

ZUG, 12. DEZEMBER 2008

Einzelpreis: 5,20 CHF

No. 12 Vol. 5

Entgelt bezahlt · Pressebuch International 64494

## Dental Hygienics



**Interview mit Brigitte Schoeneich INTERLAKEN** – Mit Optimismus schauen die Swiss Dental Hygienists in ihre Zukunft. Der 33. Jahreskongress in Interlaken widmete sich dem Berufsbild „Die neue dipl. Dentalhygienikerin HF“ sowie schul- und komplementärmedizinischen Themen zum besseren Verständnis verschiedener Krankheitsbilder.

▶ Seite 9

## Continuing Education



**Laser in der Zahnheilkunde KÜSNACHT/ZH** – Laser lässt sich heute in vielen Bereichen der Zahnmedizin einsetzen. Parodontologie, Endodontologie und Implantologie sind einige der wichtigsten Einsatzgebiete. Vor dem „Tun“ kommt das „Üben“. Welche Wellenlänge wann geeignet ist und was man unterlassen sollte, erklären Spezialisten.

▶ Seiten 17–19

## Continuing Education



**Dr. Lorenzo Vanini im KKL LUZERN** – Wenn der Kompositkünstler aus Como nach Luzern kommt, pilgern seine „Fans“ ins KKL. Mit dem 4. Kurs in Folge lag Dr. Thomas Zumstein wieder einmal richtig. Wenn Sie klinisch nicht mehr erkennen können, was Restauration ist und wo der natürliche Zahn beginnt, dann ist das ein Kompliment.

▶ Seite 20–21

## Continuing Education



**Meeting on the Top ZÜRICH** – Minimalinvasive ästhetische Techniken „on the Top“ – wer wollte sich das entgehen lassen? So erlebte das neue „The Dolder Grand“ auf dem Zürichberg den Ansturm von über 400 Zahnärzten und Zahntechnikern. Ein Erfolg für Dr. N. Leuzinger, Fortbildung Rosenberg. Dr. Anja Wenger berichtet für Sie.

▶ Seiten 25–26

## FORTBILDUNG 2009

Einzel- und Mehrzahnlücken  
Innovative Behandlungsmöglichkeiten  
im ästhetischen Bereich

Referenten: Dres. Anding und Zumstein

9. Mai 2009 im KKL Luzern

Verschiedene Konzepte und Strategien  
von Implantatversorgungen im Vergleich

Moderation: PD Dr. Jung  
Referenten: Dres. Andreoni und Meier  
Dres. Burkhardt und Minoretti  
Prof. Dr. Mericske-Stern  
Dres. Schmid und Walkkamm

13./14. November 2009  
im KKL Luzern

Programm und Anmeldung unter:  
[www.zumstein-zahnarzt.ch](http://www.zumstein-zahnarzt.ch)

# Über 1.000 Teilnehmer am ersten Schweizer Implantat Kongress

von Johannes Eschmann

**BERN** – Zur Eröffnung des Kongresses lud die Implantat Stiftung Schweiz zu einer Medienorientierung ein. Zum einen wollten die Veranstalter über die Implantat Stiftung orientieren, zum anderen über die Errungenschaften und Zukunftsperspektiven in der Implantologie. Die Vertreter der Fachgesellschaften, die den Kongress gemeinsam organisierten, Prof. Dr. Daniel Buser, ZMK, Bern, Prof. Carlo P. Marinello, ZMK, Basel, Prof. Dr. Regina Mericske-Stern, ZMK, Bern, und Prof. Dr. Andrea Mombelli, ZMK, Genf, orientierten jeweils aus der Sicht ihres Fachgebietes.

Prof. Dr. Daniel Buser, ZMK, Bern, und Präsident der Stiftung, begrüßte die Fachjournalisten

und informierte über deren Ziele und was bisher geleistet wurde. Getragen wird die Stiftung durch die vier grossen Fachgesellschaften SGI, SSOS, SSP und SSRD, die ungefähr 60 % der Schweizer Zahnärzte ausmachen. Der Beirat besteht aus der SSO, der SPO (Schweizerische Patienten Organisation) sowie den zahnmedizinischen Universitätszentren Basel, Bern und Genf. Sechs Implantathersteller und ein Hersteller von Knochenersatzmaterialien finanzieren zu über 60 % die Stiftung, den Rest tragen die vier Fachgesellschaften bei.

Die Stiftung bezweckt die objektive und produktneutrale Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten und Grenzen der Implantattherapie. Der Grund zu dieser im Gesundheits-



Die Vertreter der Fachgesellschaften (v.l.n.r.): Prof. Dr. Andrea Mombelli, ZMK, Genf; Prof. Dr. Daniel Buser, ZMK, Bern; Prof. Dr. Regina Mericske-Stern, ZMK, Bern, und Prof. Carlo P. Marinello, ZMK, Basel.

wesen einmaligen Aktion ist die rasante Entwicklung der Implantatoperationen. Mit etwa 100.000 inserierten Implantaten bei etwa 40.000 bis 50.000 Patienten ge-

hört dieser Eingriff zu den häufigsten chirurgischen Interventionen in der Zahnmedizin. Etwa 30 bis 40 % dieser Eingriffe werden von Fachzahnärzten vorge-

nommen, die Übrigen operieren Allgemein Zahnärzte. Neben dem Aufklärungsbedarf bei der Bevölkerung sind auf der anderen Seite

# Traditioneller Höhepunkt zum Jahresende

von Johannes Eschmann

**ZÜRICH** – Mit einem Aufgebot an prominenten Referenten wartete Dr. Andreas Grimm, Fortbildung Zürichsee, zum traditionellen Jahresrückblick

auf. Das Zürcher Kaufleuten war wie jedes Jahr bis auf den letzten Platz besetzt, als Dr. Grimm die Gäste und Sponsoren begrüßte und die Referenten vorstellte. Der Jahresrückblick ist das einzige Symposium, an dem ein Industrietreter die Philosophie seines Unternehmens erklären kann. Für Zahnärzte, die sonst nur produktbezogene Informationen erhalten, ein willkommener Blick „hinter die Kulissen“.

Gilbert Achermann, der CEO von Straumann, eröffnete dies-

mal den Abend. Er versuchte eine Antwort auf die Frage: Straumann – quo vadis? Was natürlich auch heisst, Implantathersteller wohin geht die Reise vor dem Hintergrund der Entwicklung im Konkurrenzumfeld bei den Zahnärzten und bei den Dental-labors? Weltweit teilen sich 350 bis 400 Hersteller einen Markt von etwa drei Mia. Franken. Davon hält Straumann einen Marktanteil von ca. 17%. Nach der globalen Sicht lenkte Achermann den Blick auf die Schweiz.



Gilbert Achermann, CEO Institut Straumann, erklärte die Philosophie und die Qualitätsstandards seines Unternehmens.

Dieser Auflage liegen Prospekte der Firmen  
**Ascandi AG, Praxis Dr. Zumstein**  
und  
**Ludent GmbH** (Teilaufgabe) bei.  
Wir bitten unsere Leserinnen und Leser um freundliche Beachtung.  
Vielen Dank.



## Erster Schweizer Implantat Kongress

Bewährtes und Neues  
in der Implantologie

Eine Standortbestimmung



von med. dent. Sybille Scheuber, Bern

BERN – Ein Novum stellte der Kongress der Implantat Stiftung Schweiz (ISS) zusammen mit den vier grossen Fachgesellschaften SGI, SSOS, SSP und SSRD anfangs November 2008 in Bern dar. Insgesamt 26 ausgewiesene Referenten und Moderatoren präsentierten Bewährtes und Neues aus der Implantattherapie. Dieses kumulierte Wissen ermöglichte ein erstklassiges Programm, welches von knapp 1.000 Zahnärztinnen und Zahnärzten besucht wurde. Darunter waren auffallend viele junge Zahnärzte, welche sich für dieses topaktuelle Thema interessierten.

