

Askia-Gruppe verstärkt Dentalgeschäft

Roger D. Weill

Seit Mitte April ist es bekannt: Die Askia-Gruppe wird in diesem Jahr die Medidenta AG übernehmen. Mit diesem Zusammenschluss schafft sich Askia eine in der Schweiz markt-dominierende Stellung im Dentalhandel.

Askia (vormals Galactina), wird die Medidenta in die erst kürzlich gebildete Kaladent-Gruppe integrieren, in der sich bereits die von Askia übernommenen Dentalhandelsfirmen Dentex AG, Zürich, Michel & Cie AG, Bern, Ernest Muller SA, Lausanne und R. Vix AG, Basel, befinden. Kaladent erreicht mit 150 Mitarbeitern rund 60 Millionen Umsatz, Medidenta mit 130 Mitarbeitern rund 50 Millionen Franken. Medidenta begrüsst das Kaufangebot der in Bern-Belp domizilierten Askia-Holding. Bisherige Medidenta-Aktionäre werden für ihre Namenaktie 6400 Franken erhalten. Dem Zusammenschluss steht gemäss Angaben der beiden Firmen auch wettbewerbsrechtlich nichts im Weg. Die neue Firmen- und Betriebsstrukturen sollen 1999 zum Tragen kommen.

Die Verwaltungsräte der Askia Holding AG und der Medidenta AG sind unabhängig voneinander und vor Aufnahme jeglicher Fusionsverhandlungen aufgrund ihrer jüngsten Markt- und Firmenanalysen zur Überzeugung gelangt, dass die Betriebsstruktur in einer gemeinsamen Lösung optimiert und so die Wettbewerbsfähigkeit bei steigendem Kosten- und Margendruck langfristig sichergestellt werden kann. In der neuen Struktur sind sieben regionale Aussendienst- und Servicezentren vorgese-

hen: In Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen, Tessin und Zürich. Die Logistikzentrale für Sundries (Verbrauchermaterialien, Instrumente) ist am bisherigen Standort der Medidenta in St. Gallen vorgesehen. Der Hauptschäftssitz soll in Zürich sein. Es besteht die Absicht, einen zahnmedizinischen Fachbeirat zu bestellen, der die Leitungsorgane von Kaladent in allen zahnmedizinischen Belangen und Entwicklungen berät. Im Fachbeirat sollen praktizierende Zahnärzte, Wissenschaftler der Universitätskliniken, Zahntechniker und Hersteller vertreten sein. Ein solches Gremium unterstützte bisher auch die Medidenta.

Aus Verkäufen (Pharmaton, Galactina) flossen Askia in den letzten Jahren beträchtliche Mittel zu, die zur Reinvestition zur Verfügung standen. Heute konzentriert sich Askia unter dem Unternehmensmotto «Gesundheit für Mensch und Tier» einerseits auf den Bereich Veterinär- und Humanpharma (insbesondere auf Over-The-Counter-Produkte) sowie andererseits auf das Gebiet der Dentalmedizin. Dazu Askia-Präsident

Karl Gnägi: «Die Unternehmensleitung hat sich nach eingehender Überprüfung dazu entschlossen, diesen Bereich konsequent auszubauen, um hier eine marktführende Position zu erreichen.»

Gnägi erachtet das Marktpotential der etwa 4000 Zahnärzte in der Schweiz aufgrund einer recht stabilen Nachfrage als attraktiv. Er betont dabei das marktgerechte Verhalten der Zahnärzte, die dank der weitsichtigen Standespolitik als selbständige (Klein-)Unternehmer auftreten. Er ist sich bewusst, dass nur ein gesundes Vertrauensverhältnis zwischen dem (anspruchsvollen) Zahnarzt und des ihm nahestehenden Dentaldepots gegenseitiger Erfolg garantiert. Serviceleistungen und faire Konditionen sind für ihn in diesem Geschäft ein absolutes Muss.

Mit dem jetzt bekanntgegebenen Zusammenschluss sollen die Service-Leistungen verdichtet und allfällige Dentaldepots in einzelnen Städten zusammengelegt werden. Damit werden geringere Grundkosten angestrebt.

Mit dem Medidenta-Kauf kann sich Askia/Kaladent den Bau eines Zentrallagers ersparen. Ein solches wäre so oder so mit den vier bereits erworbenen Dentalhandelsfirmen unentbehrlich geworden. Das damit verbundene Askia-Logistik-Konzept wird

das bestehende Medidenta-Zentrallager in St. Gallen mit einbeziehen – bis 1999 soll es entwickelt sein. In der Übergangsphase wird der einzelne Zahnarzt vom nun in die Wege geleiteten Strukturanpassungs-Prozess nichts spüren. Eine Projektgruppe, in deren Leitung auch Peter Müller-Boschung, Verwaltungsratspräsident der Medidenta AG, vertreten ist, wird sich in den kommenden Monaten insbesondere mit der zukünftigen Firmen- und Betriebsstruktur, mit der Führungsorganisation und dabei auch mit der Besetzung der Schlüsselpositionen auseinandersetzen.

Askia mit hoher Liquidität

Der konsolidierte Nettoerlös der Askia-Holding stieg 1997 – akquisitionsbedingt – von 87,3 Millionen auf 109,9 Millionen Franken. Das Betriebsergebnis entsprach mit 7,2 Millionen Franken demjenigen des Vorjahres. Dank dem erhöhten Finanzergebnis von rund 12,8 Millionen Franken erreichte der Konzerngewinn mit 22.1 Millionen Franken einen neuen Höchststand. Den erzielten Unternehmensgewinn bezeichnet Askia-Verwaltungsratspräsident Karl Gnägi als erfreulich. Der Ertrag aus dem operativen Geschäft liege jedoch, bedingt durch zukunftsorientierte Ausbauposten im Veterinärbereich, das noch ungenutzte Synergiepotential im Dentalhandel und die tiefen Margen beim auslaufenden Lohnauftrag für Kindernährmittel, unter den mittelfristigen Zielsetzungen. Aufgrund der hohen Liquidität soll der Nominalwert der Aktie in diesem Jahr von 50 auf 20 Franken herabgesetzt werden, was einer Kapitalausschüttung von insgesamt 5 Millionen Franken entspricht.



Askia-Chef Karl Gnägi (links) und Medidenta-VR-Präsident Dr. Peter Müller-Boschung: Erfolgreiche Fusionsgespräche.

Die Geschichte der Medidenta

Peter Müller-Boschung, Bern

Die Mehrheit der Aktionäre der Medidenta AG hat bei der Drucklegung dieses Textes ihre Aktien der Asklia Holding AG zum Verkauf angeboten. Bis zum Erscheinen dieser Nummer der SMfZ wird bekannt sein, wie hoch die Gesamtzahl der Aktien ist, welche der Asklia angekauft worden sind. Es besteht kein Zweifel, dass die Besitzverhältnisse am ältesten Dentaldepot der Schweiz grundlegend ändern werden. Ziel der Fusion mit der Dentalhandelsgruppe Asklia ist es, eine Schweizer Dentalhandels- und -Servicebasis zu schaffen, die auch den grossen Zukunftsaufgaben in Konkurrenz zu den ausländischen Grossfirmen gewachsen sein wird. Die Medidenta war während 60 Jahren nicht nur als Dienstleistungsfirma eng mit der Schweizer Zahnmedizin verbunden.

Die Wurzeln der Fachhandelsfirma Medidenta reichen bis in die Anfänge der Schweizer Zahnmedizin. Die Ursprünge der modernen, wissenschaftlichen Zahnmedizin orten die Historiker in den USA. 1840 wurde in Baltimore die erste Zahnarztschule eröffnet. In Europa folgte als erstes Land Grossbritannien 1859 mit einer Schule in London. Die erste Zahnarztschule im Rahmen einer Schweizer Universität wurde 1881 in Genf gegründet. Dies bedeutete allerdings noch keineswegs eine Anerkennung des Fachgebietes durch die Medizin. Erst im Jahre 1914 wurde der erste Dr. med. dent. promoviert, an der Universität Zürich. Die vollwertige Integration der Zahnmedizin in die medizinische Fakultät geschah erst erheblich später, nämlich 1969 in Genf und Bern, 1970 in Zürich und 1985 in Basel. An allen vier

medizinischen Fakultäten amtierten seitdem auch zahnmedizinische Professoren als Dekane.

Pionierrolle der Medidenta

Schon in der Frühzeit der Zahnmedizin waren Zahntechnik und Zahnheilkunde direkt miteinander verbunden. Herausragende Zahnärzte waren damals wegen ihrer besonderen Fertigkeit, Zahnersatz herzustellen, berühmt. So liest man 1851 vom Zürcher Zahnarzt Paul Alfred Kölliker, dass er «vor allem wegen seiner Geschicklichkeit in der Verarbeitung des Hypopotamus» (Flusspferdzahnes) geschätzt war. Doch auch von eigentlichen Zahntechnikern war schon 1863 in einem Gutachten von Dr. Meyer-Hoffmeister anlässlich der Einführung der besonderen, universitären Prüfungsverordnung für Zahnärzte im Kanton Zürich die Rede: «... Daher finden wir ... nicht selten Mechaniker, Uhrmacher, etc. mit der Verfertigung der Zahnapparate, künstlicher Gaumen etc. beschäftigt...».

Die Medidenta war die erste Dentalfirma, welche auf dem gesamten Gebiet der Schweiz für Zahnärzte und Zahntechniker tätig war. Dies allerdings erst, nachdem sie im Jahre 1954 vom Syndikat Schweizerischer Zahnärzte gekauft worden war. Als wirtschaftliche Selbsthilfe-Genossenschaft hatten sich unter jenem Namen im Jahre 1929 SSO-Zahnärzte zusammengeschlossen.

Ausschliesslich Zahnärzte

Die Medidenta AG war im Jahr 1938 von Zahnarzt W. Polzin in der Ostschweiz gegründet worden. Sie entwickelte sich nach der Übernahme durch das Zahnärztesyndikat in raschen Schritten zur führenden

Dentalhandels- und -Servicefirma der Schweiz. Durch Ausgabe von Namenaktien – ausschliesslich an praktizierende Zahnärzte – erhöhte die Medidenta mehrmals ihr Aktienkapital. Die Aktienkapitalerhöhungen in den Jahren 1965–1972 dienten u. a. auch zum Kauf der Aktien des ältesten Dentaldepots der Schweiz, der Koelliker & Cie. AG. Im Jahre 1873 hatte der schon erwähnte Pionier der Zahnmedizin, P.A. Kölliker, der auch eines der Gründungs-Vorstandsmitglieder der SSO war, den ersten Dentalhandelsbetrieb in der Schweiz eröffnet.

Nach dem vollständigen Erwerb der Zürcher Firma Koelliker im Jahre 1972 stellten die neuen Besitzer fest, dass sie



Platz unter dem Asklia-Holding-Dach für die Medidenta

damit auch andere, kleinere Dentalfirmen z. B. in der Romandie, aber auch in der Deutschschweiz erworben hatten. Dies überraschte nicht nur, sondern liess auch Bedenken verschiedenster Art aufkommen. Um Schwierigkeiten mit dieser unerwarteten Situation zu reduzieren, verkaufte das Zahnärztesyndikat in der Folge die Firma Prodentina an einen einzelnen Zahnarzt.

Schwierigkeiten in der Zusammenführung von Koelliker und Medidenta ergaben sich aber dennoch. Zu lange liessen die neuen Besitzer beide Firmen unkoordiniert weiterwirken. So entwickelten sie sich immer unerbittlicher zu rücksichtslosen Konkurrenten. Da-

mit schwächte sich vor allem die Firma Koelliker, worauf sie im Jahre 1987 in die Medidenta integriert wurde.

Neue Strukturen im Jahr 1992

Die Bereinigung wurde mit der vollständigen Erneuerung des Verwaltungsrates der Medidenta abgeschlossen. Er schuf, mit Blick auf das neue Aktienrecht vom Jahre 1992, eine neue, effiziente Führungsorganisation auf der Basis einer umfassenden EDV und einem modernen Logistiksystem.

Weil die SSO inzwischen eine wirtschaftliche Kommission geschaffen hatte und ein intensiver Wettbewerb zwischen den Dentalfirmen der Schweiz und des Auslandes permanent preisregulierend wirkte, sah das Syndikat Schweizerischer Zahnärzte im Jahre 1993 seine Aufgabe als erfüllt. Es beschloss seine Auflösung und verkaufte seine Medidenta-Aktien wiederum der Firma. Diese senkte daraufhin ihr Aktienkapital um jenen Betrag auf die aktuelle Höhe von 3,6 Millionen Franken.

