio 25 implan-

Zielsetzung und angebotene Leistungen der Interdisziplinären Periimplantitis-Sprechstunde IPS

- Hilfestellung für niedergelassene Zahnärzte bezüglich der Behandlung von periimplantären Entzündungen
- Sammeln von klinischen Daten und Behandlungsverläufen für weiterführende klinisch relevante Forschung
- Befundaufnahme, Erstinformation
- Interdisziplinäre Diagnosestellung (durch alle beteiligten Kliniken)
- Erarbeitung eines individuellen Therapiekonzepts im Rahmen des interdisziplinären Teams
- Die Therapie erfolgt, je nach Wunsch des Überweisers, entweder
 - durch den überweisenden Privat Zahnarzt oder
 - durch einen Oberarzt des IPS-Teams an der entsprechenden spezialisierten Klinik
- Nachkontrollen
- Schriftliche Information über Diagnose und allfällige Therapie an den Überweiser



Da am ZZMK viele Periimplantitis-Patienten untersucht und therapiert werden, konnten die Spezialisten des IPS-Teams Erfahrung sammeln und Kompetenz erwerben.

Die IPS findet jeweils Donnerstag von 14–17 Uhr am ZZMK, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich statt.

Sekretariat:
 Esther Wiederkehr
 Tel. 044 634 41 03
 Fax 044 634 42 06
 E-Mail: esther.wiederkehr@zmk.uzh.ch

tiert und sieben Monate später drei Einzelzahnkronen angefertigt.

Nach einem sowohl technisch wie auch ästhetisch krassen Misserfolg einer Behandlung mit vier provisorische Kronen, wovon 11 und 21 auf Zirkon-Implantaten in der OK-Front, stellte sich eine junge Patientin nach zweimaliger Reimplantation und schliesslich spontaner Exfoliation von 21 am ZZMK vor. Ihr Hauptanliegen war – begreiflicherweise – der «Wunsch, wieder ästhetisch schöne Frontzähne» zu haben. Sie gab zudem an, das Vertrauen in Implantate (und Zahnärzte) verloren zu haben. Trotz mehrerer Knochenaufbauten wies die OK-Front ein grosses Weich- und Hartgewebdefizit auf. Somit fokussierte sich die erste Therapiephase auf die Wiederherstellung gesunder Weichteilverhältnisse. In einem zweiten Schritt wurden die ZrO₂-Implantate entfernt und die Hart- und Weichgewebefekte wieder aufgebaut. Zum Schluss wurde zur vollsten Zufriedenheit der Patientin eine rein zahngetragene Brücke auf 12 und 22 eingegliedert.

Fazit

Das Abendseminar des Teams um PD Dr. Ronald Jung zum Thema «Periimplantitis und Implantatkomplikationen – Aktuelle Problematik und Therapieansätze» erfüllte das doppelte Ziel einerseits der Bekanntmachung der neu angebotenen Interdisziplinären Periimplantitis-Sprechstunde am ZZMK Zürich und andererseits einer kompakten Fortbildung perfekt.

Ausser für geistige Nahrung war auch für das leibliche Wohl der Teilnehmenden bestens gesorgt:

Das Catering von Fruitmix.ch war eine Klasse für sich! Es gab frisch gemixte Fruchtsmoothies, orientalische Mezze und Tapas, Sandwiches und

Wraps sowie Focacce, Panini, Pane speciale gefüllt mit Poulet, Crevetten, Käse, Gemüse und vieles mehr.



Zwei der fünf angebotenen Smoothies: links Himbeere und Ananas, rechts Coconut, Passionsfrucht und Banane. Gesund und lecker!

Korrigendum Kongressberichte

Artikel Parodontitis/Periimplantitis, SMfZ 8/2010, Seite 725

Auf dem Bild mit den renommierten Referenten befindet sich Dr. Anton Wetzel und nicht Dr. Ueli Grunder.

Die Redaktion entschuldigt sich für diesen Irrtum.



Das IPS-Team in corpore (von links nach rechts, siehe auch Kasten): Thomas Imfeld, Fidel Ruggia, Patrick Schmidlin, Ronald Jung, Christian Ramel, Georgios Belibasakis, Michael Locher, Rudolf Gmür

Endlich mehr Freizeit



Wir übernehmen Ihre Debitoren

einfach – individuell – günstig

www.dentakont.ch

Zeitschriften

Knochenaugmentation

Mirmarashi B, Torbati A, Aalam A, Chee W: Orthodontically Assisted Vertical Augmentation in the Esthetic Zone

J Prosthodont 19: 235–240 (2010)

Nach der Zahnextraktion kommt es zu einem Abbau des Alveolarkamms. Dabei variieren sowohl das Volumen als auch die Knochenverlustrate des vertikalen Alveolarkamms im Frontzahnbereich. In Tierstudien wurde festgestellt, dass Abbauvorgänge und Knochenmodellationen bis zu 12 Wochen nach erfolgter Extraktion verzeichnet werden. Auf den Menschen bezogen würden diese Prozesse noch länger andauern.

