

Arztgeheimnis

Verhalten des Arztes gegenüber ausserstehenden Instanzen oder Personen, die Auskünfte über einen Patienten verlangen

J. Martin, O. Guillod

Übersetzung aus dem Französischen: Hp. Kuhn, Rechtsdienst FMH, Bern

Der Kantonsarzt und der spezialisierte Jurist werden oft um Rat gebeten, wenn es um medizinrechtliche oder medizinethische Fragen im Zusammenhang mit dem Arztgeheimnis geht. Rufen wir uns zuerst in Erinnerung, dass Arztgeheimnis und Berufsgeheimnis dasselbe bedeuten. Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB), der das Berufsgeheimnis regelt, und ergänzend Art. 321^{bis} betreffend das Arztgeheimnis bei medizinischen Forschungen richten sich an Angehörige verschiedener Berufe, unter anderem an die Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen und ihre Hilfspersonen. Die beiden Ausdrücke sind also auswechselbar. Man spricht auch – und dies ist eine überzeugende Terminologie – von Patientengeheimnis (vgl. Art. 11 der deutschsprachigen Version der FMH-Standesordnung).¹ Das Patientengeheimnis (wir verwenden in diesem Text konsequent den Ausdruck Patientengeheimnis für das ärztliche Berufsgeheimnis) hat nach der schweizerischen Lehre und Praxis nicht denselben absoluten Charakter, der ihm beispielsweise in Frankreich zukommt oder mindestens teilweise noch zugeschrieben wird. Dass das Patientengeheimnis in der Schweiz – unseres Erachtens richtigerweise – nicht absolut gilt, liegt daran, dass es je nach Situation im Interesse anderer Personen oder im öffentlichen Interesse liegen kann, Informationen weiterzuleiten, die dem Patientengeheimnis unterstehen.

Schon die Medizinstudenten werden in der Rechtsmedizin darüber unterrichtet, dass es drei Möglichkeiten gibt, den Arzt vom Patientengeheimnis zu entbinden:

1. Entbindung durch den Patienten selbst.

Dies ist der *Gold-Standard*. Immer, wenn es möglich ist, soll dieser Weg der Entbindung gewählt werden. Grundsätzlich (Notfälle vorbehalten) wird der Arzt immer als Erstes seinen Patienten auffordern, ihn vom Patientengeheimnis zu entbinden, bevor er daran denkt, sich an die zuständige kantonale Behörde zu wenden (vgl. 3.).

2. Entbindung auf Grund einer schweizerischen oder kantonalen Gesetzesbestimmung. Je nach gesetzlicher Regelung wird der Arzt entweder *ermächtigt* oder verpflichtet, dem Patientengeheimnis unterliegende Informationen offen zu legen.

3. Wenn weder der Patient noch eine Gesetzesbestimmung den Arzt vom Patientengeheimnis entbindet, kann er sich schliesslich gemäss Art. 321 des Strafgesetzbuchs (StGB) an die in jedem Kanton bezeichnete zuständige Behörde wenden, um vom Patientengeheimnis entbunden zu werden. Im Kanton Waadt ist dies der Conseil de santé, der faktisch in den meisten Fällen in Zweierbesetzung entscheidet.

N.B.: Der Arzt ist gültig vom Patientengeheimnis entbunden, wenn *eine* der oben erwähnten Bedingungen erfüllt ist. Es ist niemals notwendig, für dieselbe Situation auf zwei oder mehrere Arten vom

Patientengeheimnis entbunden zu werden. Wenn ihn beispielsweise der urteilsfähige Patient vom Patientengeheimnis entbunden hat, braucht der Arzt keine weitere Rückversicherung von anderen Stellen. Cave: Die Entbindung durch den Patienten gilt immer (und nur) für diejenigen Informationen, die der Patient freigeben will.

Auch für die Information von Arztkollegen (und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) ist die Zustimmung des Patienten notwendig.

