

Zahnmedizin aktuell

Dank an die SSO

Der Universitätsrat hat an seiner Sitzung vom 5. Februar 1998 beschlossen, dass das Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel als Teil der Medizinischen Fakultät bestehen bleibt und all seine Funktionen in Lehre, Forschung und Dienstleistung weiterhin wahrnehmen wird.

Die bereits seit Anfang 1997 eingeleiteten Massnahmen zur substantiellen Verminderung der Kosten müssen allerdings noch verstärkt werden, um die Wirtschaftlichkeit des Zentrums bis ins Jahr 2000 massiv zu erhöhen und um die Ausbildungsstätte im gesamtschweizerischen Vergleich zur kostengünstigsten werden zu lassen. Der gemeinsame Kampf um die Erhaltung des angesehenen Zentrums, der von allem Anfang an mit handfesten Argumenten geführt werden konnte, hat sich gelohnt.

Im Namen der Medizinischen Fakultät der Universität Basel, des Departementsausschusses, aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Studierenden am Zentrum für Zahnmedizin bedanke ich mich recht herzlich bei allen SSO-Mitgliedern, die sich tatkräftig für den Erhalt un-

serer universitären Ausbildungsstätte durch Unterstützung und Solidarität eingesetzt haben.

Besonderen Dank gebührt aber den Repräsentanten der SSO, vorab ihrem Präsidenten, Kollege Hans-Caspar Hirzel, und ihrem Vertreter in der Task Force, Kollege Daniel Kempf, die mit ihren fundierten Analysen und prognostischen Studien zur Entwicklung der zahnärztlichen Versorgungsdichte in unserem Land dem Universitätsrat die nötigen Entscheidungsgrundlagen massgeblich er-

gänzen konnten. Beeindruckend war auch die Resolution der Präsidentenkonferenz; ganz herzlichen Dank auch dafür!

Wir vom Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel werden uns bemühen, das von allen Seiten in uns gesetzte Vertrauen auch in Zukunft durch Leistungen zum Wohl unseres Zahnärztenachwuchses und unserer Patienten gebührend zu würdigen. Wir hoffen aber

auch, dass bei künftigen Entscheidungen in universitären Angelegenheiten die Entscheidungsgremien auf eidgenössischer Ebene ihre Abklärungen sorgfältiger vornehmen werden.

*Prof. Dr. Jakob Wirz
Vorsteher des Zentrums
für Zahnmedizin der
Universität Basel*



Fotos: Schnetz, Weill

Gute Nachrichten für Prof. Jakob Wirz und das Zentrum für Zahnmedizin in Basel: Keine Schliessung.

Basel: «Konserviertes» Zentrum für Zahnmedizin

Wie die SMfZ in der Februar-Ausgabe bereits vermelden konnte, wird das Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel nicht geschlossen. Der Entscheid des Universitätsrates ist an die Bedingung geknüpft, das Universitätsbudget bis zum Jahr 2000 um einen Betrag von 3,6 Millionen Franken zu entlasten.

(ubpd) Der Universitätsrat hat in seiner Sitzung vom Februar 1998 im Einvernehmen mit der Leitung des Zentrums für Zahnmedizin beschlossen, Lehre, Forschung und Dienstleistung im Bereich Zahnmedizin unter der Bedingung einer substantiellen Verminderung der Finanzierung aus dem Universitätsbudget weiterzuführen. Die Kürzung des jährlichen

universitären Beitrags an das Zentrum erfolgt etappenweise und wird im Jahr 2000 3,6 Millionen Franken betragen.

In der langfristigen Ausrichtung «Die Universität Basel auf dem Weg ins 21. Jahrhundert» hatte der Universitätsrat im Oktober 1997 die Fortführung der Ausbildung für Zahnmedizin wegen der hohen Betriebskosten sowie der anstehenden

Investitionen in Frage gestellt. In den folgenden Monaten erarbeitete eine Arbeitsgruppe «Task Force Zahnmedizin» unter der Leitung von Uni-Rektor Prof. René L. Frey einen Bericht, welcher Massnahmen zu einer wesentlichen Entlastung des Universitätsbudgets durch Verbesserung der Kosteneffizienz und durch zusätzliche Mehreinnahmen vorschlägt. Zudem werden auf absehbare Zeit keine grösseren Investitionen nötig sein.

Aufgrund dieser Ausgangslage hat der Universitätsrat nun die Weiterführung der Ausbildung von Zahnärztinnen und Zahnärzten beschlossen. Die Verbesserung der Jahresrechnung um 3,6 Millionen Franken verlangt aber erhebliche Anstrengungen. Der Univer-

sitätsrat wird darum zusammen mit den Verantwortlichen des Zentrums geeignete Massnahmen zur Verbesserung und Kontrolle der Führungsarbeit und -systeme sowie zur Unterstützung der Zusammenarbeit in die Wege leiten.

Die erhöhte Wirtschaftlichkeit des Zentrums wird nicht nur die Jahresrechnung der Universität entlasten, sondern die zahnärztliche Ausbildung in Basel zur kostengünstigsten machen.

Die freiwerdenden Budgetmittel der Universität werden vor allem zur Schaffung von Stellen für den wissenschaftlichen Nachwuchs sowie für die Ausgestaltung der beschlossenen Makroschwerpunkte «Kultur» und «Life Sciences» eingesetzt.

Zahnmedizin ist Kunst und Wissenschaft

Der Beitrag «Professor Schärer in Hochform» (SMfZ 11/97) weckte das Interesse zahlreicher SMfZ-Leser am Wortlaut der Rede, die der Referent anlässlich der Verabschiedung der zwölf Diplomandinnen und zwölf Diplomanden des ZZMK der Universität Zürich am 24. Oktober 1997 in der Aula im Hauptgebäude gehalten hatte. Eine minimale redaktionelle Bearbeitung – beispielsweise die Einfügung von Zwischentiteln – soll den Topos dieser gelungenen Ansprache beibehalten, die durch die trübe Vortragsweise von Prof. Schärer noch zusätzliche Wirkung erzielte.

Ich stehe hier und sollte eine Rede oder Ansprache halten, dem würdigen Rahmen angepasst, aber nicht zu langweilig – schliesslich möchten wir alle diesen Moment mit Freude, aber ohne Langeweile hinter uns bringen, wenn möglich ohne speziellen Bezug zu meinem eigenen Fachgebiet – aber gleichwohl eine Rede mit ein paar tief grundsätzlichen Bemerkungen zu unserem Berufsstand, zu Ihrer Zukunft oder zumindest zur Menschheit im allgemeinen.

Glücklicherweise weiss ich aus eigener Erfahrung, dass von einer solchen Rede sehr wenig in Erinnerung bleibt. Oder erinnern Sie sich etwa noch, was Ihnen anlässlich Ihrer Maturafeier erzählt wurde? Auch von meiner Konfirmation erinnere ich mich nicht einmal mehr an den Bibelspruch, der mir vorsorglicherweise schriftlich auf meinen Lebensweg mitgegeben wurde.

«Jeder hat das Recht, dumme Fehler zu wiederholen»

Es wird dies wohl meine letzte Pflichtübung als Staatsexamensredner sein, und ich könnte Ihnen natürlich von meiner 40jährigen Berufserfahrung oder meiner 30jährigen Erfahrung als Dozent der Zahnmedizin berichten. Zwar weiss ich, dass Sie dies nicht sehr interessiert, schliesslich hat jeder junge Zahnarzt das Recht, die gleichen dummen Fehler nochmals wiederholen zu dürfen, ohne auf ein akademisches Auslaufmodell, einen Dinosaurier aus Jurassic Park I hören zu müssen. Diese Gruffis, die neidisch auf Ihre Jugendlichkeit sind, haben im Alter Ihnen gegenüber ohnehin nur noch einen einzigen Vor-

teil, nämlich einen gewissen Erfahrungsvorsprung. Wenn man diesen aber auch noch negieren will, dann liegt der Vorteil 100prozentig bei Ihnen, den Jungen. Ich will Ihnen die gute Laune nicht verderben, und deshalb werde ich als baldiger AHV-Bezüger verzichten, über die gute, alte Zeit zu sprechen, vor allem auch deshalb, weil die heutige Zeit jedenfalls – oder auch – in der Zahnmedizin ohnehin viel besser, viel inter-



Starker Auftritt von Prof. Peter Schärer in der Aula der Universität Zürich

essanter und viel spannender ist.

Der Zahnmediziner ist als oraler Mikrochirurg – was beim Bohren in natürlichem Zahnmateriale mit der kleinsten Füllung anfängt – genau wie alle anderen Bereiche der ärztlichen Chirurgie enormen modernen Verbesserungen und Veränderungen ausgesetzt: Aus einer rein reparativen wurde ein prophylaxeorientierte, möglichst zahnschonende restaurative Zahnheilkunde, in der ästhetische Forderungen unserer Patienten eine genauso grosse Rolle spielen wie die neusten biologischen oder materialkundlichen Aspekte unseres Berufes.

Der Chirurg und damit auch der Zahnmediziner erscheint als Macher, als Prototyp des «Handwerkers», dessen Können im Machen, im ärztlichen Schaffen mit seinen Händen liegt.

Der griechische Philosoph Anaxagoras hat als erster die Behauptung aufgestellt, dass der Mensch das klügste Wesen unter allen Tierarten geworden sei, weil er zuerst Hände bekam, mit denen er dann das Erschaffen gelernt hat. Natürlich hatte diese naturalistische Vorstellung, dass der Mensch erst durch seine Hände klug geworden sei, den mehr geistig und intellektuell orientierten Philosophen – wie z.B. Aristoteles – überhaupt nicht zugesagt, genau wie wir auch heute vermutlich an der philosophischen Fakultät I und bei unseren schöngeistigen Intellektuellen wohl eher die Ansicht vorfinden, dass umgekehrt es die Klugheit des Menschen war, der er seine schaffenden Hände verdanke.

Fingeranordnung, die Mutation des ersten Fingers, des Daumens, zum Adduktor war, welche es unseren Vorfahren ermöglichte, besser zu greifen, die ersten Werkzeuge, aber auch die ersten Waffen herzustellen, und dass die Hirnentwicklung dabei erst nachher kam, nach der Veränderung der Daumenstellung. Rein physiologisch haben wir auch heute noch die grösste Anzahl von feinbewegungskontrollierenden Muskelspindeln des ganzen Körpers in den Daumenadduktoren, im Gegensatz zu unseren Verwandten, den Affen, ein weiterer Beweis, dass vor vielen Jahrmillionen die Entwicklung der Hand der eigentliche Anfang des Menschen darstellte. Natürlich hat die menschliche Klugheit vor allem der Moderne dazu geführt, dass wir dank neuem Wissen heute immer weniger mit unseren Händen zu arbeiten haben. Aber das ändert nichts an der evolutionären Ausgangslage. Anaxagoras – als Naturphilosoph – hatte schon vor über 2000 Jahren recht: Es war zuerst die Hand und erst nachher die Klugheit, welche den Menschen zum Menschen machte oder machen sollte. Durch die Hand entstand das Handwerk, aus dem Handwerk das Kunsthandwerk, daraus die Kunst – ohne Hände wäre die Kunst nicht möglich gewesen.

Berufliche und menschliche Befriedigung

Ein Dozent unseres Zentrums – allerdings kein Zahnarzt – hat vor kurzem in einem Vortrag das Postulat aufgestellt, die Zahnmedizin sei keine Kunst, sondern eine reine Wissenschaft. Ich muss dieser Ansicht als klinischer Zahnarzt vehement widersprechen. Zahnmedizin ist vor allem eines, nämlich ein Handwerk. Ich habe die heutige, oft despektierliche Verachtung für alles, was mit den Händen zu erarbeiten ist, für das Handwerkliche, diesen intellektuellen Dünkel gegenüber jemandem, der mit seinen Händen zu arbeiten hat, nie begriffen. Denn die Zahnmedizin hat mir persönlich, gerade deshalb, weil ich hier handwerkliches, sehr oft künstlerisch schaffendes Können mit modernstem Wissen in Biologie,

Materialentwicklungen, neuen Techniken in präventiver und restaurativer Zahnmedizin verbinden konnte, ungeheure Freude und berufliche wie menschliche Befriedigung gebracht. Wenn ich als Grufti etwas bemerken darf, dann das, dass ich während meines ganzen Berufslebens deshalb soviel Befriedigung in diesem Beruf Zahnmedizin gefunden habe, weil ich immer mein Wissen ins praktische Handwerk übertragen konnte, weil eben die Zahnmedizin beides ist, Kunst und Wissenschaft. Eine nur wissenschaftliche und forschungsorientierte Zahnmedizin ist genauso obsolet, unrealistisch, veraltet und entspricht noch der veralteten Forschungsgläubigkeit der 60er und 70er Jahre wie eine rein klinische Zahnmedizin, die nicht bereit ist, alle die neuen Erkenntnisse unserer Forschung in den Dienst am Patienten einzubringen.

