PARTicipation

Newsletter der SGZBB (Schweizerische Gesellschaft für Behinderten- und Betagten-Zahnmedizin) Edition 21/März 2011

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

«Indignez-vous!»

Dieser Ausruf des dreiundneunzigjährigen französischen Philosophen Stéphane Hessel wurde dem diesjährigen **23. Symposion** in Bremgarten vorangestellt. «Empört euch!», das ist normalerweise die Masche, deren Schlinge uns tagtäglich von den Medien um den Hals gelegt wird. Das ganz Gewöhnliche hat ausgedient, ist denkbar undankbar. Ob Aufruhr in Tunesien, Ägypten oder Missbrauch-Opfer in der Schweiz: alles muss unsere morbide – oder hier wirklich besser auf Deutsch ausgedrückt – krankhafte Gier nach Neuem, Sensationellem, noch nicht Erfahrenem anstacheln! Das Ausrufezeichen hat es in sich. Wer würde heute noch einer Aktion, einem Artikel Aufmerksamkeit schenken ohne solche Interpunktionen, ohne Superlative? Die Komparation von Adjektiven und Adverbien ist en vogue und wir alle reiten auf diesen künstlich entfachten Wellen mit, wohl im abergläubischen Empfinden, ansonsten von einem apokalyptischen Wellental verschlungen zu werden. Gibt es nicht noch eine Steigerungsform, die man exzessiv nennt? – Das Symposion aber bemüht sich seit Jahren die Grundform jeglichen Vergleichs zu wahren, die Wogen zu glätten um die Sicht zu unserem Partner, unserem Patienten, zum homme en progrès, wie wir Menschen mit einer geistigen Behinderung zu nennen pflegen, zu ermöglichen. Darum sind die Menschen, über die wir sprechen, auch anwesend und können, sofern sie sich angesprochen fühlen, uns direkt antworten. Der Gedankenaustausch ist enorm, die Scheinheiligkeit und die Glorifizierung eigener Errungenschaften praktisch abwesend. Eigene Errungenschaften? Mehr als die Hälfte abgekupfert à la manière eines von und zu Guttenberg. Ohne Schamröte bei deren Versilberung; mit Silberlingen wurde schon manchem Individuum der Garaus gemacht. Wenn die NZZ diesen Vorgang nur als Respektlosigkeit taxiert, so stellt sie sich auf eine Stufe mit diesen Tätern und erliegt dem salonfähig gewordenen kostenlosen Herunterladen einlullender Musik. Gedankenklau ist kein Kavaliersdelikt. Wie würden wir aufjaulen, wenn geistiges Eigentum in Franken oder Euro bezifferbar wäre? Etwas aber ist als noch gravierenderer Eingriff in das geistige Eigentum von Natur- und Geisteswissenschaften zu bezeichnen, nämlich das bewusste Ignorieren unserer eigenen Wurzeln, um ja nicht die darauf und daraus entstandenen schönen Früchte, die wir gerne als unsere eigenen deklarieren, mit ihren Urhebern teilen zu müssen… Dabei denkt die Redaktion an die drei genialen Fachärzte für Kieferorthopädie, **Rahm, Schwitzer** und **Wüthrich.** Niemand hat während Jahrzehnten so viel für den Allgemeinpraktiker SSO an Zeit, Idealismus und auch Geld investiert wie diese Kollegen (siehe Interview Seite 16; in den folgenden Ausgaben des **PART***icipation* werden Fallbeispiele aus ihrer Praxistätigkeit vorgestellt). Auch sie wollen keine Ausrufezeichen. Ihr ganzes Leben lang haben sie ein **Individuelles Optimum** für jeden Hilfesuchenden angestrebt. Sollten wir die Ausrufezeichen setzen, wenn andere es wohlweislich guttenbergartig vergessen haben? Fragezeichen sind schon von ihrer Form her erotischer und hinterfragungswürdiger als die selbstgerechten Ausrufezeichen und lassen mehr Durchsicht frei, vielleicht auch für die Schweigenden? Unser Dank gilt denen, die sich so bedingungslos für die Patienten eingesetzt haben und weiterhin einsetzen werden. Dazu gehören auch Sie, liebe Leserin, lieber Leser. **Indignez-vous!**

Für das Redaktionsteam St. G.

Schwerpunktthemen

- Nach-Gedanken zu einem herausfordernden Symposion 2
- Les « guili-guili » de Genève : l'approche sensorielle chez l'enfant anxieux 5
- Multimedia bei der zahnärztlichen Behandlung von Kindern, Behinderten und Betagten. 7
- Entwicklungszusammenarbeit – **PART***izipation* durch Lernen 10
- Ein paar persönliche Ausführungen zum Zahnärzte Symposium SGZBB 12
- «Eindrücke» – «Indignez-vous!» 14
- Das Trio Infernale der Kieferorthopädie 16
- Die Bedeutung des Schädel-Fernröntgenbildes für die Kieferorthopädie 22
- Reizarme Füllungstherapie bei Angstpatienten 25

Vermischtes

- **Literatur und Medizin:** Urs Faes 30
- Porträt des Künstlers der vorliegenden Edition 33
- Mein Vorbild 34
- Es war einmal eine Erfahrung 34
- Pescato Fuori I soliti ignoti oder Die ganz gewöhnlichen Unbekannten 35

20. Jahrestagung der SGZBB

- «Das behinderte Kind als Herausforderung in der zahnärztlichen Praxis» 36
- « L'enfant handicapé, un défi au cabinet dentaire » 37
- 20. Jahrestagung/ 20e congrès annuel SGZBB 38

A noter dans votre agenda 40

Nach-Gedanken zu einem herausfordernden Symposion

Hanspeter Ernst

St. Josef-Stiftung

Wieder einmal ist Januar – und einmal mehr findet das Symposium SGZBB, es ist das 23., in der St. Josef-Stiftung Bremgarten statt. Wieder einmal bin ich dabei, ein Laie unter lauter Fachpersonen. Und wieder einmal bin ich mit der Erwartung von der Veranstalterseite konfrontiert, etwas zu sagen. Doch diesmal sollte es Bezug nehmen auf Referate, die gehalten werden. Kein eigenes Referat also, sondern ein Anstoss zur Diskussion oder noch besser, ein öffentlicher Denkanstoss. Im Grunde genommen hätte ich absagen müssen. Aber ich tat es nicht, weil es bei dieser Veranstaltung nicht um das Gebiss an sich, den Mund an sich, die Zahnmedizin an sich, sondern um das Gebiss (und … und …) von Menschen ging, von konkreten Menschen, alten und jungen mit ganz bestimmten Einschränkungen, aber auch mit ganz bestimmten Fähigkeiten. Und diese Menschen verlangen eine besondere Aufmerksamkeit und fordern von den Fachpersonen noch mehr als die sonst übliche fachliche und berufliche Professionalität. Es ist dieses «Noch mehr», das mich reizt. Es ist eine Fähigkeit im Bereich des Zwischenmenschlichen und der Beziehungen. Dieser Bereich lässt sich nicht fachspezifisch eingrenzen. Im Gegenteil, je weiter der Horizont, umso einfacher wird Selbstverständliches, das sich so kompliziert zeigen kann. Ich möchte im Folgenden einige meiner Gedanken widergeben, die mir während und im Nachgang des Symposions aufgestossen sind.

Gedanke 1

L'enfant anxieux II: une approche sensorielle, Juliane Leonhardt Amar, Genève

Ich bin beeindruckt, mit wie viel Einfühlungsvermögen einem ängstlichen, einem autistischen Kind begegnet und wie viel Zeit dafür investiert wird. Beschrieben wird die Achtsamkeit, deren der Arzt, die Ärztin bedürfen, damit sie den Weg in eine ihnen fremde Welt gehen können. Sie müssen den Weg in diese fremde Welt gehen (nicht fahren), ein Schritt nach dem anderen, weil sie nur auf diese Weise jemanden mit ihrer eigenen Welt vertraut machen können. Für einmal legt das Gegenüber die Geschwindigkeit fest. L'homme en progrès, im wahrsten Sinne des Wortes. Das führt zur Verkehrung der Verhältnisse: Plötzlich ist die Person behindert, die sich nicht auf die sehr spezifische Situation einlassen kann, weil etwas – seien es Zeitnot, Ungeduld, ökonomische Zwänge usw. – sie daran hindert. Und dabei wäre es so selbstverständlich, einfach: Denn wenn jemand eine nicht unbedingt angenehme Situation wie eine Zahnbehandlung durchstehen muss, verliert diese Situation schon viel an Unheimlichem, wenn klar wird, was wie getan werden muss, wenn Geräusche, Luftströme und was der Dinge aller sind, den zu behandelnden Personen ihren Fähigkeit entsprechend erklärt würden. Erklären jedoch ist keine Einbahnkommunikation. Denn wer erklärt, hat auch Interesse daran, verstanden zu werden. Verstanden ist man nicht, wenn man sich denkt, dass man verstanden wurde, sondern erst, wenn das Gegenüber den Sachverhalt richtig bestätigt. Dies geschieht umso leichter, je mehr man mit der Welt der zu Behandelnden vertraut ist. Wer Kinder behandelt, sollte daher Kinder nicht nur aus Büchern, die Erwachsene über oder für Kinder geschrieben haben und vor allem nicht nur als die Person, die einem in den Mund schaut, kennen. Die Vielfalt der Kinderwelten hat mindestens so viele Facetten wie diejenige der Erwachsenenwelten.

Gedanke 2

Multimedia bei der Behandlung von Kindern, Behinderten und Betagten, Willy Baumgartner, Zürich

«Der zahnärztliche Maschinenpark wird dann aufgefahren, ohne dass die zu behandelnde Person es sieht.» Die Praxis ist in Holz gehalten – «Kinder lieben Holz, dachte ich» [ein verräterischer Gedanke] – ein Bildschirm an der Decke und ebenfalls ein sehr engagierter, von seiner Arbeit begeisterter Arzt. Wie verschieden die Zugänge doch sind. Während die einen die Dinge zeigen, sind sie bei anderen im Hintergrund. Angst wird durch Ablenkung überwunden. Dabei kommen vorwiegend Medien wie Musik und Video zum Zuge. Dass Musik bei Erwachsenen – sofern es die Musik ist, die sie selbst auswählen und deshalb dazu einen entsprechenden emotionalen Bezug haben – eine hervorragende Wirkung haben kann, leuchtet mir auf Anhieb ein. Und als Babysitter weiss ich auch, wie Videos entlastend wirken. Zu meiner Zeit gab es das nicht. Was mich verzaubert hat, das waren Märchen und Geschichten. Und die haben ganze Welten in mir freigesetzt und meiner Phantasie Flügel verliehen. Wenn ich zum Zahnarzt gehen musste, da hat mich die Bohrmaschine fasziniert, mehr noch deren Antriebsriemen. Und warum? Weil, ich weiss nicht mehr wer, jemand erzählt hat, wie es diesen Riemen «geputzt» hat. Mein Gott, was haben wir gelacht, und ich hoffte immer, dass es auch bei mir mal geschehen möchte … Wobei nur bestätigt ist, dass es verschiedenste Möglichkeiten gibt, Angst zu überwinden. Zur Bewältigung der Angst kann es daher nur hilfreich sein, sich mehr umzuhören. Horrorgeschichten über Zahnärzte, die meist keinen realen Bezug haben und auch keinen haben müssen, tragen zur Erzeugung der Angst bei.

Gedanke 3

Ethik der Entscheidungsfindung und ihre Bedeutung für die zahnärztliche Betreuung alternder Menschen, Christian Besimo, Brunnen

Ja, die Aufforderung ist richtig, sich als Zahnarzt, Zahnärztin nicht nur auf den Mund zu beschränken. Die Welt ist grösser. Wenn ein Zahnmediziner so etwas seinen Kolleginnen und Kollegen rät, kann ich nur sagen: Chapeau. Aber habe ich unterschwellig nicht auch mitgehört: Wir sind doch nicht nur Zahnärzte. Schmalspurmediziner. Richtig vermutet, später kam es dann auch

explizit zur Sprache. Mit anderen Worten: Die Bilder, die Zahnmediziner von sich haben, und die Bilder, die andere von ihnen machen, liegen sich in den Haaren. Und sie spalten, wie könnte es anders sein, auch die eigene Gilde. Denn die einen verstehen sich mehr als Techniker, die anderen als Mediziner. Während die einen nicht genug Implantate einsetzen können und daran gut verdienen, fragen sich die anderen, ob nicht auch ein zahnloser Mensch gesund leben könne. Lässt man aber Zahnlosigkeit zu, wie verdient man dann? Es liegt mir fern, mich im Dschungel sich widerstreitender Meinungen weiter zu verirren. Ich nehme nur wahr und frage mich, wie er sich auf Patientinnen und Patienten auswirkt. Und denke: Eine ganzheitliche Sicht darf bei aller Spezialisierung nicht fehlen. Sie ist viel umfassender als die Spezialistensicht und zu ihr gehört auch das Wissen, dass man nicht alles wissen kann und wissen muss. Dieses Wissen entlastet, ohne mich von der Verantwortung zu entbinden. Es entlastet, weil ich mich nicht dauernd fragen muss, habe ich auch alles gesehen. Denn wer dauernd angespannt auf Vieles zu achten hat, übersieht gerne Elementares. Dafür schafft dieses selbstkritische Wissen die Voraussetzung, auf jemanden zuzugehen und sich auf ihn/sie einzulassen. Vielleicht ist dann ein zahnloser Mund das richtige, oder man spürt beim Gespräch intuitiv, dass diese Person durchaus noch gerne ein gutes Steak (nicht in Musform) geniessen würde oder dass es da auch noch so etwas wie Eitelkeit – im positiven Sinne – gibt, die sich mit Zahnlosigkeit nicht so einfach abfinden kann. Übrigens, das muss hier doch noch angemerkt werden: Es ist nicht zufällig, dass die Fragen nach dem Berufsbild, die Fragen nach der eigenen Identität virulent in Spezialbereichen wie Behinderte und Alte werden. Denn gerade in diesen Bereichen geht es um die Sinnhaftigkeit des eigenen Arbeitens. Daher lohnt es sich auf jeden Fall, darüber nachzudenken.

Gedanke 4

Medizinische Entwicklungszusammenarbeit: Cui bono? Wem nützt es? Fallbeispiele aus der Ukraine und Afrika, Ulrich Exner, Zürich

Da geht einer hin, um in einem anderen Land, das medizinisch nicht den Schweizer Standard hat, zu operieren. Kein Zahnarzt notabene, sondern ein Orthopäde. Weshalb? Um zu lernen, so die lapidare Antwort. Lernen wird wörtlich verstanden. Denn in den von ihm bereisten Ländern wird er innerhalb von wenigen Wochen mit mehr für ihn interessanten Fällen konfrontiert, als das in der Schweiz dank der medizinischen Erfolge vergangener Jahre in einem Zeitraum von fünf Jahren möglich wäre. Doch dies ist nur die eine Seite der Medaille, die andere ist ebenso wichtig: Es geht um die Weitergabe von Wissen. Womit sich bestätigt, dass zwischenmenschliche Beziehungen dem Wissen eine besondere Qualität verleihen. Dank der modernen Informationsmedien ist es selbst in entlegensten Winkeln der Welt möglich, sich innerhalb kürzester Zeit mit einer Unmenge von Informationen einzudecken. Das Problem dabei ist, wie man sich in der Flut dieser Informationen orientiert, damit das gefunden wird, was man wirklich braucht. Als einer der besten Orientierungspunkte erweist sich dabei der Rat von qualifizierten Fachpersonen. Dieser durch Begegnung ermöglichte Wissenstransfer sprengt Grenzen gleich in mehrfacher Hinsicht: Es ist nicht nur ein anderes Land, eine andere Ausbildung, ein anderer Wissensstand, es ist auch ein anderes Berufsethos und eine andere Kultur. Diese Andersartigkeiten könnten so befremdend sein, dass es nie und nimmer zu einem echten Austausch kommt. Sie können aber auch eine Chance sein und sind es sicher dann, wenn der Mensch mit seinem gesundheitlichen Problem im Mittelpunkt steht. Dann wird entscheidend, was wie getan werden kann unter diesen konkreten Bedingungen. Einer Situation angemessen zu reagieren bedeutet, das Beste zu tun und sich nicht mit schlechteren Lösungen zufriedenzugeben, nur weil nun einmal die Umstände nicht so gut sind. Dieses Beste duldet keine wie auch immer gearteten Halbheiten – wer mit beschränkten Mitteln leben muss, muss erfinderisch sein, um alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die mit diesen beschränkten Mitteln zu realisieren sind. Das ist anstrengend und erfordert neben einem hohen Mass an Selbstdisziplin, an Phantasie und Improvisationsgabe, auch einen hohen beruflichen Ethos, da solche Leistungen in der Regel nicht mit Geld vergütet werden können. Der Lohn der Arbeit ist, sofern sie gelingt, dass jemand gehen oder auf eigenen Füssen, im wörtlichen wie auch metaphorischen Sinn verstanden, stehen kann. Und Hand aufs Herz, so frage ich mich, sind das nicht auch jene Eigenschaften, über die Zahnärzte und Zahnärztinnen verfügen müssten, wenn sie Kinder, Behinderte und alte Menschen behandeln?

Ich möchte auch diesen Gedanken mit einer Anmerkung schliessen: Die Glaubwürdigkeit der eigenen Arbeit und die Glaubwürdigkeit des eigenen Engagements leiden mit Sicherheit nicht darunter, wenn jemand bereit ist, dafür auch eigene finanzielle Mittel einzusetzen. Ja, manchmal scheint mir dies geradezu geboten zu sein, wenn auf diese Weise die beste, nicht die teuerste, Lösung möglich wird.

Gedanke 5

ALS, Amyotrophe Lateralsklerose, Thomas Unteregger, Wohlen mit Diagnose ALS, Frau Isabelle Facchini, Logopädin, Aarau, und Rebecca Tas, DH in Nottwil

Dr. Gregor Vinzens

Beim Galadiner

Dr. Pierre-Alain Sollberger, Rheinfelden und Prof. Christian Besimo

Amyotrophe Lateralsklerose, eine Krankheit, die zum Tode führt und über deren Ursache man bis heute im Dunkeln tappt. Statistisch gesehen gibt es in der Schweiz ca 700 Fälle. Die Zahl, so höre ich, bleibt ziemlich konstant, weil die Zahl der Neuerkrankungen in etwa der Zahl der an der Krankheit Verstorbenen entspricht. Und da sitzt einer im Rollstuhl, der an dieser Krankheit leidet. Er hört sich die Ausführungen über den Verlauf der Krankheit an und ist dabei, wenn über die pflegerischen Massnahmen berichtet wird. Ich frage mich, wie er das hört, denn für mich ist es ein Zuhören mit dem Grundtenor, dass ich froh bin, nicht an dieser Krankheit zu leiden. Und dann spricht er, nimmt Bezug auf das Gesagte. Jaja, statistisch sei er

Dr. Gregor Vinzens und Dr. Martin Beck

einer von denen, die eben ein bisschen atypisch seien und deshalb noch leben und dass es ihm gut gehe im Vergleich zu anderen, die nie auf solche medizinische Pflege hoffen können wie er sie erlebt. Er bezeichnet seine Krankheit als Lebensschule. Kein Lamento. Wozu denn auch, die Situation ist jetzt so. Auf die Frage nach Amalgamfüllungen antwortet er, er glaube nicht, dass da ein Zusammenhang bestünde – aber er hätte sie sich entfernen lassen aus Gründen der Eitelkeit. Und der Mund sei ein sehr intimer Bereich … das erste Mal an diesem Nachmittag fällt dieses Wort: intim. Intimbereiche beruhen nicht einfach nur auf gesellschaftlicher Konvention, obwohl diese Intimbereiche festsetzt, sondern sie werden auch von Person zu Person unterschiedlich festgelegt. Es ist auf jeden Fall gut zu wissen, welches die Intimbereiche für eine Person sind, um einen achtsamen Umgang mit ihnen zu pflegen. Vielleicht ist das eine lapidare Erkenntnis. Daran erinnert zu werden scheint mir indes gerade für Professionelle, die sich täglich mit den verschiedensten Mündern und Mundgerüchen auseinanderzusetzen haben, von einiger Notwendigkeit. Denn Professionalität stumpft auch ab.

Aber da ist noch etwas, das sich mir aufdrängte: Es ist die respektlose Art, mit der eigenen Krankheit umzugehen, ja über sie zu lachen und Witze zu machen. Ich könnte auch sagen, dass es eine Art ist, der Krankheit ins Gesicht zu schauen und mit ihr zu leben, nicht gegen sie, weil das viel zu viel Energie braucht, die anderswo dringend nötig ist. Das meint beileibe nicht eine Verklärung der Krankheit. Aber es schafft die Möglichkeit eines «normalen» Umgangs und vor allem ermöglicht es der Umwelt einen Umgang mit der von der Krankheit gezeichneten Person. Sie befreit davon, nur an den Tod zu denken und eröffnet auf diese Art ein weites Feld intensivster Lebensmöglichkeiten. Schön, wenn dann jemand sagen kann: Ich bin glücklich – und ein Funke dieses Glücks erst noch auf die Zuhörerinnen und Zuhörer überspringt.

Isabelle Facchini, Thomas Unteregger, Dr. Juliane Leonhardt Amar

Gedanke 6

«Eindrücke» – «Indignez-vous!», *Stephan Gottet, Bremgarten*

Vom Ende einer Veranstaltung lohnt es sich, zu deren Anfang zurückzugehen, weil – für einmal theologisch gesprochen – der Ursprung das Ziel ist. «Eindrücke» von Hilfsprojekten werden geschildert. Die Eigenart von Eindrücken ist es, dass sie etwas bewegen und Spuren hinterlassen. Afrika ist gegenwärtig. Das ist umso erstaunlicher, als es sich ja um ein Symposion der SGZBB handelt. Gewiss, es geht um Projekte in Afrika, die teilweise etwas mit Zahnmedizin zu tun haben. Aber aussergewöhnlich ist, dass Afrika in Bremgarten einen Ort erhält, dass ihm sozusagen Gastrecht gewährt wird. Damit ist bereits von allem Anfang an das Gebiss in einen viel grösseren Zusammenhang gestellt und der Fragehorizont weit über das Übliche hinaus ausgeweitet. Und ich denke, dass dies nicht zufällig ist – auch wenn es zufällig mit dem Engagement einer bestimmten Person zusammenhängt. Denn gerade wenn es um Behinderte und Betagte geht, kommen viele weitere Fragen dazu. Die Nähe des Todes gewichtet Dinge im Leben anders, die Fähigkeiten Behinderter fordern heraus. Aber das geschieht nicht, wenn man ihnen keinen Ort gibt. Das erfordert Geduld, eine Tugend (nicht ein Wert), die gelebt werden will. Es bedarf der Achtsamkeit, sonst wird der Ort übergangen.

Gedanke 7

Deshalb kann ich mich nur mit aller Energie dem Aufruf von Stéphane Hessel, einem 93 jährigen ehemaligen Diplomaten anschliessen, der mit seinem kurzen Aufruf «Indignez vous» dazu auffordert, sich öffentlich zu empören über Zustände, welche Menschen ihrer Würde berauben. Empörung ist nicht einfach ein emotionales Aufwallen der Gefühle, nicht einfach ein kurzes Strohfeuer, sondern eine tiefe Motivation für den Kampf für eine gerechte Gesellschaft. Im Rahmen des Symposions aber erhält dieser Aufruf noch eine andere Note: Man soll sich nicht mit der täglichen Routine abfinden, sich nicht mit zweitklassigen Lösungen – die viel teurer sein können als erstklassige – zufriedengeben, sich nicht hinter politischen Sachzwängen verschanzen, sich nicht in vornehmer Zurückhaltung üben, wenn es um das Wohl von Alten, Kindern usw. geht. Aber man soll dieses Wohl um Gottes Willen nicht für die anderen festlegen – ich weiss schon, was gut ist für dich – sondern mit ihnen zusammen darüber streiten und dafür kämpfen. Denn wir sind nicht einfach Individuen, sondern Subjekte. Und das heisst: «Das Subjekt ist der Andere, der gleichzeitig in mir ist, und der Andere, in dem gleichzeitig ich bin. Deshalb ist das Subjekt nicht das Individuum und auch keine Substanz der individuellen Existenz. Als Subjekt ist der Mensch bereits in Beziehung zum Anderen, bevor er in Beziehung zu diesem Anderen explizit eintritt. Um mit Levinas zu sprechen: Das Subjekt ist im Antlitz des Anderen, so wie der Andere in meinem Antlitz ist. Es entsteht nicht durch den Anderen, sondern es entdeckt sich darin, indem es sagt: Töte mich nicht. Oder indem es antwortet: Ich werde dich nicht töten.» [1].

