

Osteology-Stiftung

Höhenflüge im Teamwork zwischen Universitäten und Industrie

Thomas Vauthier, Basel

Die Osteology-Stiftung soll die Anwendungsforschung im Bereich der Gewebsregeneration mit biologischen Materialien unterstützen, damit neue regenerative Techniken schneller und ausreichend getestet in der Praxis verfügbar sind. Die Industrie verfügt über die Technologien und kann neue Behandlungsformen und Produkte durch diese Rückkopplung zur Marktreife bringen. Eine erste Aktivität der Stiftung war das internationale Osteology-Symposium vom 22. bis 24. April 2004 in Luzern mit über 2000 Teilnehmern aus 51 Ländern. Im Rahmen dieser hoch stehenden wissenschaftlichen Tagung wurden an einer Pressekonferenz die Ziele der Osteology-Stiftung und neuste Trends aus der Forschung vorgestellt.

Für die erfolgreiche und zielgerichtete Entwicklung neuer Produkte ist die enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern und der forschenden Industrie Voraussetzung. Die Forschung muss dabei interdisziplinär gestaltet werden mit einer harmonisierenden Interaktion zwischen Chemie, Biologie, Engineering und Medizin. Um diese Zusammenarbeit mit der Wissenschaft weiter zu stärken, hat die Firma Geistlich Biomaterials im August 2003 zusammen mit zehn führenden Wissenschaftlern aus der Zahnmedizin die Osteology-Stiftung gegründet. Ziel der Stiftung ist, den wissenschaftlichen Austausch zwischen Hochschulen und Industrie auf dem Gebiet der Geweberegeneration mit biologischen Materialien in der Zahnmedizin weiter zu fördern. In der Osteology-Stiftung werden die Projekte frei von kommerziellen Interessen beurteilt.

Spitzenarchitektur trifft auf Topwissenschaft

Professor Daniel Buser, Universität Bern, Mitglied des Stiftungsrats und wissenschaftlicher Leiter des Symposiums meint metaphorisch: «Knochenaufbau und

Weichgewebsregeneration, auch dies sind «architektonische» Meisterstücke, die wie bei einem Bauwerk, der Funktionalität und Ästhetik dienen.» Als Forum für das Symposium hatten die Organisatoren das neue Kultur- und Kongresszentrum Luzern mit seiner berühmten Architektur und der traumhaften Lage am Vierwaldstättersee ausgesucht. Nach den erfolgreichen Osteology-Symposien in Wien, Venedig und Barcelona wurde 2004 in Luzern am ersten von der Osteology-Stiftung organisierten Osteology-Symposium den Teilnehmern erneut ein wissenschaftlich hoch stehendes Programm geboten.

Das Thema Ästhetik ist zum Dauerbrenner in der Implantologie geworden. Der Patient will ein optimales ästhetisches Resultat, nicht nur ein Implantat, das hält. Damit sind die Ansprüche an den Chirurgen deutlich gestiegen. In der Knochenregeneration ist heute jeder Millimeter entscheidend, weil das ästhetische Weichteilergebnis massgeblich von der Knochenunterlage abhängig ist.

Um das Management von Hart- und Weichgewebe zu verbessern, werden chirurgische Techniken laufend optimiert

Mitglieder des Komitees Wissenschaft

Prof. Georg Watzek, Wien (A),
Vorsitzender
Prof. Daniel Buser, Bern (CH)
Prof. Christoph Hämmerle, Zürich (CH)
Dr. Michael Peetz, Wollhusen (CH)
Prof. Jan Lindhe, Göttingen (S)
Prof. Friedrich W. Neukam, Erlangen (D)
Dr. Michael Peetz, Wollhusen (CH)
Prof. Wilfried Wagner, Mainz (D)

Mitglieder des Komitees Weiterbildung

Prof. Niklaus P. Lang, Bern (CH)
Prof. Myron Nevins, Boston (USA)
Dr. Michael Peetz, Wollhusen (CH)
Prof. Massimo Simion, Milano (I)
Prof. Mariano Sanz, Madrid (E)

und neue Produkte entwickelt. Die klinische Testung neuer Methoden ist eine grosse Herausforderung, für die wissenschaftliche Dokumentation aber unerlässlich. Das Osteology-Symposium ist die ideale Plattform, den State of the Art und die neuesten Trends vorzustellen und zu diskutieren – dieses Jahr im unverwechselbaren Ambiente des Kultur- und Kongresszentrums in Luzern, das der Pariser Stararchitekt Jean Nouvel zwischen See und Bergen geschaffen hat.

Die Bedeutung der Biomaterialienmatrix liegt nicht nur in der Funktion als Träger für Wachstumsfaktoren oder für gezüchtete Zellen, die diese Proteine nach Transplantation sezernieren. Von entscheidender Bedeutung sind vielmehr die funktionellen Eigenschaften der Biomaterialien. Die Biomatrix unterstützt die natürlichen Heilungsvorgänge der Regeneration, indem sie als Leitschiene für die eingewachsenen Zellen fungiert. Sie ermöglicht



Osteology-Symposium 2004 im KKL Luzern: Spitzenarchitektur trifft auf Topwissenschaft.



2000 Teilnehmer aus 51 Nationen: restlos ausgebucht!

das Anheften der körpereigenen Zellen auf der Oberfläche, die Aktivierung und Differenzierung dieser Zellen in die geeigneten Gewebezellen (Knochen, Knorpel oder Weichgewebe) sowie die Ausrichtung und Stabilität dieser neuen Gewebestruktur.

Die seit 1995 eingesetzte Technik des Einsatzes von Barrieremembranen zur Abdeckung von Knochendefekten, allein oder bei komplexen Defekten kombiniert mit autologem Knochen, gehört heute zu den Standardmethoden im Gebiet der Implantologie. Das Ziel ist dabei die Implantation nach optimalen funktionellen Gesichtspunkten. Heute werden in der Knochenregeneration zunehmend resorbierbare Barrieremembranen – je nach Defektgrösse und -komplexität kombiniert mit osteokondktivem Knochenersatz, autologem Knochen oder einer Mischung beider – eingesetzt. Damit wird die Belastung für den Patienten erheblich reduziert.

Regenerative Zahnmedizin zum Nutzen des Patienten heute und in Zukunft

Oralchirurgen können heute Patienten mit Hilfe der Implantologie zuverlässig den Wunsch nach einem funktionellen, fest sitzenden Zahnersatz erfüllen. Allerdings sind bei schätzungsweise 40% aller Implantationen Knochendefizite vorhanden, die vorgängig oder gleichzeitig mit Hilfe regenerativer Methoden behandelt werden müssen. Dieser Prozentsatz wird mit den wachsenden Ansprüchen an die Ästhetik weiter steigen, da der Verlauf und die Struktur des Zahnfleisches abhängig von der Höhe und dem Volumen der knöchernen Unterlage ist, erklärte *Professor Christoph Hämmerle*, Universität Zürich und Präsident der Osteology-Stiftung. Sowohl bei Anwendung von Wachstumsfaktoren wie auch von Zelltherapien beeinflusst die Matrix den Behandlungserfolg. Ein festes Trägermaterial sichert die Form und Menge des regenerierten Knochens und kann ein Überschusswachstum verhindern. Die Kieler Arbeitsgruppe um Hendrik Terheyden hat in einer Reihe von Tierstudien verschiedene Materialien als Träger für Wachstumsfaktoren untersucht. Das natürliche Knochenersatzmaterial Bio-Oss hat sich dabei als besonders geeignet erwiesen.

Diese Ergebnisse haben eine Forschergruppe der Universität Zürich veranlasst, dieses Material als Matrix für den Wachstumsfaktor BMP-2 in einer klinischen Studie zu verwenden. Dr. Ronald Jung untersuchte an 11 Patienten, ob BMP-2



Sichtlich zufrieden: Prof. Christoph Hämmerle, Präsident der Osteology-Stiftung.

das Volumen, die Dichte und die Reifung des Knochens im Vergleich zur alleinigen Verwendung von Knochenersatz und Membran (Bio-Oss, Bio-Gide) relevant verbessern kann. Während der Wachstumsfaktor keinen Vorteil in Bezug auf Defektfüllung und gesamte Knochenneubildung zeigte, beschleunigte er die Knochenreifung und verbesserte den Knochenkontakt auf den Bio-Oss-Partikeln signifikant. Diese Ergebnisse bedeuten für den Patienten: Die typischen Defekte um Implantate können heute zuverlässig mit der Standardtherapie Knochenersatz plus Membran behandelt werden. Wachstumsfaktoren könnten in Zukunft die sechs- bis zwölfmonatige Behandlungszeit deutlich verkürzen.

Was bringt Tissue Engineering in der Zahnmedizin?

Wie *Professor Friedrich Neukam*, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, anschliessend ausführte, soll das Tissue Engineering (TE) in der Zahnmedizin die Heilung des Kieferknochens und der Mundschleimhaut verbessern. Dadurch kann die Belastung des Patienten durch Transplantation körpereigener Gewebe reduziert und die Behandlung komplexer Defekte, z.B. nach Tumorentfernung, vereinfacht werden. Die Trägermatrix spielt sowohl bei der Verwendung von Wachstumsfaktoren wie auch von kultivierten Zellen eine wichtige Rolle. Das TE befindet sich am Übergang zwischen grundlagenorientierter Forschung und klinischer Anwendung. Generell geht es beim TE darum, aus einer kleinen Ge-

webeprobe eine grössere Menge patienteneigenes Gewebe zu züchten. In einigen Indikationen verspricht man sich durch die Anwendung dieser innovativen Therapie, dass die für Patienten belastende Transplantation körpereigener Gewebe vermieden oder zumindest stark eingeschränkt werden kann. Ob es allerdings zu einer breiten Anwendung beim Patienten kommen wird, ist noch offen.