90% Routine, 10% im Grenzbereich

Das wird nicht immer leicht sein – meine Damen und Herren – denn Sie wissen, dass die Halbwertszeit Ihres Wissens heute immer kürzer wird und dass sie in spätestens 20 Jahren nur noch einen kleinen Teil von dem werden anwenden können, was Sie während der letzten drei Jahre gelernt haben. Es sei denn, sie wollen – unbeirrt von all dem, was in der modernen klinischen Zahnmedizin weitergehen wird – nichts mehr Neues zur Kenntnis nehmen und lernen – z.B. deshalb, weil Sie Ihre Interessen von Ihrem Ihnen langweilig gewordenen Berufe auf ein anderes Gebiet wie Golf, Segeln, Mountainbiking, Computer, Frauen resp. Männer oder andere Hobbies verlegt haben – eine bedauerliche berufliche Entwicklung.

Ein berühmter amerikanischer Dozent, Dr. Gordon Christensen, der die Privatpraxistätigkeit von über 2000 Zahnärzten in den USA und im Ausland kontinuierlich verfolgt und beurteilt, stellt sich auf den Standpunkt, dass man sehr wohl ein Leben lang Befriedigung in seiner Tätigkeit als Zahnarzt finden kann, wenn man bewusst neben 90% täglicher Routine immer 10% seiner Tätigkeit in seinem

beruflichen Grenzbereich als Herausforderung betreiben kann, also 10% der Zeit für neue Techniken, neue Methoden und Materialien neben den 90%, mit denen Sie später Ihren Lebensstandard, inkl. Einfamilienhaus, Mercedes oder Sportwagen, Familie und Ferien in der Karibik erschaffen müssen. Wenn allerdings das Geldverdienen in der Routine zu Ihrer 100%-Berufsausübung wird, dann tun Sie mir heute schon herzlich leid, selbst wenn Sie schon bald einen schöneren Wagen fahren werden als ich oder zum mindesten ein schöneres Velo als Prof. Lutz.

Umfassendes Wissen ist gefragt

Der Zahnarzt als Macher, als Kunsthandwerker auf biologischer Basis wie jeder Chirurg, muss sich allerdings davor hüten, nur Handwerker zu werden, womit wir uns würdig in die Reihe unserer rein instrumentell orientierten, viel kritisierten Schulmediziner einreihen würden, eine Gefahr, weil Sie – im Gegensatz zum diagnostisch breiter ausgebildeten Allgemeinmediziner – während Ihres Studiums bewusst auf das Machen, aber relativ wenig auf ein differenziertes, diagnostisches Denken ausgebildet wurden. Die Kritik an der Schulmedizin muss uns dann genauso treffen, vor allem, wenn wir in komplexeren Situationen, z.B. beim Behandeln von Störungen des gesamten Kausystems oder in Situationen, wo diagnostisches Denken notwendig wäre, immer gleich zum Bohrer greifen oder zu Messer oder Zange, obgleich ein Gespräch, eine sorgfältige Diagnose, vor allem aber eine sorgfältige Planung die primäre, richtige therapeutische Vorgehensweise wäre. Hier kommt der Urmensch, der Neandertaler in uns zum Vorschein, der zuerst mit den Händen greift, weil sich die Klugheit in unseren Vorfahren noch nicht entwickelt hatte. Auch das gehört zu einer befriedigenden Berufsausbildung als Zahnarzt, dass man einsieht, dass der Bohrer oder die Zange nicht alles in einem Beruf ist, weil wir eben nicht nur Handwerker, sondern Wissende und Handwerker sein müssen.

Die Bevölkerung, jedenfalls in unseren westlichen Ländern, ist heute in einem hohen Grade zahn- und zahngesundheitsbewusst wie noch nie zuvor, was gut für Ihre zukünftige Berufstätigkeit sein wird. Ich habe da vor kurzem einmal die Sonntags-Zeitung, ein mir zutiefst unsympathisches Blatt, gekauft, weil darin über die Zahnärzte und das sogenannte «Zahnärztekartell» sehr kritisch berichtet wurde. Dabei wurden in dieser Journaile weder die neuen Entwicklungen der Zahnmedizin in Klinik und Forschung zur Kenntnis genommen noch der Umstand, dass das «Zahnärztekartell» in der heutigen Zeit ohnehin in der Auflösung ist: Reklame für Zahnärzte (allerdings nur wahrheitsgetreue), Gemeinschaftspraxen, neue Versicherungssysteme (z.B. prophylaxeorientierte), klare Bindungen an vereinbarte Tarife mit einer entsprechenden Informationspflicht gegenüber dem Patienten werden genauso zu Ihrer Zukunft gehören wie die neusten Fortschritte in der Implantologie, ästhetischen Zahnheilkunde, Kariologie, Parodontologie etc.

In der gleichen Ausgabe las ich über ein Interview zwischen den zwei Filmschauspielern Julia Roberts und Mel Gibson. Mel Gibson, gefragt, welche Eigenschaft er bei seiner Partnerin am meisten bewundere, sprach nicht etwa über die Schönheit der Julia Roberts noch über ihren Charme, sondern viel mehr: «Im Falle Julia war das einfach: Ihre bewundernswerteste Eigenschaft ist ihre exzellente Mundhygiene.»

Zahngesundheits als Selbstverständlichkeit

Warum hat mich das eigentlich überrascht: Unsere Filmwelt widerspiegelt – häufig unbeabsichtigt – die jeweiligen Trends unserer Gesellschaft. Noch vor 20 Jahren war eine exzellente Mundhygiene gesellschaftlich überhaupt kein diskutables Thema, ganz sicher kein Filmthema. Während meiner Studienzeit hat unser Professor Gerber jeweils nur die langweilig aufgestellten Prothesen eines John Wayne oder eines Maurice Chevalier gezeigt. Heute ist Mundhygiene sogar ein Filmthema.

Vor kurzem wurde in unserem langweiligen Schweizer Fernsehen der Film «Pretty Woman» gezeigt, ein sehr alter Film, wenn er endlich mit mehrjähriger Verspätung von Schellenbergs Roten Genossen (SRG) dem Schweizer Publikum gezeigt wird. Sie erinnern sich vielleicht noch, wie Richard Gere Julia Roberts in der Toilette kontrollierte, weil er annahm, sie würde Drogen spritzen, dabei wollte sie nur mit Zahnseide die Erdbesamchen zwischen ihren Zähnen entfernen, weil sie diese in ihren Interdentalräumen störten: Dies, obgleich diese Dame – jedenfalls in ihrem Filmberuf – ihre Freier bekanntlich nicht küssen wollte. Trotzdem hat sie regelmässig Zahnseide verwendet, Mundhygiene gemacht, etwas, was noch nie in einem Film gezeigt wurde.

Was ich meine: Prophylaxebewusstsein, das Bedürfnis nach sauberem, schönen weissen Zähnen – teilweise durch das Fernsehen und die Frauen-Illustrierten geschaffen –, sind heute ein völlig normaler integraler Bestandteil unserer schönheits-, jugendlichkeits- und gesundheitsorientierten Gesellschaft geworden. Deshalb werden wir auch weiterhin Zahnärzte brauchen. Diese werden allerdings ständig mit neuen Problemen und beruflichen Herausforderungen und mit immer besser informierten, anspruchsvolleren und auch stärker kostenbewussten Patienten konfrontiert. Wenn Sie also glauben, Ihr Beruf könnte in Zukunft langweilig werden, dann sind Sie selber daran schuld – und nicht die Patienten. Gute Zahnärztinnen und Zahnärzte werden auch weiterhin gute Patienten finden, schlechte Zahnärztinnen und Zahnärzte allerdings immer weniger. Freuen Sie sich deshalb auf Ihre zukünftige berufliche Tätigkeit.

Wir haben versucht, Ihnen durch Ihren Einsatz von beiden Händen und Ihrer Klugheit eine möglichst breite Basis zu vermitteln. Zeigen Sie dem Handwerklichen wie dem Wissenschaftlichen künftig mehr Verständnis im Denken und Handeln als alle alten griechischen Philosophen – Sie werden erst noch viel Spass dabei haben. In diesem Sinne: Alles Gute für Ihre Zukunft.

Professor Lang: Klage gegen «Facts»

Roger D. Weill (Text und Foto)

Wie Prof. Klaus P. Lang resp. sein Rechtsvertreter Dr. Jacob Stichelberger gegenüber der SMfZ bestätigten, wird gegen «Facts» Klage mit Schadenersatzforderung eingereicht. Auslöser dafür ist die Publikation der Rangliste mit den angeblichen «120 Top-Zahnärzten» der Schweiz in der «Facts»-Ausgabe vom 8. Januar 1998. Prof. Lang firmierte dort als Leiter einer 20köpfigen Jury. Lang gab als einziger dieser Jury, die für die 120 Namen verantwortlich zeichnete, seine Identität preis.

Die SSO hat gemäss Presse- und Informationschef Peter Jäger von unabhängiger juristischer Seite prüfen lassen, ob diese Rangliste gegen das Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) verstosse. Diese Expertise würde allenfalls Grundlage für eine Klage seitens der SSO sein. Interessant ist in diesem Zusammenhang – als Vergleich – ein kürzlich gefälltes Urteil des Deutschen Bundesgerichtshofes. Dieser hat in zwei Urteilen entschieden (30. April 1997, AZ I ZR 196/94 und I ZR 154/95), dass Veröffentlichungen des Nachrichten-Magazins «Focus» über die 500 besten Ärzte beziehungsweise Rechtsanwälte Deutschlands wettbewerbswidrig sind. Die Publikationen der Ranglisten würden gegen das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb verstossen. Die Qualifizierung als beste Ärzte und Rechtsanwälte gelte als Anpreisung, die den Rahmen einer sachlich veranlassenen Information über Spezialisierungen und die Qualifikation verliessen. So habe sich die Empfehlung der Rechtsanwälte auf die Kriterien «Reputation unter Kollegen» und «Präsenz in Fachkreisen» gestützt. Dies hat das Gericht als nicht aussagekräftige und nicht objektivierbare Bewertungskriterien angesehen. Der Bundesgerichtshof wendet sich nicht gegen die Information, sondern gegen die Form der Darstellung. Eine journalistische Recherche werde vorgetäuscht, tatsächlich sei nur die anpreisende Information des Werbenden oder die positive Äusserung eines Dritten in Form eines redaktionellen Beitrags veröffentlicht worden.

«Facts» deckt die Anonymen

Im Gespräch mit der «Facts»-Chefredaktion wollte die SMfZ schon vor Wochen die Namen der übrigen 19 Jury-Mitglieder erfahren. René Lüchinger, stellvertretender Chefredaktor, wollte jedoch um nichts in der Welt die Namen preisgeben. «Wir haben dies unseren Gewährleuten zugesichert; der einzige, der auf seine Anonymität verzichtet hatte, war Professor Lang.»

Lüchinger räumte ein, dass die Geheimhaltung von nicht genannt sein wollenden Persönlichkeiten und die gleichzeitige Offenlegung eines einzigen Namens berufsethisch fragwürdig sei. Doch – so Lüchinger – Prof. Lang habe sich mit dieser Vorgehensweise vorgängig einverstanden erklärt.

