



Statine in Parodontologie

Die lokale Applikation von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie führt zu signifikanten Verbesserungen. Von PD Dr. Kristina Bertl, Malmö, und Kollegen. ▶ Seite 7f



SGIfocus Kongress

Im Mai endete in Bern das erste SGIfocuskongress für orale Implantologie. Die SGI etablierte hier mit dem SGIfocus Kongress ein neues Format für tiefgreifende Diskussionen. ▶ Seite 11



Behandlungseinheit

Die Häubi eledent der Häubi AG aus Lyss steht für intuitive Bedienbarkeit, gelungene Ergonomie und elegantes Design zugunsten entspannter Behandlungen für Arzt und Patient. ▶ Seite 15

ANZEIGE

STARK IM POLIEREN!

KENDA

DENTAL POLISHERS

www.kenda-dental.com
Phone +423 388 23 11
KENDA AG
LI - 9490 VADUZ
PRINCIPALITY OF LIECHTENSTEIN

Die Erfolgsgeschichte geht weiter: DENTAL BERN & SSO-Kongress 2018

Vom 31. Mai bis zum 2. Juni fand das bewährte Doppel
auf dem Gelände der BERNEXPO an der Mingerstrasse statt.

BERN (mhk) – Bereits zum vierten Mal fanden 2018 der SSO-Jahreskongress und die DENTAL als Gemeinschaftsveranstaltung statt und bot für Zahnärzte und ihre Teams sowie Zahntechniker einen kompakten Überblick über Neues aus Wissenschaft und Dentalbranche.

Rekordbeteiligung bei neuer Anordnung

Der Organisator der DENTAL BERN, Ralph Nikolaiski, hatte gemeinsam mit Nicolas Gehrig, Präsident des Arbeitgeberverbandes der Schweizer Dentalbranche (ASD) und der Swiss Dental Events (SDE) und somit oberster Chef der DENTAL BERN, auf ein neues Messekonzept gesetzt. Die Neuordnung der Messestände mit sehr viel schmalere Gängen brachte es mit sich, dass Besucher und Aussteller schneller in Kontakt kamen.

«Dass man sich trifft und sich austauscht, ist ja ein wesentlicher Teil der DENTAL BERN. Das hat wunderbar funktioniert und das neue Konzept ist somit voll aufgegangen», freute sich der zufriedene Ausstellungsmacher bei einem ersten Resümee gegenüber der *Dental Tribune Schweiz*.

Die Messe war seit Sommer 2017 ausgebucht, es mussten sogar Zusatzflächen für Modulstände geschaffen werden, um weiteren Ausstellern gerecht werden zu können.

SSO-Kongress «Zahnmedizin: digitalisiert, globalisiert, Qualität garantiert?»

Der Jahreskongress der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft fand in diesem Jahr praktisch «mitten-drin» statt. Die zehnköpfige Wissenschaftliche Kongresskommission um Prof. Dr. Andreas Filippi wählte ein topaktuelles Thema zum Kongressschwerpunkt: die Digitalisierung in der Zahnmedizin. Ausgewiesene Spezialisten der unterschiedlichsten Fachgebiete zeigten auf, dass die zunehmende digitale Vernetzung eine Unmenge an Möglichkeiten bietet, aber auch kritisch hinterfragt werden muss: Ein Plädoyer für «Die Digitale Welt der Zukunft» hielt Urs Schaeppi (CEO Swisscom) im Eröffnungsvortrag, während Rechtsanwalt Simon Gassmann «Juristische Aspekte in der digitalen Zahnarztpraxis» beleuchtete.



Save the dates

Die Termine für die DENTAL BERN in den Jahren 2020 (14. bis 16. Mai), 2022 (9. bis 11. Juni) und 2024 (6. bis 8. Juni) stehen bereits fest. Die Organisatoren der grössten

dentalen Fachausstellung der Schweiz planen weit voraus und sind sich sicher: «Wer hingehet, weiss mehr!». [DT](#)

Einen umfangreichen Nachbericht finden Sie auf Seite 9.

ANZEIGE

Sichern Sie sich jetzt eine von 999 limitierten Bluephase® Style Black Edition

Lichthärtende Materialien zuverlässig und effizient aushärten – dafür steht Bluephase. Das über 5 Jahre klinisch bewährte Gerät ist jetzt genau 999 Mal in edler, mattschwarzer Optik erhältlich. Nutzen Sie die Chance und bestellen Sie jetzt gleich unter bluephaseallblack.com

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent AG
Benderstr. 2 | 9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 235 35 35 | Fax: +423 235 33 60

ivoclar vivadent
passion vision innovation

Übersorgung entgegenwirken

Bundesrat verabschiedet Revision des KVG.

BERN – Die Kantone erhalten ein dauerhaftes Instrument, um eine Übersorgung im Gesundheitswesen zu verhindern und so das Kostenwachstum zu dämpfen. Damit schafft der Bundesrat Planungssicherheit für alle Beteiligten. Er hat am 9. Mai die entsprechende Botschaft zuhänden des Parlaments verabschiedet.

rechnen zu dürfen, sollen ambulant tätige Ärzte das Schweizerische Gesundheitssystem kennen. Neu sieht das revidierte KVG deshalb eine Prüfung vor. Von der Prüfungspflicht befreit ist, wer drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet hat, zum Beispiel an einem Kantons- oder Universitätsspital.

Die Revision des KVG ermöglicht eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich und schafft damit Rechts- sicherheit für alle Beteiligten.

Die Kantone sind heute bereits zuständig für die Zulassung der Ärzte zur Berufsausübung. Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sollen sie auch entscheiden können, wie viele ambulant tätige Ärzte zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen. Um eine Übersorgung zu verhindern, können die Kantone neu selber für medizinische Fachbereiche und in bestimmten Regionen Höchstzahlen vorschreiben. Dabei müssen sie sich mit den anderen Kantonen absprechen sowie die Leistungserbringer, die Versicherer und die Versicherten anhören. Wenn die Kosten in einem Fachgebiet überdurchschnittlich ansteigen, dürfen die Kantone zudem die Zulassung blockieren.

Klare Anforderungen für alle Ärzte

Um eine hohe Qualität sicherzustellen und zulasten der OKP ab-

Zwei Änderungen zur Vernehmlassungsvorlage

Nach der Vernehmlassung hat der Bundesrat zwei Änderungen vorgenommen. Erstens verzichtet er auf eine Wartefrist von zwei Jahren, bevor eine Zulassung erfolgen kann. Zweitens sind die Kantone zuständig dafür, die Zulassungsgesuche und die vom Bundesrat festgelegten Qualitätsanforderungen zu prüfen.

Die Revision des KVG ermöglicht eine dauerhafte Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich und schafft damit Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Der Bundesrat erachtet die neue Regelung zudem als wichtigen Schritt hin zu einer einheitlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen, wie sie derzeit im Parlament diskutiert wird. Ziel des Bundesrats ist die rasche Weiterentwicklung eines neuen Finanzierungsmodells. [DT](#)

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Dentacoin soll globale Mundgesundheits verbessern

Kryptowährung ist eigens für Dentalbranche entwickelt worden.

MAASTRICHT – Die Kryptowährung Dentacoin wurde explizit für die Zahnmedizin entwickelt. Langfristig soll sie nicht nur den Zahlungsverkehr erleichtern, sondern auf globaler Ebene Zahnmediziner und Patienten zusammenführen.

Dentacoin (DCN) ist eine Kryptowährung wie Bitcoin, die allerdings in keinem Konkurrenzverhältnis zu anderen digitalen Währungen steht. Sie richtet sich eigens an die Dentalbranche. Basis der Währung ist die Ethereum Blockchain, eine Technologie, bei der Daten dezentral auf mehreren Computern gespeichert werden. Im Vergleich zur zentralen Datenspeicherung auf sogenannten «Serverfarmen», wie Google, Facebook & Co. es praktizieren, kann durch die Dezentralisierung der Schutz der Daten erhöht und der unbefugte Zugriff deutlich erschwert werden.

Doch welchen Mehrwert bietet die Kryptowährung für den Anwender – also Zahnärzte, Kliniken und



Patienten? Dentacoin soll als Zahlungsmittel fungieren, das im Vergleich zum klassischen Zahlungsverkehr länderübergreifende Transaktionen vereinfacht. Zwischeninstanzen wie Banken fallen weg, wodurch Zahnärzte nicht nur Zeit, sondern auch Kosten sparen.

Hinter dem Konzept steckt ein niederländisches Unternehmen, das Dentacoin im Sommer vergangenen Jahres herausgegeben hat. Wie Gründer Prof. Dr. Dimitar Dimitrakiev auf der Plattform Dentacoin.com erklärt, soll aber nicht nur der Zahlungsverkehr vereinfacht werden. Die digitale Währung soll nachhaltig Einfluss auf die globale Mundgesundheits nehmen. Dieses Vorhaben soll einerseits durch Senkung von Behandlungskosten und andererseits durch Etablierung einer Community, die eine aufklärende Rolle einnehmen soll, erzielt werden.

Aktuell entspricht ein Euro 1,358 DCN (Stand: 1. Juni 2018). [DT](#)

Quelle: ZWP online

Bild: © Tashatuvango/Shutterstock.com

ANZEIGE



**fortbildung
ROSENBERG**
MediaAccess AG

... hier findest Du Dein Wunsch-Seminar!

www.fbrb.ch

© Christo / Shutterstock.com

Editorische Notiz (Schreibweise männlich/weiblich)

Wir bitten um Verständnis, dass – aus Gründen der Lesbarkeit – auf eine durchgängige Nennung der männlichen und weiblichen Bezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf Männer und Frauen.

