

SSO-Publikumsumfrage 2010 – Teil 1

Die aktuelle Publikumsfrage der SSO bestätigt einen Jahrzehnte anhaltenden Trend: Die Schweizer Bevölkerung ist mit ihrem Zahnarzt, ihrer Zahnärztin ausgesprochen zufrieden. Und Patienten, die sich von SSO-Mitgliedern behandeln lassen, erklären sich sogar signifikant zufriedener als jene, die von Nichtmitgliedern versorgt werden.

Etienne Barras, Marco Tackenberg, Markus Gubler

Methode

Zum vierten Mal nach 1980, 1990 und 2000 führte die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO in Zusammenarbeit mit einem professionellen Forschungsinstitut ihre landesweite Publikumsfrage durch. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bilden die unverzichtbare Grundlage für SSO-Informationskonzepte, standespolitische Massnahmen und Öffentlichkeitsarbeiten aller Art. Befragt wurden 1129 Personen im Alter von 15 bis 74 Jahren, was in etwa den Stichproben der vorangegangenen Studien entspricht. Der Vergleich mit den früheren Umfragen erlaubt es, Entwicklungen bezüglich der Einstellung und des Verhaltens der Bevölkerung zur Zahnmedizin festzustellen. Um alle drei Sprachregionen separat analysieren und vergleichen zu können, erfolgte die Stichprobenverteilung disproportional. Zur Ermittlung gesamtschweizerischer Resultate wurden die Regionen jedoch nach ihrem effektiven Bevölkerungsanteil gewichtet. Die Zielpersonen wurden nach den Merkmalen Sprachregion, Siedlungsart, Alter und Geschlecht ausgewählt. Der Fragebogen 2010 basiert auf den drei vorangegangenen. Er ist vom SSO-Vorstand 1980 ausgearbeitet, letztes Jahr von verschiedenen SSO-Gremien überarbeitet und vom Forschungsinstitut DemoSCOPE in eine psychologisch und befragungstechnisch zweckmässige Form gebracht worden. Neu aufgenommen in die Umfrage wurden Themenkreise rund um Zahnarztzentren und Zahnimplantate. Damit die Forscher Verständlichkeitsprobleme minimieren können, testeten sie den Fragebogen vorab in einem Forschungslabor auf seine Praxistauglichkeit. Die Interviews wurden dann persönlich zu Hause durchgeführt. DemoSCOPE wendete dabei die sogenannte CAPI-Methode an, ein computergestütztes Befragungsverfahren. Bei der Grundgesamtheit von 1129 befragten Personen und einem Vertrauensintervall von 95% liegt die statistische Unschärfe bei +/-2,7%; relevante Veränderungen liegen also dann vor, wenn sich die Aussagen aller Befragten zwischen 2000 und 2010 um mehr als 5,4% verändert haben. Vorsicht geboten ist aber bei Aussagen einzelner Untergruppen. Denn: je geringer die Fallzahl, desto grösser die statistische Unschärfe. Für die

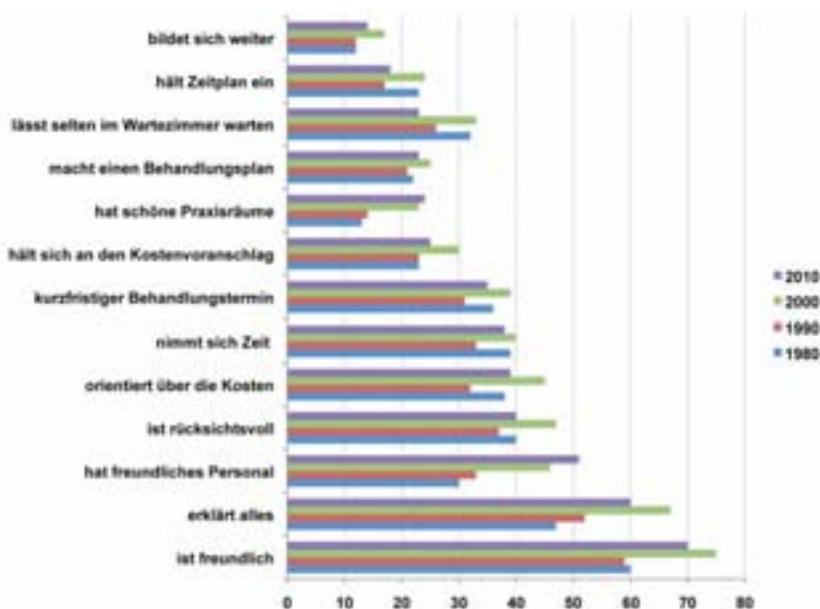
Angaben der 103 befragten Personen aus dem Tessin steigt deshalb die Unschärfe auf +/-9%.

Das Verhältnis Patient-Zahnarzt

Patienten schätzen die Behandlungsqualität der Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Schweiz. Seit 30 Jahren ist die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Zahnarzt konstant hoch. Auch 2010 erklärten sich 96% der Befragten «zufrieden» (48%) bis «sehr zufrieden» (48%) mit ihrem Zahnarzt. Frauen sind zufriedener mit ihrem Zahnarzt bzw. ihrer Zahnärztin als Männer (53% vs. 42%). Leicht geringere Zufriedenheitswerte finden wir im Tessin: 83% der befragten Personen sind mit ihrem Zahnarzt «zufrieden» bis «sehr zufrieden», gar 14% der befragten Bevölkerung im Tessin sind «weniger zufrieden» mit der zahnärztlichen Versorgung. Diese Werte sind zwar statistisch signifikant, doch aufgrund der kleinen Stichprobe und der damit verbundenen erheblichen statistischen Unschärfe mit Vorsicht zu werten.

Patientinnen und Patienten nehmen die hohen Qualitätsstandards der SSO wahr. Wer bei einem SSO-Zahnarzt in Behandlung ist, erklärt sich signifikant zufriedener als einer, der von einem Nicht-SSO-Mitglied versorgt wird (55% zu 44%). Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen sind ausschlaggebend für die Zufriedenheit. Patienten legen viel Wert auf die Freundlichkeit. Zudem erwarten sie vom Zahnarzt und seinem Team, dass diese Behandlungsschritte erklären, über Behandlungskosten orientieren und sich Zeit nehmen. Romands und Deutschschweizer sind im selben Masse zufrieden mit ihrem Zahnarzt. Erst wenn man nach den Gründen für diese Zufriedenheit fragt, ergeben sich signifikante Unterschiede. In der Deutschschweiz wird eher Wert auf die Weiterbildung des Zahnarztes gelegt (16% gegenüber 11%), während für Patienten in der Romandie der Faktor «macht einen Behandlungsplan» eine grössere Bedeutung hat (31% gegenüber 21%). Die Tendenz, dass Romands im Vergleich zu Deutschschweizern mehr Wert auf einen Behandlungsplan legen, hat sich auch 2010 (31% gegenüber 21%) bestätigt. Lediglich 4% der Befragten geben an, mit den Behandlungsleistungen ihres Zahnarztes unzufrieden zu sein. Als Gründe werden hauptsächlich überhöhte Rechnungen, Angst und Behandlungsmängel genannt. Die enge persönliche Bindung zum Zahnarzt widerspiegelt sich – wie bereits 1980, 1990 und 2000 – in den Antworten auf die Frage, welchen Zahnarzt man wählen würde, wenn man vom heutigen Wohn-

Abb. 1 Weshalb sind Sie mit Ihrem Zahnarzt zufrieden?



Angaben in Prozent der Befragten
 Basis: 1980 (996); 1990 (1006); 2000 (1022); 2010 (1071) / statistische Unschärfe +/-2,8%
 Filter: wenn mit Zahnarzt zufrieden

ort wegzöge. Heute würden bereits 56% (1980: 50%; 1990: 49%; 2000: 49%) der Befragten beim bisherigen Zahnarzt bleiben. Wer einen neuen Zahnarzt wählt, verlässt sich, wie in früheren Jahren, in erster Linie auf die Empfehlung durch Verwandte oder Bekannte (54%; 2000: 53%) und andere Personen (11%; 2000: 13%). Eine Zahnarztpraxis sollte in erster Linie zu Fuss oder mit dem öffentlichen Verkehrsmittel erreichbar sein. Dieses Kriterium bei der Zahnarztwahl wird höher gewichtet als die Erreichbarkeit mit dem Auto.

Zahnbehandlung

96% der Befragten geben an, ihre Zähne beim Zahnarzt behandeln zu lassen. Nur 2% sagen, sie liessen sich ihre Zähne gar nicht behandeln, wobei dieser Prozentsatz wegen möglicher «Prestigeantworten» in Wirklichkeit höher sein dürfte. Als Grund für das Meiden des Zahnarztes werden meist «hohe Behandlungskosten» oder «Angst» genannt. Romands und Befragte mit tiefer Schulbildung meiden die Zahnarztpraxis häufiger. Die meisten der Befragten (72%) waren vor weniger als einem Jahr letztmals in zahnärztlicher Behandlung. Zusätzliche 16% antworteten, in den letzten drei Jahren behandelt worden zu sein, während immerhin 11% erklärten, die letzte Behandlung liege noch länger zurück. Seit 20 Jahren stagniert die Anzahl Zahnarztconsultationen. Inzwischen gehen zwei Drittel der Patienten lediglich zur Kontrolle, ein Viertel hatte Zahnschmerzen und weniger als ein Fünftel wollte «alle Zähne in Ordnung bringen lassen». Vom Zahnarzt aufgeboten wurden 14% der Befragten, und wegen Zahnfleischbeschwerden suchten weitere 5% die Praxis auf. In der Deutschschweiz, bei Frauen, bei den 15- bis 29-Jährigen sowie bei besser ausgebildeten Personen ist der Präventionsgedanke stärker verankert. Umgekehrt suchen vor allem Romands (40%) den Zahnarzt erst auf, wenn sie Zahn- oder Zahnfleischprobleme haben (Deutschschweiz: 28%).

Patient und Praxishygiene

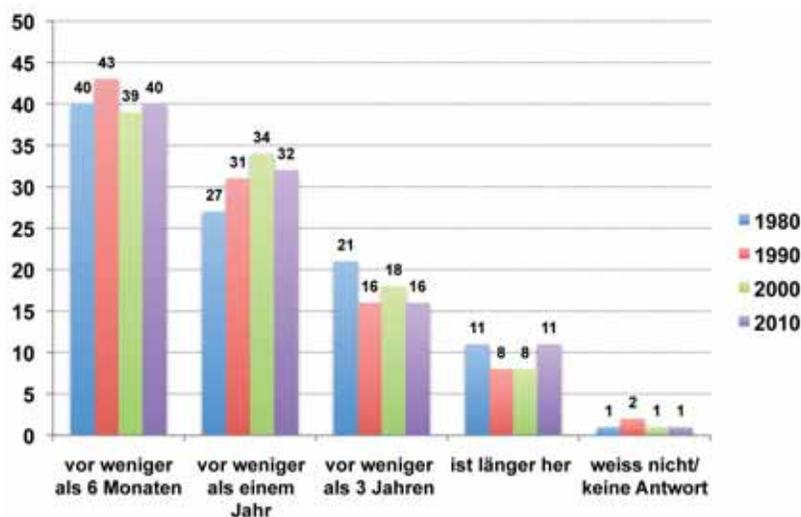
1990 wurden erstmals Fragen zum Infektionsrisiko in der Praxis sowie zu Hygienemassnahmen und deren Akzeptanz durch die Patienten in die Umfrage aufgenommen. Wie bereits vor zwanzig Jahren ist auch heute noch knapp ein Drittel der Befragten der Meinung, man könne sich im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung mit einer Krankheit anstecken. In der Romandie ist die Angst vor Ansteckungen rund dreimal so hoch wie in der Deutschschweiz und im Tessin (Deutschschweiz: 19%; Romandie: 58%; Tessin: 21%). Wer befürchtet, sich in der Praxis mit einer Krankheit anzustecken, denkt am häufigsten an Aids. Allerdings wird diese Gefahr 2010 als be-

deutend weniger gross eingestuft (2010: 37%; 2000: 73%). Auch Gelbsucht als mögliche Ansteckungsgefahr scheint heute weniger gefürchtet als vor zehn Jahren (2010: 11%; 2000: 24%). Während bei Aids keine Unterschiede zwischen den Landesteilen festzustellen sind, stufen Romands die Ansteckungsgefahr von Infektionskrankheiten (35%) höher ein als Deutschschweizer (24%) und Tessiner (27%).

Zahnarztbesuch im Ausland

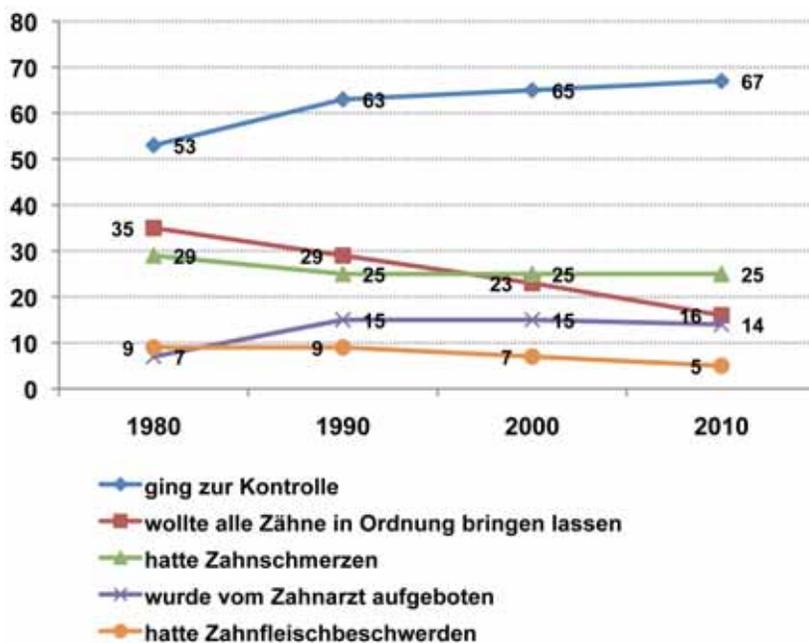
Auf die Frage, ob man bereits einmal einen Zahnarzt im Ausland aufgesucht habe, antworteten 20% mit «Ja». Die Interviewten begründen Zahnarztbesuche im Ausland ganz unterschiedlich. Vier verschiedene Phänomene sind auszumachen: Dentaltouristen, Grenzgänger, Migranten und Notfälle. Dentaltouristen wollen vermeintliche Preisvorteile im Ausland ausnutzen (2010:

Abb. 2 Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?



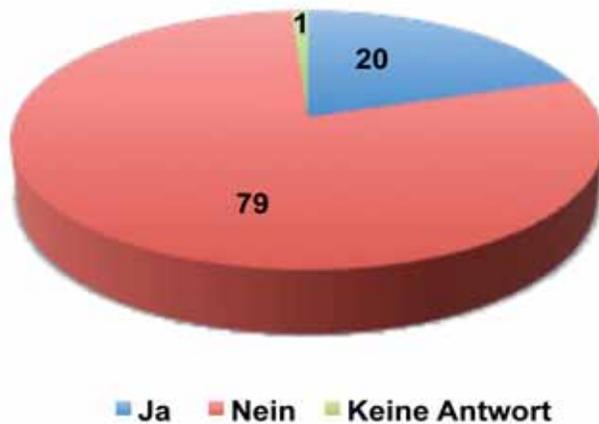
Angaben in Prozent der Befragten
Basis: 1980 (1068); 1990 (1079); 2000 (1090); 2010 (1105) / statistische Unschärfe +/-2,8%
Filter: wenn Zähne behandelt

Abb. 3 Weshalb waren Sie beim Zahnarzt?



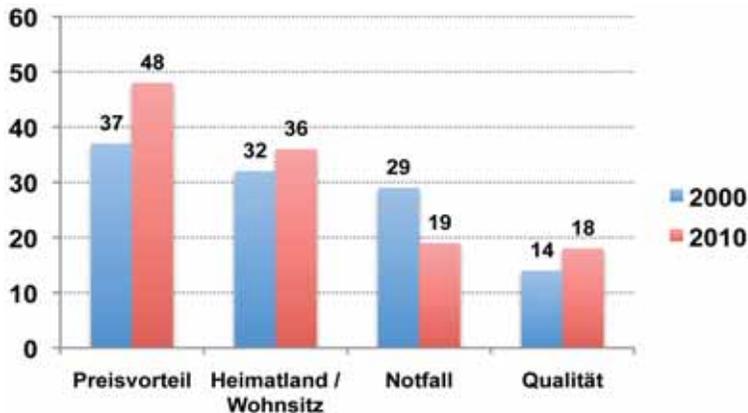
Angaben in Prozent der Befragten
Basis: 1980 (1068); 1990 (1079); 2000 (1090); 2010 (1105) / statistische Unschärfe +/-2,8%
Filter: wenn Zähne behandelt

Abb. 4a Haben Sie schon einmal einen Zahnarzt im Ausland aufgesucht?



Angaben in Prozent der Befragten
Basis: 2010 (1129) / statistische Unschärfe +/-2,7%

Abb. 4b Aus welchen Gründen haben Sie im Ausland einen Zahnarzt aufgesucht?