[1] *Franz J. Hinkelammert, Der Schrei des Subjekts S. 341.*

Les « guili-guili » de Genève : l'approche sensorielle chez l'enfant anxieux*

Dr. Juliane Leonhardt Amar

Qu'est-ce l'approche sensorielle ? Il s'agit d'un contrôle très fin des gestes permettant de graduellement introduire des instruments dans la bouche d'un enfant anxieux. En effet, en particulier chez l'enfant possédant un trouble du développement, un simple examen clinique peut prendre des proportions très importantes, comme va le démontrer cet article. Etablir une relation de confiance entre le praticien et le patient souffrant d'un trouble du développement est essentiel dans le but d'obtenir une collaboration suffisante du patient pour effectuer régulièrement des séances de contrôle et de prophylaxie.

Les stratégies comportementales peuvent aider à diminuer le niveau d'anxiété dentaire chez la plupart des enfants. La relaxation par une respiration du ventre, la méthode *« tell, show, hear, feel, do »,* le renforcement positif, la distraction, la part*icipation* du patient (miroir), et la désensibilisation systématique en font partie. Néanmoins, les patients avec des troubles du développement tels que les désordres du spectre autistique ou l'hyperactivité (TDAH), nécessitent une approche encore plus nuancée, ces patients étant souvent hypersensibles.

Troubles Envahissant du Développement (TED)

Les désordres du spectre autistique font partie des « troubles envahissant du développement » (TED) selon la classification de l'OMS, CIM (classification internationale des maladies) et la classification américaine DSM IV *(4ème version du « diagnostic and statistical manual of mental disorders »).* Cinq groupes constituent le TED dont 1) le trouble autistique ou autisme infantile 2) le syndrome d'Asperger 3) les troubles désintégratifs de l'enfance 4) le syndrome de Rhett et 5) les troubles d'envahissement non spécifiés. Le diagnostique du TED mentionne la **triade autistique** qui décrit les symptômes principaux suivants : limitations dans les interactions sociales interactives, limitations dans les communications verbales et non verbales et ritualisation des activités, des jeux et des sujets d'intérêt. Il existe une grande variété dans l'expression et dans la sévérité des signes comportementaux sur lesquels est basés le diagnostic. Néanmoins pour appartenir à la classification TED, les symptômes de la triade doivent être présents. Des signes associés peuvent inclure une déficience cognitive (70 à 80 % des cas) ou des troubles du comportement comme les troubles obsessionnels compulsifs. Un trouble attentionnel avec ou sans hyperactivité (TDAH), différentes formes d'épilepsie et une déficience sensorielle, tels qu'une cécité ou une surdité, peuvent également se manifester. La prévalence des personnes atteintes d'un désordre autistique est de 0.6 %, ou 1 enfant sur 165 (Fombonne, 2005). Le sex ratio est de quatre garçons pour une fille (à l'exception du syndrome de Rhett). Le diagnostique est établi entre l'âge de 2 et 3 ans.

Concernant l'étiologie, les origines des désordres du spectre autistique sont multi génétiques et plurifactorielles avec l'association d'un ou plusieurs gènes et de divers facteurs environnementaux. Des facteurs de risque « endogènes » génétiques et « exogènes » environnementaux (pré- et post-natals), peuvent influencer les troubles du développement du système nerveux central en rapport avec l'autisme. Une trentaine de gènes a été identifiée. Des facteurs environnementaux tels que des infections (notamment la rubéole ou le cytomégalovirus pendant la grossesse), la dépression maternelle, des agents toxiques et plusieurs autres facteurs ont été mis en rapport avec le syndrome autistique. Des carences environnementales sur le plan éducatif et affectif ont également été décrites comme facteur de risque, par exemple, chez les orphelins roumains qui ont été diagnostiqués *« autistic-like ».*

La consultation au cabinet dentaire

Différents aspects du désordre autistique nous concernent lors d'une consultation au cabinet dentaire. Ce type de patient a peur des situations et des environnements nouveaux, surtout médicaux, ainsi que des personnes étrangères, particulièrement en blouse blanche. Il est hypersensible aux stimuli sensoriels tels que le bruit, la lumière, les odeurs, et l'intrusion tactile dans la sphère buccale. Il s'intègre au ralenti dans un nouvel environnement avec ses informations visuelles et auditives et il a donc besoin de temps pour s'adapter. De plus, il a une attention hyper sélective aussi appelée *« tunnel vision »* avec une difficulté particulière pour associer une nouvelle stimulation à une précédente ou pour faire passer son attention d'une modalité sensorielle à une autre. Etablir un contact avec ce type de patient est difficile, car il est souvent enfermé dans une sorte de « bulle » : une communication verbale interactive est la plupart du temps impossible. Il peut également avoir un comportement agressif et impulsif. Comment dès lors aborder ce patient ?

Essayons de nous immiscer dans la réalité de l'enfant. Tout d'abord, nous pouvons observer son comportement dans la salle d'attente, ses interactions avec la personne qui l'accompagne et sa capacité à entrer dans la salle de soins. Il est recommandé d'emblée d'avoir le réflexe de ralentir toute action et d'observer l'enfant. Il est alors utile de procéder en *« slow motion ».* Le médecin dentiste lui laisse le temps de regarder et de *« sentir »* tout l'environnement de la salle de soins. Le soignant agit en fonction de la réaction de l'enfant en lui présentant l'unit dentaire et les instruments alentours avant de vouloir l'asseoir sur le fauteuil. Dès que le patient a accepté de s'asseoir sur le fauteuil, nous pouvons introduire la soufflette, l'aspiration, le miroir et l'instrument rotatif avec une cupule en caoutchouc. Il convient de laisser l'enfant prendre l'aspirateur dans la main et de le laisser toucher lui-même ses dents. L'aspirateur est l'instrument qui occasionne le plus de peur au patient en raison de son bruit. Ensuite, le médecin dentiste peut progressivement faire accepter la position couchée sur le fauteuil et la lumière pour regarder en

**killekille machen, Streicheleinheiten, Seelentröster für die Kinder*

bouche. Enfin, il peut tenter un polissage des dents afin d'introduire la sensation de vibration.

Cet ensemble d'étapes et de gestes peut être accompli en moins de dix minutes chez les patients ayant un comportement « normal » et dotés d'une anxiété basse ou modérée. Chez l'enfant autiste, une à deux, voire trois séances de 30 minutes, peuvent se révéler nécessaire. Est-ce du temps perdu ? Certainement pas, car l'investissement de temps apporte un progrès graduel dans l'acceptation de l'examen buccal et dans la confiance établie avec le dentiste. Il est certain que nous devons faire preuve de beaucoup de patience et d'une attitude « zen » pour arriver à notre but.

L'acceptation des instruments dans la bouche nous amène aux « gestes micro sensoriels ». Chaque geste doit être très délicat afin de ne pas gêner l'enfant. Par exemple, le médecin dentiste approche très lentement la lumière (« soleil ») vers les dents en observant la réaction du patient. Pour agir tout en douceur, le soignant introduit les instruments avec légèreté, en effleurant les dents. Il utilise très peu de pression en appuyant sur la soufflette qu'il peut décrire comme étant un « petit vent ». Il utilise la canule d'aspiration fine sans passer devant les yeux du patient. L'eau n'est appliquée que goutte à goutte pour mouiller les dents. En effet, un spray d'eau pourrait surprendre l'enfant à tel point qu'il refuserait tout geste ultérieur. Les raisonnements ne sont pas utiles pour revenir en arrière. Le polissage des dents se fait à vitesse lente et avec peu de pression : se sont les guili-guili. Tout au long de la séance, les soignants parlent d'une voix douce en évitant des gestes brusques.

Les parents ou personnes accompagnants sont essentiels à la réussite de ces séances, car ils connaissent bien l'enfant et peuvent nous aider à guider son comportement. Ils peuvent également se mettre à la place de l'enfant pour servir de modèle. Parfois, les parents consultent en présence d'un professionnel de confiance appelé « comportementaliste ».

Troubles du Déficit d'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

Les enfants diagnostiqués avec TDAH *(Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ADHD en anglais, *Aufmerksamkeits Defizit Hyperaktivitäts Störung* en allemand) sont de plus en plus nombreux à consulter dans nos cabinets dentaires. La fréquence varie de 5 et 15 % des enfants en âge scolaire. Quatre fois plus de garçons sont atteints et le diagnostic est généralement établi à 7 ans. Les symptômes incluent une difficulté à se concentrer, une agitation motrice, une impulsivité, des troubles d'apprentissage et des symptômes associés comme l'anxiété. Il s'agit d'un dysfonctionnement au niveau des neurotransmetteurs, plus précisément ce sont la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline qui sont impliquées.

L'étiologie est d'origine génétique avec des facteurs environnementaux qui influencent l'évolution des symptômes. Au moins 85 % des enfants diagnostiqués avec un TDAH reçoivent une médication comportant des psycho stimulants, comme le méthylphénidate, qui agissent en augmentant le taux de dopamine et de noradrénaline dans la fente synaptique. Cette molécule se présente sous différentes formes comme la Ritaline® ou la Concerta®. Il existe également l'amoxétine (Strattera®) qui fait partie des médicaments non psycho stimulants et qui agit comme inhibiteur de la recapture de la noradrénaline.

Chez le dentiste, les enfants TDAH posent des difficultés de coopération à cause de leur comportement agité et de leur anxiété. En utilisant des stratégies comportementales classiques en combinaison avec l'approche sensorielle, un traitement peut être atteint avec succès. En plus de ces stratégies, des exercices de respiration et de relaxation – comportant le défi de ne pas bouger pendant 30 secondes – permettent d'obtenir une coopération satisfaisante.

Il va de soit que la réussite des soins n'est pas toujours atteinte avec les méthodes de thérapies comportementales. Souvent les enfants atteints de TED doivent être soignés sous anesthésie générale. Cependant, il convient de tout mettre en œuvre afin que les contrôles et les séances de prophylaxie ultérieurs puissent être accomplis dans le cadre du cabinet dentaire.

Références :
1. *Tardif C, Gepner B, L'Autisme, 2010*
2. *Wodon I, Déficit de L'Attention et Hyperactivité chez l'Enfant et l'Adolescent, 2009*

Multimedia bei der zahnärztlichen Behandlung von Kindern, Behinderten und Betagten.

Willy Baumgartner, 8001 Zürich

Dr. Willy Baumgartner

Die Frage, wie weit der Einsatz von Bild und Ton die Kooperation unserer Patienten, speziell von Kindern, Behinderten und Betagten verbessern oder das Erlebnis beim Zahnarzt angenehmer gestalten kann, beschäftigt wohl alle Angehörigen unseres Berufsstandes. Zur Zeit meiner Praxiseröffnung vor gut 30 Jahren war es verbreitet, durch eine Hintergrundberieselung mit Musik eine etwas gelöste Stimmung in Praxisräumen zu produzieren. Es zeigte sich mir aber bald, dass die vom Zufallsgenerator oder vom Radiosender eingespielten Musikstücke kaum je auf die anwesenden Patienten passten. Ängstliche Kinder, junge Erwachsene und depressive Betagte reagierten individuell völlig verschieden und oft sogar befremdet über einen unpassenden Musikstil, so dass ich die Anlage eines Tages entnervt entsorgte.

Ebenfalls war es in den 1980er Jahren modern, die Praxisräume etwas farbig zu gestalten und das weisse klinische Erscheinungsbild zu vermeiden. In den 90er Jahren wechselte die Mode dann wieder auf weiss, doch für den Schwerpunkt der Kinderzahnmedizin hatte ich mein Mobiliar in Holzimitation gestaltet, in der Meinung, dass dieses Material den Kindern von Holzspielsachen her vertraut sei. Das Wartezimmer ist zudem mit Kinderzeichnungen ausgehängt, welche den kleinen Patienten das Vertrauen geben sollen, dass sie hier unter Kindern sind. An den Wänden hängen spielerische Elefantenformen und über dem Behandlungsstuhl sind drei Elefanten als Holzformen kreisförmig angebracht. Während der Lachgasanalgesie suggeriere ich den Kindern, dass diese Elefanten im Kreise herum gehen, wenn man sie ganz gut und lange ruhig atmend betrachten würde. Wenn eine genügend tiefe Analgesie erreicht ist, bestätigen die Kinder meist, dass die Elefanten tatsächlich im Kreise gehen. Dies ist dann für mich ein gutes Zeichen, dass ich Oberflächen- und Lokalanästhesie setzen kann, ohne dass das Kind dies noch wesentlich realisiert. Die Kinder im Vorschulalter lassen sich natürlich eher durch eine solche Suggestion beeinflussen, als grössere mit ernsthafteren Phobien oder Kinder mit geistigen Behinderungen.

Seit gut zehn Jahren wurde es in der Kinderzahnmedizin modern, auf einem Flachbildschirm über dem Behandlungsstuhl Trickfilme anzubieten, um das Kind abzulenken. Ich habe dies nach guten Erfahrungsberichten von Kolleginnen und Kollegen ebenfalls installiert und es ist tatsächlich erstaunlich, wie doch viele Kinder sich von den bewegten Bildern völlig in den Bann ziehen lassen und in Kombination mit der Lachgasanalgesie die Behandlung oft kaum mehr wahrnehmen. Sie sind dann wie in einer anderen Welt. Am stärksten ist dieser Effekt, wenn dies eine dem Kind bereits vertraute Welt ist, wenn es den Film bereits kennt oder ihn selbst von zu Hause mitbringt. Kleinkinder im Vorschulalter können allerdings vor einzelnen Figuren eine irrationale Angst haben, etwa vor «Pingu» oder vor Figuren aus dem «Dschungelbuch». Die Mütter machen einen meist auf solche Ängste zum Voraus aufmerksam.

Warum Bilder eine magische Kraft – im Positiven wie im Negativen – auf Menschen ausüben, scheint heute nach Prof. Dr. Thomas Junker von der ETH Zürich recht gut verstanden. Ein besonderes kulturelles Merkmal unserer Spezies ist die Kooperation auf der Basis von Sympathie unter Austausch und Koordination von bewussten, aber auch besonders von unbewussten Gefühlen, Wünschen und Zielen. Von allen Hirnleistungen wird uns ja nur gerade 1 % bewusst. Mittels Sprache und Bildern werden Gefühle ästhetisch bearbeitet und kommuniziert und schaffen damit Identität sowohl für Individuen wie für Gruppen. Da Identität eigentlich nicht beschreibbar ist, hat sie eine übersinnliche personale Bedeutung und wird oft auch als nicht-stoffliche «Seele» verstanden. Man nimmt an, dass sich diese kulturelle Entwicklung schon seit dem Auftreten von Homo sapiens vor gut 200 000 Jahren angebahnt hat, obwohl die ältesten Funde von Bildern und Figurinen, also von Kunst, nur etwa 36 000 Jahre alt sind. Der Hirnforscher Ernst Pöppel schreibt: *Die Ich-Identität besteht aus emotional stark geprägten Erlebnissen vergangener Zeiten. Diese sind im episodischen Gedächtnis in Form von Bildern gespeichert. Jeder von uns hat Hunderte bis Tausende solcher Bilder, aus denen er seine persönliche Identität zusammenstellt. Bewusstsein und Identität haben aber auch eine soziale Dimension: Es sind uns jene Dinge bewusst, die anderen mitgeteilt werden sollen, es ist einem etwas bewusst, weil es andere gibt.* Gäbe es nur einen einzigen Menschen auf der Welt – so kann man daraus schliessen – hätte und bräuchte dieser wohl keine Identität. Kommunikation über Bilder und Kunst ist also eine magische Form des Vertrauens und der Kooperation mit Hilfe der Phantasie. Mit dem Bild kann ich dem Kind etwas mitteilen, vielleicht dass ich für seine Welt Verständnis habe, oder dass es mir vertrauen kann.

Identitätsfindung findet beim Menschen innerhalb von Gruppen statt und fördert die

Aus der Sicht des Patienten

Ästhetik von Kunstwerken, indem genetische Qualität bei der Partnersuche mit Symbolen der Einzigartigkeit und Schwierigkeit signalisiert werden kann. Für Kinder sind hingegen die spielerischen Formen der Kunst von Bedeutung, da sie die Welt der Erwachsenen und ihre eigene, sich bildende Identität beim Spiel kennen lernen und üben. Bewegte Bilder sind eine spielerische, zweite Realität, welche die wahrnehmbare Wirklichkeit an Phantasie, Symbolen und Emotionen weit übertrifft.

Nun haben wir aber alle aber auch Patienten und Kinder mit ausgeprägten Phobien und ich mache immer wieder die Erfahrung, dass diese auf Bilder nicht reagieren. Weder interessieren sie sich für die Elefanten an der Decke, noch für den Trickfilm. Die suggestiven Worte zusammen mit einer Lachgasanalgesie verfehlen ihre Wirkung, und oft löst gerade der Anblick der Lachgas Maske eine Fluchtreaktion aus. Auf die Arten und Ursprünge von Zahnarztphobien, welche jeder Suggestion wiederstehen, ist schon in vorgängigen Symposien in Bremgarten eingegangen worden. In der Praxis wird bei Vorliegen zahlreicher kariöser Läsionen und stark zerstörter Milch- und Wechselgebisse die Sanierung in Narkose dann doch oft das Mittel der Wahl sein.

Beim Abspielen der Trickfilme hat sich mir die Frage gestellt, ob der Originalton mitgespielt werden soll, ob er ganz abgestellt werden soll oder ob daneben vielleicht eine separate beruhigende Musik gespielt werden soll. Zudem bin ich auf Literaturhinweise gestossen, die bei betagten Depressions- und Demenzpatienten Musiktherapien beschreiben, die man vielleicht auch in der Zahnarztpraxis anwenden könnte. Das Gebiet der Musiktherapie ist zwar in der Psychiatrie neben Pharmakotherapie, Verhaltenstherapien, Psychotherapien, Reittherapien u.a. gut verankert, ist aber sehr weitläufig und wird meist vom Therapeuten sehr individuell je nach seiner Ausbildung gehandhabt. Die einschlägige Literatur betont aber, dass es schon im alten Ägypten Musikpriesterinnen als Heilberuf gegeben habe, dass Pythagoras Lieder gegen körperliche und seelische Leiden eingesetzt habe und dass Musik ebenfalls traditionsgemäss eine magische und Identität stiftende Funktion bei Ritualen und Zeremonien habe. Es wird etwa das Alte Testament erwähnt, wo es im Buch Samuel heisst: *«So oft nun der böse Geist über Saul kam, nahm David die Harfe und spielte. So wurde es Saul leichter, und der böse Geist wich von ihm».* Auch sagt man vom Komponisten Giuseppe Verdi, dass er nach dem Tod seiner Frau und zweier Kinder in eine tiefe Depression verfallen sei und nichts mehr komponieren konnte. Ein Verleger bat ihn aber, die Oper Nabucco zu komponieren und schilderte ihm die Szene der gefangenen Israeliten vor ihrer Hinrichtung. Augenblicklich sei dabei die berühmte Melodie des Gefangenenchores aus dem Nichts über Verdi gekommen, sie sei einfach plötzlich dagewesen und habe ihn von der Depression geheilt, sodass er die Komposition übernehmen konnte.

Die heutige wissenschaftliche Sicht sagt, dass das Ohr mehr Zugang zu Stimmungen und Gefühlen vermittle als das Auge, und dass das Gehörte in tiefere Seelenschichten eindringe. Musik schafft Zugang zu Unterbewusstem, zu Bildern und Erinnerungen und nimmt Einfluss auf Körperfunktionen, Atmung, Puls, Blutdruck, auf Abbau von Angst und Aggression und fördert Gefühle des Vertrauens und der Geborgenheit. Es fragt sich also, ob diese Funktionen für die Kooperation unserer Patienten genutzt werden können. Musik harmonisiert die Aktivitäten der beiden Hirnhemisphären, welche Intellekt und Intuition repräsentieren. Ihre Verbindung, das Corpus callosum, soll bei Musikern stärker ausgeprägt sein. Ab dem fünften Schwangerschaftsmonat ist das Hörzentrum funktionsfähig. Das Baby kann bereits Musik und die Stimme der Mutter als Sicherheit und Geborgenheit erleben. Musik senkt die Stresshormone und ihre psychosomatischen Auswirkungen. Dies haben viele Autoren besonders für klassische Musik beschrieben. Auch Musik stiftet Identität, hat eine soziale Bedeutung und ist evolutionsbiologisch verankert: Bei Singvögeln kann die Anzahl der Melodien, die das Männchen beherrscht, über den Erfolg beim Weibchen entscheiden, zeigt also wiederum genetische Qualität an.

Musiktherapien werden etwa nach folgenden Möglichkeiten unterteilt:

- Die Patienten hören unbewusst Musik, im Wartezimmer oder während einer Behandlung
- Der Patient musiziert selbst, alleine, mit dem Therapeuten zusammen oder in Gruppen
- Es findet ein Gespräch zwischen Patient und Therapeut statt über die Gefühle, die beim Musizieren aufgekommen sind.
- Der Patient hört bewusst Musik (z.B. bei Depressionen)

Des Weiteren spricht man von «Musik-Medizin», welche etwa die folgenden Inhalte hat:

- Einfluss der Musik auf die Gesundheit der vegetativen Systeme
- Unterstützung der klinischen medikamentösen Behandlung mit einer Lieblingsmusik des Patienten
- Reduktion von Schmerzempfindung und Angst
- Verbesserung der Stimmung in der Anästhesie oder bei Krebspatienten
- Trainingsprogramme, die nach den Wünschen der Patienten ausgerichtet werden

Davon wird «Funktionelle Musik» abgegrenzt als

- Unterstützung der verbalen Psychotherapie durch Musik mit vorhersagbarer Wirkung
- Gemeinsames Singen und Musizieren in der Heilpädagogik von geistig Behinderten und in der Geriatrie
- Unterstützung der Entspannung bei der Rehabilitation von Herz-Kreislaufpatienten

Daneben wird eine «Rezeptive Musiktherapie» angewandt, welche folgende Elemente umfasst:

- Selbstheilungsprozesse durch Hören von Musik
- Klangtherapien mit spiritueller Ausrichtung
- Kombination mit Hypnose und Trance
- Mit oder ohne Begleitung durch Therapeuten
- Einsatz archaischer Instrumente wie Gong oder Monochord
- Wahrnehmungserweiterung, Imagination, bewusst werden lassen von Konflikten

Die «Aktive Musiktherapie» hat wiederum andere Konzepte:

- Die Patienten sind aktiv mit Musizieren beteiligt
- Heilpädagogisch-künstlerisch-kreative Orientierung (Orff-Therapie, Anthroposophie)
- Nordoff/Robbins Therapie: Musik hat keine vorhersagbare Wirkung, sondern ist das Mittel, mit dem jeder Mensch in seinem Wesen erreichbar ist. Anwendung bei Kindern mit geistiger Behinderung, die sich musikalisch äussern können

Davon wird noch eine «Aktive Musik-Psychotherapie» unterschieden mit den Inhalten:

- Aktives gemeinsames Musizieren mit verbaler Aufarbeitung des Erlebten
- Beim gemeinsamen Improvisieren kann die Wirklichkeit des Patienten hörbar und erlebbar werden.
- Prinzip nach Freud: Erinnern – Wiederholen – Durcharbeiten
- Einsatz in Geriatrie, Rehabilitation, Psychiatrie, bei Behinderten und in der Frühförderung

Von links: Prof. Christian Besimo, Dr. Willy Baumgartner, Frau Dr. Juliane Leonhardt Amar, Prof. Uli Exner

Aus der Literatur und den eigenen Erfahrungen würde ich etwa folgende Schlüsse ziehen:

Musiktherapie wirkt bei verschiedenen Menschen sehr verschieden, aber unvorhersagbar und braucht deshalb professionelle Begleitung. Sie ist offenbar kein Allheilmittel nach dem Ursache-Wirkungsprinzip. Sie kann Menschen glücklicher und gesunder machen, damit eventuell auch kooperativer. Musik kann Hypnose und Trance unterstützen, sie kann Stress abbauen und Vertrauen schaffen. Wie weit uns all dies in unserer Praxis hilft, die Behandlungen für unsere Patienten stress- und angstfreier, erfolgreicher und angenehmer zu gestalten, könnte davon abhängen, wie weit wir uns auf das Gebiet der Musiktherapie vorwagen. Die Fachleute warnen allerdings etwas vor der Anwendung von musiktherapeutischen Mitteln durch Laien und ich habe auch schon mit der Wahl einer «falschen» Musik kontraproduktive Effekte gesehen. Am besten scheint sich während der Behandlung die Lieblingsmusik des Patienten über Kopfhörer zu bewähren, welche ihm eine Art Rückzug in seine eigene Welt erlaubt. Man erlebt damit bei Angstpatienten zum Teil frappante Wirkungen. Bei den Kindern lasse ich immer die Originalmusik zum Video laufen, die ja auch von Fachleuten dazu synchronisiert worden war, um eine gewisse Magie zu erzeugen. Daneben sollte man nicht vergessen, dass die eigene Stimme ebenfalls als Tonmodulation in einem vertrauensbildenden Sinne eingesetzt werden kann. Evolutionsbiologen vertreten zum Teil die Meinung, dass die Sprache vor etwa 90 000 Jahren aus einer Art Rufen und Singen heraus entstanden sei.