Dass dem so gewesen sein dürfte, geht aus einem längeren Telefongespräch mit Prof. Lang vom Mittwochnachmittag, 7. Januar 1998, hervor. Die SMfZ hatte damals den Direktor der Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik der Universität Bern betreffend seinen Einsatz im wissenschaftlichen Gremium der neuen «SwiDent»-Versicherung kontaktiert.

Lang holte dabei zuerst zu einem rhetorischen Schlag gegen die SSO aus, deren Absichts stehen er in Sachen «SwiDent» aufs schärfste verurteilte. Die SSO sei eine «Berufsgewerkschaft», der es in erster Linie um Besitzstand gehe. Im Verlauf dieser Unterhaltung kündigte er auch den Beitrag an, der am folgenden Tag in «Facts» erscheinen sollte und in dem zum erstenmal Schweizer Zahnärzte nach Fachgebieten einem breiteren Publikum präsentiert wür-

den. Lang war sich dabei offenbar im klaren darüber, dass er mit seiner nach aussen hin sichtbaren Mitarbeit in dieser Jury ein Unterfangen unterstützte, das nicht mit der Standesordnung der SSO übereinstimmte.

Lang hat «Facts» somit sicher nicht ganz unbeabsichtigt als Vehikel benutzt, um der ungeliebten «Berufsgewerkschaft» SSO, aus der er in der Zwischenzeit seinen Austritt erklärt hat, eins auszuwischen. (Ein Austritt während eines Standesverfahrens ist jedoch nicht möglich.) Die SSO nimmt nämlich im Gegensatz zum feurigen Befürworter Lang gegenüber «SwiDent» eine neutrale Haltung mit gewissen Vorbehalten ein.



Militärische Taktik fürs Zivile: Prof. Lang rüstet zum Kampf gegen «Facts»

Persona non grata

Die Schadenersatzklage von Prof. Lang wird sich laut Dr. Jacob Stichelberger in der Höhe zwischen «10 000 und einer Million Franken» bewegen. Es ist zweifellos erwiesen, dass Prof. Lang aus der «Facts»-Angelegenheit finanzielle Nachteile erwachsen. So erklärte der Verantwortliche der Flimser Herbstwochen, Dr. Carlo Metzler, dass er Prof. Lang für den Kurs Anfang Oktober ausgeladen habe. «Wir wollten kein Risiko eingehen. Die momentane Stimmung könnte zu einer zu kleinen Anzahl von Anmeldungen führen», meinte Metzler. Er kann sich vorstellen, den Kurs «Perioprothetik mit und ohne Implantate» zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen.

Prof. Lang seinerseits teilte der SMfZ eine Beschlussfassung aus der Genfer SSO-Sektion mit, in der einem Hochschuldozenten angedeutet wurde, gemeinsame Auftritte mit Prof. Lang seien zur Zeit unerwünscht.

Allgemein spricht Lang von einer professionellen Hysterie, die sich teilweise auch in ausfälligen Schreiben gegen seine Person zeige. Zudem werde er auch im wahrsten Sinn von der SSO zur Kasse gebeten – 4000 Franken müsse er im Zusammenhang mit dem Standesverfahren bezahlen. «Es gibt jetzt nichts anderes, als das im Militär Erprobte in die Tat umzusetzen: Konzentration der Kräfte für die Klage gegen «Facts».»

Allein für das Recht

Eine Anfrage bei der Informationssendung «10 vor 10» ergab, dass Lang seinen eigenen Fall dort «angemeldet» hatte. Die TV-Verantwortlichen haben bis heute jedoch davon abgesehen, das Thema aufzugreifen. Weder Lang noch SSO-Sekretär Dr. Alexander Weber haben zudem zu erkennen gegeben, dass sie – in diesem Fall mit gleich gelagerten Interessen – den inkriminierten «Facts»-Beitrag vor den Presserat bringen wollen (s. nebenstehenden Beitrag).

So werden sich in absehbarer Zeit zum einen die Standeskommission der SSO sowie das Bezirksgericht Zürich mit den Umständen und den Folgen der Veröffentlichung der «120 Top-Zahnärzte» in der zweiten «Facts»-Ausgabe dieses Jahres auseinandersetzen haben. Gelassen geben sich die Verantwortlichen der TA-Medien. Presserechts-Konsulent Simon Canonica bestätigte die Aussagen von «Facts»-Redaktor René Lüchinger, dass genügend Faxmaterial als Beweismaterial vorhanden sei. Prof. Lang habe die Vorgehensweise von «Facts» ausdrücklich gebilligt. Er habe sowohl um den Wunsch nach Anonymität seiner Kollegen gewusst, habe den Korrespondenzweg zur Zusammenstellung der Rangliste akzeptiert und nichts gegen das zahnarztunabhängige Beratungszentrum in Dietikon als administrierenden Koordinator einzuwenden gehabt.

Presserat behandelt Beschwerden

Der Presserat ist ein Organ des Schweizerischen Verbandes der Journalistinnen und Journalisten und behandelt Beschwerden, bei denen es sich um journalistische Beiträge handelt, die allenfalls die berufsethischen Massstäbe verletzen.

(rdw.) Der Presserat kann auch aus eigenem Antrieb aktiv werden, vor allem in Fällen, wo es um die Presse-/Medienfreiheit geht. Der Presserat steht allen natürlichen Personen kostenlos zur Verfügung. Presserat-Sekretär Martin Künzi, der in Interlaken eine Anwaltspraxis betreibt, sagt gegenüber der SMfZ, dass im Prinzip auch juristische Personen diese Institution problemlos anrufen können. Präsident des Presserates ist der bekannte Medienwissenschaftler Prof. Roger Blum von der Universität Bern. Die Arbeit des Presserates zeigt sich zum Teil in öf-

fentlichen Stellungnahmen (Communiqués, Medienkonferenzen) sowie in der jährlichen Sammlung der behandelten Fälle. Sanktionsmöglichkeiten kennt der Presserat nicht. «Allerdings können wir die Öffentlichkeit für ein Thema bis zu einem gewissen Grad sensibilisieren», meint Künzi.

Angesprochen auf «Facts» weiss Künzi spontan von zwei Beiträgen des vergangenen Jahres, die dem Nachrichtenmagazin aus dem Haus der TA-Medien (Tages-Anzeiger) eine Schelte seitens des Presserates eingebracht haben.

Die Publikation von gewissen Bildern sowie der Abdruck von Gerüchten, Stellungnahmen und Anschuldigungen – mitunter ohne Quellenangabe – führten in zwei Berichten über einen Pädophilen-Prozess in Genf resp. über Kindsmisshandlung gemäss dem Presserat zu verzerrten Darstellungen. Den in die Rechtsfälle verwickelten Personen erwuchs infolge dieser Beiträge teilweise grössere Nachteile.



Presserat-Präsident Prof. Roger Blum

Berns richtige Nummern

Infolge eines Versehens erschienen in der letzten SMfZ-Ausgabe falsche Telefon- und Faxnummern des Sekretariates der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern. Hier die richtigen Nummern:

Telefon: 031 / 632 25 78

Telefax: 031 / 632 49 06

Zuschrift

Zahnmedizinische Deontologie

An sich ist der Laie gut beraten, wenn er sich nicht in Fachdiskussionen auf Gebieten einmischet, von denen er wenig versteht. Wenn er nun aber einer Schule vorsteht, die nach bestem Wissen und Gewissen ausgebildete Fachkräfte in die zahnärztliche Praxis entsendet, kann ihm der zahnmedizinische Diskurs nicht gleichgültig sein, nur weil er Pädagoge ist. Wenn er zudem noch durch gewisse «Factsaden» aufgeschreckt sich für die jüngere Geschichte des zahnärztlichen Rufs zu interessieren begonnen hat, liest er die SMfZ besonders aufmerksam. Jedes Parteiblatt stellt das Tun seiner Partei, jede Zeitschrift irgend eines Berufsstands die Bedeutung des Tuns seiner Mitglieder aus verständlichen Gründen ins beste Licht. So wohl auch die SMfZ. Oder?

Nummer 1/98, S. 19 ff Konservierende Zahnheilkunde-Restaurationen für wen? Autoren: Prof. Dr. F. Lutz, Dres. Ivo Krejci und Mario Besek. Der Laie liest erstaunt, dass «in der Kons. Chaos herrscht», dass die Erfolgslosigkeit der konservierenden Zahnheilkunde programmiert ist, dass «das ethische Minimalziel <der Bevölkerung dienen> ... grob vernachlässigt» wird, dass «Zahnmedizin ist, was sich am einfachsten und gewinnbringendsten verkaufen lässt», der konservierend arbeitende Zahnarzt als eine Art Totengräber des Zahns und nicht als Zahnerhalter wirkt. Man bekommt unwillkürlich Angst, je wieder einen Zahnarzt aufzusuchen, und fragt sich, weshalb denn an den Universitätsinstituten solche verantwortungslose «Kannibalen» ausgebildet werden, die «Inkompetenz und fehlende Fertigkeit» durch unreflektiertes «Verschlingen des schönen und starken Gegners», sprich: der Produkte der Dentalindustrie, zu beheben versuchen. Das Bild ist so makaber wie die Graphik, die den vom Zahnarzt zu Tode konservierten Zahn zeigt. Rettung bringen sollen

die Formulierung von Qualitätsstandards für Restaurationen und der Patient. Zwar wird der Mehrheit letzterer ein bescheidener «dentaler Intelligenzquotient» unterstellt (ein dem Schreibenden neuer Wert, der sich wohl aus Umfang und Performance des Portefeuilles des Patienten sowie der Ausbildung des behandelnden Zahnarztes und seiner Fertigkeit zusammensetzt), aber sie sollen durch gute Vulgarisierung der zahnmedizinischen Hochsprache – und vielleicht beraten



Dr. Ulrich Gschwind

durch hochkompetente Patientenberater, die Listen guter Zahnärzte erstellen helfen... – zu Experten qualifiziert werden und dem tumben oder moralisch zersetzten Zahnarzt sagen, welches Füllungsmaterial und welchen Kleber sie wollen. Natürlich erhält der Artikel viel beherzigenswerte Information, doch: Muss es gerade eine Ausbildungsstätte für Zahnärztinnen und Zahnärzte sein, die ihr Produkt so harsch in Frage stellt? Oder diene der Artikel vielleicht dazu, der SwiDent den Boden vorzubereiten, die ja ohne Qualitätsstandards kaum auskommen wird, soll sie zum grossen Geschäft werden? Hoffentlich sind es dann wirklich die von den Autoren herbeigesehnten, den Patienten dienenden und den Restruf der Zahnmedizin erhaltenden Standards, welche die Versicherung zur Ein-

grenzung ihres Risikos aufstellt. Was hat die SwiDent hier zu suchen? Nun, man öffne die Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin 2/98, wo Roger D. Weill «mit einigem Erstaunen zur Kenntnis nahm, dass ein ausgezeichnete Wissenschaftler ... mit der Propagierung der SwiDent-Idee die Werbetroffel für die ... <SwiDent> ... rührte», während ein anderer ausgezeichnete Wissenschaftler und Hauptautor des Beitrags, aus dem die oben aufgeführten Zitate stammen, prophezeit, die SwiDent sei «für die Zahnärzte ... eine massive Botschaft». Unter «massiv» dürfte der Autor kaum etwas dem zahnärztlichen Gewissen Schmeichelndes verstehen.

