ANZEIGE
DER BOHRER SPEZIALIST
WWW.RODENT.CH
RODENT

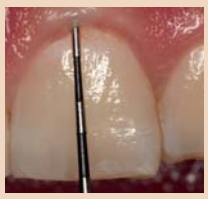
Entgelt bezahlt · Pressebuch International 64494

ANZEIGE
abc dental products & services
+41 44 755 51 00
www.abcdental.ch

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Swiss Edition

No. 1/2018 · 15. Jahrgang · 2. Februar 2018 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3.00 CHF



Gingivale Biotypen

Den Zusammenhang zwischen den Biotypen und parodontalen Erkrankungen erläutern ZA Peter Quang Huy Nguyen und Dr. med. dent. Frederic Kauffmann, Würzburg, Deutschland. ▸ *Seite 8f*

«Digital Endo»

Zur 26. SSE-Jahrestagung kamen am 19./20. Januar rund 300 Teilnehmer unter diesem Motto zusammen, um über Entwicklungen und digitale Trends in der Endodontologie zu diskutieren. ▸ *Seite 13*

Barcode-Bestellsystem

Das neue KALAeasy.ch von KALADENT hilft, im Praxisalltag Zeit und Geld zu sparen. Die Bestell- und Katalogplattform funktioniert trotz zahlreicher Features einfach und effizient. ▸ *Seite 15*

ANZEIGE

Nein zu einem Versicherungsobligatorium

SSO will bewährtes Schweizer Erfolgsmodell bewahren.

BERN – In den meisten Kantonen der lateinischen Schweiz laufen politische Vorstösse für eine obligatorische Zahnversicherung. Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO will das Schweizer Erfolgsmodell in der Zahnmedizin unbedingt bewahren und stärken.

Bewährtes bewahren

Heute müssen die Patienten meistens ihre Zahnarztkosten selber bezahlen. Dafür reden sie mit: Patient und Zahnarzt entscheiden gemeinsam, welche Behandlung nötig und sinnvoll ist. Wenn eine Versicherung für die Behandlung aufkommt, bestimmt sie auch mit, was im Mund des Patienten geschieht.

Das heutige System belohnt die Patienten, die ihre Zähne gut pflegen. Wer die Mundhygiene vernachlässigt, spürt die Konsequenzen im eigenen Portemonnaie. Mit einer obligatorischen Zahnversicherung fiele dieser Anreiz weg. Die Gesamtkosten der Zahnmedizin würden steigen – auch die Steuer- und Lohnabgaben.

Einsparungen befürchtet

Zudem bestünde die reelle Gefahr, dass Kantone und Gemeinden bei der Prävention geizen, zum Beispiel in der Schulzahnpflege. Warum sollte noch für Prävention gesorgt werden, wenn die Versicherung die Behandlung der Zahnschäden übernimmt? Die Schulzahnpflege bildet schweizweit die wichtigste Grundlage für die zahnmedizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen: Sie gibt allen dieselbe Chance, ihre Zähne ein Leben lang gesund zu erhalten. Auch dank dieser flächendeckenden Prophylaxe in Schweizer Schulen ist Karies bei Kindern in den letzten 50 Jahren um 90 Prozent zurückgegangen. Das zeigt, dass das bestehende System funktioniert.

Die Autoren der politischen Vorstösse argumentieren, dass im heutigen System sozial benachteiligte Menschen den Zahnarzt nicht bezahlen können und deshalb auf eine Zahnbehandlung verzichten. Gemäss Bundesamt für Statistik betrifft dies 2,7 Prozent der über 16-jährigen Patienten in der Schweiz. Armutsgefährdete Personen können aber schon heute finanzielle Unterstützung für Zahnbehandlungen beantragen, egal, ob sie Sozialhilfe in Anspruch nehmen oder nicht. Auch Hilfswerke und spezielle Fonds gewisser Wohngemeinden können Betroffene finanziell unterstützen.

Das heutige System der Zahnpflege in der Schweiz ist ein bewährtes Erfolgsmodell zugunsten der Patienten und der Volksgesundheit in unserem Land. Eine obligatorische, dirigistische Zahnversicherung beeinträchtigt die Qualität der persönlich abgesprochenen, individuellen Zahnbehandlung. Die schweizerische Zahnmedizin ist erfolgreich und sozial. Sie braucht kein teures Versicherungsobligatorium. DT

Quelle: SSO

Organspenden: Neuer Höchststand

Der Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen» zeigt Wirkung.

BERN – Die Zahl der Organspender in der Schweiz ist 2017 weiter gestiegen und hat einen neuen Höchststand erreicht.

2017 konnten in der Schweiz Organe von 145 verstorbenen Personen transplantiert werden – so viele wie nie zuvor. Davon konnten 440 Patienten profitieren. Transplantationen können Leben retten oder die Lebensqualität der empfangenden Personen nachhaltig verbessern.

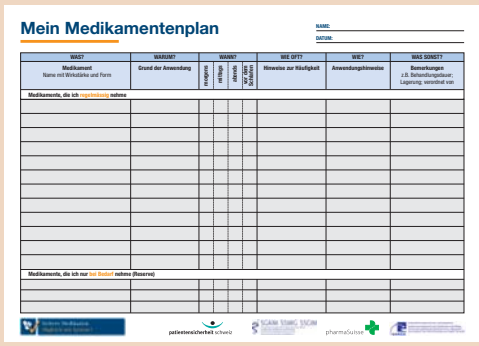
Nach einem vorübergehenden Tief im Jahr 2016 setzt sich damit der positive Trend des Jahres 2015 fort.

Fortsetzung auf Seite 2 links oben ➔

Experten fordern Medikations-Checks

Patientensicherheit Schweiz für systematischen Medikationsabgleich in Spitälern.

ZÜRICH – Immer mehr Menschen nehmen regelmässig Medikamente. In Befragungen gibt jeder Zweite an, mindestens einmal in der Woche ein Medikament einzunehmen, jeder vierte über 65-Jährige nimmt fünf oder mehr Medikamente am Tag. Kein Wunder also, dass unerwünschte Arzneimittelereignisse und Medikationsfehler zunehmen. In der Schweiz sind allein 20'000 Spitalaufenthalte pro Jahr auf medikamentenbedingte Probleme zurückzuführen. Jeder zehnte Patient erleidet wegen Medikationsfehlern oder unerwünschten Wirkungen der Medikamente im Spital ein unerwünschtes Ereignis, was neben dem meist vermeidbaren Leiden hohe und unnötige Kosten verursacht.


Mein Medikamentenplan

NAME:
DATUM:

WAS?	WARUM?	WANN?				WIE OFT?	WIE?	WAS SONST?
Medikament Name mit Wirkstoffen und Form	Grund der Anwendung	morgens	mittags	abends	vor dem Schlafen	Hinweise zur Häufigkeit	Anwendungshinweise	Bemerkungen z.B. Behandlungsdauer; Lagerung; verordnet von
Medikamente, die ich regelmässig nehme								
Medikamente, die ich nur bei Bedarf nehme (Reserve)								

Patienten sollten einen aktuellen und vollständigen Medikamentenplan besitzen. Eine Vorlage lässt sich auf www.patientensicherheit.ch *herunterladen.*

Je mehr Medikamente jemand benötigt, desto schwieriger wird es für Patienten, Angehörige und das Behandlungsteam, den Überblick zu behalten und keine Fehler zu machen. Besonders risikoreich sind dabei Übergänge in der Behandlung – sei es vom Hausarzt zum Spezialisten, von zu Hause ins Spital oder vom Spital in die Rehaklinik oder ins Pflegeheim. «Gerade der Spitaleintritt und der Spitalaustritt sind besonders riskante Momente», bestätigt Dr. Liat Fishman, die das nationale progress!-Programm leitete, das auf die Medikationssicherheit an Schnittstellen zielte. Werden an diesen Übergängen Checks durchgeführt, reduziert dies Fehler in der Verordnung, Dosierung, Verabreichung und Einnahme.