Literatur:

- *JUNKER, Thomas: Geheimwaffe Kunst: Eine neue evolutionsbiologische Theorie. In: Darwins langer Arm – Evolutionstheorie heute. Vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2011*
- *KRAUS, Werner: Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie. Verlag C.H. Beck, München 2002*
- *PÖPPEL, Ernst: Bilder bilden unsere Identität. NZZ vom 18.12.10*
- *TRAPPE, Hans-Joachim: Musik und Gesundheit. Welche Musik hilft welchem Patienten – welche eher nicht. Dtsch Med Wochenschr 2009;134:2601-2606*

*Entwicklungszusammenarbeit – **PART**izipation durch Lernen*

orthopädie zentrum zürich

GU Exner

Lernen ist ein Grundprinzip des Lebens und wohl auch ein Bedürfnis aller höher entwickelten Lebewesen.

Partizipation (aus Wikipedia) heisst übersetzt 'Beteiligung, Teilhabe, Teilnahme, Mitwirkung, Mitbestimmung, Einbeziehung'

Der wichtigste Baustein des Lernens ist sicher **PART***izipation*. Für mich ist Entwicklungszusammenarbeit in erster Linie Lernen. Und wir teilen im Lernen. Lernen dürfen ist eine Gnade.

Das ist Yohana Zacharia Fosanga, geboren ca 1999. hatte 2jährig Beckentumor, interpretiert als Sarkom

«Die Art der Gnade weiss von keinem Zwang,

sie träufelt wie des Himmels milder Regen,

zur Erde unter ihr; zwiefach gesegnet:

Sie segnet den der gibt, und den, dernimmt»

(Portia, Der Kaufmann von Venedig, Shakespeare).

Ich sehe Arbeit in «resource deprived countries» unter dem Gesichtspunkt des Lernens. Ich empfinde es als Gnade, in «Entwicklungsländer» gehen und dort lernen zu dürfen – auch Lehren bedeutet ja Lernen.

Unsere Arbeit steht zudem – was immer wir tun – unter der Idee «Humanitas». Der Gedanke der Humanität umfasst die prinzipielle Gleichheit aller Menschen, allgemeine Menschenwürde, Toleranz und Achtung vor Überzeugungen, unabhängig von Geschlecht, Stammeszugehörigkeit, Religion, Nationalität, und erstreckt sich auch auf die Achtung vor Tieren und der Natur.

Anstelle von «Entwicklungsländer» gebrauche ich den Begriff «resource deprived countries», weil ich denke, dass die Ungleichheiten vor allem durch Raub von Rohstoffen (Störung der Ökologie durch Umweltschädigung, zu billiger Export von Rohstoffen incl. Export von Bildung) sehe, und denke, dass wird es schuldig sind, diese zurückzugeben.

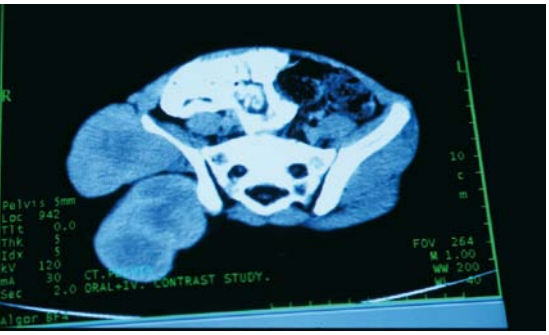
Ich partizipiere, indem ich in «Entwicklungsländern» medizinische Probleme sehen kann, die ich zu Hause in «meiner guten Stube» nicht sehe. Und ich lerne, wenn ich mit anderen Menschen zusammen arbeiten kann.

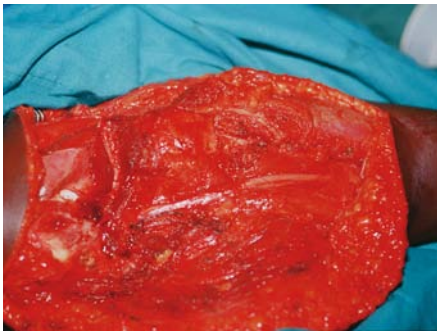
Ich profitiere davon, etwas von meinen Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln zu können, die ich mir dank unserer klimatisch und materiell guten Umgebung aneignen konnte. Und lerne dabei, dass wir mit St. Exupéry nicht das bekommen sollten, was wir uns wünschen, sondern was wir benötigen.

Und da sind wir dann bald zwischen den Ideen patriarchalischen Verhaltens einerseits und der Wichtigkeit der Autonomie.

Peter Niggli (Chef der Alliance Sud) hat zur Entwicklungshilfe geschrieben «Mehr tun – aber das Richtige». Das bedeutet klar die Aufforderung, sorgfältig zu klären, was der Beneficiary braucht, und nicht, was der Beneficient denkt, sei gut und richtig für den Beneficiary.

Kay Wilkins hat für chirurgische Entwicklungshilfe das Motto geprägt «Leave knowledge, not scars». Ich habe dazu noch als



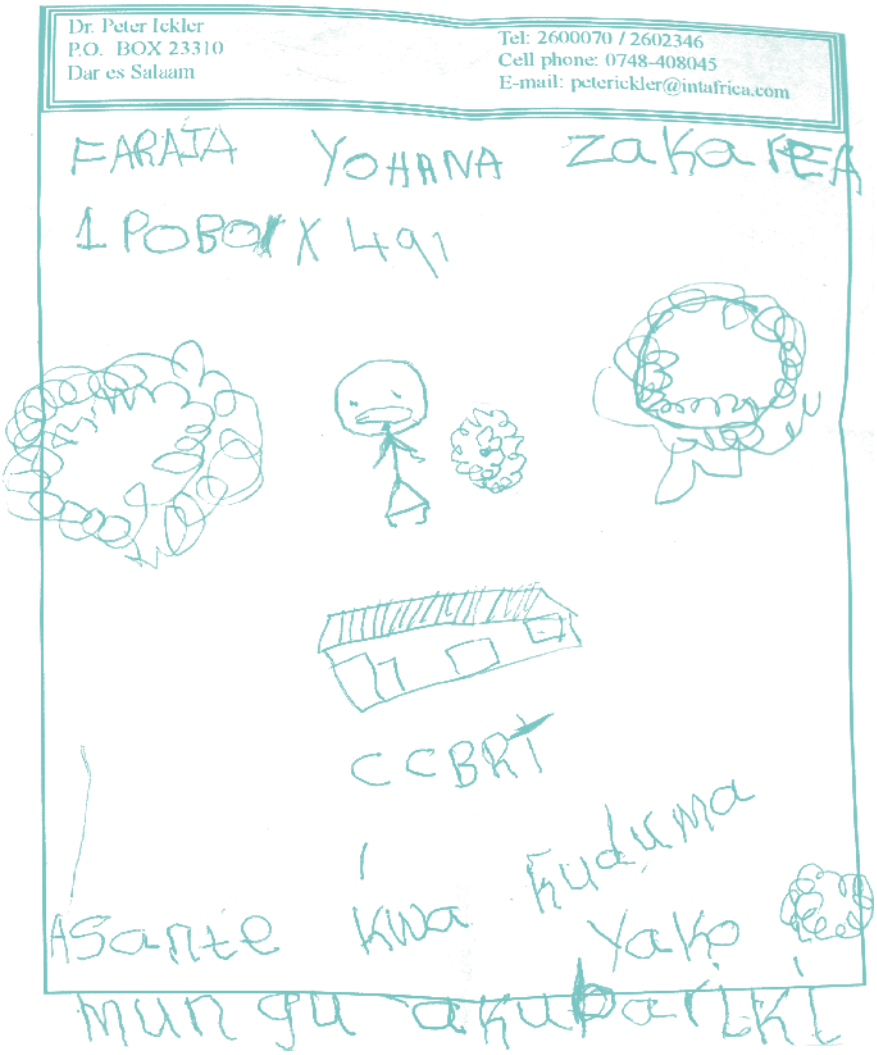


Chirurg die Feststellung gemacht «I believe the scar is a permanent disease».

Natürlich ist es wunderbar, einem kranken Kind Hilfe zukommen zu lassen, beizutragen, dass aus einem Handicap nicht Disability wird. Das soll auch so sein; aber ohne den lokalen Ärzten das Gefühl zu geben, dass sie weniger fähig seien, oder sie in ein schlechtes Licht zu rücken.

Aerztliches Leitmotiv ist seit Jahrtausenden «Primum nil nocere». Dazu gehört für mich auch, dass man keine Kompromisse machen darf, sondern gemäss besten Standards adaptiert an die vorhandenen Resourcen adaptiert umgeht.

Arbeit in «resource deprived countries» ist also auch **PART***izipation.*



Die Operation mit Resektion des Tumors gelang so gut, dass wir den Defekt durch einen Anteil des Wadenbeins überbrücken konnten. Das Resektat wurde von Prof. Dr. AR von Hochstetter freundlicherweise – unentgeltlich – in der Schweiz untersucht und bestätigte den erhofften Verdacht auf ein Desmoid (gutartiger, jedoch sehr aggressiver Tumor). Das Mädchen ist heute 8 Jahre später tumorfrei und erfolgreiche Schülerin.

Ein paar persönliche Ausführungen zum Zahnärzte Symposium SGZBB vom 13.1.2011

Thomas Unteregger und Isabelle Facchini-Baumann

«Die lachende Zigarre», Kommentar von Thomas Unteregger, Diagnose ALS

Das 23. SGZBB-Symposium in Bremgarten stand im Zentrum des Themas: «Behandlung von Menschen (spez. Kindern) mit geistiger oder körperlicher Mehrfachbehinderung». Über das Netzwerk Rotary gelangte das «Thema» Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), zu Stephan Gottet, welcher uns mit menschlicher Begeisterung einlud, ein Referat zu ALS zu halten.

Seit Beginn meiner Erkrankung ALS setze ich mich in aller Öffentlichkeit mit Events, mit Referaten gerne für meine Kolleginnen und Kollegen mit ALS ein. In diesem Sinne zögerte ich keine Sekunde, an diesem Zahnärzte-Symposium zum Thema ALS mitzumachen.

ALS kurz erläutert

ALS ist eine zurzeit unheilbare, chronische Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Krankheit führt zu Muskellähmungen und Muskelschwund am ganzen Körper, einschliesslich der Atemmuskulatur. Erstmals wurde ALS 1869 von dem französischen Neurologen Jean-Martin Charcot in Paris beschrieben. ALS wird daher häufig auch als **Maladie du Charcot** bezeichnet. Weitere Bezeichnungen sind **Motor Neuron Disease (MND)** und **Lou Gehrig's Disease.**

Betroffen ist derjenige Teil des Nervensystems, der für die willkürliche Steuerung der Skelettmuskulatur verantwortlich ist. Bei ALS handelt es sich also um eine Schädigung der motorischen Nervenzellen (motorische Neurone, Motoneurone) im Gehirn und Rückenmark.

Der Verlauf der ALS ist bei jedem Patienten unterschiedlich. Medizinisch unterscheidet man zwischen der spinalen (Beginn der Symptome bei den Extremitäten) und der bulbären Verlaufsform. Bei der überwiegenden Zahl der Patienten treten die bulbären Symptome (Dysarthrophonie und Dysphagie) in einem späteren Krankheitsstadium zusätzlich zu der Extremitätenschwäche auf. Obschon der Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich sein kann, bleibt die Ursache dieselbe, nämlich das Absterben der Nervenzellen.

ALS-Vereinigung.ch

Aus dem dringenden Bedürfnis heraus, eine Institution zu schaffen, die sich vollumfänglich für ALS-Betroffene und ihre Angehörigen einsetzt, gründeten Thomas Unteregger und Esther Jenny am 12. Juli 2007 die ALS-Vereinigung.ch. Diese unterstützt und begleitet ALS-Erkrankte und ihre Angehörigen durch die schwierige Zeit der Erkrankung. Eine der wichtigsten Leistungen der ALS-Vereinigung.ch ist **ALS-FirstHelp.** Dabei handelt es sich um eine durch die ALS-Vereinigung.ch finanziell unterstützte Beratung von Betroffenen und Angehörigen in ihrem häuslichen Umfeld. Eine mit dem Krankheitsbild ALS vertraute Pflegefachperson klärt die Ist-Situation vor Ort ab und steht beratend zur Seite bei Fragen rund um pflegerische Massnahmen, Hilfsmittel, Organisation und Koordination von Pflegeunterstützung, Therapiemassnahmen, Wohnungsumbauten, Sozialversicherungen etc. Weiter leistet die ALS-Vereinigung **Direkthilfe** für ALS-Betroffene in finanzieller Not (v.a. AHV-Bezüger), führt **ALS-Treffen** für Betroffene und Angehörige durch, macht Schulungen für Pflegende, informiert mit einer **Website** und **Broschüren** in Deutsch, Französisch und Italienisch und legt grossen Wert auf **Öffentlichkeitsarbeit,** um diese Krankheit bekannt zu machen und setzt sich ein für die Beschaffung von **finanziellen Mitteln.**

Die ALS-Vereinigung zählt unterdessen bereits über 300 Mitglieder. Sie ist in der ganzen Schweiz tätig und wird durch einen fachlichen Beirat unterstützt.

Rotary und ALS

Wie kamen Rotary und ALS zusammen? Im Mai 2006 begegnete Isabelle Facchini, Logopädin und Rotarierin, an einer Fortbildung über ALS zum ersten Mal Thomas Unteregger, der damals noch an Krücken ging. Ein Jahr später war Thomas Unteregger bei uns im Rotary Club Aarau-Alpenzeiger als Referent zu Gast. Er erzählte, nun bereits im Rollstuhl sitzend, mit eindrücklichen

Isabelle Facchini-Baumann, Logopädin

Schilderungen vom Umgang mit der Krankheit und von seinen Zielen in der ihm noch verbleibenden Zeit.

Zur selben Zeit suchte unser Club ein sinnvolles Gemeindienstprojekt. Verschiedene Vorschläge gingen ein, der Club entschied sich schlussendlich für das ALS-Projekt, um die damals neu gegründete ALS-Vereinigung und Thomas Unteregger in seiner Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen.

So entstand eine enge Zusammenarbeit zwischen der ALS-Vereinigung und Rotary. In den folgenden 2 Jahren konnten wir unter anderem in über 50 Clubs Referate halten, ALS einer breiten Öffentlichkeit vorstellen und die ALS-Vereinigung unterstützen.

Ziele der ALS-Vereinigung und Ziele von Rotary

Die Ziele werden gemeinsam angestrebt und lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

- Eine unabhängige Beratung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in der gesamten Schweiz
- Eine breite Öffentlichkeit weiss, was ALS ist
- Soziale und im Gesundheitsbereich tätige Institutionen wissen, was ALS ist und reagieren dadurch schneller und adäquater
- Beschaffung von finanziellen Mitteln

Unsere Gedanken

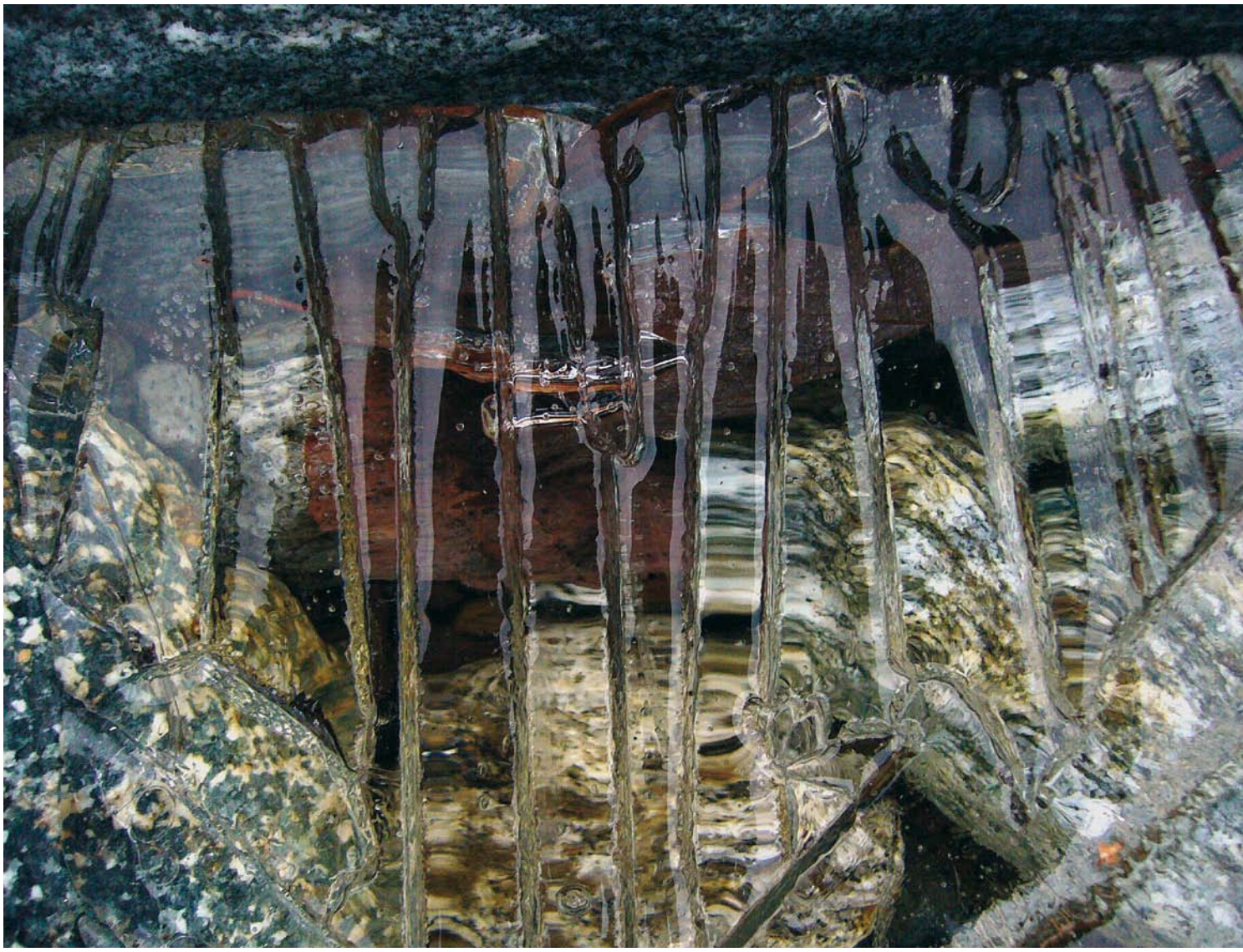
Bereits in der Vorbereitung auf unser Referat war uns klar, wie wichtig auch das Wissen der Zahnärzte über ALS ist. Da die Krankheit bei einem Teil der Betroffenen im Mundbereich beginnt (bulbäre Form), sind die Zahnärzte ein Glied des so wichtigen interdisziplinären Teams rund um die Betroffenen. Wichtig war uns auch, aufzuzeigen, dass die Mundhygiene ein zentrales Thema in der Krankheit ist und noch viel bedeutsamer wird, wenn sie nicht mehr persönlich durchgeführt werden kann.

Während des Symposiums haben wir gespürt, wie viele engagierte Menschen anwesend waren und wir sind sicher, dass wir diese Fachpersonen auf den speziellen Umgang bei ALS sensibilisieren konnten. An dieser Tagung stand wirklich ganz der Mensch im Mittelpunkt. Wir waren beeindruckt.

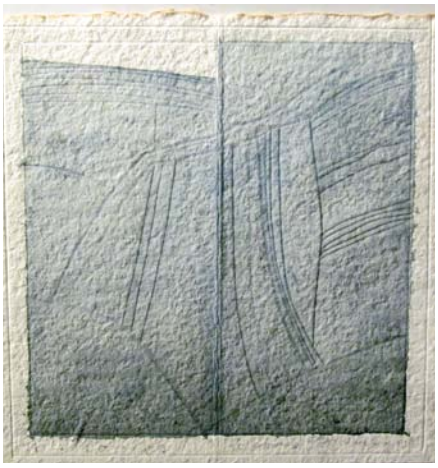
Ganz herzlich möchten wir Stephan Gottet und allen Teilnehmern danken, dass wir einen Teil dieser Gemeinschaft sein durften.

Thomas Unteregger
Betroffener und Co-Präsident
der ALS-Vereinigung.ch

Isabelle Facchini-Baumann
Dipl. Logopädin, Vorstand
ALS-Vereinigung.ch,
Mitglied RC Aarau-Alpenzeiger



«Eindrücke» – «Indignez-vous!»



Verschiedentlich schon wurde an dieser Stelle über die von der SGZBB und den zahnärztlichen Universitätsinstituten Basel und Bern unterstützen Projekte in Afrika berichtet. Der Autor war im November 2010 letztes Mal in Kenia und Tansania. Ursprünglich begann alles vor acht Jahren. Zufällig, ungewollt. Zu der Zeit war er noch Präsident der SGZBB und alles, was vor allem nach Aufwand roch, landete ungefragt und nicht immer opportun auf seinem leider etwas überdimensionierten Schreibtisch. Was eben kein Gastrecht in einem Hirn findet, muss ausgelagert werden. War es früher für einen so genannten Philanthropen Usus, eine Kunstsammlung, ein Gestüt – hier sei nur an die wiehernden edlen Rösser gedacht – und eventuell in neuerer Zeit einen Fussballclub oder ein Orchester zu sponsern, so gehört es heute zum guten Ton in der Entwicklungshilfe tätig zu werden, wobei die Tätigkeit vor allem im Delegieren besteht, mit dem wundersamen Nebeneffekt Steuern maximieren zu können. Wobei es ganz sicherlich keinem in den Sinn käme, sich nicht an den prächtigen Erfolgen eines Federer oder Nadal zu erfreuen. Zuerst unterstützten wir eine Augenklinik, dann zwei. Dann, eingedenk des biblischen Sermonierens «Aug um Aug und Zahn um Zahn» und kraft unseres beruflichen Wissens über letztere Hartsubstanz, erstellten wir in Sanya Juu, am Fusse des Kilimandscharo, eine Dental Clinic und unterstützten eine zweite, die ungefähr zwei Autostunden davon entfernt liegt. Der Referent versuchte den geduldigen Zuhörern zu erklären, dass **Entwicklungszusammenarbeit** erstens aktiv zu gestalten sei und dass zweitens sie cum grano salis genau der **Behindertenzusammenarbeit** entspräche. Er legte grossen Wert auf **Zusammenarbeit** und ersetzte wohlweislich den Ausdruck (Behinderten)betreuung durch partnerschaftliche Zusammenarbeit. Philologische Spitzfindigkeit? Nein, sondern unabdingbare Voraussetzung um nicht noch grössere Schäden durch missionarischen Eifer anzurichten.

Projekte, die wir in Kenia und in Tansania unterstützen, werden z.T. gemeinsam mit anderen Organisationen, z.T. ganz auf unsere eigene Initiative hin durchgeführt. Einer der Hauptgründe des Scheiterns ist, alles selber erfinden zu wollen und das ohne Beiziehen von erfahrenen Experten und von anderen Organisationen. Ein weiterer Grund ist, Monumente, zum Beispiel baulicher Art, schaffen zu wollen. Wichtig aber ist die Basisarbeit. Wenn daraus Kontinuität entsteht, dann ist das auch nicht so schlecht. Als Beispiel: Wenn jemand am Verhungern ist, muss man ihn zuerst ernähren, am Leben erhalten, sonst hilft ein noch so gut gestaltetes Gesundheitszentrum auch nicht weiter. Einem toten Kind braucht man keinen Zahn mehr zu ziehen. Der beste Weg dem Hunger Paroli bieten zu können aber ist, in Bildung zu investieren.