Im TE fliessen Erkenntnisse der Biowissenschaften und der Material- oder Matrixforschung zusammen. Dazu muss ein reger Austausch zwischen akademischer und industrieller Forschung existieren. Im zahnmedizinischen Bereich konzentrieren sich die Anstrengungen derzeit auf die Verbesserung der Knochenheilung und auf die Züchtung von Mundschleimhaut. In grundlegenden Experimenten zum TE zeigte sich die grosse Bedeutung einer geeigneten Matrix für eine erfolgreiche Züchtung von Gewebe. Dabei kommt es sowohl auf die physikalischen Eigenschaften (Stabilität, Porengrösse etc.) wie auch im Besonderen auf die biologischen Wechselwirkungen mit den Zellen an. Eine Arbeitsgruppe der Universität Wien hat dazu tierexperimentell den Effekt von gezüchteten Zellen auf die Knochenregeneration untersucht. Dabei soll eine durch das TE verbesserte Knochenheilung zu einer schnellen und stabilen Verankerung von Zahnimplantaten führen. Die Zellen wurden zunächst vorgezüchtet und anschliessend zusammen mit der Matrix (Bio-Oss) in den Defekt implantiert. Die Forscher konnten zeigen, dass die Zugabe der Zellen die Menge an neu gewachsenem Knochen umso mehr steigerte, je weiter die umliegenden Knochenwände entfernt waren. Als Kontrolle diente dabei Matrix ohne Zugabe von gezüchteten Zellen. Im Herbst 2004 werden dazu auch klinische Daten erwartet.

In einer weiteren Studie versuchten Forscher der Universität Kiel mit Methoden des TE grosse, komplexe Rekonstruktionen, z.B. nach einer Tumoroperation, zu ermöglichen, indem sie Knochen-Transplantate vorfertigten. Dies gelang ihnen unter Verwendung einer stabilen Matrix und eines Knochenwachstumsfaktors (BMP-7). Dabei wurde in einem gut durchbluteten Muskel des Versuchstieres unter Verwendung einer stabilen Knochenmatrix (Bio-Oss) ein Knochen-Transplantat vorgefertigt, das anschliessend in den Knochendefekt eingesetzt werden konnte. Das Besondere daran war, dass auch eine entsprechende Blutgefässversorgung in dem Transplantat entstanden war.



Konzentriert: Dr. Michael Peetz, Geistlich Biomaterials, Dr. Peter Geistlich, Initiator der Stiftung, Prof. Daniel Buser, Leiter Wissenschaftliches Komitee (von links nach rechts).

Visionen und Realität in der Biotechnologie

Die Regeneration fehlender Hart- und Weichgewebe wird zukünftig mit Methoden des Tissue Engineerings möglich sein. Auf die aufwendige Transplantation von körpereigenem Gewebe könnte somit verzichtet werden. Die drei Eckpfeiler des Tissue Engineering sind Biomaterialien (Matrix), wachstumsfördernde Proteine (Wachstumsfaktoren) und Zelltechnologie (Faktoren sezernierende Zellen). In diesem Verbund werden nach Meinung von Dr. Michael Peetz, Managing Director Geistlich Biomaterials, die Biomaterialien in den nächsten 10 Jahren die entscheidende Technologie darstellen. Bei einigen Indikationsbereichen werden bioaktive, gentechnologisch hergestellte Wachstumsfaktoren einen klinischen Zusatznutzen bringen. Für besonders schwierige Situationen verspricht die Zelltechnologie einen weiteren Fortschritt, da Zellen am besten in der Lage sind, die vor Ort benötigten Proteine zu sezernieren und die richtigen Faktoren abzugeben.

Der Erfolg von Geistlich als Hersteller von biologischen Trägermaterialien ist vor allem auf die klinische Effizienz der natürlichen Materialien und die enge Zusammenarbeit mit Universitäten und Anwendern in Forschung und Fortbildung zurückzuführen. Die Kooperation zwischen Universitäten und Industrie wird durch die neue Stiftung Osteology weiter gefördert.

Die Rolle des Knochengewebes gewinnt in der zahnmedizinischen Versorgung immer stärker an Bedeutung. Der Knochen bildet die Basis für einen fest sitzenden

funktionellen Zahnersatz und ist Voraussetzung für die hohen Ansprüche einer

ästhetischen Lösung. In diesem Spezialgebiet der regenerativen Biomedizin hat sich Geistlich Biomaterials in den letzten Jahren am Weltmarkt behauptet und ist zum Marktführer avanciert.

Die dentale Forschungsabteilung Firma Geistlich befasst sich mit dem TE, aber nicht nur im Zusammenhang mit der Regeneration von Knochen, sondern arbeitet auch an Entwicklungen, mit denen die Heilung der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches verbessert werden können. Dabei kommen Biomaterialien auf Kollagenbasis zum Einsatz.

Geistlich Biomaterials nimmt heute die weltweit führende Marktposition bei biologischen Materialien in der Zahnmedizin ein (Marktanteile Europa: 44%, USA: 25%). In den letzten Jahren hat sich das Unternehmen erfolgreich von einem produktionsorientierten zu einem technologieorientierten Unternehmen mit hohem Akademikeranteil (rund 25%) und hohem Spezialisierungsgrad gewandelt. ■

Das Ende der «Swiss Dentist's Society» ...

Peter Jäger

... hier anzukündigen wäre übertrieben. Es gibt sie noch, doch wird sie sich laut Bundesgericht einen anderen Namen suchen müssen. Da im Zusammenhang mit diesem Namensstreit zwischen SDS und SSO erfahrungsgemäss immer die erstaunlichsten Gerüchte herumgeboten werden, seien hier die Fakten kurz zusammengefasst:

Vor einigen Jahren wurde in der Romandie und unter der Federführung von Prof. J. Samson, Genf, die «Association des médecins-dentistes helvétiques» gegründet. Diese Vereinigung schrieb sich einerseits die Fortbildung auf die Fahne, andererseits wollte sie auf politischem Parkett all das verbessern, was die SSO ihrer Meinung nach verpfuscht hatte. Zumindest dieser politische Teil des Programmes der «Helvétiques» blieb ohne Erfolg, und man musste feststellen – so hoffen wir wenigstens –, dass in der politischen Realität nicht immer alles so einfach ist, wie es aus dem Elfenbeinturm aussieht.

Vor einiger Zeit nun mutierte die «Association des médecins-dentistes helvétiques» zur «Swiss Dentist's Society». Nachdem diese «Swiss Dentist's Society» – wörtlich übersetzt: Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft – in den Amtsstuben für einige Verwirrung gesorgt hatte, sah sich der SSO-Vorstand gezwungen, den Namensschutz zu Gunsten der SSO (Art. 29 ZGB) vor Gericht geltend zu machen. Dies, nachdem in mehreren Gesprächen keine Einigung erzielt werden konnte.

Kein Elefant aus einer Mücke!

Hat die SSO damit aus einer Mücke einen Elefanten gemacht? Sicher nicht! Der SSO-Vorstand hat die AMDH trotz massiver Differenzen nie drangsaliert und in diesem Sinne ohne weiteres auch Doppelmitgliedschaften von SSO-Mitgliedern toleriert. Die Verwechslungsgefahr zwischen SDS und SSO hingegen hat eine Situation geschaffen, die nicht mehr auf die leichte Schulter zu nehmen war. Als kleiner Berufsstand haben wir in politischen Fragen ohnehin keinen leichten Stand. Da ist es nicht tolerierbar, dass die Position einer Mehrheit der Zahnärzteschaft gefährdet wird durch eine kleine Gruppe (deren Grösse war nie zu erfahren – die Schätzungen gehen von einigen Dutzend bis maximal gegen 300 Mitglieder), die gewissermassen unter dem Hut der Mutterorganisation agiert.

Nachdem in einem Vorverfahren die SDS noch obsiegt hatte, kam das kantonale Gericht von Genf zum Schluss, dass eine Namensanmassung von Seiten der SDS vorliege. Die SDS wurde verpflichtet, innerhalb 10 Tagen ihren Namen zu ändern.

Diesen Namensstreit zog darauf hin die SDS an das Bundesgericht weiter. Dieses hat nun das Begehren abgelehnt. Damit ist definitiv besiegelt, dass sich die SDS sofort nach einem neuen Namen wird umsehen müssen.

Und die Lehre aus der Geschichte? Man kann das Recht nicht ungestraft mit Füßen treten. Jeder Verein, jede Firma, die sich einen neuen Namen geben will, klärt im ureigenen Interesse sorgfältig ab, ob man mit der Namensgebung nicht die

Rechte Dritter verletzen würde. Wer das unterlässt und wie die AMDH/SDS eine Bezeichnung wählt, bei der Komplikationen und Konflikte offensichtlich sind, darf sich jedenfalls nicht beklagen, wenn sich der Verletzte zur Wehr setzt. Das Bundesgericht hat mit seiner rekordverdächtigen Schnelligkeit des Entscheides noch zusätzlich unterstrichen, dass die Rechtslage eindeutig ist – und zwar zu Gunsten der SSO. ■

50 Ländern und engagiert sich mit grossem Erfolg in den Bereichen Forschung, Ausbildung und Neuentwicklung.

Unvergesslich sind sein rhetorisches und didaktisches Talent, seine Begeisterungsfähigkeit und sein Humor, die seine Lehrtätigkeit im studentischen Unterricht und bei der Fortbildung von Kolleginnen und Kollegen aus der Privatpraxis prägten. Sein Unterricht stützte sich auf umfassende wissenschaftliche Kenntnisse und grosse klinische Erfahrung und hat eine ganze Generation von Zahnärzten geprägt.

Die umfangreiche wissenschaftliche Tätigkeit von Prof. Schroeder mit mehr als 150 Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften ist mehrfach gewürdigt worden wie zum Beispiel durch die Ehrenmitgliedschaften der Schweizerischen Zahnärztegesellschaft (SSO), des Internationalen Teams für orale Implantologie (ITI), der Academy of Osseointegration in den USA (AO) sowie der European Association for Osseointegration (EAO). Diese Ehrungen werden komplettiert durch den Ehrendokortitel, der ihm von der Universität Genf verliehen worden ist.

