

# SSO-Publikumsumfrage – Teil 2

**In den Augen der Patienten gilt der Zahnarzt als intelligent, mitfühlend und angesehen. Zufrieden sind Patienten vor allem, wenn der Zahnarzt freundlich ist, Behandlungsschritte erklärt, über Kosten orientiert und Vorschläge einhält.**

Etienne Barras, Marco Tackenberg, Markus Gubler

## Image des Zahnarztes

Werden die Befragten aufgefordert, vier typische Eigenschaften eines Zahnarztes zu nennen, so werden am häufigsten genannt: «intelligent» (59%), «verdient zu viel» (44%), «mitfühlend» (41%) und «angesehen» (41%). Besonders das Ansehen ist seit 1990 markant gestiegen (1990: 22%; 2000: 32%; 2010: 41%). Waren im Jahr

2000 mehr als die Hälfte der Befragten der Meinung, Zahnärzte verdienten zu viel, so sind heute noch rund 44% dieser Ansicht. Generell genießt der Zahnarztberuf in der Bevölkerung eine hohe Reputation: Vier von fünf Personen haben «viel» bis «sehr viel» Vertrauen in den Zahnarzt und seine Arbeit. Ähnlich hoch sind die allgemeinen Sympathiewerte. Stolz 71% finden den Zahn-

arztberuf «sympathisch» bis «sehr sympathisch», bei über 65-Jährigen sind es sogar 85%. Viele Sympathien werden dem Berufsstand in den Kantonen Wallis, Neuenburg, Jura und Freiburg entgegengebracht. Weniger beliebt scheint der Berufsstand bei den unter 30-Jährigen und im Kanton Tessin zu sein: 35% der befragten Tessiner geben an, ihnen sei der Zahnarztberuf «recht unsympathisch».

## Zustand und Stellenwert der eigenen Zähne

Knapp zwei Drittel der Befragten beurteilen den Zustand ihrer Zähne als «gut» (44%) oder «sehr gut» (19%). 4% sehen ihre Zähne in einem schlechten Zustand. Frauen schätzen den Status ihres Gebisses leicht besser ein als Männer. Glauben wir den Angaben, verschlechtert sich der Zustand der Zähne mit zunehmendem Alter: So geben 27% der 15- bis 29-Jährigen an, ihre Zähne seien in sehr gutem Zustand. Bei den über 65-Jährigen sind es noch 6%. Romands, Personen mit tiefer Schulbildung und Patienten, die seit Längerem nicht mehr beim Zahnarzt bzw. bei der Dentalhygienikerin in Behandlung waren, schätzen den Zustand ihrer Zähne schlechter ein als die anderen Befragten. Über ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ist mit der Gesundheit der Zähne unzufrieden. Gleichzeitig erachten über 90% ein schönes Aussehen der Zähne als «wichtig» (49%) bis «sehr wichtig» (44%).

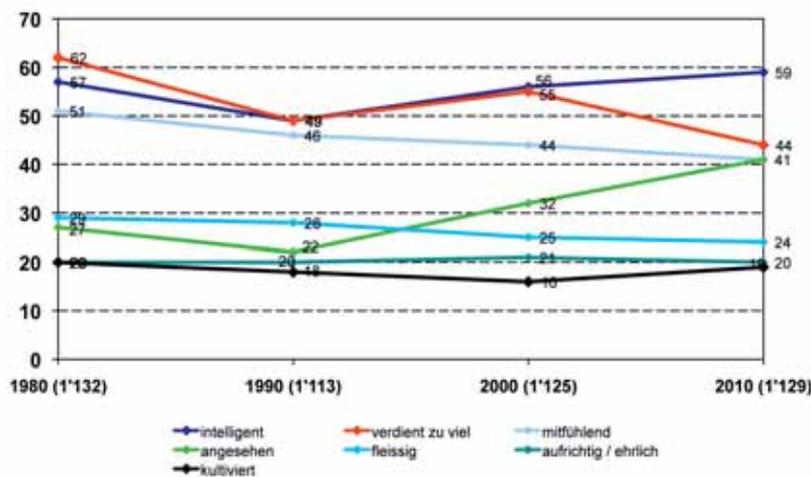
## Zahnarztzentren

Jeder fünfte Patient hat bereits einmal ein Zahnarztzentrum in der Schweiz aufgesucht. Es gibt aber beachtliche regionale Unterschiede: Romands (38%) und Tessiner (25%) liessen sich bedeutend häufiger in Zahnarztzentren behandeln als Deutschschweizer. Im Kanton Genf haben sich bereits 58% der Befragten schon einmal in einem Zahnarztzentrum behandeln lassen. Als Gründe für die Besuche in Zahnarztzentren werden vor allem die notfallmässige Versorgung (24-Stunden-Service) (36%) sowie die schnelle unkomplizierte Aufnahme ohne Voranmeldung (29%) genannt. Erst an dritter Stelle folgen vermeintliche Preisvorteile (20%). 56% zeigten sich mit der Behandlungsqualität sehr zufrieden. Verglichen mit der Zufriedenheit mit den SSO-Zahnärzten ist dieser Wert aber signifikant tiefer. Unzufriedene Patienten bemängeln in erster Linie die Behandlungsqualität (60%). Weitere Kritikpunkte sind die unerwartet teuren Rechnungen (19%), Verständigungsschwierigkeiten (17%) und die häufig wechselnden Zahnärztinnen und Zahnärzte (15%).

## Dentalhygienikerin

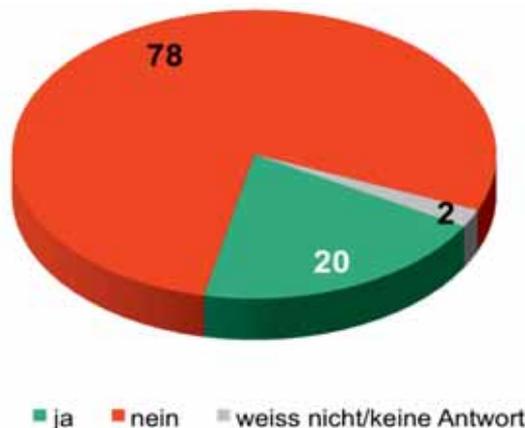
Dentalhygienikerinnen (DH) sind heute fester Bestandteil des Praxisteams. Ihre Dienstleistun-

**Abb. 1 Eigenschaften des Zahnarztes**



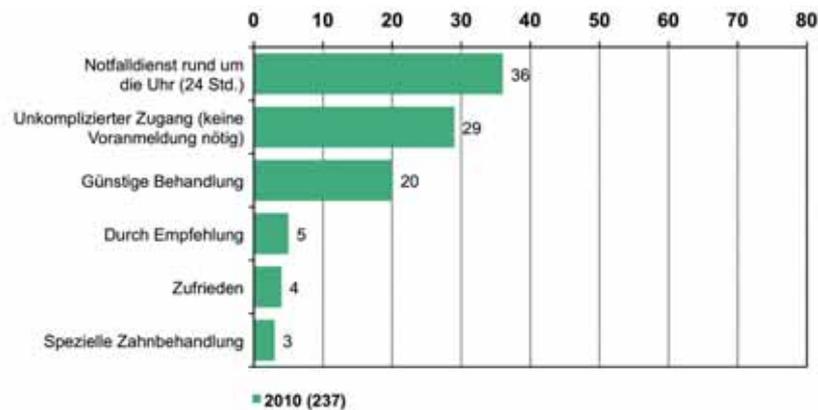
Angaben in Prozent der Befragten  
Basis in Klammern / statistische Unschärfe +/-2,9%

**Abb. 2 Haben Sie sich schon einmal in einem Zahnarztzentrum mit mehreren Zahnärzten behandeln lassen?**



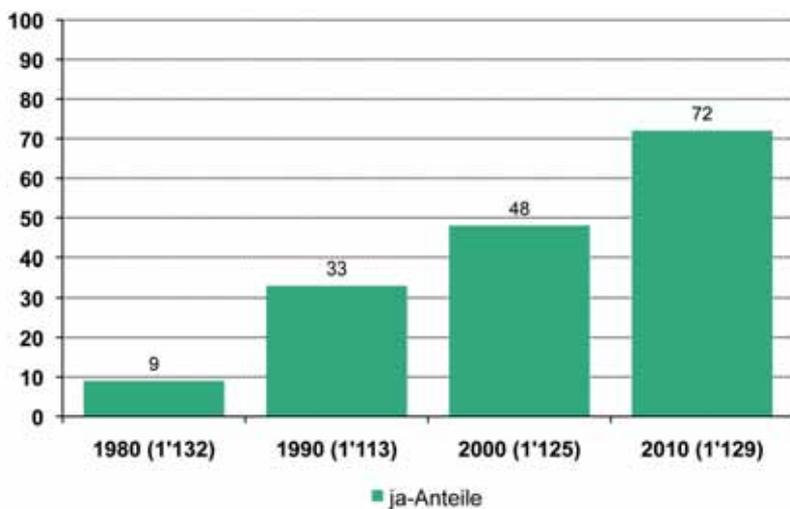
Angaben in Prozent der Befragten  
Basis: 1129 Befragte / statistische Unschärfe +/-2,9%

**Abb. 3 Gründe für Behandlung in Zahnarztzentren**



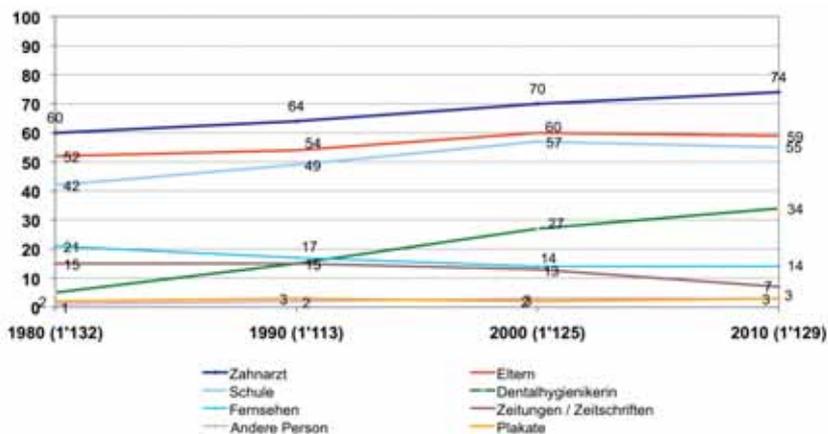
Angaben in Prozent der Befragten  
Basis in Klammern / statistische Unschärfe +/-5,9%

**Abb. 4 Sind Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt worden?**



Angaben in Prozent der Befragten  
Basis in Klammern / statistische Unschärfe +/-2,9%

**Abb. 5 Informationsquellen für Zahnpflege**



Angaben in Prozent der Befragten  
Basis in Klammern / statistische Unschärfe +/-2,9%

gen sind in den letzten dreissig Jahren deutlich bekannter geworden (1980: 31%; 1990: 59%; 2000: 76%). Heute kennen neun von zehn Patienten die DH. Überdurchschnittlich bekannt ist sie in den Kantonen Zürich und Glarus (97%), bei Patienten von SSO-Zahnärzten (94%), höher Gebildeten (93%), den 30- bis 49-Jährigen (93%) und den Frauen (91%). Am tiefsten ist ihr Bekanntheitsgrad bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau (71%), bei den über 65-Jährigen (81%) sowie bei der Bevölkerung in den Kantonen Freiburg, Jura, Neuenburg und Wallis (82%). 2010 wurden fast drei Viertel der Befragten bereits einmal von einer Dentalhygienikerin behandelt. Patienten von SSO-Zahnärztinnen und SSO-Zahnärzten lassen sich signifikant häufiger von Dentalhygienikerinnen versorgen. Daneben nehmen Deutschschweizer, Tessiner, über 30-Jährige sowie Personen mit höherer Schulbildung die Dienste der DH überdurchschnittlich oft in Anspruch.

Über 90% der Befragten sind mit der Behandlung durch die Dentalhygienikerin zufrieden. Erklärten sich 1980 noch 13% unzufrieden mit den Behandlungsleistungen der DH, ist dieser Wert in den letzten 30 Jahren auf 2% gesunken. Die grosse Mehrheit der Zufriedenen schätzt vor allem die sorgfältige, schmerzlose, gründliche Arbeit der Dentalhygienikerin und ihre Freundlichkeit. 36% betonen, der Besuch bei der DH sei mit einem angenehmen Gefühl verbunden.