Das Jahr 1992 markierte nicht nur den Beginn des neuen Aktienrechtes, sondern auch generell eine neue wirtschaftspolitische Phase der Schweiz. Am 20. Mai 1992 hatte der Bundesrat das offizielle Gesuch zum Beitritt in die Europäische Union eingereicht. Bereits im Dezember desselben Jahres aber lehnten Volk und Stände den ersten Schritt dazu, die Mitbeteiligung am Europäischen Wirtschaftsraum, ab. Schon bald danach wurden bilaterale Verhandlungen zwischen der Schweiz und der EU aufgenommen, um die Zusammenarbeit mit der Europäischen Union zumindest in wichtigen Teilbereichen zu verbessern. Bis heute haben sie jedoch nicht zum Erfolg geführt. Für die Exportwirtschaft und den schweizerischen Binnenmarkt bleiben deshalb eine ganze Reihe von Nachteilen beste-

hen und werden neue Erschwerungen geschaffen. Es bleibt der Schweizer Wirtschaft keine andere Wahl, als sich EU-Richtlinien und -Normen anzupassen, die Vorteile daraus aber nicht zu haben. Dies wirkt sich vor allem auch auf dem Medizinal- und Dentalsektor negativ im Sinn von Grundaufwandsteigerungen aus. Nach wie vor ist aber das Lohn- und Kostenniveau in der Schweiz wesentlich höher als in allen anderen Staaten Europas. Im Dentalbereich sind zudem die Produktpreise in den anderen europäischen Ländern, wo sich die Hauptlieferanten befinden, seit einigen Jahren zum Teil deutlich am Sinken. Um gleiche Umsätze zu erzielen, muss deshalb der Schweizer Dentalhandel grössere Mengen verkaufen. Dies bei stagnierendem, ja sogar schrumpfendem Markt. Solche Mechanismen reduzieren die Ertragskraft der Schweizer Dentalhandelsfirmen zusehends. Es wird immer schwieriger, die von den Kunden erwarteten, zusätzlichen Dienstleistungen zu erbringen. Neue Anforderungen an technischem Know-how erfordern zunehmend hochqualifizierte Spezialistenteams, um neue Technologien planen, installieren und warten zu können. Neue Kommunikationsmittel und Vertriebskanäle, wie das Internet, können nur mit breitangelegten, hochleistungsfähigen und damit auch kostenaufwendigen Grundstrukturen betrieben werden. Zusätzliche Unsicherheiten schafft die kommende Einführung des Euro und dessen Auswirkungen auf den Schweizerfranken. Die Medidenta straffte deshalb ihre Organisation und gründete, neben der schon jahrzehntelang betriebenen Grosshandelsfirma Dental AG, neue Spezialfirmen. Die Tochterfirma uniServ AG beliefert seit Anfang 1997 Grosskunden mit Verbrauchsmaterialien nach einem völligen neuen Servicekonzept.

Schon im Jahre 1987 hatte die Medidenta eine Zusammenarbeit im Logistikbereich mit der Prodentina AG aufgenommen. Zehn Jahre später konnte die Zusammenarbeit auf alle Bereiche ausgedehnt werden. Die Übernahme der Geschäftstätigkeit der Prodentina bot die Gelegenheit, eine Spezialfirma gleichen Namens für die Belieferung der Zahnärzte und Zahntechniker mit vorfabrizierten Zähnen aufzubauen.

Askia tritt auf den Plan

Es war aber nicht überraschend, dass die kleineren, vor allem regional tätigen, Dentalhandelsfirmen der Schweiz sich nach Möglichkeiten des Zusammenschlusses umsahen, zumal in verschiedenen auch Nachfolgeprobleme in der Firmenführung bestanden. Der finanzstarken Askia Holding AG gelang es in den Jahren 1996 und 1997, die vier Dentalfirmen Dentex AG in Zürich, R.Vix AG in Basel, Michel & Cie AG in Bern und E. Muller SA in Lausanne zu erwerben. Damit war die Grundlage für eine zweite, grosse Dentalservice- und -handelsfirma in der Schweiz geschaffen.

Der neuen Situation musste der Verwaltungsrat der Medidenta mit einer grundsätzlichen Lagebeurteilung begegnen. Es war schon immer ein Anliegen der Träger der Medidenta gewesen, ein qualitativ hochstehendes und reaktionsschnelles Vertriebs- und Dienstleistungssystem den Schweizer Zahnärztinnen und Zahnärzten in zuverlässiger Form anzubieten. Die neuen technischen, wirtschaftlichen und organisatorischen Anforderungen verlangen dazu eine zunehmend breitere und stärkere Basis. Eingehende Analysen der Möglichkeiten in der Schweiz und Vergleiche mit dem Ausland zeigten klar, dass für eine eigenständige, positive Zukunftsentwicklung weder die Medidenta-Gruppe noch die vier Dentalfirmen der Askia Holding die optimale Fir-

Zeittafel

- | | |
|-------------|---|
| 1873 | Zahnarzt Paul Alfred Kölliker in Zürich eröffnet die erste Dentalhandelsfirma der Schweiz. |
| 1877 | Der Kaufmann J. C. Morf heiratet P. A. Köllikers Tochter Ella und tritt in die Firma Koelliker ein. Diese wird erweitert zu «P. A. Koelliker & Co». |
| 1881 | Die erste universitäre Zahnarztschule Europas wird in Genf gegründet. |
| 1886 | Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO (Société Suisse d'Odonto-stomatologie) wird unter der Führung von F. Wellauer in Zürich gegründet. Ihr Name lautete damals «Schweizerische Odontologische Gesellschaft». P. A. Kölliker ist Kassier im ersten Vorstand der SSO. |
| 1914 | An der Universität Zürich wird der erste Dr. med. dent. der Schweiz promoviert. |
| 1929 | Als autonome Institution wird das Syndikat Schweizerischer Zahnärzte, die genossenschaftliche, wirtschaftlich ausgerichtete Selbsthilfeorganisation der Schweizer Zahnärzte, gegründet. |
| 1938 | Zahnarzt W. Polzin gründet nach dem Kauf der Dentalfirma Anrig & Co, St. Gallen, die Medidenta AG. Sie wird kurz nach der Gründung von Otto Hahn gekauft und zusammen mit E. Anrig operativ geführt. Das Aktienkapital beträgt Fr. 50 000.–. |
| 1944 | Das Aktienkapital der Medidenta AG wird auf Fr. 150 000.– erhöht. Max Münch tritt als Finanzchef in die Firma ein und übernimmt nach 1951 die kaufmännische Leitung. |
| 1954 | Das Syndikat Schweizerischer Zahnärzte kauft 50% der Medidenta-Aktien. Der Syndikats-Vorstand unter der Führung von Dr. med. dent. Alfred Egli beteiligt sich aktiv an der Leitung der Medidenta. |
| 1958 | Die Medidenta gelangt vollständig in den Besitz der Zahnärzte. Sie erhöht |
| 1974 | schrittweise ihr Aktienkapital auf 4,8 Mio. Franken durch Ausgabe von Namenaktien an Zahnärzte. |
| 1965 | Die Medidenta zieht mit ihrem Hauptsitz in ein eigenes Geschäftshaus an der Schreinerstrasse in St. Gallen. |
| 1965 | Das Syndikat Schweizerischer Zahnärzte kauft die Aktien der Koelliker & Cie AG Zürich. |
| 1972 | Die Zusammenarbeit zwischen Medidenta und Koelliker wird eingeleitet. |
| 1972 | Der erste Spezialistentitel in der Schweizer Zahnmedizin, Kieferorthopäde SSO, wird geschaffen und von der eidgenössischen Invalidenversicherung anerkannt. |
| 1973 | Kauf der Dental AG durch die Medidenta AG. |
| 1982 | Die Zentrale der Medidenta AG zieht um in neue, grössere Räumlichkeiten an der Schachenstrasse in St. Gallen. |
| 1987 | Die Firmen Medidenta AG und Koelliker & Cie AG fusionieren und treten als Medidenta AG am Markt auf. Alle Auslieferungslager werden am Hauptsitz der Medidenta AG in St. Gallen zentralisiert. Betrieb und Führung werden auf EDV umgestellt. |
| 1991 | Ausbau des Medidenta-Hauptsitzes in St. Gallen und Abschluss der Reorganisation des Lagers. |
| 1991 | Verlegung der Filiale Bern nach Niederwangen bei Bern |
| 1993 | Das Syndikat Schweizerischer Zahnärzte beschliesst einstimmig seine Auflösung. Es verkauft seine Medidenta-Aktien an die Medidenta AG. Die zahnärztlichen Einzelaktionäre bleiben im Besitz ihrer Aktien. |

- 1993** Die Medidenta AG senkt ihr Aktienkapital durch Ver-
nichtung von in ihrem Besitz stehenden eigenen Aktien
auf 3,6 Mio. Franken.
- 1993** Verlegung der Filiale Genf von Meyrin an die rue Bar-
thélemy-Menn in Genf.
- 1994** Ausbau des Stützpunktes Quartino (Tessin) zur Filiale.
- 1994** Einführung des Zwei-Weg-Öko-Vertriebssystems «Me-
diBack».
- 1996/97** Abschluss der Liquidation des Syndikates Schweizeri-
scher Zahnärzte.
- 1997** Gründung der uniServ AG. Firmensitz: Niederwangen
bei Bern
- 1997** Gründung der Neuen Prodentina AG. Firmensitz: Zürich
- 1998** Beschluss der Verwaltungsräte der Medidenta AG und
der Askli Holding AG, ihre Dentalgruppen zusammen-
zuschliessen.

mengrösse besitzen oder aus eigener Kraft in kurzer Zeit aufbauen können. Unabhängig von der Medidenta kam auch die Unternehmensleitung der Askli aufgrund ihrer Markt- und Fir-

menanalyse zum Schluss, dass der Dentalhandelsmarkt künftig nach starken Logistikstrukturen verlangt, die in der Schweiz aus wirtschaftlichen Gründen nur einmal aufgebaut werden sollten. Diese

sind bei der Medidenta bereits in ausbaufähiger Weise vorhanden und mit modernen Mitteln ausgestattet.

Die auf diesen Grundlagen aufgenommenen Gespräche zwischen den Verwaltungsräten der Medidenta und der Askli führten deshalb am 30. März 1998 zum Entscheid, die beiden Dentalgruppen zusammenzuschliessen. Um dies konsequent, rasch und erfolgreich durchzuführen, bot die Askli Holding AG den Aktionären der Medidenta AG

am 15. April 1998 die Übernahme ihrer Aktien an. Nur noch rund 100 der rund 300 Aktionär/innen der Medidenta praktizieren Zahnmedizin. Der Schritt der Medidenta AG in die offene Wirtschaft, in eine börsenkotierte Aktiengesellschaft, ist deshalb angezeigt. Die grossmehrheitliche Aktienübernahme durch die Askli bis zum Ablauf der Angebotsfristen am 15. Mai bzw. am 30. Juni 1998 darf mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet werden.

Organe der Medidenta

Verwaltungsrat: Dr. med. dent. P. Müller-Boschung, Präsident
Dr. med. dent. P. Villa, Vizepräsident
E. Hutter (Leiter Credit Suisse, St. Gallen)
Dr. oec. H.U. Sonderegger, Delegierter
Geschäftsleitung: Dr. oec. H.U. Sonderegger
Revisionsstelle: ATAG Ernst & Young AG, St. Gallen

«Man muss sich in den Kongressbesucher hineinfühlen»

Jürg Prader ist Präsident des Organisationskomitees des diesjährigen SSO-Kongresses in Davos. Eine Reihe bekannter in- und ausländischer Referenten wird sich vom 11. bis 13. Juni mit dem Thema «Zahnärztliche Chirurgie und Traumatologie in der Praxis» beschäftigen. Roger D. Weill hat sich mit Jürg Prader über seine Arbeit im Vorfeld des Kongresses in dessen Davoser Praxis unterhalten.

Vor uns liegt ein dicker Ordner sowie das offizielle SSO-Kongressreglement. Bereitwillig gibt Jürg Prader Auskunft über alles Wissenswerte und kopiert hie und da eine Seite aus der umfangreichen Dokumentation, damit diesem Bericht möglichst viele, schwarz auf weiss fundierte Daten zugrunde liegen. Doch Jürg Prader ist auf keinen Fall ein sturer Paragraphenreiter, auch wenn er in seiner Art vielleicht etwas



Foto: rdw.

OK-Präsident
Dr. Jürg Prader

sachlich wirkt. Dem begnadeten Jazzpianisten dürfte daher genauso die (kreative) Improvisationsgabe und der Hang zu Innovation im Blut liegen. So schreibt er u. a. in seinem Grusswort des Kongressprogrammes: «Denn auch im Tourismus bedeutet Stillstand Rückschritt, auch hier gilt es, innovativ zu sein, dem Gast neben Altbewährtem immer auch Neues zu bieten.»

«Vereinbarung überdenken»

Vor sieben Jahren führte die Tour de SSO das letzte Mal ins Landwasser-Tal. Prader hielt damals zum ersten Mal das organisatorische Zepter in der Hand. Als besondere Attraktion konnte er dem SSO-Tross parallel zum Kongress (Thema: Zahnärztliche Chirurgie) erstmals eine marktumfassende Computer-Ausstellung mit etwa 20 Firmen präsentieren. Prader hätte auch dieses Jahr gerne eine sinnvolle Expo auf die Beine gestellt. «Das Kongresssthema hätte sich dazu hervorragend geeignet, Themen wie Mikrochirurgie, intraorale Kameras, Digitales Röntgen, Knochenersatz, Membranen, Operationsmikroskope, Sterilisation oder Desinfektion bieten Gewähr für einen hohen Beachtungsgrad. Die Industrie zeigte grosses Interesse, aber ... » Tatsächlich rechnete Prader und sein Team fest damit, den diesjährigen Kongress mit dieser zusätzlichen Dienstleistung aufzuwerten: Im Vorschlag, und zwar auf der Einnahmenseite, ist unter der Nummer 6005 die Kontenbezeichnung «Ausstellung» zu finden. Die vertragliche Vereinbarung zwischen der SSO und dem SVDIDH (Schwei-

zerischer Verband der Dental-Industrie und des Dental-Handels) erlaubt Ausstellungen jeglicher Art aber nur in jedem dritten Jahr, «unbesehene davon, ob eine themenbezogene Ausstellung den Kongress bereichern würde oder nicht», wie Prader in seiner Grussnote weiter schreibt. Der OK-Präsident nimmt darin kein Blatt vor den Mund und empfiehlt, diese Vereinbarung zu überdenken. Er selbst hätte es auf

jeden Fall «lässig» gefunden, den eigentlichen Kongress mit einer faszinierenden Ausstellung bereits einen Tag vor dem ersten wissenschaftlichen Referat zu eröffnen. «Es gilt zu bedenken, dass die welschen Kolleginnen und Kollegen für eine Reise nach dem peripher gelegenen Davos sehr viel Zeit investieren müssen, «also wollten wir auf jeden Fall etwas Besonderes bieten», meint Prader.

