

dentastic

DAS SCHWEIZER PREMIUM ZAHNARZTMAGAZIN



- FIT IM ZAHNARZTBERUF MIT DAVE DOLLÉ
- IMPLANTOLOGIE
- PROF. WERNER MÖRMANN SYMPOSIUM
- SCHWEINEGRIPPE UND ZAHNARZTPRAXIS
- ZAHNMEDIZIN IN HONG KONG
- MISSEN-ZAHN-SPEZIAL
- 10. SSOS JAHRESTAGUNG IN CHAM
- PRAXISHYGIENE
- UND VIELES MEHR



Seite 4



Seite 16



Seite 24



Seite 36



Seite 42

- 4 **IMPLANTOLOGIE** Dr. Ueli Grunder: Weichgewebe-Augmentationstechniken zur Weichgewebeverbesserung um Implantate.
- 7 **KONGRESSE** 10. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie SSOS in Cham
- 10 **HYGIENE** Praxishygiene
- 16 **COVERSTORY** Fit und gesund in der Praxis – Körpertraining mit Dave Dollé
- 20 **IMPLANTOLOGIE** Dr. Toni Wetzel: Wann extrahieren, wann erhalten? Überlegungen des Parodontologen
- 24 **UNIVERSITÄTEN** CEREC-Symposium 2009 – Festveranstaltung Abschied Prof. Dr. Mörmann
- 28 **SCHWEINEGRIPPE** Hygienemasken – akuteller denn je
- 30 **SCHWEINEGRIPPE** PD Dr. med. Dr. med. dent. Till S. Mutzbauer: Die nächste (Schweine-)grippe kommt bestimmt
- 34 **PRAXISMANAGEMENT** stepps® Praxismarketing – Begeisterung durch Kommunikation
- 36 **INTERNATIONAL** Dr. Dr. Marc Schätzle: Zahnmedizin in Hong Kong
- 40 **GOLF** 14. Schweizer ZahnärztInnen Golfmeisterschaft
- 42 **MISSEN** Miss Schweiz-Kandidatinnen 2009 über Zahnpflege und Zahnmedizin
- 45 **UNIVERSITÄTEN** Marketing-Institut der Uni Bern fühlt den ZMK Bern auf den Zahn

DENTASTIC – DAS SCHWEIZER PREMIUM ZAHNARZTMAGAZIN

Erscheint	6 x im Jahr
Auflage	5500 Exemplare
Bezugspreis	Einzelheft CHF 12.– plus Porto
Distribution	Versand und Abgabe an Teilnehmer an Veranstaltungen der fortbildung ROSENBERG
Verlag und Herausgeber	Venture Law GmbH, Bolleystrasse 22, 8006 Zürich, Telefon 043 497 86 01, Telefax 043 497 86 02, boris.etter@betterpraxis.ch
Redaktion	Boris Etter (verantwortlicher Redaktor, publizistische Leitung), Dr. med. dent. Nils Leuzinger (zahnmedizinische Leitung), Caroline Blum, Laura Abbas
Adresse Redaktion	Venture Law GmbH, Bolleystrasse 22, 8006 Zürich, Telefon 043 497 86 01, Telefax 043 497 86 02, info@betterpraxis.ch
Anzeigenmarketing Dental/Medizinalbereich	Boris Etter, Venture Law GmbH, Bolleystrasse 22, 8006 Zürich, Telefon 043 497 86 01, Telefax 043 497 86 02, info@betterpraxis.ch
Anzeigenmarketing übrige Inserenten	KRETZ AG, Verlag und Annoncen, General Wille-Strasse 147, 8706 Feldmeilen, Tel. 044 925 50 60, Fax 044 925 50 77, dentastic.annoncen@kretzag.ch
Layout und Druck	Vogt-Schild Druck AG, Gutenbergstrasse 1, 4552 Derendingen

Urheber- und Verlagsrecht/Gerichtsstand: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Bilder sind urheberrechtlich geschützt.

Mit Annahme eines Beitrages geht das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien etc. an die Venture Law GmbH über. Jede Verwertung ausserhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung der Venture Law GmbH unzulässig. Alle Angaben in «DENTASTIC» erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Venture Law GmbH oder der Autoren. Sie garantieren oder haften nicht für etwaige inhaltliche Unrichtigkeiten. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter verletzt werden. Autoren, die mit vollem Namen genannt sind, veröffentlichen ihre Beiträge in alleiniger Verantwortung. Copyright by Venture Law GmbH, Zürich. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Zürich. Die Beiträge geben die persönliche Meinung der Verfasser wieder. Sie muss nicht notwendigerweise mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen.

Cover: Model: Dave Dollé; Fotografin: Raja Läubli.

Herzlich willkommen

zur zweiten Ausgabe von DENTASTIC. Erfahren Sie Fachliches über die Implantologie, die Praxishygiene und die Schweinegrippe. Zahlreiche renommierte Autoren aus der Schweiz haben für uns Fachbeiträge verfasst, wofür wir Ihnen und allen anderen Autoren (viele weitere Fachbeiträge sind bereits in Planung oder sogar produziert) an dieser Stelle herzlich danken möchten. Erleben Sie mit DENTASTIC Veranstaltungen und Fortbildungen der Zahnmedizin. Wagen Sie mit Dr. Dr. Marc Schätzle eine Reise nach Hong Kong. Für den Bereich Lifestyle sorgen in dieser Ausgabe Dave Dollé, der Ihnen Tipps für die Zahnarztfitness gibt, und Miss-Schweiz-Kandidatinnen 2009, die Ihnen alles über Ihre Zähne verraten. Der beliebte Gastrotipp aus der ersten Ausgabe wird in der nächsten Ausgabe von DENTASTIC fortgesetzt, in einer anderen Stadt und mit einem anderen Gourmet-Führer. Mehr sei an dieser Stelle noch nicht verraten.



Foto: Matthias Stadler

Ab dieser Ausgabe führt DENTASTIC eine Kooperation mit DENTAL SPACE (www.dentalspace.ch) ein. Geschichten aus DENTASTIC, vorwiegend im Bereich People, werden nun auf DENTAL SPACE fortgesetzt beziehungsweise durch DENTAL SPACE ergänzt. Klicken Sie einfach auf www.dentalspace.ch.

Sehr stolz sind wir als Schweizer Zahnarztmagazin Ihnen einen attraktiven Wettbewerb (1. Preis eine «Cargo»-Fortis-Uhr im Wert von CHF 1300.–) zum ersten Schweizer Science-Fiction-Film «Cargo» (www.cargoderfilm.ch) präsentieren zu dürfen.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre von DENTASTIC.
Die nächste Ausgabe von DENTASTIC folgt bald....

Ihre Boris Etter und Dr. Nils Leuzinger



«Cargo»-Wettbewerb für Zahnärztinnen und Zahnärzte

1. Preis: «Cargo»-Fortis-Uhr im Wert von CHF 1300.–
2. Preis: «Cargo»-Jacke (Grösse L)
3. Preis: «Cargo»-Baseballcap

WETTBEWERB

Teilnahme: Senden Sie uns Ihren Namen und Ihre Praxisadresse per Post an:

Venture Law GmbH, «Cargo», Bolleystrasse 22, 8006 Zürich, oder per Fax an 043 497 86 02.
Einsendeschluss ist der 23. Oktober 2009. Über den Wettbewerb wird keine Korrespondenz geführt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Weichgewebe-Augmentations-techniken zur Weichgewebe-verbesserung um Implantate



AUTOR: Dr. Ueli Grunder, Zollikon ZH

Es ist eine grosse Herausforderung, ästhetisch optimale Resultate mit Implantaten zu erzielen. In den meisten Fällen fehlt nach Zahnextraktion entweder Knochen oder Weichgewebe, oder beides und so sind Aufbauten nötig (Grunder et al. 1996). Das Vorhandensein von Knochen ist der Schlüsselfaktor, um ein harmonisches Erscheinungsbild des Weichgewebes zu erzielen (Grunder 2000, Salama et al. 2000, Tarnow et al. 2000, Kois 2001), da die Weichgewebedicke limitiert ist (Van der Velden 1982, Abrahamsson et al. 1998, Berglundh et al. 1998, Kois 2000). Aber die Weichgewebedicke variiert von Patient zu Patient stark. Klinisch kann ein Wechsel zu eher dünnerem Weichgewebe nach Zahnextraktion in vielen Fällen festgestellt werden. Deshalb ist es ratsam, nach Knochenaufbauten auch das Weichgewebe aufzubauen, um das ästhetische Resultat einer Implantat-rekonstruktion zu verbessern. Es sind verschiedene Methoden bekannt, wie diese Weichgewebeaufbauten gemacht werden können.

Es ist eine grosse Herausforderung, ästhetisch optimale Resultate mit Implantaten zu erzielen. In den meisten Fällen fehlt nach Zahnextraktion entweder Knochen oder Weichgewebe, oder beides und so sind Aufbauten nötig (Grunder et al. 1996). Das Vorhandensein von Knochen ist der Schlüsselfaktor, um ein harmonisches Erscheinungsbild des Weichgewebes zu erzielen (Grunder 2000, Salama et al. 2000, Tarnow et al. 2000, Kois 2001), da die Weichgewebedicke limitiert ist (Van der Velden 1982, Abrahamsson et al. 1998, Berglundh et al. 1998, Kois 2000). Aber die Weichgewebedicke variiert von Patient zu Patient stark. Klinisch kann ein Wechsel zu eher dünnerem Weichgewebe nach Zahnextraktion in vielen Fällen festgestellt werden. Deshalb ist es ratsam, nach Knochenaufbauten auch das Weichgewebe aufzubauen, um das ästhetische Resultat einer Implantat-rekonstruktion zu verbessern. Es sind verschiedene Methoden bekannt, wie diese Weichgewebeaufbauten gemacht werden können.

Art der Weichgewebetransplantate

Man unterscheidet zwischen einem subepithelialen Bindegewebegraft (Langer & Calagna 1980) und einem Full-thickness-graft (mit Epithel).

Zeitpunkt der Weichgewebeaugmentation

Die Augmentation kann kombiniert mit dem Setzen eines Implantates, oder nach dessen Einheilung durchgeführt werden. Das Einbringen eines Weichgewebetransplantates gleichzeitig mit dem Setzen eines Implantates scheint wenig vorteilhaft, da mehr Volumenverlust beobachtet wird. Der erfolgversprechendste Zeitpunkt ist ein Monat vor dem Wiederaufsuchen eines Implantates, häufig gleichzeitig mit der Entfernung einer nicht-resorbierbaren Membran, falls eine solche für die GBR verwendet wurde. Das Einbringen eines Weichgewebetransplantates gleichzeitig mit der Wiedereröffnung von Implantate ist mit mehr Risiken verbunden.

Im Folgenden werden die verschiedenen Methoden von Weichgewebeaugmentationen beschrieben.

«Ästhetik in der Implantologie»

mit Dr. Ueli Grunder

Zürich, Samstag, 28. November 2009, Marriott Hotel www.fbrb.ch

Vor der Zweitoperation

Voll-Lappen-Technik (Bild 1–4): Die Schnittführung, identisch derjenigen, die beim Einsetzen eines Implantates mit gleichzeitiger Knochenaugmentation angewendet wird, erlaubt eine zugfreie Adaptation des Lappens nach Einbringung eines Grafts, was eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine gute Heilung ist. Es wird nur eine vertikale Inzision im distalen Bereich gemacht. Das stellt sicher, dass keine Narbenbildung befürchtet werden muss im ästhetisch anspruchsvollen Bereich.

Tunnel-Technik (Bild 5–8): Beim subepithelialen Bindegewebegraft ist der Verlust von Weichgewebe speziell im Papillenbereich eines der Risiken. Die Tunnel-Technik (Raetzke 1985) hat zum Ziel, in diesem Bereich keine Inzision durchzuführen und somit wird dort nicht vernäht. Die Mobilisierung des Lappens sowie das Einbringen des Grafts erfolgt meist von distal.

Roll-Lappen und Inlay-Graft-Technik: Diese Methoden werden sinnvollerweise bei der Zweitoperation verwendet.

Gleichzeitig mit der Zweitoperation:

Voll-Lappen-Technik: Wenn bei der Zweitoperation speziell für den Einzelzahnersatz ein Lappen gebildet wird, resultiert eine Situation, die im Papillenbereich kaum eine optimale Heilung ermöglicht. Ein so schmales Areal zwischen Heilungsposten und Zahn kann nicht optimal vernäht werden und die Blutzufuhr wird nicht gewährleistet sein. Das Resultat ist meistens der Verlust der Papille. Aus diesem Grund sollte diese Technik nicht angewendet werden.

Roll-Lappen-Technik (Bild 9–12): Diese Technik (Abrams 1980) macht nur Sinn in Kombination mit dem Wiederaufsuchen des Implantates, da sonst ein grosses Risiko darin besteht, dass das Implantat spontan und unkontrolliert exponiert wird. Das Transplantat kommt von der palatinalen Seite der Implantatposition. Dabei wird nur oberflächlich das Epithel entfernt und das Bindegewebe gestielt unter die bukalen Weichgewebe gerollt. Wichtig ist es, dass die Inzision nicht zu stark nach bukal reicht, um das Auftreten von Narbengewebe zu verhindern. Die Fixation erfolgt mit dem Heilungsposten. Diese Methode eignet sich, um kleinere Aufbauten durchzuführen.

Tunnel-Technik (Bild 13–16): Zusammen mit der Zweitoperation kann auch ein kleines Graft durch eine Eröffnung über dem Implantat, wie sie für das Einbringen eines Heilungspostens nötig ist, eingeschoben werden. Es ist wiederum wichtig, dass keine Inzision im Bereich der Papille gemacht wird.

Inlay-Graft-Technik (Bild 17–20): Wenn nicht nur Weichgewebenvolumen, sondern auch keratinisierte Mukosa gewonnen werden soll, so ist die Inlay-Graft-Technik sehr nützlich (Grunder 1997). Dabei wird vorhandene keratinisierte Mukosa von palatinal nach bukal verschoben und der dadurch resultierende Spalt mit einem Vollgraft aufgefüllt. Voraussetzung für das Gelingen dieser Methode ist eine existierende Weichgewebedicke von mindestens 3 mm und dass das Graft perfekt zum Lappen adaptiert wird. Ebenfalls sollte der Abstand zwischen einem Zahn und einem Heilungsposten mehrere Millimeter betragen. Dadurch wird klar, dass diese Methode vor allem bei Mehrzahnlücken angewendet wird und zwar häufig bei Fällen, in denen ausgeprägte Knochenaufbauten gemacht wurden, mit dem Resultat, dass keratinisierte Mukosa fehlt.

Zusammenfassung

Alle diese Methoden sind sehr effizient, um Weichgewebe aufzubauen. Wichtig ist es, je nach Fall, die geeignete Technik anzuwenden.



Bild 1–4: Die Voll-Lappen-Technik erlaubt eine zugfreie Adaptation des Lappens nach Einbringung des Grafts. Die Vertikalinzision wird nur im distalen Bereich gemacht.



Bild 5–8: Die Inzision wird nur im distalen Bereich gemacht und das Graft wird nach tunnelartiger Präparation eingebracht. Der Papillenbereich wird perfekt geschont.



Bild 9–12: Das subepitheliale Bindegewebe wird von palatinal nach bukal verschoben und eingerollt. Wichtig ist es, die Inzision nicht zu weit nach bukal zu machen.



Bild 13–16: Durch eine keine Inzision, die für die Zweitoperation nötig ist, wird Bindegewebe eingeführt. Nur kleine Weichgewebekorrekturen können mit dieser Methode gemacht werden.



Bild 17–20: Die Inlay-Graft-Technik bei der Zweitoperation ermöglicht es, keratinisierte Mukosa zu gewinnen. Zudem kann das Gewebevolumen vergrößert werden.

LITERATUR

Abrams L., Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. *Compend Contin Educ Dent.* 1980; 1: 205-13.

Abrahamsson I., Berglundh T., Glantz PO., Lindhe J., The mucosal attachment at different abutments. An experimental study in dogs. *J Clin Periodontol.* 1998; 25: 721-7.

Berglundh T., Lindhe J., Ericsson I., Marinello C., Liljenberg B., Thomsen P., The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Impl Res.* 1991; 2: 81-90.

Grunder U., Spielman HP., Gaberthuel T., Implant-supported single tooth replacement in the aesthetic region: a complex challenge. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1996 Nov-Dec; 8: 835-842.

Grunder U., The inlay-graft technique to create papillae between implants. *J Esthet Dent.* 1997; 9: 165-168.

Grunder U., Stability of the mucosal topography around single tooth implants and adjacent teeth: 1-year results. *Int J Periodont Rest Dent.* 2000; 20: 11-17.

Kois JC., The restorative-periodontal interface: biological parameters. *Periodontol 2000.* 1996; 11: 29-38.
Kois JC., Kan JYK., Predictable peri-implant gingival aesthet-

ics: surgical and prosthodontic rationales. *Pract Proced Aesthet Dent.* 2001; 13: 691-689.

Langer B., Calagna L., The subepithelial connective tissue graft. *J Prosthet Dent.* 1980; 44: 363-367.

Raetzke PB., Covering localized areas of root exposure employing the «envelope» technique. *J Periodontol.* 1985; 56: 397-402.

Salama H., Salama MA., Garber D., Adar P., The interproximal height of bone: a guidepost to predictable aesthetic strategies and soft tissue contours in anterior tooth replacement. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1998 Nov-Dec; 10: 1131-1141; quiz 1142.

Tarnow D. P., Cho S. C., Wallace S. S., The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. *J Periodontol.* 2000; 71: 546-549.

Van der Velden U., Regeneration of the interdental soft tissue following denudation procedure. *J Clin Periodontol.* 1982; 9: 455-495.

Das KaVo X-ray Team

*1 Röntgenausstellungsraum, 2 Profis für die 3. Dimension
und das alles auf 4 Sprachen.*

Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch



*Marcello Cancellara
Servicetechniker
Röntgen / Multimedia
079 219 81 19*

*Sergio Capiello
Beratung und Verkauf
Röntgen / Multimedia
079 819 34 82*

Neueste Technologie in der dentalen 3D Cone-Beam-Bildgebung

Das **Gendex GxCB500** liefert Ihnen innerhalb weniger Sekunden dreidimensionale Röntgen-Aufnahmen. Neben Optimierung der Behandlungsplanung kann so ausserdem die Praxis-Effizienz und -wirtschaftlichkeit gesteigert werden. Aufgrund des geringen Platzbedarfs kann meist der bestehenden OPT-Raum benutzt werden. Das spart Umbaustress und Ausfallzeiten für die Neuinstallation.

Und Ihr altes OPT? Das brauchen Sie nicht mehr! Denn das GxCB500 bietet Ihnen die Möglichkeit, konventionelle Panorama-Aufnahmen zu machen.



KaVo. Dental Excellence.

10. Jahrestagung «Oralchirurgie für den Privatpraktiker» der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie SSOS in Cham.

Die Schweizerische Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS) feierte am 26. und 27. Juni 2009 im Lorzensaal in Cham ihren 10. Geburtstag. Sie lud deshalb zur zweitägigen Jahrestagung mit dem Titel «Oralchirurgie für den Privatpraktiker» ein.

Zahlreiche renommierte Referentinnen und Referenten präsentierten wichtige Themen, wie Komplikationen in der Oralchirurgie, Angstpatienten in der zahnärztlichen oralchirurgischen Praxis oder immunsupprimierte Patienten. Die Referate waren äusserst praxisorientiert und in Blöcke von jeweils 30 Minuten eingeteilt.

Am Freitagnachmittag fand der Nachwuchswettbewerb statt. Diesen gewann die Basler Studentin der Zahnmedizin Miriam Merz.