«Gerade der Spitaleintritt und der Spitalaustritt sind besonders riskante Momente.»

Matchentscheidend für die Einführung von Medikations-Checks ist jedoch, dass die Spital- und Klinikleitungen diese Massnahme aktiv unterstützen und es genügend personelle Ressourcen hat. Dr. Fishman und Stiftungspräsident Prof. Dr. Dieter Conen unterstreichen, «dass es dazu moderne Ansätze braucht, wie die Interprofessionalität, den Einbezug der Patienten und seiner Angehörigen und gute IT-Strukturen, wie sie mit dem elektronischen Patientendossier möglich werden». Um diese wichtige Sicherheitsmassnahme nun in der Schweiz weiter zu verbreiten, lanciert Patientensicherheit Schweiz eine Stakeholder-Erklärung, die den systematischen Medikationsabgleich im Spital zum notwendigen Standard für einen sichereren Medikationsprozess deklariert.

Bis heute haben bereits über 60 Organisationen und Fachpersonen offiziell entschieden, die Charta zu unterstützen und mitzuunterzeichnen. DT

Quelle:
Stiftung für Patientensicherheit

ANZEIGE

ANZEIGE
dentalbern.ch
31.5.–2.6.2018
DENTAL BERN & SSO-Kongress – Wer hingeht, weiss mehr! 31. Mai – 2. Juni 2018
SSO

ANZEIGE

← Fortsetzung von Seite 1: «Organspenden: Neuer Höchststand»

Auch bei der Lebendspende ist ein neuer Höchststand zu verzeichnen: 137 Personen haben zu Lebzeiten eine Niere oder einen Teil ihrer Leber gespendet.

Die Anzahl Personen auf der Warteliste ist gegenüber dem Vorjahr stabil geblieben: Ende 2017 warteten 1'478 Patienten auf ein Organ, Ende 2016 waren es 1'480 Personen. DT

Quelle: BAG SOAS

Die Spenderzahl pro Millionen Einwohner ist von 13,7 im Jahr 2013 auf 17,2 im Jahr 2017 gestiegen. Dies unterteilt sich in eine Rate von 12,6 bei Spenden nach primärem Hirntod und 4,6 bei Spenden nach Herz-Kreislauf-Stillstand. Ziel des Bundes ist es, bis Ende 2018 eine Rate von 20 Spendern nach primärem Hirntod pro Millionen Einwohner zu erreichen. Zu diesem Zweck hat der Bundesrat im Jahr 2013 den Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen» lanciert.

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.

Die Redaktion

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
Katja Mannteufel (km)
k.mannteufel@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 Verfassernamen 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 Sonderteile 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.

Arzneimittelüberprüfung 2017

Bundesamt für Gesundheit senkt Preise von rund 350 Arzneimitteln.

BERN – Bei der Überprüfung der Medikamentenpreise durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für das Jahr 2017 konnten substanzielle Preissenkungen insgesamt realisiert werden. Sie betreffen rund 350 Arzneimittel. Bei gewissen Preissenkungen ist jedoch noch offen, ob sie letztlich realisiert werden können, da die Zulassungsinhaber Beschwerden angekündigt haben. Bei rund 300 Arzneimitteln war keine Preissenkung notwendig; die Arzneimittel sind im Vergleich zu den Referenzländern und im Vergleich zu anderen Arzneimitteln weiterhin wirtschaftlich.

Aufgrund einer im Frühling 2017 in Kraft getretenen Verordnung muss die Arzneimittelüberprüfung neu auf einem Auslandpreisvergleich und einem therapeutischen Quervergleich basieren. Beide Elemente werden zur Preisfestsetzung je hälftig gewichtet. Auslöser für die Verordnungsanpassung war ein Bundesgerichtsurteil vom Dezember 2015. Da die geänderte Verordnung erst im Frühjahr 2017 in Kraft getreten ist, konnte das BAG die Überprüfung der Medikamente der diesjährigen Preissenkungsrunde erst Anfang 2018 statt Anfang Dezember 2017 umsetzen.

Der grösste Teil der Überprüfung ist nun abgeschlossen. Die Preissenkungen erfolgen gestaffelt ab 1. Januar 2018. Der Bundesrat erwartet Einsparungen von rund 60 Millionen Franken pro Preissenkungsrunde und insgesamt 180 Millionen Franken für die Dreijahresperiode 2017–2019. DT

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Venia docendi im Fach Zahnmedizin verliehen

Dr. Julia Wittneben Matter, MMSc – neue Privatdozentin an der Universität Bern.

BERN – Bereits Ende Oktober 2017 beschloss die Leitung der Universität Bern, Dr. med. dent. Julia Wittneben Matter die Venia docendi im Fach Zahnmedizin, speziell Rekonstruktion Zahnmedizin und Implantatprothetik, zu erteilen. Sie ist somit berechtigt, den Titel der Privatdozentin zu führen.

Dr. Wittneben studierte Zahnmedizin an der Universität Witten/Herdecke und erlangte ihren Doktortitel (magna cum laude) an derselben Institution. Ihre Prothetik-Spezialisierung absolvierte sie in einem dreijährigen postgraduierten Studiengang an der Harvard School of Dental Medicine. In derselben Zeit erlangte sie einen Master of Medical Science (MMSc) an der Universität Harvard, wo ihr auch der «Joseph L. Henry Award» für beachtenswerte Aktivitäten in Klinik und Forschung verliehen wurde.

Seit 2008 ist sie Oberärztin an der Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin der Universität Bern und seit 2010 als Gastdozentin an der Harvard Universität und Tufts Universität, School of Dental Medicine in Boston/USA tätig. Seit 2013 ist sie permanentes Fakultätsmitglied an der Harvard Universität.

PD Dr. Wittneben ist Fellow im Internationalen Team für Implantologie (ITI) und Mitglied des American College of Prosthodontics (ACP), der European Association for Osseointegration (EAO), der Schweizer Gesellschaft für Rekonstruktive Zahnmedizin (SSRD) und der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO).

Ihre Antrittsvorlesung zum Thema «Ästhetik in der festsitzenden Implantatprothetik – ein Update der klinischen Evidenz» hielt sie am 8. Dezember 2017 und stellte sich damit als neue Privatdozentin einem breiteren Publikum vor. DT

Quelle: zmk bern

COLTENE übernimmt KENDA

Zusammenschluss bereichert das Sortiment der rotierenden Instrumente.

ALTSTÄTTEN – Die COLTENE Holding AG gab Ende Dezember 2017 die Übernahme der KENDA AG mit Sitz in Vaduz bekannt. KENDA wurde 1977 in Liechtenstein gegründet und produziert hochpräzise rotierende Silikonpolierer für Zahnmedizin und Zahntechnik. Die unterschiedlichen Zahnpolierer sind in autoklavierbarer Ausführung für den Mehrfachgebrauch und als Ein-Patienten-Polierer für den Einmalgebrauch erhältlich. Im Zuge der Transaktion bringt KENDA diese Kompetenzen in den Bereich der rotierenden Instrumente von COLTENE ein und erweitert damit das Sortiment von Diamant- und Hartmetallbohrern. Durch den Zusammenschluss kann COLTENE dieses Segment im Angebot, in der Technologie und im Umsatz stärken.

Statements

Reinhard Franck, CEO von KENDA: «COLTENE passt gut zu KENDA. Nach gründlicher Evaluation sind wir übereingekommen, dass die Aussichten für KENDA innerhalb der COLTENE Gruppe am vielversprechendsten sind. Wir freuen uns über den Zusammenschluss.» COLTENE will die Aktivitäten von KENDA im Verlauf des Jahres 2018 integrieren.