Das Gut- und Schlechtwetter-Programm für Begleitpersonen

Das Davoser Bergklima ist vor allem Anfang Juni unberechenbar; es muss mit allem gerechnet werden. Aus diesem Grund bietet das OK für das gesellschaftlich sehr wichtige Rahmenprogramm Schön- und Schlechtwettervarianten an:

Donnerstag, 11. Juni – bei guter Witterung:

Kutschenfahrt mit Picknick

Donnerstag, 11. Juni – bei ungünstiger Witterung:

Weinseminar «Vinikus» oder Besichtigung der Lachserei Ehrat

Freitag, 12. Juni – bei guter Witterung:

Besuch der Schaukäserei Clavadeleralp mit kleinem Imbiss

Freitag, 12. Juni – bei ungünstiger Witterung:

Führung im Eidgenössischen Institut für Schnee- und Lawinenforschung

Donnerstag, 11. Juni / Freitag – bei jeder Witterung:

Führung Kirchnermuseum oder Puppen- und Spielzeugmuseum.



Das Kirchnermuseum beherbergt die weltweit umfangreichste Sammlung des bedeutenden Exponenten des Deutschen Expressionismus.

Das private Puppen- und Spielzeugmuseum zeigt u. a. ein Modell des Sanatoriums «Berghof» aus dem Roman «Der Zauberberg» von Thomas Mann.



Foto: Davos Tourismus

Die Landschaft von Davos bietet ausserordentlich viele Ausflugsmöglichkeiten.

Breitgefächerte Interessen

Zahnmedizin ist eines der zahlreichen Interessengebiete Praders, zu denen – wie am Tag unseres Gespräches – auch Skitouren zählen. Gattin Angela führt im gleichen Haus «Fortuna», wo sich die Zahnarzt-Praxis befindet, das Puppen- und Spielzeugmuseum an der Davoser Promenade.

Das Organisieren – in diesem Fall des SSO-Kongresses – bereite ihm Freude, Spass und sei ihm zugleich eine grosse Herausforderung und Ehre sowie eine Bestätigung für seine Arbeit anlässlich des Kongresses 1991. Die Anfrage für die Durchführung von Davos 98 ist vor drei Jahren durch den damaligen SSO-Präsidenten Urs Herzog erfolgt. Die Termintabelle im Anhang des Kongressreglementes hält fest, was wann durch wen zu erledigen ist (siehe Kasten). Das achtköpfige OK arbeitet innerhalb der insgesamt 36 Monate dauernden Vorbereitung hauptsächlich mit dem SSO-Sekretariat in Bern (Kongressablauf), dem Presse- und Informationsdienst (Programm-Druck, Layout, Übersetzungen) sowie mit der Wissenschaftlichen Kongresskommission (Wisko) zusammen. Da es sich beim OK um ein eingespieltes Team

handelt, sind sehr wenige Sitzungen nötig gewesen. Zudem läuft die gesamte Hotelreservation über den professionellen Service von «Davos Tourismus».

«Verglichen mit 1991 sind die Dienstwege heute leider länger; vor sieben Jahren waren wir beispielsweise noch in eigener Regie verantwortlich für die Gestaltung und den Druck des Vor- und Hauptprogramms. Für diesen Kongress konnten wir gerade einmal eine zusätzliche Farbe sowie aus zwei vorgeschlagenen Grafiken eine für das Titelbild auswählen», bedauert Prader. Gleichzeitig hat er für diese Entwicklung auch Verständnis: Die SSO tritt seit dem letztjährigen Kongress in Interlaken mit einem einheitlichen Erscheinungsbild auf; die Corporate Identity engt den individuellen Spielraum ein.

Viva la Grischa

Prader geht es jedoch nicht darum, um jeden Preis originell zu sein. Im Vordergrund stehen für ihn die Bedürfnisse und der Komfort der Kongressbesucher. So hat er vor einem Jahr in Interlaken, wo er als Organisator des folgenden Kongresses automatisch Gast der SSO war, dazu benutzt, um mit Notizblock und Bleistift die vielen Stärken,

aber auch die wenigen Schwachstellen zu notieren. Praders wachem Auge – und, wie er betont, der hervorragenden Kongressinfrastruktur in Davos – ist es zu verdanken, wenn sich dieses Jahr beispielsweise die Moderatoren, dank einer leicht geänderten Sitzanordnung zwischen Publikum und Referenten, den Kopf nicht mehr verdrehen müssen, um einen Blick auf die projizierten Dias zu werfen. Oder: Dank mehr Tiefe der Davoser Bühne wird es den Rendnern auf dem Podium leichter fallen, ihre Illustrationen mit dem Pointer zu erklären. «Um einen Kongress erfolgreich durchzuführen, muss man sich in den Kongressbesucher hineinfinden und auch an Nebensächlichkeiten denken», erklärt Prader. Neben den OK-Mitgliedern übernehmen auch die Ehefrauen und alle am Ort verfügbaren Dentalassistentinnen Aufgaben. Basierend auf dem letzten Anmeldestand erwarten die Organisatoren rund 1000 Kongressbesucher aus der ganzen

Schweiz. «Es wird mir eine Freude sein, sie in allen vier Landessprachen hier in Davos begrüßen zu dürfen», kündigt der OK-Präsident an.

In diesem Sinn: Viva la SSO, viva la Grischa.

Das Davoser OK

Dr. Jürg Prader, Präsident
 Dr. Urs Florin, Finanzen;
 Dr. Matthias Keller, Referenten;
 Dr. Bruno Mazenauer, Ausstellung;
 Dr. Elisabeth Lietha, Anlässe;
 Dr. Marco Montanari, Sponsoring;
 Dr. Christoph Taufenecker, Hilfspersonal/ZMAs;
 Dr. Thomas Spielmann, Grafik (Programm, Büro);
 Helen Frei, Hotelreservation, Kongresshaus, Davos Tourismus, Promenade 67, 7270 Davos Platz, Tel. 081 415 21 63, Fax 081 415 21 01
 E-Mail: davos@davos.ch

Aus der OK-Terminplanung: Was wann zu tun ist

33 Monate vor Kongressbeginn:

Lokalreservation, Bildung des OK, Terminreservation mit Simultanübersetzern, Reservation der Übersetzungsanlagen

10 Monate vor Kongressbeginn:

Rahmenprogramm und Budget des Kongresses

8 Monate vor Kongressbeginn:

Vorsorgliche Vereinbarungen betreffend Ausstattung, Projektionen, Lautsprecheranlagen, Simultan-Übersetzungsanlagen etc.

5 Monate vor Kongressbeginn:

Versand der Einladungen an die Gäste der SSO und an die Referenten

3 Monate vor Kongressbeginn:

Versand des Gesamtprogramms

4 Monate nach dem Kongress:

Abliefern der Kongressrechnung und der Kongressdokumentation

Kontakte – das A und O für den Wisko-Präsidenten

Während 15 Jahren hat Marc Baumann die Wissenschaftliche Kongresskommission (Wisko), die für die Wahl des SSO-Kongress-themas verantwortlich ist, präsidiert. Mit Marc Baumann, der in Davos von seinem Amt zurücktreten wird, hat Roger D. Weill gesprochen.

Sechseläuten-Montag. In aufgeräumter Stimmung und ebensolcher Praxis empfängt Marc Baumann nachmittags den Besucher, der Näheres über die Wisko wissen möchte. «Die Wisko berät am Tag vor der SSO-Generalversammlung zwei oder drei Themen, aus denen die Mitglieder mittels Abstimmung jenes auswählen, das sie zwei Jahre später behandelt haben möchten», erläutert der aus dem Luzernischen stammende Zahnarzt die grundsätzliche Vorgehensweise.

Ein Jahr im «Vorsprung»

Wie kommt ein solcher Vorschlag zuhanden der GV zustande? Die Wisko lässt Revue passieren, welche Fachgebiete in den letzten Jahren Kongress-Themen waren, was wieder einmal an der Reihe wäre oder was den Zahnärzten unter den Nägeln brennt. So wählten die SSO-Mitglieder beispielsweise in den 80er Jahren das Thema «Erfahrungsmedizin», weil viele Zahnärzte Genaueres über das damals in Mode gekommene Gebiet erfahren wollten. Im Herbst - also über eineinhalb Jahre vor dem eigentlichen Kongress - trifft sich die achtköpfige Kommission, um dann das Programm nach einem Roten Faden zusammenzustellen. Zudem werden die Referenten bestimmt. Gefordert sind dabei vor allem jene Kommissionsmitglieder, die mit dem Kongress-thema besonders vertraut sind.

Im Spätherbst gilt es, die Redner einzuladen; im Frühjahr - mehr als ein Jahr vor dem Kongress - steht das definitive Programm fest. Im Sommer erhalten die Redner präsidentiale Wisko-Post mit der Aufforderung, den genauen Titel ihres Vortrages bekanntzugeben. Oft seien - so Baumann - unter den Referenten vorgängig gewisse Absprachen nötig, um thematische Überschneidungen am Kongress zu vermeiden.

Leichte Rekrutierung der Referenten

Mit einiger Genugtuung stellt Baumann fest, dass die Angefragten im allgemeinen sehr gerne der Einladung Folge leisten, am SSO-Kongress vor einem grossen Forum aufzutreten. Zwar gäbe es gewisse Globetrotter, die eher das internationale Parkett bevorzugten; handkehrum reagieren gerade ausländische Referenten mit Begeisterung, wenn Sie von der Wisko eine Anfrage erhal-

ten. Baumann ist zuversichtlich, dass auch in Zukunft dank der Qualifikation der Redner ein hohes Niveau der SSO-Kongresse gewährleistet sein wird. Immer wieder komme es auch vor, dass Unberücksichtigte bei der Wisko vorstellig werden und ihren Unmut darüber ausdrücken, nicht auftreten zu können.

Ob denn eine solche grosse Veranstaltung wie der SSO-Kongress überhaupt dem einzelnen Zahnarzt entsprechenden Fachwissen vermitteln könne, wollen wir vom scheidenden Wisko-Präsidenten wissen. «Zwar gibt es Stimmen, die tatsächlich Parallel-Veranstaltungen mit kleinerer Beteiligung wünschen», räumt Baumann ein, «doch für mich ist und bleibt ein SSO-Kongress eine wertvolle Orientierungshilfe, die dem Zahnarzt eine möglichst abgerundete Übersicht über das entsprechende Kongress-Thema geben soll. Wer sein Wissen vertiefen will, der hat heutzutage eine genügend grosse Auswahl an praktischen Fortbildungs-Veranstaltungen, um sich später das praktische Know-how anzueignen», sagt Baumann.

Der SSO-Kongress - so Baumann weiter - soll auch einen Ausblick bieten: Er verweist dabei auf den letzten Tag des bevorstehenden Davoser Kongresses, wo zukunftsweisende Technologien wie Laseranwendung in der oralen und Kiefer-Gesichtschirurgie oder computerassistierte orale Chirurgie auf dem Programm stehen.

Baumanns guter Draht

Baumann kann nach Davos auf eine insgesamt 20jährige erfüllende Tätigkeit in der Wisko zurückblicken, drei Viertel davon als deren Präsident. Erstaunt habe es ihn immer wieder, dass die SSO-Mitglieder ein anderes als das von der Wisko - intern - favorisierte Thema ausgewählt haben. Druckversuche seitens irgendeiner Interessengruppe, ein Thema zu portieren, habe es nie gegeben. Wichtig für einen Wisko-Präsidenten sei der gute Draht zu den Hochschul-Dozenten und zu den Praktikern. Über diesen hat Baumann mit Sicherheit verfügt: Medizinische Propädeutika hat er in Freiburg abgelegt, Diplom und Dokortitel in Bern erlangt. Nach zwei Jahren als Assistent in Privatpraxen wechselte er ins Zahnärztliche Institut der Universität Zürich. Mit 41 Jahren eröffnete er dann seine eigene Privatpraxis.



Letzter Kongress in Davos als Wisko-Präsident: Dr. Marc Baumann

Wissenschaftliche Kongresskommission (Wisko)

Dr. Marc Baumann, Zürich (Präsident)

PD Dr. Christian Besimo, Basel

Prof. Ejvind Budtz-Jørgensen, Genf

Dr. Daniel Chappuis, Lausanne

Dr. Markus Germann, Zürich

Prof. Peter Hotz, Bern

Dr. Dan Kraus, Lugano

Dr. Michel Perrier, Lausanne

LESERBRIEFE



Was bedeutet die «SwiDent»-Versicherung für den Praktiker?

Im Laufe des Jahres 1998 soll in der Schweiz eine neue Zahn-Versicherung unter dem Namen «SwiDent» eingeführt werden. Eine private Trägerschaft lanciert das Produkt, vorerst nur in der Schweiz, mit der Absicht – so die Aussage der Initianten – die Prävention zu fördern. Sollte die von SwiDent prognostizierte Anzahl von ca. 400 000 Patienten 1998 der Versicherung beitreten, wird dies für uns Praktiker gravierende Auswirkungen haben. Die offensichtlichsten Probleme seien im folgenden aufgeführt.

Am Informationsseminar im November 1997 wurde der Standpunkt der SwiDent, dass der Zahnarzt seine eigenen Patienten nicht selber auf ihr Risiko beurteilen dürfe, von den Präsentatoren vehement vertreten. Der Patient hätte alle vier Jahre (bei Risikogruppe 3 alle zwei Jahre) einen andern SwiDent-Vertrauenszahnarzt zwecks Neubeurteilung aufsuchen müssen. Die Beurteilung bei einem parodontal geschädigten Gebiss mit multiplen Füllungen und Rekonstruktionen kann sehr umfangreich sein und problemlos mehr als eine Stunde in Anspruch nehmen. Demzufolge hat der beurteilende Zahnarzt bei einem fremden Patienten keine Ahnung, wie lange er diesen zur Untersuchung einschreiben soll (etwa zwischen 30 und 120 Minuten). Die Versicherung bezahlt für die Risikobeurteilung pauschal 200 Franken, ungeachtet der Schwere des zu beurteilenden Falles.