In den Pausen konnte die umfangreiche Dentalausstellung besucht werden. Das Angebot wurde von zahlreichen Teilnehmern rege genutzt. Ein weiteres Highlight des Jubiläums fand am Freitagabend statt: ein gemütlicher Festabend auf dem Zugersee mit zahlreichen kulinarischen Köstlichkeiten. ←



Dr. Thomas von Arx referierte zum Thema «Anatomie und Oralchirurgie».



Referentin Dr. Dorothea Berndt (Komplikationen in der Oralchirurgie).



Referent Dr. Thomas von Arx (Anatomie und Oralchirurgie).



Referent Prof. Dr. Andreas Filippi (Die Zahnbank – Zukunft der Zahntransplantation?).



Referent Dr. Carlos Madrid (Bisphosphate – Bedeutung in der Oralchirurgie).



Dr. Michael Bornstein referierte über den immunsupprimierten Patienten.



Dr. Ueli Kalt, Dr. Bernhard Ritter und Dr. Martina Briedé (v.l.n.r.).



Dr. Andrea Thoma, Dr. André Barman und Dr. Cornelia Katumba (v.l.n.r.).



Dr. Corinne Frey, Dr. Andrea Kessler-Peter und Dr. Flurina Suter (v.l.n.r.).

10. Jahrestagung «Oralchirurgie für den Privatpraktiker» der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie SSOS in Cham.

Weitere Informationen und Bilder zum Event finden Sie auf [DENTALSPACE](http://www.dentalspace.ch) (www.dentalspace.ch) in der Rubrik «Kongresse+Messen».



Referent Dr. Frank Striezel (Operative Weisheitszahnentfernung – was ist evidence based?).



Referentin Dr. Beatrice Nideröst Battaini (Der allgemeine Risikopatient in der Zahnarztpraxis).



Referent Dr. Norbert Enkling (Der Angstpatient in der zahnärztlichen/oralchirurgischen Praxis).



Am Stand von Friadent: Marion Aschwanden (l.) und Nicole Rossi (r.).



Kieferchirurg Dr. Dr. Luzi-Peter Schmidt aus Aarau.



Prof. Dr. Daniel Buser besuchte interessiert den Nachwuchswettbewerb.



Referent Prof. Dr. Andrea Mombelli (Was muss der Zahnarzt/Oralchirurg über parodontologische Schnittführungen wissen).



Prof. Dr. J. Thomas Lambrecht, Universität Basel.



Dr. Bruce Stocker nahm am Nachwuchswettbewerb teil.



Strahlende Miriam Merz, Studentin der Zahnmedizin an der Universität Basel und Gewinnerin des Nachwuchswettbewerbs.



Dr. Malte Schulz, Teilnehmer des Nachwuchswettbewerbs.

Delphi Reisen-Bonus:
Bei Buchung das Stichwort
„dentastic“ angeben und
USD 100.- sparen!



WM-LUFT SCHNUPPERN IN SÜDAFRIKA

Entdecken Sie das Unbekannte. Südafrika besticht mit kolonialer Eleganz, einzigartigen Naturwundern und einer atemberaubenden Tierwelt. 2010 steht das Land an der Südspitze Afrikas als Gastgeber der 19. Fussball-Weltmeisterschaft ganz im Zeichen des runden Leders. An Bord der *Silver Wind* können Sie sich schon jetzt auf die Spuren des grössten Sportereignisses der Welt begeben.

SILVER WIND

13. – 23. Januar 2010 und 23. Januar – 2. Februar 2010

Kapstadt – East London – Maputo (Mosambik) – Richards Bay – Durban – Port Elizabeth – Mossel Bay – Kapstadt

- 10 Nächte in der Vista Suite
- Exklusiver All-Inclusive-Service (inkl. Getränke, Trinkgelder und 24 h-Kabinenservice)
- Deutschsprachige Hostessen an Bord
- Ausgewählte Vorträge und Lesungen an Bord

Ab \$ 4238.- p.P.*

inkl. 60% Silver Sailing Savings.
Zusätzlich wird ein Flugkosten-
Beitrag in Höhe von \$ 1000.- p.P.
(für max. 2 Personen) gewährt

OSTERN IN DER KARIBIK

Abtauchen im Paradies. Während die Daheimgebliebenen Ostereier suchen, entdecken Sie die farbenprächtige Inselwelt der Karibik. Ob San Juan mit seiner sehenswerten Altstadt, die Gewürzinsel Grenada oder St. Lucia mit ihrer einzigartigen Gebirgslandschaft – geniessen Sie (ent)spannende Tage an Land und an Bord. Die *Silver Cloud* vereint luxuriösen Komfort und persönlichen Service. Vorträge und Lesungen stimmen auf die jeweiligen Reiseziele ein.

SILVER CLOUD

31. März – 7. April 2010

San Juan (Puerto Rico) – Kingstown – St. George's (Grenada) – Castries (St. Lucia) – St. John's (Antigua) – Spanisch Town (Virgin Gorda, Prickly Pear) – San Juan

- 8 Nächte in der Vista Suite
- Exklusiver All-Inclusive-Service (inkl. Getränke, Trinkgelder und 24 h-Kabinenservice)
- Deutschsprachige Hostessen an Bord
- Ausgewählte Vorträge und Lesungen an Bord

Ab \$ 2718.- p.P.*

inkl. 60% Silver Sailing Savings.
Zusätzlich wird ein Flugkosten-
Beitrag in Höhe von \$ 200.- p.P.
(für max. 2 Personen) gewährt



*Preise exkl. Hafengebühren sowie An-/Abreise bis/ab Hafen. Weitere Suiten-Kategorien und Reisedaten auf Anfrage.

Weitere Informationen und Buchungen:

Delphi Reisen AG
Tel. 044 718 48 88
Fax 044 718 48 89
sales@delphitravel.ch
www.delphitravel.ch

DelphiREISENAG
Kreuzfahrten weltweit

SILVERSEA

Praxishygiene

«Unser Hygienekonzept sollte so gut sein, dass wir es anderen Praxisteams zeigen können.»

AUTOR:
Dr. Reto Neeser,
Aarau

Diese Aussage einer unserer Dentalassistentinnen stand 2006 anlässlich eines Hygienestaffs im Raum und veranlasste uns, nach 5 Jahren in unserer Praxisgemeinschaft das Hygienekonzept zu überdenken, Neues einzufügen, alles festzuhalten und zu schulen. Und 2008 konnte unser Team erstmals einen Kurs für 32 Zahnärzte und Dentalassistentinnen aus unserer Region durchführen. Dieses Hygienekonzept, das bei uns im Alltag gelebt wird, vermitteln wir in Zusammenarbeit mit der Fortbildung ROSENBERG in Abendkursen in unserer Praxis in Aarau.

Zu Beginn unseres Projektes «Hygiene 06» machten wir uns über die geltenden Regeln schlau und prüften unser damaliges Konzept. In der Schweiz haben Guggenheim et al. in der Monatsschrift der SSO während den 90er-Jahren gute Grundsatzartikel veröffentlicht. Die SSO äussert sich in ihren Qualitätsrichtlinien, was unter einer «guten Hygiene» verstanden wird, und wir konnten unser bisheriges Konzept mit diesen Angaben zielgerichtet überprüfen. Die SSO hält klar fest, dass die Verantwortung für die Praxishygiene beim Praxisinhaber liegt.



Patientenwechsel.

Aufwändig war die Einarbeitung in die vorhandenen Gesetze und staatlichen Empfehlungen. Wer genügend Energie hat, darf sich in den Paragraphenschlingen der Medizinalprodukteverordnung, des Heilmittelgesetzes, der Creutzfeld-Jakob-Verordnung oder den neuesten Empfehlungen der Swissmedic verlieren. Speziell das aktuell in der Vernehmlassung heiss diskutierte Papier «Gute Praxis zur Aufbereitung von sterilen Medizinprodukten in Arzt- und Zahnarztpraxen» vermindert die Verwirrung kaum, was denn nun und in welcher Form gesetzlich reglementiert ist. Gälte dieses Regelwerk in der aktuellen Form, so wäre zum Beispiel die Desinfektion der Instrumente mittels Tauchwannen nicht mehr gestattet. Es muss befürchtet werden, dass sich der Staat in der Zukunft noch vermehrt mit Regulationen in diesem Bereich betätigen wird. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte haben die Chance, durch offene Kommunikation und Transparenz zu zeigen, dass sie die moralische und ethische Verpflichtung zur hygienischen Arbeitsweise auch ohne staatliche Intervention ernst nehmen.

Von Seiten Patient stellt die Praxishygiene ein erstaunlich wichtiger Faktor dar. Seit 2004 führen wir im Rahmen einer Aktion der Society for Quality in Dentistry jährlich Patientenumfragen durch. Wir stellten fest, dass nach der Qualität unserer Arbeit und vor der Freundlichkeit der Mitarbeiter die Hygiene der zweitwichtigste Faktor für die Zufriedenheit der Patienten ist. Diese Werte sind in unserer Praxis und in den anderen beteiligten Praxen identisch. Die Zufriedenheit unserer Patienten betreffend Hygiene war bereits zu Beginn sehr hoch, obwohl unsere interne Evaluation diverse Schwachstellen im Konzept offenbarte. Dies zeigt, dass die Wahrnehmung der Patienten wohl vielmehr durch die Sauberkeit der Praxis als durch die «verborgenen» Hygienemassnahmen beeinflusst wird. Es ist jedoch auch eindeutig, dass vom Patienten beobachtete «Hygienemängel» zu Unsicherheiten und gar zum Austritt von Patienten führen können.

Zum Schluss der internen Evaluation stellten wir fest, dass wir beim Praxisbau 2001 bereits sehr viele richtige Entscheide zu Gunsten einer praktikablen Praxishygiene gefällt hatten, dass sich jedes Teammitglied Mühe gibt, sich hygienisch zu verhalten und dass einzelne Leitfäden und Richtlinien schriftlich festgehalten sind. Es fehlten jedoch ein einheitliches, verbindliches Konzept und dessen



Hier wird gebohrt!



Hier wird diskutiert!

regelmässige Schulung und griffige Kontrolle. Es existierten zahlreiche überflüssige Leerläufe, verursacht durch Unsicherheiten und Nichtwissen beim Team. Die neuesten Richtlinien zur Sterilisationskontrolle waren nicht umgesetzt.

Es ist selbstverständlich, dass Hygienemassnahmen viel Zeit und Geld beanspruchen und die Therapie und den Service am Patienten nicht negativ beeinflussen sollen. Wir definierten für unser Konzept die folgenden Ziele: Die Praxishygiene soll

- Mitarbeitern und Patienten Sicherheit bieten
- Ergonomie und Komfort möglichst nicht negativ beeinflussen
- ein positiver Teil des Praxismarketings sein
- Professionalität und Teamgeist fördern

Diese Ziele zu erreichen ist schlussendlich eine Aufgabe der Praxisführung und ein Managementprozess. Ich darf hierzu einige Resultate vermitteln und Teile unseres heutigen Hygienekonzeptes vorstellen:

Klassische Hygienemassnahmen

«Ziel der Praxishygiene ist die Verhinderung der Infektübertragung von einem Patienten auf einen anderen und auf Mitglieder von Praxisteam und Dentallabor und umgekehrt», so steht es in den bereits zitierten Qualitätsrichtlinien der SSO.

Patientenwechsel

Ein möglichst spartanisch eingerichteter Arbeitsplatz erleichtert die korrekte hygienische Arbeit massiv. Die Aufteilung des Behandlungszimmers in den Behandlungsplatz der Unit und ein Besprechungsplatz ausserhalb des Aersolbereiches hat sich in unserer Praxis sehr bewährt.

Bei der hygienischen Behandlung des Operationszimmers wird nach dem Prinzip des Netzen-Warten vorgegangen, und die Desinfektion muss alle kontaminierten Oberflächen betreffen. Dieser zentrale Arbeitsprozess soll von allen Teammitgliedern in der gleichen Abfolge der Arbeitsschritte durchgeführt werden. Es galt, alle Dentalassistentinnen in diesem Arbeitsschritt zu schulen. Und die Zahnärzte müssen erkennen, dass diese Arbeit Zeit benötigt und dass diese in der Tagesplanung berücksichtigt werden muss.

Aufbereitung von Instrumenten

Der Sterilisationsraum soll räumlich getrennt vom Behandlungszimmer und in die drei Zonen kontaminiert/hygienisch/steril getrennt sein. Der Steri soll kein Lagerraum und schon gar keine Cafeteria sein.

Zone rot: kontaminiert. In dieser Zone werden die gebrauchten Instrumente desinfiziert. Die Verletzungsgefahr mit kontaminierten Instrumenten ist gross und das Tragen von dicken Haushalhandschuhen deshalb Pflicht. Zur Desinfektion sind chemische (Tauchwanne) und thermische (Thermodesinfektor) Verfahren bekannt. Die Wahl zwischen den beiden Verfahren beeinflusst bauliche Massnahmen und Arbeitsweise sehr. Der Thermodesinfektor und das in diesem Fall speziell sinnvolle Traysystem sind in der Anschaffung kostenintensiv, sparen jedoch sehr viel «Womanpower» und bieten die grössere Sicherheit.

Zone gelb: hygienisch. Die desinfizierten Instrumente werden gewartet, verpackt und mit den nötigen Indikatoren zur Kontrolle des Sterilgutes versehen. Checklisten und viel Platz zum Einräumen der Trays sind hilfreich.

Zone grün: steril. Mittels Dampfautoklav werden die Instrumente sterilisiert und die korrekte Sterilisierung wird überprüft und dokumentiert. Andere Geräte wie Heissluftsterilisator und Chemiclav erfüllen die Richtlinien der Medizinalprodukteverordnung nicht mehr.



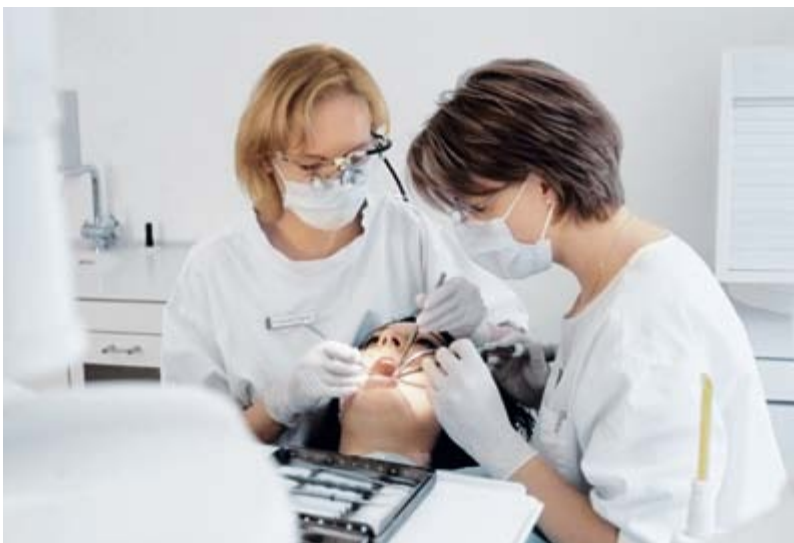
Zone rot, Achtung Verletzungsgefahr.



Zone gelb, Thermodesinfektion.

Zum «Highlight» Sterilisationskontrolle Folgendes: Gemäss der eben genannten Medizinalprodukteverordnung ist der Praxisinhaber verpflichtet, die korrekt erfolgte Aufbereitung der Instrumente zu überprüfen und die Resultate zu dokumentieren. Würde ein Patient behaupten, er sei durch eine Therapie beim Zahnarzt infiziert worden, liegt die Beweispflicht für das Gegenteil beim Praxisinhaber. Meiner Meinung nach ist der Sinn dieser staatlichen Reglementierung durchaus zu hinterfragen. Es existieren aber praktikable Verfahren, die auf die jeweilige Praxissituation angewendet werden können, um diesem Gesetz Genüge zu tun. Wir führen heute eine lückenlose Sterilisationskontrolle durch, und der zusätzliche Aufwand ist durchaus vertretbar.

Hygienische und ergonomische Arbeitsweise.



Hygienische Arbeitsweise

Die klinische Arbeit muss den Grundsätzen der Therapie und Ergonomie folgen und soll das finanzielle Ergebnis der Praxis sichern. Im Gegensatz zur weitverbreiteten Befürchtung, Hygiene vertreibe Patienten und mache die klinische Arbeit nicht mehr rentabel, haben bei uns zahlreiche Massnahmen der Hygiene die oben genannten Ziele gar unterstützt. Das Traysystem erlaubt zusammen mit der optimalen Arbeitsplatzvorbereitung ein sehr zielgerichtetes, speditives Arbeiten. In unserer Praxismgemeinschaft erleichtert das rasch vorbereitete und standardisiert verwendete Instrumentarium die professionelle Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Dentalassistentin.

Für verschiedene Eingriffe wenden wir unterschiedliche Hygieneniveaus an. Invasive Eingriffe werden von einem im Sterilisationsraum aseptisch vorbereiteten Operationstisch aus geführt. Dagegen benötigt zum Beispiel eine Compositfüllung unter Kofferdam nicht ein steriles Winkelstück. In unserer Praxis gehört das Spülen durch den Patienten mit Chlorhexidin vor einer Behandlung mit Aerosol zu einer Selbstverständlichkeit.

Weiter gilt es, Grundsätze für alle Arbeitsschritte von der sorgfältigen Anamnese über die korrekte Abhalte- und Absaugtechnik im Team bis zur hygienischen und unfallfreien Entsorgung festzulegen. Besonders heikel sind Arbeitsabläufe, bei der die hygienische Zone des Behandlungszimmers verlassen werden muss, zum Beispiel bei einer kleinen Schleifarbeit an einer Prothese im praxisinternen Labor. Und ein weiterer Schwachpunkt bildet meiner Meinung nach die

Dürr System-Hygiene - das gute Gefühl, an alles gedacht zu haben



DRUCKLUFT
ABSAUGUNG
BILDGEBUNG
ZAHNERHALTUNG
HYGIENE



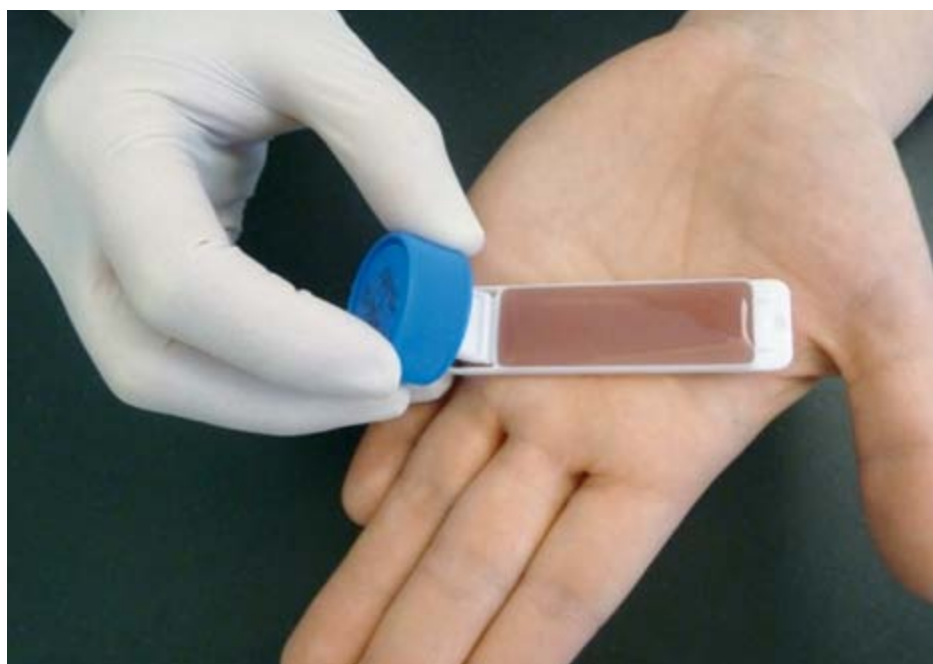
Wenn es um Infektionsschutz, Desinfektion und Reinigung geht, darf in Praxis und Labor nichts dem Zufall überlassen werden. Die über 30 Produkte der Dürr System-Hygiene haben ihre umfassende Wirksamkeit und hervorragende Materialverträglichkeit in zahlreichen Tests und im Praxisalltag unter Beweis gestellt. Darüber hinaus stehen bei der Markenhygiene von Dürr Dental einfache Handhabung sowie sichere und logische Anwendung an erster Stelle. So werden die Produkte durch das etablierte Vier-Farbsystem Rosa, Gelb, Blau und Grün ihren Einsatzbereichen klar zugeordnet. Mehr unter www.duerr.de

Verwendung von Leitungswasser zur Kühlung. Dieses zeigt bei uns trotz Durchspülen hohe Keimkonzentrationen. Für invasive Eingriffe muss sterile Kühlflüssigkeit und die Anwendung steriler Winkelstücke gefordert werden.

