

Neues Profitcenter Zahntechnik

Anna-Christina Zysset

Die zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern (ZMK) verfügen neu über ein Profitcenter Zahntechnik. Die vom Kanton Bern grosszügig unterstützte Infrastruktur war notwendig, denn gute Zahnmedizin ohne entsprechende Zahntechnik ist schlicht nicht denkbar. Das neu ausgerüstete zahntechnische Labor wird von Professor Urs Brägger geleitet, welcher über eine betriebswirtschaftliche Nachdiplomausbildung verfügt. Die Redaktorin sprach mit Urs Brägger.

Im neuen zahntechnischen Labor arbeiten acht Personen. Das Zahntechniklabor erledigt zusammen mit 15 externen Labors sämtliche Aufträge der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern. Insgesamt werden Aufträge in der Grössenordnung von drei Mio. Franken erteilt. Gut ein Drittel ihrer Arbeitszeit widmen die Zahntechniker der ZMK dem Stu-

dentenerunterricht. Zusätzlich überwachen sie die angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Ausführung zahntechnischer Arbeiten, welche Bestandteil des Lehrplans sind. Dabei gewinnen die Studenten Einblick und Verständnis für die Arbeit ihrer künftigen Auftragnehmer. Die vielfältige Arbeit dürfen die Zahntechnikerinnen und Zahntechniker seit

einem Jahr zentral in neuen, hellen Räumlichkeiten ausführen. Modernste Apparaturen und praktische Arbeitsplätze, die sämtliche Gesundheitsanforderungen erfüllen, zeichnen das vom Kanton Bern mit 900 000 Franken unterstützte Labor aus. Das Einatmen von Feinstaub am Arbeitsplatz gehört der Vergangenheit an, denn beim Neubau hat man an alles gedacht: Vom Gesundheitsschutz der Arbeitenden bis zur nahtlosen Hygienekette in der Fertigung. Von den hellen lichtdurchfluteten Räumen schaut man nach draussen, wo zurzeit dicker mit Feinstaub geschwängelter Nebel herrscht!

Im Gespräch mit Professor Brägger erkundige ich mich nach den Vorteilen eines zentralen Labors anstelle der auf den einzelnen Kliniken angesiedelten Kleinlabors. «Durch die Zentralisierung wurde



Marie-Luise Müller-Schaub, beim Anpassen einer Apparatur am Gipsmodell.



Hugo Spicher, Erfinder von Spezialwerkzeugen für die Kieferorthopädie.



Urs Brägger (stehend) und Andreas Wyser besprechen zu erledigende Arbeiten.



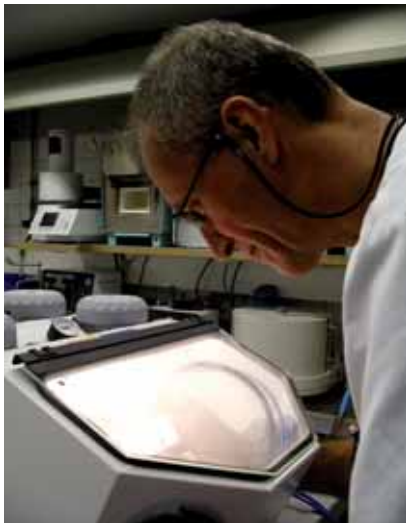
Franz Wittwer überprüft eine Studentenarbeit.



Cand. med. Roman Balsiger bringt Aufträge ins Labor.



Andreas Wenger am Keramikarbeitsplatz.



Heinz Peter Seibert arbeitet unter Laminarflow, um keinen Feinstaub einzusatmen.



Sandro Däppen bearbeitet eine Prothese.



Die richtige Farbgebung entscheidet, ob das Resultat dem Patienten gefällt.

der personelle Einsatz optimiert und die Infrastruktur kann nun gemeinsam genutzt werden. Dadurch wurden die Logistik und der Kommunikationsaustausch unter dem Technikerteam wesentlich vereinfacht», führt Brägger aus. Weiter erzählt er: «Nun können auch die wohl verdienten Ferien- und Freitage, welche während der Semesterferien eingezogen werden müssen, besser koordiniert werden.»

Die Zentralisierung bringt neue Möglichkeiten. Die lichtdurchfluteten Labors haben ganz offensichtlich eine positive Wirkung auf die Mitarbeitenden. Eine entspannte und fröhliche Atmosphäre umfängt mich beim Fotografieren. Der Trend der computerunterstützten Zahntechnik und Ästhetik fällt einem sofort ins Auge.

Am Gelde hängt

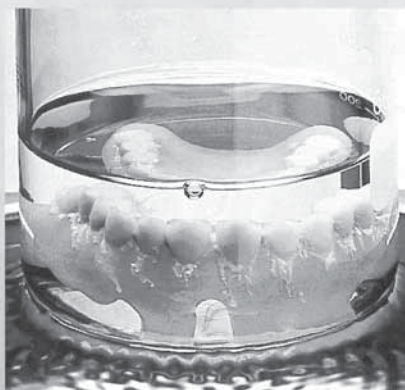
Vom «zahnmedizinischen Betriebswirt» will ich wissen, wie diese zentrale Dienstleistungseinheit zur Verbesserung der

Wirtschaftlichkeit der ZMK beitragen soll. Dazu Urs Brägger: «Die verzettelte Zuteilung der Mitarbeiter hatte dazu geführt, dass sich für diesen Bereich viele Jahre niemand so richtig zuständig gefühlt hat, bis PD Jens Fischer die Einheit übernahm. Leider hat aber PD Fischer und seine materialkundliche Expertise nach Zürich gewechselt. Wegen Spardrucks wurde lange nichts in die Zahntechnik investiert. Die Anreize für die Kliniken waren so gesetzt, dass es nicht darauf ankam, wie viele Einnahmen generiert wurden. Im Gegenteil: Reparaturen wurden an die interne Zahntechnik delegiert. Vermeintlich nicht verrechenbare Leistungen musste die interne Zahntechnik erledigen. Dies wurde als erste Massnahme sofort korrigiert und wird unweigerlich den Deckungsgrad der gesamten zahnmedizinischen Kliniken deutlich verbessern!»