Entbindung durch den Patienten

Dies ist der häufigste Fall (der Gold-Standard) und gleichzeitig auch die aus Sicht der ärztlichen Berufsethik vorzuziehende Lösung. Der Grundsatz lautet: *Der Patient ist der Herr und Nutzniesser des Patientengeheimnisses – der Arzt dessen Hüter*. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist ein Auftrag und der Arzt schuldet seinem Auftraggeber unter anderem vollständige Rechenschaft darüber, wie er den erteilten Auftrag (ärztliche Betreuung, wenn möglich Heilung) erfüllt hat. Das Patientengeheimnis kann also in keinem Fall dem Patienten selbst entgegengehalten werden.²

¹ Eine andere Bedeutung hat hingegen das Amtsgeheimnis (Art. 320 des Strafgesetzbuchs). Nur die eidgenössischen, kantonalen und Gemeindebeamten und die Regierungsmitglieder sind ihm unterworfen. Zudem kann die kantonale Gesetzgebung die Mitarbeiter der öffentlichrechtlichen Institu-

tionen, also beispielsweise der öffentlichen Spitäler, dem Amtsgeheimnis unterstellen. Die Abgrenzungen zwischen dem Berufsgeheimnis (Patientengeheimnis) gemäss Art. 321 StGB und dem Amtsgeheimnis gemäss Art. 320 StGB ist, was die Tätigkeit der Ärzte im Service public betrifft, immer noch Gegenstand von juristischen Kontroversen. Die heute in der Regel vertretene juristische Meinung geht dahin, dass der Arzt dem Berufsgeheimnis unterstellt ist, soweit es um die Informationen geht, die einen Patienten und seine Behandlung betreffen. Das Amtsgeheimnis ist hingegen dann anwendbar, wenn es um Informationen über die Institution und ihren Betrieb geht, in der er arbeitet (konkret also beispielsweise das Spital). Folgt man dieser Auffassung, muss der Arzt entweder vom Patienten oder von der vorgesetzten Behörde vom Geheimnis entbunden werden, je nachdem, was der Inhalt der Informationen ist, die er an einen Dritten weiterleiten soll. Aus Vorsichtsgründen besteht hingegen in einigen Kantonen die Praxis, dass Ärzte des Service public (unter anderem: der öffentlichen Spitäler), die der Patient vom Arztgeheimnis befreit hat, zudem die zuständige kantonale Behörde (im Kanton Waadt beispielsweise den Gesundheitsdirektor) auffordern, sie auch vom Amtsgeheimnis zu entbinden, wenn es darum geht, Gerichte, Verwaltungsbehörden oder andere Dritte, die mit der Patientenbehandlung nichts zu tun haben, zu informieren – und dies unabhängig davon, um welche Art von Informationen es geht. Hingegen ist es nie notwendig, dass ein Arzt im Service public von der vorgesetzten Behörde vom Amtsgeheimnis entbunden werden muss, um den Patienten selbst oder, mit seinem Einverständnis, seine Angehörigen, andere an der Behandlung Beteiligte oder den die Kosten übernehmenden Versicherer zu informieren. Hier geht es ja offensichtlich um das Patientengeheimnis, weil die Informationen über seinen Gesundheitszustand, die durchgeführten Behandlungen oder weitere Angaben die Intimsphäre des Patienten betreffen, auf die der Art. 320 (Amtsgeheimnis) nicht anwendbar ist.

N.B. In privaten Vereinigungen tätige Personen beziehen sich zuweilen auch auf das «Amtsgeheimnis». Diese Idee ist falsch. Richtigerweise geht es bei ihnen um Verschwiegenheitspflichten, die sich auf das Zivilrecht (Obligationenrecht) oder die Berufsethik abstützen, und nicht auf den Amtsgeheimnisartikel des Strafgesetzbuchs.

² Verschiedene kantonale Gesetze haben in den letzten 15 Jahren die klare Verpflichtung des Arztes festgehalten, seinen Patienten zu informieren. Eine ungenügende Information (beispielsweise eine ungenügende Aufklärung vor der Behandlung) oder die feh-

mentionnée par l'article 321 du Code pénal suisse et qui relèvent de la présente loi sont liées par le secret professionnel. En raison de ce devoir de discrétion, elles ne peuvent être obligées de révéler les secrets qui leur ont été confiés ou dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession, même si elles en sont déliées par l'intéressé ou par l'autorité compétente. Les avis et déclarations aux autorités sanitaires ordonnés par les lois et règlements font exception.»