Prof. Dr. Daniel Buser, Universität Bern, betonte nachdrücklich, dass eine objektive Informationsweitergabe und Aufklärung im Vordergrund stehe.

Daher wurde der Beschluss gefasst, die Implantat Stiftung Schweiz (ISS) zu gründen, die mit vier Schweizerischen Fachgesellschaften (SGI, SSOS, SSP und SSRD) nicht nur das zahnmedizinische Fachpersonal, sondern auch die Patienten über Forschungsergebnisse, Biomaterialien und fortschrittliche Behandlungsmethoden aufklären soll. Zumal die Implantattherapie aus der modernen Zahnmedizin nicht mehr wegzudenken ist. Der Erfolg dieses Kongresses zeigte sich in der hohen Teilnehmerzahl und der vielen positiven Rückmeldungen bei den Organisatoren. Eine Auswahl der Vorträge soll hier vorgestellt werden.

#### Systemische Risikofaktoren inklusive Update Bisphosphonate

In Anbetracht der immer älter werdenden Bevölkerung muss

sich auch der praktizierende Zahnarzt an die geänderte Altersstruktur seines Patientenstammes anpassen. Hierzu gehört, dass Allgemeinerkrankungen wie Diabetes, Osteoporose oder Patienten mit Einnahme von Antikoagulantien und Bisphosphonaten zunehmen werden. Dies hat natürlich Einfluss auf die zahnärztlichen Behandlungsmethoden, speziell der Implantattherapie. Die Hauptthematik im ersten Referat soll auf die Behebung von Komplikationen in diesem Bereich fokussieren. Dr. Michael Bornstein, Leiter der Station für zahnärztliche Radiologie und Stomatologie in Bern, beschäftigte sich schwerpunktmässig mit den aktivsten und potentesten Knochenabbauhemmern, den Bisphosphonaten. Die orale Einnahme des Präparats stellt eine relative Kontraindikation für chirurgische Eingriffe dar.

Durch die schlechtere Durchblutung des Knochens besteht ein gewisses Risiko einer Osteonekrosebildung mit Gefahr einer Infektion und nachfolgender Schmerzentwicklung bei dieser Patientengruppe. Zu beachten ist dabei besonders die Dauer der Therapie, da Bisphosphonate lange im Skelett gespeichert werden. Als Faustregel kann man sagen, dass ab drei Jahren oraler Bisphosphonattherapie – aufgrund der kumulativen Dosis – eine Implantation als kritisch gesehen werden muss und ab fünf Jahren eine Alternative zur Implantattherapie gut abgewogen werden sollte.

#### Fortschritte in der Röntgendiagnostik: Cone-Beam-Technologie vs. Dental-CT

Die enorme Entwicklung der intraoralen Bildgebung zur digitalen Volumentomografie (DVT) wird die Zahnarztwelt noch gewaltig verändern. Dessen ist sich Privatdozent Dr. Karl Dula sicher, der als Präsident der

Schweizerischen Gesellschaft für Dento-Maxillo-Faziale Radiologie diese nie geahnte Entwicklung an vorderster Front miterlebt hat. Bei aller Faszination sollte dem Privatpraktiker jedoch stets bewusst sein, welche hohe Strahlendosis er den Patienten aussetzt und ob der Preis dafür gerechtfertigt ist. Denn nach wie vor können Röntgenstrahlen maligne Entartungen verursachen und darum muss immer dasjenige bildgebende Verfahren gewählt werden, das bei der geringstmöglichen Dosis eine ausreichende Information zur Diagnostik liefert. Die Strahlendosis z. B. für eine Computertomografie (CT) entspricht 18 Orthopantomogrammen (OPT), für ein DVT immerhin noch 4 OPTs. Jedoch haben CT und DVT verschiedene klinische Einsatzgebiete. Hartgewebsstrukturen sind durch die feinere Darstellung bei der DVT besser, während Weichgewebsstrukturen mit der CT wesentlich differenzierter dargestellt werden können. Inzwischen sind immer

die Zahnärzte gefordert, sich permanent fortzubilden. Die Qualitätssicherung durch Weiter- und Fortbildungsprogramme ist ein zentrales Anliegen der vier Fachgesellschaften der Implantat Stiftung. Dies erklärt auch den riesigen Erfolg mit über 1.000 Teilnehmern am ersten Schweizer Implantat Kongress. 26 Referentinnen und Referenten behandelten Themen wie Therapieplanung, Chirurgie, Prothetik und Komplikationen.

Prof. Dr. Marinello informierte als Vertreter der SSRD über die Therapieplanung, wobei für ihn am Anfang immer die Frage steht: Ist ein Implantat überhaupt notwendig? Risikofaktoren, wie zum Beispiel Rauchen, Parodontitis

oder Medikamente zur Osteoporose- oder Tumorbehandlung erfordern genauere Abklärung. Was muss der Patient über die Risiken eines chirurgischen Eingriffs wissen? Welche bildgebenden Verfahren zur Diagnose und Planung gibt es? Punkte, die zur Sicherheit des Patienten und des Behandlers zu beachten sind.

Für die SGI sprach Prof. Dr. Mericske-Stern. Sie stellte die Implantatprothetik in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen. Prothetische Rekonstruktionen wann und für wen? Was sind die Vor- und Nachteile einer Spät-, Früh- oder Sofortbelastung? Dies gilt es je nach Fall genau abzuwägen. Für Prof. Mericske-Stern sind gerade Rekonstruktionen für ältere Menschen ein Beitrag zur

Lebensqualität. Das Segment der Senioren wird zudem grösser, diese sind oft noch fit und sportlich und bereit, in Zähne zu investieren. Zu beachten sind allerdings der allgemeine Gesundheitszustand, Medikamenteneinnahme, Mundtrockenheit und – ganz wichtig: eine gute Mundhygiene muss gewährleistet sein.

Als Vertreter der SSP blieb Prof. Dr. Andrea Mombelli die Aufgabe, auf Komplikationen in der Implantologie hinzuweisen. In etwa 38 % der Fälle besteht nach fünf Jahren Behandlungsbedarf, wobei die Periimplantitis eine häufige Ursache dafür ist. Sorgfältige Mundhygiene, regelmässige Nachkontrollen und nicht Rauchen ist die beste Prophylaxe. [D](#)



OA Dr. Michael Bornstein, PD Dr. Karl Dula und Dr. Patrick Brochut



mehr Röntgensysteme zur dreidimensionalen Bildgebung auf dem Markt zu recht unterschiedlichen Preisen. Bevor der ambitionierte Zahnarzt sich jedoch solch ein Gerät zulegt bzw. Patienten in eine entsprechende Röntgenabteilung überweist, sollte er dringend eine strukturierte Ausbildung in „Fachkunde Digitale Volumetomografie“ durchlaufen.