Angaben in Prozent der Befragten
Basis: 2000 (178); 2010 (234) / statistische Unschärfe +/-6,8% (2000); +/-5,9% (2010)
Filter: Hat schon einmal einen Zahnarzt im Ausland aufgesucht

48%; 2000: 37%). 2010 waren dies vor allem Personen mit hohem Bildungsniveau (31%; 2000: 23%) und Menschen aus Agglomerationen mit über 100 000 Einwohnern (24%; 2000: 21%). Grenzgänger finden wir in erster Linie in der Romandie (29%). Im Kanton Genf liess sich mehr als jeder zweite Befragte (56%; 2000: 47%) schon einmal im Ausland behandeln. Die Zunahme der ausländischen Wohnbevölkerung hat zu zusätzlichen Zahnarztbesuchen im Ausland geführt. Denn viele Migranten (36%) lassen sich vorzugsweise in ihrem Heimatland oder ihrem ausländischen Wohnsitz behandeln (2000: 32%). Die beliebtesten Destinationen für Zahnbehandlungen im Ausland waren dieses Jahr Deutschland (27%), Frankreich (17%), Italien (8%) und Ungarn (8%). 29% reisten in andere europäische Länder und 16% in die übrige Welt. Rund ein

Fünftel der Befragten musste notfallmässig eine Zahnarztpraxis aufsuchen. Zusammengefasst erklärten 58% (2000: 63%) der bereits im Ausland behandelten Patienten, dass sie sich auch in Zukunft wieder im Ausland behandeln lassen wollen. 26% wollen dies nicht mehr tun, wobei dieser Anteil in der Deutschschweiz (26%) und in der Romandie (28%) etwa gleich hoch ist.

Mundhygiene und Prophylaxe

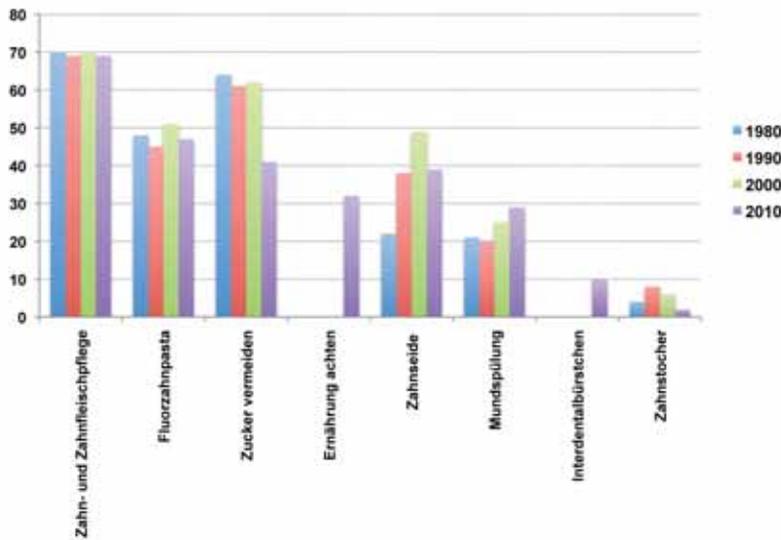
Die Befragten kennen die gängigen Prophylaxemassnahmen – Zahnpflege, Vermeiden von Zucker, Einsatz von Fluoriden, zahnärztliche Kontrolle – inzwischen recht gut. Dennoch achtet ein Grossteil der Befragten heute markant weniger auf seinen Zuckerkonsum als noch vor zehn Jahren (41% gegenüber 62% im Jahr 2000). 32%

geben aber gleichzeitig an, besser auf ihre Ernährung zu achten.

Mehr als die Hälfte der Interviewten gibt an, die Zähne täglich zweimal (52%; 2000: 49%) zu putzen, meist morgens und abends bei der Körperpflege, und ein gutes Drittel sogar noch häufiger (36%; 2000: 38%), nämlich nach den Mahlzeiten. Glauben wir den Antworten, putzen in der Schweiz sieben von acht Personen die Zähne mindestens zweimal am Tag. Der Anteil der Personen, die ihre Zähne nur bei Gelegenheit (1%) oder täglich einmal (10%) putzen, ist seit 1980 kontinuierlich zurückgegangen. Frauen reinigen die Zähne etwas häufiger als Männer. Auch werden die Zähne mit zunehmendem Bildungsniveau leicht mehr geputzt. Grundsätzlich gilt: Wer seine Zähne häufiger pflegt, geht auch häufiger zum Zahnarzt und zur Dentalhygienikerin.

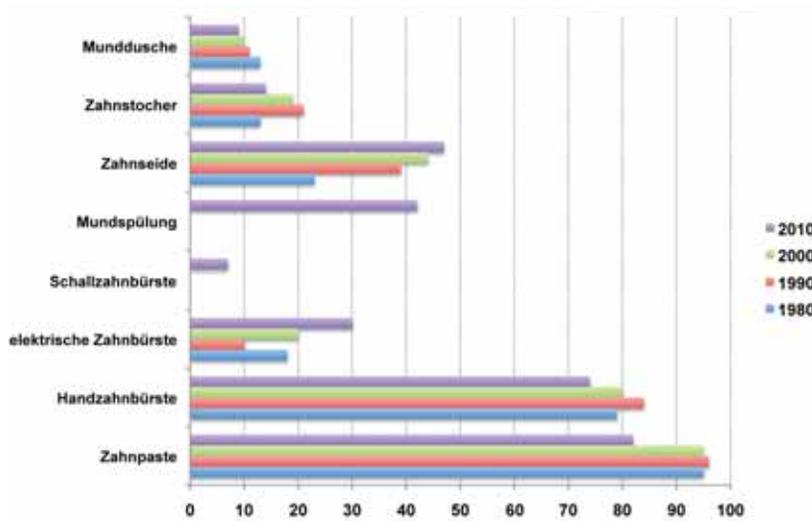
Die Verwendung von Zahnpasten ist in allen drei Sprachregionen in den letzten zehn Jahren zurückgegangen. Gaben im Jahr 2000 95% der Interviewten an, regelmässig Zahnpasten zu verwenden, so sind es heute noch 82%. Dieser Rückgang lässt sich durch die abweichende Fragestellung erklären. Hinzu kommt, dass wir mehr Zahnpflegeprodukte für die Mundhygiene einsetzen. Die regionalen Unterschiede beim Gebrauch der anderen Zahnpflegemittel bleiben bestehen: Im Tessin wird auch 2010 am meisten mit der Handzahnbürste geputzt (86%; Deutschschweiz: 70%; Romandie: 80%); in der Romandie ist der Gebrauch von Mundduschen relativ verbreitet (14%; Deutschschweiz: 9%; Tessin: 8%). Inzwischen putzt jeder dritte Deutschschweizer seine Zähne mit einer elektrischen Zahnbürste (Romandie: 23%; Tessin: 19%), landesweit sind es 30%. Bei Frauen sind elektrische Zahnbürsten verbreiteter als bei Männern. Auch der Trend zur vermehrten Benutzung von Zahnseide hat sich 2010 weiter bestätigt: heute geben 47% der Befragten an, Zahnseide zu verwenden (1980: 23%; 1990: 39%; 2000: 44%). Am meisten wird die Zahnseide von Leuten benutzt, die bei einer Dentalhygienikerin in Behandlung sind: 52% (gegenüber 42% bei denjenigen, die sich nicht bei der DH behandeln lassen). Generell kann man festhalten, dass Frauen und Personen mit höherem Bildungsgrad häufiger zusätzliche Zahnpflegeprodukte nebst der Zahnbürste benutzen. Diese erfreulichen Resultate zur Mundhygiene und Prophylaxe werden etwas getrübt, wenn direkt nach der Vermeidbarkeit von Karies gefragt wird. Nach wie vor weiss knapp ein Fünftel der Befragten nicht, dass Zahnkaries nicht zwangsläufig auftreten muss (2000: 22%). Dieser Anteil stagniert seit zwanzig Jahren. Deutschschweizer (86%) und die jüngeren Befragten (86% bei den 15- bis 29-Jährigen) wissen über Kariesprophy-

Abb. 5 Welche Massnahmen sind am besten geeignet, um Zahn- und Zahnfleisch-erkrankungen zu vermeiden?



Angaben in Prozent der Befragten
Basis: 1980 (1132); 1990 (1113); 2000 (1125); 2010 (1129) / statistische Unschärfe +/-2,7%
Mehrfachantworten waren gefordert

Abb. 6 Womit pflegen Sie Ihre Zähne?



Angaben in Prozent der Befragten
Basis: 1980 (1132); 1990 (1113); 2000 (1125) (abweichende Fragestellung); 2010 (1129) / statistische Unschärfe +/-2,7%

laxe etwas besser Bescheid als Romands (73%), Tessiner (77%) und ältere Menschen (75% bei den über 65-Jährigen).

Das Wissen um die Vermeidbarkeit von Parodontitis hat sich in den letzten zwanzig Jahren langsam, aber stetig verbessert (1980: 56%; 1990: 58%; 2000: 63%; 2010: 67%). Befragte, die bei SSO-Zahnärzten in Behandlung (79%) sind und

zur Dentalhygienikerin gehen (70%), sind signifikant besser über die Vermeidbarkeit von Zahnfleischkrankungen informiert. Gewisse Informationsdefizite scheinen im Tessin vorhanden zu sein: Nur 42% antworteten, Parodontitis sei vermeidbar, und weitere 42% wussten gar keine Antwort. Stark verankert ist der Prophylaxegedanke hingegen in den Kantonen der Inner-

schweiz. Über 90% der Befragten wissen, dass sich Parodontitis vermeiden lässt! Zusammenfassend scheinen die Antworten, die auf verbessertes Wissen und sorgfältigere Prophylaxe hindeuten, insofern glaubwürdig, als die Zahnerkrankungen und Zahnnotfälle zurückgegangen sind. Gut ein Fünftel der Interviewten war im letzten halben Jahr wegen akuter Zahnschmerzen oder wegen eines Zahnunfalls bei einem Zahnarzt in Behandlung. Tessiner (36%) mussten sich öfters als Romands (30%) und Deutschschweizer (21%) notfallmässig behandeln lassen.

Kommentar

Patienten schätzen die Behandlungsqualität der Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Schweiz. Seit den letzten 30 Jahren stagnieren die Zufriedenheitswerte auf höchstem Niveau. Die konstant hohe Patientenzufriedenheit ist angesichts diverser gesellschaftlicher Entwicklungen nicht selbstverständlich. Dank den neuen Medien und gezielten Marketingstrategien der Dentalindustrie sind die Leute heute besser informiert. Das Anspruchsdenken und die Konsummentalität im Gesundheitswesen haben zugenommen. Patienten sind misstrauischer und kritikfreudiger als früher. Gleichzeitig stagnieren die Einkommen vieler Haushalte. Und die permanente Sorge um den Arbeitsplatz dürfte das Verständnis für die Kosten zahnärztlicher Behandlung kaum fördern. Allerdings beruht die Zufriedenheit des Patienten nicht primär auf ökonomischen oder fachlichen, sondern auf zwischenmenschlichen Faktoren. Ein zufriedener Patient ist sowohl für die einzelne Praxis als auch für den freiheitlich organisierten Berufsstand von vorrangiger Bedeutung. Die Publikumsbefragung 2010 verdeutlicht auch dies: Jeder einzelne Zahnarzt, jede einzelne Zahnärztin prägt das Bild des Berufsstandes entscheidend mit. Versagen sie und ihr Team im persönlichen Kontakt mit den Patienten, so schaden sie nicht nur sich selbst, sondern dem ganzen Berufsstand. In diesem Sinn unterstreicht die jüngste SSO-Studie den Stellenwert von Freundlichkeit, Rücksichtnahme und des sich Zeitnehmens fürs Erklären von Behandlungsschritten.

Vorschau

In der nächsten Ausgabe der Schweizer Monatschrift präsentieren wir den zweiten Teil der Publikumsbefragung. Im Fokus stehen das Image des Zahnarztberufs, die Zufriedenheit mit dem Praxisteam, Zahnarztkosten sowie wo sich die Bevölkerung über Zahnpflege und Mundhygiene informiert.

Ihre SSO-Mitgliedschaft – eine lohnende Investition

Die SSO ist ein Verband mit unzähligen Aufgaben. Dabei wendet er Führungsinstrumente und -methoden an, wie man sie aus dem modernen Management kennt. Trotz professioneller Strukturen beruht die SSO nach wie vor auf freiwilligem Engagement. Treten Sie bei! Denn nur ein Verband mit hohem Organisationsgrad hat politisches Gewicht!

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Foto: zvg)

Seit fast 125 Jahren vertritt die SSO die Standesinteressen der Schweizer Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Politik und der Wirtschaft gegenüber Behörden und der Öffentlichkeit und gestaltet die zahnärztliche Berufspolitik mit. Die SSO informiert Sie über Standespolitik, Praxismanagement, juristische und administrative Belange mittels den standeseigenen Publikationen: Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin (SMfZ), Internum und Dentarena. Neues im Bereich Forschung und Wissenschaft sowie Praxis und Fortbildung erfahren Sie monatlich in der SMfZ.

Ohne standespolitische Organisation wären die Zahnärzte ein Spielball der Politik

Die SSO, ihre 21 Kantonssektionen mit Fürstentum Liechtenstein und Mitglieder beraten Organe des Bundes, der Kantone und der Gemeinden in zahnmedizinischen Fragen und unterstützen gemeinsam mit öffentlichen Stellen, politischen Parteien und anderen Gruppierungen Massnahmen zugunsten der oralen Gesundheit.

Föderalistisch und strukturiert

Die SSO ist föderalistisch strukturiert; ihre tragenden Elemente sind die kantonalen Sektionen. Diese arbeiten weitgehend selbstständig, sind

jedoch den SSO-Grundsätzen bezüglich Leitbild, Statuten, Standesordnung und Beschlüssen ihrer Organe verpflichtet. Zu den Haupttätigkeiten der Kantonssektionen gehören die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, die Einsetzung von Zahnärztlichen Begutachtungs- und Standeskommissionen, die Interessenvertretung und Information in der kantonalen Gesundheitspolitik, die Koordination der regionalen Notfalldienste sowie die Kontaktpflege innerhalb der Zahnärzteschaft. Wer sich in der SSO engagieren will, erhält neu anlässlich eines Kartentages Informationen zu den Grundsätzen des Verbandsmanagements, lernt das Zusammenspiel zwischen SSO und Sektionen kennen und darf auf die Unterstützung durch die SSO-Stabsstellen sowie Tipps im Umgang mit Medien zählen. Weiterführende Massnahmen sind zurzeit im Vorstand in Planung. Die SSO-Sektionen sind der ideale Ort für gelebte Kollegialität und für den fachlichen wie standespolitischen Austausch.

Die SSO-Mitgliedschaft ist preiswert

Selbstständigerwerbende wie Angestellte sind auf einen Verband zur Wahrung ihrer Interessen angewiesen – zum Beispiel für die Festlegung des Tarifsystems. Mit Ihrem Mitmachen stärken

Angebote für SSO-Mitglieder

- Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
- Internum
- Internet mit fortlaufend aktualisierter Agenda von Fortbildungsveranstaltungen sowie elektronischem Newsletter
- Der SSO-Shop bietet von Musterverträgen bis Berufsbildern zirka 100 Artikel an. Einige sind gratis
- SSO-Mitglieder können das umfassende Tarifwerk des Zahnarzttarifs kostenlos konsultieren, Tarifinterpretationen und Aktualisierung eingeschlossen
- Eine einstündige Rechtsberatung steht Mitgliedern jährlich zu
- Webauftritt, kostenlose Aufschaltung auf SSO-Website für Praxisinhaber
- Das Label SSO steht kostenlos im Rahmen der Richtlinien zur Verfügung
- Online-Fortbildungsmöglichkeiten werden im geschützten Bereich angeboten
- Das SSO-Hilfsfonds unterstützt unverschuldet in Not geratene SSO-Mitglieder bzw. deren Familien
- Sowie viele vergünstigte Angebote wie Stellenvermittlung, standeseigene Begutachtungskommission u.a.m. **Konsultieren Sie die SSO-Website www.sso.ch**

Sie Ihre freiberufliche Tätigkeit sowie die Verbandsarbeit der Zahnärzte-Gesellschaft. Für Juniormitglieder bietet die SSO besonders preiswerte Mitgliedschaftsbeiträge. Weitere Informationen finden Sie auf der SSO-Website. Die Voraussetzungen für Ihre SSO-Aufnahme sind einfach: Sie sind diplomierte Zahnärztin bzw. diplomierter Zahnarzt, und Sie werden von zwei ordentlichen SSO-Mitgliedern zur Aufnahme empfohlen.

Unterstützung in der Medienarbeit

Wenn sich Journalisten in der zahnärztlichen Praxis oder in Ihrer Fachgesellschaft melden, bietet der Presse- und Informationsdienst SSO kostenlose Unterstützung. Er kennt Ihre Rechte im Umgang mit den Medienschaffenden. Zahlreiche Publikationen für Sie und das zahnärztliche Praxisteam stehen den Mitgliedern zur Verfügung.
E-Mail: info@sso.ch

Kompetentes Verbandssekretariat

Bei administrativen Problemen bietet das SSO-Sekretariat den Mitgliedern effiziente Hilfe und Unterstützung.