Schulung und Kontrolle

Hygiene ist eine Teamarbeit, und deshalb handelt es sich hier um ein ganz zentrales Thema zur Erreichung einer auf die Praxis angepassten Hygiene. Unsere Klinikchefin führt regelmässig Schulungen zu Aktualitäten der Hygiene durch. Ein neues Teammitglied wird speziell geschult und langsam an die Arbeiten der Praxishygiene herangeführt. Ein Hygieneskript mit der ausführlichen Beschreibung unseres Konzeptes dient als Leitfaden. Nach den ersten drei Monaten bei uns absolviert das neue Teammitglied einen praktischen und theoretischen Test. Als Praxisinhaber dürfen wir dann davon ausgehen, dass das zu Beginn schwächste Glied in der Hygienekette über das nötige Wissen verfügt.

Eine offene Kultur ist für die gegenseitige Kontrolle notwendig. Zudem führen wir vierteljährlich Abklatschtests durch. Die Resultate haben zu Beginn zahlreiche Schwachstellen aufgezeigt. Für die Teammitglieder unangekündigte Kontrollen helfen das Bewusstsein für die Hygiene zu schärfen und helfen, das Konzept laufend zu verbessern. Der Willen der «Chefetage», ein motiviertes Team mit guten Führungspersönlichkeiten, intensive Kopfarbeit, eine offene Kultur und laufend geführte Kommunikation im



Hygienekontrolle mittels Abklatschtest.

Team sind die Voraussetzungen für das Entstehen eines auf die Praxis möglichst optimal angepassten Hygienekonzeptes. So wurde aus der Idee vor mittlerweile vier Jahren der Hygienekurs unserer Praxis. Wir stellen in diesem Kurs unser Konzept vor und sind überzeugt, dass andere Praxen einerseits zahlreiche, bereits morgen umsetzbare Tips für ihre Praxis erhalten und andererseits einen roten Faden für die kontinuierliche Entwicklung ihres Hygienekonzeptes erkennen können.

Hygiene-Seminare
finden Sie unter:
← www.fbrb.ch



Hygiene ist Teamarbeit.

www.ascandi.ch

Beste Preise für die Praxis.



TETRIC EVO CERAM CAVIFIL

ART-NR. 34623 A1
ART-NR. 34624 A2
ART-NR. 34625 A3
ART-NR. 34628 A4
INHALT 20 STÜCK

MARKTPREIS:
CHF 92.00

ASCANDI VERKAUFSPREIS:
CHF 67.95

SIE SPAREN:
CHF 24.05

26%



MEDICOM PREMIER EARLOOP MASKEN TYPE IIR

ART-NR. 39325 BLAU
ART-NR. 39327 GELB
ART-NR. 39329 GRÜN
ART-NR. 57299 LAVENDER
ART-NR. 57300 PINK
ART-NR. 57301 WEISS
INHALT 10 X 50 STÜCK

MARKTPREIS:
CHF 157.00

ASCANDI VERKAUFSPREIS:
CHF 54.95

SIE SPAREN:
CHF 102.05

65%

IHR ONLINE-SHOP

Heute bestellen –
Morgen in Ihrer Praxis.

Portofrei.

Monatsrechnung.

Keine Mindestbestellmenge.

Persönliche Bestell-Liste.

Über 13'500 Artikel.



SEMPERCARE EDITION HS PUDERFREI

ART-NR. 51940 XS
ART-NR. 33158 S
ART-NR. 33159 M
ART-NR. 33160 L
INHALT 10 X 100 STÜCK

MARKTPREIS:
CHF 134.00

ASCANDI VERKAUFSPREIS:
CHF 79.95

SIE SPAREN:
CHF 54.05

40%

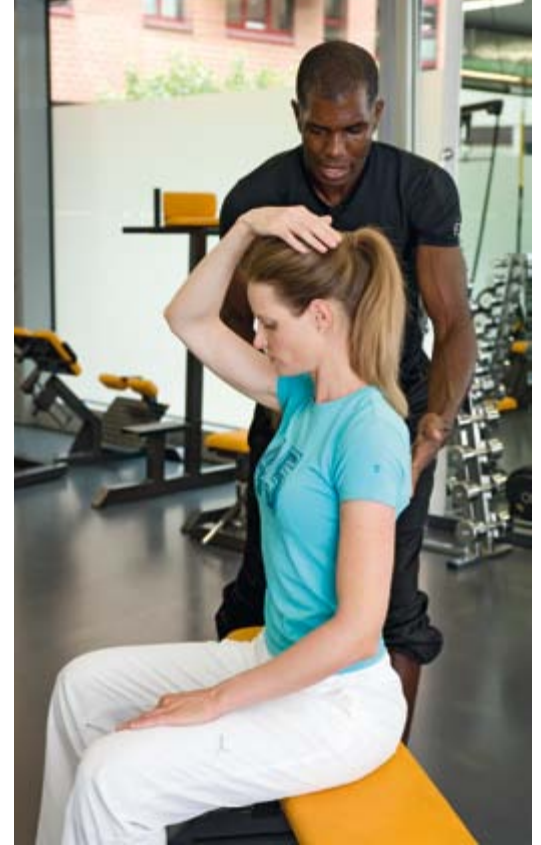
TEL. 0848 000 545 | FAX 0848 000 546

TOP-MARKENARTIKEL. UNSCHLAGBARE PREISE.

Fit und gesund in der Praxis – funktionales Körpertraining für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Zahnarzt ist ein körperlicher Beruf. Die Ansprüche an Konzentration, Bewegung und Feinmotorik sind sehr hoch. Umso wichtiger ist es, fit und gesund zu sein. Durch entsprechendes Körpertraining in der Zahnarztpraxis und in der Freizeit lassen sich Erfolge erzielen.





AUTOR: Dave Dollé (www.davedolle.ch)
 FOTOS: Raja Läubli (www.rajalaeubli.com)
 MODEL: Dr. med. Bernadette Wittwer (JK IV UZM Basel)

Ein Grundproblem des Zahnarztberufes ist, dass der Körper den ganzen Tag, teilweise während langer Zeit am Stück, eintönige Positionen mit wenig Bewegung einnehmen muss. Eine Gefahr ist dabei, dass Sie vor lauter Sorge um das Patientenwohl und die optimale zahnmedizinische Behandlung sich selber und Ihre Gesundheit und Fitness vergessen.

Bewusstsein für Fitness

Fitnessstraining beginnt, wie Vieles andere im Leben auch, im Kopf. Sie müssen sich als Zahnärztin bzw. Zahnarzt bewusst sein, dass Ihr Körper neben der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme auch Bedürfnisse in Sachen Bewegung und Kräftigung (Entspannung) hat. Ein fitter Zahnarzt kann auch seine Patienten besser behandeln.

Haltung und Bewegung bei der Patientenbehandlung

Fitness muss nicht nur am Abend bzw. am Wochenende oder am freien Nachmittag stattfinden. Sie haben jeden Tag Gelegenheit – sowohl während der Arbeit als auch in kurzen Pausen – etwas für Ihren Körper zu tun.

Wichtig ist eine gute Haltung. Die Arbeit am Patienten sollte so weit wie möglich frontal erfolgen und seitliche Drehungen möglichst vermeiden. Während der Arbeit am Patienten können Sie versuchen, Bewegung reinzubringen. Verändern Sie laufend Ihre Positionen, und arbeiten Sie nicht immer in derselben Haltung. Haltung und Bewegung sind zwei Fitnessselemente, die integriert in die tägliche Arbeit am Patienten Ihre Lebensqualität markant verbessern können.

Element der Dehnung

Ein weiteres Element der Zahnarztfitness ist die Dehnung. Die Dehnung sollte oft, etwa vergleichbar mit Balletttänzern, erfolgen. Dabei ist insbesondere der mittlere Rücken zu berücksichtigen. Er ist im Zahnarztberuf noch bedeutender als der obere Rücken. Wichtig sind auch die Hals- und Nackenmuskulatur.

Die Dehnung sowie die Lockerung der Muskulatur sollte so oft wie möglich am Tag erfolgen. In (kurzen) Pausen können Dehnungsübungen durchgeführt werden. Während der Behandlung erfolgt die Dehnung mit Auflösung von verspannten Positionen durch Kontrabewegungen.



Dave Dollé ist ehemaliger Spitzensportler und Inhaber der davedollé pure training Studios in Zürich und Zumikon (www.davedolle.ch).

Diese Bewegungen sind, mit etwas Übung, so klein, dass niemand etwas vom «heimlichen» zahnärztlichen Fitness-training merkt.

Element der Kräftigung

Ein kräftiger Muskel wird weniger rasch überlastet und verspannt sich weniger schnell. Insbesondere sollten die für den Zahnarztberuf wichtigen Haltungsmuskeln trainiert werden. Relevant ist insbesondere die Kräftigung der mittleren und oberen Rückenmuskulatur sowie des gesamten Rückens. Die Bewegungen für eine solche Kräftigung sind langsamer und mit weniger Widerstand als beim «normalen» Krafttraining, dafür wird die Spannung länger gehalten. Sie bestehen aus einer Spannung, die während 30 bis 60 Sekunden gehalten wird. Das Endresultat sollte in einer nachhaltigen Veränderung der Bewegungsmuster liegen. Die Kräftigung erfolgt durch gezieltes Training ausserhalb der Arbeit.

Finden Sie den für sich optimalen Weg zur Fitness. Neben gezieltem Training sind selbstverständlich auch Freizeitsportarten oder Bewegung an der frischen Luft von grossem Nutzen.

Funktionelles kontinuierliches Training

Wichtig sind zielorientierte Übungen, vor allem im Bereich der Kräftigung und Dehnung, welche sich im Berufsalltag eins zu eins umsetzen lassen. Der Körper sollte dabei immer als Ganzes, gemeinsam mit dem anwendbaren zahnärztlichen Berufsbild, betrachtet werden. Das Leben ist nun einmal bewegt und der Mensch nicht zum Sitzen gemacht. Erfolg beim Training schafft man durch Konstanz und indem man immer wieder die richtigen Schritte vornimmt. Einen «quick fix» gibt es nicht, auch nicht durch einen Personal Trainer. ←

Dave Dollé und sein Verhältnis zum Zahnarzt

Dave, wie häufig gehst du zum Zahnarzt?

Ich gehe jedes Jahr zur Recall-Untersuchung und zur DH in eine Privatpraxis im Kreis 1.

Hast du Angst vor dem Zahnarzt?

Ich habe keine Angst. Aber der Besuch beim Zahnarzt ist nicht das Schönste auf der Welt (lacht).

Wie sieht es zahnmedizinisch bei dir aus?

Bei mir wurden bisher keine grösseren Arbeiten gemacht. Auch wenn ich meine Zähne im-

mer gut putzte, sind in meiner Jugend einige Löcher entstanden. Ich trage verschiedene Amalgamfüllungen und eine Kompositfüllung im Mund. Die Amalgamfüllungen werden nun im Laufe der Zeit ersetzt.

Zu deinen Markenzeichen gehört auch deine Zahnlücke...

Meine Zahnlücke hatte ich schon immer. Sie stört mich nicht, und ich werde sie belassen, trotz kieferorthopädischer Möglichkeiten, sie zu korrigieren. Interview: Boris Etter



Dr. med. Bernadette Wittwer mit Ehemann Kieferchirurg Dr. med. et Dr. med. dent. Gert Wittwer.

Wann extrahieren (und Implantate setzen), wann erhalten? Überlegungen des Parodontologen

Entscheidungskriterien in der Praxis für bestimmte Behandlungen richten sich nach der Prognose, der Zweckmässigkeit, der Kosten-Nutzen-Analyse, der Ästhetik, dem eigenen Ausbildungsstand, dem Patientenwunsch und vielem mehr. Im Folgenden sollen einige dieser Punkte besprochen und als Risikoanalyse dargestellt werden.

AUTOR: Dr. med. dent. Toni Wetzel

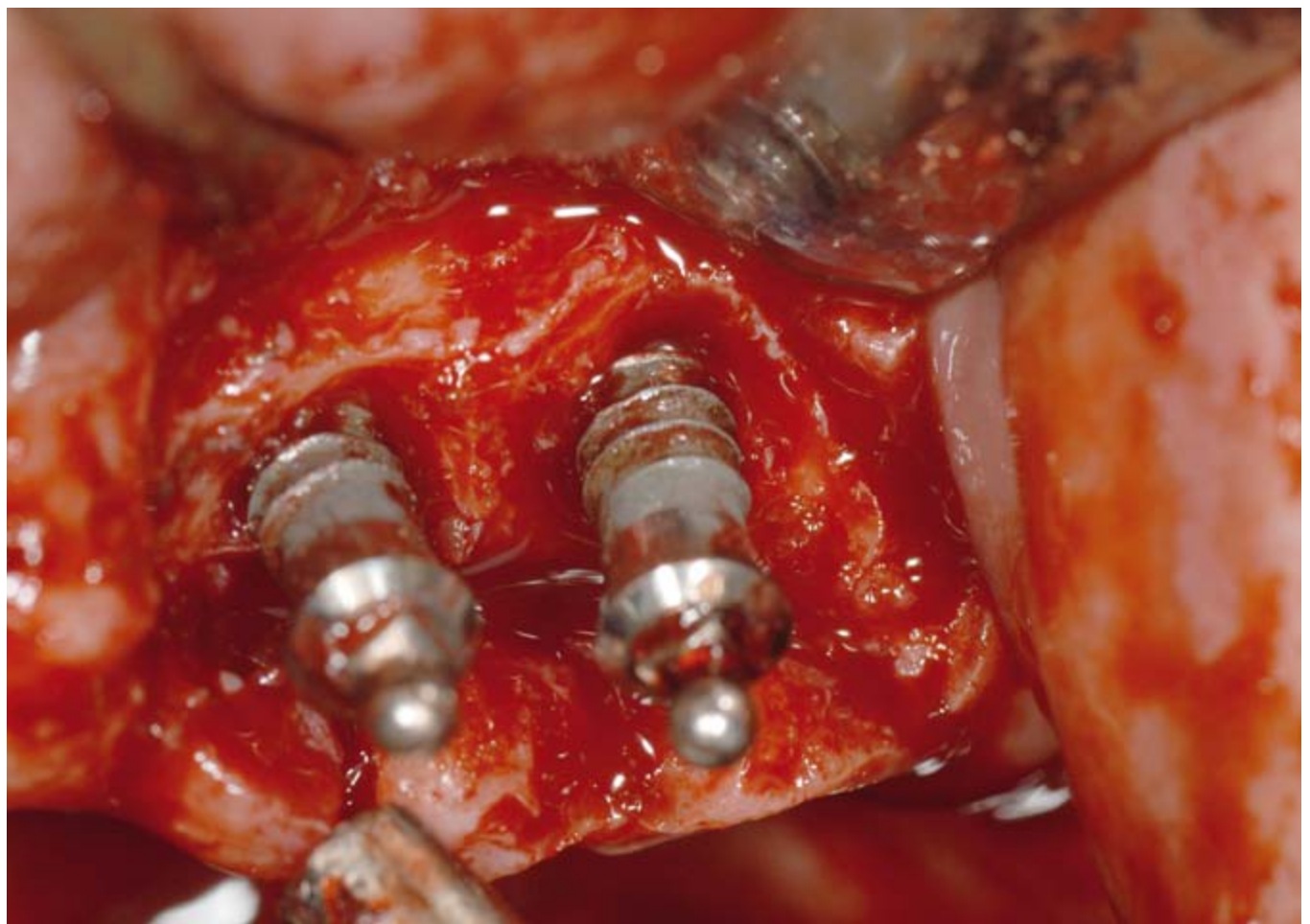
Neben diesen Punkten scheint mir wichtig, dass wir uns als Zahnärzte immer überlegen, wie wir entscheiden würden, wenn wir selbst als Patient beim Zahnarzt wären. Dann würde meistens eine Lösung die einfach, zweckmässig, wenig schädigend und mit einer Prognose von über 90 Prozent über einen Zeithorizont von über 10 Jahren gefunden werden. Und die ist dann meist auch für unsere Patienten als optimale Therapie geeignet.

Fortgeschrittene Parodontitis verursacht häufig nicht nur dem Patienten, sondern auch dem behandelnden

Zahnarzt Probleme: Die zur Verfügung stehenden Mittel der therapeutischen Wahl sind enorm, es braucht einen grossen zeitlichen Aufwand, und die geeignete Behandlungsstrategie für einen individuellen Patienten zu erarbeiten, ist anspruchsvoll. Seit Implantate sehr erfolgreich und meist mit einer guten Prognose eingegliedert werden, scheint es für viele Praktiker viel effektiver geworden zu sein, Zähne mit einer parodontalen zweifelhaften Prognose zu extrahieren und mit einem oder mehreren Implantaten zu ersetzen. Zweifellos ist dieser Grundsatz richtig als Ersatz für einen schon verloren gegangenen Zahn, da mit einem Implantat dann das Prinzip des *primum nihil procere* erfüllt werden kann.



Dr. Toni Wetzel



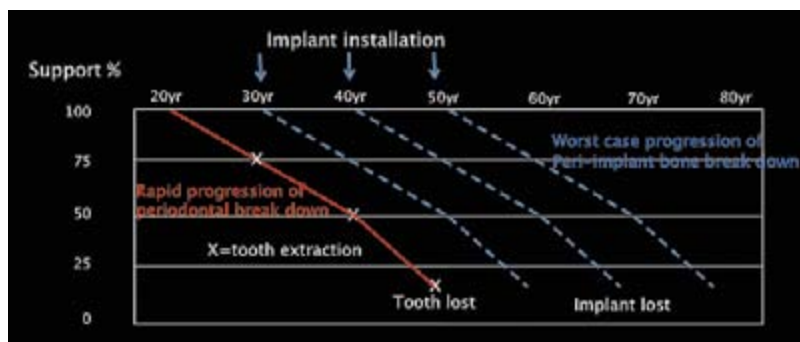


Fig. 1: Schematische Darstellung von fiktivem parodontalem und periimplantärem Gewebeverlust *ohne effiziente Parodontalbehandlung*. In der Annahme, dass der zu erwartende periimplantäre Knochenverlust (gestrichelte Linie) parallel zum parodontalen Attachmentverlust (ausgezogene Linie) verläuft, ist es offensichtlich, dass je später die Implantate gesetzt werden, desto später sie im Leben des Patienten verloren gehen.