### Wann extrahieren, wann erhalten: Überlegungen des Prothetikers

„Der Zahnarzt soll nicht einfach Verkäufer dessen sein, was er kann (oder nach Erwerb neuer Geräte glaubt zu können), sondern Anbieter dessen, was der Patient braucht.“ Diesem Zitat aus der Schweizerischen Monatszeitschrift entnommen schloss sich Prof. Dr. Marinello, Universität Basel, an und plädierte für die Strategie „Teeth for life“. In Zukunft wird es immer mehr ältere Menschen mit teilbezahntem Gebiss geben, während die Anzahl der Totalprothesenträger relativ gesehen abnehmen wird. Das heisst, dass verkürzte Zahnreihen, Lückengebisse und der Wert eines Pfeilerzahnes steigen werden. Doch wann ist die Erhaltung eines Zahnes „um jeden Preis sinnvoll“? Und sind Implantate tatsächlich besser als eigene Zähne? Unser Dilemma ist häufig, ob eine Paro-/Endotherapie an fraglichen Zähnen längerfristig unseren Erwartungen entsprechen, oder ob man lieber frühzeitig (präventiv) extrahieren soll, um den Knochen für eine einfache Implantation zu erhalten. Dieser Entscheidungsfindung muss sich der Prothetiker mithilfe geeigneter Überlegungen stellen, die seine Fachkompetenz, seine Sozialkompetenz, aber auch ein wenig sein Glück fordern und die entscheidend sind zwischen Erfolg und Misserfolg einer Therapie.

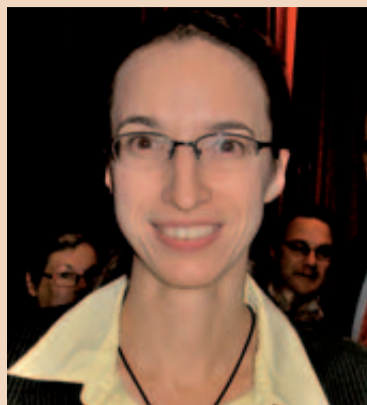
Der erste Kongresstag endete mit einem Expertengespräch, das es in sich hatte: Prof. Dr. Daniel Buser und Dr. Ueli Grunder hatten Dutzend heikle Fälle aus der täglichen Praxis vorbereitet, die sie dem Expertenteam zur Fallplanung vorstellten. Dieser hochbrisanten Fragerunde widmeten sich folgende Experten: Dr. Claude Andreoni, Prof. Dr. Andreas Filippi, OA Dr. Michael Bornstein, Prof. Dr. Carlo P. Marinello und Dr. Anton Wetzler. Vor allem Fälle mit deutlich ungünstiger Ausgangslage wurden diskutiert, um die vermeintlich optimale Behandlungsstrategie herauszufiltern.

### Implantatchirurgie bei Einzelzahnlücken im Oberkieferfrontzahnbereich

Einen didaktisch sehr gut vorbereiteten Vortrag lieferte OA Dr. Vivianne Chappuis über die korrekte 3-D-Position eines Implantats im Knochen. Ästhetisch sehr unschön entwickelt sich der Gingivaverlauf im Oberkieferfrontzahnbereich, wenn das Implantat zu weit bukkal gesetzt wird. Dann folgen Rezessionen, die die Implantatoberfläche sichtbar werden lassen. Um dies zu vermeiden, sollte der Kno-

chen bukkal mindestens eine 2 mm breite konvexe Kontur aufweisen. Dadurch kann eine Durchblutung des bukkalen Knochens und des Bindegewebes aufrechterhalten werden.

Hat nach Zahnextraktion wie so oft jedoch bereits eine Resorption des Bündelknochens stattgefunden, sollten Knochenersatzmaterialien mit einer geringen Substitutionsrate und entsprechende Membrane gewählt werden, um mittels GBR-Me-



OA Dr. Vivianne Chappuis

thode eine Knochenaugmentation durchzuführen. Kann die faciale Wand erfolgreich aufgebaut werden, erhält man einen harmonischen Gingivaverlauf. An dieser Stelle verglich Dr. Chappuis die vier Implantationstypen hinsichtlich des besten Timings für eine Implantation (sofort, 2 x früh, spät). Nach dem Consensus Statement 2008 ist das Frühimplantat mit Weichgewebsheilung 4–8 Wochen nach Zahnextraktion das bevorzugte Vorgehen, weil hier eine intakte

Weichteildecke vorliegt. Eine Spätimplantation (> 6 Monate) ist, wenn möglich, zu vermeiden. Während Sofortimplantationen nur mit grosser Vorsicht zu geniessen sind, da sie sich laut Dr. Grunder aufgrund der nicht abschätzbaren Rezession „wie russisches Roulette“ verhalten.

### Computerunterstützte Implantation im teilbezahnten Patienten

Immer vielversprechender

ANZEIGE



STRAUMANN® DENTAL IMPLANT SYSTEM

**FAST SO PERFEKT WIE NATÜRLICHE ZÄHNE**



Mit SLActive-Oberfläche!

COMMITTED TO  
**SIMPLY DOING MORE**  
FOR DENTAL PROFESSIONALS



und verlockender werben Firmen mit der computerunterstützten Implantation, welche quasi ein „idiotensicheres“ Vorgehen suggerieren möchten. Hat die Planung mittels OPT und Folie ausgedient? Gilt diese Methode in Anbetracht der heutigen Möglichkeiten nicht als veraltet? Diesen Vorwürfen ging PD Dr. Ronald Jung, Universität Zürich, auf den Grund und zählte die Vor- und Nachteile der schablonengeführten Implantation auf. Mit dem Computer kann die Implantatposition besser auf die anatomischen Gegebenheiten abgestimmt werden. Die minimalinvasive und elegante Vorgehensweise ist der konventionellen Lappenbildungstechnik überlegen. Und eine Sofortbelastung bei zahnlosen Patienten ist möglich. Die computergestützte Implantation wurde inzwischen soweit verbessert, dass eine klinisch akzeptable Genauigkeit resultiert. So schön das alles auch tönt, es sind hier einfach nicht genügend Langzeitstudien vorhanden, als dass man eine validierte klinische Indikation stellen kann. Empfohlen werden kann diese Methode bei einer



PD Dr. Ronald Jung

komplexen Anatomie, bei Notwendigkeit einer minimalinvasiven Chirurgie (z. B. Patienten mit Blutverdünner), Optimierung der Implantatposition in schwierigen ästhetischen Situationen und wenn eine Sofortbelastung der Suprakonstruktion geplant ist. Fazit: Die Planung mit OPT und Folie hat keineswegs ausgedient, aber in ausgewählten klinischen Situationen kann die computerunterstützte Implantation Vorteile bieten.

**Festsitzend ist gut, wann ist abnehmbar besser?**

Nachdem bisher die meisten Teilnehmer nur über fixe prothe-

tische Lösungen berichteten, war es nun an Frau Prof. Dr. Regina Mericske-Stern, Universität Bern, abzugrenzen, wann herausnehmbar sinnvoller erscheint. Die heutigen „älteren“ Patienten zwischen 50 und 70 Jahre sind meist noch berufstätig, machen Sport und haben oft noch keine Teilprothesen. Dementsprechend gross ist die Angst vor Totalprothesen, und deren primärer Wunsch sind festsitzende Rekonstruktionen. Es lässt sich zwar eine fixe Brückenlösung auf Implantaten realisieren, jedoch birgt dies einige Probleme, vor allem wenn die Kiefer bereits stark atrophiert sind. Die Implantatachsen im Oberkiefer sind dann häufig divergierend und der Unterkiefer ist progn. Daraus resultiert eine grosse intermaxilläre Distanz, die durch überlange Zahnkronen ausgefüllt wird. Darunter leidet die „Rot-Weiss-Ästhetik“ und die VMK-Rekonstruktionen weisen ein hohes Gewicht auf. Für den Patienten bedeutet dies ein höheres invasives Vorgehen im Vergleich zu einer abnehmbaren Lösung auf weniger Implantaten. Mit der Stegprothetik sind diese Probleme beherrschbar