Martin Schaufelberger, CEO der COLTENE Holding AG: «Dank KENDA können wir die Produktepalette in unserem Geschäftsfeld ‹Rotierende Instrumente› sinnvoll erweitern. Wir sind überzeugt, dass die innovativen Produkte von KENDA dank der internationalen Marketing- und Verkaufsorganisation von COLTENE globale Beachtung erhalten und uns neue Wachstumsperspektiven eröffnen werden.» DT

Quelle: COLTENE Holding AG

Zahnmedizin in Basel: Bestnoten für das UZB

Patientenumfrage ergab positives Gesamturteil.

BASEL – In dem Zeitraum von Juni bis Dezember 2017 wurde am Universitären Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB) eine Patientenumfrage durchgeführt, an der sich 1'851 Patienten der Bereiche Schulzahnklinik, Universitätszahnklinik und Volkszahnklinik beteiligten. Zu bewerten gab es folgende Kriterien: Wartezeit am Termintag im Wartebereich, Freundlichkeit des zahnärztlichen Teams, zahnärztliche Behandlung, Wartezeit, bis ein Termin vereinbart wird, und Weiterempfehlung.

Benotet werden konnte auf einer Skala von 3 (ungenügend) bis 6 (sehr gut), und das Resultat war eindeutig: Die Patienten gaben dem UZB Bestnoten, die sich im Bereich von gut bis sehr gut (5,63 bis 5,97) befanden.

«Der Mensch steht bei uns im Fokus», so Andreas Stutz, CEO UZB. Das Team des Universitären Zentrums für Zahnmedizin Basel freut sich über das Umfrageergebnis und sieht es als Ansporn, auch in Zukunft das Beste für die Patienten zu geben. DT

Quelle: UZB

Prävention in der Gesundheitsversorgung wird gefördert

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziert bis 2024 zahlreiche innovative Projekte.

BERN – In enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit fördert die von Kantonen und Versicherern getragene Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ab 2018 die Prävention in der Gesundheitsversorgung: Bis 2024 finanziert die Stiftung Projekte in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit.

Prävention in die Gesundheitsversorgung integrieren

Nichtübertragbare Krankheiten (z. B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und muskuloskelettale Erkrankungen), psychische Krankheiten und Sucht sind für über 80 Prozent der Schweizer Gesundheitskosten verantwortlich. Ein gesunder Lebensstil und die Kenntnisse darüber können solche Krankheiten vermindern oder gar dafür sorgen, dass sie gar nicht erst auftreten. Bereits erkrankte Menschen können mit einer Veränderung ihres Lebensstils die Lebensqualität deutlich verbessern. Deshalb sollen künftig präventive Angebote in die gesamte Versorgungskette integriert werden.

Dabei spielen Gesundheitsfachleute wie Ärzte, Pflegefachpersonen, psychosozial Beratende oder Apotheker eine zentrale Rolle. Sie können kranke Menschen oder solche mit erhöhtem Risiko begleiten und beraten, wie sie ihre Gesundheit mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil verbessern können.

Die Projekte sollen die Patienten darin unterstützen, ihre Gesundheitskompetenz sowie ihre Fähigkeiten zum Selbstmanagement von Krankheiten zu verbessern. Dies ermöglicht ihnen, ihre Selbstständigkeit zu bewahren, ihren Behandlungsbedarf zu vermindern, Rückfälle zu vermeiden und letztlich ihre Lebensqualität zu steigern.

Fünf Millionen Franken

Von 2018 bis 2024 setzt die Gesundheitsförderung Schweiz durchschnittlich ca. 5.2 Millionen Franken pro Jahr ein, um Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung zu fördern und zu evaluieren. Die Mittel stammen aus der im Juli 2016 beschlossenen Erhöhung des Prämienbeitrages für die allgemeine Krankheitsverhütung, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.

Die Projekte sollen neue Impulse vermitteln, damit präventive Angebote über die gesamte Versorgungskette gestärkt werden und diese nachhaltig verbessern kann. Unterstützt werden Projekte in den Bereichen nichtübertragbare Krankheiten, Sucht und psychische Gesundheit. Im Weiteren werden bestehende Projekte inhaltlich weiterentwickelt sowie die Verbreitung bestehender Angebote gefördert.

Seit dem 8. Januar 2018 nimmt Gesundheitsförderung Schweiz Projektskizzen entgegen. Sämtliche Informationen zu Bedingungen und Modalitäten für die Projektförderung sind online verfügbar: *www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv.* DT

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz

Haben Sie die richtige Vorsorge getroffen?

Nur jeder zehnte Schweizer ist rechtlich abgesichert.

ZÜRICH – Seit 2013 können erwachsene Personen für den Fall einer Urteilsunfähigkeit rechtlich vorsorgen. Eine repräsentative Umfrage von gfs-zürich im Auftrag von Pro Senectute Schweiz zeigt: Die Bevölkerung nutzt diese Möglichkeit der Selbstbestimmung kaum. Nur jeder Fünfte hat eine Patientenverfügung ausgefüllt und gar nur jeder Zehnte hat einen Vorsorgeauftrag erstellt.

Umfrageergebnisse

Pro Senectute interessierte, wie verbreitet diese wichtigen Vorsorgeinstrumente bei Erwachsenen in der Schweiz sind. Die repräsentative Umfrage von gfs-zürich im Auftrag von Pro Senectute zeigt: Nur 22 Prozent haben eine Patientenverfügung ausgefüllt und sogar nur zwölf Prozent haben einen Vorsorgeauftrag erstellt. Bei älteren Menschen liegen die Anteile erwartungsgemäss höher. Bei Personen im Alter 65+ verfügt mit 47 Prozent fast die Hälfte über eine Patientenverfügung, beim Vorsorgeauftrag ist der Anteil mit 21 Prozent jedoch signifikant kleiner.

Regionale Unterschiede

Auffallend sind auch die Unterschiede zwischen den Sprachregionen. Beide Vorsorgeinstrumente sind im Tessin und in der Westschweiz deutlich weniger bekannt und werden von weniger Menschen genutzt.

«Viele Personen kennen die Selbstbestimmungsmöglichkeiten im neuen Erwachsenenschutzrecht nicht», sagt Werner Schärer, Direktor von Pro Senectute Schweiz. «Mit einem Vorsorgeauftrag beispielsweise kann jede erwachsene Person selber entscheiden, wer im Falle ihrer unfall- oder krankheitsbedingten Urteilsunfähigkeit im Alltag für sie sorgt, ihre Finanzen regelt und sie in rechtlichen Angelegenheiten vertritt. Es braucht unbedingt mehr Aufklärung und Sensibilisierung; so können alle entlastet werden, Angehörige wie Behörden.» DT

Quelle: Pro Senectute Schweiz

ANZEIGE

Chancengleichheit und Gesundheit

Mit diesem Thema befassten sich die 19. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz und die 4. NCD-Stakeholder-Konferenz am 18. Januar 2018.

BERN – In Bezug auf Krankheiten sind wir nicht alle gleichgestellt: Sozioökonomische Faktoren wie Einkommen, Bildungsniveau oder Migrationshintergrund haben bedeutende Auswirkungen auf unsere Gesundheit. In der Schweiz besteht beispielsweise für Personen mit tieferem Einkommen ein sechsmal höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken. Um gegen dieses Problem vorzugehen, räumen das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitsförderung Schweiz und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) der Chancengleichheit im Jahr 2018 eine hohe Priorität im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) ein.

Um das Ausmass des Phänomens besser abschätzen zu können, machte das BAG eine Bestandsaufnahme, indem es die vorhandenen Daten zusammentrug. Dabei zeigte sich der Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf zahlreiche Krankheiten. So tritt Diabetes bei Menschen mit tieferem Bildungsniveau zweimal häufiger auf. Ausserdem besteht bei diesen Personen ein 2,3-mal höheres Risiko, an Rückenschmerzen zu leiden, und 37 Prozent von ihnen haben Bluthochdruck. Bei den Personen mit höherem Bildungsniveau sind es 25 Prozent.