Werden Sie SSO-Mitglied, ob angestellt oder selbstständig, denn nur ein Verband mit hohem Organisationsgrad hat Gewicht! Falls Sie Lust haben, ein Amt zu übernehmen, unterstützen wir Sie gerne.

E-Mail: sekretariat@sso.ch



Kontakt

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Sekretariat
Münzgraben 2
Postfach 664
3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28
Fax 031 311 74 70
E-Mail sekretariat@sso.ch
Internet <http://www.sso.ch>

Machen Sie mit, denn nur ein Verband mit hohem Organisationsgrad hat Gewicht!

Excellence in der zahnärztlichen Praxis

Angesichts wachsender Konkurrenz stellen sich viele Praxisinhaber die Frage: Wie versorge ich meine Patienten optimal, welche Dienstleistungen und welche Qualität erwarten sie? Umfragen und Empfehlungen von Marketingprofis zeigen vor allem eins: Es ist nicht vor allem der Preis, die moderne Einrichtung oder eine gute Werbung – was zählt ist vielmehr das persönliche Bemühen um den Patienten, der freundliche Empfang, das Erklären der Therapie und der Einbezug in Behandlungsentscheide. Der von der SSO entwickelte Patientenatlas i-Dent bietet dazu eine ideale Hilfe.

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

Laut der jüngsten Demoscope-Publikumsumfrage¹ für die SSO geniessen Schweizer Zahnärzte bei ihren Patienten einen hervorragenden Ruf: Über 95 Prozent sind mit ihrem Zahnarzt zufrieden bis sehr zufrieden, das Vertrauen in seine Fähigkeiten ist überdurchschnittlich hoch. Eine jüngst gemachte Umfrage² in unserem nördlichen Nachbarland bestätigt dieses Ergebnis: Der Zahnarzt geniesst eine gute Reputation und viel Vertrauen in der Bevölkerung. Aber er muss auch etwas dafür tun: Das vorbildliche Management, die Excellence einer Zahnarztpraxis beruhen nicht allein auf einer modernen Einrichtung, günstigen Preisen oder einem computergestützten Recallsystem.

Den Patienten mit seinen Anliegen ernst nehmen

Genauso wichtig wie die «Hardware» einer zahnärztlichen Praxis sind «weiche» Faktoren – jene, die der Praxisinhaber und sein Team entscheidend prägen: Da ist zum einen der Auftritt des Praxisteam «aus einem Guss» und zum anderen die gelöste Arbeitsatmosphäre, die der Patient unmittelbar wahrnimmt. Er möchte seinerseits mit seinen Anliegen und Ängsten ernst genommen werden. Es genügt nicht, ihm einen Behandlungsplan zu erklären: Der Zahnarzt muss auch zuhören können und allfälligen Bedenken Rechnung tragen. Schliesslich sind auch Visualisierungshilfen gefragt, die dem Patienten zeigen, wie beispielsweise eine Wurzelkanalbehandlung abläuft. Dazu eignet sich der von der SSO entwickelte Patientenatlas i-Dent optimal, weil er vom Wissensstand der Patienten und ihren Fragen ausgeht (Sonderangebot für SSO-Mitglieder siehe Kasten).

Ist die Behandlung erfolgreich abgeschlossen, erhält der Patient ein «Bhaltis» mit auf den Weg.

¹ Demoscope: Publikumsfrage SSO 2010.

² Riegl, G. F.: Erfolgsfaktoren für die zahnärztliche Praxis, Zahnarzt-Imagestudie & Qualitätsmanagement, Augsburg 2010, 539 Seiten

Der SSO-Shop bietet eine ganze Palette von Produkten zum Abgeben: Sanduhren, Daumenkinos oder Patientenbroschüren. Wieso nicht mit der Rechnung ein «zahninfo» oder ein «ABC der Mundhygiene» mitschicken? So weiss der Patient: Mein Zahnarzt ist mehr als nur ein Behandler – er ist mein Partner für umfassende Prophylaxe.

Das Prinzip Menschlichkeit

Nicht zufällig stand die Fortbildungsveranstaltung der SSO Solothurn vom vergangenen 20. Januar unter dem Motto «Patientenorientiertes Praxismanagement: Das Prinzip Menschlichkeit». Dozent Beat Krippendorf betonte in seinem Referat, wie dankbar Patientinnen und Patienten sind für Zuwendung, Service und Qualität. Der Praxisinhaber und sein Team sollen die Menschen mit «wachen Gesichtern» begrüssen und ihnen das Gefühl geben, sie seien mit ihren Anliegen in der zahnärztlichen Praxis gut aufgehoben.

Service und Qualität sind nach wie vor die wichtigsten Faktoren für Kundentreue – auch in der zahnärztlichen Praxis. Die oft als teuer empfundenen Zahnarztrechnungen nehmen Patienten in Kauf, wenn Behandlung und Betreuung stimmen. Wer zufrieden ist, empfiehlt seine Zahnärztin, seinen Zahnarzt gerne weiter: Über die Hälfte der Dienstleister gewinnt Neukunden durch Empfehlung bestehender Kunden.

Zahnärzte SSO müssen vor allem eins: Werte verkörpern. Sie bürgen für Qualität und für einen menschlichen Umgang mit Patienten. Die zahnärztliche Ethik verbietet Überversorgung und Behandlungen, die sich ein Patient wirtschaftlich nicht leisten kann. Die zweckmässige, qualitativ einwandfreie Lösung steht am Anfang des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient. Wenn Patienten fair behandelt werden, kehren sie immer wieder zurück – und widerstehen den Verlockungen von Zahnarztzentren, die Qualität zum Tiefstpreis versprechen.

Junge Patienten wechseln häufiger ihren Zahnarzt als ältere

Noch sind Zahnärzte SSO im Wettbewerb um Patienten gut positioniert, was sich in einer überdurchschnittlichen Kundentreue zeigt. Aber die Konkurrenz nimmt zu, und eine jüngere Generation von Patienten bindet sich nicht mehr um jeden Preis an einen Hauszahnarzt.

Zudem steigen die Ansprüche: Man wartet heute kaum mehr drei oder vier Wochen auf einen Zahnarzttermin, wenn Zahnarztzentren ihre Patienten ohne Voranmeldung empfangen. Auch das Versprechen auf sofortige Hilfe im Notfall

Exklusives Sonderangebot für SSO-Mitglieder

Patientenatlas i-Dent zum Aktionspreis von 90 Franken



Gefragt sind Visualisierungshilfen, die dem Patienten zeigen, wie geplante Behandlungsschritte aussehen.

Der von der SSO entwickelte und reich illustrierte Patientenatlas i-Dent vermittelt das nötige Wissen über Ursachen und Therapie von Zahnschäden. Basis bilden nicht das zahnmedizinische Fachwissen, sondern der Wissensstand und die Fragen der Patientinnen und Patienten. i-Dent zeigt nicht nur Zustände, sondern erklärt auch Vorgänge und Zusammenhänge. Die Arbeit mit dem Atlas schafft eine lockere, nicht autoritäre Atmosphäre: Die bestmögliche Voraussetzung, damit die Botschaften der Zahnärzte SSO gut ankommen.

Der Patientenatlas i-Dent kann ab sofort beim SSO-Shop zum Aktionspreis von 90 Franken (inkl. Porto und MwSt.) bestellt werden. Das exklusive Sonderangebot für SSO-Mitglieder gilt, solange Vorrat.

Bestelladresse:

SSO-Shop
Postgasse 19
Postfach

3000 Bern 8

Tel. 031 310 20 81 (Anrufbeantworter)

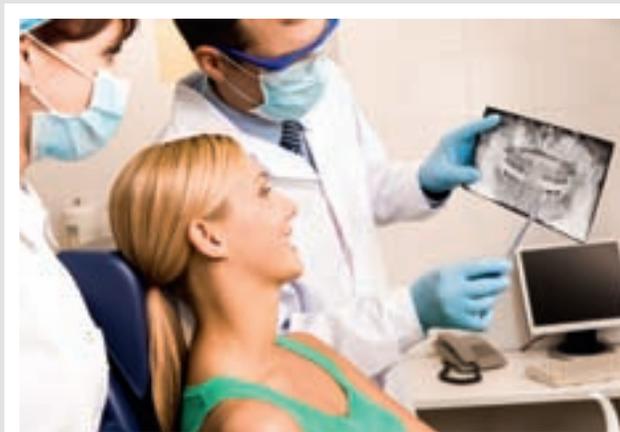
Fax 031 310 20 82, E-Mail: info@sso.ch

zeigt Wirkung: 20 Prozent der Demoscope-Befragten haben sich schon in einem Zahnarztzentrum behandeln lassen. Zentrale Motive sind der angebotene Notfalldienst und der unkomplizierte Zugang – deutlich vor der günstigen Behandlung.

Patienten vor unvernünftigen Entscheiden bewahren

Noch nie hatten Patienten so viele Informationsmöglichkeiten wie heute, auch über Internet-Bewertungsportale wie www.zahnarztvergleich.ch. Die Informationsfülle überfordert die meisten Nutzer und führt zu willkürlichen Entscheidungen.

Es ist am Zahnarzt, seine Patienten vor unvernünftigen Entscheiden zu bewahren. Und er soll sich selber mit Werbung zurückhalten: Zahnarztpraxen oder -zentren, die mit übertriebenen Werbeversprechen auftreten, lösen bei Patienten Irritationen aus. Die Wirkung kann kontrapro-



Mein Zahnarzt ist mehr als nur ein Behandler, er nimmt mich ernst.

duktiv sein, denn die Umworbene könnten zum Schluss kommen: Wenn etwas so viel Werbung braucht, ist es womöglich gar nicht gut.

Die Demoscope-Umfrage 2010 zeigt jedenfalls deutlich: Patientinnen und Patienten sind kritisch gegenüber zahnärztlicher Werbung – und akzep-

tieren sie nur dann, wenn sie nützliche Informationen bietet. Die glaubwürdigste Information vermittelt der Zahnarzt SSO, der sich um seinen Patienten bemüht: Das dadurch aufgebaute Vertrauen ist sein wichtigstes Kapital, zu dem er Sorge tragen muss.

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

Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) in Bern vom 1. September 2011

Ausschreibung des Nachwuchswettbewerbs für Assistenten in Weiterbildung

Anlässlich unserer Jahrestagung wird Nachwuchsleuten die Möglichkeit für einen wissenschaftlichen Kurzvortrag geboten. Zugelassen sind Kolleginnen und Kollegen, die aktuell in oralchirurgischer Weiterbildung stehen oder das Programm vor maximal zwölf Monaten abgeschlossen haben. Der Vortrag ist auf zehn Minuten begrenzt und sollte aus dem Gebiet der Oralchirurgie oder Stomatologie stammen. Der Vortrag wird direkt im Anschluss diskutiert. Das Abstract sollte im IADR-Format (Objective, Materials and Method, Results, Conclusion) in digitaler Form via E-Mail beim SSOS-Sekretariat bis 31. Mai 2011 eingereicht werden.

Die beste Präsentation wird mit CHF 1000.– ausgezeichnet. Bei gleich guten Beiträgen kann der Preis auch geteilt werden. Alle zum Nachwuchswettbewerb zugelassenen Teilnehmer werden zudem zur Tagung eingeladen.

E-Mail-Adresse: veronika.thalmann@ssos.ch
Kennwort: «Nachwuchswettbewerb Bern 2011»

PD Dr. Michael Bornstein
Sekretär SSOS

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

BENZER - DENTAL AG  **ZÜRICH**

Multiresistenz-Probleme im ambulanten Bereich

Die Erhebungen speziell zur Empfindlichkeit von Staphylococcus aureus-Isolaten bei Wundinfektionen gewinnen auch für den Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis sowie in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an Bedeutung. Die Redaktion bringt deshalb eine Erhebung des Instituts für Infektionskrankheiten der Universität Bern im Bereich Haut- und Harnwegsinfektionen mit erweiterten Informationen durch den Arzneimittelbeauftragten der SSO.

Prof. em. Dr. Dr. Hermann Berthold (Bilder: zvg)

Berichte über multiresistente Keime haben im letzten Jahrzehnt deutlich an Häufigkeit zugenommen. Schon mehr als jede fünfte Infektion wird von multiresistenten Erregern, vor allem dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), verursacht. Der MRSA-Anteil an Infektionen – wie weiter auf dem 124. Chirurgenkongress 2007 in München mitgeteilt wurde – ist in den letzten Jahren in Deutschland von 15 auf über 20 Prozent angestiegen.

Verbreitung auch im ambulanten Bereich

Auch in der Schweiz nehmen die Probleme mit Antibiotikaresistenzen zu. Die durchschnittliche Häufigkeit verschiedener Resistenzprobleme liegt dabei allerdings noch unter dem internationalen Durchschnitt (Mühlemann, 2007).

Multiresistente Keime waren dabei überwiegend ein Spital-assoziiertes Problem. Aus der Analyse der Ergebnisse der nationalen Antibiotikaresistenz-Überwachung (Forschungsprogramm «Antibiotikaresistenzen»/NFP 49), dessen Monitoring

von K. Mühlemann am Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern aufgebaut wurde, ergibt sich der Verdacht, dass sich die multiresistenten Keime auch im ambulanten Bereich vermehrt ausbreiten. Dies betrifft bereits erwähnten Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) sowie Extended-spectrum-Beta-Laktamase-bildende gramnegative Bakterien (ESBL). Unter dem Eindruck dieser Entwicklung und zur besseren Erfassung der epidemiologischen Situation im Kanton Bern führte das Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern im Auftrag des Kantonsarzt-Amtes sowie mit Unterstützung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern von August 2007 bis April 2009 eine Erhebung über die lokale Häufigkeit von MRSA und ESBL-bildenden Enterobakterien bei Patienten mit Hautinfektionen bzw. bei Patienten mit Harnwegsinfektionen durch. Der Aufruf an die Kolleginnen und Kollegen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern erging im August 2007 (Mühlemann 2007).

Auch für die Zahnmedizin bedeutend

Die Erhebungen speziell zur Empfindlichkeit von Staphylococcus aureus-Isolaten bei Wundinfektionen gewinnen auch für den Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis sowie in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an Bedeutung. So gelangen einige der auf die Resistenzsituation getesteten Antibiotika, wie Oxacillin und andere Beta-Laktamase-resistente Penicilline, Clindamycin sowie Tetracycline im Rahmen der antibiotischen Therapie und Prophylaxe im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich zur Anwendung (Berthold 1993, Al-Nawas 2002, Lambrecht 2004).

Nach Abschluss der Untersuchungen oben genannter Studie im April 2009 liegen nunmehr die Daten der Erhebung in einer zusammenfassenden Mitteilung der Autoren K. Kronenberg, S. Koenig, S. Droz und K. Mühlemann (doc be 4/2010–11) vor.

Die Autoren verweisen einleitend nochmals auf die Ziele der Erhebung: Beschreibung der Antibiotika-Resistenzlage und der Prävalenz multiresistenter Keime bei Harnwegs- und Hautinfektionen im ambulanten Bereich, Vergleich der Daten mit der Resistenzdatenbank ANRESIS (routinemässige Sammlung von Resistenzdaten von 23 mikrobiologischen Labors der Schweiz).

Bei der Analyse der Daten wird zudem differenziert zwischen *Routineproben* (Proben, eingereicht mit klinischer Fragestellung) und *Extraproben* (rein Studien-orientiert eingereichte mikrobiologische Proben).

Wundinfektionen und Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

Zur Auswertung gelangten 213 Wundabstriche, wobei in 138 (65%) Proben mindestens ein Keim



Auch in der Schweiz nehmen die Probleme mit Antibiotikaresistenzen zu. Die durchschnittliche Häufigkeit verschiedener Resistenzprobleme liegt dabei allerdings noch unter dem internationalen Durchschnitt (Mühlemann, 2007).

ermittelt wurde. Als häufigster Keim wurde erwartungsgemäss *Staphylococcus aureus* (56,4%) gefolgt vom Gruppe A Streptokokken (5,6%) nachgewiesen. In 11,5% der Proben fanden sich Enterobacteriaceae.

Für die untersuchten Routine- und Extraproben ermittelten die Untersucher eine vergleichbare Verteilung der Mikroorganismen.

Zur Empfindlichkeit der *S. aureus*-Isolate gegen verschiedene Antibiotika ergab sich zwischen Routine- und Extraproben kein wesentlicher Unterschied (s. Tab. I). Zudem – so konstatieren die Autoren – waren die ermittelten Daten mit den Resistenzdaten des nationalen Überwachungssystems ANRESIS vergleichbar.

Bei 2 von 94 (2,1%) *Staphylococcus aureus*-Isolaten fanden die Autoren eine Methicillinresistenz (MRSA), die dem Hausarzt in beiden Fällen bekannt war.

