

«Bei uns gibt es keine Zahnarztzentren ...»

... sagt Michele Guglielmini, Präsident der SSO Ticino. Das Tessin weist eine hohe Zahnärztdichte auf. Von der Zuwanderung ausländischer, vor allem italienischer Zahnärzte, die sich in städtischen Gebieten, vorzugsweise in Lugano, ansiedeln, profitieren die Randgebiete nach wie vor nicht.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Foto: zvg)

SMFZ: Sie sind Gastgeber der diesjährigen Präsidentenkonferenz. Welche Hoffnungen setzt Ihre Sektion in diesen Anlass?

«Es gibt unterschiedliche Erwartungen. In beruflicher Hinsicht sollen die Teilnehmer in kollegialer Atmosphäre einen gegenseitigen Meinungsaustausch pflegen und von ihren Vorsitzenden über die Ereignisse auf schweizerischer Ebene informiert werden. Soweit es der zeitliche Rahmen der Konferenz zulässt, sollen die Teilnehmer auch unsere Stadt etwas besser kennenlernen.»

Was erwarten Sie von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft?

«Wir wünschen Aufklärung zum neuen Gebührentarif (Dentotar) für Zahnärzte, zum Stand der Hygienekontrollen auf kantonaler Ebene und Auskunft über Zukunftsperspektiven und Pläne sowohl auf Bundes- als auch auf Sektionsebene.»

Ihre Erwartungen an die SSO-Kommunikation?

«Ich erwarte, dass die SSO immer bereit ist, Fragen zu beantworten, wenn jemand sich an sie wendet, sowohl direkt als auch über ihre Kommissionen. Zudem soll die SSO bei allen Projekten die finanziellen Konsequenzen, die unserer Vereinigung daraus erwachsen, kritisch betrachten.»

Was halten Sie von der professionellen Kaderförderung?

«Die professionelle Förderung der SSO-Führungskräfte und die professionelle Organisation der Sektionen sind zwei besonders wichtige Ziele. Es wird immer schwieriger, Ersatz für die gegenwärtigen Führungskräfte zu finden. Wir hoffen, dass wir diese verantwortungsvollen Ämter durch eine optimale Strukturierung der Führungspositionen in den Sektionen attraktiver machen können. Vergessen wir nicht, dass die erste Priorität aller Vorstands- und Kommissionsmitglieder immer noch auf einer gut funktionierenden Praxis liegt. Wenn ein Teil der Arbeit professioneller und eventuell mithilfe externer Unterstützung bewältigt werden

kann, beispielsweise von einem Sekretariat oder durch Beistand eines fest engagierten Juristen, sollte dies auch für die SSO positive Auswirkungen haben.»

Hat das Tessin von der SSO-Profilierungskampagne profitiert?

«Ehrlich gesagt gab es im Tessin nicht viele Reaktionen. Nur wenige Patienten kamen in unsere Praxen und sagten, sie hätten in den Medien Werbung gesehen, oder fragten in diesem Zusammenhang nach Informationen.»

Welche Themen bewegen die Tessiner Zahnärztinnen und Zahnärzte?

«Uns beschäftigen die Niederlassung ausländischer, vor allem italienischer Zahnärzte und die fortschreitende Verschlechterung der Dentalassistentenausbildung. Bei der Niederlassung ausländischer Zahnärzte versuchen wir die Behörden stärker einzubinden, damit eine verstärkte Kooperation mit unserer Berufsgruppe stattfindet, bevor eine Berufsausübungsbewilligung erteilt wird. Zudem wünschen wir, dass auf nationaler Ebene nicht nur bei gemeldeten Fällen, sondern ganz allgemein mehr Kontrollen durchgeführt werden. In den letzten Monaten zeigten wir zwei Fälle von unrechtmässig tätigen Zahnärzten an. Im ersten Fall handelte es sich um einen italienischen Zahntechniker, der sowohl in Italien als auch eine gewisse Zeit lang im Tessin als Zahnarzt arbeitete. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Person, die wahrscheinlich falsche Berufsausweise vorgelegt hatte, um die Berufsausübungsbewilligung zu erhalten. Hier laufen die Untersuchungen noch. Was die angehenden Dentalassistentinnen betrifft, würden wir uns einen anspruchsvolleren Unterricht und eine bessere Zusammenarbeit mit der Schule wünschen. Im Juni 2013 werden die ersten Prüfungen mit den Absolventinnen durchgeführt, die die Ausbildung nach den neuen Richtlinien absolviert haben. Dann werden wir sehen, ob sich etwas verbessert hat.»

Wie sieht die zahnärztliche Versorgung aus?

«Im Tessin hat es zum Glück keine Zahnzentren wie in der Deutsch- oder Westschweiz. Es gibt nur einige Gemeinschaftspraxen. In den Randgebieten gibt es wenige Zahnärzte, die meisten konzentrieren sich auf die städtischen Gebiete, besonders auf



Michele Guglielmini: «Es wird immer schwieriger, Ersatz für die gegenwärtigen Führungskräfte zu finden. Denn die erste Priorität aller Vorstands- und Kommissionsmitglieder liegt immer noch auf einer gut funktionierenden Praxis. Mithilfe externer Unterstützung könnte die Arbeit wesentlich verbessert werden.»

Lugano. Regelmässig werden Berufsausübungsbewilligungen an Zahnärzte aus der EU im Tessin vergeben. Als SSO Ticino versuchen wir, die Situation immer unter Kontrolle zu behalten, da unser Kanton eine sehr hohe Zahnärztedichte aufweist. Glücklicherweise eröffnen nicht alle eine Praxis oder sie praktizieren nur wenige Tage pro Woche und üben ihren Beruf nur unregelmässig im Tessin aus. Einige praktizierten eine Zeit lang im Tessin und kehrten dann in ihr Land zurück. Es gibt jedoch auch Zahnärzte, die bei uns geblieben sind.»

Wie ist die Sektion organisiert?

«Die Sektion wird durch den Vorstand geführt. Im Tessin gibt es neben der SSO Ticino auch noch die Tessiner Zahnärztekammer (Ordine dei medici-dentisti ticinesi), die sich um die Kontakte mit den kantonalen Behörden kümmert. Zusammen bilden wir den erweiterten Vorstand, welcher gemeinsam tagt. Neben dem Vorstand arbeiten noch verschiedene andere Kommissionen, z. B. die zahnärztliche Begutachtungskommission, die Berufsethikkommission und die Kulturkommission. Letztere organisiert pro Jahr rund 35 Fortbildungslektionen für die Mitglieder der SSO Ticino. Dann existieren noch weitere Spezialkommissionen, die sich mit besonderen Themen befassen. Interessenten für eine Mitgliedschaft treten üblicherweise wegen der Berufsausübungsbewilligung mit uns in Kontakt. Zur Orientierung erhalten die Interessenten von uns eine spezielle Dokumentation. Anschliessend wird die betreffende Person zuerst dem Vorstand vorgestellt. Zwecks Integration und Bekanntmachung gibt es eine zweijährige Wartezeit. Nach Ablauf dieser zwei Jahre stimmen die Mitglieder über eine Aufnahme in die SSO Ticino ab.»

Wie haben Sie den Notfalldienst organisiert?

«Der Notfalldienst wird gerade restrukturiert. Das Tessin ist gegenwärtig in vier Gebiete aufgeteilt. Für jedes dieser Gebiete ist ein wöchentlich wechselnder Zahnarzt zuständig, der die Notfälle während des Tages betreut. Zusätzlich verfügt jedes

Gebiet über einen Notfalldienst-Verantwortlichen. Ausserhalb der Arbeitszeiten existiert eine Kooperation mit den Spitälern und dem Sanitätsnotfalldienst, der die Nummer 144 betreut. Es kommt natürlich auch vor, dass ein Patient seinen Zahnarzt direkt anruft, wenn etwas Unvorhergesehenes geschieht. Jeder Zahnarzt ist verpflichtet, sich um seine eigenen Notfälle zu kümmern, handelt es sich doch um eine hochwertige Dienstleistung, die von jedem angeboten werden kann.»

Wie funktioniert die zahnärztliche Betreuung in den Alters- und Pflegeheimen?

«Für jedes Senioren- oder Pflegeheim im Tessin ist ein Zahnarzt zuständig. Es steht jedoch jedem Bewohner frei, ob er sich von diesem Zahnarzt behandeln lassen will oder von einem Zahnarzt seines Vertrauens. Es finden auch regelmässig Kurse für das Pflegepersonal, welches in diesen Einrichtungen arbeitet, statt. In diesen Kursen werden die hygienischen Grundlagen zur Mundgesundheit und Prothesenpflege vermittelt. Diese Aufgabe nimmt die Informationskommission für die Italienische Schweiz (CISI) wahr.»

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft im Tessin?

«Alle unsere Kollegen arbeiten mit einem Netz von Ärzten oder Spezialisten für Erkrankungen, die über unseren Fachbereich hinausgehen, zusammen. Bei besonderen Vorkommnissen werden wir einbezogen oder man trifft sich mit Vertretern des medizinischen Fachbereichs, um sich bezüglich der Strategie zu beraten.»

Wie bringen Sie Ihre standespolitischen Anliegen bei der Bevölkerung ein?»

«Im Rahmen des Möglichen versuchen wir, den Patienten unsere Anliegen nahezubringen. Wir erklären den Patienten, warum bestimmte Situationen so sind, wie sie sind, oder erklären, warum unsere Berufsgruppe sich so oder so verhält. Mit Personen, die man vielleicht schon seit Jahren kennt, kann man konstruktive Gespräche führen. In manchen Fällen werden wir während Fernseh-

oder Radiosendungen von den Medien angerufen. Neben Informationen zu bestimmten Themen können wir auch Botschaften vermitteln, die das Verständnis für unsern Berufsalltag fördern.»

Nach der Präsidentenkonferenz hat die Redaktorin noch einmal mit Michele Guglielmini Kontakt aufgenommen und ihn nach seinem Eindruck befragt.

Ihr Fazit nach der Präsidentenkonferenz?

«Im Gespräch mit den Kollegen wird einem rasch klar, dass unsere Probleme in Wirklichkeit in der ganzen Schweiz vorkommen. Ich denke hier vor allem an das rasche Erteilen von Berufsausübungsbewilligungen durch die Behörden. Natürlich kann man seit dem Inkrafttreten der bilateralen Verträge wenig tun, aber existiert hier wirklich ein Prinzip der Gegenseitigkeit mit den anderen Ländern? Oder ist es wieder einmal so, dass wir Schweizer die Klassenbesten sein wollen. In der Folge sehen wir uns mit Problemen konfrontiert, die man von Anfang an hätte abwehren können, wenn unsere Behörden klüger gehandelt hätten? Was die anderen brennenden Themen betrifft, so haben wir die Antworten erhalten, nach denen wir suchten. Bei Themenbereichen, die weiterhin verfolgt werden, wurden wir über den gegenwärtigen Stand der Diskussionen orientiert. Die Präsidentenkonferenz bot auch Gelegenheit, sich mit alten Kollegen zu treffen, berufliche Erfahrungen auszutauschen und last, but not least die vergangenen Zeiten, die man nördlich des Gotthards verbracht hatte, noch einmal aufleben zu lassen. In entspannter Atmosphäre konnten wir zusammen mit dem SSO-Vorstand unsere Tessiner Probleme diskutieren.

Auch der gesellige Aspekt kam nicht zu kurz: Die beiden organisierten Abendessen wurden geschätzt und trugen zur Stärkung des kollegialen Verhältnisses nördlich und südlich der Alpen bei.»

Herzlichen Dank, Herr Guglielmini, für das Gespräch.

Präsidentenkonferenz vom 16. bis 17. November 2012 in Lugano

3000 Kubikmeter Gestein donnerten am Donnerstag, 15. November 2012, bei Gurtellen im Kanton Uri auf die Gleise der SBB nieder. Wer die Anreise an die SSO-Präsidentenkonferenz mit dem öffentlichen Verkehr bewältigen wollte, sah sich in frühere Zeiten des Reisens versetzt: Wiederholt mussten Passagiere in Bahn und Bus umsteigen. Der guten Organisation der Bundesbahnen ist zu verdanken, dass die Präsidentenkonferenz mit allen Teilnehmenden wie geplant am Freitagmittag beginnen konnte. Ein paar Auszüge aus der Tagung.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: Marco Tackenberg)

«Aus Sicht des SSO-Vorstandes schränkt ein gut organisierte Notfalldienst (NFD) die überbordenden Akquisitionen der Zahnarztzentren auf dem Markt der Notfalldienste ein», führte Etienne Barras, Departementschef Information, aus. «Der NFD ist eine Visitenkarte der SSO gegenüber Behörden, Ärzteschaft und Patienten. Ein NFD nach schweizweit einheitlichen Standards stärkt das SSO-Qualitätslabel und soll 2014 eingeführt werden.»

Löhne

Christian Bless, Präsident der Wirtschaftlichen Kommission, orientiert zu Löhnen, Tarif und Kurspro-

gramm für 2013. Da die Jahresteuern weiterhin negativ ist – Landesindex der Konsumentenpreise 9/12 noch immer 0,6 Prozentpunkte unter dem Stand von 2009 –, beschloss die WiKo, keine Lohnanpassungen vorzunehmen. Die individuelle Lohngestaltung ist Sache der Praxisinhaber.