Von links nach rechts: Dr. Michael Bornstein, Prof. Dr. Andreas Filippi, Prof. Dr. Carlo P. Marinello, Prof. Dr. Andrea Mombelli, Prof. Dr. Daniel Buser, Dr. Claude Andreoni, Dr. Anton Wetzel, Dr. Ueli Grunder

und das Ergebnis ist besser voraussagbar. Sie zeigte viele beeindruckende Patientenfälle mit in Galvanotechnologie hergestellten Matrizen, CAD/CAM-Titanstege und sogar Stege aus Zirkonoxid. Die Entscheidung über das individuelle Optimum und dem technisch Möglichen liegt immer noch in den Händen des Patienten, der geprägt durch seinen sozioökonomischen Hintergrund, dem Gesundheitswesen

und auch seinem Budget die Therapie bestimmen sollte. Uns Zahnärzten wird ans Herz gelegt, ein „Overtreatment“ zu vermeiden.

**Implantatprothetik bei Mehrfachlücken im Oberkieferfrontzahnbereich**

Auf die überlangen Zahnkronen und die mitunter sehr be-

→ **DT** Seite 6

ANZEIGE



**Das Neoss Implantat System: vielseitig, präzise – einfach überzeugend**



- ◆ Sichere, präzise Insertion und exzellente Stabilität in jeder Knochenqualität
- ◆ Nur 1 Plattform für alle Implantat-Durchmesser
- ◆ Einfache Abformung
- ◆ Hochpräzise prothetische Komponenten
- ◆ Einfaches Handling für Zahnarzt und Zahntechniker

Vertrieb in der Schweiz und Liechtenstein exklusiv durch:



Mehr Infos unter [www.flexident.ch](http://www.flexident.ch)

Tel. +41 41 310 40 20  
Fax +41 41 310 40 25  
E-Mail [info@flexident.ch](mailto:info@flexident.ch)

Flexident AG  
Schützenmatte B 11  
Postfach 453  
6362 Stansstad

**Grosses Interesse am Kongress und der Industrieausstellung**

BERN – Wann hat man als Hersteller schon die Gelegenheit, sich in der Schweiz über 1.000 Zahnärzten und Zahntechnikern zu präsentieren? Am Berner Implantat Kongress waren praktisch alle Unternehmen mit einem Stand vertreten, die mit Implantologie zu tun haben. Damit sich auch alle Aussteller präsentieren konnten, musste sogar ein Zelt auf der Terrasse des Kur- saals aufgebaut werden. So nutzten denn

auch viele Kongressteilnehmer die Gelegenheit, sich in den Pausen nicht nur mit Kollegen zu unterhalten, sondern auch über neue Produkte zu informieren. Dieser Austausch ist wichtig. Einerseits finanzieren die Aussteller mit den Standmieten einen Teil des Budgets, andererseits freuen sie sich, wenn über die Kontakte mit den Kongressteilnehmern wieder etwas zurückfliesst. **DT**



1 Gedränge herrschte jeweils in den Kongresspausen an den Kaffeeständen oder beim Stehlunch im Foyer mit den Firmenständen. 2 Alte Bekannte trafen sich wieder: Dr. Philipp Tachezy, St. Gallen, und Heinz Frey, früherer Geschäftsführer Schweiz von Straumann, der aber immer noch an Kongressen aktiv ist. 3 Eine schöne Geste. Am Stand von Cendres+Métaux SA, Biel, wurde nicht nur der neue SFI-Bar, ein stressfreier Steg für die abnehmbare Prothetik auf Implantaten, präsentiert, Beat Dörfler, Verkaufsleiter Schweiz, und Doris Werder, Verkaufsdienst, haben auch zwei Auszubildende mitgebracht (Thomas Graf und Emanuele Sciacca), damit diese schon früh sehen, wie die Kunden auf die Produkte reagieren. 4 DENTSPLY Friadent präsentierte das neue Ankylos C/X, das auf der Basis des bewährten Systemkonzepts entwickelt wurde. Beta Werder, Vertriebsleiter Friadent Schweiz AG, zeigte sich zufrieden über die Gespräche am Kongress. 5 Mit dem neuen Nobel Active und den neuen Procera Crown Zirconia zog Nobel Biocare das Interesse der Besucher auf sich. 6 Am Stand von Straumann wurden die neuesten präklinischen und vorläufigen klinischen Resultate zu Roxolid, dem neuen Implantatmaterial, diskutiert. 7 Auch dafür sind Kongresse da. Man trifft sich, tauscht Erfahrungen mit Kollegen aus. Dr. Jürg Lienhard, Schaffhausen, im Gespräch mit Dr. Thomas Zumstein, Luzern, und Felix Zumstein, Geschäftsführer Flexident AG, Stansstad. 8 Konnte sich über regen Besuch an seinem Stand freuen. Jürg Probst, Verkaufsleiter Biomet 3i Schweiz GmbH, Zürich. Fotos: Johannes Eschmann, Dental Tribune Schweiz



# Das neue CAMLOG® Guide System – sicher implantieren, sofort provisorisch versorgen

**BASEL – Die Komponenten des CAMLOG® Guide Systems dienen der schablonengeführten Aufbereitung des Implantatbetts und Insertion der SCREW-LINE Implantate CAMLOG® Guide, Promote®, im zahnlosen und teilbezahnten Ober- und Unterkiefer.**

Zuvor werden mithilfe einer 3-D-Planungssoftware die korrekten Implantatpositionen ermittelt. Unter Verwendung dieser digitalen Planungsdaten entsteht anschliessend im zahntechnischen Labor eine einfach handhabbare, hoch präzise Bohrschablone, die dem Operateur das einwandfreie Setzen der Implantate wesentlich erleichtert.

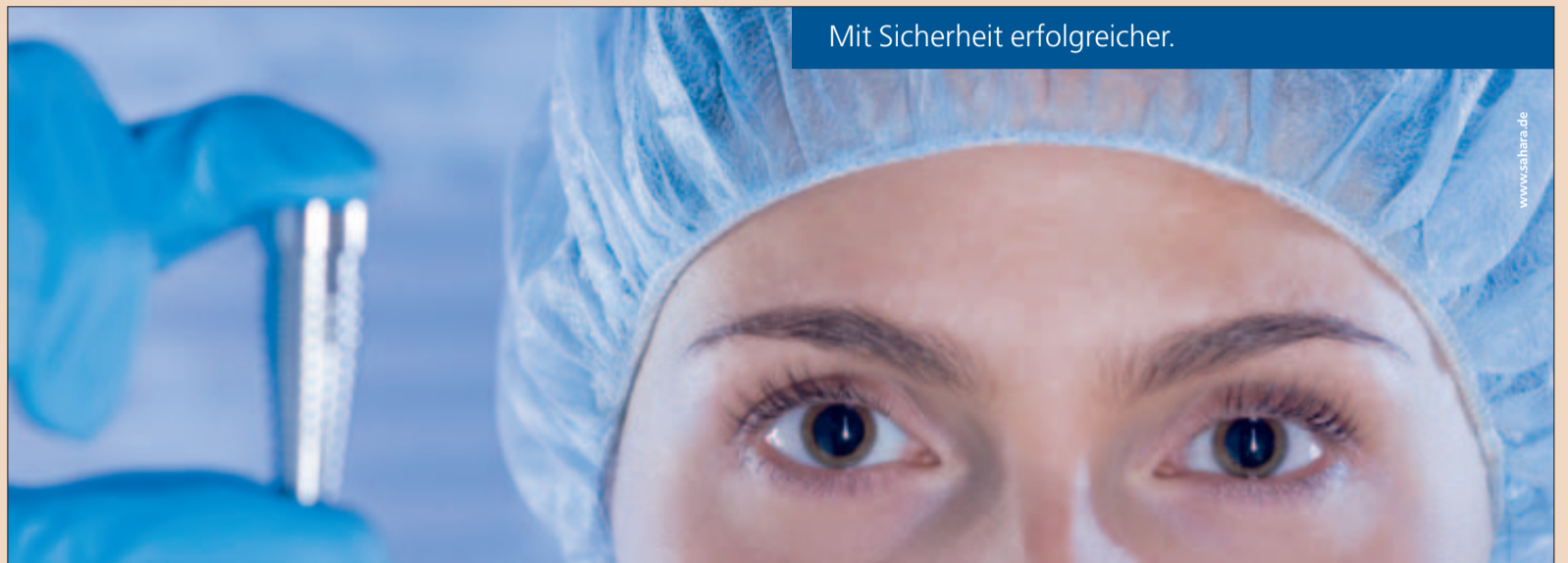
Instrumenten bereits vor dem eigentlichen Eingriff angefertigt werden. Dies bedeutet, dass der