«Harnwegsinfektionen und Extended-spectrum-Beta-Laktamase-produzierende Enterobacteriaceae»

Zum 2. Untersuchungskomplex soll im Rahmen dieser Wideregabe in erster Linie über die Analyse der eingesandten 1018 Urinproben, von denen 695 (68%) positiv waren, referiert werden. Die mikrobiologische Differenzierung ergab demnach als häufigsten Keim *Escherichia coli* (71%), gefolgt von *Enterococcus* spp (17,3%), *Klebsiella* spp. (5,4%) und *Proteus mirabilis* (3,7%).

Die Autoren erwähnen dazu, dass die Extraproben häufiger von jungen Probandinnen ohne antibiotische Vorbehandlung stammten, gleichbedeutend für unkomplizierte Harnwegsinfektionen. Die *Escherichia coli* wurde in diesen Proben signifikant häufiger (76%) nachgewiesen als in den Routineproben (67%) und ANRESIS (66%). Für die Häufigkeit der übrigen Keime war demgegenüber kein signifikanter Unterschied zwischen Extraproben und Routineproben auszumachen.

Signifikante Unterschiede zwischen Extraproben, Routineproben und ANRESIS ermittelten die Untersucher allerdings bezüglich der Empfindlichkeit von *E.coli*-Isolaten gegenüber verschiedenen Antibiotika (s. Abb. 1). So waren *E. coli* aus Extraproben meist empfindlicher als aus Routineproben und Proben in ANRESIS. Die Autoren erklären dies mit den komplizierten Harnwegsinfektionen.

Die Untersucher identifizierten zudem 5 *E. coli*-Isolate (1,1%) mit Extended-spectrum-Beta-Laktamase-Aktivität. Dazu wird darauf hingewiesen, dass ESBL-*E. coli* auf alle Penicilline und alle Cephalosporine resistent sind, und sie sind häufig multiresistent gegen andere Antibiotikagruppen. Für die epidemische ermittelte Zunahme von ESBL im ambulanten Bereich verantwortlich ist

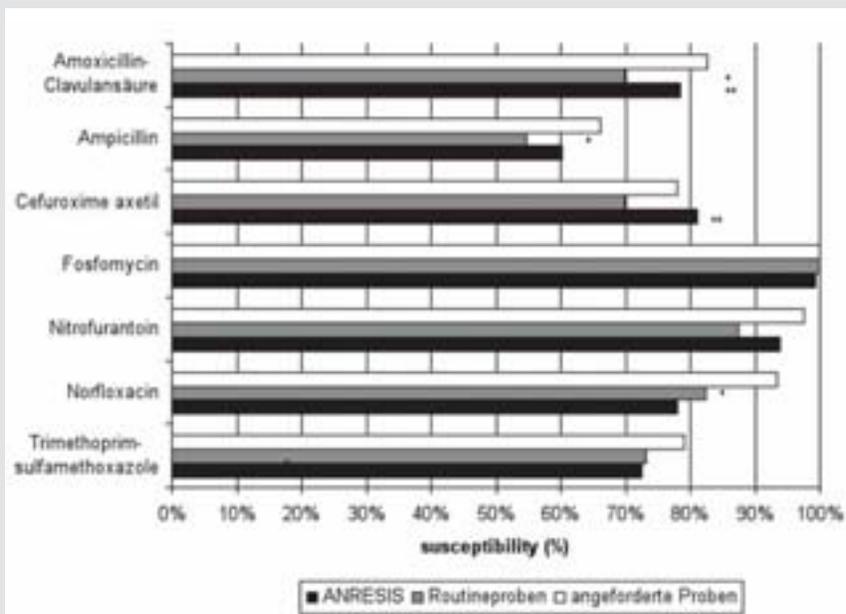


Abb. 1 Empfindlichkeit (%) von *E. coli*

* = signifikanter Unterschied zwischen Extra- und Routineproben

** = signifikanter Unterschied zwischen Routineproben und ANRESIS-Daten

Tab. I Empfindlichkeit (%) von *S. aureus*-Isolaten bei Wundinfekt

	Extraproben n = 36	Routineproben n = 52	ANRESIS n = 127
Oxacillin ¹⁾	97,2	98,1	98,2
Clindamycin	97,2	98,1	87,4
Erythromycin	91,7	94,2	87,4
Tetracycline	91,7	100,0	96,8
Trimethoprim-sulfamethoxazole	100,0	98,1	99,2
Ciprofloxacin ²⁾	88,2	82,7	96,8
Rifampicin ²⁾	100,0	100,0	99,1
Vancomycin	100,0	100,0	100,0

¹⁾ Empfindlichkeitsraten für Oxacillin sind stellvertretend für andere Beta-Laktamase-feste Penicilline (z. B. Flucloxacillin, Cefuroxime-axetil und Amoxicillin-Clavulansäure).

²⁾ Nicht geeignet für Monotherapie wegen rascher Resistenzentwicklung.

eine spezielle Gruppe von ESBL, der CTX-M-Genotyp.

Die ESBL-Rate im Kanton Bern liegt bei 1,1 Prozent und wird im internationalen Vergleich noch als relativ niedrig eingeschätzt. Bedenklich stimmt allerdings, dass die Rate im ambulanten Bereich ebenso hoch ist wie in den Akutspitälern. Abschliessend wird darauf hingewiesen, dass das ESBL-Trägertum bei den 5 Probanden – im Gegensatz zu den zwei MRSA-Fällen – dem Hausarzt nicht bekannt war. Bei 4 der 5 Fälle bestanden allerdings typische Risikofaktoren (höheres Alter, rezidivierende Harnwegsinfektion, antibiotische Vortherapie und Diabetes mellitus).

Quellen

Al-Nawas B: Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis Dtsch. Zahnärztl. Z 57,8 (2002)

Berthold H: Antibakterielle Chemotherapie SMFZ 103 (1993), 307–314

Kronenberg A, Koenig S, Droz S, Mühlemann K: Multiresistenz-Probleme im ambulanten Bereich des Kantons Bern Doc.be 4/2010–11/12

Lambrecht J T: Antibiotische Prophylaxe und Therapie in der zahnärztlichen Chirurgie SMFZ 114 (2004), 601–607

Med Austria – Das Ärztenetz: Medienmitteilung 124. Chirurgenkongress, München, 1.–4.Mai 2007

Mühlemann K: Häufigkeit von Multiresistenz-Problemen im ambulanten Bereich des Kantons Bern Doc.be 4/2008–7

Stille schaffen

Medizinische Hypnose ist eine Form der Arzt-Patientinnen-Kommunikation im Rahmen eines therapeutischen Auftrages. Auch Zahnärzte wenden je nach Art der Problematik und Zielsetzung die Hypnosetechnik bei ihren Patienten an. Die Redaktorin sprach mit einem Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Hypnose (SMSH), Professor Christian Besimo.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: zvg)

Seit nun fast zehn Jahren wendet Christian Besimo Hypnose im Rahmen seiner zahnärztlichen Tätigkeit an. Deshalb meine Frage:

SMfZ: Wie wurden Sie überhaupt auf die medizinische Wirkung von Hypnose aufmerksam?

Professor Dr. Christian Besimo: «Bertrand Piccard hat am SSO-Kongress 2002 in Genf einen eindrücklichen Vortrag zu diesem Thema gehalten. Meine Frau und ich waren hell begeistert, sodass wir noch im gleichen Jahr die Grundausbildung begannen. Von diesem Zeitpunkt an setzten wir erstmals bewusst hypnotische Methoden in der Praxis ein. Wir wenden die medizinische Hypnose nicht nur bei Kindern, sondern vor allem auch bei Erwachsenen an, insbesondere zur Entspannung sowie zur Therapie von Zahnbehandlungsangst, Würgen, Myoarthropathien (Bruxismus) und chronischen Schmerzen anderer Genese. Für mich ist heute die Berufsausübung zum Wohle meiner Patienten, des Teams und mir ohne Hyp-

nose undenkbar», erzählt Christian Besimo. Er räumt aber ein: «Unbewusst setzte ich allerdings selbsthypnotische Methoden seit meiner Kindheit ein, z. B. als Einzelkind zur Kommunikation mit meinem inneren Ich oder im Ausdauersport bzw. auf Bergtouren zur Optimierung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit.» Und fährt weiter: «Heute setzen meine Frau und ich die Hypnose auch für uns selbst ein, sei es zur Entspannung und Regeneration oder zur Fokussierung, z. B. bei der Suche nach Lösungen zu spezifischen Problemstellungen bzw. im Sport zur nachhaltigen Steigerung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit.»

Wie bringen Sie die Patienten dazu, die Aufmerksamkeit nach innen statt nach aussen zu richten?, wollte ich von meinem Gesprächspartner wissen

«Durch Fokussierung der Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand, den eigenen Körper, die Atmung, ein inneres Bild sowie vieles mehr. Die

Richtung der Aufmerksamkeit führt zum Trancezustand mit einer deutlichen Erhöhung der Aufmerksamkeit des Patienten auf die Worte des Therapeuten als hypnotische Arbeitsinstrumente sowie auf die Antworten des Unterbewussten auf diese. Dies ermöglicht das unvoreingenommene Forschen nach inneren Lösungen und Antworten.»

In Hypnose versucht man u. a. die Wahrnehmung eines Schmerzes genau zu analysieren. Wird der Schmerz damit nicht intensiviert?

«Nein, die Patienten erhalten in Trance die Möglichkeit, den Schmerz dissoziiert, d. h. ausserhalb von sich selbst und somit losgelöst zu betrachten und zu analysieren. Man erarbeitet sich in Trance beispielsweise einen sogenannten sicheren Ort, von dem aus der Betroffene seinen Schmerz geborgen und geschützt studieren und mithilfe des Unterbewussten Werkzeuge entwickeln kann, um den Schmerz in Qualität, Intensität und Häufigkeit zu verändern.»

Distanz und Stille schaffen

Verraten die Patienten Ihnen ihren sicheren Ort und, wenn ja, sieht er bei allen ähnlich aus?

«Die Offenlegung ihres sicheren Ortes geschieht auf freiwilliger Basis. Der Behandler braucht diesen zum Erreichen des therapeutischen Zieles nicht zu kennen. Häufig wählen die Patienten einen Ort in der Natur. Die Erarbeitung eines sicheren Ortes als Basis jeder hypnotischen Intervention ist aber wichtig, um den Patienten



«Für mich ist heute die Berufsausübung zum Wohle der Patienten, des Teams und von mir ohne Hypnose undenkbar», erzählt mein Gesprächspartner.

jederzeit einen geschützten Rahmen bieten zu können.»

Warum ist die Kontrolle über unsern Körper und unsere Leiden so wichtig?

«Es ist nicht das Ziel der Hypnose, die Illusion von Kontrolle zu schaffen. Vielmehr soll das Verständnis für Ursachen und Zusammenhänge von allgemeinen Problemstellungen des Lebens oder von Krankheiten ermöglicht werden sowie das Finden von Lösungen oder die Stärkung der Selbstheilungskräfte. Hypnose bietet die hierzu notwendige Distanz und Ruhe. Um mit den Worten Sören Kierkegaards zu sprechen: «Wenn ich Arzt wäre und man mich fragte: Was rätst Du? – Ich würde antworten: Schaffe Stille.»»

Welche Patienten bereiten beim Hypnotisieren Schwierigkeiten?

«Rund 10 Prozent der Bevölkerung, die eine geringe Suggestibilität aufweisen bzw. nicht bereit sind, sich auf die Hypnose einzulassen, obwohl diese Methode lediglich eine Fähigkeit nutzt, die jeder Mensch in sich trägt und unbewusst auch nutzt.»

Inwiefern beeinflusst der Hypnotiseur den Patienten mit seinen eigenen «Schwierigkeiten»?

«Die Patienten werden in Trance nicht beeinflusst, sondern es werden lediglich mit Worten, in offenen Formulierungen, Arbeitsinstrumente angeboten, über deren Anwendung, Rückweisung oder individuelle Modifikation das Unbewusste frei entscheidet. Hypnose stärkt die Eigenverantwortung und unterstützt und beschleunigt somit den therapeutischen Prozess.»

Kann der Hypnotisierte das Gelernte abschliessend auch auf andere Problemfelder übertragen?

«Ja, unbedingt. Ziel unserer hypnotischen Interventionen ist immer, dem Patienten die Kompetenz zur selbständigen Problemlösung zurückzugeben. Die hierzu verwendeten und durch den Patienten selbst erlernten Trancetechniken lassen sich in aller Regel auch in anderen Lebenssituationen nutzen.»

Wie bringt man die Patienten in Trance?

«Der bewusste und gezielte Einsatz von Worten ist ein zentrales Arbeitsinstrument in der Hypnose und bedarf somit sowohl wissenschaftlich fundierter Grundlagen als auch der Poesie der Sprache, um in Resonanz mit dem Unterbewusstsein treten zu können.»

Ich kann mich also nicht allein in einen hypnotischen Zustand bringen?



Professor Christian Besimo: «Hypnotische Verfahren gehören zweifellos zu den ältesten psychischen Heilmethoden der Menschheit ...



... um mit den Worten Sören Kierkegaards zu sprechen: Wenn ich Arzt wäre und man mich fragte: Was rätst Du? – Ich würde antworten: Schaffe Stille.»

«Doch, selbstverständlich, indem Sie selbst Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Atmung fokussieren und auf diese Weise mit jedem Atemzug Ihre Achtsamkeit mehr und mehr nach innen und auf Ihr nicht voreingenommenes Unbewusste richten können.»

Nutzen Sie Hypnosetechnik auch im Umgang mit schwierigen Patienten?

«So wie hypnotische Interventionen Menschen mit Zahnbehandlungsangst helfen können, so kann auch der Behandler seine Position im Umgang mit schwierigen Patienten stärken bzw. durch den trainierten bewussten Einsatz von Worten komplexe zwischenmenschliche Situationen entschärfen.

Selbstverständlich nutze ich diese selbsthypnotische Möglichkeit auch für mich. Wie die klinische Erfahrung zeigt, hilft der regelmässige Einsatz der medizinischen Hypnose nicht nur unseren Patienten, sondern bietet auch dem Behandler und seinem Team zahlreiche physische und psychische Ressourcen.»

Zur Geschichte der Hypnose

Hypnotische Verfahren gehören zweifellos zu den ältesten psychischen Heilmethoden der Menschheit. Sie sind aus dem alten Ägypten, dem Asklepioskult (Tempelschlaf) bei den Griechen und einer Vielzahl analoger Praktiken bis in die Neuzeit bekannt. Ebenso finden sie sich in anderen Kulturen, im Schamanentum, bei den Medizinern und Heilungstraditionen primitiver Völker überhaupt.

Aufbau und therapeutischer Kontext

Der Hypnose liegt eine intensive Beziehungsaufnahme beiderseits («hypnotischer Rapport») zugrunde. Für deren möglichst störungsfreies Zustandekommen sollte eine entspannte, geräuscharme, optisch leicht gedämpfte Atmosphäre geschaffen werden. Die ruhige, eher monotone Sprache des Hypnotiseurs dient der Innenorientierung im Rapport. Die nötige Vertrauensbildung hierzu setzt eine entsprechende empathische Einstellung des Hypnotiseurs voraus.

Die Schweizerische Ärztesgesellschaft für Hypnose (SMSH) ist eine ärztliche und zahnärztliche Fachgesellschaft mit dem Ziel der Pflege und Ausübung der medizinischen Hypnose. Sie verbindet Ärzte aller Fachrichtungen (Mitglieder der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH) und Zahnärzte (Mitglieder der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO) und setzt sich als Aufgabe, die Hypnose als medizinische Methode wissenschaftlich und praktisch zu fördern durch hochstehende Aus- und Fortbildung, Informationsaustausch und Pflege der kollegialen Beziehungen der Mitglieder untereinander.

Sie fördert eine moderne und fachgerechte Anwendung der Hypnose in allen Bereichen der Medizin und Zahnmedizin, sei es als Ergänzung zur jeweiligen Basistherapie oder um den therapeutischen Zugang zum Patienten zu erleichtern. Die Mitglieder der SMSH sind angehalten, die medizinische Hypnose nur in ihrem angestammten Fachbereich anzuwenden.

Zehntausende von Dentalprodukten und immer mehr Service

Die Curaden Group ist einer der grossen Anbieter für den Bedarf der Zahnärzte und Zahnlabors. Das Unternehmen ist ein Spin-off des 1954 gegründeten Wipla-Dental-Vertriebs, den Hans Breitschmid, ein innovativer Zahntechniker, in Luzern gründete.

Text und Bilder: Werner Catrina

«Wir sind eine Gesundheitsfirma», erklärt Ueli Breitschmid, Mitbesitzer der Curaden International AG, «die Curaden Group bietet neben einem umfassenden Programm an Dentalprodukten zunehmend mehr Service-Angebote.» Beim Gespräch am Hauptsitz im luzernischen Kriens wird klar, dass sich die Gruppe in einer Umbruchphase befindet. Am Konferenztisch sitzen ausser Ueli Breitschmid, auf dessen Visitenkarte CEO & Owner steht, auch Roger Frei, General Manager der healthco-breitschmid, und Claudio Fuchs, Geschäftsleitung der Firma Zeta Dental SA, die ebenfalls zur Gruppe gehört.