Gesamtrevision des Zahnarzttarifes

Ende Juli ist der Bericht zur Tarifrevision beim Preisüberwacher eingereicht worden. Während der Wartezeit bis zur Stellungnahme des Preisüberwachers wird Dentotar auf Französisch, Italienisch und evtl. Englisch übersetzt. Zudem wird am Tarifbrowser (ähnlich Tarmed) gearbeitet. Sobald

Dentotar akzeptiert ist, organisiert die SSO Veranstaltungen in den Sektionen. Selbstverständlich sind im SSO-Kursprogramm auch Einführungskurse zum neuen Tarif enthalten. Ebenfalls neu im Programm ist ein Kurs über arbeitsrechtliche Fragen.

Zahnärzteumfrage 2012

Etienne Barras, Vorstandsmitglied und Marco Tackenberg, Leiter SSO-Pressedienst, präsentieren ausgewählte Ergebnisse aus der Zahnärzteumfrage 2012. Teilgenommen haben insgesamt 1428 Zahnärztinnen und Zahnärzte. Davon sind 1289 Mitglieder bei der SSO. Die Befragung wurde



Etienne Barras: «Der Notfalldienst ist eine Visitenkarte der SSO gegenüber Behörden, Ärzteschaft und Patienten.»



Christian Bless: «Es ist unvermeidbar, dass in der Übergangsphase mit zwei Tarifen abgerechnet werden muss.»



Barbara Jaeger, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie.



Oliver Zeyer, Departement Bildung und Qualität, orientiert über das neugeschaffene Weiterbildungsbüro WBB.

hauptsächlich online mittels eines strukturierten Fragebogens durchgeführt.

Mutterschaftsschutz

Das Ziel des SSO-Vorstandes: Das Erarbeiten von praxistauglichen Instrumenten, welche den Ansprüchen der Mutterschutzverordnung Rechnung tragen. Die erarbeitete Risikoanalyse enthält Checklisten für alle Tätigkeiten des gesamten zahnmedizinischen Praxispersonals: Zahnärztin, DH, PA und DA. Dieses Risikoanalyse-Formular unterscheidet zwischen gelegentlich, regelmässig und Dauereinsatz. Es dient dem behandelnden Arzt, zu beurteilen, ob und unter welchen Bedingungen ein Einsatz am bisherigen Arbeitsplatz möglich ist. Ausgelöst wurde die Risikoanalyse durch einen Präzedenzfall.

Werbung

«Die Auffassungen hinsichtlich der Zulässigkeit von Werbung bei den freien Berufen haben sich in jüngster Zeit geändert», so das Fazit von Jurist

Alexander Weber. «Man kann eine Lockerung der Werbeverbote in den kantonalen Erlassen und im Landesrecht der freien Berufe beobachten.»

Praxisteam

Marcel Cuendet berichtet, dass Swiss Dental Hygienists neuerdings ein Nachdiplomstudium anbieten, das 900 Lektionen beinhaltet und mit der Höheren Fachprüfung Alterszahnmedizin abschliesst. Das Praxisteam betrachtet dieses Angebot mit Skepsis, da die Betreuung alter Menschen eine zahnärztliche Aufgabe ist. Das medi bietet Dentalhygienikerinnen bereits Weiterbildung in Alterszahnmedizin an. Dabei wird u.a. ein zweiwöchiges Praktikum in einem Heim absolviert.

Autonomes Weiterbildungsbüro

Gemäss MedBG muss die SSO bis Ende 2014 Strukturen schaffen, die den Fachgesellschaften und den Weiterbildungsstätten ermöglichen, eine Weiterbildung mit einheitlichen Prozessen festzulegen. Die SSO hat deshalb ein autonomes Wei-

terbildungsbüro eingerichtet, welches der DV der SSO Rechenschaft schuldig ist. Der SSO-Vorstand hat Dr. med. dent. Marco Bertschinger zum Präsidenten des WBB ernannt.

Bologna

Gemäss Philippe Rusca, Delegierter der SSO in internationalen Angelegenheiten, haben bis heute nur 12 der 27 EU-Mitgliedstaaten das Bologna-System eingeführt. Die meisten europäischen Länder wollen Bologna in der Zahnmedizin nicht einführen. Besonders erwähnenswert sind die Angaben der Deutschen Bundeszahnärztekammer: Von 28 angefragten, deutschen Universitäten haben deren 11 geantwortet. «The German dental faculties do not want to implement the Bologna system in dentistry.» Die Gastfreundschaft der SSO Ticino hat zum Gelingen der Konferenz beigetragen. Über brennende Probleme und Hoffnungen der SSO Ticino hat die Redaktorin mit Präsident Michel Guglielmini gesprochen. Lesen Sie den Beitrag: «Bei uns gibt es keine Zahnarztzentren.»



Philippe Rusca, President elect der European Regional Organization (ERO-FDI), orientiert über laufende Geschäfte der Europäischen Organisationen.



Thalia Jacoby, Präsidentin der Schweizerischen Vereinigung für Kinderzahnmedizin.

SSOS

Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) in Biel vom 29. Juni 2013

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 bis am **31. Mai 2013** im SSOS-Sekretariat eingereicht werden.

Der Nachwuchspreis der SSOS ist mit CHF 2250.– dotiert. Die beste Arbeit wird mit CHF 1000.–, die zweitbeste mit CHF 750.– und die drittbeste mit CHF 500.– ausgezeichnet.

Alle zum Nachwuchswettbewerb zugelassenen Teilnehmer werden zudem zur Tagung eingeladen.

E-Mail-Adresse: info@ssos.ch

Betreff: «Nachwuchswettbewerb Biel 2013»

PD Dr. Michael Bornstein

Sekretär SSOS

Don't dream your life, live your dream!

Mit elf fasziniert ihn die Segelschiffe im Hafen von Porto Azzurro. Mit 60 erfüllt er sich seinen Bubentraum. Nun steht Max Flury, ehemaliges SSO-Vorstandsmitglied, seit Mai 2010 abwechselnd mit seiner Ehefrau Ursi im Cockpit seiner «PussyCat» und segelt durch die Weltmeere. Hier sein faszinierender Bericht.

Anna-Christina Zysset, Redaktorin (Bilder: Max Flury)

«Ein Segelschiff ist eine endlose Baustelle. Wenn man Fachleute braucht, sind sie selten oder nie rechtzeitig zur Stelle. Geräte und Materialien sind nicht am Lager, man wartet wochenlang darauf. Versprochene Termine werden grundsätzlich nie eingehalten.» Dies die Worte eines Mannes, welcher über Jahre unzählige Patienten gemäss Eintrag in der Agenda zahnmedizinisch versorgt hat. Zahnarzt Max Flury erzählt, wieso er seit zwei Jahren immer wieder Segel setzt.

«Erste Kontakte mit Segelschiffen habe ich im zarten Alter von elf Jahren: Sommerferien auf der Insel Elba auf dem Zeltplatz. Abendliche Spaziergänge führen in den niedlichen Hafen von Porto Azzurro, eine Pizza kostet 100 Lire (70 Rappen!). Die Segelschiffe im Hafen faszinieren mich. Allen voran eine elegante, weisse Yacht mit Namen «Ro Ro». In mir wächst die Überzeugung, dass ich am Quai auf der falschen Seite des Lebens stehe. Gleichzeitig bin ich überzeugt, dass sich dies irgendwann zu ändern hat. Die richtige Seite ist im Cockpit einer Segelyacht.

Schon früh reift der Entschluss, Zahnarzt zu werden. Grossen Einfluss hatte ein guter Freund meines Vaters, der meine manuellen Fähigkeiten sowie mein Potenzial für ein Unistudium erkannt hat. Ich bin der erste in meiner ganzen Verwandtschaft,

der ein Universitätsstudium machen darf. Nicht, weil es meinen Vorfahren an intellektuellen Fähigkeiten gemangelt hätte, mitnichten! Es fehlte schlicht das Geld, und die Zeit war nicht die richtige: erster Weltkrieg, Weltwirtschaftskrise, zweiter Weltkrieg. Vielleicht bin ich deshalb im Herzen

immer ein Nichtakademiker geblieben. Intellektueller Hochmut ist mir fremd und sehr zuwider. Die Mittelschule fällt mir nicht sehr leicht, ich empfinde die damalige Oberrealschule (heutiges mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium) als viereinhalbjährigen Psychoterror. Nach der Ma-



Passage von Martinique nach Dominica.



Die berühmte Häuserfront von Willemstad auf Curaçao.



Farbige Flora von Dominica.

tura lege ich ein Jahr Pause ein: etwas Geld verdienen, Rekrutenschule, Reise nach Griechenland und die Türkei mit einem alten VW-Käfer.

Anschliessend beginne ich das Zahnmedizinstudium in Zürich fast im Direktgang (ein Semester Zwangspause nach dem zweiten Prope wegen der Umstellung auf den neuen Rossi-Studienplan). Eine vorübergehende Unsicherheit, ob allgemeine Medizin nicht doch passender wäre – alle meine Studienkollegen gehen in diese Richtung –, verflüchtigt sich schnell. Ich nutze die Gelegenheit fürs Geldverdienen und reise mit meinen Studienkollegen nach Rumänien und Jugoslawien.

Das Studium macht viel Freude und geht mir sehr locker von der Hand. Ich mache mir noch keine richtigen Gedanken über die erste Assistentenstelle, und schon bekomme ich ein Angebot nach Chur als erster Assistent bei Kollege Conradin Luzi. Ich überlege nicht lange und nehme das Angebot gerne an.

Während des Studiums und der Assistenzzeit machen wir erste Segeltörns im Mittelmeer und der Karibik, letztere als Skipper (sogenannter Bare Boat Charter). Irgendwann entsteht die Idee, mit einem eigenen Schiff den Atlantik zu überqueren. Die Suche nach zahlenden Mitsiegeln erweist sich regelmässig nach anfänglicher Euphorie der Angefragten als herbe Enttäuschung. Nach viereinhalb Jahren Assistenzzeit (zwei Jahre bei Prof.

Peter Schärer, Abt. Kronen- und Brückenprothetik), wird aus dem ursprünglichen Plan ein sechsmonatiger Charter in den kleinen Antillen. Finanziert haben meine Partnerin, inzwischen Ehefrau, und ich das Ganze mit zahlenden Gästen aus unserem Freundes- und Verwandtenkreis, die uns zwischen zwei und fünf Wochen besucht haben. 1984, sieben Jahre nach dem Staatsexamen, eröffne ich eine Praxis in Horgen, wo meine Frau und ich aufgewachsen sind. Das Segeln pflegen wir weiterhin in Form von regelmässigen Ferientörns.

Schon bald werde ich für ein Mandat im Vorstand der ZGZ – heute SSO Zürich – angefragt, wo ich mich für sieben Jahre engagiere. Der damalige Präsident Urs Nager möchte mich als seinen Nachfolger, leider habe ich den Mut nicht dazu. Heute würde ich mich sofort dafür entscheiden!

Im Laufe der Jahre empfinde ich die Führung einer Praxis als immer belastender. Die Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Tätigkeit werden zunehmend schwieriger: Vorschriften, Kontrollen, Gebühren, neue Vorschriften, noch mehr Kontrollen etc. Ausserdem wächst die Zahl schwieriger Patienten. Sie sind zwar immer noch massiv in der Minderzahl, belasten aber die ganze Praxis weit über Gebühr. Vielleicht, ja wahrscheinlich, nehme ich vieles auch ganz einfach zu schwer. Andererseits wird die fachliche Tätigkeit mit dem Ersatz der Amalgam-



«PussyCat» im Hafen von Grand Bourg



Die berühmten Trafalgar Falls auf Dominica.

füllungen und der Implantologie viel anspruchsvoller und damit vielseitiger und spannender.

Frühzeitige Pensionierung mit 60

Da unsere Ehe kinderlos bleibt, steht schon lange der Entschluss einer frühzeitigen Pensionierung mit 60 Jahren fest. Ziel ist immer noch, mit einem eigenen Schiff auf grosse Fahrt zu gehen. Mit dem Älterwerden wachsen aber auch die Selbstzweifel: Kann ich das überhaupt noch, bin ich dazu physisch und geistig, vor allem von der psychischen Belastbarkeit her, überhaupt noch in der Lage? Nicht ganz uneigennützig erzähle ich deshalb jahrelang jedem, der es hören will, von meinen Plänen der grossen Fahrt. Wenn man so etwas so lauthals in die Welt hinausposaunt, kann man gar nicht mehr anders, ohne das Gesicht vor sich selbst und allen anderen zu verlieren!

Unser Schiff haben wir dann planmässig gekauft und mit sehr viel Liebe, Zeit und Aufwand ausgerüstet. Die ersten 13 Monate an Bord von Mai 2010 bis Juni 2011 waren ein voller Erfolg. Wir haben Dänemark, Norwegen und Holland besucht und sind dann über die Biskaya nach Portugal gesegelt. Via Madeira führte unsere Route nach Gran Canaria, wo wir einen Monat verbracht haben. Vieles haben wir nachgerüstet oder auf unsere Bedürfnisse angepasst. Was immer möglich ist, selber zu machen, versuche ich auch selbst zu lösen. Anfängerfehler passieren, aber sie passieren in der Regel nie wieder. Die Lernkurve ist extrem steil!

In Gran Canaria haben wir einen lieben Freund verloren, dessen Urne wir gemäss seinem letzten Wunsch mit in die Karibik genommen haben, um sie dort im Meer beizusetzen.



Scooter-Ausflug auf den Iles Saintes.