Nach seinem Rücktritt als ITI-Präsident ist es um André Schroeder zunehmend ruhiger geworden. Zusammen mit seiner Ehefrau Simone verbrachte er die letzten Jahre seines Lebens zurückgezogen in der Alterssiedlung Elfenaupark in Bern. Er litt zunehmend unter den Mühen des Alters und verstarb nun nach einer kurzen Erkrankung. Im Namen aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern anbieten wir seiner Frau Simone und der ganzen Familie unser tief empfundenes Beileid. Mit grosser Dankbarkeit nehmen wir Abschied von einer grossen Persönlichkeit und einem lieben Freund, der viele von uns auf unserem Lebensweg enorm bereichert hat. ■



Universitätsnachrichten

Prof. André Schroeder zum Gedenken

Peter Hotz und Daniel Buser, Universität Bern

Am 7. Mai ist Prof. André Schroeder knapp nach seinem 86. Geburtstag gestorben. Der Verstorbene hat in den 60er- und 70er-Jahren die Zahnmedizin an der Universität Bern wie kein Zweiter geprägt. Nach seiner Berufung von der Volkszahnklinik Basel an die Universität Bern hat er es gemeinsam mit seinen Direktionskollegen durch seine grosse Schaffenskraft und sein diplomatisches Geschick verstanden, die Zahnmedizin als vollwertiges Mitglied an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern zu etablieren. Das hohe Ansehen von André Schroeder innerhalb der Universität Bern ist auch dadurch dokumentiert, dass er 1972 als erster Zahnarzt zum Dekan der Medizinischen Fakultät und 1979 zum Rektor der Universität Bern ernannt wurde.



25 Jahre hat André Schroeder als Direktor die Klinik für Zahnerhaltung der Universität Bern geleitet. In seinem Bestreben der Förderung und Entwicklung der Zahnmedizin im Dienste der Patienten, von der Prophylaxe über die Endodontie bis zur oralen Implantologie, ist er uns auch heute noch ein Vorbild. Seine wissenschaftliche Tätigkeit war geprägt durch das Forschen nach Neuem, wodurch zahlreiche Neuentwicklungen und Produkte entstanden sind. Im Bereich der Zahnerhaltung/Endodontie waren dies insbesondere Ledermix und AH 26, die seit Jahrzehnten eine breite klinische Anwendung finden. Zudem hat er zusammen mit dem Institut Straumann das ITI Dental Implant System massgeblich initiiert, welches in den letzten 15 Jahren weltweit zu einem grossen Erfolg geworden ist.

Diese Entwicklung dokumentiert, wie segenreich eine enge Kooperation zwischen der Universität und der Industrie zum Wohle des Patienten sein kann. Viele der von André Schroeder vor mehr als 25 Jahren postulierten Ideen, wie die chirurgisch einphasige Implantatinserterion oder der Trend zu rauen Titanoberflächen, sind heute allgemein anerkannt und haben sich in der oralen Implantologie durchgesetzt. Er initiierte 1980 auch das ITI (Internationales Team für orale Implantologie) und diente bis 1992 als dessen umsichtiger Präsident. Das ITI umfasst heute mehr als 300 Mitglieder aus knapp



Die Schweizer Bank für freie Berufe

Private Vermögens- und Finanzplanung

Bahnhofstrasse 84-10, 8001 Zug
Tel 041 726 25 25 / Fax 041 726 25 26 / Email info@medibank.ch

Kontaktperson: Christine Ehrat, lic.oec.publ., Direktwahl: 081 726 25 34

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht von der 13. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB) am 22. 4. 2004 in Bern

Wer wirft den ersten Stein auf überholte Behandlungskonzepte?

Thomas Vauthier, Basel

Jahrestagungen der SGZBB sind immer erfrischend unkonventionell. Sie fallen aus dem Rahmen der Mainstream-Kongresse, durch eine spezielle Ambiance, durch freche und provokative Themen, die Fragen aufwerfen und zum Nachdenken einladen. Auch dieses Jahr machte diesbezüglich keine Ausnahme, wie schon der Titel «Wer wirft den ersten Stein auf überholte Behandlungskonzepte?» deutlich vor Augen führte. Und wieder einmal begrüßte Marcel Briand, Psychiatriepfleger und Clown die eintreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 13. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB) im Auditorium Ettore Rossi des Inselspitals Bern. Dieses Jahr als «Pierrot lunaire», gewandelt in ein Kostüm des traditionellen weissen Clowns, stimmte er die Anwesenden mit einem Saxophon-Ständchen auf das Programm des Tages ein. Wäre es nicht schön, an jedem zahnmedizinischen Kongress auf solch poetische Art begrüßt zu werden? Die Anwesenheit von mehr als 200 Zahnärztinnen und Zahnärzte und DHs, sowie einer gewichtigen Delegation des Vorstands der SSO, mit Antoine Zimmer, président sortant, Ueli Rohrbach, president elect, und André Tissières, zeigte, dass die Anliegen der SGZBB längst nicht mehr ein Schattendasein fristen müssen, sondern zunehmend ernst genommen werden.



Marcel Briand, Psychiatriepfleger und Clown: Poetische Begrüssung mit einem Ständchen auf dem Saxophon von Pierrot Lunaire und ein Intermezzo von Prov. Dr. Grinsli über die Physiologie des Lachens.

Jahrestagungen der SGZBB hatten in der Vergangenheit meist die Aufmerksamkeit auf die besonderen Bedingungen der zahnmedizinischen Behandlung von jugendlichen, älteren und benachteiligten Patienten fokussiert, was das Risiko einer

gewissen Katalogisierung und Spezialisierung durch eine erst recht stigmatisierende Aufteilung in sich birgt. Aber es gibt in der Betreuung «normaler» und aus der so genannten «Norm» fallender Patienten mehr Gemeinsamkeiten als Differenzen. Oder, um es noch prägnanter zu formulieren, es kann und darf keine «spezielle» Zahnmedizin für Benachteiligte geben, auch wenn heute auf Grund der verschiedenen Spezialisierungen ein anderes Bild entstehen könnte.

«Wer wirft den ersten Stein auf veraltete Behandlungskonzepte?» Das Bild der Pflastersteine auf der Einladung, wie auch die Präsenz von echten, auf dem Rednerpult aufgebauten Granitklötzen, konnte (und sollte) irritieren: Wird hier gebaut oder abgerissen? Beides, wobei aber eindeutig das neu zu Erbauende den Vorrang hat. Als Beweis dafür durfte jeder Referent einen funkelneuen Pflasterstein als tangible Erinnerung mit nach Hause, respektive in die Praxis mitnehmen.

Die SGZBB hatte dieses Jahr einen wesentlichen Teil des wissenschaftlichen Programms der einfachen, aber spitzen Frage «Totalprothetik ade?» vorbehalten. Wie die Referate der Spezialisten der vier Universitätsinstitute zu diesem Thema zeigten, gehört dieses Fachgebiet keineswegs zum alten Eisen, auch wenn gewisse Kreise – etwas zu voreilig – die Totalpro-

thetik im Zeitalter der Implantologie am liebsten in die Spezialistenausbildung relegieren möchten. Das einstimmige Fazit der Experten war denn auch, dass der Titel eigentlich «Totalprothetik hallo!» hätte heissen sollen.

Provokativer Titel: « Wer wirft den ersten Stein auf überholte Behandlungskonzepte? »

Dr. Stephan Gottet, Präsident der SGZBB, Bremgarten

«Böse Zungen behaupten, ich hätte diesen Titel nur gewählt um meinem Vornamen «Stephanos» (der «Gekrönte», Red.) Reverenz zu erweisen. Ich kann Ihnen versichern, dass dem nicht so ist – ich hätte den oder die Steine zurückgeschmissen, und das genau erwarten wir von Ihnen!» Mit diesen Worten eröffnete Stephan Gottet, Präsident der SGZBB, Bremgarten, die 13. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB). Und hakte gleich nach: «Warum bemühen wir uns eigentlich so um unsere Mitmenschen? Warum geben wir der Aussage von William Buckland (1784–1856) nicht grünes Licht, der da



Stephan Gottet, Präsident der SGZBB: In voller Fahrt hinter den Pflastersteinen, die aber nicht geschmissen («Wer wirft den ersten Stein auf überholte Behandlungskonzepte?»), sondern den Referenten als tangible Erinnerung mitgegeben wurden.

meint: «Das Lamm wird vom Wolf gefressen. Darin liegt ein Beweis (göttlicher) Güte und der Vorsehung, denn so entgeht es Krankheit und Alter.» Was wiederum Jules Simon (1814–1896, Ministre de la III^e République) zu folgender Replik veranlasste: «Die Schafe werden beinahe immer (auch von Menschen) gegessen, wenn sie noch fett, jung und gesund sind. Sie entgehen so Krankheit und Alter. Wenn die Schafe Vernunft und Einsicht in

die Zukunft hätten, würden sie sterbend ihre fleischfressenden Wohltäter segnen.» Was Stephan Gottet zu der ketzerischen Frage führte: «Würde ein solches Verhalten dem Staat nicht Milliarden sparen helfen?»

Die SGZBB betrachtet jedoch seit jeher ihre Gesellschaft, inklusive ihre spezifisch auf den Benachteiligten bezogene Forschung, Lehre und Support, als universale, das heisst jedem zahnärztlich tätigen Praktiker innezuwohnende Verpflichtung. Also kein «nobile officium», sondern ein ernst zu nehmendes Menschenrecht. Soziales Engagement darf nicht zum ästhetischen Ambiente, zum Attribut des erfolgreichen Zahnarztes werden, es kann aber sehr wohl zum Prüfstein unseres Berufes, ja unserer Kultur werden. (Natürlich nur in der Schweiz, in allen anderen Ländern blöken die Lämmer besser?)

Komplementärmedizin und Behandlung bei Behinderten

Dr. Markus Güdel, Reigoldswil

Auch bei Behinderten und Betagten gilt, wie bei allen anderen Patienten auch, dass die komplementäre Zahnmedizin als ergänzendes Diagnostik- und Therapiedatenpool dienen kann, meinte der erste Referent des Tages, seines Zeichens Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin (SGZM). Vor allem die Regulationsfähigkeit des Gesamtsystems kann über die Effizienz von Therapien entscheiden. Gerade bei Betagten und Behinderten ist dieses Gesamtsystem unter Umständen bereits stark belastet und somit weniger ansprechbar für Medikamente und andere Zusatzbelastungen. Hier hat der ganzheitlich tätige Zahnarzt eventuell ein erweitertes Behandlungsspektrum zur Verfügung.