Auch unser Verhalten wird durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst: In der Schweiz lebende Migranten verzichten sechsmal häufiger auf medizinische Leistungen als Einheimische. Personen mit höherem Einkommen und höherem Bildungsniveau bewegen sich öfter: 75 Prozent von ihnen sind mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv, während es bei den Menschen

mit tieferem Einkommen und tieferem Bildungsniveau lediglich 54 Prozent sind. Was die Ernährung angeht, essen 22 Prozent der Personen mit höherem Bildungsniveau genügend Früchte und Gemüse. Demgegenüber sind es 15 Prozent bei den Menschen mit tieferem Bildungsniveau.

Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit

Die Bemühungen zur Förderung der Chancengleichheit konzentrierten sich bisher auf den Migrationsbereich. Interkulturelle Dolmetscher ermöglichen beispielsweise die Verständigung zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten, die keine Landessprache sprechen. Letztere können auch die Plattform migesplus *(migesplus.ch)* des Schweizerischen Roten Kreuzes nutzen, die Informationsmaterial zur Gesundheit in zahlreichen Fremdsprachen bereitstellt.

Gesundheitsförderung Schweiz fördert die Chancengleichheit durch die Unterstützung mehrerer Projekte, die Teil von kantonalen Aktionsprogrammen sind. Im Rahmen des Projekts Vitalina suchen interkulturelle Vermittler Orte wie zum Beispiel Spielplätze auf, wo sozial benachteiligte Familien (Migranten oder Alleinerziehende) mit Kleinkindern anzutreffen sind, und beraten diese zum Thema Ernährung und Bewegung.

Nebst den Aktivitäten in den kantonalen Aktionsprogrammen waren acht Kantone im Rahmen des vom BAG finanzierten Programms «Migration und Gesundheit» aktiv. Vier Kantone realisierten Projekte zur Vernetzung des Gesundheits- und Integrationsbereichs (BS, JU, NE, SG), und vier Kantone entwickelten niederschwellige Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz schwer erreichbarer Gruppen (OW, NW, FR, VS). So wurde im Kanton Obwalden zum Beispiel ein Generationentreff ins Leben gerufen.

Vermehrte Berücksichtigung von Einkommen und Bildungsniveau

Diese auf die Migration ausgerichteten Massnahmen führten zu ermutigenden Ergebnissen, sie müssen aber ausgebaut werden und weitere benachteiligte Bevölkerungsgruppen einbeziehen. Insbesondere das Einkommen und das Bildungsniveau sind vermehrt zu berücksichtigen. Daher sehen Gesundheitsförderung Schweiz, das BAG und die GDK vor, die Kriterien zur Auswahl neu zu unterstützender Projekte ab 2018 in diesem Sinne zu ergänzen. Zur Verstärkung der Chancengleichheit in den kantonalen Aktionsprogrammen werden auch Empfehlungen zuhanden der Kantone abgegeben. Schliesslich achtet Gesundheitsförderung Schweiz darauf, dass die von ihr finanziell unterstützten Präventionsprojekte in der Gesundheitsversorgung die benachteiligten Bevölkerungsgruppen einbeziehen.

Die Verantwortlichen für Präventionsprojekte und die Gesundheitsfachpersonen müssen im Bereich der Chancengleichheit eine wichtige Rolle spielen und den möglichen Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit vermehrt berücksichtigen. Das kann Massnahmen zur Schulung und Sensibilisierung der Fachpersonen sowie Anpassungen bei der medizinischen oder der sozialen Patientenbetreuung erfordern. DT

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

ANZEIGE

Schweiz liegt bei Spitalinfektionen im europäischen Mittelfeld

Sechs Prozent der Patienten erleiden in Schweizer Spitälern eine Infektion.

BERN – Viele Menschen erleiden während ihres Aufenthalts in einem Schweizer Spital eine Infektion. Eine Messung der Expertengruppe Swissnoso in 96 Spitälern zeigt, dass 5,9 Prozent der Patienten an einer Spitalinfektion litten. Die Messung wurde vom Bundesamt für Gesundheit unterstützt und ist ein wichtiger Meilenstein der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Spitalinfektionen (Strategie NOSO). Ziel ist es, die Situation in den Spitälern unter anderem mit einer konsequenteren Anwendung der Hygienestandards zu verbessern.

Mit einem Wert von 5,9 Prozent liegt die Schweiz bei den Spitalinfektionen (healthcareassoziierten Infektion) im europäischen Mittel. Die letzte europäische Erhebung von 2011/2012 ergab einen Wert von 6,0 Prozent. In solchen Punktprävalenz-Erhebungen werden die Daten pro Station/Abteilung an einem einzigen Erhebungstag erfasst.

Grosse Schweizer Spitäler weisen mehr Infektionen aus als kleine und mittlere. Die Gründe dafür: Hospitalisierte in grösseren Institutionen sind in der Regel kränker. Zudem nehmen grössere Spitäler risikoreichere Eingriffe vor.

Wie in anderen Untersuchungen, sind Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen (29 Prozent aller Spitalinfektionen) am häufigsten, gefolgt von unteren Atemwegsinfektionen (18 Prozent), Harnwegsinfektionen (15 Prozent) und Blutstrominfektionen (13 Prozent). Vor allem ältere Patienten und Patienten der Intensivmedizin waren von Infektionen betroffen.

Regelmässige Messungen sind wichtig

An der nationalen Messung haben 96 Schweizer Spitäler teilgenommen. Sie haben jeweils an einem Tag zwischen April und Juni 2017 bei rund 13'000 Patienten Daten zu healthcareassoziierten Infektionen erhoben.

Es ist vorgesehen, diese Art von Erhebungen in den kommenden Jahren zu wiederholen und damit die Entwicklung im Kampf gegen vermeidbare Infektionen in Schweizer Spitälern zu dokumentieren.

Die Erhebung in der Schweiz durch Swissnoso entsprach zum ersten Mal internationalen Standards und erfolgte parallel zur Erhebung des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in allen EU-Ländern. Die aktuellen Schweizer Resultate werden mit den europäischen Daten vergleichbar sein, sobald diese Ende 2018 vorliegen.

Wichtige Grundlage zur Eindämmung von Spitalinfektionen

Die Ergebnisse der Punktprävalenz-Erhebung 2017 zeichnen ein aktuelles Bild der Spitalinfektionen und des Einsatzes antimikrobieller Mittel auf nationaler Ebene. Die Spitäler erhalten mit diesen Daten die Möglichkeit, ihre eigenen Resultate zu analysieren und bei Bedarf zu handeln. Mit 96 Spitälern haben mehr als die Hälfte der Schweizer Akutspitäler teilgenommen. Dieser Anteil sollte für die nächsten Studien noch erhöht werden.

Mit der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcareassoziierten Infektionen (Strategie NOSO) will das Bundesamt für Gesundheit zusammen mit Kantonen, Spitälern, Pflegeheimen und weiteren wichtigen Akteuren schweizweit die Anwendung der Hygienestandards verbessern, die Überwachung und die Prävention stärken und den Ausbau von Bildung und Forschung vorantreiben. DT

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

ANZEIGE

swissmedico.net
+10000 Artikel im Shop 2% online-Rabatt Bestpreis Garantie
einfach. effizient. günstig.

CURAPROX

curaden
BETTER HEALTH FOR YOU

Parodontitis?
Die Lösung!

Interdentalbürsten CPS perio

Entwickelt für Parodontitis-Patienten

Parodontitispatienten benötigen ziemlich feste Zahnzwischenraumbürsten, und die sind unangenehm anzuwenden. Deshalb hat Curaprox eine neue Zahnzwischenraumbürste entwickelt: die CPS perio. Sie reinigt hervorragend und fühlt sich wirklich angenehm an. Erhältlich in vier Grössen.

CPS 405

1.3 mm* / 5.0 mm**

CPS 406

1.7 mm* / 6.5 mm**

CPS 408

2.2 mm* / 8.0 mm**

CPS 410

2.5 mm* / 10.0 mm**

Wirksam und dennoch sanft

Angenehm auch bei Black Holes

Einfach anzuwenden:

Rein, raus, fertig

Chairside box perio

Direkt in Ihrer Griffweite

In der CPS chairside perio box

Sinkende Renten: Den Ruhestand rechtzeitig planen

Wer demnächst pensioniert wird, sollte jetzt noch letzte Vorkehrungen treffen. Von Sven Pfammatter, Zürich.