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig, Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji)
V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Majang Hartwig-Kramer (mhk)
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Redaktion
Rebecca Michel (rm)
r.michel@oemus-media.de

Anzeigenverkauf
Verkaufsleitung
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
hiller@oemus-media.de

Projektmanagement/Vertrieb
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Lysann Reichardt
L.reichardt@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Layout/Satz
Matthias Abicht
abicht@oemus-media.de

Lektorat
Ann-Katrin Paulick
Marion Herner

Erscheinungsweise

Dental Tribune Swiss Edition erscheint 2018 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 9 vom 1.1.2018. Es gelten die AGB.

Druckerei

Dierichs Druck+Media GmbH, Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Deutschland

Verlags- und Urheberrecht

Dental Tribune Swiss Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderbeilagen und Anzeigen befinden sich ausserhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig, Deutschland.

DVT – Ausbildung erforderlich

Strahlenschutzverordnung verlangt seit 2018
Befähigungsnachweis zum Betreiben eines Volumentomografen.

BERN – Zum Betreiben eines Volumentomografen ist seit Beginn des Jahres gemäss der Strahlenschutzverordnung (StSV) eine «Ausbildung im Strahlenschutz zur Digitalen Volumentomographie/Cone Beam Computed Tomography (DVT/CBCT)» erforderlich.

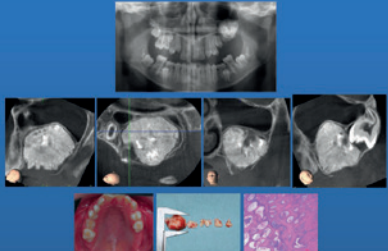
Ein entsprechender Ausbildungsgang muss beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) nach strengen Regeln akkreditiert werden.

Prof. Dr. Karl Dula hat für den DVT-Kurs der Schweizerischen Gesellschaft für dentomaxillofaziale Radiologie (SGDMFR) das Akkreditierungsgesuch gestellt und nun die Akkreditierung für die Fachgesellschaft vom BAG erhalten. Somit ist der DVT-Ausbildungskurs der SGDMFR seit Ja-



1. Teil: Freitag / Samstag 26. / 27. Oktober 2018
2. Teil: Freitag / Samstag 30. November / 1. Dezember 2018
Universität Bern, ZMK, André Schroeder Auditorium

Ausbildung mit Zertifizierung in Digitaler Volumentomographie
Basiskurs



nuar 2018 offiziell vom Bundesamt für Gesundheit anerkannt.

Der DVT-Ausbildungskurs muss zwingend aus zwei Teilen bestehen – einem zahnmedizinisch-fachlichen und einem gerätespezifisch-technischen Teil, letzterer wird durch Hersteller- und Vertreiberfirmen bei der Geräteübergabe durchgeführt.

Wichtig: Alle Teilnehmer der bisherigen SGDMFR-DVT-Kurse (2009 bis 2017) wurden vom BAG als DVT-Sachverständige anerkannt! Die Namen wurden vonseiten der SGDMFR dem BAG gemeldet.

Weitere Informationen finden Sie unter www.sgdmfr.ch. [DT](#)

Quelle : SGDMFR

Neues Co-Präsidium des SVDA einstimmig gewählt

Elsbeth Tobler und Tania Spörri übernehmen die Leitung für zwei Jahre.

OLTEN – 31 stimmberechtigte Mitglieder nahmen Anfang Mai an der Generalversammlung 2018 des SVDA in Olten teil. Carina Dias ist während des Jahres von ihrem Amt zurückgetreten. Der Zentralvorstand dankte ihr herzlich für ihren langjährigen Einsatz.

Elsbeth Tobler und Tania Spörri stellten sich hiernach zur Wahl als Co-Präsidentinnen für zwei Jahre und wurden einstimmig gewählt. Regula Indermaur, Ruth Moser und Eva-Maria Bühler stellten sich zur Wiederwahl als Zentralvorstandsmitglieder und wurden ebenfalls einstimmig wiedergewählt. Natascha Eberle, Zentralvorstandsmitglied, befindet sich bis zur GV 2019 in einer laufenden Amtsperiode.

Eva-Maria Bühler, Judith Seiler und Fiorenza Moresi vertreten den SVDA in der Schweizerischen Kommission für Berufsentwicklung und Qualität Dentalassistentin. Alle Delegierten sind von den Mitgliedern einstimmig bestätigt worden.



Von links: Eva-Maria Bühler, Ruth Moser, Elsbeth Tobler, Tania Spörri, Natascha Eberle, Regula Indermaur.

Weiter wurde entschieden, die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen zu stärken sowie das Bildungsangebot für Mitglieder weiterhin vielfältig zu gestalten.

Zudem wurde auf die erfolgreich lancierte Website des SVDA hingewiesen. [DT](#)

Quelle: SVDA

Anmerkungen zum Verdienst Schweizer DAs

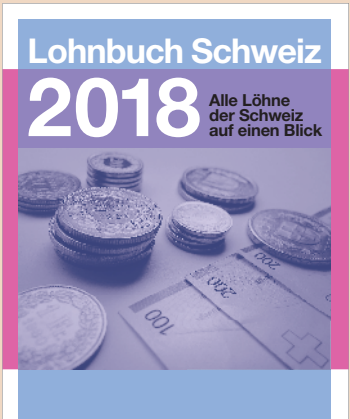
Korrigendum zum Beitrag «Schweizer Dentalassistenten verdienen unter Mindestlohn» der Dental Tribune Schweiz 4/2018.

BERN – Simon F. Gassmann, lic.iur. Rechtsanwalt LL.M. und Generalsekretär der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO ersuchte die Redaktion um folgendes Korrigendum:

Aus dem vom Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich herausgegebenen Lohnbuch 2018, p. 513 ist zu entnehmen, dass die unterste Lohnstufe bei CHF 3'700.00 für eine Dentalassistentin im 1. Berufsjahr, Stufe I, beginnt. Im Text ist aber auch ganz klar festgehalten: «13. Monatslohn: Berufsüblich, laut Arbeitsvertrag für Vollzeit-Angestellte in der Zahnarztpraxis (Ziff. 3.2). Zur Ermittlung des Jahreslohns muss mit 13 multipliziert werden.» Dies entspricht den Richtlinien der Wirtschaftlichen Kommission der SSO und bedeutet,

dass in der untersten Lohnstufe eine Dentalassistentin im 1. Berufsjahr, Stufe I, auf einen Jahreslohn von CHF 48'100.00 kommt und einem tatsächlichen Monatslohn CHF 4'008.35 entspricht.

Aus der zitierten Stelle des Lohnbuchs kann zudem entnommen werden, dass es je nach Ausbildungsgrad verschiedene Lohnstufen gibt (Stufen I–III) und dass die Berufserfahrung ein wichtiger Faktor bei der Entlohnung ist. Das Monatseinkommen einer Dentalassistentin bewegt sich gemäss den Angaben im Lohnbuch 2018 je nach Ausbildungsgrad und je nach Berufserfahrung zwischen CHF 4'008.35 und CHF 5'579.15, d.h. im Durchschnitt also deutlich über dem in der Schweiz diskutierten – und nota-



Lohnbuch Schweiz
2018 Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick

orell füssli

Kanton Zürich
Verkehrswirtschaftsdelegation
Amt für Wirtschaft und Arbeit

bene nicht verbindlichen – Mindestlohn von CHF 4'000.00. [DT](#)

Freie Arztwahl soll erhalten bleiben

Die FMH will Zulassungssteuerung von Ärzten über nationale Qualitätskriterien regeln.

BERN – Der Bundesrat hat am 9. Mai die Botschaft zur neuen Zulassungssteuerung von Ärzten vorgestellt. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) ist nach wie vor davon überzeugt, dass ihre Vorschläge zur Steuerung über nationale Qualitätskriterien sowohl wirksamer als auch in Bezug auf die Patientensicherheit besser sind als der Vorschlag des Bundesrats.

Die Zulassungssteuerung von Ärzten in der Schweiz darf die Patientensicherheit nicht vernachlässigen. Für die FMH ist klar, dass die Patienten am besten wissen und entscheiden können, welcher Arzt am besten für sie ist. Die freie Arztwahl soll daher erhalten bleiben, denn Voraussetzung für eine optimale Behandlung ist ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Wählen hingegen die Krankenkassen die Ärzte für die Patienten aus, so werden sie primär die kostengünstigsten Ärzte auswählen. Insbesondere chronisch kranke Patienten dürften es dann schwierig haben, einen Arzt zu finden.

Die FMH will über nationale Qualitätskriterien steuern

Die FMH schlägt zur Zulassungssteuerung die Einführung

von einfach anwendbaren und wirksamen nationalen Qualitätskriterien vor, die kumuliert erfüllt werden müssen: Erstens ist eine dreijährige ärztliche Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin vorzuweisen. Zweitens müssen die erforderlichen Sprachkompetenzen der Tätigkeitsregion vorhanden sein.

Wirksamer Vorschlag

Dass dieser Vorschlag wirksam ist, zeigt die bis Mitte 2019 geltende Zulassungsregelung. Aktuell werden lediglich Ärzte zugelassen, die eine dreijährige ärztliche Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte vorweisen können. Dieses Kriterium stellt sicher, dass neue Ärzte in eigenverantwortlicher Tätigkeit gut mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut sind.

Seit Einführung dieser Regelung im Jahr 2013 sind die Praxiseröffnungen um rund 30 Prozent gesunken. Indem die FMH diese Regelung mit dem Zusatz verschärfen will, wonach die ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin zu erfolgen hat,

wirkt das Kriterium deutlich verstärkt.