Wenn man sich hobbymässig mit Zufällen beschäftigt, also etwa beim Radfahren über die zeitliche Koinzidenz von Facts, SMfZ-Artikeln und der SwiDent-Lancierung spintisiert, wenn man, ausgestattet mit einem gut durchschnittlichen dentalen IQ, solche Selbstdemontagen einer Zunft zur Kenntnis nehmen muss, mit deren Vertretern man eng und ganz gern zusammenarbeitet, fühlt man sich doch aufgerufen, Experte zu spielen. Nicht für zahnfarbene Restaurationen, sondern für den Ruf der Zahnmedizin in der Öffentlichkeit. Wie bei Ärzten, Anwälten, Lehrern, Pfarrern, Mafiosi und Prostituierten gibt es sicher auch bei den Zahnärztinnen

und Zahnärzten Begabte, Durchschnitt und Stümper. Immerhin setzen aber die Zahnmediziner/innen jedem Patienten ihren Leistungsnachweis gut sichtbar in den Mund, sofern sie nicht nur denken, sondern auch noch behandeln. Trotz des jedem Beruf eigenen Leistungsgefälles ist aber eines zu bedenken: Wir leben zwar in einer stocknüchternen, aufgeklärten Zeit, in der nur Facts zählen. Doch der Markt des Glaubens (Esoterik, Sekten usw.) blüht wie seit langem nicht mehr. Der Durchschnittsbürger will glauben, dass sein Metzger, sein Auto-mechaniker, sein Psychotherapeut, sein Arzt und sein Zahnarzt gut ist. Und man weiss: Das Fleisch mundet, die Pillen wirken besser, solange dieser Glaube lebt. Warum wollen also gerade die Ausbilder einer Berufsgattung dem Patienten diesen Glauben mit selbstdiffamierenden Analysen und leichtsinnigen Flirts mit schnoddrigen Postillen austreiben, der ihn nicht gehindert hat, zu einem der oral gesündesten der Welt zu werden. Ge-setzt den Fall, der Fisch stinke nun mal am Schwanz: sollte da der Kopf nicht alles für die Behebung des Schadens tun und die Ausbildung hinterfragen, die eine offenbar so schlechte Wirklichkeit schafft.

Dr. phil. Ulrich Gschwind,
Zürich

Zahnärzte und Marketing

(rdw.) «Möglichkeiten und Grenzen der Profilierung moderner Zahnärzte – Ein Bericht aus Marketing-Sicht» heisst die Einzeldiplomarbeit von Marlene Senn an der «Zürcher Höheren Wirtschafts- und Verwaltungsschule», Winterthur. Die sorgfältige und äusserst aktuelle Arbeit in dem von der Verfasserin frei gewählten Fachgebiet entstand innert kürzester Zeit: Die sehr schön präsentierten gebundenen knapp 50 Seiten, die Anfang Februar auf der SMfZ-Redaktion eintrafen, berücksichtigen beispielsweise auch den mittlerweile bekannten «Facts»-Artikel vom 8. Januar.

Die Autorin untersucht anhand allgemeiner Marketing-Grundsätze deren mögliche Anwendung durch den Zahnarzt, dem durchwegs die Merkmale eines (Klein-)Unternehmers zugestanden werden. Als Beispiel mögen die sogenannten «Vier Ps» des Marketing-Mixes dienen: Produkt (Leistungsangebot, Qualität); Plazierung (Praxisstandort, Praxiseinrichtung), Preis und Promotion (Werbung, Kommunikation). Ein Ausblick, in dem vor allem Vor- und Nachteile des Internets abgewogen werden, sowie eine Zusammenfassung runden diese Arbeit ab.

Peter Müller-Boschung vor illustrem Publikum

Ende Januar fand in Berlin zum 23. Mal das traditionsreiche Berliner Presse-seminar des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte statt.

(rdw.) Es stand im Zeichen des sogenannten «2. Gesetzes zur Neuordnung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung» – kurz NOG genannt.

In Anwesenheit eines leitenden Vertreters des Bundesministeriums für Gesundheit, Parlamentsabgeordneten der Bundestagsfraktion und der Bundeszahnärztekammer konnte Dr. Wilfried Beckmann, Präsident des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, darauf hinweisen, dass mit dem 2. NOG Kompetenzen auf die Ebene der Betroffenen verlagert wurden. Das biete dem Patienten Raum zur Selbstbestimmung. Das 2. NOG – seit dem 3. Januar 1998 in Kraft gesetzt – stärke die Eigenverantwortung, da der Patient und keine anonyme Krankenkassenorganisation die Kosten der Behandlung begleiche.

Mit seinem Vortrag über «Erfahrungen mit dem zahnärztlich verantworteten Tarifs-system der Schweiz – Kompetenz – Konsens – Markt» beleuchtete der SSO-Delegierte für internationale Angelegenheiten, Dr. Peter Müller-Boschung, die finanziellen Aspekte des hiesigen Systems.

Erläuterungen zum Tarifaufbau anhand der Modellpraxis für das Jahr 1994, die Ermittlung des Preises für zahnärztliche Leistung sowie statistische Zahlen der Zahnärztlichen Begutachtungskommission bildeten einige der Schwerpunkte der anregenden Ausführungen von Peter Müller-Boschung.

SSO nach Sevilla

Die SSO betritt (spanisches) Neuland: Für die von ihr organisierte Herbst-Fortbildungswoche vom 25. bis 31. Oktober geht sie nach Sevilla.

(rdw.) Mit von der Partie sind bekannte (schweizerische) Referenten, die einen Bogen von der Kinderzahnmedizin bis zur Gerostomatologie spannen.

Dr. Hubert van Waes widmet sich an den ersten beiden Kurstagen, am 26. und 27. Oktober, dem Thema «Frontzahnerhaltung, Frontzahnersatz und Traumatologie bei Kindern und Jugendlichen». Aktuelle zahnmedizinische Probleme rund um das Krankenversicherungsgesetz behandelt Dr. Gian F. Pajarola am Mittwochmorgen. Nachmittags, während zweier Stunden, spricht Pierre de Raemy über die Planung der persönlichen Altersvorsorge. «Die zweckmässige Versorgung alternder Menschen» ist Gegenstand der letzten beiden Kurstage unter der Leitung von Dr. Markus Koller.

Nebst speziellen Programmen für die Begleitpersonen erlaubt die zeitliche Anordnung der Kurse den Zahnärztinnen und Zahnärzten, die geographischen, kulturellen und kulinarischen Schätze der andalusischen Kapitale zu geniessen. Weitere Informationen sind bei Peter Widmer vom Presse- und Informationsdienst SSO erhältlich, Telefon (031) 311 43 57.

Malva vulgaris –
Gemeine Pappel

Die Malve (*M.*) gehört zu den ältesten Heilpflanzen. Verschiedene *M.*-Arten wurden bereits im Altertum für Gurgelwässer, Beruhigungsmittel, erweichende Umschläge und vieles mehr verwendet. Die Römer nannten sie *Omnimorbium* – Arznei gegen alle Krankheiten. Noch während des ganzen Mittelalters galt *M.* als beliebtes Universalheilmittel, das auch bei Zahnschmerzen helfen sollte.

Nomenklatur: *M. vulgaris* ist eine sehr alte Bezeichnung für *M. neglecta* Wallr. (syn. *M. rotundifolia* L.p.p.) mit deutschem Namen «übersehene Malve». *Malva* (lat.) und *malakos* (griech.) bedeuten weich und beziehen sich auf die erweichenden Schleimstoffe der Pflanze. *M. sylvestris* L., die wilde (Wald-) Malve, und die oft an gleichen Standorten vorkommende *M. neglecta* Wallr. gehören zu den in der Phytotherapie am häufigsten verwendeten *M.*-Arten. Sie entwickeln beide flache, käselartige Samenstände, weshalb sie bei uns auch als grosses (*M. sylvestris*) bzw. kleines Käslkraut (*M. neglecta*) bekannt sind.

Botanische Merkmale, Vorkommen:

«Diese Pappeln (*M. vulgaris*) wachsen bis 3. Fus hoch, die Stengel sind etwas haarig, das Kraut ist gelblich grün, die Blume hellröthlichpurpur mit dunklen purpur Streifen» (E. Blackwell, 1750). Wie *M. neglecta* ist auch *M. sylvestris* weltweit in subtropischen und gemässigten Zonen an Ödplätzen, Schutthaufen, Wegrändern und auf Äckern bis etwa 1500 m ü. M. zu finden.

Inhaltsstoffe, Wirkung: Gesammelt werden die getrockneten Blätter von *M. neglecta* und *M. sylvestris* sowie die getrockneten Blüten der letzteren. Sie enthalten Schleimstoffe, Flavonoide, ätherisches Öl und wenig Gerbstoffe mit entzündungswidriger und reizlindernder Wirkung z.B. bei Erkältungskrankheiten und Katarrhen der oberen Atemwege.

Verwendung in der Zahnmedizin: Dank ihrem Gehalt an Schleimstoffen wird *M.* bei Schleimhautentzündungen im Mund- und Rachenraum und damit verbundenen Schluckbeschwerden und/oder trockenem Reizhusten zur Reiz- und Schmerzlinderung



empfohlen. Anwendung: als Teeaufguss oder in Fertigpräparaten – evtl. in Kombination mit andern Muzilaginosen wie Salbeiblättern oder Eibischwurzeln – zu Mundspülungen und Schleimhautpinselungen u.a. bei Aphten; seltener auch orale Einnahme.

(Literatur bei der Redaktion)

Dank: Mit diesem Heft wird die Reihe der Pflanzenabbildungen auf den Titelseiten unserer Monatsschrift abgeschlossen. Wir danken der Zentralbibliothek Zürich, der ETH-Bibliothek Zürich und der Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg herzlich für die Überlassung der Abbildungen.

Die Redaktion

27. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SGP) in Bern vom 11. bis 13. September 1997

Der Patient im Mittelpunkt

Alexandra Rutar, Bern

Der letztjährige SGP-Kongress stellte den Patienten mit all seinen Nöten und Ängsten, seinen Wünschen und Ansprüchen sowie seinen menschlichen und medizinischen Problemen in den Mittelpunkt. Ausserdem wurde ein kleines Jubiläum gefeiert: 15 Jahre waren es her, seit die skandinavische Gruppe den Markstein zur gesteuerten Geweberegeneration gelegt hatte.

Über 400 Teilnehmer fanden sich im wunderschönen Konzertsaal des Casinos ein, wo sie von SGP-Präsident Dr. Gérald Mettraux, vom Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Bern, Prof. Bernhard Lauterburg, und vom Präsidenten des Organisationskomitees, Prof. Niklaus P. Lang, begrüsst wurden. Im Einleitungsreferat beleuchtete Dr. R. Saladin, Bern, auf humorvolle und witzige Art einige Aspekte des Umgangs der Patienten mit ihren Parodontopathien.

Psychologie in der Parodontologie

Bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gab es verschiedene Theorien über die Ätiologie der Parodontalerkrankungen. Der parodontal erkrankte Mensch durfte sich als Opfer pathologischer Vorgänge verstehen. Dies änderte sich, als in den 60er Jahren die bakterielle Infektion als *conditio sine qua non* für eine Parodontitis nachgewiesen wurde. Somit kam es zur Devise «clean it up and keep it clean». Jeder Patient, der sich nicht danach hielt, war «selber schuld». Genau aber diese Haltung hat eine ganze Generation Patienten, DHs und Zahnärzte überfordert und unglücklich gemacht. Vielmehr sollte individuell auf den einzelnen Patienten eingegangen werden: Er sollte mit einer positiven Message motiviert werden, die seine manuelle Geschicklichkeit berücksichtigt (nicht alle sind «Parodontal-Hingisse»). Ausserdem können psychische Faktoren den Hintergrund für eine plötzlich verschlechterte Mundhygiene bilden.

Fehlender Index

Anhand von einigen Studien stellte Prof. H. Löe, Connecticut/USA, das Ausmass der Parodontalerkrankungen in verschiedenen Ländern vor. Dabei sieht er sich immer mit der gleichen Problematik konfrontiert. Kein Index erfasst die Parodontalerkrankung vollständig. Zudem ist es schwierig, einzelne Untersuchungen miteinander zu vergleichen. Allgemein kann gesagt werden, dass sich die Prävalenz von schwerer, fortgeschrittener Parodontitis zwischen 4–10% bewegt, ca. 80% der Bevölkerung von einer moderaten Parodontitis befallen sind und ca. 10% keine Parodontitis aufweisen. Dabei können sozio-ökonomische Verhältnisse, Alter, Geschlecht, Rasse sowie modifizierende Faktoren wie Mundhygiene, Rauchen und systemische Erkrankungen das Ausmass und die Prävalenz von Parodontalerkrankungen beeinflussen.

Neben dem bakteriellen Angriff spielt auch die Wirtsantwort eine grosse Rolle, damit es überhaupt zu einer Parodontitis kommen kann.