Das Schweizer Vorsorgesystem ist unter Druck: Die Lebenserwartung steigt, die Zinsen verharren auf tiefstem Niveau und der Umwandlungssatz bleibt zu hoch angesetzt. Während die ersten zwei Faktoren nun mal nicht geändert werden können, setzten viele Pensionskassen jetzt erneut den Rotstift beim Umwandlungssatz an.

Vor diesem Hintergrund wird es noch wichtiger, dass man sich auf die Pensionierung gut vorbereitet und folgende Fehler möglichst vermeidet:

Fehler 1: Renten überschätzen

Viele gehen davon aus, dass die Renten aus Pensionskasse und AHV ausreichen, um den gewohnten Lebensstandard im Alter weiterführen zu können. Fakt ist: Die Renten decken heute in den meisten Fällen weniger als 60 Prozent des letzten Erwerbseinkommens ab. Wie hoch Ihre PK-Rente einst sein wird, sehen Sie auf Ihrem Vorsorgeausweis. Die AHV-Rente können Sie bei der zuständigen Ausgleichskasse berechnen lassen. Für Personen ab 40 Jahren ist die Vorausberechnung in der Regel kostenlos. Beitragslücken oder ein tiefes Jahreseinkommen können die Leistungen der AHV erheblich kürzen. Bereits fünf fehlende Beitragsjahre führen zu einer lebenslangen Kürzung der Rente von elf Prozent.

Fehler 2: Kürzungen unterschätzen

Viele Pensionskassen sehen bei den Leistungskürzungen eine Übergangsfrist von fünf bis zehn Jahren vor. Das heisst: Je nach Vorsorgeeinrichtung sind von diesen Massnahmen auch Erwerbstätige betroffen, die schon 55 oder 60 Jahre alt sind. Anders als den jüngeren Versicherten bleibt ihnen wenig Zeit, um die finanziellen Lücken zu schliessen.

Fehler 3: Zu spät mit dem Sparen anfangen

Heute ist es wichtiger denn je, zusätzlich zur obligatorischen Vorsorge selbst für sein Alter zu sparen. Je früher man damit beginnt, desto weniger muss man jeden Monat zur Seite legen, um im Alter genug Vermögen zu haben. Es lohnt sich dabei, einen Teil der Sparbeträge in Aktien zu investieren. Wer zum Beispiel in den letzten 15 Jahren jeden Monat 300 Franken in den Leitindex SMI investierte, verfügt heute über ein Vermögen von 102'480 Franken.

ANZEIGE

Fehler 4: Steuervorteile nicht nutzen

Für Erwerbstätige sind Einzahlungen in die dritte Säule und Einkäufe in die Pensionskasse die mit Abstand wirkungsvollsten Massnahmen, um die Steuerbelastung zu senken. Die einbezahlten Beträge darf man in der Regel vom steuerbaren Einkommen abziehen.

Ein Beispiel: Ein Ehepaar aus Bern mit einem steuerbaren Einkommen von 120'000 Franken pro Jahr spart 3'050 Franken Steuern, wenn es zusammen 10'000 Franken in ihre Pensionskassen und in die Säule 3a einzahlt.

Die abzugsfähigen Beiträge an die Säule 3a sind auch 2018 auf 6'768 Franken pro Jahr beschränkt, wenn man gleichzeitig einer Pensionskasse angeschlossen ist. Selbstständige dürfen bis zu 20 Prozent ihres jährlichen Nettoeinkommens in die Säule 3a einzahlen, maximal 33'840 Franken. Wie viel man freiwillig in die Pensionskasse einzahlen kann, steht im persönlichen Vorsorgeausweis.

Fehler 5: Planung auf die lange Bank schieben

Zugegeben: Das Thema Altersvorsorge ist komplex und Vorsorgeausweise sind auf den ersten Blick schwer verständlich. Schieben Sie Ihre Vorsorge aber trotzdem nicht auf die lange Bank. Wer im Alter gut über die Runden kommen will, muss sich frühzeitig mit dem Thema auseinandersetzen.

Fehler 6: Frühpensionierung nicht vorbereitet

Mehr Zeit für sich, die Familie oder Hobbys … Viele hegen den Wunsch, sich frühzeitig pensionieren zu lassen. Viele unterschätzen aber die Renteneinbussen, die sich durch eine vorzeitige Pensionierung ergeben.

Das ordentliche Rentenalter für Frauen beginnt mit 64 Jahren, das für Männer mit 65. Wer vorzeitig aus dem Erwerbsleben austreten möchte, muss in der Regel eine Einkommenslücke verkraften können, hauptsächlich verursacht durch Abzüge bei den Leistungen der 1. Säule (AHV) und der 2. Säule (Pensionskasse).

Die AHV kann maximal zwei Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter geltend gemacht werden. Pro Vorbezugsjahr wird die Rente um 6,8 Prozent gekürzt. Hinzu kommt: Wer früher in Rente geht, bleibt verpflichtet, bis zur ordentlichen Pensionierung Beiträge an die AHV zu entrichten.

Für den früheren Bezug von Pensionskassen-Geldern gibt es keine einheitliche Regelung. Entscheidend ist das Reglement der jeweiligen Pensionskasse. Allerdings gilt auch hier: Wer sich vorzeitig pensionieren lässt, muss erhebliche Leistungskürzungen in Kauf nehmen, da Beitragsjahre der Versicherten fehlen.

Angesichts der Kürzungen kann es sich lohnen, einen gleitenden Ausstieg aus dem Berufsleben ins Auge zu fassen. Die schrittweise Reduzierung des Arbeitspensums ist in der Regel günstiger als eine Frühpensionierung.

Fehler 7: Zu spät in die PK einkaufen

Generell lohnen sich Einkäufe in die Pensionskasse am meisten in den Jahren vor der Pensionierung, wenn das steuerbare Einkommen am höchsten ist und das Altersguthaben bald bezogen wird. Noch höher ist die Rendite, wenn man den Einkaufsbetrag auszahlen lässt. Aber Achtung: Wer einen Teil oder das gesamte Altersguthaben als Kapital bezieht, muss sich bis spätestens drei Jahre vor der Pensionierung einkaufen. Sonst muss man die Steuern nachzahlen, die man dank dem Einkauf gespart hat.

Fehler 8: Zu viel Geld im Eigenheim binden

Viele Eigenheimbesitzer befürchten, dass die Bank nach der Pensionierung plötzlich die Hypothek kündigt und sie ihr Heim verkaufen müssen. Einige amortisieren deshalb einen Teil ihrer Hypothek mit Vorsorgeguthaben, das mit der Pensionierung zur Auszahlung kommt.

Die Folge: Das Kapital ist anschliessend im Haus gebunden. Zudem verweigern viele Banken aufgrund des tieferen Renteneinkommens die Aufstockung der Hypothek. Allfällige Renovationen oder Pflegekosten können deshalb zu einem finanziellen Engpass führen. Wer also die Hypothek amortisieren will, sollte immer eine ausreichende Reserve an flüssigen Mitteln zurückbehalten. DT

Wer Steuervorteile nicht nutzt, verzichtet auf mehrere Tausend Franken Sparguthaben

Beispiel: Ehepaar mit einem steuerbaren Einkommen von 120'000 Franken zahlt in die Pensionskasse und Säule 3a ein.