Die Schweiz hat vergleichsweise tiefe Sprachanforderungen

Anstelle vom «Beherrschen einer Landessprache» genügen in der Schweiz heute «notwendige Sprachkenntnisse». Berufstätige Ärzte erfüllen hierzulande tiefe Sprachanforderungen im Vergleich zu Europa.

Aus Sicht der FMH müssen Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen. Diese Nachweispflicht muss vor Antritt der ärztlichen Berufstätigkeit erfolgen, entfällt aber für Ärzte, die über eine Schweizer Maturität verfügen oder das Studium (oder Maturität) in der Amtssprache der Tätigkeitsregion absolviert haben.

Die FMH ist davon überzeugt, dass ihr Vorschlag zur Zulassungssteuerung von Ärzten über nationale Qualitätskriterien wirksam und einfach anwendbar ist. Daher wird sie sich in der parlamentarischen Debatte weiterhin für ihren Lösungsvorschlag einsetzen. **DT**

Quelle: FMH

Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz

Susanne Hochuli ist seit Anfang 2018 neue SPO-Präsidentin.



BERN – Susanne Hochuli, die ehemalige Aargauer Gesundheitsdirektorin, wird neue Präsidentin der Schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz. Sie folgt auf Margrit Kessler, die Ende 2017 zurücktrat.

«Authentisch, überzeugend, alltagsnah, visionär und zugleich unerschrocken und zum Handeln bereit», all diese Eigenschaften bringt die neue Präsidentin mit, so Margrit Kessler, die Past-Präsidentin der SPO.

Als Regierungsrätin und Vorsteherin des Gesundheitsdepartements im Kanton Aargau (2009–2016) kennt Susanne Hochuli Materie, Mechanismen und Tücken sowohl des Gesundheitswesens als auch der Politik bestens.

«Die Bedeutung des Patientenschutzes steigt mit dem Spardruck» – die neue Präsidentin zeigte sich überzeugt, dass Patientenrechte immer wichtiger werden, je mehr im Gesundheitsbereich gespart werden muss.

Dabei gehe es aber nicht um einen bevormundenden Schutz von Patienten, sondern um die Förderung ihrer Gesundheitskompetenz.

Ende 2017 ging die langjährige Galionsfigur des schweizerischen Patientenschutzes, Margrit Kessler, nach insgesamt 21 Jahren bei der SPO und 18 als Präsidentin, in den Ruhestand. **DT**

Quelle: SPO

ANZEIGE

HELFEN SIE IHREN PATIENTEN AUF DEM WEG ZU GESUNDEM ZAHNFLEISCH

EMPFEHLEN SIE DAS STARKE DUO!



57 %

REDUKTION DER ZAHNFLEISCH-ENTZÜNDUNG* NACH 2 WOCHEN¹

Chlorhexamed FORTE 0,2% alkoholfrei als **kurzzeitige Intensivbehandlung** für Patienten mit Zahnfleischentzündungen.

Chlorhexamed



Arzneimittel

parodontax

48 %

GRÖßERE REDUKTION VON ZAHNFLEISCHBLUTEN^{**},²



Medizinprodukt

parodontax Zahnpasta zur **täglichen Anwendung** für eine optimale Zahnfleischgesundheit zwischen den Zahnarztbesuchen.

* „Gingival Index“ (GI) zur Messung von Zahnfleischbluten und -entzündung

** Reduziert Zahnfleischbluten mehr als eine herkömmliche Zahnpasta nach einer professionellen Zahnreinigung und bei 2x täglicher Anwendung während 24 Wochen

1. Todkar R, et al. Oral Health Prev Dent 2012;10(3):291–296.

2. Data on file, GSK, RH02434, January 2015.

Marken sind Eigentum der GSK Unternehmensgruppe oder an diese lizenziert.

Chlorhexamed forte 0,2% alkoholfrei, Lösung Z: 1 ml Lösung enthält 2 mg Chlorhexidindigluconat. **I:** Zur vorübergehenden unterstützenden Behandlung bei Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) und nach parodontalchirurgischen Eingriffen. **D:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: Die Lösung ist gebrauchsfertig. 2-mal täglich Mundhöhle mit 10 ml Lösung (Messbecher) 1 Minute lang gründlich spülen. Ausspucken, nicht schlucken oder nachspülen. Angegebene Dosis nicht überschreiten. Kindern (zwischen 6 und 12 Jahren): nur auf ärztliche Anweisung. **KI:** Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff, bei schlecht durchblutetem Gewebe; bei erosiv-desquamativen Veränderungen der Mundschleimhaut, bei Wunden und Ulzerationen. **VM:** Nur für die Anwendung im Mund- und Rachenraum bestimmt. Nicht schlucken. Nicht in Augen / Gehörgang bringen. Falls Schmerzen, Schwellungen oder Reizungen des Mundraumes auftreten, Anwendung sofort abbrechen und ärztlichen Rat einholen; es können allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock auftreten. Vorübergehende Verfärbungen von Zähnen und Zunge können auftreten. Die Lösung wird durch anionische Substanzen beeinträchtigt; Zähne mindestens 5 Minuten vor der Behandlung putzen. **S:** Es ist Vorsicht geboten. **UW:** Belegte Zunge, trockener Mund, vorübergehende Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung, Kribbeln, Brennen oder Taubheitsgefühl der Zunge. **IA:** Inkompatibel mit anionischen Substanzen. **P:** Flasche zu 200 ml, 300 ml und 600 ml (nur für Zahnarztpraxis). Liste D. GSK Consumer Healthcare Schweiz AG, Risch. Stand: Oktober 2017

Studie zu Zahnbehandlungen im Ausland

Die SSO warnt vor unterschätzten Risiken von Dentalreisen.

BERN – 22 Prozent der Patienten aus der Schweiz haben sich schon einmal einer Zahnbehandlung im Ausland unterzogen. Solche Zahnarztbesuche sind mit Risiken verbunden, wie die jüngst landesweit durchgeführte Publikumsbefragung der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO belegt.

Hintergründe

22 Prozent der 1'111 in der SSO-Studie befragten Personen saßen bereits einmal auf einem Zahnarztstuhl im Ausland. Dabei lassen sich vier Phänomene ausmachen: Dentaltouristen, «Grenzgänger», Migranten und Notfälle. Dentaltouristen wollen vermeintliche Preisvorteile im Ausland ausnutzen. In diese Gruppe fällt gut die Hälfte der Befragten, die sich typischerweise in Ungarn, Kroatien oder Thailand versorgen liessen. In diesen Ländern haben sich zahlreiche Anbieter auf Dentalreisen spezialisiert. «Grenzgänger» finden wir in erster Linie in

der Romandie und im Tessin. Im Kanton Genf liess sich fast jeder zweite Befragte schon einmal in Frankreich behandeln.

Um keinen Dentaltourismus im engeren Sinne handelt es sich bei Migranten und Notfällen. Migranten (30 Prozent) lassen sich häufig in ihrem Heimatland oder an ihrem ausländischen Zweitwohnsitz behandeln. Ein Fünftel der Befragten

musste notfallmässig eine ausländische Zahnarztpraxis aufsuchen. Die beliebtesten Destinationen für Zahnbehandlungen im Ausland sind Deutschland (22 Prozent), Frankreich (16 Prozent), Ungarn (neun Prozent), Italien (sechs Prozent) und Portugal (sechs Prozent).

Unterschätzte Risiken

Die vermeintlichen Preisvorteile sollten nicht über die Probleme und Risiken hinwegtäuschen, die mit Dentalreisen verbunden sind. Bei solchen Auslandsbehandlungen fehlt Rechtssicherheit. Bei Differenzen mit ausländischen Behandlern ist es Patienten nur sehr schwer möglich, ihre Rechte einzufordern. Und je umfangreicher die Behandlung, desto grösser ist das Risiko, das Patienten mit einer Auslandsbehandlung eingehen. Denn Eingriffe, die in kurzer Zeit durchgeführt werden, können den natürlichen Heilungsprozess nicht ausreichend berücksichtigen. Es erstaunt deshalb nicht, dass jeder siebte Patient aus der Schweiz, der bereits einmal einen ausländischen Zahnarzt aufgesucht hat, die Behandlung beanstandet. Moniert wird hauptsächlich die schlechte Qualität, die Nachbehandlungen in der Schweiz nötig machten.

Aber auch ungenügende Hygiene und Verständigungsprobleme werden häufig genannt. Offenbar müssen die negativen Erfahrungen teilweise gravierend gewesen sein. Denn: Jeder Dritte, der schon einmal auf einem Zahnarztstuhl im Ausland sass, will dies künftig nicht mehr tun. ¹

Quelle: SSO

Organspender: Ziel noch nicht erreicht

Bund und Kantone verlängern den Aktionsplan zur Organspende bis 2021.