Langjährige Mitarbeitende verfügen über Spezialkenntnisse, die sie sich in «ihrer»

Klinik erworben haben. H. Spicher zum Beispiel hat sogar Arbeitsinstrumente entwickelt, die patentrechtlich geschützt sind. Deshalb will ich von meinem Gesprächspartner wissen, wie die Arbeitsaufteilung in Zukunft aussehen wird und ob das Labor nicht ideal für Lehrlinge wäre.

«Die Lehrlingsausbildung wäre eine langfristige Option, die aber aufgrund der Zielvorgaben nicht Priorität haben kann. Jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin verfügt über ein spezielles Fachkönnen. Gemeinsam deckt das Team fast alles ab. Da auch etliche Pensionierungen anstehen, wird es darum gehen, dieses Know-how weiterzugeben und vorhandenes Entwicklungspotenzial auszunutzen.» Begeistert fasst Urs Brägger unser Gespräch zusammen: «Die Berner Zahntechniker funktionieren jetzt als Team und werden auch so wahrgenommen. Ihre Arbeit in Dienstleistung und Lehre findet Anerkennung. Sie gehen heute wieder gerne zur Arbeit!» ■



ZZ-Löser Zement- und Zahnsteinlöser für Ultraschallgeräte

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

Lieferform: in 5 lt. Kanister
Giftklasse 4

Bocklerstr. 33/37
8051 Zürich

Telefon 044/322 29 04
Fax 044 321/10 66

Benzer Dental AG
Zürich



Die Dämmerung kommt meist langsam

Beatrix Spring, Projektleiterin, Schweizerisches Rotes Kreuz
Anna-Christina Zysset

Jede Minute erblindet ein Kind, weil es arm ist. Wegen Armut verlieren weltweit jede Minute zwölf Menschen das Augenlicht. Allein am grauen Star erblinden mehr als 20 Millionen Menschen. Eine Sehschwäche kann das Abrutschen einer ganzen Familie in noch grössere Armut bedeuten. Helfen Sie mit gesammeltem Zahngold, Leiden zu lindern!

Die meisten Blinden leben in Armutsgebieten und haben keinen Zugang zu ärztlicher Versorgung. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) setzt sich für die Verhütung und Heilung von Armutsblindheit ein. Blindheit in unterentwickelten Ländern ist weit mehr als ein medizinisches Problem.

Ursachen von Blindheit

Studien haben ergeben, dass weltweit mehr als 20 Millionen Menschen am grauen Star erblindet sind. Dieser ist die häufigste Ursache für Blindheit. In den meisten Ländern Afrikas und Asiens verloren mindestens die Hälfte aller Blinden aufgrund einer Trübung der Augenlinsen ihr Augenlicht.

Weitere 400 Millionen Menschen leiden weltweit an der Augenkrankheit Trachom, davon sind sechs Millionen erblindet. In den Tropen ist diese Krankheit sehr verbreitet und auch einer der häufigsten Gründe für Erblindung. Die Erkrankung ist in den ärmeren Teilen der heissen, trockenen Mittelmeerländer und des Fernen Ostens heimisch. Im Frühstadium besteht hohe Ansteckungsgefahr. Die Übertragung des

Trachoms geschieht durch direkten Kontakt (Hand/Auge), Augenkontakt mit Fliegen oder durch kontaminierte Gegenstände (Handtücher/Taschentücher). Schon einfache Hygienemassnahmen sowie Änderungen im Verhalten verhindern das Trachom.

Zudem leiden Millionen von Kindern an Vitamin-A-Mangel und erblinden oder sterben. Bereits kleine Dosen von Vitamin A genügen, damit keine Augenschäden entstehen.

Weitere Millionen von Menschen leiden an Augenkrankheiten wie dem grünen Star, der Flussblindheit oder erblinden durch Unfälle. Stark sehbehinderten Leuten kann dank fachkundiger Untersuchung und mit Brillen geholfen werden.

Die Dunkelheit ist unerbittlich

Erblindet die Mutter oder der Familienvater, so können diese ihr Tagwerk nicht mehr ausüben und fallen der Familie zur Last. Der Erblindete benötigt Betreuung. Diese Aufgabe fällt meistens einem Kind zu, welches damit auch gleich von einer minimalen Schulbildung ausgeschlossen wird. Beide können nun nichts mehr zum

Familieneinkommen beitragen. In manchen Kulturen werden Blinde gar gemieden oder ausgestossen, weil diese Unglück brächten oder von der Gottheit für frühere Sünden bestraft werden müssten. Das weitere Leben ist für die Betroffenen unvorstellbar hart.

50 Franken verändern ein Leben

Mit einer wenige Minuten dauernden Operation kann das Rote Kreuz die an grauem Star Erblindeten wieder sehend machen. Dieser Eingriff kostet nur 50 Franken

Ihre Zahngoldspende ermöglicht dem SRK, weiterhin in Nepal, Tibet, Vietnam, Mali, Ghana, Togo und im Tschad Armutsblindheit zu verhüten und zu heilen. Drei Viertel der Erblindungen könnten kostengünstig verhindert werden, wenn die notwendigen Mittel bereitstehen würden. Das Augenlicht zu verlieren ist für jeden Menschen eine schwere Bürde. In unserer Wohlstandsgesellschaft sind die augenmedizinischen Dienste Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung, und es gibt kaum mehr Erblindungen aufgrund des grauen Stars, weil dieser rechtzeitig operiert werden kann.

Hoher Goldpreis

Der unerwartet rasant gestiegene Wert des Goldes und anderer Zahnlegierungen könnten nun entscheidend mithelfen, diese Armutsblindheit zu vermindern: Die Aktion *Altgold für Augenlicht* (früher Aktion Zahngold) des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) hat ein einzigartiges Hilfsprojekt geschaffen. Von extrahiertem Zahngold sowie anderem Edelmetall Ihrer Patienten können Sie einen Blinden sehend machen! Denken Sie deshalb an die Aktion *Altgold für Augenlicht* des SRK!

Und so einfach gehts

Bestellen Sie beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) gelbe, adressierte, vorfrankierte Kuverts und Infoblätter, die Sie Ihren Patienten abgeben können (siehe Bild). Die Patienten können das Kuvert mit dem Zahngold und möglicherweise er-



Das SRK legt auch in seinen Augenprojekten Wert darauf, dass die Fachkräfte gut ausgebildet sind. Janakpur, Nepal: Hier untersucht der qualifizierte Augenarzt Dr. Damodar Pradhan eine arme Bäuerin, bevor er sie zusammen mit weiteren 25 Patienten an einem Vormittag am grauen Star operiert.