Le Phare Bleu: Die schöne und sehr gepflegte Marina in Grenada.

In 17 Tagen über den grossen Teich

Ein Highlight war die Überfahrt über den Atlantik von Gran Canaria direkt nach Martinique. Ein stetig und kräftig wehender Passat hat uns in 17 Tagen über den sogenannten grossen Teich gebracht. Meine Schwester hat uns begleitet, zu dritt waren die Wachen – immer drei Stunden Wache, sechs Stunden Ruhe – locker und angenehm. Man hat viel Zeit für Musik und Lektüre! Kafka und Böll erhalten neues Gewicht. Alte Gedanken, in der grossen atlantischen Einsamkeit neu verknüpft, können zu Offenbarungen führen, wie sie vielleicht nirgendwo sonst so klar möglich sind. Was der Deutschunterricht nicht geschafft hat: Der Zusammenhang zwischen «K» und «Faust» wird plötzlich ganz offensichtlich. Die Genialität von Mozarts oft als einfach bezeichneter Musik wird in den langen Nachtstunden so klar wie nie zuvor.

Dank Satellitentechnik und Internet sind wir auch mitten auf dem grossen Ozean mit der Heimat in Verbindung. Die Eltern meiner Frau warten jeden Tag auf einen Anruf über Skype. Sie wollen sicher sein, dass ich ihre Tochter nicht ins Verderben führe. Wie alles hat aber auch dies seine Schattenseiten: Die unmögliche Nachbarin mit ihrem viel zu passiven Mann ist nicht weit genug. Tausende von Seemeilen schrumpfen auf Rufdistanz, auch wenn es nur Unkenrufe sind!

Diesen Sommer haben wir in der Hurrikansaison der Heimat und unseren Freunden einen Besuch



Blick zurück in den Hafen der Iles Saintes.

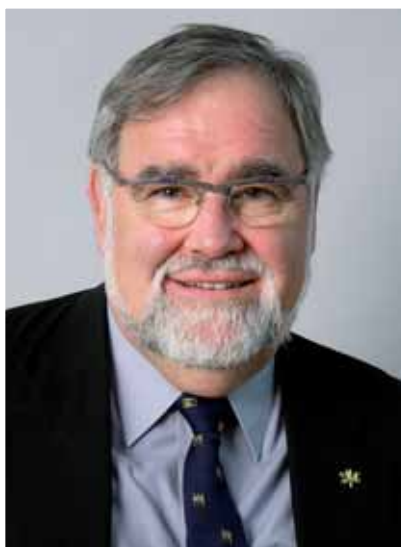
abgestattet. Inzwischen sind wir wieder auf unserer «PussyCat» und kämpfen mit verpassten Terminen und nicht funktionierender neu eingebauter Elektronik. Ein grosser Trost: Es geht allen genau gleich. Jedenfalls wird uns ganz sicher nie langweilig. Ein Segelschiff ist fast ein Fulltime-Job. Wir freuen uns auf unsere nächsten Ziele: Kolumbien,

Guatemala, Belize, Mexico, Florida, Bahamas. Wir sind zufrieden und gesund. Uns geht es hervorragend. Wir sind in der glücklichen Lage, unseren Traum leben zu können.»

Unsere Homepage für Interessierte lautet: www.sy-pussycat.ch

Laudatio zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. hc mult. Niklaus P. Lang, MS

Es ist mir eine Freude und Ehre, Herrn Prof. Dr. Dr. hc mult. Niklaus P. Lang, MS, zu seinem 70. Geburtstag zu gratulieren.



Prof. Dr. Dr. hc mult. Niklaus P. Lang, MS

Niklaus Lang wurde in Bern geboren und studierte an der Universität Bern Zahnmedizin. Nach seinem Studium führte ihn sein Weg nach Aarhus, Dänemark, wo damals Prof. Harald Löe eine der fortschrittlichsten Kliniken in der Parodontologie leitete. Aus der Zusammenarbeit zwischen Prof. Lang, Thorkild Karring und Harald Löe entstanden klassische Arbeiten zur Rolle des Bindegewebes für die Keratinisierung des Epithels sowie der

Bedeutung des keratinisierten Gewebes zur Erhaltung der parodontalen Gesundheit. Diese Arbeiten bildeten die Grundlage der modernen plastisch-ästhetischen Parodontalchirurgie.

Seine Karriere führte Prof. Lang weiter nach Michigan, wo damals Prof. Ramfjord und sein Team bahnbrechende klinische Studien im Bereich der nichtchirurgischen und chirurgischen Parodontaltherapie durchführten. Sie erforschten die Wechselwirkung zwischen Parodontologie und Prothetik. Diese mit der skandinavischen Denkweise und Behandlungsphilosophie gepaarten Untersuchungen haben die weitere wissenschaftliche und klinische Entwicklung von Prof. Lang entscheidend beeinflusst.

Nach der Übernahme der Klinik für Kronen- und Brückenprothetik und später auch der Abteilung für Parodontologie an der Universität Bern hat Prof. Lang die Berner Klinik zu einer der weltweit wichtigsten Parodontologiezentren etabliert. Es entstand eine enorme Zahl bahnbrechender Publikationen auf den Gebieten der Pathogenese der parodontalen und peri-implantären Erkrankungen, der chemischen Plaquekontrolle, der Perioprothetik, der regenerativen Parodontaltherapie und der gesteuerten Knochenregeneration. Diese herausragende wissenschaftliche Tätigkeit wurde mit dem wichtigsten wissenschaftlichen Preis in der zahnmedizinischen Forschung gewür-

digt, dem *Basic Science in Periodontal Disease Award*, der International Association for Dental Research. Später folgten weitere unzählige Ehrungen, unter anderem vier Ehrendokortitel.

Zusammen mit seinem Team hat Prof. Lang ein wissenschaftliches und klinisches Werk geschaffen, das sowohl die schweizerische als auch die internationale Parodontologie entscheidend beeinflusst. Dabei hat er nie die klinische Relevanz verloren. Dies führte zu modernen, auf biologischer und klinischer Evidenz basierenden Therapiekonzepten in Parodontologie und Implantologie.

Persönlich erinnere ich mich noch sehr gut an mein erstes Treffen im Jahr 1994 mit Klaus Lang. Während seines Sabbaticals in Aarhus bei meinem Mentor, Prof. Thorkild Karring, beeindruckte er mich und die anderen Kollegen mit seinem unglaublichen Wissen. Die drei Monate, die er damals mit uns verbrachte, haben einen entscheidenden Einfluss auf meinen eigenen späteren Werdegang gehabt.

Es ist mir deshalb eine Ehre und zugleich Pflicht, seine auf skandinavischen Prinzipien basierende Philosophie in Forschung und Behandlung der Parodontologie weiterzuführen.

Lieber Klaus, ich und mein Berner Team wünschen Dir zum 70. Geburtstag alles Gute, weiterhin viele schöne Stunden und beste Gesundheit. Wir hoffen, dass uns deine unglaubliche Energie und Schaffenskraft noch lange Zeit erhalten bleibt.

Ad multos annos,

Prof. Dr. Dr. hc mult., Anton Sculean, M. S.

Direktor Klinik für Parodontologie, zmk bern

ENAMEL plus
HFO

Nach Dr.med.dent.
LORENZO VANINI

Vertrieb Schweiz:

BENZER - DENTAL AG ZÜRICH

Bocklerstrasse 33/37 · 8051 Zürich
Tel. 044 3222904 · Fax 044 3211066
benzerdental@walterproducts.ch
www.benzerdental.ch

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.

Dr. med. dent. Urs Herzog, 20. August 1935–23. Oktober 2012

Ehrenmitglied der SSO / SSO-Präsident 1991–1996

Eine grosse Trauergemeinde nahm in Solothurn Abschied vom langjährigen, ehemaligen Präsidenten der SSO, Urs Herzog.

Daniel Kempf (Foto: zvg)



Dr. med. dent. Urs Herzog

Urs kam 1935 in Bern zur Welt. Er wuchs in Solothurn auf, wo sein Vater Walter Herzog eine Zahnarztpraxis führte. Nach der Matura studierte er in

Zürich Zahnmedizin, wo er 1960 sein Staatsexamen absolvierte. Nach Assistenzjahren an der Schul- und Volkszahnklinik trat er 1964 in die väterliche Praxis in Solothurn ein, die er bis zu seiner Pensionierung mit viel Engagement und Freude führte. Seine berufliche Tätigkeit war aber stets geprägt vom grossen Interesse an der Gesellschaft und am berufspolitischen Engagement. In der SSO engagierte sich Urs Herzog in verschiedenen Funktionen. So arbeitete er während zehn Jahren in der Wirtschaftlichen Kommission (WiKo) der SSO mit, deren Präsident er von 1975 bis 1978 war. Danach war er Mitglied in der Gesundheitspolitischen Kommission (GPK) und im Vorstand der SSO. Sein Engagement für den Berufsstand gipfelte in seiner SSO-Präsidentschaft von 1991 bis 1996. Seine Interessen waren immer diejenigen der Mitglieder, sein oberstes Ziel die Unabhängigkeit des zahnärztlichen Berufsstandes. Mit grosser Hingabe und viel Fleiss setzte er sich dafür ein. Nicht zuletzt seinen profunden Kenntnissen in Tariffragen und in Tarifpolitik ist es zu verdanken, dass 1992 ein neuer Zahnarzttarif eingeführt werden konnte, nachdem dieser alle Hürden von der Medizinaltarifkommission bis zum Preisüberwacher erfolgreich genommen hatte.

Alle, die mit Urs in den Kommissionen und im Vorstand zusammenarbeiten durften, waren von

seinen profunden Kenntnissen beeindruckt. Dabei spielte es keine Rolle, ob es um Ausbildungsfragen unserer Praxismitarbeiterinnen, um Weiter- und Fortbildungen von uns Zahnärzten oder um die Zusammenarbeit mit Universitäten oder nationalen oder internationalen Verbänden und Institutionen ging. Sein Ziel war, die Zahnmedizin in der Schweiz zu fördern. Dabei hat er seine Mitstreiter oft auch stark gefordert! Als Verhandlungspartner war er konzis, zuweilen hartnäckig, aber immer fair. Die Arbeit im SSO-Vorstand verlief unter seiner Führung gradlinig, manchmal fast militärisch, geordnet und sehr speditiv. Er scheute sich nicht, heisse Themen anzupacken und Lösungen zu suchen, auch wenn der Erfolg erst einmal aussichtslos erschien. Umso mehr freute er sich, wenn er in Verhandlungen und Gesprächen einen Schritt weiter kam und eine Etappe auf dem Weg zu seinem Hauptziel, die Bewahrung der Unabhängigkeit in der Zahnmedizin, für sich verbuchen konnte. Nach seiner Präsidentschaft und dem Ausscheiden aus dem Vorstand wurde er zum Ehrenmitglied unserer Gesellschaft ernannt. Urs hat diese Ehrung mehr als verdient, sie gebührte ihm!

Neben seinen vielen beruflichen Aktivitäten war Urs Herzog aber ein sehr geselliger Mensch und herzlicher Freund. Während Jahrzehnten war er Mitglied im Lions Club Solothurn und auch dessen Präsident. Auch in der Solothurner Narrenzunft Honolulu war Urs ein gern gesehenes Mitglied. Daneben war das Segeln auf dem Neuenburger- und Bielersee seine grosse Leidenschaft, der er auch nach seiner Pensionierung mit Freude nachging. Dazu kam seine Begeisterung für Tennis, eine Sportart, bei der er auch wieder viele Freunde fand.

Ganz wichtig für Urs war aber immer seine Familie. Für ihn und seine Frau Hedy waren die beiden Töchter der grosse Stolz. Aber auch seine Rolle als Grossvater genoss er sehr.

Leider war es Urs nicht länger vergönnt, ungetrübt mit Familie und Freunden seine Pensionierung zu geniessen. Zuerst konnte er seinen dritten Lebensabschnitt positiv planen, als er seinen Krebs erfolgreich überwunden glaubte. Doch leider kam die heimtückische Krankheit in veränderter Form nach ein paar Jahren wieder. Am 23. Oktober 2012 hat Urs den Kampf gegen den Krebs verloren und ist friedlich eingeschlafen. Wir alle, die wir das Glück hatten, ihn ein Stück auf seinem Weg zu begleiten, sind traurig und werden ihn in Erinnerung behalten als altruistischen, kompetenten Standespolitiker und herzlichen Kollegen und Freund. Seiner Familie und ganz speziell seiner Gattin Hedy wünschen wir die ganze Kraft, um den grossen Verlust akzeptieren zu können, und Trost im Wissen, dass Urs von seiner Krankheit erlöst ist.



Sie gewinnen Freiraum...
...und vereinfachen Ihre Administration
mit unseren Dienstleistungen

Leistungserfassung

Rechencenter

Hosting

Zugerstrasse 51/Postfach · 6330 Cham 1
Tel. 041 784 10 25 · fax 041 784 10 29
contact@medikont.ch · www.medikont.ch


Medikont AG

Kongresse / Fachtagungen

Die Entzündung

350 Teilnehmer strömten am 10. November 2012 ins Marriott Hotel in Zürich, um sich umfassend und kompetent über entzündliche Prozesse im Hals-, Nasen-, Ohren- und Mundbereich zu schulen. Professoren, Privatdozenten und Oberärzte von verschiedenen Abteilungen der Universitäten Zürich, Bern, Basel und Genf sowie Privatpraktiker brachten die Teilnehmer mit ihren abwechslungsreichen, evidenzbasierten Referaten auf den neusten Kenntnisstand.