	Steuerersparnis bei einer Einzahlung von		
	5'000 CHF	10'000 CHF	20'000 CHF
Aarau	1'250 CHF	2'430 CHF	4'740 CHF
Basel	1'460 CHF	2'880 CHF	5'670 CHF
Bern	1'550 CHF	3'050 CHF	5'870 CHF
Chur	1'350 CHF	2'620 CHF	5'130 CHF
Genf	1'670 CHF	3'300 CHF	6'510 CHF
Zürich	1'230 CHF	2'410 CHF	4'720 CHF

© sirtravelalot/Shutterstock.com

Kontakt

Infos zum Autor

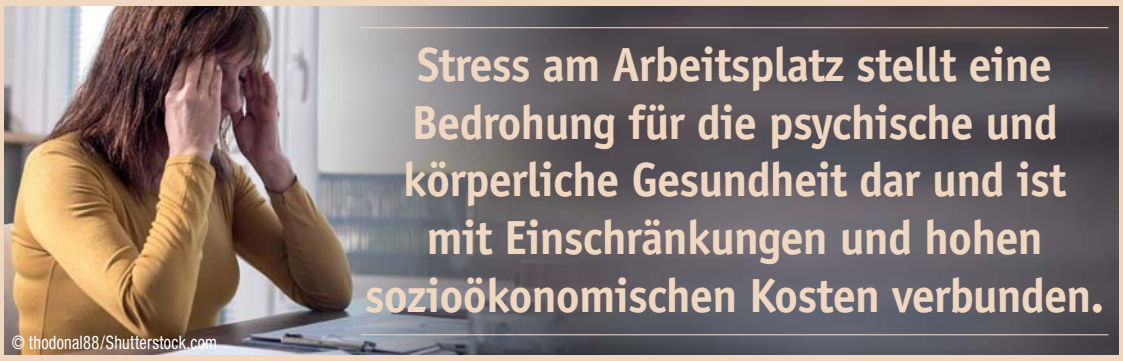
Sven Pfammatter

MAS in Bank Management
Geschäftsbereichsleiter Zürich
Financial Consulting
VZ VermögensZentrum AG
Beethovenstr. 24
8002 Zürich, Schweiz
Tel.: +41 44 207 27 27
Sven.Pfammatter@vzch.com
www.vermoegenszentrum.ch

Gegen Burn-out und Stress – ganz ohne Therapeut

Forschende aus Basel und München untersuchen die Wirksamkeit eines Selbsthilfebuches.

BASEL – Gut ein Drittel der Arbeitnehmenden fühlt sich durch ihren Job gestresst. Interventionen gegen Stress und Burn-out gibt es zwar, oft sind sie aber für viele Arbeitnehmende nicht zugänglich. Ein Selbsthilfebuch, basierend auf der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), hat das Potenzial, ganz ohne Therapeutenkontakt Burn-out, Stress und Symptome der Depression zu reduzieren. Dies berichten Forschende der Universität Basel in der internationalen Fachzeitschrift *Work & Stress*.



Stress am Arbeitsplatz stellt eine Bedrohung für die psychische und körperliche Gesundheit dar und ist mit Einschränkungen und hohen sozioökonomischen Kosten verbunden. Programme gegen Stress oder Burn-out werden oft von einzelnen Organisationen für bestimmte Berufsgruppen angeboten. Betroffene Personen, die nicht von solchen Programmen Gebrauch machen können, werden sich selbst überlassen. Selbsthilfebücher könnten eine günstige Alternative zu Programmen bieten, die von Experten und Therapeuten geführt werden. Die Effektivität von solchen Büchern ist allerdings in den wenigsten Fällen nachgewiesen.

Mehr emotionale Flexibilität gegen Burn-out

Erstmals haben nun Forschende der Universität Basel zusammen mit dem Institut für Arbeit und seelische Gesundheit (INSAS) in München die Wirksamkeit eines Selbsthilfebuches für Symptome von Stress und Burn-out ganz ohne Therapeutenkontakt untersucht. Dafür wurden Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit moderaten und schweren Stresswerten zufällig einer von zwei Gruppen zugewiesen. Die eine Gruppe arbeitete das Selbsthilfebuch sofort während fünf Wochen durch. Die zweite Gruppe erhielt das Buch erst nach einer Wartezeit.

Das Selbsthilfebuch zeigt auf, wie Burn-out mit emotionaler Rigidität zusammenhängt und beschreibt, wie ACT diese innere Rigidität verändern kann. Durch Achtsamkeit und Akzeptanz soll ein flexiblerer Umgang mit schwierigen Gedanken und Emotionen ermöglicht werden.

Personen, welche das Selbsthilfebuch erhielten, zeigten eine deutlich stärkere Verbesserung in den Bereichen Stress, Burn-out, Depressionssymptome und Wohlbefinden als Personen in der Warteliste-gruppe. Drei Monate nach Abschluss berichteten die Studienteilnehmer von einer weiteren signifikanten Abnahme von Stress, Burn-out und Depressionssymptomen.

«Ein Selbsthilfebuch ganz ohne Therapeutenkontakt könnte finanzielle Barrieren überwinden sowie örtliche und zeitliche Flexibilität bieten», kommentiert Erstautorin Patrizia Hofer von der Fakultät für Psychologie der Universität Basel das Ergebnis.

Ähnliche Effekte wie Interventionen mit Therapeut

In der Studie wurden ähnliche Effekte für Stressreduktion und sogar eher stärkere Effekte für die Reduktion von Burn-out erzielt, als dies in Metaanalysen über verschiedene Interventionen mit Therapeuten für die Behandlung von Stress und Burn-out berichtet wurde.

«Nichtsdestotrotz ist ein Selbsthilfebuch ohne Therapeutenkontakt nicht für alle Personen geeignet. Bei langen Wartezeiten oder begrenzten Zugangsmöglichkeiten zur Psychotherapie könnte ein ACT-Selbsthilfebuch aber ein vielversprechender erster Schritt im Sinne eines gestuften Versorgungskonzeptes sein», so Studienleiter Prof. Dr. Andrew Gloster, Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Interventionsforschung an der Universität Basel. DT

Quelle: Universität Basel

Originalbeitrag:

Patrizia Hofer, Michael Waadt, Regula Aschwanden, Marina Milidou, Jens Acker, Andrea Meyer, Roselind Lieb, Andrew Gloster. Self-help for stress and burnout without therapist contact: An online randomised controlled trial, Work & Stress (2017), doi: 10.1080/02678373.2017.1402389.

ANZEIGE

HELFEN SIE IHREN PATIENTEN AUF DEM WEG ZU GESUNDEM ZAHNFLEISCH

EMPFEHLEN SIE DAS STARKE DUO!

57 %
REDUKTION DER ZAHNFLEISCH-ENTZÜNDUNG* NACH 2 WOCHEN[1]

Chlorhexamed

Arzneimittel

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

parodontax

48 %
GRÖSSERE REDUKTION VON ZAHNFLEISCHBLUTEN**,[2]

Medizinprodukt

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

* „Gingivigal 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 Chlorhexidindiglukonat. **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

CHCH/CHCHL/0003/17(1)a January 2018

Dental Tribune · Swiss Edition · Nr. 1/2018

Gingivale Biotypen und deren Einfluss auf parodontale Erkrankungen

Zahnfleisch ist nicht gleich Zahnfleisch. Von ZA Peter Quang Huy Nguyen und Dr. med. dent. Frederic Kauffmann, beide Würzburg, Deutschland.

Abb. 1: Die Parodontalsonde schimmert beim dicken Biotyp nicht durch. – Abb. 2: Die Parodontalsonde ist beim dünnen Biotyp sichtbar. – Abb. 3: Gingivale Rezession und dadurch bedingte dreieckige Zahnform beim dünnen Biotyp. – Abb. 4: Beispiel für einen gemischten Biotyp mit dreieckigen Zähnen und eher dickerer Gingiva. – Abb. 5: Bindegewebsentnahme intraoperativ. – Abb. 6: Präoperatives Bild einer gingivalen Rezession bei dünnem Biotyp. – Abb. 7: Postoperatives Bild – Ansicht von bukkal. – Abb. 8: Postoperatives Bild – Ansicht von okklusal.