Unsere Projekte, einige sind auf unsere Initiative hin entstanden:

Tansania
Eye und Dental Clinic in Sanja Juu
Eye und Dental Clinic in Kibosho
Ausbildung von Ärzten und Zahnärzten
Dispensary in Sanya Juu
Unterstützung von medizinischen Einsätzen von Prof. Exner, Orthopäde, in Daressalam

Kenia
In den Slums von Nairobi
St. Michael Education School mit über 300 Kindern
2 Dispensarys in Mathare (Eigeninitiative)
Mobile Dispensary (25'000 CHF, Einsatz in versch. Slums)
Dental Clinic in St. Bridget School (Eigeninitiative)

Zwei unserer Mitglieder sind hervorzuheben: Dr. Peter Suter aus Beromünster, der mit seiner Regina (Dr. pharm.) und seinen Kindern Konstantin und Tizian während zwei Wochen einen praktischen Einsatz in Sanya Juu und Kibosho leistete. Erfreuliches und

weniger Erspriessliches zeigte sich und letzteres/einiges harrt der Korrektur.

Dr. Chris Traianou, Zofingen, entpuppt sich als ausserordentlicher Vermittler von medizinischen Geräten. Eine komplette und fast neue Augenstation im Werte von 150'000 CHF geht nach Tansania, voraussichtlich Sumbawanga in der Nähe des Tanganjika Sees, an einen Ort in der tiefen Provinz, wo kein Tourist sich aufhalten möchte. Also wo wirklich Bedarf ist. Vielmals wird eben dort gebaut, wo es für den Geber, manchmal auch für den Empfänger am angenehmsten ist. Jedem seine Goldküste. Eine Bedürfnisabklärung wird selten durchgeführt, und wenn, dann post festum mit dann aber zu beschönigenden Zahlen! Eine vollständige Zahnarztpraxis geht nach St. Bridget in Nairobi und wird den Slum-Bewohnern zur Verfügung stehen. Die Geräte stammen aus der Praxis von Dr. Sergej Nekora, Zofingen. Ein FR/OPT Panoramaröntgengerät aus der Praxis Bianca und Felix Brunner, Luzern, wird den Container komplementieren. Als sogenannte Paten und für die Demontage zeichnen verantwortlich: KaVo und Healthco Breitschmid. Allen unseren aufrichtigen Dank!

Indignez-vous, vor allem über falsche Vorstellungen, wobei Gefühlsduseleien noch die harmlosesten sind. Indignez-vous vor falschem Ablassgebaren. Es geht nicht an, dass man fünf Tage die Woche den anderen über den Tisch zu zerren versucht und als Entschuldigung quasi, in hehrer Absicht natürlich und zu von uns bestimmten Zeiten, ritualisiert und mediengerecht dem Lazarus einen fast abgenagten Knochen hinwirft. Der homme en progrès und der vermeintliche Almosenempfänger in Entwicklungsländern – oder besser gesagt in Ländern mit Ressourcenmangel (Exner) – hat une mémoire d'éléphant, was sich später einerseits emotional und anderseits geopolitisch rächen wird. Eindrücke eben. In welchem Teil des Hirns auch immer. Erinnerung hat keine lange Lunte, Gefühle eher. Gutgemeintes spürt bereits ein Kleinkind, das, der Sprache noch nicht mächtig, Vertrauen schöpft.

Entwicklungszusammenarbeit = Behindertenzusammenarbeit, hier, so darf man glauben, hat ein Irrtum wenig Platz.

Miriam Laura Ginter, Praktikantin und Lehrerin in den Mathare Slums

Wie immer wird der finanzielle Ertrag des Symposions dazu benutzt Menschen mit Behinderungen, diesmal 14, zum abschliessenden Galadiner einzuladen. Ist diese Veranstaltung nicht die einzige, die nicht nur über, sondern mit den Betroffenen spricht, sie **PART***icipieren* lässt? Mit dem Restbetrag wurde dem Orthopäden Prof. Exner der Flug nach Daressalam finanziert. In zwei Wochen konnte er so über 20 aufwendige Operationen durchführen.

Tatsächliche **Eindrücke.** Nicht abwaschbar. Erhorcht und miterlebt:

Die enthusiastischen Gespräche zwischen zwei Tetraplegikern: Béatrice Renz (MS) und Thomas Unteregger (ALS). Wieder einmal le monde à l'envers: Sie ermuntern uns und nicht umgekehrt.

«Ja, man sollte etwas Gutes tun», ertönt eine Stimme aus dem Hintergrund. Die Replik liess nicht auf sich warten: «nicht etwas Gutes, sondern einfach Etwas tun. Da «Gutes» bereits den Kern des Wertens enthält und es nicht an uns liegt zu klassifizieren. Behinderten-(Entwicklungs-)Zusammenarbeit) ist eine Suche nach einer Balance, ein Zirkusstück. Alle pointierten Meinungen und Akte müssen wohl überlegt sein und dürfen nicht zum Schaden irgendeiner Partei, eines Partners ausfallen. Es ist unendlich einfach linkes oder rechtes Gedankengut zu kolportieren. Die Mitte ist nicht langweilig, sondern äusserst anspruchsvoll, akrobatisch. Schau sie dir an, diese mit Gedankenblitzen und mit Schwerkraft ausgestatteten begnadeten Rhetoriker. Stell sie dir vor auf dem Drahtseil im Scheitelpunkt des riesigen Zeltes, des Circus Maximus unserer Erde, unserer Eitelkeiten. Darum muss es dich auch nicht erstaunen, wenn sie (fast) alle in das Sägemehl der Manege runter plumpsen, auch die Organisatoren». Für die:

St.G.

Spenden	**Konto:**	**Vermerk:**
Über Ihre Spenden würden wir uns – zusammen mit den Benachteiligten in Afrika – herzlich freuen.	PC 50-6-9 Aarg. Kantonalbank Aarau, z.G. Aarg. Kantonalbank Wohlen IBAN: CH79 0076 1016 1013 3892 1	PROJEKT SYNESIUS BREMGARTEN

Symposium du 13 janvier 2011 à Bremgarten

Béatrice Renz

C'est sur la sonate de Franz Schubert que je me suis réveillée en sursaut jeudi matin pour me rendre au symposium à Bremgarten. Après m'être mise dans une position zen dans la voiture pour m'abandonner encore un peu aux bras de Morphée, la route nous guidait vers Bremgarten. Après un voyage de deux heures, mon assistante et moi sommes arrivées à destination avec quelques détours.

Stephan Gottet a ouvert la journée avec son enthousiasme habituel. Même les participants qui s'adonnaient encore à leurs rêveries se sont rapidement revivifiés afin d'être tout ouïe pour le début des exposés.

Plusieurs présentations intéressantes et variées sur le thème du traitement chez des personnes (en particulier des enfants) avec des handicaps multiples mentaux et physiques nous ont captivées durant toute la journée.

Le bouquet final a traité de la sclérose latérale amyotrophique par Monsieur Thomas Unteregger, lui-même atteint de la SLA.

La journée a pris fin avec une table ronde interdisciplinaire enrichissante au sujet de la non-discrimination de «l'homme en progrès»

Une fois de plus Stephan Gottet, avec son professionnalisme a su mettre tous les atouts de son côté, pour nous combler d'une journée en beauté.

Das Trio Infernale der Kieferorthopädie

Das Dreigestirn: Dres. Rahm, Schwitzer und Wüthrich

Stichworte: 1. Gehört die aktuelle Kieferorthopädie noch zur gegenwärtigen Zahnmedizin? 2. Brestenberger-Lostdorferkurse, wer erinnert sich noch? Über 50 % der damaligen SSO Mitglieder haben diese Kurse besucht. Etwas, was es nachher auch nur ansatzweise nie mehr gab. Ausnahmen vielleicht die guten, von der SSO organisierten Veranstaltungen über Qualitätssicherung. Ein weiterer Nachahmer sei erwähnt: die Einführungskurse für Composite durch Prof. L. Diese waren aber nicht nur der reinen Wissensvermittlung gewidmet. Sie atmeten bereits die weite grosse Welt des Kommerzes, blendeten wider besseres Wissen auch Bestehendes, auf Evidenz basiertes Erprobtes aus. Auch der vom unvergessenen und unermüdlichen Peter Minnig gegründete Fachrat wusste keinen roten Faden in den Wildwuchs von Weiter- und Fortbildungsangeboten zu bringen. Er funktionierte eher als eine Art Guide Michelin oder Gault et Millau, die Kurse werten, statt eigene Vorbilder zu kreieren. Passiv statt aktiv. 3. Quo vadis, aktuelle Kieferorthopädie?)

Alle Fragen möchten auch etwas Geschichte beinhalten, nämlich eure. Also was war, was heute ist und was ihr von der KO in Zukunft erwartet. Alle Fragen möchten nur anregen. Sie sind austauschbar. Ihr könnt sie modifizieren oder weglassen, was euch nicht passt. Sie mögen nur dazu dienen unser Gespräch vom nächsten Samstag, 29. Januar 2011, trotz eventueller, sogar erhoffter Weinseligkeit, zu strukturieren. Der 93-jährige umstrittene Philosoph Stéphane Hessel hat kürzlich in einem Pamphlet «Indignez-vous!» (Empört Euch!), dazu aufgerufen sich zu revoltieren. Jeder Mensch habe einen Grund sich gegen irgendetwas aufzulehnen. Fortschreiten, also Zukunft, basiere auf Empörung über etwas, das bereits Vergangenheit ist. Nun, was ihr für die KFO vollbracht habt, da gibt es nichts, worüber man sich empören könnte. Empören sollte man sich über die Hindernisse, die euren Weg störten. Diese Hindernisse gilt es zu überwinden. Schlussendlich liegt in eurem Tun der Motor für eine zukünftige humane Kieferorthopädie. Ihr seid deren Wegbereiter. Während einem vierstündigen Symposion im Restaurant Mürset in Aarau wurden diese Fragen diskutiert, wobei alle drei Angefragten mit jugendlicher Frische und sehr präzise, wie eh und je, ihre Antworten formulierten. Eine einzige Flasche spanischer Herkunft war nicht der Spiritus rector dieser Zusammenkunft. Die unité de doctrine war der unverbrüchliche Glaube und das notwendige Wissen dazu, für eine humane Zahnmedizin einzutreten.

Von links nach rechts: Dr. Rudolf Schwitzer, Dr. Jürg Wüthrich, Dr. Hans-Rudolf Rahm

Warum es überhaupt zu einer Begegnung mit dem Trio Infernale kam, kommen musste.

Ja, es ist fast ein Zwang, ein moralischer Imperativ, der die Redaktion des **PART***icipation* zu dieser Begegnung führte. Liegen doch der SGZBB vor allem die Bedürfnisse des homme en progrès, des Benachteiligten, des Behinderten am Herzen. Ist im Falle einer Kiefer-Zahnfehlstellung nicht jeder Hilfesuchende unter diesem Begriff zu subsumieren? Finden nicht gerade im Kindesalter erste Abklärungen statt? Wobei hier der Ausdruck «behindert» eher deplatziert ist. Besteht aber nicht gerade hier die Gefahr, dass er, der Hilfesuchende, gerade durch ein undifferenziertes Behandlungsangebot seitens der kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte, das sich auf alle möglichen mehr oder weniger wünschenswerten Begehren bezieht, den Kürzeren zieht? Die «Industrialisierung» der KO, auch durch regen Zustrom von KollegInnen aus dem Ausland genährt, führt zwangsmässig zu einer Selektion unter den Patienten; die einen werden von Versicherungen (IV oder Zusatzversicherungen privater Versicherer) protegiert, andere sind gewöhnliche Selbstzahler. Wobei bei beiden Gruppen das Primat der reinen Ästhetik über Funktion oft eigen ist, das heisst, dass selten gesundheitliche Probleme oder sogar Schmerzen den Gang zum Zahnarzt verursachen. Der Kieferorthopäde steht – oder sollte es zumindest – dem Arzt am nächsten, darum gleich die erste Frage:

1. Durch die vornehmliche Beschäftigung mit Kindern und Jugendlichen nimmt der Kieferorthopäde seine Interventionen vor allem während dem Wachstum wahr. Er versucht Fehlstellungen und Funktionsstörungen günstig zu beeinflussen, zum Beispiel durch apparative Massnahmen. Ein wichtiges Therapieinstrument scheint der zeitlich richtige Ablauf zu sein. Dazu braucht es, neben dem Gespräch mit Eltern und Bezugspersonen, vor allem bei schwierigen Fällen die Mithilfe von Spezialisten (Pädiater, Logopäden, Psychologen und ?). Hat sich diese Einstellung seit eurem Studium geändert, und wenn ja, wie?

Rudolf Schwitzer: *Wir haben bei Hotz gelernt auf verschiedenen Klavieren zu spielen, sowohl mit abnehmbaren und festsitzenden Apparaturen, aber auch interseptiv: «kleine orthodontische Massnahmen» war ein Thema von Wüthrich in den Brestenberg Kursen, wie auch Steuerung des Zahndurchbruchs bei einem Extraktionskonzept (4±4 Extraktion). Dabei spielt eben der zeitliche Ablauf eine wichtige Rolle (wann Extraktion von IV ± IV, wann Extraktion III ± III, wann Extraktion 4±4, wann eventuell Germektomie).*

Neben dem Pädiater, Logopäden, Psychologen spielt der Myofunktionstherapeut vorallem bei Formenkreis des vorn offenen Bisses eine wichtige Rolle. Bei einer mechanistischen Denkweise wird die Dysfunktion oft übersehen, und es kommt zu überraschenden Recidiven, wenn sich die Funktion nicht der neuen Form anpassen kann. Deshalb gingen wir in die USA und lernten die Wechselbeziehung zwischen Form und

Funktion kennen (form follows function, and function follows form)

Jürg Wüthrich: *Günstige Beeinflussung der Gebissentwicklung und der Funktion.*
Ausnützen des Wachstums.
Ziel: Korrektur der Gebissanomalie, Korrektur der Form und der Funktion.
Abnehmbare und festsitzende Apparaturen.
Korrektur der anomalieabhängigen Funktion (falsches Schluckmuster) mit Myofunktioneller Begleitbehandlung. Nötig für die Stabilität des erreichten Behandlungsresultates.
Ausführliche Besprechung des Behandlungsablaufes und der notwendigen Behandlungsgeräte.
Besprechung mit Patient und Eltern. Müssen Behandlungsablauf und Ziel kennen.

2. Die Kieferorthopädie ist die Sparte in der Zahnmedizin, die Wissen und Intellekt am meisten fordert?

R.S.: *Die Kieferorthopädie erfordert Wissen, Intellekt und Erfahrung; dies ist ja das Faszinierende an dieser Sparte Zahnmedizin: Kieferorthopädie ist nicht nur ein Handwerk (cheir= die Hand ourgos: das Werk; Chirurg: der Handwerker) und eine Wissenschaft, der innere Auftrag hat etwas mit Kunst und Kultur zu tun.*

J.W.: *Ja, für mich das faszinierendste Behandlungsgebiet. Ich würde dieses Gebiet wieder wählen.*

3. Am diesjährigen SVK (Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin) Kongress in Bern, der dem Thema «Wachstum und Entwicklung» gewidmet war (Hauptreferent: Prof. Christos Katsaros), ist mir aufgefallen, dass relativ wenige Kieferorthopäden daran teilnahmen. Bahnt sich hier eine Entfremdung an, oder geht der KO-Spezialist bewusst auf Distanz zum Kinderzahnarzt, als möchte er sich nicht in die Karten schauen lassen?

R.S.: *Wir drei waren zuerst in der allgemeinen Zahnheilkunde tätig: bei Prof. Mühlemann auf der konservierenden Abteilung bei Prof. Schmuziger auf der kieferchirurgischen Abteilung und an der Volkszahnklinik (Prothetik und soziale Zahnheilkunde) und besuchten deshalb auch die SSO-Kongresse; somit bestand für uns nie eine Entfremdung zum Allgemeinpraktiker*

J.W.: *Die meisten Kieferorthopäden besuchen auch den SSO-Kongress selten, nur noch wenn ein Thema kommt, das interessiert.*
Da ich für meine Ausbildung neben KO noch Parodontologie, Chirurgie und Prothetik mir aneignete, besuche ich auch oft andere Veranstaltungen als nur KO.

4. Geschieht diese Entfremdung von beiden Seiten her? Am gleichen Kongress vom 20. Januar dieses Jahres wurde aber der Kieferorthopädin Frau Dr. Wanda Gnoinski für ihre unbestrittenen Verdienste die Ehrenmitgliedschaft der SVK verliehen. Das bekundet doch die Verbindung von der Praxis zum Spezialisten? Eine andere Auszeichnung, früher schlicht und einfach Hotzpreis genannt, wurde in SVK Award umgetauft (wurde dieses Jahr nicht verliehen). Als Begründung wurde u.a. angeführt, dass für die jüngere Generation der Name Hotz nicht mehr genügend Assoziationen hervorrufe. Ein Verblassen geschichtlichen Gedächtnisses?

R.S.: *Die heutigen Generation kennt die Namen Hotz, Herren, Mühlemann, Obwegeser nur noch zum Teil und reiht sie höchstens medizinisch historisch Stoppani und Gysi zu. Für uns war Hotz eine prägende Vaterfigur; er bezog uns auch als Instruktoren in die St. Moritzer Kurse ein, zuerst Rahm, ca 1964 dann 1966 auch Wüthrich und mich, wo wir die ersten Vorträge und Falldokumentation einem grösseren Publikum präsentierten. Hotz war ein strenger Supervisor*

J.W.: *Für mich waren meine Lehrer nicht nur Fachspezialisten sondern auch Persönlichkeiten, Prof. Hotz sogar ein Vatertyp. Bekannte Fachpersonen wie Mühlemann, Gerber, Dolder kennen die jungen Kollegen kaum mehr.*
Wir hatten auch einen Study-Club mit Allgemein-Praktikern.

5. Ist KFO nicht auch eine auf medizinischen und kulturellen Ebenen basierende Disziplin? Fusst unsere heutige Proportionenlehre nicht auch auf unserem Wissen von längst vergangenen Kanons? Von ägyptischen (siehe Schwitzer's «Die Betrachtung des menschlichen Antlitzes im Laufe der Zeit, 1983), griechischrömischen, mittelalterlichen bis hin zu neuzeitlichen Vorstellungen? (Das auf einem aus Jeansstoff gefertigte Etui mit den drei aufgedruckten Gesichtstypen nach Dürer besitze ich immer noch, hüte es pietätvoll und dessen Inhalt dient mir immer noch für eine approximative Blitzaufnahme orthodontischer Befunde).

R.S.: *die Proportionslehre von Albrecht Dürer 1528 in deutsch = damals mit Luther sehr revolutionär, dann 1532 in Latein (recta facies, orbicularis seu fornicata und lacunata fluerepanda) gab mir die Idee eines Logo für die Brestenberg Kurse und fand seinen orthodontischen Niederschlag im Vortrag von Rahm über die Bedeutung des Fernröntgenbildes für die Fallplanung. Er führte als erster in der Schweiz folgende Begriffe ein:*
normodivergenter Kieferbasenwinkel,
hypodivergenter Kieferbasenwinkel,
hyperdivergenter Kieferbasenwinkel
und mit dem Einbau des Mittelgesichts
orthognath
prognath
retrognath

Dr. Rudolf Schwitzer

was ich in meinen Vortrag über die Betrachtung des menschlichen Antlitzes im Laufe der Zeit anhand von Skulpturen aus Aegypten, Kreta, Griechenland, Mittelalter, Renaissance bildlich darstellte.

Bei Hotz lernten wir ein Gesicht (nicht nur die Zähne) zu betrachten und das Kind auf den Behandlungsstühlen auf gleichen Augenhöhe wie der Zahnarzt hoch zu pumpen. Von ihm lernten wir die Gesprächsführung mit den Patienten selbst und natürlich mit den Eltern, «keine kieferorthopädische Behandlung ohne Informationsgespräch»

J.W.: *Zur Zeit unserer Ausbildung war Tweed die schillerndste Figur. Er benutzte das Fernröntgenbild und schuf das Tweed-Dreieck mit einer bestimmten Winkelsumme. Diese Summe entschied ob mit Extraktionen oder ohne behandelt werden musste. Amerikaner lieben einfache «Kochrezepte». Das Ziel war ein Tweed-Kurs in den USA. Für uns war das zu teuer. Seine Theorie führte zu flachen Gesichtern wegen der Extraktionen. Aber bei solchen Gesichtern kommt kein Verdacht auf für eine negroide Vergangenheit.*
Wir wollten individuelle Gesichter. Deshalb besuchten wir Kurse bei Leuten, die noch andere Behandlungskonzepte hatten.

6. Prof. Hotz. Mediziner und Zahnarzt. Nur ein Fossil, ein Monument? Für viele geistert noch der halbe Hotz herum, dabei war gerade er ein Mensch mit tausend Facetten und noch mehr Ideen und Lösungsansätzen. Was hat er uns heute noch zu sagen?

R.S.: *Heute kennen die jüngeren Kollegen vielleicht noch den Ausdruck «halber Hotz» (4+4 Extraktion bei Klasse II und 4-4 bei Klasse III) und den ganzen Hotz (4+4 Extraktion oder 5 + 5 oder 4+4 und 5-5)*
Er lehrte uns, bei jedem Patienten, auch bei sozial schlechter wirtschaftlicher Lage ein sogenanntes «individuelles Optimum» zu erreichen, da damals nicht immer nur das Maximum (oder nichts) zu erreichen war.
Die Krankenkassen zahlten auch mit einer Zusatzversicherung keinen Beitrag und die Schulzahnpflege nur beschränkt (wirtschaft-

lich und zweckmässig, keine kosmetischen Luxusbehandlungen) Der Patient war ein patiens, ein leidender und kein Klient.

J.W.: *Für uns prägende Vaterfigur. Er behandelte alle als Menschen nicht nur als unerfahrene Zahnärzte.*
Seine Philosophie: Wir behandeln Menschen. Nicht alles was machbar ist wird behandelt. Das Ziel der Behandlung war das individuelle Optimum. Wer wenig Geld hatte, soll auch eine Behandlung bekommen. Hauptziel ist Kauffähigkeit und nicht nur Ästhetik. Das gilt auch für behinderte Patienten. Die Behandlung soll auch nicht zu einer untragbaren Belastung für den Patienten werden.

7. Andere Weggenossen oder Vorbilder von euch waren Hasund und Cervera. Was verbindet euch auch heute noch mit ihnen?
R.S.: *Nicht alles konnten wir bei Hotz und in der Schweiz lernen, wir mussten Wallfahren gehen, zuerst 1967 nach Madrid zu Professor Cervera, der uns die theoretische Grundlagen vermittelte: Kephalometrie nach Charles Tweed, einem Praktiker (nicht Professor) in Tucson Arizona. Tweed war ein Schüler von E. Angle und führte zum Entsetzen seines Lehrers Angle in bestimmten Fällen eine 4±4 Extraktion durch. Die Achse des unteren Frontzahnes musste in einem bestimmten Winkel zur Frankfurterebene (ca. 68°) stehen, damit das Endresultat (ohne 3-3 Retainer) stabil blieb. Diese Gesichter entsprachen auch den damaligen Modetrend der 30iger Jahre in den USA.*

- *schmaler Mund*
- *keine Negerlippen (auch wenn in der Verwandschaft etwas Negerblut floss)*
- *Ricketts zielte später wieder wie Angle auf möglichst NONEX-Therapie (black is beautiful) was bis heute anhält und einen Retainer life time benötigt, wenn die Unterkieferfront überexpandiert wurde.*

Dann gingen wir zu Prof. O'Meyer, Paris nach Lex Baux-de-Provence 1969 in eine Rekrutenschule, um Edgewise-Technik nach Tweed zu lernen. Von Hotz waren wir gewöhnt, selbständig zu denken und auch eine kontroverse Meinung zu vertreten, was in Paris (Mai Unruhen 1968) nicht geschätzt wurde. Da wir sehr geschickt waren, («schweizerische Uhrenmacher») waren wir mit dem Bogen biegen um 17.00 Uhr fertig und besuchten in der Umgebung Arles, Nimes und das Meer). Am anderen Morgen lag ein Zettel im Artikulator («polissez la cire»)

Dann wallfahrteten wir nach Norwegen zu Prof. Hasund nach Bergen, wo wir die Kephalometrie Kenntnisse vertieften, Metallurgievorlesungen besuchten und Bögen biegten. Als Dr. Stöckli 1970 aus den USA zurück kam und mit Hotz die ersten Kurse mit festsitzenden Apparaturen durchführten wurden wir von diesen Kursen ausgeschlossen und wir entfremdeten uns so von der Uni und luden 1970 Professor Hasund in die Schweiz auf den Rigi ein und gingen regelmässig zum ihm nach Bergen.