Dr. med. dent. Philipp Häring, Text und Bild

Diagnostik von Entzündungen

Dr. Dr. Heinz-Theo Lübbers (Universität Zürich) stellte die klassischen Leitsymptome der Entzündung vor: Dolor (Schmerz), Tumor (Schwellung), Rubor (Rötung), Calor (Überwärmung), Functio laesa (Funktionsstörung) und Odor (Geruch). Diese Symptome sind in ihrem Auftreten sehr variabel und unter anderem abhängig vom Ort und Schweregrad der Entzündung.

Im zweiten Teil seines Referates wurden die verschiedenen klinischen, radiologischen und mikrobiellen Diagnosemöglichkeiten einer Entzündung lückenlos vorgestellt.

Infektiologie

Professor Dr. Rainer Weber (Universität Zürich), der auf der Infektiologie des Universitätsspitals Zürichs arbeitet, stellte eindrückliche Fälle aus seiner Klinik vor.

Er forderte die Teilnehmer dazu auf, bei geschwollenen Tonsillen auch an die Möglichkeit einer Gonorrhöe-Infektion zu denken.

Die Statistik belege, dass sexuell übertragbare Krankheiten in der Schweiz in den letzten vier bis

fünf Jahren wieder zunehmen. Als Ausnahme zählt die HIV-Infektion mit einem tendenziellen Rückgang der Infektionszahlen über die letzten zehn Jahre. Aber: In der Schweiz verzeichnet man immer noch eine hohe Neuinfektionszahl von über 600 Personen pro Jahr (Im Jahr 2010: 609 Neuinfektionen).

Bei Aphten im Mund und anderen Läsionen auf der Haut sollte auch an eine mögliche HIV-Infektion gedacht werden.

Lues, eine Erkrankung, die durch Gruppe-C-Streptokokken bedingt ist, kann sich ähnlich der Gonorrhöe, durch eine eitrige Tonsillitis, Halsschmerzen und intermittierendes Fieber manifestieren.

Prof. Dr. Weber berichtete über das zunehmende Problem von MRSA-Keimen (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) in der Bevölkerung, insbesondere in den Spitälern. Untersuchungen belegen, dass dieser «Superbug» («Superkeim») je nach Region mit einer Häufigkeit von 4–20% in Schweizer Spitälern anzutreffen ist. Er stellte eine Internetplattform (www.anresis.ch) vor, auf der Fachpersonen gute Auskünfte über Antibiotikaresistenzen erhalten können. Anresis.ch ist ein re-



Prof. Dr. Rainer Weber (Universität Zürich) bei seinem aufschlussreichen Referat über Infektiologie und Antibiotikaproblematik



Interessierte Zuhörer im gut gefüllten Konferenzsaal des Marriott Hotel in Zürich

gionales und nationales Überwachungssystem und Forschungsinstrument für Antibiotikaresistenzen und Antibiotikakonsum im humanmedizinischen Bereich.

Interessant, mitunter auch beängstigend, waren seine belegten Ausführungen bezüglich der Ursachen der Antibiotikaresistenz: Faktor eins ist der zunehmende (inter)nationale Reiseverkehr, der zum Austausch resistenter Bakterienstämme führt. Faktor zwei ist im übermässigen (unnötigen) Konsum zu suchen: Studien beweisen den linearen Zusammenhang zwischen steigenden Verkaufszahlen eines bestimmten Antibiotikums und dem Auftreten von vermehrten Resistenzen.

Faktor drei der Resistenz kann «Food born» sein: So nimmt man z. B. beim Essen von Hühnerfleisch aus Spanien oder China resistente Escheria-coli(E-coli)-Bakterien auf. In der Schweiz sind zirka 18%

der Bevölkerung resistent auf Ciprofloxacin, ein Standardantibiotikum gegen E.-coli-Infektionen. Wenig erbauend waren seine abschliessenden Ausführungen, dass keine neuen Antibiotika in Sicht sind. Zwar gebe es neuere potente Reserveantibiotika, diese haben dann aber ein grosses toxisches (Nebenwirkungs-)Potenzial.

Pathologie der Entzündung in der Mundhöhle

Prof. Dr. Werner Kempf (Universität Zürich) arbeitet an der Dermatologischen Klinik der Universität Zürich. Er deckte mit einprägsamen klinischen Fallbildern praktisch alle in der Mundhöhle vorkommenden Entzündungen ab. Er spannte einen Bogen von Entzündungen, welche dem Zahnarzt bekannt sein dürften, zum Beispiel der Lichen planus, zu weniger bekannten, aber dennoch häufigen Pathologien: zum Beispiel das Piercinggranulom (Entzündungsreaktion mit metallischem Fremdmaterial im Epithel um Piercings herum) oder das Fillergranulom (Granulomatöse Entzündung um Hyaluronsäure-Injektionsstellen herum, unter anderem bei der «Lippenaufspritzung»).

Osteomyelitis

PD Dr. Dr. Gerold Eyrich (Privatpraxis) hat sich theoretisch und praktisch intensiv mit der Osteomyelitis beschäftigt und ein umfangreiches Buch zum Thema geschrieben (Osteomyelitis of the Jaws, Baltensperger, Marc; Eyrich, Gerold K. [Eds.], Springer Verlag).

Unterscheiden kann man drei Formen: die akute oder subakute Osteomyelitis, die primär chronische Osteomyelitis und die sekundär chronische

Osteomyelitis. Die häufigste Form ist die sekundär chronische Osteomyelitis, die in 72% aller Osteomyelitis-Fälle anzutreffen ist.

Zusammengefasst kennzeichnet sich diese Erkrankung durch das Vorkommen von totem (nekrotischem) Material und Bakterien im Knochen, Knochendestruktion im Unterkiefer (selten im Oberkiefer) mit meist diffuser Ausbreitung. Abgrenzen muss man sie gegen die Alveolitis und Ostitis. Betroffen sind alle Anteile des Knochens: Corticalis, Knochenmark und Periost.

Anschliessend an die Definitionen illustrierte der Referent die Diagnostik, Mikrobiologie, Histologie, und Therapie.

Arthritis der Kiefergelenke

PD Dr. Joachim Obwegeser (Universität Zürich) Die Entwicklung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist in der Schweiz sowie international eng verbunden mit dem Namen Hugo L. Obwegesers. Sein Neffe PD Dr. Joachim Obwegeser von der Universität Zürich stellte verschiedenste Erkrankungen des Kiefergelenks und deren Therapie vor.

Eine sehr gefährliche Erkrankung, die bei Zahnärzten viel zu wenig bekannt ist, sei die juvenile idiopathische Arthritis des Kiefergelenks. Sie kommt sehr häufig vor: In der Schweiz ist jedes 1500. Kind davon betroffen. Sie ist definiert als eine Arthritis des Kiefergelenks bei unter 16-Jährigen, die länger als sechs Wochen besteht. Klinisch imponiert sie durch eine reduzierte Mundöffnung, relative Schmerzfreiheit und eine Synovitis. Sie kennzeichnet sich durch eine massive Wachstumsstörung, die zu schweren Deformationen und Ankylosen des Kiefergelenks führen kann. Die frühzeitige Er-



Dr. Dr. Heinz-Theo Lübbers (rechts im Bild) stellt den Privatpraktiker Dr. med. Martin Scherler vor (links): Er stellte typische HNO-Krankheiten vor, denen er täglich in seiner Praxis in Meilen begegnet.

kennung dieser Erkrankung ist sehr wichtig, damit sie rechtzeitig therapiert werden kann. Eine korrekte Diagnose sichert das Kontrastmittelverstärkte MRT.

Hals-, Nasen- und Ohrentzündungen

Dr. med. Martin Scherler (Privatpraxis Meilen, ZH), ein HNO-Arzt aus Meilen, ZH, frischte den Wissensstand der Zahnärzte über typische HNO-Infektionen akkurat auf. Mit gut bebilderten Fallbeispielen führte er durch die Vielzahl der Pathologien und deren Therapie im Hals-, Mund-, Nasen- und Rachenbereich.

Pulpitis und Karies

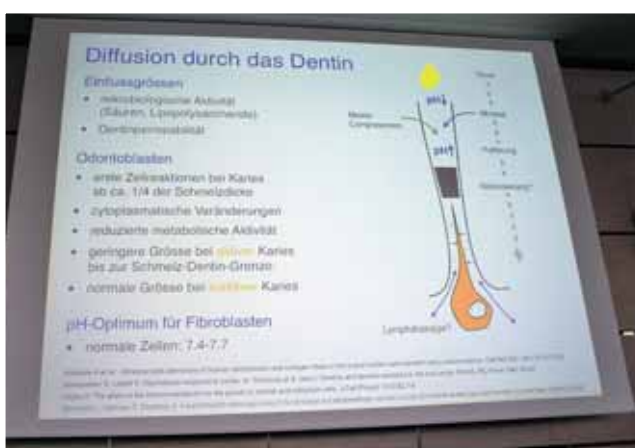
PD Dr. Wolfgang Buchalla (Universität Zürich) zeigte in sehr guten Illustrationen, wie Karies im Dentin und in der Pulpa zu typischen (Entzündungs-)Reaktionen führt. Er analysierte die aktuelle Studienlage und brachte seine eigene Erfahrung zur erfolgreichen Verminderung oder Verhinderung von Pulpitiden bei der Therapie tiefgehender (pulpanaher) Karies ein.

Parodontitis und Periimplantitis

OA Dr. Patrick Gugerli, Universität Genf arbeitet mit Prof. Dr. Andrea Mombelli an der Universität Genf zusammen. Er stellte das erfolgreiche Genfer Konzept und Behandlungsprotokoll zur Behandlung der Parodontitis und Periimplantitis vor. Bei Periimplantitis-Fällen operiert er meistens mit ei-



Professor Dr. Werner Kempf (Universität Zürich): Für die Beantwortung offener Fragen nach den Referaten wurde genügend Zeit zur Verfügung gestellt.



Eingängige Illustrationen führten durch den rundum gelungenen Vortrag von PD Dr. Wolfgang Buchalla.

nem Zugangslappen: Die Implantatoberfläche wird mit dem Perio-Set und/oder mit dem Ultraschall geglättet und gereinigt, zur Infektbekämpfung benutzt er eine Kombination der Antibiotika Amoxicillin und Metronidazol.

Materialunverträglichkeiten

Dr. Markus Jungo (Privatpraxis und Universität Basel) leitet eine Privatpraxis in Rheinfelden und eine Materialunverträglichkeitsprechstunde an der Universität Basel. Er listete auf, welche Anforderungen Werkstoffe in der Mundhöhle erfüllen müssen.

Metalle finden in der Zahnmedizin auch im heutigen Keramik- und Kunststoffzeitalter eine grosse Rolle: Sie werden nach wie vor rege angewendet; Daneben kommen die Oxidformen verschiedenster Metalle häufig in modernen Zementen und Kompositfüllungen vor.

Er analysierte, dass es in Spaltbereichen, zum Beispiel an der Grenzfläche zwischen Zement und Metall, zu einer Spaltkorrosion kommen kann. Innerhalb von Metallen kann es bei inhomogenem Metallgefüge (zum Beispiel bei unsachgemässer Verarbeitung) zur Lochfraskorrosion kommen.

Stomatologie und Entzündung

Dr. Chantal Riva (Privatpraxis) ist eine Expertin auf dem Gebiet der Stomatologie. Die stomatologischen Erkrankungen der Mundhöhle wurden detailliert abgehandelt: Reich bebilderte Fallbeispiele und Übersichten zum klinischen Erscheinungsbild, zu den Definitionen und der Therapie rundeten ihren gelungenen Vortrag ab.

Entzündungen und Abszessbehandlungen bei Kindern

Dr. Juliane Erb (Universität Zürich) arbeitet an der Abteilung für Kinderzahnmedizin der Universität Zürich. Bekanntlich ist die Behandlung von Kindern mit Schmerzen und/oder entzündlichen Prozessen in der Mundhöhle doppelt schwierig: Es braucht Empathie, Geduld, Können und die Be-

handlung muss schmerzfrei sein. Kommen die Kinder schon mit Schmerzen in die Praxis, sind sie oft ängstlich und überreizt.

Eine valable Lösungsstrategie bei Kindern mit Abszessen gibt es; man kann von der Regel abweichen, die besagt: «Ubi pus, ibi evacua» – «Wo Eiter ist, dort entleere ihn» (ein noch heute gültiger Leitsatz aus der Antike von Hippokrates). Sprich beim ängstlichen Kind ist es opportun, nicht gleich den Entzündungsherd unter Anästhesie aufzuschneiden, sondern dem Kind beim ersten Termin zuerst eine gute Schmerz- und Entzündungsmedikation zu verschreiben: zum Beispiel Paracetamol, das dem Kind eine Stunde vor dem Zahn-

arztbesuch verabreicht wird, was die Schmerzen senkt und die Kooperation dann deutlich erhöht. Dr. Juliane Erb hält es für wichtig, bei strategisch wichtigen Milchzähnen mit Pulpaentzündung eine Pulpaextirpation durchzuführen:

Pharmakologische Behandlung der Entzündung

Das Schwerpunktthema von PD Dr. Michael Bornsteins (Universität Bern) Vortrag war die Medikation und Pharmakologie von Mundschleimhauterkrankungen. Er erwähnte, dass bei vielen typischen Schleimhauterkrankungen die Therapie mittels topischer Salben und Pasten hinreichend sei, nur bei schweren Krankheitsverläufen brauche es die Hilfe systemischer Medikation (via Blutkreislauf). Als Beispiel verwendet er an der Universität Bern bei Candidaalbicans-Pilzinfektionen die topischen Antimykotika Nystatin® und Amphomoronal®. Bei schweren Candida-albicans-Infektionen wird Diflucan® systemisch eingesetzt. Bei einer Vielzahl von Mundschleimhauterkrankungen ist die Ätiologie bekanntlich nicht genau klar und/oder sie basieren auf einer verstärkten Immunantwort des Wirtes. Bei diesen Erkrankungen kann die Entzündung palliativ hemmend mittels Immunsuppressiva behandelt werden: Als Beispiel seien die auf Cortisonderivaten basierenden Salben genannt, die bei den verschiedenen Formen des Lichen zum Einsatz kommen.