Im Zeitalter der Ästhetischen Zahnmedizin rückt die rosa Ästhetik neben der weissen Ästhetik immer mehr in den Vordergrund. Patienten wünschen sich, besonders im Frontzahngebiet, eine Versorgung, die sich nicht von den natürlichen Zähnen unterscheidet. Diese Versorgung kann bei Patienten mit einer hohen Lachlinie und Rezessionen ästhetisch oft nicht mehr rein dental gelöst werden. Somit rückt das Weichgewebsmanagement um die Zähne mehr in den Fokus des Behandlers und Patienten.

Jedoch ist Zahnfleisch nicht gleich Zahnfleisch. Der Einfluss der unterschiedlichen gingivalen Biotypen auf parodontale Erkrankungen, deren Therapie und ihre Unterscheidung sollen in diesem Artikel zusammengefasst werden.

«Thick-Flat»-Typ (dicker gingivaler Biotyp)

Der dicke gingivale Biotyp zeichnet sich durch eine breite Zahnform (grosses Verhältnis von Kronenbreite zu Kronenlänge) und eine flache Girlandenform des Zahnfleisches aus.[1,2] Die Zähne erscheinen rechteckig. Unabhängig von der Erfahrung des Behandlers lässt sich rein visuell dieser Biotyp zu ca. 70 Prozent richtig bestimmen.[3] Eine höhere Sensitivität ist mit einer Parodontalsonde erreichbar. Beim dicken gingivalen Biotyp schimmert die Parodontalsonde beim Sondieren des Sulkus nicht durch.[4] Ist dies der Fall, beträgt die Dicke des Zahnfleisches in der Regel 1 mm oder mehr.[5] Je dicker die Gingiva ist und je viereckiger die Zähne sind, desto häufiger ist die Papille vollständig vorhanden.[6] Die Prävalenz für den dicken gingivalen Biotyp ist bei Männern im Vergleich zu Frauen erhöht.[7,8]

«Thin-Scalloped»-Typ (dünner gingivaler Biotyp)

Der dünne gingivale Biotyp zeichnet sich durch eine schmale Zahnform (kleines Verhältnis von Kronenbreite zu Kronenlänge) und ausgeprägte Girlandenform des Zahnfleisches aus.[1,2] Die Zähne erscheinen dreieckig. Nur zu 50 Prozent lässt sich der dünne Biotyp rein visuell richtig bestimmen.[3]

Mithilfe der Parodontalsonde lässt sich der Biotyp sehr gut ermitteln. Diese schimmert beim Sondieren des Sulkus durch und ist in der Regel dünner als 1 mm.[4,5] Die Papille ist beim dünnen Gingivatyp durch die dreieckige Zahnform seltener vollständig vorhanden.[6] Die Prävalenz für den dünnen Biotyp ist bei Frauen im Vergleich zu Männern erhöht.[7,8]

«Thick-Scalloped»-Typ (gemischter gingivaler Biotyp)

Der gemischte gingivale Biotyp ist ein Gemenge aus den beiden vorher genannten Biotypen.[1] Er zeichnet sich durch eine dreieckige Zahnform aus und die Sonde ist beim Sondieren des Sulkus nicht sichtbar.[1] Rein visuell lässt sich dieser Biotyp am schlechtesten bestimmen[3] und ist in der Literatur noch am wenigsten beschrieben.

Aufgrund des noch wenig untersuchten gemischten gingivalen Biotyps und der dadurch verbundenen fehlenden Beschreibung in der Literatur[9] wird in diesem Artikel nur zwischen dünnem und dickem Biotyp unterschieden.

Einfluss gingivaler Biotypen auf die konservative Parodontitistherapie

Olson et al. zeigten, dass Rezessionen häufiger beim dünnen Biotyp im Vergleich zum dicken Biotyp auftreten.[10] Der dicke Biotyp zeigt sich resistenter gegenüber äusseren Einflüssen, wie zum Beispiel traumatischem Zähneputzen und subgingivalen prothetischen Versorgungen, neigt aber zu mehr Taschenbildung. Dies erklärt die erhöhten Sondierungstiefen beim dicken Biotyp im Vergleich zum dünnen Biotyp auch bei gesunden Menschen.[1] Es empfiehlt sich im Zuge der parodontalen Befunderhebung, den Biotyp mit einer Parodontalsonde zu identifizieren. Besonders Patienten, die so als dünner Biotyp identifiziert wurden, sind vor einer initialen Parodontitistherapie über Rezessionen und damit verbundene Folgen, wie ästhetische Einbussen in Form von schwarzen Dreiecken und kälteempfindliche Zähne, aufzuklären.

«Gingivale Biotypen sollten im Zuge der Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI) oder der parodontalen Befunderhebung identifiziert werden, da dies dort ohne Mehraufwand geschehen kann.»

An der empfohlenen antiinfektiösen Therapie in Form von Scaling and Root Planing ändert sich nichts.

Persönliche Einschätzung und Empfehlung: konservative und prothetische Versorgung

Für die Adhäsivtechnik ist der Kofferdam ein gutes Hilfsmittel, um eine adäquate Trockenlegung zu erreichen. Bei der Auswahl der Kofferdamklammer sollte beim dün-

Abb. 9: Gingivale Rezessionen nach Kronenversorgung. – Abb. 10: Frontalansicht vor Initialtherapie beim dicken Biotyp. – Abb. 11: Rezessionen nach Initialtherapie trotz dickem Biotyp.

nen Biotyp darauf geachtet werden, eine Klammer zu verwenden, die nicht zu sehr in den gingivalen Sulkus greift, um eine zusätzliche Irritation der Gingiva zu vermeiden. Alternativ kann vor der Füllungstherapie bukkal um den Zahn etwas Flowable-Komposit ohne Adhäsiv angebracht werden. Somit kann der geforderte Unterschnitt von flacheren Kofferdamklammern gewährleistet und am Ende der Sitzung problemlos entfernt werden. Im Zuge der prothetischen Versorgung sollte man einige Aspekte berücksichtigen: So empfiehlt es sich beim dünnen Biotyp, die Präparationsgrenze nicht zu weit subgingival zu legen. Ausserdem sollten die Fäden beim Abdruck nicht zu traumatisch in den Sulkus eingebracht werden, um eine weitere mechanische Irritation der Gingiva zu verhindern. Diese Einflüsse führen bei dünnen Biotypen schneller zu Rezessionen als bei dicken.

Einfluss gingivaler Biotypen auf die chirurgische Parodontitistherapie

Die gesteuerte Geweberegeneration mit Schmelz-Matrix-Proteinen oder Membranen gehört zu den klinisch etablierten Verfahren, um eine parodontale Regeneration zu erzielen. De Bruyckere et al. konnten zeigen, dass diese bei Patienten mit sehr hoher Compliance und guter Mundhygiene auch langfristig zuverlässig funktioniert.[11]

Auch bei der gesteuerten Geweberegeneration mit mikrochirurgischem Ansatz treten Rezessionen auf.[12,13] Diese kommen bei einem dünnen Biotyp häufiger vor.[14] Intraoperativ gibt es eine Häufung leichter Komplikationen, wie z. B. Lappenperforationen. Auch der Nahtverschluss gestaltet sich schwieriger. Allgemein gesagt: Je grösser der Defekt und je weniger Knochenbegrenzung dieser besitzt, desto mehr Stabilisierung in Form eines Knochenersatzmaterials ist nötig, um ein Kollabieren des Gewebes und damit verbunden eine grössere Rezession zu verhindern. Als Orientierung lässt sich sagen, dass es bei regenerativer Parodontaltherapie zu Rezessionen kommen kann, diese aber deutlich geringer ausfallen, wenn das Zahnfleisch 1 mm oder dicker ist.[15]

Einfluss gingivaler Biotypen auf Rezessionen und ihre Therapie

Als Rezessionen definiert man eine freiliegende Wurzeloberfläche aufgrund einer Verlagerung der marginalen parodontalen Gewebe apikal der Schmelz-Zement-Grenze. Diese sind mit einer knöchernen Dehiszenz verbunden. Risikofaktoren, wie zum Beispiel traumatisches Zähneputzen, kieferorthopädische Behandlungen, Zahnfehlstellungen, Piercings und ein dünner Biotyp, begünstigen ihre Entstehung.