Aber auch bei der Beurteilung der eigenen Patienten tauchen einige Probleme für uns Praktiker auf. Wie reagiert ein Patient, welcher seit Jahren in der Behandlung eines Zahnarztes war und mit der Situation in seinem Mund eigentlich zufrieden ist? Der Zahnarzt hat ihm wiederholt gesagt, dass keine grösseren Arbeiten anstehen würden. Wegen seiner wurzelbehandelten Zähne, seiner keilförmigen Defekte, seiner Rezessionen und seines generalisierten Knochenverlustes wird er in Risikogruppe 3 eingeteilt oder sein Gesuch wird gar abgelehnt. Wird der Patient bei diesem Zahnarzt bleiben, wer liefert die Begründung für die eventuelle Ablehnung?

Die Ausbildung für die Risikobeurteilung ist gratis, der Zahnarzt stellt allerdings auch seine Zeit für den Einführungskurs und das Studium des abgegebenen Handbuchs der Versicherung gratis zur Verfügung, ohne jedoch einen Mehrgewinn erwirtschaften zu können (keine neue Behandlungsmethode, kein Erlernen rationellerer Behandlungen, keine Akquisition von neuen Patienten).

Fachlich gesehen werden bei der Risiko-Beurteilung neben einer Diätanamnese die Zähne, das Parodont, die Speichelfliessrate und von Fall zu Fall auch die Kieferfunktionen und die Bakteriologie untersucht. Dabei fällt folgendes auf:

■ Die 8er werden in einem Fall (Kons.) mitberücksichtigt, im andern (Paro) jedoch nicht.

■ Für den Attachmentverlust werden Bite-Wings herangezogen. Ob diese für einen exakten Befund genügen, muss angezweifelt werden. (Wie die parodontalen Befunde eingetragen werden, geht übrigens aus der mitgelieferten Dokumentation nicht hervor.)

■ Unklar ist weiterhin, welche Patienten aufgrund welcher Indizien für allgemein medizinische Abklärung (Diabetes, HIV usw.) aufgebeten werden müssen.

■ Erosionen und myofunktionelle Befunde werden für die Risikobeurteilung sehr stark gewichtet.

■ Die Befunde müssen in einem dem Praktiker völlig fremden, unübersichtlichen und ungewohnten EDV-Befundblatt eingetragen werden. Das Befund-Formular für die Risikobeurteilung scheint uns unausgegoren und zwischen den einzelnen Disziplinen (Kons. Paro, Funktion) nicht genügend abgesprochen.

Die Versicherung erhält für die genannten 200 Franken sehr umfassende Befunde, welche in einem Zentral-Computer gespeichert und auch für wissenschaftliche Arbeiten herangezogen werden können.

Wird ein Patient in die Versicherung aufgenommen, erhält er die 200 Franken für die Risikobeurteilung zurückerstattet. Wird der Patient nicht aufgenommen, bleibt er Schuldner des Zahnarztes. Der Patient erhält für 200 Franken einen umfassenden Untersuchungsbericht, welcher einen Privatpatienten bei Risikogruppe 3 ein Mehrfaches davon kosten kann.

Der Datenschutz wurde bis anhin nicht abgeklärt.

Unklar ist ausserdem, wer für die – im übrigen wenig gebrauchten – Test-Kits (Inkubator, Speichelfliessrate) aufzukommen hat.

Wer bezahlt dem Patienten eventuelle allgemein medizinische Abklärungen und wer ordnet diese an? Zahnärzte ohne Dentalhygienikerinnen können gemäss den Bestimmungen von SwiDent keine

versicherte Patienten behandeln, da die Recallsitzungen bei der DH einen integrierten Bestandteil der Versicherung darstellen. Würde der Zahnarzt diese geforderten Zahnreinigungen selber durchführen, müsste er sie wahrscheinlich zum DH-Tarif berechnen. Wie dieses Problem in Zukunft mit freiberuflichen DHs geregelt wird, ist offen.

Je grösser die Anzahl von Versicherten sein wird, desto eher wird die SwiDent auf die Behandlungsstrategie und die Preisgestaltung Einfluss nehmen wollen.

Da alle devitalen und fehlenden Zähne von Beginn weg aus der Versicherung ausgeschlossen werden, wird die Rechnungsstellung bei komplexen Fällen zum Alptraum für den Zahnarzt. Wie werden z. B. die Kosten für einen Zahn, der wurzelbehandelt werden muss und dessen Rekonstruktion (Aufbau, VMK) aufgeteilt? Wer bezahlt eine nach Eintritt in die Versicherung notwendige Extraktion und die anschliessende Lückenversorgung?

Die Versicherung bezahlt nämlich keine:

- Orthodontie
- Versorgung devitaler Zähne
- Esthetic-Dentistry
- Lückenversorgung
- Implantate
- Technikerkosten

Für den Rest kommt die Versicherung auf, bis zu maximal 10 000 Franken pro Jahr (Taxpunktwert Fr. 3.40). Allerdings muss der Patient saniert sein, bevor er ins Programm aufgenommen werden kann. Im Verkehr mit der SwiDent und deren Versicherten entsteht nicht nur aus oben erwähnten, sondern auch aus nachfolgenden Gründen ein erheblicher administrativer und zeitlicher (im übrigen von niemandem finanziell abgelteter) Mehraufwand für den Praktiker. Dies sind im einzelnen:

Die administrative Abwicklung der Risikobeurteilung

(Rückfragen der Versicherung usw.).

Die Patientenaufklärung über Entscheide der Versicherung betreffend Aufnahme resp. Nicht-Aufnahme in die Versicherung, Behandlungsplanung, Ausschluss von Behandlungen aus der Versicherung, notwendige zusätzliche Behandlungen, welche von der SwiDent nicht übernommen werden usw.

Die Aufschlüsselung der Honorarnoten und der entsprechende Mehraufwand im Debitorenwesen.

Die Behebung von Diskrepanzen, welche aus der Risikobeurteilung durch einen «fremden» Zahnarzt und den langjährig behandelnden «eigenen» Zahnarzt entstehen.

Das neue Versicherungsmodell der SwiDent ist in vielen Teilen unklar. Den Repräsentanten der Versicherung und

dem Hauptvertreter der Uni-Institute, Professor Lang, gelang es an den Info-Veranstaltungen nicht überzeugend, Auskunft auf offene Fragen zu geben. Deshalb müssen wir annehmen, dass auch in therapeutischer Hinsicht in vielen Punkten Unklarheit herrschen wird.

Da uns Zahnärzten bereits Anteilscheine an dieser Versicherung zum Kauf angeboten wurden, rechnet die Versicherung hier sicher mit hohen Gewinnen. Uns scheint klar zu sein, dass diese Gewinne auf dem Rücken der Patienten und der Zahnärzte erwirtschaftet werden sollen.

Study Club
für Arbeitsrationalisierung
und Praxisführung
Der Obmann:
Dr. med. dent.
Daniel Kempf, Basel

Anfang Mai sind die Steuern bezahlt

(Wf.) Die Differenz zwischen den Lohnkosten des Arbeitgebers und den «Netto»-Einkommen der Arbeitnehmer ist in Europa weiterhin deutlich höher als in den USA und in Japan. Wie eine Studie des europäischen Dachverbands der Industrie- und Arbeitgeberverbände (UNICE) zeigt, beträgt der Anteil der Lohnkosten, der auf Steuern (Einkommenssteuer, Mehrwertsteuer) und die Sozialversicherungen entfällt, in der Europäischen Union 57%. In Japan (33%) und in den USA (37%) liegt er dagegen wesentlich tiefer. Anders ausgedrückt: Während die europäischen Arbeitnehmer 1996 bis Ende Juli arbeiten mussten, bis sie ihre Steuern bezahlt hatten, konnten ihre japanischen und amerikanischen Kollegen bereits Anfang Mai ihren ersten «steuerfreien» Tag geniessen.

An der Spitze der Rangliste steht die Türkei. Dort haben die Arbeitnehmer bereits Ende März ihre jährlichen Steuern und Sozialabgaben bezahlt. Dahinter folgen Japan, die Schweiz und die USA mit den ersten «steuerfreien» Tagen Anfang Mai. Angesichts der stetig steigenden Abgabenlast droht die Schweiz ihren Spitzenplatz in Zukunft aber zu verlieren. Am Ende der Rangliste stehen Schweden, Deutschland, Finnland (jeweils Mitte August) und Belgien (Ende August).

Die Kriminalpolizei bittet um Ihre Mithilfe

Leichenfund in Seedorf

Am Freitag, 26. September 1997, wurde in Seedorf, Kanton Uri, eine unbekannte Leiche angeschwemmt. An der Leiche fehlten sowohl Kopf, Vorderarme und Unterschenkel.

Die Leiche war stark verwest und zum grossen Teil in sogenanntes Fettwachs umgewandelt.

Einige Tage später wurde beim nahen Schwimmbagger für Kiesabbau auf dem Seegrund ein menschlicher Unterkiefer zu Tage befördert. Sowohl der Rumpf als auch der Unterkiefer wurden ins Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich überführt. Bis heute konnte die Leiche nicht identifiziert

werden. Es steht auch nicht fest, ob der aufgefundene Unterkiefer von der Leiche stammt.

Signalement der Leiche

Männlicher Leichnam, ca. 175 cm gross. Alter unbestimmbar. Todeszeitpunkt mehrere Wochen bis mehrere Jahre vor dem Fund. Todesursache unbekannt.

Zahnärztlicher Status postmortal

Seit Jahren fehlen die Zähne 46 und 37. Verloren gingen mit grosser Wahrscheinlichkeit postmortal die Zähne 47 und 45 (der Zahn 47 war apikal beherdet, bei Zahn 45 besteht eine Wurzelfraktur und das

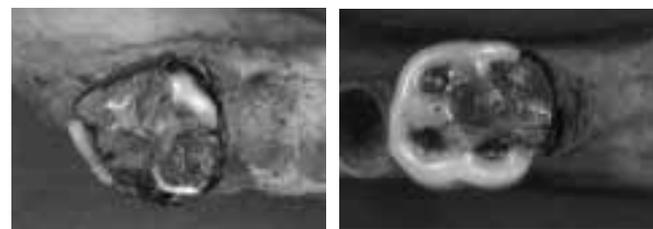
apikale Fragment ist in situ). Zu Untersuchungszwecken (DNA-Vergleich) mussten der Prämolare 35 und der Mo-

lar 38 extrahiert werden. Die vorhandenen Okklusalflächen weisen ausgeprägte Abrasions-Spuren auf.



Übersicht der unteren Frontzähne von vorne

Generell besteht ein mittlerer parodontaler Attachmentverlust. In grosser Quantität findet sich intensiv verfärbter Zahnstein, dies als Hinweis auf einen möglichen Raucher.



Detailaufnahmen der Molaren 36 (Bild rechts) und 48 (Bild links)

In den beiden mit Amalgam konservierend versorgten Molaren 36 und 48 wurde eine Wurzelfüllung nur im koronalen Pulpenkavum durchgeführt, wahrscheinlich nach Mortalamputation. Der Molar 36 zeigt radiologisch eine apikale Aufhellung, auch die Alveole 47 zeigt das Bild einer apikalen Pathologie.

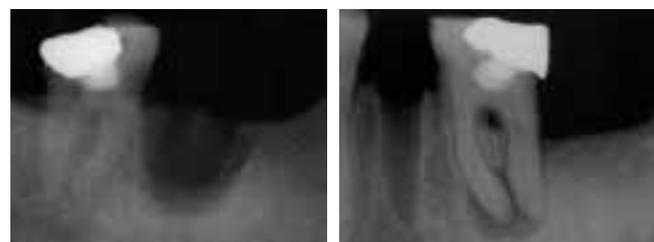


Fotos: Dr. Bernhard Knell

Übersicht des Unterkiefers von okklusal

Der rechte Weisheitszahn 48 ist grossflächig mit einer zweiflächigen Amalgamfüllung (okklusal-bukkal) versorgt. Ebenfalls zweiflächig ist die Amalgamfüllung beim Molaren 36 (okklusal-distal) im Unterkiefer links. Diese Füllung weist einen cervikalen Überschuss distal auf.

Der postmortal extrahierte Weisheitszahn 38 war nach mesial in die Lücke des bereits prä mortal fehlenden Zahnes 37 gekippt.



Postmortale Röntgenbilder der unteren Molaren 36 (Bild rechts) und 48 (Bild links)

Können aufgrund dieser Angaben Hinweise auf die Identität der Leiche gemacht werden? Entsprechende Mitteilungen sind an die Kantonspolizei Uri, Kriminalpolizei, Telefon (041) 875 22 11 zu richten oder an Dr. med. B. Vonlanthen, Oberarzt Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich-Irchel Winterthurerstr. 190/Bau 52, 8057 Zürich, Telefon (01) 635 56 11.

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



3. Jahrestagung der Schweizerischen Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin (SVPR) vom 1. November 1997 in Bern

Versorgung von Frontzähnen

Marco Schmider, Basel

Die Schweizerische Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin führte ihre letzte Fachtagung zum Thema Versorgung von Frontzähnen durch. Dieser moderne Gesichtspunkt der Zahnmedizin stellte insbesondere die Ästhetik in den Vordergrund. Die hohe Teilnehmerzahl bestätigte das rege Interesse an zahncfarbenen Restaurationsmaterialien und ihren Verarbeitungstechniken. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. P. Hotz und dem Vorsitzenden PD. Dr. A. Lussi präsentierten sieben Referenten eine Reihe von Beiträgen zur ästhetischen Zahnerhaltung im Frontzahnbereich.