Das Grundsystem der ganzheitlichen Zahnmedizin basiert auf der Erkenntnis

von Prof. Alfred Pischinger, der 1975 feststellte, dass weder Nerven noch Gefässe direkten Kontakt mit den Organzellen haben. Als Funktionseinheit definierte er das Mesenchym, in dem die Fibroblasten als metabolisches Zentrum agieren. Sie sind verantwortlich für die Biosynthese von Proteoglykanen, auf der Basis von Hyaluronsäure, die sich vernetzen und so ein Molekularsieb bilden, das eine fundamentale Filterfunktion im Organismus ausübt.

Gesundheit heisst, auf Reize angemessen zu reagieren. Stress, Drogen und Chemikalien (auch gewisse Medikamente) können aber zu einer Überlastung des Systems führen. Auch chronische Irritationen lösen Störfelder und eine Sensibilisierung aus, aus denen schliesslich eine Regulationspathologie resultiert. Zur Analyse der Regulationsfähigkeit des Organismus wird die so genannte Decoder-Dermografie eingesetzt. Sie erlaubt es, mithilfe von sechs an den Extremitäten angebrachten Elektroden, Ströme an der Hautoberfläche sowohl im Ruhezustand wie auch unter verschiedenen Stimuli abzuleiten und aufzuzeichnen. Dadurch können allfällige Störfelder lokalisiert und durch entsprechende Therapien eliminiert werden.

Besonders bei Behinderten und Betagten, die sich oft durch eine hohe Morbidität auszeichnen, ist deshalb die Reinigung des Grundsystems und die Stärkung des Regulations- und Immunsystems mithilfe verschiedener Methoden aus der Naturheilkunde (Homöopathie, Kinesiologie, Akupunktur) von grosser Bedeutung.

Ozonbehandlung bei der Behandlung schwieriger Kinder

Prof. Dr. Adrian Lussi, Klinik für Zahnerhaltung der ZMK, Bern

Obwohl es seit geraumer Zeit in der Wasseraufbereitung und der Nahrungsmittel-

industrie als effizientes und weitgehend unschädliches Desinfektionsmittel eingesetzt wird, wurde Ozon mit seinem antimikrobiellen Wirkungsspektrum sicherlich lange Zeit in der Schulmedizin zu wenig Bedeutung beigemessen. Doch seit einiger Zeit gibt es mehrere Studien über den Gebrauch des Ozons in Form von Ozongas, die speziell die Zahnerhaltung betreffen. So wurde gezeigt, dass Ozongas in vitro auf einem Agar sehr effizient (3500-mal schneller als Chlorderivate) Streptococcus mutans und Streptococcus sobrinus tötet. Auch gegen Viren, Pilze und andere Bakterien ist seine gute Wirksamkeit belegt. Weil es sich um eine bakteriell verursachte Infektionskrankheit handelt, kann Ozon auch Karies inaktivieren oder deren Progression verlangsamen.

Als mögliche Anwendungsbereiche in der Zahnmedizin wird die Desinfektion im Allgemeinen diskutiert, zum Beispiel als Oberflächendekontamination an Prothesen oder offenen Wunden der Schleimhäute sowie in der Endodontie. Auch beim Bleichen, der Behandlung hypersensibler Zähne, von Wurzel- und Glattflächenkaries und in der Prophylaxe von Fissurenkaries liegen inzwischen erste, viel versprechende, klinische Resultate vor.

Grundsätzlich setzen sich die zurzeit verfügbaren Geräte zur Ozonbehandlung in der Zahnmedizin aus einem Ozongenerator und einer Vakuumpumpe zusammen. Diese transportiert das Ozongas auf den zu behandelnden Zahn und saugt es nach einer genau definierten Einwirkungszeit wieder ab. Weil Ozon, wie bekannt, ein problematisches Gas ist, erfolgt die Applikation immer unter Unterdruck. Dazu muss das Handstück mit einer Silikonmanschette luft- respektive gasdicht auf die zu behandelnde Oberfläche aufgebracht werden. Beim HealOzone (KaVo, Biberach) werden 2100 ppm O₃ mit einer Rate von 600 cm³ pro Minute appliziert.

ENAMEL plus
HFO

"NEW GENERATION"

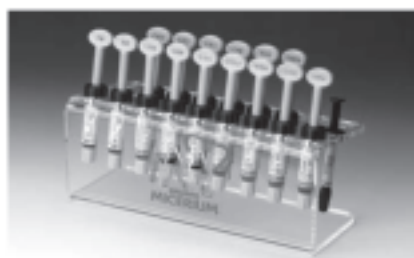
Noch einfacher und effektiver!

Vertrieb Schweiz:

BENZER - DENTAL AG

Saathenstr. 31, 8051 Zürich
Tel. 01/322.29.04 - Fax 01/321.10.66

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



Verlangen Sie unseren ausführlichen Farbprospekt

Praxis:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel.:

Datum:

Das Gas wird dabei 300-mal pro Sekunde ausgetauscht. Nach 10 Sekunden wird das Restozon abgesaugt. Die Methode ist also absolut berührungsfrei und schmerzlos. Aus diesem Grund eignet sie sich ganz besonders für die Behandlung schwieriger Patienten, vor allem von Kindern.

Klinische Untersuchungen der Abteilung für Zahnerhaltung der ZMK in Bern zeigen erste positive Ergebnisse. Als unbehandelbar eingestufte Kinder mit mindestens zwei offenen kariösen Läsionen wurden mit Ozon (HealOzone, KaVo, Biberach) behandelt. Vorher wurde ein klinischer Index erhoben und der DIAGNOdent-Wert vor und nach der Ozonbehandlung gemessen. Das Ozon wurde direkt auf die kariösen Läsionen appliziert, die Kontrollläsionen wurden unbehandelt belassen. Weiches Dentin der Testzähne wurde in $\frac{2}{3}$ der Fälle härter, in $\frac{1}{3}$ der Fälle blieb es unverändert. Die Kontrollgruppe dagegen zeigte, dass es bei $\frac{1}{3}$ der Läsionen zur Besserung kam, bei $\frac{1}{3}$ zur Verschlechterung, und $\frac{1}{3}$ der Läsionen unverändert blieben. Zusätzliche Fluoridierungsmassnahmen wurden bei den Kindern nicht angestrengt.

Als wichtige weitere Beobachtung ist festzustellen, dass die schmerzfreie Kariesbehandlung in 65% der Fälle zu einem Angstabbau führte, sodass alle Kinder gerne zur nächsten Behandlung wiederkamen. Auch die Akzeptanz seitens der Eltern ist ausserordentlich gut: 95% würden mehr Geld für die Ozonbehandlung ausgeben und 80% würden sie weiterempfehlen. In jedem Fall erlaubt es diese Methode, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das für eine spätere konventionelle Therapie fundamental wichtig ist.

Ob es tatsächlich zu einem Paradigmenwechsel in der Kariologie kommen wird, sodass man den invasiven Eingriff durch die Ozonbehandlung ersetzen kann, wird die Zukunft zeigen, meinte Prof Lussi zum Schluss. Weitere Forschungsergebnisse müssen den Weg in den nächsten Jahren weisen.

Auf die Kinderzahnmedizin fällt der erste Stein...

Dr. Peter Minnig, Schulzahnklinik Basel

Das Sprichwort sagt: «Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr!» Das bedeutet auch, dass die ersten Lebensjahre entscheidend mitbestimmen, wie die Zukunft des Kindes, des Jugendlichen und des späteren Erwachsenen aussieht; in unserem Fall die Zahnzukunft. Die Kinderzahnmedizin ist die erste Disziplin, die Weichen stellen kann und muss. Denn bereits seit 1933 steht fest, dass ein Ka-



Peter Minnig: Es braucht neue Wege, vielleicht auch Visionen in der Kinderzahnmedizin, damit uns nicht vorgeworfen werden kann, wir würden nur Staub und keine Spuren hinterlassen.

riesbefall im Milchgebiss mit einem erhöhten Befall im bleibenden Gebiss einhergeht. Also liegt es an der Kinderzahnmedizin, den ersten Stein aufzufangen, der ihr zugeworfen wird, oder es wird später auf sie einen Steinhagel geben, weil sie «irgendetwas versäumt hat». Aber irgendetwas muss versäumt worden sein, wenn z. B. in Deutschland die Karies bei Kleinkindern die häufigste chronische Krankheit ist. Sie tritt bei 20–30% aller 3-Jährigen auf, und jeder Jahrgang zeigt bis zu 7% frühkindliche Zahnkaries. Die Behandlung wegen Karies ist 5-mal häufiger als wegen Asthma.

«Derjenige werfe den ersten Stein, der ohne Sünde ist», heisst es in der Bibel. Also sollten eigentlich die Unschuldigen – sprich die Kinder – den ersten Stein werfen. Denn es macht den Anschein, als ob wir sie in unseren prophylaktischen Betreuungskonzepten vergessen oder die Wichtigkeit unterschätzt hätten. Oder haben wir einfach Mühe, das Kleinkind in seinem Kariesrisiko richtig einzuschätzen? Reicht der zahnärztliche Blick, um ein gesundes Milchgebiss zu erkennen? Und wann beginnt eigentlich die kariöse Situation am Milchzahn Fuss zu fassen? Gibt es Frühwarnsysteme?