Dieses im waadtländischen Gesundheitsgesetz verankerte Recht des Arztes, schweigen zu dürfen, auch wenn er vom Patientengeheimnis entbunden ist, ist ein Privileg dieses liberalen Berufes. Wenn wir (J.M.) Ärzte beraten müssen, weisen wir allerdings darauf hin, dass der Arzt überzeugende kategorische Gründe haben muss, um gegenüber einer Drittperson oder einer aussenstehenden Instanz zu schweigen, wenn der urteilsfähige Patient ihn ausdrücklich zur Offenlegung der entsprechenden Information aufgefordert hat. Grundsätzlich ist der Vorrang der freien Selbstbestimmung des Patienten im Arzt-Patienten-Verhältnis heute nicht mehr umstritten, sodass der Arzt nur in Ausnahmefällen ethisch legitimiert sein kann, das Patientengeheimnis zu wahren, wenn der Patient selbst überzeugt ist, dass die Offenlegung von Informationen in seinem Interesse sei. Der Arzt sollte von dieser Möglichkeit nur

lende Einholung der freien Zustimmung des informierten Patienten (informed consent) zur vorgeschlagenen Behandlung können einen Behandlungsfehler (malpractice) darstellen. Dieser Grundsatz ist heute in den westlichen Ländern unbestritten. Es ist auch bekannt, dass ein erheblicher Teil der Patienten vorwürfe an ihre Therapeuten eine mangelhafte Aufklärung betreffen (vgl. auch Art. 10 der FMH-Standesordnung).

Ein allfälliger Verzicht auf die vollständige Information des Patienten aus therapeutischen Gründen betrifft nicht die Frage des Patientengeheimnisses (das dem Patienten selbst nie entgegengehalten werden kann); hier geht es vielmehr ums «therapeutische Privileg», das man wohl besser *therapeutische Ausnahme* nennen sollte: vgl. dazu Prof. W. WIEGAND in H. HONSELL (Hrsg.) Handbuch des Arztrechts, Zürich 1994. Die aktuelle Tendenz ist, diese Ausnahme erheblich einzuschränken. Zudem und unabhängig von den juristischen Aspekten hat die Erfahrung der letzten Jahrzehnte gezeigt, dass die Patienten die volle Wahrheit über ihren Gesundheitszustand viel besser ertragen, als man früher dachte – oft ist es für sie heilsamer, Bescheid zu wissen, als im Ungewissen zu bleiben.

sehr beschränkt Gebrauch machen.

Die Entbindung vom Patientengeheimnis durch die zuständige Behörde kommt immer nur auf Gesuch des Arztes selbst zu Stande. Hat der Arzt dieses Gesuch eingereicht und hat ihn die Behörde entbunden, schiene es widersprüchlich, wenn der Arzt dann doch schweigt – auch wenn dies rechtlich zulässig ist, weil die kantonale Behörde ihn im Rahmen des Patientengeheimnisses nur zur Aussage ermächtigen, nicht aber verpflichten kann. V.a. sehen wir kaum Gründe, die das Schweigen des Arztes rechtfertigen könnten, wenn er vom Patienten entbunden worden ist. Die Aufforderung des Patienten an den Arzt, Informationen weiterzugeben, hat rechtlich einen doppelten Charakter: Einerseits geht es dabei um einen Verzicht auf das Patientengeheimnis gemäss Art. 321 StGB (was an sich nur eine Ermächtigung und nicht eine Verpflichtung bedeutet); andererseits geht es dabei aber auch um einen Auftrag des Patienten an den Arzt, bestimmte Informationen einem Dritten mitzuteilen. Konsequenterweise respektiert der Arzt entweder die Instruktionen, die ihm sein Auftraggeber gibt, wie dies auch das Auftragsrecht vorsieht (Art. 397 OR), oder er verweigert die Aufforderung des Patienten, müsste allerdings dann auch den Behandlungsauftrag niederlegen. Nicht zu vergessen ist, dass der Patient grundsätzlich eine vollständige Kopie der Krankengeschichte verlangen und dann gestützt darauf von sich aus Dritte informieren kann. Ausser in begründeten Ausnahmefällen scheint es uns deshalb geboten, dass der Arzt den Wunsch des Patienten auf Information eines Dritten respektiert. So kann er auch den Inhalt der Krankengeschichte erläutern und allfällige Unklarheiten ausräumen.