Prädisposition für Parodontalerkrankungen

Prof. D. Kinane, Glasgow/UK, präsentierte einige systemische und lokale Faktoren in der Wirtsantwort, die eine Prädisposition für Parodontalerkrankungen darstellen. Individuen mit einer reduzierten Anzahl oder Funktion von polymorphkernigen Granulozyten zeigen ein erhöhtes Ausmass an parodontaler Destruktion. Medikamente wie Calcium-Blocker, Nifedipine oder Immunsuppressiva füh-

ren zu Gingivahyperplasien. Nicht eingestellte Diabetes kann den Schweregrad und das Fortschreiten der Parodontitis verstärken. Andere hormonelle Störungen oder Umstellungen (Schwangerschaft, Pubertät, Menstruation) und zusätzliche Plaqueakkumulation können zu einer verstärkten Gingivitis führen. Bei guter Mundhygiene und einer Parodontalbehandlung mit entsprechender Nachsorge kann jedoch die parodontale Gesundheit erhalten werden. Nicht zu vergessen sind genetisch bedingte Krankheiten (z.B. Downs-Syndrom, Papillon-Lefèvre-Syndrom) und hämatologische Störungen, beispielsweise verschiedene Neutropenien oder Leukämien, die die parodontale Destruktion fördern. Ausserdem spielen Stress und das Rauchen eine wichtige Rolle in der Effizienz unserer Immunantwort. Umstritten ist jedoch, ob das Alter per se eine gewisse Prädisposition für die Parodontalerkrankung ist.

Der genetische Faktor Interleukin-1

Prof. K. Kornman, San Antonio/USA, berichtete über das Patientenrisiko für das Fortschreiten der Parodontitis. Bei anderen multifaktoriellen Erkrankungen wurden Gene nachgewiesen, die eine Erkrankung verstärken oder aber abschwächen können. Einem solchen genetischen Faktor scheint man nun bei der Parodontalerkrankung auf der Spur zu sein, und zwar handelt es sich um den sogenannten genetischen Faktor Interleukin-1. Interleukin-1 spielt in der Entzündungsantwort eine Rolle; es aktiviert die Knochenresorption und Kollagen Destruktion und beeinflusst die Wirkung von polymorphkernigen Granulozyten und Monozyten. Studien bei Patienten mit schwerer Parodontitis zeigten, dass 66% von ihnen positiv für diesen Faktor waren. Ausserdem konnte bei Parodontitis-Patienten, bei welchen dieser Faktor exprimiert war, eine bis zu 3mal erhöhte Ausschüttung von Interleukin-1 als Antwort auf den bakteriellen Angriff gemessen werden. Dies weist

wiederum auf eine überhöhte Entzündungsantwort hin. In einer anderen Untersuchung fand man bei für diesen Genotyp positiven Parodontitis-Patienten ein zwischen 2–4mal erhöhtes Risiko, während der Betreuungsphase Zähne zu verlieren. Bei all diesen Patienten verstärkt das Rauchen die Prävalenz und das Ausmass der Parodontitis.

Es sind noch weitere Studien nötig, um dieses Gebiet zu erforschen; wenn sich jedoch diese Resultate bestätigen, wäre ein grosser Schritt nach vorne in der Risikoeinschätzung für den einzelnen Patienten gemacht.

Die Bedeutung der Massenmedien

Den Kommunikationsfluss zwischen Zahnarzt und Patienten und das Bewusstsein und Verhalten zur Parodontalerkrankung wurde anhand von etlichen Untersuchungen in Spanien von Dr. M. Sanz, Madrid, näher beleuchtet. Dazu wurden die Patienten und die Zahnärzte separat zu den gleichen Themen befragt. Wichtig für die Patienten ist, dass sie gut und ausreichend über Behandlungsablauf und die Kosten informiert würden. Dies war aber nur bei wenigen der Fall gewesen. Häufig hatten die Patienten auch nicht oder nur wenig verstanden, worum es in der Erkrankung, bzw. in der Behandlung ging. Die Zahnärzte sahen dies allerdings anders. Sie hatten das Gefühl, ihre Patienten ausreichend informiert zu haben, litten aber unter Zeitdruck und wurden von der Angst und vom Stress des Patienten negativ beeinflusst. In der Aufklärung und im Bewusstsein der Parodontalerkrankungen spielen neben der oft noch zu kleinen Rolle des Zahnarztes immer mehr die Massenmedien den wichtigen Part.

Neues Diagnostik-Konzept

Wie wichtig es ist, über die Pathogenese von Parodontalerkrankungen möglichst Bescheid zu wissen, betonte Prof. U. Zappa, Basel, in seinem Referat über Gemeinsames und Unterschiede in der Entstehung der verschiedenen Parodontitisformen. Dies er-

möglicht ein besseres Verständnis für die Erkrankung und hilft auf der Suche eines diagnostischen Markers. Neben der in der Praxis gut umsetzbaren klinischen Diagnostik, die aber häufig einen bereits eingetretenen Schaden erfasst, gibt es auch mikrobiologische, histologische, biochemische und molekularbiologische Methoden der Diagnostik. Oft sind diese enorm aufwendig, teuer und am Patienten nicht 1:1 anwendbar. Prof. Zappa hat nun ein neues Konzept zur Diagnostik von Parodontalerkrankungen auf seiner Abteilung entwickelt, die sogenannte aktivitätsgesteuerte Stabilisierung = AKTISTAB. Anhand von longitudinaler Beobachtung des Patienten wird eine Diagnose und Risikoeinschätzung individuell erstellt und ein Behandlungs- bzw. Betreuungsprogramm erstellt. Man darf auf die Bewährung dieses Konzeptes gespannt sein.

Das Wurzelzement und die Zementogenese

Der zweite Tag wurde mit dem Vortrag von Prof. H. E. Schroeder, Opfikon (ZH), über das Wurzelzement, dem Schlüsselgewebe des Parodonts, eröffnet. Es gibt drei unterschiedliche Arten von Wurzelzement: Nur eine dient zur Verankerung: das azelluläre Fremdfaserzement. Im Gegensatz dazu ist das zelluläre Eigenfaserzement für die Reparatur von Wurzelfraktur und Wurzelresorption und Verdickung des apikalen Wurzelmittels zuständig. Dieses Zement hat die grösste Bildungsrate. Beim durchgebrochenen Zahn findet man einen dritten Wurzelzementtypen, das zelluläre Gemischtfaserzement, das als langfristiges Resultat einer alternierenden Anlagerung der beiden anderen Zementarten im apikalen Drittel erfolgt. Somit untersteht die Wurzeloberfläche menschlicher Zähne einer dynamischen Umgestaltung und Adaptation, um auf veränderte Gegebenheiten reagieren zu können.

Die Rolle von Amelin und Amelogenin

In einem wissenschaftlich hochstehenden, aber nicht

einfach zu folgendem Referat über Proteine der Zementogenese legte Dr. L. Hammerström, Huddinge/Schweden, die neusten Erkenntnisse über die Entstehung, Reparatur und Regeneration von Wurzelzement dar. In einigen histologischen Untersuchungen an Zähnen von Ratten und Guinea-Schweinen, aber auch von menschlichen Zähnen, wurde die Rolle von sogenannten Schmelzproteinen, v.a. von Amelin und Amelogenin, aufgezeigt. Während der Wurzelbildung konnten diese zwei Proteine im apikalen Bereich (Ort der Zementogenese) nachgewiesen werden. Neuerdings werden Schmelzmatrixproteine, v.a. Amelogenin, auch zur parodontalen Regeneration propagiert. Ob sie einen gesicherten Verwendungszweck für dieses Vorgehen bilden, werden weitere klinische Studien zeigen müssen.

Die gesteuerte Geweberegeneration

Ebenfalls um Regeneration des parodontalen Gewebes ging es im Vortrag von PD Dr. M. Tonetti, Bern. 15 Jahre nach der klinischen Einführung der gesteuerten Geweberegeneration (GTR) war es Zeit für eine Standortbestimmung. Eine Meta-Analyse, die 18 Studien mit 545 Defekten beinhaltet, ergab, dass tiefe intraossäre Defekte die besten klinischen Resultate nach GTR zeigten. Der klinische Attachmentgewinn betrug im Durchschnitt 4,1 mm, die residuelle Sondierungstiefe nach Behandlung belief sich auf 3,3 mm. Weniger beeindruckend sind die Erfolge der GTR in der Furkationsbehandlung; Ziel der GTR wäre ein Schliessen der Furkation. Verschiedene Untersuchungen zeigen jedoch, dass das Auffüllen von Grad-2-Furkationen möglich ist. Die Voraussagbarkeit des Erfolges ist aber sehr schwierig und unterliegt einer grossen Variabilität (0–90%). Über Erfolg oder Misserfolg in der GTR entscheidet hauptsächlich die richtige Auswahl: 1. des Patienten, 2. des Defektes und 3. des Operateurs. Etliche Studien bele-

gen, dass eine gute Mundhygiene, die Kontrolle der parodontalen Infektion und das Rauchen einerseits, die Tiefe und Breite des intraossären Defektes andererseits wesentlich die Resultate in der GTR-Therapie beeinflussen. Am Erfolg mitbeteiligt sind ausserdem die Erfahrung und die chirurgische Geschicklichkeit des Operateurs.

Die Ziele von GTR

Weitere Ausführungen zum Thema der gesteuerten Geweberegeneration folgten von Dr. P. Cortellini, Bern/Firenze. Untersuchungen zeigten, dass die GTR auch bei Pfeilerzähnen mit tiefen intraossären Defekten zu guten klinischen Erfolgen führt, die die Prognose dieser Zähne massgeblich verbessern. Ziele der GTR sind: 1. das Erhöhen des parodontalen Attachments, 2. die Reduktion der Taschentiefe und 3. eine möglichst geringe Rezession.

Gerade im anterioren Bereich spielt der letzte Punkt eine grosse Rolle. Deshalb hat gerade das Team Tonetti/Cortellini die «modified papilla preservation technique» als Schnittführung eingeführt und auch schon vorgestellt. Dieses Vorgehen soll eine Schrumpfung der Gewebe möglichst verhindern. Die Erfolge können schliesslich nur für jene parodontale Therapie erzielt und beibehalten werden, wenn die Patienten in einem regelmässigen Recall integriert sind.

Mikrobiologie

Prof. A. Mombelli, Bern, beleuchtete in seinem Vortrag die mikrobiologischen Aspekte in der gesteuerten Geweberegeneration (GTR). Folgende drei Situationen können zu Misserfolgen in der GTR führen, wie in zahlreichen Studien nachgewiesen wurde: 1. eine unvollständige Entfernung der Bakterien vor der GTR, 2. die Kolonisation und Infektion während der GTR und 3. die Reinfektion während des Recalls. Deshalb ist es unerlässlich, dass vor der GTR eine parodontale Behandlung erfolgt. Unter Umständen ist sogar eine zu-

sätzliche Vorbehandlung mit «local delivery devices» in Betracht zu ziehen. Während der GTR sollte möglichst eine Membranexposition verhindert werden. Studien zeigen, dass die Bakterien das gingivale Siegel nie vollständig von der Membran abhält, auch wenn es zu keiner Freilegung der Membran kommt. Weiter ist man sich einig, dass der postoperative Gebrauch eines Antiseptikums (Chlorhexidin) sinnvoll ist. Umstritten ist jedoch die Antibiotikaabgabe in Kombination mit GTR. Je nach Autor und Schule liegen gegensätzliche Meinungen vor; beide Behandlungsmodalitäten führen zu guten klinischen Erfolgen. Eine optimale Mundhygiene und ein regelmässiges Recall sichern die erzielten Erfolge und schützen vor einer Reinfektion während der Betreuungsphase.

Der Knochen und seine Regeneration

Mit Hilfe von faszinierenden histologischen Schnittbildern brachte Prof. A. J. Olah, Bern, dem Publikum das Medium Knochen näher. Vor allem während der Osteogenese handelt es sich dabei um ein sehr empfindliches Gewebe.