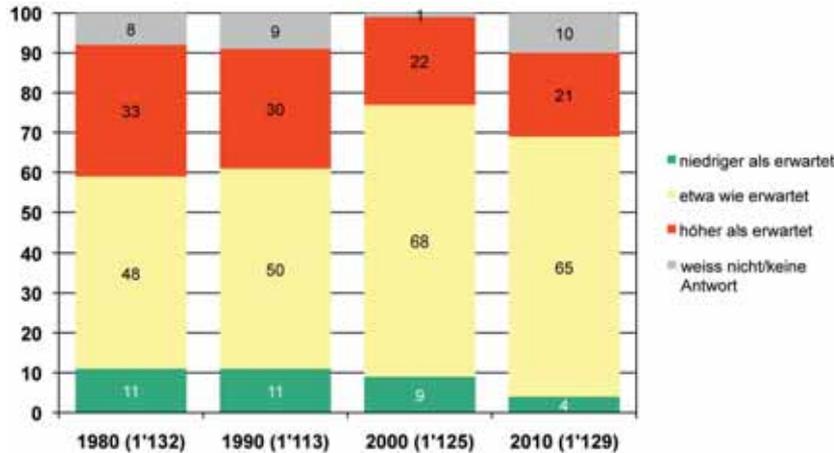
### Information über Zahnpflege

Zahnärztinnen und Zahnärzte bleiben auch 2010 die wichtigste Informationsquelle für Patientenfragen rund um Zahnpflege und Mundhygiene. Ihre Bedeutung hat in den vergangenen dreissig Jahren stetig zugenommen. Aktuell geben 74% der Befragten an, vom Zahnarzt über die Zahnpflege informiert zu werden (1980: 60%; 1990: 64%; 2000: 70%). Weiter werden im Elternhaus (59%) und in der Schule (55%) wesentliche zahnmedizinische Grundlagen vermittelt. Wie wichtig der Zahnarzt und sein Team als Anlaufstelle für Patientenfragen sind, sieht man auch an der stetig zunehmenden Bedeutung der Dentalhygienikerin: Gaben vor dreissig Jahren noch 5% der Befragten an, von ihr wichtige Informationen zu erhalten, sind es heute fast siebenmal mehr. Dagegen informieren sich immer weniger Personen via Zeitung und Fernsehen. Auch Merkblätter und Patientenbroschüren des Zahnarztes werden etwas weniger gelesen als früher.

### Die Zahnarztkosten

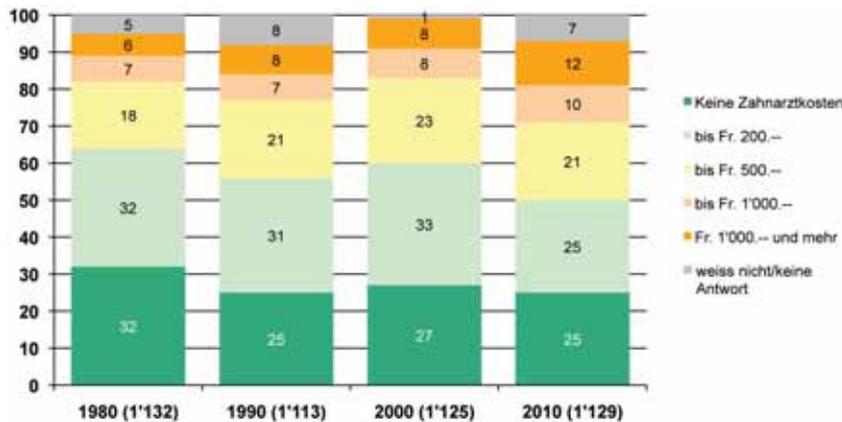
Bei einem Viertel der Interviewten fielen in den letzten zwölf Monaten keine Zahnarztkosten an. Ein weiteres Viertel hatte eine Rechnung bis Fr. 200.- zu begleichen. 21% mussten bis Fr. 500.-

**Abb. 6 Haben Sie die letzte Zahnarztrechnung niedriger als erwartet, etwa wie erwartet oder höher als erwartet empfunden?**



Angaben in Prozent der Befragten  
Basis in Klammern / statistische Unschärfe +/-2,9%

**Abb. 7 Was hat der Zahnarzt Sie persönlich im Jahr 2009 gekostet?**



Angaben in Prozent der Befragten  
Basis in Klammern / statistische Unschärfe +/-2,9%

bezahlen, 10% bis Fr. 1000.–, und weitere 12% erhielten höhere Rechnungen; diese Verteilung ist in allen Landesteilen praktisch gleich. Frauen haben etwas günstigere Zahnarztrechnungen als Männer. Auf die Frage, ob die letzte Zahnarztrechnung niedriger, höher oder etwa wie erwartet ausgefallen sei, antworteten 65%, dass die Rechnung ihren Erwartungen entsprach. 4% geben an, diese sei niedriger als erwartet ausgefallen und 21% erhielten eine höhere Rechnung, als

sie gedacht hatten. Die Zahnarztrechnungen von welschen Patienten weichen etwas stärker von den Erwartungen ab als die in der Deutschschweiz und im Tessin (28% gegenüber 18% bzw. 22%). Erfreuliche 70% (2000: 60%) der Zahnärztinnen und Zahnärzte orientieren heute über die anfallenden Behandlungskosten. Bei SSO-Zahnärzten sind es sogar vier von fünf Mitgliedern, die ihren Patienten die Kostenfolgen ihrer Behandlungsschritte erklären. Die Zahnärzte halten diese Kos-

tenschätzungen sehr genau ein. 77% der Rechnungen entsprechen der Prognose oder fallen gar günstiger aus.

Bei grösserem Behandlungsumfang und bei älteren Patienten wird häufiger eine Kostenorientierung vorgenommen. Befragte in der Romandie (76%) erhalten häufiger eine Kostenorientierung als Deutschschweizer (68%) und Tessiner (56%). Die Kostenorientierung scheint sich positiv auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis auszuwirken: Patienten, die von ihrem Zahnarzt über die anfallenden Behandlungskosten informiert werden, schenken ihm mehr Vertrauen und sind signifikant zufriedener mit seinen Leistungen.

### Reklamationen und Honorarprüfungskommissionen

Auf die Frage, wie sie bei einer Zahnarztrechnung, die sie zu hoch finden, reagieren würden, antworteten 77% der Befragten, dass sie zunächst das Gespräch mit dem eigenen Zahnarzt suchen. 7% erkundigen sich zuerst bei einer neutralen Stelle. Weitere 5% holen sich Rat bei einem Mitglied des Praxisteam. Die Auskunft verweigerten 8%. Damit ist die Prozentzahl der Befragten, die keine Antwort geben wollten oder konnten, seit 1980 (17%) stetig kleiner geworden. Und wie würden sich die Befragten verhalten, wenn sie sich nicht mit der eigenen Zahnärztin, dem eigenen Zahnarzt einigen können? Knapp ein Drittel der Patienten, wende sich an eine zahnärztliche Begutachtungskommission (2000: 45%; 1990: 50%).<sup>1</sup> 16% kontaktieren einen anderen Zahnarzt und 13% fragen eine Konsumentenschutzstelle um Rat. Je nach Landesteil beschweren sich Patienten ganz unterschiedlich. Können sich Deutschschweizer nicht mit ihrem Zahnarzt einigen, wenden sie sich häufiger an eine zahnärztliche Begutachtungskommission als Romands und Tessiner (33% vs. 25%, 6%). Zur Abklärung von zu hoch empfundenen Zahnarztrechnungen kontaktieren 22% der Romands einen anderen Zahnarzt (Deutschschweiz: 15%).

<sup>1</sup> Achtung: Zur Beantwortung der Frage legten die Interviewer den Personen eine Antwortliste vor, die Frage wurde also gestützt gestellt. Es ist anzunehmen, dass viele Befragte noch nie von einer zahnärztlichen Begutachtungskommission gehört haben.

# Aktion Znünibox: Kariesprophylaxe und Prävention von Übergewicht bei Schulkindern

Mit der Aktion Znünibox haben die Kantone Zürich, Solothurn und Zug ein innovatives Projekt zur Vorbeugung von Übergewicht und Karies bei Schulkindern lanciert. Schulzahnpflege-Instruktorinnen leiten ihre Schützlinge neu auch an, gesunde Zwischenverpflegungen zu sich zu nehmen. Das fachliche Rüstzeug vermittelt eine Fortbildungsveranstaltung der Universität Zürich. Finanziert wird die Aktion Znünibox von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, den Kantonalen Gesundheitsdirektionen und weiteren Sponsoren.

Sandra Küttel, Presse- und Informationsdienst SSO (Bilder: zvg)

«Komme ich jetzt im Fernsehen?», möchte der 7-jährige Fabian wissen. Ganz ehrfürchtig sitzen die 13 Buben und Mädchen auf ihren Stühlchen und beobachten die Journalisten, die der Klasse

heute ihre Aufwartung machen. Der Grund für das mediale Interesse liegt in der Lancierung der Aktion Znünibox im Kanton Solothurn. In der ersten Primarklasse der Schule Riedholz konnten Medienvertreter und Sponsoren hautnah miterleben, wie sich Kariesprophylaxe mit der Vorbeugung von Übergewicht verbinden lässt.

## Die Aktion Znünibox

Caroline Jaeggi gehört zu den rund 200 Schulzahnpflege-Instruktorinnen, welche den Weiterbildungskurs «Gesunde Ernährung für Zähne und Körper» der Universität Zürich absolviert haben. Im Rahmen ihres Einsatzes vermittelt Caroline Jaeggi ihren Schützlingen neu auch die Zusammenhänge zwischen Ernährung und gesundem Körpergewicht. Eine persönliche Znünibox für die 1.-Klässler und ein Flyer mit Tipps für die Eltern runden das Angebot ab. Die Aktion Znünibox wurde von der Klinik für Präventivzahnmedizin der Universität Zürich entwickelt und in den Kantonen Zürich, Solothurn und Zug umgesetzt. Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO unterstützt das Projekt finanziell und ideell.

## Zwei auf einen Streich

«Kinder, wollt Ihr den Zahntüüfeli-Blues hören?», fragt die Schulzahnpflege-Instruktorin Caroline Jaeggi. Der Vorschlag findet offensichtlich Anklang: Die Kinder jubeln. «I bi es Zahntüüfeli, i schaffe i diim Muul, i bohre Tunnel tief...» schmettert der Blues aus dem Kassettenrecorder. Die Kinder klatschen im Takt. Am Modell eines übergrossen künstlichen Gebisses vermittelt Caroline Jaeggi die richtige Zahnputztechnik. Die Jungen und Mädchen machen andächtig mit. Für Caroline Jaeggi ist es wichtig, die Kleinen spielerisch an das Thema heranzuführen. «So werden sie die Lek-

tionen verinnerlichen und als Jugendliche ganz natürlich danach handeln», ist die Schulzahnpflege-Instruktorin überzeugt.

Die Zähne sind geputzt, nun folgt die Lektion in gesunden Zwischenmahlzeiten, wofür Caroline Jäggi eine speziell auf das Projekt zugeschnittene Fortbildungsveranstaltung besucht hat. In der Mitte des Raumes steht ein grosser, mit gesunden und weniger gesunden Lebensmitteln gefüllter Korb. Jedes Kind wählt ein Produkt aus. Dann diskutiert die Klasse, welche Lebensmittel sich als Zwischenverpflegung eignen und welche nicht. Beim Yogidrink sind die Kinder unsicher. «Ist das Milch? Das ist doch eigentlich gesund?», meint Sandro fragend. «Nein, da hat es viel Zucker drin und der ist nicht gut für die Zähne!», widerspricht Fabio. «Und die Banane? Die hat auch viel Zucker, aber die ist doch gesund?», wirft Hanna ein. Caroline Jaeggi bringt Klärung: «In der Banane hat es Fruchtzucker, das ist ein anderer Zucker als der weisse, schädliche Zucker. Bananen dürft ihr also zum Znüni mitbringen.»

## Es ist wichtig, auch die Eltern einzubeziehen

Jetzt folgt der Höhepunkt der Lektion: Jedes Kind erhält eine persönliche Znünibox mit einem Pausenapfel. Als Mitbringsel für die Eltern verteilt die Schulzahnpflege-Instruktorin einen Flyer mit Anregungen für die (zahn)gesunde Gestaltung von gesunden Zwischenmahlzeiten. «Es ist wichtig, auch die Eltern einzubeziehen», weiss die Klassenlehrerin Brigitte Stadelmann. «Die Kinder erzählen mir hin und wieder, dass sie mit ungeputzten Zähnen zur Schule kommen oder abends ohne Zahnputzen zu Bett gehen. Manchen Eltern fehlt die Sensibilität für das Thema.» Mit dieser Beobachtung steht Brigitte Stadelmann nicht allein: Schulzahnpflegeverantwortliche verzeichnen seit einiger Zeit ein sinkendes Bewusstsein für die Massnahmen, die in den vergangenen Jahrzehnten zur Kariesreduktion beigetragen haben. Genau hier knüpft die Aktion Znünibox an: Die Eltern werden auf gesunde Alternativen zu fett- und zuckerhaltigen Snacks aufmerksam gemacht. Und weil das Thema in den Schulzahnpflege-Lektionen regelmässig aufgegriffen wird, ist die Nachhaltigkeit des Projekts garantiert.

