

05/2025  
VOL 135

# SWISS DENTAL JOURNAL

SSO

FOKUS

## Die externe zervikale Resorption bei Oberkiefer-Eckzähnen

PRAXISMANGEMENT

Wertschätzung als Schlüssel zum Erfolg

SSO INTERNUM

Wenn Zahnärztinnen und Zahnärzte  
zahntechnische Leistungen erbringen

MISE AU POINT

## La résorption cervicale externe de canines maxillaires

GESTION DU CABINET

Au cabinet, la reconnaissance est reine

SSO INTERNUM

Quand les médecins-dentistes fournissent  
des prestations de technique dentaire



**CANDIDA**

# Für Zahnfleisch mit Biss

Stärkt und schützt das Zahnfleisch  
mit ProGum-Technologie



Hilft, Parodontitis und Zahnfleischbluten vorzubeugen

Verhindert Zahnsteinbildung und schützt vor Karies

Remineralisiert und stärkt den Zahnschmelz

Hemmt das Wachstum von Bakterien

Wirkung klinisch bestätigt

Jetzt gratis Candida-Produkte  
für Ihre Praxis bestellen auf  
[candida-dentalservice.ch](http://candida-dentalservice.ch)

**MERCI**  
100 Jahre Migros

STRAUMANN® iEXCEL

# IHR SCHLÜSSEL ZU **EXZELLENZ**



**UNSER LEISTUNGSSTARKES SYSTEM  
FÜR DENTALIMPLANTATE**

-  **EIN INSTRUMENTENSET**
-  **VIER IMPLANTATDESIGNS**
-  **EINE PROTHETIKVERBINDUNG**

**JETZT KONTAKT AUFNEHMEN UND PERSÖNLICH ÜBERZEUGEN!**

TEL. 0800 810 812 E-MAIL [sales.ch@straumann.com](mailto:sales.ch@straumann.com)

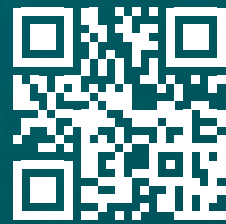


[www.straumann.ch/iexcel](http://www.straumann.ch/iexcel)

# Mit Periimplantitis zur Hautärztin?

Patientinnen und Patienten vertrauen bei Gesundheitsfragen auf passende Fachpersonen. Zahnärztinnen und Zahnärzte bei ihrer Vorsorge besser auch.

Mehr dazu:



**pat**<sup>BVG</sup>  
Die Pensionskasse für  
medizinische Berufe

«Ein spannendes  
und praxisrele-  
vantes Kongress-  
thema»



«Un sujet de  
congrès captivant  
et intéressant»

## Liebe Leserinnen, liebe Leser

**Risiken in der zahnärztlichen Praxis – erkennen, entscheiden, handeln** ist ein spannendes und definitiv praxisrelevantes Kongresssthema. Die Zahl von allgemeinmedizinischen Risikopatienten nimmt ständig zu (neue Antikoagulanzen, neue monoklonale Antikörper, neue Antiresorptiva), das Thema KI wird in wenigen Jahren unseren Beruf erheblich verändern, und auch wir selber sind durchaus Risiken ausgesetzt: Stress, entsprechende Funktionsstörungen des Kiefergelenks, Risiko für Burn-out usw.

Im Programm unseres SSO Kongresses haben wir fünf feste Vortragsslots etabliert: (1) Der Vortrag eines in der Schweiz frisch habilitierten Nachwuchsforschenden («Next generation»), der uns einen Blick in die Zukunft seines Fachgebiets gewährt, (2) der Vortrag «Neue strukturelle Professur» von Kolleginnen und Kollegen, die auf einen zahnmedizinischen Lehrstuhl in der Schweiz berufen worden sind, (3) der «Emeritus-Vortrag», bei dem Lehrstuhlinhaber in der Schweiz einen Rückblick auf ihr Lebenswerk (oder zumindest einen Teil davon) gewähren, (4) die Rubrik «Radiologie/Strahlenschutz», um die Fortbildungspflicht im genannten Bereich abdecken zu können, und (5) – seit 2022 – ein gesamtes Fachgebiet der Zahnmedizin, das am Samstag in 15-Minuten-Vorträgen dargestellt wird. 2025 wird dies eine ausgesprochen kurzweilige Reise sein zum Thema: Risiken bei der zahnärztlichen Behandlung: Was tun bei ...

Mein herzlicher Dank gilt der Kommission K, die sich fast zwei Jahre vor jedem SSO Kongress intensiv Gedanken macht, was für die Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Schweiz thematisch attraktiv sein könnte. Ich wünsche allen einen spannenden SSO Kongress in Lugano.

Andreas Filippi

**Prof. Dr. Andreas Filippi**

Präsident Kommission K

Präsident de la Commission scientifique pour les congrès

## Chères lectrices, chers lecteurs

**Les risques liés à la pratique dentaire – reconnaître, décider, agir.** Voilà un sujet captivant et assurément intéressant pour les cabinets. Le nombre de patients qui présentent des risques relevant de la médecine générale (nouveaux anticoagulants, nouveaux anticorps monoclonaux, nouveaux antirésorptifs) ne cesse d'augmenter et l'IA va modifier notre pratique de manière drastique d'ici peu de temps. Nous-mêmes, nous sommes également exposés à des risques en tant que personnes: le stress et les troubles fonctionnels de l'articulation temporo-mandibulaire qui en découlent, le risque de burn-out, etc.

Le format du Congrès de la SSO proposant cinq types d'exposé est aujourd'hui bien établi: (1) la conférence d'une chercheuse ou d'un chercheur de la relève récemment habilité en Suisse («Nouvelle génération»), qui nous donne un aperçu de l'avenir de son domaine de spécialité; (2) la conférence «Professeurs récemment nommés», donnée par des consœurs et des confrères qui viennent d'obtenir une chaire de médecine dentaire en Suisse; (3) la «Conférence d'un professeur émérite», qui donne l'occasion au titulaire d'une chaire en Suisse d'évoquer son parcours (ou du moins un aspect de celui-ci); (4) la rubrique «Radiologie/radioprotection», afin d'honorer notre obligation de formation continue dans ledit domaine; et (5) un domaine de la médecine dentaire fait l'objet d'une présentation concise, articulée en plusieurs brefs exposés de 15 minutes, durant la matinée du samedi. En 2025, ce sera un petit voyage sur le thème suivant: les risques liés aux traitements dentaires: que faire en cas de... Je tiens ici à réitérer mes remerciements aux membres de la Commission scientifique, qui commencent déjà à réfléchir à des thèmes susceptibles d'intéresser les médecins-dentistes de Suisse presque deux ans avant la tenue du congrès. Je vous souhaite à tous un passionnant congrès de la SSO à Lugano.

- 5 Editorial
- 8 Aufgefallen

---

## AUS DER PRAXIS

- 12 Praxisnachfolge mit Weitblick
- 14 SSO Kongress: Die Reise lohnt sich
- 16 Die externe zervikale Resorption bei Oberkiefer-Eckzähnen
- 22 Einfluss von zwei Paraffinwachs-Kaugummis auf die Speichelfliessrate
- 24 Wertschätzung als Schlüssel zum Erfolg
- 28 Wie Einkommen und Karies zusammenhängen
- 30 Smartphone-Apps für Zahnärztinnen und Zahnärzte
- 32 Nachgefragt

---

## SSO INTERNUM

- 56 Vorsicht vor Statistiken
- 58 Wenn Zahnärztinnen und Zahnärzte zahntechnische Leistungen erbringen
- 61 Neuer Partner der SSO: Behandlung auf Rechnung
- 63 Community
- 84 Agenda
- 86 Mitglieder SSO
- 88 Kleininserate
- 89 Impressum



## SOMMAIRE

- 5 Éditorial
- 8 Actuels

---

### PRATIQUE QUOTIDIENNE

- 34 Une reprise de cabinet en toute clairvoyance
- 36 Congrès SSO, ça vaut le déplacement
- 38 La résorption cervicale externe de canines maxillaires
- 44 L'influence de deux chewing-gums à la cire de paraffine sur le taux de salivation
- 46 Au cabinet, la reconnaissance est reine
- 50 Revenu et caries, quel est le lien?
- 52 Vos questions



---

### SSO INTERNUM

- 72 Statistiques : la prudence est de mise
- 74 Quand les médecins-dentistes fournissent des prestations de technique dentaire
- 77 Nouveau partenaire de la SSO : Traitement sur facture
- 78 Communauté
- 84 Agenda
- 86 Membres SSO
- 88 Petites annonces
- 90 Mentions légales



Das Magazin digital lesen:  
Lire le magazine en version numérique:  
[www.sso.ch/de/sdj-sso-aktuell](http://www.sso.ch/de/sdj-sso-aktuell)

## Eine Mitgliedschaft bei der SSO zahlt sich aus

Die SSO versorgt ihre Mitglieder mit eigenen Services wie «SSO Jobs». Mitglieder profitieren auch von Vorzugskonditionen bei ausgewählten Partnern. Zudem erhalten sie vergünstigt Zugang zu den Kongressen und Kursen der SSO. Eine Übersicht über alle Vorteile der Mitgliedschaft finden Sie hier:



Foto: Istock



## IDS 2025 – ein voller Erfolg für orangedental



Die IDS 2025 überraschte mit einem spürbar gestiegenen Kaufinteresse. Der Messestand von orangedental war durchgehend sehr gut besucht – besonders das neue Green Xevo DVT von Vatech weckte grosses Interesse. Dank Smart Focus (1 Aufnahme = 5 Bilder) und überragender Bildqualität setzt es einen neuen Qualitätsstandard. Auch der digitale Chairside Workflow überzeugte: Die EASYMill4/5 in Kombination mit dem sofort einsetzbaren Zirkonoxid Perfit FS bietet eine preisbewusste Alternative zu traditionellen Systemen.

Highlights wie der Freecorder 4D Pro zur digitalen Funktionsanalyse sowie die neuen opt-on-Ergo-Lupenbrillen rundeten den Auftritt ab. Neben vielen deutschsprachigen Besuchern wurden auch zahlreiche Gäste aus dem Ausland begrüsst. Ein unvergesslicher Abend war die IDS-Party im Alten Wartesaal mit über 1400 Gästen. Für orangedental war die IDS 2025 ein voller Erfolg!

[orangedental.de](https://orangedental.de)



## Gemeinsam gegen zu viel Zucker

Übermässiger Zuckerkonsum ist ein Problem für die öffentliche Gesundheit. Trotzdem essen Schweizerinnen und Schweizer im Schnitt doppelt so viel Zucker wie empfohlen. Die landesweite Aktion «MAYbe Less Sugar» klärt im Mai über den Zuckerkonsum auf. Die Kampagne lädt dazu ein, sich über Zucker und Zuckerzusätze in Lebensmitteln zu informieren, und gibt Tipps, wie der eigene Konsum reduziert werden kann. In diesem Jahr liegt der Schwerpunkt auf selbst zubereiteten Mahlzeiten: Was und wie kann man mit wenig oder gar keinem Zucker kochen? Und wie kann man sich für eine ausgewogene und zuckerarme Ernährung begeistern?

Die Kampagne ist eine Kooperation von «diabètevaud» in Zusammenarbeit mit «diabetesschweiz» und zahlreichen weiteren Gesundheitsorganisationen, darunter auch die Allianz Ernährung und Gesundheit, der die SSO angehört. Mit ihrem zahnme-

dizinischen Fachwissen leistet die SSO einen wichtigen Beitrag zur Kampagne und setzt sich dafür ein, die Bevölkerung über die gesundheitlichen Folgen von zu viel Zucker – insbesondere für die Zahngesundheit – aufzuklären und die Prävention zu fördern.

### Den eigenen Zuckerkonsum beobachten

Ein besonderes Angebot der Kampagne ist der Online-Zuckerrechner auf der Website [maybeless-sugar.ch](http://maybeless-sugar.ch): Hier kann der eigene Zuckerkonsum unkompliziert eingegeben und über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. So lässt sich schnell erkennen, wie viel Zucker man tatsächlich täglich zu sich nimmt. Ausserdem gibt die Plattform individuelle Tipps, wie der Zuckerkonsum weiter reduziert werden kann (Foto: Pexels).

[maybeless-sugar.ch](http://maybeless-sugar.ch)



## Vom gesündesten Zins im Vorsorge-Markt profitieren

Ob beim aktiven Aufbau der Altersvorsorge mit MediFlex 3a oder bei der sicheren Wiederanlage des Vorsorgekapitals mit MediPlan: Bei der VA kommen Ärztinnen, Zahnärzte, Tierärztinnen und Chiropraktoren in den kommenden Jahren in den exklusiven Genuss einer überdurchschnittlichen Gesamtverzinsung ihres Sparkapitals. Und das ohne Anlagerisiko mit 100 Prozent Kapitalschutz – unabhängig von den Fieberkurven gewöhnlicher Anlageinstrumente.

Denn auslaufende Verträge mit hohen Zinsgarantien und die stabile Nettorendite der VA-Immobilien führen zu einer signifikant höheren Gewinnbeteiligung für die Genossenschafterinnen.

So profitiert der MediPlan schon heute von einer Gesamtverzinsung\* von 2,5 Prozent. Das ist ein Mehrfaches dessen, was ein durchschnittliches Schweizer Sparkonto abwirft. Es lohnt sich also, frühzeitig mit Vorsorgesparen bei der VA anzufangen – übrigens auch bei ärztlicher Teilzeittätigkeit. Jetzt Offerte verlangen:

[va-genossenschaft.ch/kontakt](http://va-genossenschaft.ch/kontakt)

\*Garantieverzinsung  
zuzüglich Überschusszuteilungen  
der Genossenschaft

WILD



SWISS  
MADE



**Optimale  
Konsistenz und  
Haftbarkeit**

# EMOFLUOR® *Intensive Care*

**Gel zum optimalen Schutz und zur Desensibilisierung von schmerzempfindlichen Zähnen**

EMOFLUOR® Intensive Care Gel ist **täglich anwendbar** und empfohlen **zum Schutz und zur Desensibilisierung von schmerzempfindlichen Zähnen** und freiliegenden Zahnhälsen und schützt wirkungsvoll vor dentalen Erosionen (bestes Studien-Resultat beim Schutz vor dentalen Erosionen<sup>1)</sup>).

Das in EMOFLUOR® Intensive Care Gel enthaltene **stabilisierte Zinnfluorid** verhindert, dass mit empfindlichen Zähnen in Berührung kommende Reize (kalt, heiss, süss, sauer, Berührung) Schmerzen verursachen und beugt wirksam Karies vor.

Dank seiner **optimalen Konsistenz und Haftbarkeit** desensibilisiert und schützt EMOFLUOR® Intensive Care Gel schmerzempfindliche Zähne schnell und wirkungsvoll.

<sup>1)</sup>Wasser G., Joao-Souza S., Lussi A., Carvalho TS., 2018, Erosion-protecting effect of oral-care products available on the Swiss market. Swiss Dental J. SSO, 2018, 128, 290-296.

WILD

Dr. Wild & Co. AG | Hofackerstrasse 8 | 4132 Muttenz | Switzerland | [www.wild-pharma.com](http://www.wild-pharma.com)

# Aus der Praxis

## Die externe zervikale Resorption bei Oberkiefer-Eckzähnen

Externe zervikale Resorptionen sind herausfordernde und oft unterdiagnostizierte Zahnhartsubstanzläsionen. In Fällen, die die Eckzähne betreffen, erfolgt die Diagnose oft erst, wenn klinische Anzeichen und Symptome auftreten.

→ Seite 16

## La résorption cervicale externe de canines maxillaires

Les résorptions cervicales externes sont des lésions des tissus dentaires durs souvent sous-diagnostiquées et dont le traitement est exigeant. Dans les cas concernant les canines, le diagnostic n'est souvent posé que lorsque des signes et des symptômes cliniques apparaissent.

→ Page 38



## Wie Einkommen und Karies zusammenhängen

Kinder in wohlhabenderen Ländern haben gesündere Zähne als gleichaltrige in Ländern mit niedrigem Durchschnittseinkommen.

→ Seite 28

## Revenu et caries: quel est le lien ?

Les enfants des pays riches ont des dents plus saines que leurs camarades des pays à revenu moyen faible.

→ Page 50

# Pratique quotidienne



## Wertschätzung als Schlüssel zum Erfolg

Moderne Ausstattung, effiziente Abläufe und ein cleveres Marketing – all das ist wichtig in einer Zahnarztpraxis. Doch ein entscheidender Erfolgsfaktor wird häufig unterschätzt: das Team.

→ Seite 24

## La reconnaissance est reine

Des équipements modernes, des processus efficaces et un marketing efficace, tout cela fait partie des choses auxquelles il faut penser dans un cabinet dentaire. Mais il y a un autre point essentiel qui est parfois sous-estimé: l'équipe.

→ Page 46

---

## Dr. med. dent. Angela Kühne

---

Eidg. dipl. Zahnärztin SSO

Dr. med. dent. Angela Kühne schloss ihr Staatsexamen 2010 an der Universität Zürich ab. Anschliessend arbeitete sie zunächst in einer Privatpraxis im Kanton Zürich und die letzten 13 Jahre in einer Privatpraxis in Pfäffikon SZ. Im Januar 2025 übernahm sie in Rapperswil-Jona einen Praxisteil und führt gemeinsam mit Dr. med. dent. Luzia Iten eine Praxisgemeinschaft.

[www.sso.ch/ssowissen](http://www.sso.ch/ssowissen)



# Praxisnachfolge mit Weitblick

**Ein Zahnarzt geht in Pension, eine junge Nachfolgerin übernimmt: Die Praxisübernahme von Angela Kühne war sorgfältig geplant und entpuppte sich als grosser Gewinn für alle Beteiligten.**

Zu Beginn dieses Jahres erfüllte sich für Angela Kühne nach über einem Jahrzehnt Praxiserfahrung ein lang gehegter Wunsch: Gemeinsam mit Luzia Iten führt sie in Rapperswil-Jona ihre eigene Praxis – in nächster Nähe zu ihrem Wohnort.

Den Weg in die Selbstständigkeit ging Kühne mit Weitblick. «Viele Praxen im Ort wurden jeweils schnell übergeben und ich dachte schon, es gibt nichts Passendes mehr», erzählt sie. Dank einer Onlinesuche wurde sie auf die Praxis Iten und Füllemann aufmerksam. «Ich entnahm Jürg Füllemanns Lebenslauf, dass er wohl in ungefähr fünf Jahren ins Pensionsalter kommen müsste», so Kühne. Für die mittlerweile dreifache Mutter der ideale Zeitpunkt. «Ich war damals mit meinem zweiten Kind schwanger und hatte keine Eile mit einer Übernahme. Ein Zeitpunkt in ungefähr fünf Jahren wäre mir gerade recht gewesen.»

## Ein gegenseitiger Gewinn

So kam es, dass Angela Kühne ihr Dossier persönlich in der Praxis vorbeibrachte. Die damaligen Praxisinhaber Jürg Füllemann und Luzia Iten reagierten sehr positiv – umso mehr, als noch keine konkreten Pläne bestanden, wie es nach Jürg Füllemanns Pensionierung weitergehen sollte.

Mittlerweile führen Angela Kühne und Luzia Iten zusammen eine erfolgreiche Praxisgemeinschaft. «Ich bin sehr froh und dankbar für ihre langjährige Erfahrung in der Praxisführung sowie im Klinikalltag», sagt Kühne. Sie schätze den fachlichen Austausch mit ihrer Praxiskollegin sehr. Einen grossen Vorteil sieht Kühne darin, dass sie ihr Pensum und die Arbeitslast untereinander aufteilen können: «Wir sprechen uns ab bezüglich Arbeitszeiten, Ferien oder Notfalldienst.» Auch, dass sie sich die administrativen Arbeiten teilen, sei für sie gerade beim Einstieg eine grosse Entlastung.

## Vielseitig engagiert

Ein weiterer Aspekt von Kühnes Arbeit ist ihr langjähriges Engagement im schulzahnärztlichen Dienst. «Unsere Praxis ist umgeben von vielen Schulhäusern und Kindergärten, dementsprechend dürfen wir viele Schuluntersuche durchführen», so Kühne. «Ich nehme mir gerne Zeit für die Kinder und kläre sie über eine gute Mundhygiene auf.» Schon einfache Empfehlungen, wie die Zähne dreimal täglich mit fluoridhaltiger Zahnpaste zu putzen, können viel bewirken, so die Zahnärztin. «Wir haben auch viele Kinder, deren Eltern nicht in

der Schweiz aufwuchsen und da fehlt oft das Wissen über Kariesprophylaxe.» Angela Kühne ist in ihrem neuen Praxisalltag sehr motiviert. «Ich bereue den Schritt zur Selbstständigkeit nicht», betont sie. «Es ist zwar arbeitsintensiv, aber gleichzeitig sehr erfüllend, selbst bestimmen zu können.»

*Text: Alexandra Elia, Kommunikation SSO*

*Foto: zvg*

**«Es ist zwar arbeitsintensiv, aber gleichzeitig sehr erfüllend, selbst bestimmen zu können.»**

## Möchten Sie Ihren «Praxismoment» teilen?

Schreiben Sie uns eine E-Mail mit dem Betreff «Praxismoment» an [kommunikation@sso.ch](mailto:kommunikation@sso.ch) mit einer kurzen Beschreibung Ihrer Person. Wir freuen uns, von Ihnen zu hören!

# SSO Kongress: Die Reise lohnt sich

**Der diesjährige SSO Kongress findet in Lugano statt – ein Ort, der nicht nur landschaftlich, sondern auch kulturell einiges zu bieten hat.**

Die Kolleginnen und Kollegen aus dem Tessin sind stolz, dass der SSO Kongress in ihrer Heimatregion stattfindet. Und sie freuen sich, Zahnärztinnen und Zahnärzte aus allen Landesteilen der Schweiz zu treffen. Die Fahrt zum Kongress mag etwas weiter sein als in den vergangenen Jahren, doch die Reise lohnt sich. Lugano hat mediterranes Flair und eine gastfreundliche Atmosphäre. Der Kongress bietet somit nicht nur fachlichen Austausch, sondern auch die Gelegenheit, den Hauptort des Tessins zu entdecken. Wer seinen Aufenthalt nach dem Kongress verlängert, kann das vielfältige Freizeitangebot

der Region genießen, zum Beispiel den Parco Ciani, eine Bootsfahrt auf dem Lago di Lugano oder einen Ausflug auf einen der beiden Hausberge von Lugano: Sowohl der Monte Brè als auch der Monte San Salvatore sind bequem mit der Standseilbahn erreichbar und bieten atemberaubende Ausblicke auf die Stadt, den See und die umliegenden Alpen.

## Risiken in der Zahnarztpraxis

Der SSO Kongress widmet sich dieses Jahr den Risiken in der zahnärztlichen Praxis. Bei Komplikationen während Behandlungen, allgemeinmedizinischen Zwischenfällen

oder schwierigen Patientinnen und Patienten gilt es, Risiken zu erkennen und adäquat zu handeln. Wer nicht vor Ort am SSO Kongress teilnehmen kann, hat die Möglichkeit, nach der Veranstaltung sämtliche Vorträge online zu hören.

*Text: Andrea Renggli, Kommunikation SSO  
Fotos: Lugano Region, Eventi e congressi, Città di Lugano*



**Programm  
und Anmeldung**



Der SSO Kongress findet in Lugano im Palazzo dei Congressi statt.



Lugano bietet mediterranes Flair und eine gastfreundliche Atmosphäre.

V VARDIS

SWITZERLAND

BIOMIMETIC DENTAL SCIENCE

# Nie Mehr "Beobachten und Abwarten" mit Curodont™ Repair

- Stoppt und macht frühe Karies rückgängig durch Zahnschmelz-Regeneration<sup>1-6</sup>
- 93% klinische Erfolgsquote<sup>6</sup>
- Wirkt bis in die Tiefe der Läsion – nicht nur an der Oberfläche<sup>2,7</sup>



## Behandlung mit CURODONT™ REPAIR Postorthodontische White-Spot-Läsion



VORHER



NACH 2 MONATEN



BESUCHEN SIE DIE  
CURODONT™-FALLGALERIE

Mit freundlicher Genehmigung: Katarzyna Ostrowska, DH, Polen

vvardis.com

1. Keeper et al. J Am Dent Assoc. 2023 Jul;154(7):580-591.e11 | 2. Bröseler F et al. Clin Oral Investig 2020;24:123-132 | 3. Welk A et al. Sci Rep 2020;10:6819  
4. Alkilzy M et al. J Dent Res 2018;97:148-154 | 5. Doberdoli D et al. Sci Rep 2020;10:4195 | 6. Godenzi D et al. J Am Dent Assoc. 2023:S0002-8177 (23)00416-6  
7. Kind L et al. J Dent Res 2017; 96:790-79

# Die externe zervikale Resorption bei Oberkiefer-Eckzähnen

## Schlüsselwörter

Wurzelresorption, Eckzahn, Kieferorthopädie, Wurzelkanal

## Zusammenfassung

Externe zervikale Resorptionen (ECR) sind herausfordernde und oft unterdiagnostizierte Zahnhartsubstanzläsionen. Aufgrund ihres asymptomatischen Verlaufs werden sie häufig übersehen. Die Anwendung dreidimensionaler Bildgebung und das zunehmende Bewusstsein innerhalb der Zahnärzteschaft haben wahrscheinlich zu dem beobachteten Anstieg der ECR-Prävalenz in den letzten Jahren beigetragen. Während die genaue Ätiologie von ECR unklar bleibt, wurden zahlreiche Risikofaktoren identifiziert, die sowohl physikalische als auch chemische Faktoren umfassen. Es wurden jedoch auch idiopathische Fälle dokumentiert. In der Literatur wird auf die Häufung von ECR bei Frontzähnen und Molaren hingewiesen, die mit früheren kieferorthopädischen Behandlungen in Verbindung stehen und typischerweise auf Bissflügel- oder periapikalen Röntgenaufnahmen entdeckt werden. In Fällen, die die Eckzähne betreffen, erfolgt die Diagnose jedoch oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium, wenn klinische Anzeichen und Symptome auftreten. In dieser Übersichtsarbeit stellen wir mehrere Fälle vor, darunter einen Fallbericht einer 59-jährigen Patientin, die Jahrzehnte nach einer kieferorthopädischen Behandlung eine ECR im linken oberen Eckzahn (Zahn 23) entwickelte. Die Läsion wurde mit einer Kombination aus endodontischer und chirurgischer Therapie behandelt, wodurch der Zahn erhalten werden konnte, obwohl sich die Resorption bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befand. Angesichts des langsamen Fortschreitens von ECR und der häufig späten klinischen Entdeckung ist bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren, wie z. B. einer kieferorthopädischen Behandlung oder einem Trauma, eine zusätzliche röntgenologische Überwachung der Front- und Eckzähne zu überlegen. Dieser proaktive Ansatz ermöglicht eine frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Intervention, was die Ergebnisse für betroffene Zähne verbessert.

**Kevin Hofpeter**  
**Monika Marending**

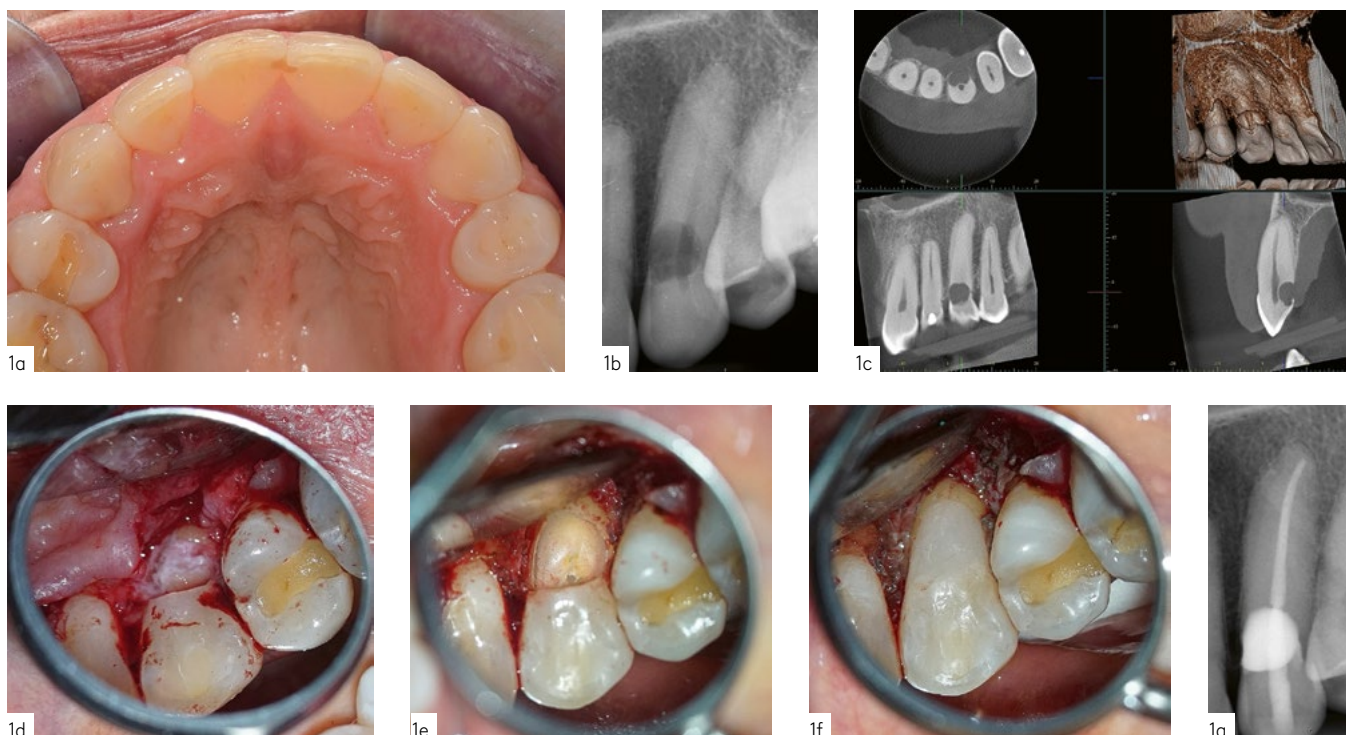
Abteilung für Endodontologie,  
Klinik für Zahnerhaltung und  
Präventivzahnmedizin, Zentrum für  
Zahnmedizin, Universität Zürich

## Korrespondenz

Kevin Hofpeter, Abteilung für  
Endodontologie, Klinik für  
Zahnerhaltung und Präventivzahn-  
medizin, Zentrum für Zahnmedizin,  
Universität Zürich, Plattenstrasse 11,  
8032 Zürich.  
E-Mail: kevin.hofpeter@zsm.uzh.ch



Artikel  
online lesen



**Abb. 1.** (a) Klinisch fällt nur eine leicht entzündete Gingiva palatinal des Zahnes 23 auf. (b) Anfangsröntgenbilder mit prominenter intrakoronaler Aufhellung. (c) DVT mit einem ausgedehnten Substanzverlust palatinal. (d) Situation nach Darstellung des Hartsubstanzdefektes. (e) Exkavierter Defekt unter Aufklappung. (f) Adhäsiv gefüllter Defekt. (g) Schlussröntgenaufnahme nach erfolgter Wurzelkanalbehandlung und versorgtem Defekt.

## Einleitung

Bis heute gibt es keine einheitliche Klassifikation der Zahnresorptionen (1–3). Das in der Literatur verwendete Glossar für die einzelnen Resorptionstypen ist ebenfalls unterschiedlich (4–9), was das Verständnis und die Kommunikation nicht vereinfacht. In diesem Beitrag wird, entsprechend dem Positionspapier (10) der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie (ESE), der Begriff External Cervical Resorption (ECR) verwendet.

Die ECR ist eine schwer zu handhabende Zahnhartsubstanzläsion. Je nach Lokalisation bleibt sie oftmals lange unbemerkt und nicht selten ist es beim Zeitpunkt der Diagnose für eine zahnerhaltende Therapie zu spät. Die Anzahl betroffener Patienten mit ECR wird zwar in Studien mit weniger als 1 Prozent angegeben, scheint allerdings in den letzten Jahren zugenommen zu haben (11, 12). Dies könnte auch daran liegen, dass man diese Läsionen früher schlicht nicht erkannt hat. Die erhöhte Prävalenz kann also zumindest teilweise auch mit einem verbesserten Know-how, den besseren Diagnosemöglichkeiten und mit dem zunehmenden Bekanntheitsgrad innerhalb der zahnärztlichen Gemeinschaft begründet werden.

ECR können an jedem Zahn auftreten. Es können einzelne oder auch mehrere Zähne

betroffen sein. In der Literatur finden sich zahlreiche Fallberichte (13–20). Die meisten ECR-Fälle wurden an den oberen zentralen Schneidezähnen beobachtet, gefolgt von den oberen Eckzähnen, den unteren Molaren und den oberen Prämolaren (21–3). Die genaue Ätiologie bleibt bis heute ungeklärt, jedoch wurden verschiedene potenziell prädisponierende Faktoren identifiziert. Diese beinhalten sowohl physikalische (Zahntrauma, chirurgische Verfahren, Kieferorthopädie, Parodontaltherapie und Bruxismus), chemische (intrakoronales Bleichen) als auch infektiöse (Katzenviren) Ätiologien (11, 21, 22, 24–28). Ausserdem werden auch idiopathische Fälle beschrieben, also ECR ohne nachvollziehbare Ursache (29). Oftmals wurde eine Kombination von möglichen Faktoren gefunden (11, 22, 30). Verschiedene Autoren (22, 31) identifizierten allerdings eine kieferorthopädische Behandlung als häufigsten prädisponierenden Faktor. Es dürfte allerdings sehr aufwendig werden und Tausender Patienten bedürfen, um den Einfluss einer kieferorthopädischen Behandlung auf das Entstehen der ECR in prospektiven Studien zu bestätigen, da die ECR-Inzidenz auch in kieferorthopädischen Fällen niedrig ist (16). Im vorliegenden Bericht wird die Beurteilung und Therapie eines Oberkiefer Eckzahnes mit ECR beschrieben sowie mögliche

Ursachen und Schwierigkeiten in der Diagnostik und Therapie anhand weiterer Fallbeispiele diskutiert.

## Fallbericht: Diagnostik und Behandlung einer externen zervikalen Resorption am Zahn 23

Eine 59-jährige Patientin stellte sich auf der Klinik für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin der Universität Zürich vor. Sie klagte über gelegentliche Beschwerden am linken oberen Eckzahn (Zahn 23), die trotz umfassender Untersuchung durch ihren Privatzahnarzt ungeklärt blieben. Bei der initialen Untersuchung reagierte der Zahn normal auf CO<sub>2</sub>-Schnee und zeigte keine übermässige Empfindlichkeit auf Perkussion. Palatinal wurden jedoch erhöhte Sondierungstiefen von 4 bis 5 mm mit Pusaustritt festgestellt. Die äussere Zahnhartsubstanz erschien intakt. Es konnten keine Einbrüche sondiert werden (Abb. 1a). Das Einzelröntgenbild offenbarte eine kreisrunde Aufhellung von etwa 5 mm Durchmesser im mesialen Bereich des Zahnes auf Höhe der Schmelz-Zement-Grenze (Abb. 1b). Aufgrund des atypischen Erscheinungsbildes für Karies wurde der Verdacht auf eine externe zervikale Resorption (ECR) geäussert. Zur erweiterten Diagnostik wurde ein kleinvolumiges DVT (3D Accutomo 170, Morita) angefertigt. Dieses bestätigte eine runde,

hypodense Struktur mit den Massen 5,3 mm × 5,1 mm × 3,3 mm, bei der die Eintrittspforte palatinal grossflächig (3,7 mm × 3,7 mm) zwischen dem Knochniveau und der Schmelzgrenze eingebrochen war (Abb.1c). Zur Klärung möglicher Risikofaktoren berichtete die Patientin von einer umfangreichen kieferorthopädischen Behandlung im Alter von 10 bis 12 Jahren. Ein Gesichts- oder Zahntrauma war nicht bekannt. Die klinische Untersuchung ergab keine Anzeichen für Bruxismus oder Para-funktionen.

Nach ausführlicher Aufklärung über die Befunde und möglichen Therapieoptionen wurde entschieden, den Defekt von extraradikulär zu versorgen. Angesichts der Grösse des Defekts und der bestehenden Beschwerden war ein abwartendes Vorgehen ausgeschlossen. Zur Reduktion der Operationsdauer sollte vorab die Wurzelkanalbehandlung durchgeführt werden.

Die Wurzelkanalbehandlung erfolgte unter Kofferdam und Operationsmikroskop (OPMI PROergo, Zeiss). Nach der chemomechanischen Aufbereitung des Kanalsystems (ProTaper Gold, Endgrösse F5, Dentsply Sirona) und aktivierter Spülung mit 1% NaOCl (Hedinger)/9% HEDP (MedCem) wurde der Kanal mittels warm-vertikaler Technik mit Guttapercha (ProTaper Gold Conform Fit F5, Dentsply Sirona) und Sealer (AH Plus, Dentsply Sirona) gefüllt. Der koronale Verschluss erfolgte adhäsiv (Ceram.X Spectra® STHVA3, Dentsply Sirona). Vier Wochen später erfolgte die chirurgische Defektversorgung. Nach sulkulärer Inzision palatinal von Zahn 21 bis 26 (Zahn 25 fehlt mit Lückenschluss) wurde ein Mukoperiostlappen mobilisiert. Der Defektbereich wurde freigelegt (Abb.1d), und das Resorptionsgewebe vollständig mit Diamant- und Rosenbohrern unter Wasserkühlung entfernt (Abb.1e). Die Blutung wurde mit Pellets gestillt, die mit 25%-Aluminiumchloridgel (ViscoStat Clear, Ultradent) getränkt waren. Anschliessend wurde die Kavität adhäsiv mit einem fließbaren Komposit (SDR® flow +, Dentsply Sirona) gefüllt und sorgfältig poliert (Abb.1f). Der Lappen wurde readaptiert und mit resorbierbaren Nähten (5-0 VICRYLTM, Ethicon) fixiert, da die Patientin keine Nachkontrolle zur Nahtentfernung wahrnehmen konnte.

Vier Monate nach der Operation war die Patientin beschwerdefrei. Die Sondierungstiefen palatinal lagen stabil bei 4 mm mit



**Abb. 2.** (a) Externe zervikale Resorption eines Zahnes 23 der Klasse 2 mit klinisch auffälliger Zahnkronenverfärbung bukkal («pink spot»), hervorgerufen vom stark durchbluteten Resorptionsgewebe, das durch die dünne Schmelz-Dentin-Schicht durchschimmert. (b) Unauffällige klinische Situation von palatinal. (c) Auf dem Zahnfilm zeigt sich eine ausgedehnte Aufhellung im Bereich der Zahnkrone. (d) Mittels DVT lassen sich die Ausdehnung des Defektes sowie die Eingangspforte genau erfassen.

leichter Blutung, jedoch ohne weitere klinische Entzündungszeichen.

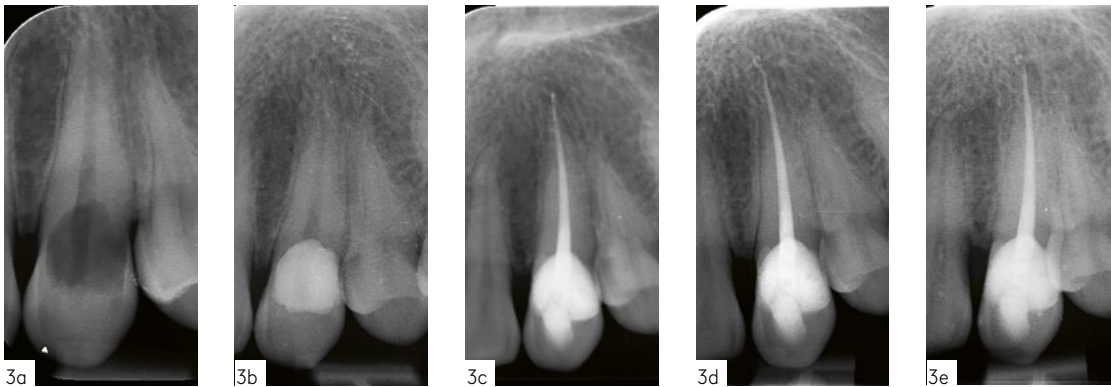
### Diskussion

Die Diagnose ECR ist oftmals einem Zufallsbefund zu verdanken (30, 32), insbesondere betroffene Eckzähne werden bei einer üblichen Zahngesundheitsuntersuchung übersehen. Diese Arbeit präsentiert mehrere Fallbeispiele von oberen Eckzähnen mit ECR und beleuchtet die damit verbundenen Herausforderungen.