Es braucht neue Wege, vielleicht auch Visionen, damit uns nicht vorgeworfen werden kann, wir würden nur Staub und keine Spuren hinterlassen. Die Kleinkinderprophylaxe muss im ersten Lebenshalbjahr beginnen. Der Hauptansatz des in Basel laufenden Pilotprojekts ist: «Die Kinderärztin und der Kinderarzt bieten uns die Hand.» Will heissen, dass in den ersten zwei Lebensjahren die Verantwortung sowohl für die Kontrollen wie auch die Information an die Eltern in Sachen Zahnprophylaxe und Mundhygiene grund-

sätzlich durch die Pädiaterinnen und Pädiater getragen wird. Diese kümmern sich im Zeitraum von 2 bis 24 Monaten in regelmässigen Abständen um die Abgabe von Faltblättern und von Hilfsmitteln wie «Toddler» oder «Superbrush», beantworten Fragen der Eltern, diskutieren Ess- und Trinkgewohnheiten sowie entsprechende Regeln wie «Ruhe im Mund hält Zähne gesund». Bei der 24-Monats-Kontrolle geben sie einen Gutschein für den ersten Zahnarztbesuch ab, mit dem Hinweis, den Gutschein innerhalb eines halben Jahres einzulösen. Diskutiert wird zurzeit noch die Durchführung eines Bakterien-Tests für die Bestimmung des Kariesrisikos. Gewissen Experten scheint der Zeitpunkt von 24 Monaten doch noch etwas zu früh, und ausserdem ist die Frage der Kostenübernahme durch die Krankenkassen noch ungelöst.

Nach dem Einlösen des Gutscheins beginnt die Aufteilung der Verantwortung: Der Zahnarzt ist fortan zuständig für Information, Beratung und Überwachung, den Eltern obliegt die Einhaltung der zahnärztlichen Empfehlungen. Die therapeutischen Massnahmen zur Kariesprophylaxe werden der jeweiligen Einschätzung des Risikos des Kindes individuell angepasst. Bei geringem Risiko sind halbjährliche Kontrollen und professionelle Fluorid-Applikationen (sei es mittels Elmex Gel[®], Cervitec[®] plus oder Fluor Protector[®]) vorgesehen, im Falle von hohem Risiko sollen diese in vierteljährlichen Abständen durchgeführt werden.

Alles in allem hoffen die Initianten und Verantwortlichen des Basler Projekts, dass in den nächsten Jahren das Kleinkind nicht mehr einen Stein werfen muss, um uns aufzuwecken, damit wir seine Bedürfnisse frühzeitig erkennen.

Anspruch und Wirklichkeit sozialer Zahnmedizin

Prof. Dr. Wolfgang Strübig, Schulmedizinischer Dienst der Stadt Bern

Im Zusammenhang mit der sozialen Zahnmedizin geht oft der erste Gedanke an Klienten der Sozialdienste, an Beihilfeanträge und Begutachtungen zur Kostengutsprache. Dieses ist aber nur ein Aspekt und bedeutet keinesfalls, dass sich sozialmedizinische Kenntnisse ausschliesslich auf gutachterliche Belange konzentrieren. Sozialmedizin hatte in ihren Anfängen die Aufgabe, innere Zusammenhänge zwischen sozialen Missständen und Volkskrankheiten abzuklären. Heute obliegt ihr die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens, wobei die soziale Absicherung, die Begutach-

tung und die wissenschaftliche Beratung wichtige Bestandteile sind.

Schon früh hatte man die Bedeutung sozialer Verhältnisse für die Volksgesundheit erkannt. Mitte des 19. Jahrhunderts gab es in der Hygiene dank der Bakteriologie gewaltige Fortschritte, und von Virchow wurde der Begriff «soziale Medizin» geprägt. Die Begriffe «Sozialmedizin» und «Sozialhygiene» wurden dabei gleichbedeutend verwendet.

Auch im damals noch um akademische Anerkennung ringenden Fach Zahnheilkunde wurde die Notwendigkeit einer sozialen, kollektiven Zahngesundheitserziehung erkannt, und der Stellenwert der Zahnhygiene innerhalb der allgemeinen Sozialhygiene wurde immer bedeutender. Anfang des 20. Jahrhunderts war auch die Zeit der Gründung von Schulzahnkliniken, von denen es viele noch heute gibt. Heute haben verschiedene Kreise Probleme mit der Verbindung der Wörter «sozial» und «Zahnmedizin». Zahnärzte werden ausgebildet, damit sie sich nach erfolgreich beendetem Studium als freie Unternehmer in die Gesellschaft einfügen. Manche Politiker fordern, soziale Institutionen wie Schulzahnkliniken zu schliessen oder wenigstens zu privatisieren – und haben dies auch in vielen Gemeinden erreicht.

In den USA beispielsweise, dem Ursprungsland der Idee von der reinen Marktwirtschaft, ist dagegen die öffentliche Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung eine Selbstverständlichkeit und die Sozialzahnmedizin (als Public Dental Health) ein wohl etabliertes Fach. Auch in einigen europäischen Ländern gelangt in neuerer Zeit die zahnärztliche Versorgung vermehrt in den Mittelpunkt des politischen Interesses. Gemeinsam mit den anderen Gesundheitsdisziplinen und sozialen Diensten wird von der Zahnmedizin erwartet, sich zu modernisieren und den gestiegenen Ansprüchen an Qualität, Effektivität und Kosten anzupassen. Es gibt eine Reihe neuer Ansätze betreffend klinischer Notwendigkeit und Wirkungsüberprüfung, Übernahme von Verantwortung gegenüber den Bedürfnissen der Bevölkerung, ständige Verbesserung der Dienstleistungen und eine Zusammenarbeit zum Abbau des Ungleichgewichtes von Gesundheitschancen in der Bevölkerung.

Die teils kontrovers geführten Diskussionen über Behandlung versus Prävention oder Risikostrategien für Einzelne versus solchen für die Allgemeinheit haben natürlich ihre Berechtigung. Neu wird jedoch ein interdisziplinärer Ansatz im stra-

Schweizerische Gesellschaft für Endodontologie (SSE)

Die SSE bittet um Nominierungen für *zwei Auszeichnungen*, die an der Jahrestagung der SSE im Januar 2005 in Basel vorgestellt werden sollen. Die Nominierungen können von den Kandidaten selbst oder von anderen eingereicht werden. Die Entscheidung der SSE sind unanfechtbar.

Guldener Preis für Endodontologie

Diese Auszeichnung wird zum Gedenken an Dr. Peter H. A. Guldener verliehen. Die Auszeichnung ist für hervorragende Leistungen im Bereich der endodontologischen Forschung und Lehre, der Klinik und/oder professionellen Organisation gedacht. Der Empfänger muss in der Schweiz tätig sein und entscheidend zur Entwicklung der Endodontologie beigetragen haben. Der *Guldener Preis* ist mit 5000 Franken dotiert.

SSE Forschungspreis

Diese Auszeichnung soll eine Forschungsarbeit im Fach Zahnmedizin mit Schwerpunkt im Bereich Endodontologie belohnen. Die für die Auszeichnung in Erwägung gezogene Arbeit muss in einer akzeptierten Fachzeitschrift 3 Jahre oder länger vor dem Zeitpunkt der Nominierung veröffentlicht worden sein. Das Forschungsprojekt sollte entweder ganz in der Schweiz oder in Zusammenarbeit mit anderen ausländischen Institutionen durchgeführt worden sein. Der *SSE Forschungspreis* ist mit 3000 Franken dotiert.

Nominierung

Folgende Informationen müssen jeder Nominierung in deutscher, französischer oder englischer Sprache beigelegt werden:

- eine kurze *Begründung* der Nominierung
- ein kurzer *Lebenslauf* des Kandidaten
- ein aktuelles *Passfoto* des Kandidaten
- Namen und Adressen von *zwei Referenzpersonen* des Kandidaten

Termin

Einreichung spätestens bis 30. September 2004.

Nominierungen sind zu richten an:

Dr. R. Nair, Vorsteher des Wissenschaftlichen Komitees der SSE, Abteilung für Orale Strukturbiologie, Zahnmedizinisches Zentrum, Plattenstr. 11, CH-8028 Zürich
Tel. 01/634 31 42, Fax 01/312 32 81, E-Mail: nair@zzmk.unizh.ch

tegischen Denken verlangt. Um auch zukünftig mit der sozialen Zahnmedizin bestehen zu können, sind neue Strategien unverzichtbar.

Nicht «Totalprothetik ade?»...

Prof. Dr. Regina Mericske-Stern, Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Rekonstruktive Zahnmedizin der ZMK, Bern

Zweifellos lassen sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts grosse Veränderungen im Bedarf an zahnmedizinischen Leistungen und in den therapeutischen Möglichkeiten und Methoden feststellen. Der Zahnarzt entwickelt sich vom technischen Rekonstrukteur zum biologischen Diagnostiker. Die individuelle Risikoanalyse und Behandlungsplanung des Patienten ste-

hen im Vordergrund. Es besteht eine Tendenz, das rein Technische aus der Zahnmedizin zu verdrängen, denn die zahnärztliche Tätigkeit soll den Aspekt der oralen Medizin und nicht den der Technik betonen. Dies kontrastiert sehr mit den kommerziellen Aspekten der ganzen zahnärztlichen Industrie, die uns immer wieder mit neuer High-Tech-Zahnmedizin überhäuft. Als Kliniker erleben wir die Dichotomie Biologie vs. Technik sehr nah.

In einem 2004 veröffentlichten Artikel zur Ausbildung in der Zahnmedizin in den USA wurde festgestellt, dass technische Fertigkeiten kaum mehr beurteilt werden, dass viele zahntechnische Arbeiten durch die Studenten nicht mehr gelernt werden

müssen und dass viele Absolventen der Zahnmedizin beim Studienabschluss nie für einen Patienten eine Totalprothese angefertigt und eingesetzt haben.

Diese Vernachlässigung der Technik wird als fatal beurteilt, da der Zahnarzt nicht mehr genügend Fähigkeiten hat, Aspekte der Technik selber zu beurteilen, zu verstehen und/oder in adäquater Weise mit dem Techniker zu kommunizieren.

Die demografischen Berechnungen für die kommenden 30 Jahre weisen eindeutig darauf hin, dass ein Mehrbedarf an Prothetik, insbesondere auch Totalprothetik, entstehen wird. Parallel zum Bevölkerungswachstum nimmt die ältere Bevölkerung zu, und die Schicht der mehr als 80-jährigen Menschen wächst überproportional. Es ist kaum wahrscheinlich, dass diese alle ihre Zähne behalten werden. Die Generation der heute 45- bis 60-jährigen hat zum grösseren Teil bereits viel Zahnmedizin erfahren, und es ist kaum anzunehmen, dass in dieser Patientengruppe nicht weiterhin Zähne verloren gehen.