## Die Schulzahnpflege – ein Erfolgsmodell

Die orale Gesundheit der Schweizer Schulkinder hat sich im Vergleich zu den 1960er-Jahren markant verbessert. Dies nicht zuletzt dank der stetigen Prophylaxebemühungen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO. Zwischen 1964 und 1996 wurde bei der Schuljugend im Kanton Zürich eine Abnahme des Kariesbefalls um rund 90% beobachtet. Auch wenn sich die Werte im Vergleich zu anderen europäischen Staaten auf einem eher tiefen Niveau bewegen, sollten sie



Jedes Kind erhält eine persönliche Znünibox mit einem Pausenapfel.



Als Mitbringsel für die Eltern verteilt die Schulzahnpflege-Instruktorin einen Flyer mit Anregungen für die (zahn)gesunde Gestaltung von gesunden Zwischenmahlzeiten.

als Anlass genommen werden, eine Verbesserung der Situation anzustreben.

#### **Trend zum Convenience-Food**

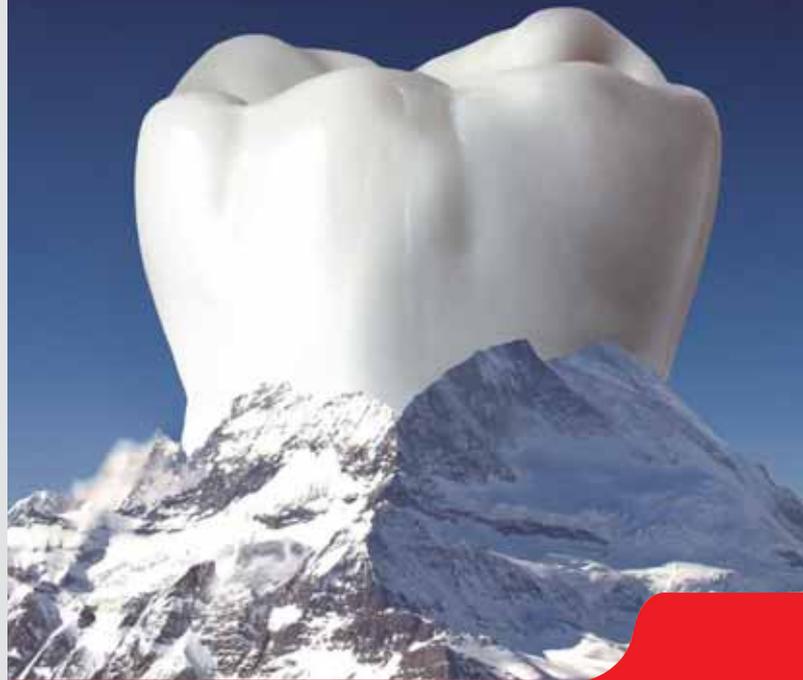
Das Ernährungsverhalten der Schulkinder ist zurzeit einem Wandel unterworfen, der die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen widerspiegelt. Zwar steht ein reichhaltiges Angebot an Nahrungsmitteln zur Verfügung, doch nehmen sich die Konsumenten immer weniger Zeit für deren Zubereitung und Genuss. Umso mehr gewinnen fertig zubereitete Snacks und Fast Food an Bedeutung. Damit verbunden sind aber die Risiken einer einseitigen, meist zu fett- und zuckerreichen Ernährung. Gerade deshalb ist es wichtig, die Schulkinder und ihre Eltern auf gesunde und zahnschonende Zwischenmahlzeiten hinzuweisen.



Für die Schulzahnpflege-Instruktorin Caroline Jaeggi ist es wichtig, die Kleinen spielerisch an das Thema heranzuführen.

# SCHÖNE ZÄHNE FÜR DIE SCHWEIZ

*BELLES DENTS POUR LES SUISSES*



- ✓ **Hohe Produkt-Qualität und -Präzision**
- ✓ **ISO- und EN-zertifiziert, CE-geprüft**
- ✓ **5-Jahres-Garantie und Vor-Ort-Service**
- ✓ **20 Jahre Dental-Management-Erfahrung**
- ✓ **Ihr Preis-Vorteil: meist >50% Sparpotenzial**

**DENTRADE**<sup>®</sup>  
SCHWEIZ **GmbH**

**Schöne Zähne, mit Sicherheit!**

Kontaktieren Sie uns:

*Contactez nous:*

**Dentrade Schweiz GmbH**

Seestrasse 1013, 8706 Meilen

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

post@dentrade.ch [www.dentrade.ch](http://www.dentrade.ch)

[WWW.DENTRADE.CH](http://WWW.DENTRADE.CH)

# Plötzlich Patient

**Jedes Jahr erkranken Tausende von Menschen und müssen das Intimste, das sie besitzen – ihren Leib – fremden Leuten überlassen, die sehr viel mehr davon verstehen als sie selbst. Dies führt fast zwangsläufig zu einer gewissen Entmündigung und wirft den «plötzlichen Patienten» aus der Bahn. Mitbetroffen sind auch deren Familien, Lebenspartner, Eltern, Kinder und Freunde. Denn von einem Tag auf den andern ist alles völlig verändert. Mit dem neuen Beobachter-Ratgeber: «Plötzlich Patient» (ISBN 978 3 855694 443 3) erhalten Neupatienten und ihre Angehörigen Anregungen zu neuen Lösungen auf einem schwierigen Lebensabschnitt. Lesen Sie das Gespräch mit der Psychologin, lic. phil. I und Autorin des Buches, Delia Schreiber.**

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: zvg)



## **SFMZ: Wie ist der neue Beobachter-Ratgeber «Plötzlich Patient» zustande gekommen?**

Delia Schreiber: «Seit 15 Jahren arbeite ich mit Patienten auf der Basis des systemischen Coachings ([www.systemisches-patientencoaching.net](http://www.systemisches-patientencoaching.net)). Um den Begriff der Patientenkompetenz zu erforschen, habe ich im Auftrag der Stiftung Patientenkompetenz zahlreiche Workshops und Interviews mit Patienten geführt. Auf diese Weise konnte ich vom reichen Erfahrungsschatz kompetenter Patienten profitieren. All diese Ergebnisse, Erkenntnisse und Erfahrungen sind in das Buch geflossen. Ich denke, es gibt für die Arbeit mit Patienten – egal in welcher Rolle als Healthprofessional man steckt – keine bessere Art der Kommunikation als die des systemischen Coachings. Damit berate ich nicht, sondern ich be-

gleite und zwar anhand der Ressourcen, Fähigkeiten und Ziele des Patienten.

## **Was ist das Ziel und Anliegen Ihres Buches?**

«Dass Patienten erkennen, wieviel sie selbst in der Hand haben, wenn es um ihren Krankheitsverlauf und ihre Lebensqualität geht. Ich wollte ihnen einfache aber wirkungsvolle Tools in die Hand geben, mit denen sie einen möglichst guten Weg durch die Krankheit finden können. Selbstmanagement in der Krankheit ist hier das Stichwort.»

## **Das ist Ihnen auch hervorragend gelungen! Kann Ihr Buch die Haltung von Ärzten und Pflegepersonal verändern?**

«Wenn es nicht nur mit offenen Augen, sondern auch mit offenem Herzen gelesen wird, dann ja. Ich bin schon sehr zufrieden damit, dass der systemische Ansatz vor allem in der Pflege dabei ist, Fuss zu fassen.»

## **Würden Sie Patientencoaching auch Zahnärzten empfehlen?**

«Auf jeden Fall. Gerade, wenn es um heikle ästhetische Diskussionen geht, kommt der Zahnarzt mit den Kommunikationstechniken der systemischen Patientencoachings sehr viel weiter. Er kann seinem Patienten z. B. schnell vor Augen führen, was dessen eigentliches Ziel ist. Ohne dies selbst formulieren zu müssen. Ohne ihn zu brüskieren. Das Mandat wird viel klarer. So lässt sich viel Zeit und Enttäuschung sparen.»

## **Können Sie das an einem Beispiel erläutern?**

«Nehmen wir an, Frau Müller wünscht einen Eingriff mit eher unsicherem ästhetischem Resultat. Mit den Fragetechniken des systemischen Coachings führt die Zahnärztin die Patientin an ihre

eigentlich Motivation heran, ohne diesbezüglich mutmassen zu müssen. Das Gespräch könnte sich folgendermassen entwickeln:

Zahnärztin: «Woran würden Sie in Ihrer Umgebung merken, dass das Resultat unserer Behandlung ein voller Erfolg ist?»

Frau Müller: «Daran, dass ich wieder fröhlichere Begegnungen mit Menschen habe.»

Zahnärztin: «Verstehe ich das jetzt richtig: Sie haben zu wenig fröhliche Begegnung mit Menschen wegen ihrer Zahnsituation?»

Frau Müller (stutzt): «Nein. Das hat wohl andere Gründe.»

Zahnärztin: «Wie wichtig wäre Ihnen dieser Eingriff, wenn Sie dann fröhlichere Begegnung mit Menschen hätten? Sagen wir auf einer Skala von 0 (völlig unwichtig) bis 10 (enorm wichtig)?»

Frau Müller: «Zwei ungefähr ...»

Zahnärztin: «Dafür finde ich das Risiko ziemlich hoch. Was sagen Sie zu folgendem Vorschlag?

Wir machen jetzt gleich einen neuen Termin aus.

Zu diesem bringen Sie mir eine Liste mit mindestens zehn anderen Massnahmen, mit denen Sie Ihre Begegnungen wieder fröhlicher machen.»

Frau Müller (wirkt erleichtert): «Ja, das könnte ich machen. Gut.»

Beim nächsten Termin hat Frau Müller bereits eine Einladung zu Kaffee und Kuchen. Sie ist nun einverstanden mit der ästhetisch weniger herausfordernden Intervention. Wie erwartet ist das Ergebnis sehr passabel, aber weit entfernt von Frau Müllers ursprünglichem Wunsch. Sie ist dennoch zufrieden damit.»

## **Vorgehensweise im systemischen Coaching**

Als wichtigster Startpunkt einer systemischen Therapie bzw. des systemischen Coachings hat sich eine möglichst präzise Auftragsklärung im Verhältnis von Therapeut/Coach und Klient/Coachee (die Bezeichnung Patient wird überwiegend abgelehnt) herausgebildet. Sind Ziele konkretisiert und für den Klienten und Coach akzeptabel, kann die eigentliche Intervention beginnen. Es empfiehlt sich eine gelegentliche neue Auftragsklärung, da sich Ziele über die Zeit einer Begleitung, eines Coachings ändern können. Als präferierte Form werden wenige Termine pro Therapie/Coaching mit wenn möglich grösseren zeitlichen Abständen zwischen den einzelnen Sitzungen gesehen, in denen die Klienten/Kunden eventuelle neue Erkenntnisse aus den Sitzungen in ihrer eigenen Lebenspraxis ausprobieren und so genannte Hausaufgaben erledigen können. Insofern zeichnet sich die systemtherapeutische Vorgehensweise durch Sparsamkeit aus, die den Schwerpunkt auf Eigeninitiative des Klienten/Kunden setzt. Sie orientiert sich eng an den Erkenntnissen der modernen Hirnforschung und lässt sich einfach in das normale Konsultationsgespräch integrieren.



Patienten selbst sprechen nicht von Nähe. Sie sprechen von Vertrauen. Sie möchten sich beim Arzt sicher, akzeptiert, respektiert, verstanden, gut informiert fühlen. Dem Patienten geht es um Menschlichkeit. Nicht um Nähe.»

### **Sie bieten systemisches Patientencoaching an. Was verstehen Sie unter Patientencoaching?**

«Patientencoaching ist einfach das Begleiten eines Patienten durch seine Krankheit. Jeder health-professional tut dies ohnehin. Spannend wird es vor allem dann, wenn der systemische Ansatz dazukommt. Deshalb habe ich den Begriff des systemischen Patientencoachings geprägt. Der systemische Ansatz steuert ganz konsequent auf ein kompetentes Selbstmanagement hin. Der Patient soll selbst so viel Verantwortung wie möglich übernehmen – je nach seinen individuellen Fähigkeiten. Dem Arzt ganz zu vertrauen und sich in allem von ihm managen zu lassen, ist übrigens auch Patientenkompetenz! Solange sich der Patient damit wohlfühlt. Und viele tun dies. Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die mit den Ansätzen des systemischen Coachings begleitet werden, eine bessere Compliance und Adherence zeigen. Die Patientenzufriedenheit ist grösser. Sie brauchen häufig weniger Schmerzmittel und kommen besser mit ihren reduziert auftauchenden Nebenwirkungen klar. Es ist also eine Win-Win-Situation für Patient, Arzt und Krankenversicherung.