Es begann in einer Wohnung in Luzern

Das Unternehmen ist ein Spin-off des 1954 gegründeten Wipla-Dental-Vertriebs, den Hans Breitschmid, ein innovativer Zahntechniker, in Luzern gründete. «Unsere Firma war zuhause untergebracht», erinnert sich Sohn Ueli, gerade 65 geworden, «am Stubentisch diskutierten wir oft Fragen des Geschäftes und adressierten Werbetrucksachen.» Breitschmid vermittelte sein Wissen den angehenden Zahntechnikern auch als Fachlehrer an der Gewerbeschule, war Präsident der Zahntechnikervereinigung Innerschweiz, eine Art Gewerkschaft, die für den Berufsstand kämpfte. Mit seinem Vertrieb offerierte er seinen Berufskollegen innovative Produkte und Systeme, Dental-Vertrieb, die er vor allem aus Deutschland in die Schweiz importierte. Bereits 1960 propagierte er die ersten Luftturbinen, und schon 1964 importierte er Praxiseinrichtungen der Marke Anthos aus Italien, deren Produkte das Unternehmen immer noch importiert.

Breitschmid blickte in die Zukunft, verbesserte die Techniken für Zahnarztlabors und bot schon in den Fünfzigerjahren nicht einfach Produkte an, sondern vermittelte auch das entsprechende Wissen als Dienstleistung. Die Firma wuchs und zog in den Luzerner Vorort Kriens um. Als Erster richtete Breitschmid ein Schullabor ein, wo Zahntechniker aus dem ganzen Land ihr Wissen und Können verbesserten. Damit half Breitschmid mit, den Stellenwert dieses Berufes zu erhöhen. 1966 trat Sohn Ueli, 21 Jahre jung, in die Firma ein und baute das Einrichtungsgeschäft für Pra-

xen stark aus. Inzwischen zog man nochmals um, weil das Unternehmen aus allen Nähten platzte, in ein geräumiges Geschäftshaus an der Amlehnstrasse 22, den Hauptsitz der Curaden-Gruppe.

Drei Dental-Unternehmen mit unterschiedlicher Kundschaft

Curaden International für die Zahnpflege

Curaden International ist mit einem nach Tausenden zählenden Sortiment für die Pflege der Zähne zuständig. Das Angebot umfasst hochwertige, meist patentierte Produkte sowohl für Babys als auch Kinder, Erwachsene und Prothesenträger. Das Unternehmen exportiert in rund fünfzig Länder mit Schwerpunkt EU und Osteuropa. Am Markt sind die Produkte unter dem Label CURAPROX Swiss premium oral care und SWISS-SMILE Oral cosmetics erhältlich. Zielgruppe sind die Zahnärzte und mehr und mehr auch Apotheken und Drogerien, um den Direktverbraucher zu erreichen. Die Curaden International hat sich namentlich als Pionier der Zwischenraumpflege und für weiche Zahnbürsten Verdienste erworben. Das hochwertige und sehr umfangreiche Sortiment umfasst die verschiedensten Bürsten, Sticks und Flosses wie auch Babybeissringe, Schallzahnbürsten oder Produkte für die Prothesenpflege.

healthco-breitschmid für den Bedarf der Zahnärzte

healthco-breitschmid, von Roger Frei geführt, beliefert die Zahnärzte mit einem Riesensortiment vom Bohrer bis zur Praxisbeleuchtung. Das Unternehmen kam 1993 zur Gruppe und entwickelte sich stark.

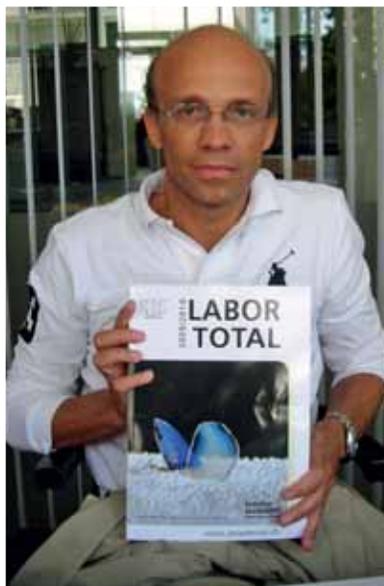
Der Chef blättert im Katalog mit Abertausenden Artikeln, das Monumentalwerk hat eine Auflage von 4000, «für jeden Schweizer Zahnarzt einen Katalog», wie Frei betont. 1102 Seiten umfasst der in deutscher und französischer Sprache aufgelegte Katalog, eine Art Produktbibel für Dentalmediziner. Die Auflistung auf Papier bleibt gefragt, obwohl immer mehr Zahnärzte im Internetshop des Unternehmens bestellen; bereits 1996 richtete man einen digitalen Zahnartzkatalog mit Nettopreisen ein.

Unter der zunehmenden Vielfalt der Produkte stöhnen selbst die Profis, denn erfahrungsgemäss ordern Zahnärztinnen und Zahnärzte im Schnitt vielleicht 200 verschiedene Artikel pro Jahr, jede Praxis freilich jeweils andere Produkte. Die fortlaufend bis zur Nummer 54345 durchnummerierten Produkte umfassen auch Teile von älteren Produkten wie zum Beispiel Zahnarztstühle, deren Ersatzteile man über viele Jahre nachbestellen kann; ein vorbildlicher Service, der das Unternehmen zu einem der grossen in der Branche machte.

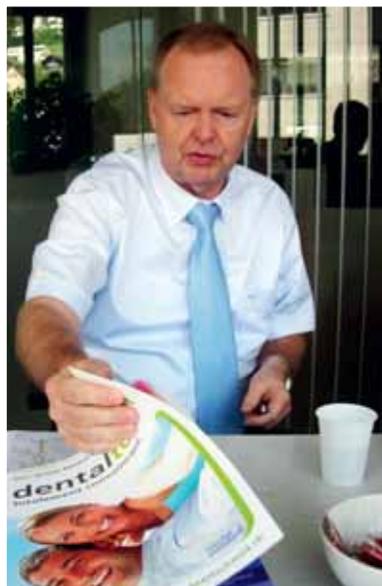
healthco-breitschmid setzt mit 80 Vollzeitstellen im Jahr 33 Millionen Franken um (2009). Seit 2001 arbeiten in Dietikon ZH ein dentales Informationszentrum und das Zentrum des technischen Dienstes, wo auch Schulungen unter My Dentalworld für Zahnärzte und deren Personal durchgeführt werden, die teils auch für die zahnärztliche Fortbildung anrechenbar sind. Eigene Techniker beraten die Zahnärzte und montieren die Praxiseinrichtungen, auch für Wartung und



«Wir sind eine Gesundheitsfirma», erklärt Ueli Breitschmid, Mitbesitzer der Curaden International AG.



Claudio Fuchs von Zeta Dental. Diese Firma wurde ursprünglich für den Bedarf der Zahntechniker gegründet. Seit 1991 gehört sie zur Curaden-Gruppe.



Roger Frei, General Manager der healthco-breitschmid, welche die Zahnärzte mit einem Riesensortiment vom Bohrer bis zur Praxisbeleuchtung beliefert.



Ueli Breitschmid im hochmodernen Zentrallager in Littau LU.

Reparatur sind sie besorgt. Zahnärzten werden auch spezielle Serviceleistungen geboten, so hat healthco-breitschmid 2005 die Firma Velco Solenthaler Informatik AG übernommen, welche angehenden Zahnärzten als Service mit dem Arbeitstitel «Patientenmanagement» Daten zur Konkurrenzsituation, der Kaufkraft etc. der gewünschten Landesregionen aufbereitet.

Zeta Dental SA für den Bedarf der Zahnlabors

1991 stiess die Zeta Dental SA, Riazzino TI – ursprünglich ein Konkurrenzunternehmen – zur Curaden-Gruppe. Ein ehemaliger Breitschmid-Mitarbeiter hatte die Firma für den Bedarf der Zahntechniker gegründet. Dieses von den Zwi-

lingen Claudio und Alessandro Fuchs geleitete Unternehmen beschäftigt 35 Mitarbeitende, ein Grossteil im Aussendienst, und beliefert Zahn-technikunternehmen in der ganzen Schweiz. Die Firma bietet 30 000 Artikel an, plant ganze Labor-einrichtungen und installiert und wartet und repariert die Anlagen durch eigene Fachkräfte. Der Arbeitsbereich der Zahntechniker schrumpft, weil die CAD-Technologie eine ganze Reihe von früheren Arbeitsgängen überflüssig macht und damit viel weniger Material erfordert. Auf diesen Trend reagiert die Zeta durch erhöhte Serviceleistungen. Der Katalog Labor Total 2009/2010 umfasst mehr als 500 Seiten; Produkte werden aber auch hier mehrheitlich übers Internet bestellt.

Sinkende Margen, wachsende Konkurrenz

Mit healthco-breitschmid (Zahnärzte). Curaden International (Pflegeprodukte) und Zeta Dental (Zahntechniker) deckt die Gruppe das ganze Spektrum ab. Doch sinkende Margen und wachsende Konkurrenz, namentlich aus dem Euro-Raum, zwingen zu einer Neuorientierung.

Unter dem Schirm der Curaden Group positionieren sich in Zukunft die drei Firmen, deren definitiver Name noch nicht bestimmt ist. Es ist wohl sicher, dass man den Traditionsnamen Breitschmid nicht fallen lässt. In Zukunft aber wird man nur noch einen statt drei Kataloge drucken. Mit dem neuen, grossen Zentrallager in Littau LU hat man für die kommenden Jahre vorgesorgt, damit die Warendistribution noch rationeller erfolgen kann.

Die Firmen sind wie folgt zertifiziert: ISO 9001:2000, EN ISO 13485:2003, HMG MepV und RL 93/42

Ausblick

Die drei Geschäftsleiter schauen beim Gespräch mit dem Journalisten immer wieder auf die Uhr, denn dringende Termine warten. Konzentriert wird im Interview die aktuelle Firmenstruktur zum Schluss auf den Punkt gebracht: Mit dem Holdingsschirm und den drei klar definierten Unternehmen wird sich die Gruppe zukunftssicher positionieren und dank der Zusammenlegung von Marketing und Distribution schlagkräftiger agieren können. Mit dem hochmodernen zentralen Lager in Littau und dem technischen Zentrum in Dietikon hat man die Abläufe rationalisiert und gebündelt. Mit dieser Erneuerung geht die Cura-



Bereitstellung bestellter Artikel im Zentrallager in Littau.

den Group den Weg von vielen organisch gewachsenen, durch Zukäufe grösser gewordenen KMU, die sich flexibel neuen Bedürfnissen des Marktes anpassen müssen: eine neue Häutung steht bevor.

Beim Durchblättern der schwergewichtigen Kataloge fragt man sich unwillkürlich, wie es frühere Generationen geschafft haben, ihre Zähne zu pflegen und zu reparieren. Zahnärzte und die Lieferanten künstlicher Kronen und Gebisse arbeiteten damals unter vergleichsweise archaischen Bedingungen. Dennoch ist die Frage erlaubt, ob wir heute mit der schier unübersehbaren Auswahl an Dentalprodukten an eine Grenze gestossen sind, die Fachleute wie Laien überfordert. Im riesigen Curaden-Zentrallager in Littau

wird klar, welche Organisation nötig ist, um Tausende von Zahnärzten und Zahntechnikern umgehend mit den gewünschten Produkten zu beliefern. Jedes einzelne Paket wird mehrfach kontrolliert und dann vom Logistikunternehmen DPD spediert.

Curaden macht sich im Übrigen auch sozial nützlich. Neben dem Lager ist die Caritas einquartiert, wo bedürftige Mitmenschen gegen Entgelt unter strengen hygienischen Bedingungen Produkte abfüllen, auch Strafgefangene in Gefängnissen sind mit ähnlichen Arbeiten betraut.

Mit ihren total 160 Mitarbeitenden und einem aktuellen Gesamtumsatz von 80 Millionen Franken im Jahr rüstet sich die Curaden Group für die Zukunft. Immerhin ein Drittel der Schweizer

Zahnärzte und 60% der Zahnlabors zählen zu ihrem Kundenstamm. Doch CEO Ueli Breitschmid, der als Hobby einen schneeweissen Oldsmobile Cabrio aus den Fünfzigerjahren fährt, erklärt: «Eigentlich bin ich ja pensioniert, aber auf mich kommen grosse Arbeiten zu, denn unser Auftritt im Markt muss für die Kunden klarer und die Logistik noch perfekter werden. Der Markt ist gesättigt, die Margen sinken, deshalb müssen wir unsere Kompetenz im Servicebereich noch optimaler einbringen.» In einer alternden Gesellschaft ist Gesundheitspflege ein Megatrend. Daran partizipiert die Curaden-Gruppe durch die Belieferung der Zahnärzte und Zahntechniker sowie zunehmend auch der Drogerien und Apotheken.



Universität Zürich, 24. September 2010

Staatsexamensfeier für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Prof. Dr. med. Rolf A. Streuli (Foto: zvg)

Liebe Kolleginnen und Kollegen:

Sie haben am heutigen Feiertag ein ganz wichtiges Ziel erreicht – Sie sind eidgenössisch diplomierte Zahnärztinnen und Zahnärzte geworden! Nach fünf sehr harten Jahren des Studiums dürfen Sie nach meiner kurzen Ansprache von Herrn Dr. Hans-Caspar Hirzel den Prüfungsausweis entgegennehmen, und etwas später erhalten Sie per Post das eidgenössische Diplom, welches, von Bundesrat Didier Burkhalter unterzeichnet, Ihnen erlaubt, auf dem ganzen Gebiet der Schweiz, aber auch in allen Ländern der EU den Beruf einer Zahnärztin und eines Zahnarztes auszuüben.

Natürlich wird wohl kaum jemand am nächsten Montag gleich eine eigene Praxis eröffnen!

Nach der Ausbildungszeit an der Uni folgt nun die Weiterbildung in einer Assistenz, entweder an einer der zahnmedizinischen Kliniken oder in einer Praxis. Wir sind ja ein Leben lang immer wieder Anfänger!

Nun, was erwartet Sie draussen in der freien Wildbahn? Sie haben während der letzten fünf Jahre sicher auch aus der geschützten Werkstatt der Universität heraus bemerkt, dass draussen in «the real world» des Schweizerischen Gesundheitswesens der Wind rauer geworden ist, dass die jahrelange Schönwetterperiode langsam von einem Tiefdruckgebiet abgelöst wird. In der Meteorologie haben ja alle Tiefs einen Namen, wie Hugo oder Anna. Das gesundheitspolitische, welches ich hier meine, heisst Mammon. Die Medizin ist derart teuer geworden, dass wir sie uns auch in den sehr reichen mitteleuropäischen Ländern fast nicht mehr leisten können. Die Zahnmedizin in der Schweiz ist in der glücklichen Lage,

dass sie der individuellen Verantwortung jeder Bürgerin und jedes Bürgers anheimgestellt ist, das heisst, dass keine obligatorische Versicherung besteht, die automatisch alle generierten Kosten deckt. Natürlich gibt es in Ihrem Fachgebiet nicht die Grosskatastrophen der Medizin, welche die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen weit übertreffen, wie grosse Operationen und Unfälle mit wochenlangem Aufenthalt auf der Intensivstation oder extrem teure Krebstherapien. All das ist nur mit einer obligatorischen Versicherung tragbar. Die Tatsache, dass die Zahnmedizin in der Schweiz nicht einer obligatorischen Versicherung unterstellt ist, trägt aber anerkanntermassen dazu bei, dass die Einwohnerinnen und Einwohner unseres Landes die Kariesprophylaxe wesentlich seriöser betreiben als z. B. in Deutschland, wo eine obligatorische Zahnversicherung besteht. Das ist ein Schulbeispiel dafür, dass der Mensch über das Portemonnaie zur Selbstverantwortung erzogen werden kann. Doch nun zurück zur Medizin im Allgemeinen,

zum aufziehenden Gewittersturm. Wir geben in diesem Jahr wahrscheinlich etwa 60 Milliarden Franken für die medizinische Versorgung aus; das sind 12% des Bruttoinlandsproduktes. Damit haben wir nach den USA mit 15% des BIP das zweitteuerste Gesundheitssystem der Welt, unmittelbar gefolgt von Deutschland.