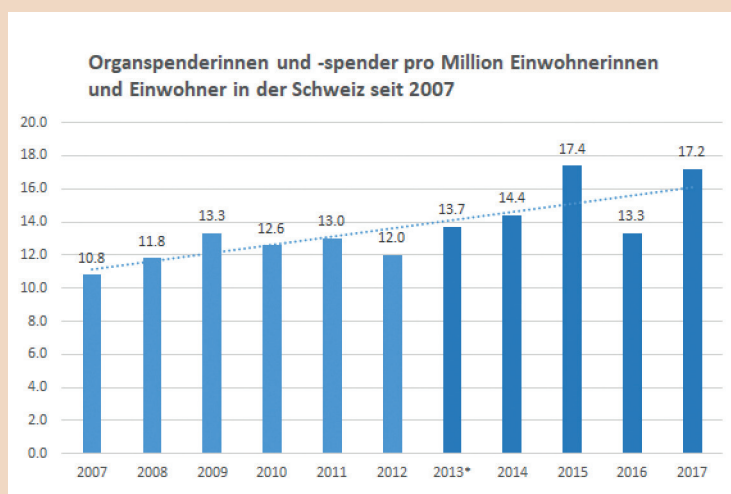
BERN – Der Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen» wird bis 2021 verlängert. Dies hat der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» von Bund und Kantonen an seiner Sitzung vom 24. Mai 2018 beschlossen. Im Weiteren haben sich Bund und Kantone über die neue Regelung zur Zulassung der ambulant tätigen Ärzte sowie über Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ausgetauscht.

2013 haben Bund und Kantone den Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen» gestartet. Ziel ist es, die Zahl der Organspenden zu erhöhen, von rund 13 (Stand 2013) auf 20 Spender pro Million Einwohner. Weil noch nicht alle Massnahmen des Aktionsplans vollständig umgesetzt sind, hat der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» entschieden, den Aktionsplan bis Ende 2021 weiterzuführen.

Thema des Treffens war auch die neue Zulassungsregelung der ambulant tätigen Ärzte, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen dürfen. Der Bundesrat hat dazu am 9. Mai 2018 eine Botschaft zuhanden des Parlaments verabschiedet. Um eine Überversorgung zu verhindern, sollen die Kantone neu selber für medizinische Fachbereiche und in bestimmten Regionen Höchstzahlen vorschreiben können. Die Kantone unterstützen diese neue Regelung, die im Sommer 2019 die provisorische Zulassungsbeschränkung ablösen soll.

Schliesslich haben Bund und Kantone sich über das erste Paket von Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen ausgetauscht. Dieses hat der Bundesrat Ende März 2018 als Teil eines Kostendämpfungsprogramms verabschiedet. So sollen die Kostenkontrolle und Tarifregelungen verbessert sowie ein Experimentierartikel und ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln eingeführt werden. Die Vernehmlassung dazu wird im Herbst 2018 eröffnet. ²

Quelle: Bundesamt für Gesundheit



Das Diagramm zeigt die Anzahl der Organspender pro Million Einwohner (pmp = per million people) in der Schweiz. Der Aktionsplan wurde 2013 lanciert. Seither spenden im Durchschnitt mehr Verstorbene ihre Organe als in den Jahren davor. (Quelle: BAG)

Grosser Preisunterschied bei Generika

Neunter gemeinsamer Auslandspreisvergleich von santésuisse und Interpharma.

BASEL/SOLOTHURN – Die rund 250 umsatzstärksten patentgeschützten Originalpräparate der Spezialitätenliste waren gemäss dem in Bern vorgestellten Auslandspreisvergleich bei einem vom BAG angewendeten Wechselkurs von CHF/EUR 1.09 im Durchschnitt neun Prozent teurer als im vergleichbaren Ausland. Mit einem aktuelleren Wechselkurs von CHF/EUR 1.14 lag der Preisunterschied bei sechs Prozent.

Beim letzten Preisvergleich im September 2016 waren die patentgeschützten Medikamente bei einem Wechselkurs von 1.07 noch 14 Prozent teurer als im Durchschnitt der Vergleichsländer. Der Preisunterschied ist also kleiner geworden. Grund dafür ist neben Wechselkursveränderungen insbesondere die Preisüberprüfungsrunde vom letzten Jahr, mit der die Preise von über 400 Arzneimitteln gesenkt worden sind.

René P. Buholzer, Geschäftsführer von Interpharma, sagt dazu: «Mit der Preissenkungsrunde 2017 wurden Einsparungen in Höhe von 190 Millionen Franken verfügt, was für die Pharmafirmen schmerzhaftes Umsatzeinbussen bedeutet. Zusätzlich fielen durch weitere Preissenkungen nochmals Einsparungen in Höhe von 105 Millionen Franken an. Dies spiegelt sich im kleiner gewordenen Preisunterschied zum Länderkorb, der mit einem mittlerweile deutlich schwächeren Franken praktisch ganz verschwindet.»

Einsparungen wären möglich

Der Vergleich bei den patentabgelaufenen Originalpräparaten und den Generika basiert auf den rund 250 umsatzstärksten patentabgelaufenen Wirkstoffen. Die Preise der patentabgelaufenen Originalprodukte waren in der Schweiz 17 Prozent höher als im Durchschnitt der Vergleichsländer. Bei den Generika beträgt die Preisdifferenz zum Ausland 52 Prozent. Generika sind in der Schweiz damit nach wie vor mehr als doppelt so teuer wie im Durchschnitt der Vergleichsländer.

Verena Nold, Direktorin von santésuisse, sagt dazu: «Wer in den Ferien im Ausland ein Medikament kauft, stellt fest, dass dieses meistens viel günstiger ist als bei uns.

santésuisse fordert deshalb für Medikamente ohne Patentschutz die Anpassung der Preise ans Ausland und die rasche Einführung und Durchsetzung eines neuen Preissystems. Damit sind alleine bei den Generika Einsparungen von mehreren Hundert Millionen Franken möglich.»

Bereits zum neunten Mal haben der santésuisse und Interpharma gemeinsam einen Auslandspreisvergleich von Medikamenten durchgeführt. Dabei wurden die Fabrikabgabepreise in der Schweiz mit denjenigen in Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Grossbritannien, den Niederlanden, Österreich und Schweden für patentgeschützte und patentabgelaufene Medikamente sowie Generika verglichen. Bei den patentgeschützten Präparaten wurden die Preise vom Mai 2018 verglichen, bei den patentabgelaufenen Originalprodukten und den Generika die Preise vom März 2018.

Autorin: Sara Käch, Basel



© Lisa S./Shutterstock.com

ANZEIGE

calaject.de

„schmerzarm+komfortabel“

HELFEN SIE IHREN PATIENTEN AUF DEM WEG ZU GESUNDEM ZAHNFLEISCH

CHLORHEXIDIN 0,2 % REDUZIERT NACHWEISLICH
DIE SYMPTOME EINER ZAHNFLEISCHENTZÜNDUNG

57%

REDUKTION DER
ZAHNFLEISCHENTZÜNDUNG*
NACH 2 WOCHEN

68%

REDUKTION DER
ZAHNFLEISCHENTZÜNDUNG*
NACH 4 WOCHEN

REDUKTION GEGENÜBER AUSGANGSWERT BEI ZWEIMAL TÄGLICHER
ANWENDUNG NACH EINER PROFESSIONELLEN ZAHNREINIGUNG

**EMPFEHLEN SIE CHLORHEXAMED FORTE
0,2 % MUNDSPÜLUNG ALS KURZZEITIGE
INTENSIVBEHANDLUNG FÜR PATIENTEN
MIT ZAHNFLEISCHENTZÜNDUNGEN.**



Marken sind Eigentum der GSK Unternehmensgruppe oder an diese lizenziert.

*Gingiva-Index misst Zahnfleischbluten und Zahnfleischentzündung
Todkar R, et al. Oral Health Prev Dent 2012;10(3):291–296.

Chlorhexamed forte 0,2% alkoholfrei, Lösung Z: 1 ml Lösung enthält 2 mg Chlorhexidindigluconat. **I:** Zur vorübergehenden unterstützenden Behandlung bei Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) und nach parodontalchirurgischen Eingriffen. **D:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: Die Lösung ist gebrauchsfertig. 2-mal täglich Mundhöhle mit 10 ml Lösung (Messbecher) 1 Minute lang gründlich spülen. Ausspucken, nicht schlucken oder nachspülen. Angegebene Dosis nicht überschreiten. Kindern (zwischen 6 und 12 Jahren): nur auf ärztliche Anweisung. **KI:** Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff, bei schlecht durchblutetem Gewebe; bei erosiv-desquamativen Veränderungen der Mundschleimhaut, bei Wunden und Ulzerationen. **VM:** Nur für die Anwendung im Mund- und Rachenraum bestimmt. Nicht schlucken. Nicht in Augen / Gehörgang bringen. Falls Schmerzen, Schwellungen oder Reizungen des Mundraumes auftreten, Anwendung sofort abbrechen und ärztlichen Rat einholen; es können allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock auftreten. Vorübergehende Verfärbungen von Zähnen und Zunge können auftreten. Die Lösung wird durch anionische Substanzen beeinträchtigt; Zähne mindestens 5 Minuten vor der Behandlung putzen. **S:** Es ist Vorsicht geboten. **UW:** Belegte Zunge, trockener Mund, vorübergehende Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung, Kribbeln, Brennen oder Taubheitsgefühl der Zunge. **IA:** Inkompatibel mit anionischen Substanzen. **P:** Flasche zu 200 ml, 300 ml und 600 ml (nur für Zahnarztpraxis). Liste D.

André Schroeder-Forschungspreise 2018

PD Dr. Chappuis und Dr. Jung wurden die begehrten ITI Preise in London verliehen.

LONDON – Das Internationale Team für Implantologie (ITI) verlieh die André Schroeder-Forschungspreise 2018 für präklinische und klinische Forschung an PD Dr. Vivianne Chappuis (Bern) und Dr. Ui-Won Jung (Seoul). Die Preise sind zwei der angesehensten Auszeichnungen auf dem Gebiet der dentalen Implantologie und werden einmal jährlich an unabhängige Wissenschaftler für Fortschritte in zahnmedizinisch-implantologischer Forschung vergeben. Die Verleihung durch ITI Präsident Dr. Stephen T. Chen fand während des ITI Kongresses in London am 27. April statt. Beide Gewinner erhielten ausserdem ein Preisgeld in Höhe von je 10'000 Schweizer Franken sowie eine gravierte Goldmedaille.