Der Allgemeinpraktiker war von praktischen Fortbildungskursen ausgeschlossen und wir wollten ihn mit unserem Wissen vertraut machen, damit er in der Lage für Triage war: die leichten Fälle konnte er selber behandeln, für die mittelschweren boten wir Consilien an und die schweren Fälle sollte er an einen Spezialisten überweisen; zu dieser Zeit gab es aber erst 70 schweizerische Kieferorthopäden SSO. 1970 fand der erste Kurs für die Sektion Solothurn in Balsthal statt, dann folgte Ramsach für die Basler Sektion, Stettlen für die Berner Sektion und Winterthur für die Schaffhauser, dann der erste Kurs im Schloss Brestenberg für die ganze SSO, später im Bad Lostorf bis 1982. Mehr als die Hälfte der SSO-Mitglieder besuchten unsere Kurse, die sehr beliebt waren, weil sie von Praktikern für Praktikern gegeben wurden und dem Allgemeinpraktiker Sicherheit gaben und die Angst vor «mal pratice cases» nahmen. Wir standen auch nach dem Kurs für Consilien zur Verfügung.

J.W.: *Hasund und Cervera sind wir dankbar für unsere Ausbildung. Hier lernten wir das Fernröntgenbild anzuwenden.*
Die Ausdrücke «Normodivergent, Hypodivergent und Hyperdivergent kannte damals in der Schweiz noch niemand. Heute sind sie Standard für die Behandlungsplanung.

8. Kinderzahnmedizin und KO, Allgemeinpraktiker und KO, Scheidungskinder?
R.S.: *Siehe oben*

J.W.: *KO und Allgemeinpraktiker: Die KO ist heute so spezialisiert, dass viele Allg. Praktiker keine Behandlung mehr wagen. Haftpflichtgefahr! Eltern sind kritischer als früher.*

9. Der Allgemeinpraktiker hat mehr und mehr Angst überhaupt sich zur KO zu äussern. Er glaubt alles falsch zu machen. Woher kommt diese Entfremdung zwischen Spezialist und Allgemeinpraktiker?
R.S.: *Weil die heutigen Kurse meist nicht mehr von Praktikern gegeben werden, die den Alltag einer Praxis kennen.*

J.W.: *Die Medien helfen hier mit...*
Es treten überall Spezialisten auf, keine Praktiker mehr, die die Alltagsprobleme in der Praxis kennen.

10. Das FR als wissenschaftliches Hilfsmittel der oben erwähnten Proportionenlehre. Gerne möchten wir von euch Näheres über dessen Entstehung (Jean Delaire, etc.?), euren Beitrag, auch zur Entstehung der Zürcher Analyse, und eure Interpretation dazu erfahren.
R.S.: *Siehe Vortrag von Rahm in Balstahl 1970*

11. Heute werden in unseren Praxen schon lange nicht mehr exklusiv Schweizer Normschädel behandelt. Ein Praktiker hat einmal die Frage aufgeworfen: «Wird jetzt auch einem Sri Lankesen eine «Zürcher Schnurre» auftherapiert? Wie verhält es sich mit unserem Kultur- und Therapieverständnis mit denjenigen, die aus anderen Kulturkreisen zu uns kommen?
R.S.: *Es gibt auch Normwerte für den asiatischen Raum (Japan, Südkorea)*

J.W.: *Es kommen heute immer mehr Patienten in die Praxen von anderen Bevölkerungsgruppen: Asiaten mit bimaxillärer Protrusion, die Europäische Gesichter möchten. Die zurückbewegten Frontzähne nach Extraktionen von Prämolaren bleiben nicht stabil, der Zungenraum wird eingeengt, die frühere Funktion bleibt bestehen, es kommt zu Rezidiven. Es wäre intensive Myofunktionstherapie zur Stabilisierung nötig oder eine Dauer-Retention.*

12. Balsthaler-Brestenberg-Lostdorferkurse, so etwas Geniales hat es in der Geschichte der SSO in dieser Grösse und Intensität noch nie gegeben und wird es aller Wahrscheinlichkeit nach auch nie mehr geben. Warum?
R.S.: *weil ein solcher Kurs von den Leitern Leidenschaft verlangt, («ad majorem Dei gloriam...»)*

J.W.: *Heute gibt es eine Unzahl von KO-Spezialisten, so dass überall eine Behandlung möglich ist. Unser Ziel war, dem Allgemein-Praktiker Behandlungen beizubringen, die sie selbst durchführen konnten. Wir waren total überlastet.*

13. Ihr habt Wissen, Zeit, Herzblut und Geld in dieses Projekt investiert. Was habt ihr durch die «billigen» Veranstaltungen zu-

rückerhalten? Billig waren die zu zahlenden Gebühren der Teilnehmer, teuer und wertvoll waren die Erfahrungen und der Wissenstransfer, den die Absolventen mit nach Hause nehmen durften. Da steckt doch mehr als missionarischer Eifer dahinter?

R.S.: *Kieferorthopädie braucht Leidenschaft, «vivere pericolosamente», Liebe zum Patienten und Liebe zum Kollegen, Kollegialität im engeren Sinn*

J.W.: *Der Aufwand für die Kurse war neben der Praxis gewaltig. Wir durften aber viele Kollegen kennen lernen und standen auch nach den Kursen für Ratschläge und sogar Planungen zur Verfügung. So konnten wir mithelfen, das Ziel der Versorgung der Patienten mit KO in unserer Region zu sichern.*

14. Alle Teilnehmer schulden euch Respekt, dem ich mich selber nur zu gerne anschliesse. Ihr habt das nicht der Ehre halber unternommen. Trotzdem ist das «vornehme» Schweigen, respektive Nichtantworten der medizinischen Fakultäten, aber auch der SSO euch gegenüber, gelinde ausgedrückt, merkwürdig. Professoren ehren sich untereinander, schanzen sich gegenseitig Vergünstigungen zu. Do ut des. Erhalten Ehrendoktorate, über deren Verleihung der Allgemeinpraktiker nur staunen kann. Was aber längst überfällig ist und der Praxis am meisten dient, wird nicht honoriert. Wie geht ihr mit dieser Geringachtung um?

R.S.: *Siehe oben; Rahm wurde von Hotz zitiert wegen unseren parauniversitären Tendenzen; Neid der Universität auf unseren Erfolg und Echo bei den Allgemeinpraktikern. Wir haben aber den Allgemeinpraktikern immer seine Grenzen aufgezeigt und ihn nie ermuntert, vollfixe apparative Behandlungen durch zuführen.*
Das Echo und der Dank der Kollegen genügte uns, wir suchten keine öffentliche Ehrungen, um nicht noch mehr Oel ins Feuer zu giessen (siehe Bericht Dr. Peter Frei)

Dr. Jürg Wüthrich

Das Trio Infernale – unwesentlich jünger

J.W.: *Da wir von gewissen Fortbildungen in der Schweiz (Zürich) ausgeschlossen waren, organisierten wir für uns und für viele uns bekannten Kollegen Kurse mit ausländischen Fachleuten. Es wurden uns dann Parauniversitäre Tendenzen zum Vorwurf gemacht.*

15. Neue Technologien. Digitale Welt, z.B. DVT, digitale Volumentomographie. Werden vor allem zu vermeintlich besseren Diagnosemöglichkeiten eingesetzt. Die Technik kann aber nur so gut sein wie deren Anwender. Wenn er etwaige pathologische Befunde nicht erkennt, nicht erfasst, erfassen kann und sie nicht zur weiteren Abklärung weitergibt, verstösst er dann nicht gegen elementare Ethik?

R.S.: *Das Das DVT hat in der KO eine Indikation, zum Beispiel zum Feststellen von Resorptionen bei retinierten Eckzähnen.*

J.W.: *Da bin ich ganz mit Dir einverstanden. Vieles ist aber für das Portemonnaie gut.*

16. Neue Technologien verlangen noch mehr Ausbildung, nach noch mehr Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, tut sich da nicht auch eine intellektuelle Kluft auf, die es auch einem Spezialisten fast unmöglich macht, ohne noch vermehrtes Fachwissen aus vielen Sparten der Medizin, alleine zu agieren? Ist es nicht so, dass diese interdisziplinären Kontakte schon während dem Grundstudium angeboten werden sollten, weil während der Spezialisation wohl kaum genügend Zeit dazu vorhanden ist?

R.S *Im Grundstudium sind nur Vermittlung von Grundlagen (zeitlich) möglich; Orthodontie braucht jahrelange Erfahrung (Erleben von Recidiven nach «perfekter» Behandlung. Heute ist der Trend der Überweisung auch von leichten Fällen, die der Praktiker machen könnte. Die jungen Spezialisten haben weniger Geduld mit den Praktikern als wir, und sprechen sofort von «mutilierten Fällen»*

J.W.: *Im Grundstudium ist aus zeitlichen Gründen nur die Vermittlung von Grundlagen möglich.*
Dazu braucht es Postgraduate Ausbildung, Kurse bei entsprechenden Spezialisten. KO braucht viel, viel Erfahrung.

17. Die Zukunft der Planung gehört komplett der virtuellen Planung, inklusive auch der Image Fusion (eine Software, die eine räumliche Ausrichtung und Visualisierung von Bildern erlaubt. So können durch intraorales Scanning zum Beispiel auch Modelle in 3D virtuell dargestellt werden)? Wie seht ihr die Kosten/Nutzen-Problematik?

R.S *Das Modell in der Hand ist spürbarer als ein virtuelles Bild*

J.W.: *Das wichtigste Mittel für die Planung ist das Kiefer-Modell aus Gips und das Ansehen des Patienten von allen Seiten. Dazu kommt die funktionelle Beurteilung der Weichteile wie Zunge, Lippen, Nasenatmung, Parafunktionen, Beziehung Eltern zu Patient.*
Die Computer-Software erlaubt heute, dem Patienten zu zeigen, was mit KO möglich ist und das geplante Behandlungsziel vorzuführen. Die Unterlagen für die Planung werden teurer, dafür ist vielleicht der Patient und sein Umfeld überzeugter.

18. Temporäre skelettale Verankerungen (Minischraubenimplantate), selbstligierende Brackets und memory wires, Lingualorthodontie und Invisalign werden Standards. Diktiert Ungeduld den Rhythmus? Wird Zeitgewinn gegen Wachstum ausgespielt?

R.S *Kieferorthopädie: paideuo: heisst erziehen, erziehen braucht Zeit, Wachstum braucht Zeit (Jahreszeiten) von den USA ist das Dogma*

importiert «fast treatment» Du kannst die Natur mit der Furke austreiben, sie wird sich mit einem Recidiv rächen, dies weis nur , wer längere Erfahrung hat.

J.W.: *Der Patient ist heute viel ungeduldiger, alles sollte schneller gehen. Die neuen Verankerungen können dazu einiges beitragen. Der Headgear wird viel weniger angewandt.*

19. Der Schweizerische Fachzahnarzt für Kieferorthopädie CH der SSO durchläuft ein zeitintensives und anspruchsreiches Zweitstudium. Warum werden jetzt aber die Prüfungsanforderungen heruntergeschraubt? Um unseren ausländischen Kollegen, die ja bekanntlich nicht nur wegen unseren schönen blauen Augen zu uns stossen, den Einstieg zu versüssen?
R.S.: *die neue Generation hat nicht das Gefühl, dass die Bedingungen heruntergeschraubt worden seien; die mündliche Prüfung kann nur noch in englischer Sprache in der Schweiz gemacht werden. Dank den Verträgen mit der EU kann heute ein ausländischer diplomierter «Fachzahnarzt» in der Schweiz praktizieren, auch wenn seine Ausbildung an der Universität nicht dem schweizerischen Standard enpricht; z.T. werden so unsere Schweizer Petenten benachteiligt.*

J.W.: *Die neue Generation hat nicht das Gefühl, die Prüfungsanforderungen werden herunter geschraubt. Sicher nicht das theoretische Wissen. Aber die behandelten Fälle werden weniger, eine Anpassung an die EU.*

20. Das Elterngespräch oder besser das Gespräch mit den Betroffenen ist eine der Grundlagen für eine erspriessliche Therapierung. Liege ich falsch, wenn ich hie und da den Eindruck gewinne, dass gewisse Spezialisten mehr das Einverständnis der Eltern oder anderer Verantwortlicher (der Zahlender?) suchen, als das des Kindes? Werden vor allem Elternwünsche befriedigt?

R.S.: *Siehe oben: bei Hotz gelernt*

J.W.: *Das Gespräch mit den Eltern und dem Patienten ist wichtig. Der junge Patient möchte in der Regel keine Behandlung, ausser ein guter Freund ist bereits in Behandlung.*

21. Pädagogik und Sonder- oder Heilpädagogik. Habe noch selten mit einem Spezialisten über Jean Piaget oder Peter Singer diskutieren können. Wird dieses Fach zu wenig gelehrt?
R.S.: *Ich habe einmal einen Fortbildungskurs für Zahnärzte in Logopädie mit Frau Prof. Cécile Schwarz in St. Gallen durchgeführt, da im Grundstudium keine Zeit für Logopädie und Heilpädagogik ist. Kollege Hofstetter (damaliger Assistent) machte im SSO-Heft einen Kursbericht*

J.W.: *Sollte an Kursen gelehrt werden. Kurse über Kinderpsychologie, Logopädie, Myofunktion.*

22. Auch dem Allgemeinpraktiker widerfährt Ähnliches. Indem er sich nicht direkt an den Patienten wendet, infantilisiert er diesen noch mehr. Wie aber geht der Kieferorthopäde mit solchem Paternalismus um?
R.S.: *Der Patient muss einbezogen werden und für die Compliance bereit und für die Behandlung gewillt sein, nicht die Eltern*

J.W.: *Während Behandlung in Praxis müssen Eltern im Wartezimmer bleiben. Der Kontakt zum Patienten wird enger. (Aber keine Regel ohne Ausnahme, Cave Mütter!)*

23. Hier sehe ich Ähnlichkeiten mit dem Dialog, den wir führen, mit dem alten Menschen und dem geistig Behinderten. Wir sprechen über oder hinter dem Rücken desselbigen. Die SGZBB wäre nicht die SGZBB, wenn sie euch nicht folgende Fragen stellen würde. Wie steht ihr dem vor allem geistig Behinderten gegenüber?
R.S.: *Geistig behinderte Patienten: Schwerpunkt auf Betreuung und Prophylaxe: Vermeiden von Karies, damit keine Sanierung in Narkose nötig, Betreuer in Prophylaxe instruieren und mit Prophylaxematerial ausrüsten (siehe Blumenheim Bucheggberg), dem Healthco-Breitschmid 3000 CHF für den Kauf von Elektrozahnbürsten spendete)*

J.W.: *Hauptziel: Prophylaxe, ZE und ZR in längeren oder kürzeren Intervallen. Fluor. (damit keine Narkose nötig wird)*

24. Welche Strategien könnt ihr uns empfehlen?
R.S.: *Kaufähigkeit herstellen*

J.W.: *Herstellen der Kaufähigkeit, einfachste Geräte, Patient soll nicht zusätzlich belastet werden.*

25. Gerne würde das **PART***icipation* eure Erfahrungen mit einzelnen Fallbeispielen dokumentieren. Nicht unbedingt exklusiv in dieser Nummer, sondern portionenweise in künftigen Ausgaben. Hättet ihr die notwendige Zeit und die dazugehörige Lust?
R.S.: *Fallbeispiele mehr Zeit nötig,*

J.W.: *Eher Nein, nicht mehr so à jour mit den neuesten Tendenzen.*

26. Bietet nicht gerade der schwierige Patient einen möglichen Weg zu einer einvernehmlicheren transparenten Zusammenarbeit zwischen Spezialist und Allgemeinpraktiker? Vom Rand her zum Zentrum? Vom Randständigen zum Selbstverständlichen?
R.S.: *möglich*

J.W.: *Kieferorthopädie und Chirurgie bei fehlender Mitarbeit, Individuelles Optimum ev. erreichbar*

27. Wie seht ihr die Zukunft der KFO
R.S.: *Den jungen Kollegen die Freude und die Faszination vermitteln. Freude an der Spätkontrolle nach 5,10,15 und 20 Jahren immer noch ein stabiles Resultat zu haben, behandelte Patienten bringen uns ihre Kinder, zur frühen Beurteilung.*

J.W.: *Tendenz, alles zu machen, was möglich ist. Dafür keine Spätkontrollen mehr zum Verfolgen der Stabilität! Ist nicht rentabel!*

28. Persönlich: Was verbindet euch heute mit KFO?
R.S.: *Auch im Alter fasziniert jeder neue Fall, weil jeder Fall wieder anders ist*

J.W.: *Faszinierende Disziplin, jeder Fall, jeder Patient ist anders.*

29. Pflegt ihr heute eure angedienten Hobbys intensiver, habt ihr neue dazugewonnen?
R.S.: *Wenig Hobby, Zeit fehlte; Fotographie, Wandern mit dem Hund im Jura*

J.W.: *Mehr Freiheit, mehr reisen, mehr wandern, mehr lesen. Vieles muss man nicht mehr, aber man kann es noch…*

30. Das soll keine Frage sein sondern eine Feststellung. Wenn jemand in unserem Metier Respekt und Bewunderung verdient, dann seid ihr das! (Eine Selbstverständlichkeit (Pleonasmus), die gerne verschwiegen wird, weil gewisse eurer Nachfolger grosse Schweiger (Vertuscher) sind und ihre Meriten dadurch vermindert würden?)

Die IDS landet am 9. April 2011 bei KALADENT in Zürich.
Die Ausstellung für Zahnärzte und Zahntechniker findet von 09.30 bis 17.00 Uhr im Radisson Blu Hotel am Flughafen Zürich statt.

Folgende Highlights warten auf Sie:

- interessante Aussteller
- Schnäppchen-Ecke
- Wettbewerb
- Kids-Corner
- umfassender IDS-Überblick
- exklusives Geschenk
- kulinarische Köstlichkeiten

Anmeldung und weitere Infos unter www.kaladent.ch oder unter der Tel. Nr. 044 736 61 57.
Wir freuen uns auf Ihren Besuch

IDS-Highlights 2011

KALADENT AG • Telefon 0844 35 35 35 • kaladent.ch

KALADENT

Die Bedeutung des Schädel-Fernröntgenbildes für die Kieferorthopädie

Dr. Hans-Rudolf Rahm

Dr. Hans-Rudolf Rahm

Im Jahre 1968 besuchten R. Schwitzer, J. Wüthrich und ich die Seminare von Dr. Cervera in Madrid. Dort lernten wir, welche fundamentalen Auswirkungen die Analyse des Fernröntgenbildes auf die kieferorthopädische Therapie besitzt...

Der empirische Behandlungsplan des «gesteuerten Zahndurchbruchs» nach Prof. R. Hotz, dem ein Röntgen Sechserstatus und ein Fernröntgenbild ohne differenzierte Analyse zu Grunde lag, wurde durch diese neue Erkenntnis plötzlich wissenschaftlich untermauert.

Ich hatte das Glück, dass ich durch den Misserfolg einer kieferorthopädischen Behandlung in meiner Praxis diese Theorie bestätigt fand.

Da diese Erkenntnisse in der Schweiz noch nicht gelehrt wurden und wir sie so wichtig für unsere kieferorthopädische Behandlungsplanung fanden, wollten wir in unserem ersten Fortbildungskurs für Allgemeinpraktiker «Kleine orthodontische Massnahmen mit festsitzenden Apparaturen» unbedingt dieses neue Wissen an unsere Kollegen weitergeben.

So kam es, dass ich im Jahre 1969 im Bad Ramsach über die Bedeutung des Fernröntgenbildes in der Kieferorthopädie referierte.

Erstmals wurden für die Grösse des Kieferbasenwinkels die Begriffe «hypodivergent, normodivergent und hyperdivergent» in die Schweizer Zahnärzteschaft hinausgetragen – Begriffe, welche später dann auch von den Universitäten der Schweiz übernommen wurden.

Weitere Fortbildungskurse, insbesonders bei Prof. Hasund (Bergen/Hamburg), vertieften unser Wissen über den Einbau des Gebisses im Gesichtsschädel und seinen Einfluss auf die Möglichkeiten und Grenzen einer kieferorthopädischen Therapie.

So wurde es auf einmal möglich, unseren empirischen Behandlungsplan, welcher auf den von unserem Lehrer, Prof. R. Hotz, gelernten Prinzipien der Betrachtung des Patienten, dessen Gespräch mit ihm und den angefertigten Unterlagen beruhten, durch die Analyse des Fernröntgenbildes zu untermauern. Plötzlich spielten bei unserer Behandlungsplanung neben den Modellen und Röntgenbildern die Begriffe «prognath, orthognath, retrognath und hypodivergent, normodivergent und hyperdivergent» eine wichtige Rolle.

Die Kombination aller dieser Faktoren zeigte uns dazu, dass es verschiedene Wachstumstypen gibt. Dies zu erkennen, bedeutet besonders für den Allgemeinpraktiker eine wichtige Möglichkeit zur Triagierung seiner Patienten entsprechend seiner eigenen Ausbildung.

Wir lernten durch den neuen Kontakt mit Prof. Garliner (Miami) und seinen Mitarbeitern, wie relevant das muskuläre Gleichgewicht von Zungen-, Lippen- und Gesichtsmuskulatur für die Stabilität der Zahnstellung ist. Es ist vor allem R. Schwitzer und J. Wüthrich zu verdanken, dass dieses Gedankengut und die myofunktionelle Behandlung als stabilisierende kieferorthopädische Nachbehandlung und auch in gewissen Fällen als eigentliche Therapie, Eingang bei vielen Kolleginnen und Kollegen in der Schweiz gefunden hat.

Diese durch unsere dauernd weitere Fortbildung, welche wir im Ausland einholen mussten, sowie durch unsere Therapieerfahrung, verfeinerte sich unser Wissen. Dank den neuen Therapiemöglichkeiten mit festsitzenden Apparaturen, konnten wir die uns vertraute Funktionskieferorthopädie und die bereits in den 50-iger Jahren von Prof. R. Hotz an einem EOS Kongress vorgetragene «Steuerung des Zahndruchbruchs» optimal ergänzen.

Die Behandlungen konnten effizienter durchgeführt werden, die Resultate blieben stabiler, die Retentionszeit konnte ohne die Gefahr eines Rezidivs auf ein Minimum begrenzt werden und das individuelle Optimum liess sich besser erreichen.

Da wir diese, unsere Erkenntnisse und Erfahrungen den Kolleginnen und Kollegen in der Privatpraxis weitergeben und ihnen ihre eigenen Grenzen in der Behandlung kieferor-

thopädischer Fälle aufdecken wollten, organisierten wir die «Brestenberg Kurse». Über ein Jahrzehnt führten wir diese 3-teiligen Kurs zu je 3 Tagen durch, bis wir im Jahre 1983 glaubten, dass die Universitäten diese Aufgabe übernommen hätten.

Die Kombination von Kieferorthopädie und neu entwickelten Techniken im Kiefer-Gesichtsbereich, brachten in der Folge ganz neue Möglichkeiten in der Behandlung von Kiefer- und Zahnstellungsanomalien. Dazu versprachen neue Therapiemöglichkeiten, wie etwa die Straightwiretechnik, Invisaline oder ähnliche auf einfache Weise rasche sichtbare Behandlungserfolge.. Aber auch alle diese neuen Behandlungmethoden müssen m.E. zwingend auf der Kombination der kephalometrischen Werte und den funktionellen Beobachtungen basieren, wenn ein möglichst lang anhaltender rezidivfreier Erfolg, ohne lebenslängliche Retentionsapparaturen, erreicht werden will. Die Natur hat dann leider immer noch genügend Spielraum, um unserer Arbeit ein Schnippchen zu schlagen. Diesen gegenseitigen Kampf gilt es möglichst zu Gunsten des Patienten zu gewinnen.

Ich hatte das Glück, dass ich im Jahre 1999 meine Praxis meinem ehemaligen Assistenten, Martin Heitz, mit welchem ich 15 Jahre eine Praxisgemeinschaft hatte, übergeben konnte. Er führt unser Behandlungskonzept im Einklang mit vielen neuen Therapiemöglichkeiten erfolgreich weiter.

Es wäre wunderbar, wenn unser Engagement für ein möglichst erfolgreiches Behandlungskonzept nicht nur bei den vielen Assistenten, welche in den Praxen von uns drei Kieferorthopäden einen Teil ihrer Postgraduate-Ausbildung genossen haben, weitergetragen würde. Unser Ziel war es immer, dem Leitgedanken von Prof. R. Hotz folgend, eine breite kieferorthopädische Versorgung in der Schweiz sicher zu stellen. Ist die heutige Ausbildung der jungen Zahnärzte noch darauf ausgerichtet? Können die heutige kollegiale Einstellung, der Konkurrenzgedanke und die Sorge um die notwendige materielle Sicherheit dies noch gewährleisten?

Sie fragen mich, welchen Hobbies ich nach meiner Praxisübergabe nachgehe. Ich freue mich, dass ich mich der Ausübung der klassischen Musik vermehrt widmen kann. Auch finde ich jetzt Zeit zu reisen und besonders meine vielen Freundschaften zu pflegen.