Materialien und Bonding-Technik

(Prof. Dr. B. Van Meerbeek, Belgien)

Der Referent konnte mit seinem umfassenden Vortrag zu den Stärken und Schwächen der Materialien der Adhäsivtechnik und der dazugehörigen Methodik ein Bild davon geben, wie kompliziert die Zahnheilkunde heute geworden ist. Die Haftung am Schmelz wird durch die Vorbehandlung mit 30–40prozentiger Phosphorsäure bzw. Maleinsäure ermöglicht. Diese führen zu einem Ätzmuster, bei dem aus den Schmelzprismen selektiv Kristallite herausgelöst werden, so dass eine vergrösserte und retentive Oberfläche entsteht. Gleichzeitig wird die Benetzbarkeit des Schmelzes erhöht, so dass niedrig-visköse Versiegler in diese Ätzmuster eindringen

können, um eine mikromechanische Verankerung aufzubauen. Der Haftmechanismus zum hydrophilen Dentin beinhaltet die Konditionierung des Dentins mit Säuren oder säurehaltigen Primern. Bei dem Säureangriff wird sowohl der «smear layer» entfernt oder modifiziert als auch durch das Herauslösen von Hydroxylapatit-Kristallen das Kollagenetzwerk freigelegt. In dieser kann nun ein hydrophiler Primer eindringen und nach Aushärtung die sogenannte Hybridschicht bilden. Dieses Grundprinzip wird durch die von der Dentalindustrie angebotenen Produkte in unterschiedlicher Weise verwirklicht. So gibt es eine Gruppe von Materialien (z. B. Syntac, Contact Plus), die selbstkonditionierende Primer besitzen, da dem Primer saure Komponenten beigemischt sind. Diese modifizieren die Schmier-schicht, demineralisieren das Dentin und versiegeln die Dentintubuli. Eine andere Gruppe von Dentinhaftmitteln (z. B. Optibond FL, Gluma CPS) erlauben eine gleichzeitige Konditionierung von Schmelz und Dentin. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Applikation der Säure im Schmelzbereich beginnt, um eine befriedigende Konditionierung innerhalb von 30 Sekunden erreichen zu können; die Konditionierung im Dentin erfolgt während maximal 15 Sekunden. Um ein Kollabieren des Kollagenetzwerks zu verhindern, darf im Sinn eines «wet-bondings» das Den-

tin nicht exzessiv getrocknet werden. Die neu entwickelten, auf dem «wet-bonding»-Konzept beruhenden Primer beruhen auf einer Azetonbasis, welche hydrophile Monomere enthalten und somit eine extreme Trocknung des Schmelz-Ätz-Musters nicht mehr nötig machen. Als Nachteil stellt sich allerdings heraus, dass das milchig-trübe Ätzmuster nicht mehr zu erkennen ist, und dem Anwender suggeriert wird, dass eine absolute Trockenlegung nicht mehr unbedingt erforderlich sei. Jeder Kontakt von Speichel, Sulkusfluid oder Blut mit konditionierter Zahnhartsubstanz führt immer noch zu einer Verminderung der Haftwirkung. Eine Anwendung des konventionellen, auf dem «dry-bonding»-Konzept beruhenden Adhäsivsystems ist nach wie vor anwendungsgerecht und zeitgemäss, wobei der Primer auf Wasser oder Ethanolbasis beruht.

Die Entwicklung der sogenannten Ein-Flaschen-Produkte (z. B. Prime & Bond 2.1) sind Komponentenmischungen, welche Schmelz und Dentin zu konditionieren vermögen, in das Kollagenetzwerk eindringen und nach erfolgter Lichthärtung eine Verbundschicht aufbauen. Die Anwendung dieser Adhäsivgruppe erfolgt nicht mehr nur mit den Komposern, sondern auch mit Kompositmaterialien. Als Voraussetzung für eine dauerhafte und erfolgversprechende Füllungstherapie sind die maximale Trockenlegung, die gewissenhafte Durchführung der Primer- und Adhäsivapplikation sowie die korrekte Füllungsprozedur unabdingbar.

Klasse-V-Restaurationen im Frontzahnbereich

(Dr. Didier Dietschi, Genf)

Die Versorgung von Zahnhalsdefekten stellt eine besondere Herausforderung für den praktizierenden Zahnarzt dar. Unterschiedliche ätiologische Gesichtspunkte lassen folgende Einteilung zu: Wurzelkaries,

Abrasionen, Abfraktionen, Erosionen, sensible Zahnhälse. Die Differenzierung der Defekte ist für die Therapie besonders wichtig, da die Progredienz des Fortschreitens unterschiedlich ist, und nicht in jedem Fall eine invasive Füllungstherapie indiziert ist. Von besonderer Bedeutung sind daher präventive Massnahmen, wie die Kontrolle der Mundhygiene, Flouridierungsmassnahmen, gegebenenfalls Diätkontrollen, medizinisch-psychologische Betreuung (bzw. bei Anorexie- oder Bulämiepatienten) sowie Funktionsanalysen. Bei der Auswahl der Füllungsmaterialien müssen die unterschiedlichen topographischen und ätiologischen Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Erosionen und Abrasionen sollten mit abrasionsstabilen Füllungsmaterialien, den Feinstkornhybridkompositen, versorgt werden. Bei starker funktioneller Belastung einer Füllung sind Kompomere aufgrund ihrer hohen Elastizität zu bevorzugen; ist hingegen eine aktive Wurzelkaries vorhanden, und eine sichere Zahnreinigung durch den Patienten zweifelhaft, so bieten sich die Glasionomerzemente mit Flouridabgabe an. Als problematisch erweist sich oftmals die Präparation von erosionsbedingten Läsionen, da der zervikale Rand häufig unscharf begrenzt ist. Eine leichte Hohlkehle oder Stufe erleichtert die Füllungstherapie und erlaubt durch das «Anfrischen» des Dentins eine intensivere Hybridschichtbildung.

Klasse-III- und IV-Restaurationen im Frontzahnbereich

(Dr. Lorenzo Vanini, Italien)

Ästhetisch ansprechende Ergebnisse bei der Versorgung der Kavitätenklassen III und IV sind bei Berücksichtigung folgender Punkte zu erwarten: Wahl der geeigneten Grundfarbe sowie der geeigneten chromatografischen Komposition der Zahnhartsubstanz, Adhäsivpräparation, Kofferdam-Applikation, korrekte

Anwendung der Adhäsivtechnik, Ausarbeitung und Politur in zwei Sitzungen, Biss- und Ästhetikkontrolle. Der Referent macht deutlich, dass durch eine Zuhilfenahme von Diagnosehilfsmitteln wie Farbskalen und Erstellung von Fotostataufnahmen die Effizienz der Füllungstherapie zunehmen kann. Besonderen Wert wird auf den Prozess der Farberkennung und der Farbauswahl gelegt, wobei die Charakterisierung der Basisfarbe, die chromatografische Zahnkomposition sowie die Beurteilung des Opaleszenzverhaltens entscheidende Parameter darstellen. Als besonders schwierig wird die ästhetisch exakte Wiederherstellung des vestibulären Schmelzanteils bezeichnet. Bei besonders grossen Defekten bietet sich die indirekte Methode an, bei welcher die Kompositmodellation nach Abdrucknahme auf dem Meistermodell erfolgt, das Werkstück daraufhin adhäsiv auf dem präparierten Zahn befestigt wird und mit dem Nachbearbeiten des Randes abschliesst.

Bleichungstechniken

(Dr. A. Stassinakis, Bern)

Die Aufhellung von Zähnen spielt aufgrund der grösser werdenden Nachfrage nach ästhetischem Zahnersatz eine immer wichtigere Rolle im Praxisalltag. Ziel ist die Entfernung bzw. Maskierung extrinsischer und intrinsischer Verfärbungen sowie die Kompensation genetisch, traumatisch und funktionell bedingter Zahnstrukturänderungen. Eine korrekte Patientenauswahl, Patienteninformation und Diagnosestellung vorausgesetzt, ist mit einem Erfolgserlebnis zu rechnen. Generelle Kontraindikationen stellen Karies, H2O2-Allergie, Latex-Allergie sowie Schwangerschaft dar. Bei vitalen Zähnen sollte auf eine Bleichtherapie bei folgenden Bedingungen verzichtet werden: grosses Pulpacavum, überempfindliche Zähne, grosse Restaurationen, Schmelzris-

se und Träger von KFO-Apparaturen. Devitale Zähne kommen bei undichten Wurzelfüllungen, ungenügendem Restzahnbestand und bei unvollständiger Trockenlegungsmöglichkeit nicht für eine Bleichtherapie in Frage. Die Aufhellung devitaler Zähne erfordert eine vorausgehende Zahnreinigung, Schutz der Gingiva mittels Vaseline, Kofferdam sowie ein Augenschutz sowohl für den Behandler als auch für den Patienten. Die Zugangskavität sollte möglichst klein gehalten werden, sowie die Wurzelfüllung 1 bis 2 mm subgingival pferdesattelförmig mit einem Zinkphosphatzement oder lichterhärtendem Glasionomermzement abgedeckt werden. Nach der smear-layer-Entfernung mit 30%iger Phosphorsäure über 10 Sekunden ist das Bleichungsmittel einzubringen und ein provisorischer Verschluss der Kavität indiziert. Bei der Walking-bleach-Methode ist ein wöchentliches Wechseln des Natriumperborat-H2O2-Gemisches über max. 4 bis 5 Wochen hinweg erforderlich. «Chairside»-Methoden, bei denen das Natriumperborat-H2O2-Gemisch thermokatalytisch aktiviert und innerhalb einer Sitzung bis zu 3 Sequenzen über 5 Minuten in situ belassen und daraufhin entfernt wird, sind ebenfalls möglich. Hinsichtlich der Prognose zeigt sich, dass ein Vitalitätsverlust nach dem 25. Lebensjahr, eine korrekte Abdichtung sowie eine Bleichung mittels Natriumperborat und Wasser als ein «sicheres Bleichen» bezeichnet werden kann. Mit starken Nebenwirkungen ist bei einem Vitalitätsverlust vor dem 25. Lebensjahr, inkorrektor Abdichtung und bei einer Bleichung mittels H2O2 und Wärme zu rechnen. Dieser Vorgang ist somit als ein «gefährliches Bleichen» zu bezeichnen.

Bei der Vitalbleichung kommen die sogenannte «night-guard-vital-bleaching»-Methode bzw. das «chair-side-

bleaching» oder «power-bleaching» zum Tragen. Nach eingehender Patienteninformation wird nach erfolgter Abformung des Kiefers die vom Techniker hergestellte Schiene am Patienten eingepasst und mit einem Carbamidperoxydgel (Bsp. Opalescence) beschichtet und Überschüsse entfernt. Die Tragedauer beträgt als Nachtschiene 6 bis 12 Stunden täglich über einen Zeitraum von 3 bis 6 Wochen. Das sogenannte «power-bleaching» findet in der Zahnarztpraxis statt und wird mit 30%igem H2O2 durchgeführt. Generell sollte eine Kontrolle nach 3 Tagen und daraufhin wöchentlich erfolgen. Der Patient ist auf eine Nachdunklungseffekt hinzuweisen. Ein Füllungsersatz ist frühestens nach einem Monat möglich. Die Mikroabrasion stellt ein Vorgehen dar, bei dem eine schwache Salzsäure (10–18 %) und ein Abrasivmittel (feiner Bimsstein) mit Plastikaufläusen auf langsam rotierenden Winkelstücken eingesetzt werden. Indikationen sind bei hartnäckigen Schmelzauflagerungen, oberflächlichen Schmelzverfärbungen und Strukturinhomogenitäten gegeben.

Die Versorgung mit Cerec-Veneers

(Dr. A. Bindl, Zürich)

Das dem Cerec-System zugrundeliegende Konzept umfasst 1. die präfabrizierten zahnfarbenen Materialien Keramik und Polymere, 2. den optischen Abdruck, 3. Chairside CAD/CAM (Computer Aided Design/Computer Integrated Manufacturing) und 4. die Adhäsivtechnik. Die Grundprinzipien der seit 1980 entwickelten Cerec-Technologie sind heute im Cerec 2 integriert und ermöglichen die Konstruktion von Veneers mit mehrfach gekrümmter Oberfläche und vollständiger inzisaler Überkappung. Aus ästhetischen, aber auch funktionellen Gründen sind anstelle von Vollkronen häufig Veneers in-

diziert. Fehlende Front oder Eckzahnführungen können neu aufgebaut werden, abraderte und inzisial frakturierte Frontzähne können verlängert, kleine orthodontische Stellungskorrekturen maskiert werden. Selbst bestehende kleindimensionierte Füllungen stellen keine Kontraindikation mehr dar. Dem Chairside-Gedanken folgend, werden Cerec Veneers in einer Sitzung konstruiert, formgeschliffen und adhäsiv eingesetzt. Vorteile bestehen demnach aufgrund des günstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses für den Behandler aber auch für den Patienten. Dass auch in ästhetischer und kosmetischer Hinsicht den individuellen Wünschen des Patienten nachgekommen werden kann, ermöglichen das «internal shading» und «external shading», beides Methoden der individuellen Farbcharakterisierung.

Versorgung mit Veneers

(Dr. L. Portalier, Frankreich)

Ein wesentliches Problem bei der Herstellung direkter oder indirekter Veneers mit Keramik oder Komposit stellt die patientengerechte optimale Farb- und Formgestaltung des zu versorgenden Zahnes dar. Der hergestellte Zahn soll so natürlich als möglich aussehen und den funktionellen Forderungen entsprechen. Der Referent demonstrierte «step-by-step» die notwendigen Behandlungsschritte bei der Versorgung von Frontzähnen mit Kompositmaterialien, wobei auf die richtige Vorgehensweise in der Applikation der verschiedenen Kompositfarben bezüglich der Anatomie und der Lichtreflexion Wert gelegt wurde. Sinngemäss charakterisierte der Referent die Situation folgendermassen: «Life is a theater, where the lips are the curtains and the teeth are the actors.»