In heiklen Fällen muss der Arzt als Erstes mit dem Patienten offen über die Situation sprechen: Er soll ihm erklären, aus welchem Grund es ihm sinnvoll und notwendig erscheint, dem Patientengeheimnis unterstehende Informationen nicht weiterzugeben oder gegebenenfalls nur über gewisse Sachverhalte Auskunft zu geben (was grundsätzlich möglich ist, wenn nicht die Beschränkung der Information im Ergebnis zu einer Lüge führt). Der Arzt soll auch sicherstellen, dass der Patient wirklich weiss, wer in welchem Kontext die entsprechenden Informationen erhalten möchte, und dass man sich zwischen Patient und Arzt einig wird über den Umfang der offen zu legenden

Informationen.

Das Gesetz verpflichtet den Arzt zur Information

Verpflichtungen zur Weitergabe von Informationen bestehen v.a. im Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemiengesetz) vom 13. September 1970 und seinen Ausführungsverordnungen. Der behandelnde Arzt muss routinemässig Informationen dem Kantonsarzt zustellen, der wiederum das Bundesamt für Gesundheit informieren muss (Information unter Offenlegung der betroffenen Person für *einige* Krankheiten gemäss den beiden Verordnungen vom 13. Januar 1999 – es geht um diejenigen Krankheiten, die direkte Massnahmen für das Umfeld des Patienten oder für die Öffentlichkeit nach sich ziehen können).

Andere analoge Verpflichtungen können im kantonalen Recht existieren. Im Kanton Waadt sieht beispielsweise die «Loi sur la protection de la jeunesse du 29 novembre 1978» in ihrem Art. 4 vor, dass die Ärzte alle Misshandlungen von Jugendlichen (bis zum Alter von 18 Jahren) mitteilen *müssen*. Es handelt sich also nicht nur um eine Ermächtigung. Dieser Art. 4 erscheint allerdings diskutabel (O.G.), weil Regelungen des Bundesrechts Vorrang vor dem kantonalen Recht haben; Art. 358^{ter} des StGB sieht eine *Ermächtigung* und nicht eine Verpflichtung der Ärzte vor, die Vormundschaftsbehörde zu informieren (die Organe der Vormundschaftsbehörde hingegen sind dann verpflichtet, die Strafjustiz zu benachrichtigen, wenn es um einen Straftatbestand geht).

Andere Kantone kennen die Verpflichtung des Arztes, schwere Verbrechen (beispielsweise Tötungsdelikte) mitzuteilen, von denen sie im Rahmen ihrer Berufsausübung Kenntnis erhalten haben.

Das Gesetz ermächtigt den Arzt zur Information

Einige Bestimmungen erlauben dem Arzt, dem Patientengeheimnis unterstellte Informationen weiterzugeben, ohne ihn dazu zu verpflichten. So ist der Arzt beispielsweise auf Grund des Strassenverkehrsgesetzes (SVG) ermächtigt, die zuständigen kantonalen Behörden darüber zu informieren, dass eine Person aus Gesundheitsgründen nicht mehr in der Lage scheint, sicher ein Fahrzeug zu lenken.³ Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel (BetMG) enthält eine vergleichbare Bestimmung.⁴ Das Waadt-

länder Gesundheitsgesetz hält in Art. 54 fest, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe bei schwer wiegenden Medikamentenmissbräuchen bzw. schwer wiegenden Missbräuchen von «substances nocives» den Kantonsarzt informieren können.

Art. 358ter des StGB hält fest: «Ist an einem Un-mündigen eine strafbare Handlung begangen worden, so sind die zur

³ Art. 14 Abs. 4 SVG: «Jeder Arzt kann Personen, die wegen körperlicher oder geistiger Krankheiten oder Gebrechen oder wegen Süchten zur sicheren Führung von Motorfahrzeugen nicht fähig sind, der Aufsichtsbehörde für Ärzte und der für Erteilung und Entzug des Führerausweises zuständigen Behörde melden.»