Patient unmittelbar nach der Operation provisorisch versorgt werden kann. [DI](#)



*Geschäftsleitung und Mitarbeiter freuen sich über einen erfolgreichen Implantatkongress. Jordi Belart, Geschäftsführer Schweiz; Martin Steiner, Vertriebsleiter Schweiz; Jürg Eichenberger, VR-Präsident und CEO; Thomas Moser, Marketing Manager; Alfons Kiener, Head of Education; André Ferenczi, technischer Service (v.l.n.r.).*

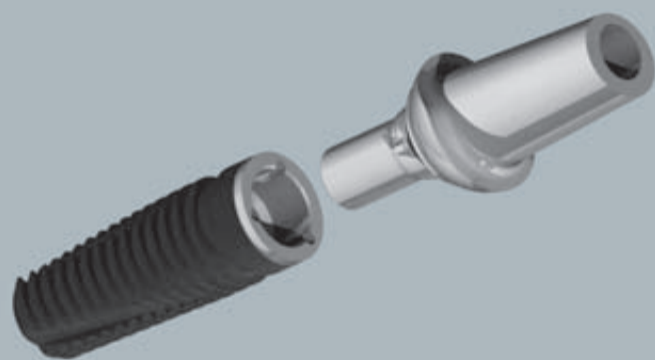
ANZEIGE



Mit Sicherheit erfolgreicher.

Qualität. Sicherheit. Service.

## Vertrauenssache.



### Das CAMLOG® Implantatsystem – aus der Praxis, für die Praxis.

Universeller Einsatz, minimale Anzahl von Systemkomponenten; vorbildliche Prothetik, kurze Behandlungszeiten.

- **Qualität** – Forschung & Entwicklung in der Schweiz; Produkte "made in Germany".
- **Sicherheit** – Präzisionsformschluss + speziell ausgelegte Nocken + patentierte Tube-in-Tube™-Verbindung = höchste Anwendungssicherheit + hervorragende Langzeitresultate.
- **Service** – praktizierte Partnerschaft mit schnellen, individuellen Serviceleistungen und fairem Preis-Leistungs-Verhältnis.

[www.camlog.com](http://www.camlog.com)

#### Vorteile des CAMLOG® Guide Systems auf einen Blick:

- Folgerichtige Umsetzung der 3-D-Planung
- Exakte Führung der Instrumente und Implantate
- Aufeinander abgestimmte Komponenten
- Einfache Umarbeitung einer Planungsschablone in eine Bohrschablone
- Anwendbar im Ober- und Unterkiefer
- Die prothetische Versorgung erfolgt mit Einzelkronen, Brücken und/oder Totalprothesen.

#### Das neue CAMLOG® Guide System beinhaltet:

- Chirurgische Instrumente zur schablonengeführten enossal bzw. parodontal abgestützten Implantatbetaufbereitung und Implantatinsertion
- SCREW-LINE Implantate CAMLOG® Guide, Promote®
- Labortechnische Instrumente zum Umarbeiten einer Planungs- in eine Bohrschablone.

Aufgrund der Genauigkeit der dreidimensionalen Planung der Implantatpositionen kann die provisorische Versorgung mit den labortechnischen CAMLOG®-

#### Kontakt:

**CAMLOG  
Biotechnologies AG**  
Margarethenstrasse 38  
4053 Basel  
Tel.: 061/565 41 00  
Fax: 061/565 41 01  
[info@camlog.com](mailto:info@camlog.com)  
[www.camlog.com](http://www.camlog.com)

CAMLOG Schweiz AG  
Margarethenstrasse 38, CH-4053 Basel  
Telefon 061/565 41 41, Fax 061/565 41 42  
[vertrieb@camlog.ch](mailto:vertrieb@camlog.ch), [www.camlog.com](http://www.camlog.com)

**camlog**  
BIOTECHNOLOGIES



← DT Seite 4

scheidene Ästhetik bei einer „Kompromisslösung“ im Oberkieferfrontzahnbereich war das Hauptaugenmerk bei OA Dr. Francesca Vailati, Universität Genf, gerichtet. Bei vier fehlenden Frontzähnen empfahl sie zwei Implantate in Zweier-Position zu setzen und mit einer Implantatbrücke zu verbinden. Das sei bezüglich der Ästhetik am günstigsten. Was die Zahnaufstellung angeht, legte sie viel Wert auf eine gründlich durchgeführte ästhetische Analyse, die durch ein diagnostisches Set-up erfolgen kann. Der Patient sollte mit dem Ergebnis einverstanden sein, bevor mit der Therapie begonnen wird. Nicht immer hat der Zahnarzt „das Glück“, dass der Patient eine tiefe Lachlinie hat, die eine unvorteilhafte Ausgangssituation kaschieren kann. Ihr Tipp: „pink power“! Mit rosa Komposit füllt sie die langen Zahnhälse auf, um stimmige Zahnproportionen zu bekommen. Durch Kreieren falscher Papillen kann sie eine natürlichere Frontzahnssituation imitieren. Sie appellierte an die Zahntechniker, dass diese lernen müssen auf rosa



OA Dr. Francesca Vailati

Materialien umzustellen („think pink!“). Dr. Vailati hatte durchaus auch künstlerische Ansätze verwirklicht und mit ihrem italienisch-französischen Charme die Zuhörer begeistert.

### Inwieweit spielt die Okklusion bei implantatgetragenen Suprastrukturen eine Rolle?

Es wird immer gesagt, dass ein häufig unterschätztes Thema die Kauflächengestaltung der Implantatsuprastrukturen ist. Prof. Dr. Sandro Palla, Universität Zürich, bemängelte, dass nur wenige Studien darüber existieren. Dabei sind Implantate, die falsch belastet werden,

einem erhöhten Verlustrisiko ausgesetzt. Er nannte die wichtigsten Regeln zum okklusalen Design:

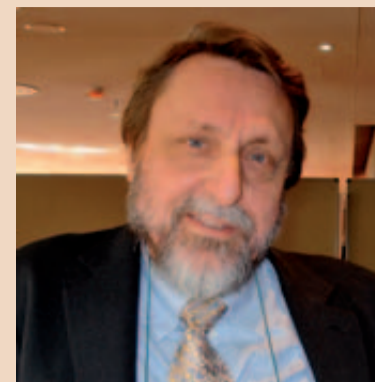
- das Höcker-Fissuren-System sollte so gestaltet werden, dass die Belastung axial auf das Implantat einwirkt
- dynamische Belastung sollte vermieden werden
- die Weite des Okklusaltisches sollte nicht weiter sein als der Durchmesser der Implantatschraube
- die Höckerhöhe sollte zugunsten einer Reduzierung von dynamischer Belastung minimiert werden.