Die Hygiene in den Dörfern ist ungenügend. Bei Kindern entwickeln sich wegen Dreck und Staub rasch hoch infektiöse Augenkrankheiten wie das Trachom. Dank Zahngold kann das Rote Kreuz helfend eingreifen, um die bedrohlichen Folgen, die zu Blindheit führen, zu verhindern.

gänzt mit ausgetragenen Schmuck direkt an das SRK senden. Oder Sie sammeln das Zahngold ihrer Patienten selber ein und schicken es gut verpackt dem SRK. Die Bieler Spezialfirma Firma Cendres & Métaux schmilzt das Gold ein. Das Rote Kreuz verkauft das Gold zum bestmöglichen Tagespreis. Damit finanziert das SRK in den Armutsregionen Asiens und Afrikas einerseits die Ausbildung von einheimischen Fachkräften wie Augenärzten, Assistenten und Pflegepersonen sowie andererseits Augenkontrollen, Behandlungen, Operationen und medizinische Instrumente.

Gold kann man nicht essen

Für die einzelnen Patienten haben das extrahierte Zahngold und andere Edelmetalllegierungen ausser einem ideellen Wert wenig Bedeutung. Ganz anders ist das für die Menschen, die dank dieses Goldes wieder sehen können oder vor Blindheit bewahrt werden – sie erhalten ein Leben in Würde. Schon lange wurde Gold nicht mehr so hoch gehandelt. Lassen Sie es der Aktion Altgold für Augenlicht zukommen!

Im Frühjahr erhalten alle Schweizer Zahnarztpraxen den Jahresbericht der Aktion Altgold für Augenlicht. Dieser weist Ertrag

und Kosten der Aktion aus und zeigt auf, was im letzten Jahr erreicht worden ist.

Adresse für die Zustellung des Zahngoldes und die Bestellung von Infomaterial:

Schweizerisches Rotes Kreuz
Departement Internationale
Zusammenarbeit
«Augenlicht schenken»
Rainmattstrasse 10
3001 Bern
Tel. 031 387 74 59 (Vera Treiber)
Fax 031 387 73 73
vera.treiber@redcross.ch ■

Rauchstopp-Wettbewerb mit Beratungstelefon

Noch nie wollten in der Schweiz so viele Raucherinnen und Raucher mit dem Tabakkonsum aufhören wie heute. Ein guter Zeitpunkt ist der Welttag ohne Tabak vom 31. Mai mit dem nationalen Rauchstopp-Wettbewerb. Unterstützung zum Aufhören bietet die neue Rauchstopp-Linie 0848 000 181. Der Wettbewerb anlässlich des Welttags ohne Tabak ist ein Angebot der nationalen Rauchstopp-Kampagne.

Über 60 Prozent der Rauchenden in der Schweiz möchten einen Schlusstrich unter ihre Rauchgewohnheiten ziehen. Dies sind deutlich mehr Personen als früher, wie ein Vergleich der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992 und 2002 ergeben hat. Viele Personen benötigen jedoch mehrere Anläufe, bis sie das Ziel eines rauchfreien Lebens erreichen. Der Hauptgrund dafür ist die starke Abhängigkeit vom Nikotin. Ungefähr zwei Drittel der Rauchenden müssen als nikotinabhängig gelten.

Damit Rauchende herausfinden können, welche Aufhörmethode für sie persönlich die beste ist, bietet die nationale Rauchstopp-Linie 0848 000 181 (8 Rappen pro

Minute ab Festnetz) ausführliche Beratungsgespräche an. Hier erfahren Rauchende unter anderem, wie sich die Nikotinabhängigkeit mittels nikotinhaltenen Medikamenten schrittweise abbauen und die Entzugserscheinungen vermindern lassen.

5000 Franken zu gewinnen

Eine Teilnahme an diesem Wettbewerb lohnt sich aber auch wegen der Preise. Verlost werden einmal 5000 Franken und zehnmal 500 Franken. Einzige Bedingung zum Mitmachen ist, ab dem 5. Juni einen Monat lang nicht zu rauchen. Zudem ist der Rauchstopp von einer Zeugin oder einem Zeugen zu bestätigen. Unter

diesen Personen gelangen zusätzlich zehnmal 100 Franken zur Verlosung. Die Anmeldekarte zum Rauchstopp-Wettbewerb kann kostenlos bei der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz unter www.at-schweiz.ch oder per Telefon 031 389 92 46 oder Fax 031 389 92 60 bestellt werden.

Sorge um Gesundheit

Die grösste Motivation zum Rauchstopp ist für die meisten Rauchenden die Sorge um ihre Gesundheit. Diese Angst ist begründet. Denn der Tabakkonsum kann bereits in geringen Mengen die Gesundheit zugrunde richten. Dies trifft vor allem auf Herz und Kreislauf zu. Die Giftstoffe aus dem Tabakrauch schädigen die Blutgefässe. Bei jedem Inhalieren aus der Zigarette verengen sich die Gefässe. Der Blutdruck steigt, das Herz schlägt schneller. Doch schon innerhalb weniger Wochen nach dem Rauchstopp vermindert sich die unnötige Belastung des Blutkreislaufs. Der Rauchstopp-Wettbewerb zum Welttag ohne Tabak vom 31. Mai wird veranstaltet von der Krebsliga Schweiz, der

Lungenliga Schweiz, der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit. Partnerorganisationen sind die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, der Schweizerische Apothekerverband, die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner und die Swiss Dental Hygienists. Der Wettbewerb wird wie in den vorangehenden Jahren ebenfalls von Nicorette unterstützt. Zuständig für die Umsetzung der Aktion in den Kantonen sind die kantonalen Krebs- und Lungenligen, die Tabakpräventionsfachstellen sowie weitere Organisationen aus Prävention und Gesundheitsförderung.

Erfolgreich mit Rauchen aufhören

Eine gute Vorbereitung des Rauchstopps erhöht die Chancen für einen erfolgreichen Ausstieg aus der Nikotinabhängigkeit. Beachten Sie dabei folgende Punkte:

- Bestellen Sie noch heute die Anmeldekarte für den Rauchstopp-Wettbewerb zum Welttag ohne Tabak: im Internet unter www.at-schweiz.ch oder per Telefon 031 389 92 46 oder Fax 031 389 92 60.
- Beobachten Sie in den kommenden Wochen Ihre Rauchgewohnheiten. Zünden Sie am Vormittag schon kurz nach dem Aufstehen die erste Zigarette an? Wie häufig greifen Sie tagsüber zur Zigarettenpackung? Notieren Sie auf

ein Blatt Papier, wie oft sie rauchen, und wickeln Sie dieses um die Zigarettenpackung. So wird Ihnen jedes Mal deutlich bewusst, dass Sie wieder rauchen.