⁴ Art. 15 Abs. 1 BetMG: «Amtsstellen, Ärzte und Apotheker sind ermächtigt, die in ihrer amtlichen oder beruflichen Tätigkeit festgestellten Fälle von Betäubungsmittelmissbrauch, bei denen sie Betreuungsmassnahmen im Interesse des Patienten, seiner Angehörigen oder der Allgemeinheit als angezeigt erachten, der für die Betreuung zuständigen Behörde oder einer zugelassenen Behandlungs- oder Fürsorgestelle zu melden.»

⁵ Das Patientengeheimnis ist auch nach dem Tod des Patienten zu beachten: Gegebenenfalls muss der Arzt von der zuständigen kantonalen Behörde vom Patientengeheimnis entbunden werden, wenn es darum geht, Angehörigen oder Erben vollständigen oder teilweisen Zugang zur Krankengeschichte des verstorbenen Patienten zu geben (Art. 1 der VO zum eidgenössischen Datenschutzgesetz geht zwar davon aus, dass bei entsprechenden Einsichts- oder Kopiergesuchen der nächsten Angehörigen des verstorbenen Patienten ein genügendes Interesse grundsätzlich gegeben sei – die Gesetzmässigkeit dieser Verordnungsbestimmung ist allerdings diskutabel). Wie auch immer: Wenn es um die Information von Angehörigen oder Erben eines verstorbenen Patienten geht, muss entscheidend sein, aus welchem Grund die Information verlangt wird (um welche Interessen geht es konkret?) und welche Informationen demzufolge nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip als geeignet und notwendig weiterzugeben sind und welche nicht.

⁶ Wenn der Patient selbst nicht in der Lage ist, den Arzt vom Patientengeheimnis zu entbinden, ist nach folgenden Konstellationen zu unterscheiden:

Wenn er nicht urteilsfähig ist (kleines Kind, Koma, schwere Geisteskrankheit), ist als Erstes zu fragen, ob es einen gesetzlichen Vertreter gibt (Vater, Mutter, Vormund), der an Stelle des Patienten gültig der Weitergabe der Information zustimmen könnte. Es ist auch zu prüfen, ob der Patient (beispielsweise bei Alzheimer-Krankheit) nicht früher eine Person eingesetzt hat, der als sein Vertre-

terung des Amts- und Berufsgeheimnisses (Art. 320 und 321) verpflichtete Personen berechtigt, dies in seinem Interesse den vormundschaftlichen Behörden zu melden.» Diese Bestimmung ist insbesondere bei Kindsmisshandlungen anwendbar.

Wir wiederholen, dass in diesen Fällen der gesetzlichen Verpflichtung oder Ermächtigung zur Aussage der Arzt automatisch vom Patientengeheimnis entbunden ist und sich somit nicht zuerst noch von der zuständigen kantonalen Behörde entbinden lassen muss.

Zur Entbindung durch die zuständige kantonale Behörde

Auf Grund von Art. 321 StGB hat jeder Kanton eine Instanz bezeichnet, die zuständig ist, Entbindungsgesuche des Arztes (oder anderer Angehöriger von Gesundheitsberufen) vom Patientengeheimnis zu entscheiden. Es geht dabei um Gesuche (oder um informelle Anfragen, die noch kein Gesuche sind) in den folgenden Fällen:

- Es ist nicht möglich, vom Patienten entbunden zu werden (beispielsweise, weil er im Koma liegt, verstorben⁵ ist oder weil eine Geisteskrankheit seine Urteilsfähigkeit in dieser Frage verhindert)⁶, oder
- der Patient verweigert die Entbindung des Arztes vom Patientengeheimnis in einer Situation, in der der Arzt davon ausgeht, dass das Interesse anderer Personen, informiert zu werden, so gewichtig ist, dass die Verweigerung des Patienten nicht zu respektieren ist,
- und wenn keine eidgenössische oder kantonale Bestimmung den Arzt in der konkreten Situation automatisch vom Patientengeheimnis entbindet (siehe oben).