Voraussetzung für die Entwicklung einer ECR ist ein Defekt auf der Wurzeloberfläche. Normalerweise ist das Zahnzement auf der Wurzeloberfläche (wie auch das Dentin an der Wurzelkanalseite) von einer nicht mineralisierten Zementoid- (respektive Prä-dentin-)Schicht bedeckt (33, 34). Geht diese protektive Schicht verloren, können Osteoklasten an extrazelluläre Proteine, die eine Arginin-Glycin-Asparagin-Aminosäuresequenz (RGD) besitzen, binden. Diese RGD-Peptide finden sich nur auf mineralisierten Oberflächen (35). Dementsprechend werden Osteoklasten davon abgehalten, das nicht mineralisierte Prä-dentin in der Peripherie des endodontischen Hohlraums zu resorbieren (36). Der Defekt breitet sich deshalb im Wurzelenden

tin unterminierend lateral und zirkumpulpal aus, sodass die betroffenen Zähne meist lange vital und symptomlos bleiben. In experimentellen Studien konnten ECR durch kieferorthopädische Kräfte ausgelöst werden (37, 38) und das Ausmass der Resorption korrelierte mit der Zahnbewegung (37, 38). Dies prädisponiert den oberen Eckzahn für solche Läsionen. Nicht selten kommt es insbesondere bei Oberkiefer Eckzähnen zu Abweichungen vom regelrechten Zahndurchbruch.

Engstand im Front- oder Seitenzahnbereich ist eine weitere Indikation für orthodontische Behandlungen. Der Gesamtanteil der Schweizer Bevölkerung, der eine Zahnkorrektur hatte, ist in den letzten 20 Jahren von 23 auf 34 Prozent gestiegen. Gemäss Angaben des Bundesamtes für Statistik (Datenerhebung von 2022) gaben 63 Prozent der 15- bis 24-Jährigen und 50 Prozent der 25- bis 34-Jährigen an, eine «Zahnspange» zur Zahnstellungskorrektur zu tragen oder getragen zu haben (39). Zirka ein Drittel (25% bis 45%) der von ECR betroffenen Patienten gaben anamnestisch an, eine Zahnkorrektur erhalten zu haben (22, 29, 40). Charakteristisch für ECR ist die Lage im Zahnhalsbereich – unterhalb des epithelialen Attachments – und das infiltrierende

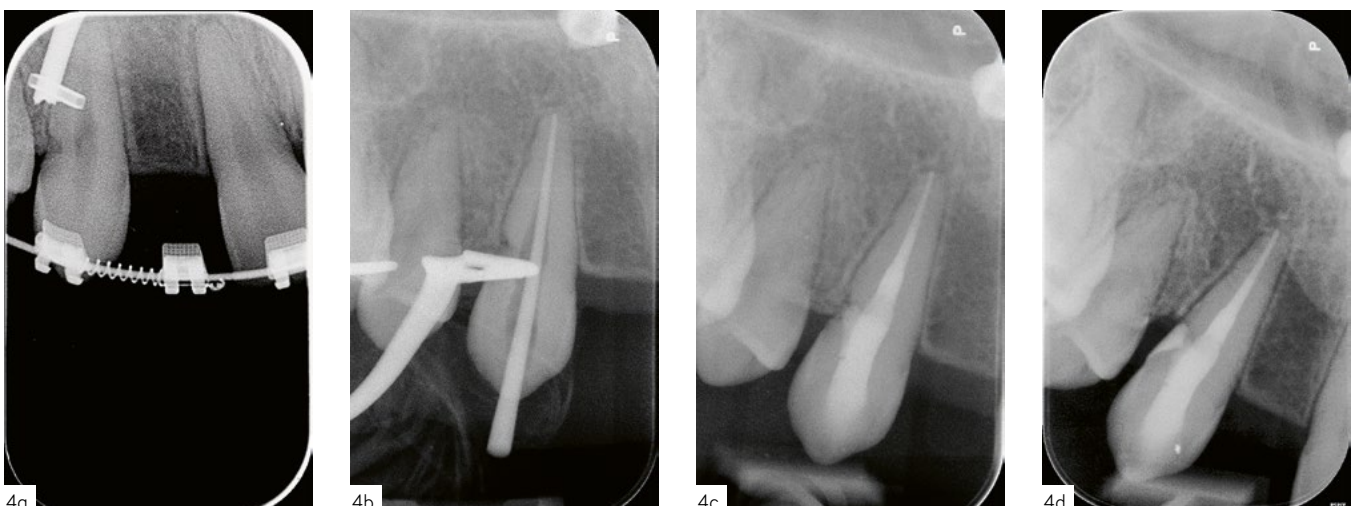


**Abb. 3.** Externe zervikale Resorption eines Zahnes 23 eines 33-jährigen Patienten. (a) Anfangssituation, (b) nach primärer Defektfüllung, (c) nach Wurzelkanalbehandlung sowie (d) 3 Jahre und (e) 8 Jahre nach Therapie.

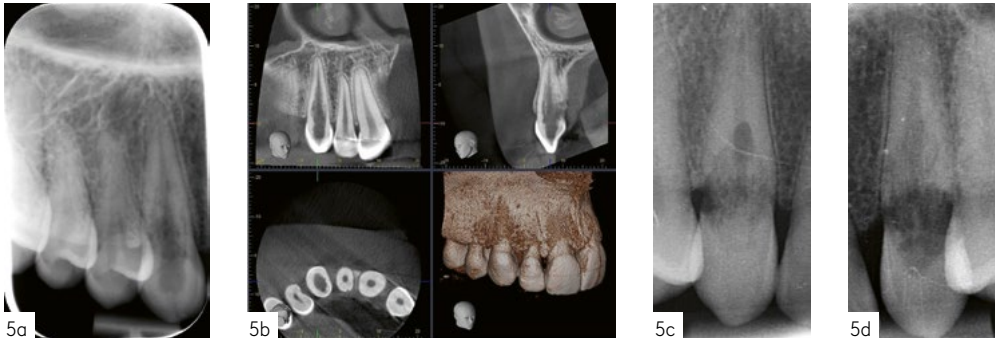
unterminierende Wachstum. Diese Resorption ist charakterisiert durch das Einwachsen von fibrovaskulärem Gewebe im früheren Stadium und fibroosärem Gewebe in späterem Stadium (7, 41). Unbehandelt führt sie zu einem fortschreitenden Zahnhartsubstanzverlust und gefährdet den Zahnerhalt. Ihre Entwicklung ist langsam und die mögliche Ursache liegt beim klinischen Auftreten Jahre zurück. Manchmal breitet sich die ECR nach koronal aus, so kann als erstes Zeichen klinisch eine rötliche Verfärbung der Zahnkrone auffallen, da das stark durchblutete resorptive Gewebe durch die dünne Restsubstanz durchschimmert («pink spot», Abb. 2a). Heithersay (11) hat die ECR nach Progredienz und Prognose klassifiziert. Während Läsionen im zervikal-koronalen Bereich mit nur geringfügiger Ausdehnung unter die Crista alveolaris (und guter Zugänglichkeit) noch therapiert werden können, haben tiefer gehende Resorptionen, welche bis deutlich ins zervikale Wurzel Drittel reichen

(Klasse 3) oder sogar darüber hinaus (Klasse 4), aufgrund mangelnder Restaurierbarkeit und / oder Stabilität eine fragliche bzw. schlechte Prognose. Radiologisch zeigt sich die ECR initial als kleine, lokal begrenzte Aufhellung im Dentin. Später imponiert sie als irregulär begrenzte inhomogene Transluzenz (Mottenfrassbild). Der Wurzelkanal respektive die Pulpakammer lässt sich in der Regel von den Resorptionslakunen abgrenzen. Manchmal ist eine zweite Aufnahme aus einer anderen Projektionsrichtung hilfreich. Durch eine hochauflösende, dreidimensionale Aufnahme (DVT) lassen sich die Eintrittspforte der Resorption sowie die genaue Ausdehnung des Defektes präzise bestimmen. Dies erleichtert die Entscheidung, ob der Defekt überhaupt noch adäquat behandelt werden kann. Patel hat hierzu eine speziell an die dreidimensionale Bildgebung angepasste Klassifikation mit entsprechender Behandlungsempfehlung veröffentlicht (42, 43).

Wenn die Diagnose relativ früh gestellt wird (Klasse 1 nach Heithersay), kann die Läsion mit dem stark durchbluteten resorptiven Gewebe ausgeräumt, mit einer entsprechenden Füllungstherapie abgedichtet und der Zahn vital erhalten werden. Aufgrund der schwierigen Lokalisation bleiben viele Läsionen aber relativ lange unbemerkt und die endodontische Behandlung lässt sich dann wegen der engen Lagebeziehung der Resorptionslakunen zur Pulpa oft doch nicht mehr vermeiden (Klasse 2). So auch im vorliegenden Fallbeispiel: Das präoperative DVT zeigt, dass der Resorptionsprozess bereits bis nahe ans Endodont vorgedrungen ist. Trotz Vorliegen einer intakten dünnen Restdentschicht wäre es kaum möglich gewesen, den Defekt von palatinal ohne Pulpaeröffnung zu versorgen. Auch ist es in solchen Fällen technisch einfacher, erst die Wurzelkanalbehandlung inkl. Ausschälung/Füllung des Resorptionsdefektes durch die Zugangskavität durchzuführen und in einem zweiten Schritt unter chirurgischer Aufklappung die



**Abb. 4.** Externe zervikale Resorption eines Zahnes 13 nach kieferorthopädischer Distalisierung bei einem 20-jährigen Patienten. (a) Situation noch mit KO-Apparatur in situ, (b) Kontrollaufnahme vor Wurzelkanalfüllung, (c) nach Versuch einer kompletten Ausschälung des Resorptionsdefektes von innen, (d) nach Korrektur unter Aufklappung.



**Abb. 5.** Externe zervikale Resorption eines Zahnes 13 der Klasse 4. Darstellung (a) auf dem Röntgenfilm, (b) im DVT. Externe zervikale Resorption eines Zahnes 13 (c) und 23 (d) der Klasse 4 einer 39-jährigen Patientin nach Kieferorthopädie in Jugendjahren.

Defektfüllung noch zu korrigieren. Eine primäre Defektfüllung und sekundäre Wurzelkanalbehandlung bei fortgeschrittenen ECR birgt auch das Risiko für zwischenzeitliche pulpitische Schmerzen. Abb. 3 zeigt einen Fall einer ebenfalls palatinal liegenden ECR der Klasse 2. Hier erfolgte zuerst die Defektausschälung und -füllung und die Wurzelkanalbehandlung wurde in einer zweiten Sitzung durchgeführt. Wenn die Eintrittspforte klein bzw. noch nicht eingebrochen ist, ist es manchmal auch möglich, die Defektfüllung via Zugangskavität zu versorgen und von aussen lediglich zu finieren/polieren. Allerdings ist die Orientierung bzw. Differenzierung zwischen Resorptionsgewebe und Gingiva nahe der Zahnoberfläche schwierig, wie in Abb. 4 ersichtlich. Hier musste wegen ungenügender Ausschälung von innen, dann doch noch von aussen korrigiert werden. Abb. 5a und b zeigen eine junge Patientin ein paar Jahre nach Kieferorthopädie. Hier war die ECR beim Zahn 13 bereits bis zu einer Läsion der Klasse 4 nach Heithersay fortgeschritten. Das DVT wurde angefertigt, da der Verdacht bestand, dass der Zahn 14 ebenfalls eine ECR aufweisen könnte. Dies hat sich aber glücklicherweise nicht bestätigt. Im zweiten Fall in den Abb. 5c und d waren sogar beide Eckzähne von nicht mehr behandelbaren Resorptionsprozessen betroffen.

ECR ist ein sich dynamisch entwickelnder Prozess, welcher durch synergistische Effekte zusätzlicher Faktoren beeinflusst wird (11, 22, 30). Dies macht eine gezielte Diagnostik nicht einfach. Im Rahmen einer Neuaufnahme eines Patienten sowie auch in einem Recall wird in gewissen Zeitabständen ein Sensibilitätstest empfohlen. Bei nicht sensiblen Zähnen mit oder ohne bereits vorliegender Wurzelkanalbehandlung ist eine regelmässige radiologische Beurteilung indiziert (44). Die Erstellung von Bite-Wings zur Kariesdiagnostik und zu radiologischer Nachkontrolle von be-

stehenden Restaurationen empfiehlt sich je nach Kariesrisiko alle 1 bis 2 Jahre (45–47). Bei Zähnen mit einer Unfallvorgeschichte (betroffen sind in der Regel die zentralen und lateralen Inzisiven) werden in den ersten fünf Jahren nach Trauma regelmässige Nachkontrollen empfohlen (48). Für Zähne mit ECR ist dieses Vorgehen jedoch nicht ausreichend. Da sie sehr lange Zeit symptomlos funktionieren und auf den CO<sub>2</sub>-Test positiv reagieren, wird die Diagnose ECR oft eher zufällig und – nicht selten – zu spät für eine zahnerhaltende Therapie gestellt (30, 32). Die Kariesdiagnostik in der Front erfolgt meist nur klinisch, es könnte also sein, dass ECR bei Eckzähnen bei einer Befundaufnahme nicht entdeckt werden, solange das Resorptionsgewebe nicht durch den Schmelz durchschimmert, es zu einem Einbruch in der Krone kommt oder der Zahn dann doch im Spätstadium symptomatisch wird. Es ist daher zu diskutieren, ob bei Patienten nach bekannter umfangreicher kieferorthopädischer Behandlung unter Einhaltung des ALADAIP-Prinzips (As Low As Diagnostically Acceptable being Indication orientated & Patient specific) auch im Front-/Eckzahnbereich (z. B. alle 3 bis 5 Jahre) einzelne zweidimensionale Röntgenbilder zu empfehlen sind, insbesondere wenn eine Kombination aus prädisponierenden Faktoren – wie Kieferorthopädie und Zahntraumata, und parafunktionalen Habits oder Extraktion benachbarter Zähne – vorliegt. Zur individuellen Risikoabschätzung sind Informationen und Unterlagen von der durchgeführten Zahnstellungskorrektur und Traumavorgeschichte wertvoll. ECR können auch erst viele Jahre nach einer traumatischen Verletzung der Wurzeloberfläche oder nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung in Erscheinung treten. Lokale hypoxische Bedingungen wurden mit ECR in Verbindung gebracht (41, 49), nicht als

primäre Ursache, aber als stimulierender Faktor. Der Einfluss der Okklusion und Plaqueakkumulation auf die Weiterentwicklung und Ausbreitung einer ECR konnte gezeigt werden (22, 49). Bei der Therapie von Zähnen mit ECR sollten daher auch immer diese beiden Faktoren berücksichtigt werden. An dieser Stelle soll explizit darauf hingewiesen werden, dass eine DVT-Aufnahme lediglich indiziert ist, wenn das Einzelzahnrontgenbild keine oder unzureichende Informationen für die Behandlungsplanung und Prognose einer bereits nachgewiesenen ECR bietet (50).

### Zusammenfassung und Fazit

Es ist ein zunehmendes Auftreten von ECR festzustellen. In der Literatur wird neben Trauma die kieferorthopädische Behandlung als einer der prädisponierenden Hauptfaktoren für die Entstehung dieser Läsionsform diskutiert. Dieser Fallbericht zeigt die Behandlung eines Oberkieferzahn mit ECR, Jahrzehnte nach kieferorthopädischer Behandlung. Die Schwierigkeiten in der Diagnostik und Therapie wurden anhand von weiteren Fallbeispielen erläutert.

ECR werden sowohl bei jungen wie auch älteren Patienten beobachtet. Da diese Läsionen sehr langsam fortschreiten, ist die genaue Ursache oft nicht einfach zu evaluieren. Es ist zudem wahrscheinlich, dass ein kausaler Pluralismus besteht, also mehrere Faktoren zusammenspielen müssen, damit eine ECR entsteht. Im Praxisalltag wird die Diagnose ECR mangels klinischer Auffälligkeiten oftmals zu spät gestellt. Bei Patienten mit vorausgegangener umfangreicher kieferorthopädischer Behandlung wie zum Beispiel nach Einreihung retinierter Eckzähne oder nach Zahnunfällen sollten nicht nur regelmässig Bite-Wings erstellt, sondern nach Abwägung auch die Front- und Eckzähne periodisch mittels Einzelzahnfilm untersucht werden.

## Literaturverzeichnis

1. **Aidos H, Diogo P, Santos JM.** Root Resorption Classifications: A Narrative Review and a Clinical Aid Proposal for Routine Assessment. *Eur Endod J.* 2018;3:134-145.
2. **Lin S, Moreinos D, Kaufman AY, Abbott PV.** Tooth Resorption – Part 1: The evolution, rationales and controversies of tooth resorption. *Dent Traumatol.* 2022;38:253-266.
3. **Abbott PV, Lin S.** Tooth resorption – Part 2: A clinical classification. *Dent Traumatol.* 2022;38:267-285.
4. **Ahmed N, Gopalakrishnan, Mony B, Parthasarthy H.** External cervical resorption case report and a brief review of literature. *J Nat Sci Biol Med.* 2014;5:210-214.
5. **Fuss Z, Tsesis I, Lin S.** Root resorption – diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. *Dent Traumatol.* 2003;19:175-182.
6. **Gold SI, Hasselgren G.** Peripheral inflammatory root resorption. A review of the literature with case reports. *J Clin Periodontol.* 1992;19:523-534.
7. **Heithersay GS.** Clinical, radiologic, and histopathologic features of invasive cervical resorption. *Quintessence Int.* 1999;30:27-37.
8. **Ne RF, Witherspoon DE, Gutmann JL.** Tooth resorption. *Quintessence Int.* 1999;30:9-25.
9. **Tronstad L.** Root resorption – etiology, terminology and clinical manifestations. *Endod Dent Traumatol.* 1988;4:241-252.
10. **Patel S, Krastl G, Weiger R et al.** ESE position statement on root resorption. *Int Endod J.* 2023;56:792-801.
11. **Heithersay GS.** Invasive cervical resorption: an analysis of potential predisposing factors. *Quintessence Int.* 1999;30:83-95.
12. **Huang J, Walsh RM, Witherspoon DE et al.** The prevalence, characteristics, and risk factors of external cervical resorption: a retrospective practice-based study. *Clin Oral Investig.* 2023;27:5595-5604.
13. **Brito GMD, Campos PSF, Mariz ACR, Simões D, Machado AW.** Invasive cervical resorption of central incisor during orthodontic treatment. *Dental Press J Orthod.* 2020;25:49-58.
14. **Espona J, Roig E, Durán-Sindreu F, Abella F, Machado M, Roig M.** Invasive Cervical Resorption: Clinical Management in the Anterior Zone. *J Endod.* 2018;44:1749-1754.
15. **Hiremath H, Yakub SS, Metgud S, Bhagwat SV, Kulkarni S.** Invasive cervical resorption: a case report. *J Endod.* 2007;33:999-1003.
16. **Thönen A, Peltomäki T, Patcas R, Zehnder M.** Occurrence of cervical invasive root resorption in first and second molar teeth of orthodontic patients eight years after bracket removal. *J Endod.* 2013;39:27-30.
17. **Dao V, Mallya SM, Markovic D, Tetradis S, Chugal N.** Reprint of: Prevalence and Characteristics of Root Resorption Identified in Cone-Beam Computed Tomography Scans. *J Endod.* 2023;49:692-702.
18. **Perlea P, Imre M, Nistor CC et al.** Occurrence of invasive cervical resorption after the completion of orthodontic treatment. *Rom J Morphol Embryol.* 2017;58:1561-1567.
19. **Matarazzo G, Garret-Bernardine A, Cassabgi G, Gentile T, Galeotti A.** A case of Invasive Cervical Root Resorption in a 12 y.o. female patient. *Clin Ter.* 2020;171:e183-e184.
20. **Musilli M, Iuorio MT, Vaia E, Vaia E, Ramaglia L, D'Antò V.** Biomechanically and Periodontally-Based Orthodontic Treatment of a Patient with Upper Canine Affected by External Cervical Resorption (ECR): A Case Report. *Dent J (Basel).* 2023;11:278.
21. **Jeng P-Y, Lin L-D, Chang S-H et al.** Invasive Cervical Resorption-Distribution, Potential Predisposing Factors, and Clinical Characteristics. *J Endod.* 2020;46:475-482.
22. **Mavridou AM, Bergmans L, Barendregt D, Lambrechts P.** Descriptive Analysis of Factors Associated with External Cervical Resorption. *J Endod.* 2017;43:1602-1610.
23. **Patel S, Abella F, Patel K, Lambrechts P, Al-Nuaimi N.** Clinical and radiographic features of external cervical resorption – An observational study. *Int Endod J.* 2023;56:1475-1487.
24. **Friedman S.** Internal bleaching: long-term outcomes and complications. *J Am Dent Assoc.* 1997;128 Suppl:51S-55S.
25. **Gunst V, Mavridou A, Huybrechts B, Van Gorp G, Bergmans L, Lambrechts P.** External cervical resorption: an analysis using cone beam and microfocus computed tomography and scanning electron microscopy. *Int Endod J.* 2013;46:877-887.
26. **Harrington GW, Natkin E.** External resorption associated with bleaching of pulpless teeth. *J Endod.* 1979;5:344-348.
27. **von Arx T, Schawalder P, Ackermann M, Bosshardt DD.** Human and feline invasive cervical resorptions: the missing link? – Presentation of four cases. *J Endod.* 2009;35:904-913.
28. **Vossoughi R, Takei HH.** External cervical resorption associated with traumatic occlusion and pyogenic granuloma. *J Can Dent Assoc.* 2007;73:625-628.
29. **Patel S, Abella F, Patel K, Bakhs A, Lambrechts P, Al-Nuaimi N.** Potential predisposing features of external cervical resorption: An observational study. *Int Endod J.* 2024.
30. **Patel S, Mavridou AM, Lambrechts P, Saberi N.** External cervical resorption – part 1: histopathology, distribution and presentation. *Int Endod J.* 2018;51:1205-1223.
31. **Heithersay GS.** Invasive cervical resorption following trauma. *Aust Endod J.* 1999;25:79-85.
32. **Talpos-Niculescu R-M, Nica L-M, Popa M, Talpos-Niculescu S, Rusu LC.** External cervical resorption: Radiological diagnosis and literature (Review). *Exp Ther Med.* 2021;22:1065.
33. **Hammarstrom L, Lindskog S.** General morphological aspects of resorption of teeth and alveolar bone. *Int Endod J.* 1985;18:93-108.
34. **Lindskog S, Blomlöf L, Hammarström L.** Cellular colonization of denuded root surfaces in vivo: cell morphology in dentin resorption and cementum repair. *J Clin Periodontol.* 1987;14:390-395.
35. **Nakamura I, Takahashi N, Sasaki T, Jimi E, Kurokawa T, Suda T.** Chemical and physical properties of the extracellular matrix are required for the actin ring formation in osteoclasts. *J Bone Miner Res.* 1996;11:1873-1879.
36. **Wedenberg C, Lindskog S.** Evidence for a resorption inhibitor in dentin. *Scand J Dent Res.* 1987;95:205-211.
37. **Dudic A, Giannopoulou C, Meda P, Montet X, Kiliaridis S.** Orthodontically induced cervical root resorption in humans is associated with the amount of tooth movement. *Eur J Orthod.* 2017;39:534-540.
38. **Giannopoulou C, Dudic A, Montet X, Kiliaridis S, Mombelli A.** Periodontal parameters and cervical root resorption during orthodontic tooth movement. *J Clin Periodontol.* 2008;35:501-506.
39. **Zahnspege.** 2024. Available from: [www.bfs.admin.ch/asset/de/30385694](http://www.bfs.admin.ch/asset/de/30385694).
40. **DeLuca S, Choi A, Pagni S, Alon E.** External Cervical Resorption: Relationships between Classification, Treatment, and 1-Year Outcome with Evaluation of the Heithersay and Patel Classification Systems. *J Endod.* 2023;49:469-477.
41. **Mavridou AM, Hauben E, Wevers M, Schepers E, Bergmans L, Lambrechts P.** Understanding External Cervical Resorption in Vital Teeth. *J Endod.* 2016;42:1737-1751.
42. **Patel S, Foschi F, Mannocci F, Patel K.** External cervical resorption: a three-dimensional classification. *Int Endod J.* 2018;51:206-214.
43. **Patel S, Foschi F, Condon R, Pimentel T, Bhuvu B.** External cervical resorption: part 2 – management. *Int Endod J.* 2018;51:1224-1238.
44. **European Society of Endodontology.** Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. *Int Endod J.* 2006;39:921-930.
45. **Gooda SA.** The prescription and timing of bitewing radiography in the diagnosis and management of dental caries: contemporary recommendations.[letter]. *Br Dent J* 1992;172(11):398.
46. **Pitts NB, Kidd EA.** The prescription and timing of bitewing radiography in the diagnosis and management of dental caries: contemporary recommendations. *Br Dent J.* 1992;172:225-227.
47. **Wenzel A.** Bitewing and digital bitewing radiography for detection of caries lesions. *J Dent Res.* 2004;83 Spec No C:C72-5.
48. **Krastl G, Filippi A, Weiger R.** Frontzahntrauma: Zahnhartsubstanzverletzungen. *Zahnmedizin up2date.* 2008;2:519-537.
49. **Mavridou AM, Hilken P, Lambrechts I et al.** Is Hypoxia Related to External Cervical Resorption? A Case Report. *J Endod.* 2019;45:459-470.
50. **AR.Ö, DGZMK.** S2k-Leitlinie Dentale digitale Volumentomographie. 2022, Available from: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-0051\\_S2k\\_Dentale-digitale-Volumentomographie-DVT\\_2023-02\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-0051_S2k_Dentale-digitale-Volumentomographie-DVT_2023-02_1.pdf).

# Einfluss von zwei Paraffinwachs-Kaugummis auf die Speichelfliessrate

## Einführung

Mundtrockenheit ist ein weitverbreitetes Symptom. Genau genommen, ist der Begriff «Mundtrockenheit» ein Oberbegriff. Xerostomie beschreibt das subjektive Gefühl der Mundtrockenheit, während Hyposalivation eine tatsächliche Verminderung der Speichelproduktion und Oligosialie eine Verminderung des Speichelflusses bezeichnet. Diese Unterscheidung ist wichtig, da Patienten mit Xerostomie nicht notwendigerweise an Hyposalivation oder Oligosialie leiden müssen und umgekehrt. Bei Verdacht auf Mundtrockenheit wird im Rahmen der Speicheldiagnostik (Sialometrie) die Speichelfliessrate gemessen. Dabei

werden geschmacksneutrale Paraffinwachskaugummis verwendet, um durch Kauen die stimulierte Speichelfliessrate (sSFR) zu bestimmen. Die Herstellung dieser Kaugummis unterliegt jedoch keiner ISO-Norm. Unterschiede in der Konsistenz oder Druckfestigkeit der auf dem Dentalmarkt erhältlichen Paraffinwachskaugummis können die sSFR und damit die Diagnose von Hyposalivation oder Oligosialie beeinflussen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zwei derzeit auf dem Dentalmarkt erhältliche Paraffinwachskaugummis hinsichtlich ihrer Konsistenz bzw. Druckfestigkeit und deren Einfluss auf die sSFR zu untersuchen.

## Material und Methoden

Es wurden die Paraffinwachs-Kaugummis von Aurosan GmbH (AU) und GC Europe (GC) analysiert. Der Versuchsaufbau bestand aus einer Voruntersuchung (instrumentelle Texturanalyse) und einer Sialometrie. Anhand der instrumentellen Texturanalyse wurde die Konsistenz bzw. Druckfestigkeit von AU und GC nach dem Kauen untersucht. Die Autoren kauten insgesamt sieben Minuten denselben Paraffinwachs-Kaugummi. Nach jeder Minute wurde anhand eines Kausimulators ex vivo die Druckfestigkeit/Konsistenz der Kaugummis analysiert. Aufgrund von deren abweichenden Daten wurde in einem Folgeversuch bei 81 gesunden Probandinnen und Probanden eine Sialometrie für AU und GC an unterschiedlichen Tagen durchgeführt. Die induzierten sSFR für die jeweiligen Paraffinwachs-Kaugummis wurden über einen Zeitraum von sieben Minuten gemessen. Folgende Parameter wurden statistisch ausgewertet: stimulierte Speichelfliessrate pro Minute (Speicheldifferenz) und die pro Minute aufsummierte Speichelmenge. Die Druckfestigkeiten des Vorversuchs wurden zeitlich mit den Daten der Sialometrie verglichen.

## Resultate

In der Messperiode von 7 Minuten gab es Unterschiede bei der Speicheldifferenz und der pro Minute aufsummierten Speichelmenge. Der direkte Vergleich von AU und GC zeigte: Unabhängig von Alter und Geschlecht war die gebildete Speichelmenge nach einer Minute mit AU signifikant 0,63-mal kleiner als mit GC (95% CI: 0,56–0,70;  $P < 0,001$ ). In den ersten 4 Minuten war die aufsummierte Speichelmenge von AU signifikant niedriger als mit GC ( $P = 0,016$ ). Ab der 5. Minute unterschieden sich die beiden Produkte bezüglich der aufsummierten Speichelmenge statistisch nicht mehr. Der Vergleich der Druckfestigkeit von AU und GC zeigte, dass die Werte bei Minute 1 und Minute 2 für AU signifikant höher sind als bei GC ( $P < 0,05$ ), für alle anderen Zeitpunkte war die Druckfestigkeit bei GC höher. Im Mixed-Effects-Modell nach Log-Transformation der Druckfestigkeit und Speichelmenge zeigte GC bei steigender Druckfestigkeit sinkende Speichelmenge ( $P < 0,001$ ), bei AU war es umgekehrt ( $P = 0,019$ ).

## Diskussion

Die beiden Paraffinwachs-Kaugummis AU und GC unterschieden sich vor allem zu Beginn der Speichelfliessratenmessung. Die Speichelmenge war in den ersten vier Minuten signifikant unterschiedlich, auch bei der Druckfestigkeit konnte vor allem in der ersten Minute ein grösserer Unterschied festgestellt werden. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung der Vorkauzeit. Für den direkten Vergleich sollte diese tendenziell länger als die bisher empfohlenen ein bis zwei Minuten sein. Zudem sollten ISO-Normen für die Herstellung von Paraffinwachskaugummis eingeführt werden, um auch in der Sialometrie einen Qualitätsstandard zu gewährleisten.

## ÜBER DIE STUDIE

Influence of two paraffin wax chewing gums with different consistencies on the stimulated salivary flow rate

### Keywords

Dry mouth, Xerostomia, Oligosialia, Hyposalivation, Sialometry, Stimulated salivary flow rate, Paraffin wax chewing gum

## AUTOREN

**Florence Blattner, Fabio Saccardin, Virginia Ortiz, Andreas Filippi**

Zentrum für Speicheldiagnostik, Mundtrockenheit und Mundgeruch, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB

### Kontakt

Florence Blattner, Zentrum für Speicheldiagnostik, Mundtrockenheit und Mundgeruch, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel UZB, Universität Basel, Mattenstr. 40, 4058 Basel  
E-Mail: florence.blattner@unibas.ch

# 7. DENTAL INNOVATION CONGRESS®

Online-Teilnahme möglich  
Possibile partecipazione online  
Possible participation en ligne

Lugano · 24.-25.10.2025

Ort · Luogo · Lieu

Università della Svizzera italiana

Materialien - Methoden - Technik  
Standortbestimmung und Ausblick

Materiali - Metodi - Tecnologia  
Situazione attuale e prospettive

Matériaux - Méthodes - Technologie  
État des lieux et perspectives

Wissenschaftliche Leitung  
Direzione scientifica  
Direction scientifique

Prof. Attin



Prof. Müller



Prof. em. Lussi



Dr. Corbato



PDDr. Hjerpe



Prof. Jung



Prof. em. Lussi



Prof. Meyer-Lückel



Prof. Scherrer



Dr. Piano



Dr. Stillwell



Referenten  
Relatori  
Conférenciers

Prof. LoRusso



Dr. Lovati



Prof. Moretti



Prof. Stadlinger



12  
Fortbildungsstunden  
Ore di formazione  
Heures de formation



Anmeldung · Iscrizione · Inscription  
Melanie Lino · T. +41 91 986 50 57  
lino@swissdic.ch  
www.swissdic.ch



D · I · F

Organisation  
Organizzazione  
Organisation



# Wertschätzung als Schlüssel zum Erfolg

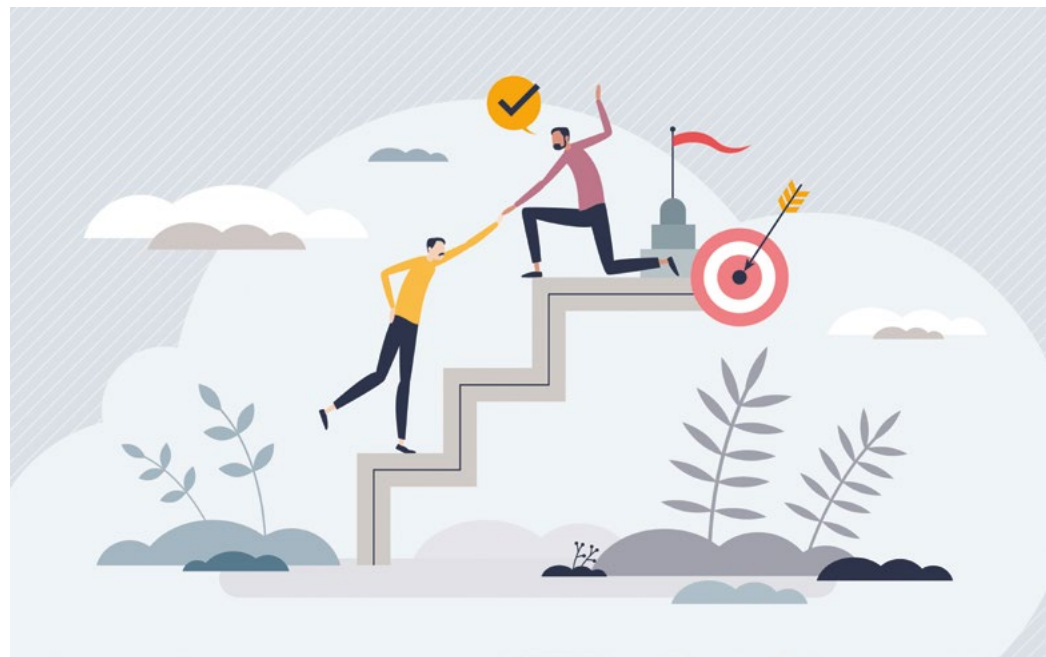
**Moderne Ausstattung, effiziente Abläufe, die optimale Standortwahl und ein cleveres Marketing – all das gehört zu den zentralen Überlegungen beim Aufbau einer Zahnarztpraxis. Doch ein entscheidender Erfolgsfaktor wird häufig unterschätzt: das Team. Oft denken Praxisinhaberinnen und -inhaber, mit der Anstellung der besten Mitarbeitenden sei diese Aufgabe abgeschlossen. Doch ist das Team einmal gefunden, beginnt die Arbeit erst.**

Wertschätzung ist ein Grundbedürfnis – auch im Arbeitsalltag. Viele Praxisinhaberinnen und -inhaber sind sich dessen durchaus bewusst, unterschätzen jedoch, wie essenziell dieser Faktor ist. Studien zeigen seit Jahrzehnten, dass fehlende Wertschätzung ein Hauptgrund für Unzufriedenheit und Fluktuation im Team ist. Sie ist in den Augen der Arbeitnehmenden ein unverzichtbares Top-drei-Kriterium, schafft es bei Arbeitgebenden aber nur knapp in die ersten zehn.

Wertschätzung geht über gelegentliches Lob oder eine Gehaltserhöhung hinaus. Sie ist eine Haltung, die sich durch Authentizität, Vertrauen und Respekt ausdrückt. Doch wie lässt sich eine solche Kultur der Wertschätzung in einer Zahnarztpraxis konkret etablieren?

## 1. Authentizität und Vertrauen als Basis

Ein wertschätzendes Umfeld beginnt mit einer authentischen Führungsperson, die gemäss eigener Überzeugung handelt und dabei ehrlich zu sich selbst und zu anderen ist. Praxisinhaber müssen sich regelmässig fragen: «Spiegelt mein Verhalten wirklich meine Werte wider?» Dies erfordert viel Selbstreflexion, ein wichtiger Faktor, um abweichende Positionen und Erwartungen anderer Menschen respektieren und verstehen zu können. Wer als Zahnärztin oder Zahnarzt eine klare Haltung vertritt, ehrlich kommuniziert und sein eigenes Handeln



Wer Fortbildungen ermöglicht und Karriereschritte innerhalb des Teams fördert, stärkt die Kompetenzen und die Loyalität der Mitarbeitenden.

reflektiert, wird vom Team als glaubwürdige Führungspersönlichkeit wahrgenommen, auf die man sich verlassen kann. Umgekehrt ist es ebenso wichtig, sich auf sein Team verlassen zu können. Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen ihre Mitarbeitenden schulen, damit alle ihre Aufgaben genau kennen, die nötige Kompetenz erwerben und ihr Selbstvertrauen stärken. Wer sein Team gezielt schult, Verantwortung überträgt und Freiraum gibt, zeigt echtes Vertrauen.

In einer Zahnarztpraxis bedeutet das: Vermeiden Sie Mikromanagement. Geben Sie Ihren Mitarbeitenden nicht nur Anweisungen, sondern fördern Sie ihre Stärken. Lassen Sie sie eigenständig arbeiten und zeigen Sie Vertrauen in ihre Fähigkeiten. Dieser vertrauensbasierte Führungsstil ist allerdings nicht mit einer Laissez-faire-Politik zu verwechseln, sonst können sich Unsicherheit oder Orientierungslosigkeit breitmachen. Und es entsteht der Eindruck, dass die Praxisleitung die Verantwortung



Gespräche drehen sich nicht nur um Probleme und Lösungsvorschläge, sondern auch Highlights, Lob und Anerkennung haben Platz.

abgibt, statt sie bewusst zu übernehmen. Der Schlüssel liegt in der Kommunikation.

## 2. Kommunikation und Transparenz als Schlüssel zur Wertschätzung

Wertschätzung zeigt sich nicht nur in Gesten, sondern auch in der Art und Weise, wie in der Praxis kommuniziert wird. Echte Kommunikation bedeutet Dialog auf Augenhöhe. Es geht nicht um das Auflösen von Hierarchien, sondern um Respekt und Offenheit für abweichende Meinungen. Eine klare, offene und ehrliche Kommunikation schafft Vertrauen und fördert das Teamgefühl.

Schaffen Sie daher Gefässe für den Austausch, sowohl im Team als auch in Einzelgesprächen. Sprechen Sie über Arbeitsabläufe, Herausforderungen oder Veränderungen – und fragen Sie gezielt nach der Meinung der Mitarbeitenden. Die Gespräche schaffen eine positive Atmosphäre der zielorientierten Zusammenarbeit und fördern die Selbstverantwortung. Drücken Sie sich aber nicht vor Ihrer Verantwortung: Treffen Sie die nötigen Entscheidungen und begründen Sie diese. Durch die Gespräche treffen sie klare, bessere und nachvollziehbare Entscheidungen,

die durch den Dialog auch besser akzeptiert werden. Wer seine Mitarbeitenden mitgestalten lässt, zeigt ihnen, dass ihre Meinung zählt und dass sie einen wichtigen Beitrag zum Erfolg der Praxis leisten.

Achten Sie darauf, dass sich die Gespräche nicht nur um Probleme und Lösungsvorschläge drehen, sondern auch Highlights, Lob und Anerkennung Platz haben. Freuen Sie sich gemeinsam über die Ergebnisse der geleisteten Arbeit.

## 3. Wertschätzung zeigen – konkret und spürbar

Wertschätzung äussert sich auch in Handlungen. Ein fairer Lohn ist ein wichtiger Aspekt, denn eine gerechte Entlohnung trägt dazu bei, dass sich Mitarbeitende langfristig mit der Praxis identifizieren. Doch neben finanzieller Anerkennung können auch kleine Dinge einen grossen Unterschied machen. Ein einfaches «Danke» oder ehrliches Lob für eine besonders gute Leistung kann die Motivation enorm steigern.

Auch die Möglichkeit zur Weiterentwicklung spielt eine Rolle. Wer Fortbildungen ermöglicht und Karriereschritte innerhalb des Teams fördert, stärkt die Kompetenzen und die Loyalität der Mitarbeitenden.

Schliesslich ist auch Flexibilität ein Zeichen von Wertschätzung. Praxisinhaberinnen und -inhaber, die Verständnis für persönliche Anliegen zeigen und flexible Arbeitszeiten ermöglichen, wo es machbar ist, schaffen ein Arbeitsumfeld, in dem sich Mitarbeitende langfristig wohlfühlen. Ein respektvoller Umgang und das Bewusstsein, dass alle im Team gleichermassen zum Erfolg der Praxis beitragen, sind essenziell.