- Schauen Sie sich um in ihrem Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. Möchte eine Kollegin oder ein Kollege ebenfalls mit Rauchen aufhören? Tun Sie sich zusammen. Zu zweit fällt das Aufhören garantiert leichter.
- Teilen Sie den Angehörigen Ihren Entschluss zum Rauchstopp mit. Dann wird Ihnen kaum jemand übel nehmen, wenn Sie in der ersten Zeit nach dem Aufhören nervös oder gereizt sind. Und

das Wichtigste ist: Die anderen unterstützen Sie in Ihrem Vorhaben.

- Erkundigen Sie sich in Ihrer Arzt- oder Zahnarztpraxis oder in der Apotheke, mit welchen Medikamenten Sie den Rauchstopp leichter schaffen. Bewährt haben sich die nikotinhaltigen Produkte Kaugummi, Hautpflaster, Microtabs (ohne Rezept erhältlich) und Inhaler (rezeptpflichtig) sowie ein Mittel gegen Depression mit dem Wirkstoff Bupropion (rezeptpflichtig).
- Mit dem kostenlosen Selbsthilfeprogramm «Ziel Nichtrauchen» können Sie auf eigene Faust das Rauchen auf-

Bundesgesetz über die Militärversicherung

(Änderungen per 1. Januar 2006)

Art. 4 Gegenstand der Militärversicherung

¹ Die Militärversicherung haftet nach den Bestimmungen dieses Gesetzes für alle Schädigungen der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit des Versicherten und für die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen solcher Schädigungen. Unter besonderen Voraussetzungen haftet sie auch für Zahnschäden (Art. 18a) und für Sachschäden (Art. 57).

² ...

³ ...

Art. 18a Zahnärztliche Behandlungen

¹ Bei Zahnschäden richtet sich die Leistungspflicht der Militärversicherung nach Artikel 31 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung.

² Zudem übernimmt die Militärversicherung die Kosten zahnärztlicher Behandlungen, die durch einen Unfall (Art. 4 ATSG) während des Dienstes bedingt sind.

EMS-SWISSQUALITY.COM

PIEZON POWER PACK

DIE KOMPAKTE GRÖSSE

Kleine Einheit, grosse Wirkung. „Die Grösse eines A5-Blatts muss als Grundfläche genügen“, war bei der neuesten Entwicklung, dem neuen Swiss miniMaster, die eigene Vorgabe des Erfinders der Original Methode Piezon.

MIT ALLEM, WAS KONKREMENTENTFERNUNG
UND MEHR ERFOLGREICH MACHT



geben. Steigen Sie unter www.ziel-nichtrauchen.ch direkt ins Programm ein oder bestellen Sie die Unterlagen über Telefon 031 389 92 46 bei der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz.

- Wenn Sie unsicher sind, wie Sie aufhören sollen, rufen Sie die Rauchstopplinie 0848 000 181 (8 Rappen pro Minute

ab Festnetz) an. Womöglich haben Sie bei einem früheren Aufhörversuch eine ungeeignete Methode gewählt. Erkundigen Sie sich bei den besonders ausgebildeten Beraterinnen der nationalen Rauchstopplinie. Diese wissen genau Bescheid über die verschiedenen, wissenschaftlich erprobten Aufhörmethoden. ■

ternet. Im World Wide Web lassen sich Hunderte von keiner Behörde geprüfte, gefälschte, verfallene oder wirkungslose Arzneimittel von zweifelhafter Qualität bestellen. Oft werden irreführende Versprechungen über die positiven Wirkungen, jedoch keine Angaben zu möglichen Risiken gemacht. Besonders irreführend sind die als unbedenklich angepriesenen Produkte, beispielsweise solche zur Potenzsteigerung, welche einen nicht deklarierten und ungeprüften synthetischen Wirkstoff enthalten. Erhältlich sind sowohl rezeptfreie als auch rezeptpflichtige Arzneimittel. Swissmedic weist ausdrücklich darauf hin, dass verschreibungspflichtige Medikamente wie beispielsweise Tamiflu® nur nach Verschreibung durch einen Arzt, eine Ärztin und unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden dürfen.

Bestellungen über Internet riskant

Swissmedic warnt vor gefälschten Arzneimitteln

Gefälschte Arzneimittel stellen international eine wachsende Bedrohung der öffentlichen Gesundheit dar. Dies zeigen aktuelle Meldungen aus den USA und Europa über Fälschungen des Grippemedikamentes Tamiflu®. Swissmedic warnt grundsätzlich vor der Einnahme von Arzneimitteln aus nicht kontrollierten Quellen und rät namentlich davon ab, Medikamente über unbekannte Websites zu bestellen.

Wer seine Arzneimittel im Internet bei unbekanntem Websites bestellt, riskiert seine Gesundheit. Diese Botschaft der Swissmedic belegen einmal mehr die aktuellen Meldungen über Fälschungen von Tamiflu® aus den USA, Taiwan, Grossbritannien und Holland. Arzneimittelfälschungen stellen nicht mehr ausschliesslich ein Problem für die Dritte Welt dar. So beschlagnahmten Zollbehörden an der amerikanischen Westküste grosse Mengen eines vermeintlichen Generikums von Tamiflu®. Bislang gibt es keine Generika dieses Arzneimittels, welches zur

Behandlung oder Vorbeugung der Grippe eingesetzt wird. Wie erste Labortests zeigten, enthielten die Produkte statt des Wirkstoffs Oseltamivir nur Vitamin C. Die Präparate wurden von Privatpersonen via Internet bei Lieferanten aus dem asiatischen Raum bestellt.