Referenten und Organisatoren dürfen auf einen sehr interessanten und gelungen Fortbildungstag zurückblicken: von links: die Referenten Dr. Dr. Heinz-Theo Lübbers, Dr. Michael Bornstein, Dr. Chantal Riva, Dr. Juliane Erb, Dr. Markus Jungo, PD Dr. Dr. Gerold Eyrich; die Organisatoren von Fortbildung Rosenberg: Dres. Nils Leuzinger und Tim Rügge

Die Sinusbodenelevation aus verschiedenen Blickwinkeln

Am 1. November 2012 fand in Zürich das Symposium «Die Sinusbodenelevation aus verschiedenen Blickwinkeln» statt. Referenten aus verschiedenen Fachdisziplinen trugen mit interessanten Vorträgen zum Gelingen des im Marriott Hotel veranstalteten Symposiums bei. Die Veranstaltung richtete sich sowohl an chirurgische Spezialisten als auch an Zahnärzte, die ihre Patienten kompetent über die Möglichkeit der Implantatversorgung im atrophien Oberkiefer beraten möchten. Der vorliegende Bericht gibt eine Zusammenfassung der Symposiumbeiträge.

Dr. Michael Locher, Zürich (Bilder: Dr. Marius Wolf)

KD Dr. Dr. Michael Locher eröffnete das Symposium und leitete die Diskussion, die jeweils direkt an die Vorträge angeschlossen wurde. Zwischen den beiden Vortragsblöcken gab es eine kurze Pause. Das Symposium endete pünktlich, und damit gab es bei dem anschliessenden Apéro riche noch ausreichend Zeit für einen interessanten und bereichernden Erfahrungsaustausch.

Die Osseointegration – aktuelle Forschungsaspekte

Die Einführung in das Thema erfolgte durch *PD Dr. Dr. Bernd Stadlinger*, Oberarzt an der Poliklinik für Orale Chirurgie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich, der in seinem Vortrag die wissenschaftlichen Grundlagen der Knochenheilung im Rahmen der Sinusbodenelevation beleuchtete.

Die Einheilung eines Implantats stellt einen aktiven, vom Körper ausgehenden biologischen Prozess dar. Während der Einheilung werden die Phasen der Wundheilung von der Hämostase über die entzündliche Phase hin zur proliferativen Phase bis zum Remodelling durchlaufen. Die Knochenneubildung nach erfolgter Sinusbodenelevation im Sinus maxillaris unterliegt speziellen Rahmenbedingungen, da eine Knochenbildung in ein Lumen hinein angestrebt wird. Die barrierebildende Schneider'sche Membran stellt eine Art Endost dar. Mit der Elevation kann Eigenknochen, ein Augmentationsmaterial oder eine Kombination beider Komponenten eingebracht werden. Ziel ist die Steigerung der Knochenneubildung und der Implantatstabilität.

Zahlreiche Studien untersuchten Parameter wie den Knochen-Implantat-Kontakt und die Volumestabilität von Augmentaten über die Zeit. Hierbei zeigten sich für Eigenknochen hohe Resorptionsraten, aber auch ein höherer Knochen-Implantat-Kontakt im Vergleich zu eingebrachtem Hydroxylapatit. In der Literatur finden sich für Augmentationen mittels Eigenknochen, Knochenersatzmaterialien und Kombinationen beider Varianten im Rahmen der Sinusbodenelevationen jeweils mittlere Implantat-Überlebensraten von über 95%. Hierbei wurden die Implantate mindestens ein Jahr und bis zu zehn Jahren nachuntersucht.

Operationsplanung und Techniken der Sinusbodenelevation

Dr. Georg Damerou, Oberarzt an der Poliklinik für Orale Chirurgie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich, erläuterte die Operationsplanung und die Techniken der Sinusbodenelevation. Die Operationsplanung beinhaltet die radiologische und prothetischen Planung, die Wünsche des Patienten und die allgemeinmedizinische Abklärung. Der operative Ablauf der «Transcrestalen» und «Lateralen Technik» der Sinusbodenelevation wurde mit vielen Bildern Schritt für Schritt beschrieben, und es wurde auf die speziellen Vorteile, Nachteile und Risiken dieser Operationsverfahren hingewiesen. Wichtig für den Erfolg ist auch die Kenntnis der anatomischen Besonderheiten, wie z. B. die arterielle Blutversorgung des Oberkiefers und die adäquate Beurteilung der Knochenqualität und -quantität.

Dr. Damerou zeigte dann noch, wie mit speziellen Fragestellungen wie Septen oder Zysten in der Kieferhöhle umzugehen ist und wie Komplikationen – z. B. eine Perforation der Schneider'schen Membran – durch Nahttechniken oder die Abdichtung mittels einer Membran gemanagt werden können. Das Setzen von konischen und bis in den Schulterbereich mikrostrukturierten Implantaten zeigt auch bei sehr geringer Restknochen-

höhe Vorteile. Damit ist eher eine simultane Implantation bei der Sinusbodenelevation möglich, bei welcher sonst ein zweizeitiges Vorgehen mit vorangegangenem Knochenaufbau notwendig gewesen wäre. Bei zusätzlichen horizontalen oder vertikalen Defekten des Alveolarkamms kann es notwendig sein, autologe Knochenblöcke, bevorzugt aus dem posterioren Unterkiefer, einzusetzen. Die Schaffung von stabilen weichgewebigen Verhältnissen durch den Einsatz von bindegewebigen Verschiebelappen in Zusammenhang mit der Tunneltechnik als minimal invasives Verfahren wurde ebenso diskutiert wie minimal invasive Techniken bei der Schnittführung im ästhetisch sichtbaren Bereich und Präparationstechniken des lateralen Fensters mithilfe der Piezochirurgie. Als Alternative zu ausgedehnten augmentativen Massnahmen wurden die Verwendung von kurzen Implantaten und der Einsatz von Einzelkronen mit einer grossen «crown-implant-ratio» dargestellt.

Röntgendiagnostik des Sinus maxillaris

Das Resultat einer Sinusbodenelevation ist auch von der Morphologie und vom aktuellen physiologischen Status der Kieferhöhle abhängig. Daher ist eine adäquate Röntgendiagnostik in der präoperativen Evaluation von grosser Bedeutung. Frau *Dr. med. Krisztina Baráth*, Fachärztin für Radiolo-



Blick in das Auditorium.

gie und Neuroradiologie am Medizinisch Radiologischen Institut Zürich, berichtete über die bildgebenden Verfahren des Sinus maxillaris. Sie stellte zunächst die weite anatomische Variabilität des Sinus maxillaris dar. Eine zu kleine Kieferhöhle, ein Septum des Antrums, eine durch anatomische Varianten eingeeengte oder durch Schleimhautschwellung okkludierte osteomeatale Einheit, aber auch diverse pathologische Konditionen wie Retentionszysten, radikuläre Zysten und Mukozelen oder ossäre Pathologien wie z. B. fibröse Dysplasien, Osteome, Exostosen, Antrolithen können den Erfolg einer Sinusbodenelevation beeinträchtigen. Für die Diagnosestellung kann eine Orthopantomographie (OPT), ein helikales CT oder eine Digitale Volumetomographie (DVT) verwendet werden. Die durch die Orthopantomographie entstehende Panoramaaufnahme gibt einen sehr guten Überblick über die Zähne, erlaubt jedoch nur eine eingeschränkte Aussage zu den Kieferhöhlen. Durch diese Methode wird lediglich ein Summationsbild erstellt, was die Diagnosesicherheit und die Aussage für die genaue Lokalisation deutlich beeinträchtigt. Die CT hingegen ist ein Schnittbildverfahren, wobei auch Rekonstruktionen in beliebigen Ebenen und 3-D-Darstellungen möglich sind. Die in der Zahnmedizin zunehmend Verbreitung findende Methode ist die Digitale Volumetomographie, bei der die erstellten zweidimensionalen Bilder zu einem zylinderförmigen Volumen verrechnet werden. Dieses Verfahren erlaubt eine reduzierte Röntgendosis und erreicht eine sehr geringe Schichtdicke. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die DVT keine Informationen über das Weichgewebe gibt und eine Differenzierung Tumor versus Entzündung, Polyp oder Mukozele somit nicht möglich ist. Auch die Magnetresonanztomographie gehört zum diagnostischen Repertoire und wird in bestimmten Fällen mit Tumorbefall des Sinus maxillaris verwendet. Somit kann eine Tumorausdehnung in die Orbita, in die Nasenhöhle und in das perimaxilläre Weichteilgewebe besser beurteilt werden. In der postoperativen Diagnostik können Komplikationen nachgewiesen oder der Erfolg einer Sinusbodenelevation dokumentiert werden, wobei die Indikationsstellung die Strahlenbelastung berücksichtigen muss.

Die verschattete Kieferhöhle in der DVT vor Sinusbodenelevation: mögliche Differentialdiagnosen und Management aus ORL-Sicht

Nicht selten kommen bei einer präoperativen DVT-Untersuchung in der Kieferhöhle Verschattungen zur Darstellung, deren Wertigkeit und Bedeutung vor dem Eingriff korrekt beurteilt werden müssen. Prof. Dr. med. David Holzmann, stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals-



Dr. Benno Syfrig berichtete über seine Technik und Ergebnisse der minimalinvasiven transcrestalen Sinusbodenelevation mit speziellen Benex-Elevatoren.

und Gesichtschirurgie des Universitätsspitals Zürich, berichtete über Verschattungen der Kieferhöhle in der DVT aus ORL-Sicht. Häufig werden die Patienten mit DVT- oder CT-Befunden einem Otorhinolaryngologen (ORL) vorgestellt, der zu evaluieren hat, ob vor dem Setzen der Implantate eine Behandlung der Kieferhöhle indiziert ist. In verschiedenen Studien hat man feststellen können, dass Verschattungen in der Kieferhöhle ohne ein entsprechendes klinisches Korrelat (Schmerzen, Druckgefühle, behinderte Nasenatmung, Rhinorrhoe etc.) in bis zu 8% gefunden werden können. Unter diesen incidental findings finden sich neben rahmenförmigen Schleimhautverdickungen harmlose Zysten, am häufigsten am Boden der Kieferhöhle, dem Recessus alveolaris. Diese Zysten werden, wenn überhaupt, nur symptomatisch, wenn sie den grössten Teil der Kieferhöhle ausfüllen. Für die Implantologie sind solche häufig mit dunkelgelber bis bernsteinfarbener Flüssigkeit gefüllte Zysten belanglos. Die rahmenförmigen Schleimhautverdickungen sind gelegentlich mit Symptomen wie Rhinorrhoe oder nasale Obstruktion assoziiert. So finden wir sie sehr häufig bei Allergikern mit Sensibilisierung auf Inhalationsallergene (z. B. Heuschnupfen), bei nasaler Polyposis (chronische Rhinosinusitis mit Polypen) oder bei der akuten Rhinitis. Entscheidend ist, dass diese beiden Befunde (Zysten, Schleimhautverdickungen) nicht mit einer vermehrten Sklerosierung, Verdickung oder Arrosion des Knochens vergesellschaftet sind. Auch sollen im Lumen der Kieferhöhle keine Verkalkungen vorliegen. Bei all diesen radiologischen Zeichen findet man mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Patienten mit rhinologischen Symptomen. Da im DVT oder CT die gesunde Gegenseite auch abgebildet ist, lohnt sich entsprechend immer der Vergleich beider

Kieferhöhlen. Sobald ossäre Veränderungen (Sklerosierungen, Knochenarrosionen, Verdickungen) oder intraluminal Verkalkungen in der Kieferhöhle vorliegen, sollte der Patient einem ORL-Arzt vorgestellt werden. Dieser beurteilt die Klinik und ordnet in der Regel eine CT an. Letztere unterscheidet sich von der DVT darin, dass nicht nur Knochenfenster (HR-Sequenzen), sondern auch Weichteilfenster berechnet werden. Darüber hinaus kann Kontrastmittel verwendet werden, was für die Aussagekraft der Bildgebung, v. a. zum Ausschluss von Tumoren, sehr hilfreich ist. Zu den häufigen therapiebedürftigen Differentialdiagnosen einer verschatteten Kieferhöhle gehören das Aspergillom, eine Pilzkrankung, und das invertierte Papillom. Bei beiden findet man fast immer eine vermehrte Sklerosierung und Verdickung des Knochens. Beim Aspergillom findet man häufig in der Kieferhöhle hyperdense Einschlüsse, die in der Dichtigkeit wie Metalle oder Zahnfüllmaterial imponieren. Häufig sind bei Aspergillomen bakterielle Superinfekte zu finden, die wesentlich die mucopurulente Rhinorrhoe erklären. Sowohl das Aspergillom wie auch das invertierte Papillom lassen sich elegant transnasal endoskopisch entfernen. Im wesentlich selteneren Falle können keratozystische odontogene Tumoren, maligne Tumore inklusive Metastasen die Ursache einer radiologischen Obliteration der Kieferhöhle darstellen.