## Wertschätzung als Investition in den Erfolg

Ein starkes Team entsteht nicht von selbst. Es braucht bewusste Massnahmen, um den Zusammenhalt zu stärken. Regelmässige Teammeetings bieten eine Gelegenheit, offen über Erfolge, Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten zu sprechen. Auch ausserhalb des Arbeitsalltags kann der Teamgeist gezielt gefördert werden. Aktivitäten wie ein gemeinsames Essen, ein Outdoor-Event oder ein Kongressbesuch helfen, das Miteinander zu stärken und eine positive Atmosphäre zu schaffen.

Wertschätzung wird von Praxisinhaberinnen und -inhabern oft unterschätzt – dabei ist sie einer der zentralen Faktoren für Motivation und Zufriedenheit im Team. Eine Zahnarztpraxis, die Vertrauen, offene Kommunikation und gegenseitige Anerkennung lebt, hat nicht nur ein motiviertes Team – auch die Patientinnen und Patienten spüren die positive Atmosphäre. Wer sein Team nicht nur als ausführende Kraft, sondern als entscheidenden Erfolgsfaktor versteht, wird langfristig erfolgreicher sein – und nicht zuletzt selbst als Führungsperson wachsen.

*Hinweis: Die in diesem Artikel vorgestellten Konzepte basieren auf bewährten Prinzipien der Führungsliteratur, insbesondere aus den Werken «Ein Team gewinnt immer» von Bernhard Heusler und «Leaders Eat Last» von Simon Sinek.*

*Text: Miguel Pereiro, Kommunikation SSO  
Bilder: Istock*

# Bessere Mundgesundheit für alle

Frauke Müller<sup>1,2</sup>, Murali Srinivasan<sup>3</sup>, Marwa Abdelaziz<sup>4,5</sup>, Najla Chebib<sup>1</sup>, Christian Schmidt<sup>6</sup>

## Autoren-Affiliationen:

- Abteilung für Gerodontologie und abnehmbare Prothetik, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Universität Genf, Genf, Schweiz
- Universitätskliniken Genf, Abteilung für Rehabilitation und Geriatrie, Genf, Schweiz
- Klinik für Allgemein-, Spezial- und Alterszahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich, Zürich, Schweiz
- Öffentlicher Kinderzahnärztlicher Dienst, Genf, Schweiz
- Abteilung für Kariologie und Endodontie, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Universität Genf, Genf, Schweiz
- GABA Schweiz AG, Therwil, Schweiz

## Zusammenfassung:

Eine kürzlich stattgefundenene Veranstaltung, die zentrale Akteure im Bereich Mundgesundheit zusammenbrachte, konzentrierte sich darauf, die einzigartigen Herausforderungen und Chancen der Mundgesundheit in der Schweiz unter dem Leitbild «Bessere Mundgesundheit für alle» hervorzuheben. Die Initiative zielt darauf ab, kooperative Anstrengungen und integrierte Strategien auf allen Ebenen hinsichtlich der Bereitstellung und Erbringung von Mundgesundheitsdienstleistungen zu fördern, um die Mundgesundheitsituation im Land positiv zu beeinflussen und Umsetzungs- und Bewertungsmodelle bereitzustellen, die ähnliche Initiativen inspirieren könnten, basierend auf der Globalen Strategie und dem Aktionsplan der WHO für Mundgesundheit 2023-2030.

Die Veranstaltung hob die signifikanten Auswirkungen von Munderkrankungen in der Schweiz hervor, wobei der Fokus auf gefährdete Gruppen wie ältere Erwachsene, Kinder und sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen lag. Es wurden innovative Strategien vorgestellt, wie z.B. personalisierte Mundgesundheits-Apps für Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Expertengruppe betonte die Bedeutung eines Wechsels von der Durchführung von isolierten Präventionsmassnahmen hin zur Schaffung von integrierten systemischen Gesundheitsansätzen und sprach sich für eine Transformation der öffentlichen Gesundheitspolitik aus.

Die Initiative betonte die Bedeutung von Kooperationen und Austausch zwischen akademischen Institutionen, Berufsorganisationen, Gesundheitspolitikern und der Privatwirtschaft, um Kreativität und strategische Partnerschaften zu fördern. Als Ergebnis dieser ersten Veranstaltung konzentriert sich der gemeinsame Fokus auf eine Reihe von Initiativen, um Innovationen voranzutreiben, den Zugang zur Versorgung zu verbessern und gesundheitsförderndes Verhalten zu fördern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat kürzlich die Globale Strategie und den Aktionsplan für Mundgesundheit 2023-2030 veröffentlicht, der die wichtigsten Massnahmenbereiche zur Erreichung ihrer strategischen Ziele umreist. Diese Ziele umfassen die Steuerung der Mundgesundheit, die Förderung der Mundgesundheit und Krankheitsprävention, die Entwicklung des medizinischen

Personals, die Systeme der Mundgesundheitspflege, Informationssysteme im Gesundheitswesen und Forschungsagenden.<sup>1</sup>

Die WHO-Resolution und der Aktionsplan inspirierten GABA Schweiz und Colgate-Palmolive Europe, mit mehreren ehrgeizigen Projekten zu ihrer Umsetzung beizutragen. Das erste Expertentreffen fand am 16. Januar in Therwil, Schweiz, dem Hauptsitz von GABA/Colgate, statt. Die Veranstaltung brachte 24 Experten von den vier Universitäten der Schweiz (Basel, Bern, Genf und Zürich), Vertreter der grossen Schweizer zahnmedizinischen Berufsverbände (SSO, SSP, SSRD, SDH, SZPI) sowie Vertreter der Industrie von GABA/Colgate zusammen. Das Hauptaugenmerk lag auf vulnerablen Patientengruppen innerhalb der Bevölkerung, die bei der Erhaltung ihrer Mundgesundheit vor besonderen Herausforderungen stehen.

Der erste Impulsvortrag wurde von PD Dr. Marwa Abdelaziz gehalten, Leiterin des öffentlichen Kinderzahnärztlichen Dienstes in Genf (Service dentaire scolaire), neben ihrer Lehr- und Forschungstätigkeit an der Universität Genf.

Dr. Abdelaziz hob alarmierende Statistiken zur Mundgesundheit hervor und zitierte die WHO-Strategie und einen Aktionsplan<sup>2</sup>, der besagt, dass 40% der erwachsenen Bevölkerung der Schweiz an Karies litten. darüber hinaus benötigten fast 25% der vierjährigen Kinder in Genf bei Schuleintritt eine zahnärztliche Behandlung, wobei dieser Prozentsatz bis zum Alter von 10 Jahren fast 50% erreichte.<sup>3</sup> Kinder unter 5 Jahren sind von Natur aus anfällig für Zahnerkrankungen—nicht nur, weil sie in Bezug auf Mundhygiene und Ernährung von ihren Bezugspersonen abhängig sind, sondern auch wegen der häufigen Unkenntnis hinsichtlich Mundgesundheit unter Eltern, Pädagogen und medizinischem Fachpersonal. Um diese Lücke zu schliessen, erfordert es einen Wandel von traditionellen, isolierten Präventionsbemühungen hin zu einem umfassenden, integrierten Ansatz für Mundgesundheit.<sup>4</sup>

Dies erfordert einen grundlegenden Wandel der öffentlichen Gesundheitspolitik, der sicherstellt, dass Mundgesundheit zu einem Kernbestandteil der frühkindlichen Bildung und Gesundheitsversorgung wird—beginnend in Familien, bei Gesundheitsfachkräften, in Kindergärten und Schulen. Das Ziel bestand darin, Bewusstsein dafür zu stärken und das Verständnis zu sichern, dass Munderkrankungen nicht isoliert auftreten; sie beeinflussen erheblich die schulische Leistung, den Schlaf, die Ernährung, das Selbstwertgefühl und das allgemeine Wohlbefinden. Darüber hinaus dient eine schlechte Mundgesundheit als Eingangspforte zu systemischen Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, was Prävention und Aufklärung in frühen Jahren zu einer kosteneffizienten Investition in die öffentliche Gesundheit macht. Dr. Abdelaziz betonte, dass die Zeit für fragmentierte Ansätze vorbei sei—eine systemische, evidenzbasierte und politisch gesteuerte Transformation sei essentiell, um eine gesündere Zukunft für alle zu sichern.

Weitere gefährdete Gruppen bei der Erhaltung der Mundgesundheit umfassen ältere und sehr alte Erwachsene, insbesondere

diejenigen, die auf Pflege angewiesen sind. Prof. Murali Srinivasan, Leiter der Klinik für Allgemein-, Spezial- und Alterszahnmedizin an der Universität Zürich, skizzierte aktuelle Entwicklungen im Bereich der Mundgesundheit in der Schweiz.<sup>5</sup> Laut WHO -Statusbericht zur Mundgesundheit in der Schweiz wurden natürliche Zähne bis ins hohe Alter erhalten. Darüber hinaus leben in der Schweiz mehr als 1,5 Millionen Menschen mit Behinderungen, ein Drittel davon in spezialisierten Einrichtungen.

Prof. Srinivasan präsentierte auch Ergebnisse einer kürzlich in Zürich durchgeführten Studie, bei der fast 400 Bewohner von Langzeitpflegeheimen untersucht wurden.<sup>6</sup> Die Studie kam zu dem Schluss, dass Karies ein bedeutendes Problem bleibt und es effektive Massnahmen zur Verbesserung der täglichen Mundpflege für ältere Erwachsene benötigt. Darüber hinaus unterstrichen die Ergebnisse die Bedeutung häuslicher Pflegedienste für institutionalisierte ältere Menschen, da solche Dienste zur Erhaltung der Gingiva- und Parodontalgesundheit beitragen.

Die besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen älterer Erwachsener wurden von Prof. Frauke Müller von der Universität Genf näher erläutert. Mit einem physiologischen altersbedingten Funktionsverlust, Gebrechlichkeit und der zunehmende Prävalenz chronischer Krankheiten, die eine medikamentöse Behandlung erfordern, werden bestimmte Risikofaktoren für schlechte Mundgesundheit immer deutlicher. Jüngste Trends deuten darauf hin, dass natürliche Zähne länger im Leben erhalten bleiben, was zu einer wachsenden Zahl von sehr alten Erwachsenen mit verbleibender natürlicher Dentition führt.<sup>5</sup> Jedoch erschweren eingeschränktes Sehvermögen, verminderte Tastsensibilität und abnehmende manuelle Geschicklichkeit die Erhaltung der Mundhygiene zunehmend. Die häufigsten klinischen Befunde bei älteren Erwachsenen umfassen aktive Kariesläsionen und Parodontalerkrankungen, die unbehandelt zu Zahnverlust führen. Zusätzlich kann Polypharmazie Hyposalivation und Mundtrockenheit verursachen, was das Risiko für Karies und Infektionen der Mundschleimhaut erheblich erhöht. Neben diesen Fragen der Mundgesundheit trägt auch altersbedingte motorische Beeinträchtigung zur hohen Prävalenz von Schluckstörungen bei, was bis zu 50% der institutionalisierten älteren Personen betrifft. Darüber hinaus steigt das Risiko für Mundkrebs nach dem 60. Lebensjahr signifikant an. Mundkrebskrankungen werden oft in einem späten Stadium diagnostiziert, da 50% der Läsionen unter der Zunge auftreten, was eine Früherkennung erschwert.

Die Auswirkungen von Munderkrankungen auf ältere Erwachsene sind vielschichtig. Karies, Parodontalerkrankungen und Schleimhautinfektionen verursachen Schmerzen und Unbehagen, während Zahnverlust die Kauleistung beeinträchtigt, die Speisenauswahl einschränkt und das Risiko für Ernährungsdefizite erhöht. Chronische orale Infektionen beeinträchtigen die allgemeine Gesundheit und stehen nachweislich in Zusammenhang mit Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenentzündung. Zusätzlich kann sich eine schlechte Mundgesundheit negativ auf das Selbstwertgefühl und Wohlbefinden auswirken, da Zahnprobleme, Mundgeruch und ein unattraktives Aussehen zur sozialen Isolation und Depression beitragen können.

Während Altern, Gebrechlichkeit und Multimorbidität nicht veränderbare biologische Risikofaktoren sind, können bestimmte Verhaltensfaktoren adressiert werden. Die Kontrolle des Alkohol- und Tabakkonsums, die Reduzierung des Verzehrs von raffiniertem Zucker und, wo möglich, die Anpassung von Medikamenten zur Minimierung von Nebenwirkungen wie Hyposalivation könnten dazu beitragen, Risiken zu mindern. Am wichtigsten ist die Aufre-

chterhaltung einer guten Mundhygiene, die Behandlung bestehender Munderkrankungen und die Pflege des Zahnersatzes.

Ein innovativer Ansatz, vorgestellt von PD Dr. Najla Chebib von der Universität Genf, umfasste die Entwicklung einer massgeschneiderten Softwareanwendung für eine individuelle Mundpflege in Langzeitpflegeeinrichtungen. Diese App nutzt Fotos der Dentition eines Bewohners und, falls zutreffend, der Prothesen, um personalisierte Mundpflegeanweisungen unter Berücksichtigung der spezifischen Risikofaktoren des Einzelnen zu geben. Eine erste verblindete randomisierte kontrollierte Studie (RCT) in einer Genfer Langzeitpflegeeinrichtung zeigte vielversprechende Ergebnisse, die das Potenzial dieses Ansatzes zur Verbesserung der Mundgesundheit älterer Erwachsener hervorheben.

Die vorgestellte Initiative «Bessere Mundgesundheit für alle» behandelte gezielt Risikofaktoren, die gefährdete Bevölkerungsgruppen betreffen, darunter Kleinkinder und Jugendliche, sozioökonomisch benachteiligte Gruppen und ältere Erwachsene. Die Denkwerkstatt-Sitzung des Therwil-Treffens bot eine aufregende Möglichkeit, über Schlüsselmassnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit in diesen besonders bedürftigen Bereichen nachzudenken und sie zu entwickeln. Die Diskussionen betonten Kreativität, Zusammenarbeit und strategische Partnerschaften zwischen Universitäten, Verbänden und der Industrie.

Prof. Adrian Lussi, emeritierter Professor der Universität Bern, teilte seine persönliche Erfolgsgeschichte der Zusammenarbeit zwischen Industrie und akademischer Welt und betonte die Effektivität dieses Modells beim Vorantreiben des WHO-Aktionsplans 2030 für Mundgesundheit in der Schweiz.

Darüber hinaus hielt Dr. Irina Chivu-Garip, Direktorin der Abteilung Wissenschaftliche Angelegenheiten bei Colgate-Palmolive Europe, einen Impulsvortrag, in dem sie über die neuesten Updates zum WHO-Aktionsplan sprach und eine Perspektive des privaten Sektors zu dessen Auswirkungen und Chancen gab.

Neben der Förderung der Zusammenarbeit zielten die vorgeschlagenen Projekte darauf ab, Verhalten zu beeinflussen, Innovationen voranzutreiben, den Zugang zur Versorgung zu erweitern und schlussendlich die Gesundheitspolitik zu gestalten. Mehrere Pilotinitiativen haben bereits begonnen, darunter die Entwicklung einer Kommunikationskampagne, die sich an Nicht-Zahnarztberufe richtet, und die Planung eines Tages der Mundgesundheit, der Allgemeinmediziner adressiert.

Das Expertentreffen endete mit einer abschliessenden Diskussion über zukünftige Verbesserungen. Auf die Frage «Was können wir im nächsten Jahr besser machen?» antwortete ein Teilnehmer: «Nichts—einfach so kreativ bleiben, wie Sie sind und niemals aufhören, voranzuschreiten, um unser gemeinsames Ziel zu erreichen: Bessere Mundgesundheit für alle.»

#### References

- Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- <https://www.ge.ch/document/14137/telecharger>
- Watt RG et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet* 394(10194): 261 - 272 (2019)
- Schneider C, Zemp E, Zitzmann NU. Oral health improvements in Switzerland over 20 years. *Eur J Oral Sci* 125(1):55-62 (2017)
- Allenspach P, Srinivasan M, Oral health status of institutionalized older adults receiving domiciliary dental care: A cross-sectional retrospective study, *Spec Care Dentist* 44(5): 1444-1455 (2024)



Kinder in Westeuropa haben am wenigsten kariöse Zähne. In ost- und südeuropäischen Ländern fand man dagegen höhere DMFT-Werte.

# Wie Einkommen und Karies zusammen- hängen

**Kinder in wohlhabenderen Ländern haben gesündere Zähne als gleichaltrige in Ländern mit niedrigem Durchschnittseinkommen. Umso wichtiger sind frühzeitige individuelle Prophylaxemassnahmen, wie man sie aus der Schweiz kennt.**

Die Menschen in Europa haben heute im Durchschnitt weniger Karies als noch vor zehn oder zwanzig Jahren. Das ist erfreulich; es ist aber bekannt, dass sozial und ökonomisch benachteiligte Menschen weniger gesunde Zähne haben. Der Grund: Sie gehen – aus verschiedenen Gründen – häufig erst im Notfall zum Zahnarzt, nicht aber zur Kontrolle oder für die Dentalhygiene.

Eine länderübergreifende systematische Review (veröffentlicht 2024), an der auch Forschende der Universität Bern hauptverantwortlich mitgearbeitet haben, hat diese Zusammenhänge auf nationaler resp. europäischer Ebene untersucht: Die Kariesprävalenz bei Zwölfjährigen wurde in Bezug zur ökonomisch-sozialen Lage des Landes, in dem die Kinder wohnen, gestellt.

### Je tiefer das Einkommen in einem Land, desto mehr Karies

Die Forschungsgruppe hat 61 wissenschaftliche und gesundheitspolitische Arbeiten oder Berichte ausgewertet. So kamen Daten von rund 490 000 Kindern in 36 europäischen Ländern zusammen. Als Indikator für deren Zahngesundheit wurde der DMFT-Index (Decayed/Missing/Filled Teeth) herangezogen. Dieser wurde zu Variablen wie dem Bruttonationaleinkommen (BNE), der geografischen Lage des Landes in Europa oder der Arbeitslosenrate in Beziehung gesetzt.

Dabei zeigt sich: In Ländern mit hohem BNE haben die Kinder signifikant weniger Karies. Je tiefer das BNE, desto höher ist der DMFT-Index. Interessant ist die geografische Perspektive: Kinder in Westeuropa haben am wenigsten kariöse Zähne, gefolgt von Nordeuropa. In ost- und südeuropäischen Ländern fand man dagegen höhere DMFT-Werte. Spanien beispielsweise hat von den Ländern mit sehr hohem Pro-Kopf-BNE (über 25 000 Dollar) den höchsten DMFT-Wert, gefolgt von Slowenien und Österreich. Am besten schneidet Finnland ab, die Schweiz liegt im Mittelfeld.

Ähnliche Tendenzen fand man beim Vergleich der Arbeitslosenquote mit dem DMFT-Index sowie des Human Development Index mit dem DMFT-Index.

### Einfache Massnahmen können viel bewirken

Zahngesundheit ist, so betonen die Autoren der Studie, ein relevanter Teil der Allgemeingesundheit und ein wichtiges Element für die Lebensqualität. Umso bedauerlicher seien die gefundenen Unterschiede bei der Zahngesundheit – denn Karies wäre durch Prophylaxemassnahmen und minimalinvasive zahnmedizinische Interventionen fast komplett vermeidbar. Offenbar haben die in der Studie untersuchten Länder mit wirtschaftlichen Wachstumsschwierigkeiten, vor allem in Ost- und Südeuropa, hier noch Nachhol-

bedarf. Bereits einfache Präventionsmassnahmen, sowohl auf individueller als auch auf nationaler Ebene, können viel bewirken. Das zeigt unter anderem die bekannte Zürcher Langzeitstudie von Marcel Steiner, Giorgio Menghini, Thomas Marthaler und Thomas Imfeld aus dem Jahr 2010: Über 45 Jahre hinweg (1964 bis 2009) wurden Schulkinder in ländlichen Zürcher Gemeinden zahnärztlich untersucht. In diesem Zeitraum ging die Karies um bis zu 92 Prozent zurück. Der durchschnittliche DMFT-Wert bei 14-Jährigen sank von 12,5 auf 1,31. Hauptgrund dieser Verbesserung ist gemäss den Autoren vor allem die zunehmende Verwendung von fluoridierter Zahnpasta, von Fluorid-Gel oder -Tabletten – sowohl zu Hause als auch bei der Schulzahnpflege –, und durch die Verbreitung von fluoridiertem Kochsalz.

Weitere mögliche Gründe sind gemäss den Autoren allgemein eine bessere Zahnhygiene, die Wissensvermittlung über zahn gesunde Ernährung in der Schule und Schulzahnpflege sowie die Verbreitung von zuckerfreien Lebensmitteln und Kaugummi.

Links:

- [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11626496/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11626496/)
- [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21243546/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21243546/)

Text: Andrea Renggli, Kommunikation SSO  
Foto: Pexels

**Hoewa GmbH**  
Dentalinstrumente  
Grund 70  
**CH-9405 Wienacht-Tobel**

Tel. 071 890 00 40  
Fax 071 890 00 41

**Internet:** [www.hoewa.ch](http://www.hoewa.ch)  
**Email:** [info@hoewa.ch](mailto:info@hoewa.ch)

Ihr Partner für den Kauf und die Reparatur aller gängigen Hand- und Winkelstücke, Turbinen, Motoren und Schläuche der Zahnarztpraxis sowie Technik-Geräte des Labors!



## Sauerstoffflasche leer?

Mit dem Abonnement des ESS kann das nicht passieren!



SSO Emergency Support Service  
[www.sso.ch](http://www.sso.ch)

# Smartphone-Apps für Zahnärztinnen und Zahnärzte

**Eine kostenlose App bietet nützliche Informationen für alle, die einmal Polarlichter beobachten möchten.**

Polarlichter finden viele Menschen faszinierend. Am 10. und 11. Oktober 2024 konnten Polarlichter sogar in der Schweiz beobachtet werden, was tatsächlich nur selten der Fall ist. Aufgrund des sogenannten Sonnenmaximums war 2024 ein sehr gutes Jahr, um auch hierzulande Polarlichter sehen zu können.

Glaubt man den einschlägigen Medienmitteilungen, dürften auch im Jahr 2025 erneut Polarlichter in der Schweiz beobachtet werden können. Der Grund ist die nach wie vor hohe Sonnenaktivität: Die Sonne wird jeweils in einem Zyklus von elf Jahren aktiver oder weniger aktiv. Der aktuelle Sonnenzyklus hatte offenbar 2024 sein Maximum. Um nun Hinweise zu bekommen, wann und wo irgendwo auf dem Planeten (oder in der Schweiz) Polarlichter gerade oder demnächst beobachtet werden können, gibt es selbstverständlich eine App.

## Teil 123 – «Aurora Polarlicht-Vorhersage»

«Aurora Polarlicht-Vorhersage» (Abb. 1 und 2) ist eine der besten kostenfreien Apps, um Nordlichter beobachten zu können. Das Design der App ist ansprechend und Aurora Polarlicht-Vorhersage ist primär für Touristinnen und Touristen entwickelt worden, die in einer speziellen Woche oder an einem speziellen Abend im Jahr wissen möchten, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, eine Aurora borealis sehen zu können (Abb. 3 bis 5). Darüber hinaus gibt es noch informative Details über die Sonnenwinde (Abb. 6) sowie zahlreiche Live-Bilder von Webcams und Impressionen vergangener Polarlichter (Abb. 7 und 8). Gerade wenn man plant, in nord-europäische Länder zu reisen, versucht man, je nach Jahreszeit auch die Möglichkeit zu haben, in einer sternklaren Nacht Polarlichter zu sehen. Und insbesondere, wenn man überlegt, nach Island, Schweden, Finn-

land, Alaska oder Kanada zu reisen, und spezielle Touren in Bezug auf die Beobachtung der Polarlichter buchen möchte, finden sich in der App auch diesbezüglich Reiseinformationen.

Die App ist kostenlos und die kleinen Werbeeinblendungen im unteren Fünftel des Monitors stören nicht. Push-Nachrichten sind möglich, wenn die Polarlichtaktivität am eigenen Standort voraussichtlich stark sein wird. Die App ist absolut empfehlenswert für alle Astronomieinteressierten und alle, die in Richtung Norden reisen möchten.

*Text und Bilder: Andreas Filippi*

## LITERATUR

Filippi A, Ahmed Z: Smartphone-Apps für Zahnärzte und Ärzte, Quintessenz-Verlag (2020).



Abb.1: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: Startbildschirm ...

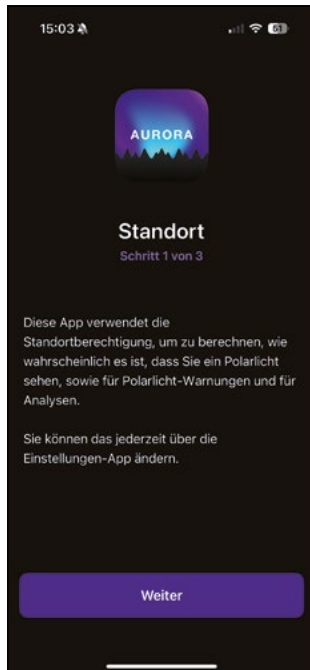


Abb.2: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: ... und Standortfreigabe

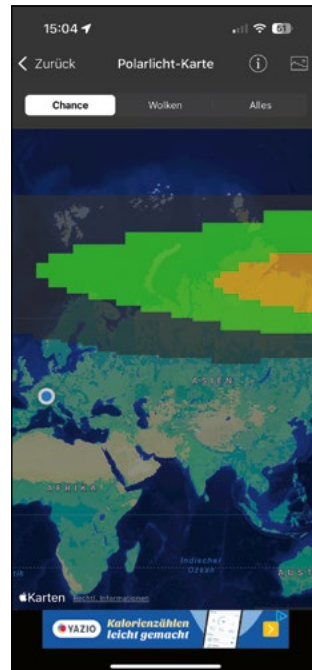


Abb.3: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: Aktuelle Polarlichtkarte der Erde



Abb.4: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: Aktuelle Wahrscheinlichkeit der Beobachtung und Wolkenabdeckung



Abb.5: Aurora Polarlicht-Vorhersage: Aktuelle Sonnenwinddichte und Sonnenwindgeschwindigkeit

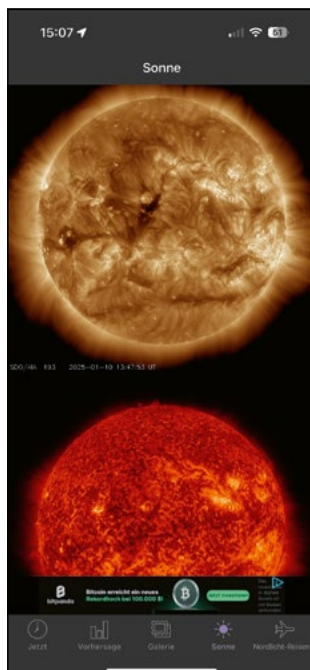


Abb.6: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: Zusätzliche Informationen über Sonnenaktivität und Sonnenwinde

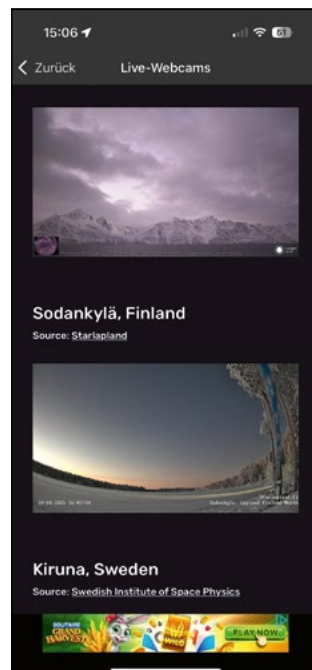


Abb.7: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: Live-Zugriff auf Webcams ...

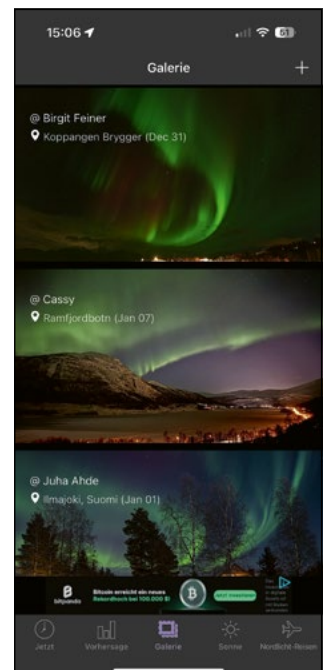


Abb.8: «Aurora Polarlicht-Vorhersage»: ... und auf Bilder vergangener Polarlichter

# Anerkennung der OPT-Röntgen- ausbildung

**Ich möchte einen Dentalassistenten anstellen, der sein Diplom in einem EU-Staat erworben hat. Darf diese Person bei mir in der Praxis OPT- Röntgen machen?**

Bereits in der Strahlenschutzverordnung von 1991 bestand eine Aus- und Fortbildungspflicht für Personen, die mit ionisierenden Strahlen umgehen. Mit der Revision der Strahlenschutzverordnungen, welche im Jahr 2018 in Kraft getreten sind, wurde diese Pflicht präzisiert. Personen, welche Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen bedienen, d. h. sowohl Zahnärztinnen und Zahnärzte als auch zahnmedizinisches Personal, benötigen eine anerkannte Ausbildung im Strahlenschutz.<sup>1</sup> Ohne die notwendigen (Zusatz-)Ausbildungen dürfen die Tätigkeiten nicht ausgeübt werden.<sup>2</sup> Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber müssen sicherstellen, dass der Strahlenschutz nach dem Strahlenschutzgesetz und den Ausführungsbestimmungen gewährleistet wird.<sup>3</sup> Wer eine Tätigkeit ausübt, ohne die entsprechende Ausbildung zu haben, kann mit Busse bestraft werden.<sup>4</sup>

Der ausländische Dentalassistent muss sein DA-Diplom in der Schweiz vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) anerkennen lassen. Wird das Diplom anerkannt, so bedeutet dies aber lediglich,

dass er – wie auch ein Dentalassistent mit Schweizer Diplom – nur intraorale Röntgen anfertigen kann. Eine allfällige ausländische OPT-Zusatzausbildung muss vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Strahlenschutz, anerkannt werden. Nur wenn das BAG das ausländische OPT-Diplom anerkennt, darf der Dentalassistent ein OPT-Gerät bedienen. Wird das Diplom nicht anerkannt, so wird das BAG dem Dentalassistenten mitteilen, welche Teile der Zusatzausbildung nicht gleichwertig zu der Zusatzausbildung in der Schweiz sind und wie er das OPT-Zertifikat erwerben kann, damit er in der Schweiz OPT-Aufnahmen anfertigen darf.

*Text: Rechtsdienst SSO*

<sup>1</sup> Vgl. Art. 172 StSV i.V.m. Art. 2 und 6 sowie Anhang I der Strahlenschutz-Ausbildungsverordnung.

<sup>2</sup> Vgl. Art. 6 Strahlenschutz-Ausbildungsverordnung.

<sup>3</sup> Vgl. Art. 31 StSG.

<sup>4</sup> Vgl. Art. 199 StSV i.V.m. Art. 44 Abs. 1 Bst. f StSG.



**abc dental ag**

Gaswerkstrasse 6  
8952 Schlieren  
[www.abcdental.ch](http://www.abcdental.ch)



**Gaba Schweiz AG**

Customer Service  
+41 (0)840 00 66 03  
[www.gaba-shop.com](http://www.gaba-shop.com)  
[www.gabaprofessional.ch](http://www.gabaprofessional.ch)



**Miele AG**

Limmatstrasse 4  
8957 Spreitenbach  
+41 (0)848 551 670  
[www.miele.ch/pro](http://www.miele.ch/pro)



**Dr. Wild & Co. AG**

Hofackerstrasse 8  
4132 MuttENZ  
+41 (0)61 279 90 00  
[www.wild-pharma.com](http://www.wild-pharma.com)



**Zürichsee Werbe AG**

Tiefenastrasse 2  
8640 Rapperswil  
+41 (0)44 928 56 11  
[www.fachmedien.ch](http://www.fachmedien.ch)

**Nützen Sie die Gelegenheit, um bei Ihrer Zielgruppe zu punkten und Ihre Firma bekannter zu machen – mit einem Eintrag im Bezugsquellennachweis.**

**Die Eckdaten für 2025**

**Inhalt**

Logo (als eps oder jpg), Adresse, URL mit Link

**Masse**

1 Feld = 56 × 48.5 mm

**Farben**

4-farbig

**Preise**

5 Erscheinungen: CHF 1630.–  
10 Erscheinungen: CHF 2650.–  
Preise zuzügl. MwSt.

**Kontakt**

Eveline Schneider  
+41 (0)44 928 56 55  
E-Mail: [eveline.schneider@fachmedien.ch](mailto:eveline.schneider@fachmedien.ch)



---

## Angela Kühne, D<sup>re</sup> méd. dent.

---

**Diplômée fédérale,  
médecin-dentiste SSO**

Angela Kühne, D<sup>re</sup> méd. dent., a obtenu son diplôme d'État en 2010 à l'Université de Zurich. Elle a ensuite travaillé dans un cabinet privé dans le canton de Zurich, puis a passé treize années dans un cabinet privé à Pfäffikon SZ. Depuis janvier 2025, elle a repris un cabinet de groupe à Rapperswil-Jona, qu'elle codirige, avec Luzia Iten, D<sup>re</sup> méd. dent.

[www.sso.ch/fr/ssosavoir](http://www.sso.ch/fr/ssosavoir)



# Une reprise de cabinet en toute clairvoyance

**Un médecin-dentiste part à la retraite, une jeune consœur prend la relève: soigneusement planifiée, la reprise d'un cabinet par Angela Kühne s'est avérée avantageuse pour toutes les parties concernées.**

Au début de cette année, Angela Kühne a réalisé un souhait qu'elle avait depuis longtemps, après plus d'une décennie d'expérience professionnelle: elle dirige son propre cabinet conjointement avec Luzia Iten à Rapperswil-Jona, à proximité immédiate de son domicile. Angela Kühne a fait preuve de clairvoyance en prenant le chemin de l'indépendance. «À chaque fois, les cabinets dentaires de la ville où je travaillais étaient repris en un rien de temps et je pensais qu'il n'y avait plus rien d'intéressant», confie-t-elle. En faisant des recherches en ligne, elle tombe sur le cabinet Iten und Füllemann. «En regardant le CV de Jürg Füllemann, j'en ai déduit qu'il devait atteindre l'âge de la retraite cinq années plus tard environ», explique Angela Kühne. Pour cette mère de trois enfants, ça tombait alors à pic. «J'étais enceinte de mon deuxième enfant et je n'étais pas pressée de reprendre un cabinet. Un délai de cinq ans était alors idéal pour moi.»

## Un bénéfice mutuel

C'est ainsi qu'Angela Kühne est venue en personne déposer son dossier au cabinet. Les propriétaires de l'époque, Jürg Füllemann et Luzia Iten, ont réagi d'autant plus positivement qu'ils n'avaient pas encore forgé de plans concrets pour la suite des événements après le départ à la retraite de Jürg Füllemann. Aujourd'hui, Angela Kühne et Luzia Iten dirigent ensemble et avec succès un cabinet de groupe. «Je suis très heureuse et reconnaissante de sa longue expérience dans la gestion d'un cabinet dentaire ainsi que dans le quotidien d'une clinique», déclare Angela Kühne. Elle apprécie beaucoup l'échange professionnel avec sa consœur. Angela Kühne voit un grand avantage dans le fait qu'elles peuvent se répartir leur temps et leur charge de travail: «Nous nous concertons pour les horaires de travail, les vacances ou le service d'urgence.» Elles ont toutes les deux aussi grandement apprécié de pouvoir se partager les tâches administratives, surtout au début.

## Un engagement polyvalent

Autre aspect du travail d'Angela Kühne: son engagement de longue date dans le service dentaire scolaire. «Notre cabinet est entouré de nombreux bâtiments scolaires et jardins d'enfants, nous pouvons donc effectuer un grand nombre de contrôles dentaires scolaires», explique-t-elle. «J'aime passer du temps avec les enfants pour leur expliquer comment avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.» Des recommandations simples, comme se brosser les dents trois fois par jour avec un dentifrice aux fluorures, peuvent déjà faire une grande différence, selon la médecin-dentiste. «Nous avons aussi beaucoup d'enfants dont les parents n'ont pas grandi en Suisse et, dans ce cas, les connaissances en matière de prophylaxie des caries font souvent défaut.»

Le nouveau quotidien d'Angela Kühne au cabinet est très motivant pour elle. «Je ne regrette pas d'avoir franchi le pas de l'indépendance», souligne-t-elle. «Certes, cela demande beaucoup de travail, mais c'est aussi tellement gratifiant de pouvoir prendre soi-même des décisions.»

*Texte: Alexandra Elia, Communication SSO*

*Photo: màd*

## Envie de vous faire l'écho de votre cabinet ?

Envoyez-nous un courriel à [kommunikation@sso.ch](mailto:kommunikation@sso.ch), en indiquant «Écho du cabinet» en objet, avec une brève description de votre profil. Nous sommes impatients de vous lire!

# Congrès SSO : ça vaut le déplacement !

**Cette année, le Congrès de la SSO se tiendra à Lugano – un endroit qui a beaucoup à offrir, non seulement des paysages, mais aussi de la culture.**

Les consœurs et confrères tessinois sont fiers d'accueillir le Congrès de la SSO dans leur région, et se réjouissent d'y rencontrer des médecins-dentistes provenant de toute la Suisse. Le trajet jusqu'au congrès est certes un peu plus long que les années précédentes, mais le déplacement en vaut la peine, pour l'ambiance méditerranéenne et l'atmosphère accueillante de Lugano. Le congrès n'offre pas seulement des échanges professionnels, mais également l'occasion de découvrir le chef-lieu du Tessin.

Ceux qui prolongent leur séjour après le congrès peuvent profiter des nombreuses activités de loisirs proposées dans la région, telles que le Parco Ciani, une promenade

en bateau sur le lago di Lugano ou une excursion sur l'une des deux montagnes emblématiques de Lugano. Tant le Monte Brè que le Monte San Salvatore sont facilement accessibles en funiculaire et offrent des vues à couper le souffle sur la ville, le lac et les Alpes environnantes.

## Les risques liés à la pratique dentaire

Cette édition du Congrès de la SSO se consacre aux risques liés à la pratique dentaire, qu'il convient de reconnaître et de traiter correctement, qu'il s'agisse de complications lors de traitements dentaires, d'incidents de médecine générale ou en-

core de patients difficiles. Pour ceux qui n'ont pas la possibilité de se déplacer à Lugano, toutes les conférences seront disponibles en rediffusion sur la plateforme de la SSO après le congrès.

*Texte : Andrea Renggli,  
Communication SSO  
Photos : Lugano Region, Eventi e congressi, Città di Lugano*



**Programme et inscription**



Le Congrès de la SSO se tient à Lugano, au Palazzo dei Congressi.



Lugano, son atmosphère accueillante et son ambiance méditerranéenne.