Ästhetische Korrekturen mit Komposit

(Dr. Burkhard Hugo, Würzburg)

Der Vortrag befasst sich mit der nicht-invasiven Anwendung

von Kompositmaterialien im Frontzahnbereich. Der Einfluss des Selbstwertgefühls, die Anzahl und Art der sozialen Kontakte bestimmen das Schönheitsideal unserer Zeit mit. So lassen sich die Kriterien für «das schöne Gesicht» bezüglich Farbe, Form, Stellung, Gingivaverlauf im allgemeinen als relativ leicht bestimmen, erfordern aber immer eine individuelle Modifizierung. Die Einbeziehung des Patienten in das Therapiegeschehen ist daher besonders wichtig, wird doch der Wunsch nach Behandlung überwiegend von ästhetisch anspruchsvollen

Frauen und einer recht jungen Klientel zwischen 20 und 40 Jahren in Anspruch genommen. Der vielfältige Einsatzbereich und die Möglichkeit des polychromatischen Farbaufbaus ermöglichen heutzutage eine ansprechende Versorgung. Dieser Vortrag macht deutlich, dass der Zahnarzt nicht mehr nur in medizinischer Sicht gefordert wird, sondern vielmehr ein geschultes Auge für die ästhetischen Belange des Patienten haben muss, will er dem stärker werdenden Dienstleistungsge danken unserer Zeit entsprechen.

Schweizerische Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften

Henry-E.-Sigerist-Preis 1998 für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften

Der Henry-E.-Sigerist-Preis wurde 1967 von Herrn und Frau Dr. Markus Guggenheim-Schnurr in Basel zur Erinnerung an den weltbekannten Schweizer Medizinhistoriker Henry E. Sigerist (1891–1957) gestiftet. Er soll jungen Medizinerinnen, Mediziner, Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern zugute kommen, die einen Beitrag zur Erforschung und Darstellung der Geschichte ihrer Wissenschaft geleistet haben. Der diesjährige Preis in der Höhe von 2000 Franken soll an der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften verliehen werden, die vom 24. bis 26. September 1998 in Bellinzona und Lugano stattfindet.

Für eine Auszeichnung mit dem Sigerist-Preis kommen jene Arbeiten zur Geschichte der Medizin oder der Naturwissenschaften in Frage, die von Studierenden, Doktorandinnen, Doktoranden, Assistentinnen oder Assistenten an schweizerischen Hochschulen verfasst und im Jahre 1998 entweder veröffentlicht oder im Manuskript abgeschlossen worden sind. Schweizerinnen und Schweizer im Ausland können sich ebenfalls um den Preis bewerben. Die Bewerberinnen und Bewerber sollen in der Regel nicht älter als 36 Jahre sein (Jahrgang 1962). Die Jury setzt sich aus drei Medizinhistorikern zusammen.

Autorinnen und Autoren von Dissertationen und anderen Arbeiten, die die oben genannten Kriterien erfüllen, werden gebeten, drei Exemplare ihrer Studie, zusammen mit einem kurzen Lebenslauf und Angabe des Heimatortes, bis spätestens 1. Juni 1998 an folgende Adresse einzusenden:

*Medizinhistorisches Institut und Museum der Universität
Zürich, Rämistrasse 71, 8006 Zürich*

BUCHBESPRECHUNGEN



Parodontologie

Müller H-P, Eger Th: Furkationsbehandlungen.

240 S., 352 Abb., DM 268,-,
Quintessenz, Berlin (1998)
ISBN 3-8765 2-916-6

In der vorliegenden Neuausgabe werden die Entwicklung parodontaler Läsionen im Furkationsbereich, ihre Diagnostik und die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung vorgestellt. Das Buch gliedert sich in zwei Abschnitte. Im ersten werden zunächst die entwicklungsgeschichtlichen und anatomisch-topographischen Besonderheiten des Furkationsbereichs mehrwurzliger Zähne behandelt. Dies führt zu einem tieferen Verständnis für die Besonderheiten der entzündlichen Läsion im Furkationsbereich und zeigt klar die Probleme bei Diagnostik und Therapie auf. Im zweiten Abschnitt werden die Therapiemöglichkeiten des Furkationsbefalls abgehandelt. Basierend auf einem klaren parodontalen Behandlungskonzept werden konventionelle, resektive und regenerative Therapieverfahren sowie unterstützende antibiotische Massnahmen in Bildserien vorgestellt. Die jeweiligen Indikationen für die Behandlung furkationsbefallener Zähne werden unter weitgehender Berücksichtigung der internationalen Literatur und der zunehmenden Zahl randomisierter kontrollierter oder vergleichender Studien vorgeschlagen. Jedes Kapitel wird in übersichtlicher Weise in Indikation, Vorgehen und kritische Beurteilung sowie eine kurze, prägnante Zu-

sammenfassung gegliedert. Im letzten Kapitel werden mögliche Strategien zur Behandlung der Parodontitis interradicularis im Rahmen eines synoptischen Behandlungskonzeptes erläutert. Anhand von Flussdiagrammen wird dem Praktiker die Entscheidung für die jeweilige Therapieart je nach Furkationsbefall erleichtert. Auf die Grenzen der auf biologischen Grundlagen basierenden Behandlungsstrategie wird zwar hingewiesen. Eine kurze Diskussion zu Implantatalternativen wäre jedoch in einem modernen Lehrbuch zumindest wünschenswert. Aktuelle Literaturverzeichnisse ermöglichen dem interessierten Leser den Zugang zu entsprechenden Publikationen. Ein ausführliches Sachregister weist auf den aktuellen Stand parodontaler Problematiken hin. Dieses Buch, das verständlich zu lesen, klar aufgebaut und durch Abbildungen und Literaturhinweise sinnvoll ergänzt wurde, eignet sich für den Studierenden der Zahnmedizin und angehende Dentalhygienikerinnen gleichermaßen wie für den parodontologisch tätigen Zahnarzt.

Stefano Giudici, Zürich

Konservierende Zahnmedizin

Kamann W: Die Goldhämmerfüllung.

134 S., 109 Abb., SFr. 128.-,
Hanser, München (1997)
ISBN 3-446-18859-2

Das Buch ist eine umfassende Monographie mit Anleitung zur Praxis dieser klassi-

schen Versorgungsart, vor allem kleinerer Hartsubstanzdefekte. Es besteht aus einem theoretischen und einem etwa gleich grossen praktischen Teil. Ersterer beinhaltet neben einer ausführlichen Schilderung der historischen Entwicklung die theoretischen Grundlagen dieser Füllungstechnik bezüglich Indikation/Kontraindikation, Materialien, Instrumenten und Verarbeitungshinweisen, Trockenhaltung, Präparation, Kondensation und Ausarbeitung. Im zweiten, praxisorientierten Teil wird das Vorgehen für jede Kavitätenklasse mit vielen, z.T. etwas redundanten Abbildungen beschrieben. Das reichliche klinische Bildmaterial in Farbe kann über das schmerzliche Fehlen gewisser schematischer Zeichnungen z. B. von Präparationen, Instrumenten und deren Einsatz, Griffhaltungen und Abstützungen usw. nicht hinwegtrösten. Solche würden das Verständnis des Textes deutlich erleichtern. Neueste Erkenntnisse modernerer Präparationstechnik bezüglich der Qualität von Kavitätenrändern (z. B. mit oszillierenden feinstkornbelegten Diamantfeilen) wurden noch nicht berücksichtigt. Ob die Goldhämmerfüllung wegen des damit verbundenen, v. a. bei grösseren Kavitäten, nicht zu unterschätzenden mechanischen Traumas wirklich zum Verschluss vorgängig wurzelbehandelter inlayversorgter Zähne geeignet ist, möge dahingestellt bleiben. Dass diese Füllungstechnik durch den Patienten auf jeden Fall als unangenehm empfunden wird, und zwar ungeachtet, ob das Gold mit einem maschinellen, pneumatisch oder elektrisch angetriebenen «power hammer» oder mit klassisch-manuellem Hammerschlag kondensiert wird, steht ausser Zweifel. Der Autor ist der Ansicht, dass die Indikation für die gehämmerte Goldfüllung für

kleinere Defekte in Deutschland in Zukunft als Folge eines allgemein zunehmenden Präventionsbewusstseins und eines dadurch in der Regel früheren Interventionszeitpunktes eher wieder häufiger gestellt werden könnte. Dies nicht zuletzt wegen der anerkannt guten Biokompatibilität reinen Goldes sowie eventuell auch wegen gewisser landesspezifischer Gesichtspunkte bei der Leistungsabgeltung.

Das Buch bringt als Zusammenfassung eines bedeutenden Literaturmaterials sowohl dem Studierenden der Zahnmedizin als auch dem Praktiker, welcher sich einen eventuellen Einstieg in die Füllungstechnik der gehämmerten kohäsiven Goldfüllung überlegt, einen guten Überblick über die Geschichte, die Prinzipien und den gegenwärtigen Stand der Technik sowie über die gängigen Materialien und Methoden.

Ralph A. Buzzi, Bern

Kieferorthopädie

van der Linden F P G M: Kieferorthopädie mit fest-sitzenden Apparaturen. 568 S., div. Abb., DM 248,-, Quintessenz, Berlin (1998) ISBN 3-87652-987-5

Das vorliegende Werk ist der 6. Band einer herausragenden Buchreihe von Prof. Frans P. G. M. van der Linden zum Thema «Kieferorthopädie». Die 1997 erschienene englische Fassung dieses Buches – «Orthodontics with fixed appliances» – wurde in Heft 3/1998 unserer Monatschrift von Cathrine Nylén, Basel, bereits besprochen. Da zwischen der deutschen und der englischen Ausgabe inhaltlich keine nennenswerten Unterschiede bestehen, verzichten wir auf eine nochmalige Rezension.

Die Redaktion

Ästhetische Zahnmedizin

Crispin B J (Hrsg.): Moderne ästhetische Zahnheilkunde. Grundlagen für die Praxis.

304 S., 948 Abb., DM 289,-, Quintessenz, Berlin (1998) ISBN 3-87652-596-9

Das Buch ist als wissenschaftliche Grundlageninformation und als praktischer Leitfaden für den restaurativ tätigen Zahnarzt konzipiert. Um dieser Zielsetzung gerecht zu werden, wurde jedes der insgesamt 6 Kapitel in einen theoretischen und einen praktischen Abschnitt unterteilt. Die Kapitel sind übersichtlich gegliedert und mit reichhaltigem Bildmaterial in zumeist sehr guter Qualität ausgestattet.

Zu Anfang geht der Verfasser auf die Voraussetzungen einer auf ästhetische Zahnmedizin ausgerichteten Praxis ein und gibt nützliche Hinweise zur Patientenkommunikation und -information. Der Dokumentation von Patientenfällen kommt heute eine grosse Rolle zu, da Vorher-Nachher-Fotos nicht nur bei Versicherungsansprüchen oder gerichtlichen Auseinandersetzungen helfen können, sondern auch die Kommunikation mit dem Patienten und dem Zahntechniker verbessern. Als Informationsmedien können die Fotografie, introrale Videobilder und das Computer Imaging dienen. Nach Crispin ermöglichen 35 mm-Kamerasysteme auch bei geringer fotografischer Erfahrung aufgrund der einfachen Handhabung sehr gute Resultate. Das 2. Kapitel geht sehr detailliert auf das Bleaching-Verfahren in der Praxis (office bleaching) und zu Hause durch den Patienten selbst (home bleaching) ein. Die externe Selbstapplikation des Bleichmittels (hauptsächlich 10–15%iges Carbamidperoxid) mittels Schienen ist die in den USA am häufigsten praktizierte Methode. Sie wirkt nach Meinung des Au-

tors am besten bei gelben, orangen und hellbraunen Verfärbungen. Die Kapitel 3 bis 5 gehen auf restaurative Massnahmen in der ästhetischen Zahnmedizin ein. Von der Patientenseite ist ein immer stärker werdender Wunsch nach zahnfarbenen Alternativen zu verzeichnen. Für den Zahnarzt, der auf dem Gebiet der zahnfarbenen Restaurationen tätig sein möchte, illustriert Crispin alle Möglichkeiten. Im 3. Kapitel werden Zusammensetzung und Wirkungsweise der Materialien für direkte ästhetische und adhäsive Füllungen beschrieben und ein kurzer Überblick über die Geschichte der Schmelz- und Dentinhaftung gegeben. Das 4. Kapitel ist der direkt in Schichttechnik gestopften Kompositfüllung gewidmet. Es beschreibt bildhaft die klinische Vorgehensweise für den Front- und Seitenzahnbereich. Leider wird auf die Adhäsionspräparation nur kurz eingegangen. Des weiteren wird das Vorgehen bei der Fissurenversiegelung dargestellt. Kleine kariöse Läsionen in Grübchen und Fissuren sollten mit einer erweiterten Fissurenversiegelung behandelt werden. Das Untertunneln von Randleisten und Schmelzbrücken im Approximalbereich bei der Kariesexkavation, die sogenannte Tunnelpräparation, wird nicht für die routinemässige Behandlung der Approximalkaries empfohlen, da hier Zugang und Kontrolle der Karies oft sehr eingeschränkt sind. Im 5. Kapitel geht Crispin vor allem auf die Behandlung mit direkten/indirekten Kompositinlays ein. Er erklärt sehr anschaulich die Technik des direkten Kompositinlays und weist auf die Vorteile gegenüber der direkten Kompositfüllung hin wie verbesserte physikalische Eigenschaften durch extraorale Vergütung und geringere Polymerisationsschrumpfung. Das Schwergewicht des Buches liegt eindeutig auf dem umfangreichen Kapitel über Kera-

mikrestaurationen (knapp 150 S.). Neben der historischen Entwicklung dentaler Keramik wird kurz auf die physikalischen Grundlagen eingegangen. Eine einfache Klassifizierung der Materialien in konventionelle, kernverstärkte, verstärkte, Glas- und formgeschliffene Keramik rundet die Einleitung dieses Kapitels ab. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden dann anhand von Abbildungen und Einzeldarstellungen die aktuellen ästhetischen Möglichkeiten mit Vollkeramik für Kronen, Inlays, Overlays und Veneers diskutiert. Neben dem klinischen Vorgehen in bezug auf Präparationstechnik, provisorische Versorgung und Zementierung lernt der Zahnarzt auch die grundsätzlichen Laborverfahren step-by-step kennen. Die für den Zahnarzt möglicherweise zu umfangreiche Darstellung der Schicht-, Guss- und Presstechnik soll die Verständigung mit dem Labor verbessern. Als Alternative zur laborgefertigten keramischen Restauration wird die Chairside-Herstellung von Keramikinlays mit der Cerec-Methode vorgestellt. Bei dieser interessanten Methode kann mittels eines optischen Abdruckes und nachfolgender Konstruktion am Computer die Restauration in einem Zuge formgeschliffen und adhäsiv befestigt werden. Leider geht der Autor auf die erweiterten Möglichkeiten mit dem Cerec-2-System, wie zum Beispiel die Herstellung von Computerkronen, nicht ein. Der letzte Abschnitt beschäftigt sich, leider nur oberflächlich, mit moderner ästhetischer Brückentechnik. In einem kurzen Abriss findet das aluminiumoxidverstärkte und lanthanglasinfiltrierte In-Ceram-Brückengerüst genauso Erwähnung wie die metallverstärkte Adhäsivbrücke. Das vorliegende Buch stellt ein aktuelles, praktisches Nachschlagewerk in der ästhetischen Zahnmedizin dar, welches nicht nur dem Studierenden

oder Berufsanfänger, sondern auch dem erfahrenen Zahnarzt und an diesem Fachgebiet interessierten Praktiker empfohlen werden kann. Die insgesamt klare Darstellung der einzelnen Behandlungsschritte tröstet dabei über den hohen Kaufpreis des Buches hinweg.