Jedoch als passionierter Zahnarzt und Kieferorthopäde, der am Ende seiner beruflichen Laufbahn nur sagen kann, dass er diesen Beruf wieder wählen würde, verfolge ich die heutige Entwicklung mit regem Interesse.

Ich mache mir Sorgen um die Entwicklung unseres Berufstandes als Folge der Personenfreizügigkeit. Während die Bedingungen für die Zulassung als Spezialist für Kieferorthopädie höher geschraubt werden, wurden seit Einführung der Personenfreizügigkeit bei 212 (Stand Oktober 2010) Kolleginnen und Kollegen der ausländische Spezialistentitel für Kieferorthopädie anerkannt, deren kieferorthopädische Postgraduate-Ausbildung jedoch meist weit entfernt von den schweizerischen Prüfungbedingungen liegt.

Sorge bereitet mir auch der Gedanke, dass es an den schweizerischen Universitäten nicht mehr möglich ist, eigene Lehrkräfte heranzuziehen und, wie ich neulich vernommen habe, mündliche Prüfungen bei der Erlangung des Titels «Facharzt für Kieferorthopädie», welcher den Ausländern «geschenkt» wird, in englischer Sprache durchgeführt werden. Quo vadis Helvetia?

So wende ich mich gerne wieder meinen Hobbies zu.

KaVo Behandlungseinheiten.

Für jeden Anspruch und jedes Budget das perfekte Unit.

KaVo ESTETICA® E50 – einfach eine Klasse besser.

- Einfach zu bedienen. Durch Direkttasten.
- Einfach zuverlässig. Durch bewährte KaVo Technologie.
- Einfach nachzurüsten. Zukunftssicher dank dem neuen KaVo MEDIAgateway.
- Einfach schöne Farben. Auch in den Trendfarben „schokobraun metallic" und „nachtblau metallic".

Details zu allen KaVo Units finden Sie unter

www.kavo.ch

KaVo ESTETICA® E50 – einfach eine Klasse besser.

KaVo Primus® 1058 – Zuverlässigkeit, die begeistert.

KaVo ESTETICA® E70 – das tägliche Komforterlebnis in Ihrer Praxis.

KaVo ESTETICA® E80 – die Meisterklasse für höchste Ansprüche.

KaVo. Dental Excellence.

KaVo Dental AG · Steinbruchstr. 11 · 5200 Brugg 3 · Tel. 056 460 78 78 · www.kavo.ch

Reizarme Füllungstherapie bei Angstpatienten

Erfahrungsbericht von Dr. med. dent. W. Weilenmann, Wetzikon. w.weilenmann@hispeed.ch

Einleitung
Angstpatienten fürchten sich vor den üblichen zahnärztlichen Arbeitsreizen. Deswegen haben WEILENMANN & EGLI-BERND 2004 eine reizarme Behandlung mit stetem Angstabbau vorgeschlagen und am Beispiel eines Kindes demonstriert. Diese Arbeit zeigt allgemein und am Beispiel einer adhäsiven Füllung, wie der Autor die reizarme Behandlungsweise weiterentwickelt hat. Er hält die folgenden drei Beobachtungen für grundlegend:

- Viele Abwehrreflexe entstehen trotz einer Anästhesie. Ursache sind konditionierte Reize. Werden sie mit einer individuell angepassten reizarmen Arbeitsweise verhütet, so können die Angstpatienten gut kooperieren und sogar leichte Schmerzen ruhig ertragen.
- Bei guter Kooperation gelingen adhäsive Füllungen auch ohne Kofferdam, Matrizenhalter, Keil, Speichelzieher usw. in normaler Ergebnisqualität.
- Der Angstabbau wird besser, wenn sich die Dentalassistentinnen und der Behandler gemeinsam daran beteiligen.

Allgemeines Vorgehen

Angstpatienten fürchten sich schon bei der Anmeldung zur Zahnbehandlung. Deshalb braucht es einen **Angstabbau durch die Dentalassistentin**. Geht sie am Telefon und im Wartezimmer auf die geäusserten Befürchtungen und unausgesprochenen Bedürfnisse ein, so bekommen die Angstpatienten einen besseren Bezug zur Praxis als sonst. Im Behandlungszimmer beginnt der **Angstabbau durch den Zahnarzt**. Er muss als erstes die Patientenwünsche in Bezug auf die Anästhesie, Kofferdam, Stuhlposition, Matrizenhalter usw. in Erfahrung bringen. Sie weisen auf die Konditionierungen hin. Erst jetzt kann er mit der **reizarmen Behandlung** beginnen. Dazu gehört, dass er die eruierten konditionierten Reize unterlässt, die intraoralen Reize sehr vorsichtig appliziert, und den Abwehrreflexen mit angstabbauenden Techniken in **Behandlungspausen** rechtzeitig zuvorkommt (Abb. 1).

Angstabbau seitens der Dentalassistentin

Bei der Anmeldung am Telefon soll die Dentalassistentin das Angstproblem bereits heraushören. Oft zeigt der Patient ein Erkundungsverhalten mit Fragen zur Behandlung und zu den Kosten. Sie kann seine Befürchtungen dank der reizarmen Behandlungstechnik und den weitgehenden Möglichkeiten der konservierenden Zahnheilkunde gut beschwichtigen. Möchte der Patient zuerst nur eine Besprechung, soll sie eine halbe Stunde reservieren; braucht er eine Füllung, so ist eine ganze Stunde oder ein Randtermin zu verabreden.

Im Wartezimmer signalisiert der Angstpatient, welche Art von emotionaler Teilnahme er erwartet. Die Dentalassistentin soll das gewünschte Rollenspiel deutlicher als sonst übernehmen. So benötigen kleine Kinder im Normalfall fürsorgliche Gesten wie jene einer Mutter, Krabbelstuben- bzw. Spielgruppenleiterin oder Kindergärtnerin. Verängstigte Jugendliche, Hausfrauen und angstvolle ältere Männer erhoffen sich eher eine entspannende, familiäre Gemütlichkeit. Dazu verhelfen einfache Fragen wie «Wie geht es Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Mann/Ihrer Frau?» und höfliches Interesse für den Tagesablauf wie «Musst du nachher noch in die Schule?», «Müssen Sie nachher auf den Bus?». Die berufstätigen Männer und Frauen überbrücken die Wartezeit gerne bei einem eher sachlich-geschäftsmässigen Gespräch. Auch bei Schulkindern, Betagten usw. sind passende Worte zu finden. Wortkargheit ist kontraindiziert, da sie die Patienten nicht von ihrer Angst ablenkt.

Am Stuhl ist das Gesicht der Dentalassistentin (und des Zahnarztes) ein wichtiger Faktor des Angstabbaus. Denn viele Angstpatienten beobachten im Liegen deren Gesichtsausdruck, orientieren sich daran und beruhigen sich, wenn z. B. die Dentalassistentin lächelt (Abb. 2). Mancher Angstpatient liest aus den Gesichtern über ihm, wie schlimm die Lage im Mund ist. Die Dentalassistentin kontrolliert überdies, ob der Patient richtig atmet, und erklärt ihm allenfalls, wie er seine Atmung mit der flachen Hand auf dem Bauch selber spüren und verbessern kann. Haben junge Patienten grosse Angst, so kann sie meist mit dem nasskalten Stirntuch (z. B. vor einer Weisheitszahnextraktion) oder mit einem Süssgetränk (z. B. vor einer Milchzahnfüllung) entscheidende Hilfe leisten.

Beim Abschied ist das Verhalten des Patienten eine wertvolle Qualitätskontrolle für das Team. Verabschiedet und bedankt er sich beim Verlassen des Behandlungszimmers? Richtet er am Empfang noch Fragen an die Dentalassistentin, oder verlässt er die Praxis rasch? Meldet er sich oder jemand anders zu einem weiteren Termin an? Wie betrachtet er im Garderobenspiegel seinen neuen Zahn? Abb. 3 zeigt, wie wichtig dem Angstpatienten ein Zahnarztbesuch ist und welch grossen Eindruck die reizarme Behandlungsweise erzeugen kann.

Angstabbauende Hilfeleistungen des Zahnarztes

Erfüllung der Patientenwünsche. Häufig fürchten die Angstpatienten spezifische Dinge wie die Spritze, den Kofferdam, Wasser im Rachen, flaches Liegen etc. Diese Ängste mögen übertrieben wirken. Sie beruhen aber auf Konditionierungen und sind absolut ernst gemeint. Nur wenn man die Wünsche getreulich erfüllt und einen alternativen Behandlungsweg einschlägt, kann der Patient ruhig kooperieren. Die ruhige Kooperation ist die conditio sine qua non der Ergebnisqualität jedes Behandlungsweges.

Das erste Ziel des Angstabbaus während der Behandlung ist die **Verhinderung der Angststarre**. Sie zeigt sich darin, dass der Patient eine Frage (wie z. B. «hat es wehgetan?») nur verzögert oder gar nicht beantwortet. In diesem Zustand sind seine Gedanken blockiert und nimmt der Patient die Behandlung nicht richtig wahr.

Die häufigste Hilfeleistung richtet sich gegen die Angststarre und besteht darin, dass man den Patienten animiert, sich zu **bewegen** und zu **sprechen**. Dies geschieht am einfachsten mit einer **Pause** zum Aufsitzen und Spülen und mit **Fragen** wie z. B., ob etwas geschmerzt habe oder ob er nur erschrocken sei oder einfach nur wieder mal Luft holen müsse, bzw. ob das Kind zwischendurch mal aufstehen wolle um seiner Mutter das Loch im Zahn zu zeigen. Die Angst baut sich am besten beim Sprechen ab und nicht etwa beim Zuhören oder stummen Warten! **Jede Pause ergibt ein wichtiges Feedback**, nämlich wenn der Patient signalisiert, dass er zur Weiterbehandlung bereit ist.

Der Dialog in den Pausen kommt dem grossen Bedürfnis des Patienten nach Informationen entgegen. Es ist manchmal verblüffend, wie zahlreich und detailliert und sachlich dessen Fragen zu den einzelnen Arbeitsschritten sind! Die Antworten sollen fachlich richtig, dem Patienten angepasst und stets im Hinblick auf einen Angstabbau formuliert werden.

Der obligatorische Bestandteil des Dialogs ist jeweils die Ankündigung, wie sich der nächste Schritt anfühlen wird. Meist kann man erklären, dass keine Schmerzen zu erwarten sind, dafür aber hoch- oder niedertourige Vibrationen usw.

Eine entscheidende Phase des Dialogs beginnt gegen Ende der Dentinexkavation, wenn am Kavitätenboden halbhartes Dentin erscheint. Es bedeutet, dass bei vorsichtigem Vorgehen langsam der erste feine Schmerz entstehen kann. Er fühlt sich ähnlich an wie ein leicht empfindlicher Zahnhals, also deutlich schwächer als z. B. der Schmerz beim Epilieren, Tattoo, Piercing usw. Hätte der Patient bloss eine passiv duldende Einstellung, so könnten eine Angststarre und ein plötzlicher Abwehrreflex entstehen. Stattdessen soll er jetzt sein Gefühl genau beachten und, sobald es sich ein klein wenig ändert, sofort die Hand anheben. Viele Angstpatienten müssen diese **Bereitschaft, rechtzeitig die Hand zu heben**, zuerst üben und werden erst dann fähig, den beginnenden Schmerz sofort zu melden und objektiv zu bewerten.

Der wichtigste Punkt im Dialog ist für den Patienten die Meldung, das Bohren sei beendet.

Bei der Insertion des Komposits unter Kofferdam entsteht ein langes Intervall bis zur nächsten Behandlungspause. Deshalb fürchten sich viele Patienten davor. Auch bei der Verwendung einer Matrize ohne Kofferdam kann der Patient lange Zeit nicht spülen. Die Matrize kann aber frühzeitig entfernt werden (vor oder während der Insertion des letzten Inkrements, siehe unten). Beim freien Inserieren ohne Matrize ist sogar jederzeit eine Behandlungspause möglich (siehe unten).

Reizarme Füllungstherapie

Behandlungen ohne Anästhesie haben zwei Vorteile: der Patient muss erstens seine Spritzenangst nicht überwinden, und zweitens hat er die Gewissheit, dass sein Zahn nicht übermässig präpariert wird. Bei Erwachsenen muss zunächst die Kälteempfindlichkeit des Zahns ermittelt werden. Anfangs wird das dünne, dann das dicke Saugrohr und zuletzt das laufende Winkelstück mit Wasserspray über die Kavität gehalten. Entstehen dabei Schmerzen, so wird eine Anästhesie empfohlen. Bei einem kleinen Kind drückt man mit einer Sonde leicht gegen einen Zahn. Spürt es nun bereits einen starken Schmerz, so ist die Behandlung abzubrechen. Es kann sein, dass es kurze Zeit später zurückkommt und besser kooperiert.

Behandlungen mit Anästhesie beginnen mit einer **reizarmen Spritze** gemäss Abb. 4. Als **Nebenwirkung** entsteht manchmal Angst wegen des veränderten Schluckgefühls, wegen Würgereizen und wegen einer Atembehinderung. Kinder können deswegen ihren Kooperationswillen verlieren. Meist kann man aber dem Patienten versichern, dass das Schlucken gleich wie sonst erfolgen kann und dass der Hals nicht eingeengt wird (evt. im Spiegel zeigen). Normalerweise findet er sich nach einigen Minuten beim Schlucken und Atmen (mit der Hand auf dem Bauch) zurecht und ist wieder bereit zu kooperieren.

Die Eröffnung der Kavität geschieht mit dem **roten Winkelstück**. Die Luftturbine ist kontraindiziert, weil hohe Tonlagen mit Angst assoziiert sind (ähnlich wie Sirenen, Insekten, kindliche Angstschreie und dergleichen). Auch Lärm erzeugt im Prinzip Angst. Zur Lärmverminderung wird das **kleine Saugrohr** intervallweise benutzt und nicht das grosse im Dauerbetrieb. Mit Diamantschleifern entfernt man allen unterminierten Schmelz. Wird ohne Anästhesie gearbeitet, darf man **dabei das Dentin nicht berühren!** Störende **Vibrationen** können gemäss Abb. 5 gedämpft werden.

Die Dentinexkavation geschieht mit neuen Rosenbohrern. Man lässt sie so langsam drehen, dass man die Schneiden gerade noch sehen kann (**Drehzahl≈ 2 U/Sek.**, also langsamer als die empfohlenen 500–1500 U/min.). Mit dem drehenden Bohrerkopf berührt man das Dentin so sanft wie möglich (**Anpresskraft ≈ 1 bis 5 Gramm**). So braucht es **keine Wasserkühlung**, und es herrschen beim Bohren mit der Lupenbrille **beste Sichtverhältnisse**. Zuerst wird die feucht-krümelige Masse in der Kavität entfernt. Dann wird das halbharte Dentin am Kavitätenboden abgetragen. Und sobald trockener Dentinstaub erscheint, ist die Exkavation zu Ende.

- Die feucht-krümelige Masse kann ohne Schmerzen entfernt werden. Dabei verklebt der Bohrerkopf immer wieder und muss jeweils ausserhalb des Mundes gereinigt werden.

- Das halbharte Dentin am Kavitätenboden ist manchmal hoch empfindlich auf kalte Luft. Zuweilen kann sich ein Patient deswegen doch zu einer Anästhesie überwinden. Andernfalls kann die Kühlluft des Motors gemäss Abb. 6 abgeklebt werden. Saugrohr und Mehrfunktionsspritze können durch lauwarm befeuchtete und trockene Wattepellets ersetzt werden. Und überschüssiger Conditioner, Primer und Bond werden nicht weggeblasen, sondern mit Kunststoffschwämmchen aufgesogen.

- Der Dentinstaub bedeutet bei Milchzähnen meistens, dass das Dentin bereits genügend hart ist. Bei bleibenden Zähnen muss jedoch oft noch eine hauchdünne Schicht mehr abgetragen werden. Erst dann ist das Dentin kratzfest und die Exkavation am Ziel. Erfahrungsgemäss wird dieser Moment zuverlässig mit einem leichten, gut erträglichen Schmerz angezeigt.

Ausschläge und Verhakungen des Bohrers müssen prioritär verhütet werden. Der Angstpatient ist so konditioniert, dass er trotz Anästhesie jeden Schlag wie einen Peitschenhieb empfindet und mit Aufbäumen quittiert! Schläge werden folgendermassen verhütet:

- Es werden nur neue Rosenbohrer verwendet.

- Die Schneiden werden seitlich angesetzt und nicht vorne, wo sie zusammenlaufen.

- Der Bohrer wird gezogen und nicht gestossen (ggf. Drehrichtung umschalten).

- Der rotierende Bohrerschaft wird an einer passenden Stelle des Kavitätenrandes oder des benachbarten Randwulstes angelehnt. Falls das nicht geht, wird das Winkelstück bimanuell gehalten. Auf diese Weise gelingt es sehr zuverlässig, die Gingiva nicht oder nur minimal zu verletzen, was die Trockenlegung wesentlich vereinfacht.

Die Trockenlegung ist nur zu gewissen Zeitpunkten unabdingbar (wenn Primer, Adhäsiv und Bond appliziert und die Kompositschichten inseriert werden). Bei guter Kooperation gelingt sie auch ohne Kofferdam mit reizarmen Hilfsmitteln wie eine Klammer am Nachbarzahn(zur Fixation der Watterollen), ein kurzes Stück Retraktionsfaden zur Freilegung des Kavitätenrandes (Abb. 7) usw. **Bei blutender Gingiva** kann ein weicher Retraktionsfaden den Keil ersetzen. **Eine konkave Matrizeneinbuchtung** lässt sich mit einem interdental gelegten Fadenknäuel anstelle eines Keils herstellen. **Freies Inserieren ohne Matrize** ist meistens möglich, wenn der Abstand der approximalen Kavitätenränder zu den Nachbarzähnen etwa zwei Millimeter oder mehr beträgt.

Die Insertion des Komposits kann dank seiner Hydrophobie mit Behandlungspausen unterbrochen werden. **Speichel und Blut** auf der halbfertigen Füllung lassen sich gut wegsprayen, und nach dem Trocknen haftet das nächste Inkrement ohne Qualitätsverlust. **Beim letzten Inkrement** wird die Matrize vor dem Härten entfernt. So kann der Patient frühzeitig spülen, dann zubeissen und die Okklusion vorformen. Anschliessend wird das Komposit gereinigt, getrocknet und ausmodelliert.

Einschleifen und Ausarbeiten benötigen dank der Vorformung durch den Patienten relativ wenig Zeit. Polierdiamanten, EVA-Gerät und Gummipolierer genügen, oft sogar ohne Wasser.

Weitere Betrachtungen

Es ist nicht nur ein ethisches Erfordernis und eine Pflicht, schädliche Angstzustände beim Zahnarzt zu verhindern. Es ist vor allem eine stolze Errungenschaft der heutigen Zahnmedizin, dass sie es so gut kann. Erstens entschärft sie die Angst vor der Behandlung, weil mit Komposits fast immer eine Zahnerhaltung geplant werden kann (z. B. NOACK MJ 2008). Zweitens erlaubt sie eine stete Angstkontrolle während der Behandlung, weil bei adhäsiven Füllungen fortdauernd zwischen reizarmen Manipulationen und angstabbauenden Techniken abgewechselt werden kann. Und drittens ermöglicht sie dem Angstpatienten eine ruhige Kooperation, weil die Herstellung der Kompositfüllungen flexibel an die Patientenwünsche angepasst werden kann. Es braucht erfahrungsgemäss einige Jahre intensiver konservierender Tätigkeit, bis man Komposits auf mehrere reizarme Arten legen kann. Die Anstrengung lohnt sich, denn nicht nur Angstpatienten, sondern auch viele «normale» Patienten haben lieber eine reizarme als eine standardmässig ausgeführte Zahnbehandlung, zumal die Ergebnisqualität und der Preis etwa gleich hoch sind.

Verdankung

Meinen Dentalassistentinnen Natascha Taneva und Beate Witzgall danke ich ganz herzlich. Aus ihrer Erfahrung und Intuition stammen wertvolle Ideen zum einfühlenden Umgang mit den Patienten.

Literatur

NOACK MJ: Wurzelkaries. Quintessenz 59/12: 1343–1352 (2008)

WEILENMANN WA, EGLI-BERND H: Sechs einfache Hilfen für Angstpatienten. Schweiz Monatsschr Zahnmed 114/7: 699–707 (2004)

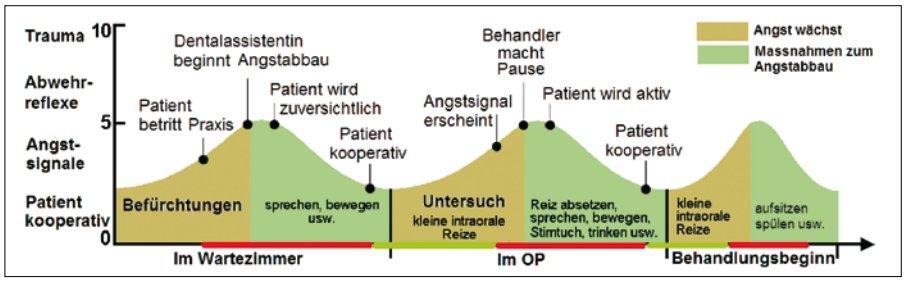


Abb. 1: Die Angstkurve (nach WEILENMANN & EGLI 2004). Sobald Angstsignale (z. B. Unruhezeichen) erscheinen, sind angstabbauende Massnahmen nötig, damit sich der Patient erholen kann. Durch seine Gesten zeigt er, wann er wieder kooperieren und die Behandlung fortsetzen will. Mit der Skala 0–10 lassen sich Angst und Schmerzen messen. Zu Abwehrreflexen sollte es nicht kommen. Werden sie unterdrückt, kann ein Trauma entstehen.

Abb. 2: *Das lächelnde Gesicht der Dentalassistentin ist eine angstabbauende Hilfe. Die Patienten können es beobachten und sich daran orientieren. Hier ein Patient mit Erstickungsangst. Er kann nicht durch die Nase atmen und hält seinen Rachen während der Behandlung weit offen. Wenn nass gearbeitet werden muss, dreht er den Kopf stark zur Seite, damit das Wasser zur Wange und nicht in den Rachen fliesst.*

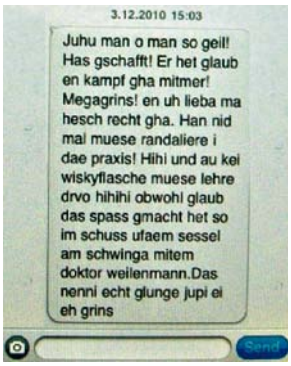


Abb. 3: *Ein SMS eines jungen Hells-Angels (mit einem fürchterlichen Totenkopf auf dem T-Shirt). Er hat es kurz nach einer reizarmen Behandlung an meine Prophylaxe-Assistentin gesendet, welche er persönlich kennt und die ihm die Behandlung vermittelt hat. Sein letzter Zahnarztbesuch fand vor 11 Jahren statt. Was hat sich da wohl zugetragen?*

Abb. 4: *Reizarme Anästhesie: der Einstich geschieht genau zwischen den Äderchen der Umschlagfalte und ist nur 1–2 mm tief. Der Gummipfropf in der Karpule wird anfangs kaum 1 mm pro Sek. vorgeschoben. Innerhalb der entstehenden Quaddel kann die Nadelspitze schmerzfrei vorwärts gleiten.*

Abb. 5: *Reizarme Schmelzpräparation: Die Vibrationen im Oberkiefer lassen sich deutlich dämpfen, wenn der Zahn beim Präparieren mit der Fingerspitze von bukkal her unterstützt wird.*

Abb. 6: *Reizarmes Exkavieren: nicht selten schmerzt vor allem die Kühlluft des Motors. Sie lässt sich nicht ausschalten und tritt neben dem Bohrerschaft aus der Bohrerhalterung heraus. Ein einfacher Klebstreifen schafft Abhilfe.*

Abb. 7: *Reizarme Trockenlegung und verletzungsfreies subgingivales Bohren dank guter Abstützung. Pfeil: etwas Komposit stabilisiert die Teilmatrize zur Verdrängung der Papille.*

Un flic étonnant

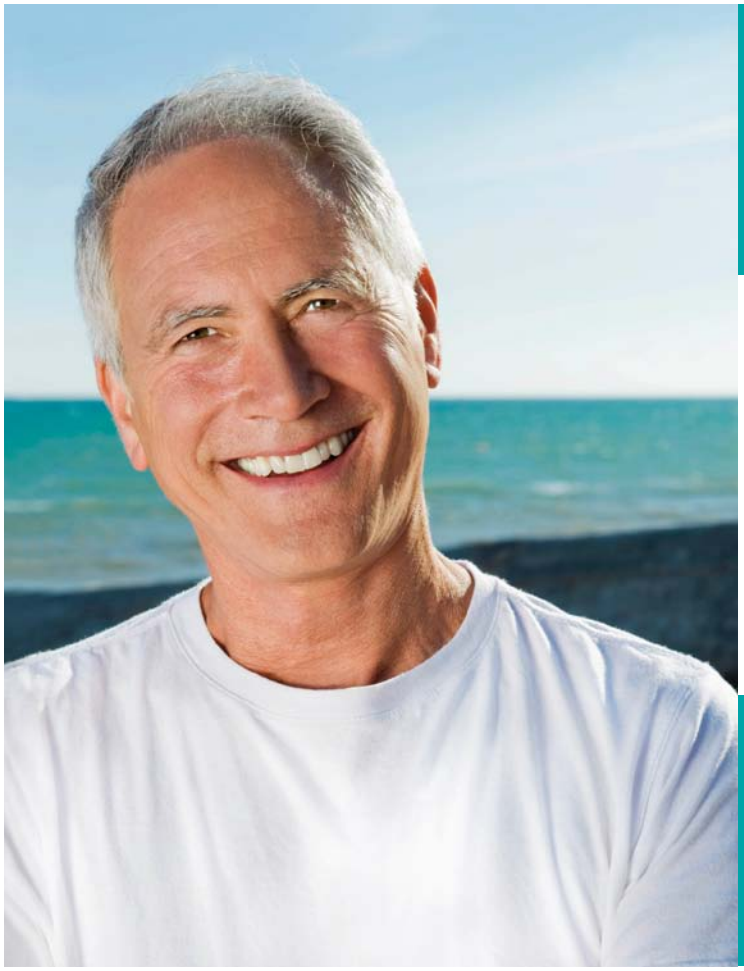
Béatrice Renz

En faisant de l'ordre dans les archives de mes anecdotes, je suis tombée l'autre jour sur cette histoire fantastique que j'ai trop envie de vous raconter.