# Editorial Team



## Editor-in-Chief

Michael M. Bornstein,  
University of Basel, Switzerland  
(michael.bornstein@unibas.ch)

## Editors

Alessandro Devigus,  
Private Practice, Bülach, Switzerland  
Andreas Filippi,  
University of Basel, Switzerland  
Julian G. Leprince,  
University of Geneva, Switzerland  
Christoph Ramseier,  
University of Bern, Switzerland  
Matthias Zehnder,  
University of Zurich, Switzerland

## Editorial Board

M. Altenburger, Freiburg  
G. Antonarakis, Genève  
T. Attin, Zürich  
S. Baumgartner, Davos  
A. Bekes, Wien  
G. Belibasakis, Stockholm  
G. I. Benic, Zürich/Lugano  
C. E. Besimo, Brunnen  
A. Bindl, Zürich  
U. Blunck, Berlin  
F. Bosshard, Zürich  
N. Bostanci, Stockholm  
M. Brügger, Zürich  
V. Chappuis, Bern  
N. Cionca, Genève  
T. Connert, Basel  
B. Cvikl, Wien  
D. Dagassan-Berndt, Basel  
V. Diener, Zürich  
F. Ducommun, Bern  
H. F. Duncan, Dublin  
F. Egli, Lyss  
S. Eick, Bern  
T. Eliades, Zürich  
A. Ender, Zürich  
D. Ettl, Zürich  
A. Friedmann, Witten-Herdecke  
H. Hecker, Basel  
E. Hellwig, Freiburg  
I. Hitz Lindenmüller, Basel  
D. Hofer, Zürich  
R. Jacobs, Leuven  
S. Janner, Bern  
T. Joda, Zürich

J. Katsoulis, Bern  
S. Kiliaridis, Genève  
P. Körner, Zürich  
G. Krastl, Würzburg  
S. Kühl, Basel  
B. Lethaus, Leipzig  
O. Lieger, Luzern  
F. Lippert, Indianapolis  
H.-T. Lübbbers, Winterthur  
N. Lukic, Zürich  
A. C. Magalhaes, São Paulo  
S. Maniewicz, Genève  
R. Männchen, Winterthur  
M. Marending, Zürich  
G. Menghini, Zürich  
H. Meyer-Lückel, Bern  
S. Mühlemann, Zürich  
K. Mulkadam, Basel  
F. Müller, Genève  
K. Neuhaus, Basel/  
Herzogenbuchsee  
M. Özcan, Zürich  
S. Papageorgiou, Zürich  
P. Paqué, Zürich  
R. Patcas, Zürich  
A. Perez, Genève  
P. Proff, Regensburg  
A. Ramseier, Basel  
D. Rechenberg, Zürich  
F. X. Reichl, München  
N. Rohr, Basel  
S. Ruf, Giessen  
T. Saads Carvalho, Bern  
P. Sahrman, Basel  
G. Salvi, Bern

M. Schätzle, Zürich/Luzern  
M. Schimmel, Bern  
P. Schmidlin, Zürich  
D. Schneider, Zollikon  
R. Schulze, Bern  
A. Sculean, Bern  
R. Seemann, Bern  
P. Shellis, Bristol  
D. Sonntag, Düsseldorf  
M. Srinivasan, Zürich  
B. Stadlinger, Zürich  
A. Stähli, Bern  
R. Steffen, Weinfelden  
O. Steinmassl, Innsbruck  
M. Strasding, Genève  
V. Suter, Bern  
T. Tauböck, Zürich  
D. Thoma, Zürich  
U. Thüer, Meikirch  
J. Türp, Basel  
C. Verna, Basel  
F. Weber, Zürich  
F. Wegehaupt, Zürich  
R. Weiger, Basel  
D. Wiedemeier, Zürich  
A. Wiegand, Göttingen  
T. Wolf, Bern  
T. Wrbas, Freiburg D  
M. Zeltner, Zürich  
S. Zimmer, Witten-Herdecke  
N. U. Zitzmann, Basel  
R. Zwahlen, Fribourg  
D. Zweifel, Winterthur

# La résorption cervicale externe de canines maxillaires

## Mots-clés

Résorption radiculaire, canine, orthodontie, canal radicaire

## Résumé

Les résorptions cervicales externes (RCE) sont des lésions des tissus dentaires durs souvent sous-diagnostiquées et dont le traitement est exigeant. En raison de l'évolution asymptomatique de la RCE, le diagnostic est souvent tardif. L'utilisation de l'imagerie tridimensionnelle ainsi que la prise de conscience croissante relative à cette affection au sein de la communauté médico-dentaire ont probablement contribué à l'augmentation de la prévalence de la RCE observée ces dernières années. Bien que l'étiologie exacte de la RCE reste incertaine, de nombreux facteurs de risque tant physiques que chimiques ont été identifiés. Des cas idiopathiques ont également été documentés. La littérature fait état d'une accumulation de cas de RCE, impliquant des dents antérieures et des molaires, en association avec une anamnèse de traitement orthodontique, et généralement découverts sur des radiographies interproximales ou périapicales. Cependant, dans les cas concernant les canines, le diagnostic n'est souvent posé qu'à un stade avancé, lorsque des signes et des symptômes cliniques apparaissent. Dans cet article de synthèse, nous présentons plusieurs cas, dont celui d'une patiente de 59 ans ayant développé une RCE de la canine supérieure gauche (dent 23), des décennies après un traitement orthodontique. La lésion a été traitée par une combinaison de thérapie endodontique et chirurgicale, ce qui a permis de sauvegarder la dent alors même que la résorption était déjà à un stade avancé. Compte tenu de la progression lente de la RCE et du diagnostic clinique souvent tardif, il convient d'envisager une surveillance radiologique supplémentaire des incisives et des canines chez les patients présentant des facteurs de prédisposition anamnestiques, tels qu'un traitement orthodontique ou un traumatisme dentaire. Cette approche proactive permet de poser un diagnostic précoce et d'intervenir suffisamment tôt, ce qui améliore les résultats thérapeutiques possibles sur les dents impliquées.

**Kevin Hofpeter**  
**Monika Marending**

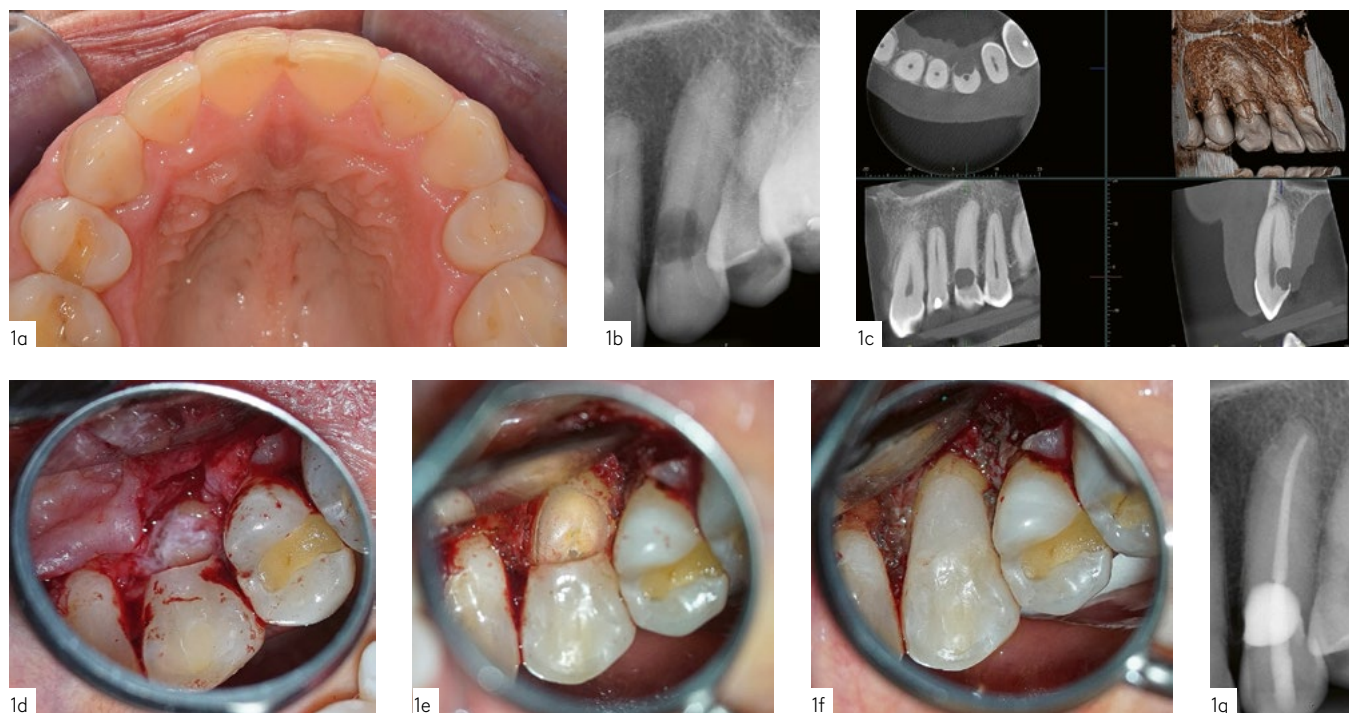
Département d'endodontologie,  
Clinique de médecine dentaire  
conservatrice et préventive, Centre  
de médecine dentaire, Université  
de Zurich

## Correspondance

Kevin Hofpeter, Département  
d'endodontologie, Clinique de  
médecine dentaire conservatrice  
et préventive, Centre de médecine  
dentaire, Université de Zurich,  
Plattenstrasse 11, 8032 Zurich  
E-mail: kevin.hofpeter@zzm.uzh.ch



Lire cet article  
en ligne



**Fig.1.** (a) Sur le plan clinique, on ne remarque qu'une légère inflammation de la gencive de la dent 23, du côté palatin. (b) Les radiographies initiales montrent une importante radiotransparence intracoronaire. (c) La TVN montre une perte de substance étendue du côté palatin. (d) Situation après la mise en évidence du défaut de substance dure. (e) Excavation du défaut sous l'ouverture. (f) Comblement adhésif du défaut. (g) Radiographie après traitement du canal radiculaire et obturation du défaut.

## Introduction

À ce jour, il n'existe pas de classification unitaire des résorptions dentaires (1-3). Le glossaire utilisé dans la littérature pour les différents types de résorptions est également hétérogène (4-9), ce qui ne facilite pas la compréhension et la communication. Dans la présente contribution, nous utilisons le terme de résorption cervicale externe (RCE), conformément à la prise de position (10) de la Société européenne d'endodontologie (ESE).

La RCE est une lésion de la substance dentaire dure difficile à traiter. Selon la localisation, elle passe souvent inaperçue pendant longtemps et il n'est pas rare qu'il soit trop tard, au moment du diagnostic, pour une thérapie dentaire conservatrice. La proportion des patients atteints de RCE est certes indiquée dans les études comme étant inférieure à 1%, mais elle semble augmenter ces dernières années (11, 12). Cela pourrait aussi s'expliquer par le fait que jadis, ces lésions n'étaient tout simplement pas identifiées comme telles. La prévalence accrue de la RCE peut donc s'expliquer, du moins en partie, par une amélioration du savoir-faire, par de meilleures possibilités diagnostiques et par une sensibilisation accrue à cette affection au sein de la communauté des médecins-dentistes.

La RCE peut atteindre n'importe quelle dent; elle peut impliquer une seule dent ou plusieurs. Cette pathologie fait l'objet de nombreux rapports de cas dans la littérature (13-20). La plupart des cas de RCE ont été observés sur les incisives centrales supérieures, suivies par les canines supérieures, les molaires inférieures et les prémolaires supérieures (21-23).

L'étiologie exacte reste à ce jour inexpliquée, mais différents facteurs de prédisposition potentiels ont été identifiés. Ces facteurs comprennent les étiologies physiques (traumatisme dentaire, procédures chirurgicales, orthodontie, traitement parodontal et bruxisme), chimiques (blanchiment intracoronaire) et infectieuses (virus félins, 11, 21, 22, 24-28). Des cas idiopathiques, c'est-à-dire des RCE sans cause potentielle identifiable, ont également été décrits (29). Souvent, une combinaison de plusieurs facteurs de risque a été identifiée (11, 22, 30). Certains auteurs (22, 31) ont cependant constaté qu'une anamnèse de traitement orthodontique est le facteur de prédisposition le plus fréquemment retrouvé. Mais des études prospectives dispendieuses portant sur des cohortes de milliers de patients seraient nécessaires pour confirmer l'influence de traitements orthodontiques sur l'apparition de la RCE, dont l'incidence est faible – même après un traitement orthodontique (16).

Le présent rapport décrit l'investigation et le traitement d'un cas de RCE affectant une canine maxillaire supérieure ainsi que les causes possibles et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées, en référence à d'autres exemples de cas.

## Rapport de cas: diagnostic et traitement d'une résorption cervicale externe de la dent 23

Une patiente âgée de 59 ans s'est présentée à la Clinique de médecine dentaire conservatrice et préventive de l'Université de Zurich. La patiente se plaignait de douleurs occasionnelles au niveau de la canine supérieure gauche (dent 23). Ces douleurs restaient inexpliquées malgré des examens approfondis effectués par son médecin-dentiste traitant. Lors de l'examen initial, la dent réagissait normalement au test CO<sub>2</sub> et il n'y avait pas d'hyperesthésie à la percussion. Sur la face palatine, des profondeurs de sondage augmentées allant de 4 à 5 mm ont été constatées, ainsi qu'une exsudation purulente. La substance dentaire dure externe paraissait intacte. Aucun effondrement n'a pu être mis en évidence lors du sondage (fig. 1a). La radiographie de la dent isolée a montré une zone plus claire de forme arrondie, d'environ 5 mm de diamètre, en position mésiale et au niveau de la jonction amélo-cémentaire (fig. 1b). Au

vu de l'aspect atypique pour une lésion carieuse, une résorption cervicale externe (RCE) a été évoquée. Une TVN petit volume (3D Accuitomo 170, Morita) a été réalisée pour approfondir les investigations. Cet examen a confirmé la présence d'une zone arrondie hypodense de 5,3 × 5,1 × 3,3 mm, dont l'orifice d'entrée s'était effondré en palatin sur une grande surface (3,7 × 3,7 mm), entre le niveau de l'os et la ligne de démarcation de l'émail (fig. 1c). Afin de clarifier les facteurs de risque éventuels, la patiente a indiqué avoir subi un traitement orthodontique important entre l'âge de 10 et 12 ans. Une anamnèse de traumatisme facial ou dentaire n'a pas été retrouvée. L'examen clinique n'a montré aucun signe de bruxisme ou d'autres parafonctions. Après des investigations détaillées relatives à la lésion et aux options thérapeutiques possibles, il a été décidé de traiter le défaut par voie extraradiculaire. Compte tenu des dimensions du défaut et des douleurs existantes, une stratégie attentiste était exclue. Pour réduire la durée de l'opération, le traitement du canal radiculaire devait être réalisé au préalable.

Le traitement du canal radiculaire a été réalisé sous digue dentaire à l'aide d'un microscope opératoire (OPMI PROergo, Zeiss). Après la préparation chimio-mécanique du système canalaire (ProTaper Gold, taille d'extrémité F5, Dentsply Sirona) et l'irrigation activée avec du NaOCl à 1% (Hedinger)/HEDP à 9% (MedCem), le canal a été obturé à l'aide de gutta-percha (ProTaper Gold Conform Fit F5, Dentsply Sirona) et d'un ciment (AH Plus, Dentsply Sirona) par technique verticale à chaud. La fermeture coronaire a été réalisée par collage (Ceram.X Spectra® ST HV A3, Dentsply Sirona). Le traitement chirurgical du défaut a été réalisé 4 semaines plus tard. Après incision sulculaire palatine des dents 21 à 26 (la dent 25 est manquante et le défaut avait été comblé), un lambeau muco-périosté a été mobilisé. La zone du défaut a été exposée (fig. 1d), puis le tissu de résorption a été entièrement éliminé à l'aide de fraises boules diamantés, sous refroidissement à l'eau (fig. 1e). Le saignement a été stoppé à l'aide de pellets imbibés de gel de chlorure d'aluminium à 25% (ViscoStat Clear, Ultradent). Puis la cavité a été comblée par collage avec un composite fluide (SDR® flow +, Dentsply Sirona) et soigneusement polie (fig. 1f). Le lambeau a été réadapté et fixé à l'aide de sutures résor-



**Fig. 2.** (a) Résorption cervicale externe de la dent 23, de classe 2, avec une discoloration vestibulaire de la couronne dentaire, cliniquement décelable (« pink spot »), provoquée par le tissu de résorption fortement irrigué qui transparait à travers la fine couche d'émail et de dentine. (b) Situation clinique sans particularité du côté palatin. (c) La radiographie dentaire montre une large zone d'hypodensités dans la couronne dentaire. (d) La TVN permet de déterminer avec précision l'étendue du défaut ainsi que la porte d'entrée.

bables (5-0 VICRYLTM, Ethicon), car la patiente ne pouvait pas se rendre à un contrôle de suivi pour le retrait des fils. Quatre mois après l'opération, la patiente ne ressentait plus aucune douleur. Les profondeurs de sondage de la face palatine étaient stables à 4 mm, avec un léger saignement, mais sans autres signes cliniques d'inflammation.

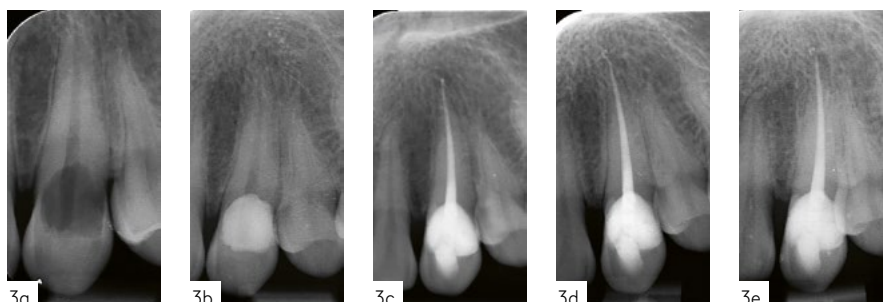
### Discussion

Le diagnostic de RCE est souvent fortuit (30, 32), car cette affection passe facilement inaperçue lors d'un examen dentaire de routine, notamment lorsqu'elle implique les canines. Ce travail présente plusieurs cas de RCE impliquant des canines supérieures et met en lumière les défis y relatifs. La condition préalable au développement d'une RCE est la présence d'un défaut à la surface de la racine. Normalement, le ciment dentaire à la surface de la racine (de même que la dentine du côté du canal radiculaire) est recouvert d'une couche cémentoïde (prédentine) non minéralisée (33, 34). Si cette couche protectrice est perdue, les ostéoclastes peuvent se lier aux protéines extracellulaires possédant une séquence d'acides aminés arginine-glycine-acide aspartique (RGD). Ces peptides RGD ne se

trouvent que sur les surfaces minéralisées (35). En conséquence, les ostéoclastes ne peuvent pas résorber la prédentine non minéralisée située à la périphérie de la cavité endodontique (36). Le défaut se propage donc dans la dentine radiculaire par sous-minage latéral et circulaire autour de la pulpe, de sorte qu'en général, les dents affectées de cette manière restent longtemps vitales et asymptomatiques.

Des études expérimentales ont montré que des RCE peuvent être induites par des forces orthodontiques (37, 38) et que l'ampleur de la résorption est corrélée au déplacement dentaire (37, 38). Cela prédispose la canine supérieure à de telles lésions. Les anomalies relatives à l'éruption dentaire normale ne sont pas rares, en particulier pour les canines supérieures.

L'encombrement des dents antérieures ou postérieures est une autre indication au traitement orthodontique. Dans l'ensemble de la population suisse, la proportion globale des personnes ayant eu recours à un traitement orthodontique a passé de 23 à 34% au cours des 20 dernières années. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique (recensement de 2022), 63% des 15-24 ans et 50% des 25-34 ans ont indiqués porter ou avoir porté un « appareil



**Fig. 3.** Résorption cervicale externe de la dent 23 chez un patient de 33 ans. (a) Situation initiale, (b) après obturation primaire du défaut, (c) après traitement du canal radiculaire, puis (d) 3 ans et (e) 8 ans après le traitement.

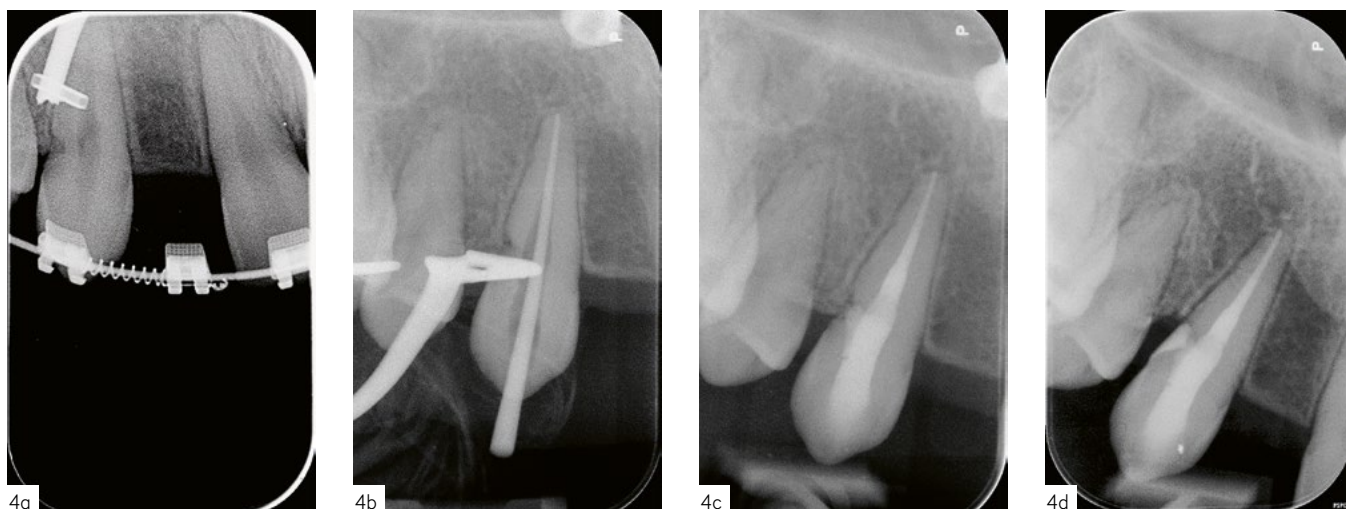
dentaire» pour corriger la position de leurs dents (39). Environ un tiers (25 à 45%) des patients atteints de RCE ont déclaré dans leur anamnèse avoir subi une correction orthodontique (22, 29, 40).

La RCE se caractérise par sa localisation dans la région du collet dentaire – au-dessous de l’attache épithéliale – et par sa croissance infiltrative et sous-minante. Cette résorption correspond à l’infiltration de tissu fibro-vasculaire au stade précoce et de tissu fibro-osseux au stade tardif (7, 41). En l’absence de traitement, ce processus entraîne une perte progressive de substance dentaire dure et compromet la pérennité de la dent. L’évolution est lente et la cause potentielle remonte à plusieurs années avant l’apparition des symptômes cliniques. La RCE s’étend parfois en direction coronaire, ce qui peut se traduire cliniquement par une discoloration rougeâtre de la couronne dentaire, le tissu de résorption fortement irrigué par le sang transparaisant à travers la fine couche de substance dentaire résiduelle (dent rose, pink tooth), voir fig. 2.

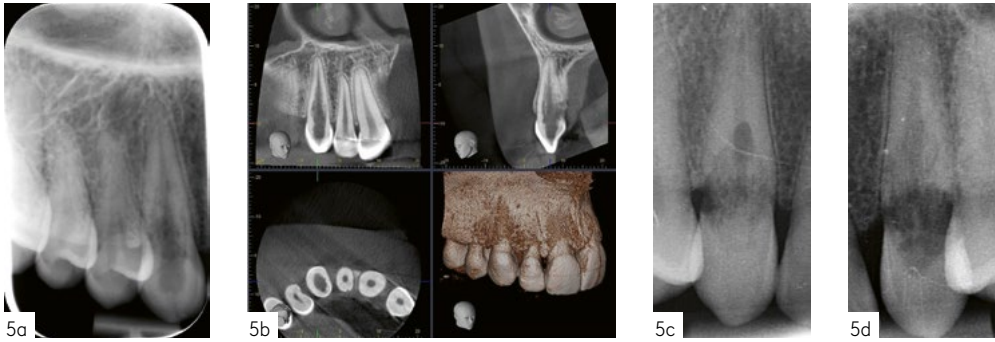
Heithersay (11) a classé les RCE en fonction de leur progression et de leur pronostic. Alors que les lésions situées dans la zone cervicale de la couronne peuvent encore être traitées si elles ne s’étendent que légèrement sous la crête alvéolaire (et si elles sont suffisamment accessibles), les résorptions plus profondes qui atteignent clairement le tiers cervical de la racine (classe 3) ou même au-delà (classe 4) ont un pronostic incertain ou mauvais en raison de l’impossibilité de les restaurer et/ou de leur instabilité.

Sur le plan radiologique, la RCE se manifeste initialement par un éclaircissement localisé discret de la dentine. Plus tard, la lésion est irrégulièrement translucide et inhomogène (aspect mité). Le canal radiculaire et la chambre pulpaire peuvent généralement être délimités par rapport aux lacunes de résorption. Il est parfois utile de faire une deuxième radiographie sous un autre angle de projection. Une image tridimensionnelle haute résolution (TVN) permet de déterminer avec précision la porte d’entrée du processus de résorption

ainsi que l’extension exacte de la lésion. Cela permet de déterminer plus facilement si le défaut peut encore être traité de manière adéquate. À ce sujet, une classification spécialement adaptée à l’imagerie tridimensionnelle et accompagnée de recommandations thérapeutiques correspondantes a été publiée par Patel (42, 43). Lorsque le diagnostic est posé relativement tôt (classe 1 selon Heithersay), la lésion peut être éliminée avec le tissu de résorption fortement irrigué, puis scellée par un traitement d’obturation approprié, de sorte que la vitalité de la dent est préservée. En raison de la localisation difficile, nombre de ces lésions passent relativement longtemps inaperçues, et le traitement endodontique s’avère souvent inévitable du fait de la relation de proximité entre les lacunes de résorption et la pulpe (classe 2). C’est ce qui s’est passé dans le cas présent: la TVN préopératoire montre que le processus de résorption s’est déjà étendu jusqu’à proximité de l’endodonte. Malgré la présence d’une fine couche de dentine résiduelle intacte, il aurait été pratiquement impossible de traiter le défaut du côté palatin sans ouverture de la pulpe. Dans de tels cas, il est également plus simple techniquement de commencer par le traitement canalaire, y compris le curetage/l’obturation du défaut de résorption via la cavité d’accès, puis, dans un deuxième temps, de corriger l’obturation du défaut sous ouverture chirurgicale. Le comblement primaire du défaut avec traitement secondaire du canal radiculaire, en cas de RCE plus avancée, comporte aussi le risque de douleurs pulpitesques intercurrentes. La fig. 3 montre un cas de



**Fig. 4.** Résorption cervicale externe de la dent 13 après distalisation orthodontique chez un patient de 20 ans. (a) Situation avec l’appareil orthodontique in situ, (b) radiographie de contrôle avant l’obturation du canal radiculaire, (c) après tentative d’élimination complète du défaut de résorption depuis l’intérieur et (d) après correction sous ouverture.



**Fig. 5.** La dent 13 présente une résorption cervicale externe de classe 4. Image (a) : radiographie, image (b) : TVN. Résorption cervicale externe de la dent 13 (c) et de la dent 23 (d), de classe 4, chez une patiente de 39 ans, après traitement orthodontique au cours de l'adolescence.

RCE de classe 2, également située du côté palatin. Ici, on a tout d'abord procédé à l'élimination du défaut et au comblement de la cavité, puis le traitement canalaire a été réalisé au cours d'une deuxième séance. Lorsque l'orifice d'entrée est petit ou n'est pas encore brisé, il est parfois possible d'appliquer le matériau de comblement du défaut par la brèche d'accès et de réaliser le finissage/polissage depuis l'extérieur. Cependant, à proximité de la surface de la dent, il est difficile de s'orienter et de différencier le tissu de résorption par rapport à la gencive, comme le montre la fig. 4. Ici, il a été nécessaire de corriger depuis l'extérieur, car l'évidement réalisé depuis l'intérieur n'était pas suffisant.

La figure 5 (a-b) présente le cas d'une jeune patiente quelques années après un traitement orthodontique. Ici, la RCE de la dent 13 avait déjà atteint un stade de classe 4 selon Heithersay. Une TVN a été effectuée en raison d'une suspicion de RCE également au niveau de la dent 14. Heureusement, cela n'a pas été confirmé. Dans le deuxième cas de la fig. 5 (c-d), les 2 canines étaient affectées par des processus de résorption très avancés et ne pouvaient donc plus être restaurées.

La RCE est un processus dynamique dont l'évolution est influencée par les effets synergiques de facteurs supplémentaires (11, 22, 30). Le dépistage ciblé de cette affection n'est donc pas aisé. Dans le cadre de l'examen d'un nouveau patient ou d'un recall, il est recommandé de procéder, à intervalles réguliers, à un test de sensibilité. Pour les dents non sensibles, avec ou sans traitement de canal radiculaire, une évaluation radiologique régulière est indiquée (44). La réalisation de radiographies interproximales pour le diagnostic des caries et le suivi radiologique des restaurations existantes est recommandée tous les 1 à 2 ans, en fonction du risque de carie (45-47). Pour les dents ayant subi un traumatisme (en

général les incisives centrales et latérales), des contrôles réguliers sont recommandés pendant les 5 premières années après le traumatisme (48). Cette procédure n'est cependant pas suffisante pour les dents présentant une RCE. Comme elles restent très longtemps fonctionnelles et réagissent positivement au test CO<sub>2</sub>, le diagnostic de RCE est souvent posé fortuitement, et souvent trop tard pour permettre un traitement conservateur (30, 32). Le diagnostic des caries des dents antérieures repose généralement sur l'examen clinique, et il est donc possible que les RCE des canines ne soient pas détectées lors de l'examen, aussi longtemps que le tissu de résorption ne transparait pas à travers l'émail, qu'il n'y a pas d'effondrement de la couronne et que la dent reste asymptomatique – possiblement jusqu'à un stade avancé. Il convient donc de se demander, chez les patients ayant subi un traitement orthodontique important, s'il peut être recommandé de réaliser des radiographies bidimensionnelles unitaires, également dans la zone des incisives et des canines (par exemple tous les 3 à 5 ans), en respectant le principe ALADAIP (As Low As Diagnostically Acceptable being Indication-oriented & Patient-specific), notamment en présence d'une combinaison de facteurs prédisposants – comme l'orthodontie, les traumatismes dentaires, les habitudes parafunctionnelles ou l'extraction de dents adjacentes. Pour évaluer le risque individuel, les informations et les documents relatifs aux corrections orthodontiques effectuées et aux antécédents traumatiques sont précieux. Les RCE peuvent apparaître plusieurs années après une lésion traumatique de la surface radiculaire ou après la fin d'un traitement orthodontique. La RCE a été également associée à des conditions locales hypoxiques (41, 49), non pas en tant que facteur causal primaire, mais en tant que facteur aggravant. L'influence de l'occlusion et de l'accumulation

de plaque dentaire sur la progression et l'extension de la RCE a pu être démontrée (22, 49). Ces deux facteurs doivent donc toujours être pris en compte lors du traitement des dents atteintes de RCE. Il convient ici de souligner explicitement qu'une imagerie TVN n'est indiquée que si la radiographie dentaire unitaire ne fournit pas ou pas suffisamment d'informations pour la planification du traitement et l'évaluation du pronostic d'une RCE déjà avérée (50).

### Résumé et conclusion

Une augmentation du nombre de cas de RCE a été constatée. Dans la littérature, et outre les traumatismes, le traitement orthodontique est considéré comme l'un des principaux facteurs de prédisposition à ce type de lésion. Ce rapport de cas présente le traitement d'une canine maxillaire atteinte de RCE, plusieurs décennies après un traitement orthodontique. Les difficultés rencontrées dans le diagnostic et le traitement de cette affection ont été expliquées sur la base d'autres exemples de cas. Les RCE s'observent aussi bien chez les patients jeunes que chez les patients plus âgés. Comme ces lésions progressent très lentement, il est souvent difficile, a posteriori, d'en déterminer la cause exacte. Par ailleurs, il existe vraisemblablement un pluralisme causal, c'est-à-dire que plusieurs facteurs doivent interagir pour entraîner le développement d'une RCE. En pratique quotidienne, le diagnostic de RCE est souvent posé trop tardivement en raison de l'absence de manifestations cliniques. Chez les patients ayant subi un traitement orthodontique important, par exemple après la mise en place de canines retenues ou après des traumatismes dentaires, il convient non seulement de réaliser régulièrement des radiographies interproximales, mais aussi, après évaluation, d'investiguer périodiquement les incisives et les canines à l'aide de radiographies dentaires unitaires.

## Bibliographie

1. **Aidos H, Diogo P, Santos JM.** Root Resorption Classifications: A Narrative Review and a Clinical Aid Proposal for Routine Assessment. *Eur Endod J.* 2018;3:134-145.
2. **Lin S, Moreinos D, Kaufman AY, Abbott PV.** Tooth Resorption – Part 1: The evolution, rationales and controversies of tooth resorption. *Dent Traumatol.* 2022;38:253-266.
3. **Abbott PV, Lin S.** Tooth resorption – Part 2: A clinical classification. *Dent Traumatol.* 2022;38:267-285.
4. **Ahmed N, Gopalakrishnan, Mony B, Parthasarthy H.** External cervical resorption case report and a brief review of literature. *J Nat Sci Biol Med.* 2014;5:210-214.
5. **Fuss Z, Tsesis I, Lin S.** Root resorption – diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. *Dent Traumatol.* 2003;19:175-182.
6. **Gold SI, Hasselgren G.** Peripheral inflammatory root resorption. A review of the literature with case reports. *J Clin Periodontol.* 1992;19:523-534.
7. **Heithersay GS.** Clinical, radiologic, and histopathologic features of invasive cervical resorption. *Quintessence Int.* 1999;30:27-37.
8. **Ne RF, Witherspoon DE, Gutmann JL.** Tooth resorption. *Quintessence Int.* 1999;30:9-25.
9. **Tronstad L.** Root resorption – etiology, terminology and clinical manifestations. *Endod Dent Traumatol.* 1988;4:241-252.
10. **Patel S, Krastl G, Weiger R et al.** ESE position statement on root resorption. *Int Endod J.* 2023;56:792-801.
11. **Heithersay GS.** Invasive cervical resorption: an analysis of potential predisposing factors. *Quintessence Int.* 1999;30:83-95.
12. **Huang J, Walsh RM, Witherspoon DE et al.** The prevalence, characteristics, and risk factors of external cervical resorption: a retrospective practice-based study. *Clin Oral Investig.* 2023;27:5595-5604.
13. **Brito GMD, Campos PSF, Mariz ACR, Simões D, Machado AW.** Invasive cervical resorption of central incisor during orthodontic treatment. *Dental Press J Orthod.* 2020;25:49-58.
14. **Espona J, Roig E, Durán-Sindreu F, Abella F, Machado M, Roig M.** Invasive Cervical Resorption: Clinical Management in the Anterior Zone. *J Endod.* 2018;44:1749-1754.
15. **Hiremath H, Yakub SS, Metgud S, Bhagwat SV, Kulkarni S.** Invasive cervical resorption: a case report. *J Endod.* 2007;33:999-1003.
16. **Thönen A, Peltomäki T, Patcas R, Zehnder M.** Occurrence of cervical invasive root resorption in first and second molar teeth of orthodontic patients eight years after bracket removal. *J Endod.* 2013;39:27-30.
17. **Dao V, Mallya SM, Markovic D, Tetradis S, Chugal N.** Reprint of: Prevalence and Characteristics of Root Resorption Identified in Cone-Beam Computed Tomography Scans. *J Endod.* 2023;49:692-702.
18. **Perlea P, Imre M, Nistor CC et al.** Occurrence of invasive cervical resorption after the completion of orthodontic treatment. *Rom J Morphol Embryol.* 2017;58:1561-1567.
19. **Matarazzo G, Garret-Bernardine A, Cassabgi G, Gentile T, Galeotti A.** A case of Invasive Cervical Root Resorption in a 12 y.o. female patient. *Clin Ter.* 2020;171:e183-e184.
20. **Musilli M, Iuorio MT, Vaia E, Vaia E, Ramaglia L, D'Antò V.** Biomechanically and Periodontally-Based Orthodontic Treatment of a Patient with Upper Canine Affected by External Cervical Resorption (ECR): A Case Report. *Dent J (Basel).* 2023;11:278.
21. **Jeng P-Y, Lin L-D, Chang S-H et al.** Invasive Cervical Resorption-Distribution, Potential Predisposing Factors, and Clinical Characteristics. *J Endod.* 2020;46:475-482.
22. **Mavridou AM, Bergmans L, Barendregt D, Lambrechts P.** Descriptive Analysis of Factors Associated with External Cervical Resorption. *J Endod.* 2017;43:1602-1610.
23. **Patel S, Abella F, Patel K, Lambrechts P, Al-Nuaimi N.** Clinical and radiographic features of external cervical resorption – An observational study. *Int Endod J.* 2023;56:1475-1487.
24. **Friedman S.** Internal bleaching: long-term outcomes and complications. *J Am Dent Assoc.* 1997;128 Suppl:51S-55S.
25. **Gunst V, Mavridou A, Huybrechts B, Van Gorp G, Bergmans L, Lambrechts P.** External cervical resorption: an analysis using cone beam and microfocus computed tomography and scanning electron microscopy. *Int Endod J.* 2013;46:877-887.
26. **Harrington GW, Natkin E.** External resorption associated with bleaching of pulpless teeth. *J Endod.* 1979;5:344-348.
27. **von Arx T, Schawaldler P, Ackermann M, Bosshardt DD.** Human and feline invasive cervical resorptions: the missing link? – Presentation of four cases. *J Endod.* 2009;35:904-913.
28. **Vossoughi R, Takei HH.** External cervical resorption associated with traumatic occlusion and pyogenic granuloma. *J Can Dent Assoc.* 2007;73:625-628.
29. **Patel S, Abella F, Patel K, Bakhsh A, Lambrechts P, Al-Nuaimi N.** Potential predisposing features of external cervical resorption: An observational study. *Int Endod J.* 2024.
30. **Patel S, Mavridou AM, Lambrechts P, Saberi N.** External cervical resorption – part 1: histopathology, distribution and presentation. *Int Endod J.* 2018;51:1205-1223.
31. **Heithersay GS.** Invasive cervical resorption following trauma. *Aust Endod J.* 1999;25:79-85.
32. **Talpos-Niculescu R-M, Nica L-M, Popa M, Talpos-Niculescu S, Rusu LC.** External cervical resorption: Radiological diagnosis and literature (Review). *Exp Ther Med.* 2021;22:1065.
33. **Hammarstrom L, Lindskog S.** General morphological aspects of resorption of teeth and alveolar bone. *Int Endod J.* 1985;18:93-108.
34. **Lindskog S, Blomlöf L, Hammarström L.** Cellular colonization of denuded root surfaces in vivo: cell morphology in dentin resorption and cementum repair. *J Clin Periodontol.* 1987;14:390-395.
35. **Nakamura I, Takahashi N, Sasaki T, Jimi E, Kurokawa T, Suda T.** Chemical and physical properties of the extracellular matrix are required for the actin ring formation in osteoclasts. *J Bone Miner Res.* 1996;11:1873-1879.
36. **Wedenberg C, Lindskog S.** Evidence for a resorption inhibitor in dentin. *Scand J Dent Res.* 1987;95:205-211.
37. **Dudic A, Giannopoulou C, Meda P, Montet X, Kiliaridis S.** Orthodontically induced cervical root resorption in humans is associated with the amount of tooth movement. *Eur J Orthod.* 2017;39:534-540.
38. **Giannopoulou C, Dudic A, Montet X, Kiliaridis S, Mombelli A.** Periodontal parameters and cervical root resorption during orthodontic tooth movement. *J Clin Periodontol.* 2008;35:501-506.
39. **Zahnsponge.** 2024. Available from: [www.bfs.admin.ch/asset/de/30385694](http://www.bfs.admin.ch/asset/de/30385694).
40. **DeLuca S, Choi A, Pagni S, Alon E.** External Cervical Resorption: Relationships between Classification, Treatment, and 1-Year Outcome with Evaluation of the Heithersay and Patel Classification Systems. *J Endod.* 2023;49:469-477.
41. **Mavridou AM, Hauben E, Wevers M, Schepers E, Bergmans L, Lambrechts P.** Understanding External Cervical Resorption in Vital Teeth. *J Endod.* 2016;42:1737-1751.
42. **Patel S, Foschi F, Mannocci F, Patel K.** External cervical resorption: a three-dimensional classification. *Int Endod J.* 2018;51:206-214.
43. **Patel S, Foschi F, Condon R, Pimentel T, Bhava B.** External cervical resorption: part 2 – management. *Int Endod J.* 2018;51:1224-1238.
44. **European Society of Endodontology.** Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. *Int Endod J.* 2006;39:921-930.
45. **Gooda SA.** The prescription and timing of bitewing radiography in the diagnosis and management of dental caries: contemporary recommendations. [letter]. *Br Dent J* 1992;172(11):398.
46. **Pitts NB, Kidd EA.** The prescription and timing of bitewing radiography in the diagnosis and management of dental caries: contemporary recommendations. *Br Dent J.* 1992;172:225-227.
47. **Wenzel A.** Bitewing and digital bitewing radiography for detection of caries lesions. *J Dent Res.* 2004;83 Spec No C:C72-5.
48. **Krastl G, Filippi A, Weiger R.** Frontzahntrauma: Zahnhartsubstanzverletzungen. *Zahnmedizin up2date.* 2008;2:519-537.
49. **Mavridou AM, Hilken P, Lambrechts I et al.** Is Hypoxia Related to External Cervical Resorption? A Case Report. *J Endod.* 2019;45:459-470.
50. **ARö, DGZMK.** S2k-Leitlinie Dentale digitale Volumentomographie. 2022, Available from: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-005I\\_S2k\\_Dentale-digitale-Volumen-tomographie-DVT\\_2023-02\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-005I_S2k_Dentale-digitale-Volumen-tomographie-DVT_2023-02_1.pdf).