Die Kantone haben für diese Aufgabe unterschiedliche Instanzen eingesetzt. Es kann sich um den Kantonsarzt handeln

ter mit den Ärzten die allfälligen Behandlungsentscheide diskutieren, Zugang zu seiner Krankengeschichte haben und allgemeiner seine Interessen in diesem Bereich wahrnehmen soll. Wenn es einen solchen Vertreter gibt, soll er auch die Möglichkeit haben, den Arzt vom Patientengeheimnis zu entbinden. Unabhängig davon, ob es um eine gesetzliche Vertretung (Eltern, Vormund) oder eine vom Patienten selbst eingesetzte Vertretung geht, soll dieser Vertreter sich in erster Linie aussprechen können. Die zuständige kantonale Behörde sollte nicht intervenieren, ohne sich vergewissert zu haben, dass man zuerst versucht hat, die Zustimmung dieses Vertreters einzuholen.

oder um den Gesundheitsdirektor oder – beispielsweise im Kanton Waadt – um einen Gesundheitsrat. Oft fragt uns (J.M.) der Arzt telefonisch an, was ermöglicht, vorerst anonym die besonderen Umstände des Falls und die auf dem Spiel stehenden Interessen zu diskutieren. Wir verlangen immer, dass das formelle Gesuch schriftlich eingereicht wird. Die Entbindung durch die kantonale Behörde ist gemäss Art. 321 StGB ebenfalls schriftlich zu erteilen.

Verschiedene Situationen stellen heikle Fragen für das Medizinrecht und für das Gewissen. In jedem Fall ist es schliesslich der behandelnde Arzt (generell: der Angehörige des Gesundheitsberufs), der entscheidet, ob er ein Gesuch um Entbindung bei der Behörde einreichen will oder nicht, auch wenn er sich für seine Entscheidung auf den Ratsschlag von Kollegen oder anderen ratgebenden Personen abstützt – der Arzt kann sich von irgendetwem beraten lassen, wenn er dies nur anonym tut, also ohne Offenlegung der Personalien des Patienten.

Der Entbindungsentscheid hängt von der Abwägung der auf dem Spiel stehenden Interessen ab. Die Entbindung wird erteilt, wenn das Interesse an der Offenlegung der Information überwiegt gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse. Konkret:

- Das Interesse des Patienten an der Geheimhaltung von Informationen ist grundsätzlich gegeben und zu respektieren. Es gibt aber Situationen, in denen nach sorgfältiger Abwägung das Interesse von Dritten (beispielsweise innerhalb der Familie) oder das öffentliche Interesse dazu führen können oder müssen, dass dem Patientengeheimnis unterstehende Informationen offen zu legen sind.
- Es kommt vor, dass die Behörde ein Entbindungsgesuch eines Arztes ablehnt, weil sie der Auffassung ist, dass die vorgebrachten Argumente die Entbindung nicht rechtfertigen. Nach unserer praktischen Erfahrung (J.M.) folgt aber der Gesundheitsrat in der grossen Mehrzahl der Fälle der nach bestem Wissen und Gewissen vorgenommenen Lagebeurteilung des Arztes. Nur bei überzeugenden Gründen, die der Arzt vielleicht übersehen hat, oder wenn nicht erkennbar wird, welches überwiegende Interesse die Offenlegung der entsprechenden Information rechtfertigen würde, wird die Entbindung verweigert⁷.

In verschiedenen Kantonen gibt die zu-

ständige kantonale Instanz dem Patienten nach Möglichkeit Gelegenheit zur Stellungnahme, bevor sie über das Entbindungsgesuch des Arztes entscheidet. Wenn eine Information nach Auffassung des Arztes weitergegeben werden müsste und wenn der Patient damit nicht einverstanden ist, ist es deshalb in der Regel sinnvoll, wenn der Arzt den Patienten über die Modalitäten des Entbindungsverfahrens bei der kantonalen Behörde informiert. Der Patient weiss dann, auf was er sich einlässt. Zudem gibt es Situationen, in denen der Patient lieber selbst den Arzt vom Geheimnis entbindet, als dass er in Kauf nimmt, dass die zuständige kantonale Behörde seinen Fall prüfen und dabei auch seine Personalien erfahren muss.

Dieses Vorgehen ist natürlich dann nicht denkbar, wenn es um mögliche schwerwiegende strafrechtliche Sachverhalte des Patienten geht, wenn der Patient beispielsweise gegenüber seinem Partner ernst zu nehmende Morddrohungen abgegeben hat (konkreter Fall aus der Beratungspraxis von J.M.).