Meine Definition davon – an der viele Patienten mit mir gefeilt haben, wohlgermerkt – lautet: Coaching in der Krankheit ist die Kunst,

- Menschen ihren eigenen Weg entdecken und gehen zu lassen,
- sie gemäss ihren persönlichen Bedürfnissen auf diesem zu begleiten,

- mit ihnen ihre individuellen Quellen der Kraft und Selbstheilung zu finden,
- sie auf schwierigen Wegabschnitten zu ermutigen
- sie immer wieder an ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu erinnern.»

### **Mitproduzent seiner eigenen Gesundheit werden**

#### **Ist Patientenkompetenz eine Weiterentwicklung aus den Anfängen der Selbsthilfe-Organisationen?**

«Ja. In den 60er-Jahren wurde dem Patienten die Diagnose häufig nicht mitgeteilt. Es herrschte das medizinische Patriarchat. In den 70er-Jahren kam aus den USA der informed consent nach Europa. Hier ging es aber nicht darum, den Patienten in die Entscheidungsprozesse rund um seine Krankheit mit einzubeziehen, sondern es ging um den Rechtsschutz des Arztes. In den 80er-Jahren begann die Selbsthilfebewegung zu wachsen. Das shared-informed-decision-making ist dieser zu verdanken. Die Idee des mündigen, autonomen Patienten kommt nicht aus der Medizin, sondern von Patienten. Der kompetente Patient geht noch einen Schritt weiter. Ihn bewegt die Frage: Was kann ich selbst für mich tun? Er möchte «Mitproduzent» seiner Gesundheit sein. Dies ist eine tolle Chance für alle Beteiligten, wenn man weiss, wie diese an sich gute Motivation des Patienten in heilsame Bahnen gelenkt werden kann. Und eben dafür ist das systemische Patientencoaching ideal.»

### **Patientenbeziehung ist der Schlüssel zur Heilung oder zum Überleben mit einer chronischen Krankheit. Wie erlangt man eine fruchtbare Patientenbeziehung?**

«Nicht nur der health-professional ist hier gefordert, sondern auch der Patient selbst. Beide sind gefordert, ein Team zu bilden. Der Arzt z. B. ist dabei zuständig für die Krankheit im Patienten. Aber der Patient ist für sich selber verantwortlich. Für seine Person muss er selbst Experte bleiben dürfen. Wichtig ist, dass der Arzt das Vertrauen des Patienten gewinnt. Dies geschieht ganz einfach, indem er das Leiden und die Bemühungen des Patienten explizit anerkennt, indem er ihm durch Interesse auch an seiner Person Respekt und Achtung zeigt, indem er ihm nicht nur mit Verstand, sondern auch mit Herz begegnet. Der Patient dagegen soll mit der Zeit des Arztes respektvoll umgehen. Auf jede Sitzung bereitet man sich gründlich vor. Warum nicht auch auf die mit dem Arzt? Fragen sortieren, Symptome präzise schildern können, Anliegen so formulieren, dass der Arzt sie auch versteht und sich als Mensch und Mediziner respektiert fühlt.»

### **Sich anvertrauen können**

#### **Was verstehen Sie unter Patientennähe?**

«Ich verstehe jeden Arzt, den beim Gedanken an noch mehr Nähe zum Patienten das metaphysische Gruseln packt. Da muss er schon den ganzen Tag seine Finger in alle möglichen Patientenöffnungen stecken – und jetzt wollen die auch noch mehr Nähe?! Irgendwo ist Schluss. Aber Patienten selbst sprechen nicht von Nähe. Sie sprechen von Vertrauen. Sie möchten ihrem Arzt vertrauen. Sich ihm anvertrauen können. Sich bei ihm sicher, akzeptiert, respektiert, verstanden, gut informiert fühlen. Dem Patienten geht es um Menschlichkeit. Nicht um Nähe.»

#### **Mit der Hilflosigkeit leben, ein Kernthema des Alterns. Werden Langzeitkranke besser alt?**

«Das ist eine gute Frage. Mir ist keine Studie darüber bekannt. Aber ich kann mir vorstellen, dass ein Mensch, der sich selbst in der chronischen Krankheit gut zu managen gelernt hat, auch den Alterungsprozess gelassener und «weiser» hinnehmen kann. Sicher gibt es hier aber grosse individuelle Unterschiede.»

#### **Wie sollen sich Angehörige einbringen?**

«Das schwierigste für Angehörige ist häufig das Gefühl, nichts tun zu können. Keine aktive Rolle innezuhaben. Im Buch «Plötzlich Patient» ist daher ein Kapitel den Angehörigen gewidmet. Einbringen können sich Angehörige z. B., in dem sie sich bewusst werden, dass das gemeinsame Aushalten eine aktive, fordernde Tätigkeit ist. In-



Delia Schreiber: «Wenn es nicht nur mit offenen Augen, sondern auch mit offenem Herzen gelesen wird, dann ja. Ich bin schon sehr zufrieden darüber, dass der systemische Ansatz vor allem in der Pflege dabei ist, Fuss zu fassen.»

dem sie ihr schlechtes Gewissen ablegen und gut für sich selbst sorgen. Indem sie vom Patienten ganz konkret erfragen wie und wobei er unterstützt werden möchte, sodass der mühsame Trial-and-error-Prozess wegfällt.»

### Aus dem Diagnoseschock erwachen

**In den 70er-Jahren wurde die Psychoonkologie geboren. Sind die Bedürfnisse von Krebskranken so verschieden von andern Schwererkrankten?»**

«Es gibt ein spannendes Buch von der verstorbenen Publizistin Susan Sontag: Krankheit als Metapher. Sie beschreibt darin wie die Worte Krebs und Aids für uns zu riesigen Schreckgespenstern geworden sind. Sie stehen für Siechtum, Hoffnungslosigkeit, Tod, Entsetzen. Die Medien haben sicher einen grossen Beitrag dazu geleistet. Für Erkrankte gilt es, dem Wort für sich selbst den Schrecken zu nehmen. Aus dem Diagnoseschock zu erwachen. 50% der Krebspatienten werden geheilt. Aber das muss mir als

Laie, der ich mich noch nie mit der Thematik beschäftigt habe, erstmal bewusst werden. «Geheilte» Krebspatienten hegen das Bewusstsein, dass sie dem Tod von der Schippe gesprungen sind. Sie sind häufig stolz auf die ungeheuren Herausforderungen, die sie gemeistert haben. Und mir begegnet viel Dankbarkeit, ja Weisheit von Langzeitüberlebenden. Oft höre ich: «Die Zeit war hart. Aber ich möchte sie nicht missen. Ich bin durch die Krankheit ich selbst geworden.» Auch ein geheilter Krebspatient bleibt ein Krebspatient, denn Krebs ist eine chronische Erkrankung. Mir scheint, diese Abgeklärtheit finde sich vor allem bei Krebspatienten. Sie sind überzeugt davon, selbst etwas für sich tun zu können, in sich selbst Ressourcen zu tragen, die sie der Krankheit entgegenstellen können. Die moderne Hirnforschung zeigt, dass diese Idee nichts mit magischem Denken zu tun hat, sondern wirklich viel bewirken kann – und sei es im Einzelfall auch nur das Gefühl, das Heft des Handelns in der Hand zu behalten.»



### Universitätsnachrichten Basel

### Basler Programm für Parodontologie akkreditiert

Die Basler Parodontologie geniesst – spätestens seit der Veröffentlichung der bekannten Farbatlanten für Zahnmedizin durch Prof. Dr. Klaus Rateitschak – einen hervorragenden Ruf. Es war daher das erklärte Ziel der Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie, am Standort Basel wieder junge Parodontologen und Parodontologinnen auszubilden. Die klinische und theoretische Ausbildung zum Fachzahnarzt für Parodontologie erstreckt sich über mindestens drei Jahre und war in den letzten Jahren nur an den Instituten der Universitäten Genf und Bern möglich. Ab Herbst 2010 beginnt an den Universitätskliniken für Zahnmedizin Basel nun auch wieder eine strukturierte parodontologische Weiterbildung. Dr. Clemens Walter, Oberassistent und Spezialist für Parodontologie (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie), leitet das Weiterbildungsprogramm und wird unterstützt von Frau Prof. Dr. N. U. Zitzmann und Prof. Dr. Roland Weiger (Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie). Das Basler Programm wurde von der Schweizer Gesellschaft für Parodontologie (SSP) und der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) begutachtet und offiziell beim diesjährigen Jubiläumskongress der SSP akkreditiert. In Sommer 2011 wird die Umsetzung des Programms vor Ort evaluiert. Hervorzuheben ist, dass verschiedene Module zu Theorie und praktischen Übungen gemeinsam mit der Universität Zürich (Programmleiter PD Dr. Patrick Schmidlin) durchgeführt werden und hierdurch eine grössere Vielfalt des Angebotes mit Steigerung der Effizienz möglich wird.



Dr. Clemens Walter



Nach Dr.med.dent.  
**LORENZO VANINI**

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

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



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

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

## Das DENTOC-Projekt

**In Accra, der Hauptstadt Ghanas, schlossen sich vor zehn Jahren einige Praktiker aus dem medizinisch-zahnärztlichen Bereich unter dem Namen «The Lord's Work Organisation (Ghana)» zusammen in der Erkenntnis, dass neben der staatlich geförderten Gesundheitsvorsorge der Zahngesundheit bisher so gut wie keine Aufmerksamkeit gewidmet wurde. In der 2-Milliionen-Metropole Accra sind die Zahnmediziner und -kliniken nahezu an einer Hand abzuzählen.**

Arthur Wettstein (Bilder: zvg)

Ghana ist das bis zu seiner Unabhängigkeit von England im Jahre 1957 wegen seines immer noch andauernden Goldreichtums als Goldküste bekannte Land an der Küste Westafrikas. Seit nunmehr 180 Jahren bestehen intensive Beziehungen zwischen der Schweiz und dem Land Ghana. Sie gehen auf die frühe Tätigkeit der Basler Missionare in den 30er-Jahren des 19. Jahrhunderts zurück. Die in der Folge gegründeten Schulen genossen unter Ghanas Bevölkerung seit jeher den Ruf einer ehrenwerten und strikten Menschenbildung. Die durch die Missionare ausgebildeten Handwerker waren weit herum gefragt. In der bald folgenden Handelstätigkeit wurde auf ein ehrliches und reelles Geschäftsgebaren grosser Wert gelegt. Hunderte von Schweizern haben während dieser Zeit ihre Arbeitskraft dem Land Ghana zur Verfügung gestellt.

### Die Trägerorganisation DENTOC

Aus dieser altehrwürdigen Beziehung entstand der Kontakt zu den Leuten von «The Lord's Work Organisation». Diese Gründergruppe arbeitet ehrenamtlich und wird durch weitere Fachleute nach Bedarf unterstützt. In den letzten Jahren wurde die Organisation in eine in Ghana registrierte Stiftung «The Dentoc Project» umgewandelt. Ziel der Stiftung «The Dentoc Project» ist es, auf die langfristige Erhaltung eines gesunden Gebisses zur Vermeidung der Folgen einer mangelhaften Mundpflege wie Karies, Zahnverlust und deren sekundären Gesundheitsschädigungen auf breiter Basis hinzuwirken. In erster Linie soll das Verständnis für die Notwendigkeit einer sorgfältigen Zahnpflege gefördert werden. Auch in Ghana zeigt sich, dass die moderne Ernährungsweise und die Einführung von Süssig-

Sollten Sie sich angesprochen fühlen, an der beschriebenen Arbeit in Afrika teilzuhaben und das DENTOC-Projekt über seinen Schweizer Partner in irgendwelcher Weise zu unterstützen, erreichen sie dessen Vertreter für weitere Informationen bei:

Arthur Wettstein, Mitglied des Stiftungsrates der Ernst-Peyer-Gedenk-Stiftung Schweiz  
8127 Forch, Tel. 044 980 18 54  
E-Mail: peyerstiftung@ggaweb.ch.

keiten besonders bei Kindern der einfacheren Bevölkerungsschichten eine markante Verschlechterung des Gebisszustandes zur Folge hat. Deshalb hat sich DENTOC schon bisher in erster Linie auf Kinder im Schulalter konzentriert und an Schulen im Umfeld der Hauptstadt Informationslektionen abgehalten. Gleichzeitig wird der Zustand der Zähne der Schulkinder überprüft, bei Bedarf werden einfache Massnahmen wie Auskrazungen, Desinfektion und provisorische Füllung eingeleitet. Dies erfolgt alles unentgeltlich. In zweiter Linie werden Erwachsene ebenfalls im Sinn einer aktiven Dentalhygiene bis hin zu Erstellung und Einpassung von Brückenprothesen behandelt, wofür eine bescheidene Gebühr erhoben wird.