# L'influence de deux chewing-gums à la cire de paraffine sur le taux de salivation

## Introduction

La sécheresse buccale est un symptôme courant. En réalité, le terme « sécheresse buccale » est générique. La xérostomie décrit la sensation subjective de bouche sèche, tandis que l'hyposalivation fait référence à une réduction effective de la production de salive et l'oligosalivation à une diminution du flux salivaire. Cette distinction est cruciale, car les patients souffrant de xérostomie ne présentent pas nécessairement une hyposalivation ou une oligosalivation, et vice versa.

En cas de suspicion de sécheresse buccale, le taux d'écoulement salivaire est mesuré dans le cadre du diagnostic salivaire (sialométrie). Pour ce faire, des gommes à mâcher en cire de paraffine au goût neutre sont utilisées afin de déterminer le taux de sécrétion salivaire stimulé (sSFR) par la mastication. Toutefois, la fabrication de ces gommes à mâcher n'est pas soumise à des normes ISO. Les variations de consistance ou de résistance à la compression des gommes à mâcher en cire de paraffine disponibles sur le marché dentaire peuvent influencer le sSFR et, par conséquent, le diagnostic d'hyposalivation ou d'oligosalivation.

L'objectif de cette étude était d'analyser deux types de gommes à mâcher en cire de paraffine actuellement disponibles sur le marché dentaire en termes de consistance et de résistance à la compression, et leur influence sur le sSFR.

## Matériel et méthodes

Les gommes à mâcher en cire de paraffine d'Aurosan GmbH (AU) et de GC Europe (GC) ont été analysées. Le dispositif expérimental comprenait un examen préliminaire (analyse de texture instrumentale) et une sialométrie. L'analyse instrumentale de la texture a permis d'examiner la consistance ou la résistance à la pression des gommes AU et GC après mastication. Les auteurs ont mâché le même chewing-gum en cire de paraffine pendant 7 minutes. Après chaque minute, la résistance à la compression/

consistance des gommes à mâcher a été analysée ex vivo à l'aide d'un simulateur de mastication. En raison des données divergentes, une sialométrie pour les gommes AU et GC a été réalisée à différents jours chez 81 personnes saines dans le cadre d'un essai ultérieur. Les sSFR induits par les chewing-gums en cire de paraffine ont été mesurés sur une période de 7 minutes.

Les paramètres suivants ont été évalués statistiquement : taux d'écoulement salivaire stimulé par minute (différence de salive) et quantité de salive cumulée par minute. Les résistances à la pression du prétest ont été comparées dans le temps avec les données de la sialométrie.

## Résultats

Pendant la période de mesure de 7 minutes, il y avait des différences dans la quantité de salive produite par minute et dans les quantités de salive cumulées par minute. La comparaison directe des gommes AU et GC a montré que, indépendamment de l'âge et du sexe, la quantité de salive produite après une minute était significativement 0,63 fois plus faible avec l'AU qu'avec la GC (IC à 95% : 0,56-0,70;  $P < 0,001$ ). Au cours des 4 premières minutes, la quantité de salive cumulée était significativement plus faible avec l'AU qu'avec la GC ( $P = 0,016$ ). À partir de la 5<sup>e</sup> minute, les deux produits ne se différençaient plus statistiquement en termes de quantité de salive cumulée. La comparaison de la résistance à la pression des gommes AU et GC a montré que les valeurs à la minute 1 et à la minute 2 étaient significativement plus élevées pour l'AU que pour la GC ( $P < 0,05$ ), alors que pour tous les autres moments, la résistance à la pression était plus élevée pour la GC. Dans le modèle à effets mixtes après transformation logarithmique de la résistance à la pression et de la quantité de salive, la GC montrait une diminution de la quantité de salive lorsque la résistance à la pression augmentait ( $P < 0,001$ ), alors que c'était l'inverse pour l'AU ( $P = 0,019$ ).

## Discussion

Les gommes à mâcher en cire de paraffine AU et GC se distinguent surtout au début de la mesure du taux d'écoulement de la salive. La quantité de salive était significativement différente au cours des 4 premières minutes, et une différence plus marquée a également été constatée en termes de résistance à la compression, surtout au cours de la première minute. Ce résultat souligne l'importance du temps de pré-mâchage. Pour une comparaison directe, celui-ci devrait être plus long que les 1 à 2 minutes recommandées jusqu'à présent. De plus, des normes ISO devraient être introduites pour la fabrication de gommes à mâcher en cire de paraffine, afin de garantir un standard de qualité en matière de sialométrie.

## À PROPOS DE L'ÉTUDE

Influence of two paraffin wax chewing gums with different consistencies on the stimulated salivary flow rate

### Keywords

Dry mouth, Xerostomia, Oligosialia, Hyposalivation, Sialometry, Stimulated salivary flow rate, Paraffin wax chewing gum

## AUTEURS

**Florence Blattner, Fabio Saccardin, Virginia Ortiz, Andreas Filippi**

Centre de diagnostic salivaire, sécheresse buccale et halitose, Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle UZB

### Contact

Florence Blattner, Centre de diagnostic salivaire, sécheresse buccale et halitose, Centre universitaire de médecine dentaire de Bâle UZB, Université de Bâle, Mattenstr. 40, 4058 Basel  
e-mail: florence.blattner@unibas.ch

# Votre publicité – imprimé et en ligne



**Atteindre votre public cible dans la revue scientifique et sur le portail en ligne fréquemment utilisé de la Société suisse des médecins-dentistes SSO**

Eveline Schneider est à votre disposition pour plus d'informations.



**Vous avez des questions ? Appelez-nous !**

#### **Vente d'annonces**

FACHMEDIEN - Zürichsee Werbe AG  
Eveline Schneider, directrice de publicité,  
T +41 44 928 56 55, eveline.schneider@fachmedien.ch



# Au cabinet, la reconnaissance est reine

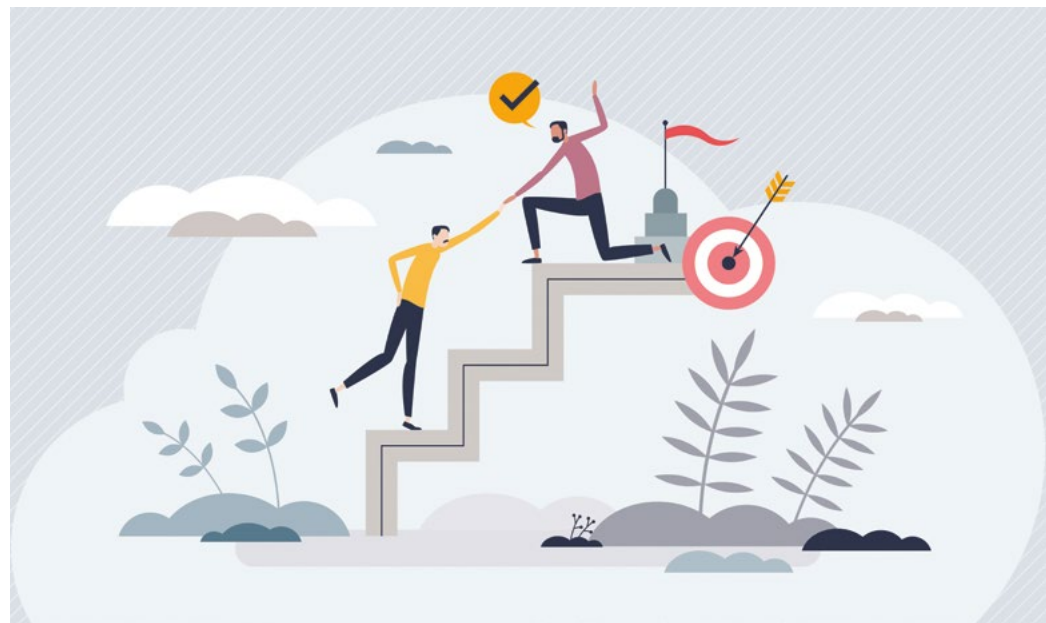
**Des équipements modernes, des processus efficaces, une adresse bien située et un marketing efficace, tout cela fait partie des choses auxquelles il faut penser au moment d'ouvrir un cabinet dentaire. Mais il y a un autre point essentiel qui est parfois sous-estimé : la constitution d'une bonne équipe. Souvent, on pense qu'il suffit de recruter les meilleurs professionnels pour s'acquitter de cette tâche. Pourtant, ce n'est qu'après le recrutement de l'équipe que le travail commence vraiment.**

La reconnaissance est un besoin fondamental, y compris dans la vie professionnelle. Or, bien qu'ils en soient pleinement conscients, de nombreux propriétaires de cabinet sous-estiment l'importance qu'il faut accorder à cet aspect essentiel. Depuis plusieurs décennies, on sait pourtant, grâce à des études, que le manque de reconnaissance est l'un des principaux motifs d'insatisfaction au travail et de rotation du personnel. Si ce point figure parmi les trois principaux critères auquel aucun employé ne renoncerait, les employeurs l'incluent tout juste parmi les dix premiers.

Mais il faut savoir que la reconnaissance va plus loin que des remerciements occasionnels ou même qu'une augmentation de salaire. C'est une attitude qui s'exprime à travers l'authenticité, la confiance et le respect. Mais comment procéder pour instaurer concrètement cette « culture » de la reconnaissance au sein d'un cabinet dentaire ?

## 1. Tout d'abord, authenticité et confiance

La reconnaissance commence par l'authenticité des cadres : la direction doit agir selon ses convictions, être honnête avec elle-même et avec les autres. En tant que propriétaire de cabinet, vous devez régulièrement vous demander : « Est-ce que mon comportement reflète véritablement mes valeurs ? » Cela demande un peu d'in-



En permettant aux membres de l'équipe de suivre une formation continue et de faire carrière dans l'entreprise, le cabinet ne renforce pas seulement les compétences du personnel, mais également sa loyauté.

tropection, mais c'est important pour être capable de comprendre et de respecter les attentes et les positions divergentes d'autrui. Les médecins-dentistes qui ont une attitude sans équivoque, communiquent avec sincérité et agissent selon leurs convictions seront perçus comme des cadres crédibles en qui l'on peut avoir confiance.

Inversement, il faut que le médecin-dentiste puisse faire confiance à son équipe.

Les propriétaires de cabinet doivent former leur personnel afin que chacune et chacun sache précisément quelles sont ses tâches, acquière les compétences nécessaires et gagne ainsi en confiance. Faire véritablement confiance à votre équipe, c'est la former de manière ciblée, lui confier des responsabilités et lui laisser une certaine autonomie.

Dans un cabinet dentaire, cela veut dire : éviter de faire du micromanagement. Ne



Les discussions ne tournent pas seulement autour des problèmes et des solutions, mais laissent aussi de la place aux aspects positifs, aux compliments et à la reconnaissance.

vous contentez pas de donner des instructions à vos collaborateurs et collaboratrices, mais mettez en valeur leurs points forts, confiez-leur des responsabilités, laissez-les travailler de manière autonome et ayez confiance en leurs compétences. Il ne faut cependant pas confondre confiance avec laisser-faire, car l'insécurité et l'absence de directives finiront par générer le sentiment que la direction du cabinet délègue ses responsabilités au lieu de les assumer franchement. Tout est question de communication.

## 2. Communication et transparence sont la clé de la reconnaissance

La reconnaissance ne se traduit pas seulement par des actes, mais aussi par la manière de communiquer au sein du cabinet. Une vraie communication est un dialogue d'égal à égal. Il ne s'agit pas d'abolir la hiérarchie, mais de faire preuve de respect et d'ouverture face aux opinions divergentes. Une communication claire, franche et sincère crée la confiance et stimule l'esprit d'équipe.

Mettez donc en place des structures dédiées aux échanges, soit en équipe soit en tête-à-tête. Profitez-en pour discuter des processus de travail, des défis ou des changements à venir. Demandez leur avis à chacune et à chacun et dites-leur de s'exprimer sans craindre des conséquences négatives. La discussion crée un

climat de travail positif, collaboratif et pragmatique qui favorise la prise de responsabilité. Mais ne vous défaussez pas de vos propres responsabilités : prenez les décisions qui s'imposent et motivez-les. Grâce au dialogue, vous prenez des décisions claires et compréhensibles, qui sont donc meilleures et aussi mieux acceptées. En permettant à votre personnel de participer à la vie du cabinet, vous lui montrez que son avis compte et que sa contribution au succès de l'entreprise est importante.

Veillez cependant à ce que les discussions ne tournent pas seulement autour des problèmes et des solutions, mais laissez aussi de la place aux aspects positifs, aux compliments et à la reconnaissance. Félicitez-vous collectivement pour le travail accompli et les résultats obtenus.

## 3. Témoigner sa reconnaissance de manière concrète

La reconnaissance s'exprime également par des actes. Un salaire équitable est un aspect important, car une rémunération juste contribue à ce que le collaborateur ou la collaboratrice s'identifie avec le cabinet sur le long terme. Mais hormis la reconnaissance financière, ce sont souvent les petites attentions qui font la différence. Un simple « merci ! » ou un compliment sincère pour une prestation particulièrement bonne peut avoir un énorme effet sur la motivation.

L'épanouissement professionnel joue aussi un rôle. En permettant aux membres de l'équipe de suivre une formation continue et de faire carrière dans l'entreprise, le cabinet ne renforce pas seulement les compétences du personnel, mais également sa loyauté. La flexibilité est une autre marque de reconnaissance. Les propriétaires de cabinet qui font preuve de compréhension pour les situations personnelles et qui autorisent les horaires flexibles – lorsque cela est possible – créent un environnement de travail dans lequel le personnel se sent durablement bien. Le respect mutuel et la conscience que chaque membre de l'équipe contribue à la réussite du cabinet sont des aspects essentiels.

## La reconnaissance est un investissement dans la réussite

Une équipe solide n'est pas une évidence et des mesures spécifiques doivent être prises pour renforcer la cohésion du groupe. Des réunions d'équipe régulières offrent la possibilité de discuter ouvertement des points positifs, des défis et des améliorations possibles. L'esprit d'équipe peut aussi se créer hors du cabinet, lors d'activités communes comme un repas pris ensemble, une sortie en plein air ou la participation à un congrès. Tout cela contribue au vivre ensemble et crée un climat positif.

L'importance de la reconnaissance est souvent sous-estimée par les propriétaires de cabinet, alors que c'est l'un des principaux facteurs de motivation et de satisfaction du personnel. Lorsqu'un cabinet dentaire cultive la confiance, la franchise et la reconnaissance mutuelle, cela se traduit par une équipe motivée et les patientes et les patients ressentent aussi cet état d'esprit positif.

Celui qui ne considère pas son équipe comme un simple groupe d'exécutants, mais comme un facteur de réussite déterminant, aura plus de succès sur long terme. Notamment parce qu'il va aussi s'épanouir dans son rôle de cadre.

*Remarque : Le présent article s'inspire des principes éprouvés qui ont été décrits dans la littérature managériale, en particulier dans les ouvrages « Ein Team gewinnt immer » de Bernhard Heusler et « Leaders Eat Last » de Simon Sinek.*

*Texte : Miguel Pereiro, Communication SSO  
Images : Istock*

# Une meilleure santé bucco-dentaire pour tous

Frauke Müller<sup>1,2</sup>, Murali Srinivasan<sup>3</sup>, Marwa Abdelaziz<sup>4,5</sup>, Najla Chebib<sup>1</sup>, Christian Schmidt<sup>6</sup>

## Affiliation des auteurs :

- Département de gérodontologie et de prothèses fixes, Cliniques universitaires de médecine dentaire, Université de Genève, Genève, Suisse
- Cliniques universitaires de Genève, Département de réhabilitation et de gériatrie, Genève, Suisse
- Clinique de médecine dentaire générale, spécialisée et gériatrique, Centre de médecine dentaire, Université de Zurich, Zurich, Suisse
- Service dentaire public pour enfants, Genève, Suisse
- Département de cariologie et d'endodontie, Cliniques universitaires de médecine dentaire, Université de Genève, Genève, Suisse
- GABA Suisse SA, Therwil, Suisse

## Résumé :

Un événement récent réunissant des acteurs clés de la santé bucco-dentaire s'est concentré sur l'illustration des défis et opportunités uniques en matière de santé bucco-dentaire en Suisse, sous la vision «Une meilleure santé bucco-dentaire pour tous». L'initiative cherche à promouvoir des efforts collaboratifs et des stratégies intégrées à tous les niveaux impliqués dans la prestation et la mise à disposition de soins bucco-dentaires, visant à avoir un impact positif sur l'état de la santé bucco-dentaire dans le pays et à fournir des modèles d'exécution et d'évaluation qui pourraient inspirer des initiatives similaires informées par la Stratégie mondiale et le Plan d'action de l'OMS pour la santé bucco-dentaire 2023-2030.

L'événement a souligné l'impact significatif des maladies bucco-dentaires en Suisse, en se concentrant sur les groupes vulnérables tels que les adultes âgés, les enfants et les populations économiquement défavorisées.

Des stratégies innovantes ont été introduites, telles que des applications de soins bucco-dentaires personnalisées, conçues pour les résidents des établissements de soins de longue durée.

Le groupe d'experts a conclu sur l'importance de passer de mesures préventives isolées à des approches de santé systémiques intégrées, plaidant pour une transformation des politiques de santé publique.

L'initiative a souligné l'importance des collaborations et des discussions entre les institutions académiques, les organisations professionnelles, les décideurs en matière de santé et le secteur privé pour accroître la créativité et les partenariats stratégiques.

À la suite de ce premier événement, l'effort collaboratif se concentrera sur un certain nombre d'initiatives pour stimuler l'innovation, augmenter l'accès aux soins et promouvoir des comportements sains.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment publié la Stratégie mondiale et le Plan d'action pour la santé bucco-dentaire 2023-2030, qui décrit les principaux domaines d'action pour atteindre ses objectifs stratégiques. Ces objectifs incluent<sup>1</sup> :

la gouvernance de la santé bucco-dentaire, la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies, le développement des effectifs, les systèmes de soins bucco-dentaires, les systèmes d'information sur la santé et le programme de recherche.<sup>1</sup>

La résolution et le plan d'action de l'OMS ont inspiré GABA Suisse et Colgate-Palmolive Europe à contribuer à leur mise en oeuvre à travers plusieurs projets ambitieux. La première réunion d'experts s'est tenue le 16 janvier à Therwil, en Suisse, le siège de GABA/Colgate. L'événement a réuni 24 experts des quatre universités suisses (Bâle, Berne, Genève et Zurich), des représentants des principales associations professionnelles dentaires du pays (SSO, SSP, SSRD, SDH, SZPI) ainsi que des représentants de l'industrie en matière de santé bucco-dentaire de GABA/Colgate. L'accent a été mis sur les groupes de patients vulnérables au sein de la population, qui sont confrontés à des défis particuliers pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire.

La première intervention inspirante a été donnée par le Dr Marwa Abdelaziz, directrice du Service dentaire scolaire de Genève, en plus de ses activités d'enseignement et de recherche à l'Université de Genève. Dr. Abdelaziz a mis en évidence des statistiques alarmantes sur la santé bucco-dentaire, citant la stratégie et le plan d'action de l'OMS<sup>2</sup>, qui indiquent que 40 % de la population adulte suisse souffre de caries dentaires. De plus, près de 25 % des enfants genevois âgés de quatre ans nécessitent un traitement dentaire dès leur entrée à l'école, un chiffre qui grimpe à presque 50 % à l'âge de 10 ans.<sup>3</sup>

Les enfants de moins de 5 ans sont particulièrement vulnérables aux maladies dentaires, non seulement parce qu'ils dépendent de leurs parents pour l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, mais aussi à cause du manque fréquent de connaissances en santé bucco-dentaire chez les parents, les éducateurs et les professionnels de santé. Pour combler cette lacune, il est nécessaire de changer des efforts de prévention traditionnels et isolés au profit d'une approche intégrée et globale de la santé bucco-dentaire.<sup>4</sup>

Cela nécessite un changement fondamental dans la politique de santé publique, afin que la santé bucco-dentaire devienne un élément central de l'éducation et des soins de santé de la petite enfance, en commençant par les familles, les professionnels de la santé, les jardins d'enfants et les écoles. L'objectif est de sensibiliser et de faire comprendre que les maladies bucco-dentaires ne surviennent pas de manière isolée ; elles ont un impact significatif sur les performances scolaires, le sommeil, la nutrition, l'estime de soi et le bien-être général. De plus, une mauvaise santé bucco-dentaire est la porte d'entrée vers des maladies systémiques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, ce qui fait de la prévention et de l'éducation précoce un investissement rentable en matière de santé publique. La Dr Abdelaziz a souligné que l'époque des approches fragmentées était révolue - une transformation systémique, fondée sur des preuves et guidée par la politique est essentielle pour assurer un avenir plus sain pour tous.

D'autres groupes vulnérables pour le maintien de la santé buc-

co-dentaire incluent les adultes âgés et très âgés, en particulier ceux dépendant des soins. Le professeur Murali Srinivasan, directeur de la clinique de médecine dentaire générale, spécialisée et gériatrique de l'Université de Zurich, a présenté les dernières évolutions en matière de santé bucco-dentaire en Suisse.<sup>5</sup> Selon l'Enquête Suisse sur la Santé, les dents naturelles sont conservées jusqu'à un âge avancé. De plus, plus de 1,5 million de personnes handicapées vivent en Suisse, dont un tiers réside dans des établissements spécialisés.

Le professeur Srinivasan a également présenté les résultats d'une étude récente menée à Zurich, qui a examiné près de 400 résidents d'établissements de soins de longue durée.<sup>6</sup> L'étude a conclu que la carie dentaire reste un problème important et que des mesures efficaces sont nécessaires pour améliorer les soins bucco-dentaires quotidiens des personnes âgées. Par ailleurs, les résultats soulignent l'importance des services de soins à domicile pour les personnes âgées en institutions, ces services contribuant à la préservation de la santé gingivale et parodontale.

Les besoins et les défis spécifiques des personnes âgées ont été développés par la professeure Frauke Müller de l'Université de Genève. Avec le déclin fonctionnel lié à l'âge, la fragilité et la prévalence croissante des maladies chroniques nécessitant un traitement médicamenteux, certains facteurs de risque de mauvaise santé bucco-dentaire deviennent plus marqués. Les dernières tendances indiquent que les dents naturelles sont conservées plus longtemps, ce qui signifie qu'un nombre croissant de personnes très âgées conservent une dentition naturelle.<sup>5</sup> Cependant, la vision altérée, la baisse de la sensibilité tactile et la réduction de la dextérité manuelle compliquent l'entretien de l'hygiène bucco-dentaires. Les lésions carieuses actives et les maladies parodontales font partie des affections cliniques les plus fréquentes chez les personnes âgées. Si elles ne sont pas traitées, elles peuvent entraîner la perte des dents. De plus, la polypharmacie peut induire une hyposialie et une sécheresse buccale, augmentant considérablement le risque de caries et d'infections de la muqueuse buccale. Au-delà de ces problèmes de santé bucco-dentaire, la déficience motrice liée à l'âge contribue également à une forte prévalence des troubles de la déglutition, qui touchent jusqu'à 50 % des personnes âgées en institution. Le risque de cancer de la bouche augmente également après 60 ans. Les cancers de la cavité buccale sont souvent diagnostiqués tardivement, car 50 % des lésions se développent sous la langue, une localisation rendant le dépistage précoce difficile.

L'impact des maladies bucco-dentaires sur les personnes âgées sont multiples. Les caries, les maladies parodontales et les infections des muqueuses provoquent douleur et inconfort, tandis que la perte de dents altère la capacité de mastication, limitant les choix des aliments et augmentant le risque de carences nutritionnelles. Les infections buccales chroniques nuisent à la santé générale avec des liens établis avec le contrôle du diabète, les maladies cardiovasculaires et la pneumonie. De plus, une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir un impact négatif sur l'estime de soi et le bien-être, car les problèmes dentaires, la mauvaise haleine et une apparence peu attrayante peuvent contribuer à l'isolement social et à la dépression.

Bien que le vieillissement, la fragilité et la multimorbidité soient des facteurs de risque biologiques non modifiables, certains facteurs comportementaux peuvent être abordés. Le contrôle de la consommation d'alcool et de tabac, la réduction de la consommation de sucres raffinés et, dans la mesure du possible, l'ajustement des médicaments pour minimiser les effets indésirables tels que l'hyposialivation, peuvent réduire les risques. Le plus important

est de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, de traiter les maladies bucco-dentaires existantes et de prendre en charge les prothèses dentaires mal entretenues.

Une approche innovante présentée par le Dr PD Najla Chebib de l'Université de Genève repose sur le développement d'une application logicielle sur mesure pour la santé bucco-dentaire en établissements de soins de longue durée. Cette application utilise des photos de la dentition d'un résident et, le cas échéant, de sa prothèse dentaire, afin de fournir des instructions d'hygiène bucco-dentaire personnalisées qui tiennent compte des facteurs de risque spécifiques de l'individu. Une première étude randomisée contrôlée en aveugle (ECR), menée dans un établissement de soins de longue durée à Genève, a donné des résultats prometteurs, soulignant le potentiel de cette approche pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

L'initiative présentée «Une meilleure santé bucco-dentaire pour tous» vise spécifiquement les facteurs de risque affectant les groupes de population particulièrement vulnérables, y compris les jeunes enfants et les adolescents, les groupes socio-économiquement défavorisés et les personnes âgées. La session de réflexion de la réunion de Therwil a offert une occasion idéale de développer et de discuter des mesures importantes pour promouvoir la santé bucco-dentaire dans ces domaines prioritaires. Les discussions ont mis l'accent sur la créativité, la coopération et les partenariats stratégiques entre les universités, les responsables de la politique de santé et l'industrie.

Le professeur Adrian Lussi, professeur émérite à l'Université de Berne, a raconté son expérience personnelle de la coopération entre l'industrie et la science et a souligné l'efficacité de ce modèle dans la mise en oeuvre du Plan d'action 2030 de l'OMS pour la santé bucco-dentaire en Suisse. De plus, la Dr Irina Chivu-Garip, directrice des affaires scientifiques chez Colgate-Palmolive Europe, a prononcé un discours inspirant, discutant des récentes mises à jour du Plan d'action de l'OMS et donnant la perspective du secteur privé sur ses implications et opportunités.

Au-delà de la promotion de la coopération, les projets proposés visent à influencer les comportements, à promouvoir l'innovation, à élargir l'accès aux soins et, enfin et surtout, à façonner la politique de santé. Plusieurs initiatives pilotes sont en cours, y compris une campagne de communication ciblant les professionnels non dentaires et la planification d'une journée de la santé bucco-dentaire destinée aux médecins généralistes.

La réunion d'experts s'est terminée par une discussion finale sur les améliorations futures. À la question «Que pouvons-nous améliorer l'année prochaine ?», un participant a répondu : «Rien, continuez simplement à faire preuve de créativité et ne cessez jamais de poursuivre notre objectif commun : une meilleure santé bucco-dentaire pour tous.»

#### Références :

- Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- <https://www.ge.ch/document/14137/telecharger>
- Watt RG et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet* 394(10194): 261 - 272 (2019)
- Schneider C, Zemp E, Zitzmann NU. Oral health improvements in Switzerland over 20 years. *Eur J Oral Sci* 125(1):55-62 (2017)
- Allenspach P, Srinivasan M, Oral health status of institutionalized older adults receiving domiciliary dental care: A cross-sectional retrospective study, *Spec Care Dentist* 44(5): 1444-1455 (2024)



Les enfants d'Europe occidentale ont le moins de dents cariées. En revanche, les pays d'Europe de l'Est et du Sud affichent des valeurs DMFT plus élevées.

## Revenu et caries : quel est le lien ?

**Les enfants des pays riches ont des dents plus saines que leurs camarades des pays à revenu moyen faible. Les mesures de prophylaxie individuelle précoces, telles que nous les connaissons en Suisse, en sont d'autant plus importantes.**

La population européenne souffre en moyenne moins de caries aujourd'hui qu'il y a dix ou vingt ans, ce qui est réjouissant. Mais il est également établi que les personnes défavorisées, socialement et économiquement, ont une plus mauvaise santé bucco-dentaire. En cause, des consultations tardives chez le médecin-dentiste, pour diverses raisons, souvent seulement en cas d'urgence, mais surtout une absence de contrôles réguliers et de consultations d'hygiène dentaire.

Des chercheurs de l'Université de Berne ont joué un rôle majeur dans une revue systématique multilatérale, publiée en 2024, en étudiant le lien entre revenu et santé dentaire, en Suisse et en Europe. La prévalence des caries chez les enfants de douze ans a été comparée à la situation économique et sociale du pays dans lequel ils vivent.

### **Plus le revenu est bas, plus les caries sont nombreuses**

Le groupe de recherche a évalué 61 rapports, scientifiques et issus des départements de politique de la santé, regroupant les données d'environ 490 000 enfants dans 36 pays européens. Leur santé bucco-dentaire a été évaluée grâce à l'indice DMFT (decayed, missing, filled teeth). Celui-ci a été mis en relation avec des variables telles que le revenu national brut (RNB), la situation géographique du pays en Europe ou le taux de chômage.

Il en ressort que dans les pays à revenu national brut élevé, les enfants ont significativement moins de caries. Plus le RNB

est bas, plus l'indice DMFT est élevé. L'aspect géographique est intéressant: les enfants d'Europe occidentale ont le moins de dents cariées, suivis par ceux d'Europe du Nord. En revanche, les pays d'Europe de l'Est et du Sud affichent des valeurs DMFT plus élevées. Par exemple, parmi les pays ayant un RNB par habitant très élevé (plus de 25 000 dollars), l'Espagne a la valeur DMFT la plus élevée, suivie par la Slovaquie et l'Autriche. La Finlande obtient le meilleur résultat, tandis que la Suisse se situe dans la moyenne.

Les mêmes tendances ont été observées en comparant le taux de chômage et l'indice DMFT, ainsi que l'indice de développement humain et l'indice DMFT.

### **Des mesures simples peuvent apporter une amélioration significative**

La santé bucco-dentaire est un élément important de la santé dans son ensemble et participe grandement à la qualité de vie, soulignent les auteurs de l'étude. Les différences de santé bucco-dentaire démontrées sont d'autant plus regrettables que les caries sont presque entièrement évitables grâce à des mesures prophylactiques et des interventions mini-invasives. Apparemment, les pays étudiés ayant des difficultés économiques, notamment en Europe de l'Est et du Sud, ont encore du retard à rattraper dans ce domaine. Pourtant, des mesures de prévention simples, tant individuelles qu'au niveau national, peuvent apporter une amélioration signi-

ficative. Cela a été notamment démontré par la célèbre étude longitudinale zurichoise publiée par Marcel Steiner, Giorgio Menghini, Thomas Marthaler et Thomas Imfeld en 2010, basée sur le suivi dentaire des écoliers des communes rurales zurichoises réalisé durant quarante-cinq ans, de 1964 à 2009. La diminution des caries est allée jusqu'à atteindre 92% durant cette période. La valeur moyenne de l'indice DMFT des enfants âgés de 14 ans est passée de 12,5 à 1,31. D'après les auteurs, les principales raisons de cette amélioration sont, d'une part, l'utilisation croissante de dentifrices, gels ou comprimés aux fluorures, à la maison comme durant les soins dentaires scolaires, d'autre part l'utilisation accrue de sel de cuisine fluoré.

Il existe d'autres raisons possibles selon les auteurs, telles qu'une meilleure hygiène bucco-dentaire, l'éducation à une alimentation saine pour les dents à l'école et les soins dentaires scolaires, ainsi que la disponibilité d'aliments et de chewing-gums sans sucre.

*Liens:*

- [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11626496/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11626496/)
- [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21243546/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21243546/)

*Texte: Andrea Renggli,*

*Communication SSO*

*Photo: Pexels*

# Reconnaissance de la formation de radiographier OPT

**Je souhaite engager un assistant dentaire qui a obtenu son diplôme dans un État de l'UE. Cette personne a-t-elle le droit de réaliser des radiographies OPT au cabinet ?**

L'ordonnance sur la radioprotection de 1991 prévoyait déjà une obligation de formation et formation continue pour les personnes qui manipulent des rayonnements ionisants. Cette obligation a été précisée dans le cadre de la révision des ordonnances sur la radioprotection qui sont entrées en vigueur en 2018. Les personnes qui manipulent des installations émettant des rayonnements ionisants, c'est-à-dire aussi bien les médecins-dentistes que le personnel du cabinet, doivent justifier d'une formation reconnue en radioprotection.<sup>1</sup> Les activités ne peuvent pas être exercées sans la formation et formation continue nécessaire.<sup>2</sup> Les titulaires d'une autorisation doivent s'assurer que la radioprotection est garantie conformément à la loi sur la radioprotection et ses dispositions d'exécution.<sup>3</sup> Quiconque exerce une activité sans avoir suivi la formation correspondante peut être puni d'une amende.<sup>4</sup>

L'assistant dentaire étranger doit demander la reconnaissance de son diplôme d'assistant dentaire auprès du Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI). Si le diplôme est reconnu, cela signifie cependant seulement que la personne peut

effectuer des clichés intraoraux, à l'instar de l'assistant dentaire titulaire d'un diplôme suisse. Une éventuelle formation complémentaire en OPT effectuée à l'étranger doit être reconnue par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), division Radioprotection. Seul si l'OFSP reconnaît le diplôme OPT étranger, l'assistant dentaire a le droit de manipuler un appareil OPT. Si le diplôme n'est pas reconnu, l'OFSP indiquera à l'assistant dentaire quelles parties de la formation complémentaire ne sont pas équivalentes à la formation complémentaire en Suisse et comment il peut obtenir le certificat OPT l'autorisant à réaliser des clichés OPT en Suisse.

*Texte : Service juridique de la SSO*

<sup>1</sup> Cf. art. 172 ORaP en relation avec l'art. 2 et 6 ainsi que l'annexe I de l'ordonnance sur la formation en radioprotection.

<sup>2</sup> Cf. art. 6 ordonnance sur la formation en radioprotection.

<sup>3</sup> Cf. art. 31 LRaP.

<sup>4</sup> Cf. art. 199 ORaP en relation avec l'art. 44 al. 1 let. f LRaP.

**Vorzugskonditionen** bei über 15 Partnern. **Praktische Serviceleistungen.** Kostenlose Fachmagazine. Attraktive **Weiterbildungsangebote.**

Des **conditions** préférentielles auprès de plus de **15 partenaires.** Des prestations de **service pratiques.** Des revues spécialisées gratuites. Des offres de **perfectionnement attrayantes.**

**Eine Mitgliedschaft in der SSO zahlt sich aus.**

**Adhérez à la SSO, cela en vaut la peine !**

Nur eine starke SSO kann die Interessen der Zahnärzteschaft gegenüber Gesundheitsbehörden und Tarifpartnern wirkungsvoll und mit Nachdruck vertreten. Mit Ihrer Mitgliedschaft leisten Sie einen wertvollen Beitrag, damit dies auch weiterhin gewährleistet ist. Herzlichen Dank!

Seule une SSO forte peut représenter avec vigueur et efficacité les intérêts des médecins-dentistes face aux autorités sanitaires et aux partenaires tarifaires. En vous affiliant à la SSO, vous contribuez de manière précieuse à ce que tout cela continue d'être garanti. Merci beaucoup!

**SSO**

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft  
Société suisse des médecins-dentistes  
Società svizzera odontoiatri  
Swiss Dental Association

Alle SSO-Dienstleistungen und Partnerangebote  
finden Sie auf | Tous les services et les  
partenariats de la SSO sont sur [www.sso.ch](http://www.sso.ch)



# SSO Kongress

# SSO Congrès

## DER WICHTIGSTE KONGRESS FÜR ZAHNMEDIZIN IN DER SCHWEIZ

22.05.–24.05.2025

Komplikationen bei Behandlungen, allgemeinmedizinische Zwischenfälle, schwierige Patienten: Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen sich in der Praxis mit zahlreichen Risiken konfrontiert – auch ausserhalb der Zahnmedizin. Diesen Herausforderungen widmet sich der SSO Kongress 2025. Dafür kehrt der SSO Kongress nach Jahren wieder nach Lugano zurück. Die Reise ins Tessin lohnt sich.

### NEU:

Dieses Jahr wird der DA-Fortbildungstag auch on demand angeboten.

### NOUVEAU :

Cette année, la journée de formation des AD pourra aussi être visionnée à la demande.

## LE PLUS IMPORTANT CONGRÈS DE MÉDECINE DENTAIRE EN SUISSE

22.05.–24.05.2025

Des traitements qui se compliquent, des patients difficiles ou dont l'état de santé général bascule soudain : au cabinet, les médecins-dentistes sont confrontés à de nombreux risques qui peuvent dépasser le cadre de la médecine dentaire. C'est à ces défis que sera consacré le Congrès 2025 de la SSO. Pour cette édition, le Congrès de la SSO sera, après plusieurs années, de retour à Lugano et vaudra le déplacement au Tessin.

Simultanübersetzung:  
deutsch, französisch  
und italienisch  
Traduction simultanée:  
en allemand,  
français et italien

Detaillierte Informationen zum SSO Kongress 2025 finden Sie auf der Website [www.sso.ch/de/kongress](http://www.sso.ch/de/kongress).



Pour des informations plus détaillées sur le Congrès 2025 de la SSO, veuillez consulter le site Web [www.sso.ch/fr/congrès](http://www.sso.ch/fr/congrès).



# SSO Internum

## Vorsicht vor Statistiken

Das Bundesamt für Statistik misst viele Bereiche unseres gesellschaftlichen Lebens. Aber längst nicht alle Daten sind selbsterklärend. So wie neuere Zahlen zur Armut oder zum Verzicht auf Zahnbehandlungen.

→ Seite 56

## Statistiques : la prudence est de mise

L'Office fédéral de la statistique mesure de nombreux domaines de notre vie sociale. Mais même quand des données sont disponibles, il convient de les manier avec précaution, comme le montrent de récentes statistiques sur la pauvreté ou les privations en matière de soins dentaires.

→ Page 72

## Gültige Taxpunktwerte

KVG (Tarif 1996)  
CHF 3.10 seit 01.01.1996

UVG/MVG/IVG  
CHF 1.00 seit 01.01.2018

Privatpatienten  
Oberster Ansatz DENTOTAR® CHF 1.70  
seit 01.01.2018

## Valeurs du point en vigueur

LAMal (tarif 1996)  
3 fr. 10 depuis le 01.01.1996

LAA/LAM/LA  
1 franc depuis le 01.01.2018

Patients privés  
DENTOTAR® valeur plafonnée à 1 fr. 70  
depuis le 01.01.2018



## Abrechnung zahntechnischer Leistungen

Als Erbringer von zahntechnischen Leistungen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte vor dem Gesetz ein Hersteller von Medizinalprodukten und somit den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen unterworfen.

→ Seite 58

## Facturation de prestations de technique dentaire

Quand les médecins-dentistes fournissent des prestations de technique dentaire, ils passent pour des fabricants de dispositifs médicaux aux yeux de la loi et sont donc soumis aux lois et ordonnances ad hoc.

→ Page 74

# Vorsicht vor Statistiken

**Bevölkerung, Gesundheit oder Preise: Das Bundesamt für Statistik misst viele Bereiche unseres gesellschaftlichen Lebens. Aber längst nicht alle Daten sind selbsterklärend. So wie neuere Zahlen zur Armut oder zum Verzicht auf Zahnbehandlungen.**

16,5 Prozent der in der Schweiz lebenden Bevölkerung sollen gemäss offizieller Statistik armutsgefährdet sein. Das sind mehr als in Deutschland, Frankreich oder Österreich. Unsere Quote liegt gar oberhalb des europäischen Durchschnitts. Wie ist das möglich? Die Erklärung dafür findet sich im statistischen Konzept. Bei der Armutsgefährdung wird gemessen, wo eine Person im

Vergleich zum Einkommensgefüge im Land steht. Die Quote sagt nichts darüber aus, ob man sich das Leben in der Schweiz leisten, seine Grundbedürfnisse befriedigen kann. Deutlich aussagekräftiger ist der Indikator «materielle und soziale Deprivation». Er erfasst, ob einem Menschen Geld für Lebensnotwendiges und zur Teilhabe in der Gesellschaft fehlt. Im Jahr 2023 befanden sich 5,5 Prozent in dieser Situation.

## Zwei Erhebungen sorgen für Verwirrung

Dass statistische Kennzahlen vielfach ohne Verweis auf Definition, Erhebungsmethode und Aussagekraft publiziert werden, lässt sich auch in der Zahnmedizin beobachten. Der Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen ist eine zentrale Messgrösse für Armut. Oder anders gefragt: Wie

viele Menschen können sich den Zahnarztbesuch nicht leisten? Und aus welchen Gründen? Seit Jahren sorgen zwei Erhebungen für Verwirrung: SILC und IHP.

SILC ist die Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (Statistics on Income and Living Conditions) des Bundesamtes für Statistik (BFS). IHP ist der International Health Policy Survey, eine international vergleichende Analyse, die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt und ausgewertet wird.