England, Schweden und die Niederlande sind wesentlich billiger. Sind denn in den teuren Ländern Schweiz, USA und Deutschland die wichtigsten Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit besser als in den «billigen» Ländern? Dem ist keineswegs so! Gerade die USA haben ein ausserordentlich teures und teilweise ineffizientes Gesundheitssystem, bei dem ja auch ein recht grosser Teil der Bevölkerung keinen Versicherungsschutz genießt, was nun die Administration Obama korrigieren wird. Warum ist denn das schweizerische Gesundheitssystem derart teuer? Es gibt verschiedene Gründe, welche sich in fataler Weise kumulieren. Ich möchte im Folgenden einige aufzählen:

1. Unsere Bevölkerung wird immer älter. Die mittlere Lebenserwartung der Männer bei Geburt liegt jetzt bei 79,7 Jahren, die der Frauen bei 84,4 Jahren. Aus der Krankenversicherungsstatistik wissen wir, dass die Krankheitskosten ab dem 65. Lebensjahr exponentiell zu steigen beginnen. Dasselbe gilt auch für die zahnärztlichen Behandlungen, welche im Alter immer häufiger nötig werden. Die Arbeit wird Ihnen also nicht ausgehen!
2. Der medizinische Fortschritt: Heute können grosse Eingriffe bis ins höchste Alter gefahrlos durchgeführt werden, z. B. der Ersatz einer zu engen Aortenklappe bei 90-jährigen Patienten, eine chronische Hämodialysetherapie (d. h. künstliche Niere) bei 80-jährigen Patienten (vor 20 Jahren hat man das bis maximal 60 Jahre gemacht)! Die Mortalität am Herzinfarkt ist drastisch gesunken, da man

im Anfangsstadium der Herzkranzgefäßverengung eine Ballonkathethertherapie durchführen kann. Als ich vor genau 40 Jahren das Staatsexamen bestanden habe, ist die Hälfte der Herzinfarktpatienten im Spital gestorben, heute kommt das kaum noch vor.

3. Die unglaubliche Dichte an High-Tech-Geräten in der Schweiz: CT und MRI gibt es bald in jedem kleinsten Spitalchen. In Genf stehen drei PET-Maschinen. Zurzeit wird gestritten, wie viele Protonen-Bestrahlungsanlagen in der Schweiz Platz haben. Das Fatale an der Sache ist, dass alle drei geplanten (Villigen, Bern, Innerschweiz) voll ausgelastet würden, wenn nicht zentral dirigistisch eingegriffen und der Bau von zweien verhindert wird. Denn die freie Marktwirtschaft spielt eben im Gesundheitswesen nicht. Die Indikationen werden einfach so large gestellt, dass die Maschinen ausgelastet sind und die Krankenkasse bezahlt.
4. In der Schweiz ist die Spitaldichte nach wie vor viel zu hoch. Das hat zur Folge, dass pro Spital zu wenige Fälle gesehen werden, als dass die behandelnden Ärzte ihr Handwerk wirklich beherrschen lernten. Das gilt nicht bloss für den Chirurgen, der pro Jahr mindestens 50 Herztransplantationen durchführen sollte, um wirklich gute Resultate zu erzielen, sondern auch für komplexe Chemotherapien und anderes.
5. Jedes neu auf den Markt kommende Medikament ist viel teurer als das bisherige der gleichen Gruppe, auch wenn die chemische Innovation nur aus einer simplen Methylgruppe am Benzolring besteht. Die neuen gentechnologisch hergestellten Krebsmittel und Immunmodulatoren sind exorbitant teuer; typischerweise belaufen sich die Monatsbehandlungskosten auf CHF 4000.– bis 8000.–.

Was können wir gegen diese Entwicklung unternehmen? Auf welchen prozentualen Anteil am Bruttosozialprodukt dürfen die Gesundheitsausgaben steigen? Wie viel erträgt unsere Volkswirtschaft? Sind es 15% wie in den USA, 20% oder gar 25%? Natürlich ist das Gesundheitswesen ein wichtiger Arbeitgeber und Einkäufer von Gütern. Aber das Geld für die Gesundheitsausgaben muss ja in der Schweiz, welche weder Öl noch Diamanten oder Kupfer fördert, durch die Exportindustrie erst einmal erwirtschaftet werden. Auch als überzeugter Liberaler glaube ich nicht, dass wir im Gesundheitswesen die galoppierenden Kosten ohne zentrale dirigistische Eingriffe in den Griff kriegen werden.

Sie werden in der Zahnmedizin von derartigen fast sicher bevorstehenden dirigistischen Eingriffen kaum betroffen sein, falls Sie sich dagegen wehren! In Ihrem Fach funktioniert die freie Marktwirtschaft noch einigermaßen und verhindert Kostenexzesse. Natürlich haben Sie gar keine Freude an der Billigkonkurrenz jenseits der Grenze oder jenseits der übernächsten Grenze im Osten. Aber betrachten Sie diese Konkurrenz auch als gewissen Schutz vor den wachsamem und misstrauischen Politikern, die nur zu gerne regulatorisch eingreifen würden, wenn die Preise zu hoch ansteigen.

Ich habe vorhin die steigende Lebenserwartung unserer Bevölkerung als wichtigen kostentreibenden Faktor im Gesundheitswesen erwähnt. Dieser Faktor hat aber für alle Gesellschaften der industrialisierten Welt gravierende Auswirkungen. Wir treiben nämlich sehenden Auges auf eine demografische Falle zu. Es ist nicht nur so, dass wir immer älter werden, sondern wir haben auch fast keine Kinder mehr. Die Bevölkerungspyramide ist schon lange keine Pyramide mehr, sondern eine umgekehrte Birne, wo oben die vielen Alten stehen und unten im dünnen Bereich die

Kinder und Jungen, deren Zahl immer kleiner wird. Wenn bei der Einführung der AHV im Jahre 1948 acht Erwerbstätige für einen Rentner aufgenommen mussten, der nach dem 65. Altersjahr nur noch etwa sieben Jahre lebte, müssen bald zwei Erwerbstätige einen Rentner durchfinanzieren, der zudem wahrscheinlich noch 20 Jahre leben wird. Wir und auch meine Vorfahren haben Ihnen da eine gewaltige, bald nicht mehr tragbare Bürde aufgeladen, deren Lösung Ihre Fantasie und Ihr politisches Geschick herausfordern wird. Das Problem hat Sprengkraft und wird die Generationensolidarität auf eine harte Probe stellen. Ich hoffe, dass Sie eine friedliche Lösung finden werden. Ich bin überzeugt, dass Ihrer Generation das in gut schweizerischer Art gelingen wird, nämlich indem alle etwas nachgeben.

Ich möchte meine Ausführungen aber nicht mit schwarzen Gedanken ausklingen lassen. Denken sie am heutigen Freudentag auch an Ihre Eltern, die hier im Saal sitzen und die sich mit Ihnen freuen. Sie haben es ermöglicht, dass Sie es so weit gebracht haben. Ihnen gilt ein grosses Merci und ein grosser Applaus, genau so auch Ihren Professoren und Lehrern, die Sie während der letzten fünf Jahre trainiert haben. Ich wünsche Ihnen alles Gute auf Ihrem weiteren Weg.

Urkunden für die besten Abschlussnoten erhielten:

1. Rang Frau Ursina Signon
 2. Rang Frau Angelika Hafner
 3. Rang Frau Linda Antonini
 4. Rang Herr Alexander Marti
 5. Rang Frau Susanna von Gerbel und Herr Oliver Ernst
- Den SSO-Preis übergab Herr Dr. Rainer Feddern. Die Preisträgerin war Frau Angelika Hafner.



Alle Staatsabsolventinnen und -absolventen beim Fotoshooting.

FDI-Kongress in Salvador de Bahia

Vom 2. bis 5. September 2010 fand in Salvador de Bahia in Brasilien der Internationale Kongress der FDI statt. Leider wird der diesjährige FDI-Kongress als eine müde und glanzlose Veranstaltung in die Annalen der Vereinigung eingehen. Das wird man kaum der ehemaligen Hauptstadt des Kolonialstaates anlasten – vielmehr waren der Kongress an sich sowie die Rahmenveranstaltungen in vielerlei Hinsicht enttäuschend.

Dr. Philippe Rusca, President-elect ERO-FDI (Text und Bilder)

Am 30. August begannen die Foren und Geschäftssitzungen der Delegierten aller Mitgliedsländer. Bereits zu Beginn herrschte allgemeines Missbehagen, eine Reaktion auf die Amtsniederlegung des Exekutivdirektors der FDI, Dr. David Alexander. Er war Anfang Juli 2010 zurückgetreten und hatte die Geschäftsstelle der FDI in einer schwierigen Lage zurückgelassen. Dem Vorstand der FDI und vor allem dessen Präsidenten, Dr. R. Vianna, war es anschliessend nicht gelungen, den Rücktritt Alexanders angemessen zu handhaben und zu kommunizieren. Hier die wesentlichen Punkte aus den Versammlungen: Die FDI hat das Amt des Exekutivdirektors ausgeschrieben, das derzeit interimistisch vom Finanzdirektor geführt wird. Mit einem neuen Defizit von 82 411 € befindet sich die FDI in einer prekären Lage. Der Kongress 2010 in Salvador veranschlagt ein Defizit von 500 000 € – und dies im ungünstigsten Moment! Die schwache Teilnahme aufseiten der Gastgeber – trotz einer stolzen Mitgliederzahl von 210 000 brasilianischen Mitgliedern waren nur 2500 Kolleginnen und Kollegen gekommen – lassen tiefrote Zahlen befürchten. Die Ursachen liegen in einer katastrophalen Kommunikationspolitik sowie in einer

angespannten Atmosphäre zwischen den verschiedenen brasilianischen Verbänden. Eine externe Untersuchungskommission soll nun die Gründe für die Missstände innerhalb der FDI herausfinden.

Angesichts dieser bewegten Situation hat der Vorstand der FDI beschlossen, den Kongress 2012 in Genf abzusagen und ihn an einen Ort zu verlegen, der Rekordgewinne garantieren soll. Da die Schweizer Delegation bereits Vorbereitungen für Werbung und Kommunikationsmassnahmen getroffen hatte, wurde dieser Entscheid nur mit grossem Missfallen zur Kenntnis genommen. Die bereits erfolgten Arbeiten müssen nun finanziell entschädigt werden.

Die Europäische Regionalorganisation der FDI, ERO (European Regional Organisation of the Fédération dentaire internationale), ist ebenfalls zu ihrer Plenarsitzung zusammengetreten. Sie hat ihre Arbeit unter der Leitung ihres neuen Präsidenten, Dr. G. Seeberger (It), und mit dem in Eriwan neu gewählten Vorstand wieder aufgenommen. Nachstehend die wesentlichen Entscheidungen: Die Statutenänderungen, welche die Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches erfüllen, wurden angenommen. Dem

Anerkennungsverfahren der ERO im Kanton Genf als gemeinnützige Nichtregierungsorganisation steht somit nichts mehr im Weg. Diese Statutenanpassung schafft die nötige Rechtsgrundlage und klärt deren juristische Rechtsstellung. Berichte und Tätigkeiten der Arbeitsgruppen: Die Gruppe «Liberal dental practice in Europe» hat ein offizielles Statement abgegeben, in der die Zahnärzte vor selektiven Verträgen gewarnt wer-



Typische Tracht von Salvador de Bahia



Eingang zum Kongresszentrum



Altstadt von Salvador de Bahia, eingetragen im Weltkulturerbe

den, da sie die Unabhängigkeit der praktizierenden Zahnärzte gefährden.

Finanziell steht die ERO auf einem soliden Fundament, und die Organisation kann zuversichtlich in die Zukunft blicken.

Die Dentalmesse sowie die wissenschaftlichen Konferenzen fanden im Bahia Convention Centre statt, einem 1993 erbauten Komplex, an dem das raue Atlantikklima sichtbar nagt. Zwar bewegten sich die Konferenzen auf einem guten Niveau, doch die Infrastruktur in den Räumlichkeiten liess einiges zu wünschen übrig. In diesem Punkt werden mir die rund 30 Schweizer Kolleginnen und Kollegen, die zur Reise nach Brasilien angetreten waren, sicherlich nicht widersprechen.

Mein Bericht über den FDI-Kongress 2010 mag ein wenig hart tönen. Dennoch möchte ich ihn nicht als Kritik an Brasilien und seinen Menschen verstanden wissen. Dieses Land begeistert durch seine Vielfalt, seine Schönheit und seine stets gastfreundliche und lächelnde Bevölkerung. Die FDI hinterlässt bei den Mitgliedern der Schweizer Delegation und bei vielen Sympathisanten gemischte Gefühle – nicht zuletzt aufgrund der Absage des Kongresses 2012 in Genf.

Dennoch will ich den Bericht in einem etwas optimistischeren Ton abschliessen und lade alle Schweizer Kolleginnen und Kollegen nochmals zum kommenden FDI-Kongress ein, der vom 14. bis 17. September 2011 in Mexico City stattfinden wird.



Die überall anzutreffenden Favelas Brasiliens



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

Kongresse / Fachtagungen

Bericht über die 40. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP) vom 23. bis 25. September 2010 in Basel

Klinische Aspekte der Parodontologie – Updates und Präzisierungen

Auch zum Jubiläum des 40-jährigen Bestehens war die Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie SSP Anlass für alle an der Parodontologie Interessierten, sich an einem attraktiven Ort fortzubilden – dieses Jahr wieder einmal am Rheinknie, im Kongresszentrum der Messe Basel. Unter der Schirmherrschaft von Dr. Dominik Hofer, Präsident der SSP, hatte das wissenschaftliche und organisatorische Team mit Prof. Roland Weiger, Prof. Nicola U. Zitzmann und Dr. Clemens Walter von der Uni Basel erstklassige Referenten aus verschiedenen Ländern dazu eingeladen, über den aktuellen Stand des Wissens zu den Themen Periimplantitis und Parodontitis zu berichten.

Thomas Vauthier (Text und Fotos)



Prof. Roland Weiger und sein Team von der Universität Basel waren die lokalen Gastgeber der 40. Jahrestagung der SSP.

Der Vorkurs vom Donnerstagnachmittag stellte die Periimplantitis in den Vordergrund. Die drei Referenten widmeten sich neben der Prävalenz der Periimplantitis vor allem den praktischen Aspekten wie der Diagnostik und dem Stellenwert aktueller Therapievarianten.

Das wissenschaftliche Hauptprogramm am Freitag setzte sich vorwiegend mit klinischen Aspekten der Parodontologie auseinander, welche von der Diagnostik bis zur Perioprothetik reichen. Am Nachmittag wurde im Rahmen eines «Round Table» ein komplexer klinischer Fall von namhaften Fachleuten unter der Moderation von Jan Lindhe beleuchtet und im Hinblick auf die Entscheidungsfindung kritisch diskutiert.

Der Samstag zeigte aktuelle Perspektiven und Trends in der Parodontologie auf. So wurden Themen wie «socket preservation», «Biofilm – Stand der Wissenschaft», «Parodontale Medizin» und «Wer braucht wie viel parodontale Therapie?» behandelt.

Vorkurs, Donnerstag, 23. September

Periimplantitis – eine einst unbekannte Erkrankung wird zur größten Herausforderung für die Parodontologie

Prof. Tord Berglundh, Universität Göteborg

Periimplantitis ist gekennzeichnet durch Blutung bzw. Eiteraustritt bei der Sondierung und durch Knochenabbau. Der Schlüssel zur Diagnose ist immer das systematische Sondieren. Jüngere Querschnittstudien zeigten, dass die Prävalenz der leichten, mittleren und schweren Formen der Krankheit bei 28% bis 56% liegt. Für Periimplantitis charakteristische Läsionen weisen histopathologische Merkmale auf, die denen der Parodontitis ähnlich, aber nicht identisch sind. Ausserdem ist zu beobachten, dass die Progredienz der Periimplantitis weniger gut vorhersehbar, aber erheblich aggressiver ist als jene der Parodontitis. Während Probanden mit einer vorangegangenen schweren Parodontitis ein höheres Periimplantitisrisiko aufweisen, sind auch andere Risikofaktoren zu berücksichtigen, wie beispielsweise Veränderungen der Implantatoberflächen. Bei tierexperimentellen Modellen mit einer spontanen Progression der Periimplantitis erwies sich, dass bestimmte Implantattypen ein höheres Knochenverlustrisiko beinhalten. Auch die Beschaffenheit einer implantatgetragenen Prothese kann ein zusätzliches Periimplantitisrisiko darstellen. Zur Vorbeugung der Periimplantitis muss gewährleistet werden, dass die Hygienemassnahmen durch den Patienten, den Zahnarzt bzw. die Dentalhygienikerin jederzeit optimal durchgeführt werden können.



Speaker's Corner am Vorkurs: (von links nach rechts) Prof. Andrea Mombelli, Prof. Stefan Renvert und Prof. Tord Berglundh

Während alle Implantatpatienten einer zureichenden Nachsorge- und Unterstützungstherapie bedürfen, müssen bei parodontitisanfälligen Patienten eine besonders gründliche Infektionsbekämpfung und regelmässige Kontrollen im Rahmen der Nachuntersuchung vorgesehen werden.

Differenzialdiagnose und Therapie der Periimplantitis

Prof. Andrea Mombelli, Universität Genf

Anstelle des aus persönlichen Gründen verhinderten PD Dr. Frank Schwarz aus Düsseldorf konnte kurzfristig Prof. Andrea Mombelli, Leiter der Abteilung für Parodontologie an der Universität Genf und Experte auf dem Gebiet der parodontalen Mikrobiologie, als Referent gewonnen werden.