### Das DENTOC-Projekt

Die Dentoc-Stiftung plant, ihre Tätigkeit auf ein wenig entwickeltes ländliches Gebiet auszuweiten. Die Wahl fiel auf den 75 km östlich von Accra gelegenen Sege-Distrikt, ein Gebiet von rund 275 km<sup>2</sup>, in welchem etwa 6000 Seelen wohnen. Sie pflegen auf mageren Böden etwas Landwirtschaft und Viehzucht, an der Küste teilnomadische Fischerei, an der Songaw-Lagune bedeutende nicht industrielle Salzgewinnung. Der Dis-

trikt verfügt über sechs Primarschulen, zwei Junior- und eine Senior-High-School. Wasser wird durch einzig vier öffentliche Stand-Pipes, eine Vielzahl von Sodbrunnen, deren Wasser von minderer Qualität ist, und etwas Regen-Harvesting geliefert. An sanitären Einrichtungen verfügt der Distrikt einzig über eine WC- und eine KVIP-Anlage («Kumasi Ventilated Improved Pit Latrine», belüftete Trockentoilette). Der Zugang zu den Dörfern erfolgt – abgesehen von der Hauptstrasse – durchwegs über Laterit- und Sandpisten. Die medizinische Versorgung wird durch staatliche Einrichtungen gewährleistet: ein Spital, zwei Health Centres, drei Health Posts, eine Clinic. Für Grundschulung und medizinische Grundversorgung bestehen also die Voraussetzungen. Zahnmedizinische Betreuung ist hingegen inexistent. Insgesamt ist dieses Gebiet zu den ärmlichsten im südlichen Ghana zu zählen.

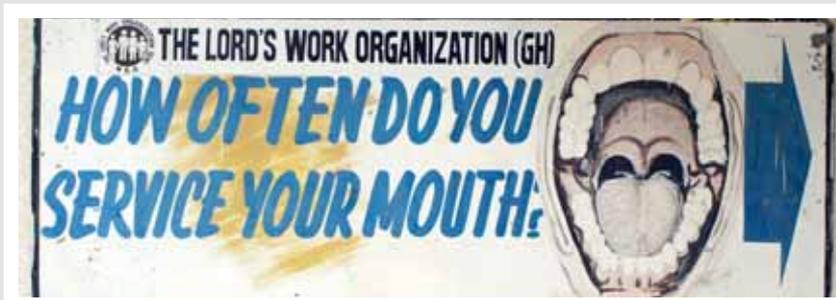
DENTOC beabsichtigt, die neue Tätigkeit etappenweise in drei Schritten zu aktivieren.

In einem ersten Schritt soll ein Allradfahrzeug mit einer leicht transportablen Ausrüstung, bestehend aus zwei feldmässigen Behandlungsstühlen und einem vollständigen Instrumentensatz, zum Einsatz kommen. Das Fahrzeug kann lokal beschafft werden, für die Ausstattung wird ein Import ins Auge gefasst.

Beim späteren zweiten Schritt handelt es sich um die Beschaffung einer vollständigen mobilen Zahnklinik. In einem dritten Schritt ist die Errichtung einer stationären Klinik in Sege eingeplant. Die Kosten für das ganze Projekt werden sich auf voraussichtlich rund CHF 170 000.– belaufen. Die DENTOC-Stiftung hat sich zu einer Eigenleistung im Umfang von 10% verpflichtet. Der zukünftige Betrieb und Unterhalt der Fahrzeuge und Anlagen geht vollumfänglich zulasten der DENTOC Foundation und wird aus ihrer Tätigkeit finanziert.

### Die Ernst-Peyer-Gedenk-Stiftung Schweiz

Das DENTOC-Projekt wird durch die in der Schweiz ansässige und mit Ghana eng verbundene, im Jahr 2002 gegründete Ernst-Peyer-Gedenk-Stiftung begleitet. Ihre aktiven Mitglieder verfügen über langjährige Beziehungen und Erfahrungen in Ghana. Sie unterstützt, fördert und überwacht die Verwirklichung von gemeinnützigen Projekten in den Sektoren Gesundheit und Bildung in Ghana und gewährleistet einen zielgerichteten direkten Einsatz gespendeter Mittel. Detaillierte Tätigkeitsberichte finden sich in der homepage: [www.peyerstiftung.ch](http://www.peyerstiftung.ch). Die Ernst-Peyer-Gedenk-Stiftung Schweiz sucht zur Förderung dieses Projektes weitere Unterstützung zur Beschaffung der benötigten materiellen und finanziellen Mittel: Postkonto Nr. 30-324914-3.





## Habilitation Rengin Attin

Die Universität Zürich hat PD Dr. Rengin Attin im Mai 2010 die Venia Legendi für das Fach Kieferorthopädie erteilt. Die wissenschaftlichen Spezialgebiete von PD Dr. Rengin Attin sind die Kariesprävention bei kieferorthopädischen Patienten und die Frontzahnbewegung 3. Ordnung.



PD Dr. Rengin Attin

Nach ihrem Studium an der Universität Tübingen war sie an der Charité Berlin in der Abteilung Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin als wissenschaftliche Assistentin beschäftigt. An der Universität zu Köln baute sie mit Herrn Prof. Dr. Noack in der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie die Sektion Kinderzahnmedizin aus und leitete sie als Funktionsoberärztin bis 2001. 2001 absolvierte sie ebenfalls die Prüfung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für das Fachgebiet Kinder- und Jugendzahnheilkunde.

An der Universität Göttingen arbeitete sie vier Jahre lang als wissenschaftliche Assistentin in der Abteilung für Kieferorthopädie. PD Dr. Rengin Attin ist seit 2005 Fachzahnärztin für Kieferorthopädie.

## Habilitation Dr. Daniel Graf

Privatdozent für Orale Biologie/Transgene Technologien und Genetik  
Amtsantritt: 1. 2. 2010

Daniel Graf leitet seit 2009 das Labor für Funktionelle Genomik und Genetik am Institut für Orale Biologie (ZZM). Sein Labor ist auf die kranio- und orofaziale Entwicklung mit Schwerpunkt der Rolle von Knochen-Morphogenetischen Proteinen (Bone Morphogenetic Proteins, BMP) in Epithel-Mesenchym-Interaktionen während der Gaumen- und Zahnbildung fokussiert. Dr. Graf graduierte in Biochemie an der ETH Zürich. Er absolvierte seine Doktorstudien (PhD) in Erlan-

gen und Berlin, in denen er die Rolle des CD40-Liganden (CD154) in der primären X-gebundenen Immundefizienz mit Hyper-IgM beschrieb. Für diese Arbeit erhielt er 1995 den Otto-Westphal-Preis von der Deutschen Gesellschaft für Immunologie. Während seiner postdoktoralen Studien am MRC Clinical Sciences Center, Imperial College London, untersuchte er die molekulare Regulation der T-Zell-Entwicklung. Dabei entwickelte er sein Interesse für die BMP-Signalgebung. Im Jahre 2001 zog Dr. Graf ans «Biomedical Sciences Research Center Al Fleming» bei Athen, wo er später eine Assistenzprofessur erhielt, um die Rolle von BMP in der Immunregulation und bei chronischen Entzündungen zu studieren. Er entwickelte dazu neue transgene Werkzeuge zum Studium der BMP und wandte



Dr. Daniel Graf

sie an Modellen für humane Krankheiten an. Durch diese Arbeiten entwickelte sich verstärkt sein Interesse an Epithel-Mesenchym-Interaktionen, welches ihn dazu bewegte, sich Prof. Thimios Mitsiadis am Institut für Orale Biologie anzuschliessen. Anfang 2010 wurde Dr. Graf die «Venia Legendi» (Privatdozent) für das Gebiet Orale Biologie/Transgene Technologien und Genetik verliehen.

## Habilitation Dr. Annette Wiegand

Am 25. Januar 2010 hat die Universitätsleitung Dr. Annette Wiegand die Venia Legendi für das Gebiet Präventive und Restaurative Zahnmedizin erteilt.

Annette Wiegand (Jahrgang 1977) studierte von 1996 bis 2001 Zahnmedizin an der Philipps-Universität Marburg und promovierte dort im Jahr 2002. Von 2002 bis 2006 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Zahnerhaltung, Präventive Zahnheilkunde und Parodontologie der Universität Göttingen beschäftigt. Im Jahr 2006 wechselte sie als Assistentin an die



Dr. Annette Wiegand

Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universität Zürich, wo sie 2008 zur Oberassistentin ernannt wurde. Von August bis Dezember 2008 war sie als *Visting Professor* an die Universität Sao Paulo, Dental School Bauru, Dept. for Biochemistry, eingeladen.

Die Forschungsschwerpunkte von Frau Dr. Wiegand umfassen die Prävention und Therapie von Zahnerosionen/-abrasionen, Beeinflussung von De- und Remineralisation der Zahnhartsubstanz mit Fluoriden, Aufhellungstherapien von verfärbten Zähnen sowie minimalinvasive restaurative Versorgungen. Frau Dr. Wiegand ist Autorin und Co-Autorin von Originalarbeiten und Übersichtsarbeiten und ist mit verschiedenen wissenschaftlichen Preisen (Oral-B-Prophylaxe-Preis 2004, Jahresbestpreis der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung 2005, Wrigley-Prophylaxe-Preis 2007) ausgezeichnet worden. Das Thema ihrer Habilitationsschrift lautet: Efficacy of tetrafluorides – especially titanium tetrafluoride – in the prevention of dental erosion.

## Habilitation PD Dr. Irena Sailer

Am 1. September 2010 erhielt Irena Sailer von Prof. Andreas Fischer, Rektor der Universität Zürich, die Venia Legendi/Habilitation zugesprochen.

Irena Sailer studierte Zahnmedizin an der Universität Tübingen in Süddeutschland, wo sie 1997 ihr Examen als Zahnärztin ablegte. An der gleichen Universität promovierte sie ein Jahr später. Nach kurzer Tätigkeit in der freien Praxis

in Deutschland zog es sie 1998 an die Universität Zürich auf die Oralchirurgie unter Prof. H. Sailer und Dr. G. Pajarola. Ein Jahr später trat sie ins Weiterbildungsprogramm der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialforschung ein. Seit 2000 arbeiten wir nun zusammen, und ich habe Irena als zielstrebige und klar in ihrer Arbeit und kollegial



PD Dr. Irena Sailer

und humorvoll im Team erlebt. Bei uns arbeitete sie zuerst als Assistentin und ab 2003 als Oberassistentin. Irena Sailer interessierte sich von Beginn weg für die zahnmedizinische Wissenschaft. Mit ihren Entwicklungen und Forschungsergebnissen auf dem Gebiet der rekonstruktiven Zahnmedizin mit Schwerpunkt dentale Keramiken machte sie sich einen Namen, der schon bald auch international strahlte. So konnte sie 2007 ein halbes Jahr lang in einem der weltweit renommiertesten Materialforschungslaboratorien bei Prof. Van Thompson in New York arbeiten. In dieser Zeit entwickelte sie unter anderem ein patentiertes Verfahren zur keramischen Verän-

derung der Oberfläche von Metallimplantaten. Aufgrund weiterer internationaler Zusammenarbeiten erhielt sie 2009 an der University of Pennsylvania die Position eines «Adjunct Associate Professor».

Liebe Irena, wir gratulieren dir ganz herzlich zur Habilitation und damit zur Anerkennung deiner Leistungen durch die Universität Zürich. Wir wünschen dir, dass du mit der gleichen Begeisterung und Freude wie bisher weiterarbeiten kannst und dass wir noch lange mit dir zusammenarbeiten dürfen.

Prof. Christoph Hämmerle

### Dr. Tobias Tauböck gewinnt Forschungswettbewerb

## VOCO Dental Challenge 2010

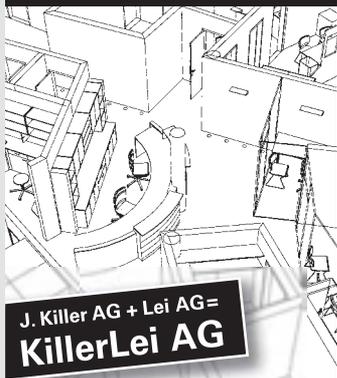
Bereits zum achten Mal hat die Firma VOCO junge Wissenschaftler aus Deutschland, Österreich und der Schweiz aufgerufen, sich mit Forschungsarbeiten zu dentalspezifischen Themen am Forschungswettbewerb VOCO Dental Challenge zu beteiligen. Im September 2010 präsentierten die zehn besten Bewerber ihre Studienergebnisse einem fachkundigen Publikum in 15-minütigen Vorträgen und stellten sich anschliessend den kritischen Fragen der aus drei unabhängigen Hochschullehrern bestehenden Jury. Es wurden innovative Forschungsansätze aus dem Gebiet der Zahnerhaltung und der Materialtechnologie vorgestellt.