Beide Erhebungen messen unterschiedlich, wer aus finanziellen Gründen auf den Zahnarztbesuch verzichtet. SILC fokussiert auf zwingend nötige Zahnbehandlungen und weist für 2023 einen Wert von 4,5 Prozent aus. IHP definiert «Verzicht» umfassender, ohne zwischen nötiger und nicht nötiger Behandlung (u. a. vorsorgliche Röntgenaufnahme, ästhetische Eingriffe) zu unterscheiden. Dadurch liegt die Quote markant höher (28,8%). Die grössere Stichprobe macht SILC statistisch deutlich präziser.

## Wir müssen uns an der Realität orientieren

Die Ergebnisse einer Statistik sollten nicht isoliert betrachtet, sondern in einen grösseren

Kontext gestellt werden. Genau dies hat die SSO getan und eigene Erhebungen durchgeführt. Die zentrale Erkenntnis: Viele Betroffene wissen oft nicht, wie sie ihre Zähne gesund erhalten, um teure Behandlungen zu vermeiden. Oftmals ist ihnen auch nicht bewusst, dass sie Anrecht auf finanzielle Unterstützung haben, unabhängig davon, ob sie bereits Sozialhilfe beziehen. Zudem sind die administrativen Hürden so hoch, dass Ansprüche auf finanzielle Unterstützung für nötige Zahnbehandlungen vielfach nicht geltend gemacht werden.

Die Ausführungen zeigen: Wer Armut und Zahnarztverzicht ernsthaft bekämpfen will, braucht klare Begriffe, aussagekräftige Daten – und den Willen, sich an objektiven Lebensrealitäten zu orientieren. Auf dieser Grundlage lassen griffige Massnahmen entwickeln, welche die Situation der betroffenen Menschen verbessert. Dies will die SSO mit dem Projekt «Mundgesundheit für alle» erreichen.

Als Pilot im Kanton Fribourg gestartet, haben der Zentralvorstand und die Gesundheitspolitische Kommission (GPK) der SSO in den vergangenen Monaten intensive Arbeit geleistet, um das Projekt künftig als nationale Kampagne auszurollen. An der Delegiertenversammlung im Mai werden die Massnahmen vorgestellt und das Projekt offiziell lanciert.

*Text: Markus Gubler,  
Leiter Kommunikation SSO*



## KaVo Schweiz – Ihr Partner für Innovation und Qualität!

### Ihre Vorteile auf einen Blick:

- KaVo startet ein Feuerwerk an Neuerungen im Bereich Dentaleinheiten – entdecken Sie die neuesten technologischen Entwicklungen!
- NEUE Preispositionierung bei Dentaleinheiten und Instrumenten zu Ihrem Vorteil! Investitionen, die sich für Sie lohnen!



Entdecken Sie unsere Neuheiten und treten Sie mit uns in Kontakt!  
[www.kavo.com/ch/elements-of-excellence](http://www.kavo.com/ch/elements-of-excellence)



THE  
ELEMENTS  
OF EXCELLENCE

**KAVO**  
Dental Excellence

# Wenn Zahnärztinnen und Zahnärzte zahntechnische Leistungen erbringen

**In der letzten Zeit gelangen viele Fragen zum Abrechnen von zahntechnischen Leistungen, die durch den Zahnarzt erbracht werden, an die Wirtschaftliche Kommission der SSO (WiKo). Deshalb werden im Folgenden Erläuterungen zu diesem Thema veröffentlicht.**

Als Erbringervon zahntechnischen Leistungen sind Zahnärztinnen und Zahnärzte vor dem Gesetz ein Hersteller von Medizinprodukten und somit den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen unterworfen, auch wenn sie möglicherweise lediglich ausländische Zahntechnik umetikettieren. Nach Ansicht der WiKo müssen folgende Punkte in der Schweiz erfüllt sein, damit zahntechnische Leistungen erbracht werden dürfen:

1. Der Hersteller oder die Herstellerin muss Mitglied der SSO oder als Einzelkontrahent dem Tarifvertrag beigetreten sein. Oder er ist Mitglied des Verbandes Zahntechnischer Laboratorien der Schweiz (VZLS). Auch hier besteht die Möglichkeit, diesem Tarifvertrag als Einzelkontrahent beizutreten.
2. Je nach Herstellungsprozess müssen die dafür nötigen infrastrukturellen Voraussetzungen für ein zahntechnisches Labor vorhanden sein. Visitationen zur Überprüfung derselben können stattfinden (siehe auch Punkt 4).
3. Hersteller von Medizinprodukten müssen die Pflichten gemäss Medizinprodukteverordnung (MepV/EU MDR) erfüllen. Weiterführende Informationen dazu findet man unter:  
[www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/medizinprodukte/regulierung-](http://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/medizinprodukte/regulierung-)



medizinprodukte/neue-eu-verordnungen-mdr-ivdr.html

4. Eine Registrierung als Hersteller von Sonderanfertigungen bzw. Medizinprodukten bei Swissmedic (Art. 55 MepV) muss erfolgt sein. Es ist Pflicht, die Behörden zu informieren.
5. Allen Patientinnen und Patienten ist zwingend und unaufgefordert entweder der branchenübliche Lieferschein oder die Konformitätserklärung des ausländischen Herstellers auszuhandigen.
6. Betreffend Mehrwertsteuer verweist die WiKo auf das Merkblatt der SSO: [www.sso.ch/system/files/internal-files/merkblatt\\_mwst\\_d\\_1.2019.pdf](http://www.sso.ch/system/files/internal-files/merkblatt_mwst_d_1.2019.pdf)

Für weitere Informationen verweist die WiKo auf den Verband Swiss Dental Laboratories (VZLS).

Die effektiv bezahlten Kosten für zahntechnische Arbeiten müssen eins zu eins dem Patienten weiterverrechnet werden. Allfällige Rabatte sind zwingend weiterzugeben.

### Kosten von Verbrauchs- und OP-Material

Grundsätzlich sind die Materialkosten in den Betriebskosten des Praxismodells enthalten und in den Tarifiziffern eingerechnet. Daher dürfen diese Kosten nicht separat verrechnet werden. Wenn bei einer bestimmten Tarifiziffer zusätzlich Material in Rechnung gestellt werden darf, wird dies entweder ausdrücklich im Leistungskatalog mit «Materialkosten mit Clusterposition (Kapitel 20) separat verrechenbar» angegeben oder es steht explizit im Einführungstext eines Kapitels.

### Fragen an die WiKo

Der aktualisierte Leistungskatalog gilt seit dem 1. Januar 2025. Falls Sie beim Anwenden der Leistungspakete Plus Schwierigkeiten bekunden oder neue Fragen rund um den Tarif auftauchen, konsultieren Sie bitte zuerst die Informationen und FAQ der SSO im internen Mitgliederbereich (SSO-Cockpit). Bleiben Ihre Fragen ungeklärt, können Sie sich gerne anschliessend schriftlich an [tarif@sso.ch](mailto:tarif@sso.ch) wenden.

Die WiKo ist für Tarifierfragen zuständig, jedoch nicht für fachliche Belange. Fragen fachlicher Art stellen Sie bitte direkt den

einzelnen Fachgesellschaften ([www.sso.ch/de/zahnmedizinische-fachgesellschaften](http://www.sso.ch/de/zahnmedizinische-fachgesellschaften)). Auch das Beurteilen von Entscheidungen der Unfallversicherungen und Krankenkassen ist nicht Sache der SSO. Artikel 57 des KVG regelt die Tätigkeiten der Vertrauenszahnärztinnen und -zahnärzte ([www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/de#art\\_57](http://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de#art_57)).

### Art. 57 KVG Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

- 1 Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesgesellschaften Vertrauensärzte beziehungsweise Vertrauensärztinnen. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a und 37 Absatz 1 erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein.
- 2 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat.
- 3 Eine kantonale Ärztesgesellschaft kann einen Vertrauensarzt oder eine Vertrauensärztin aus wichtigen Gründen ablehnen; in diesem Fall entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89.
- 4 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen beraten die Versicherer in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifieranwendung. Sie überprüfen insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Versicherers.
- 5 Sie sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder der Versicherer noch Leistungserbringer noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen.
- 6 Die Leistungserbringer müssen den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 4 notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über

das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. Können sie sich mit ihrem Versicherer nicht einigen, so entscheidet in Abweichung von Artikel 58 Absatz 1 ATSG192 das Schiedsgericht nach Artikel 89.

- 7 Die Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden, die Vergütung festzusetzen, den Risikoausgleich zu berechnen oder eine Verfügung zu begründen. Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten.
- 8 Die eidgenössischen Dachverbände der Ärzte und Ärztinnen sowie der Versicherer regeln die Weitergabe der Angaben nach Absatz 7 sowie die Weiterbildung und die Stellung der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen. Können sie sich nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Vorschriften.

Grundsätzlich sind die Versicherer frei, wenn sie als Vertrauenszahnarzt einstellen möchten. Immerhin müssen die Versicherer mit der SSO Rücksprache nehmen und es besteht ein Vetorecht aus wichtigen Gründen.

Von Vertrauenszahnärzten nach KVG zu unterscheiden sind die sogenannten beratenden Zahnärzte, die bei Fällen mitwirken und beraten, die von den eidg. Sozialversicherungen UV/MV/IV übernommen werden. Diese beratenden Zahnärztinnen und Zahnärzte werden einseitig und ausschliesslich von den eidg. Sozialversicherern bestellt. Der Gesetzgeber attestiert hier den Berufsverbänden kein Mitsprache- oder Vetorecht. Der SSO sind deshalb die Hände gebunden.

### Rund 85 Prozent aller Praxisinhaber sind Mitglied der SSO

Gemäss der neuesten Mitgliederstatistik sind rund 85 Prozent aller Inhaberinnen und Inhaber von Zahnarztpraxen in der Schweiz Mitglied der SSO. 31 Prozent davon sind Frauen.

Text: Bernard Schneuwly, WiKo

Foto: Istock

# Ein Sattlermeister auf Spurensuche

Schweizer Handwerkskunst trifft auf deutsche Perfektion: Sattlermeister Jan Prescha besucht die MANUFAKTUR von Mercedes-Benz in Sindelfingen. Zwischen edlem Leder, präzisen Nähten und innovativer Technik entdeckt er die Kunst der Individualisierung hautnah.

Jan Preschas Hände gleiten behutsam über das Lenkrad der Mercedes-Benz S-Klasse Limousine. Sein geschultes Auge erfasst im Interieur jedes noch so kleine Detail. In der Luft liegt ein dezenter Duft von Leder. Eine Kombination, die der 26-jährige Sattlermeister aus seiner täglichen Arbeit bestens kennt. «Ein Meisterwerk», wie er findet. Um die Entstehung dieses Werks aus nächster Nähe zu erleben, führt ihn sein Weg nach Sindelfingen – in die Heimat der MANUFAKTUR. Das Individualisierungs- und Personalisierungsprogramm von Mercedes-Benz für ausgewählte Baureihen.

Nach 2,5 Stunden Fahrt von Zürich nach Sindelfingen ist der erste Halt das Center of Excellence. Hier konfigurieren Kundinnen und Kunden ihr individuelles Traumfahrzeug. Ob aussergewöhnliche Lacke für das Exterieur oder exklusive Materialien im Interieur – es bleibt kein Wunsch unerfüllt. Wer mit eigenen Augen zusehen möchte, wie sein Wunschfahrzeug Realität wird, erlebt das auf dem zweiten Stopp der Reise: in der MANUFAKTUR.

## Handwerkskunst trifft Hightech

Hier trifft modernste Technik auf traditionelle Handwerkskunst. Ob Beledern, Schneidern, Besticken oder Nähen – alle Innenausstattungen werden millimetergenau vollzogen. Jede Handbewegung sitzt, jeder Schritt ist getaktet und durchdacht. Prescha beobachtet die emsigen Mitarbeitenden – manche wuseln durch die Werkstatt, andere arbeiten hochkonzentriert an ihrem Arbeitsplatz an filigranen Details. Doch auch grössere Bauteile, wie beispielsweise ein Dachhimmel aus Leder, entstehen hier – zusammengenäht aus vielen einzelnen Elementen. Eine Maschine hat es dem Sattlermeister besonders angetan: die «easy inspect». Dank künstlicher Intelligenz werden kleinste Unregelmässigkeiten im Nappaleder erkannt und markiert. «Bei uns in der Sattlerei erfolgt diese Kontrolle von Auge. Diese Technologie hier bei Mercedes-Benz entlastet enorm und erhöht zugleich die Qualitätssicherung», stellt Prescha anerkennend fest. Der 26-jährige Nordwestschweizer arbeitet im Familienbetrieb Prescha & Sohn AG in Pratteln in der Nähe von Basel. Das 1970 von seinem Grossvater gegründete Unternehmen begann ursprünglich als Autosattlerei und Polsterei und produziert mittlerweile auch Filterprodukte für die Chemie- und Pharmaindustrie. Ende 2026 wird Jan Prescha in die Fussstapfen seines Vaters treten und die Familientradition fortführen. «Bis dahin möchte ich so viel Wissen wie möglich aufsaugen.»

Das tut Prescha auch in der MANUFAKTUR. Interessiert tauscht er sich mit den Mercedes-Benz Mitarbeitenden aus und stellt Fragen. So auch im Gespräch mit Pero Lacic. Seit 25 Jahren hat dieser bei Fahrzeugen mit dem Stern seine Finger im Spiel. Der erfahrene Näher ist mittlerweile Verantwortlicher für Lenkräder und Sonnenblenden. Lacic erläutert Prescha, wie er ein Lenkrad zunächst mit wärmeaktivierbarem Kleber fixiert, bevor er mit einer speziellen Handnahttechnik das Leder verbindet. «Diese Technik kenne ich gut – auch wenn es nicht gerade meine Lieblingsarbeit ist», sagt Prescha lächelnd. Gerade wegen der Elektronik und des Airbags seien keine Fehler zu verzeihen. Lacic pflichtet ihm bei:



Fachleute unter sich: Prescha im Austausch mit einer Näherin der MANUFAKTUR.

«Ich arbeite gerne unter Druck. Jedes Lenkrad wird dank der Handarbeit zu einem Einzelstück. Am Schluss blickt man stolz darauf.» Je nach Lenkrad müsse man mit vier bis acht Stunden Arbeit rechnen, erklärt der Mercedes-Benz Mitarbeiter.

## Liebe zum Detail: Sattlerkunst in ihrer schönsten Form

Beim Fachsimpeln deutet Prescha mit dem Finger auf den Nebentisch. Dort liegt eine Sonnenblende, auf der eine ausgeprägte und präzise Handnaht zum Vorschein kommt. Die Naht wird seit Kurzem bewusst sichtbar gestaltet – angelehnt an die Verarbeitung des Lenkrads. «Das habe ich so noch nicht gesehen. Eigentlich versteckt man diese Nähte, aber ich finde es so viel stilvoller.»

Es ist die Liebe zur Handwerkskunst, die Prescha mit den Mitarbeitenden in der MANUFAKTUR verbindet. So ist es wenig verwunderlich, dass er in jeder Abteilung rasch Anschluss findet. Mit den Fachleuten teilt er die Begeisterung dafür, ganz spezielle Dinge zu erschaffen. «Als Sattler wird mir nie langweilig, denn jede Kundin und jeder Kunde bringt einen individuellen Wunsch mit, für den es eine individuelle Lösung braucht.» Auf seiner Rückfahrt denkt Prescha nochmals über seine Eindrücke nach. «Es ist alles viel grösser, die Prozesse sind durchgeplant, doch die Leidenschaft und die Hingabe sind dieselben.» Er freut sich darauf, die in Sindelfingen gewonnene Inspiration in seinem eigenen Betrieb umzusetzen – in einer Werkstatt, die seit Generationen für Individualität und Qualität steht. Eine weitere Parallele zur MANUFAKTUR.

# Behandlung auf Rechnung

**Einfach gemacht und risikofrei – dank MF Health**

Die SSO ist bestrebt, ihr Angebot für die Mitglieder laufend und gezielt zu erweitern. Durch die neue Partnerschaft mit MF Health profitieren SSO-Zahnärztinnen und -Zahnärzte sowie ihre Patienten von einer professionellen Rechnungsabwicklung.

## **Antonio Martello, welche Dienstleistungen bietet MF Health für Zahnarztpraxen?**

Wollen Patientinnen oder Patienten ihre Zahnbehandlung via Rechnung mit Teilzahlung begleichen, ist dies für die Praxisinhaber meist mit Aufwand und Risiken verbunden. Mit MF Health fällt das alles weg. Denn wir übernehmen den ganzen Rechnungsstellungsprozess – von der Bonitätsprüfung über den ersten Rechnungsausdruck bis hin zum Mahnwesen – wir finanzieren die gesamte Forderung vor und tragen dabei das Ausfallrisiko.

## **Welche weiteren Vorteile hat die Zusammenarbeit mit MF Health?**

Nebst dem Wegfall aller Administrativaufwände bleibt eine Praxis dank MF Health stets liquide. Denn das Geld trifft immer zeitnah ein. Wir gewähren eine Vorfinanzie-

rung schon ab dem ersten Franken. Zudem bieten wir einen hochwertigen Rechnungsausdruck mit Firmenlogo und übernehmen auch den Rechnungsversand. So bleibt den Zahnärztinnen und Zahnärzten wieder mehr Zeit für ihre Patienten und das Tagesgeschäft. MF Health funktioniert ganz einfach und ist in alle gängigen Praxissoftwares integriert. Nach dem Erfassen der Patientendaten und der Behandlung zahlt MF Health der Praxis den Betrag aus.

## **MF Health gehört zur MF Group AG. Wann wurde das Unternehmen gegründet?**

Ja genau, MF Health ist eine Lösung der MF Group AG und wurde speziell für den Dentalmarkt in der Schweiz entwickelt. Das Unternehmen MF Group wurde im Jahr 1990 gegründet und beschäftigt mittlerweile über 100 Mitarbeitende an den Standorten St. Gallen und Tessin.

## **Wie heben sich die MF Group und ihre Lösungen von anderen Unternehmen aus der Branche ab?**

Da gibt es zwei treffende Worte: Expertise und Innovation. Seit über 35 Jahren ist die

MF Group in dieser Branche tätig und hat über all diese Jahre stets die individuellen Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden in den Vordergrund gestellt. So konnten wir unsere Fachexpertise immer weiter ausbauen und innovative, kundenorientierte Lösungen wie MF Health entwickeln. Von einfachen bis hin zu komplexen Projekten – wir bieten immer einen massgeschneiderten Service für unsere Kunden. Es freut mich, zu sagen, dass wir heute schweizweit führend für die Dienstleistung «Kauf auf Rechnung» sind.

## **Was schätzen Kunden an MF Health besonders?**

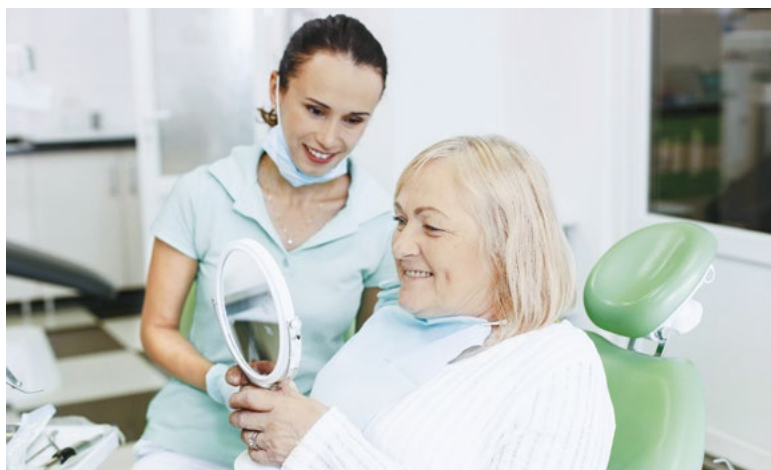
Am meisten geschätzt werden der Zeitgewinn und die Risikofreiheit durch den Service von MF Health. Zudem haben wir zahlreiche Kundenfeedbacks, dass unsere Lösung perfekt auf die Bedürfnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten zugeschnitten ist und wir stets kundenfreundlich, flexibel und schnell in der Umsetzung sind.

## **Welche Vorteile haben SSO-Mitglieder durch die neue Partnerschaft?**

Mitglieder der SSO profitieren von attraktiven Sonderkonditionen.



Zur Website  
von MF Health



*Antonio Martello ist Director Sales der MF Group AG.*

*Dieser Beitrag ist eine Publiereportage und entstand in Zusammenarbeit mit MF Health.*

*Foto: Pexels*

## Novadent – innovativ und «etwas anders» seit 40 Jahren

**Alles ein bisschen anders machen – das will das Schweizer Unternehmen auch heute noch. Vor allem aber soll den zahnärztlichen Praxen die tägliche Arbeit erleichtert werden.**

**Sebastian Schmitt, Sie sind Geschäftsführer der Novadent AG: Was machen Sie anders als andere?**

Als wir vor 40 Jahren die Novadent AG gründeten, wollten wir mit diesem Depot neue Wege beschreiten und es ein bisschen anders machen als üblich. Deshalb auch der Name Novadent. Von Anfang an legten wir den Fokus auf unseren Katalog, später auf den Webshop. Die Firma mit Lager in Glattbrugg bei Zürich ist bis heute zu 100 % in Schweizer Familienbesitz und gehört keiner Vertriebskette an.

**Was steht im Mittelpunkt Ihrer Arbeit?**

Wir möchten seit Anbeginn unseren Kundinnen und Kunden die Arbeit erleichtern. Ein Beispiel dazu ist unser Etikettensystem mit QR-Codes. Einerseits dienen diese intern zur Warenkontrolle und zur Produkterückverfolgbarkeit. Andererseits benutzen viele Praxen den unteren Teil unserer

Etikette, wenn sie Ware aus ihrem Vorrat nehmen, und kleben diesen als Memo auf ein Blatt Papier. Wenn dann bestellt wird, kann man sich mit dem Handy in unseren Shop einloggen, die Etiketten scannen und die Artikel ganz einfach in die Bestellliste übertragen.

**Heute setzen Sie vor allem auf den Webshop. Welche Vorteile bietet er?**

Was früher unser Katalog war, ist heute unser Webshop. Dank Anregungen und Hinweisen von Kundinnen und Kunden und auch seitens der Hersteller können wir diesen ständig verbessern. Im Shop führen wir über 100 000 Artikel und bieten

praktische Zusatzfunktionen: z. B. zeitnahe Anzeige des Lagerbestands, Versandinformationen, Inventarfunktion, aktuelle Marktinformationen und Hinweise auf Alternativartikel oder auf bevorstehende Preiserhöhungen seitens der Hersteller.

**Was bieten Sie Ihren Kunden preislich?**

Wir haben ein transparentes Rabattsystem, bieten attraktive und faire Preise sowie portofreie Wochenlieferung.

**Nebst Verbrauchsmaterial führen Sie auch Geräte und Möbel.**

Da uns zum Teil bis heute der Zugang zur Markengeräten verwehrt worden ist, haben wir eine eigene Gerätelinie mit modularem Aufbau entwickelt. Zusätzlich führen wir Geräte der Firma Eurodent, u. a. ein günstiges DH-Gerät, und Möbellinien von Zilfor. Auf höchstem technischen Niveau sind die Lupenbrillen und Kameras der deutschen Firma I.C. Lercher, deren Produkte wir vertreiben.



**Novadent AG, Sägereistr. 17, 8152 Glattbrugg  
Tel. 044 880 20 20, info@novadent.ch  
www.novadent.ch**

 **zahnärzte  
kasse**

## Zahnmedizin ist die gelungene Symbiose von Wissen, Können und Ästhetik.

**Pflegen Sie Ihre Kompetenzen und setzen Sie im Abrechnungswesen auf die unsrigen.**

Honorar-Management mit der Zahnärztekasse.  
Zuverlässig. Effizient. Vertrauenswürdig.



# PD Dr. Blend Hamza erhält die Venia Legendi im Lehrgebiet Kinderzahnmedizin

PDDr. med. dent. Blend Hamza hat die Venia Legendi im Lehrgebiet Kinderzahnmedizin an der Universität Zürich erhalten. Damit wird seine herausragende akademische und klinische Expertise in diesem Fachbereich gewürdigt.

PDDr. Hamza absolvierte sein erstes Zahnmedizinstudium von 2002 bis 2007 an der Universität Damaskus, Syrien. Anschliessend erlangte er dort zwischen 2007 und 2012 einen Master of Science in Paediatric Dentistry. In der Schweiz schloss er 2018 sein zweites Grundstudium in Zahnmedizin an der Universität Zürich mit Auszeichnung (summa cum laude) ab. Danach arbeitete er zwei Jahre als Assistenz Zahnarzt an der Klinik für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin der Universität Zürich. Von 2020 bis 2023 absolvierte er erfolgreich das von der Europäischen Akademie für Kinderzahnmedizin (EAPD – European Academy of Pediatric Dentistry) akkreditierte Programm in Kinderzahnmedizin an der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universität Zürich. Seit 2024 leitet er die Sektion Kinderzahnmedizin an

der Universität Zürich und engagiert sich in der Lehre, Forschung und klinischen Versorgung junger Patientinnen und Patienten. Neben seiner Tätigkeit in der Patientenbehandlung, Forschung und Lehre ist Dr. Hamza Mitglied der Fachkommission der Schweizerischen Vereinigung für Kinderzahnmedizin (SVK) sowie des Education Committee der EAPD. Seine exzellente Lehrtätigkeit wurde 2024 von den Studierenden des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich mit der Auszeichnung Teacher of the Year gewürdigt.

*Lieber Blend, herzlichen Glückwunsch zu dieser hochverdienten Anerkennung! Wir wünschen dir weiterhin viel Erfolg und Freude in deiner akademischen und klinischen Laufbahn.*

*Text: Prof. Dr. mult. Theodore Eliades*

*Foto: vzg ZZM Zürich*



PDDr. med. dent. Blend Hamza



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

**Zeiterfassung und Feriplanung -  
Einfach organisiert, perfekt geplant  
mit TICKPANEL®**

[www.tickpanel.ch](http://www.tickpanel.ch)

YSD AG | Waldheimstrasse 48 | 3012 Bern | +41 31 302 18 72

# Abschiedssymposium für Dr. Johannes Grossen an der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern

Am 7. März 2025 nahmen rund 150 Gäste am feierlichen und zugleich fachlich geprägten Abschiedssymposium von Dr. Johannes Grossen teil. In seinen Begrüßungsworten hob der geschäftsführende Direktor der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern, Prof. Dr. Hendrik Meyer-Lückel, hervor, dass an der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern mit höchster Professionalität und Engagement beste Leistungen angestrebt werden. Dr. Johannes Grossen habe mit seinem Wirken über viele Jahre hinweg zu diesem Erfolg beigetragen. Für seinen unvergleichlichen Einsatz dankte ihm Prof. Meyer-Lückel ganz herzlich.

## Seine Leidenschaft gilt der Weiterbildung in Kieferorthopädie

Prof. Dr. Christos Katsaros, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie, würdigte das herausragende Wirken von Dr. Grossen in den verschiedenen Bereichen der Klinik: als seine rechte Hand in zahlreichen administrativen Angelegenheiten, Planungs- und Koordinationsfragen, als Lehrender der Zahnmedizinierenden und vor allem massgeblich als Supervisor in der Weiterbildung der Assistenz Zahnärztinnen und -ärzte. Dr. Grossen war und ist der kieferorthopädischen Weiterbildung mit voller Leidenschaft verpflichtet. Viele Generationen von Berner Kieferorthopäden haben von seinem Wissen und seiner Erfahrung profitiert. Nicht nur innerhalb der Klinik, sondern auch in der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie (SGK) und in weiteren Gremien engagierte sich Dr. Grossen in verschiedenen Funktionen und hat so wesentlich zur Entwicklung der Kieferorthopädie in der Schweiz beigetragen.

Prof. Katsaros sprach Dr. Grossen seinen ganz herzlichen Dank aus für alles, was er für die Klinik getan hat, und betonte, dass Dr. Grossen mit seiner Arbeit die Entwicklung in der Klinik entscheidend mitgestaltet hat. Mit allerbesten Wünschen für die Zukunft und der Freude auf eine weitere Zusammenarbeit schloss Prof. Katsaros die Laudatio.

## Wissenschaftliche Vorträge

Fachlich wurde es dann mit den Vorträgen von vier wichtigen Wegbegleitern von Dr. Grossen.

Im ersten Vortrag sprach Prof. Dr. Theodore Eliades, Universität Zürich, zum Thema «Limitations and concerns with aligner treatment». Prof. Eliades thematisierte die Einführung neuer Materialien in der Kieferorthopädie, insbesondere Aligner und 3D-gedruckter Apparaturen, und hinterfragte deren klinische Effizienz aufgrund fehlender fundierter Beweise. Er betonte, dass die Alterung von Alignern im Mund negative Auswirkungen auf die klinische Wirksamkeit haben kann und die Freisetzung biologisch aktiver Substanzen zur Folge hat. Zudem wies er auf die Diskrepanz zwischen den in Simulationen vorhergesagten und den tatsächlich erzielten Behandlungsergebnissen mit Alignern hin. Prof. Eliades forderte eine sorgfältige Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz und warnte vor der Verbreitung pseudowissenschaftlicher Informationen in der Branche.

PD Dr. Frank Weiland, vormals Medizinische Universität Graz, zeigte in seinem Vortrag «Arch form: a non-binding recommendation?», dass sich die Paradigmen in der dentalen Bogenform über die Jahre erheblich verändert haben. Er erläuterte,



Dr. Grossen während seiner Präsentation

wie Pioniere wie Angle und Damon sich für eine kieferorthopädische Behandlung ohne Extraktionen entschieden, was teilweise zu einer starken Expansion der Zahnbögen führte. Allerdings wies er auch auf die potenziellen negativen Folgen einer ausgeprägten Bogenexpansion hin, wie beispielsweise eine Beeinträchtigung der Okklusion und ein erhöhtes Risiko für parodontale Probleme. Des Weiteren sprach PD Dr. Weiland über die ästhetische Wahrnehmung von Bukkal Korridoren und stellte fest, dass die allgemeine Bevölkerung kleinere Bukkal Korridore, wie sie bei einer starken Bogenexpansion auftreten, als weniger ästhetisch empfindet. Diese Erkenntnisse sollten bei der Planung kieferorthopädischer Behandlungen berücksichtigt werden, um sowohl funktionale als auch ästhetische Ergebnisse zu erzielen.

Der nächste Vortrag wurde von Prof. Dr. Gregory Antonarakis, Universität Genf, gehalten. Sein Thema lautete «Orthodontic considerations and challenges in individuals with Down Syndrom». Prof. Antonarakis führte aus, dass Patienten mit Downsyndrom aufgrund ihrer orofazialen Besonderheiten eine signifikant höhere kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit aufweisen als gesunde Kinder. Besonders auffällig sind das unterentwickelte mittlere Gesichtsdrittel sowie die häufig auftretende hypotonische Muskulatur der Lippen und Zunge, die zu Problemen bei der Kau- und Sprechfunktion führen kann. Darüber hinaus tritt oft eine anteriore Zungenruheposition auf, die die Zahnstellung und Kieferentwicklung beeinträchtigt. Prof. Antonarakis betonte, dass die Behandlung individuell angepasst werden sollte, da einige Patienten aufgrund ihrer physischen und kognitiven Einschränkungen möglicherweise nur schwer behandelbar sind. Frühzeitige Interventionen und massgeschneiderte Behandlungspläne können jedoch die orofaziale Funktion und das Erscheinungsbild dieser Kinder deutlich verbessern.

Den Abschluss des wissenschaftlichen Teils bestritt Prof. Dr. Ewa Czochrowska, Medizinische Universität Warschau, mit ihrem Vortrag «Orthodontic treatment related to tooth transplantation». Prof. Czochrowska unterstrich – durch ihre umfangreiche Forschung und klinische Erfahrung auf diesem Gebiet – die Relevanz der Zahntransplan-

tation als wertvolle Option in der modernen Kieferorthopädie. Sie präsentierte zahlreiche Fallbeispiele zur Zahntransplantation und verdeutlichte, in welchen Situationen eine Transplantation sinnvoll ist. Besonders hob sie die Vorteile der natürlichen Zahnsubstitution und der Förderung der Knochenregeneration hervor. Zudem kann eine Zahntransplantation in manchen Fällen einfacher und effektiver sein als ein kieferorthopädischer Lückenschluss. Prof. Czochrowska betonte die Bedeutung individueller Behandlungspläne, die den spezifischen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden.

### Ciao, maestro!

Unter diesem Titel würdigte Dr. Diego Zehnder, Oberarzt an der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern, die Arbeit von Dr. Grossen sowohl aus der Perspektive seines «Lehrmeisters» als auch als Kollege und Freund. Mit Anekdoten untermalt und zugleich voller Respekt, dankte er Dr. Grossen für seine herausragende langjährige und prägende Arbeit an der Klinik für Kieferorthopädie und wünschte im von Herzen alles Gute für die Zukunft.

### Danke – persönlicher Rückblick von Dr. Grossen

Unter dem Titel «Danke» blickte Dr. Grossen in eindrucksvoller Weise auf seinen Werdegang zurück: vom Studium über die Weiterbildung bis hin zu seiner Tätigkeit als Oberarzt. Obwohl er nach dem Zahnmedi-

zinstudium gesagt hatte, dass er nie Kieferorthopäde werden wolle, ist gerade diese Disziplin zu seiner Passion geworden. Alles fügte sich zusammen – eine Stelle, die Begeisterung entfachte, und Menschen, die diesen Weg begleiteten. In seiner Präsentation stellte er Meilensteine und Schlüsselereignisse – sowohl fachlich als auch persönlich – dar und teilte bedeutende Erfahrungen, die seinen Weg prägten. Dr. Grossen drückte seinen grossen Dank seinen Wegbegleitern aus, mit herzlicher Anerkennung und sichtbarer Emotion. Er sprach allen Kolleginnen, Kollegen und Mitarbeitenden der Kieferorthopädie Bern ebenso seinen herzlichen Dank aus. Die Klinik für Kieferorthopädie Bern ist und bleibt seine Passion.

In einer feierlichen Atmosphäre fand nach den Vorträgen ein Apéro riche statt, der den Anlass in einem würdigen Rahmen und mit kulinarischen Köstlichkeiten abrundete. Die Gäste setzten sich aus mehreren Generationen zusammen, die in einem lebhaften Austausch ihre Erlebnisse, Erfahrungen und Perspektiven teilten.

*Text: Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern; Fotos: Petra Lauber*



Präsentation der wissenschaftlichen Vorträge durch Prof. Dr. Theodore Eliades, PD Dr. Frank Weiland, Prof. Dr. Gregory Antonarakis und Prof. Dr. Ewa Czochrowska (v.l.n.r.)

# Paul Herren Award 2024

**Prof. Ambrosina Michelotti wird für ihre herausragenden Verdienste geehrt.**

Am 7. Dezember 2024 fand im wunderschönen Salon Royal des «Bellevue Palace Bern» die feierliche Verleihung des Paul Herren Award statt – einer renommierten Auszeichnung, die jährlich herausragende Persönlichkeiten für ihre Verdienste in der Lehre, Klinik und Forschung der Kieferorthopädie ehrt. Mehr als 200 Gäste nahmen an diesem festlichen Anlass teil, der sowohl Tradition als auch Exzellenz feierte.

Die Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern hat den Paul Herren Award in Erinnerung an die Verdienste von Prof. Dr. Paul Herren, der die Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern von 1954 bis 1981 leitete, etabliert.

Die Veranstaltung wurde vom Geschäftsführenden Direktor der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern, Prof. Dr. Hen-

drik Meyer-Lückel, eröffnet. Er würdigte die Verdienste von Prof. Dr. Paul Herren für die Schweizer Kieferorthopädie und hob die Bedeutung des Paul Herren Award als unvergleichlicher Anlass hervor. Anschliessend würdigte Prof. Dr. Christos Katsaros, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern, die herausragenden Verdienste von Prof. Dr. Ambrosina Michelotti, die 2024 mit der Auszeichnung geehrt wurde. Sie ist Professorin an der Universität Federico II in Neapel und eine der weltweit führenden Expertinnen auf dem Gebiet der Myoarthropathien (MAP) und der orofazialen Schmerzen, auch in Zusammenhang mit der Rolle einer kieferorthopädischen Behandlung bei deren Prävention oder Therapie. Der Höhepunkt des Abends war die feierliche Preisübergabe, die durch Prof. Dr. Nadia

Mercader Huber, stellvertretende Dekanin der medizinischen Fakultät der Universität Bern, vorgenommen wurde. Sie bezeichnete den Award als ein Symbol für Engagement und herausragende Leistungen.

## Okklusion und Myoarthropathien

Im Anschluss an die offizielle Zeremonie hielt die Preisträgerin einen 60-minütigen Vortrag mit dem Titel «Okklusion und Myoarthropathien (MAP): ein Paradigmenwechsel».

Prof. Michelotti wies eingangs darauf hin, dass die Beziehung zwischen Okklusion und MAP eine der grössten Kontroversen darstellt, die in der wissenschaftlichen Literatur der Zahnmedizin beschrieben werden. Dennoch zeigen fundierte Beweise aus grossen bevölkerungsbasierten Studien schwache und inkonsistente Zusammenhänge, was unterstützt, dass die Rolle der Okklusion in der Ätiologie von MAP nicht überbewertet werden sollte. Auch scheint die traditionelle kieferorthopädische Behandlung, unabhängig von der Art der Apparatur, eine neutrale Rolle in Bezug auf den Beginn von MAP zu spielen: Insbesondere wurde berichtet, dass dieser therapeutische Ansatz weder das Risiko der Entwicklung von MAP verhindert noch erhöht.

In letzter Zeit hat sich der wissenschaftliche Trend darauf verlagert, in der Ätiologie von MAP den Fokus von einem biomechanischen auf ein komplexeres multifaktorielles biopsychosoziales Modell zu richten, das biologische, psychologische und soziale Faktoren umfasst. Mechanistisch wird die Okklusion weitgehend als die statische oder dynamische Beziehung zwischen der oberen und unteren Zahnreihe betrachtet, die oft von dem abweicht, was als «ideal» an-



Prof. Dr. Ambrosina Michelotti während ihres Vortrags



Prof. Dr. Christos Katsaros, Prof. Dr. Ambrosina Michelotti, Prof. Dr. Nadia Mercader Huber, Prof. Dr. Hendrik Meyer-Lückel (v.l. n.r.) nach der Preisübergabe

gesehen wird. Im weiteren Sinne stellt die Okklusion jedoch ein komplexes spezialisiertes System der Integration neurologischer Signale dar, die von parodontalen, dentalen und Weichgeweberezeptoren ausgehen. Prof. Michelotti erläuterte, dass dieses komplexe Informationsgerüst vom zentralen Nervensystem (ZNS) kontinuierlich elabouriert werde, um die Kieferposition und -bewegungen entsprechend den peripheren Eingaben anzupassen und zu verfeinern. Die Anpassungen im ZNS (be-

zeichnet als sensorimotorische Neuroplastizität) sind die Hauptfaktoren, die bestimmen, wie gut sich ein Individuum an die okklusalen und oralen Veränderungen, die aus jeder zahnärztlichen Behandlung resultieren können, anpassen kann.

Prof. Michelotti betonte, dass die okklusale taktile Wahrnehmungsfähigkeit (OTA: die Fähigkeit, feine Objekte zwischen den Antagonisten-Zähnen während der maximalen Interkuspidation zu erkennen und zu differenzieren) im Mechanismus der okklusalen Adaption / Maladaptation eine wesentliche Rolle spiele, da diese Eigenschaft eine grosse interindividuelle Variabilität aufweise und auf einem komplexen Informationsweg beruhe.

Wahrnehmung ist eine bewusste somatosensorische Erfahrung und hängt nicht nur von der Intensität des Reizes ab, sondern auch vom Zustand des Gehirns, der die Reaktion auf den Reiz moduliert. Daher scheint es entscheidend, die Beziehung zwischen Okklusion und MAP korrekt zu verstehen, aber der Paradigmenwechsel erfordert eine umfassendere Interpretation des Konzepts der Okklusion und der maxillo-mandibulären Beziehung. Da keine nachgewiesene kausale Beziehung besteht, sollte die Rolle der Malokklusion in der Ätiologie von MAP als begrenzt betrachtet werden. Stattdessen müssen die okklusale Vigilanz und die Bedenken der Patientinnen und Patienten durch die Kli-

nikerinnen und Kliniker während der allgemeinen und zahnärztlichen Untersuchung ernst genommen werden, da eine spezifische Patientengruppe iatrogen bedingte maladaptive Verhaltensweisen entwickeln könnte.