Minimalinvasive Sinusbodenelevation

Aus der Praxis präsentierte der Oralchirurg Dr. med. dent. Benno Syfrig, Luzern, die minimalinvasive Sinusbodenelevation. Mit speziellen Benex-Elevatoren wird die Schneider'sche Membran transcristal durch das Implantatbohrloch eleviert. Die Methode wurde anhand klinischer Fälle und einer retrospektiven Erhebung dargestellt. Mit vielen klinischen Bildern demonstrierte Dr. Syfrig das Verfahren, bei dem mit dem Bohrer der Implantatstollen bis auf den Sinusboden aufbereitet und anschliessend die Sinuskortikalis mit einem Kugeldiamanten ausgedünnt und mit einem stumpfen, feinen Osteotom eingedrückt (leichte Hammerschläge) wird. Dann wird der Benex-Sinuselevator sorgfältig zwischen Kortikalis und Sinusschleimhaut geschoben. Die Membran wird mit dem Arbeitsende des Elevators von der Unterlage gelöst und mit der sphärischen Rundung des Arbeitsendes eleviert. Der Elevator wird unter stetigem Knochenkontakt taktil geführt. Eine Perforation der Schneider'schen Membran (positive Nasenblasprobe) wird mit einer Kollagenmembran abgedeckt, und das Verfahren kann meist einzeitig abgeschlossen werden. Unter die elevierte Sinusmembran wird Knochensatzmittel ohne autologen Knochen eingebracht. Dr. Syfrig führte anhand seiner Patienten eine retrospektive Erhebung

an 421 Implantationen zwischen 2001 und 2006 durch und fand dabei eine Implantatverweilquote nach 6–60 Monaten von 98,8%. Die geschätzte Verlustrate bei weiteren 802 Implantationen (2006–2012) betrug 1%. Bei allen Fällen mit Implantatverlust sei die Ossifikation des Sinusaugmentates ungestört gewesen und die Reimplantation habe ohne erneuten Sinuslift gemacht werden können. Perforationen fanden sich in 15% bei der ersten Studie und später in 12%. Sie verursachten jedoch keine erhöhte Verlustrate.

Komplikationsmöglichkeiten bei der Sinusbodenelevation

KD Dr. Dr. Michael Locher, Leiter der Poliklinik für Orale Chirurgie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich, gab einen Überblick über die möglichen Komplikationen bei der Sinusbodenelevation. Hierzu präsentierte er aus der Literatur die Ergebnisse einer grossen Metaanalyse (Pjetursson et al. 2008) über insgesamt 12 000 Implantate, die im Zusammenhang mit einer Sinusbodenelevation gesetzt wurden. Die häufigste Komplikation war die Perforation der Schneider'schen Membran, die in 19,5% auftrat, ohne dass dies zu einer höheren Verlustrate der Implantate führte. Die Verlustrate war dagegen statistisch signifikant höher bei der Verwendung von glatten Implantatoberflächen, während weder Rauchen noch ein einzeitiges versus zweizeitiges Vorgehen Signifikanzniveau erreichten. Das verwendete Augmentationsmaterial hatte ebenfalls einen Einfluss, wobei die geschätzte jährliche Verlustrate bei der Verwendung von autologem partikuliertem Knochen mit 0,06% statistisch signifikant geringer war als bei Verwendung von Knochenersatzmaterial allein (1,13%) oder in Kombination mit autologem Knochen (1,1%) oder Knochenblöcken (1,27%), wobei diese Zahlen nur für raue Implantatoberflächen galten. Anhand mehrerer Fallbeispiele wurden dann noch weitere Komplikationen behandelt wie die akute und chronische Sinusitis maxillaris, die Dislokation des Implantates in die Kieferhöhle, Bisphosphonat assoziierte Knochnekrosen um Implantate, Zystenbildung im Augmentat und Blutungen. Es wurde gezeigt, dass die Anastomose der A. alveolaris posterior superior und der A. infraorbitalis nach einer Studie von Kang et al. (2011) in ca. 30% intrasinusal verläuft und somit auch beim transcrestalen Zugang verletzt werden kann. Da die Kontrolle der Blutung nur beim lateralen Zugang möglich ist, sollte die transcrestale Technik daher nur verwendet werden, wenn auch der laterale Zugang beherrscht wird. Anhand eines Fallbeispiels mit endoskopischer Untersuchung der Nasenhöhle wurde gezeigt, dass bei weiter Ausdehnung der Nasenhöhle auch eine Fehlpositionierung der Implantate in die Nasenhöhle möglich ist.



KD Dr. Dr. Michael Locher gab einen Überblick über die möglichen Komplikationen bei der Sinusbodenelevation und eine Literaturübersicht zu diesem Thema.

Ausgedehnte präimplantologische Knochenaugmentation im Oberkiefer

Im abschliessenden Vortrag sprach Dr. Dr. Marius Bredell, leitender Arzt an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich und des Universitätsspitals Zürich, über die Merkmale ausgedehnter Knochendefekten und entsprechende Lösungen. Er hielt fest, dass bei Patienten mit ausgedehnten Knochendefekten, infolge deren Komplexität von Anfang an eine Planung unter Berücksichtigung und mit dem Ziel der Wiederherstellung einer prothetischen und funktionellen Einheit erforderlich ist. In diesem Zusammenhang müssen auch Alternativen zur Knochen-Augmentation, wie beispielsweise kürzere Implantate, das

«All on 4»-Konzept, Zygoma-Implantate und computergeplante Schablonen zur optimalen Nutzung des vorhandenen Lagerknochens berücksichtigt werden. Die Verankerung im Oberkiefer und im Jochbein führt zu einer erhöhten Stabilität des Zygoma-Implantats. Um die Exposition zur Kieferhöhle zu vermeiden, ist die Kombination mit einer Sinusbodenelevation erforderlich. Im weiteren Vortrag wurden anhand von sehr beeindruckenden Bildern Knochenaugmentationstechniken mit grossen Knochentransplantaten gezeigt. Dabei kann der Knochenaufbau nach innen («Inlay») mit interpositionellem Knochenmaterial nach Le Fort oder als subnasale Osteotomie sowie nach aussen («Onlay»), als Aufbau auf die bestehende Maxilla, durchgeführt werden. Die Entscheidung über die zu nutzende Operationstechnik ist abhängig von der Lage der zu inserierenden Implantate sowie von funktionellen Aspekten und ästhetischen Wünschen des Patienten. Sowohl Dr. Bredells Erfahrungen als auch die Literatur zum Thema zeigen, dass Schädelknochen eine deutlich geringere Resorptions- und Implantat-Misserfolgsrate als Beckenkamm aufweisen. Die Verwendung von Kalvariaknochen führt zwar zu geringerer Morbidität, jedoch wird der Spenderknochen dieses Gebiets nicht von allen Patienten akzeptiert. Nach erfolgter Maxilla-Augmentation kann das Implantat an die ideale Position gesetzt werden. Interpositionelle Knochenaugmentationen zeigen eine bessere Stabilität als Aufbautechniken («Onlay») und eine geringere Resorptionsrate.

Die Teilnehmer/innen am Symposium nahmen viele Informationen über die Sinusbodenelevation mit, die sie in ihrer Praxis nutzen können. Für die Unterstützung ist der Firma Dentsply zu danken.



Von links nach rechts: Dr. Dr. Marius Bredell, Dr. Georg Damerau, Dr. Krisztina Barath, KD Dr. Dr. Michael Locher, Dr. Benno Syfrig, PD Dr. Dr. Bernd Stadlinger.

«Back to the roots», unter diesem Motto fand die 6. Gemeinschaftstagung der SGI, DGI und ÖGI als Dreiländerveranstaltung im neu umgebauten Kursaal Casino in Bern statt.

Back to the roots

«Back to the roots?» Sicherheit und Verlässlichkeit sind wichtige Werte in der heutigen Zeit. Auch in der Zahnmedizin bei der Planung und Durchführung von Implantatbehandlungen. Die rasante Zunahme an technologischen Entwicklungen und Neuerungen macht es aber nicht einfacher, in der Vielzahl von Optionen die richtigen therapeutischen Entscheidungen zu treffen. Zurück zu den Zahnwurzeln? Zurück zu den Implantaten? Zurück zu den Wurzeln!

Dr. med. dent. Adrienne Schneider, Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik, ZMK Bern und Privatpraxis (Bilder: Mirjam Cibolini)

Wechselspiel der Kompetenzen

Nach der offiziellen Kongresseröffnung durch die beiden Präsidenten Dr. Claude Andreoni, Präsident der SGI, und Prof. Dr. Hendrik Terheyden, Präsident der DGI kam auch der Präsident der ÖGI Prof. Dr. Werner Zechner gerade noch rechtzeitig. Noch etwas ausser Puste und gekennzeichnet von einer chaotischen Anreise ins schneeverregnete Bern. Dr. Rino Burkhardt, Mitglied des wissenschaftlichen Komitees, meinte: «Zurück zu den Wurzeln wolle man durch ein umfangreduziertes, aber dafür sehr feines Programm».

Bevor jedoch das wissenschaftliche Programm startete, entführte der Dirigent, Produzent und

Coach Christian Gansch die Anwesenden auf unterhaltsame und amüsante Art und Weise in die Welt der klassischen Orchester. Ein Wechselspiel der Kompetenzen sei es – «wie bei ihnen». Und das Ziel kann nur mit dem Dreiklang der Exzellenzen aus Handwerk, Technik und Disziplin erreicht werden. Er zeigte den Anwesenden, wo sich die Welt des Orchesters mit der Zahnmedizin trifft.

Back to Zahnerhaltung

Die erste von fünf Sessions startete mit dem Thema «Wieviel ist ein Zahn noch wert?» Die Vorträge von Frau Prof. Dr. Ingrid Grunert, Prof. Dr. Hannes Wachtel, PD Dr. Matthias Zehnder und Prof. Dr.

Andreas Filippi hatten alle das Ziel der Zahnerhaltung. Sogar wenn es zu einer Extraktion kommt, kann dieser Zahn durch einen weiteren natürlichen Zahn ersetzt werden. Die Methode der Zahnkeimtransplantation zeigte Prof. Dr. Andreas Filippi von der Universität Basel anhand von eindrücklichen, klinischen Beispielen. «Zeit ist nicht immer unser Feind», so Wachtel. Auch ein Zahn mit reduziertem Parodont und Furkationsinvolvement kann dank regelmässigem Monitoring und Recall so lange wie möglich im jeweiligen Zustand gehalten werden. Dr. Zehnder referierte zu den endodontischen Möglichkeiten bei einer apikalen Parodontitis. «Nicht jede apikale Läsion verlangt eine Intervention.» Erst wenn beim Vergleich mit



Aussteller im Foyer des Kursaals Casino

älteren Röntgenbildern eine Vergrößerung der Läsion stattgefunden hat oder eine neue prothetische Lösung geplant wird, soll eine Revision des Wurzelkanals angestrebt werden. Falls eine orthograde Revidierung nicht funktioniert, kann immer noch auf eine retrograde Revision mit Wurzelspitzenresektion zurückgegriffen werden. Alle vier Referenten waren sich bei der anschließenden Diskussion einig, dass es sich immer lohnt, natürliche Zähne zu erhalten und dass die Option Implantat als Back-up-Plan dastehen soll.

Am Donnerstagabend feierten 480 Gäste die Eröffnungsparty im Berner Kornhauskeller. Neben einem leckeren Buffet nutzen die Teilnehmer in diesem historischen Ambiente unter den freskenverzierten Decken den Abend zu ausgiebigen Gesprächen.

Kurze Implantate – erste Ergebnisse durchaus positiv

«Wie viele Risiken können wir eingehen?» als Headline der zweiten Session. Prof. Dr. Andrea Mombelli zeigte anhand von Metaanalysen den Einfluss der Restparodontitis auf Implantate. Raucher und Patienten mit einer Parodontitis-Vorgeschichte haben eine deutlich höhere Prävalenz für eine Periimplantatit. Der Prothetiker und Sofortimplantologie-Anhänger Ass. Prof. Dr. Rudolf Fürhauser führte die Teilnehmer über den «G-Punkt»

(Gingivapunkt) zum «E-Punkt» (Emergenzpunkt). Der E-Punkt als die Stelle, wo die klinische Krone aus der Gingiva austritt und als ästhetischer Referenzpunkt bei der Implantation. Dass zukünftig auch kurze Implantate erfolgreich sein können, zeigte Prof. Dr. Christoph Hämmerle von der Universität Zürich anhand von Einjahresresultaten einer laufenden Studie. So können Kammaufbauten vermieden, die Behandlungsdauer kürzer gehalten und Morbidität und Kosten verringert werden. Dass die Frühbelastung im Vordergrund steht, brachte Prof. Dr. Daniel Buser in seinem Referat zum Ausdruck. Die sukzessive Verkürzung der Einheilzeiten von Implantaten zählt zu den grössten Fortschritten der Implantologie der vergangenen 15 bis 20 Jahre. Früher wartete man bis zu einem halben Jahr, bis die Belastung eines Implantates möglich war, heute sind es noch ein bis zwei Monate. Zum Schluss folgte vom Mediziner Prof. Dr. Giovanni Maio eine philosophische Betrachtung zum Thema «Risikofaktor Behandler». «Zahnarzt sein bedeutet, Verantwortung übernehmen.» Auch für den Patienten. Ein guter Zahnarzt müsse auch fähig sein, gute Geschäfte ausschlagen zu können, um im Sinne der besten Lösung für den Patienten zu handeln. Dabei wird Patientenvertrauen gewonnen und das sei immer noch das langfristige und eintragreichste Kapital für jeden Zahnarzt.