Dr. Tobias Tauböck

Dr. Tobias Tauböck (Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, Universität Zürich) unterstützt von den Co-Autoren Thomas Attin, Tiziana Bortolotto, Wolfgang Buchalla und Ivo Krejci (Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universität Zürich und Division für Kariologie und Endodontologie, Universität Genf) gewann mit einer universitätsübergreifenden Studie den hochklassig besetzten und mit 8000 Euro dotierten Wettbewerb als bester wissenschaftlicher Nachwuchsreferent. Er präsentierte Forschungsergebnisse zum Einfluss verschiedener Lichtpolymerisationsprotokolle auf die Polymerisationsschrumpfung und Schrumpfkraft sowie die Mikrohärtigkeit eines dualhärtenden Stumpfaufbaukomposits. Neben der Thematik und klinischen Relevanz der vorgestellten Studie überzeugte die Jury auch die Anschaulichkeit der Präsentation sowie die Verteidigung der Forschungsarbeit in der abschliessenden Diskussionsrunde.

## WIR MACHEN AUS ARZT- UND ZAHNARZTPRAXEN TRAUMÄUME



J. Killer AG + Lei AG =  
**KillerLei AG**



Unsere Architekten und Innenarchitektinnen planen und bauen ausschliesslich Arzt- und Zahnarztpraxen. Und dies von A bis Z. Von der Raumaufteilung über die Gesamt- und Detailgestaltung bis hin zur technischen Infrastruktur.

KONZEPT

ARCHITEKTUR

EINRICHTUNGEN

BAUMANAGEMENT

**KillerLei**

Konzept · Architektur · Baumanagement  
Einrichtungen für Arzt- und Zahnarztpraxen

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

## Kongresse / Fachtagungen

### Digital versus konventionell:

Wie sieht die rekonstruktive Zahnmedizin der Zukunft aus?

## 30 Jahre SSRD – ein Grund zum Feiern!

Da hat sich das wissenschaftliche Programmkomitee und allen voran Dr. Ronald Jung so einiges einfallen lassen, um diesen Event gebührend zu feiern! Für die 30. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Rekonstruktive Zahnmedizin wurde ein äusserst interessantes Programm über zwei Tage mit einem praktischen und theoretischen Teil aufgestellt.

Dr. med. dent. Sybille Scheuber, ZMK Bern (Text und Bilder)

Alle Interessierten der digitalen Zukunft in der Zahnmedizin durchliefen am ersten Tag des Kongresses einen Workshop-Parcours der bekanntesten Firmen dieser Branche. Vom digitalen Abdruck bis hin zur fertigen Restauration, über Möglichkeiten der Implantatplanung sowie Herstellung von OPs-Schablonen wurden alle Innovationen von den Firmen angepriesen. Man kam aus dem Staunen nicht mehr heraus, wenn man sich klar machte, was heutzutage alles möglich ist. Man könnte fast meinen, wer da auf den digitalen Zug nicht aufspringt, verpasst den Anschluss an die Zukunft.

Sehr beeindruckt hat viele Teilnehmer die Einfachheit des digitalen Kieferabdrucks mittels einer 3-D-Videoaufnahme mit dem Lava™ Chairside Oral Scanner C. O. S. von 3M Espe. Als einzige Firma bietet Sirona die Herstellung von Rekonstruktionen aller Art in nur einer Sitzung an. Straumann imponierte mit der digitalen Implantatplanung und Herstellung von OPs-Schablonen, während Nobel Biocare betonte, dass selbst 14-teilige ausgefräste Titangerüste mit einer unübertrefflichen Passgenauigkeit und Präzision den Anwender bestechen werden. Aller genannten Vorteile zum Trotz haben all diese Systeme ihren nicht zu vernachlässigenden Preis, und es bleibt dem zukünftigen Anwender überlassen, abzuwägen, inwieweit sich diese Geräte in der Privatpraxis rentieren werden.

Den SSRD-Kongress am 30. Oktober 2010 leitete Dr. Ronald Jung und der Präsident Dr. Horst Kelkel im Kursaal Bern mit einem Appell an die verschiedenen MedTech-Firmen ein: Das CAD/CAM wird die Zukunft sein. Umso dringlicher sind Synergien erforderlich und die Kompatibilität und Offenheit der verschiedenen Systeme.

### Sinkende Preise dank Digitalisierung?

Das erste Referat eröffnete Prof. Dr. Dr. Jörg Strub, Direktor der Abteilung für Zahnärztliche Prothe-

tik der Universität Freiburg. Ziel der digitalen Zahnmedizin soll es sein, den Preis für den Patienten zu senken. Mit einem Grundpreis von plus/minus 35 000 Euro für z. B. alle intraoralen Scangeräte bewegen sich diese Systeme ungefähr in der gleichen Preisklasse. Die Genauigkeit dieser Geräte ist aber durch die Bank weg bei allen Systemen im Vergleich zur konventionellen Herangehensweise ähnlich gut oder sogar als besser einzustufen. Als Zukunftsvision stellt er sich vor, dass es irgendwann möglich sein wird, ganze Prothesen aus einem Stück CAD/CAM-technisch herstellen zu können. Der digitale Abdruck, die digitale Farbwahl, der digitale Artikulator, ein digitaler Gesichtsbogen, ganz zu schweigen vom digitalen Röntgen – all diese Möglichkeiten sind bereits da. In einem kurzen Überblick verglich er die genannten digitalen Systeme mit der jeweiligen konventionellen Methode. Insgesamt hinken die Universitäten leider mit klinischen Langzeitstudien



Als Moderator und Koordinator sowie Mitorganisator hat sich Dr. Ronald Jung sehr für den SSRD-Kongress engagiert.

der galoppierenden Entwicklung der Industrie hinterher. Provozierend stellte Prof. Strub die neueste Studie an seiner Universität vor, in der Studenten mithilfe der computergesteuerten Chirurgie, finanziert von der Firma Nobel Biocare, im Studentenkurs Implantate setzen lernen. Der 3-Jahres-Erfolg unterscheidet sich nicht von dem spezialisierter Implantologen. Wobei wohlgemerkt nur in einfachen Situationen ohne Knochenaufbau implantiert wurde und für die Implantatplanung ein DVT und eine geführte OPs-Schiene notwendig waren.

### Von konventionell zu digital: Zeit zum Wechsel?

Eine Expertise im Bereich optischer versus konventioneller Abdruck hat sich Dr. Andreas Ender, Assistenz Zahnarzt der Station für Computerrestauration der Universität Zürich ZZMK erarbeitet. Ähnlich wie Prof. Strub bereits andeutete, ist nach fundierten Genauigkeitsuntersuchungen der optische Abdruck mindestens ebenso gut wie der konventionelle. Bedenkt man, dass meistens nicht die Prozesskette der Restaurationsherstellung für eine schlechte Passung verantwortlich ist, sondern ein Verzug im Abformmaterial, kommt der zwingend akkuraten digitalen Abdrucknahme besondere Bedeutung zu. Zeit also zu wechseln?, fragt Dr. Ender das Publikum? Für Einzelzahn- und Implantatversorgungen sowie für kleinere drei- bis viergliedrige Brücken empfiehlt er ein optisches System. Für abnehmbare Prothetik und Schienenversorgungen ist die konventionelle Abdrucknahme aber noch überlegen.

### Indikationsstellung von DVT

Prof. Dr. Christoph Benz, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Mün-



Prof. Dr. Dr. Jürgen Strub studierte bis 1974 in Basel/Zürich und ist seit 1988 Ärztlicher Direktor für Prothetik in Freiburg.



PD Dr. Irena Sailer und Dr. Andreas Ender – beide Referenten aus der ZZMK der Universität Zürich

chen, referierte über die Indikationsstellung von DVT und stellte für alle frei zugänglich aus dem Internet herunterladbar die Gratisleitlinie «Dentale Volumetomographie» der DGZMK vor. Seiner Ansicht nach ist nur in der Implantologie die Indikation für ein DVT gegeben, weil die dadurch gewonnenen zusätzlichen Informationen dem Patienten nützlich sein können. Bei allen anderen Diagnosestellungen z. B. aus parodontalen, endodontalen, kariologischen, kiefergelenksbezüglichen oder kieferorthopädischen Gründen ist ein DVT nicht gerechtfertigt oder aufgrund von Artefaktbildung nicht geeignet.

Dr. Dr. David Schneider, Oberarzt an der ZZMK, fügte hinzu, dass man bei der computerunterstützten Implantatplanung immer mit einer geringfügigen, aber durchaus vorhandenen Unge-

nauigkeit rechnen muss. Gemäss der ITI-Konsensus-Konferenz 2008 ist ein DVT nur bei komplexer Anatomie, minimalinvasiver Chirurgie, zur Optimierung der Implantatposition in schwierigen ästhetischen Situationen oder bei Sofortbelastung indiziert.

#### Abutmentkrone

Sehr interessant war der Vortrag von PD Dr. Andreas Bindl, Privatpraktiker am Zürichberg und in Teilzeit an der Station für Computerrestauration der ZZMK, der mit bemerkenswerten Fallbeispielen aus der Reihe der Chairside-Behandlungen Eindruck machte. Durch die adhäsive Befestigung erreicht selbst die an sich schwache Feldspatkeramik Vita Mark II eine solche Verstärkung, dass sie zu einer akzeptablen Belastbarkeit

im Munde führt. Dadurch ist eine Versorgung in derselben Sitzung ohne Provisorium und relativ kostengünstig realisierbar. Durch die Weiterentwicklung der CAD/CAM und DVT-Technologie wird es zukünftig möglich sein, die Implantatplanung mittels Überlagerung der CEREC-Daten im DVT (Galileos) sowie das Ausschleifen der Implantatschiene und die Herstellung der Implantatkrone *in einer Sitzung* durchzuführen. Theoretisch. Die derart hergestellte Implantatkrone taufte er um in «Abutmentkrone». Nächstes Jahr schon wird es möglich sein, eine speziell gestaltete Einheilkappe mit dem CEREC Bluecam einzuscannen, um die Implantatposition zu bestimmen. Dann wird das CAD/CAM-fabrizierte Zirkoniaabutment mit der CAD/CAM-gefertigten Verblendung adhäsiv verklebt. Diese Abutmentkrone kann direkt mit dem Implantat verschraubt werden, und der Schraubenkanal wird dann konventionell mit Komposit verschlossen.

#### Materialkunde: CAD/CAM versus konventionell

Sehr schön führte PD Dr. Susanne Scherrer, Universität Genève, die materialkundlichen Eigenschaften der Industrieprodukte für die CAD/CAM-Technologie versus die konventionell erstellten Materialien vor. Die traditionelle Handwerkskunst der Zahntechnikergilde ist leider im Vergleich zur maschinellen Herstellung hinsichtlich Materialfehler anfälliger. Durch thermischen Stress beim Brennen kann es zu den gefürchteten Chippings, den Keramikabplatzungen in der Verblendung, kommen. Unterschiedliche Wärmeausdehnungskoeffizienten führen zu inneren thermalen Spannungen in der Restauration und in der Folge zu spannungsinduzierten Rissen innerhalb der Keramik. Gussfehler in metallischen Werkstücken



PD Dr. Andreas Bindl ist Privatpraktiker am Zürichberg, arbeitet aber noch in Teilzeit an der Station für Computerrestauration der ZZMK. Er machte mit bemerkenswerten Fallbeispielen aus der Reihe der Chairside-Behandlungen Eindruck.



Frau PD Dr. Scherrer erwies grosse Fachkenntnis im Bereich der Materialkunde. Dr. Fidel Ruggia ist Mitglied des wissenschaftlichen Programmkomitees.

oder Porositäten, Inhomogenitäten und Luftfeinschlüssen bei der keramischen Schichttechnik sind der Materialgüte von dicht gesinterten Keramikblöcken für die CAD/CAM-Technik unterlegen. Wobei aber auch Letztere nicht immer perfekt abschneiden, im Mittel aber eine gleichbleibende Qualität liefern. Ihren Untersuchungen zufolge ist die Bruchlast und der Randschluss der CAD/CAM-technisch hergestellten Restaurationen besser als bei konventionell erstellten Arbeiten. In ihrer Studie hat sie eine CAD/CAM-technisch hergestellte Verblendung auf ein ebenso CAD/CAM-technisch hergestelltes Zirkonoxidgerüst über ein Glaslot zusammengefügt. Das selektive Laser-Schmelzverfahren bzw. die Stereolithografie ermöglicht sogar die passgenaue Herstellung kompletter Prothesengerüste.