Unabdingbare Voraussetzungen für die Knochenbildung sind eine ausreichende Blutversorgung und eine biomechanische Stabilität. Die Osteogenese läuft über verschiedene Phasen ab. Nach Bildung eines Koagulums und des darauffolgenden Granulationsgewebes entsteht der Faserknochen, der mit seinem bindegewebigen Gerüst für die biomechanische Stabilität sorgt. Dies ermöglicht die Invasion von läsionsgefährdeten Gefässsprossen. Gleichzeitig werden angiogene Wachstumsfaktoren aus der lädierten Gefässmatrix freigesetzt. Als letzte Phase erfolgt dann der Umbau von Faserknochen zum Lamellenknochen.

Erfolgreicher Einsatz resorbierbarer Membranen

PD Dr. Ch. H. F. Hämmerle, Bern, beschäftigte sich in sei-

nem Vortrag mit der gesteuerten Knochenregeneration und stellte die Problematik wie auch die letzten Trends in diesem Vorgehen vor. Immer wieder kann der Kollaps von Membranen, eine unvollständige Regeneration und Weichteildehiszenzen beobachtet werden, auch wenn titanverstärkte Membranen oder dank Memfix-Schrauben geschaffene Hohlräume als Hilfsmittel benützt werden und eine richtige chirurgische Technik angewandt wird. Ausserdem braucht es zuletzt immer einen Zweiteingriff, um die Membran zu entfernen. Deshalb laufen mehrere Experimente, die sich mit resorbierbaren Membranen (v.a. Polylactide und Polyglycolide) und verschiedenen Stützmaterialien beschäftigen, da die resorbierbaren Membranen nicht formstabil sind. Als Stützmaterialien können autologes, heterologes Knochentransplantat und xenogene Knochenersatzmaterialien (z.B. Bio-Oss) verwendet werden. Folgende Kriterien sollten für das Knochenersatzmaterial erfüllt sein: Biokompatibilität, Abbaubarkeit und nach Möglichkeit eine positive Beeinflussung der Knochenbildung. Im Moment belegen erste klinische Untersuchungen den erfolgreichen Einsatz von resorbierbaren Membranen kombiniert mit Knochenersatzmaterialien zur Behandlung periimplantärer Knochendefizite.

Die Rolle der Wachstumsfaktoren

Der wissenschaftliche Vortrag von *Frau Prof. A. Calens*, Leuven/Belgien, beinhaltet die verschiedenen Wachstumsfaktoren und ihre mögliche Rolle in der Regeneration. Diese Wachstumsfaktoren sind Polypeptide, die die Chemotaxis, Proliferation, Differentiation und Produktion von extrazellulären Matrixproteinen regulieren. Die wichtigsten (neben zahlreichen anderen) Wachstumsfaktoren im Knochen sind Zement und in der Gewebeheilung der «platelet derived growth factor»

(PDGF), der «transforming growth factor beta» (TGF-β), der «insulin like growth factor-1» (IGF-1) und die sogenannten «bone morphogenetic proteins» (BMPs). Es handelt sich bei all diesen Untersuchungen um In-vitro-Studien oder Tierstudien. Die grösste Schwierigkeit in diesen Experimenten ist es, einen Träger für diese Substanzen zu finden, der lange genug in situ bleibt. Die vielversprechendsten Resultate in der Knochenbildung scheint die Kombination von BMP, PDGF und IGF-1 zu liefern. In der Zukunft wird man sich noch eingehender mit der Suche nach idealen Wachstumsfaktoren beschäftigen.

Die GBR-Faktoren

Prof. D. Buser, Bern, stellte in seinem Referat beeinflussende Faktoren in der gesteuerten Knochenregeneration (GBR) vor. Lokale Faktoren können dabei eine Rolle spielen: Im Gegensatz zu chronischen Defekten werden bei akuten Knochendefekten Wachstumsfaktoren freigesetzt; ausserdem zeigen 4-Wand-Defekte ein besseres Regenerationspotential als 2-Wand-Defekte. Die Knochenersatzmaterialien sind ein wichtiges Hilfsmittel in der GBR.

Die Beurteilung dieser Materialien richtet sich nach dem «Gold-Standard», dem autologen Knochen. Es sind Studien im Gange, die sechs verschiedene Ersatzmaterialien testen.

Es ist und bleibt wichtig, solche Ergebnisse, die zumeist im Tiermodell erreicht wurden, kritisch zu beurteilen. Weiter werden resorbierbare Membranen klinisch getestet. Auch in diesem Vorgehen gibt es einen «Gold-Standard», an dem alle anderen Verfahren gemessen werden: Nicht-resorbierbare Membranen (z. B. Teflon), kombiniert mit autologen Knochen, liefern ausgezeichnete Erfolge mit einer guten Voraussagbarkeit. Das Ziel für die Zukunft ist es, gleich gute Resultate mit weniger klinischem Aufwand erzielen zu können.

Workshops und Seminare

Am dritten Tag fanden vier parallel durchgeführte Workshops und Seminare zu den folgenden Themen statt, die entsprechend der individuellen Anmeldung besucht werden konnten:

1. Radiologische Diagnostik und Qualitätssicherung in der Parodontologie (*Prof. U. Brägger*, Bern)
2. Knochenregeneration und Implantate (*PD Dr. Ch. Hämmerle*, Bern, und *Dr. M. Marxer*, Luzern)
3. GTR-Strategien (*PD Dr. M. Tonetti* und *Dr. P. Cortellini*, Bern/Firenze)
4. Betreuung des Implantatpatienten (*Prof. A. Mombelli*, *Prof. N. P. Lang*, *Frau B. Bush*, Dentalhygienikerin)

Gleichzeitig hielten die 5 Finalisten, die aus 16 (!) Bewerbungen für den Hans-R.-Mühlemann-Forschungswettbewerb ausgewählt wurden, ihre Vorträge.

Prof. N. P. Lang verkündete die Sieger:

- *Dorte Haubek*, Aarhus/Dänemark: Geographic Dissemination of a high-toxic clone of *Actinobacillus actinomycetocomitans* associated with juvenile periodontitis
- *Phoebus N. Medianos*, Göteborg/Schweden: Porphyromonas gingivalis infection of oral epithelium inhibits neutrophil transepithelial migration.

Die Sieger des Posterwettbewerbes wurden von *Prof. H. E. Schroeder* prämiert:

- *Camillo Morea*, Bern: Development of an optoelectronic positioning device for serial direct digital images
- *Stefan Studer*, Basel: Quantitation of esthetic guidelines for the mucogingival region

Prof. Mühlemann zum Gedenken

An der Hans-R.-Mühlemann-Gedenkfeier ehrten nacheinander *Dr. M. Leu*, Zürich, *Prof. K. H. Rateitschak*, Basel und *Prof. G. Cimasoni*, Genf,

den am 1. Juni 1997 verstorbenen Professor in bewegenden und sehr persönlichen Worten als grosse Persönlichkeit, Vordenker und Pionier in der Prävention der Zahnerkrankung und der Parodontologie der neueren Zeit.

Die SGP verdankt ihm nicht nur die Gründung, sondern auch die langjährige treue Verbundenheit mit dieser Gesellschaft.

Prof. Mühlemann war aber nicht nur ein grosser Akademiker, sondern er war auch mit seiner warmherzigen und humorvollen Art in der Lage, sich überall und jenseits jeglicher (Sprach-)Grenzen Freunde zu schaffen.

Wir werden ihn immer in Erinnerung behalten.

Origineller Abschluss

Als letzte, aber bestimmt unvergessliche Veranstaltung der Tagung folgte ein Vortrag, der nichts direkt mit Zahnmedizin zu tun hatte und auf originelle Art zur Horizonterweiterung beitrug.

Prof. emeritus Claus D. Kernig, Mühlheim/Deutschland, sprach über politische, ökonomische und ökologische Zukunftsperspektiven. In einer fesselnden Art, würzig und witzig, beschäftigte er sich mit der Struktur und Eigendynamik der Gesellschaften. Politische, wirtschaftliche und soziale Trends lassen sich keineswegs so beeinflussen, wie Regierungen, Parteien, Medien und Verbände es sich wünschen. *Prof. Kernig* stellte Denkmodelle vor, die die Zukunftsperspektiven der Menschheit der nördlichen und südlichen Hemisphäre durchaus hoffnungsvoll gestalten liessen. Die Skepsis, dass sich solche Denkmodelle in die Wirklichkeit übertragen lassen, bleibt freilich bestehen. Abschliessend kündete SGP-Präsident *Dr. G. Mettraux* den nächsten SGP-Kongress an, der am 15./16. Oktober 1998 in Basel unter der Leitung von *Prof. U. Zappa* stattfinden wird. *Mettraux* schloss diese interessante und abwechslungsreiche Tagung mit bestem Dank an die zahlreichen Teilnehmer und an das Organisationskomitee mit *Prof. N. P. Lang* an der Spitze.



Buchbesprechungen

Anästhesie

Brandt L:
Illustrierte Geschichte der Anästhesie. 272 S., 337 Abb., DM 198.–, *Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart (1997).* ISBN 3-8047-1501-X

Seit jeher ist Zahnmedizin im Volksmund mit Schmerzen in Verbindung gebracht worden, sei dies mit Zahnschmerzen oder Schmerzen bei der Zahnbehandlung. Obwohl nicht spezifisch auf die Zahnmedizin ausgerichtet, mag deshalb die Geschichte der Anästhesie, die ja weitgehend eine Geschichte der Schmerzausschaltung und -bekämpfung ist, auch die Zahnärzte interessieren.

Unter der Leitung von Ludwig Brandt wurde das Werk, das die erste umfassende Aufarbeitung dieses Teils der Geschichte der Medizin in deutscher Sprache darstellt, von fünf Anästhesisten verfasst, während ein sechster die fotografische Dokumentation beisteuerte. Entsprechend den fünf Autoren ist der Text in ebenso viele Teile gegliedert. Dass die Anästhesiologie ein junges Fach der Medizin ist, geht schon daraus hervor, dass der erste Teil, sozusagen die Urgeschichte, den Zeitraum vom Altertum bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts umfasst. Anders als in den meisten Disziplinen der Medizin ist die Geschichte der Anästhesie in dieser Zeit nicht von einer langsamen, aber kontinuierlichen Entwicklung des Faches geprägt. Vielmehr gab es im Altertum und während des Mittelalters bemerkenswerte Ansätze zur Verminderung der Schmerzen bei operativen Eingriffen, die aber in der frühen Neuzeit weitgehend vergessen gingen, nicht zuletzt wegen der religiös geprägten Auffassung, Schmerzen seien ein Warnzei-

chen beziehungsweise eine Strafe Gottes, die es zu erdulden gelte. Nicht überraschend sind denn auch die ersten Versuche, Zahnschmerzen mit sogenannten Zahnwurm-Kerzen (in Wachs eingeknetete Bilsensamen) zu lindern, aus dem Altertum bekannt, während die ersten Ansätze zur Narkose mit sogenannten Schlafschwämmen (mit Opium und dem Saft anderer Heilpflanzen getränkte und getrocknete Schwämme, die vor Gebrauch in heisses Wasser gelegt wurden) aus dem Mittelalter stammen. Der Übergang von der Urgeschichte zur Neuzeit der Anästhesie ist bekanntlich auch mit einem Zahnarzt verbunden: Horace Wells hatte an einem Jahrmarkt, an dem, wie damals weit verbreitet, zur allgemeinen Belustigung Lachgas an das Publikum verkauft wurde, die offensichtliche analgetische Wirkung dieses Gases bemerkt und erprobte es in seiner Praxis gleich bei einer Zahnextraktion. Wells' öffentliche Vorführung Ende Januar 1845 am Massachusetts General Hospital missriet aber so gründlich, dass dem Lachgas der Durchbruch für die Narkose zunächst versagt blieb und dafür dem Äther, den etwas mehr als ein Jahr später am selben Ort William Morton demonstrierte, der Weg geebnet wurde. Die weitere Geschichte der Anästhesie ist dann aber nicht mehr durch die Zahnheilkunde, sondern die allgemeine operative Medizin geprägt. Sie ist gekennzeichnet durch die Entdeckung weiterer Inhalationsnarkotika, die Anwendung von Muskelrelaxantien vom Curare-Typ, die Entwicklung der Intubation zur Freihaltung der Atemwege, die Konstruktion von Narkoseapparaten und die Synthese von Schlafmitteln zur Erzeugung einer intravenösen Narkose. Diese Aspekte werden in drei

Teilen des Buches, die je eine Zeitperiode von 50 Jahren von der Mitte des letzten Jahrhunderts bis in die neueste Zeit beinhalten, dargestellt. Abgerundet wird die Übersicht schliesslich durch ein Kapitel über die Geschichte der Regionalanästhesie, die erstaunlicherweise nicht durch einen Zahnarzt, sondern den Ophthalmologen Carl Koller mit der Einführung des Kokains für Eingriffe am Auge begründet wurde.