Eine Rezessionsdeckung bei einem dünnen Biotyp stellt eine besondere Herausforderung für den Behandler dar. Die Operation gestaltet sich schwieriger, da beim dünnen Gewebe häufiger intraoperative Komplikationen (z. B. Perforation) vorkommen können und sich auch der Nahtverschluss schwieriger gestaltet. Um diese Defekte langfristig decken zu können, werden in der Regel Lappen- oder Tunneltechniken mit einem Bindegewebstransplantat kombiniert. So können die besten Ergebnisse erreicht werden.[16] Ohne die Kombination mit einem Bindegewebe kommt es beim dünnen Biotyp seltener zu einer kompletten Deckung der Rezession.[17]

Die Entnahmestelle am Gaumen stellt dabei für den Patienten immer ein zweites Operationsgebiet dar, wobei auch intra- und postoperative Komplikationen wie Blutungen und Nekrosen berücksichtigt werden müssen. Patienten berichten nach Bindegewebsentnahme von Schmerzen, die besonders ausgeprägt sind, wenn das Bindegewebe in Form eines freien Schleimhauttransplantats entnommen wurde.[18]

Alternativ zum Bindegewebstransplantat können xenogene Materialien, wie Kollagenmatrizen und Schmelz-Matrix-Proteine, verwendet werden.[19]

Beim dicken Biotyp und ausreichender keratinisierter Gingiva lassen sich gute Ergebnisse mit porcinen Kollagenmatrizen erreichen, die auch langfristig stabil bleiben.[20] Vorteile dieser Kollagenmatrizen gegenüber Bindegewebstransplantaten sind eine kürzere Operationszeit, kein zweites OP-Gebiet und die unlimitierte Verfügbarkeit der Kollagenmatrix in gleichbleibender Qualität bei geringer intraoperativer Komplikationsrate.[21] Nachteile dieser Materialien bestehen in der Techniksensitivität. Diese xenogenen Kollagenmatrizen dürfen nicht exponiert vorliegen.

Ausserdem kann das Keratinisierungspotenzial des Bindegewebstransplantats mit diesen Materialien nicht erreicht und die Materialkosten müssen berücksichtigt werden.[21]

Auch Schmelz-Matrix-Proteine können bei Rezessionsdeckungen verwendet werden. So zeigen diese im Vergleich zu einer Lappentechnik alleine mittelfristig bessere Ergebnisse.[22] Im Vergleich zum Bindegewebstransplantat wird eine bessere Wundheilung und eine erhöhte Patientenakzeptanz beschrieben, jedoch kommt es zu einer geringeren Verbreiterung der keratinisierten Gingiva.[23] McGuire et al. publizierten Zehn-Jahres-Daten von Patienten, die mit beiden Techniken operiert wurden, und zeigte, dass ähnliche Ergebnisse mit Schmelz-Matrix-Proteinen im Vergleich zum Bindegewebstransplantat erzielt werden können.[24] Vorteile der Schmelz-Matrix-Proteine bestehen in der einfachen Handhabung, der verkürzten Operationsdauer, dem kleineren Operationsgebiet, der schnelleren Wundheilung und damit verbunden in einer geringen intraoperativen Komplikationsrate. Als Nachteile aufzuzählen sind das fehlende Keratinisierungspotenzial und vermehrte Materialkosten.

Somit bieten Schmelz-Matrix-Proteine ähnliche Vor- und Nachteile wie Kollagenmatrizen, besonders hervorzuheben sind hier aber die beschleunigte Wundheilung und die einfache Handhabung.

Zusammengefasst stellt die Kombination von Bindegewebstransplantaten und Lappen- und Tunneltechniken den Goldstandard dar. In gut ausgewählten Fällen mit einem breiten Band an keratinisierter Gingiva und ausreichender Dicke kann auf xenogene Materialien ausgewichen werden.

Zusammenfassung und Tipps für den Praktiker

Gingivale Biotypen sollten im Zuge der PSI oder der parodontalen Befunderhebung identifiziert werden, da dies dort ohne Mehraufwand geschehen kann. Ungeachtet des jeweiligen Biotyps sollten mögliche Risikofaktoren so weit wie möglich beseitigt werden. Dazu gehört in erster Linie ein optimales Putzverhalten, um mechanische Irritationen zu vermeiden.

Der dünne Biotyp besitzt unabhängig von der Therapieform eine erhöhte Prävalenz, Rezessionen zu entwickeln. Deswegen sollten Patienten unbedingt über Komplikationen wie Rezessionen und deren Folgen aufgeklärt werden. Die Deckung dieser Rezessionen gestaltet sich schwieriger und sollte immer mit einem Bindegewebstransplantat kombiniert werden, um vorhersagbarere Ergebnisse zu erhalten.

Der dicke Biotyp ist resistenter gegenüber äusseren Einflüssen. Die erfolgreiche Deckung von Rezessionen gestaltet sich bei diesem Biotyp einfacher. Es stehen verschiedene Alternativen zum Bindegewebstransplantat zur Verfügung. Die Inzidenz zur Parodontitis ist bei diesem Biotyp erhöht. DT

Literatur

Kontakt

Infos zum Autor

Zahnarzt Peter Quang Huy Nguyen

Universitätsklinikum Würzburg
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Abteilung für Parodontologie
Pleicherwall 2
97070 Würzburg, Deutschland
Tel.: +49 931 201-72570
nguyen_p1@ukw.de

Infos zum Autor

Dr. med. dent. Frederic Kauffmann

Universitätsklinikum Würzburg
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Abteilung für Parodontologie
Pleicherwall 2
97070 Würzburg, Deutschland
Tel.: +49 931 201-72570
kauffmann_f@ukw.de

ANZEIGE

hypo-A
Premium Orthomolekularia

CAM Award 2013
Parodontitis-Studie mit Itis-Protect I-IV/ aMMP-8 Laborparameter zur Entzündungshemmung

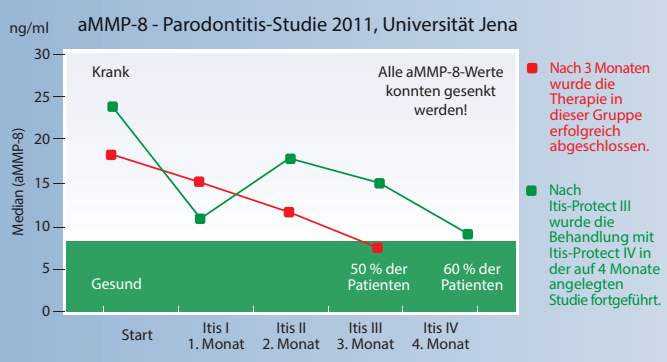
Optimieren Sie Ihre Parodontitis-Therapie!

55% Reduktion der Entzündungsaktivität in 4 Wochen!

60% entzündungsfrei in 4 Monaten
durch ergänzende bilanzierte Diät

Studien-geprüft!

Itis-Protect I-IV
Zur diätetischen Behandlung von Parodontitis
• Stabilisiert orale Schleimhäute!
• Beschleunigt die Wundheilung!
• Schützt vor Implantatverlust!



hypo-A GmbH, Kücknitzer Hauptstr. 53, 23569 Lübeck
hypoallergene Nahrungsergänzung ohne Zusatzstoffe
www.hypo-a.de | info@hypo-a.de | Tel: 0451 / 307 21 21

Info-Anforderung für Fachkreise
Fax: 0451 - 304 179 oder E-Mail: info@hypo-a.de

Name / Vorname
Str. / Nr.
PLZ / Ort
Tel.
E-Mail
IT-DTS 1.2018

shop.hypo-a.de