### Biogenerisches Zahnmodell

Die automatisierte Berechnung von Kauflächen und die Integration aller funktionellen Parameter in die Gestaltung der Zahnrestauration sind der beachtenswerten Forschungsarbeit von *Prof. Dr. Albert Mehl* zu verdanken. Durch präzise 3-D-Vermessung von bis zu 8000 Zähnen aus der Zahnbibliothek konnte eine Datenbank für das CEREC-Gerät geschaffen werden, die die natürliche Variabilität der okklusalen Konzepte enthält. Dieses sogenannte *biogenerische Zahnmodell* ist in der Lage, aufgrund der Restzahnsubstanz der Nachbarzähne oder der Antagonisten den am besten geeigneten Vorschlag für den neuen Zahnersatz zu errechnen. *Prof. Mehl* konnte auf beeindruckende Weise zeigen, dass nur wenige Anhaltspunkte ausreichen, um trotz dieser relativ geringen Information einen ganzen Zahn in seiner ursprünglichen Form rekonstruieren zu können.

### Wann ist Höckerunterstützung notwendig – und wann nicht?

Eine pfiffige Idee hatte in diesem Zusammenhang Zahntechnikermeister *Vanik Kaufmann*, Ceratech AG Liestal, der die Möglichkeiten des CEREC-Gerätes geschickt zu nutzen wusste. Als Zahntechniker ist man in diesen Zeiten sehr gefordert, auf den «digitalen» Zug aufzuspringen, möchte man in diesem Berufszweig in der Zukunft überleben. Seine Idee ist ebenso simpel wie bestechend: Warum nicht einfach eine CAD/CAM-hergestellte Keramikverblendung kalt adhäsiv auf ein CAD/CAM-hergestelltes Gerüst verkleben? Alle verwendeten Materialien sind seit Jahren im klinischen Einsatz und haben sich bewährt. Man umgeht damit elegant die thermalen Spannungsinduktionen, da bei Zimmertemperatur chemisch gefügt wird und nicht mehr im Ofen unter Beachtung der unterschiedlichen Wärmeausdehnungskoeffizienten WAK gebrannt wer-



Zahntechnikmeister *Vanik Kaufmann* (links) diskutiert heftig, wie man mithilfe der CAD/CAM-Technik in seiner Berufsbranche in der Zukunft überleben kann. Zahntechniker wird es immer geben, da keine Maschine Zahnkronen individualisieren kann.

den muss. Da auf unterschiedliche WAK dementsprechend keine Rücksicht mehr genommen werden muss, kommt der Höckerunterstützung keine zentrale Wichtigkeit mehr zu und steht im Kontrast zu der bisher geglaubten Maxime, dass immer zwingend höckerunterstützend gearbeitet werden muss. Nicht nur Einzelkronen oder bis zu 4-gliedrige Brücken lassen sich mit dieser Methode unschlagbar schnell und einfach herstellen, auch derart hergestellte Implantatkronen wurden bereits schon am Patienten eingesetzt. Die potenzielle Praxistauglichkeit der Verbundfestigkeit beider Materialpartner über eine adhäsive Verklebung klärte *Dr. Sybille Scheuber*, Kronen- und Brückenabteilung der ZMK Bern und selbstredend Autorin, in ihrer wissenschaftlichen Studie ab.

*Dr. Joannis Katsoulis*, Klinik für abnehmbare Prothetik der ZMK Bern, präsentierte zahlreiche CAD/CAM-Lösungen über komplexen implantatgetragenen abnehmbaren oder fixen Zahnersatz. Durch die CAD/CAM-Technologie ist es möglich, Gerüste aus Zirconia oder Titan herzustellen, die direkt auf Implantatschulterniveau ohne zusätzliches Abutment verschraubt werden können. Implantate mit konischem Innengewinde sind dabei zu bevorzugen. Er verspricht sich dadurch weniger technische Komplikationen, wird doch mit der kompakteren Implantatkrone die Anfälligkeit für Schraubenlockerungen etc. verringert. Sobald aber Keramik auf das Gerüst aufgebracht wird, muss aufgrund der unterschiedlichen WAK natürlich wieder höckerunterstützend gearbeitet werden.



Zahntechnikmeister *Vanik Kaufmann* und *Dr. med. dent. Sybille Scheuber* bei ihrem Vortrag über die kalt-adhäsive Verklebung CAD/CAM-technisch hergestellter Verblendungen auf ein Brückengerüst.



Die glücklichen frischgebackenen Fachspezialisten, Dr. David Siegenthaler und Dr. Goran Benic, haben ihre erfolgreichen Fälle präsentiert.

Diese These unterstützt auch Prof. Dr. Joachim Tinschert, tätig in einer Privatpraxis in Aachen, der unter anderem nochmal die Präparationsgrundlagen für Keramikrestaurationen in Erinnerung rief. Trotz aller Vorteile bei Zirkonoxidkeramikbrücken warnte er aber davor, im Unterkiefer allzu weitspannige Brücken zu wagen, da mit der geringen Risszähigkeit von Keramiken und der durchaus vorhandenen Torsion der Unterkieferspanne eine erhöhte Frakturgefahr des Gerüsts einhergehen kann.

Die klinischen Langzeitergebnisse von CAD/CAM versus konventionell zeigte PD Dr. Irena Sailer von der ZZMK auf. Die Langzeitergebnisse bei Einzelzahnersatz sind mit der CAD/CAM- bzw. der konventionellen Methode gleich gut. Bei Brückenversorgungen sind die Zirkonoxidarbeiten hingegen tendenziell anfälliger auf Verblendfrakturen, den sogenannten Chippings. Ein weiterer Grund neben den bereits beschriebenen unterschiedlichen WAK ist das nachträgliche Einschleifen der Keramik. Die rauhe Stelle muss

danach unbedingt penibel poliert werden, um eine Rissausbreitung zu vermeiden. Ebenso wird in der ZZMK eine klinische Studie durchgeführt, in der eine «CAD-on»-Keramikverblendung auf ein Zirkonoxidgerüst randomisiert mit handgeschichteter Verblendkeramik verglichen wird. Wir werden sicherlich in fünf Jahren wieder davon hören ...

Insgesamt haben vier frischgebackene Prothetik-Fachzahnärzte erfolgreich ihre Spezialisierung in Rekonstruktiver Zahnmedizin abgeschlossen: Wir gratulieren Dr. Goran Benic, Dr. Martha Restrepo Galindo, Dr. Joannis Katsoulis und Dr. Adrian Büttel.

Mit dem Ausscheiden von Prof. Marinello, Prof. Brägger und Dr. Kelkel aus dem SSRD-Vorstand und der Wahl von Prof. Hämmerle sowie Dr. Linda Grütter und Dr. Daniel Tinner ändert sich auch der Vorstand der SSRD. Es ist abzuwarten, welchen Einfluss das auf die wissenschaftliche Kommission und die bislang sehr erfolgreiche Arbeit des SSRD haben wird.



Das wissenschaftliche Komitee des SSRD von links nach rechts: Dr. Fidel Rugia, Prof. Dr. Regina Mericske-Stern, PD Dr. Regina Sailer, Dr. Horst Kelkel und PD Dr. Ronald Jung

# SVPR-Jahrestagung

**Am 30. Oktober 2010 fand in Fribourg die 15. Jahrestagung der Schweizerischen Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin statt. Etwa 160 Teilnehmer konnten vom Tagungspräsidenten Dr. Ph. Hediger begrüsst werden, und das trotz der gleichentags durchgeführten SSRD-Tagung in Bern und der Tagung der «Neuen Gruppe» in Zürich. Die Teilnehmer erwartete unter dem Motto «Update in moderner restaurativer Zahnmedizin» eine interessante Fortbildung.**

Klaus Neuhaus, ZMK Bern (Text und Bilder)

## Sollen DH bohren dürfen?

Das Eingangsreferat hielt Prof. A. Feilzer (ACTA Amsterdam), der diesmal nicht als Materialkundeforscher auftrat (Prof. Feilzer hat den C-Faktor als Erster beschrieben), sondern als Botschafter einer neuen Zahnmedizinausbildung. So wusste Prof. Feilzer zu berichten, dass in den Niederlanden zu viele Zahnärzte für zu wenige Patienten da seien. Gleichzeitig gebe es für den einzelnen Zahnarzt einen Überhang an «anspruchloser» Routinearbeit, was zu einer Unzufriedenheit im Beruf und zu einem erhöhten Burnout-Risiko führen könne. Die holländische Massnahme dagegen beschrieb der Referent mit einer stärker spezialisierten Ausbildung der Zahnmedizinstudenten als «Mund-Ärzte» (sechs Jahre Studiedauer). Die spezielle Förderung sieht man beispielsweise an den «Flugsimulatoren», vollautomatischen Präpariersimulationseinheiten, die Geschwindigkeit und Anpressdruck und Anstellwinkel der Studenten erfassen – im ersten Semester! Gleichzeitig wurde die DH-Ausbildungszeit auf vier Jahre angehoben, wobei nun auch einfachere operative Tätigkeiten wie erweiterte Versiegelungen und einflächige Kompositfüllungen auf Anordnung des Zahnarztes durch die DH durchgeführt werden können. Das Konzept sieht die Förderung von kleinen Zentren oder

Kliniken vor, in denen es einen Klinikmanager gebe, eine notwendige Zahl von Dentalassistentinnen sowie drei DH und drei Assistenz Zahnärzte – bei einem rechnerischen Patientenvolumen von etwa 10 000 Patienten pro Klinik. Das Ziel sei, dass Zahnärzte spezialisiertere Tätigkeiten ausüben, während sie Routinearbeit delegieren können. Die Frage, ob DH bohren dürfen oder nicht, haben die Niederlande schon längst für sich beantwortet und Tatsachen geschaffen, deren weitere Entwicklung in Europa mit einer Mischung aus Argwohn und Interesse verfolgt wird.

## ICON und Silorane

PD Dr. Patrick Schmidlin (ZZMK Zürich) untersuchte die Frage nach der Approximalversiegelung von initialen kariösen Läsionen. Das mit dem Slogan «Bohren – nein danke!» recht aggressiv von DMG vermarktete Produkt ICON® sorgt für einige Verwirrung bei den Schweizer Praktikern. «Funktioniert das tatsächlich, oder soll man noch Studien abwarten?» oder ähnlich lauteten Fragen, die im Pausenfoyer immer wieder zu hören waren. Dr. Schmidlin erläuterte das Prinzip der Infiltrationstechnik und präsentierte eigene Studien, die zeigten, dass die Infiltration alleine wahrscheinlich klinisch nicht so gut ist wie

die Kombination der Infiltration mit der Oberflächenversiegelung. Begründet wurde dies mit dem Vorliegen von Mikrokavitäten und der Polymerisationsschrumpfung des Infiltranten. Eine ungenügende Infiltration könne zu einer Progression kariöser Demineralisation führen. Der Vorteil eines zusätzlichen Siegels wie etwa einer Polyurethanfolie (nicht auf dem Markt erhältlich!) sei die klinische Kontrollierbarkeit der Restauration. Weitere Studien werden zeigen müssen, welcher Weg der vernünftiger sein wird.

Eine niedrige Schrumpfung zeichnet den Werkstoff der Silorane aus, wie Dr. L. Gregor (Universität Genf) ausführte. Er stellte in seinem Referat Werkstoffprüfmethoden vor, mit denen die Güte von Materialien festgestellt werden kann. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Genfer Kaumaschine, die zyklische Kaudrücke mit Thermocycling kombiniert. So konnte herausgefunden werden, dass die Randqualität von Silorane besser sein kann als von Filtek Supreme, wenn entgegen der Herstellerangaben die Kavität vorgängig mit Phosphorsäure konditioniert wird.

## Laser in der restaurativen Zahnheilkunde

Prof. Ivo Krejci (Universität Genf) stellte in seinem Referat die Anwendungsmöglichkeiten von dentalen Lasern vor, wobei der Schwerpunkt auf dem Er:YAG-Hartgeweblaser lag. Nach einer umfangreichen theoretischen Einführung, in der physikalische Grundlagen erarbeitet wurden, wurde so manchem Kongressbesucher klar, weshalb es für verschiedene Einsatzgebiete verschiedene Typen von Lasern braucht. Die Energieabsorption ist für verschiedene Gewebetypen und deren Hauptbestandteile unterschiedlich (z. B. Wasser, Hydroxylapatit), sodass unterschiedliche Wellenlängen benötigt werden, um eine optimale Wirkung zu erzielen. Beeindruckend waren die Einsatzmöglichkeiten des Er:YAG-Lasers, der mehr und mehr in direkte Konkurrenz zum Bohrer tritt. Prof. Krejci zeigte auch ein Video, bei dem ein Veneer mit dem Er:YAG-Laser entfernt wurde, indem mit sehr geringer Energiedichte durch das Veneer hindurch das Befestigungskomposit verdampft wurde. Diese schonende Entfernung dauerte etwa zehn Sekunden. Aber auch weitere Einsatzmöglichkeiten wie etwa die Laserfluoreszenz zur Detektion von hidden caries hob der Referent hervor. Im Ganzen wurde klar, weshalb Prof. Krejci eine Vorliebe zur Laserzahnheilkunde hegt. Man darf weiteren spannenden Entwicklungen entgegensehen.