Daher sollten sich Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden sowie Allgemeinzahnärztinnen und -ärzte der multifaktoriellen Ätiologie von MAP bewusst sein und in Bezug auf die verfügbaren Instrumente geschult werden, um Patienten vor, während und nach zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlungen zu betreuen.

Anschliessend an den Vortrag fand ein Apéro riche statt, bei dem die Gäste die Gelegenheit für den Austausch in der entspannten Atmosphäre rege nutzten. Das Ambiente des Abends, kombiniert mit der einzigartigen Tradition des Paul Herren Award, machte den Anlass zu einem unvergesslichen Erlebnis.

*Text: Klinik für Kieferorthopädie der Universität Bern*

*Fotos: Dr. Thomas Engel*



Prof. Dr. Nadia Mercader Huber (rechts) überreichte Prof. Dr. Ambrosina Michelotti den Paul Herren Award 2024.



# Lässt alle Wünsche wahr werden



## 4 MM UNIVERSAL-COMPOSITE IN 5 CLUSTER-SHADES

- **Universell:** Für Front- und Seitenzahnbereich
- **Kein Schichten:** Bis 4 mm Inkrementstärke
- **Höchste Stabilität:** 91 % Füllstoffgehalt
- **Exzellente Ästhetik:** Hervorragende Polierbarkeit
- **5 Cluster-Shades:** Abdeckung aller 16 VITA® classical Farben



## GrandISO Unlimited



**VOCO**  
DIE DENTALISTEN

# Lenzburger Symposium 2025

Am 10. Januar fand im WBZ Lenzburg das 36. Lenzburger Symposium der SSGS und der Aargauer Zahnärztesgesellschaft statt. Die erste Referentin, Dr. med. Gerda Hajnos, Fachärztin für Rheumatologie, Klinik Hirslanden Zürich, Rheumazentrum, eröffnete das Symposium mit einem Thema, das uns immer häufiger begegnet.

## Rheumatoide Arthritis in der Zahnarztpraxis

Die Special-Care-Alterszahnmedizin beschäftigt sich mit pathologischen Alterungsprozessen, bei denen geriatrische Erkrankungen die Mundgesundheit kompromittieren und oft nur noch palliative Verbesserungen der Lebensqualität zulassen. Zu diesen Erkrankungen zählt auch die Rheumatoide Arthritis. Sie ist die häufigste systemische Autoimmunerkrankung der Gelenke und tritt bei 0,5 bis 1,0 Prozent der Bevölkerung mit zunehmendem Alter auf, insbesondere ab dem 40. Lebensalter. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Als Ursache wird ein Zusammenspiel genetischer, infektiöser und umweltbedingter Risikofaktoren angenommen. Im Alter sinkt die Effizienz des Immunsystems aufgrund von Veränderungen bei B- und T-Zellen. Infekte, Malignome und Autoimmunerkrankungen spielen dabei eine Rolle. Die Pathogenese umfasst komplexe Interaktionen zwischen Antigenpräsentation, Aktivierung von CD-4-Zellen, Makrophagen, B-Zellen und der Antikörperproduktion. Die Gelenkentzündung führt zur Zerstörung von Gelenkknorpel, subchondralem Knochen und Gelenkspalt unter Synovialproliferation (Pannus). Besonders häufig betroffen sind die proximalen Interphalangealgelenke, was klinisch zu auffälligen Geschwulsten über diesen Gelenken, zunehmender Unbeweglichkeit und Deformitäten der Finger führt. Es können jedoch

alle Gelenke der Extremitäten, ebenso das Kiefergelenk und die Halswirbelsäule betroffen sein.

Auch Organe wie Lunge, Herz, Augen, Blutgefässe, periphere Nerven sowie Haut (Vaskulitis), Wirbelsäule (insbesondere das Kopfgelenk) und orale Gewebe wie

Mukosa, Parodontium und Knochen können Symptome zeigen. Die Betroffenen leiden unter Gewichtsverlust, Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Anämie sowie Protein- und Vitaminmangel.

Die medikamentöse Therapie begann mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR),



Die Schweizerische Leitlinie für den Transport von verunreinigten und aufbereiteten wiederverwendbaren Medizinprodukten für Aufbereitungseinheiten gibt klare Vorgaben zur Aufbereitung, Verpackung und Kennzeichnung wiederverwendbarer Instrumente im mobilen Setting.

v. a. Ibuprofen und Diclofenac, und erzielte auch mit Kortikoiden gute Resultate. Seit 1998 stehen im Rahmen der sogenannten Basistherapie sowohl Biologika als auch Synthetika zur Verfügung, die gezielt in das Immunsystem eingreifen – etwa durch Blockade von B-Zellen oder des Tumornekrosefaktors. Diese Medikamente müssen über längere Zeiträume hinweg eingenommen werden. Zusätzlich kommen Immunsuppressiva sowie Medikamente zur Osteoporosetherapie zum Einsatz. Allerdings steigen mit der Wirksamkeit auch die Nebenwirkungen.

### Eingeschränkte Mundhygienefähigkeit

Die schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der Extremitäten, insbesondere der Finger und Hände, führen zu einer eingeschränkten Mundhygienefähigkeit sowie zu Mobilitätsproblemen. Eine reduzierte Mundöffnung erschwert sowohl präventive als auch kurative oder rekonstruktive zahnmedizinische Massnahmen. Ein Befall des Dens Axis der Halswirbelsäule birgt das Risiko, dass es bei einer Überstreckung des Kopfes im Zahnarztstuhl zu einer Luxation im Kopfgelenk kommen kann.

Die Referentin empfiehlt, diese Risiken und Einschränkungen bei Patientinnen und Patienten mit Rheumatischer Arthritis zu berücksichtigen. Hilfsmittel zur Mundhygiene – wie Zahnbürsten, Interdentalbürsten und Zahnseide – sollten an die eingeschränkte Handbeweglichkeit angepasst werden, beispielsweise durch verdickte Griffe oder spezielle Hilfsmittel aus dem Katalog der Rheumahilfen. Dank moderner medikamentöser Therapien treten die schwersten Verformungen der Finger und Hände heute glücklicherweise nur noch selten auf.

### Praxishygiene in der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung

Die nächste Rednerin, Dr. Angela Stillhart, Zahnärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Mobile Klinik der Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin (ABS) der Universität Zürich, hielt einen Vortrag mit dem Titel «Praxishygiene in der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung».

Die aufsuchende zahnärztliche Betreuung ermöglicht die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität an ihrem Aufenthaltsort und trägt



Im höheren Alter können Bewegungseinschränkungen der Extremitäten, insbesondere der Finger und Hände, zu einer eingeschränkten Mundhygienefähigkeit führen.

so wesentlich zur Grundversorgung bei. Am Symposium wurden die Hygienestandards der Mobilen Klinik der Universität Zürich (UZH) vorgestellt, welche fast täglich in Pflegeheimen im Einsatz ist.

Die Mobile Klinik versorgt Pflegeheime mit einer vollständig ausgestatteten Praxiseinheit. Wichtige logistische Aspekte sind Transport, Auf- und Abbau, die Wiederaufbereitung an der Klinik an der UZH sowie der sichere Umgang mit Medizinprodukten. Dabei gelten dieselben Hygienestandards wie in einer stationären Praxis – mit dem Unterschied, dass räumliche Gegebenheiten flexibel angepasst werden müssen.

Die Schweizerische Leitlinie für den Transport von verunreinigten und aufbereiteten wiederverwendbaren Medizinprodukten für Aufbereitungseinheiten ([www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch); 2023) gibt klare Vorgaben zur Aufbereitung, Verpackung und Kennzeichnung wiederverwendbarer Instrumente im mobilen Setting. Diese berücksichtigen auch transportbedingte Einflüsse wie Temperatur- und Feuchtigkeitsschwankungen oder Erschütterungen. Eine Einhaltung dieser Vorgaben ist zwingend – denn auch bei vorhandenem Behandlungsbedarf sind Abstriche bei der Hygiene nicht zulässig.

Die Mobile Klinik UZH arbeitet mit einem Zonen- und Ausrüstungskonzept für Heimbesuche nach Prof. Dr. Murali Srinivasan,

um kontaminierte und saubere Bereiche auch in wechselnden Umgebungen klar voneinander zu trennen. Aufgrund zeitlicher Verzögerungen beim Transport werden Instrumente zum Beispiel vorbehandelt, in durstichsicheren Sicherheitsbeuteln und in gekennzeichneten, rutschsicheren und versiegelten (Sterilgut-)Containern transportiert. Dabei gilt es, Temperatur- (18–25 °C) und Luftfeuchtigkeitsvorgaben (rLF 30–60 %) auch im Fahrzeug und in jeder Saison einzuhalten. Einer durchdachten Ausrüstung und Logistik kommt dabei eine unabdingbare Bedeutung zuteil.

### Herausforderungen mobiler Behandlungssettings

Die Behandlung im persönlichen Patientenraum ist nur in Ausnahmefällen vertretbar. Grundsätzlich gilt die Zahnarztpraxis als erste Wahl, speziell für invasive Eingriffe. Denn mobile Behandlungssettings bringen insgesamt besondere Herausforderungen mit sich. In Demenzabteilungen werden zum Beispiel persönliche Räume und Sanitärbereiche oft durchmischt und gemeinsam genutzt, wobei persönliche Gegenstände und Möbel die Schaffung hygienischer Arbeitsflächen zusätzlich erschweren. Hier ist System gefragt. Zudem ist das Behandlungsteam durch den Transport der Ausrüstung, häufige Ortswechsel,

äussere Bedingungen und limitierte Ressourcen stark gefordert. Ein besonderer Fokus liegt auch auf dem Schutz vor multi-resistenten Keimen (MRSA, MRGN, ESBL, VRE), viralen Erregern (Noroviren, SARS-CoV-2), wie sie in Pflegeheimen gehäuft vorkommen können, aber auch Pilzen (Raumschimmel) und Zoonosen von Therapietieren.

Eine mobile Versorgung ist nur dann erlaubt, wenn alle Hygienekriterien erfüllt, dokumentiert und kontrolliert werden können. Ein durchdachtes Hygienekonzept muss deshalb durch ein Qualitäts- und Risikomanagement gestützt werden. Die Bestellung eines Gefahrgutbeauftragten unterstützt beim Umgang mit besonderen Situationen und der Einhaltung gesetzli-

cher Vorschriften beim Transport. Regelmässige Fortbildungen und Sensibilisierung zur Hygiene speziell für mobile Einsätze sind essenzieller Bestandteil des Qualitäts- und Risikomanagements. Wo die Einhaltung im mobilen Setting nicht vollumfänglich möglich ist, muss der Behandlungsort entsprechend aufgewertet werden.

Zukünftige digitale Tracking-Systeme und praxisnahe Simulationstrainings könnten Prozesse weiter verbessern und die Patientensicherheit zusätzlich erhöhen.

Die mittlerweile zur Tradition gewordenen Fallpräsentationen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte der Universitäten Basel, Bern und Zürich boten erneut spannenden Diskussionsstoff für den anschliessenden

Apéro, der unser Symposium stimmungsvoll abrundete.

An dieser Stelle möchten wir bereits heute an die gemeinsame Jahrestagung der SSGS und des European College of Gerodontology (ECG) am 29. und 30. August 2025 in Genf erinnern – zugleich das Abschiedssymposium von Frau Prof. Frauke Müller.

Text und Fotos: WB; AS; LKCF; NC; RB



# NOVADENT

## Seit 40 Jahren für Sie da!

Als unabhängiges  
Schweizer Unternehmen  
mit eigener Lagerhaltung  
und kundenfreundlichem Webshop  
bieten wir ein umfangreiches Angebot  
zu attraktiven Konditionen – seit 1985

### Transparente und attraktive Preise

- Grundsätzlich günstige Nettopreise
- Zusätzlich Direktrabatte bis zu 18%
- Portofreie Wochenlieferung
- Keine Kopplungsgeschäfte\*

\* Verkauf und Service von Behandlungseinheiten und Geräten OHNE Verpflichtung, Verbrauchsmaterial über uns zu beziehen!

### Kundenkonto mit Sonderfunktionen

- Individuell anpassbare Bestellliste
- Inventarfunktion
- Bestellstatus und Versandinformationen
- Direktzugriff auf Ihre Sicherheitsdatenblätter
- Meldung von Lieferunterbrüchen

### Webshop mit dem Plus

- Einfach gesucht:
  - über Herstellernummern
  - übersichtliche Ergebnisanzeige
- Einfach bestellt:
  - aus Webshop
  - aus Original-Herstellerkatalogen
  - aus individueller Bestellliste
  - mit QR-Scan-Funktion
- Aktuell informiert zu:
  - Lagerbestand und Lieferfrist
  - Sonderangeboten
  - aktuellen Marktinformationen
  - bevorstehenden Preiserhöhungen seitens Hersteller

### Umfangreiches zahnärztliches Angebot

- Behandlungseinheiten und alles für die Praxiseinrichtung
- Verbrauchsmaterialien: über 100'000 Artikel beschaffbar
- Komplettsortimente aller wichtigen Hersteller
- Eigene Lagerhaltung (in der Schweiz)



Novadent AG

Sägereistrasse 17 • 8152 Glattbrugg  
Tel. 044 880 20 20 • info@novadent.ch

Überzeugen Sie sich selbst! [www.novadent.ch](http://www.novadent.ch)

# Statistiques : la prudence est de mise

**L'Office fédéral de la statistique mesure de nombreux domaines de notre vie sociale. Mais même quand des données sont disponibles, il convient de les manier avec précaution, comme le montrent de récentes statistiques sur la pauvreté ou les privations en matière de soins dentaires.**

Selon les statistiques officielles, 16,5% des personnes vivant en Suisse seraient exposées au risque de pauvreté. C'est plus qu'en Allemagne, qu'en France ou qu'en Autriche. C'est même plus que la moyenne européenne. Comment cela est-il possible? L'explication est à chercher dans la façon dont sont conçus les indicateurs. Ainsi, le risque de pauvreté est mesuré par la position d'une personne par rapport à la distribution des revenus dans le pays. La valeur ne dit pas si l'on peut se permettre de vivre en Suisse et si l'on peut satisfaire ses besoins élémentaires. L'indicateur «Privations matérielles et sociales» est nettement plus parlant. Il permet de mesurer la proportion de personnes qui doivent renoncer à des biens, des services et des activités sociales d'importance pour des raisons financières. En 2023, 5,5% des personnes se trouvaient dans cette situation.

## Deux études entretiennent la confusion

Le fait que des statistiques soient souvent publiées sans précisions quant aux définitions, à la méthode d'enquête et à la pertinence s'observe également en médecine dentaire. L'accès aux soins dentaires est un indicateur central de la pauvreté. Combien de personnes n'ont pas les moyens d'aller chez le médecin-dentiste? Et pour quelles raisons? Depuis des années, deux études entretiennent la confusion: SILC et

IHP. SILC est l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (Statistics on Income and Living Conditions) de l'Office fédéral de la statistique (OFS). IHP est l'International Health Policy Survey, une analyse comparative internationale réalisée et évaluée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan).

Les deux enquêtes utilisent des méthodes différentes pour déterminer qui renonce à se rendre chez le médecin-dentiste pour des raisons financières. SILC se concentre sur les soins dentaires absolument nécessaires et indique une proportion de 4,5% pour 2023. IHP interprète la notion de privations de manière plus large, sans faire de distinction entre les traitements qui sont nécessaires et ceux qui ne le sont pas (notamment les radiographies préventives et les interventions esthétiques). La proportion est donc nettement plus élevée (28,8%). La plus grande taille de l'échantillon rend SILC nettement plus précise sur le plan statistique.

## Nous devons porter l'attention sur des réalités de vie objectives

Les résultats d'une statistique ne doivent pas être considérés en vase clos, mais dans un contexte plus large. C'est précisément ce qu'a fait la SSO en réalisant ses propres enquêtes, dont la principale conclusion est que nombre des personnes concernées ne savent pas comment prendre soin de leur

santé bucco-dentaire pour éviter des traitements coûteux. Souvent, ces personnes ne savent pas non plus qu'elles ont droit à une aide financière, qu'elles soient ou non déjà bénéficiaires de l'aide sociale. De plus, les obstacles administratifs sont si importants que les personnes concernées ne font souvent pas valoir leur droit à une aide financière pour les traitements dentaires nécessaires.

Ce qui précède montre que pour lutter sérieusement contre la pauvreté et les privations en matière de soins dentaires, il faut des concepts clairs, des données pertinentes et la volonté de porter son attention sur des réalités de vie objectives. C'est ainsi qu'il est possible de développer des mesures efficaces qui améliorent la situation des personnes concernées. C'est ce que la SSO entend réaliser avec le projet «Santé bucco-dentaire pour tout le monde».

Le Comité central et la Commission pour la politique de la santé (CPS) de la SSO n'ont pas ménagé leurs efforts ces derniers mois pour déployer prochainement à l'échelon national le projet lancé initialement comme projet pilote dans le canton de Fribourg. Lors de l'assemblée des délégués en mai prochain, les mesures seront présentées et la campagne sera officiellement lancée.

*Texte: Markus Gubler, responsable de la communication de la SSO*

# SSO

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft  
Société suisse des médecins-dentistes  
Società svizzera odontoiatri  
Swiss Dental Association

**Gemeinsam weiterkommen.  
Avancer ensemble.  
Avanti, tutti insieme.**

[www.sso.ch](http://www.sso.ch)

## RÉVÉLEZ LE POTENTIEL DE VOTRE ESPACE

**Avec Tempo d'éco, choisissez  
un ameublement écologique  
pour un espace à votre image :  
moderne, fonctionnel, durable et inspirant.**

**Conseil et modélisation 3D offerts  
à partir de 3000 CHF d'achat**



**CONTACTEZ-NOUS POUR UN  
ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ**

+41 (0)22 557 00 77

Rue de la Corraterie 24, Genève

[www.tempo-deco.ch](http://www.tempo-deco.ch)

# Quand les médecins-dentistes fournissent des prestations de technique dentaire

**Ces derniers temps, la Commission des affaires économiques (CAE) de la SSO a reçu de nombreuses questions concernant la facturation de prestations de technique dentaire fournies par le médecin-dentiste. Voilà pourquoi elle publie des explications sur ce sujet ci-après.**

Quand les médecins-dentistes fournissent des prestations de technique dentaire, ils passent pour des fabricants de dispositifs médicaux aux yeux de la loi et sont donc soumis aux lois et ordonnances ad hoc, même s'ils ne font que réétiqueter des dispositifs de technique dentaire étrangers. De l'avis de la CAE, les critères suivants doivent être remplis en Suisse pour pouvoir fournir des prestations de technique dentaire :

1. Le fabricant doit être membre de la SSO ou avoir adhéré à la convention tarifaire en tant que contractant individuel. Ou il est membre de l'Association des laboratoires de prothèse dentaire de Suisse (ALPDS). Dans ce cas également, il est possible d'adhérer à la convention tarifaire en tant que contractant individuel.
2. En fonction du procédé de fabrication, les conditions nécessaires en termes d'infrastructures pour un laboratoire dentaire doivent être réunies. Des visites de contrôle peuvent avoir lieu (voir également le point 4).
3. Les fabricants de dispositifs médicaux doivent remplir les obligations prévues par l'ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim) et par le règlement européen sur les dispositifs médicaux (RDM). De plus amples informations en la matière sont dispo-



nibles à l'adresse [www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/dispositifs-medicaux/reglementation-des-dispositifs-medicaux/neue-eu-verordnungen-mdr-ivdr.html](http://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/dispositifs-medicaux/reglementation-des-dispositifs-medicaux/neue-eu-verordnungen-mdr-ivdr.html).

4. Il faut s'être enregistré auprès de Swissmedic en tant que fabricant de dispositifs sur mesure ou de dispositifs médicaux (art. 55 ODim). Il est obligatoire d'informer les autorités.
5. Il est impératif de remettre spontanément à chaque patient le bon de livraison usuel dans la branche ou la déclaration de conformité du fabricant étranger.
6. En ce qui concerne la TVA, la CAE renvoie au guide/mémento de la SSO: [www.sso.ch/system/files/internal-files/Merkblatt\\_MWST\\_f\\_1.2024.pdf](http://www.sso.ch/system/files/internal-files/Merkblatt_MWST_f_1.2024.pdf).

Pour de plus amples informations, la CAE renvoie à l'association Swiss Dental Laboratories (ALPDS).

Les coûts effectivement payés pour les travaux de technique dentaire doivent être intégralement facturés au patient. Les éventuels rabais doivent impérativement être répercutés.

### Frais de consommables et de matériel chirurgical

Les frais de matériel sont compris dans les frais d'exploitation du modèle de cabinet et inclus dans les positions tarifaires. Par conséquent, ils ne peuvent être facturés à part. Quand, pour une position tarifaire donnée, du matériel peut être facturé en sus, ce point est expressément signalé dans le catalogue de prestations par la phrase « Matériel facturé à part, avec position cluster (voir chapitre 20) » ou figure explicitement dans le texte introductif d'un chapitre.

### Questions à la CAE

Le catalogue de prestations mis à jour est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025. Si vous rencontrez des difficultés à utiliser les LP+ ou si vous vous posez encore des questions quant au tarif, veuillez d'abord consulter les informations et les FAQ de la SSO dans l'espace du site Web réservé aux membres (Cockpit SSO). Si vous n'y trouvez pas les réponses à vos questions, vous pouvez écrire à l'adresse [tarif@sso.ch](mailto:tarif@sso.ch).

La CAE est compétente pour les questions tarifaires, mais pas pour les questions tech-

niques. Les questions de nature technique doivent être adressées directement aux différentes sociétés de discipline ([www.sso.ch/fr/sociétés-de-discipline](http://www.sso.ch/fr/sociétés-de-discipline)).

L'appréciation des décisions des assurances-accidents et des caisses-maladie n'est pas non plus du ressort de la SSO. L'art. 57 de la LAMal régit les activités des médecins-dentistes-conseils ([www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/fr#art\\_57](http://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr#art_57)).

### Art. 57 LAMal Médecins-conseils

1 *Après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues aux art. 36a et 37, al. 1, et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins.*

2 *Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège.*

3 *Une société médicale cantonale peut refuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 statue.*

4 *Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.*

5 *Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives.*

6 *Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal*

*arbitral au sens de l'art. 89 tranche, en dérogation à l'art. 58 al. 1 LPGA.*

7 *Les médecins-conseils ne transmettent aux organes compétents des assureurs que les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération, pour calculer la compensation des risques ou pour motiver une décision. Ce faisant, ils respectent les droits de la personnalité des assurés.*

8 *Les associations faitières suisses de médecins et d'assureurs règlent la transmission des indications au sens de l'al. 7, la formation continue et le statut des médecins-conseils. Si elles ne peuvent s'entendre, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.*

Les assureurs sont en principe libres d'engager qui ils veulent comme médecin-dentiste-conseil. Ils doivent toutefois consulter la SSO et il existe un droit de veto pour justes motifs.

Une distinction est à faire entre les médecins-dentistes-conseils selon la LAMal et les médecins-dentistes consultants, qui participent aux discussions et conseillent dans les cas pris en charge par les assurances sociales fédérales AA/AM/Al. Les médecins-dentistes consultants sont nommés unilatéralement et exclusivement par les assureurs sociaux fédéraux. Le législateur ne reconnaît aux associations professionnelles aucun droit de regard ou de veto. La SSO a donc les mains liées.

### Environ 85% de tous les propriétaires de cabinets dentaires sont membres de la SSO

Selon la dernière statistique des membres, environ 85% de tous les propriétaires de cabinets dentaires en Suisse sont membres de la SSO et, sur ce chiffre, 31% sont des femmes.

Texte: Bernard Schnweuly, CAE

Photo: Istock

## Novadent – innovante et « un peu différente » depuis 40 ans

**Faire les choses un peu différemment – c’est toujours la volonté de cette entreprise suisse aujourd’hui. Mais avant tout, l’objectif est de faciliter le travail quotidien des cabinets dentaires.**

**Sebastian Schmitt, en tant que directeur général de Novadent SA, qu’est-ce qui distingue votre approche de celle des autres ?**

Fondée il y a 40 ans, Novadent SA s’est donnée pour mission d’innover, en adoptant une approche différenciée, reflétée par son nom. Dès le départ, nous avons privilégié la qualité de notre catalogue avant d’élargir notre boutique en ligne. Toujours indépendante, notre entreprise familiale suisse, basée à Glattbrugg près de Zurich, conserve une liberté et une flexibilité essentielles à notre engagement envers ses clients.

**Quel est l’élément central de votre activité ?**

Un exemple concret de cette approche est notre système d’étiquetage avec codes QR, qui permet à la fois un contrôle interne des marchandises et une traçabilité optimale des produits. De plus, nos clients l’utilisent

pour faciliter la gestion de leur stock. En apposant la partie inférieure de l’étiquette sur un mémo papier lorsqu’ils prélèvent un article, ils peuvent ensuite, lors de la commande, scanner le code QR avec leur smartphone et ajouter automatiquement l’article à leur liste. Ce système simplifie considérablement le processus d’approvisionnement et réduit le risque d’erreurs.

**Aujourd’hui, vous misez avant tout sur la boutique en ligne. Quels sont ses principaux atouts ?**

Notre boutique en ligne, issue de notre ancien catalogue, continuellement améliorée, évolue grâce aux retours de nos

clients et fabricants. Avec plus de 100 000 articles, elle propose suivi des stocks, expéditions, gestion des stocks, actualités du marché, produits alternatifs et alertes sur d’éventuelles hausses de prix annoncées par les fabricants.

**Quels sont les avantages des prix que vous proposez à vos clients ?**

Nous proposons un système de remise transparent, des prix attractifs et équitables, ainsi qu’une livraison hebdomadaire gratuite.

**En plus des consommables, vous offrez aussi des unités dentaires et du mobilier.**

Pour pallier les restrictions d’accès aux appareils de marque, nous avons développé notre propre gamme d’unités dentaires modulaires. Nous proposons aussi des unités Eurodent, dont un modèle HD abordable, ainsi que des meubles Zilfor. Nous distribuons également les loupes et caméras de l’allemand I.C. Lercher, réputé pour ses technologies de pointe.

**Novadent AG, Sägereistr. 17, 8152 Glattbrugg  
Tél. 044 880 20 20, info@novadent.ch  
www.novadent.ch**



# Pour mon plus beau sourire

## Pro Interdental

- Nettoyage professionnel – même dans les espaces interdentaires
- Élimine la plaque de la surface des dents
- Doux pour les dents et les gencives
- Développé et fabriqué en Suisse



Finest Swiss Oral Care 

**Trisa**  
OF SWITZERLAND 

# Traitement sur facture

## Simple et sans risque grâce à MF Health

La SSO s'efforce d'élargir en permanence et de manière ciblée l'offre destinée à ses membres. Grâce au nouveau partenariat avec MF Health, les médecins-dentistes affiliés à la SSO et leurs patients bénéficient d'un traitement professionnel des factures.

### Antonio Martello, quelles prestations la société MF Health propose-t-elle aux cabinets dentaires ?

Lorsque les patients souhaitent régler leur traitement dentaire sur facture en plusieurs mensualités, cela est généralement synonyme de charge de travail supplémentaire et de risques pour les propriétaires des cabinets dentaires. MF Health y remédie en prenant en charge l'ensemble du processus de facturation, de la vérifi-

cation de la solvabilité, en passant par la première impression de la facture jusqu'aux relances – nous préfinançons l'ensemble de la créance et assumons ainsi le risque de défaut de paiement.

### Quels autres avantages la collaboration avec MF Health procure-t-elle ?

En plus de la suppression de toutes les charges administratives, le cabinet ne rencontre jamais de problèmes de liquidités grâce à MF Health, car les factures sont toujours réglées rapidement. Nous accordons un préfinancement dès le premier franc. Nous proposons, en outre, une impression des factures de haute qualité avec le logo de l'entreprise et nous nous chargeons également de l'envoi des factures. Les médecins-dentistes ont ainsi plus de temps à consacrer à leurs patients et à leurs activités quotidiennes. Le fonctionnement de MF Health est très simple et est intégré dans tous les logiciels courants des cabinets. Après la saisie des données du patient et du traitement, MF Health verse le montant dû au cabinet.

### MF Health fait partie de MF Group AG. Quand l'entreprise a-t-elle été fondée ?

En effet, MF Health est une solution de MF Group AG développée spécialement pour le marché dentaire en Suisse. La société MF Group a été fondée en 1990 et emploie à ce jour plus de 100 collaborateurs répartis sur ses sites à Saint-Gall et au Tessin.

### Comment MF Group et ses produits se distinguent-ils de la concurrence ?

La réponse se résume en deux mots : expertise et innovation. MF Group est actif dans cette branche depuis plus de trente-cinq ans

et a toujours accordé la priorité aux besoins spécifiques de ses clients. Cela nous a permis d'élargir sans cesse notre expertise et de développer des solutions innovantes tenant compte des besoins des clients, comme MF Health. Des projets les plus simples aux plus complexes, nous proposons toujours un service sur mesure pour nos clients. Je suis ravi de pouvoir affirmer que nous sommes aujourd'hui le leader suisse dans le domaine de l'achat sur facture.

### Qu'est-ce que les clients apprécient particulièrement chez MF Health ?

Ils apprécient avant tout le gain de temps et l'absence de risques qu'offre la solution de MF Health. Ils nous confirment aussi régulièrement que notre solution répond parfaitement aux besoins des médecins-dentistes et que nous agissons toujours de manière rapide et flexible tout en étant à leur écoute.

### Quels avantages le nouveau partenariat procure-t-il aux membres de la SSO ?

Les membres de la SSO bénéficient de conditions spéciales très intéressantes.



Vers le site Web de MF Health

Antonio Martello est directeur des ventes de MF Group AG.

Cet article est un publiereportage réalisé en collaboration avec MF Health.

Photo : Pexels



# Symposium d'adieu en l'honneur du Dr Johannes Grossen à la clinique d'orthodontie de l'Université de Berne

Le 7 mars dernier, près de 150 invités ont participé au symposium d'adieu organisé en l'honneur du Dr Johannes Grossen et qui a mêlé festivités et exposés professionnels. Dans son allocution de bienvenue, le professeur Hendrik Meyer-Lückel, directeur général des Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne, a souligné que l'objectif de la clinique d'orthodontie de l'Université de Berne était de fournir les meilleures prestations possibles moyennant un grand professionnalisme et un engagement indéfectible. Le Dr Johannes Grossen a contribué à ce succès pendant de nombreuses années. Le professeur Meyer-Lückel l'a chaleureusement remercié pour son engagement sans faille.

## Une passion vouée à la formation postgrade en orthodontie

Le professeur Christos Katsaros, directeur de la clinique d'orthodontie, a rendu hommage au travail exceptionnel fourni par le Dr Grossen dans les différents domaines de la clinique : dans son rôle de bras droit pour de nombreuses questions relatives à l'administration, à la planification et à la coordination, en sa qualité d'enseignant pour les étudiants en médecine dentaire et avant tout en tant que superviseur de la formation postgrade des médecins-dentistes assistants. Le Dr Grossen s'est consacré et se consacre encore avec passion à la formation postgrade en orthodontie, faisant bénéficier de nombreuses générations d'orthodontistes bernois de son savoir et de son expérience. Le Dr Grossen ne s'est pas contenté d'occuper différentes fonctions au sein de la clinique, il s'est aussi engagé pour

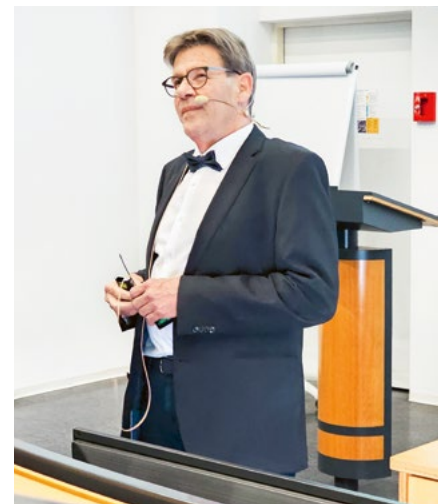
la Société suisse d'orthopédie dento-faciale (SSODF) et dans d'autres organismes, contribuant ainsi grandement au développement de l'orthodontie en Suisse.

Le professeur Katsaros a exprimé ses plus vifs remerciements au Dr Grossen pour tout ce qu'il a fait pour la clinique et a souligné que le travail du Dr Grossen avait été déterminant pour le développement de l'institution. Le professeur Katsaros a conclu son éloge en présentant au Dr Grossen ses meilleurs vœux pour l'avenir, ajoutant qu'il se réjouissait de poursuivre leur collaboration.

## Conférences scientifiques

Les conférences, tenues par quatre compagnons de route importants du Dr Grossen, ont ensuite abordé des thématiques scientifiques.

Le professeur Theodore Eliades de l'Université de Zurich a tenu un exposé intitulé « Limitations and concerns with aligner treatment ». Il y a abordé le thème de l'introduction de nouveaux matériaux en orthodontie, notamment les aligneurs et les appareils imprimés en 3D, et a remis en question leur efficacité clinique, eu égard au manque de preuves solides. Il a souligné que l'obsolescence des aligneurs pouvait avoir un impact négatif sur l'efficacité clinique en bouche et entraîner la libération de substances biologiquement actives. Il a aussi pointé du doigt l'écart observé entre les résultats de traitement suggérés par les simulations et ceux réellement obtenus avec les aligneurs. Le professeur Eliades a appelé à une évaluation minutieuse des preuves scientifiques et a mis en garde contre la diffusion d'informations



Le Dr Grossen durant sa présentation.

pseudoscientifiques dans le secteur de l'orthodontie.

Le Dr Frank Weiland, privatdocent, auparavant à l'Université de médecine de Graz, a expliqué dans son exposé « Arch form: a non-binding recommendation? » que les paradigmes relatifs à la forme des arcades dentaires avaient considérablement évolué au fil du temps. Il a expliqué que des pionniers comme Angle et Damon optaient pour un traitement orthodontique sans extractions, ce qui avait pu conduire à une forte expansion des arcades dentaires, qui à son tour, comme le Dr Weiland l'a souligné, pouvait avoir des conséquences négatives, telles qu'une altération de l'occlusion et un risque accru de problèmes parodontaux. Par ailleurs, le Dr Weiland a parlé de la perception esthétique des corridors buccaux et a constaté que la population générale considérait les petits corridors buccaux, tels qu'ils

apparaissent en cas de forte expansion de l'arcade, comme moins esthétiques. Ces éléments doivent être pris en compte lors de la planification des traitements orthodontiques afin d'obtenir des résultats à la fois fonctionnels et esthétiques.

La conférence suivante a été donnée par le professeur Gregory Antonarakis, de l'Université de Genève, sur le thème «Orthodontic considerations and challenges in individuals with Down Syndrom». Le professeur Antonarakis a expliqué qu'en raison de leurs particularités orofaciales, les patients atteints du syndrome de Down présentaient un besoin de traitement orthodontique significativement plus accru que les enfants en bonne santé. Les particularités frappantes de ces patients sont notamment le sous-développement du tiers moyen du visage ainsi qu'une fréquente hypotonie de la musculature des lèvres et de la langue, qui peuvent entraîner des problèmes de mastication et d'élocution. En outre, la langue est souvent en position de repos antérieure, ce qui affecte le positionnement des dents et le développement des mâchoires. Le professeur Antonarakis a souligné que le traitement devait être adapté à chaque patient, car certains d'entre eux pouvaient être difficiles à traiter en raison de leurs limitations physiques et cognitives. Toutefois, intervenir de manière précoce et planifier des traitements sur mesure peut, chez ces enfants, améliorer considérablement la fonction orofaciale et l'aspect physique.

La partie scientifique a été clôturée par la professeure Ewa Czochrowska, de l'Université Médicale de Varsovie, qui a tenu un exposé intitulé «Orthodontic treatment

related to tooth transplantation». Grâce à ses recherches approfondies et à son expérience clinique dans ce domaine, la professeure Czochrowska a souligné la pertinence de la transplantation dentaire, qu'elle qualifie d'option précieuse dans l'orthodontie moderne. Elle a présenté de nombreux cas de transplantation dentaire et a expliqué dans quelles situations une transplantation était utile. Elle a notamment nommé les avantages du recours à des substituts dentaires naturels et de la stimulation de la régénération osseuse. De plus, dans certains cas, une transplantation dentaire peut être plus simple et plus efficace qu'un comblement d'espace orthodontique. La professeure Czochrowska a souligné l'importance des plans de traitement individuels qui répondent aux besoins spécifiques des patients.

### Ciao, maestro!

C'est sous ce titre que le D<sup>r</sup> Diego Zehnder, chef de clinique d'orthodontie de l'Université de Berne, a rendu hommage au travail du D<sup>r</sup> Grossen, au «maître», mais aussi à son collègue et ami. Dans un discours truffé d'anecdotes et empreint d'un profond respect, il a remercié le D<sup>r</sup> Grossen pour son travail remarquable qui a durablement marqué la clinique d'orthodontie, et lui a souhaité de tout cœur le meilleur pour l'avenir.

### Merci – rétrospective personnelle du D<sup>r</sup> Grossen

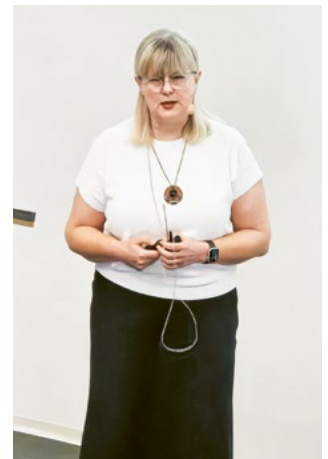
Le D<sup>r</sup> Grossen a impressionné l'auditoire avec une rétrospective sobrement intitulée «Merci», dans laquelle il a retracé son parcours, de ses études à son activité de chef

de clinique en passant par la formation postgrade. Bien qu'il ait déclaré après ses études de médecine dentaire qu'il n'entendait surtout pas devenir orthodontiste, c'est pourtant pour cette discipline qu'il s'est pris de passion. Toutes les planètes étaient alignées: un poste qui a suscité son enthousiasme et les bonnes personnes pour accompagner cette trajectoire. Dans sa présentation, le D<sup>r</sup> Grossen a évoqué les jalons, les événements clés – tant sur le plan professionnel que personnel – et les expériences significatives qui ont marqué son parcours.

Il a exprimé sa profonde gratitude envers ses compagnons de route, auxquels il a témoigné, visiblement très ému, sa sincère reconnaissance. Il a également remercié chaleureusement tous les collègues et collaborateurs du département d'orthodontie de Berne. La clinique d'orthodontie de Berne restera toujours sa passion.

Dans une ambiance festive, les conférences ont été suivies d'un apéritif dînatoire qui a clôturé l'événement, comme le veut l'usage, avec de vrais délices pour les papilles. Plusieurs générations d'orthodontistes se sont côtoyés, partageant leur vécu, leurs expériences et leurs perspectives dans un échange amical.

*Texte: Clinique d'orthodontie de l'Université de Berne; photos: Petra Lauber*



Les exposés scientifiques ont été tenus par le professeur Theodore Eliades, le D<sup>r</sup> Frank Weiland, privatdocent, le professeur Gregory Antonarakis et la professeure Ewa Czochrowska (de gauche à droite).

# Lücken im Team? Postes vacants dans l'équipe?



**Unser Stellenportal für  
die zahnärztliche Praxis.  
Notre portail d'offres  
d'emploi pour les cabinets  
dentaires.**

Immer aktuell und seit Jahren bewährt: Auf unserem Portal treffen sich Stellensuchende und Arbeitgebende. Profitieren Sie als SSO-Mitglied von Vorzugskonditionen und schalten Sie schon ab CHF 45.– ein Stelleninserat. **Stellensuchende inserieren kostenlos.**

Toujours actualisé, ce portail a fait ses preuves depuis des années: les personnes en recherche d'emploi et les employeurs se mettent en contact sur notre portail. En tant que membre de la SSO, profitez de conditions préférentielles et publiez une annonce d'emploi à partir de 45 francs seulement. **Les annonces sont gratuites pour les personnes en recherche d'emploi.**

**SSO Jobs**

Online suchen oder Inserat schalten, jetzt auf  
Faites une recherche en ligne ou publiez  
une annonce maintenant [www.sso-jobs.ch](http://www.sso-jobs.ch)



# Symposium de Lenzbourg 2025

Le 10 janvier, le WBZ de Lenzbourg a accueilli le 36<sup>e</sup> symposium de Lenzbourg de la SSGS et de la Société des médecins-dentistes d'Argovie. La première intervenante, la D<sup>re</sup> Gerda Hajnos, spécialiste en rhumatologie à la clinique Hirslanden de Zurich, centre de rhumatologie, a ouvert le symposium avec sa présentation couvrant la polyarthrite rhumatoïde.