Gesundheitsrisiko

Swissmedic warnt in diesem Zusammenhang vor dem Kauf und der Einnahme von Arzneimitteln aus nicht kontrollierten Quellen. Dazu zählt heute namentlich die Vermittlung von Medikamenten über In-

Keine Fälschungen in offiziellen Vertriebskanälen

In den offiziellen, behördlich überwachten Vertriebskanälen in der Schweiz (Apotheken, Arztpraxen, Spitäler) wurden bislang keine gefälschten Arzneimittel festgestellt. Da die zahlreichen Vorkehrungen zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit bei Bestellungen via Internet oder aus anderen nicht geprüften Quellen weitgehend ausgeschaltet sind, warnt Swissmedic davor, Arzneimittel auf diese Weise zu bestellen. Für die Sicherheit der

EMS⁺
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

MULTIFUNKTIONAL für alle Anwendungen, von Endodontie, Perio, Scaling, Kavitätenpräparation bis zu konservierenden Massnahmen.

PRÄZISE absolut lineare Schwingungen in einer Ebene vor und zurück sowie in der Verlängerung – für unvergleichliche Präzision und schonende Arbeitsweise, abgestimmt auf das jeweilige Behandlungsfeld und mit permanenter Feedbackmessung eines jeden Instruments.

ANTIMIKROBIELL gebrauchsfertige Mundspüllösung BacterX pro mit lang anhaltendem Depoteffekt.



ERGONOMISCH permanenter LED-Anzeige, praktische Schlauch-Steckkupplung mit Wasserregulierung, praktischer Wasserregler, abnehmbare Handstücke.

PATIENTENFREUNDLICH durch sanfte Elektronik mit Microcontroller.



Steribox



Swiss Instruments A, P, PS

KOMPLETT inklusive Original Piezon Universalhandstück und 3 Swiss Instruments (A, P, PS) in Combi-

Torque in der Steribox aus Edelstahl, Schlauch, 2 Flaschen, Trafo und Fuss-schalter.

Mehr Information unter www.ems-swissquality.com



Arzneimittel aus kontrollierten Quellen sorgen die Zulassung durch Swissmedic (Beleg von Sicherheit, Wirksamkeit, Qualität), die Betriebsbewilligungen und Inspektionen (qualitätssichernde Massnahmen bei Herstellung und Vertrieb), die ärztliche Kontrolle bei der Anwendung verschreibungspflichtiger Präparate, die Fachberatung in der Arztpraxis, Apotheke oder Drogerie sowie die Patienteninformation in den drei Landessprachen. Damit ausschliesslich geprüfte Qualitätsprodukte in die offiziellen Vertriebskanäle gelangen, ist eine verstärkte internationale Zusammenarbeit notwendig. Swissmedic hatte daher diesen Herbst mit dem

Europarat ein Seminar mit Behörden Europas und Vertretern aus der pharmazeutischen Industrie, dem Grosshandel sowie Ärzteschaft und Apotheker organisiert.

Hinweis

Der Leitfaden der Swissmedic greift das Thema «Arzneimittel und Internet» für das medizinische Laienpublikum auf. Die Hinweise auf Risiken sowie praktische Tipps, Links und eine Checkliste sollen die gezielte Informationssuche erleichtern und von unvorsichtigen Einkäufen abhalten. Direkter Link: <http://www.swissmedic.ch/files/pdf/Internetleitfaden-D.pdf> ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



13. und 14. Januar 2006 im KKL in Luzern

Prof. Dr. Giovanni Zucchelli: Moderne plastisch-ästhetische Mukogingivalchirurgie

Dr. med. dent. Martina Lulic, Bern

Die «pink»-Ästhetik bekommt in der Zahnmedizin einen immer höheren Stellenwert. Freiliegende Zahnhälse, unregelmässiger Gingivaverlauf und Rezessionen an einzelnen oder mehreren Zähnen sind Probleme, mit denen man im Praxisalltag konfrontiert wird. Aufgrund des positiven Echos auf die Fortbildungen mit Prof. Zucchelli 2003 und 2004 fand nun die 3. Kurswiederholung im KKL Luzern statt. Es war der erste Teil einer 4-teiligen, von Dr. Thomas Zumstein und seinem Team organisierten Fortbildungsreihe.

Dr. Thomas Zumstein sieht das Ziel seiner Fortbildungsreihe darin, ein Thema seriös, step by step abzuhandeln und praxisbezogene Beispiele zu geben. Der Privatpraktiker sollte das Gehörte und Gesehene auch umsetzen können. Es wird dabei nicht auf die Quantität, sondern auf die Qualität der Referenten geachtet. Er freut sich, Prof. Giovanni Zucchelli begrüßen zu dürfen.

Äthiologie und Pathogenese

Die Patienten wünschen sich heutzutage tendenziell «kürzere» Zähne. Zähne können jedoch nur gekürzt werden, wenn eine gingivale Rezession vorliegt. Die Diagnose der gingivalen Rezession ist jedoch nicht immer einfach, da sich die Bestimmung der Schmelzzementgrenze oft schwierig gestaltet.

Die Ursachen der gingivalen Rezession können traumatischer, bakterieller oder viraler Art sein. Die Folgen sind ästhetische Einbussen, Dentinüberempfindlichkeit, Abrasion der Wurzel (Karies) und



Dr. Zumstein (links) begrüsst Prof. Zucchelli

Plaqueakkumulation aufgrund Unregelmässigkeiten des Gingivaverlaufs.

Rezessionsdeckung

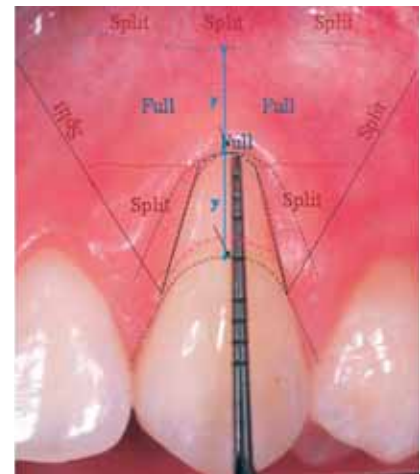
Eine vollständige Rezessionsdeckung kann nur erfolgen, solange kein parodontaler Gewebsverlust vorliegt; das heisst nach der Klassifizierung von P. D. Miller (*A classification of marginal tissue recession*. Int J Periodontol Rest Dent 5: 9–13 (1985a)) bei Rezessionen der Klasse I und II.