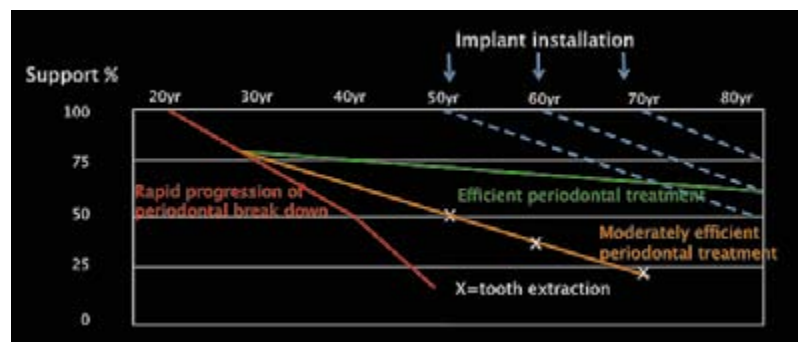


Fig. 2: Schematische Darstellung von fiktivem parodontalem und periimplantärem Gewebeverlust *mit einer Parodontalbehandlung*. Falls diese Parodontalbehandlung effizient verläuft, ist es möglich, die Zähne lebenslang zu erhalten und es ist nicht nötig, sie mit Implantaten zu ersetzen. Falls diese Behandlung nur moderat erfolgreich verläuft, wird der Implantationszeitpunkt immerhin hinausgezögert und die Implantate können den Patienten überleben.

Wenn Implantate mit einer adäquaten Indikation und als Teil einer umfassenden Therapie gesetzt und mit einer guten Hygiene und unterstützenden Nachsorge gepflegt werden, so kann mit einer Überlebensrate der Implantate von 90–95 % über einen Zeitraum von 10 Jahren gerechnet werden (Lekholm, Lang, Pjetursson). Aber auch Zähne mit stark reduziertem Zahnhalteapparat können fixe Rekonstruktionen über sehr lange Zeit tragen: 90 % über 20 Jahre (Nyman, Laurell, Yi, Tan). Auch hier ist festzuhalten, dass eine optimale Nachsorge eine unbedingte Voraussetzung ist und dann fortschreitende Parodontitis nur zu einem kleinen Teil zum Verlust beiträgt. Die Behandlung mit Implantaten ist spektakulärer, führt schnell zu einem sichtbaren Erfolg und durch gezieltes Marketing ist es erklärbar, dass heute viele Zähne mit einer parodontalen (oder auch endodontischen) mässigen Prognose lieber extrahiert und mit Implantaten ersetzt werden, anstatt mit einer entsprechenden, meist einfachen Therapie von einer unsicheren auf die sichere Prognose gebracht werden.

Implantatprognose

Studien über Langzeitprognosen mit Implantaten gibt es gegenüber Zähnen mit Parodontitis in einer kleinen Minderheit. Meist sind es Überlebensraten, die noch wenig Aussagen haben über technische oder biologische Komplikationen. Im Folgenden wird nur über biologische Probleme eingegangen. Parodontitis-Patienten scheinen über die Zeit deutlich mehr biologische Probleme, d. h. Entzündung und Knochenverlust um Implantate zu erleiden als ohne eine solche Anamnese. Karoussis et al. konnten zeigen, dass 28 % der Patienten, die mit Implantaten versorgt und früher an Parodontitis erkrankt waren, innerhalb von 10 Jahren biologische Komplika-

tionen erleiden. Dies gegenüber 6 % von Patienten ohne Parodontitis. Wennström et al. sahen bei Menschen mit oder ohne Parodontitis über einen Zeitraum von 5 Jahren einen Implantatverlust von 5,9 % und einen durchschnittlichen Knochenverlust von 0,41 bis 0,78 mm. Hardt konnte über eine Zeit von fünf Jahren 8 % Implantatverlust bei PAR-Patienten mit einer mässigen Mundhygiene feststellen. Bei 62 % der Patienten wurde ein Knochenverlust von 2 mm und mehr festgestellt. Bei Gingivitis, d. h. bei schlechter Hygiene aber ohne Parodontitis, waren es immerhin 42 %. Roos-Jansaker et al. sahen bei über 9 bis 14 Jahre eine Überlebensrate von 95,7 %. 22 von 218 Patienten verloren von 1057 Implantaten deren 46. Acht Patienten haben mehr als ein Implantat verloren und der Implantatverlust korrelierte mit dem erlittenen Attachmentverlust. Dieselbe Studie zeigte, dass <3,3 mm Knochen in 6,6 % der Implantate verloren ging und dass dies bei einem oder mehr Implantaten in 16 % der Patienten auftrat. Dies in Korrelation mit vorhergegangenem Attachmentverlust und Nikotinabusus. Dieses «Cluster» Phänomen bedeutet, dass gewisse Patienten anfälliger auf biologische Probleme mit Implantaten sind. In der Praxis heisst dies, dass wir Zahnärzte herausfinden müssen, wer dies ist, um nicht ein Desaster zu erleiden, wenn Zähne extrahiert, mit Implantaten ersetzt werden und kurze Zeit darauf wieder verloren gehen. Um das Risiko einer Periimplantitis zu verringern, ist es äusserst wichtig, vor dem Implantieren die parodontale Erkrankung ursachenbezogen zu eliminieren und mit einer unterstützenden Therapie (Recall) die Entzündung des Zahnhalteapparates zu kontrollieren.

Bei Implantaten mit rauen Oberflächen und Periimplantitis geht der Knochenverlust unbehandelt immer wei-

ter (Wennström). Dies im Gegensatz zu Zähnen, wo eine spontane Heilung eintreten kann. Strategien zur Behandlung der Periimplantitis existieren zwar (Lang), aber es gibt kaum Studien, die deren positive Wirksamkeit über längere Zeit dokumentieren. In der Schweiz werden zurzeit ca. 80 000 Implantate pro Jahr gesetzt. Wenn sich Periimplantitis nach 10 bis 15 Jahren manifestiert, könnte hier eine Zeitbombe versteckt sein oder zumindest einen grossen Behandlungsbedarf hervorrufen. Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass an den zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern schon eine Periimplantitis-Sprechstunde eingerichtet wurde und die Überweisungen zum Parodontologen wegen Periimplantitis zunehmen. Bild 1 zeigt eine Aufklappung um ein Implantat mit deutlichem Knochenverlust.

Prognose von Zähnen

Es gibt eine Vielzahl von Studien, die nachweisen, dass die natürlichen Zähne eine sehr gute Prognose haben, sofern eine adäquate Hygiene betrieben wird. Schätzle konnte zeigen, dass über einen beobachteten Zeitraum von 26 Jahren von 15 000 Zähnen deren 99,72% «überlebt» haben, die bei den Kontrollterminen immer einen Gingivalindex von 0 oder 1 gezeigt haben. Wenn der Gingivalindex jedes Mal bei 1 oder 2 war, betrug die Überlebensrate immerhin noch 97,2%, aber wenn er jedes Mal 2 oder höher war, nur gerade noch 88,7%. Wobei zu erwähnen ist, dass nur 108 Zähne in diese Gruppe fielen und 13 verloren gingen. Bei Patienten, die wegen Parodontitis behandelt wurden, deren tägliche Zahnpflege gut ist und regelmässig ins Recall kommen, geht praktisch kein Attachment mehr verloren und Karies entsteht kaum noch (Axelsson, Lindhe). Aber es wäre unfair zu behaupten, es gäbe keine Probleme bei Zähnen mit Parodontitis. Wir wissen, dass bei wenigen Patienten mehrere Zähne innerhalb kurzer Zeit verloren gehen können. Mehrwurzlige Zähne mit offenen Furkationen, eine Kolonisation mit sehr aggressiven Bakterien und Patienten, die besonders anfällig sind, gehören dazu. Aber auch hier belegen Studien, dass mit geeigneten Therapien, die zwar u.U. zeitaufwändig sind, diese Zähne über lange Zeit erhalten werden können. Carnevale sah über einen Zeitraum von 3 bis 11 Jahren bei furkationsbefallenen Zähnen eine Überlebensrate von 96%, wenn sie mit einer geeigneten Furkationstherapie behandelt wurden. Andere Autoren berichten über Erfolge von 70 bis 100%, wobei der Grund für den Zahnverlust meist nicht Parodontitis war, sondern endodontische Probleme, Karies oder Wurzelfrakturen. Die Compliance der Patienten scheint besonders wichtig. Andere Risikofaktoren wie Rauchen, unbehandelter Diabetes Typ II sind dieselben wie bei Im-

plantaten und es stellt sich die Frage, ob nach Zahnextraktion und Ersatz mit Implantaten die Probleme einfach zu höheren Kosten verlagert werden.

Optimales Timing für die Implantatsetzung

Neuere Studien weisen darauf hin, dass Implantate bei Parodontitis-Patienten eine ähnliche Überlebenskurve haben wie natürliche Zähne. Auch der Knochenverlust scheint einem vergleichbaren Muster zu folgen. Die durchschnittliche Wurzellänge eines natürlichen Zahnes beträgt ca. 20 mm, während die Implantatlänge etwa 10 mm ist. Es konnte gezeigt werden, dass bei Zähnen in der schwedischen Bevölkerung pro Jahr 0,1 mm verloren geht (Hugoson). Bei Implantaten beträgt dieser Wert im ersten Jahr 1 mm und später 0,1 bis 0,2 mm (Adell). Laurell und auch andere konnten zeigen, dass 25 bis 30% Attachment genügen, um über lange Zeit Zähne in Funktion zu erhalten und auch extensive festsitzende Rekonstruktionen zu tragen. Bei Implantaten ist nicht bekannt, ob sie das mit 30% Knochen über längere Zeit auch können. Daraus folgt, dass es keinen Sinn macht, Zähne mit moderatem Attachmentverlust zu extrahieren und Implantate möglichst spät zu setzen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, ihre Funktion lebenslang auszuüben. Fig. 1 und Fig. 2, übernommen von Lundgren et al., Periodontology 2000, Vol. 47, 2008, 27–50. Dieses Modell hat natürlich theoretischen Charakter.

Falls Zähne eine deutlich erhöhte Beweglichkeit haben, kann ihre Funktion stark eingeschränkt sein, bei Frontzähnen kann schon ein geringerer Attachmentverlust zu ästhetischen Einbussen führen. Dies kann zur früheren Indikation zum Implantieren führen. Bei Schalltlücken oder Freundsituationen können Implantate einen guten Dienst erweisen und verhindern, dass unversehrte oder wenig restaurierte Zähne beschliffen werden müssen. Auch kann dadurch u.U. eine okklusale Entlastung der parodontal geschädigten Zähne eintreten. ←

Zusammenfassung

Um eine möglichst gute Prognose von Zähnen und Implantaten zu erhalten, sollte die Behandlungsstrategie bei Parodontitis anfälligen Patienten folgende Punkte berücksichtigen:

- I) Schweregrad und Prognose der Parodontitis (multilevel Risikoanalyse)
- II) Funktionelle und ästhetische Ansprüche
- III) Patienten Compliance

Check-in 2



Abflug Departure

Alle anderen Flüge im Check-in 1 oder 3
All other Flights Check-in 1 or 3



Zeit Time	Erw. Exp.	Destination	Flug Flight	Reihe Line	Bemerkungen Remarks
0945		ErgoDent	ED 210	4-5	Boarding
0945		Cairo	MS9271	4-5	Delay
0950		Bucharest	US5121	4-5	Delay
0955		Paris CDG	AF5101	3	Delay
0955		Budapest	MA 565	4-5	Delay
1000		Atlanta	DL 067	9	Delay
1010		Toronto	AC 879	5	Delay
1010		Toronto	LX4640	5	Delay
1020		New York	AA 065	1	New Time
1020		New York	MA4008	1	Delay
1025		Philadel.	US 711	10	Delay
1025		Philadel.	LX4380	10	Delay

Sparen Sie Zeit und Nerven.

Ihre Produktivität ist von Qualitätswerkzeugen abhängig. Pannen kosten Zeit und können Sie sich nicht leisten. ErgoDent optimiert Ihre Prozesse. Mit einer äusserst effizienten und zuverlässigen Praxissoftware. Mit neusten Technologien im Bereich Datenschutz und -sicherheit. Testen Sie ErgoDent und entscheiden Sie sich für einen nachhaltigen und kompetenten Partner. Denn wir sind auch nach dem Kauf für Sie da. Rufen Sie uns einfach an unter 043 411 44 44 oder schreiben Sie uns eine E-Mail: beratung@ergodent.ch

ErgoDent

CCS Creative Computer Software AG

Kasernenstrasse 4a

8184 Bachenbülach

T 043 411 44 44

F 043 411 44 45

beratung@ergodent.ch

www.ergodent.ch



CEREC-Symposium 2009 – Festveranstaltung Abschied Prof. Dr. Mörmann

Am 27. Juni 2009 fand an der Universität Zürich das CEREC-Symposium 2009 statt. Dabei wurde der Abschied von Prof. Werner Mörmann, Leiter der Station für Computer-Restaurationen der PPK-ZZMK, festlich begangen. Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Prof. Dr. Dr. Klaus Grätz, beschrieb in seiner Eröffnungsrede die unvergleichbare Karriere von Prof. Dr. Werner Mörmann.

Prof. Dr. Werner Mörmann präsentierte anschliessend selbst seine Forschungen und Erfindungen und die Ups and Downs, die zum heutigen CEREC AC führten. So wurde das Projekt mindestens zwei Mal beinahe eingestellt. Die Entwicklung des CEREC 1-Systems dauerte im kleinen Team von 1980 bis 1985. Die erste Anwendung chairside am Patienten erfolgte am 19. September 1985. 1986 begann die Kooperation mit Siemens Dental. Der erste CEREC-Anwenderkurs fand an der Universität Zürich im September 1986 statt. Die Weiterentwicklungen von Siemens bildeten 1994 das CEREC 2 und von Sirona 2000 das CEREC 3, 2001 das inLab, 2003 die 3D-Software und der inEOS-Scanner, 2006 die biogenerische Software, 2007 das MC XL und schliesslich im Jahr 2009 das CEREC AC mit Bluecam und CEREC Connect. Dabei dankte Prof. Mörmann insbesondere seiner Gattin Jeanette und seinen Kindern Vivian und Jan für die Unterstützung bei seinen langen Arbeitstagen.

Dr. Joachim Pfeiffer, Leiter Dentale CAD/CAM-Systeme von Sirona Dental Systems, betonte die hohe Anwendungsbreite des CEREC. Historisch war CEREC auf Inlays, Onlays und Veneers beschränkt. Heute bildet das CEREC ein Universalgerät zur «chairside»-Restauration einzelner oder mehrerer Zähne (Quadranten) sowie zur Herstellung von Brückenprovisorien in einer Sitzung. Darüber hinaus ist das CEREC heute ein universelles «Digitales Abdruck-System». Den grössten Vorteil für Zahnarzt und Patient erzeugt CEREC bei der chairside-Herstellung.

Es folgten weitere spannende und abwechslungsreiche Vorträge rund um die CEREC-Technologie. Es referierten Prof. Dr. Thomas Attin über das Spektrum der restaurativen Zahnheilkunde, Prof. Dr. Albert Mehl (CEREC-Restaurationen – Morphologie und Funktion), Dr. Andreas Ender (CEREC Bluecam – Messgenauigkeit und Anwendung), Dr. Daniel Wolf (Zirkonoxid-Gerüstbrücken – Erfahrungen und Zukunft) und PD Dr. Andreas Bindl (Implantatplanung mit CEREC und GALILEOS).

Die Stimmung war während des ganzen Symposiums grandios. In den Pausen sorgten zahlreiche hochkarätige musikalische Darbietungen für Unterhaltung, u. a. die Ländlerkapelle von Prof. Dr. Thomas Marthaler. Die grosse Dentalausstellung fand ebenfalls regen Zulauf. ←



Prof. Dr. Werner Mörmann war erfreut über die zahlreichen Gäste aus dem In- und Ausland, welche zu seinem Abschied erschienen.



PD Dr. Andreas Bindl, der gerade aus Sydney zurückgekehrt war, referierte über die Implantatplanung mit CEREC und GALILEOS.



Prof. Dr. Markus Hürzeler aus München mit Gattin (m.) erhält von Dr. Bernadette Wittwer (l.) eines der ersten Exemplare von DENTASTIC überreicht.



Prof. Dr. Urs Brägger, ZMK Universität Bern, blättert in der ersten Ausgabe von DENTASTIC.



Intermezzi im Hörsaal von Malcom Green und Hector Ceravolo.



Referent Dr. Andreas Ender (CEREC-Bluecam – Messgenauigkeit und Anwendung).



Referent Dr. Daniel Wolf (Zirkonoxid-Gerüstbrücken – Erfahrungen und Zukunft).



Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Prof. Dr. Dr. Klaus Grätz, eröffnete das Symposium und würdigte Prof. Dr. Werner Mörmann.



Prof. Dr. Werner Mörmann moderierte das Symposium und berichtete über die CEREC-Pionierzeit.



Lange Standing Ovation des Publikums für Prof. Dr. Werner Mörmann.



Dr. Marco Brandestini (l.) und Prof. Werner Mörmann (r.), welche das CEREC-System vor über 25 Jahren erfanden.



Referent Prof. Dr. Thomas Attin, Direktor der Klinik für Präventivzahnmedizin am ZZMK.



Die Ländlerkapelle Prof. Dr. Thomas Marthaler.



DENTASTIC-Kolumnist (ab Ausgabe 3/2009)
Dr. Alessandro Devigus demonstriert das CEREC
AC- Gerät.



Dr. Nicole Mayr (l.) und Dr. Sibylle Maeder (r.).



Dr. Peter Stang, Dr. Urs Bacher und Dr. Kristin Winsel-
mann (v.l.n.r.).



Dr. Kleo Manolakis, Dr. Michèle Schulz-Katterbach
und die ZZMK-Zahntechnikerlegende Albin Hagmann
(v.l.n.r.).



Dr. Markus Zaruba (l.) und Dr. Tobias Tauböck (r.).



Dr. Marion Kreissl (l.) und Dr. Ulrike Kümmerler (r.).



Referent Prof. Dr. Albert Mehl (CEREC-Restaurationen
– Morphologie und Funktion).



Referent Dr. Joachim Pfeiffer von Sirona Dental
Systems berichtete über den aktuellen Stand der
CEREC-Technologie.



Dr. Frank Geiger, Zahnarzt mit Privatpraxis in Baden,
gehörte zu den CEREC-Pionieren.



An Humor fehlte es den Referenten nicht:
Prof. Dr. Albert Mehl fügte Prof. Dr. Werner Mörmann
als Zahn in seine Slideshow ein.



Dr. Klaus Rieber, Zahnarzt mit Privatpraxis in Ober-
rieden, ist CEREC-Referent der KALADENT AG.



Gattin Jeanette Mörmann unterstützte Prof. Dr. Werner Mörmann während seiner gesamten Karriere. Ihr widmete Prof. Mörmann besonderen Dank.



CEREC-Volontärin med.dent. Lina Hallberg, vor einem neuen CEREC AC-Gerät.



Team der KALADENT AG an der Dentalausstellung: Hansjörg Thomann (l.) und Kurt Reist (r.).



Dr. Mario Besek vom Swiss Dental Center in Zürich.



Gast aus Japan: Ryunosuke Kazama, DDS, Research Assistant Professor aus Tokyo, vor dem VITA-Stand.



Dr. Alexander Gougoulakis, Zahnarzt mit Privatpraxis in Zürich.



Dr. Anja Wenger, Zahnärztin im ZZZN, vor dem Ivoclar Vivadent Stand.



Stand von Intensiv in der Dentalausstellung.



Med. dent. Lina Hallberg (l.) erteilt Instruktionen am CEREC-Workshop in den Pausen.



Die Dema Dent AG zeigte ihr CEREC 1-Museumsstück: Dr. Robert Toth, Dr. Urs Kelemen und Jean-Luc Molnar, Dema Dent AG (v.l.n.r.).



Grossaufnahme vom Stand von Ivoclar Vivadent.



Das neue CEREC AC-System von Sirona glänzte am Symposium.

Hygienemasken – aktueller denn je in der Zahnarztpraxis

Im dynamischen und raschen Veränderungen unterliegenden medizinischen Umfeld von heute hat der Schutz der Patienten und des Personals höchste Priorität. Hygienemasken helfen mit bei der Vermeidung von Infektionsgefahren für Patienten ebenso wie für medizinische Fachkräfte. Durch die Schweinegrippe haben Hygienemasken (weiter unten Operationsmasken genannt) auch bei der Bevölkerung bzw. den Patienten eine hohe Bedeutung erlangt. Sie werden denn auch von Grossverteilern und Apotheken an die Bevölkerung verkauft.