Langzeitergebnisse zu Konturaugmentation

Für ihre Studie über «Langzeiteffektivität der Konturaugmentation mit GBR – Zehn-Jahres-Langzeitergebnisse» wurde PD Dr. Chappuis mit dem klinischen Forschungspreis

ausgezeichnet. Zusammen mit ihren Co-Autoren präsentierte sie die erste Fallserie zur Beurteilung der Effektivität einer frühen Implantatinser-tion bei gleichzeitiger Konturaugmentation durch GBR mit einem zweischichtigen Kompositaugmentat in der ästhetischen Zone nach der Einzelzahnextraktion über einen Beobachtungszeitraum von zehn Jahren.

«Wir wollen Ärzte in ihrem Entscheidungsprozess unterstützen, damit sie in ihrer täglichen Praxis erfolgreiche Resultate erzielen können. Unser Ziel ist es, die Forschungsergebnisse in sichere klinische Anwendungen zu überführen», sagte PD Dr. Chappuis. Während der zehnjährigen Studie zeigte die Konturaugmentation eine Erfolgsrate von 95 Prozent, verbunden mit hohen ästhetischen Scores mit gesunden peri-implantären Weichgewebsverhältnissen und stabilen Knochenniveaus.

Materialalternative für GBR

Dr. Jung wurde für seine Studie über «Simultane laterale Knochen-



augmentation und Implantatinser-tion unter Verwendung eines partikulären synthetischen Knochenersatzmaterials bei chronischen peri-implantären Dehissenzdefekten bei Hunden» ausgezeichnet. Ziel dieser Studie war die Bestimmung der histologischen Ergebnisse, wenn ein hochporöses synthetisches Knochen-

ersatzmaterial und eine vernetzte Kollagenmembran zur lateralen Knochenaugmentation von peri-implantären Dehissenzdefekten verwendet werden. Das Endergebnis zeigt, dass eine Kombination dieser Materialien signifikant bessere histologische Ergebnisse für die laterale Augmentation aufweist als traditio-

nelle Knochenersatzmaterialien. Die Resultate sind von grosser Bedeutung für die tägliche Praxis, da die Kombination der oben genannten Materialien eine sinnvolle Alternative zu traditionellen Materialien für die gesteuerte Knochenregeneration darstellt. [DT](#)

Quelle: ITI

ANZEIGE

Diabetes verursacht Zahnverlust

US-Studie findet Verbindung von Glukosetoleranz und Dentalproblemen.

CHICAGO – Eine Wechselwirkung zwischen Diabetes und Mundgesundheit besteht, dies wurde in zahlreichen Studien bereits bewiesen. Vor allem Parodontitis konnte als Ursache für Diabetes mellitus identifiziert werden. Ob die chronische Stoffwechselstörung aber auch Folgen für die Zähne hat, wurde jetzt von US-amerikanischen Forschern untersucht.

Kürzlich fand in Chicago der ENDO-Kongress 2018 statt. Im Zuge dessen stellten Forscher der Endocrine Society ihre aktuellen Studien vor, darunter eine, die den Zusammenhang von Diabetes und Mundgesundheit untersuchte. Zentrales Ergebnis der Studie: Liegen dentale Probleme wie Parodontitis oder Karies vor, sollte immer auch

Diabetes als mögliche Ursache in Betracht gezogen werden.

Für ihre Untersuchung nutzten die Wissenschaftler Informationen aus der «National Health and Nutrition Examination Survey», die von 2009 bis 2014 durchgeführt wurde. Daten von 9'670 Erwachsenen konnten so für die Studie verwendet werden. Unter anderem kamen der Body-Mass-Index (BMI), die Glukosetoleranz und der Zahnstatus für die Auswertung zum Einsatz.

Die Forscher fanden einen Zusammenhang zwischen der Anzahl fehlender Zähne und der Glukosetoleranz, dabei wurden auch Parameter wie Alkoholkonsum, sozialer Status, Bildung, Zigarettenkonsum, Alter, Geschlecht und Ethnie berücksichtigt.

Da es sich lediglich um eine Querschnittsstudie handelt, konnten die Forscher den genauen Zusammenhang nicht feststellen, sie weisen aber darauf hin, dass bei schlechter Mundhygiene auch ein Diabetes-Screening in Betracht gezogen werden sollte. [DT](#)

Quelle: ZWP online

Opioide in der Kritik

US-Metaanalyse bestätigt NSAID plus Paracetamol als effektivstes Zahnschmerzmittel.

CLEVELAND – Eine aktuelle US-amerikanische Untersuchung bestätigt: Das beste Mittel gegen Zahnschmerzen sind NSAID in Kombination mit Paracetamol. Der grosszügige Umgang mit Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen in den USA steht damit erneut in der Kritik.

Opioide werden seit den 1980er-Jahren bei Tumorpatienten eingesetzt, um ihnen ein schmerzfreies Leben zu ermöglichen. Der nächste Schritt war der Einsatz bei chronischen Schmerzpatienten, in den USA begann Opioid zu florieren, wie SWR berichtet. Schliesslich hielt der Wirkstoff auch in der Zahn-

medizin Einzug. Im Vergleich zu den USA spielen Opioide in Deutschland und weiten Teilen Europas bei der Schmerztherapie – zumindest gegen Zahnschmerzen – kaum eine Rolle. Zu Recht, wie eine im *Journal of the American Dental Association* veröffentlichte Studie nun belegt.

Es handelt sich hierbei um eine Metaanalyse der School of Dental Medicine an der Case Western Reserve University, in der 460 Studien unter die Lupe genommen wurden. Die Untersuchung zeigt, dass NSAID (nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente wie Ibuprofen) sowie Paracetamol als Mittel gegen



Zahnschmerzen am effektivsten sind. Eine optimale Wirksamkeit erreichte bei Erwachsenen die Kombination aus 400 Milligramm Ibuprofen und 1'000 Milligramm Paracetamol.

Die Ergebnisse sind eigentlich kein Novum. Allerdings stellt es erneut das übermässige Verschreiben von Opioiden, wie es in den USA praktiziert wird, infrage. [DT](#)

Quelle: ZWP online

Laser statt Schmerzmittel bei KFO-Behandlungen?

LLLT als alternative Schmerzbehandlung bedarf noch genauerer Untersuchung.

CANOAS/TEMUCO – Zur Linderung auftretender Schmerzen, die gegebenenfalls bei einer kieferorthopädischen Behandlung auftreten können, sind Schmerzmittel eine Option. Aufgrund möglicher Nebenwirkungen suchen Forscher weiterhin nach ähnlich wirkungsvollen Mitteln. Ist die Lasertherapie hierfür eine geeignete Alternative?

Schmerzen, die bei kieferorthopädischen Behandlungen, beispielsweise bei einem Bogenwechsel im Rahmen von Multibandbehandlungen, auftreten können, sind für Patienten unangenehm. Mitunter werden Schmerzmittel bei kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Kombinationstherapien oder bei Fällen mit skelettaler Verankerung verwendet, die erwiesenermassen alle gleich wirksam sind.

Allerdings sind mögliche Nebenwirkungen und Allergien nicht unkri-

tisch. Zudem gibt es erste Hinweise, dass sich NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs) wie Ibuprofen – wenn auch minimal – negativ auf die Zahnbewegung auswirken, wie Students 4 Best Evidence berichtet. So hat das Hemmen der Prostaglandinsynthese, also der Botenstoffe bei der Schmerzentstehung, Einfluss auf die Knochenresorption.

Eine potenzielle Alternative zur medikamentösen Schmerzbehandlung scheint die Low-Level-Lasertherapie (LLLT) darzustellen, deren Wirksamkeit bereits in verschiedenen Studien analysiert wurde. Alle Untersuchungen zeigen, dass LLLT zur Schmerzlinderung bei kieferorthopädischen Behandlungen beiträgt. Forscher der Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) gelang es, mit einer AIGaAs-Diode schmerzlindernde Effekte zu evaluieren. Auch eine chile-

nische Studie der Universidad de La Frontera konnte die Reduzierung von spontanen und Kauschmerzen nach 24 und 72 Stunden nachweisen.

Weniger eindeutig fielen die Ergebnisse einer Analyse verschiedener medikamentfreier Methoden aus, die im *Cochrane Oral Health* veröffentlicht wurden. Bei der Behandlung von 118 Patienten mit LLLT wurde zwar eine Reduzierung der Schmerzen festgestellt, die Ergebnisse waren jedoch sehr schwach ausgeprägt.

Die Studien verdeutlichten aber, dass Lasertyp, Wellenlänge wie auch Intensität der Behandlung wichtige Einflussfaktoren bei der Wirksamkeit der LLLT sind. Weitere Untersuchungen werden demnach nötig sein, bevor sich LLLT als alternative Methode etablieren kann – darüber sind sich alle Forscher einig. [DT](#)

Quelle: ZWP online



Die nichtchirurgische Parodontaltherapie – ein neuer Einsatzbereich für Statine?

Statine erlangen auch im Bereich der Parodontologie immer mehr Aufmerksamkeit. Von PD Dr. Kristina Bertl, PhD, MSc, Malmö/Schweden und Wien/Österreich, Dr. Ilse Steiner, MSc, Taiskirchen/Österreich und Prof. Dr. Andreas Stavropoulos, PhD, Dr. odont., Malmö/Schweden.