Die Poesie der Keramikimplantate

Die dritte Session befasste sich mit wissenschaftlichen Beiträgen zu navigierter Implantologie, Keramikimplantaten, dem platform switching und der Piezochirurgie.

Ebenfalls Teil dieses Nachmittags war der diesjährige Research Award, der das erste Mal in diesem Rahmen stattfand.

Die schablonengeführte Navigation war der Fokus des Referates von Prof. DDr. Werner Zechner aus Wien. Dadurch kann das Spektrum des Behandlers erweitert und die Implantatsicherheit erhöht werden. Prof. Dr. Ralf Kohal erheiterte die Gemüter mit seinem amüsanten, «poesiegeladenen» Vortrag über Keramikimplantate. Wie ein Feuerwerk entlud er auf humorvolle Art seine skeptische, aber durchaus Erfolg versprechende Sichtweise der metallfreien Implantate. Wie das platform switching produktionstechnisch entstanden ist, hat Prof. Dr. Jürgen Becker in seinem Beitrag erklärt. Präklinische und klinische Studien hätten eindeutig gezeigt, dass es beim platform switching zu einer etwas geringeren Reduktion des krestalen Knochniveaus kommt. Je breiter die Stufe des platform switch ist, desto deutlicher ist der Effekt. Professor DDr. Knut Grötz zeigte den Teilnehmern, wie man mit dem Weichgewebe und dem Knochen sanft umgehen kann. Mit dem Piezogerät kann schonungsvoll Knochen abgetragen wer-



Die Referenten der ersten Session bei ihrer angeregten Diskussion zum Thema «Risikofaktoren in der Implantologie» (v.l.n.r.: Frau Prof. DDr. Ingrid Grunert, Prof. Dr. Hannes Wachtel, PD Dr. Matthias Zehnder und Prof. Dr. Andreas Filippi)

den. Durch die Schwingungscharakteristik ist die Wirkung auf den Knochen abtragend und schneidend zugleich, ohne jedoch diesen Effekt auf die Weichgewebe zu übertragen. Benachbarte Weichteilstrukturen wie Periost, Blutgefässe, Schleimhaut oder Nervengewebe sind dadurch einem geringeren Risiko, traumatisiert zu werden, ausgesetzt.

Als Abschluss dieses innovativen Kongresstages fand der Research Award 2012 statt, der sich zum Ziel setzte, drei jungen Kolleginnen und Kollegen die Chance zu geben, ihre aktuellen wissenschaftlichen Forschungsprojekte vorzustellen.

Parallel zur Hauptveranstaltung fand ein Innovationsforum von verschiedenen Ausstellern statt.

Was bringt uns die Zukunft?

Was bringt uns die Zukunft? Dies das Thema der finalen Session am letzten Kongresstag. PD Dr. Irena Sailer fragte sich: «Wo stehen wir heute? Wir haben bereits Erfolgskonzepte, auf denen wir aufbauen. Sind aber unsere Konzepte bei Weichgewebeaugmentationen, Knochenregenerationen und Osseointegration auch künftig erfolgssicher? Oder können wir uns doch noch verbessern?»

Zum Thema «Verankerung im Knochen» hat Prof. Dr. Isao Ishikaw aus Tokyo gezeigt, dass im Labor gezüchtete Zellschichten vielseitig einsetzbar sind. Und Prof. Dr. Martin Lorenzoni aus Graz meinte, dass es künftig viele kompromittierte Implantate zu behandeln gibt. Minimal invasive Chirurgie, Ersatzmaterialien und prothetischer Mukosaersatz werden dabei zum Einsatz kommen. Eindrückliche Beispiele von horizontalen und vertikalen Knochenaufbauten zeigte Prof. Dr. Hendrik Terheyden. Fehlender Knochen stellt bei ihm kein Hindernis für eine Implantatversorgung dar. Durch Auflagerungs- und Interpositions-Osteoplastiken sind



Von links nach rechts: Dr. med. dent. Nadine Fenner, Universität Zürich; Dr. med. dent. Dogan Kaner, Uni Witten; Dr. med. dent. Adrienne Schneider und PD Dr. Michael Bornstein, Universität Bern

auch ausgedehnte vertikale Augmentationen möglich.

Prof. Dr. Bjarni Pieturssons Expertenmeinung: Die Osteotomtechnik funktioniert auch ohne Knochenersatzmaterial bei einer Restknochenhöhe von 5–6 mm gut. Bei der lateralen Fenstertechnik hingegen brauche es in seinen Augen Augmentationsmaterial. «Back to the roots, lassen wir die Tests! Gentests und Implantatstabilitätsquotientwerte messen – mit Menschenverstand kann die Situation ebenso gut eingeschätzt werden». Eventuell soll auch noch eine Parosonde verwendet werden, denn diese ist das diagnostische Instrument der Wahl, so Prof. Dr. Niklaus Lang zum Thema «Risikobestimmung peri-implantärer Erkrankungen». Der letzte Referent brachte die noch

anwesenden Hörer im Saal zum Staunen: Er demonstrierte, wie man mit einer Osteo-Odonto-Keraotoprothese durch den Zahn sehen kann.

Rückbesinnung auf die Wurzeln

Nach der Preisverleihung des Research Award durch PD Dr. Michael Bornstein (1. Platz Dr. Dogan Kaner, Deutschland, 2. Platz Dr. Adrienne Schneider, Bern, und 3. Platz Dr. Nadine Fenner, Zürich) schloss der Präsident der SGI, Dr. Claude Andreoni, den Kongress in einer finalen Rückbesinnung auf die «Wurzeln».

Während dreier lehrreicher Kongresstage wurden brisante und spannende Themen aus dem Bereich der Implantologie aufgegriffen, diskutiert und teils auch kritisch durchleuchtet.

DENTA KONT Debitoren-Factoring für Zahnärzte www.dentakont.ch - 056 622 98 00

... damit Sie sich in Ihrer Freizeit entspannen können

- ✓ Sofortige Auszahlung Ihrer Rechnungen
- ✓ Übernahme von Verlusten
- ✓ Verarbeitung & Versand von Rechnungen

Dentakont AG
seit 1982
Zuverlässiges Debitoren-Factoring

Hohe Bedeutung von Biofilmmangement – DH in zentraler Position

Unter dem Motto «We Care» eröffnete Zentralpräsidentin *Cornelia Jäggi* am 9./10. November 2012 in Interlaken den 37. Jahreskongress der Swiss Dental Hygienists. Auf der Agenda standen zahlreiche hochkarätige Referenten und ein breites Themenspektrum – von der Kiefergelenk-Diagnostik über die Erstversorgung nach Zahntrauma sowie Schnittstellen zwischen Dentalhygienikerinnen, Zahnarzt und Psychologe bis hin zur Prophylaxe von berufsbedingten Erkrankungen. Der Workshop mit Oberarzt *Dr. Alexander Welk* von der Universität Greifswald, Deutschland, zum Thema «Modernes Biofilmmangement» erwies sich als besonderes Highlight.

Kaschny PR (Bilder: Johannes Eschmann)

«Unabhängig davon, ob es uns gelingt, die Karies langfristig mit der Infiltrationstherapie zu arretieren oder den Zahnschmelz gar zu regenerieren – das effektive Biofilmmangement ist und bleibt auch hierbei das Primat in der Initialkariestherapie», betonte *Dr. Welk*. «Denn nur mit einer effektiven mechanischen Plaquekontrolle werden all diese Methoden langfristig Erfolg haben.»

200 Millionen Bakterien in einem einzigen Milligramm Plaque

Orale Erkrankungen werden unbestritten hauptsächlich durch Bakterien verursacht, die normalerweise mit anderen Bakterienarten und ihrem Wirtsorganismus in einer Symbiose leben. Erst durch die Bildung eines etablierten Biofilms kommt es zur Verschiebung des ökologischen Gleichgewichts hin zur Vermehrung pathogener Mikroorganismen. Über lokale Krankheitsgeschehen hinaus kann es dann sogar zu Wechselbeziehungen zwischen den durch den Biofilm verursachten oralen und systemischen Erkrankungen, wie beispielsweise kardiovaskuläre Veränderungen, kommen.

Was aber hat man sich unter einem etablierten Biofilm vorzustellen? Er besteht, wie *Dr. Welk* erläuterte, nicht nur in einer reinen Ablagerung auf den Zähnen, sondern ist das Resultat des Zusammenspiels von vielen Bakterien, die miteinander kommunizieren, Stoffwechselkooperationen und Interaktionen eingehen können. Um nur ein Bei-

spiel dafür zu nennen: Die wenigsten oralen Mikroorganismen sind in der Lage, sich direkt an die Zahnoberfläche anzulagern. Die Mehrheit erreicht dies nur über Interaktionen mit sogenannten Erst- bzw. Pionierkeimen, die die Zahnoberfläche besiedeln können. Ein Milligramm dentale Plaque wird von etwa 200 Millionen Bakterien «bevölkert», darunter circa 350 bis 500 verschiedenen Bakterienarten, wobei man annimmt, dass es durchaus noch mehr sein können. Der etablierte Biofilm bietet den Bakterien nicht nur Schutz, sondern kann auch Ursache für die Erhöhung der Pathogenität einzelner Keime sein.

Auf der Basis aktueller Erkenntnisse zur Entstehung eines Biofilms diskutierte *Dr. Welk* die Wirkungsweisen, Stärken und Grenzen verschiedener Massnahmen zur Plaquekontrolle (z.B. Applikation von Antiseptika) sowie verschiedene Forschungsansätze (oberflächenaktive Stoffe, Lactoperoxidase-System, Antikörper, Impfungen). Dabei wies er auf die Bedeutung individualisierter Prophylaxemassnahmen hin und ging dabei auch auf Risikopatienten (z. B. unter Immunsuppression und/oder Radatio) ein.

Nicht zuletzt wurde dabei klar, welche grosse Bedeutung der Dentalhygienikerin zukommt – unabhängig davon, welche Zukunftskonzepte sich zur Therapie von Karies und Parodontitis letztlich durchsetzen. Denn unersetzlich bleibt diese Berufsgruppe sowohl in der professionellen Prophylaxe als auch bei der Empfehlung und Vermittlung

geeigneter Hilfsmittel für die häusliche Mundpflege.

Praxisorientierte Anregungen für den DH-Alltag

Dr. Welk erfreute sich bei einem über 100-köpfigen Auditorium eines guten Besuchs, und er kam bei den Zuhörerinnen gut an. Wie die im Anschluss durchgeführte Befragung der Teilnehmerinnen zeigte, hat er in seinem Vortrag so manchen Punkt angesprochen, der neu war und als nützliche Information oder Anregung für die tägliche Praxis empfunden wurde.

Der Veranstalter des Workshops, Procter & Gamble, stellte an seinem Stand interessierten Kongress-Teilnehmerinnen alle Möglichkeiten des häuslichen Zähneputzens vor und gab ihnen die Gelegenheit, aktuelle Neuheiten zu begutachten. Im Fokus stand dabei unter anderem die noch junge TriZone-Technologie mit ihrem 3-Zonen-Putzsystem – elektrische Mundhygiene mit bis zu doppelter Plaqueentfernung im Vergleich zu einer herkömmlichen manuellen Zahnbürste, aber mit einer Handhabung, wie sie von der Handzahnbürste gewohnt ist. Mehr als 80 Standbesucherinnen nutzten das Angebot, ein Testmodell mitzunehmen und über einen Zeitraum von 30 Tagen persönlich zu prüfen – und bei positiver Beurteilung anschliessend zum «Jahreskongress-Vorzugspreis» zu erwerben.



Dr. Alexander Welk: «Effektive Plaquekontrolle ist Voraussetzung für Erfolge gegen orale Erkrankungen.»



Die Teilnehmerinnen erhielten viele nützliche Informationen und Anregungen für die tägliche Praxis.

«Initiative Sanfte Mundpflege» von Procter & Gamble für die Oral-B-Zahnbürste

Das Braun-Oral-B-Werk in Marktheidenfeld fertigt täglich über 140 000 Produkte auf den vollautomatisierten Produktionsstrassen. Viele Innovationen wurden in Marktheidenfeld entwickelt und in die Produktionsabläufe integriert.