AUTORIN: Cassandra Barattiero

Operationsmasken (OP-Masken)

Komfort und Schutz von Patient und Praxispersonal haben höchste Priorität. Damit ein optimaler Schutz gewährleistet werden kann, ist eine wirksame Filtration und ein guter Sitz der Maske erforderlich. Leichtes Atmen und hoher Tragkomfort bilden dafür die Grundvoraussetzungen. Zu beachten ist zudem, dass die Maske nach jedem Patienten durch eine neue ausgewechselt werden sollte. OP-Masken sind in verschiedenen Ausführungen erhältlich. Deshalb kann für jede Anwendungssituation die richtige Maske gewählt werden. Das komplette 3M-OP-Masken-Programm erfüllt die hohen Anforderungen der Europäischen Norm EN 14683 für Operationsmasken. Diese Norm hat strenge Leistungsanforderungen für OP-Masken definiert, um einen Qualitätsstandard zum Schutz von Patienten und Personal sicherzustellen. Dabei werden folgende Eigenschaften überprüft und bewertet:

1. Filterwirksamkeit für Bakterien (BFE) (%)
2. Druckdifferenz zur Messung des Atemwiderstandes (mm H₂O/cm²)
3. Spritzerfestigkeitsdruck

Die unterschiedlichen Typen

Je nach Erfüllung der Leistungsanforderung werden OP-Masken in folgende Typen eingeteilt: Typ I, Typ I R, Typ II, Typ II R. Typ II bzw. Typ II R entsprechen einer Filterleistung von $\geq 98\%$ und Typ I bzw. Typ I R einer von $\geq 95\%$. Das «R» steht für flüssigkeitsresistente bzw. spritzerresistente Masken. Alle OP-Masken von 3M entsprechen den Leistungsanforderungen des Typ II bzw. II R.

Anwendung

Laut EN 14683 ist die «erste beabsichtigte Anwendung», den Patienten zu schützen. Zudem können OP-Masken aber auch den Träger der Maske gegen Spritzer von Körperflüssigkeiten



des Patienten schützen. Laut Europäischer Direktive ist eine OP-Maske nicht gleich einer Atemschutzmaske.

Atemschutzmasken

Für Einsatzbereiche mit erhöhtem Infektionsrisiko bzw. Gefährdung der Atemwege sind Atemschutzmasken vorgesehen. Atemschutzmasken haben die Aufgabe, Kleinstteilchen (Partikel) von der Einatemluft abzuscheiden. Die Leistung einer solchen Atemschutzmaske wird durch genormte Prüfungen ermittelt und entsprechend der Europäischen Norm mit drei Klassen beschrieben: FFP1, FFP2 und FFP3. FFP steht für Filtering Face Piece. Die Typen von Atemschutzmasken unterscheiden sich wie folgt: FFP1 Atemschutzmasken weisen eine minimale Filterleistung von 80% mit einem maximalen Durchlassgrad von 22%, FFP2 eine Filterleistung von min. 94% und einem Durchlassgrad von max. 8% und FFP3 eine Filterleistung von min. 99% und einem Durchlassgrad von max. 2% auf.

Produkt Beschreibung

Atemschutzmasken der Serie 1800 von 3M engen durch ihre flache, dreiteilige Ausführung nicht ein. Sie bieten ein ausgezeichnetes Sichtfeld. Diese Masken beeinträchtigen weder das Atmen noch das Sprechen. Der Atemwegswiderstand, der sich durch eine Atemschutzmaske ergibt, kann für die Ausatmung durch ein Ausatemventil gemindert werden.

Zwei-Wege-Schutz

Einige wenige Masken kombinieren die Vorteile einer Operations- und einer Atemschutzmaske, wie z.B. die Atemschutzmaske 1883 von 3M. Sie erfüllt gleichzeitig die Schutzstufe FFP3 und den Typ II R für OP-Masken. Sowohl der Träger als auch das Arbeitsumfeld können vor infektiösen Keimen geschützt werden. ←



Händedesinfektion gegen H1N1 und Noroviren



GRATIS
Latex Handschuhbox & Händedesinfektionsgel

Mit Ihnen gegen die Pandemie

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung in den letzten 40 Jahren und das in uns gesetzte Vertrauen. In der Zeit der täglichen Ansteckungsgefahr stehen wir Ihnen selbstverständlich auch jetzt mit Rat und Tat zur Seite. Durch einfache Massnahmen kann man sich selbst und andere schützen!

Rufen Sie uns gleich an unter **044 226 44 44** und bestellen Sie Ihre gratis Handschuhbox sowie die zwei Tuben OROMED® Gel (wirksam gegen H1N1 in nur 15 Sekunden) oder faxen Sie uns Ihre Angaben an **044 226 44 00**. Damit sind Sie immer und überall auf der sicheren Seite!

Ja, bitte senden Sie mir GRATIS eine Latex Handschuhbox und 2 Tuben des Händedesinfektionsmittel OROMED® Gel*

OROCLEAN® Latex Gloves XS S M L

Frau Herr Dr.

Praxis

Vorname

Name

Strasse / Nr.

Ort / PLZ

Telefon

Email

Gültig bis 15. November 2009. Limitiert auf 1 Set pro Praxis, solange Vorrat.

Tel. 044 226 44 44
Fax 044 226 44 00
www.oro-clean.ch



PD Dr. med. Dr. med. dent.
Till S. Mutzbauer, Facharzt für
Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Facharzt für Anästhesiologie,
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
SSO, Lehrbeauftragter der
Universität Zürich.

AUTOR: PD Dr. med. Dr. med. dent. Till S. Mutzbauer
Praxis Dr. Mutzbauer&Partner
Tiefenhöfe 11, 8001 Zürich
Telefon 044 211 1465
www.mutzbauer.sleeplike.ch
mail: info@weisheitszaehne.com

H1N1 – und weiter?

Die hohe Mobilität in unserer Zeit kann innerhalb von wenigen Tagen zu einer Pandemie führen. Die jüngere Geschichte des Ende April 2009 erstmals in Kalifornien isolierten Erregers H1N1 zeigt dies eindrucksvoll. Vergleicht man hiermit die Spanische Grippe 1918, benötigte diese für ihre Ausbreitung mit Erkrankungsfällen im zweistelligen Millionenbereich noch über drei Jahre. Wissenschaftlich interessant ist jeweils der «Patient ZERO», von dem die erste Mensch-zu-Mensch-Virusübertragung ausgeht. Gemäss dem epidemiologischen update der WHO ist die pandemische Influenza H1N1 bisher in über 170 Ländern aufgetreten bzw. der WHO gemeldet worden.

Die gemässigten Zonen der Südhalbkugel, die derzeit die Wintersaison durchlaufen, sind von speziellem epidemiologischem Interesse. Dort war bisher das pandemische H1N1 das dominierende Influenza-Virus, wobei Südafrika davon eine Ausnahme bildete. In Australien und den Ländern Südamerikas war ein rapider Anstieg an Fallzahlen zu Beginn der Wintersaison beobachtet worden. Diese Länder berichten derzeit (Stand Ende August 2009) über abnehmende Zahlen von Spitalaufnahmen wegen H1N1. Obwohl das Virus in diesen Gegenden noch zirkuliert und sich in bisher nicht befallene Bereiche ausdehnt, werden regionale bzw. national abnehmende Trends beobachtet. Südafrika dagegen, hat dieses Jahr eine verfrühte Influenza-Saison mit dem Subtypus Influenza A H3N2 erfahren, wobei der Höhepunkt im Juni auftrat. In der abneh-

Die nächste (Schweine-)Grippe kommt

menden Phase trat auch dort H1N1 auf und ist nun auch dort der dominante Subtyp.

Die gemässigten Zonen der Nordhalbkugel, in denen die frühen Ausbrüche des pandemischen H1N1 zu beobachten waren, wie Nordamerika und Europa, sind von weiterer Ausbreitung dieses Virus betroffen und es kommt immer wieder zu intensiven lokalen Outbreaks. In Nordamerika wird aber derzeit ein abnehmender Trend beobachtet.

Die Tropen sind typischerweise nicht von saisonalen Grippeepidemien betroffen. In diesen Gegenden treten Fälle das ganze Jahr über auf. Eine ansteigende Zahl H1N1 wird derzeit auch in Südostasien und Zentralamerika beobachtet. Südostasien ist bekanntermassen der Pool der sich zyklisch saisonal über beide Hemisphären ausbreitenden Influenza-Subtypen (saisonale Grippe).

H1N1... was heisst überhaupt «H» und «N»?

H und N sind Bezeichnungen für Oberflächenproteine, die auf dem Influenza-Virus Typ A sitzen und die für die Erkennung durch das Immunsystem essenziell sind. 2-mal jährlich (jeweils phasenverschoben für Nord- und Südhalbkugel) legt die WHO fest, für welche Subtypen der spezifische Impfstoff hergestellt werden soll. Damit kann die WHO natürlich auch falsch liegen. Bisher ist unklar, ob die Zahl der bisherigen Grippeimpfungen, die jemand insgesamt hatte, einen Einfluss auf eine mögliche «Grundimmunität» gegen weitere neue Subtypen beinhalten könnte.

Summarisch betrachtet besteht also auf der Südhalbkugel wohl derzeit ein abnehmender H1N1-Trend (Ausnahme Südafrika). In den betroffenen Ländern wurde ein – typischerweise auch bei der saisonalen Grippe bekannter – rascher Anstieg aber auch eine rasche Abnahme an Fällen mit respiratorischer Symptomatik, also Lungenentzündung, beobachtet. Der entscheidende Unterschied zur saisonalen Grippe ist bei H1N1 die Fallzahl der Infizierten. Auf der Nordhalbkugel ist der Peak wohl noch nicht durchschritten. Den Zahlen der Südhalbkugel folgend, bzw. aus den aktuellen Zahlen extrapolierend, darf auch laut einer aktuelleren Pressekonferenz des BAG vermutet werden, dass es ca. 3- bis 5-mal mehr Erkrankte geben wird als bei einer saisonalen Grippe.

Man kann nämlich die Zahlen und Entwicklungen der Virusausbreitung in Ländern der Südhalbkugel wie Chile, Neuseeland und Australien sehr gut zur Einschätzung der Entwicklung der Situation in der Schweiz verwenden, zumal diese Länder eine ähnliche Bevölkerungsstruktur,

bestimmt!

ähnliche Gesundheitssysteme und auch Krankheitsmeldesysteme haben wie die Schweiz.

Ideale Bedingungen finden die Influenza-Viren hier im kommenden Winter wieder vor. Die WHO rechnet daher damit, dass H1N1, der derzeit dominierende Subtypus des Influenza-Virus, in den Ländern der Nordhalbkugel auch bis in die saisonale Influenza-Saison persistieren wird.

Durch die jetzt im Vergleich zu den ersten Fallberichten deutlich breitere Datenlage (mehr Fälle) ist festzustellen, dass sich bezüglich H1N1 die Morbidität und auch die Mortalität weniger dramatisch darstellt, als zunächst befürchtet. Momentan werden in der Schweiz nicht mehr sämtliche Verdachtsfälle zahlenmässig erfasst.

Über das übliche Meldesystem werden nur noch schwere Fälle mit Spitalaufenthalt erfasst. Viele Fälle entgehen daher der statistischen Auswertung. Wie bei den saisonalen Grippeepidemien werden die Fälle jetzt auch für H1N1 über ein sogenanntes Sentinella-System erfasst. Das Verfahren ist seit über 20 Jahren in der Schweiz üblich. 100 Ärzte melden den Behörden die Fallzahlen freiwillig. Hierbei werden die Grippeerkrankten also hochgerechnet.

Die aktuelle Überwachungskurve von Sentinella zeigt, dass auch hier der Höhepunkt der Erkrankungen offenbar noch nicht erreicht ist. Das System vermag nicht zu sagen, ob wir uns eventuell in einer Welle befinden, die kurz vor dem Herbst nochmals abebbt, bevor es wieder zu einem erneuten Anstieg der Erkrankungen kommt. In den erstellten Kurven werden die Arztkonsultationen pro 100 000 Einwohner erfasst. Die Messungen geben Aufschluss darüber, wie viele Menschen wegen Grippe-symptomen zum Arzt gehen.

In Grossbritannien sind diese Zahlen wieder rückläufig, man geht hier aber ebenfalls davon aus, dass es sich möglicherweise auch nur um eine Vorwelle handeln könnte. Zum Erscheinen dieses Artikels wird es weltweit mehr als 1800 H1N1-Todesfälle gegeben haben (bei vermutlich weit über 200 000 der WHO gemeldeten Erkrankungsfälle). In der Schweiz wurden über 700 laborbestätigte Fälle gemeldet. Man geht momentan von 20–30 Fällen an Neuerkrankten pro Tag aus.

Wie sieht die Symptomatik einer H1N1-Virusinfektion aus?

Klinisch besteht Fieber über 38 Grad Celsius. Ausserdem haben die Patienten zusätzlich Symptome einer akuten Atemwegsinfektion (grippale Erkrankung) bzw. eine Pneumonie.

Zur Anamnese einer möglichen Exposition:

Es gilt mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 7 Tage vor dem Symptombeginn

- Aufenthalt in betroffenem Gebiet.
- Enger Kontakt (<1 Meter) mit einem bestätigten Fall neuer Influenza A (H1N1).
- Enger Kontakt (<1 Meter) mit einer symptomatischen Person (grippale Erkrankung), die sich zuvor in einem betroffenen Gebiet aufgehalten hat.

1. Gute Nachrichten

Die H1N1-Grippe nimmt in den meisten Fällen einen harmlosen Verlauf. Meist ist nicht einmal ein Arztbesuch nötig. Die Erkrankung dauert meist 5–7 Tage.

2. Schlechte Nachrichten

Die aktuellen Hochrechnungen in der Schweiz erwarten bis zu 2 Millionen Erkrankungen. Es wird mit etwa 400 000 zusätzliche Arztkonsultationen innert relativ kurzer Zeit aufgrund grippaler Symptome gerechnet. Bei der Patientengruppe mit dem höchsten Risiko soll es sich um Kinder und junge Erwachsene handeln.

3. Nicht so schlechte Nachrichten

Von diesen 400 000 Patientinnen und Patienten werden erwartungsgemäss nur 1000 hospitalisiert. Lediglich 140 dieser erkrankten Personen werden voraussichtlich einer Intensivpflege bedürfen.

Die aktuellen Pressemitteilungen, aus denen auch diese Informationen stammen, können im Internet eingesehen werden: <http://www.tv.admin.ch/de/archiv>

Und was ist mit der Vogelgrippe (H5N1)?

Einzige Ansteckungsquelle für den Menschen mit H5N1 ist momentan das Geflügel. In der Schweiz wurde H5N1 bisher nur bei Wild- und nicht bei Nutzgeflügel nachgewiesen. Die Befürchtung, H5N1 könne auch durch eine genetische Veränderung des Virus von Mensch zu Mensch übertragen werden, konnte bisher noch nicht dokumentiert werden. Es gibt jährlich etwas mehr als 100 Erkrankungsfälle an «Vogelgrippe» beim Menschen. Die Dunkelziffer liegt eventuell aber deutlich höher. Es handelt sich hierbei um Infektionen, die nicht von Mensch zu Mensch übertragen wurden. Diese Möglichkeit der Virusübertragung würde ebenfalls ein ausserordentlich hohes Pandemierisiko beinhalten. Die Sterblichkeit bei einer H5N1-Infektion liegt mit über 60% deutlich höher als bei anderen

Grippevirusinfektionen. Es wurde aber nachgewiesen, dass es bei einigen Individuen auch gegen H5N1 (Vogelgrippevirus) Antikörper gab, obwohl diese Individuen in der Erinnerung nicht exponiert waren.

Welche Medikamente haben wir im Erkrankungsfall zur Verfügung?

Keinesfalls sollte man Neuraminidasehemmer wie z. B. Tamiflu® präventiv in Eigenregie einsetzen!

Derzeit sind diese Medikamente die einzig wirksame Waffe gegen H1N1 bzw. gewisse H5N1 und bei einer Infektion möglicherweise die einzige Rettung für den Betroffenen. Würde man diese Medikamente präventiv einsetzen, könnte diese Waffe entschärft werden, weil Virenstämme Resistenzen dagegen entwickeln. Über Resistenzen dieser Art wurde in der Presse bereits berichtet.

Bei einer Erkrankung wird empfohlen, ärztlichen Rat einzuholen, bevor allenfalls beispielsweise Tamiflu® zum Einsatz kommt.

Expositionsprophylaxe in der Zahnarztpraxis

Für die Blockierung viraler Krankheitserreger, denen zahnärztliches Personal ausgesetzt ist, genügen unsere «normalen» Masken (meist IIR-Standard) nicht. Das ist leider eine Tatsache. Glücklicherweise ist – jedenfalls meines Wissens – noch kein Fall einer HBV-, HCV-, Hnon AnonBnonCV-, HIV-Virusübertragung per tractu respirationem beschrieben worden. Also auch dann nicht, wenn uns in der S-Bahn jemand anniesen sollte.

So wird ja beispielsweise auch virologischerseits bestätigt, dass ein normaler Kuss nicht zu einer Übertragung der oben angegebenen Erreger führen soll. Bei der Grippe ist das aber schon so. Für die Grippeviren ist eben der Respirationstrakt extrem gut geeignet für eine Penetration zum Wirtsorganismus. Jeder, der am Flughafen mit einer «Maske» (das sind in der Regel keine nach Standard FFP 2 und 3) beobachtet wird, schützt damit nicht sich selbst,

sondern nur seine Umgebung. Das wird mittlerweile sogar auch im Fernsehen offen kommuniziert (das hätte man in der Hochphase des Presse-Hypes im Mai wahrscheinlich nicht machen dürfen...).

Ein häufiges Wechseln der Maske wird empfohlen. Wer zum Beispiel bei chirurgischen Eingriffen in der Mundhöhle seltener mit Aerosol in der Feinstform wie beim Präparieren zu tun hat (Kühlung nicht über Spray sondern Rollenspumpe), kann sich möglicherweise etwas sicherer fühlen, als beispielsweise bei Kronenpräparationen mit Luft-Wasser-Kühlung. Wissenschaftliche Evidenz gibt es hierzu aber noch nicht.

Für das Behandlerenteam werden Masken empfohlen, die aber nur dann eine einigermaßen sichere Wirkung haben sollen, wenn es sich dabei um die Spezifikation FFP 2 oder 3 handelt. Durch diese Masken zu atmen ist allerdings schwieriger als durch unsere bekannten normalen IIR-Masken. Ausserdem sind sie deutlich teurer. Soweit bei den Behandlungsmassnahmen möglich, kann Kofferdam einen zusätzlichen Schutz bieten. Die teilweise aus Amerika bekannten Full Face Shields also Plastikschilder, die das ganze Gesicht des Behandlers bedecken, könnten eine zusätzliche Schutzwirkung bieten. Von Kritikern, die diese Schilder nicht nur unpraktisch finden, wird allerdings gelegentlich die Vermutung geäussert, das Aerosol könne gerade durch Anwendung eines Schildes durch einen Kamineffekt verstärkt am Gesicht des Behandlers vorbeigeleitet werden.

Um etwas zur Entwarnung beizutragen: Wahrscheinlich sind wir im zahnärztlichen Beruf sogar besser gegen respiratorisch übertragene Erreger geschützt, wegen der häufigeren Nähe zu den Atemwegen (respiratorisch) infizierter Patienten. Dadurch können möglicherweise verstärkt Antikörper gebildet worden sein. Es ist sogar so, dass es wahrscheinlich auch H5N1-Antikörper-positive und ziemlich sicher auch H1N1-Antikörper-positive Menschen geben wird, bei denen eine Vogel- oder Schweinegrippe gar nicht dokumentiert wurde.