## La polyarthrite rhumatoïde au cabinet dentaire

La médecine dentaire gériatrique s'intéresse aux processus pathologiques liés au vieillissement, au cours desquels les maladies gériatriques altèrent la santé bucco-dentaire et ne permettent souvent que des interventions palliatives visant à améliorer la qualité de vie. Parmi ces maladies figure la polyarthrite rhumatoïde, considérée comme la maladie auto-immune systémique des articulations la plus fréquente. Elle affecte entre 0,5% et 1,0% de la population, en particulier à partir de 40 ans, et touche les femmes deux fois plus souvent que les hommes.

On suppose que son origine résulte d'une interaction complexe entre des facteurs de risque génétiques, infectieux et environnementaux. Avec l'avancée en âge, l'efficacité du système immunitaire diminue en raison de modifications des cellules B et T. Les infections, les cancers et les maladies auto-immunes contribuent à ce processus. La pathogenèse implique des interactions complexes entre la présentation des antigènes, l'activation des cellules CD4, des macrophages, des cellules B, ainsi que la production d'anticorps.

L'inflammation articulaire entraîne la destruction du cartilage, de l'os sous-chondral et de l'espace articulaire, accompagnée d'une prolifération synoviale appelée pannus. Les articulations interphalangiennes proximales sont particulièrement atteintes,

se manifestant cliniquement par des tuméfactions marquées au niveau de ces articulations, une mobilité réduite progressive et des déformations des doigts. Toutefois, l'ensemble des articulations des extrémités peut être concerné, y compris l'articulation temporo-mandibulaire et la colonne cervicale.

D'autres organes peuvent également être touchés, notamment les poumons, le cœur, les yeux, les vaisseaux sanguins, les nerfs périphériques, ainsi que la peau (vascularite), la colonne vertébrale – en particulier au niveau cervical supérieur – et les tissus buccaux, tels que la muqueuse, le parodonte et les os. Les personnes atteintes



Le Guide suisse pour le transport des dispositifs médicaux réutilisables souillés et retraités pour les services de retraitement des dispositifs médicaux (www.swissmedic; 2023) définit des exigences claires quant à la stérilisation, à l'emballage et à l'étiquetage des instruments réutilisables en contexte mobile.

souffrent souvent de perte de poids, de fatigue, de diminution de la force musculaire, d'anémie, ainsi que de carences en protéines et en vitamines.

Le traitement médicamenteux repose initialement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), notamment l'ibuprofène et le diclofénac, associés à de bons résultats avec les corticoïdes. Depuis 1998, dans le cadre du « traitement de fond », des médicaments biologiques et des agents de synthèse sont également disponibles. Ces derniers agissent de manière ciblée sur le système immunitaire, par exemple en bloquant les cellules B ou le facteur de nécrose tumorale. Ils nécessitent une prise prolongée. Par ailleurs, des immunosuppresseurs ainsi que des traitements préventifs contre l'ostéoporose sont également prescrits. Cependant, l'augmentation de l'efficacité de ces traitements s'accompagne souvent d'effets secondaires plus marqués.

### Capacité à assurer une bonne hygiène bucco-dentaire réduite

Les limitations douloureuses des mouvements des extrémités, en particulier des doigts et des mains, réduisent la capacité à assurer une bonne hygiène bucco-dentaire et entraînent également des troubles de la mobilité générale. Une ouverture buccale restreinte complique par ailleurs les soins dentaires, qu'ils soient préventifs, curatifs ou reconstructifs. L'atteinte du processus odontoïde (dens) de l'axis cervical expose à un risque de luxation des vertèbres cervicales supérieures en cas d'hyperextension de la tête sur le fauteuil dentaire.

L'intervenante souligne l'importance de prendre en compte ces risques et limitations chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Les dispositifs d'hygiène bucco-dentaire – brosses à dents, brossettes interdentaires, fil dentaire – devraient être adaptés à la mobilité réduite des mains, par exemple en utilisant des manches épaissis ou des aides spécifiques disponibles dans les catalogues dédiés aux personnes souffrant de rhumatismes. Grâce aux traitements médicamenteux modernes, les déformations sévères des doigts et des mains sont heureusement devenues rares.

### L'hygiène du cabinet dentaire en établissement médico-social

L'oratrice suivante, la Dr<sup>e</sup> Angela Stillhart, dentiste et collaboratrice scientifique, clinique mobile de la Clinique de médecine



À un âge plus avancé, les limitations des mouvements des extrémités, en particulier des doigts et des mains, peuvent réduire la capacité à assurer une bonne hygiène bucco-dentaire.

dentaire générale, pour handicapés et pour seniors (ABS) de l'Université de Zurich, a tenu une conférence intitulée « L'hygiène du cabinet dentaire en établissement médico-social ».

Les soins dentaires en établissement médico-social (EMS) permettent de soigner les patients à mobilité réduite sur leur lieu de séjour et contribuent ainsi considérablement aux soins de base. Lors du symposium de Lenzbourg, les normes d'hygiène de la clinique mobile de l'Université de Zurich (UZH) ont été présentées. Cette clinique intervient presque quotidiennement dans des EMS.

La clinique mobile fournit ses prestations aux EMS avec une unité de soins entièrement équipée. Les aspects logistiques impliquent le transport, le montage et le démontage, la re-stérilisation des dispositifs médicaux à la clinique de l'UZH, ainsi que la gestion sécurisée des dispositifs médicaux. Les mêmes standards d'hygiène qu'en cabinet fixe y sont appliqués – à la différence près que l'adaptation aux différentes configurations spatiales reste indispensable.

Le Guide suisse pour le transport des dispositifs médicaux réutilisables souillés et retraités pour les services de retraitement des dispositifs médicaux (www.swissmedic; 2023) définit des exigences claires quant à la stérilisation, à l'emballage et à l'étiquetage des instruments réutilisables en contexte mobile. Ces exigences prennent en compte les facteurs liés au

transport tels que les variations de température, d'humidité ou encore les vibrations. Le respect de ces consignes est impératif – car, même en cas de nécessité de soins, aucun compromis sur l'hygiène n'est acceptable.

La clinique mobile de l'UZH utilise un concept de zonage lors de ses visites en établissement, développé par le Pr D<sup>r</sup> Murali Srinivasan, qui permet de séparer clairement les zones contaminées des zones propres, même dans des environnements changeants. En raison des délais liés au transport, les instruments, par exemple, sont prétraités, transportés dans des sachets de sécurité anti-perforation et dans des conteneurs (de stérilisation) identifiés, antidérapants et scellés. Les conditions de transport exigent le respect strict des plages de température (18–25 °C) et d'humidité relative (30–60%), y compris dans le véhicule et quelle que soit la saison. Une logistique et un équipement soigneusement pensés sont donc indispensables.

### Les défis des environnements de soins mobiles

Le traitement dans la chambre personnelle des patient-es ne devrait être envisagé qu'exceptionnellement. En principe, le cabinet dentaire demeure la première option, surtout pour les actes invasifs. Les environnements de soins mobiles comportent en effet des défis particuliers. Par exemple,

dans les unités spécialisées pour personnes atteintes de démence, les espaces privés et sanitaires sont souvent partagés, et la présence d'objets personnels ou de meubles complique davantage la création de zones de travail hygiéniques. Cela nécessite un système rigoureux. De plus, l'équipe de soins est fortement sollicitée par le transport du matériel, les changements fréquents de lieux, les conditions extérieures et les ressources limitées. Une attention particulière est également portée à la protection contre les germes multirésistants (MRSA, MRGN, ESBL, VRE), les agents viraux (norovirus, SARS-CoV-2) fréquemment rencontrés en maisons de retraite, mais aussi les champignons (moisissures) et les zoonoses provenant d'animaux de thérapie. Les soins mobiles ne sont autorisés que si tous les critères d'hygiène peuvent être respectés, documentés et contrôlés. Un concept d'hygiène bien structuré doit donc

être soutenu par une gestion de la qualité et des risques. La désignation d'un conseiller à la sécurité ADR (Accord relatif au transport international des marchandises dangereuses par route) permet d'assurer la conformité aux réglementations applicables au transport sécurisé des dispositifs médicaux, notamment en ce qui concerne les instruments retraités et potentiellement contaminés. La formation continue et la sensibilisation à l'hygiène, spécifiquement pour les interventions mobiles, sont des éléments essentiels de la gestion de la qualité et des risques. Lorsque le respect des normes d'hygiène n'est pas pleinement réalisable en contexte mobile, un réaménagement du lieu de traitement doit être effectué. À l'avenir, des systèmes numériques de traçabilité et des formations pratiques par simulation pourraient encore améliorer les processus et renforcer la sécurité des patients.

Les présentations de cas de jeunes médecins-dentistes des universités de Bâle, Berne et Zurich, devenues entre-temps une tradition, ont généré une discussion passionnante à l'apéro. Le symposium s'est terminé dans une ambiance chaleureuse. Nous aimerions d'ores et déjà vous rappeler le congrès annuel commun de la SSGS et de l'European College of Gerodontology (ECG) qui se tiendra les 29 et 30 août 2025 à Genève – et qui marquera également le symposium de départ de la professeure Frauke Müller.

Texte et photos : WB; AS; LKCF; NC; RB



# NOVADENT

## 40 ans à votre service !

**Votre partenaire suisse  
indépendant depuis 1985**

**Avec notre propre stock  
et un Webshop performant, nous vous  
proposons une offre complète, alliant  
qualité et conditions avantageuses.**

**Faites le choix de l'excellence et de la fiabilité.**

### Des prix transparents et attractifs

- des prix nets, toujours avantageux
- remises directes allant jusqu'à 18 %
- livraison hebdomadaire sans frais de port
- pas de ventes liées\*

\* Vente et service d'unités de traitement et appareils  
SANS obligation d'acheter des consommables  
par notre intermédiaire !

### Votre compte client, conçu pour simplifier votre expérience

- Liste de commande entièrement personnalisable
- Fonction d'inventaire pour une gestion optimale
- Suivi en temps réel de vos commandes et informations d'expédition, gérez vos achats
- Accès direct à vos fiches de données de sécurité
- Notifications instantanées en cas d'interruptions de livraison

### Webshop avec le plus !

- Recherche facile :
  - par numéro de fabricant
  - avec des résultats clairs
- Commande simplifiée :
  - directement depuis notre boutique en ligne
  - à partir des catalogues originaux des fabricants
  - à partir d'une liste de commande individuelle
  - avec la fonction QR-Scan
- Infos à jour :
  - boutique en ligne, stocks, délais de livraison, offres spéciales, tendances du marché et hausses de prix prévues de la part du fabricant

### Tout pour votre cabinet dentaire, à portée de main

- Unités de traitement et solutions complètes pour l'aménagement optimal de votre cabinet
- Plus de 100'000 consommables dans notre programme
- Gammes complètes des grandes marques
- Propre stockage en Suisse pour une disponibilité immédiate



**Novadent AG**

Sägereistrasse 17 • 8152 Glattbrugg  
Tél. 044 880 20 20 • info@novadent.ch

**Découvrez-le par vous-même ! [www.novadent.ch](http://www.novadent.ch)**

## Agenda

### Kurse für die berufliche Selbstständigkeit

Praxis gründen, übernehmen oder übergeben? Gesetzliche Vorgaben kennen und umsetzen? Dank der Kurse und Seminare der SSO sind Zahnärztinnen und Zahnärzte optimal vorbereitet.

## Agenda

### Des cours pour l'indépendance professionnelle

Ouvrir, reprendre ou remettre son cabinet? Connaître les directives légales et savoir les appliquer? Grâce aux cours et séminaires de la SSO, les médecins-dentistes sont bien préparés à franchir le pas.

Kurs/Cours	Datum/Date	Ort/Lieu	
SSO Kongress: Risiken in der zahnärztlichen Praxis – erkennen, entscheiden, handeln	22.–24. Mai 2025	Lugano	(D) (F)
SSO Arbeitssicherheitskurs	Webinar: 16. Juni 2025 Live-Kurs: 23. Juni 2025	Sorell Hotel Ador, Bern	(D)
SSO Impulse	20. August 2025	Berner Generationenhaus, Bern	(D) (F)
SSO Arbeitssicherheitskurs	Webinar: 03. September 2025 Live-Kurs: 08. September 2025	Hotel Olten, Olten	(D)
SSO Arbeitssicherheitskurs	Webinar: 26. November 2025 Live-Kurs: 01. Dezember 2025	Business Center Vatter, Bern	(D)
Cours SSO sécurité du personnel	Webinaire: 27 octobre 2025 Évènement: 03 novembre 2025	Hotel Continental, Lausanne	(F)
SSO Praxiseröffnungseminar	15. November 2025, 09.00–17.00 Uhr inkl. Mittagessen	Berner Generationenhaus, Bern	(D)
SSO Praxisübergabeseminar	25. November 2025, 16.00–19.00 Uhr mit anschliessendem Apéro riche	Berner Generationenhaus, Bern	(D)



Anmeldung  
S'inscrire

#### ZENTRALVORSTAND/COMITÉ CENTRAL

##### Präsident/Président

Dr. med. dent. Jean-Philippe Haesler, Estavayer-le-Lac

##### Vizepräsidenten/Vice-présidents

Dr. med. dent. Oliver Zeyer, Murten  
Dr. med. dent. Christoph Senn, Basel

##### Mitglieder/Membres

Dr. med. dent. Rainer Feddern, Schaffhausen  
Dr. med. dent. Olivier Marmy, Lausanne  
Dr. med. dent. Lorenzo Reali, Bellinzona  
Dr. med. dent. Christoph Epting, Basel

##### Generalsekretariat SSO/

##### Secrétariat général de la SSO

Simon Gassmann, lic. iur. Rechtsanwalt LL.M.  
Thunstrasse 7, Postfach, 3001 Bern  
Tel.: 031 313 31 31  
E-Mail: sekretariat@sso.ch

##### Kommunikation SSO/Service de communication SSO

Markus Gubler, forum pr  
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8  
Tel.: 031 310 20 80  
E-Mail: kommunikation@sso.ch

# SSO Campus

GET TOGETHER  
SPEECHES

Unser Know-how  
für deine Karriere

Nos connaissances au profit  
de ton parcours professionnel

LIVELY  
DISCUSSION

KNOWLEDGE  
TRANSFER

SAVE THE DATE:  
19.09.2025

Speeches. Food.  
Connections.  
Vierte Wand  
Bern.

STIMULATING  
TALKS

APERRO

LOUNGE  
DIALOGUE

EXCHANGE

TOP

Anmeldemöglichkeit und weitere Informationen zum SSO Campus finden Sie unter: [www.sso.ch/sso-campus](http://www.sso.ch/sso-campus)



Possibilité d'inscription et informations complémentaires sur SSO Campus sous: [www.sso.ch/sso-campus](http://www.sso.ch/sso-campus)



Exklusivpartner/Partenaire exclusif

 **straumann**

### Aufnahmegesuche Aktivmitgliedschaft Demandes d'admission en qualité de membre actif

Die nachstehend aufgeführten Zahnärzte und Zahnärztinnen sind für die **Aktivmitgliedschaft A, B1, B2 oder C angemeldet**.

Einsprachen sind innert 20 Tagen an das Sekretariat der SSO, Postfach, 3001 Bern, zu richten (Art. 4 der Statuten).

Les médecins-dentistes dont les noms figurent ci-dessous ont demandé à être admis en qualité de **membre actif A, B1, B2 ou actif C**.

Les oppositions éventuelles doivent être adressées dans les 20 jours au Secrétariat de la SSO, case postale, 3001 Berne 7 (art. 4 des statuts).

### Juniormitglieder Membres juniors

per/au 01.04.2025

- Bösiger Annalena, Olten
- Clausen Nico, Worblaufen
- Fischer Janick Jascha Ritschie, Muttenz
- Gasser Savannah, Rüslikon
- Gauer Linn, Bern
- Karlsson Nils, Bassecourt
- Kaur Prabdeep, Zuchwil
- Krenander Leonie, Bern
- Madhurapuzha Therese, Ostermundigen
- Müller Fabienne, Oberwil
- Noshi Artë, Zollikofen
- Rragi Anton, Wil
- Sahin Roni, Erlenbach
- Sturgess Fiona, Basel

### Aktivmitglieder B1 Membres actifs B1

per/au 01.04.2025

- Bartoli Marco, med. dent., Lugano
- Kobyłka-Styrnol Dorothea, med. dent., Bern
- Ruegenberg Peter, Dr. med. dent., Möhlin
- Weissenborn Inga, Dr. med. dent., Wettingen
- Zink Kristina, Dr. med. dent., Luzern
- BE – Rempapi Theodora, med. dent., Bern
- LU – Dulla Fabrice, Dr. med. dent., Meisterschwanden
- US – Akbas Selda, med. dent., Stans
- US – Schatt Alex, M Dent Med, eidg. dipl. Zahnarzt, Bäch

### Aktivmitglieder B2 Membres actifs B2

per/au 01.04.2025

- Losert Patrick Andreas, med. dent., Altdorf
- Schaffarz Valerie Sophie, med. dent., Bern
- US – Sailer Victoria, med. dent., Alpnach

### Aktivmitglieder C Membres actifs C

per/au 01.04.2025

- Radó Zsuzsanna Stefánia, Dr. med. dent., Basel

### Aktivmitglieder A Membres actifs A

per/au 01.04.2025

- Jonasch Moritz, M Dent Med, eidg. dipl. Zahnarzt, Uznach
- Vigoni Marco, med. dent., Chiasso
- Züger Marco, Dr. med. dent., Ebnet-Kappel
- SG – Kilanowski Irina, Dr. med. dent., Uzwil
- SG – La Camiola Chiara, med. dent., Buchs

### Übertritt vom Aktivmitglied A zum Aktivmitglied B1

#### Passage du statut de membre actif A à celui de membre actif B1

per/au 01.04.2025

- Lazarevs - Rüedi Anna, M Dent Med, eidg. dipl. Zahnärztin, Uetikon am See
- Wieslander Vanessa, M Dent Med, eidg. dipl. Zahnärztin, Kloten
- BE – Mazzi Davide, Dr. med. dent., Spiez

per/au 01.07.2025

- AG – Stohler Fiona, Dr. med. dent., Aarau
- SG – Scherrer Daniela, Dr. med. dent., Zuzwil

### Übertritt vom Aktivmitglied B1 zum Aktivmitglied A

#### Passage du statut de membre actif B1 à celui de membre actif A

per/au 01.01.2025

- SG – Hergovits Andreas, Dr. med. dent., St. Gallen

per/au 01.04.2025

- ZH – Grilec Silvio, Dr. med. dent., Uitikon

### Übertritt vom Gastmitglied zum Aktivmitglied B1

#### Passage du statut de membre hôte à membre actif B1

per/au 01.04.2025

- Betthäuser Madlena, Dr. med. dent., Zumikon

### Übertritt vom Aktivmitglied B2 zum Aktivmitglied B1

#### Passage du statut de membre actif B2 à celui de membre actif B1

per/au 01.04.2025

- TI – Morandini Michele, Dr. med. dent., Lugano

**Ernennung zum Freimitglied  
Nomination comme membre libre**

**per/au 01.01.2025**

- AG – Gerber Christoph, Dr. med. dent., Brugg
- AG – Vinzens-Kuster Agnes, Dr. med. dent.,  
Bremgarten AG
- GE – Emmenegger Christian, méd. dent.,  
Grand-Lancy GE
- LU – Wagner Martin, Dr. med. dent.,  
Emmenbrücke
- TG – Kempf Georg C.A., med. dent., Tägerwilten

**per/au 01.04.2025**

- AG – Pfiffner Martin, Dr. med. dent., Benglen

**per/au 01.07.2025**

- Krug Harald, méd. dent., Lausanne
- VD – Bédert Jean-Claude, M Dent Med,  
médecin-dentiste dipl. féd., Orbe

**per/au 01.10.2025**

- SG – Memedi Muzaffer, Dr., Mels

**Austritte  
Démissions**

**per/au 31.03.2025**

- BS – Abels Norbert, Dr. med. dent., Basel

**Todesfälle**

**Décès**

- BE – Yeromian Miran, Dr. med. dent., Evilard
- ZH – Gressly Franz, Dr. med. dent.,  
Uitikon-Waldegg

**Neue Fachzahnärzte für Kieferorthopädie  
(SSO-Mitglieder)**

**Nouveaux spécialistes en orthodontie  
(membres SSO)**

gemäss Beschluss des Büros für zahnmedizinische  
Weiterbildung

selon décision du Bureau pour la formation

postgrade

- Henninger Eva, Dr. med. dent.
- Odermatt Reto, Dr. med. dent.
- Can Esad Murad, Dr. med. dent.
- Cassina Chiara, Dr. med. dent.
- Stergiopoulos Ourania, M Dent Med
- Guma Elton, méd. dent.
- Lagou Aikaterini, med. dent.
- Stocker Larissa Olivia, Dr. med. dent.
- Vento Bosch Cristina, Dr. méd. dent.



**Startup Coaching**

Praxisvermittlung

Budget

Saläradministration

Finanzbuchhaltung

Steuerberatung

Benchmarkvergleich

**Erfahrung**

**Branchenleader**

Vertrauen



---


Mitglied TREUHAND | SUISSE

B+A Treuhand AG Zugerstrasse 51, CH-6330 Cham, Telefon +41 (0)41 784 10 10  
Fax +41 (0)41 784 10 29, stefan.aregger@ba-treuhand.ch, www.ba-treuhand.ch

**DENTAKONT**


**Ihr Partner für  
Factoring**

– für Zahnärzte, von  
Zahnärzten



**DENTAKONT AG**

🏠 Breitstrasse 6      📞 056 / 622 98 00  
CH-5610 Wohlen      ✉ info@dentakont.ch



dentakont.ch

Inserate für Liegenschaften oder Räumlichkeiten erscheinen im SDJ ohne Prüfung der Eignung des Objektes als Praxisstandort. Interessenten werden aufgefordert, sich bei der kantonalen Zahnärzte-Gesellschaft zu erkundigen.

Chiffre-Inserenten können Sie auch per E-Mail an [zahnmedizin@fachmedien.ch](mailto:zahnmedizin@fachmedien.ch) erreichen.

Les annonces relatives aux biens et aux locaux paraissent dans le SDJ sans contrôle de la capacité du lieu à accueillir un cabinet. Les personnes intéressées sont invitées à se renseigner auprès de la section cantonale de la Société suisse des médecins-dentistes.

Vous pouvez également contacter les annonceurs sous chiffre par courriel à [zahnmedizin@fachmedien.ch](mailto:zahnmedizin@fachmedien.ch)



STELLENVERMITTLUNG  
PRAXISVERMITTLUNG  
«einfach, schnell, professionell»

- Zahnärztin/Zahnarzt
- Zahnarzt-Assistent/-in
- Dentalassistent/-in
- Prophylaxeassistent/-in
- Dentalhygieniker/-in
- Dentalsekretär/-in
- Zahntechniker/-in

**NEU** INSERATE für freie Stellen online sichtbar

- ▲ Praxisverkauf
- ▲ Praxiskauf
- ▲ Praxisgemeinschaft
- ▲ Gemeinschaftspraxis



062 212 45 00  
[info@dentalis.ch](mailto:info@dentalis.ch)  
[www.dentalis.ch](http://www.dentalis.ch)

369267

## Praxisangebot zur Uebernahme oder Einstieg mit eigenem Kundenstamm Nähe Bahnhof-SBB in Basel

helle, lichtdurchflutete Räume, gesamt ca. 200qm, klimatisiert. Praxis mit guter räumlicher Aufteilung. Réception, Warte-Raum und 2 Behandlungs-Zimmer im Parterre, 2 OP's und Dental-Hygiene erste Etage, OPG, Steri, Aufenthaltsraum, Arzt-Zimmer.

Parkmöglichkeiten (blaue Zone), öffentlicher Verkehr in unmittelbarer Nähe. Übergabe nach Absprache

Anfragen unter Chiffre: Fachmedien, Zürichsee Werbe AG, SDJ-Chiffre 369487, Tiefenastrasse 2, 8640 Rapperswil 369487

Über Jahrzehnte

## Bestens etablierte Zahnarztpraxis in der Region Olten zu übernehmen

- Treue Stammkundschaft
- Zentrale Lage, gute Anbindung an ÖV
- Prophylaxeorientierte Allgemein-/Familienpraxis
- Schulzahnpflegebeteiligung
- 2 OP's, 1 DH-Zimmer
- ca. 145m<sup>2</sup>
- Lift-/Rollstuhlgängig
- Grosse Räume in einem schönen, gepflegten Altbau
- Wertige Inneneinrichtung mit angenehmer Atmosphäre
- Eingespieltes, langjähriges Team

Übergabe nach Vereinbarung  
Anfragen unter Chiffre: Fachmedien, Zürichsee Werbe AG, SDJ-Chiffre 369883, Tiefenastrasse 2, 8640 Rapperswil 369883

## Praxis gesucht

Eidg. dipl. Zahnärztin mit Schwerpunkt Kieferorthopädie, mit langjähriger Berufserfahrung sucht: Kieferorthopädische Praxis oder allgemeine Zahnarztpraxis zur Übernahme im Grossraum Zürich und Nachbarkantonen. Angebote werden diskret behandelt.

**Kontakt:** [praxis2025@gmx.ch](mailto:praxis2025@gmx.ch) 369994

Zu verkaufen langjährig etablierte

## Zahnarztpraxis im Unterbaselbiet

verbunden mit Assistenzstelle für Uebernahmephase, Pensum und Uebernahmezeitpunkt nach Vereinbarung.

- Zentrale, sehr schöne Lage in attraktiver Gemeinde
- Eigene Parkplätze und Anbindung an OeV
- 3 OP's mit gepflegter Einrichtung, OPT, Digitalisierung etc.
- Mit erfahrener Zahnärztin, DH, PA und einem eingespielten Team
- Grosser Patientenstamm
- Mittelfristig Erweiterung zu Doppelpraxis möglich

Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme:  
[prbl25@hispeed.ch](mailto:prbl25@hispeed.ch) 368967



## Schenken Sie Augenlicht!

Spenden Sie Altgold, Schmuck und Zahngold für blinde Menschen in Afrika und Asien.

Schweizerisches Rotes Kreuz, Augenlicht schenken  
Rainmattstrasse 10, 3001 Bern, Telefon +41 58 400 41 11  
[altgold@redcross.ch](mailto:altgold@redcross.ch), [www.redcross.ch/blindheit](http://www.redcross.ch/blindheit)

Herzlichen Dank!



Schweizerisches Rotes Kreuz



## Titel

Angabe in Literaturverzeichnissen:

**SWISS DENTAL JOURNAL SSO**

Innerhalb der Zeitschrift: **SDJ SSO**

## Redaktionsadresse

SWISS DENTAL JOURNAL SSO,

Postfach, 3000 Bern 8

## Für Express- und Paketpost:

Postgasse 19, 3011 Bern

Telefon: 031 310 20 88

E-Mail: kommunikation@sso.ch

Website: www.swissdentaljournal.org

## Chefredaktor

Simon F. Gassmann,

lic. iur., Rechtsanwalt LL.M.

Thunstrasse 7, 3001 Bern

Telefon: 031 313 31 31

E-Mail: sekretariat@sso.ch

## Redaktion

– Andrea Renggli, Kommunikation SSO,

Bern, andrea.renggli@sso.ch

## Editorial Board

### Swiss Dental Journal SSO – Science and clinical topics

#### Editor-in-chief:

– Michael Bornstein,

University Center

for Dentistry, Basel

(michael.bornstein@unibas.ch)

#### Editors:

– Alessandro Devigus, Private Practice,  
Bülach

– Andreas Filippi, University Center for  
Dentistry, Basel

– Julian Grégoire Leprince,  
University of Geneva, Clinic of Dental  
Medicine

– Christoph Ramseier, University of Bern,  
School of Dental Medicine

– Matthias Zehnder, University Center  
for Dental Medicine, Zurich

## Herausgeber

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

#### Präsident:

D<sup>r</sup> méd. dent. Jean-Philippe Haesler,

Estavayer-le-Lac

#### Generalsekretär:

Simon F. Gassmann, lic. iur., Rechtsanwalt

LL.M., Thunstrasse 7, 3001 Bern

Telefon: 031 313 31 31

E-Mail: sekretariat@sso.ch

## Abonnentenverwaltung

Generalsekretariat SSO

Daniela Marti, Thunstrasse 7,

Postfach, 3001 Bern

Telefon: 031 313 31 31

E-Mail: sekretariat@sso.ch

## Inseratenverwaltung

FACHMEDIEN – Zürichsee Werbe AG

SWISS DENTAL JOURNAL SSO

Tiefenaustrasse 2, 8640 Rapperswil

Telefon: 044 928 56 11

E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch

Website: www.fachmedien.ch

#### Anzeigenleitung:

Eveline Schneider

Telefon: 044 928 56 55

E-Mail: eveline.schneider@fachmedien.ch

#### Inserateschluss:

Etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife und Probenummern

können bei der Inseratenverwaltung

angefordert werden.

## Autorenrichtlinien:

Die Richtlinien für Autoren von

zahnmedizinischen Beiträgen finden Sie

auf [www.sso.ch](http://www.sso.ch).

## Gesamtherstellung:

Galledia, Burgauerstrasse 50, 9230 Flawil

Website: [www.galledia.ch](http://www.galledia.ch)

## ABONNENTENPREISE (IN CHF)

### Schweiz

pro Jahr (10 Ausgaben) 313.30

Studentenabonnement 65.40

Einzelnummer 39.40

inkl. 2,4% MwSt.

### Europa

pro Jahr (10 Ausgaben) 327.80

Einzelnummer 38.50

+ Versand und Porti

### Ausserhalb Europas

pro Jahr (10 Ausgaben) 350.90

## Übersetzer:

– Patrick Burkhard, Cormondrèche

– Cindy Hinaut-Cazin, Sonceboz

– Jan Mahner, Berne

– Jacques Rossier, Seftigen

– Frédérique Scherrer, Soleure

## Verwendete Abkürzungen:

**ZV** Zentralvorstand

**GPK** Gesundheitspolitische Kommission

**KPU** Kommission für Praxishygiene  
und Umweltschutz

**WiKo** Wirtschaftliche Kommission

**ZIK** Zentrale Informationskommission

**DIK** Deutschsprachige Informations-  
kommission

**BZW** Büro für zahnmedizinische  
Weiterbildung

**CISI** Commissione Informazione  
Svizzera Italiana

## Gütesiegel der Fach- und Spezialpresse

SDJ SSO wurde ausgezeichnet  
vom Verband Schweizer Medien und  
ist Gewinner des Q-Awards 2017.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab. Äusserungen unserer Gesprächspartner geben deren eigene Auffassungen wieder. Das SDJ SSO macht sich Äusserungen seiner Gesprächspartner in Interviews und Artikeln nicht zu eigen.

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.  
Fotonachweis: Titelseite Getty Images, S. 7, 11, 55 Istock; S. 6, 11 Pexels.

2025 – 135. Jahrgang  
Druckauflage: 6178 Ex.  
WEMF/KS-Beglaubigung 2024  
Total verbreitete Auflage: 5038 Ex.  
Total verkaufte Auflage: 5038 Ex.

ISSN 2296-6498



«Gütesiegel der Fach- und  
Spezialpresse» ausgezeichnet  
vom Verband Schweizer Medien  
Gewinner des Q-Awards 2017

### Titre de la publication

Pour les indications dans les bibliographies:

**SWISS DENTAL JOURNAL SSO**

Dans la revue: **SDJ SSO**

### Adresse de la rédaction

SWISS DENTAL JOURNAL SSO,  
Postfach, 3000 Bern 8

### Pour les envois express et de colis:

Postgasse 19, 3011 Bern  
Téléphone: 031 310 20 88  
E-Mail: kommunikation@sso.ch  
Website: www.swissdentaljournal.org

### Rédacteur en chef

Simon F. Gassmann,  
lic. iur., Rechtsanwalt LL.M.  
Thunstrasse 7, 3001 Bern  
Téléphone: 031 313 31 31  
E-Mail: sekretariat@sso.ch

### Rédaction

– Andrea Renggli, Kommunikation SSO,  
Bern, andrea.renggli@sso.ch

### Editorial Board

#### Swiss Dental Journal SSO – Science and clinical topics

##### Editor-in-chief:

– Michael Bornstein,  
University Center  
for Dentistry, Basel  
(michael.bornstein@unibas.ch)

##### Editors:

– Alessandro Devigus, Private Practice,  
Bülach  
– Andreas Filippi, University Center for  
Dentistry, Basel  
– Julian Grégoire Leprince,  
University of Geneva, Clinic of Dental  
Medicine  
– Christoph Ramseier, University of Bern,  
School of Dental Medicine  
– Matthias Zehnder, University Center  
for Dental Medicine, Zurich

### Éditeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

##### Président:

D<sup>r</sup> méd. dent. Jean-Philippe Haesler,  
Estavayer-le-Lac

##### Secrétaire général:

Simon F. Gassmann, lic. iur., Rechtsanwalt  
LL.M., Thunstrasse 7, 3001 Bern  
Téléphone: 031 313 31 31  
E-Mail: sekretariat@sso.ch

##### Gestion des abonnés:

Generalsekretariat SSO,  
Daniela Marti, Thunstrasse 7,  
Case postale, 3001 Bern  
Téléphone: 031 313 31 31  
E-Mail: sekretariat@sso.ch

##### Service de la publicité et des annonces

FACHMEDIEN – Zürichsee Werbe AG  
SWISS DENTAL JOURNAL SSO  
Tiefenastrasse 2, 8640 Rapperswil  
Téléphone: 044 928 56 11  
E-Mail: zahnmedizin@fachmedien.ch  
Website: www.fachmedien.ch

##### Direction des annonces:

Eveline Schneider  
Téléphone: 044 928 56 55  
E-Mail: eveline.schneider@fachmedien.ch

##### Délai pour la publication des annonces:

Le 15 du mois précédant la parution.  
Tarifs des annonces et des exemplaires  
de la revue sont disponibles sur  
demande au Service de la publicité et des  
annonces.

##### Instructions aux auteurs:

Vous trouverez les instructions pour  
les auteurs des articles de  
médecine dentaire sur le site Web  
www.sso.ch.

### PRIX DES ABONNEMENTS (EN CHF)

#### Suisse

par année (10 numéros) 313.30  
Abonnement pour étudiants 65.40  
Numéro isolé 39.40  
inclus TVA 2,4%

#### Europe

par année (10 numéros) 327.80  
Numéro isolé 38.50  
+ expédition et frais de port

#### Outre-mer

par année (10 numéros) 350.90

### Production:

Galledia, Burgauerstrasse 50, 9230 Flawil  
Website: www.galledia.ch

### Traducteurs:

– Patrick Burkhard, Cormondrèche  
– Cindy Hinaut-Cazin, Sonceboz  
– Jan Mahnert, Berne  
– Jacques Rossier, Seftigen  
– Frédérique Scherrer, Soleure

### Abréviations utilisées:

**CC** Comité central  
**CPS** Commission pour la Politique  
de la Santé  
**CHPE** Commission d'hygiène du cabinet  
dentaire et de la protection  
de l'environnement  
**CAE** Commission des affaires  
économiques  
**CCI** Commission Centrale d'information  
**CRI** Commission Romande  
d'Information  
**BZW** Bureau pour la formation  
postgrade en médecine dentaire

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires. Les déclarations exprimées par nos interlocuteurs reflètent leurs propres opinions. Le SDJ n'assume pas les affirmations de ses interlocuteurs dans les entretiens et les articles publiés.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

Crédit photos: page de titre  
Getty Images; p. 7, 11, 55 Istock;  
p. 6, 11 Pexels.

2025 –135<sup>e</sup> année  
Tirage: 6178 ex.  
certifiés par la REMP 2024  
Tirage distribué: 5038 ex.  
Tirage vendu: 5038 ex.

ISSN 2296-6498



«Gütesiegel der Fach- und  
Spezialpresse» ausgezeichnet  
vom Verband Schweizer Medien  
Gewinner des Q-Awards 2017

# Rudocain<sup>®</sup> / Rudocain<sup>®</sup> forte

Articaini hydrochloridum, Adrenalinum (ut Adrenalini hydrochloridum)

- Analgetische Wirkung nach 1 – 3 Minuten<sup>1</sup>
- Eingriffsreife Anästhesiedauer<sup>1</sup>:
  - Rudocain<sup>®</sup> mindestens 45 Minuten
  - Rudocain<sup>®</sup> forte mindestens 75 Minuten
- Gutes Wirkungs- und Toxizitätsprofil<sup>2\*</sup>
- Eigenproduktion in Uznach



Lokalanästhesie **punkt** genau.

**Rudocain<sup>®</sup> / Rudocain<sup>®</sup> forte, Injektionslg.:** **Z:** Articaini hydrochloridum (40 mg/ml), Adrenalinum (5 µg/ml; 10 µg/ml) ut Adrenalini hydrochloridum. **I:** Infiltrations- und Leitungsanästhesie in der Zahnheilkunde. **D:** Zangenextraktion von Oberkieferzähnen: vestibulär 1.7 ml/Zahn, ggf. Nachinjektion; Schnitt/Naht am Gaumen: palatinal ca. 0.1 ml pro Einstich; Zangenextraktionen Unterkiefer-Prämolare: Infiltration 1.7 ml/Zahn, ggf. vestibuläre Nachinjektion. Max. Dosis: Erwachsene: 7 mg Articain/ kg KG; Kinder (4 –12 J) max. 5 mg/kg KG. Spezielle Dosierungsanweisungen entnehmen Sie bitte [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirk- und Hilfsstoffen, Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ; Kinder < 4 J.; unzureichend behandelte Epilepsie; Verminderte Plasmacholinesterase-Aktivität; Herzkrankheiten; Engwinkelglaukom; Einnahme von nicht-kardioselektiven Betablockern, MAO-Hemmern oder trizyklischen Antidepressiva; Hyperthyreose; Phäochromozytom; Anästhesien des Kapillarnetzes. **VM:** Nicht in entzündetes Gewebe; Vorsicht bei Myasthenia gravis, Porphyrie, halogenierten Inhalationsanästhetika, Diabetes mellitus, Nieren- oder Leberfunktionsstörungen, Angina pectoris, Arteriosklerose, Blutgerinnungsstörungen. Risiko von Methämoglobinämie bei hohen Dosen, Gewebenekrosen, Verletzungen der Nerven und Geschmacksverlust. Reduktion bei Hypoxie, Hyperkaliämie und metabolischer Azidose. **IA:** Beruhigungsmittel; Lokal- und Inhalationsanästhetika; COMT-Hemmer; Neuroleptika; Oxytocinartige Arzneimittel; Sympathomimetika; Postganglionäre adrenerge Blocker; Trizyklische Antidepressiva; MAO-Hemmer; nicht-kardioselektive-Betablocker; Antidiabetika **UAW:** Parästhesie; Schwellungen von Zunge, Lippen oder Zahnfleisch; Entzündung an Injektionsstelle; Kopfschmerzen; Dysgeusie; Ageusie. Swissmedic: B. Stand der Information: September 2022. ZulassungsinhaberIn: Streuli Pharma AG, 8730 Uznach. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). \* Bezogen auf Articain. **1** Fachinformation von Rudocain<sup>®</sup> und Rudocain<sup>®</sup> forte. Stand der Information: September 2022. [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). **2** Luo et al. The potential of articaine as new generation of local anesthesia in dental clinics: A review. Medicine (Baltimore). 2022 Dec 2;101(49):e32089. Die Referenzen werden auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.

# WELTPREMIERE!

## Chairside Zirkonoxid Zahnersatz!

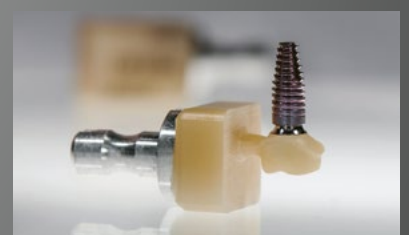
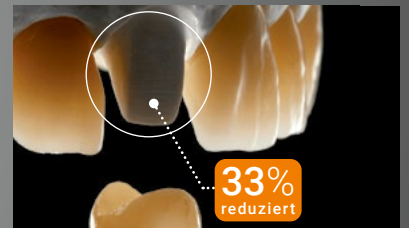
AUCH FÜRS LABOR

- ✓ Perfit FS vollgesintertes Zirkon
- ✓ extrem wirtschaftlich
- ✓ delegierbar, einfaches Handling
- ✓ maximal optimierter, offener byzz® Workflow
- ✓ höchste Passgenauigkeit
- ✓ extrem präziser Randabschluss
- ✓ Zahnschutzschonend
- ✓ keine Schrumpfungfehler
- ✓ kein Glanzbrand nötig - nur polieren
- ✓ kein Sinterofen nötig
- ✓ extrem schnell
- ✓ Profi-Support

### EASY Mill4



**DESIGNSERVICE:**  
Testkrone nach  
Ihrem Datensatz  
gewünscht?



**Perfit**  
by **vatech**

Perfect Aesthetic  
Zirconia Solution





SONS OF THE WIND