Prof. Zucchelli betont, dass hier jedoch auch die klinische Situation zu betrachten sei. Die klinische Schmelzzementgrenze (bestimmt von der Länge der Papillen) kann infolge Extrusionen oder Rotationen der Zähne oder infolge Verlust der Papille von der anatomischen Schmelzzementgrenze abweichen. Somit ist die Dimension der Papille bestimmend für die Möglichkeiten der Rezessionsdeckung. Eine richtige Diagnose, das Abschätzen der vorhandenen Möglichkeiten und die Aufklärung der Patienten sind für eine erfolgreiche Therapie unumgänglich.

Chirurgische Techniken

Die drei Arten der Rezessionsdeckung für einzelne und multiple Rezessionen, *der koronale und laterale Verschiebelappen und das bilaminäre Vorgehen*, werden nun Schritt für Schritt erklärt und mit klinischen Bildern und Videosequenzen untermauert.

Der koronale Verschiebelappen mit horizontaler oder triangulärer Schnittführung ist der wichtigste Lappen für das Verständnis der hier gezeigten chirurgischen Techniken. Der Lappen wird stellenabhängig verschieden präpariert (full thickness oder split thickness).



Schnittführung bei einer einzelnen Rezession

Nach der Operation liegt die Mukogingivallinie weiter apikal. Da ihre Position jedoch genetisch definiert ist, strebt sie in ihre ursprüngliche Position zurück. Das Ganze resultiert in einer Verbreiterung des keratinisierten Gewebes. Der koronale Verschiebelappen kann also zu einer Verbreiterung der Gingiva führen. Hier betont Prof. Zucchelli wieder, dass dies also auch ohne Bindegewebstransplantat möglich ist. Das Ganze geschieht jedoch nur bei genügender Kooperation der Pa-

tienten (Putztechnik rot nach weiss, Chlorhexidin nach OPS).

Wenn der zu deckende Zahn zu wenig Restgingiva hat, kann durch den seitlich verschobenen Lappen das keratinisierte Gewebe des Nachbarzahnes, sofern ausreichend vorhanden, genutzt werden.



Präoperativ: Multiple Rezession



Schnittführung



Klinische Ansicht der Schnittführung



Postoperativ: vollständige Rezessionsdeckung

Was geschieht bei zervikalen Abrasionen?

Falls zervikale Abrasionen vorhanden sind, kollabiert der koronale Verschiebelappen, und auch subgingivale Kompositfüllungen funktionieren nicht. Hier ist nun die Indikation für ein Bindegewebs-Transplantat, bedeckt vom koronal verschobenen Lappen gegeben, das so genannte bilaminäre Vorgehen.

Abrasionen im Bereich der Zahnkrone können nicht mit Gingiva gedeckt werden, sondern müssen präoperativ mit Komposit aufgefüllt werden.

Am Samstag wurde die Veranstaltung mit zwei Live-Operationen abgerundet.

Fazit

Mit seiner witzigen, provokativen Art verstand es Prof. Zucchelli, die Teilnehmer zu begeistern und einen theoretischen sowie praxisbezogenen Einblick in das Gebiet der plastischen Mukogingivalchirurgie zu geben. Umrandet wurde die gut organisierte Veranstaltung von einem reichhal-

tigen Buffet mit kulinarischen Köstlichkeiten.

Für alle Interessierten geht diese Fortbildungsreihe am 27./28. Oktober 2006 mit «Moderne regenerative Parodontalchirurgie vs. Implantologie im Frontzahnbereich» mit Prof. M. Hürzeler weiter. Am 4./5. Mai 2007 behandelt Dr. R. Jung das Thema «Von der Zahnextraktion bis zur Kroneninsertion, Erfolgsstrategien in der Implantologie» und am 26./27. Oktober 2007 diskutieren Dr. R. Burkhardt und Dr. G. Baldini «Die Paro-Ortho Connection». Nähere Informationen gibt es über www.zumstein-zahnarzt.ch. ■



Universitätsnachrichten

Prof. Dr. A. Filippi – Beförderung zum Titularprofessor

Prof. Dr. J. Meyer, Departementsvorsteher

Am 14. Dezember 2005 hat die Regenz der Universität Basel den Privatdozenten Dr. A. Filippi zum Titularprofessor ernannt.



Herr Prof. Filippi hat in Giessen (D) das Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Justus-Liebig-Universität absolviert. 1991 erfolgte die Promotion und 1999 die Habilitation nach Assistenten- und Oberarztstätigkeit an der gleichen Universität. Von 1999 bis 2001 war Prof. Filippi als Oberarzt der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie an den Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern tätig und wechselte im Jahre 2001 nach Basel, wohin er sich 2002 umhabilitierte. Er ist Fachzahnarzt für Oralchirurgie und erhielt mehrere Auszeichnungen für seine wissenschaftliche Arbeit, darunter den Friedrich-Ludwig-Hesse-Anerkennungspreis der Universität Leipzig und den Tagungspreis der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Im Jahre 2003 wurde er an den Universitätskliniken für Zahnmedizin der Universität Basel zum «Teacher of the year» gewählt. Er ist Mitglied in mehreren Editorial Boards anerkannter Fachzeitschriften und Mitglied multipler nationaler und internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften, wo er auch in den Vorständen fungiert.

Seit seiner Habilitation 1999 hat er 26 wissenschaftliche Originalarbeiten in begutachteten Fachzeitschriften («peer review») mit Impact-Factor verfasst. Seine wissenschaftlichen Hauptarbeitsgebiete sind «Ozon in der Zahnmedizin» und das «Frontzahntrauma». Darüber hinaus hat er erst vor kurzem ein Buch über Halitosis herausgegeben (Quintessenz-Verlag). Bereits zehn Doktoranden wurden von ihm zur Dissertation geführt, augenblicklich betreut Prof. Filippi weitere acht Promotionen. Neben seinen Aktivitäten in Forschung, Lehre und Patientenversorgung übernimmt Prof. Filippi zahlreiche administrative Tätigkeiten, unter anderem als Mitglied im Kopf-Hals-Tumorzentrum der Universität Basel oder als Vorsitzender der EDV-Kommission der Universitätskliniken für Zahnmedizin. Zur Finanzierung seiner wissenschaftlichen Projekte hat er multiple Drittmittel eingeworben.

Die Mitarbeiter, die Studierenden und die Dozenten der Universitätskliniken für Zahnmedizin gratulieren Herrn Prof. Filippi zu dieser Beförderung ganz herzlich und wünschen ihm für seinen weiteren Lebensweg alles Gute und viel Erfolg. ■



Universitätsnachrichten

Isabelle Cappuyns, neue Fachzahnärztin für Parodontologie und Preisträgerin des SSP/Oral-B-Preises

Frau Dr. Isabelle Cappuyns, Oberassistentin an der Abteilung für Parodontologie der Universität Genf, ist neue Fachzahnärztin für Parodontologie.