Prof. Palla postulierte, dass der Okklusaltisch eher flach gehalten werden soll, um nur eine zentrische Funktion zu gewährleisten. Was passiert, wenn man diese Regeln missachtet? Es ist bekannt, dass sich um Implantate herum keine parodontalen Rezeptoren ausbilden. Welche Auswirkung hat dies in Bezug auf den Knochen? In Tierversuchen wurden Implantate absichtlich überbelastet. Aufgrund dessen kam es zu einer Entzündung, die eine Knochenresorption nach sich zog.

Aber selbst wenn man sich an die oben genannten Regeln hält, bleibt die Frage offen: Was ist bei den sogenannten „Bruxern“? Sollen diese nur Kunststoffkronen auf Implantaten eingesetzt bekommen? Genauere Untersuchungen zeigten aber, dass Bruxer in der Nacht nur für ein paar Sekunden pressen. Rechnet man dies hoch, sind das maximal circa drei Minuten pro Nacht. Folglich wird das Implantat nicht kontinuierlich belastet. Die ganze Thematik sollte daher nicht überbewertet werden.

Es gibt aber auch ein paar ganz wenige Ausnahmen von Patienten, die wirklich ständig knirschen. Diese sind dann tatsächlich Risikopatienten und sollten mit einer zusätzlichen Schiene, die alle Zähne bedeckt, geschützt werden.

Abgesehen davon aber schloss Prof. Palla, dass ein allfälliger Knochenverlust wohl eher auf eine Mukositis und Periimplantitis zurückzuführen ist als auf eine Überbelastung nach einer korrekt eingestellten Okklusion. Durch die Nahrungsände-



Prof. Dr. Sandro Palla

rung und Wandel der Essgewohnheiten über die letzten Jahrhunderte wird unser Kau-system weniger stark in Anspruch genommen als früher. Somit ist der Einfluss der Biologie wichtiger als die Bio-Mechanik.

Die Organisatoren dieses Kongresses waren mit dem Erfolg überaus zufrieden und beschlossen, zukünftig alle 3 Jahre einen Implantatkongress anzubieten. Die Vorträge vom Samstag zum Themenbereich „Komplikationen bei Implantatpatienten“ greifen wir in einer der nächsten Ausgaben auf. DT

## Top Thema beim Appenzeller Studienzirkel

TEUFEN – Glück hatte der Studien Zirkel Appenzeller Zahnärzte mit der Wahl seines Themas am 11. November: „Knochenersatzmaterialien in der Parodontologie und Implantologie“, tagten die über 30 Kolleginnen und Kollegen doch gerade drei Tage nach dem grossen Implantat Kongress in Bern.

Glück hatten die Organisatoren um Dr. Lothar Kiolbassa, Herisau, auch mit dem Referenten des Abends: Dr. med. Dr. med. dent. Ralf Smeets, Assistent in der Abteilung von Prof. Dr. Dr. Dieter Riediger für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Aachen (D).

Der Referent unterteilte seinen Vortrag in mehrere Abschnitte. Im ersten Teil behandelte Dr. Smeets mehr die parodontalen Aspekte und den Einfluss von Allgemeinerkrankungen oder Medikationen (u.a. Osteoporose, Diabetes mellitus, Cortisontherapie, Antibiotikagabe, Chemotherapie) auf die Geweberegeneration. Fer-



Organisator und Sponsor: Dr. Lothar Kiolbassa, Herisau, und Werner Brand, Geschäftsführer Heraeus Schweiz AG.

ner sprach er über die anatomischen und biologischen Grundlagen der Knochenregeneration und stellte verschiedene Kno-

chenersatzmaterialien vor. Dabei beeindruckte der Human- und Zahnmediziner mit einem Zusatzstudium in Chemie die Zuhörerinnen und Zuhörer mit Fakten aus der Grundlagenforschung, die er

ANZEIGE

Heraeus

## Ostim® Nanokristallines Knochenersatzmaterial

Sie suchen ein sicheres und synthetisches Knochenersatzmaterial, z. B. bei

- Wurzelspitzenresektion
- Zystektomie
- Alveolardefekt
- Parodontitis
- Augmentation

Wir haben Ostim, das resorbierbare Knochenersatzmaterial.

**Ready to use**

**Sicher, da biokompatibel**

**Volumenstabil**

Ostim – die nanokristalline Struktur ermöglicht eine frühe Vaskularisierung und schnelle Knochenneubildung. Die Applikation von Ostim erfolgt direkt aus der Fertigspritze à 1 ml bzw. 2 ml oder aus der wirtschaftlichen Single Dosage à 0,2 ml.

Aktuelle Studienergebnisse zu Ostim, z. B. bei Periimplantitis, können Sie direkt bei Heraeus-Kulzer Schweiz anfordern.

Heraeus Kulzer AG • Ringstrasse 15A • 8600 Dübendorf • Tel. 043 333 72 55 • Fax 043 333 72 51 • officehkh@heraeus.com • www.heraeus-kulzer.ch



Dr. Dr. Ralf Smeets, Uniklinik Aachen (D), fesselte seine Zuhörer mit interessanten Fallbeispielen zum Thema Knochenersatzmaterialien in der Parodontologie und Implantologie.

anschaulich in die angewandte Forschung übertrug. Er verstand es hervorragend, praktische Tipps für die Behandlung in der Allgemeinpraxis zu geben. Die Fallberichte zur Knochenregeneration bezogen sich grösstenteils auf die Behandlung mit Ostim, dem Knochenersatzmaterial von Heraeus, die auch den Abend gesponsert hatten. Die Diskussion im Anschluss bestätigte, dass das Thema das Interesse der Zuhörer gefunden hatte. Eine Zusammenfassung des Vortrages bringen wir in der nächsten Ausgabe 1+2 vom 6. Februar 2009. DT



← DT Seite 1



Wo liegen in unserem Land die Chancen und Probleme? Die Zahl der Zahnärzte nimmt zu, ebenfalls die Zahl der Implantatanbieter, wobei die Bevölkerung in den letzten Jahren auch zugenommen hat. Gleichwohl ist die Zahl der Patienten pro Zahnarzt, nicht zuletzt wegen der guten Prophylaxe, gesunken. Die wirtschaftliche Lage wird auch den Dentalmarkt beeinflussen. Die Zulassungsregularien der Behörden für neue Implantate sind niedrig, die klinischen und evidenzbasierten Standards im Vergleich zur Pharmaindustrie ebenfalls. Dies hat zur Folge, dass neue Anbieter mit Produkten auf den Markt kommen, zu denen es keine Studien gibt. Die Patienten sind in der Regel besser informiert und kritischer. Einige Zahnärzte überschreiten ihr Kompetenzniveau, was zu Misserfolgen führt. Dann führt nach Ansicht des Referenten die Industrialisierung und Digitalisierung der Labore und Zahnarztpraxen zu neuen Formen der Zusammenarbeit. Und High-End-Keramik wird zu einem Material der Wahl.

hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass es den Anbieter noch in zehn Jahren gibt? Was kostet ein Misserfolg mit einem schlecht dokumentierten Produkt? Mit dem ITI und seinen über 5.000 Mitgliedern weltweit verfügt Straumann über ein breit abgestütztes akademisches Patronat. Kaum ein anderer Anbieter bietet mehr Trainings und Studien, und als Mitglied der Implantatstiftung Schweiz verpflichtet man sich, gewisse Regeln in der Marketingkommunikation einzuhalten.