Über die auslösenden Faktoren periimplantärer Entzündungsvorgänge und Resorptionsprozesse ist viel spekuliert worden. Tatsache ist jedoch, dass die Defekte stets bakteriell infiziert sind. Der Schlüssel zum Erfolg der Behandlung – und gleichzeitig die grösste Herausforderung – ist die möglichst vollständige Entfernung sämtlicher bakterieller Ablagerungen von den Implantatoberflächen. Zurzeit werden die Reinigung mit Titanbürstchen und die Implantatplastik mit rotierenden Instrumenten propagiert. Für die Dekontamination der rauen Implantatoberfläche eignet sich auch das piezoelektrische Ultraschallgerät mit einem geeigneten Ansatz aus Stahl. Stahlansätze hinterlassen zwar Spuren, was auf den glatten Oberflächen in der Halspartie unerwünscht ist (deshalb werden in der Prophylaxe Instrumente aus Kunststoff verwendet). Bei der Periimplantitisbehandlung ist dies jedoch zweitrangig. Hier ist eine maximale Dekontaminationswirkung auf einer kompromittierten, rauen Oberfläche gefragt. Die Implantatplastik mit rotierenden Instrumenten wird kritisch diskutiert, da diese Prozedur schwer kontrollierbare Kontaminationen der Weichgewebe mit Implantatabrieb verursacht und eventuell sichtbare Titan-Tatoos hinterlässt. Nach der mechanischen Reinigung sind eine gründliche desinfizierende Spülung und die Verabreichung von systemischen Antibiotika angezeigt. Die Kombination Metronidazol plus Amoxicillin, meist während sieben Tagen, hat sich bestens bewährt. Die nicht chirurgische Vorgehensweise hat ihre Grenzen, kann aber eine sinnvolle Vorbehandlung für eine chirurgische Weiterbehandlung sein.

Periimplantitistherapie

Prof. Stefan Renvert, Universität Kristianstad, Schweden

Wenn ein Patient an Periimplantitis erkrankt, sind häufig mehrere Implantate betroffen. In der For-

schung wurde die Tatsache hervorgehoben, dass Parodontitispatienten ein besonderes Periimplantitisrisiko darstellen. Periimplantäre Erkrankungen treten ebenfalls in Verbindung mit Rauchen und mangelhafter Mundhygiene auf. Die bisher vorgeschlagenen Periimplantitistherapien beruhen auf der Beseitigung der Infektion. Mehrere Berichte weisen auf das Heilungspotenzial periimplantärer Gewebe nach der Beseitigung der periimplantären Mikrobioten hin. Mechanische, nicht chirurgische Therapien können zwar bei der Behandlung periimplantärer Mukositisläsionen erfolgreich sein, haben aber keine dauerhafte Wirkung auf die Periimplantitis. Er:YAG-Lasersysteme und ein neu auf dem Markt eingeführtes Air-Polishing-Gerät mit Glycinpulver (Perio Flow®) sind neue Ansätze für eine nicht chirurgische Therapie der Periimplantitis.

Nach dem mechanischen, möglichst die Implantatoberfläche schonenden Debridement mit einer Titankürette erfolgt eine Dekontamination mit Wasserstoffperoxyd (3–5%). Erfolgt der Eingriff unter Aufklappung, wird die Gabe systemischer Antibiotika empfohlen.

Tierexperimentelle Studien haben gezeigt, dass mittels einer chirurgischen Reinigung der infizierten Implantatoberfläche eine Reintegration erreicht werden kann. In Versuchen am Menschen ermöglichten knochenaugmentative chirurgische Verfahren eine Auffüllung des Defekts. Die besten Resultate werden bei zirkulären, kraterförmigen Einbrüchen erreicht.

Hauptprogramm, Freitag, 24. September

Parodontale Diagnostik – was brauche ich wirklich?

Dr. Dogan Kaner, Charité, Berlin

Vor jeder Therapie steht eine Diagnose, die das Ergebnis verschiedener Befunderhebungen ist. In der Parodontaldiagnostik werden üblicherweise klinische Daten wie Sondierungstiefe, Rezessionen, Attachmentverlust und Sondierungsblutung



Dr. Dogan Kaner diskutierte den Nutzen von Labortests in der Paro-Diagnostik sehr kritisch.

erhoben und mit radiologischen Daten ergänzt. Bei sechs Messstellen pro Zahn ergibt diese Befunderhebung Hunderte von stellenspezifischen Einzeldaten, die der Kliniker zu einer patientenbezogenen Diagnose zusammenfasst.

Als Ergänzung zur klinischen Diagnostik werden Labortests angeboten, mit denen parodontalpathogene Bakterien nachgewiesen werden können oder Patienten mit genetisch bedingtem erhöhtem Erkrankungsrisiko identifiziert werden sollen. Anhand dieser diagnostischen Daten werden letztlich therapeutische Entscheidungen getroffen, wie z. B. der Umfang der Parodontaltherapie (nicht chirurgisch, chirurgisch, Recallintervall), ob eine adjuvante Antibiotikatherapie indiziert ist und welches Antibiotikum verordnet werden soll. Doch welche dieser Tests sind wirklich validiert? Hält Labordiagnostik, was sie verspricht?

Der Experte stellte fest, dass die mikrobielle Diagnostik nicht zwischen aggressiver und chronischer Parodontitis unterscheiden kann. Möglicherweise gibt es auf individuelle mikrobielle Profile gerichtete Parodontaltherapien, doch diese sind bis anhin nicht bekannt. Und: Bei adjuvanter Verabreichung systemischer Antibiotika ist die Wirksamkeit unabhängig vom mikrobiologischen Ausgangsbefund. Auch die neu angepriesenen Methoden zur Enzymdiagnostik (Matrix-Metalloprotease 8 in der Sulkusflüssigkeit) erfüllten bis anhin bei Weitem nicht die in sie gesetzten Erwartungen.

Nicht chirurgische Parodontitistherapie: Was geht? Was geht nicht?

PD Dr. Patrik Schmidlin, Universität Zürich

Die sogenannte Hygienephase hat eine zentrale Bedeutung im systematischen Parodontitisbehandlungskonzept und stellt keine prächirurgische Therapiephase dar. Im Gegenteil, durch eine strikte Behandlung und Betreuung sollte die chirurgische Therapienotwendigkeit deutlich reduziert werden. Der Hauptfokus der nicht chi-



PD Dr. Patrik Schmidlin: Die mechanische Reinigung bleibt nach wie vor der Goldstandard, obwohl intensiv weitergeforscht wird.

Im Rahmen der Jahrestagung 2010 der SSP

Laureati

Traditionsgemäss wurden am 40. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie ein wichtiger Schweizer Forschungspreis vergeben und die neuen Spezialisten der Fachgesellschaft vorgestellt.

Thomas Vauthier (Text und Fotos)

Der **Oral-B-Preis für klinische Präsentationen** unter der Schirmherrschaft der SSP dient der Förderung exzellenter klinischer Fallpräsentationen im Bereich Parodontologie und Prophylaxe. Dieser Preis im Betrag von CHF 5000.– wird jährlich für maximal zwei klinische Fallpräsentationen vergeben, welche die Behandlung von Patienten mit parodontalen oder periimplantären Problemen dokumentieren. Teilnahmeberechtigt sind alle in der Schweiz tätigen Zahnärzte und Dentalhygienikerinnen.

Das Manuskript in deutscher, französischer oder italienischer Sprache soll eine kurze Darstellung des Falls inklusive Anamnese und Wünschen des Patienten, Diagnose, Behandlungsziel, Behandlungsablauf und eine Diskussion beinhalten. Die Dokumentation soll geeignete Fotografien und Röntgenbilder von hoher Qualität sowie klinische oder anderweitige Unterlagen beinhalten. Jede Abbildung muss mit einer eigenständigen Legende versehen sein und im Text erwähnt werden. Bereits anderswo publizierte oder eingereichte Fälle sind nicht zugelassen.



Übergabe des Oral-B-Preises 2010 (von links nach rechts): Tanja Burdett von der Firma P & G, Oral Health, die beiden Preisträger *med. dent. Fabiola Krebs* und *Dr. Raphaël Moëne*, mit *Dr. Marcel Iff* als Vertreter der Jury sowie *Dr. Dominik Hofer*, Präsident der SSP.

Die maximal zwei Preisträgerinnen oder Preisträger werden von einer vom Vorstand der SSP bestimmten Jury mit drei Mitgliedern ausgewählt. Die eingereichten Arbeiten werden auf der Basis ihres klinischen, wissenschaftlichen und didaktischen Werts sowie aufgrund der formalen Qualität von Text und Bild evaluiert. Die Preisverleihung und Übergabe erfolgt ausschliesslich an der Jahresversammlung der SSP.

Den Oral-B-Preis 2010 gewonnen haben

med. dent. Fabiola Krebs, Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie, Universität Basel, für ihre Arbeit «*Nicht-implantologische konservierende parodontale Therapie bei einer Patientin mit aggressiver Parodontitis und multiplen Risikofaktoren*»

und

Dr. Raphaël Moëne, Division de physiopathologie buccale et parodontie, Universität Genf, für seine Arbeit «*Présentation de cas clinique*».

Der «**Hans-R.-Mühlemann-Forschungspreis**» für junge Kliniker und Forscher aus dem In- und Ausland wurde 2010 nicht verliehen.

Hingegen wurden in einer zweiten Zeremonie dieses Jahr für vier neue Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Parodontologie nach erfolgreichem Bestehen der Prüfungen durch *Dr. Dominik Hofer* offiziell vorgestellt, begrüsst und in die Fachgesellschaft SSP aufgenommen.



Es sind dies (von links nach rechts): *Frau Dr. Caroline Fischer*, 8805 Richterswil (nicht auf dem Bild); *Frau Dr. Barbara Carollo*, 3063 Ittigen; *Herr Dr. Raphaël Moëne*, 1201 Genf; *Herr Dr. Marco Aglietta*, 3011 Bern.

Allen Laureati auch an dieser Stelle nochmals herzlichen Glückwunsch!

urgischen Parodontitisbehandlung liegt immer noch auf der gezielten Entfernung von Konkrementen und der Reduzierung und Unterdrückung von Plaque und Biofilm. Auch wenn Restzahnstein zurückbleibt (bis zu 35%!)) können bei überlappender Arbeitsweise mit Ultraschall toxische Bakterienprodukte praktisch vollständig eliminiert werden. Auch konnte gezeigt werden, dass sich auf mit Chlorhexidin dekontaminiertem Zahnstein trotzdem ein epitheliales Attachment ausbilden kann.

Die mechanische Reinigung bleibt nach wie vor der Goldstandard. Neue Methoden wie Pulverstrahlgeräte, Laser und Ultraschallgeräte mit integrierter Software für die Zahnsteindetektion zeigen aber keine wesentliche klinische Verbesserung des Reinigungspotenzials oder der klinischen Heilung.

Die Anwendung von Therapieformen mit zusätzlich antibakteriellen Eigenschaften scheint in Anbetracht der Ätiopathogenese wünschenswert. Eine Reihe von antiinfektiösen Substanzen wie Chlorhexidin oder Jod wurden getestet, doch auch hier fehlt bis dato die klare Evidenz, welche einen Routineeinsatz sinnvoll erscheinen liesse. Bekannte und neue antibakterielle Substanzen, darunter auch Naturprodukte, müssen weiter untersucht werden. Antibakterielle Substanzen mit optimierten galenischen Eigenschaften und verbesserten Applikationsmöglichkeiten wären eine wünschenswerte unterstützende Massnahme. Leider ist die Verfügbarkeit von wirksamen Produkten und Systemen im Bereich der lokalen Antibiose zurzeit stark eingeschränkt, obwohl die Effizienz einiger Trägersysteme in diversen Studien belegt werden konnte. Die verantwortungsvolle Verordnung von systemischen Antibiotika bei fortgeschrittenen und/oder aggressiven Verlaufsformen stellt ebenso eine sinnvolle und effektive Behandlung dar.

In Zukunft werden uns vielleicht aber auch neue Behandlungsmethoden wie probiotische Therapie oder Vakzinationen beschäftigen. Neu im Gespräch sind auch die sogenannten Resolvine. Das Vorhandensein adjuvanter Therapieformen sollte uns aber nie die herkömmliche Parodontalbehandlung vergessen lassen. Der langfristige Therapieerfolg wird weiterhin abhängig bleiben von guter Mundhygiene, professioneller Nachbetreuung, Tabakabstinenz und systemischer Gesundheit.

(Wann) Sind Antibiotika nötig?

Prof. David Herrera, University Computense, Madrid

Parodontale Erkrankungen sind mit spezifischen Bakterienarten verbunden, die sich im subgingivalen Biofilm organisieren. Die Ätiologie der Parodontitis hingegen lässt sich nur aus einem mul-



Prof. Nicola U. Zitzmann und der Gast aus Madrid, Prof. David Herrera: Mechanisches Debridement ist der Grundpfeiler der Paro-Therapie, Antibiotika sind nur eine ergänzende Massnahme.

tifaktoriellen Modell heraus erklären, in dem die bakterielle Belastung eine erste Stufe darstellt. In der Parodontologie ist die anfängliche Grundbehandlung, als ursachenbezogene Therapie, immer der Ausgangspunkt für jegliche weitere Behandlung, und unter Umständen ist sie an sich schon ausreichend. Doch bei bestimmten Patienten und an bestimmten Stellen in der Mundhöhle ist das subgingivale Debridement nicht in der Lage, der Erkrankung beizukommen. Beim Einsatz einer systemischen Antibiose zur Behandlung der Parodontalerkrankungen wird davon ausgegangen, dass die konventionellen Behandlungsmethoden bei bestimmten Patienten und an bestimmten Standorten unzureichend sind. Trotzdem bleiben etliche Fragen offen. Hat die systemische Antibiose in der Parodontologie wirklich ihre Berechtigung? Wenn ja, wie und bei welchen Patienten sollen Antibiotika dann zur Anwendung kommen? Festzuhalten ist, dass der Einsatz von Antibiotika als Monotherapie zur Behandlung von Parodontitis nicht akzeptabel ist. Wenn schon systemische Antibiotika, dann nur als ergänzende Massnahme zum subgingivalen Scaling and Root Planing (SRP). Die besten Resultate werden erzielt, wenn Antibiotika erst am Ende der Phase des systematischen mechanischen Debridements eingenommen werden. Letzteres sollte im Übrigen in einer möglichst kurzen Zeitspanne (7–12 Tage) durchgeführt werden.

Behandlung des angulären Knochendefekts

Prof. Jan Lindhe, Universität Göteborg

Im Gegensatz zur häufigsten – der horizontalen – Form des Knochenverlusts bei Parodontitis charakterisieren sich anguläre Knochenläsionen

durch vertikale Knocheneinbrüche unter das allgemeine Knochenniveau: Sie werden auch als infraossäre Läsionen bezeichnet. Schon 1952 zeigte JENS WAERHAUG, dass der Knochen nicht direkt in den entzündlichen Prozess involviert ist. Der Abstand zwischen dem subgingivalen Biofilm, der sogenannten «kontaminierten» Wurzeloberfläche, und dem Knochen beträgt 2 mm. Insofern bevorzugt Jan Lindhe als präzise Bezeichnung des infraossären Knocheneinbruchs einen «angulären Knochendefekt, in dem sich eine Läsion abspielt» (*angular bone defect that harbors a lesion*).

Des Weiteren diskutierte der Experte die Rolle des subgingivalen Biofilms, okklusaler Traumata und endodontischer Infektionen. Besonders hob er den Stellenwert einer zutreffenden Diagnose (und Differenzialdiagnose) hervor. Nur so ist es möglich, eine ursachenbezogene Behandlungsstrategie zu formulieren. Und er zitierte dazu MORTON



Prof. Jan Lindhe: "... an angular bone defect that harbors a lesion."

AMSTERDAM, Professor emeritus am International College of Dentists in Rockville (USA), welcher 1974 festhielt: "There may be different ways of treating a disease, but there can be but one correct diagnosis".

Der Referent präsentierte auch die wichtigsten Daten aus klinischen Langzeitstudien und systematischen Literaturübersichten zu den mit der resektiven und der regenerativen Therapie erreichten Ergebnissen. Beim Vorhandensein von tief angesiedelten angulären Defekten mag der Zahnarzt sich für die Extraktion des oder der betroffenen Zähne entscheiden und den zahnlosen Bereich mittels einer implantatgetragenen Prothese wiederherstellen.

Entscheidungsfindung zur Behandlung furkationsbefallener Oberkiefermolaren

Dr. Clemens Walter, Universität Basel

Molaren mit Furkationsbeteiligung stellen ein erhöhtes Risiko für frühzeitigen Zahnverlust dar. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Prognose für diese Zähne: der Furkationsgrad, der bereits aufgetretene Attachmentverlust, die Anzahl noch vorhandener Molaren, die Rauchergewohnheiten und die gewählte Behandlungsform. Bekannt ist ferner, dass Molaren weniger gut auf eine nicht chirurgische Parodontistherapie reagieren. Persistierende erhöhte Sondierungstiefen ab 6 mm sollten jedoch einer weiteren Therapie unterzogen werden, da sonst häufig zusätzlicher Attachmentverlust auftritt.

Generell ist festzuhalten, dass regenerative Verfahren im Oberkiefer-Seitenzahngebiet meist enttäuschende Resultate bringen.

Für die Therapie furkationsbefallener Oberkiefermolaren wurde eine Graduierung bezüglich der Invasivität des resektiven Eingriffs vorgeschlagen. Die Invasivität nimmt zu, je mehr Zahnhartsubstanz und parodontales Attachment geopfert werden müssen.