Im palatinalen und apikalen Oberkieferbereich finden innerhalb der ersten drei bis vier Monate die stärksten Ab- und Umbauprozesse statt. Die meisten Alveolarkammdefekte im zahnlosen Frontzahnkiefer weisen sowohl horizontale als auch vertikale Verluste auf. Durch Streckung des parodontalen Ligaments während einer kieferorthopädischen Zahnbewegung kommt es auch zur Extension des Alveolarknochens. Extrusive Zahnbewegungen können das Volumen an Weichgewebe vergrössern, indem sie die Zone der befestigten Gingiva vergrössern. Die forcierte Extrusion, welche von Oppenheim bereits im Jahre 1942 entwickelt wurde, dient unter anderem

auch der Vorbereitung des späteren Implantatbetts. Mittels kieferorthopädischen Bewegungen kann ein ausreichendes Knochen- und Weichgewebsvolumen vor Implantation geschaffen werden. Diese Therapie stellt eine planbare Alternative zu operativen Augmentationstechniken dar, welche speziell im vertikalen Bereich zu den schwierigsten Verfahren zählen.

Im folgenden Fallbericht wird eine 25-jährige Patientin mit Lockerungsgrad III, starker Protrusion und Extrusion ihrer seitlichen und frontalen Oberkiefer-Schneidezähne vorgestellt. Sprachhindernisse waren nicht vorhanden. In der maximalen Interkuspitation lagen keine Kontakte zwischen den Ober- und Unterkieferfrontzähnen vor. Als weiteren Störfaktor erwiesen sich auffallend schwarze Interdental-Dreiecke in dieser Zahnregion. Der Röntgenbefund zeigte einen deutlich horizontalen Knochenabbau mit vereinzelt vertikalen Einbrüchen bei diesen Zähnen. Die restliche Dentition war intakt. Anhand der parodontalen, radiologischen und mikrobiologischen Untersuchungen ergab sich die Diagnose: generalisierte aggressive Parodontitis. Die Initialbehandlung wurde unter systemischer und lokaler Antibiotikagabe durchgeführt. Nach dreimonatigem Recall waren die klinischen Zeichen der generalisierten aggressiven Parodontitis verschwunden. Es folgte eine kieferorthopädische Extrusion der oberen Frontzähne über 15 Monate. Aufgrund

der forcierten Extrusion und der damit verbundenen Kürzung der Inzisalkanten mussten die Zähne endodontisch behandelt werden. Eine übertriebene Extrusion wurde absichtlich durchgeführt, um eine Kompensation der Umbauprozesse des Hart- und Weichgewebes nach den Extraktionen zu gewährleisten. Die seitlichen oberen Schneidezähne wurden möglichst atraumatisch extrahiert, sodass eine Sofortimplantation durchgeführt werden konnte. Die mittleren Schneidezähne wurden für die erste provisorische Phase präpariert und dienten als Pfeilerzähne für das festsitzende Provisorium während einer fünfmonatigen Einheilphase (x-11-21-x). Danach wurden die Zähne 11 und 21 extrahiert und Provisorien auf den gesetzten Implantaten 12 und 22 inkorporiert (12-x-x-22). Diese zweite provisorische Phase dauerte wiederum 5 Monate und stellte ein Hart- und Weichgewebs-Remodelling sicher. Schlussendlich wurde eine verschraubte, metallkeramische Implantatbrücke eingesetzt.

Der Artikel veranschaulicht dem Leser die Wichtigkeit einer exakten Planung vor Extraktionen im ästhetisch sensiblen Bereich. Durch die beschriebene Behandlungsmethode konnte eine optimale Voraussetzung für die Implantation und die Ovate-Pontic-Gestaltung der mittleren Frontzähne geschaffen werden.

Autologe Knochenblöcke können ebenfalls für die Wiederherstellung des Alveolarkamms genutzt werden. In der Literatur wird bei der Wiederherstellung von horizontalen und vertikalen Augmentationen vor einigen Komplikationen gewarnt. So kann es in der Spenderregion zu Blutungen, Nerv- und Weichteilverletzungen sowie Knochen- und Unterkieferfrakturen kommen. Im Operationsgebiet können Trismus, Blutungen, Schmerzen, Schwellungen, Quetschungen, Infektionen, neurosensorische Ausfälle, Knochenresorptionen, Dehiscenzen und Transplantationsabstossungen auftreten.

Bei einer direkten Extraktion der Frontzähne wie im vorliegenden Fallbeispiel beschrieben, hätte man von verstärkt palatinalen und apikalen alveolären Resorptionsvorgängen ausgehen können, sodass eine chirurgische Intervention nötig gewesen wäre. Durch die forcierte Extraktion mittels Kieferorthopädie konnte ein ausreichendes Knochen- und Weichgewebsvolumen ohne chirurgischen Eingriff gewährleistet und eine Sofortimplantation nach Extraktion durchgeführt werden.

Dominik Mahl, Basel