Qualität, Zuverlässigkeit und Service sind für Achermann die Grundlagen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit – „Ihr Erfolg ist auch unser Erfolg“, für Straumann ist das Auftrag und Versprechen, schloss Gilbert Achermann seine vielbeachtete Rede.

Den wissenschaftlichen Teil begann Dr. Anton Wetzler, Spezialist für Parodontologie und rekonstruktive Zahnmedizin, St. Gallen. „Parodontitis: Zahn erhalten oder (wann) extrahieren und Implantate setzen“? Er riet sich zu fragen: „Wie sicher fühle ich mich, wie sieht die Prognose aus“? Wobei das Pendel im Augenblick wieder in Richtung Zahnerhalt zurückschwenkt. Über einen Zeitraum von zehn Jahren gesehen sind Implantate mit einer Erfolgsrate von 90 bis 95 % aber eine solide Basis. Attachment-Niveau, Gingival-Index sind entscheidend für die Prognose. Je unkontrollierter der Parodontitiszustand, desto höher ist das Risiko.

„Die NTI-tss Schiene, eine erfolgreiche Innovation zur Behandlung von MAP in der Privatpraxis“. Nach eigenen epidemiologischen Studien von Dr. Horst Kares aus D-Saarbrücken zeigen 8 % der Bevölkerung Symptome einer MAP und 5 % bedürfen einer Behandlung. „Wie stark leidet der Mensch“, danach richtet er sein Behandlungskonzept aus. Es gibt aber eine Reihe von Patienten, die könne man nur noch betreuen, das müsse man akzeptieren. Mehr zu diesem Thema unter [www.dr-kares.de](http://www.dr-kares.de) und am Symposium „Schmerztherapie in der Privatpraxis“ am 16. Januar 2009 in Zürich (s. auch Inserat auf Seite 51).

PD Dr. Ronald Jung, Zürich, haben im laufenden Jahr drei Dinge berührt. Persönlich seine Habilitation, politisch die Finanzkrise und zahnmedizinisch die Extraktion. So lautete auch



Aufmerksame Zuhörer im Kaufleuten.



Nach den Vorträgen war der Apéro wohlverdient.



Dr. Andreas Grimm, Gastgeber und Moderator beim traditionellen Jahresrückblick im Zürcher Kaufleuten.

„Wie erkläre ich meinem Patienten den Preis“? fragte Dr. Andreas Grimm. Gilbert Achermann nahm den Steilpass auf. „Was ist der Gegenwert für den Preis“? Da gibt es eine Menge Argumente für Straumann. Wie

sein Thema: Die Extraktionsalveolen – was tun? Therapiekonzepte heute und morgen. Nach seinen Untersuchungen beträgt

der Konturverlust nach 6–12 Monaten 50 %, wenn nichts unternommen wird. Mit einem Sofortimplantat ist die gleiche Resorption nach vier Monaten zu beobachten, wie wenn nichts unternommen wurde. Es sei Zeit umzudenken und mehr minimalinvasiv zu behandeln.

Er habe heute noch viele Freunde in Zürich, so Prof. Daniel Buser, Bern. Ein 6-monatiges Sabbatical in Australien, nutzte er für einen neuen Treatment Guide und für verschiedene Publikationen. In seinem Vortrag „Implantation nach Extraktion: Behandlungsoptionen und -empfehlungen“ stellte Prof. Buser sein Behandlungsschema vor:

- Sofortimplantation nur im nichtästhetischen Bereich, für ihn die Ausnahme.
- Frühimplantation (4–8 Wo.) in der Mehrzahl der Fälle.
- Frühimplantation (12–16 Wo.), wenn die Primärstabilität in der korrekten prothetischen Position nicht gewährleistet ist.
- Spätimplantation (>6 Mon.) nur in Ausnahmefällen, wenn extensiver Knochenaufbau notwendig ist. Für Prof. Buser im Normalfall obsolet.

Mit dem Jahresrückblick ging ein interessantes Fortbildungsjahr zu Ende. Mit Applaus bedankten sich die Zuhörer bei den Referenten und dem Veranstalter für einen abwechslungsreichen Abend. DT



Dr. Anton Wetzler, St. Gallen



PD Dr. Ronald Jung, Zürich



Prof. Dr. Daniel Buser, Bern



# ENDO

Von A bis Z



GLOBAL  
SOLUTION  
PROVIDERS

**DENTSPLY**  
MAILLEFER

ENDO4YOU

[www.dentsplymailefer.com](http://www.dentsplymailefer.com)



# Dental Hygienics Special

## Swiss Dental Hygienists auf Erfolgskurs

INTERLAKEN – Frau Schoeneich, als Zentralpräsidentin steuern Sie den Verband der Swiss Dental Hygienists durch turbulente Zeiten. Mit dem Titel „Netzwerk Dentalhygiene“ gab das OK dem 35. Jahreskongress ein eher unverfängliches Motto und die Referate haben mehr medizinische oder komplementärmedizinische Inhalte. Nur gerade ein Referat widmet sich der „Neuen dipl. Dentalhygienikerin HF“. Doch gerade der neue Rahmenlehrplan sorgt für Diskussionstoff innerhalb des Verbandes. Haben Sie bewusst periphere Themen gewählt? In einem Gespräch mit *Dental Tribune* gab Brigitte Schoeneich Auskunft über die Entwicklung des Berufes und die Ziele des Verbandes.

**Brigitte Schoeneich:** Der hervorragende Besuch des Kongresses mit fast 1.000 Teilnehmerinnen zeigt, dass wir mit dem Programm das Interesse unserer Mitglieder geweckt haben. Vernetzung wird immer wichtiger, je mehr die Spezialisierung in der Medizin fortschreitet. Die Patienten werden immer älter und multimorbid. Das heisst, die Fälle werden immer komplexer. Da die Dentalhygienikerin im Recall eine Schlüsselrolle einnimmt, muss sie vermehrt „vernetzt“ denken und handeln. Dies betrifft die Prävention genauso wie die Therapie. Und nicht zu vergessen: Ältere Patienten brauchen mehr Zuwendung, was wiederum von der DH mehr Empathie voraussetzt.

**Dental Tribune:** Der Rahmenlehrplan sorgt für „rote Köpfe“, die Ausbildungskapazitäten reichen kaum aus, andererseits soll oder muss das Niveau angehoben werden. Wann können die Auszubildenden mit verbindlichen Bedingungen rechnen?

Das Problem ist nicht der Rahmenlehrplan an sich, da sind die Bedingungen gegeben und ab 2009 auf Niveau HF schweizweit verbindlich. Der Rahmenlehrplan ist jedoch immer noch nicht genehmigt. Das Problem „Einschlägigkeit“ für die Dentalassistentinnen, die eine DH-Ausbildung anstreben, ist nicht gelöst. Hier sind wir mit der Politik noch nicht einig. In Bezug auf die vorklinische und klinische Ausbildung ist die ganze Projektgruppe RLP klar gegen die „Einschlägigkeit“. In der Theorie können wir den Absolventinnen des neuen Bildungsplans DA, die ab 2013 ihre Ausbildung abschliessen, voraussichtlich gewisse Ausbildungsinhalte anrechnen.