FFP3-Maske.



Was sollen wir in unserer Zahnarztpraxis anders machen?

Die Kommission für Praxishygiene und Umwelt hat sich mit dem Problem des H1N1-Virus für die zahnärztliche Praxis (Patienten und Personal) befasst. Sie stellt fest, dass die üblichen Hygienemassnahmen gemäss SSO Qualitätsleitlinien genügen und keine besonderen Massnahmen zu treffen sind (Originalzitat aus <http://www.sso.ch>). Den Empfehlungen des BAG folgend kann man ergänzen: Man sollte generell das Händeschütteln vermeiden. Ein Gespräch mit dem Patienten an der Rezeption mit einem Abstand von mehr als einem Meter sollte kein Problem darstellen.



Pandemie-Prophylaxe – Plakat in einem Lift.



Händedesinfektionsmittel und Desinfektionsanweisung für eintretende Patienten (Eingangsbereich in einem modernen Kantonsspital).

Unter <http://www.pandemia.ch> finden sich Merkblätter, die man nach dem Ausdruck auch in der Praxis aushängen kann. Diese Massnahmen können zu einer Verstärkung des Hygienebewusstseins, auch bei neuen Patienten, führen.

Die Desinfektion von Händen und Geräten sowie die Abfallentsorgung erfolgt wie üblich.

Was soll der erkrankte Patient in unserer Praxis – und das gilt auch für erkranktes Praxispersonal – machen?

Betroffenen Personen wird empfohlen, nach Hause zu gehen und Kontakte zu vermeiden. Das BAG hat jedem empfohlen, einen persönlichen Vorrat von 50 Masken der Spezifikation IIR anzulegen. Patienten oder erkrankte Personen aus der Zahnarztpraxis könnten also mit einer solchen Maske nach Hause geschickt werden, wenn sie auf dem Weg dorthin durch grössere Menschenansammlungen gelangen.

Betroffene sollten ihren Hausarzt telefonisch kontaktieren und dort gegebenenfalls um Rat nachfragen.

<http://www.bag.admin.ch/pandemie>

Schlussfolgerungen

Im Vergleich zu den normalen saisonalen Grippeviren ist das neue H1N1 zurzeit infektiöser aber nicht gefährlicher. Die Sterblichkeit liegt niedriger als ursprünglich befürchtet. Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich die Pathogenizität des Virus im Zuge der weiteren Anpassung an den Menschen verändert.

Aus virologischer Sicht ist eine Schutzimpfung sowohl betreffend die saisonale Grippe im kommenden Herbst als auch – sobald der Impfstoff verfügbar ist – für H1N1 grundsätzlich zu empfehlen.

Den Verlautbarungen offizieller Stellen entnehmen wir, dass versucht werden soll, die H1N1-Pandemie in der Schweiz möglichst in Grenzen zu halten und die Ausbreitung der pandemischen Grippe (H1N1) zu verlangsamen,

bis der Impfstoff zur Verfügung steht. Dies kann nur gelingen, wenn jeder sich selbst sowie andere Menschen schützt. Konkret wird seitens des BAG empfohlen: Wer an Grippe erkrankt bzw. Grippesymptome an sich bemerkt, soll zu Hause bleiben, um die Ansteckung weiterer Personen zu vermeiden. Beim Husten oder Niesen sind Mund und Nase mit einem Taschentuch zu bedecken. Sollte keines zur Hand sein, hustet oder niest man zur Not in die Armbeuge. Gesunden Menschen empfiehlt das BAG, sich regelmässig und gründlich die Hände zu waschen und auf Küsschen, Umarmungen oder Händeschütteln zur Begrüssung verzichten. Zu Personen mit Grippesymptomen sei ein Abstand von 1 Meter einzuhalten, so die BAG-Empfehlung.

Der Bundesrat wird eine Prioritätenliste verabschieden, die Personengruppen definieren wird, die den Impfstoff ab Verfügbarkeit bevorzugt erhalten. Dazu sollten dann nach meiner Einschätzung auch Zahnärztinnen, Zahnärzte und zahnärztliches Praxispersonal gehören.

Die Praxishygieneempfehlungen für die zahnärztliche Praxis bleiben unverändert. Hilfreich ist zusätzlich eine Händedesinfektion bei den Patienten, die in die Praxis kommen. Dafür hat sich eine Bereitstellung von zusätzlichen Desinfektionsmittelpendern in der Praxis bewährt. Die individuelle Verteilung von Desinfektionstüchern an die eintretenden Patienten durch die Rezeptionistin wird allgemein von den Patienten als angenehm empfunden.

Auf einem Seminar zum Thema H1N1 Anfang Mai 2009 wurde auch die verglichen mit anderen Berufsgruppen deutlichere Exposition zahnärztlichen Personals auch gegenüber HxNy-Infizierten thematisiert.

Eine Testung von Zahnärztinnen und Zahnärzten bezüglich durchgemachter HxNy-Infektionen wäre sicher durchaus interessant, wird aber derzeit noch nicht in Form wissenschaftlicher Studien angeboten. Ich werde aber diese Idee weiter verfolgen und halte daran Interessierte gerne auf dem Laufenden.



stepps® Praxismarketing – Begeisterung durch Kommunikation

Der Weg zum Erfolg im Praxismarketing erfordert mehrere Schritte. stepps® von DENTSPLY Friadent bietet Ihnen professionelle und gleichzeitig einfach anwendbare Praxismarketing- und Praxismanagementinstrumente, die Ihnen helfen, Ihre Kommunikation mit Patienten und Partnern zu professionalisieren. Was Sie erwarten können erfahren Sie hier...



AUTOR:
Stephan Jorewitz

Die Schweiz ist zahnärztlich überversorgt. Städtische Gebiete, wie z. B. Zürich oder Basel, sind sogar sehr stark überversorgt. Sie kennen sicher bereits die entsprechenden Statistiken. Zunehmend wichtiger wird die klare Positionierung Ihrer Zahnarztpraxis und die Profilierung im Markt. Wie gehen Sie dabei konkret vor?

Kommunikation

Kommunikation kann man betriebswirtschaftlich als dauerhafte strategische Aufgabe des Praxiseigentümers beschreiben. Dazu gehört alles: Die Art, wie Sie mit dem Praxisteam spre-

chen, die Wirkung des visuellen Erscheinungsbilds der Praxis, die Abläufe in Ihrer Praxis usw. Zeigen Sie sich gegenüber Ihren Patienten immer von Ihrer besten Seite.

Kommunikation mit stepps®

In den drei entscheidenden Bereichen der Praxisentwicklung – Profil, Patienten und Partner – bietet Ihnen stepps® praktische Unterstützung:

1. Das Profil Ihrer Zahnarztpraxis

Ihre Zahnarztpraxis benötigt in der heutigen Zeit ein Profil im Markt, damit Sie Ihre Patienten deutlich wahrnehmen können. Dieses Profil zeigt, was das Besondere an Ihrer Praxis ist. Dieses sollte immer klar kommuniziert werden. Das Profil Ihrer Praxis kann Ihnen bereits bewusst sein. Oder es wird durch Experten von

stepps® von DENTSPLY Friadent mit Ihnen zusammen erarbeitet. Gerne unterstützen Sie die Experten von stepps® bei der Erarbeitung und/oder Verfeinerung Ihres Praxisprofils.

Das Corporate Design, das visuelle Erscheinungsbild Ihrer Praxis, prägt das Profil Ihrer Praxis massgeblich: Es sendet unmittelbare Botschaften an Ihre Patienten. Ein gut durchdachtes und passendes Corporate Design ist ein wesentlicher Bestandteil Ihres langfristigen Praxiserfolges. Wichtig sind insbesondere die Wiedererkennbarkeit und die Qualitätsaussage.

2. Begeisterung der Patienten

Begeisterte Patienten empfehlen Ihre Zahnarztpraxis gerne und oft weiter und gewinnen für Sie neue Patienten. Das ist die berühmte Mund-zu-



Mund-Propaganda. Ihre Patienten sind schliesslich das Kapital Ihrer Zahnarztpraxis.

Mit einem klaren Profil Ihrer Zahnarztpraxis und einer optimalen kontinuierlichen Praxis-kommunikation begeistern Sie Ihre Patienten und binden sie an Ihre Praxis.

Die Praxiskommunikation besteht aus verschiedenen Elementen, die je nach Praxis und individuellem Bedarf eingesetzt werden. Sie bietet Patienten die Möglichkeit, sich vor, während und nach dem Besuch in Ihrer Praxis zu informieren. Dazu gehören vor allem Praxis-flyer/Praxisbroschüren, die Praxiswebsite, Praxisanzeigen (z.B. bei Übernahmen oder Verlegungen) und die Praxisbeschilderung. Besondere Kommunikation ist zudem erforderlich bei Tagen der offenen Tür, Vorträgen usw.

3. Mit Partnern gemeinsam erfolgreich

Kompetenzen sollten sich ergänzen: Ob Chirurg, prothetischer Zahnarzt oder Dentallabor – eine partnerschaftliche Kooperation eröffnet völlig neue Perspektiven für eine echte Win-win-Situation.

steps® befähigt Sie, gezielt Beziehungen zu Kollegen, Labors und Überweisern zu knüpfen und zu entwickeln. Und steps® bietet Ihnen Unterstützung beim Aufbau Ihres regionalen Implantologie-Netzwerks.

steps® Schritt für Schritt

Sämtliche Massnahmen zur Entwicklung Ihrer

Praxis haben das Ziel, möglichst alle Potenziale Ihrer Praxis optimal zu nutzen. Wo fängt man dabei am besten an?

steps® von DENTSPLY Friadent arbeitet mit «Diagnose» und «Therapie»:

Step 1: «Wo stehe ich?»

Analyse und Zieldefinition: Mit steps® als erfahrenem Kooperationspartner entwickeln wir für Sie individuelle Lösungen nach Mass: Mit Ihnen gemeinsam definieren wir das Entwicklungsziel Ihrer Praxis und beschreiben den Weg, der zu diesem Ziel führt. Zu den Mitteln gehören Grundlagen-Workshops, Patientenbefragungen und Mitarbeiterbefragungen.

Step 2: «Was mache ich?»

Die steps®-Strategie gibt eine klare Empfehlung, was Sie tun können, um das Profil der Praxis zu schärfen, Ihr Patientenpotenzial auszuschöpfen und die Zusammenarbeit mit Partnern zu optimieren – eine massgeschneiderte Strategie für individuelle und nachhaltige Lösungen.

Step 3: «Wie mache ich es?»

Sie erhalten von steps® ein Konzept mit greifbaren Massnahmen für Ihren Praxiserfolg. Ergänzt wird das Konzept durch eine konkrete Massnahmen-, Zeit- und Budgetplanung. So wird Praxiserfolg sicher planbar und leicht machbar.

Step 4: «Die Massnahmen»

Mit ausgefeilten Marketingmassnahmen und

-dienstleistungen können Sie die Erfahrung und das Know-how von steps® für Ihre Praxis nutzen. Ob Sie dabei auf die professionelle Unterstützung durch steps®-Partner und Dienstleister setzen, oder ob Sie Ihre Massnahmen selbst über die Online-Plattform steps®direct realisieren – das können Sie von Fall zu Fall individuell entscheiden.

Mit steps®direct von DENTSPLY Friadent haben Sie die Möglichkeit, selber durch das Internet Ihr Praxisprofil zu definieren und einzelne Produkte bei steps® zu bestellen. Dazu gehören u.a. Praxiswebsite, Praxisschilder, Praxis-flyer oder besondere Implantologieflyer. Nähere Informationen finden Sie unter www.steps.de in der Rubrik «steps®direct».

steps® als Teil von DENTSPLY Friadent

Das steps®-Programm wird seit Jahren sehr erfolgreich von der DENTSPLY Friadent, vor allem in Deutschland, geführt. Viele zufriedene Zahnärztinnen und Zahnärzte konnten dabei in ihren Praxen grosse Erfolge im Praxismarketing verbuchen. Das steps®-Programm wird laufend um neue Elemente und Dienstleistungen erweitert.

Nun haben auch Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Schweiz die Möglichkeit, diese attraktive Dienstleistung zu nutzen. Kontaktieren Sie DENTSPLY Friadent, z.B. durch den Aussendienst, für eine unverbindliche Auskunft und besuchen Sie die Website www.steps.de. ←



steps® | **DENTSPLY FRIADENT**

Kontakt steps®:

Marc Schirck

Telefon: 032 332 92 10

E-Mail: info@friadent.ch

FRIADENT Schweiz AG

Weyermattstrasse 4

2560 Nidau



Zahnmedizin in Hong Kong

Erleben Sie die faszinierende Welt der Zahnmedizin in Hong Kong aus der Sicht von Dr. Dr. Marc Schätzle, Visiting Associate Professor, Faculty of Dentistry, University of Hong Kong.

BILDER UND BERICHT: Dr. Dr. Marc Schätzle
INTERVIEW: Boris Etter

Warum hast du dich für die Zahnmedizin und im Speziellen für die Kieferorthopädie entschieden?

Eigentlich habe ich mich nie direkt für die Zahnmedizin oder die Kieferorthopädie entschieden. Es war mehr ein Prozess, der sich in mir über all die Jahre abgespielt hat und Glück, eine Ausbildungsstelle zu erhalten.

Nach der Matura wollte ich primär Sport und Biologie studieren. Aber da ich wusste, dass ich später als Lehrerauftraggeber glücklich werden würde, habe ich mich nach reiflicher Überlegung für das Medizinstudium entschieden. Nach dem ersten Propädeutikum änderte ich die Studienrichtung auf Zahnmedizin. Während dem Studium interessiert ich mich v. a. für die Kieferorthopädie und die Parodontologie. Beides sind Fachgebiete, die eine längere Zeit eng mit dem Patienten zusammenarbeiten.

**Wohnsiedlung
in Aberdeen.**



ten. Nach dem Staatsexamen habe ich mich dann für eine Postgraduate-Stelle in Bern an der Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik und an mehreren Orten (Bern, Genf, Zürich und Göteborg) für die Kieferorthopädie beworben.

An der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universität Zürich habe ich dann als erstes eine Zusage erhalten. Kurze Zeit später hätte ich auch die Möglichkeit gehabt, eine Spezialisierung zum Parodontologen zu absolvieren. Wäre die Reihenfolge umgekehrt gewesen, wäre ich heute vermutlich Parodontologe. Ich habe aber meine Entscheidung nie bereut.

Wann wurde dein wissenschaftliches Interesse geweckt?

Während den Sommerferien nach dem 4. Studienjahr begann ich mit meiner Dissertation auf dem Gebiet der Parodontologie. Ich analysierte eine Datenbank, welche unter der Leitung von Prof. Dr. Harald Løe während 26 Jahren in Oslo, Norwegen, erhoben wurde.

Von Assistenten der Paro/KroBrü wusste ich, dass sich die Spezialisierung oft durch die geforderten zwei Publikationen unnötig in die Länge zieht. Aus diesem Grunde fragte ich nach dem Staatsexamen meinen Doktorvater, ob ich weiter an dem Datenmaterial arbeiten dürfte, mit der Absicht, lediglich eine zweite Publikation zu schreiben. Bis heute sind daraus acht Studien und ein PhD in Epidemiologie (Universität Malmö) resultiert. Weitere Studien mit spezifischen statistischen Modellen sind jedoch noch in Planung. Daher kommt wohl auch der Irrglaube mancher Kollegen, dass ich eher Parodontologe als Kieferorthopäde bin.



Warum bist du trotz Privatpraxis weiter wissenschaftlich tätig?

Einerseits ist dies bedingt durch die Einzigartigkeit der Löe-Datenbanken, da ich mittlerweile der einzige bin, der sich noch darin zurechtfindet. Andererseits hat Prof. Dr. Timo Peltomäki in den letzten Jahren gute Bedingungen geschaffen, die es mir ermöglichten, auch auf dem Gebiet der Kieferorthopädie wissenschaftlich aktiv zu sein. Mittlerweile sind wir ein sich gut ergänzendes Team das sich mit spezifischen klinischen und experimentellen Fragestellungen auseinandersetzt. Die Kombination von klinischer Arbeit in der Privatpraxis mit Forschung und Lehre an der Universität, sagt mir am besten zu.

Warum hat es dich gerade nach Hong Kong verschlagen?

Die Absicht, meinen klinischen und wissenschaftlichen Horizont mit einem Auslandsaufenthalt zu erweitern, bestand schon seit langem. Nach Abschluss meiner Postgraduate-Ausbildung hatte ich erstmals mit Hilfe von Prof. Dr. Paul Stöckli meine Fühler ausgestreckt. Jedoch ohne Erfolg.

Die kieferorthopädische Abteilung von Hong Kong genießt international sowohl klinisch als auch wissenschaftlich einen hervorragenden Ruf. Nachdem einer meiner Mentoren,

Prof. Dr. Niklaus P. Lang, nach seiner aktiven Zeit in der Schweiz nach Hong Kong übersiedelte und mit Hilfe der Beziehungen von Prof. Dr. Timo Peltomäki, ging alles sehr schnell.

Als weiterer Punkt ist anzufügen, dass der asiatische Raum sehr stark im Bereich der Forschung von Minischrauben (skelettale Verankerung), meinem kieferorthopädischen Forschungsgebiet, ist.

Erzähl uns bitte etwas über die zahnärztliche Welt in Hong Kong?

Die Zahnärztedichte variiert innerhalb des Gebietes von Hong Kong relativ stark. Zurzeit gibt es etwas mehr als 1800 Zahnärzte. Im Durchschnitt ergibt das gut 4000 Patienten pro behandelnden Zahnarzt. Im Gebiet «Central», dem Geschäfts- und Kulturzentrum der Stadt, sind es aber lediglich gut 400 Patienten pro Behandler, in abgelegeneren Gebieten ist die Versorgungsdichte relativ gering, nämlich etwa 11000 Einwohner pro Zahnarzt.

Verglichen mit der Schweiz ist Hong Kong ein kieferorthopädisches Notstandsgebiet. Bei einer Population von etwas mehr als 7 Millionen Einwohnern gibt es lediglich gut 60 Fachzahnärzte in Kieferorthopädie. In der Schweiz sind

«Hong Kong» – Duftender Hafen. Das an der Mündung des Perlfusses auf einer Halbinsel und 262 Inseln gelegene Territorium war bis 30. Juni 1997 eine britische Kronkolonie und wurde vertragsgemäß am 1. Juli 1997 an China zurückgegeben.

BIOGRAFIE VON DR. MED. DENT. & ODONT. DR. MARC SCHÄTZLE

- Geboren am 1. April 1973 in Luzern
- Zivilstand: Verheiratet mit Karen Schätzle-Mayor, Zahnärztin, Vater von einer Tochter
- 1993–1996: Medizinische Vorklinik, Universität Bern
- 2000–2001: Post Graduate Assistent, Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Kantonsspital Luzern
- 2000–2001: Wissenschaftlicher Assistent, Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik, Zahnmedizinische Kliniken Bern
- 2001–2004: Post Graduate Assistent, Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Zürich
- Seit 2004: Oberassistent, Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Zürich
- Seit 2005: Privatpraxis in Luzern (60%)
- 2007: Visiting Associate Professor, Orthodontics, Faculty of Dentistry, University of Hong Kong, Hong Kong
- 1999: «doctor medicinae dentium» [Dr. med. dent.], Universität Bern
- 2005: «Odontologiae doctor» [Odont. Dr.], PhD equivalent, Faculty of Odontology, Malmö University, Schweden
- 2007: «Fachzahnarzt für Kieferorthopädie» [CH].