Sie hat nicht nur die Spezialisierungsprüfung bestanden, sondern mit ihren Arbeiten für die Spezialisierung gleich drei Preise gewonnen. Für einen ihrer Spezialisierungsfälle wurde sie 2002 mit dem «Prix de l'Association des Anciens Etudiants de l'Ecole de Médecine Dentaire de Genève» ausgezeichnet, ein zweiter Fall wurde mit dem 2005 erstmals verliehenen «SSP/Oral-B-Preis für klinische Fallpräsentationen» prämiert. Mit ihrer Doktorarbeit gewann sie ausserdem den Posterwettbewerb am SSP-Kongress 2002. Herzliche Gratulation! ■



Isabelle Cappuyns rechts, bei der Übergabe des SSP/Oral-B-Preises.

ZEITSCHRIFTEN



Zahnextraktion und Management bei Hämophiliepatienten

Franchon X et al: Management options for dental extraction in hemophiliacs: A Study of 55 extractions (2000–2002)

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 99: 3 (2005)

Die Zahnextraktion bei Hämophiliepatienten birgt ein hohes (Nach)-Blutungsrisiko in sich. In dieser retrospektiven Studie wurden hämophile Patienten nach einem standardisierten Protokoll stationär in Lokalanästhesie behandelt. Ziel war es, zu prüfen, ob der Patientenkomfort verbessert und der stationäre Aufenthalt verkürzt werden kann. Es wurden insgesamt 55 Extraktionen bei 16 Patienten durchgeführt, wobei eine systemische Behandlung im Sinne einer Substitutionstherapie und lokale Massnahmen zur Blutstillung angewandt wurden. Zu den örtlichen Behandlungen gehörten die Applikationen von Fibrinklebern, Kollagen-Vliesen, resorbierbaren Nähten und intermittierende Kompressionen mit Tramexamsäure.

Die Hämophilie gehört in die Gruppe der angeborenen Koagulopathien und ist zurückzuführen auf den Mangel von Gerinnungsfaktoren VIII (Typ A in 80%) und IX

(Typ B in 20%). In Abhängigkeit von der Restaktivität der Gerinnungsfaktoren werden drei Schweregrade unterschieden: Die schwere Form (<1%), die mittelschwere Form (2–5%) und die milde Form (6–30%). Die betroffenen Patienten müssen 30 bis 60 Minuten vor einem chirurgischen Eingriff mit gerinnungsaktiven Plasmakonzentraten substituiert werden, um die Faktoraktivität auf 30 bis 75% zu erhöhen. Die Halbwertszeit der Faktoren beträgt zwischen 12 und 24 Stunden. Um das Übertragungsrisiko von HIV und HCV zu reduzieren, werden heutzutage bei strenger Indikationsstellung rekombinante Faktoren transfundiert. Die Bildung von Antikörpern mit der Folge einer Hemmkörperhämophilie betrifft in 10 bis 25% der Fälle Patienten mit Hämophilie A und in 2 bis 3% der Fälle die Patienten mit Hämophilie B. Da in diesen Fällen eine konventionelle Substitutionstherapie nicht effektiv ist, wird entweder ein Konzentrat mit einem aktivierten Prothrombinkomplex oder ein rekombinanter aktivierter Faktor VII (rFVIIa) verabreicht.

Bei der mittelschweren und milden Hämophilie A wird alternativ zu Faktor VIII das Dihydro-D-Arginin-Vasopressin (DDAVP) eingesetzt. Das DDAVP setzt über einen noch nicht ganz geklärten Mechanismus die Faktor-VIII-Reserven

frei. Da dieser Wirkmechanismus nicht bei allen Patienten gleich gut funktioniert, sollte ein bis zwei Wochen vor einer chirurgischen Intervention ein Test durchgeführt werden.

In der Literatur werden bezüglich Zahnextraktionen bei Hämophilie folgende Massnahmen diskutiert: systemische Behandlung und, bei Verzicht, lokale Hämostase durch Gebrauch von Oxyzellulose- oder Gelatineschwämmchen und Fibrinklebern, Nähten und Kompressionsplints.

Bei 16 Patienten mit zum Teil schweren Hämophilien wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren 55 Extraktionen durchgeführt. Die Anästhesie erfolgte mit Articain mit Adrenalinzusatz. Bei insgesamt sechs Patienten mit schwerer und einem Patienten mit mittelschwerer Hämophilie A wurde eine Stunde vor Zahnextraktion die Substitutionstherapie mit einem rekombinanten Faktor-VIII-Konzentrat durchgeführt. Analog wurden drei Hämophilie-B-Patienten mit rekombinanten Faktor IX substituiert. Einem Patienten mit einer schweren Hemmkörperhämophilie A wurde der Faktor rVIIa (Novoseven) verabreicht. Patienten mit milder Hämophilie A wurden mit DDAVP behandelt.

Die lokale Hämostase wurde standardisiert wie folgt ausgeführt: Nach Kürrretage der Alveole wurde ein Fibrinkleber (Tissucol-Baxter) appliziert. Danach wurde ein Gelatineschwämmchen (Curaspon-Curamedical) inseriert und mit dem Kleber abgedeckt. Es folgte eine resorbierbare Adaptationsnaht (Vikryl rapide), welche wieder mit einer Schicht Kleber bedeckt wurde. Postoperativ wurde der Patient instruiert, die Alveole zehn Minuten mit einem mit tramexamsäuregetränkten (Tramexamsäure hemmt die fibrinolytische Aktivität der Speichelenzyme) Gazetupfer intermittierend zu komprimieren: stündlich am ersten Tag, alle zwei Stunden am zweiten und alle drei Stunden am dritten Tag. Der Patient wurde angehalten, auch an folgenden Tagen bei Anzeichen einer Blutung das Prozedere zu wiederholen.