Dr. med. dent. Sybille Scheuber, Bern (Fotos: zvg)

Die Firma Procter & Gamble (P & G) in Marktheidenfeld öffnete am 21. November 2012 ihre Tore für die dentale Fachpresse. Journalisten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bekamen eine ausführliche Werksbesichtigung, um sich ein Bild über die Herstellung von Oral-B-Zahnbürsten und die Firmenphilosophie machen zu können. Der stellvertretende Werksleiter *Hugo Schwab* stellte die Firma P & G in Marktheidenfeld vor. P & G ist ein US-amerikanischer, weltweit tätiger Konsumgüter-Konzern mit Hauptsitz in Cincinnati, Ohio (USA). Seit 1953 hat P & G auch eine Niederlassung in der Schweiz. Zu den bekanntesten Markenartikeln von P & G gehören unter anderem die bewährten Elektrogeräte von Braun. Neben Rasierern, Küchengeräten und Haarföns findet sich auch die Oral-B-Zahnbürste, die in vielen Ländern weit verbreitet ist. Die Marke Oral-B gehört seit 2006 zu P & G und bietet Handzahnbürsten und elektrische Zahnbürsten für Kinder und Erwachsene, Mundduschen, Mundpflege-Center sowie Interdentalprodukte wie Zahnseide an. Das «B» in «Oral-B» steht für «Brushes». Das Braun Oral-B Werk in Marktheidenfeld hat sich auf die Massenproduktion von elektrischen Mundpflegeprodukten spezialisiert und fertigt täglich über 140 000 Produkte auf den vollautomatisierten Produktionsstrassen. Viele Innovationen wurden in Marktheidenfeld entwickelt und in

die Produktionsabläufe integriert. Es war beeindruckend zu sehen, mit welcher Präzision und mit wie vielen Qualitätskontrollen die Oral-B-Zahnbürste hergestellt wird.

Multifunktionale Bürstenfelder reinigen gezielt Zahn um Zahn

Zur Prophylaxe von Karies, Gingivitis oder Parodontitis ist die regelmässige und systematische Entfernung von Plaque erforderlich. Hierzu bedarf es der Anwendung von Putzmethoden und Hilfsmitteln, welche individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt sein müssen. Elektrische Zahnbürsten mit oszillierend-rotierenden Putzbewegungen zeigen dabei gemäss einer systematischen Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration 2011 eine bessere kurzfristige Wirksamkeit als Handzahnbürsten und können Zahnfleischentzündungen langfristig reduzieren. Ebenso bestätigt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK), dass «Bürsten mit oszillierend-rotierender Bewegungscharakteristik den Handzahnbürsten bezüglich Plaqueentfernung und Gingivitisreduktion in Kurz- und Langzeitstudien überlegen sind, ohne dass ein erhöhtes Traumatisierungsrisiko besteht». Deswegen stellen oszillierend-rotierende Zahnbürsten heute den «Goldstandard» dar. *Dr. Ralf Adam*, Leiter klinische Forschung von P & G, erklärte das Funk-

tionsprinzip der sogenannten «3-D-Modelle»: Die multifunktionalen Bürstenfelder des kleinen Bürstenkopfes reinigen gezielt Zahn um Zahn und garantieren eine gründliche Entfernung des Zahnbelags. Der Bürstenkopf führt dabei kleine pulsierende Seitwärtsbewegungen aus, dreht sich einen Drittelkreis in die eine Richtung und dann zurück in die andere. Besonders hervorgehoben wurde die Abrundung der Borsten (Filamente), um keine Verletzung von Zahn und Weichgewebe hervorzurufen. Ein Wechsel des Bürstenkopfes wird deswegen alle drei Monate empfohlen und durch anfangs blaue Indikatorenbürsten angezeigt, die sich dann entfärben. Die «Initiative Sanfte Mundpflege» (ISM) wurde ins Leben gerufen, um aufzuzeigen, wie sanft die Oral-B-Zahnbürste in der Lage ist, Zahnbelag zu entfernen. Unter Einbezug wissenschaftlicher Artikel von fünf renommierten zahnärztlichen Fachspezialist/innen wurde die schonende Wirkungsweise der oszillierend-rotierenden Zahnbürste diskutiert. Das Buch (ISM) kann unter Oral-B@kaschnypr.de gratis angefordert werden. Der Zusammenhang von bakterieller Plaque und der Entstehung von parodontalen Erkrankungen ist hinlänglich bekannt. Es wurde hierfür auf Frau *Prof. Dr. Nicole Anweiler*, Universität Marburg, verwiesen, deren Forschungsschwerpunkte unter anderem in der Untersuchung des oralen Biofilms liegen: Es muss die Formierung des Biofilms zu einer kritischen Masse («city of microbes») verhindert werden. Neben der regelmässigen Prophylaxe beim Zahnarzt ist die häusliche Mundhygiene mit einer manuellen oder elektrischen Zahnbürste sowie einer fluoridhaltigen Zahnpasta die tragende Säule zur Entfernung des schädlichen Biofilms. Eine wiederaufladbare elektrische Zahnbürste erleichtert dabei die eigene häusliche Mundhygiene und erhöht die Compliance des Patienten. Vor allem der integrierte Timer bewegt die Anwender dazu, die mindestens geforderten zwei Minuten Putzzeit konsequent einzuhalten. Neuere Modelle weisen einen Quadrantentimer auf, um Patienten an ein systematisches Putzverhalten heranzuführen. Zur Vermeidung eines zu starken Zahnputzdrucks wurde ein Drucksensor in die elektrische Oral-B-Zahnbürste eingebaut, der bei Überschreiten eines Grenzwertes ein Signal abgibt. Acht unterschiedliche Bürstenköpfe ermöglichen eine individuell zugeschnittene Auswahl für nahezu jede Zahnputzsituation.



Der stellvertretende Werksleiter Hugo Schwab erläuterte die Herstellung von Oral-B-Zahnbürsten und beeindruckte mit der Firmenphilosophie des Werkes in Marktheidenfeld, Deutschland.



Die dentale Fachpresse erhielt exklusiv eine Werksbesichtigung im Oral-B-Werk und konnte sich ein Bild über die Qualitätsstandards bei der Produktion der elektrischen Zahnbürste machen.

Ebenso kann unter einer ganzen Palette von High-tech-Zahnbürsten die passende ausgesucht werden. Im Eigentest haben die Pressemitglieder nach dem Mittagessen mittels farbllichem Plaqueindex die Wirksamkeit der Oral-B-Zahnbürste nachweisen dürfen.

Brushing without brushing?

In einer Übersichtsarbeit «Brushing without brushing?» von J. C. Schmidt und Mitarbeitern (2012) wurden die hydrodynamischen Effekte verschiedener elektrischer Zahnbürsten miteinander verglichen. Eine Plaqueentfernung im Interdentalraum durch «Fernwirkung» über Schallwellen konnte klinisch noch nicht nachgewiesen werden. Der Vergleich von In-vitro-Studien auf die Mundsituation scheitert an der Übertragbarkeit und sollte nicht herangezogen werden. Das hypothetische Modell eines Wasserbehältnisses mit einer Schallquelle ist auf die Mundsituation nicht übertragbar. Laut *Dr. Alessandro Devigus* ist nur der tatsächliche Bürstenkontakt effektiv in der Lage, Biofilm zu entfernen. Sowohl oszillierend-rotierende als auch sogenannte Schallzahnbürsten können kontaktlos Energie über die von den Borsten erzeugten Flüssigkeitsbewegungen, die darin eingeschlossnen Luftblasen sowie über akustische Druckwellen erzeugen. Die entscheidende Frage lautet, ob die Energie ausreicht, die Adhäsionskräfte des Belags zu überwinden? Bis zu einem gewissen Ausmass kann die Plaque tatsächlich durch hydrodynamische Effekte bewegt werden, jedoch verliert diese Fernwirkung ihre Wirksamkeit bei steigendem Abstand (2–4 mm). Selbst bei der geringsten Distanz (1 mm) konnte nicht alle Plaque

zuverlässig entfernt werden. Es reicht nicht aus, die Plaque durch die zugeführte Energie lediglich zu komprimieren oder zu beugen, wenn sie nicht entfernt wird. Für die Entfernung des Zahnbelags ist und bleibt der mechanische Kontakt einer Bürste notwendig. Doch die beste Zahnbürste nutzt nichts, solange sie nicht verwendet wird! Aufgabe des Zahnarztes/der Zahnärztin und der/des Pro-

phylaxehelfers/der Prophylaxehelferin / des Dentalhygienikers/der Dentalhygienikerin bleibt es, den Patienten zu einer regelmässigen und effektiven Mundpflege zu motivieren. Es versteht sich von selbst, dass die Empfehlung einer elektrischen Zahnbürste mit einer Prophylaxeinstruktion einhergehen sollte.



Im digitalen Mikroskop wird unter 500-facher Vergrösserung die Abrundung der Bürstenfilamente kontrolliert.

SGDMFR
Schweizerische Gesellschaft für dentomaxillofaziale Radiologie
SSRDMF
Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale
SSRDMF
Società svizzera di radiologia dentomaxillofaciale
SADMFR
Swiss Association of Dentomaxillofacial Radiology



Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für dentomaxillofaziale Radiologie (SGDMFR) in Interlaken vom 29. Mai 2013

Ausschreibung des Nachwuchswettbewerbs für AssistentInnen in Weiterbildung

Eingebettet im interessanten Programm der Jahrestagung 2013 in Interlaken bietet die SGDMFR jungen Forschern, die auf dem Gebiet der zahnärztlichen Radiologie arbeiten, ein Forum, um im Rahmen eines Nachwuchswettbewerbs ihre Arbeiten zu präsentieren.

Zugelassen sind MasterantInnen und DissertantInnen schweizerischer Universitäten/Universitätszahnkliniken sowie Teilnehmer eines BAG- oder SSO-akkreditierten Weiterbildungsprogramms.

BewerberInnen für den Nachwuchswettbewerb sollten Mitglied der SGDMFR sein (oder sich um eine Mitgliedschaft beworben haben).

Das Abstract sollte im IADR-Format (Ziel, Material und Methoden, Ergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerung: inkl. aller Co-Autoren und deren Institutionen) in digitaler Form bis zum **30. April 2013** via E-Mail an das SGDMFR-Sekretariat eingereicht werden. Zugelassene Referate sollen maximal 10 Minuten dauern, anschliessend folgt eine 5-minütige Diskussion.

Der Nachwuchspreis der SGDMFR ist mit CHF 2750.– dotiert. Die beste Arbeit wird mit CHF 1500.–, die zweitbeste mit CHF 750.– bzw. die drittbeste mit CHF 500.– ausgezeichnet.

Alle zum Nachwuchswettbewerb zugelassenen Teilnehmer werden zudem zur Jahrestagung eingeladen.

E-Mail-Adresse: dorothea.berndt@unibas.ch

Dr. D. Dagassan-Berndt
Sekretärin SGDMFR

Zeitschrift

Sinusbodenelevation

Thomas Jensen, Søren Schou, Patricia A. Svendsen, Julie Lyng Forman, Hans Jørgen G. Gundersen, Hendrik Terheyden, Palle Holmstrup:

Volumetric changes of the graft after maxillary sinus floor augmentation with Bio-Oss and autogenous bone in different ratios: a radiographic study in minipigs

Clin. Oral Impl. Res. 23, 2012, 902–910

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie war es, Volumenänderungen von Bio Oss® und autologem Knochen (Beckenkamm und Unterkieferknochen) sowie verschiedenen Mischungsverhältnissen dieser Materialien bei der Sinusbodenelevation mit simultaner Implantation zu bestimmen.

Material und Methoden

Es wurde bei 40 Göttinger Minischweinen beidseits eine externe Sinusbodenelevation mit simultaner Implantatinsertion vorgenommen. Die Kno-

chenhöhe wurde auf 5 mm reduziert, und es wurde jeweils ein Bränemark-Implantat 4 mm × 15 mm, TiUnite, inseriert. Mit einer Bio-Gide-Membran wurde das Fenster abgedeckt. Die Minischweine wurden in zwei gleich grosse Gruppen unterteilt, bei denen einmal Beckenkammknochen und einmal Unterkieferknochen verwendet wurde. Innerhalb dieser Gruppen wurden fünf Untergruppen gebildet, bei denen die Augmentation in Gruppe A aus 100% autologem Knochen, in Gruppe B aus einem Mischungsverhältnis von autologem Knochen und Bio Oss von 75:25, in Gruppe C von 50:50, in Gruppe D von 25:75 und in Gruppe E aus 100% Bio Oss bestand.

Es wurden präoperativ, unmittelbar postoperativ und zwölf Wochen postoperativ CT-Untersuchungen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Cavalieri-Schätzung (Scheibchenmethode). Die Opferung der Tiere erfolgte zwölf Wochen postoperativ.

Resultate

Die mittlere Reduktion des Volumens betrug in Gruppe A 65%, in Gruppe B 38%, in Gruppe C 23%, in Gruppe D 16% und in Gruppe R 6%. Die

statistische Auswertung ergab, dass die Volumenreduktion statistisch signifikant vom Mischungsverhältnis Knochen zu Bio Oss abhing, jedoch nicht von der Spenderregion Beckenkamm oder Unterkiefer.

Schlussfolgerungen

Nach der Sinusbodenelevation mit autologem Knochen kommt es beim Minischwein zu einer starken Volumenreduktion. Durch die Mischung mit Bio Oss wird das Volumen besser erhalten. Die in der Literatur zu findenden deutlich geringeren Angaben zur Volumenreduktion bei Studien am Menschen, aber auch bei Tierstudien sind nach den Autoren auf die bei diesen Studien erfolgte zweidimensionale Messung zurückzuführen, die der dreidimensionalen Messung deutlich unterlegen sei. Weitere Studien seien jedoch nötig, um den Umfang der Knochenneubildung und die Knochenanlagerung an das Implantat zu bestimmen.

Michael Locher, Zürich