Marc, Jaël und Karen Schätzle.



es gut fünfmal so viele bei ähnlicher Bevölkerungszahl. Trotz der geringen Versorgungsdichte haben die lokalen Fachzahnärzte sehr spezielle Arbeitszeiten. Aufgrund des hohen Stellenwertes der Schule beginnen die meisten erst nachmittags um 14 oder 15 Uhr zu arbeiten bis abends um etwa 20 Uhr. An Samstagen werden zudem Konsultationen zwischen 10 und 18 Uhr angeboten.

Für alle ausreisewilligen Leser und Berufskollegen sei jedoch erwähnt, dass es relativ schwierig, respektive aufwendig ist, eine Praxisbewilligung in Hong Kong zu erhalten. Unter dem Vorwand der Qualitätssicherung müssen alle im Ausland ausgebildeten Zahnärzte (auch China), die ausserhalb der Universität tätig sein wollen, das Hong Kong-Staatsexamen nachholen, d. h. 1. und 2. Propädeutikum sowie das Staatsexamen.

Wie lange dauert die Postgraduate-Weiterbildung in Kieferorthopädie und wie wird sie finanziert?

Alle medizinischen Spezialisten-Weiterbildungen dauern in Hong Kong sechs Jahre. Es spielt dabei keine Rolle, ob Neurochirurgie, Herzchirurgie, Dermatologie oder Kieferorthopädie. In der Zahnmedizin gibt es aber nur zwei anerkannte Spezialgebiete mit einem Fachzahnarztstitel: Kieferchirurgie und Kieferorthopädie.

Konkret für die Kieferorthopädie heisst das: ein Jahr Allgemeinzahnmedizin, drei Jahre Postgraduate-Ausbildung und zwei Jahre Advanced Diploma. Die ersten vier Aus-

bildungsjahre sind analog zu den meisten anderen Ausbildungsprogrammen in der Schweiz oder Europa. Das Spezielle ist, dass die Studenten, welche später den Spezialistentitel in Hong Kong führen wollen, nach Abschluss noch zusätzlich zwei Jahre ein Teilzeitstudium (drei Halbtage pro Woche) absolvieren müssen. In dieser Zeit werden komplexere, interdisziplinäre Fälle geplant und behandelt und des Weiteren erhalten sie eine zusätzliche Ausbildung in Lingual-Technik und Invisalign.

Im Gegensatz zu allen schweizerischen zahnmedizinischen Kliniken bezahlen die Assistenten etwa HKD 200 000 pro Jahr (ca. CHF 30 000). Während der Advanced Diploma-Zeit reduziert sich dieser Betrag auf ca. die Hälfte.

Erzähle uns bitte zum Schluss noch etwas über dein Privatleben?

Ich bin mit Karen Schätzle-Mayor, ebenfalls Zahnärztin, verheiratet. Wir haben eine Tochter und erwarten im Oktober wieder Nachwuchs. Die Zeit hier in Hong Kong ist nicht nur aus klinischer und wissenschaftlicher Sicht eine Horizonterweiterung und Bereicherung, sondern auch als Familie. Durch die Doppelbelastung von Privatpraxis und Universität kommt die Familie leider oft etwas zu kurz. Ich bin dankbar für die Zeit, die ich während unseres Aufenthaltes vermehrt mit meinen Liebsten verbringen durfte. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die mich während dieser Zeit sowohl an der Universität und in der Privatpraxis vertreten, geholfen und diesen Aufenthalt somit erst ermöglicht haben, bedanken. ←

Prince Philipp Dental Faculty von aussen.



GESCHICHTE DER FACULTY OF DENTISTRY, THE UNIVERSITY OF HONG KONG

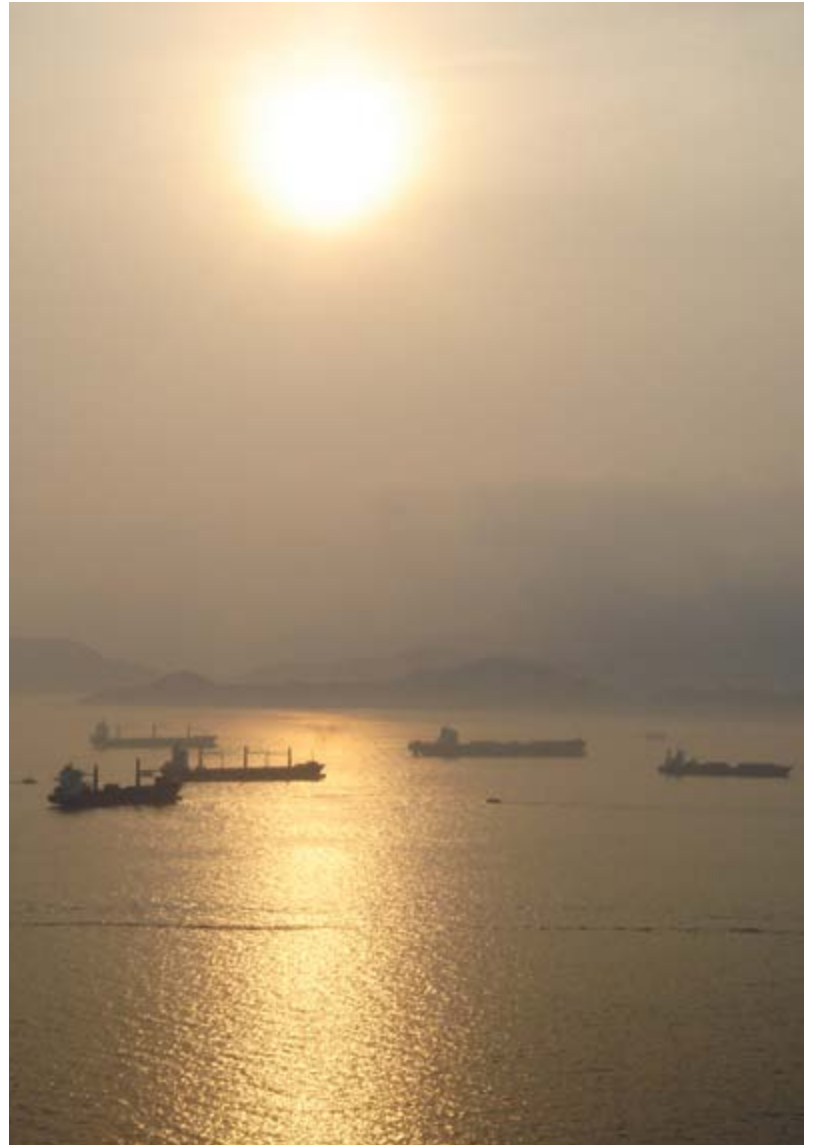
Die Fakultät wurde im Jahre 1982 gegründet, ein Jahr nach der Eröffnung des Prince Philipp Dental Hospital. Die ersten zahnärztlichen Diplome wurden 1985 ausgehändigt. Das Zahnmedizinstudium in Hong Kong hat sich im Lauf der Jahre stark gewandelt. Das ursprünglich 4½ Jahre dauernde Studium orientierte sich hauptsächlich an den Bestimmungen des General Dental Council of the United Kingdom und legte ein Schwergewicht im Bereich der Prävention und der konservierenden Zahnmedizin.

1990 wurde das Studium auf 5 Jahre ausgeweitet. Bis 1996 erfolgte der Unterricht mittels Frontalunterricht und wurde dann schrittweise durch problem-orientiertes (PBL), fächerübergreifendes



Schweinegrippe in Hong Kong: Kontrolle der Flugpassagiere bei der Ankunft in Hong Kong. Zuerst werden alle Passagiere mit einer Wärmebildkamera erfasst (links) und dann bei jedem Passagier die Temperatur gemessen, bevor alle das Flugzeug verlassen dürfen.

Abendstimmung über der Insel Lamma, einer der vielen vorgelagerten Inseln.



Lehren ersetzt. Seit 1998 erfolgt die zahnärztliche Ausbildung nur noch mittels PBL.

Die zahnmedizinische Fakultät von Hong Kong bildet pro Jahr etwas mehr als 50 Zahnmedizinstudenten aus und ist eine der weltweit wenigen Schulen, deren Undergraduate-Ausbildung ganz problem-basiert-orientiert (PBL) ist. Sie war diesbezüglich zusammen mit der University of Malmö ein Pionier auf diesem Gebiet. Des Weiteren werden zurzeit 191 Postgraduate-Studenten aus 15 verschiedenen Nationen in verschiedenen Bereichen der Zahnmedizin ausgebildet und sind wissenschaftlich tätig.

Zurzeit ist «The University of Hong Kong» die einzige der acht ansässigen Institutionen, die ein Zahnmedizinstudium anbietet und die einzige Fakultät von ganz China, in der Englisch die Unterrichtssprache ist. Die zahnmedizinische Fakultät von

Hong Kong nimmt heute einen bedeutenden Platz in der Zahnmedizin ein und bietet 22 verschiedene Weiterbildungsgänge an, darunter auch das «Postgraduate Programm in Orthodontics». Die Professoren der Universität genießen im Ausland einen sehr guten Ruf und nehmen weltweit an Fachveranstaltungen der Zahnmedizin teil.

Mögliche Postgraduate-Ausbildungen an der Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong

Die zahnmedizinische Fakultät ist in die folgenden Abteilungen (Departments) eingeteilt:

- Dental Material Science
- Dental Public Health
- Endodontics
- Family Dentistry
- Implantology

- Oral and Maxillofacial Surgery
- Oral Radiology
- Orthodontics
- Paediatric Dentistry
- Periodontology
- Prosthodontics

«The University Hong Kong» genießt auch als ganzes einen hervorragenden internationalen Ruf und wurde dieses Jahr als Nr. 26 aller evaluierten Universitäten und als die führende Fakultät im Asian-Pacific-Raum bewertet. Im internationalen Vergleich sind die Schweizer Universitäten mit den folgenden Rängen bewertet: Basel (131), Bern (126), Genf (68), Zürich (106).

14. Schweizer ZahnärztInnen-Golfmeisterschaft

Am Freitag, 19. Juni 2009, lud die ABC Dental AG im Golfpark Oberkirch zum 14. Mal zur ZahnärztInnen-Golfmeisterschaft ein. Die ZahnärztInnen trafen sich am Morgen, um die ersten Abschlüge zu machen. Danach spielte die Mehrheit den ganzen Tag weiter. Am Mittag erhielten die sportlichen ZahnärztInnen eine gute Zwischenverpflegung zur Stärkung, welche von der Zahnärztekasse AG, einem der Sponsoren des Anlasses, offeriert wurde. Trotz des Regens am Vormittag, liessen sich die meisten ZahnärztInnen nicht davon abhalten, intensiv Golf zu spielen.

Gegen vier Uhr nachmittags traf man sich zum Kaffee in der Cafeteria, bevor man dann zum Apéro ins Festzelt überging. Gegen 18 Uhr begab man sich dann an die schön gedeckten Dinner-Tische im Restaurant des Golfparks. Dort kündigte Thomas Kuhn, der Organisator der Golfmeisterschaft, die bekannte Alpinistin Evelyn Binsack an. Sie erzählte voller Elan von ihren unglaublichen Abenteuern in der Antarktis und auf dem Mount Everest. Schliesslich endete dieser gelungene Event mit einem köstlichen Dinner und der feierlichen Siegerehrung. Weitere Informationen und Bilder zum Event finden Sie auf [DENTALSPACE](http://www.dentalspace.ch) (www.dentalspace.ch) in der Rubrik «Events».



Organisator Thomas Kuhn, ABC Dental AG.



Ruedi Stöckli, Geschäftsführer KaVo Dental AG.



Dr. Matteo Bettoni (l.) und Max Fuchs, ABC Dental AG (r.).



Matthias Stadler, Martin Engineering AG, und Ruth Leuthold, Zahnärztekasse AG.



Dr. Roger P. Meyer, Dr. Ralph Katzorke, Dr. Karl Udo Schmid (v.l.n.r.).



Dr. Reto Zimmermann, Dr. Tim Pöter, Dr. Uwe Stepper (v.l.n.r.).



Passionierte Golfspielerin: Dr. Lene Schwärzler.



Thomas Kast, Geschäftsführer Zahnärztekasse AG, welche u. a. die Mittagsverpflegung sponserte.



Dr. Urban Rieser (l.) und Dr. Anton Stadler (r.).



Dr. Stefan Janssen (l.) und Dr. Lukas Egloff (r.) auf dem Weg ins Clubhaus.



Evelyn Binsack und Thomas Kuhn, ABC Dental AG.



Rolf Wangler, DENTSPLY Maillefer.



Evelyn Binsack, die über ihre Abenteuer in der Antarktis und am Mount Everest referierte.



Die komplette Aufmerksamkeit der zahlreichen Gäste am Dinner gehört den Erzählungen von Evelyn Binsack.



Nach dem Vortrag konnte man Evelyn Binsacks Buch kaufen.



Neuer Pokal, gestiftet von der ABC Dental AG. Er bleibt nun beim Sieger und löst den alten Wanderpokal ab.



Max Fuchs, ABC Dental AG, verkündet die Sieger der diesjährigen Meisterschaft.



Gruppenfoto der Preisgewinner am Golfturnier der ABC Dental AG.

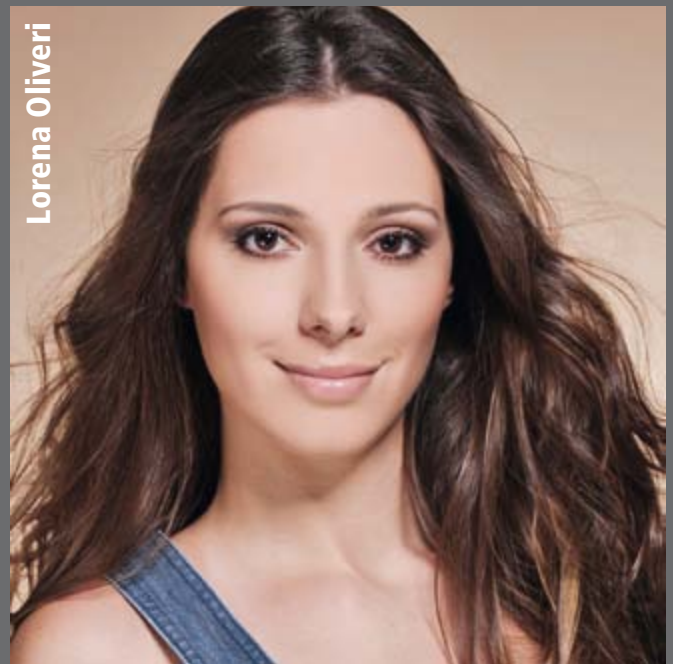
Miss Schweiz Kandidatinnen 2009 über Zahnpflege und Zahnmedizin

Vor der Miss Schweiz Wahl 2009 (www.miss.ch) führte DENTASTIC die zahnmedizinische Befragung der Kandidatinnen durch. Die Missen werden denn auch zahnärztlich betreut, nämlich von der S-Dent-Gruppe. Und nun schauen wir, was uns die Missen kurz vor der Wahl in Genf geantwortet haben ...

Bilder: Miss Schweiz Organisation AG

Fragen

1. Wie häufig putzt du dir am Tag die Zähne?
2. Welche Zahnpflegemittel verwendest du neben Handzahnbürste und Zahnpasta (elektrische Zahnbürste, Zahnseide, Spülungen, weitere Hilfsmittel)?
3. Wie häufig gehst du zum Zahnarzt bzw. zur Dentalhygienikerin?
4. Was war dein schönstes oder schlimmstes Erlebnis beim Zahnarzt?
5. Würdest du etwas an deinen Zähnen bzw. an deinem Gebiss ändern wollen? Wenn ja, was?
6. Wie viele Zähne hat normalerweise ein erwachsener Mensch?
 - a) 30
 - b) 32
 - c) Auf der Nordhalbkugel 34, auf der Südhalbkugel 36.
 - d) Je nach Mensch ganz unterschiedlich.



Lorena Oliveri

1. Morgens, mittags und abends.
2. Elektrische Zahnbürste, Zahnseide, Spülung, weitere Hilfsmittel und Zungenschaber.
3. 2-mal jährlich.
4. Dass die Spritze durch die feine Nadel nicht weh gemacht hatte und schlimm war dann nach der Weisheitszahn-OP dass ich ein geschwollenes Gesicht hatte... für eine ganze Woche!
5. Evtl. den einen Eckzahn ein bisschen gerade richten – sonst nichts.
6. b) 32, d) Je nach Mensch ganz unterschiedlich – auch richtig – (durch die Weisheitszähne).



Linda Fähr

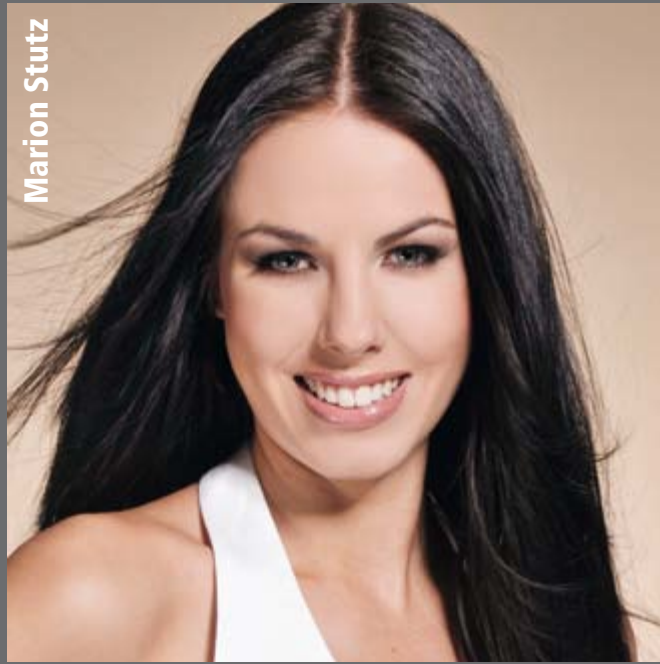
1. 3 bis 4-mal. Wenn ich nach dem Zähneputzen Schokolade oder Ähnlichem nicht widerstehen kann, putze ich nochmals.
2. Elektrische Zahnbürste und Spülungen. Ich sollte längstens mit der Zahnseide beginnen, habe es leider noch nicht geschafft.
3. Jährlich.
4. Das Schlimmste war der Tag, als ich mit 18 meine Zahnspange erhielt und zwar auf der Innenseite der Zähne, also nicht sichtbar. Ich konnte kaum sprechen und alles tat weh. Das schönste Erlebnis war, als ich die Zahnspange nach ¾ Jahren wieder rausnehmen durfte und jetzt Zähne habe, auf die ich sehr stolz bin. Ein zweites schönes Erlebnis ist, dass ich noch nie ein Loch oder Probleme mit den Zähnen hatte.
5. Nein, jetzt nicht mehr, ich hatte eine leichte Verschiebung der Frontzähne und habe mit ca. 18 Jahren noch eine Zahnspange auf der Innenseite machen lassen.
6. Die Antwort ist b) 32.

Michelle Morand



1. Mindestens 3-mal. Weil ich mittags nicht zuhause esse, habe im Office extra eine Zahnbürste, damit ich nach dem Mittagessen meine Zähne reinigen kann.
2. Zahnseide, Spülung und «Zahnhölzer».
3. 1 bis 2-mal pro Jahr.
4. Mein schlimmstes Erlebnis: Als mein Zahnarzt mir mitteilte, dass ich einen toten Zahn habe. Ich musste diesen dann durch einen künstlichen Zahn ersetzen. Das war eine aufwändige Sache. Mein schönstes Erlebnis: Als meine Zahnspange raus kam.
5. Meinen behandelten Zahn nochmals verbessern.
6. b) 32, mit Betonung auf normalerweise.

Marion Stutz



1. 2-mal am Tag, morgens und abends.
2. Ab und zu mal eine Spülung, sonst aber nichts.
3. 1-mal im Jahr.
4. Hatte bis jetzt nur gute Erlebnisse und habe mit 25 Jahren noch nie ein Loch gehabt.
5. Ich würde nichts ändern, denn ich habe eine super Zahnstellung und gesunde Zähne.
6. b) 32.