Wir betreiben zwar moderne Zahnmedizin, werden uns aber noch eine Weile traditioneller, technischer Methoden bedienen. Präventive Massnahmen tragen zur Gesunderhaltung der Zähne bei. Gesundheitsfördernde Massnahmen und Kampagnen sind aber vielfach wenig erfolgreich (siehe Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung). Insbesondere ältere Menschen werden weiterhin Zähne verlieren oder ganz zahnlos werden und somit Totalprothesen benötigen. Auch im Zeitalter der Implantologie kann auf das Know-how der Totalprothetik keinesfalls verzichtet werden. Zahnärzte müssen weiterhin auch im eher technischen Bereich gut ausgebildet sein, damit sie die Patienten mit perfekter Prothetik versorgen können.



Regina Mericske-Stern und Carlo Marinello: Trotz High-tech-Zahnmedizin werden wir uns aber noch eine Weile traditioneller, technischer Methoden bedienen. Also nicht «Totalprothetik ade?», sondern vielmehr «Totalprothetik hallo!».

... sondern «Totalprothetik hallo!» – oder: Wer hilft, etablierte Behandlungskonzepte aufrechtzuerhalten beziehungsweise zu fördern?

Prof. Dr. Carlo Marinello, Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien, Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel

Das Gebiet der abnehmbaren Prothetik (Total-, Teil- und Hybridprothetik) genießt – trotz der nach wie vor grossen und gezielt zunehmenden Nachfrage in der Praxis – ein Schattendasein. Epidemiologische Zahlen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, aber auch internationale Daten belegen jedoch eindeutig, dass in den nächsten 20 Jahren mit einer beachtlichen absoluten Zunahme von älteren Patienten, die mit abnehmbaren Lösungen prothetisch versorgt werden müssen, zu rechnen ist.

Die prothetische Versorgung des zahnlosen Patienten mit abnehmbaren Prothesen und konventionellen Totalprothesen, bei denen nicht nur technische, sondern auch psychologische, allgemeinmedizinische und biologische Aspekte eine zentrale Rolle spielen, ist anspruchsvoll.

Die grosse Zahl von zu versorgenden zahnlosen und teilbezahnten Patienten, die Erhaltung von Eigenzähnen, der Einsatz von enossalen Implantaten sowie die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse lassen den Schluss zu, dass die Totalprothetik als didaktische, diagnostische und therapeutische Disziplin weiterhin eine wichtige Rolle als Grundlage für parodontal- und oder implantat-getragenen Zahnersatz spielen wird.

Neben den offensichtlichen epidemiologischen und demografischen Verschiebungen innerhalb der Population führen professionelle (Prophylaxe, Zahnerhalt, Non-Invasivität, Effektivität, Ästhetik usw.) und sozioökonomische (Kosten, Wirtschaftlichkeit, Flexibilität, Risikoverminderung usw.) Faktoren zum Umdenken. Nicht zuletzt lässt auch die Notwendigkeit zum erhöhten Kostenbewusstsein innerhalb des Gesundheitswesens im Allgemeinen und in der Zahnmedizin im Speziellen die klinischen Therapiekonzepte überdenken. Deshalb bleibt die Totalprothetik eine soziodemografische und epidemiologische Notwendigkeit für den immer älter werdenden Patienten. Sie dient als Basis für eine hohe Patientenzufriedenheit, insbesondere beim Einsatz von zusätzlichen Hilfsmitteln und als klinische Massnahme zur (einfachen) Wiederherstellung von Ästhetik und Funktion zur Erfüllung der Patientenerwartungen.

Totalprothetik in der Grundausbildung behalten!

Dr. Esther Hofer, Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, ZZMK, Zürich

Vor nicht allzu langer Zeit galt es noch als quasi selbstverständlich, dass man in einem gewissen Alter zahnlos wurde. Nach allgemeiner Auffassung gehörte Zahnlosigkeit zum Prozess des physiologischen Alterns. Die Fortschritte primär der Präventivzahnmedizin, aber auch der therapeutischen Zahnmedizin haben dazu geführt, dass Zahnverlust heute weitgehend vermeidbar und somit die Zahnlosigkeit stetig im Abnehmen ist. «Der Zahn der Zeit riecht nicht mehr nach Kukident.» Trotzdem ist nach Meinung der Experten davon auszugehen, dass eine «Sockelzahnlosigkeit» von schätzungsweise 10% der Bevölkerung auch in absehbarer Zukunft nicht unterschritten werden wird.



Esther Hofer: Der Zahn der Zeit riecht zwar nicht mehr nach Kukident, aber die Totalprothetik gehört trotzdem weiterhin in die Grundausbildung, denn eine «Sockelzahnlosigkeit» von gegen 10% wird es immer geben.

Rund $\frac{2}{3}$ der Schweizer gehen bis zum 40. Altersjahr mindestens ein Mal pro Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle. Danach nehmen die Arztbesuche zu, die Zahnarztbesuche ab. Systemische Erkrankungen und damit verbundene Funktionseinbussen werden als Hauptursachen angesehen. Die abnehmende zahnmedizinische funktionelle Kapazität (Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit, Entscheidungsfähigkeit) und die weit verbreitete Polypharmazie (Xerostomie als Folge) im Alter führen dazu, dass sich vor allem bei institutionalisierten Patienten die orale Gesundheit rapide verschlechtert. Dies führt dazu, dass die qualitative und quantitative

Einführung in das Gesundheitssystem Schweiz unter Berücksichtigung der Zahnmedizin

Fortbildungskurs für Zuzüger aus dem EU/EFTA-Raum, die beabsichtigen, in der Schweiz eine Zahnarztpraxis zu eröffnen.

Derjenige Zahnarzt, der ruhig innerhalb der ihm von Gesetz und Betriebswirtschaft gesetzten Grenzen arbeitet, ist ein guter Zahnarzt. Der andere, der sich aus Nichtwissen oder Nichtwollen ausserhalb dieser Grenzen bewegt, wird früher oder später vor der Standeskommission (als SSO-Mitglied) oder vor Gericht (als Nichtmitglied) landen. Streitereien, verärgerte oder gar zahnmedizinisch geschädigte Patienten und imageschädigende Kampagnen in der Öffentlichkeit können die unliebsamen Folgen sein.

Solcher Art sind die Gründe, weshalb die SSO den aus den EU-Staaten zuwandernden Zahnärztinnen und Zahnärzten einen Kurs darüber anbietet, was hier zu Lande Sache ist. Vom Gesundheitsgesetz bis zum Arbeitsvertragsrecht, vom Tarif bis zu standesrechtlichen Verpflichtungen kommt zur Sprache, was man für die zahnärztliche Berufsausübung in der Schweiz wissen muss. Die SSO will damit die Basis legen für eine verantwortungsvolle und unseren Verhältnissen angepasste Praxistätigkeit der EU-Kolleginnen und -Kollegen.

Der Vorbereitungskurs zur selbstständigen Berufsausübung als Zahnärztin/Zahnarzt in der Schweiz findet am 1. Juli 2004, im Hotel Marriott, Zürich, statt.

Kurs- und Kongresssekretariat SSO, Monika Lang

E-Mail: sekretariat@sso.ch

zahnmedizinische Versorgung bei institutionalisierten Betagten in keiner Weise dem Durchschnitt der Bevölkerung entspricht und ein grosser objektiver Behandlungsbedarf besteht. Der subjektive Behandlungsbedarf ist heute noch klein, da kaum Schmerzen auftreten, da viele Zähne wurzelbehandelt sind. Dies dürfte sich mit der nächsten Generation ändern, da die Zahl der wurzelbehandelten Zähne in der Bevölkerung rapide abnimmt. Nicht gepflegte Zähne oder Implantate stellen aber ein iatrogenes Potenzial dar und erhöhen die Morbidität und Mortalität. Akute orale Schmerzen werden die Geriatrie und Alterszahnmedizin künftig beeinflussen. Dies wird vermehrt auch die zu Hause lebenden Senioren betreffen. In den letzten Jahren hat die Forschung vermehrt mögliche Zusammenhänge zwischen oraler Gesundheit und Systemerkrankungen aufgezeigt. Zahnverlust beeinflusst die Ernährungsqualität, denn er zwingt den Patienten dazu, weniger Fleisch, Früchte, Gemüse und Nahrungsfasern, dafür umso mehr Fett und süsse Snacks zu konsumieren. Diese Umstellungen des Ernährungsverhaltens und die daraus resultierenden systemischen Folgen stellen nach heutiger Auffassung ein nicht zu vernachlässigendes Risiko für eine erhöhte Morbidität und Mortalität dar. Zahnersatz kann jedoch diese Defizite nur teilweise kompensieren.

Ziel der zahnmedizinischen Betreuung von alten und kranken Menschen ist es primär, künftige Behandlungen zu vermeiden. Ist z.B. eine optimale Mundhygiene nicht gewährleistet, ist das Konzept der reduzierten Okklusion (Prämolarenokklusion) sehr oft das Mittel der Wahl. So werden Mundhygienemassnahmen vereinfacht und künftige Behandlungen können oft in normalen Sitzungen durchgeführt werden. Zudem sind prothetische Versorgungungen bei diesen Patienten meist nicht möglich. Leicht zynisch könnte man bemerken, dass es vorrangig um eine «Sanierung gemäss der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität» geht. Die reduzierte Okklusion entspricht dabei dem ebenso zynisch anmutenden Begriff der «destruktiven Prävention», d.h. einer Art Kompromiss, nur die für das Kauen nötigen und der Hygiene zugänglichen Zähne zu erhalten.

Die Totalprothese wird als zahnärztliches Versorgungskonzept nicht aussterben

Prof. Dr. Frauke Müller, Division de Gérodontologie et Prothèse adjointe, Section de médecine dentaire, Genève

In den Industrieländern ist die Entwicklung der Zahnlosigkeit in der Gruppe unter 65 in den letzten 20 Jahren rückläufig. Im Ländervergleich ist der prozentuelle Anteil zahnloser Patienten in der

Schweiz und Deutschland trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme gleich (25%).