Andreas Rathke, Zürich

Keramik

Hahn R: Vollkeramische Einzelzahnrestaurationen.

134 S., 115 Abb., DM 75,-,
Quintessenz, Berlin (1997)
ISBN 3-87652-109-2

Beim vorliegenden Buch handelt es sich um die Habilitationsschrift des Autors über «Vollkeramische Einzelzahnrestaurationen». Das Buch ist in 8 Kapitel gegliedert. Zuerst werden im 1. Kapitel die Probleme rund um den Werkstoff Keramik dargestellt und dem Leser die vielen offenen Fragen vor Augen geführt. Davon ausgehend, werden ganze Themenblöcke zur Keramik wie derjenige zur Festigkeit oder zur Werkstoffoptimierung, zur Anwendung und zur Klinik in den Kapiteln 2 bis 5 wissenschaftlich und experimentell angegangen. Die ersten beiden Buchkapitel beschreiben die Versagenswahrscheinlichkeit von konventionellen Dentalporzellanen und das klinische Verhalten von Dentalporzellanen mit silikatischer Matrix. Es werden abschliessend Misserfolge analysiert, interpretiert und Lösungsansätze präsentiert. Das 4. Kapitel ist den Konzepten zur Optimierung der Werkstoffeigenschaften sowie der Fertigungstechniken keramischer Zahnersatzwerkstoffe gewidmet. Anforderungsprofile und Kenndaten repräsentieren neben vielen guten Experimenten diesen Buchabschnitt. Im 5. Kapitel werden Anwendungen simuliert, die vorwiegend im Bereich der Bruchbe-

lastung, also der Festigkeit der Keramik, anzusiedeln sind. Aufgrund der Beschaffenheit der Bruchfragmente und des Frakturverlaufes erfolgen die unterschiedlichen Interpretationen der verwendeten Materialien und der Befestigungstechnik. Das Buch wird abgerundet durch Gesamtdiskussion, Zusammenfassung und eine umfangreiche Bibliographie. Die experimentellen Versuchsanordnungen sowie die klinischen Studien sind übersichtlich und verständlich aufgebaut und führen zu interessanten und verwertbaren Resultaten. Bemerkenswert sind insbesondere die begleitenden klinischen Studien zum Thema, die dem klinisch orientierten Leser eine Hilfe sein können. Die Veröffentlichung der Habilitationsschrift gibt eine aktuelle Übersicht über den Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse und der klinischen Anwendungsmöglichkeiten von modernen vollkeramischen Systemen wieder und zeigt deren Indikationen und Grenzen auf.

Das Buch ist nicht als Lehrbuch oder lockere Lektüre gedacht, sondern dient vorwiegend dem wissenschaftlich arbeitenden Leser und Lehrer, die sich mit Materialprüfung, insbesondere mit der Keramik, befassen und auch ein umfangreiches Literaturverzeichnis zu schätzen wissen. Ihnen kann das Buch sehr empfohlen werden.

Kurt Jäger, Aarburg

Praxisführung

Kanzler R: Serviceunternehmen Zahnarztpraxis.

260 S., 40 Abb., SFr. 89.-, *Urban & Schwarzenberg, München (1997)*
ISBN 3-541-18871-5

Der Autor, der als Zahnarzt in eigener Praxis in Deutschland tätig ist, versucht in seinem Buch Konzepte und Auswege aufzuzeigen, um die Krise, in

der das deutsche Gesundheitswesen nach seinen Aussagen steckt, zu überwinden. Er möchte Kolleginnen und Kollegen den Anstoss geben, die Führung und die Ziele ihrer Zahnarztpraxis neu zu überdenken und allenfalls die Praxis in ein wahres Serviceunternehmen umzuändern, denn, wie einleitend festgestellt wird, haben alle Erfolgreichen, völlig unabhängig ob Grosskonzern, mittlere Unternehmen, Anwaltskanzlei oder eben Arztpraxis, nur einen gemeinsamen Nenner: Konzentration auf den Kunden. Zu Beginn werden dem Leser 8 Fragen gestellt:

1. Wie organisieren Sie ihre Praxis?
2. Haben Sie die richtige Praxisform?
3. Wie gehen Sie mit ihren Mitarbeitern um?
4. Wie gehen Sie mit ihren Patienten um?
5. Welche Serviceleistungen bieten Sie ihren Patienten an?
6. Wie differenzieren Sie sich von anderen Praxen?
7. Wie wollen Sie sich und ihre Praxis profilieren?
8. Welche fachliche Spezialisierung ist für Sie sinnvoll?

Anhand dieser 8 Fragen werden nun in 15 Kapiteln über 179 Seiten Schritt für Schritt eigentliche Marketing- und neu im Dienstleistungsbereich sogenannte Clientingaspekte diskutiert. Dem Leser wird dabei klar gemacht, dass am Ende der gesamten Marketingsprache, in der von Abnehmern, Verwendern, Verbrauchern oder Zielgruppen die Rede ist, eigentlich vergessen wird, dass im Zentrum einer Praxis ein Mensch steht, der ein Problem gelöst haben möchte. Dieser Mensch heisst Patient und wird üblicherweise am Ende der Skala der Anregungen über corporate identity, aesthetic dentistry, Laser, andere «high dents», Musikberieselung, Parkplatzprobleme, Farbauswahl der Praxismöbel usw., die Marketingbücher meist einem vermitteln, eingereiht, und dabei stört er ja nur: der Patient! Die erwähnten 15 Kapitel geben Auskunft über Denkens-, Handlungs-, Qualitätskonzepte

einer Praxis und über das Fundament jeder Praxis: die Organisation. Im weiteren beschreibt der Autor die vier wichtigsten Säulen der Führung wie Persönlichkeit des Chefs, Qualitätsaspekte (z. B. ISO Zertifizierung), Team- und Personalmanagement, wobei vor allem die Mitarbeiterauswahl im Vordergrund steht, und den eigentlichen Service, welcher in kostenlosen Service und bezahlten Service, die eigentliche Leistung, unterteilt wird. Es werden gute Angaben über die zeitgemässe Ausstattung einer Zahnarztpraxis (in Deutschland) vermittelt. Im Kapitel «Dienstleistungsbeleitender Service» wird auf die Erwartung des Patienten eingegangen und beispielsweise eine Befunderhebung zu einem Erlebnis für den Patienten umfunktioniert (Ob dies der richtige Weg ist?). Mittels Aussagen über Konkurrenzkampf, Werbung und Kommunikation mit dem Patienten versucht der Autor das zu erreichen, was er eingangs als das Ziel definiert: Der Kunde ist der König und muss es bleiben. Die ganze Kette der Anregungen gipfelt am Ende in den 10 Geboten des Serviceunternehmens Zahnarztpraxis, wobei dabei erstaunlicherweise «sich Zeit nehmen» erst an 10. Stelle der Liste steht. Die 10 Gebote machen jedenfalls deutlich, dass der Erfolg des Serviceunternehmens Zahnarztpraxis nur über die Beherrschung aller modernen Kommunikationstechniken erreichbar wird, und der Zahnarzt lernen muss, nicht zahnbezogen zu denken, sondern den ganzen Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Am Ende des Buches vertritt der Autor die Auffassung, dass infolge der zunehmenden Spezialisierung in einzelne Fachgebiete die Gemeinschaftspraxis oder Sozietät die besten Zukunftsaussichten bietet. Wobei zu bemerken ist, dass so manche Sozietät aufgrund falscher Verträge schwieriger aufzulösen ist als eine Ehe. Wichtig scheint aber die Feststellung,

dass Sozietäten flexibler, effektiver, produktiver und zu grösserer Differenzierung fähig sind. Unter dem Titel «Kreativer, innovativer, offensiver» kommt der Autor ganz am Ende seines Buches auf das alles entscheidende Total Quality Management zu sprechen, wobei seiner Meinung nach die Kernaussage in der Erkenntnis besteht, dass die Kundenzufriedenheit letztlich der einzige relevante Qualitätsmassstab ist.

Das Buch bietet meiner Meinung nach dem Leser gute Gedankengänge und Ideen, wenn es darum geht, einem zunehmend kritischen Patienten gegenüber korrekt und qualitätsbewusst die eigene Leistungsbereitschaft im Sinne einer Dienstleistung zu beweisen. Die Ansätze und speziell die Musterbriefe im Anhang sind jedoch zu deutlich auf deutsche Verhältnisse ausgerichtet.

Thomas Biel, Bad Ragaz

Videoforum: Zahnärztliche Chirurgie

Bartsch J: **Die orale Chirurgie des Zahnarztes.**

32bändiges Videokompodium,
Laufzeit pro Film zwischen 10
und 45 Min., einzeln pro Film
SFr. 174.-, ganze Filmreihe
SFr. 4449.-, Thieme, Stuttgart
(1997)
ISBN 3-13-109141-X

Die Fortbildungsmöglichkeiten des Zahnarztes werden immer reichhaltiger. Neben der mündlichen und schriftlichen bebilderten Darreichung von Fachwissen ist nun im Thieme Verlag eine umfangreiche Sammlung über oralchirurgische Themen erschienen. Von den angebotenen 32 Videobändern haben wir den Film Nr. 11 «Chirurgie retinierter Zähne IV» (die Transposition) und den Film Nr. 27 «Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle» angesehen. Die Videodarstellungen sind didaktisch klar aufgebaut und

von ansprechender Qualität. Im Film Nr. 11, Bd. 4, wird die Transposition eines Zahns 48 nach 46, beginnend bei der Indikationsstellung, Schritt für Schritt präsentiert. Die anatomischen Voraussetzungen und der entsprechend der Zahnentwicklung günstigste Zeitpunkt für einen solchen Eingriff werden dargestellt, dabei wird der Entfernung des nicht erhaltungswürdigen Molaren und der Vorbereitung des Implantatbettes ebenso Aufmerksamkeit geschenkt wie der sorgfältigen Entfernung des zu transplantierenden Zahnes. Besonders erfreulich ist die langzeitige Dokumentation des Falles und die Präsentation weiterer Beispiele erfolgreicher Zahntransplantationen über Jahre hinweg. Laufzeit: 20 Min.

Im Film Nr. 27 über die Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle wird der diagnostische Blick des untersuchenden Zahnarztes oder der Zahnärztin durch sorgfältige Darstellung von Schleimhautveränderungen geschult. Dabei wird immer wieder auf die Bedeutung der Chance des Zahnarztes, seine Patienten über Jahre hinweg regelmässig kontrollieren zu können, und damit die frühzeitige Entdeckung von möglicherweise

malignen Veränderungen aufgezeigt. Das Band zeigt typische Veränderungen am Gingivalrand wie die Epulis, Gingivahyperplasie und die Fibromatose; weiter folgen die Schleimretentionszyste, gutartige Tumoren wie das Papillom, das Adenom, das Hämmangiom, dann die Pigmentierungen der Mundschleimhaut. Den weissen Schleimhautveränderungen wie dem Lichen planus und der Leukoplakie wird weiter Raum eingeräumt. Konsequenterweise folgt dann auch die Darstellung bösartiger Veränderungen, wie das Mundschleimhautkarzinom und das maligne Melanom. Laufzeit: 42 Min. Die Videos eignen sich vorzüglich zur Darstellung dynamischer Prozesse wie z.B. chirurgischer Eingriffe. Aber auch diagnostische Verfahren bei der Beobachtung von pathologischen Veränderungen der Mundhöhle können durch Videodarstellungen sehr eindrücklich veranschaulicht werden. Die Fortbildung vor dem Monitor ist eine angenehme Art der Information, sie eignet sich hingegen weniger gut zur kurzen Überblicksinformation. Das Blättern in einem Buch kann dadurch nicht ersetzt werden.