Es wurden sechs Fälle mit postoperativer Nachblutung bei schwerer und mittelschwerer Hämophilie registriert, wovon vier Patienten nach der Kompressionsperiode zwischen dem 4. und 8. Tag nachbluteten. In zwei Fällen war eine Wiederholung der lokalen und systemischen hämostatischen Massnahmen nötig. Bei den anderen vier Patienten konnte die Lage mit einer erneuten Injektion von Faktorkonzentraten und Kompression stabilisiert werden. In dieser Studie betrug

die Länge der Hospitalisierung 11 Tage, während andere Untersuchungen von 28 Tagen berichteten. Interessant ist die Feststellung, dass die Nachblutung erst nach einigen Tagen postoperativ einsetzt. Eine mögliche Erklärung sehen die Autoren in der abnehmenden Aufmerksamkeit seitens des Patienten, der z. B. unvorsichtig beim Essen die noch entzündete Mundschleimhaut traumatisiert. Durch die Anwendung einer tramexam-säuregetränkten Kompresse und dem hämostasefördernden chirurgischen Vorgehen konnte der postoperative stationäre Aufenthalt in den meisten Fällen auf einen Tag verkürzt und ein verlässliches Resultat erreicht werden.

Daniel Kosicki, Zürich

Myoarthropathien des Kausystems

Michelotti A, Farella M, Gallo L M, Veltri A, Palla S, Martina R:
Effect of occlusal interference on habitual activity of human masseter
J Dent Res 84: 644–648 (2005)

Die Frage nach einem allfälligen Zusammenhang zwischen okklusalen Vorkontakten auf der einen und Bruxismus und Myoarthropathien des Kausystems (MAP) auf der anderen Seite ist in der Zahnmedizin seit vielen Jahren Gegenstand oft erbitterter Diskussionen. Im anbrechenden Zeitalter der evidenzbasierten Zahnmedizin zählen persönliche Eindrücke und Meinungen jedoch weitaus weniger als früher; «Wissen», das früher in so genannten «Schulen» ohne methodisch-adequate Überprüfung weitergegeben wurde, muss sich heute in hochqualitativen klinischen Studien beweisen.

Vor wenigen Wochen wurden von der italienisch-schweizerischen Arbeitsgruppe um Ambrosina Michelotti (Neapel) die Ergebnisse einer randomisierten, plazebo-kontrollierten Doppelblindstudie veröffentlicht. Die Autoren gingen der Frage nach, ob bei wachen Personen eine plötzliche Veränderung der maximalen Interkuspitation durch das Einbringen eines okklusalen Störkontakts Auswirkungen auf die Aktivität des M. masseter hat und ob eine solche Interferenz in der Lage ist, Bruxismus und/oder CMD-Symptome auszulösen.

An der Studie nahmen 11 vollbezahnte gesunde Probandinnen teil. Diese durften unter anderem keine okklusalen Interfe-

renzen bei Seit- und Vorschub des Unterkiefers aufweisen. Wenn ein Gleiten in die Zentrik vorhanden war (d. h. ausgehend von okklusalen Vorkontakten bei retraler Unterkieferlage ein Gleiten des Unterkiefers in die maximale Interkuspitation), so durfte dieses nicht mehr als 2 mm betragen.

Im Verlauf von 6 Wochen durchlief jede Probandin 5 zeitlich getrennte Phasen: (1) keine Vorkontakte; (2) 8 Tage entweder störender okklusaler Vorkontakt in maximaler Interkuspitation (mittels einer 0,25 mm hohen, 2 mm langen und 8 mm breiten, mit Komposit auf den unteren ersten Molaren der bevorzugten Kauseite geklebten Goldfolie) oder vorkontaktfreie Plazebo-Interferenz (auf die vestibuläre Fläche desselben Zahns geklebte Goldfolie); (3) 1 Woche keine okklusale Interferenz (Auswaschphase); (4) 8 Tage Plazebo- oder echte Interferenz; (5) 3 Tage Auswaschphase.

Mithilfe von 2 Oberflächenelektroden und eines tragbaren EMG-Aufnahmege-räts wurden an insgesamt 16 Tagen Aufzeichnungen über die elektromyographische Aktivität des auf der Seite des Störkontakts befindlichen M. masseter durchgeführt. Ferner gaben die Probandinnen mithilfe einer 100 mm langen visuellen Analogskala (VAS) Auskunft über eventuell vorhandenen Kiefermuskel- und Kopfschmerz sowie über aktuelles Stressniveau und okklusales Unbehagen (*occlusal discomfort*).

Ergebnisse: Die Zahl der okklusalen Kontakte nahm unmittelbar nach Einsetzen des experimentellen Störkontakts signifikant ab (von ca. 14 auf ca. 3). Die okklusale Interferenz führte vor allem in den

ersten beiden Tagen zu einer deutlichen Hemmung (!) der elektromyographischen Aktivität des M. masseter: Die Zahl der Aktivitätsperioden pro Stunde und die durchschnittliche Amplitude der Muskelaktivität waren deutlich verringert, was von den Autoren als Vermeidungsverhalten interpretiert wird. Ab dem dritten Tag stieg die EMG-Aktivität allmählich wieder auf das Niveau der okklusionsstö-rungsfreien Phasen.

Im Verlauf der 8-tägigen Vorkontaktphase nahm die Zahl der Okklusionskontakte statistisch signifikant zu, nach Einschätzung der Autoren wahrscheinlich aufgrund einer funktionell bedingten Intrusion des betroffenen Zahnpaars. Damit einher ging ein Rückgang des zu Beginn ausgeprägten Gefühls eines okklusalen Unbehagens. Am Ende der Untersuchung war die Zahl der Okklusionskontakte wieder mit derjenigen zu Studienbeginn vergleichbar.

Hinsichtlich der VAS-Werte für Kiefermuskel- und Kopfschmerz sowie bezüglich Stressniveau wurde keine statistisch signifikante Änderung festgestellt. Keine Studienteilnehmerin entwickelte eine CMD oder zeigte eine erhöhte Palpationsempfindlichkeit der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke.

Fazit: Die richtungsweisende Crossover-Langzeitstudie von Michelotti et al. ist die erste, welche die Auswirkungen von okklusalen Störkontakten auf die EMG-Aktivität bei wachen Patienten untersuchte. Okklusale Vorkontakte waren nicht mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Bruxismus, CMD-Beschwerden oder Kopfweg verbunden.

Jens C. Türp, Basel



MediBank

Die Schweizer Bank für freie Berufe

Private Vermögens- und Finanzplanung

Bahnhofstrasse 8+10, 6301 Zug
Tel 041 726 25 25 / Fax 041 726 25 26 / Email info@medibank.ch

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