Parodontitis wird mit rund 750 Millionen Betroffenen als die sechsthäufigste Erkrankung weltweit angesehen¹ und gilt neben Karies als die häufigste Ursache für Zahnverlust. Aktuelle Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie belegen zwar einen positiven Trend und damit einen leichten Rückgang der Prävalenz – vor allem in Bezug auf schwere parodontale Erkrankungen – nichtsdestotrotz sind 50 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 65 Prozent der 65- bis 74-Jährigen zumindest von einem moderaten Erkrankungsgrad betroffen.² Dementsprechend hoch ist auch der Therapiebedarf parodontaler Erkrankungen, und neue Therapieansätze zur Unterstützung der etablierten Methoden werden laufend getestet.

Parodontale Erkrankungen wie Gingivitis oder Parodontitis gelten als multibakteriell bedingte entzündliche Erkrankungen des Zahn-

führt. Diese Antwort des Immunsystems, um den bakteriellen Angriff zu stoppen, ist somit hauptverantwortlich für die destruktive Komponente im Rahmen einer Parodontitis.³⁻⁷ Als Risikofaktoren für schwere und/oder progressive Parodontitis werden unter anderem Rauchen, mittlerer oder geringer Bildungsgrad, ledig oder geschieden lebend, Diabetes mellitus, männliches Geschlecht und fehlende Zahnzwischenraumreinigung diskutiert.⁸

Parodontaltherapie

Zu Beginn jeder Parodontaltherapie erfolgt stets eine antiinfektiöse, konservative (nichtchirurgische) Behandlung. Diese umfasst die globale Reinigung aller bakteriell infizierten Zahn- und Wurzeloberflächen im supra- und subgingivalen Bereich mittels Handinstrumenten und/oder maschinellen Verfahren (z.B. [ultra]schallbe-

parodontal abgebauten Knochens oder aber auch die Regeneration parodontaler Gewebe. Um den Therapieerfolg nach Abschluss der aktiven konservativen und gegebenenfalls parodontalchirurgischen Behandlungsphase aufrechtzuerhalten, ist aufgrund des chronischen Charakters der Erkrankung eine lebenslange, unterstützende und individuell auf den Patienten abgestimmte Erhaltungstherapie erforderlich.^{9,10}

Speziell im Rahmen der initialen, nichtchirurgischen Therapie werden vermehrt lokale und/oder systemische Adjuvantien (z.B. Chlorhexidin, Hyaluronsäure, Probiotika, Antibiotika u.Ä.) zur Unterstützung des mechanischen Debridements eingesetzt¹¹⁻¹⁵; mit dem Ziel einer verbesserten Infektionskontrolle, einer reduzierten Gewebezerstörung durch die Immunantwort und/oder einer verbesserten Heilungstendenz. Die adju-

Statine – Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmer

Statine (3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzym-A-Reduktase-Inhibitoren; Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmer) gehören zur Arzneimittelgruppe der Lipidsenker und gelten als potenteste sowie weltweit am häufigsten rezeptierte Medikamente zur Senkung der Serumlipide bei diätresistenter, primärer Hypercholesterinämie und kombinierter Hyperlipidämie. Eine breite Anwendung finden sie auch in der Primär- und Sekundärprophylaxe der koronaren Herzkrankheit.¹⁶⁻²⁰

Unabhängig von ihrer lipidsenkenden Wirkung können Statine zahlreiche therapeutisch relevante, indirekte, sogenannte «pleiotrope» Effekte auslösen. Zu den wichtigsten pleiotropen Wirkungen von Statinen in Bezug auf parodontale Gewebe zählen unter anderem antiinflammatorische, immun-

Statine in der nichtchirurgischen Parodontaltherapie

Statine können im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie sowohl lokal als auch systemisch verabreicht werden. Eine kürzlich publizierte systematische Übersichtsarbeit³² fasste die Ergebnisse von 15 Studien (13 mit lokaler³³⁻⁴⁵ und zwei mit systemischer Applikation^{46,47}) zusammen, die den Einsatz von Statinen im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie getestet hatten (für Studiendetails und -ergebnisse siehe **Tabelle 1**). Bis auf eine⁴⁵ zeigten alle Studien, die den Effekt eines lokal applizierten Statingels als Adjuvans zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie untersucht hatten, einen statistisch signifikant positiven Effekt im Vergleich zur Kontrollgruppe (= ohne Statin-Applikation) in Bezug auf relevante klinische Parameter (Sondierungstiefe, Attachmentlevel und/oder Blutungsindex). Zusätzlich wiesen jene Studien, die gezielt vertikale Knochendefekte therapieren (ebenfalls nichtchirurgisch mittels subgingivaler Statingel-Applikation), eine statistisch signifikante Verbesserung in Bezug auf die radiologische Defekttiefe auf. Auch jene Studien mit Statin-Applikation in Furkationsdefekte zeigten verbesserte klinische und radiologische Parameter.

Die systemische Gabe von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie konnte die positiven Ergebnisse der lokalen Anwendung jedoch nicht bestätigen; hier zeigte sich kein Unterschied zur Kontrollgruppe.

Lokal verabreichte Produkte im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie zielen auf eine bessere Infektionskontrolle, reduzierten Gewebeabbau und/oder eine verbesserte Wundheilung ab. Dies sollte klinisch in einer grösseren Reduktion der Sondierungstiefe, in einem zusätzlichen Gewinn an Attachment sowie in einer verbesserten radiologischen Knochendefektheilung resultieren. Beispielsweise wies die lokale Applikation von Hyaluronsäure als Ergänzung zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie zwar einen zusätzlichen Effekt bei der Sondierungstiefenreduktion von 0,2 bis 0,9 mm auf, aber nur einen begrenzten zusätzlichen Effekt im Hinblick auf Attachmentlevel-Gewinn.¹¹ Betrachtet man die Ergebnisse diverser Übersichtsarbeiten, zeigt sich generell für nichtantibiotische Zusätze im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie ein zusätzlicher Effekt von 0,2 bis 0,9 mm und 0,1 bis 0,9 mm in Bezug auf Sondierungstiefenreduktion beziehungsweise Attachmentlevel-Gewinn (Chlorhexidin^{12,14}, Povidon-Iod⁴⁸, niedrig dosiertes Doxycyclin⁴⁹, Probiotika¹⁵, diverse Produkte⁵⁰). Der zusätzliche Effekt nach Statin-Applikation in Bezug auf Sondierungstiefenreduktion, Attachmentlevel-Gewinn



Abb. 1: 47-jährige Patientin mit generalisierter chronischer Parodontitis gravis et complicata. Plaque-, Zahnstein- und Konkrementablagerungen im supra- und subgingivalen Bereich sind auf den klinischen und radiologischen Bildern deutlich erkennbar und als ätiologischer Faktor für das Entstehen der Parodontitis anzusehen.

halteapparates (Parodont).^{3,4} Die entzündliche Reaktion bedingt durch den bakteriellen Trigger ist zunächst auf die Gingiva beschränkt (Gingivitis), kann sich jedoch bei anfälligen Individuen weiter auf den Alveolarknochen ausbreiten (Parodontitis) (**Abb. 1**). Die bakterielle Infektion in Form des Biofilms gilt als Hauptinitiator der Erkrankung und ruft eine entzündliche Immunantwort mit Expression grosser Mengen an proinflammatorischen Zytokinen hervor, was in weiterer Folge wiederum zu einer Hochregulierung der Osteoklastogenese sowie destruktiver Enzyme und somit zum Verlust des parodontalen Weich- und Hartgewebes

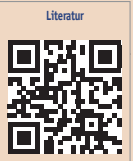
triebene Instrumente) («Scaling and Root Planing») und gilt als Goldstandard der nichtchirurgischen Therapie. Ein weiteres Hauptaugenmerk richtet sich auf die Etablierung einer sehr guten häuslichen Mundhygiene mit dem Ziel einer langfristigen, effizienten Biofilmkontrolle. Können die Therapieziele mithilfe der nichtchirurgischen Therapie nicht erreicht werden, bestehen weiterführende chirurgische Therapiemöglichkeiten. Verschiedene Verfahren ermöglichen, je nach Indikation, den Zugang zu residualen parodontalen Läsionen zur effizienten Wurzeloberflächenreinigung, die Rekonturierung eines unregelmässig

vante Gabe systemischer Antibiotika wird aufgrund der Bedenken hinsichtlich zunehmender bakterieller Resistenzen immer kritischer angesehen, und deren Einsatz sollte auf ausgewählte Fälle beschränkt bleiben.¹³ Dementsprechend werden vermehrt nichtantibiotische Zusätze zur konservativen Parodontaltherapie getestet. Einen neuen Ansatz könnte hier die lokale und/oder systemische Applikation von Statinen darstellen. Im Folgenden wird ein Überblick über den Wirkmechanismus von Statinen sowie die derzeitige Datenlage zu deren Einsatz im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie gegeben.

modulierende, antioxidative, antimikrobielle und knochenanabole beziehungsweise knochenmodulierende Effekte.²¹⁻²⁸ Aufgrund dessen erlangten Statine auch in der Forschung diverser zahnmedizinischer Fachdisziplinen und im Speziellen im Bereich der Parodontologie immer mehr Aufmerksamkeit. Querschnittsstudien wiesen auf eine mögliche protektive Wirkung von Statinen auf das Parodont hin^{29,30}, und dementsprechend wurde in den letzten rund zehn Jahren gezielt die lokale und systemische Applikation von Statinen in zahlreichen präklinischen und klinischen Studien untersucht.^{31,32}