Gion F. Pajarola, Zürich

ZEITSCHRIFTEN



Endodontie

Rocke H, Kerschbaum Th, Fehn C: **Zur Verweildauer wurzel- kanalbehandelter Zähne.**

Dtsch Zahnärztl Z 52:
783-786 (1997)

Die Erfolgsrate von Wurzelkanalbehandlungen schwankt in der Literatur erheblich zwi-

schen 62% und 96%. Gründe dafür sind Schwierigkeiten einer allgemeingültigen Definition des Behandlungserfolges, die kaum übersehbare Variablenvielfalt und der fehlende Zeitbezug bei der Auswertung. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Daten zur zehnjährigen Verweildauer wurzelkanalbehandelter Zähne zu ermitteln und diese in

Relation zum Schicksal nicht-wurzelbehandelter Kontrollzähne beim gleichen Patienten zu setzen. Die Akten von 485 Patienten einer auf Endodontie spezialisierten Praxis wurden retrospektiv mit Hilfe eines speziell auf die Fragestellung abgestimmten Datenerfassungsprogrammes aufgenommen. Die erfasste Behandlungsperiode lag zwischen 1982 und 1993. Pro Patient wurde nur ein wurzelkanalbehandelter Zahn berücksichtigt. Als Kriterium für den Erfolg wurde der Verbleib des Zahnes gegenüber einem homogenen, kontralateralen Kontrollzahn, der zu Beginn der Therapiemassnahmen nicht wurzelkanalbehandelt war, gewertet. Anhand der Behandlungsakten wurde der Verlauf jedes ausgewählten endodontisch behandelten Zahnes so lange wie möglich verfolgt. Endpunkt der Beobachtung bildete der letzte dokumentierte Besuch in der Praxis bzw. der Verlust des behandelten Zahnes. Der erfasste Kontrollzahn ermöglichte die Berechnung der Wahrscheinlichkeit, dass ein nicht betroffener Zahn im Beobachtungszeitraum verlorengeht. Die endodontische Behandlungsmethode und die Röntgenaufnahme-technik blieben über die Beobachtungsperiode weitgehend unverändert. Die Wurzelkanalfüllung wurde mit Guttapercha und AH26 als Sealer nach der lateralen Kondensationstechnik stets unter Kofferdam vorgenommen. Die Zeitspanne zwischen dem Tag der Wurzelkanalfüllung und der letzten Beobachtung wurde mit Hilfe der Kaplan-Meier-Verweildauerstatistik ausgewertet. Die Erfolgsrate der endodontisch behandelten Zähne lag nach einem Jahr Verweildauer bei 98,5%. Nach fünf Jahren Beobachtungszeit waren noch 93,5% und nach zehn Jahren 81% der Zähne in si-

tu. Kontrollzähne mussten im überblickten Zeitraum nicht extrahiert werden, jedoch kam es nach einem Jahr bei 1,2%, nach fünf Jahren bei 1,6% und nach neun Jahren bei 6,4% der Kontrollzähne zu einer Wurzelbehandlung. Die Komplikationsrate der untersuchten wurzelkanalbehandelten Zähne war gering. Die Fünf-Jahres-Häufigkeit für Wurzelspitzenresektion lag bei 4,1%, für die Hemisektion bei 1,6% und für die Revision bei 2%. Bei weiteren Analysen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Verweildauer der Zähne im Ober- oder Unterkiefer gefunden werden. Auch der Zahntyp erwies sich nicht als bedeutsam; tendenziell lag die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Frontzähnen etwas günstiger. Das Erfolgskriterium bei dieser Studie war die Tatsache, ob ein wurzelkanalbehandelter Zahn in situ verblieb oder extrahiert werden musste. Obwohl diese Wertung des Erfolgs (resp. des Misserfolgs) klinisch unzureichend erscheint, kann das einschneidende Misserfolgsereignis als brauchbarer globaler Parameter für Erfolg resp. Misserfolg betrachtet werden. Durch die Mitbeobachtung des Kontrollzahnes kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass andere Gründe (Karies, Parodontopathie) eine massgebliche Rolle spielen. Die vorliegende Untersuchung zeigt im Vergleich zu den Daten einer Studie, welche in BKK-Kassenpraxen durchgeführt wurde, eine wesentlich günstigere Überlebensrate. Als Gründe dafür werden eine strengere Fallauswahl, die Spezialisierung des Behandlers und die ökonomischen Bedingungen, unter denen gearbeitet werden konnte, angeführt. Durch den Vergleich von endodontisch behandelten Zähnen mit nicht wurzelbehandelten Zähnen

zeigt diese Studie deutlich, dass die Prognose endodontisch behandelter Zähne langfristig gemindert ist.

Daniel Tinner, Basel

Parodontologie

Newman M G: Genetic risk for severe periodontal disease.

Compendium 18: 881-894 (1997)

In der Parodontologie gelten die Prinzipien der spezifischen und der unspezifischen Plaquetheorie. Die Plaquetheorie besagt:

■ Plaque verursacht Parodontitis

■ Spezifische und unspezifische Bakterien und deren Bestandteile sind die Zielkeime der Therapie

■ Entfernung, Kontrolle und Verhinderung der Rekolonisation sind Ziel der Therapie. Der Beginn, d.h. der Übergang von Gingivitis zur Parodontitis, und die Dynamik der Parodontitis sind bis heute noch nicht restlos geklärt. Auch bei der Wirtsabwehr sind noch viele Fragen offen. Mit der heute gültigen Plaquetheorie müssen alle Patienten gleich therapiert werden, weil nur der Ist-Zustand als Grundlage dient. Wie intensiv die Therapie angegangen werden soll, ist nicht definiert.

Neue Theorien öffnen sich mit der Entdeckung eines genetischen Faktors, PST genannt (Kornmann et al.; J Clin Periodontol 24:72-77, 1997), der ein höheres Risiko bzw. eine höhere Anfälligkeit bezüglich Parodontalerkrankung des Wirtes aufzeigt. Das Risiko bei den 30% der US-Bevölkerung, die diesen genetischen Faktor aufweisen, ist 6-19fach höher. In der Studie von Kornmann waren 86% der Patienten mit schweren Parodontitiden entweder PST-positiv oder starke Raucher. Für den Behandler bedeutet das, dass

PST-positive Patienten in strengerem Recall beobachtet werden müssen, eine intensivere Hygieneinstruktion notwendig ist, und eine aggressivere Parodontalbehandlung durchgeführt werden muss. Dieser genetische Faktor kann auch erklären, dass Patienten mit wenig Plaque und keiner anamnestischen Auffälligkeit sehr schnell verlaufende Parodontitiden aufweisen können.

Marcel Iff, Basel

Alterszahnmedizin

Knabe C, Kram P: Dental care for institutionalized patients in Germany.

Oral Rehabil 24: 909-912 (1997)

Diese Arbeit befasst sich mit dem Stand der zahnärztlichen Betreuung von (364) geriatrischen Patienten aus 9 verschiedenen Pflegeheimen in der Stadt Berlin. Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens und einer zahnärztlichen Untersuchung wurden die Zufriedenheit der Patienten mit der Heimbetreuung sowie deren allgemeiner und speziell auch deren oraler Gesundheitszustand ermittelt. Das Durchschnittsalter der 364 Personen, 87,3% Frauen und 12,7% Männer, betrug 84,9 (61-101) Jahre. Die mittlere Dauer des Heimaufenthaltes lag bei 32 (18-194) Monaten. Resultate: Die Erhebung zeigte, dass die Patienten in Alterspflegeheimen keinen regelmässigen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen unterzogen werden. Sie sehen den Zahnarzt im allgemeinen nur, wenn Zahnschmerzen oder andere orale Probleme auftreten bzw. wenn das Pflegepersonal eine zahnärztliche Untersuchung/Behandlung als erforderlich erachtet. 41,6% aller Heimpatienten waren ausserstande, die Mundpflege selbständig

durchzuführen; das Pflegepersonal stand ihnen dabei auch nicht immer helfend bei. Von den Patienten mit noch eigenen Zähnen verzichteten 59,4% auf jegliche Mundpflege. 12,6% der Patienten mit noch eigenen Zähnen verzeichneten eine genügende orale Hygiene, und nur bei 45% der Prothesenträger war die Prothesenpflege befriedigend. 61,5% der Untersuchten waren zahnlos. Von den bei den übrigen Patienten noch vorhandenen Restzähnen wurden 29,2% als extraktionsreif taxiert; 10,3% der noch erhaltungswürdigen Zähne benötigten eine restaurative Therapie. Pathologische Veränderungen der oralen Mukosa – mehrheitlich prothesenbedingt – waren bei 28,6% der Patienten zu beobachten. Nur 37,6% der vorhandenen Zahnersatzstücke wiesen einen genügenden Halt und eine genügende Stabilität auf. Die Zufriedenheit der Prothesenträger mit ihren Prothesen hing jedoch mehr von der Art des Zahnersatzes als von dessen Funktionszustand ab. Bei insgesamt 80% der Untersuchten zeigte sich eine zahnärztliche Behandlung (Prothesenkorrekturen, Extraktionen, Zahnfüllungen usw.) als notwendig; jedoch verweigerten von ihnen 63,7% eine solche. Die Autoren schliessen aus den Untersuchungsergebnissen, dass die zahnärztliche Betreuung der Patienten in den Alterspflegeheimen Deutschlands dringend verbessert werden sollte und schlagen dazu folgende Massnahmen vor:

– In jedem Pflegeheim sollten regelmässige zahnärztliche Routineuntersuchungen ermöglicht werden, indem entweder eine hauseigene Dentaleinheit für einen externen Zahnarzt eingerichtet oder ein mobiler zahnärztlicher Service organisiert wird.

– Dentale Probleme sollten möglichst frühzeitig angegangen werden, um grössere

Folgeschäden zu vermeiden. Mit Rücksicht auf den oft schlechten Allgemeinzustand von Patienten sollte jedoch nicht unbedingt auf eine Behandlung gedrängt werden.

– Das Pflegepersonal sollte in Mundpflege genügend ausgebildet und trainiert werden, damit es in der Lage ist, die tägliche Zahn- und Prothesenhygiene der Heimpatienten kompetent zu überwachen und nötigenfalls korrigierend einzugreifen.

– Wichtig ist auch, dass noch nicht pflegebedürftige ältere Menschen bei jeder möglichen Gelegenheit, z.B. bei prothetischer Versorgung, von ihrem Hauszahnarzt über die Bedeutung einer adäquaten Mundhygiene zur Erhaltung der oralen Gesundheit informiert und entsprechend instruiert werden, so dass sie sich schon vor einem später evtl. notwendig werdenden Heimaufenthalt ein verantwortungsbewusstes Mundpflegeverhalten aneignen.

Schliesslich wird darauf hingewiesen, dass das Selbstbewusstsein von geriatrischen Patienten durch Verbesserung ihrer psychischen Situation im Pflegeheim gestärkt werden kann, was sich oft auch dahin auswirkt, dass sie eher zu einer Zahnbehandlung bereit sind.

Theo Brunner, Oberglatt

Totalprothetik

Närhi TO, Ettinger RL, Lam EWM: Radiographic Findings, Ridge Resorption, and Subjective Complaints of Complete Denture Patients.

Int J Prosthodont 10: 183-189 (1997)

Progressive Kammresorption ist einer der Hauptgründe für den Stabilitäts- und Retentionsverlust von Totalprothesen. Reicht die

Atrophie des Alveolarkammes im Unterkiefer bis auf das Niveau des Foramen mentale, so kann dies Druckschmerzen unter Vollprothesen sowie Parästhesien im Ausbreitungsgebiet des N. mentalis zur Folge haben. Zweck dieser Studie war es, im speziellen abzuklären, wie weit das Ausmass der Kammresorption bzw. die dadurch bedingte relative Veränderung der Lage des Foramen mentale in Beziehung zum Kieferkamm zu den erwähnten Beschwerden Anlass geben. Aus einer Gruppe von 335 seit längerer Zeit zahnlosen Patienten, die zwischen August 1985 und Juli 1990 am Departement für Prothetik der Universität Iowa von Studenten mit neuen Vollprothesen versorgt worden waren, wurden 96 Personen in die Studie einbezogen. Das mittlere Alter der Probanden betrug bei den (61) Frauen 69,3+9,0 Jahre und bei den (35) Männern 70,3+9,4 Jahre. Die Patienten wurden telefonisch über ihre Beschwerden in Zusammenhang mit den Vollprothesen befragt, und die bei ihnen vor der prothetischen Versorgung angefertigten Panoramaröntgenaufnahmen wurden in bezug auf das Ausmass der Kammresorption sowie die Lage des Foramen mentale in seiner Beziehung zur Kammhöhe ausgewertet. Ausserdem wurden die auf den Röntgenbildern feststellbaren Relikte von frakturierten Wurzeln, retinierten Zähnen usw. registriert.

Resultate: Das Ausmass der Kammresorption zeigte bei den Frauen, nicht jedoch bei den Männern, eine signifikante Abhängigkeit von der Dauer (in Jahren) der Zahnlosigkeit. Bei beiden Geschlechtern bestand keine Korrelation zwischen dem Alter der Personen und dem Umfang des Kammabbaus. Anlässlich der Patientenbe-

fragung äusserten 34% der Totalprothesenträger ein Bedürfnis nach zahnärztlicher Behandlung; 29% klagten über Schmerzen im Bereich der prothesentragenden Gewebe und 6% über ungenügende Kaufähigkeit. Diese Klagen sowie das Bedürfnis nach Prothesenkontrollen wurden häufiger von den Patienten vorgebracht, die mehr als 50% des Alveolarknochens verloren hatten, als von denjenigen, bei denen der Knochenverlust geringer war. Der Unterschied war aber nicht signifikant. Der gleiche Trend war feststellbar, wenn diese Beschwerden mit der relativen Lage des Foramen mentale zur Kammhöhe in Beziehung gebracht wurden. Personen mit einem Knochenverlust von mehr als 50% benötigten nach dem Eingliedern der Vollprothesen im Durchschnitt 3,6 Nachkontrollen im Vergleich zu nur 2,9 Kontrollsitzungen bei weniger als 50% Knochenverlust (Unterschied nicht signifikant). Die Auswertung der Panoramaröntgenaufnahmen ergab im übrigen noch folgende Befunde: Wurzelreste im Kiefer bei 11%, retinierte Zähne bei 5%, Verdickung der Sinusmukosa im Oberkiefer bei 9% und Retentionszysten der Oberkiefermukosa bei 2% der Probanden. Zwischen diesen Befunden und den oben erwähnten Patientenklagen konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden.

Quintessenz:

1. Mit zunehmender Kamm-atrophie wurde von den Prothesenträgern häufiger über (Prothesen-)Beschwerden geklagt.

2. Bei den Frauen bestand eine enge Korrelation zwischen der Dauer der Zahnlosigkeit und dem Ausmass der Kammatrophie; bei den Männern traf dies nicht zu.

Theo Brunner, Oberglatt