Nach dieser Einteilung ist ein offener chirurgischer Zugang zu den Wurzeloberflächen das am wenigsten invasive Vorgehen im Furkationsbereich. Der Wundverschluss erfolgt mit dem Ziel der radikalen Taschenelimination über einen klassischen, apikal reponierten Lappen. Die nächsthöhere Invasivität beinhaltet eine zusätzliche Tunnelpräparation durch Osteo- und/oder Odontoplastik zwischen allen drei verbleibenden, möglicherweise separierten Molarenwurzeln. Als Ultima Ratio gelten Verfahren, bei denen eine oder gar zwei Wurzeln – mit dem oder ohne den dazugehörigen Kronenteil – entfernt werden.

Der Ermöglichung einer lebenslangen supragingivalen Plaquekontrolle auch zwischen den verbleibenden Wurzeln kommt entscheidende Bedeutung für den Langzeiterfolg zu. Dem Pa-



Dr. Clemens Walter: Der Erhalt von Molaren mit Furkationsbeteiligung erfordert komplexe Techniken, kann sich aber lohnen.

tienten sollte zur täglichen Reinigung das Interdentalraumbürstchen – tageweise alternierend mit Elmex-Gelee (Kariesprophylaxe) und Plakout-Gel (Parodontitisprophylaxe) – empfohlen werden.

Perio-Prothetik – wann, wa, wie? – Und wie lange hält das?

Prof. Nicola U. Zitzmann, Universität Basel

Die Anforderungen an die sogenannte Perio-Prothetik sind einerseits die Schaffung stabiler, entzündungsfreier Verhältnisse um die prospektiven Pfeilerzähne und andererseits prothetische Aspekte wie Funktion und Ästhetik.

Die enge Beziehung zwischen der Parodontologie und der rekonstruktiven Zahnmedizin zeigt sich nicht nur in der resektiven Parodontalchirurgie, die nachfolgend eine Rekonstruktion erforderlich macht, sondern auch in den vorbereitenden perio-prothetischen Massnahmen zur Verlängerung des klinischen Kronenteils oder zum Aufbau zahnloser Kammareale. Auch in der Parodontologie sind die Möglichkeiten und Grenzen prothetischer Versorgungen bedeutsam, insbesondere sobald ein Zahnverlust im Frontzahnbereich auftritt. Hier ist neben der Frage nach einem provisorischen Ersatz auch der Langzeiterfolg prothetischer Rekonstruktionen bei Pfeilerzähnen mit parodontalem Attachmentverlust entscheidend. Verschiedene Studien und Metaanalysen konnten belegen, dass bei festsitzenden Rekonstruktionen auch bei stark reduziertem, aber gesundem parodontalem Attachment Überlebensraten von 96,4% nach fünf Jahren und von 92,9% nach zehn Jahren möglich sind. Bei der Planung ist auf eine optimale Ausgestaltung der Interdentalräume zu achten. Allenfalls ist auch eine abnehmbare Lösung zu erwägen. Ob durch den Einsatz von Implantaten prognostisch gute Resultate erzielbar sind, hängt in erster Linie vom Ausgangsbefund und von der Aggressivität der Parodontitis ab. Auch für den Risikofak-



Dr. Christof Ramseier: Die Stabilisierung der parodontalen Situation ist Routine geworden, die Periimplantitis stellt uns jedoch vor neue Herausforderungen.

tor Rauchen zeigen sich erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Prognose von Implantaten.

Wie erhalte ich eine stabile parodontale/periimplantäre Situation?

Dr. Christof Ramseier, Universität Bern

Die parodontale Langzeitbetreuung umfasst die individuelle Risikodiagnostik sowie die Ermittlung des optimalen Recall-Intervalls. Entsprechend der Höhe des Risikos wird die parodontale/periimplantäre Erhaltungstherapie in einem Abstand von drei, sechs oder zwölf Monaten angeboten. Folgende sechs Parameter bilden die Grundlage der parodontalen Risikodiagnostik: Bluten auf Sondieren, Anzahl Taschen mit einer Sondierungstiefe von mehr als 4 mm, Anzahl fehlender Zähne, prozentualer Alveolarknochenverlust, systemische Faktoren (z. B. Diabetes mellitus) und Verhaltensfaktoren (z. B. Tabakkonsum oder Stress).

Während die Stabilisierung der parodontalen Situation in der täglichen Praxis für natürliche Zähne bereits Routine geworden ist, zeigt eine stets wachsende Anzahl erfolgreich inserierter Zahnimplantate in klinischen Langzeituntersuchungen sowohl die Entstehung einer periimplantären Mucositis als auch auch der Periimplantitis auf. Analog der Entwicklung von Gingivitis und chronischer Parodontitis wird auch hier als primäre Ursache die Bildung eines supra- und submucosalen Biofilms an Implantatoberflächen angesehen. Als weitere Faktoren sind das Rauchen sowie das Vorhandensein einer chronischen Parodontitis bekannt. Obwohl Konzepte zur Vorbeugung der periimplantären Mucositis und zur frühzeitigen Behandlung der Periimplantitis, wie z. B. die auffangende kumulative unterstützende Therapie (AKUT), in der Literatur vorgestellt worden sind, bleiben bislang Therapieversuche zur erfolgreichen Dekontaminierung von Implantatoberflächen aus. Während die Prävalenz der Periimplantitis grundsätzlich mit jedem neu ge-

setzten Implantat steigen wird, nimmt auch die Problematik zu, die sich rund um die Therapiemöglichkeiten der Periimplantitis selbst wie auch um die Weiterbehandlung nach einer gegebenenfalls notwendigen Explantation stellt.

Referate vom Samstag, 25. September

«Socket preservation» – wann, womit, und brings wirklich was?

PD Dr. Ronald E. Jung, ZZMK Universität Zürich
Was mache ich mit der Extraktionsalveole? Millionen von Zähnen werden weltweit pro Jahr extrahiert, und es gibt keine klaren Strategien und Indikationen hinsichtlich «socket preservation» oder Alveolarkammprävention. GBR ist die am besten dokumentierte Technik für die Prävention des Alveolarkammabbaus. Sie ist jedoch mit einer Lappenelevation und einer langen Heilungszeit verbunden.

Nach einer Zahnextraktion ohne weitere Massnahmen muss im Schnitt mit einer Reduktion der bukkalen Wand von 50% gerechnet werden. Die Verwendung von GBR mittels Membranen nach Zahnextraktion kann die Kammdimensionen gegenüber der Spontanheilung erhalten. Nach Sofortimplantation und Lappenelevation erwartet man im Durchschnitt eine bukkale Resorption von ca. 56%. Die horizontale Knochenresorption scheint bei Sofortimplantation durch die Applikation eines langsam resorbierbaren Ersatzmaterials (BioOss®) mit oder ohne Membran weniger ausgeprägt zu sein. Die Verwendung von Punch-Transplantaten führt zu einer biologischen und ästhetischen Integration des Weichgewebes an der Empfängerstelle. Strategien hinsichtlich «socket preservation» können entweder versuchen, die Hart- und Weichgewebe zu erhalten, oder aber versuchen, die Gewebe mittels Ersatzmaterialien zu optimieren. Der Fokus kann dabei auf den Weichgeweben oder dem Knochen liegen, im Idealfall auf beiden Geweben.



PD Dr. Ronald E. Jung und Prof. Nicola U. Zitzmann: zwei brillante Referate über den Erhalt des Alveolarkamms und die Perio-Prothetik.

Neue Technologien im Bereich digitaler 3 D-Darstellung erlauben es heute, sehr exakt Volumendifferenzen nachzuweisen. Somit können die verschiedenen Techniken über die Zeit geprüft werden, um Empfehlungen dazu zu geben, welche Technik wirklich was bringt und welche nicht. Die Wünsche für künftige Entwicklungen im Bereich des Erhalts respektive der Regeneration der Hart- und Weichgewebe nach Zahnextraktionen sind ein einfaches klinisches Handling ohne Lappenelevation, eine zuverlässige Volumenstabilität und Verzicht auf autologe Transplantate. Zurzeit werden in einer randomisierten, kontrollierten, klinische Studie in Zürich verschiedene Füllmaterialien (unter anderen Bio-Oss Collagen® und β -Tricalciumphosphat in einem Polylactidmantel) erprobt, die entweder mit einem Weichgewebetransplantat oder einer neuen Kollagenmatrix (Mucograft®) abgedeckt werden.

Biofilm – nur ein neuer Name für die Plaque?

Prof. Hans-Curt Flemming, Universität Duisburg
Biofilme sind die bevorzugte Form des Gesellschaftslebens aller Mikroorganismen – sie kommen nur sehr selten als Einzelzellen in Reinkultur schwimmend vor. Biofilme stellen die älteste, am weitesten verbreitete und erfolgreichste Form des Lebens auf der Erde dar. Die Bezeichnung «Biofilm» ist dabei etwas unscharf und umfasst auch Flecken, Schlämme, mikrobielle Matten und eben die in der (Zahn-)Medizin relevanten Ansammlungen an Grenzflächen. Gemeinsam ist diesen verschiedenen Erscheinungsformen, dass die beteiligten Mikroorganismen in einer Matrix aus extrazellulären polymeren Substanzen (EPS) zusammengehalten werden. In dieser Matrix können verschiedenste Arten langfristige synergistische Gemeinschaften entwickeln und eine Art externes Verdauungssystem bilden, weil dort die extrazellulären Enzyme festgehalten werden. Im Biofilm sind die Organis-



Prof. Hans-Curt Flemming: Biofilme sind die bevorzugte Form des Gesellschaftslebens aller Mikroorganismen, auch in der Zahnplaque.

men vielfach resistenter gegen Antibiotika, Desinfektionsmittel und Strahlung. Ausserdem bilden sie ein exzellentes Recyclingsystem, in dem sie auch in nährstoffarmer Umgebung überleben können. So kommt es, dass sie praktisch überall vorkommen, wo es Wasser gibt. Biofilme sind ubiquitär. Menschen bilden grossartige Lebensräume für Biofilme.

Interessanterweise waren es die Biofilme auf Zähnen, mit denen die Mikroskopie überhaupt begonnen hat, denn es waren Biofilmorganismen, die Antonie van Leeuwenhoek 1654 unter seinem Mikroskop betrachtet hat. Plaque ist nur eine der vielen Formen, in denen Biofilme auftreten. So gesehen, kann man für die Zahnmedizin sagen: «Plaque – nur ein neuer Name für Biofilme.»

Die beiden letzten Referate, **Parodontale Medizin – wohin gehts?** von Prof. Dr. med. und Dr. med. dent. Thomas Dietrich, Universität Birmingham, sowie **Was ist ein Paro-Patient und wer braucht wie viel parodontale Therapie?** von Prof. Thomas Kocher, Universität Greifswald, waren mehr theoretischer und epidemiologischer Natur und wenig praxisrelevant. Sie seien deshalb hier nur der Vollständigkeit halber ganz zum Schluss erwähnt.

Ausblick

Unter dem Titel «Klinische Aspekte der Parodontologie» vermittelte diese anregende und spannende 40. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie den fast 600 Teilnehmenden eine Fülle von nützlichen Updates und Präzisierungen für die tägliche Praxis. Und trotzdem ist es schon an der Zeit, ins nächste Jahr zu blicken und folgende Daten in die Agenda zu notieren:

Die Tagung 2011 der SSP findet am 1. September 2011 im Rahmen des Kongresses der Implantatstiftung Schweiz (ISS) statt, welcher bis zum 3. September 2011 in Bern durchgeführt wird.

Korrigendum

Im Beitrag «Kryopräservierung von Zähnen», Schweiz Monatsschr Zahnmed 120, 423–429 (2010) hat sich in der Abbildungslegende 3 ein Fehler eingeschlichen. Die korrekte Abbildungslegende lautet:

Abb. 3: Prämolare nach Kryopräservierung und Auftauen. Untersuchung mittels Mikrotomographie an der Synchrotronstrahlungsquelle W2 (GKSS-Forschungszentrum, DESY, Hamburg, Deutschland). Der ausgewählte virtuelle Schnitt zeigt weder Risse im Schmelz noch im Dentin.

Zeitschrift

Implantologie und Ästhetik

Mohamed Koutrach, DDS, FACP & Artur Nimmo, DDS, FACP:

Preservation of Existing Soft-Tissue Countours in the Transition from a Tooth to an Implant Restoration in the Esthetic Zone Using a Flapless Approach: A Clinical Report

J Prosthodont 19: 391–396 (2010)

Das zweizeitige Vorgehen bei der Implantation ist ein mögliches Vorgehen für den Einzelzahnersatz im Frontbereich. Allerdings kann das ästhetische Endergebnis nach einem zweifachen chirurgischen Eingriff aufgrund der individuellen Reaktion auf eintretenden Weich- und Hartgewebeerlust beeinträchtigt werden. Alternativ steht ein einzeitiger Eingriff zur Verfügung. Dabei kann das Implantat mit und ohne Bildung eines Mukosalappens (ML) inseriert werden. Beim Verfahren ohne Bildung eines Mukosalappens wird auf die submukosale Einheilung und die damit verbundene Freilegung des Implantates verzichtet. Diese Methode gilt als weniger invasiv, da weniger Gewebe traumatisiert wird und somit bessere ästhetische Resultate erzielt werden können. Auch die provisorische Versorgung des Einzelzahnimplantates während der Einheilungsphase kann zur Optimierung des Weichteilprofils beitragen. Im Fallbericht mit klinischen Bildern wird eine festsitzende Immediatversorgung unmittelbar nach der Implantation beschrieben:

Eine 48-jährige Patientin präsentiert sich mit starken Schmerzen am rechten oberen Schneidezahn, begleitet von einer Schwellung und einer erhöhten Zahnbeweglichkeit. Die klinische Untersuchung und die radiologischen Befunde zeigen eine Fistel, Gingivitis mit Exsudat, Zahnlockerung dritten Grades, periapikale Aufhellung, partielle Obturation des Wurzelkanals nach einer endodontischen Behandlung und Knochenverlust.

Der Zahn 11 wird als nicht erhaltungswürdig eingestuft. Nach dem Aufklärungsgespräch über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten entschied sich die Patientin für eine Lückenversorgung mittels Einzelzahnimplantat. Die Behandlung erfolgte in drei Etappen:

Schritt 1

Extraktion des Zahnes ohne Aufklappung. Kürettage und Spülung der Alveole mit 0,12% Chlorhexidin-Glukonat-Lösung. Die «Socketpreservation» erfolgte mit Bio-Oss® und Bio-Gide®. Eine Woche nach der Extraktion erhielt die Patientin einen abnehmbaren Immediatersatz. Mittels gezielter Kunststoffapplikationen und Radierungen am Ersatzzahn wurde das Weichgewebe zur angestrebten Ovate-Kontur konditioniert, und die Papillen wurden ausgeformt.

Schritt 2

Vier Monate nach der Extraktion zeigten Knochensounding und radiologische Nachkontrolle ausreichende bucco-orale Knochenverhältnisse. Ein Implantat der Firma Biomet 3i (Ø 3,25 mm,

Länge 13 mm) wurde gewählt. Bei der Implantation wurde ein Abstand von 1,5–2 mm von der bukkalen Knochenlamelle bewahrt, um eine Knochenresorption zu vermeiden. Ein provisorisches Abutment (PreFormance, Biomet 3i) wurde manuell einrotiert und individuell eingeschliffen. Mittels Autopolymerisat erfolgte die direkte Herstellung einer festsitzenden provisorischen Krone, deren Gestaltung gemäss der vorkonditionierten Weichteilkontur sorgfältig modifiziert wurde. Die faciale Fläche im zervikalen Bereich wurde etwas flacher gestaltet, um die Gingiva in diesem Bereich vor möglichen Rezessionen zu schützen. Zentrische, exzentrische und proximale Kontakte der provisorischen Krone wurden eliminiert, um den Einfluss von Mikrobewegungen auf das Implantat zu vermeiden.

Schritt 3

Vier Monate nach dem Eingriff erfolgte eine individuelle Abformung. Dabei wurde ein Abformpfosten auf die Implantatschulter aufgebracht und das Weichteilprofil mit Tetric Flow erfasst. Dieses Vorgehen erlaubt eine präzisere Wiedergabe des «Emergence profile», da eine reine Polyvinylsiloxan-Abformung das Kollabieren der konditionierten periimplantären Mukosa nicht verhindert. Die Patientin wurde mit einer VMK-Krone versorgt.

Der Artikel veranschaulicht dem Kliniker, dass die Implantation ohne Lappenbildung mit sofortiger provisorischer Versorgung zu einer Gewebeschonung beitrug und zu einem besseren ästhetischen Endergebnis führte, ohne dabei das Implantat zu gefährden. Der Schlüssel zum Erfolg liegt nach wie vor in einer sorgfältigen Implantatdiagnostik und -planung. Die «anatomische Heilung», so nennen die Autoren die Heilungsphase mit Sofortversorgung, hat den Vorteil, dass nicht nur bessere Ästhetik, sondern auch kürzere Behandlungszeiten erreicht werden.

Irina Kovaltschuk, Basel