Tabea Schulthess



1. 3-mal wenn möglich. Morgens, mittags und abends.
2. Elektrische Zahnbürste und Zahnseide.
3. 1-mal pro Jahr.
4. Als ich in der 2. Klasse im Sportunterricht einen Zahnunfall hatte und einige meiner Zähne ausgeschlagen waren. Zum Glück hielten die Zähne noch an einem «Faden» und man konnte sie retten. Aber dies war eine sehr schmerzhaft Erfahrung beim Zahnarzt.
5. Nein eigentlich nicht. Die Zähne könnten zwar etwas heller sein, aber ansonsten bin ich zufrieden.
6. b) 32

Valentina Parente



1. 3-mal am Tag.
2. Zahnseide, elektrische Zahnbürste.
3. 1-mal, gehe jährlich zur Kontrolle.
4. Schönstes Erlebnis: Immer wenn ich zur Jahreskontrolle gehe und keine Karies gefunden worden ist. Schlimmstes Erlebnis: Als ich vier Zähne ziehen musste, weil es keinen Platz mehr hatte.
5. Durch das Tragen einer Zahnspange in jungen Jahren konnte ich ein gutes Resultat erzielen und bin daher zufrieden.
6. b) 32.

Wo jahrelange Forschung
und Zukunftstechnologien
hinführen?
Zurück zur Natur.

future Award 2006



Seit Jahrzehnten beschäftigt sich Baufritz mit wohnge-
sunder Holzbauweise nach dem Vorbild der Natur. Denn
sie macht uns am besten vor, wie Hightech-Häuser
wirklich funktionieren. Nach diesem Prinzip stammen
von Baufritz zum Beispiel Patente für die geniale Bio-
dämmung aus Holzspänen, verbesserte Winddichtig-
keit, Schutzimprägnierungen aus Naturstoffen, erd-
bebensichere Häuser und die nahezu wartungsfreie
Natursilber-Fassade.

Lassen Sie sich von den Baufritz-Innovationen für
gesundes Wohnen überzeugen und von unserer Stil-
welten-Kollektion inspirieren. Telefon 033 - 341 10 00,
www.baufritz-dc.ch

 **BAUFRITZ**
SEIT 1896




FORTIS
CARGO
LIMITED EDITION

Die Uhr zum ersten Schweizer Science-Fiction-Film
Einzelnummerierung 2012 Exemplare
Automatik, Tag-/Datumsanzeige, Stahl Ø 40 mm
Saphirglas, Kautschukband, wasserdicht 200 m / 20 bar
Offizieller Ausrüster für Luft- & Raumfahrt
Erste Uhrenfabrik der Welt für automatische Armbanduhren
since 1912 swiss · www.fortis-watches.com

Zürich **AIRBIJOUX** Tel. 044 212 21 71
Luzern **BRUDERMANN** Tel. 041 210 65 62
St. Gallen **LABHART** Tel. 071 222 50 60
Basel **FREI** Tel. 061 271 84 70
Bern **SONDEREGGER** Tel. 031 311 70 38

Marketing-Institut der Uni Bern fühlt den ZMK Bern auf den Zahn

Im Auftrag der ZMK Bern hat das Institut für Marketing und Unternehmensführung der Universität Bern eine Studie durchgeführt.

AUTOR: Stefan Odermatt

Nach der betriebswirtschaftlichen Reorganisation der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern (ZMK Bern) war es dem Direktionsausschuss der ZMK Bern ein Anliegen, den nächsten Schritt zu machen und unter anderem die Bemühungen im Bereich Marketing und Public Relations (PR) zu verbessern. Dabei schlugen die ZMK Bern einen innovativen Weg ein: Anstelle einer kostspieligen Zusammenarbeit mit einer externen Marketingagentur suchte der geschäftsführende Direktor Prof. Dr. Daniel Buser nach einer universitätsinternen Lösung und wurde beim Institut für Marketing und Unternehmensführung (IMU) der Universität Bern fündig. Gemeinsam mit Prof. Dr. Harley Krohmer und Dr. Lucia Malär (IMU) existiert seit September 2008 eine spannende institutsübergreifende Zusammenarbeit. Ausgangspunkt der Zusammenarbeit war die Masterarbeit des BWL-Studenten Stefan Odermatt mit dem Titel «Markenstrategie für die Zahnmedizinischen Kliniken Bern». Im Analyseteil dieser Arbeit erfolgte eine umfassende Umfrage, an welcher neben den Angestellten, Studierenden und Patienten der ZMK Bern auch Personen aus der Öffentlichkeit sowie 226 Zahnärzte aus der Privatpraxis (ganze Schweiz) teilnahmen. In diesem Artikel werden die Resultate von einigen Fragestellungen präsentiert,

welche von den Personen aus der Öffentlichkeit oder den 226 Zahnärzten beantwortet wurden.

ZMK Bern in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt

Weil die Bekanntheit sowie das Image einer Marke die wichtigsten Determinanten für den Wert der Marke darstellen, wurden diese beiden Grössen für die ZMK Bern gemessen. Aufgrund der Tatsache, dass die Marke «ZMK Bern» sowohl den Studierenden und Angestellten der ZMK Bern als auch den Zahnärzten in der Privatpraxis bekannt ist, wurde die Bekanntheit nur bei den Personen aus der Interessensgruppe «Öffentlichkeit» abgefragt. Dabei stellte sich heraus, dass lediglich sieben Prozent der befragten Personen aus der Öffentlichkeit den Begriff ZMK Bern richtig zuordnen konnten. 84 Prozent der Befragten hatten keine Ahnung, was ZMK Bern bedeutet und die restlichen neun Prozent gaben falsche Antworten (vgl. Abbildung 1, unten). Zusätzlich wurde in der Stadt Bern (Zytglogge, Bärenplatz, Hirschengraben) sowie auf dem Areal des Inselspitals 100 zufällig ausgewählten Personen folgende Frage gestellt: «Wissen Sie, was die ZMK Bern sind?» Nur gerade eine Person wusste, dass es sich bei dieser Abkürzung um die Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern handelt. Aufgrund dieser Ergebnisse konnte festgestellt werden,

dass die Abkürzung ZMK Bern in der Öffentlichkeit praktisch unbekannt ist. Aus diesem Grund werden die ZMK Bern in Zukunft gegen aussen immer als «ZMK Bern – Zahnmedizinische Kliniken Bern» auftreten und es vermeiden, lediglich die Abkürzung «ZMK Bern» zu verwenden.

Fragestellungen an Zahnärzte in der Privatpraxis

Bitte bewerten Sie die Fortbildung der folgenden Universität: Universität Bern (Universität Zürich, Universität Genf, Universität Basel). (Loopfrage: Zahnärzte bewerten jene Universitäten, an welchen sie bereits Fortbildungskurse besucht haben)

- Allgemeine Qualität der Fortbildungskurse
- Preis-Leistungs-Verhältnis
- Fachkompetenz der Referenten
- Didaktik der Referenten
- Themen der angebotenen Kurse
- Verhältnis von Theorie und Praxis in den Kursen

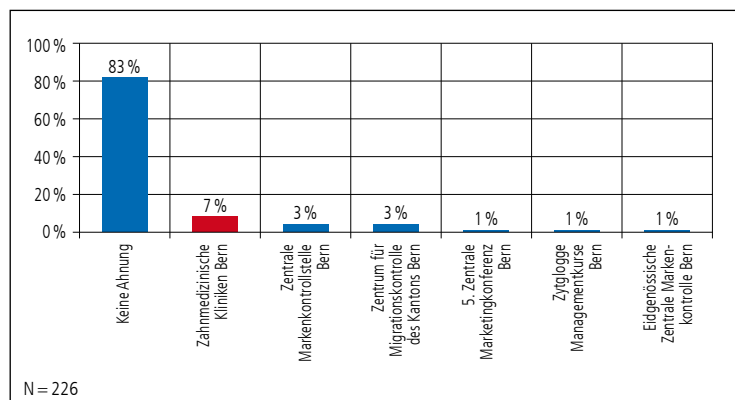
Skala: 1 = sehr schlecht; 7 = hervorragend

Wird aus den Antworten der sechs Beurteilungskriterien der Mittelwert berechnet, so schneidet die Universität Bern mit einem Mittelwert (M) von 5.25 am besten ab, gefolgt von den Universitäten Zürich (M=4.94), Genf (M=4.84) und Basel (M=4.79). Werden die einzelnen Beurteilungskriterien genauer analysiert, fällt auf, dass die Universität Bern bei allen Kriterien am besten beurteilt wurde. Die Universität Zürich erzielte mit Ausnahme des Preis-Leistungs-Verhältnisses überall die zweithöchsten Mittelwerte (vgl. Abbildung 2). Eine Varianzanalyse bestätigte, dass statistisch gesehen kein signifikanter Zusam-



Stefan Odermatt, Master of Science in Business Administration (MScBA), Universität Bern, Wissenschaftlicher Assistent an den ZMK Bern, Verfasser Masterarbeit für ZMK Bern.

Abbildung 1: Gestützte Bekanntheit der Marke «ZMK Bern» in der Öffentlichkeit.



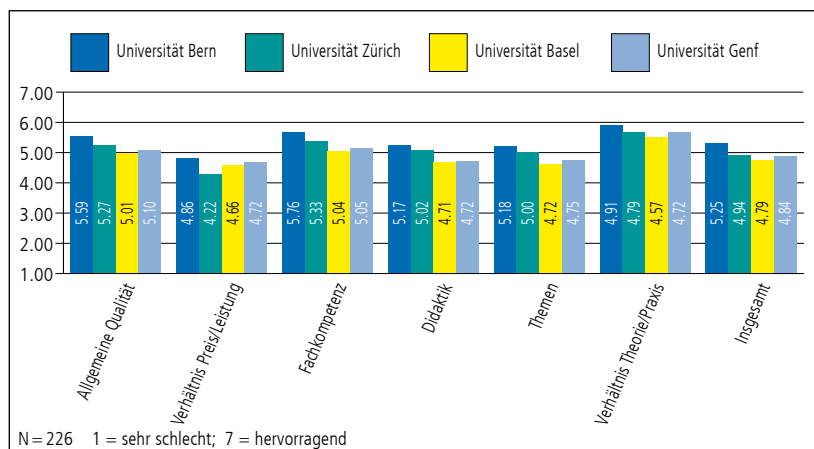


Abbildung 2: Beurteilung des Fortbildungsangebots an Schweizer Universitäten.

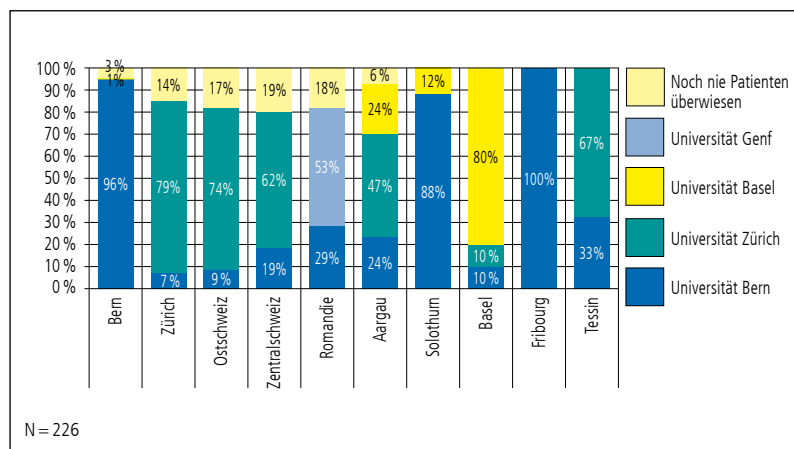


Abbildung 3: Ort der Patientenüberweisung nach Regionen aufgeteilt.

menhang zwischen dem Ort der Ausbildung der befragten Zahnärzte und der Bewertung der einzelnen Universitäten besteht.

Die ZMK Bern haben die gute Beurteilung durch die Zahnärzte mit Freude zur Kenntnis genommen: «Wir legen Wert darauf, den Zahnärzten ein vielseitiges und qualitativ hochstehendes Fortbildungsprogramm mit Kursen und Kongressen zu aktuellen Themen und fairen Preisen anzubieten», so Prof. Buser. Die Gründe für die guten Noten sieht Prof. Buser in hochkarätigen und international tätigen Referenten, einem sehr guten Betreuungsverhältnis sowie modernster Infrastruktur wie beispielsweise das André Schroeder Auditorium, welches mit der neuesten audiovisuellen Technik ausgestattet ist.

Bitte geben Sie an, an welche Universität Sie mehrheitlich Ihre Patienten überweisen

10 Prozent der befragten Zahnärzte haben noch nie Patienten an eine universitäre Klinik überwiesen. In Abbildung 3 sind die befragten Zahnärzte nach Regionen aufgeteilt. Anhand dieser Aufteilung ist zu erkennen, dass der Ort der Überweisung primär vom Standort der Praxis abhängt. 7% der befragten Zahnärzte aus der Region Zürich und 9% der befragten Zahnärzte aus der Ostschweiz überweisen ihre Patienten mehrheitlich nach Bern, obwohl Zürich geografisch näher gelegen ist. Umgekehrt überweisen nur 1% der Zahnärzte aus dem Kanton Bern ihre Patienten mehrheitlich nach Zürich. Aus den Regionen Aargau und Zentralschweiz werden deut-

lich mehr Patienten nach Zürich (47% und 62%) als nach Bern (24% und 19%) überwiesen.

Sehen Sie die zahnmedizinischen Kliniken der Universitäten (z. B. ZMK Bern) generell als Konkurrenz an?

92 Prozent der befragten Zahnärzte gaben an, dass für sie die zahnmedizinischen Kliniken der Universitäten wie beispielsweise die ZMK Bern keine Konkurrenz darstellen. Eine Tatsache, welche Prof. Buser freut: «Es ist uns an den ZMK Bern ein grosses Anliegen, dass wir den Zahnärzten in der Privatpraxis eine kollegiale Zusammenarbeit auf Augenhöhe anbieten und wir für sie da sind, wenn Sie unsere Hilfe beanspruchen. Deshalb freut es uns zu sehen, dass die Zahnärzte diese Zusammenarbeit schätzen und uns nicht als Konkurrenten ansehen, welcher ihnen ihre Patienten abwirbt. Die ZMK Bern bieten Spezialbehandlungen in Ergänzung zur Grundversorgung in den Privatpraxen an.» Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die ZMK Bern innerhalb der Zahnärzteschaft sehr gut positioniert sind. Untermauert wird diese Tatsache durch die positive Stellungnahme der Zahn-

ärzte zu unterschiedlichen Aussagen (vgl. Abbildung 4).

«Tag der offenen Tür» als Kampagnen-Start












Basierend auf den Erkenntnissen der Studie wurde im Rahmen von Workshops zusammen mit dem Klinikdirektorium eine Markenstrategie entwickelt. Hierbei wurden insbesondere Kommunikationsmassnahmen definiert, die primär auf eine Steigerung der Markenbekanntheit in der Öffentlichkeit zielen. Diese Massnahmen werden in Form einer Imagekampagne während der nächsten zwei Jahre umgesetzt. Der «Tag der offenen Tür» vom 24. Oktober 2009 stellt dabei den Startpunkt dieser Kampagne dar. An diesem Tag wird der Bevölkerung die Möglichkeit geboten, den ZMK Bern im wahrsten Sinne des Wortes auf den Zahn zu fühlen. Ganz unter dem Motto des 175-Jahr-Jubiläums der Universität Bern, «Wissen schafft Wert», wird an diesem Tag dem Publikum eine Übersicht des Fortschritts der Zahnmedizin in den letzten 30 Jahren vorgestellt. Das Programm und die Details zum «Tag der offenen Tür» sind auf www.zmk.unibe.ch zu finden.



1 Abendseminar gratis!

Falls Sie sich für 5 dieser Seminare anmelden, erhalten Sie ein **6. Seminar** dieser Liste im Wert von **Fr. 290.- gratis** (nur gültig mit dieser Liste). Bereits gebuchte Seminare werden angerechnet.

bitte ankreuzen

28.11.2009		Aesthetik in der Implantologie	
Zürich (ganztags)		Dr. Ueli Grunder	Fr. 480.- <input type="checkbox"/>
29.10.2009		DVT – Sinn oder Unsinn? Nutzen und Grenzen!	
Zürich (abends)		Chairman: PD Dr. Dr. Gerold Eyrich und diverse weitere Referenten	Fr. 290.- <input type="checkbox"/>
19.11.2009		Vollkeramik – no Limits?	
Zürich (halbtags)		Chairman: Dr. Urs Brodbeck und diverse weitere Referenten	Fr. 290.- <input type="checkbox"/>
19.01.2010		Risikopatient	
Zürich (abends)		Prof. Dr. Andreas Filippi	Fr. 290.- <input type="checkbox"/>
09.10.2009		«Professionelle Haltung und Erscheinung»	
Kloten ZH (halbtags)	swiss	Swiss Aviation Training	Fr. 290.- <input type="checkbox"/>
03.11.2009		Stomatologie Update	
Zürich (abends)		Dr. Chantal Riva Jacoviello	Fr. 240.- <input type="checkbox"/>
24.11.2009		Pharmakotherapie	
Zürich (abends)		Prof. Dr. pharm. Stephan Krähenbühl	Fr. 240.- <input type="checkbox"/>
15.12.2009		Schwermetallbelastung	
Zürich (abends)		Dr. Horst Dawczynski	Fr. 240.- <input type="checkbox"/>
15.01.–16.01.2010		«Führungsausbildung»	
Zürich (abends)		Dr. phil. Hansruedi Steiner	Fr. 880.- <input type="checkbox"/>
02.02.2010		ENDO Update 2010	
Zürich (abends)		Prof. Dr. med. dent. Thomas Attin	Fr. 290.- <input type="checkbox"/>
23.03.2010		«Fehlerteufel» in der adhäsiven Zahnmedizin	
Zürich (abends)		Dr. Markus Lenhard	Fr. 290.- <input type="checkbox"/>

... auf www.fbrb.ch finden Sie viele neue Seminare!

Fax-Anmeldung
055 415 30 54

MediAccess AG | fortbildungROSENBERG
Hofstrasse 10 | CH-8808 Pfäffikon
Tel. 055 415 30 58 | info@fbrb.ch

Praxisstempel

Datum:

Unterschrift:

Die Nr. 1 Mundspülung weltweit!¹

NEU

SEIT JANUAR 09
IN DER SCHWEIZ



DYNAMIT

gegen Bakterien

LISTERINE® durchdringt den Biofilm²

Einzigartige Wirkstoffkombination aus 4 ätherischen Ölen

- ✓ Durchdringt den Biofilm und bekämpft Bakterien effektiv²
- ✓ Eindrucksvolle Reduktion von Plaqueneubildung und Entstehung von Zahnfleischirritationen im Vergleich zum Zähneputzen allein³
- ✓ Auch bei Langzeitanwendung keine Zahnverfärbungen und keine Verschiebung der Mundflora zu erwarten^{4,5,6,7}

Erhältlich bei Ihrem Grossisten oder Dentaldepot



Johnson & Johnson
CONSUMER HEALTH CARE SWITZERLAND
a division of Janssen-Cilag AG

1. Euromonitor 12/2007. 2. Fine DH et al. J Clin Periodontol 2001 Jul; 28(7):697-700 (Ergebnis aus Laboruntersuchung, kann im Mund geringer ausfallen).
3. Sharma N et al. JADA 2004; 135:496-504. 4. Overholser CD et al. J Clin Periodontol 1990; 17:575-579. 5. Lamster B et al. Clin Prev Dent 1983;5:12-16.
6. Walker C et al. J Dent Res 1989;68:412. 7. Minah GE et al. J Clin Periodontol 1989; 16:347-352.