Il y a plus de dix ans, nous habitions encore à Corminboeuf, et je roulais donc en voiture pour aller à mon travail à la Fondation Plein Soleil à Lausanne, en embarquant ma chaise roulante pliable. Pour moi, c'était un plaisir extrême de mettre le CD de mon choix, de l'écouter à pleins tubes, de chanter à tue-tête et d'écraser le champignon qui se trouvait chez moi sur le volant. Jusqu'au jour où j'ai aperçu devant moi une voiture banalisée foncée, avec un peu plus loin un policier qui commanda de s'arrêter aux victimes du contrôle radar. Avec un petit coup d'oeil instinctif, j'ai vu mon tachymètre indiquer... 165 km à l'heure, quelle horreur ! J'aurais voulu me volatiliser sur place.

Après m'être garée derrière la voiture de police, un jeune policier, la coupe en brosse et un peu hirsute, s'est posté devant moi avec un regard qui n'en était pas un. D'un air bien autoritaire, les jambes écartées et bottes en cuir (profession oblige !), il m'a ordonné de montrer mes papiers, suite à quoi, tremblotante, j'ai tâtonné pour les chercher et les lui donner d'un air effrayé. Puis, pendant qu'il inspecta mes permis de fond en comble, moi, je ne savais plus dans quel état je me trouvais. Tout d'un coup, il me demanda : « Vous êtes handicapée ? », à quoi je lui répondis : « Oui, tout à fait… ! » Sur ce, il m'a rendu mes papiers d'un geste sec en ajoutant, évitant toujours tout regard : « J'estime que vous avez déjà assez de problèmes comme ça, continuez... ! » À ce moment, je me suis trouvée dans un tel état second, comme je ne peux même pas le mettre en mots. Ayant toujours des bonbons avec moi, j'ai exprimé ma joie à ma façon : « Vous êtes vraiment un amour ! Vous voulez un sugus ? »

Retenant un léger sourire, il m'a juste fait signe de décamper au plus vite…



Literatur und Medizin

Hinweise auf ein Buch und seine Entstehung.
von Urs Faes

Literatur und Medizin, eine alte Paarbildung

Schon seit alter Zeit sind Literatur und Medizin eng verschwistert; so ist bezeichnenderweise Apoll der Gott der Heilkunst (scientia) und der Gott der Künste (ars). Seit der Antike hat sich die Literatur der Medizin zugewandt und ihre Welt dargestellt, und sie hat sich damit jenen Fragen gestellt, die den Menschen in seinem Sein angehen. Viele Texte der Belletristik erzählen Krankengeschichten, erzählen von Leidenden, von Patienten, durch Jahrhunderte hindurch. Erwähnen möchte ich

Philoktet mit seinen stinkenden Wunden, der biblische Hiob mit seinen Qualen und seinem Rechten; Hartmann von Aue erzählt vom armen Heinrich; in der Neuzeit denken wir an Werther, an Jakob von Gunten, an Hans Castorp in seinem Davoser Sanatorium, an Frischs neurosengeplagten Anatol Stiller, an Christa T oder Fritz Zorn; aus dem «Keller» ruft Thomas Bernhard.

Warum finden solche Krankengeschichten ihre Leserinnen und Leser? Sicher zunächst deshalb, weil wir alle im Wartezimmer sitzen und unsere Krankheiten ausschmücken, aber vor allem deshalb, weil wir, wie immer wieder in literarischen Texten, durch die Geschichte des andern etwas über uns erfahren können.

Wenn Autoren Krankengeschichten erzählen, rücken an die Seite von Patienten immer auch die Ärzte in den Mittelpunkt. Beispielsweise Balzacs Landarzt Despleins, Hofrat Behrens oder Walter Vogts Wüthrich. Autoren reizt die Synthese, die der Arzt verkörpert: von Naturwissenschaft und Menschlichkeit. Aber der Arzt gilt auch als Menschenkenner, einer, der Menschen kennt, aber sie öfter auch durchschaut (was der Schriftsteller auch für sich in Anspruch nimmt).

Frage nach dem Menschen

Während der Arzt sich auf die Suche nach der erfolgversprechenden Therapie konzentriert und die Heilung in den Vordergrund stellt, sind es die Schreibenden, die durch ihre Darstellung jene Fragen auftauchen lassen, die rund um die Krankheit sich ergeben, die Fragen um die Sterblichkeit, die scheinbar banale Tatsache, dass Vergehen und Vergänglichkeit Teil jeden Wesens ist, dass das Leben den Sterbeprozess voraussetzt. Es sind also die Fragen um Endlichkeit und Tod, die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit und das individuelle und gesellschaftliche Verhalten dazu. Solche Fragen sind nicht selbstverständlich, sie werden am Spitalbett oft genauso verdrängt wie im alltäglichen Diskurs der Gesellschaft.

Vielleicht trägt die Literatur durch ihre Darstellungen auch zur Integration von Krankheit ins Leben bei, auch das wäre ein Aspekt des humanen Umgangs mit Krankheit und den Kranken. In diesen Bereich gehört die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die Vermittlung dessen, was diagnostisch wahrgenommen wird und wie es kommuniziert werden soll, wieviel Wahrheit dem kranken Menschen zumutbar ist.

Es geht hier nämlich um den seiltänzerischen Akt zwischen Distanzierung und Sichhineinversetzen, zwischen unabdingbarer Kälte und geforderter Empathie.

Die Rolle der Sprache

Das sind Fragen von Sprache und Sprechen, und genau in diesem Feld der Sprache treffen sich Literatur und Medizin.

Die Medizin hat oft die innere Verbindung mit der Literatur hervorgehoben, hat literarische Darstellungen von Krankheiten ebenso aufgenommen wie Krankheitsbezeichnungen, hat vielleicht da und dort Kritisches über die Arzt-Patient-Beziehung in literarischen Texten gelesen und das in die Alltagspraxis einfliessen lassen.

Die Wiedergabe von medizinischen Problemen in der Literatur kann Anregung sein für Ärzte und Spitalpersonal, aber darüber hinaus letztlich für alle Menschen im Umgang mit Krankheit und Tod. Auch das wäre ein Schritt zur Menschenmedizin, zu **Medical Humanities.**

Eine andere Nähe, wenn auch nicht die wichtigste, zwischen Literatur und Medizin ist die Tatsache, dass viele Ärzte Schriftsteller waren.

Aber hier hin gehört auch der Vermerk, dass viele Schreibende selber Patienten waren, ich denke an Friedrich Hölderlin, der ebenso lange im Turm interniert war wie Robert Walser in der Klinik Herisau; und wenn Susan Sontag von der Krankheit als Metapher schreibt, meint sie, wie Anne Cuneo, auch die eigene Krebserkrankung.

Immer geht es um einen Einzelnen, dessen Geschichte erzählt wird, sein Leben soll lesbar, soll erfahrbar gemacht werden.

Durch die Jahrhunderte hat die innere Verbindung zwischen Literatur und Medizin zum kulturwissenschaftlichen Dialog und zu Begegnungen und gegenseitigen Befruchtungen geführt, manchmal gar zu gemeinsamen Projekten.

Der Autor im Spital, ein Projekt, eine Paarbildung

Ein solches Projekt stellt auch das folgende dar. Im Jahr 2008 ist an mich die Einladung des Chefarztes der Radioonkologie im Kantonsspital Aarau ergangen, sich auf der Station schauend und schreibend umzusehen, quasi eine Einladung an die Literatur, mich in der Medizin umzuschauen. Ich bekomme ein Namensschild, einen weissen Kittel und Einlass zu Arzt- und Patientenräumen. Ich nehme an Patienten- und Arztgesprächen teil, schaue mich in den Korridoren und Bestrahlungsräumen um, bin bei Arztrapporten dabei, höre Patienten zu. Folge Bestrahlungsplanungen, lerne Dosis-Volumen-Erwägungen und Bestrahlungsfelder kennen, Paar- und Triplettbildungen. Ich spreche mit Patientinnen und Patienten, gewahre Ängste und Hoffnungen, Kränkungen und Abhängigkeiten, erfahre das Wunder einer Spontanremission und die Enttäuschung über einen negativen Befund.

Ich schaue, höre, notiere, melde mich an Rapporten zu Wort, teile Beobachtungen mit, beziehe Stellung, höre wieder zu.
Und schreibe unentwegt auf, was ich sehe und höre; ich lese, frage nach, sammele, archiviere; da bilden sich Konvolute und Konzepte, Einsichten, Beobachtungen, Geschichten.

Aber daraus ist nicht nur eine intensive Zusammenarbeit, Austausch, Gespräch, Fortbildung, geworden, sondern eben auch das Buch Paarbildung, ein Roman also, dessen Hintergründe und Kulissen recherchiert und erfahren, dessen Personen frei erfunden sind.

Der **Begriff Paarbildung** stammt aus der Teilchenphysik und meint die Bildung eines Teilchen-Antiteilchen-Paares; in der Radioonkologie bezeichnet man den Strahlenabsorptionseffekt als Paarbildung.

Der Begriff Paarbildung meint innerhalb des Romans auch die Paarbildung zwischen Arzt und Patient, zwischen dem Kranken und seiner Umgebung, aber auch zwischen dem Kranken und seiner Krankheit (oft brauchen Patienten dafür das «Wir»).

Menschenmedizin, eine Forderung

Der Begriff Paarbildung kann aber durchaus auch auf die Paarbildung Medizin und Literatur, Arzt und Schriftsteller bezogen werden, die eine Paarbildung darstellen, durch sie verbindende Interessen und Fragen, durch ein Wechselgespräch, und auch die Tatsache, dass viele Ärzte Schriftsteller waren oder es wurden, von Tschechov und Döblin bis zu Lobo Autunes und Jens Petersen; oder sei es dass Ärzte wie Schriftsteller sinnlich und genau beschrieben, wie Freuds Anamnesen, die den Rang von Novellen haben.

Man könnte hier auch noch Ärzte als Romanfiguren anfügen von Jean Pauls Dr. Katzenberger über Dr. Grabow in den Buddenbrooks zu Benns Dr. Rönne und Camus» Dr. Rieux. Der Arzt, wie ihn übrigens die Literatur, vor allem des 19. Jahrhunderts, darstellt, ist nicht nur Kenner der Anatomie und des Seelenhaushalts und der psychologischen Prädispositionen seiner Patienten, sondern er kennt auch ihr soziales Umfeld.

Das wechselseitige Gespräch zwischen Medizin und Literatur kreist immer wieder um grundlegende Fragen von Gesundheit und

CURAPROX

Prothesenpflege, marktfrisch.

Chemie gibt es schon genug. Deshalb pflegen die CURAPROX BDC-Produkte auf natürliche Weise: mit Eukalyptusöl, Meersalz und Zitronensäure. Prothesen bleiben jahrelang wie neu, Mundschleimhaut und Zahnfleisch gesund. Vereinbaren Sie einen Termin mit uns: 041 319 45 50.

www.curaprox.com

SWISS PREMIUM ORAL CARE

Krankheit, von Betreuung und Heilung. Es ist oft die Literatur, die nach der Würde des Menschen, auch des kranken Menschen, fragt und sie dort einfordert, wo sie nicht gegeben ist, wo der Kranke zum unmündig Abhängigen wird, zum Objekt.

So liesse sich mit Walter Jens durchaus etwas salopp sagen, dass Poeten und Mediziner das gleiche Geschäft haben: die kurativ wirkende Beurteilung des Menschen in seinem realen Leid und seiner möglichen Prosperität, seiner Hoffnung und seiner Verzweiflung. Früh hat das unvergleichlich schon Goethe, der ja beides war, Naturwissenschafter und Poet, für beide Bereiche in Dichtung und Wahrheit gesagt: «Die Gegenstände ihrer Bemühungen sind die sinnlichsten und zugleich die höchsten, die einfachsten und kompliziertesten. Die Medizin beschäftigt den ganzen Menschen, weil sie sich mit dem ganzen Menschen beschäftigt».

Urs Faes ist Schriftsteller, geboren in Aarau. Zuletzt erschienen der Roman Paarbildung 2010 (nominiert für den Schweizer Buchpreis) und Liebesarchiv 2007, ausgezeichnet mit dem Schillerpreis der Schweiz. Beide Suhrkamp Verlag, Berlin.

ISBN-10: 3-518-42171-9
Nummer

Bücher zu Literatur und Medizin

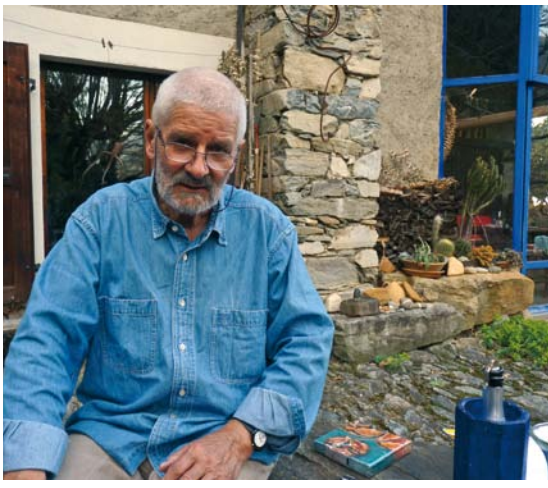
- *Gadamer H.G., Die Verborgenheit der Gesundheit, Frankfurt 2010.*
- *Käser R., Arzt, Tod und Text, München 1998.*
- *Zu Integrativer Medizin vgl. Hontschik B.,Körper, Seele, Mensch, Frankfurt 2006, v.a. Kapitel 4.*
- *Lang H., Gespräch als Therapie, Frankfurt 2000.*
- *Buber M., Ich und Du, Heidelberg, 1965*
- *Zum Begriff der Empathie vgl. Breithaupt F., Kulturen der Empathie, Frankfurt 2009.*
- *Der Begriff des Schmerzes in der Literatur wird dargelegt in der Studie von Hermann I., Schmerzarten, Heidelberg, 2006. Hier auch die Hinweise auf Jean Paul und Kafka.*
- *Kafka F., Briefe 1900–1912, Frankfurt 1999.*
- *Jagow B.,/Steger F., Was treibt die Literatur in die Medizin, Göttingen 2008.*
- *Bulla H. G., Von der Krankheit Schreiben, in: NZZ, 176, 30.31.7.88.*
- *Deleuze G., Kritik und Klinik, Frankfurt 2000.*
- *Jens W., Die Poesie der Chirurgie, in: Die Zeit, Nr. 14, 14.04.94.*

Siehe auch in Edition 20, ab Seite 29, Buchbesprechung: Die Grenzen des Paternalismus von St.G.

Klaus Sommer

Der Schaffer der Fotos und Aquarelle dieser Ausgabe. Vom Wasser geformter Fels und erstarrtes Wasser. St.G.

Man geriete in arge Verlegenheit, müsste ihm eine Berufsbezeichnung zugeordnet werden. Sie wäre auf jeden Fall falsch, und hätte man sich anpunktswilligerweise trotzdem auf eine Berufung geeinigt, so hätte sie sich bereits wieder schillernd gehäutet. Fest steht, dass er schon vor der Mitte des vergangenen Jahrhunderts in Winterthur zur Welt kam, dass ein Cousin mit Namen Dimitri ihm dabei zuvorkam; dafür kann ihm, ausser seinen elterlichen Genen, niemand etwas zum Vorwurf machen. Clowneskem zwar nicht abhold, aber immer mit grosser Disziplin, wandelt er seine Möglichkeiten stets zur Perfektion. Restauratore di opere d'arte antiche steht zwar irgendwo geschrieben. Dieser Tätigkeit geht er immer noch nach. In einem vom ihm entworfenen und erbauten Haus. Mitten in einem steilen Tälchen, ursprünglich mit Reben bepflanzt, jetzt von Kastanien und von ihm selber mit exotischen Gewächsen zum fast undurchdringlichen Urwald– Arboretum erweitert. Palmen, Paulownien, die herrlich blühenden Blauglockenbaumgewächse und anderes Grünzeug, welches für den Laien keinen Namen haben muss, ausser dem des Zeitstillstehens. Restaurator in Ton, Metall und Stein, stehen seine Werke in vielen Museen und Sammlungen der Welt. Für François Stahly, sculpteur in Paris, für Wladimir Rosenbaum, Antiquar in Ascona, hat er gearbeitet. Bereiste mit Vespa und viel Verve halb Europa. War mit seinem Schiff Sindbad am 1961 im Lago Maggiore erreichten Tauchrekord von 230 Metern des Hannes Keller beteiligt. Malt, bildhauert und zeichnet. Liest gerne. Aktuell löst er die Fälle des Commissario Montalbano noch vor dessen Autor Andrea Camilleri und rätselt gleichzeitig in «Das rote Buch» von C.G. Jung, der wiederum ein Bekannter von Rosenbaum war. Spielt Kornett in Jazzbands. Fotografiert an allen künstlerischen Vernissagen, schwimmt fast täglich 1000 Meter, isst dafür keinen Fisch. Seine Lieblingsgetränke: Prosecco della Valdobbiadene und Morellino



Klaus Sommer

di Scansano. Und, und und eben fotografischer Berichterstatter einer Natur, wo sie am schönsten und geheimnisvollsten ist.

Mein Vorbild

Claudius Duttwyler

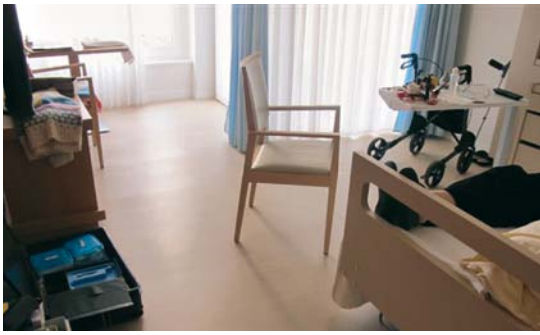
Brauche ich das nicht, die Idee voraus, einen Sinn, wenn ich etwas tue? Letzthin war ich bei einer bettlägerigen Frau in einem modernen Heim in Zürich. Sie ist noch nicht lange dort, sie akzeptiert ihre ernste Krankheit, dankbar, dass sie über ihr ganzes Leben sonst gesund war. Und nun hatte man bei der Pflege im Zimmer die obere totale Prothese in den Abfall entsorgt. Da möchte sie schon einen Ersatz, lacht sie und man sieht es ihr an, die Zähne fehlen im Gesicht.

Also – um es kurz zu schreiben, Alginat, Wachswall, Bissnahme. Der Techniker wollte die aufgestellten Zähne ohne Artikulator mitgeben zur Einprobe. Nein, so nicht: Es ist nicht das erste Mal, dass bei Patienten im Bett ich die Bisshöhe bis um 5 mm zu hoch fixiere.... Und doch hat mein Labormotor mit Batterie da fast keine Kraft, sprich Durchzug beim Fräsen... Also schön Geduld über dem Lavabo im Badezimmer und ja Lavabostöpsel verschliessen, über dem Duschloch auch grad lieber ein Tuch ... so Zähne können einem nerven, wenn sie irgendwo hinfliegen... Da geh ich dann schnell in die Knie. – Gerne hätte ich das Resultat noch fotografiert, ich soll es dann aber bei der nächsten Einprobe, lacht die geduldige Patientin. Ja, das hat Zeit verschlungen, wo ich mich nun hüten zu schreiben,

Prof. Theo Brunner

Zeit gekostet. Denn Gottseidank habe ich heute Zeit. Fachliches Tun ohne Zeitdruck. Und wie erinnere ich mich da an ein Vorbild für viele und ein Meister des Fachs, Professor Theo Brunner! Er lehrte nicht nur Geduld, er lebte sie. Und belebt mich noch immer und sicher viele, die unter ihm gelernt haben.

Prof. Theo Brunner war von 1958–92 Leiter der Volkszahnklinik am Zahnärztlichen Institut in Zürich, jetzt ZZM=Zentrum für Zahnmedizin. Darüber hinaus war er in weiteren Sparten tätig, nicht nur in der Prothetik, er war auch Kantonszahnarzt, Hauptredaktor der Schw. Monatszeitschrift der SSO(1976–78); Ehrenmitglied der Zürcher Zahnärztegesellschaft und auch des Vereins Pro Volkszahnklinik. Er lebt gut mit seiner Frau zusammen und freut sich zu lesen und hören, was in der KAB läuft.



Zuhause beim Patienten

PS Tipp: in jede Prothese den Namen des Patienten vom Labor einpolymerisieren lassen, am besten mittels Klarsichtfolie.

Es war einmal eine Erfahrung

Gertrude Ernst Wernecke

Die Erfahrung: Ein Kind verliert die Haare. Die Lehrerin sieht dies, fühlt mit ihm, lässt sich die Haare ganz kurz schneiden, das Kind ist nicht mehr allein.

Eine Begegnung auf der Strasse. Eine wichtige Persönlichkeit sieht dies: Warum die Haare so kurz? Die Geschichte wird erzählt, wird länger, wird zu einer 3-minütigen Morgenbetrachtung am Radio.

Jemand hatte zugehört, er kennt die Person, ein Anruf, um sich zu vergewissern: Ja, das bin ich. Und schon ist wieder eine Schicht um diese Geschichte, die aus Neugier und Wissen-wollen entstanden ist, gehüllt.

Dreissig Jahre später, beim Geschichten erzählen wird sie wieder erzählt. Staunen – was, so was? Jemand, der sich um Schichten kümmert, hat nachgefragt. Dabei legt sich eine neue Schicht um die alte, grau gewordene.

Und jetzt ist es eine neue Geschichte geworden.

Solidarität verändert.
Ausgangsgeschichte: eine Spitalpädagogin begleitet einen Jungen schulisch, der durch die Chemotherapie seine Haare verliert.

Weil dann die Lehrerin mit so kurz geschnittenen Haaren erscheint, staunen alle Kinder.

Das so entstandene Feld des Mitgefühls wird beachtlich vergrössert – sichtbar im Glanz der Augen des Jungen.

Frau Ernst war in den Siebzigern Jahren Lehrerin bei kranken Kindern am Kantonsspital in Luzern. Aus Solidarität zu an Krebs erkrankten Kindern liess sie sich ihre Haare auf gleiches Niveau, fast wie auf Augenhöhe der Betroffenen, zurückschneiden.