Der vom Geheimnis entbundene Arzt nimmt schriftlich Stellung

Diese Situation führt in der Regel zu keinen Problemen, weil der Arzt bei einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit hat, in Ruhe sorgfältig zu entscheiden, über was er wie berichten soll. Wenn er vom Patienten entbunden wurde, ist massgeblich, welche Informationen der Patient freigeben will. Der Bericht des Arztes soll wahrhaftig und verständlich sein. Im Sinne der Transparenz wird er grundsätzlich auch dem Patienten eine Kopie des Berichtes zustellen. Ein Gerichtsmediziner hat dies wie folgt kommentiert: «Ich empfehle den Ärzten immer, den von einem Dritten verlangten Bericht dem Patienten selbst auszuhändigen und ihn aufzufordern, den Bericht an den Dritten weiterzuleiten. Falls der Bericht auch für den Laien verständlich geschrieben ist, kann ihn der Patient selbst prüfen, und der Arzt kann

sicher sein, dass ihm der Patient später nie etwas vorzuwerfen hat.» (P. Mangin, persönliche Mitteilung).

Wenn eine Gesetzesbestimmung verlangt, dass der Arzt eine Information weiterleitet, wird er dies soweit tun, wie es dem Sinn dieser Bestimmung entspricht. Wurde der Arzt von der zuständigen kantonalen Behörde entbunden, teilt der Arzt diejenigen Informationen mit, die notwendig und geeignet sind (und deren Freigabe er im Entbindungsgesuch an die zuständige kantonale Behörde beantragt hat).

Der vom Patientengeheimnis entbundene Arzt nimmt mündlich Stellung

Hier ist klar zu unterscheiden zwischen der Rolle des Arztes als *Zeugen* in einem Gerichtsverfahren und derjenigen als *Partei*. Die nachfolgenden Überlegungen beziehen sich ausschliesslich auf seine Rolle als *Zeugen*.

Wir stellen fest, dass die Ärzte diese Situation nicht gerade besonders schätzen (umso weniger als sie selten ist) und dass sie sie als eine Belastung empfinden. Ärzte fragen uns oft, wie sie sich verhalten sollen: Ob es möglich sei, die Fragen im Voraus zu kennen⁸, ob man die Antwort verweigern könne usw.

Es ist sicher zu wünschen, dass die Entwicklung unserer Gesellschaft nicht dazu führen wird, dass Ärzte allzu oft als Zeugen vor Gericht aussagen müssen. Aber es bringt nichts, sich aus der Fassung bringen zu lassen, wenn man als Zeuge aussagen muss. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass ärztliche Zeugenaussagen notwendig sein können, um völlig legitime Interessen vor Gericht verteidigen zu können. Der Arzt soll dabei einige Grundsätze beachten (vgl. nachfolgenden Absatz). Wenn der Patient gewünscht hat, dass der Arzt als Zeuge auftritt, soll sich dieser auf den vom Patienten erteilten Auftrag zurückbesinnen. Wenn es zur Zeugenaussage kommt, weil der Arzt selbst die Entbindung vom Patientengeheimnis verlangt hat, soll er sich auch vor Gericht von denjenigen Überlegungen leiten lassen, die ihn zur Einreichung des Entbindungsgesuchs bewogen haben. Wir weisen in diesem Zusammenhang auch auf die Überlegungen, die wir weiter oben im Zusammenhang mit Art. 80 des Waadtländer Gesundheitsgesetzes dargestellt haben.

Anmerkung des Übersetzers: Ob der Arzt, der vom Patientengeheimnis entbunden wurde, auch aussagen muss, wird in den

kantonalen Zivil- und Strafprozessgesetzen unterschiedlich und überdies teilweise nicht eindeutig geregelt. Wird der Arzt von der Schweigepflicht entbunden und ist er der Überzeugung, er sollte dennoch die Aussage verweigern, muss deshalb die Frage der Aussagepflicht im Einzelfall auf Grund des massgeblichen kantonalen Prozessgesetzes geprüft werden.