## Klinische Anwendungsgebiete von Kompositen

In welcher Art und Weise Komposite im Front- und Seitenzahngebiet eingesetzt werden können, zeigten Oberärzte aus der Abteilung von



## 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](mailto:direktion@medibank.ch)

**Kontaktperson: Christine Ehrat, lic. oec. publ., Direktwahl: 041 726 25 34**



Dr. G. Rocca stellen Eigenheiten und Unterschiede verschiedener Komposit-Typen und -Generationen vor.



«Man könne feststellen, dass Kompositfüllungen etwa 10 Jahre lang gut funktionieren, die jährliche Verlustrate dann aber über die Zahl von 2,5 % pro Jahr hinausgehe», sagte Professor Dr. med. dent. Thomas Attin.

Prof. Krejci aus Genf, Dres S. Ardu und G. Rocca sowie PD Dr. Didier Dietschi. Im Gegensatz zur landläufig kolportierten Meinung unter Prothetikern, die Kompositfüllungen immer noch als Langzeitprovisorium erachten, wurde gezeigt, dass Kompositversorgungen viele Vorteile bieten. Wenn man nicht die Ästhetik als Hauptindikator für ein Füllungsmaterial sehe, sondern die Funktion an oberste Stelle setze, so gelange man zur Einsicht, dass Komposit gegenüber Keramik einige Vorteile bietet. Neben einer «biologischen» Abrasionsstabilität sei als entscheidender Vorteil die Reparaturmöglichkeit anzusehen. Dr. Dietschi, der sich nicht zuletzt durch wunderbare Frontzahnfüllungen einen internationalen Namen erarbeitet hatte, erwähnte, dass er 95% seiner Fälle ohne jegliche Effektmasse versorge. Auch seine Füllungen seien nie zu 100% perfekt, aber es reiche ja, wenn die Füllungen auf Sprechdistanz schön wirken. Sein Rezept dazu ist die richtige Mischung der Dentinmassenfarbe, über die die Füllungsfarbe definiert wird, und der Schmelzfarbe, wobei hier das A-Spektrum völlig ausreichend sei. Dres Ardu und Rocca zeigten ihrerseits die Entwicklung der verschiedenen Komposite auf. Sie empfahlen für Stumpfaufbauten, weiter chemisch oder dual härtende Makrohybridkomposite zu nehmen, da sie gute Materialeigenschaften aufweisen und ihre mangelhafte Ästhetik unter Kronen keine Rolle spielt.

**Ausgedehnte Restaurationen mit Komposit**  
Prof. Dr. Thomas Attin (ZZMK Zürich) stellte in seinem Abschlussreferat über Kompositfüllungen zunächst die Erfolgswahrscheinlichkeit in den Vordergrund. Man könne feststellen, dass Kompositfüllungen etwa zehn Jahre lang gut funktionieren, die jährliche Verlustrate dann aber über

die Zahl von 2,5% pro Jahr hinausgehe. Grundsätzlich unterscheidet man einen frühen Misserfolg von Kompositfüllungen, der vor allem durch Behandlungsfehler, inkorrekte Indikationstellung oder inkorrekte Materialverarbeitung hervorgerufen wird, von späten Misserfolgen, die sich durch Frakturen an Zahn oder Werkstoff, durch Sekundärkaries oder durch Abnutzungserscheinungen bemerkbar machen. Prof. Attin berichtete von

eigenen Erfahrungen bei der umfassenden Versorgung von Erosionsgebissen. Der oft zu beobachtende Verlust der vertikalen Dimension in Abrasionsgebissen erschwere bis verunmögliche eine allfällige Frontzahnversorgung ohne Bisshebung. Prof. Attin machte auf die Bisshebung nach Dahl aufmerksam, bei der durch einen anterioren Frontzahn-Jig die Seitenzähne leicht diskulidieren. Dieser Jig kann herausnehmbar oder fest sein, führt aber dazu, dass die Seitenzähne elongieren, sodass die Platzverhältnisse in der Front eine Restauration erlauben. Ferner zeigte Prof. Attin Restaurationsfälle von Erosionspatienten, bei denen anhand eines Wax-up auf dem Modell eine Tiefziehschiene hergestellt wurde, anhand derer Seitenzähne einzeitig aufgebaut werden können. Die Überschussentfernung erübrige sich im Wesentlichen, wenn matrizenfrei und Zahn für Zahn gearbeitet wird, wobei der gut getrocknete Nachbarzahn jeweils mit Teflonband (Meterware vom Baumarkt, muss aber sterilisiert werden!) geschützt wird.

Zusammenfassend und rückblickend war der Tag bereichernd und äusserst informativ. Demjenigen Leser, der vielleicht aufgezeigte Trends oder noch aktuellere Studienergebnisse verfolgen möchte, sei die internationale Conseuro-Tagung vom 13.–15. Oktober 2011 im aufregenden Istanbul nahegelegt.

## Zeitschrift

### Prothetik

**Nicolas E, Veyrune J, Lassauzay C:  
A Six-Month Assessment of Oral Health-Related Quality of Life of Complete Denture Wearers using Denture Adhesive: A Pilot Study**

*J Prosthodont 19: 443–448 (2010)*

Zahnlosigkeit und die Versorgung mittels Totalprothesen haben einen negativen Effekt auf die orale Lebensqualität («oral health quality of life = OHQoL»). Ziel dieser Pilotstudie war die Untersuchung der Lebensqualität durch die Verwendung eines Haftmittels bei neuen Totalprothesen. Zusätzlich wurde eine mögliche positive Beeinflussung von Prothesenhaftmitteln auf mastikatorische Parameter evaluiert. Bisher durchgeführte Studien untersuchten die Effizienz von Prothesenhaftmitteln anhand von objektiven Parametern wie Retention, Stabilität und Kaufunktion. Bis dato gibt es allerdings keine klinische Studie, welche den Einfluss von Prothesenhaftmitteln auf die Lebensqualität analysiert. Die geriatrische Lebens-

qualität («geriatric oral health assessment index = GOHA») stellt ein geeignetes Instrument zur Messung der oralen Mundgesundheit dar. Mit diesem Fragebogen werden zwölf Dimensionen bewertet, die funktionelle Bereiche (Essen, Sprechen, Schlucken), psychosoziale Bereiche (Befürchtungen, Erscheinungsbild) und Schmerzen oder Beschwerden (Medikamente, gingivale Sensibilitäten, Kaubeschwerden) einschliessen.

Während der Dauer von drei Jahren (2004–2007) wurden bei 143 Patienten neue Totalprothesen nach einem genormten Design angefertigt. Im Anschluss an eine Adaptationsdauer von drei Monaten wurde der OHQoL gemessen. Aus der Studie ausgeschlossen wurden Patienten, die mit einer Hybridprothese versorgt waren, in einer Gesundheitsinstitution lebten (negative Auswirkungen auf QoL), nicht fähig waren, klar zu sprechen und zu lesen oder an ernsthaften Depressionen oder diagnostizierten psychischen Erkrankungen litten. 14 Patienten mit einem tiefen GOHA-Wert wurden in die Studie eingeschlossen. Von diesen Patienten waren sieben Männer und sieben Frauen, das Durchschnittsalter be-

## Endlich mehr Freizeit



Wir übernehmen Ihre  
Debitoren

einfach – individuell –  
günstig

[www.dentakont.ch](http://www.dentakont.ch)

trug  $65 \pm 7$  Jahre. Zum Zeitpunkt T0 (Studienbeginn) wurde erstmals die Lebensqualität gemessen. Nach einer Instruktion in der Anwendung von Prothesenhaftmitteln mit entsprechendem dreimonatigem Einsatz erfolgte eine zweite Datenerhebung. Zu diesem Zeitpunkt T1 entschieden vier Personen die Benützung von Prothesenhaftmitteln zu sistieren (Gruppe 1). Die übrigen zehn Personen, setzten die Anwendung des Haftmittels für die weiteren drei Monate fort (Gruppe 2). Sechs Monate nach Beginn der Studie, zum Zeitpunkt T2, wurde die Lebensqualität erneut gemessen.

Der mittlere GOHAI-Wert zeigte eine signifikante Verbesserung von T0 nach T1 und T2, wobei insbesondere während der ersten drei Monate ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Zu Beginn der Studie wurde der funktionelle Bereich mit

«tief» bewertet. Nach sechs Monaten konnte ein Urteil «zufrieden» erreicht werden.

Auch die Beurteilung der Schmerzen und Beschwerden zeigte im Laufe der Studie signifikant bessere Werte als zu Beginn. Einerseits wird die Kontaktfläche der Prothese zur Schleimhaut durch das Adhäsiv vergrössert und somit auftretende Bewegungen reduziert, andererseits kann das Haftmittel eine Polsterung und eine Reduktion von Speiseretentionen bewirken. Bei der Gruppe 2 konnte die Bewertung des Komforts und Wohlbefindens im Laufe der Studie von «akzeptabel» auf «gut» verändert werden.

Für die Ermittlung der Kauparameter wurden identische Apfel- und Käseproben mittels Videomethode validiert. Bei der Kaurate waren keine Unterschiede zwischen den Gruppen und auch nicht zu den verschiedenen Zeitpunkten vorhanden.

In den ersten drei Monaten erleichtern Haftmittel die neuromuskuläre und psychosoziale Adaptation an neue Prothesen. Der Entscheid der Gruppe 1 zum Verzicht auf weitere Haftmittelanwendung lässt vermuten, dass diese Teilnehmer ihre maximale Prothesenanpassungsfähigkeit zum Zeitpunkt T1 bereits erreicht haben und demzufolge keine zusätzliche Verbesserung des oralen Wohlbefindens erwarten. Da sich in der Folge der GOHAI-Wert kaum verändert, kann ein anhaltender Nutzen des Haftmittels zur Prothesenadaptation bestätigt werden. Diverse Studien bestätigten eine allgemeine Verbesserung des Kaukomforts bei einer zunehmenden Prothesenretentionsqualität und -dauer. Falls eine Implantation aus klinischen oder finanziellen Gründen nicht möglich ist, kann die Verwendung eines Haftmittels sinnvoll sein, um die Adaptationsfähigkeit an eine Prothese und somit das orale Wohlbefinden zu steigern. Im Gegensatz zu anderen Studien konnte in dieser Studie keine signifikante Verbesserung der mastikatorischen Parameter aufgezeigt werden. Hierfür mitbegründend können die Einschlusskriterien sein, da nur Patienten in gutem Gesundheitszustand und einem tiefen GOHAI-Wert eingeschlossen wurden, also Menschen mit reduziertem Anpassungsvermögen an Prothesen. Durch die Stabilisierung der Prothese mithilfe von Haftmittel resultieren regelmässige Kauzyklen, ein effizienterer Kauakt und demzufolge ein erhöhtes Wohlbefinden beim Tragen der Prothese. Um diese Resultate zu bestätigen, sind entsprechende Aussagen einer grösseren, prospektiven Multizenterstudie notwendig.

Fabienne Glenz, Basel



Die SMfZ-Redaktion wünscht der Leserschaft ein frohes Weihnachtsfest und ein glückliches neues Jahr 2011.

La rédaction de la RMSO souhaite à ses lecteurs un joyeux Noël et une hereuse année 2011.

La redazione della RMSO augura ai suoi lettori un Buon Natale e un felice 2011.

## Impressum

### Titel / Titre de la publication

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

### Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

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

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

### Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

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

### Translators / Übersetzer / Traducteurs:

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

### Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

### Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

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

### Responsables du groupe rédactionnel romand:

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

### Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren von Forschung und Wissenschaft sowie Praxis und Fortbildung finden Sie auf der SSO-Homepage:  
www.sso.ch → FÜR ZAHNÄRZTE → MONATSSCHRIFT ZAHNMEDIZIN.  
Vous trouverez les instructions pour les auteurs de recherche et science et pratique quotidienne sur la page d'accueil de la SSO:  
www.sso.ch → POUR LES MÉDECINS-DENTISTES → REVUE MENSUELLE.

### Herausgeber / Editeur

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

### Inseratenverwaltung

### Service de la publicité et des annonces

Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien  
Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin  
Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich  
Telefon 043 444 51 07, Telefax 043 444 51 01, E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch  
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.  
Inserationstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.  
Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.  
Tarifs des annonces / Exemplaies de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

*Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.  
L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.*

### Gesamtherstellung / Production

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

### Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

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

### Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants	Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 35.85*
*inkl. 2,4% MWST / inclu TVA 2,4%	
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 35.–
	+ Versand und Porti

### Ausserhalb Europa / Outre-mer:

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

*Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.  
Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.*

2010 – 120. Jahrgang / 120<sup>e</sup> année; Auflage / Tirage: 5700 Ex;  
WEMF/SW-Beglaubigung 2010 – Total verkaufte Auflage: 4765 Ex.  
ISSN 0256-2855