Die steigende Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren zu einem markanten Anstieg des Anteils der Zahnlosen führen, laut Berliner Alterstudie in der Gruppe der 90- bis 94-Jährigen auf fast 80%!

Zahnlosigkeit ist eine Behinderung der alten, kranken und sozial schwachen Menschen. Sie zeigt sich häufiger bei alten Menschen bei reduziertem allgemeinem Gesundheitszustand und in den sozioökonomisch benachteiligten Schichten (geringer Bildungsgrad, geringes Einkommen, geringe soziale Einbindung, ländliche Bevölkerung).

«Junge Alte» haben eher Probleme mit der prothetischen Privatsphäre, denn sie wollen nicht als Prothesenträger erkannt werden. Daher zeigen sie häufig auch Akzeptanzprobleme von herausnehmbarem Zahnersatz und psychogene Prothesenunverträglichkeiten. Sie nehmen den Aufwand und die Kosten von umfangreichen Implantatversorgungen auf sich, um herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden, der mit «alt werden» assoziiert wird.

Die Probleme der Prothesenträger sind meist funktioneller Natur, erst sekundär sind sie durch ästhetische Ansprüche bedingt. Jedoch zeigten sich in einer kürzlich publizierten Studie immerhin 24,9% der Heimbewohner unzufrieden mit ihrem dentalen Erscheinungsbild. Die Kau-effizienz ist im Vergleich zu vollbezahnten Patienten stark herabgesetzt, jedoch bleibt



Frauke Müller: Auch im Zeitalter der Implantate hat die Totalprothese als zahnärztliches Versorgungskonzept noch längst nicht ausgedient, jedoch werden die Patienten älter und die Fälle daher schwieriger zu lösen sein.

dies subjektiv meist unbemerkt. Patienten haben subjektiv den Eindruck, alles essen zu können, in Wirklichkeit stimmen sie aber ihren Speiseplan auf die veränderten Kaukräfte ab und lassen bestimmte Nahrungsmittel (vor allem Fleisch, Nüsse und gewisse Früchte) einfach aus. Dies führt zu einer ungesunden Erhöhung des Fettkonsums bei gleichzeitiger Abnahme der Proteinzufuhr.

Die Schwierigkeiten bei der Versorgung Hochbetagter mit Vollprothesen sind hauptsächlich bedingt durch ungünstige anatomische Voraussetzungen, verringerte Belastbarkeit des Prothesenlagers und Adaptationsprobleme des alten Menschen. Mundtrockenheit als Nebenwirkung von Polymedikation (Antidepressiva!) wird bei bis zu 30% der Betagten beobachtet, was die Akzeptanz weiter negativ beeinflusst.

Implantate sollten bereits dann inseriert werden, wenn das Knochenangebot noch ausreichend ist, sowie die Belastbarkeit, Motivation und Adaptationsfähigkeit des Patienten noch gegeben sind. So können sie bis ins Hochbetagenalter einen funktionstüchtigen herausnehmbaren Zahnersatz gewährleisten. Implantate bringen enorme funktionelle Verbesserungen und haben darüber hinaus präventive Vorteile, jedoch können sie bei hochbetagten Patienten aus allgemeinmedizinischen oder lokal-anatomischen Gründen, bei fehlender Motivation/Compliance, bei psychischen Störungen (Demenz, Depression), aber auch aus sozioökonomischen Gründen nicht immer eingefügt werden.

Fazit: Die Totalprothese wird als zahnärztliches Versorgungskonzept nicht aussterben, jedoch werden in Zukunft die Patienten älter und die Fälle daher schwieriger zu lösen sein.

Schlussbemerkungen

Jahrestagungen der Schweizerischen Gesellschaft für die Zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter sind nie «Mainstream»-Events. Durch ihre persönliche Atmosphäre und sorgfältig ausgewählte, manchmal auch provokative Themen heben sie sich wohltuend von anderen wissenschaftlichen Tagungen ab. Auch der diesjährige Kongress der SGZBB machte von dieser Tradition keine Ausnahme. Die weitgesteckten Themen des Programms – von alternativer Zahnmedizin über neue Behandlungstechniken und die praktische Umsetzung neuer Strategien in der Prävention bis hin zur brisanten Frage der Existenzberechtigung der Totalprothetik – machten diese Tagung ausserordentlich spannend und lehrreich.

Wie man feststellen konnte, geht es in der zahnmedizinischen Betreuung Behinderter und Betagter, aber auch in der Zahnmedizin ganz allgemein, nicht darum, Steine auf vermeintlich veraltete Behandlungskonzepte zu werfen, sondern sowohl das Bewährte wie auch das Neue kritisch zu bewerten, um es – immer den jeweiligen Umständen angepasst – im

Sinne des Prinzips «Salus aegroti suprema lex», also zum Wohle des Patienten, anzuwenden.

In diesem Sinne sollte man sich schon heute den Freitag, 15 April 2005, freihalten – oder noch besser – gleich in der Agenda vormerken. Dann findet nämlich in Genf die 14. Jahrestagung der SGZBB statt. ■

SSO-Fortbildung: *Aus der Praxis – für die Praxis. Bericht über einen Kurs vom 22.4.2004 in Zürich*

Die Psycho-Logik von Patienteneingaben – oder die Wahrnehmungen des Patienten sind immer richtig!

Elisabeth Wenger

Das tägliche Leeren des Briefkastens ist Routine: Rechnungen, Reklame, Zeitschriften, nichts Besonderes. Oder doch? Der Brief hier, von Hand adressiert: eine Beschwerde über die letzte Rechnungsstellung, eine Reklamation wegen eines unbefriedigenden Behandlungsergebnisses, eine schroffe Aufforderung, die Krankengeschichte samt Röntgenbilder herauszurücken, vielleicht gar eine Androhung, die Angelegenheit vor die Standeskommission zu bringen. Wahrlich kein erfreulicher Tag! Umso mehr, wenn man sich keiner Schuld bewusst ist.

Dorothee Schmid, Psychologin lic. phil., legte in einem Pilotkurs dar, mit welcher Psycho-Logik Patienten Beschwerden einreichen. Patientenklagen kennt sie sehr direkt durch ihre Arbeit (nebst anderen beruflichen Tätigkeiten) bei der zahnärztlichen Sektion des Sanitätskollegiums des Kantons Bern.

Rund 60 Zahnärztinnen und Zahnärzte nahmen die Gelegenheit wahr, sich mit der manchmal rätselhaften Psycho-Logik des Menschen und damit auch des Patienten auseinander zu setzen.

Laut Dorothee Schmid sind es weniger eigentliche Kunstfehler oder echte Misserfolge nach zahnärztlichen Behandlungen, die zu Beschwerden Anlass geben. In erster Linie bringen Patienten Klagen und Reklamationen vor, die sich bei näherer Betrachtung als Resultat einer problematischen Entwicklung der Zusammenarbeit und der Kommunikation zwischen Patient* und Zahnarzt* entpuppen.

Was sind psychologische Prozesse?

Im ersten Teil des Kurses löste die Frage der Referentin, was denn eigentlich psychologische oder psychische Prozesse seien, bei den Anwesenden zuerst das grosse Schweigen und anschliessend einige zaghafte Erklärungen aus. Eindeutig und klar erwies sich die wissenschaftliche Festlegung: Denken, Erleben und Verhalten des Menschen sind psychologische Vorgänge.

Die nachfolgende Frage, wer oder was denn nun diese Prozesse lenke und wer oder was im Seelenleben des Menschen befehle, klärte Dorothee Schmid mit den Ergebnissen aus der empirischen Forschung, wonach jeder Mensch danach strebe, die folgenden vier Grundbedürfnisse zu befriedigen:

1. das Bedürfnis nach Kontrolle
2. das Bedürfnis nach Lustgewinn bzw. Vermeidung von Unlust
3. das Bedürfnis nach Bindung
4. das Bedürfnis nach Erhalt oder Erhöhung des Selbstwertes

nach Epstein

Grundbedürfnisse und ihre Auswirkungen, auch bei einer zahnärztlichen Behandlung

Das Grundbedürfnis nach Kontrolle verlangt, dass ein Mensch versteht, was mit ihm passiert. Er möchte mitreden und mitgestalten, gefragt und einbezogen werden. Er will Informationen suchen, Fragen stellen und Entscheidungen treffen.

Das Grundbedürfnis nach Lustgewinn bzw. Vermeiden von Unlust fordert das Erleben von angenehmen Gefühlen, zum Beispiel dass der Mensch sich wohl fühlen, positive Erlebnisse suchen und negative Erlebnisse vermeiden möchte; bei der zahnärztlichen Behandlung eine «sanfte» Behandlung bevorzugt und Schmerzen ablehnt.

Das Grundbedürfnis nach Bindung wünscht die Sicherheit von Nähe, die Verbindlich-

keit in Kontakten, die Möglichkeit von Austausch und Kontinuität – in der Zahnmedizin die Vorstellung, beim gleichen Zahnarzt zu bleiben und sich sicher zu fühlen.

Das Grundbedürfnis nach Erhalt/Erhöhung des Selbstwertes trachtet danach, sich kompetent, wertvoll und geliebt zu fühlen, die Bestätigung «Ich bin gut» zu erhalten, Wertschätzung zu suchen, eigene Fähigkeiten zu zeigen, ernst genommen, bestätigt und gemocht zu werden. Gemäss allgemein gültigen Forschungsergebnissen gelten diese Grundbedürfnisse vermutlich für alle Menschen und in allen Kulturen und sind kaum wandelbar.

Subjektive Wahrnehmungen ...

Wie subjektiv Wahrnehmungen beim Einzelnen verlaufen, demonstrierte Dorothee Schmid mit einem kleinen Experiment. Zwei Kursteilnehmer erhielten – unsichtbar für alle anderen – je einen Gegenstand in die Hand gedrückt und wurden aufgefordert, diesen kurz zu beschreiben. Der Erste tat dies folgendermassen: «Ich habe einen Zettel in der Hand, er ist gelblich, die Grundform ist rechteckig, oben ist eine gerade Kante, rechts ist er gezackt, eine S-Form ist hineingeschnitten und die Grösse entspricht etwa vier Zigaretten-schachteln.»