**Warum soll eine DA, die ja schon eine Basis besitzt, gegenüber berufsfremden Absolven-**

**tinnen nicht besser gestellt werden und ihre DA-Ausbildungszeit als „einschlägig“ angerechnet bekommen?**

Die Ausbildung einer Dentalassistentin ist auf andere Funktionen ausgerichtet und setzt andere Fähigkeiten voraus. Die DH-Ausbildung ist nebst der anspruchsvollen Theorie, die vernetzt angewendet werden muss, auf eine praktische/therapeutische Tätigkeit im sensiblen subgingivalen Bereich ausgerichtet. Das manuelle Geschick und das taktile Gefühl müssen unter direkter Anleitung gelernt und trainiert werden. Sie sehen, beide Berufe unterscheiden sich in der Arbeitsweise komplett. Daher sind wir der Meinung, dass eine „Einschlägigkeit“ allerhöchstens teilweise gegeben ist.

**Das Ziel, DH in eigener Praxis. Ist das realistisch wenn man die Investitionen für eine eigene Infrastruktur betrachtet und den Komfort für die Patienten? Meistens ist ja der DH-Besuch mit einem Kontrollblick des Zahnarztes verbunden.**

Die DH in eigener Praxis hat durchaus Zukunft. Nicht jeder Zahnarzt beschäftigt eine DH und der Patient soll wählen können, zum Beispiel, wenn ihm die DH seines Zahnarztes nicht behagen sollte. Es ist aber von Vorteil, wenn die DH das Behandlungskonzept des Zahnarztes kennt, deshalb ist die Nähe zum Zahnarzt von Nutzen.

**Es gibt zurzeit drei Arbeitsmodelle: Selbstständig bei einem ZA, von einem ZA angestellt oder selbstständig in eigener Praxis. Wie sehen Sie die Entwicklung und welche wird vom Verband gefördert?**

Ideal ist es, wenn die DH in welcher rechtlichen Form auch immer, in der ZA-Praxis integriert ist. Aber das Gesetz sieht selbstständige DH-Praxen vor – es gibt ca. 50 unabhängige DH-Praxen – und Swiss Dental Hygienists ist gefordert, die selbstständige DH im Verband zu integrieren.

**Was können Sie über den Bedarf an neuen DH's sagen. Haben Sie Zahlen? DH ist immer noch ein Frauenberuf und die Erfahrung lehrt, dass Frauen bedingt durch familiäre Umstände oft früher aus dem Beruf ausscheiden und evtl. erst später wieder einsteigen, was die Berechnungen nicht einfacher macht. Kurz gefragt: gibt es zu viele oder zu wenige DH's in der Schweiz?**

Seit 1973, dem Beginn der DH-Ausbildung in der Schweiz, machten über 2.500 Frauen, darunter auch einige Männer, ihr Diplom. Etwa 1.700 DH's sind im Beruf und davon sind wiederum



Frau Brigitte Schoeneich, Zentralpräsidentin der Swiss Dental Hygienists

85 % im Verband organisiert. Jährlich verlassen etwa 80 Absolventinnen die DH-Schule. DH ist ein anstrengender aber auch schöner Beruf und gerade für Frauen wegen der Flexibilität der Arbeitszeiten geeignet.

**Können die vier Ausbildungsstätten in der Schweiz den Bedarf decken?**

Die Nachfrage ist immer noch höher als das „Angebot“. Gerade in ländlichen Gebieten ist es schwer, eine DH zu finden. Doch die Anforderungen an die Auszubildenden steigen, deshalb lässt sich auch die Zahl der DH's nicht beliebig steigern.

**Die Aufgaben einer DH verändern sich mit der Entwicklung der Krankheitsbilder. Eine ganze Patientengeneration hat dank guter Prophylaxe kaum Karies, dafür brauchen die jährlich 100.000 inserierten Implantate Nachsorge und Pflege. Neue Komplikationsfelder wie Periimplantitis müssen behandelt werden. Ebenso wachsen die Anforderungen schon rein quantitativ in der Alterszahnmedizin. Wir hören immer wieder, Pflegende oder Angehörige seien für die Erhaltung der Mundgesundheit dieser Patientengruppe schlecht ausgebildet. Was unternimmt der Verband zur Schliessung dieser „Marktlücke“?**

Bei der Implantatnachsorge kommt viel Arbeit auf uns zu. Nicht nur in der Therapie, sondern auch in der Motivation der

Patienten, ihre Mundhygiene zu verbessern. Die Problematik in der Alterszahnmedizin ist vielfältig. Einerseits sind die Pflegenden in Zahnpflege ungenügend ausgebildet. Swiss Dental Hygienists hat gemeinsam mit GABA für die Schulung des Langzeitpflegepersonals ein Projekt lanciert, das auch in die Muge 2008 integriert war. Heim-Patienten, Spitex-Patienten oder sonst immobile Patienten wollen behandelt werden, was ihre Lebensqualität deutlich erhöht. Dazu sind neue Betreuungsmodelle erforderlich. Hier bestehen Visionen für mobile Praxen und Zusatzausbildungen für Dentalhygienikerinnen. Dafür geeignet sehe ich berufs- und lebenserfahrene DH's, die von dieser Patientengruppe eher akzeptiert werden als vielleicht ganz junge Berufsanfängerinnen.

**Die klassische Zahnreinigung ändert sich auch. Waren früher im Recall Handinstrumente, später Ultraschall „State of the Art“ hält jetzt vermehrt die Airflow-Technik mit Glycinpulvern (Soft und Perio) Einzug in die Praxen. Für den Patienten ist diese Behandlungsart schonender und angenehmer. Welche Vorteile sehen Sie und wo melden Sie Vorbehalte an?**

Handinstrumente und Ultraschallgeräte oder Airscaler bilden nach wie vor die Basis. Mit Ultraschall entferne ich Zahnstein und Biofilm, mit der Airflowtechnik Verfärbungen, Bio-

film und Plaque. Ich sehe die Entwicklung positiv. Bei älteren Patienten oder Patienten mit Atemproblemen möchte ich eine kleine Einschränkung machen. Da kann es hin und wieder Akzeptanzprobleme geben.

**Mit fast 1.000 Teilnehmerinnen am Kongress können Sie einen neuen „Rekord“ vermelden. Zwei Drittel Ihrer Mitglieder haben den Weg nach Interlaken gefunden. Bei den Ausstellern sieht man nur zufriedene Gesichter. Sehen Sie damit Ihre Verbandsarbeit bestätigt?**

Kein Gesundheitsberuf hat so viel Zulauf, darauf sind wir extrem stolz. Mit den Ausstellern stehen wir in einem engen Dialog, wir geben den Kongressteilnehmerinnen genügend Zeit, die Ausstellung zu besuchen. Wir wissen was wir an den Ausstellern haben und diese wissen unsere Denkweise zu schätzen. Dies verdanken wir der Kontinuität im OK des Kongresses unter der Leitung des Zentralvorstandsmitglieds Cornelia Jäggi-Künzi. Wir sind meines Wissens auch der einzige Verband im Gesundheitswesen des deutschsprachigen Raumes, der eine SQS-Zertifizierung, das NPO-Label Management of Excellence, hat. Seit zwei Jahren stellen wir uns dem Auditor und lassen unsere Arbeit und die Prozesse prüfen. Professionalität ist uns wichtig und dies zahlt sich aus.

**Frau Schoeneich, herzlichen Dank für das Gespräch. □**