Der Text des Buches ist unterhaltsam und spannend geschrieben. Besonders im ersten Teil fehlen auch humorvolle, Schmunzeln hervorrufende Anmerkungen nicht. Die ausführliche Bilddokumentation ist sehr illustrativ und von hervorragender Qualität. Ein besonderer Genuss wird die Lektüre dieses Werkes speziell für jene Kollegen sein, die wie ich in der Schweizer Armee als Militäranästhesisten Dienst geleistet haben. Ich empfehle es aber auch allen andern historisch interessierten Zahnärztinnen und Zahnärzten herzlich, nicht zuletzt, um zu realisieren, was für eine Tortur chirurgische Eingriffe jeder Art bis vor erstaunlich kurzer Zeit gewesen sein müssen.

Hans-Ulrich Luder, Zürich

Kieferorthopädie

van der Linden F P G M:
Orthodontics with fixed appliances. 547 S., div. Abb., DM 248.–, *Quintessence, London (1997).* ISBN 1-85097-044-0

In diesem aussergewöhnlichen Buch werden 30 Fallstudien vorgestellt. Die Patienten sind bis zu 25 Jahre nach abgeschlossener Behandlung verfolgt und dokumentiert worden. Das Buch ist das neueste Werk in einer Serie des gleichen Autors und kann als Fortsetzung zu seinem Buch «Practical Dentofacial Orthopedics» gesehen werden. Es wird vorausgesetzt, dass sich der Leser mit diesen Büchern und mit den dort erwähnten Fachausdrücken auskennt.

Das Schwergewicht dieses Buches liegt eher in den theoretischen Überlegungen über Behandlungskonzepte und Lang-

zeitergebnisse als in der Behandlungstechnik selber. Die technische Handhabung ist mit der Entwicklung der Bonding-Technik und neuen Metalllegierungen anders als vor 25 Jahren. Der Autor betont auch, dass es in einem Buch über Langzeitstudien interessanter ist zu sehen, wie stabil ein Resultat bleibt und welche Veränderungen, erwünschte und nicht erwünschte, entstanden sind. Mit Hilfe von Fernröntgenanalysen kann mitverfolgt werden, ob diese Veränderungen aus normalen Wachstumsprozessen oder durch die Behandlung entstehen. Ein paar Fälle sind weniger gut geglückt. Diese werden genau analysiert, und wie der Autor selber erwähnt, kann es aus didaktischen Gründen lehrreicher sein, von den Misserfolgen zu lernen als von erfolgreichen Behandlungen.

Die 30 Fälle sind reichlich mit schwarzweissen extraoralen und intraoralen Fotos dokumentiert. Zusätzlich sind, wie oben erwähnt, Wachstumsentwicklungen und Behandlungseffekte mit überlagerten Durchzeichnungen der Fernröntgenbilder dargestellt. Bei speziellen Behandlungsschritten sind diese Einzelheiten mit Fotos oder Zeichnungen illustriert. Eine Kurzzusammenfassung von jedem Patienten findet man zu Beginn des Buches. Gleichzeitig sind Diagnose und Apparaturwahl oben auf jeder Seite angegeben.

Alle Patienten, ausser zwei, waren 15 Jahre alt oder jünger bei Behandlungsbeginn. Die meisten erhielten in der ersten Behandlungsphase die eine oder andere Art von abnehmbaren, extraoralen oder funktionskieferorthopädischen Geräten. Erst in der zweiten Phase wurden festsitzende Apparaturen verwendet. Das Fallspektrum wies die am häufigsten vorkommenden Anomalien auf. Es waren keine Klasse-III- oder Chirurgiefälle dabei.

Zu Beginn des Buches werden ein paar Klasse-I-Behandlungen vorgestellt. Es sind Fälle mit Engständen, offenem Biss und Nichtanlagern. Als zweiter Teil folgt eine Reihe mit Klasse-II:1-Fällen mit oder ohne offenem Biss. Zum Schluss

werden noch einige Klasse- II- 2-Behandlungen mit verschiedenen Komplikationen, wie zum Beispiel bukkale Nonokklusion, diskutiert.

Andere Themen, die besprochen werden, betreffen unter anderem Extraktionen, Form der apikalen Basis, Profilverlauf mit Lippenschluss und Stomionposition, tertiären Engstand, Wachstum, Headgear, Zahngrössendiskrepanzen, Bewegungen von traumabeschädigten Zähnen, Autotransplantationen, Implantate, Diastemata, Verschiebungen der Mittellinie und Komplikationen falscher Putztechnik, welche nach Behandlung mit festsitzenden Apparaturen entstehen können.

Die Retentionsphasen nach Behandlung waren häufig kurz, und viele Retentionsgeräte wurden vor abgeschlossenem Wachstum abgesetzt. Bei einigen Patienten kam es dann auch zu grösseren Rezidiven. Der Autor analysiert dies eingehend und kritisch. Er empfiehlt heute wesentlich längere Retentionszeiten.

Der Autor hat mit diesem Buch etwas Ausserordentliches geschaffen. Mit ausgezeichnete Dokumentation hat er alle diese Patienten von Kindheit bis spät ins Erwachsenenalter verfolgen können. Es ist interessant zu beobachten, wie sich die Gesichter und Zahnstellungen dieser Menschen im Laufe des Wachstums und mit zunehmendem Alter geändert haben. Der Autor hat kritisch, klar und anschaulich die gestellten Diagnosen und die Resultate analysiert. Das Buch ist Kieferorthopäden und Interessierten wärmstens zu empfehlen.

Cathrine Nylén, Basel

Zahnärztliches Vademecum

Weber Th:

Memorix Zahnmedizin.

436 S., 279 Abb, SFr. 74.-, Chapman & Hall, Weinheim (1997). ISBN 3-8261-0056-5

«Zahnmedizin ist aber mehr als Dentologie. Die zahnärztliche Verantwortlichkeit fordert neben den Bemühungen um den Zahn oder um eine technisch perfekte und hochwertige Restauration stets die

Bemühung um den Patienten als Ganzes», schreibt der Autor im Vorwort zu «Memorix Zahnmedizin». Es gelingt ihm, eine komprimierte Sammlung nützlicher Fakten, Tabellen, Normwerte und Diagnosen zusammenzufassen. Differentialdiagnostische Tabellen sowie Checklisten für den Behandlungsablauf aus allen Bereichen der zahnärztlichen Tätigkeit geben dem Leser eine detaillierte Übersicht in die Hand. Mit vielen Literaturhinweisen ist der Leser angehalten, die ihn interessierenden Aspekte in den Originalquellen und der weiterführenden Literatur zu vertiefen und die Auseinandersetzung mit der Wissenschaft in der Praxis zu suchen. Dieses Buch ist nur so gross, dass es gut in der Kitteltasche/Handtasche Platz hat. Bereits im 1. Kapitel, welches sich hauptsächlich mit Grundlagen und Grundbegriffen präventiver Zahnheilkunde beschäftigt, finden wir neben den für die Zahnmedizin wichtigen SI-Einheiten die grundlegenden Kenntnisse der Anatomie und der Prävention. Das 2. Kapitel befasst sich mit der Anamnese und Befunderhebung der Weichteile und der Zähne, inklusive mit den wichtigsten medizinischen Risiken in der Zahnarztpraxis. Im 3. und 4. Kapitel werden Hinweise über die Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie vermittelt. Nomenklatorische Erklärungen werden oft in Schemen übertragen oder in Tabellen zusammengefasst. Das 5. Kapitel beinhaltet die Themen der zahnärztlichen Radiologie und Röntgendiagnostik, leider ohne auf die digitale Röntgentechnik einzugehen. Dabei kommt nicht nur die Einstelltechnik zur Sprache, sondern auch die Durchführung der Konstanzprüfung als Qualitätsfaktor wird erläutert. Veränderungen der Schleimhaut, der Speicheldrüsen und der perioralen Haut sind die Themen im 6. Kapitel. Das nächste Kapitel führt in die Grundlagen zahnärztlicher Hygiene und Arbeitssicherheit ein. Es umfasst die unterschiedlichen Desinfektionsarten und enthält eine tabellarische Übersicht über die Sterilisations- und die anschliessen-

den Lagerungsmethoden. Die nächsten drei Kapitel behandeln die Chirurgie, Traumatologie und die Parodontologie mit detaillierten differentialdiagnostischen und therapeutischen Angaben. Das 11. Kapitel über Endodontie ist sehr übersichtlich und anschaulich dargestellt, obwohl Hinweise über moderne maschinelle Aufbereitungsverfahren fehlen. Im nachfolgenden Kapitel wird die restaurative Zahnheilkunde zusammengefasst. Hier wird auch auf den zahnärztlichen Notfalldienst und auch auf die jeweilige Instrumentation hingewiesen. Das ganze Gebiet der Zahnrestauration wird ausführlich dargestellt. Bei prothetischen Planungen gibt eine Checkliste über den Behandlungsablauf Auskunft. Das folgende Kapitel über die Grundzüge der angewandten zahnärztlichen Pharmakologie beschäftigt sich mit den gebräuchlichen Medikamenten wie Schmerzmittel und Antibiotika. Selbstverständlich werden alle Gefahren und Probleme der Lokalanästhesie behandelt. Als Abschluss fasst eine Tabelle die Arzneimittel-Wechselwirkungen zusammen. Der letzte klinische Teil, Kapitel 14, stellt ein notfallmedizinisches Compendium für medizinische Zwischenfälle in der Zahnarztpraxis dar. Dabei wird die Notwendigkeit der Notfallorganisation klar unterstrichen.

Das letzte Kapitel über Praxismanagement gibt eine Übersicht über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist sowie über die wichtigsten Vorschriften der deutschen Röntgen-, Medizingeräte- und Gefahrenverordnung. Abschliessend folgt ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis, jedoch ist leider die im Text angegebene weiterführende Literatur nicht nochmals erwähnt. Zum Schluss des Buches erleichtert ein Sachverzeichnis das Auffinden der entsprechenden Detailfragen.

Das Ziel des Autors ist es, ein praktisches Vademecum in die Hand zu geben, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Dieses Buch ist nicht nur für Studentinnen und Studenten und für junge Kolleginnen und Kollegen in Wei-

terbildung geeignet, sondern kann auch dem/der erfahrenen Praktiker/in durchaus von Nutzen sein. Es sei allen an der Zahnmedizin Interessierten zur Lektüre empfohlen. Das Buch ist leicht lesbar, besonders hervorzuheben sind die übersichtlichen Tabellen, die zahlreichen anschaulichen Abbildungen und Graphiken, welche den kurzen und prägnanten Text gut ergänzen. Vielleicht wäre es besser, wenn die Kapitel-Anfänge besser markiert wären, um so das schnellere Auffinden der gesuchten Themen zu erleichtern. Ein Ringbuch würde die Möglichkeit schaffen, aktuelle Erkenntnisse zu ergänzen.

Margit Rigo-Gabory, Basel

Notfälle

Lipp, M D W:

Notfalltraining für Zahnärzte: Prophylaxe – Diagnose – Therapie.

2. überarb. und erw. Aufl., 92 S., 106 Abb., 42 Tab., SFr. 158.-, Schlütersche GmbH, Hannover (1997). ISBN 3-87706-465-5

Das vorliegende Buch soll dem Zahnarzt und seinem Team helfen, Notfälle im Umfeld seiner Tätigkeit zu beherrschen. Der erste Teil des Buches widmet sich der allgemeinen Notfallmedizin. Die Bedeutung der drei Vitalfunktionen Atmung, Kreislauf und Bewusstsein wird hervorgehoben, indem auf die Pathophysiologie, die Symptomatik sowie die entsprechenden Diagnosemassnahmen bei Störungen eingegangen wird. In einem weiteren Abschnitt wird die korrekte Rettung und Bergung von Notfallpatienten beschrieben. Ausführlich werden schliesslich die Wiederherstellung der Vitalfunktionen Atmung und Kreislauf sowie die Herz-Lungen-Wiederbelebung behandelt. Die für die Reanimationsmassnahmen notwendigen Instrumentarien wie auch das korrekte Vorgehen werden anhand detaillierter Bilder und Tabellen sowie Algorithmen dargelegt. Dabei werden die neusten Erkenntnisse der Notfallmedizin berücksichtigt.