Der Beschreibung des Zweiten lautete so: «Ich halte ein Blatt Papier in meiner Hand, es ist gelb, man muss sich das Papier als römische Vase vorstellen, oben mit einer weiten Öffnung, dann kommen ein Hals und ein Bauch, in der Mitte hat es eine Zickzacklinie, ich glaube, ich habe nur eine Hälfte des Papiers und dieses ist zirka fünfzehn Zentimeter hoch.»

Erst jetzt durften die zwei Kandidaten das Papier zeigen – beide hielten ein identisches Blatt in der Hand. Ein verblüffender Beweis, wie subjektiv Wahrnehmungen sind.

Für die Psychologin ein völlig normales Ergebnis, denn: Der Mensch stelle Wahrnehmungen her, die seinen Bedürfnissen entsprechen. Das zusätzliche Beispiel aus ihren eigenen Alltagserfahrungen kam bekannt vor, nämlich dass sie, im falschen Tram sitzend, zuerst annahm, es handle sich um eine Umleitung und erst in einem weiteren Gedankengang ihren eigenen Irrtum feststellte. Die psychologische Erklärung dazu lautet: Bedürfnisse und Wahrnehmungen sollten übereinstimmen; Diskrepanzen werden nach Möglichkeit verkleinert oder eliminiert. Auch auf dem zahnärztlichen Behandlungsstuhl!

... und Emotionen

Emotionen sind zentral! Mit dieser Aussage unterstrich Dorothee Schmid ihr Anliegen, die Grundbedürfnisse und die Emotionen des Patienten ernst zu nehmen. Werden die Grundbedürfnisse befriedigt, erzeugt dies angenehme Emotionen, während unbefriedigte Bedürfnisse unangenehme Emotionen hervorrufen.

Emotionen informieren uns über zwei Dinge: 1. Hat der Umstand X für mich subjektiv eine Bedeutung? 2. Wenn ja, ist diese Bedeutung positiv oder negativ?

Komplikationen in der Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt sind programmiert, wenn vergessen wird, dass das subjektive Erleben verschieden ist. Möglicherweise ist der Zahnarzt der subjektiven Ansicht, seine Bemühungen um den Patienten seien angemessen und genügend, während der Patient die Situation ganz anders erlebt.

Bezug nehmend auf die vier Grundbedürfnisse kann dies so aussehen:

Aus zeitlichen Gründen erhält der Patient keine ausreichenden Informationen. Folge: Das Grundbedürfnis nach Kontrolle wird verletzt.

Die Schmerzbehandlung ist ungenügend.

Folge: Das Grundbedürfnis nach Lustgewinn wird nicht befriedigt.

Ständig wechselndes Praxispersonal, keine Zeit für ein persönliches Gespräch. Folge: Die Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Bindung wird verunmöglich. Desinteresse, Zeitmangel und fehlende Wertschätzung durch den Zahnarzt und das Praxisteam. Folge: Das Grundbedürfnis nach Erhalt des Selbstwertes wird beeinträchtigt.

Für die Psychologin ist klar: Ein solcher Umgang mit Menschen verletzt die Grundbedürfnisse, nimmt Emotionen nicht ernst und ignoriert die Subjektivität des Empfindens und der Wahrnehmung. Ein dermassen behandelnder Patient ist kein zufriedener Patient. Dadurch werde die Frage, ob die zahnärztliche Behandlung «lege artis» durchgeführt wurde, für den Patienten zweitrangig: Unzufriedenheit und Misserfolg seien praktisch garantiert.

Nutzen für die Praxis

Im zweiten und dritten Teil des Fortbildungsnachmittages ging es darum, das neu erworbene psychologische Wissen mit dem Praxisalltag zu verbinden. Dorothee Schmid erläuterte anhand praktischer Beispiele von gut und schlecht gelösten Problemfällen, wie sich das Wissen um die Grundbedürfnisse und dessen Anwendung im Einzelfall auswirkt.

Nobel Biocare: Vorschau Kursprogramm 2004

Datum	Ort	Tagung
12.10.2004	Zürich	Chirurgischer Workshop mit dem NOBELDIRECT™ Indikation Einzelzahn und Seitenzahnbereich <i>Dr. med. dent. Beatrice Niederöst</i>
20.10.2004	Zürich-Flughafen	Technik auf dem Brånemark System® Replace® System Modul 3 <i>Dr. med. dent. Roland Glauser, Bertrand Thiévent</i>
22.10.2004	Bern	Neue Behandlungskonzepte in der Implantatprothetik <i>Dr. med. dent. Robert Nölken</i>
23.10.2004	Bern	Der Zahnlose Kiefer. Chirurgischer Workshop mit dem Replace® System <i>Prof. Dr. med. dent. Regina Mericske-Stern</i>
15.11.2004 18.11.2004	Zürich-Flughafen	Chirurgie/Prothetik für die zahnärztliche Assistenz, Brånemark System®/Replace® <i>Frau Andrea Oberseider</i>
7.12.2004	Zürich	Chirurgischer Workshop mit dem NOBELDIRECT™ Indikation Einzelzahn und Seitenzahnbereich <i>Dr. med. dent. Beatrice Niederöst</i>
9.12.2004	Zürich	Chirurgisch-Prothetischer Workshop mit dem Replace® System <i>Dr. med. dent. Stefano Giudici</i>
Auskunft:	Nobel Biocare AG, Schulung und Fortbildung Postfach, 8058 Zürich-Flughafen Tel. 043/211 53 20 · Fax 043/211 32 60 · www.nobelbiocare.com	

Eigentlich scheint es ganz einfach: Jedes erfüllte Bedürfnis senkt die Wahrscheinlichkeit von Unzufriedenheit und Misserfolgen. Für das Votum eines Zuhörers, auch der Zahnarzt und die Zahnärztin hätten Anspruch auf Rücksichtnahme für ihre Grundbedürfnisse, zeigte die Psychologin zwar viel Verständnis, erwiderte aber trotzdem, dass der Zahnarzt es ganz einfach schaffen müsse, eigene Gefühle von jenen des Patienten zu unterscheiden. Die Bedürfnisse der Patienten bestmöglich wahrzunehmen sei Garant für einen guten Kontakt zwischen Zahnarzt und Patient und minimiere die Wahrscheinlichkeit nervenaufreibender, kräftezehrender Beschwerdefälle.

Auch die Prävention von Problemen und Patientenklagen orientiere sich an den vier Grundbedürfnissen, die möglichst immer berücksichtigt werden sollten: Bedürfnis nach Kontrolle: vollständige und verständliche Information des Patienten vor, während und nach der Behandlung; Erklären der Befunde und Diagnosen; Abgeben einer Kostenschätzung; Einhalten der Abmachungen etc. Bedürfnis nach Lustgewinn: beispiels-

weise optimale Schmerzprävention und Schmerzbekämpfung gemäss Wahrnehmung des Patienten; Behutsamkeit und Delikatheit, Ermutigung des Patienten statt Tadel, etc.

Bedürfnis nach Bindung: Fragen nach dem Befinden; Zuwendung und Aufmerksamkeit; Blickkontakt; Eingehen auf Themen, die ausserhalb des zahnärztlichen Gesprächs liegen; Bereitschaft, auch als Behandelnder Gefühle zu zeigen; Verfügbarkeit und Verbindlichkeit des Zahnarztes, etc.

Bedürfnis nach Erhöhung des Selbstwertes: Den Patienten als gleichwertiges Gegenüber betrachten, ihm Wichtigkeit und Kompetenzen zugestehen.

Die abschliessende Aussage der Referentin war eindeutig: Die Wahrnehmung des Patienten ist immer richtig! Korrigierbar sind höchstens die von ihm dafür angeführten Begründungen.

Mit dem Wissen aus der Weiterbildung auf psychologische Ebene müssten sich Zahnärzte nicht mehr damit begnügen, gewisse Patienten als «schwierig» zu bezeichnen und vor verfahrenen Situationen zu kapitulieren.

Aus ihrer Erfahrung mit Patientenbeschwerden sei ersichtlich, dass diese meistens bestimmten Gesetzmässigkeiten folgen, die mit dem psychologischen Grundwissen nachvollziehbar und verständlich seien und bei deren Berücksichtigung viele Eingaben vermieden werden könnten.

Oftmals wäre eine einvernehmliche Lösung ganz einfach: Man hätte nur versuchen müssen, miteinander zu reden.

Referentin

*Dorothee Schmid, Psychologin lic.phil. Psychotherapie-Weiterbildung bei der AIM/AVM-CH
Aktuell psychotherapeutische Tätigkeit in der Privatklinik Wyss AG, Münchenbuchsee
Eigenes Beratungsbüro an der Marktgasse 5
3001 Bern, Tel. 031/351 40 22
E-Mail: metrefard@bluewin.ch*

Seit 1989 Sekretärin der zahnärztlichen Sektion des Sanitätskollegiums des Kantons Bern.

Literaturhinweise sind bei der Referentin erhältlich. ■

Impressum

Titel / Titre de la publication

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

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

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

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Jürg Meyer, Abteilung für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie,
Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

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

Responsables du groupe rédactionnel romand:

D^r Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne
D^r Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; D^r Serge Roh, Sierre; Thomas Vauthier, Nyon/Bâle

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMZ 1/2004, S. 48 (Forschung · Wissenschaft S. 19–24) und auf der SSO-Webseite aufgeführt.

Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2004, p. 50 et sur la homepage de la SSO.

Instructions to authors see SMZ 1/2004, p. 53.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Antoine Zimmer, méd.-dent., Lausanne
Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förrlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01
Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.
Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.
Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.
Tarifs des annonces / Exemplaies de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

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

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli AG, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 63 44

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 284.80*
Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants	Fr. 65.40*
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 33.75*
* inkl. 2.4% MWSt / 2.4% TVA incluse	
Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)	Fr. 298.–
Einzelnummer / Numéro isolé	Fr. 33.–
	+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

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

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

Auflage / Tirage: 5250 Exemplare
ISSN 0256-2855