Pescato Fuori
I soliti ignoti oder
Die ganz gewöhnlichen Unbekannten

Mario Monicelli (*Viareggio, 16. Mai 1915, † 29. November 2010 in Rom)

Fünf Jahre fehlten noch um das Jahrhundert zu vollenden. Dein Jahrhundert. Dein Saeculum. Als saeculum des Menschen galt bei den Etruskern die Zeit zwischen Geburt und Tod, das Zeitalter jedes Einzelnen (Cens. De d. n. 17,2; 14,15 nach Varro); der Tod könne aber mit Hilfe bestimmter Sühneriten bis zum 84. Lebensjahr aufgeschoben werden, meinten wiederum die alten Etrusker. Du hast noch 11 Jährchen darauf geschichtet, Jahreszeit um Jahreszeit, quattro stagioni, noch und noch. Mit welchen geheimnisvollen Riten ist dir das gelungen? Der Mensch besteht aus Jahreszeiten, nicht aus Jahren. Sonst müssten alle frischen Erdbewohner an einem ersten Januar das Licht eines für alle gleichen Universums erblicken und jeweils bis Sylvester ausharren um es wieder auszulöschen. Ja, was hast du gedacht, als du mit respektablen fünfundneunzig Jahren den grössten je von dir gewagten Sprung aus dem von dir gewählten Ospedale San Giovanni vollführtest? Aus dem fünften Stock, fünf Jahre vor Ende eines üblichen weltlichen Jahrhunderts. Wolltest du nicht mehr dessen Gast (lat. hospes bedeutet Gast und Fremder zugleich) sein, bist du dir selber fremd geworden, oder gar das Gegenteil: wolltest ganz dich selber werden, einfach durch Nichtsein sein? Dem Sein und dem Nichtsein einen Sinn geben? Entschuldige das «Du», ich war so erstaunt, dass du gerade vor diesem ominösen Sprung noch lebtest, du warst mir ganz aus dem Sinn gefallen, durch alle Etagen meines Gedächtnisses hindurch. Hast du bis zum Ende einer von dir geschriebenen Regie nachgelebt? Als ich dich kennen lernte, war ich noch jung und du in meinen Augen schon recht alt. Das «Du» fiel mir so leicht, selbstverständlich von der Zunge und hin zu meinen Augen, die deine Filme mit offenem Sehvergnügen verfolgten. Das «Du», das ist Freundschaft, Vertrauen. Ein «Du» kann man nicht zurückfahren, auch wenn das Vertrauen schon längst weitergewandert ist. Hie und da aber bleibt nur Respekt. Sollte man da nicht wieder zum «Sie» zurückkehren, wenn einer von zwei Teilen mit einem raffinierten Schachzug in ein Leben eingedrungen ist, dem er nicht gewachsen war? Gleich auf einmal alle begangenen Fehler und Pannen wegwischen und noch mal ab ovo beginnen können? Das «Du» trägt Verantwortung, nicht Anbiederung, keine Bigotterie.

Was haben wir uns stumm und nass gelacht, an deinen Filmen mit Totò, Brancaleone, Parenti serpenti etc., bis zum Ersticken fast. Bitterböse Komödien, hast du dieses Genre bei deinem Studium der Philosophie entdeckt? An einen deiner zahlreichen Filme erinnere ich mich sehr genau. I soliti ignoti (1958). Bin mit diesen ganz gewöhnlichen Unbekannten selber alt geworden und kaue mir die Nägel krumm, um die Geheimnisse deines langen Lebens zu ergründen, deine Riten, deine Gedanken kurz vor dem Aufklatschen auf der Erde, der du entfliehen wolltest. Cosimo und «Capannelle», zwei ladruncoli. Ach, wie viel schöner tönt dies auf Italienisch, wie ganz gewöhnliche Diebe, so dass man ihnen schon im Vorhinein ihre Missetat verzeihen möchte. Diese beiden wollten also ein Auto klauen und gerieten daraufhin in 1000 verschiedene Komplikationen. Der übliche Plot um daraus eine Filmkomödie zu gestalten. Einzigartig aber, dass so genannte Unbekannte Gesichter bekommen und keine Marionetten, keine blosse Staffage mehr sind. Die Optik wird auf das scheinbar Gewöhnliche, das Alltägliche gezoomt. Es geht nicht mehr nur darum Recht zu sprechen, Recht zu haben, sondern eher Recht zu geben. Sie sind mitten unter uns, diese Behinderer, diese Diebe unserer alltäglichen Beschaulichkeit. **«Hommes en progrès»**? Absolut die gleiche Spezies, die gleichen Räuber unseres Selbstverständnisses.

Am Samstag, den 29. Januar, drei Monate nach deinem Fenstersturz, aus dem Rahmen eines Fensters ohne festen Inhalt, war ich im Aargauer Kunsthaus. Ausstellungsthema: «Voici un dessin suisse». Fast alleine. Die Cafeteria fast voll. Schnellimbiss mit prächtiger Aussicht auf die Altstadt. Also ungestört durch Raum und Bild, mit Rahmen. Aufgefallen und ins Auge gestochen sind mir 269 Zeichnungen von Alain Huck (Jahrgang 57). Alle ohne Rahmen, zu einer grossen Fläche vereint. Nicht auf Augenhöhe, auf Kniehöhe. Staub an diesen Gelenken, was für einmal, da abwesend, meine Dulcinea nicht tadelnd hervorheben konnte. So sollte man ausstellen. Erdverbunden. Ohne aufgezwungenen Rahmen. Da brauchen die Bilder auch nicht wieder aus dem Rahmen zu fallen. Durch den Akt eines fast Prosternation zu nennenden Hinwendens schlüpft der Betrachter, der Besucher selber in die Rolle eines Acteurs, wird Künstler. Er zeichnet nach, führt den Stift mit. Rahmen schliessen aus, nicht ein. Rahmen sind rassistisch! Rahmen begrenzen, stigmatisieren, tun Unrecht. Verursachen Behinderung.

Aus dem fünften Stock, aus einem selbstgewählten Rahmen gefallen, oder doch geflogen? Damit dir die Erde leichter werde. Wolltest du die Schwerkraft umpolen? Fünf, vier, drei, zwei, eins… Hast du die piano terra je erreicht? Keine Nachricht hinterlassend, wie dein Vater Tomaso, der den gleichen Ausweg gesucht und den du als erster ohne Leben gefunden hattest. Warum scheinen die letzten Augenblicke eines Lebens so wichtig, wenn man doch die ganze Geschichte an den Jahresringen des wachsenden Baumes nachlesen kann? Das Leben eines Baumes fängt nicht mit dessen Verdorren an. Wievielmal hat sich dein wacher Schlaf in die Nacht verzweifelt? I soliti ignoti springen nicht. Les hommes en progrès auch nicht, und wenn, dann mit 95 Lenzen. Und unten, auf Erdennähe, erwartet sie ein Sprungtuch. Die Betriebsanleitung liegt der Packung bei. Bei uns.

Pädiater Dr. Karl Wehrli, † 2010
Skulpturen brauchen keinen Rahmen

«Das behinderte Kind als Herausforderung in der zahnärztlichen Praxis»

Die **Jahrestagung** der **SGZBB** wird sich dieses Jahr den ganz besonderen Herausforderungen der zahnärztlichen Betreuung und Behandlung behinderter Patienten, insbesondere der Kinder widmen. Da kurative und restaurative Massnahmen bei diesen Patienten oft nur schwer durchzuführen sind, gewinnt die Prävention zahnmedizinischer Pathologien bei Behinderten einen ganz besonderen Stellenwert. Aber wie gehen wir am besten vor? Welche Präventionskonzepte sind erfolgreich und werden von den Patienten am besten angenommen und umgesetzt? Und, was tun wenn trotz aller Prävention Karies und Parodontopathien entstehen? Welche Geburtsgebrechen gibt es und wie sind diese Kinder zu behandeln? Wie gehen wir vor, wenn nur in Narkose behandelt werden kann? Und, mit dem wissenschaftlichen Programm der 20. Jahrestagung der SGZBB versuchen wir diese und andere Fragen zu beantworten. Sie findet am

Freitag, den 6. Mai 2011 in Bern

in den grosszügigen Räumlichkeiten des Kinderspitals (Auditorium Ettore Rossi, Inselspital Bern) statt. Es ist uns gelungen, herausragende nationale und internationale Referenten rund um das Thema zu gewinnen. Dr Birgitta Bergendal, Leiterin des Zentrums für «National Oral Disability Center» in Jönköping, Schweden, wird über die Behandlung von Patienten mit seltenen Krankheiten referieren, aber auch ihr neues Buch «faces» vorstellen, welches das Leben von Patienten mit Gesichtsdeformationen in Interviews und Bildern einfühlsam und realistisch darstellt. Professor em. Ulrich Nils Riede aus Freiburg wird die verschiedenen Geburtsgebrechen und Syndrome dann aus allgemeinmedizinischer Sicht beleuchten. Ein weiteres Highlight ist der Vortrag von Dr Imke Kaschke aus Berlin, die das zentrale Thema der Mundgesundheitsförderung von Menschen mit Behinderungen besprechen wird. Zahlreiche Schweizer Referenten behandeln darüber hinaus über Prävention, funktionelle Therapieansätze sowie Therapiemöglichkeiten. Kein Programm der SGZBB ohne den «l'homme en progrès» auch er wird durch den Philosophen Goran Grubacevic zu Wort kommen.

Was das Format der Tagung angeht, so haben wir einige Neuerungen vorgesehen:

- die Referate werden **simultan Deutsch/ Französisch übersetzt,** wir hoffen damit das Tagungsprogramm für alle Schweizer Kollegen attraktiv zu machen. Schon jetzt haben wir zahlreiche Anmeldungen aus der Romandie, was mich als Vertreter der Genfer Universität natürlich besonders freut.

- weiterhin hat der Vorstand der SGZBB beschlossen jungen Forschenden im Rahmen einer **Postersession** eine Plattform zu bieten, um ihre Forschungsarbeiten einem breiten Publikum vorstellen zu können.

- Der Nachwuchs in der SGZBB soll weiterhin mit einem Preis, der die beste Präsentation ehrt, gefördert werden.

Die Nachwuchsförderung ist ein ganz besonderes Anliegen der SGZBB, wer, wenn nicht die Jungen, soll die Nachricht weitertragen und für den Fortschritt sorgen. Sie sind unsere Zukunft. An dieser Stelle ein ganz besonderer Dank an die Mitglieder der wissenschaftlichen Kommission, die unter der Leitung von Dr. Joannis Katsoulis das wissenschaftliche Programm zusammengestellt und die Tagung «auf die Beine» gebracht hat.

Im Namen des gesamten Vorstandes der SGZBB würden wir uns freuen Sie am 6. Mai 2011 möglichst zahlreich in Bern begrüssen zu dürfen !

Prof. Frauke Müller
Präsidentin SGZBB

« L'enfant handicapé, un défi au cabinet dentaire »

Cette année le **Congrès** annuel de la **SGZBB** sera consacré aux défis particuliers des soins dentaires et des traitements prodigués aux patients handicapés, en particulier les jeunes patients. Comme les mesures thérapeutiques chez ces patients sont souvent difficiles à mettre en œuvre, la prévention des pathologies dentaires chez le sujet handicapé est encore plus importante. Comment pouvons-nous procéder? Quels sont les programmes de prévention efficaces et acceptés par les patients et quelle est leur meilleure mise en œuvre? Et que faire si, en dépit des mesures préventives mise en place, les caries et les maladies parodontales apparaissent? Et comment les malformations congénitales chez les enfants concernés sont-elles traitées? C'est dans ce programme scientifique du 20ème Congrès annuel de la SGZBB que nous essaierons de répondre à toutes ces questions et à d'autres encore. Le Congrès aura lieu

le vendredi 6 mai 2011 à Berne

dans les locaux spacieux de l'Hôpital des Enfants (à l'Auditorium Ettore Rossi, Clinique de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Ile à Berne).

Nous avons invité de prestigieux conférenciers nationaux et internationaux pour aborder ces sujets. La Dresse Birgitta Bergendal, Directrice du « National Oral Disability Center » à Jönköping en Suède, nous parlera du traitement des patients atteints de maladies rares, mais aussi de son nouveau livre « Faces » qui parle de la vie des patients atteints de malformations faciales, illustrés par des entretiens et des images sensibles et réalistes. Le Professeur em. Ulrich Nils Riede de Freibourg, qui illustrera sous l'optique de la médecine générale, les différents syndromes congénitaux. Un autre « highlight » sera la conférence du Dr Imke Kaschke de Berlin, qui abordera le thème central de la promotion de la santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. De nombreux orateurs Suisses parleront également de la prévention, des méthodes de traitement et des approches de thérapie fonctionnelle. Un programme de la SGZBB sans « l'homme en progrès » n'existe pas, et Monsieur Goran Grubacevic, philosophe, viendra nous en parler.

En ce qui concerne le format de la réunion, nous vous proposons quelques nouveautés :

– Les conférences seront simultanément traduites en allemand/français, nous espérons ainsi rendre plus attrayant le programme de la conférence pour tous les collègues Suisses. En tant que représentante de l'Université de Genève, je suis heureuse d'annoncer que nous avons déjà reçu de nombreuses inscriptions de la Romandie.

– le Comité de la SGZBB a décidé d'offrir aux jeunes chercheurs une plate-forme pour qu'ils puissent présenter à un large public leurs recherches sous forme de posters.

– En outre la relève de la SGZBB doit être encouragée par un prix de recherche pour la meilleure présentation.

La relève des jeunes talents est une préoccupation particulière de la SGZBB. Ils sont notre avenir. A ce stade, je souhaite déjà dire un grand merci aux membres du Comité scientifique, qui ont établi ce programme et qui ont mis sur pied cette réunion sous la direction du Dr. Joannis Katsoulis.

Au nom du Comité de la SGZBB nous nous réjouissons de vous accueillir à Berne et de vous voir nombreux le 6 mai 2011.

Prof. Frauke Müller
Présidente de la SGZBB

20. Jahrestagung / 20e congrès annuel SGZBB

«Das behinderte Kind als Herausforderung in der zahnärztlichen Praxis» / "L'enfant handicapé, un défi au cabinet dentaire"

Freitag, 6. Mai 2011
Auditorium Ettore Rossi,
Kinderklinik, Inselspital, Bern

Vendredi, 6 mai 2011
Auditoire Ettore Rossi,
Clinique pédiatrie, Hôpital de l'Île, Berne

Zeit / heure	Thema / *Sujet*	Referenten / *Orateurs*
09.00 – 09.10	Begrüssung / *Bienvenu*	F. Müller (Genève) J. Katsoulis (Bern)
09.10 – 10.00	Dental care for patients with rare diseases	B. Bergendal (Jönköping)
10.00 – 10.45	Syndrome aus allgemeinärztlicher Sicht / *Syndromes du point de vue de la médecine générale*	U.N. Riede (Freiburg)
10.45 – 11.15	Fälle 1 + 2 / Cas 1 + 2	Basel, Bern
11.15 – 11.45	Pause + Postersession / *séance poster (30 Min.)*	
11.45 – 12.15	Prävention und Behandlung von behinderten Patienten in der zahnärztlichen Praxis / *Prévention et prise en charge des patients handicapés en cabinet dentaire*	C. Morel (Genève)
12.15 – 12.45	Zungenmanagement beim Kind mit Behinderung; Therapieansätze in der Logopädie / *Gestion de la langue chez l'enfant handicapé; approches thérapeutiques en orthophonie*	J. Schaefer (St. Gallen)
12.45 – 13.15	Restaurative und chirurgische Therapieansätze / *Approches thérapeutiques restauratives et chirurgicales*	C. Moret (Zürich)
13.15 – 13.45	GV / AGO	Mitglieder
13.15 – 14.15	Stehlunch + Postersession / *Lunch buffet + séance poster (60 Min.)*	
14.15 – 14.45	Homme en progrès – Psychosoziale Aspekte / *Homme en progrès – aspects psychosociaux*	G. Grubacevic (Bremgarten)
14.45 – 15.15	Faces – the book	B. Bergendal (Jönköping)
15.15 – 15.45	Fälle 3 + 4 / Cas 3 + 4	Genf, Zürich
15.45 – 16.00	Pause (15 Min.)	
16.00 – 16.30	Sedation und Vollnarkose / *Sédation et anesthésie générale*	N. Scheidegger (Bern)
16.30 – 17.00	Mundgesundheitsförderung bei Menschen mit Behinderungen / *Promotion de la santé bucco-dentaire chez les personnes handicapées*	I. Kaschke (Berlin)
17.00	SGZBB Nachwuchspreis / *SGZBB Prix de la relève* Schlusswort, Ende der Tagung / *Clôture de la conférence*	F. Müller (Genève) J. Katsoulis (Bern)

Präsidentin: Prof. Dr.med.dent. Frauke Müller
Tagungspräsident: Dr.med.dent. Joannis Katsoulis
Tagungssekretariat: Kongressadministration L&H AG, Monika Lang/Hans-Caspar Hirzel
Schlossgutweg 30, CH-3073 Gümligen, Tel. +41 79 628 63 35
Fax +41 31 311 954 60 35/E-Mail: sgzbb-tagung@kongressadministration.ch

20. Jahrestagung / 20e congrès annuel SGZBB

«Das behinderte Kind als Herausforderung in der zahnärztlichen Praxis» / "L'enfant handicapé, un défi au cabinet dentaire"

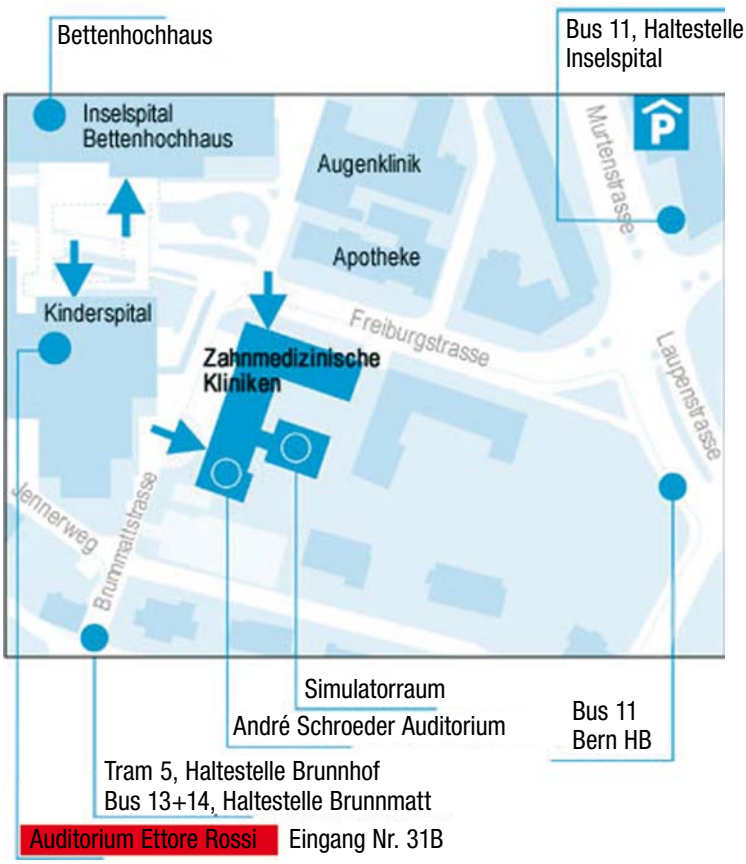
Bitte pro Teilnehmer eine Karte ausfüllen
(weitere fotokopieren)
Veuillez remplir s.v.p. une carte par participant
(ex. suppl. à fotocopier)

Anmeldung / *Inscription E-Mail:*
sgzbb-tagung@kongressadministration.ch

Freitag, 6. Mai 2011 – Universität Bern – Auditorium Ettore Rossi, Kinderklinik, Inselspital
Vendredi, 6 mai 2011 – Université Berne – Auditoire Ettore Rossi, Clinique pédiatrie, Hôpital de l'Île

Kursgebühr / Prix du cours

	bis 6.3.2011 *jusqu'au 6.3.2011*	**ab 7.3.2011** *à partir du 7.3.2011*
❑ Mitglied / *membre* SGZBB / altaDent	CHF 220.–	CHF 270.–
❑ Assoziierte Mitglieder, Assistenten, *DH, PA, DA / Membres associés, assistants, HD, AP, AD*	CHF 150.–	CHF 200.–
❑ Nicht-Mitglied / *non-membre*	CHF 350.–	CHF 400.–



Die Kursgebühren beinhalten / *Sont inclus dans le prix du cours :*
- Alle Vorträge / *Toutes les conférences*
- Kaffeepausen / *pauses café*
- Lunch / *Déjeuner*
- Simlutanübersetzung d/f / *Traduction simultanée a/f*
- **Teilnahmebestätigung 6½ Stunden / *Attestation de participation 6½ heures***

Den Einzahlungsschein erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung / *Le bulletin de versement sera envoyé avec la confirmation d'inscription*

Annullationskosten:
bis 15.4.2011 CHF 50.–; nachher keine Rückerstattung mehr

Frais d'annulation :
jusqu'au 15.4.2011 CHF 50.–; après cette date pas de remboursement

✂

☐ Mitglied SGZBB ☐ Nichtmitglied ☐ Assoziierte Mitglieder, Assistenten, DH, DA ☐ Ich will Mitglied werden

Name / *Nom* _____ Vorname / *Prénom* _____

Praxisadresse / *Adresse du cabinet* _____ PLZ / Ort – *NPA / lieu* _____

Tel. Nr. / *no tél.* _____ Fax Nr. / *no fax* _____

E-Mail: _____ Datum / *Date* _____

Unterschrift / *Signature* _____

A noter dans votre agenda

In Ihrer Agenda rot unterstreichen!

Dr. Joannis Katsoulis und Prof. Frauke Müller laden zur 20. Jahrestagung ein (siehe Seite 38/39).

20. Jahrestagung SGZBB

«Das behinderte Kind als Herausforderung in der zahnärztlichen Praxis»

Freitag, 6. Mai 2011, Auditorium Ettore Rossi, Kinderklinik, Inselspital, Bern

Für nähere Auskünfte:
Dr. J. Katsoulis, Präsident WISKO, joannis.katsoulis@zmk.unibe.ch
Anmeldung und Administration:
Kongressadministration L&H AG, Monika Lang/Hans-Caspar Hirzel
Tel. 079 628 63 35, info@kongressadministration.ch

24. Symposion in Bremgarten (AG)

Am Donnerstag, 12. Januar 2012 in der St. Josef-Stiftung. Beginn: 13.30 Uhr mit Galadiner um 20.00 Uhr.
Das ganze Programm und die Referenten finden Sie in der Juli-Ausgabe.

Hommes en progrès tauschen sich aus: Béatrice Renz und Thomas Unteregger

Impressum

Redaktion:
SGZBB-**PART***icipation*

Stephan Gottet
Zugerstrasse 11
5620 Bremgarten
gottet@swissonline

Italienische Texte
Anna Sekulovski, Savosa
aseku@bluewin.ch

Französische Texte
Martine Riesen, Genève
martine.riesen@bluewin.ch

Arthur Stehrenberger, Baden
stehri@swissonline.ch

Isabelle Facchini-Baumann, Aarau
isabelle@facchini-baumann.ch

Dr. Willy Baumgartner, Zürich
wibebaum@bluewin.ch

Dr. Claudius Duttwyler
claudius.duttwyler@ggawe.ch

Dr. Hanspeter Ernst, Zürich
ernsthp@bluewin.ch

Prof. Ulrich Exner, Zürich
exner@orthopaedie-zuerich.ch

Dr. Urs Faes, Zürich
urs.faes@bluewin.ch

Dr. Joannis Katsoulis, Bern
joannis.katsoulis@zmk.unibe.ch

Dr. Juliane Leonhardt Amar, Genf
jleonhardtamar@sunrise.ch

Prof. Frauke Müller, Genf
Frauke.Mueller@unige.ch

Dr. Hans-Rudolf Rahm,
Schaffhausen
h.r.rahm@t-online.de

Béatrice Renz, Fribourg, Zürich
beatrice.renz@bluewin.ch

Dr. Rudolf Schwitzer, Olten
info@dr-rschwitzer.ch

Thomas Unteregger, Wohlen
thomas.unteregger@bluewin.ch

Walter Weilenmann, Wetzikon
w.weilenmann@hispeed.ch

Dr. Jürg Wüthrich, Aarau

Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin KAB
sekretariat.kab@zzmk.uzh.ch

Lektor:
Dr. phil. Franz Wälti
franz.waelti@rsnweb.ch

Fotos:
Stephan Gottet, Bremgarten
gottet@swissonline.ch
und Autoren

Illustrationen:
Klaus Sommer
klaus.sommer@sunrise.ch

Anzeigen:
Dr. A. Stehrenberger
Bahnhofstrasse 42
5400 Baden
stehri@swissonline.ch

Layout:
LOGO-SYS AG
Täfernstrasse 4
5405 Baden Dättwil
E-Mail logo@logosys.ch

Druck:
Stämpfli AG, Wölflistrasse 1
Postfach 8326, 3001 Bern

Auflage: 4400 Expl.

Redaktionsschluss Edition 22:
15. Mai 2011

Redaktionsschluss Edition 23:
15. September 2011