Studie	Anzahl Patienten (m/w, Alter) Raucherstatus/Zusatzinfo Defektart/Follow-up (Monate)	Testgruppe	ST (mm)		AL-Gewinn (mm)	RDT (mm)	
		Kontrollgruppe	Baseline	Outcome		Baseline	Outcome
Nichtchirurgische Parodontaltherapie – Lokale Applikation							
Pradeep & Thorat (2010) ³⁶	60 (33/31, Ø 31) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + SMV	7,4±1,6	3,2±1,6	4,4±1,9	4,4±1,1	2,9±1,1
		SRP + Placebo	6,9±1,6	5,7±2,1	1,6±2,0	4,4±1,2	4,3±1,3
Pradeep et al. (2012) ³⁷	72 (38/34, 30–50) NR/– Furkationsdefekt/6	SRP + SMV	7,3±1,5	3,3±0,8	v: 4,6±1,0 h: 4,3±1,2	4,6±1,1	3,4±1,0
		SRP + Placebo	6,8±1,3	5,5±1,3	v: 2,5±1,5 h: 2,4±1,3	4,3±1,0	4,3±0,9
Rath et al. (2012) ⁴⁴	60 (33/27, 25–45) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + SMV	6,3±1,7	2,3±0,6	4,7±1,4	7,2±1,2	6,6±1,3
		SRP + Placebo	6,6±1,5	4,5±1,7	2,3±1,1	7,3±1,1	7,2±1,0
Pradeep et al. (2013) ³⁹	38 (20/18, 30–50) NR/DMT2 Vertikaler KD/9	SRP + SMV	8,3±1,0	4,3±1,0	4,0±1,2	4,9±0,5	3,3±0,6
		SRP + Placebo	7,9±1,1	6,3±0,9	1,1±0,8	4,9±0,6	4,7±0,6
Pradeep et al. (2013) ³⁸	67 (35/32, 30–50) NR/– Vertikaler KD/9	SRP + ATV	7,8±1,3	4,1±1,0	4,5±0,6	4,8±0,5	3,1±0,4
		SRP + Placebo	7,7±1,1	6,3±1,1	2,3±0,5	4,8±0,5	4,7±0,5
Rao et al. (2013) ⁴³	40 (40/0,30–50) R/– Vertikaler KD/9	SRP + SMV	7,9±0,9	4,0±0,9	3,6±1,1	4,8±0,9	3,2±0,9
		SRP + Placebo	7,9±1,1	6,4±1,0	1,5±1,4	4,9±0,5	4,7±0,5
Pradeep et al. (2015) ⁴⁰	70 (33/37, 25–55) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + RSV	7,1±0,7	3,0±0,4	4,2±0,2	4,6±0,6	2,4±0,3
		SRP + Placebo	7,1±0,7	5,7±0,9	1,4±0,2	4,6±0,7	4,1±0,7
Surve et al. (2015) ⁴⁵	45 (NB, 35–55) NR/– –/6	SRP + SMV	v	3,3±0,6	1,1±1,6	2,5±0,9	1,8±0,8
		SRP + ATV	5,7±0,7	3,4±0,8	0,9±1,3	3,0±0,8	2,4±0,7
		SRP	5,5±0,7	3,2±0,6	0,7±1,3	2,8±0,9	2,7±0,8
Kumari et al. (2016) ³⁵	71 (NB, 30-50) R/– Vertikaler KD/9	SRP + ATV	7,0±1,4	3,8±0,8	4,1±1,6	4,7±0,5	3,2±0,4
		SRP + Placebo	7,0±1,4	6,1±1,1	1,9±1,3	4,7±0,5	4,6±0,5
Kumari et al. (2016) ³⁴	75 (38/37, 40–50) NR/DMT2 Vertikaler KD/9	SRP + ATV	8,2±1,1	4,4±1,0	3,8±1,4	4,8±0,5	3,3±0,5
		SRP + Placebo	8,0±1,2	6,5±1,3	1,4±1,5	4,8±0,5	4,7±0,5
Pradeep et al. (2016) ⁴²	99 (53/51, 30–50) NR/– Vertikaler KD/9	SRP + ATV	6,6±1,4	3,0±0,7	4,3±1,1	5,5±0,8	3,5±0,7
		SRP + Placebo	6,8±1,2	5,3±0,6	1,5±1,1	5,2±0,4	5,0±0,4
Pradeep et al. (2016) ⁴¹	90 (45/45, 25–45) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + ATV	7,3±0,7	5,0±1,0	2,3±0,5	6,0±0,2	3,7±0,1
		SRP + RSV	7,4±0,6	4,3±0,8	2,9±0,4	6,0±0,4	3,1±0,7
		SRP + Placebo	7,3±0,6	5,9±0,6	1,4±0,5	5,9±0,3	5,9±0,5
Garg & Pradeep (2017) ³³	90 (NB, 30-50) NR/– Furkationsdefekt/6	SRP + ATV	7,2±1,3	4,8±0,9	v: 3,0±1,2 h: 2,7±1,2	4,1±0,3	3,0±0,1
		SRP + RSV	7,4±1,1	4,1±0,9	v: 3,6±1,2 h: 3,2±1,2	4,2±0,2	2,9±0,2
		SRP + Placebo	7,6±1,1	6,0±1,1	v: 1,8±1,0 h: 1,9±1,2	4,1±0,4	3,9±0,3
Nichtchirurgische Parodontaltherapie – Systemische Gabe							
Fajardo et al. (2010) ⁴⁶	38 (6/32, 40–60) NR/– –/3	SRP + ATV	3,5±0,6	1,7±0,2	–	–	–
		SRP + Placebo	3,4±0,4	1,9±0,5	–	–	–
Fentoglu et al. (2012) ⁴⁷	80 (40/40, 30–57) NR/HL –/3	HL: SRP + ATV	2,7 (1,1–4,1)	2,4 (2,0–3,5)	0,1	–	–
		HL: SRP + Diät	3,1 (1,2–7,1)	2,3 (1,8–3,8)	0,1	–	–
		Gesund: SRP	2,9 (1,8–3,9)	2,3 (1,8–2,7)	0,4		

Tabelle 1: Übersicht zu den Charakteristika und Ergebnissen der (randomisierten) kontrollierten Studien zur lokalen und systemischen Gabe von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie. – **Legende:** AL – Attachmentlevel, ATV – Atorvastatin, DMT2 – Diabetes mellitus Typ 2, HL – Hyperlipidämie, h – horizontal, KD – Knochendefekt, m – Monate, NB – nicht beschrieben, NR – Nichtraucher, R – Raucher, RDT – radiologische Defekttiefe, RSV – Rosuvastatin, SRP – Scaling & Root Planing/nichtchirurgische Parodontaltherapie, SMV – Simvastatin, ST – Sondierungstiefe, v – vertikal.



und Reduktion der radiologischen Defekttiefe wies in etwa 1,0 bis 3,0 mm bei tiefen Sondierungstiefen (d.h. >6,5 mm vor Therapie) auf. Dementsprechend erscheint die Grössenordnung des zusätzlichen klinischen Nutzens einer lokalen Statinapplikation als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie bemerkenswert grösser zu sein als jener von bislang veröffentlichten nicht antibiotischen Zusätzen. Zusätzlich sollte erwähnt

werden, dass für tiefe Sondierungstiefen nach nichtchirurgischer Parodontaltherapie im Durchschnitt eine Sondierungstiefenreduktion und ein Attachmentlevel-Gewinn von etwa 1 bis 2 mm beziehungsweise 0,5 bis 1 mm erwartet werden kann⁵¹; da diese Werte auch in den Kontrollgruppen (ohne Statin-Applikation) erreicht wurden, können die beobachteten zusätzlichen Vorteile nicht auf ein schlechteres Therapieansprechen in der Kontroll-

gruppe zurückzuführen sein. Inwieweit die Applikation von Statinen auch zu einer parodontalen Regeneration führen können, ist bislang noch unklar und humane Histologien liegen noch nicht vor. Eine Übersicht über die vorhandenen präklinischen Studien zeigte jedoch, dass eine Heilung nach lokaler Applikation von Statinen bei akuten/chronifizierten Parodontaldefekten nicht durch eine vollständige parodontale Regene-

ration gekennzeichnet ist; insbesondere konnte bis dato keine neue Zementbildung beobachtet werden.³¹ Im Gegensatz zu den positiven Effekten nach lokaler Statin-Applikation scheint die systemische Statin-Gabe als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie keinen signifikanten Effekt zu haben. In beiden inkludierten Studien mit systemischer Statin-Gabe^{46,47} wurde kein signifikanter Vorteil

beobachtet, weder bei klinischen parodontalen Parametern noch bei Entzündungs- und Knochenmetabolismus-Markern. Ein Grund dafür könnte die verabreichte Statin-Dosis von 10 bis 20 mg pro Tag darstellen. In einer weiteren Studie ohne Kontrollgruppe wies die Gabe von 10 mg Atorvastatin keine signifikante Wirkung auf, aber bei einer Dosis von 80 mg pro Tag zeigte sich eine signifikante Reduktion der parodontalen Entzündung.⁵² Jedoch werden 80 mg als Tageshöchstdosis für Atorvastatin angesehen, und berücksichtigt man, dass gerade bei einer höheren Dosis häufig Muskelsymptome (ca. bei zehn bis 25 Prozent der Patienten) auftreten können sowie ein erhöhtes Risiko für Myopathie und ein leicht erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus vorliegt⁵³, sollte der lokalen Anwendung in der Parodontaltherapie der Vorzug gegeben werden; nach lokaler Applikation wurden bislang keine Nebenwirkungen beschrieben.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollte jedoch berücksichtigt werden, dass der Grossteil der Studien zur lokalen Statin-Applikation bislang von derselben Forschungsgruppe durchgeführt wurde, und jene zwei Studien, die von einer anderen Forschungsgruppe veröffentlicht wurden, konnten diesen sehr stark positiven Effekt nicht bestätigen; daher bleiben die Ergebnisse zukünftiger Studien ebenso wie ein kommerziell erhältliches Produkt noch abzuwarten.