Der zweite Teil des Buches widmet sich der speziellen Notfallmedizin und somit Notfällen, wie sie in der zahnärztlichen Praxis im besonderen auftreten können. Für die einzelnen Notfälle werden Definitionen, Ursachen und Auslöser, Pathogenese, Leitsymptome sowie die entsprechenden Therapiemassnahmen anhand von Abbildungen und Tabellen klar verständlich aufgeführt. Speziell wird auch auf iatrogen hervorgerufene Notfälle eingegangen. Richtigerweise widmet der Autor im dritten Teil auch der Notfallprophylaxe genügend Platz, kann der Zahnarzt doch bereits im Vorfeld der Behandlung durch ein geeignetes Vorgehen manchen Notfällen mit all seinen unangenehmen Folgen vermeiden. Im besonderen wird auf die Behandlung spe-

zieller Patientengruppen eingegangen. Weitere Abschnitte widmen sich der Auswahl des geeigneten Lokalanästhetikums, der apparativen Überwachung während der Behandlung, der Notfallsausrüstung sowie den dazugehörigen wichtigsten Medikamenten. Schliesslich werden auch die Wichtigkeit des Team-Trainings hervorgehoben und die organisatorischen Grundlagen des Rettungswesens dargelegt. Dieses in jeder Hinsicht gelungene Buch wird dem praktizierenden Zahnarzt helfen können, Notfälle richtig zu beurteilen, zu behandeln oder sogar zu verhindern. Es kann somit allen, die ihre Kenntnisse im Zusammenhang mit Notfallsituationen aktualisieren wollen, wärmstens empfohlen werden.

Leonhard Schulz, Basel



Zeitschriften

Laser

Holt R A, Nordquist R E: Effect of Resin/Fluorid and Holmium: YAG Laser Irradiation on Resistance to the Formation of Caries-Like Lesions.

J Prosthodont 6: 11–19 (1997)

Der Anteil an freiliegenden Wurzelflächen nimmt kontinuierlich mit zunehmendem Alter aufgrund von Parodontalerkrankungen und altersbedingten Veränderungen, die zu Gingivarezessionen führen, zu. Die freiliegende Wurzeloberfläche stellt einen Locus minoris resistentiae für Karies dar.

In dieser Studie wird die Wurzeloberfläche apikal eines Restaurationrandes nach Be-

handlung mit Yttrium-Argon-Garant-Laser und Applikation von Resin/NaF-Mischung untersucht.

48 extrahierte Zähne wurden so präpariert, dass der Restaurationrand in den Bereich der Wurzeloberfläche zu liegen kam. Dabei wurden vier verschiedene Restaurationen (Komposit- und Amalgamfüllungen, Vollkronen mit Gold- und Porzellanrand) ausgewählt. Die Präparate wurden im Säurebad (10% Acidum formicum, PH=2–2,5) unter mechanischer Beeinflussung durch ein Sandstrahlgerät (50 µm Aluminium-Oxid) eingelegt. Die Hälfte der Wurzeloberfläche wurde vorher mit einer Resin/Fluorid-Mischung und YAG-Laser behandelt. Die

andere, unbehandelte Hälfte diente als Kontrolle.

Der Substanzverlust bis zu 2 mm apikal des Restaurationrandes wurde nach 24, 48 und 72 Stunden gemessen, und die Werte wurden statistisch gefasst. Die behandelte Seite wurde jeweils mit der Kontrollseite des selben Zahnes verglichen. Nach 24 Stunden wurde 0,35 mm Substanzverlust bei der unbehandelten Fläche und 0,053 mm bei der behandelten Fläche festgestellt. Nach 48stündiger Wirkung wurde ein signifikant erhöhter Substanzverlust der Kontrollgruppe und minimaler Verlust der behandelten Seite registriert. Es wurde kein Unterschied zwischen den verschiedenen Restaurationstypen festgestellt. Nach 72 Stunden wurden nur bei den Vollkronenrestaurationen Messungen durchgeführt, da einige Komposit- und Amalgamfüllungen nicht vollständig erhalten blieben. Die Untersuchung zeigte einen Zahnschubstanzverlust von 2,06 mm auf der unbehandelten Seite und nur 0,2 mm auf der behandelten Seite auf.

Aus diesen Resultaten geht hervor, dass eine Wurzeloberfläche nach der Behandlung mit YAG-Laser und Applikation von Resin/NaF in PH von 2–2,5 signifikant weniger Substanzverlust wegen Demineralisation aufweist. Diese Verringerung der Demineralisation wird auf die veränderte Oberflächenstruktur und erhöhte Fluorideinlagerung zurückgeführt.

Hossein Mirsaidi, Basel

Mikrobiologie

Tschäpe H: Die Resistenzentwicklung gegen Antibiotika – biologische Grundlagen und klinische Relevanz. *Dtsch Zahnärztl Z 52: 713–717 (1997)*

Antibiotika werden nicht nur in der Human- und Veterinärmedizin zur Behandlung von Infektionskrankheiten eingesetzt. Seit langem dienen sie in der Medizin auch als Prophylaxe oder werden paraklinisch in der Landwirtschaft,

seltener in der Konserven- und Kosmetikindustrie eingesetzt (in vielen Ländern verboten). Dieser qualitativ und quantitativ grosse Einsatz von Antibiotika hat einen erheblichen Selektionsdruck auf alle empfindlichen Infektionserreger zur Folge. Durch ihn ergeben sich nachhaltige Auswirkungen auf die normale Bakterienflora in der Umgebung von Mensch und Tier. So reagieren Bakterienarten durch Bildung resistenter Varianten, um diesem Druck zu entgehen. Es wurde die Beobachtung gemacht, dass der qualitative und quantitative Umfang des Antibiotikaeinsatzes direkt die Häufigkeit des Auftretens und der Verbreitung von antibiotikaresistenten Erregern bestimmte: Je grösser der quantitative Einsatz, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass antibiotikaresistente Bakterien auftreten.

Der Grund für die relativ schnelle Resistenzbildung liegt in der Fähigkeit der Bakterien, zusätzliche genetische Information aufnehmen zu können. Dieser Vorgang wird als «horizontaler Gentransfer» bezeichnet.

So können Gene zwischen verschiedenen Bakterien unterschiedlicher taxonomischer, genetischer und ökologischer Zugehörigkeit ausgetauscht werden. Plasmide, extrachromosomale Erbräger der Bakterien, spielen dabei eine entscheidende Rolle. Sie haben im Verlauf der Phylogenese die genetische Aufgabe der bakteriellen Flexibilität und Anpassung an veränderte Umweltbedingungen übernommen. So können Bakterien mit Hilfe der Plasmide unter grossem Selektionsdruck wie z.B. unter Antibiotikaeinsatz in der Medizin oder Landwirtschaft überleben. Plasmide können sich neben der Aufnahme fremder DNA-Sequenzen autonom von einer Zelle auf eine andere ausbreiten, ohne durch taxonomische Grenzen behindert zu werden. Dabei kann eine Vielzahl von Antibiotikaresistenz-Determinanten zur schnellen Resistenzentwicklung der Bakterien beitragen. Heute sind 7 Stra-

15 Millionen

Der Beitrag «Profitable Prophylaxe?» in SMfZ 2/98 erwähnte die Gesamtkapitalisierung der SwiDent-Zahnpflege-Versicherungsgesellschaft. Die Kapitalisierung beträgt 15 Millionen Kanada-Dollar und nicht wie irrtümlicherweise gedruckt 15 000 Millionen.

tegien und über 150 verschiedene Gene bekannt, die für die Antibiotikaresistenzen verantwortlich sind. Bakterien können Antibiotika vom Wirkort ausschliessen, sie auspumpen, detoxifizieren, zerstören oder den Wirkort nachhaltig modifizieren.

Für den klinischen Einsatz von Antibiotika sind u.a. folgende Punkte zu berücksichtigen: Wissenschaftlich begründete Verordnungsweise der Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Reduktion des Selektionsdruckes und die konsequente Durchsetzung eines getrennten Einsatzes der Antibiotika nach Einsatzgebieten, Stoffklassen und Resistenz- sowie Kreuzresistenzbildung.

Marco Braguglia, Basel

Kronen-Brücken-Prothetik

Seymour K G, Taylor M, Samarawickrama D Y D, Lynch E:

Variation in Labial Shoulder Geometry of Metal Ceramic Crown Preparations: a Finite Element Analysis.

Eur J Prosthodont Restor Dent 5: 131-136 (1997)

Mehrere Studien haben gezeigt, dass die Stufenpräparationen, die täglich in der Praxis ausgeführt werden, stark von der üblich geforderten, 1,5 mm breiten 90°-Stufe abweichen. Diese Studie hatte zum Ziel, mit Hilfe der «Finite Element Analysis (FEA)» die Krafteinwirkung auf die Porzellanverblendung im Schulterbereich von VMK-Kronen mit unterschiedlicher Stufengeometrie bei wechselnder Belastung zu untersuchen.

Als Grundlage diente das bukkale-orale Schnittbild eines idealisierten, oberen mittleren Schneidezahnes, auf welchem mit Hilfe des Computers 5 VMK-Kronen mit identischer Aussenkontur, jedoch mit unterschiedlichem Schulterbereich gezeichnet wurden (Krone 1: 1,3 mm breite 120°-Stufe; Krone 2: 0,8 mm schmale 120°-Stufe; Krone 3:

1,3 mm breite 90°-Stufe; Krone 4: 0,8 mm schmale 90°-Stufe; Krone 5: 1,3 mm breite Hohlkehle). Es wurden drei unterschiedliche Belastungen von jeweils 200 N auf die Porzellanoberfläche simuliert: axiale Krafteinwirkung auf die Inzisalkante; 45°-Krafteinwirkung auf die inzisopalatinale Fläche; 90°-Krafteinwirkung auf die Bukkalfläche. Untersucht wurde die dabei auftretende Stressverteilung im Schulterbereich der Aufbrennkeramik in Form von Druck- und Zugkräften. Im allgemeinen traten bei allen Belastungsvarianten v.a. Druckkräfte im Schulterbereich auf. Insbesondere verursachte der Wechsel der Belastungsachse von inzisal nach palatinal eine Steigerung der Druckkräfte im Schulterbereich. Interessanterweise zeigte die 90°-Stufe die grössten Druckkräfte, gefolgt von der schrägen Schulter und der Hohlkehle mit der geringsten Druckkrafteinwirkung. Traf die Belastung hingegen von labial auf die Krone, traten vermehrt Zugkräfte im Schulterbereich auf. Letztere waren bei den Kronen 2 und 4 mit schmaler Schulter geringer als bei den anderen. Die Finite Element Analysis ist ein rein numerisches Hilfsmittel und muss mit Vorsicht interpretiert werden. Zudem wurden die Simulationen nur an einem 2-D-Modell durchgeführt; der Befestigungszement wurde ebensowenig berücksichtigt wie die Tatsache, dass das mehrfache Aufbrennen einer VMK-Verblendung bereits vor dem Eingliedern zu Spannungen in der Keramik führen kann. Die in diesen Simulationen erlangten Erkenntnisse, dass eine Keramik, die auf eine 90°-Stufe aufgebrannt ist, grösseren Druckkräften ausgesetzt wird als bei Präparation einer schrägen Stufe oder gar einer Hohlkehle, sowie die grössere Einwirkung von Zugkräften auf breitere Verblendungen im Schulterbereich als auf eine schmale Verblendung, müssen insbesondere unter Berücksichtigung klinischer Bedingungen weiter untersucht werden.

Markus Thaler, Basel