Schlussfolgerung

- Die lokale Applikation von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie führt im Speziellen bei vertikalen Knochendefekten zu signifikanten zusätzlichen klinischen und radiologischen Verbesserungen im Vergleich zur alleinigen nichtchirurgischen Parodontaltherapie.
- Dieser Vorteil nach Statin-Gabe scheint auch bei Rauchern und gut regulierten Diabetikern sowie bei Furkationsdefekten vorzuliegen.
- Bislang wurde zumeist nur eine Statin-Konzentration (1,2 % Statingel) als einmalige Applikation nach der nichtchirurgischen Parodontaltherapie getestet.
- Die systemische Statin-Gabe zeigte keine Verbesserung des Ergebnisses nach der nichtchirurgischen Parodontaltherapie. [DT](#)

Kontakt



PD Dr. Kristina Bertl, PhD, MSc

Abteilung für Parodontologie
Universität Malmö, Schweden
kristina.bertl@mau.se

Neues Konzept hat sich bewährt: die Fachmesse DENTAL BERN 2018

Alle 174 Aussteller und Mitaussteller in einer Halle und der Fachkongress in unmittelbarer Nähe – das war die neue Idee.
Und tatsächlich: beste Stimmung bei Ausstellern und Besuchern.

BERN – Die Stimmung, sie war natürlich schon an den vormaligen Durchführungen der DENTAL BERN ausgezeichnet. Schliesslich ist die Dentalbranche eine Art Familie: Man kennt sich, freut sich, alle zwei Jahre an die DENTAL zu fahren, sich zu sehen. Und hat sich dementsprechend sowieso jeweils schon viel zu erzählen.

Dennoch: «Die Konzentration war nötig», sagt Ralph Nikolaiski, Projektleiter der Swiss Dental Events (SDE), verantwortlich für die Messe und Initiator des neuen Konzeptes. Ergeben hatte sich das neue Konzept aus der Überlegung, die Gänge zwischen den einzelnen Ständen einheitlich auf drei Meter zu verkleinern. Dazu sagt Nicolas Gehrig, Präsident der SDE und des Arbeitgeberverbandes der Schweizer Dentalbranche (ASD): «Es gab vorher bis zu sechs Meter Platz zwischen den Ständen, es war eine sehr gute Idee, diese Abstände einheitlich zu gestalten.»

Eine kleine Umfrage ergab: Viele Aussteller haben an der Messe selbst nichts davon mitbekommen, dass alle neu in einer Halle sind. Die neue Einheitlichkeit in den Abständen hingegen wurde wahrgenommen und gelobt. Auch fanden viele ihre Platzierung sehr gut, einige sagten sogar, sie passten perfekt in diese Nachbarschaft.

Im Vorfeld der Messe hingegen haben die Aussteller sehr wohl bemerkt, dass etwas neu wird. «Damit das Konzept funktioniert», so Nikolaiski, «haben nahezu alle Aussteller neue Stände konzipieren und herstellen müssen.» Ein Riesenaufwand, den man nicht einfach so auf sich nimmt. Gehrig: «Ja, man muss verstehen, warum dieser Aufwand

nötig ist, und es hilft, wenn man sogar begeistert ist. Es war toll, von Anfang an diese Begeisterung zu spüren. Ich habe grossen Respekt vor diesen Unternehmen, sie haben einen tollen Job gemacht.» Viele weitere Unternehmen hätten diese neue Dynamik bemerkt, hätten unbedingt auch dabei sein wollen. «Doch wir waren so schnell ausgebucht», so Nikolaiski, «mehr ging einfach nicht.»

Brücken-Wochenende in Bern

Der erste Messetag war vielerorts ein Feiertag, und so meinte ein Aussteller, mancher würde Fronleichnam nutzen, um eher ein Brücken-Wochenende mit der Familie zu verbringen. Dieses Datum habe aber den Vorteil, dass man wegen des Besuchs der DENTAL BERN und des SSO-Kongresses in der Praxis keine Verluste haben wird, da sie an diesem Tag ja sowieso geschlossen sei.

Mit dem Besucheraufkommen in diesem Jahr zeigten sich die Aussteller auf Anfrage mehrheitlich zufrieden.

Den Besuchern, auch das zeigte die kleine Umfrage, passte offensichtlich das Datum und auch das neue Konzept.

Das neue Konzept

Hier gab es ein durchweg positives Fazit: Man müsse nicht mehr so viel laufen, es sei gut verdichtet und gleichzeitig sehr übersichtlich, trotz

sehr vieler Aussteller. Positiv aufgefallen sei auch, dass die Messestände luftiger und frischer geworden seien und überaus einladend wirkten.

Auf eine widersprüchliche Weise interessant war vielen die Beobachtung, dass an einigen Messeständen Essen und Getränke angeboten wurden. Nicht nur Äpfel, Käse und, ja, auch Lauch, sondern das, was Den-

talmediziner ihren Patienten nicht sonderlich empfehlen: Süßes. Besonders der Eiswagen am einen Messestand stiess auf grosse Nachfrage, verständlich, es waren heisse Tage.

Ja, die DENTAL 2018 ist Geschichte. Es kamen 4'153 Fachbesucher, die über 7'200 Eintritte generierten; 174 internationale und nationale Aussteller und Mitaussteller

belegten eine Ausstellungsfläche von 7'433 Quadratmetern.

Es empfiehlt sich, jetzt schon die nächste DENTAL in der Agenda anzumerken, sie findet in zwei Jahren statt, und zwar von Donnerstag bis Samstag, 14. bis 16. Mai 2020. «Wer hinget, weiss mehr.» [DU](#)

Quelle: Swiss Dental Events



Abb. 1: Herzlich willkommen an der DENTAL BERN 2018. – Abb. 2: Pünktlich 8.30 Uhr öffneten die Türen der grössten Dentalfachmesse der Schweiz. Die ersten Besucher wurden von Ralph Nikolaiski, dem aktuellen ASD-Präsidenten Nicolas Gehrig, einer Messehostess und Ueli Breitschmid (v.l.n.r.) herzlich begrüsst. – Abb. 3: Blick in die Dentalausstellung. – Abb. 4: Die CANDULOR KunstZahnWerk Preisverleihung zur DENTAL 2018 in Bern.

Drei Tage lang war die dentale Fachwelt zu Gast in Bern

Vom 31. Mai bis zum 2. Juni trafen sich die Besucher der DENTAL BERN 2018 und des SSO-Kongresses zu einem kollegialen und fachlich-intensiven Austausch.



Abb. 1: Blick in das einer Arena nachempfundene Auditorium. – Abb. 2: Der SSO-Präsident Dr. Beat Wäckerle begrüßte die zahlreich erschienenen Teilnehmer. – Abb. 3: Erstmals bestand in Bern die Möglichkeit, sich interaktiv an der Diskussion zu beteiligen.

BERN (mhk) – Alle zwei Jahre versammelt sich das Who's who der Dentalwelt in der Schweizer Bundesstadt.

Parallel zur DENTAL BERN und direkt mittendrin widmete sich der diesjährige Jahreskongress der SSO unter dem Motto «Zahnmedizin: digitalisiert, globalisiert, Qualität garantiert?» der Digitalisierung in der Zahnmedizin.

Beim diesjährigen SSO-Kongress gab es – genau wie bei der DENTAL 2018 – einige Neuerungen: Der bisher lang gezogene Vortragssaal wurde zu einer Arena umgebaut und ermöglichte einen besseren Blick auf die Referenten und die Monitore. Zudem befand er sich in derselben Halle wie die Dentalausstellung und gewährleistete so kurze Wege zwischen Wissenschaft und Industrie.

Wissenschaftliches Programm

Rund 2'000 registrierte Teilnehmer wurden während der dreitägigen Veranstaltung in Bern von international bekannten Experten u.a. über digitale Fortbildungsmöglichkeiten für Zahnärzte, digitale Radiologie, digitale Befunderhebung in der Parodontologie sowie in der Rekonstruktiven Zahnmedizin und der Kiefer- und Gesichtschirurgie informiert.

Eine weitere Neuerung in diesem Jahr waren die sogenannten Emeritus-Vorträge. Professoren, die die Schweizer Zahnmedizin über viele Jahre hinweg geprägt haben, erhielten erstmals die Möglichkeit, sich mit einem Vortrag von den Mitgliedern der SSO zu verabschieden.

Den Anfang machte der Baseler Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht, der über «Lippen-Kiefer-Gaumenspalat-Chirurgie in sechs Entwicklungsländern 1991 bis 2017» refe-

rierte. Ihm folgte am Nachmittag Prof. Dr. Adrian Lussi aus Bern mit seinem Vortrag über «Prophylaxe – was Neues hinterm Horizont?».

Zudem gab es am Freitag von 10.15 bis 15.30 Uhr auch ein spezielles Fortbildungsprogramm für die rund 500 anwesenden Dentalassistentinnen, bei dem sie u. a. über den revidierten Tarif und die neue Weiterbildungsmöglichkeit zur Praxisadministratorin informiert wurden. [DU](#)



Bildergalerie