Einige Empfehlungen und Grundsätze

Auf das Risiko hin, pedantisch zu wirken, schlagen wir Arzt und Ärztin vor, sich an den folgenden praktischen Grundsätzen zu orientieren:

- Zuerst: Niemals lügen (und niemals etwas erfinden – wenn man etwas nicht oder nicht mehr weiss, soll man dies offen legen). Der Grundsatz, nicht zu lügen, ist sowohl eine rechtliche wie auch eine moralische Verpflichtung (letztere gegenüber sich selbst und gegenüber seinem Patienten). In besonders heiklen Fällen besteht die Möglichkeit zur Aussageverweigerung, wenn nicht eine klare kantonale oder eidgenössische Gesetzesbestimmung den Arzt verpflichtet, auszusagen.
- Daran denken, dass grundsätzlich der urteilsfähige Patient selbst entscheiden muss, was für ihn gut ist. Wenn es darum geht, dem Patienten klarzulegen, welche Vorbehalte oder welche Nachteile für den Patienten eine Zeugenaussage des Arztes nach sich ziehen würden, soll man dies tun, *bevor* der verlangte Bericht geschrieben wird oder die Gerichtsverhandlung stattfindet. Der Arzt wird in diesem Fall dem Patienten erklären, welche Informationen er offen legen müsste und was demzufolge seines Erachtens auf dem Spiel steht. Dies soll dem Patienten ermöglichen, en connaissance de cause zu entscheiden, ob er es als opportun erachtet, dass der Arzt aussagt oder nicht.
- Seine Wahrnehmung voll auf die Fragen konzentrieren (konkret: sicher

⁷ Unter Offenlegung ist nicht nur eine mündliche oder schriftliche Mitteilung zu verstehen, sondern auch das Zurverfügungstellen von Dokumenten oder anderen Gegenständen – auch gegenüber einem Kollegen.

⁸ Wir pflegen hier zu sagen, dass man grundsätzlich jede Fragen gegenüber jedermann stellen kann (eingeschlossen an einen Gerichtspräsidenten), ohne allerdings eine Garantie zu haben, dass man immer eine befriedigende Antwort erhalten wird.

- sein, dass man die Fragen richtig verstanden hat), egal, ob sie schriftlich oder mündlich gestellt werden. Über das Auskunft geben, was wirklich gefragt wird. Sich nicht zu weitschweifigen Erklärungen hinreissen lassen, die den auf dem Spiel stehenden Interessen weit weniger dienen als eine klare Aussage. (Wenn der Arzt, der einen Bericht schreibt oder eine Zeugenaussage macht, den begründeten Eindruck hat, dass es wichtig wäre, auch über etwas zu berichten, nach dem nicht gefragt wurde, kann er dies tun – unter der Voraussetzung, dass diese zusätzliche Information in einem logischen Zusammenhang mit der Situation steht, für die er vom Patienten oder von der zuständigen Behörde vom Patientengeheimnis entbunden wurde).
- Massgeblich ist das Verhältnismässigkeitsprinzip, das in allen Datenschutzfragen zu beachten ist: Es sind nur diejenigen Informationen offen zu legen, auf die es im Zusammenhang mit der konkreten Situation bzw. Fragestellung ankommt.
 - Sich im Rahmen des Möglichen auf die Tatsachen, also auf die objektiv dokumentierten Elemente beschränken. (In gewissen Situationen kann es zwar wünschenswert sein, dazu auch Beurteilungen abzugeben. Diese sind aber sorgfältig und zurückhaltend zu formulieren.)
 - *An die Interessen von Dritten denken.* Dies ist ein wichtiger Aspekt (der auch zu beachten ist, wenn der Patient Einsicht in oder eine Kopie seiner Krankengeschichte erhalten will). Drittpersonen sollen ohne ihre Zustimmung nicht namentlich erwähnt werden, wenn die Information sie auf die eine oder andere Art in Schwierigkeiten

bringen oder sie in einem ungünstigen Licht darstellen kann. In der Regel ist es möglich, adäquat über den Patienten Auskunft zu geben und dabei Personalien oder Interessen von Dritten anonym bleiben zu lassen.

- Sich nicht durch dringliche Aufforderungen unter Druck setzen lassen. Solche Druckversuche gibt es bei mündlichen Zeugenaussagen, aber auch dann, wenn man dringend aufgefordert wird, sofort ein Schriftstück zu verfassen. In aller Regel hat man das Recht und die Möglichkeit, sich Überlegungszeit auszubedingen oder darauf zu verweisen, dass man später antworten wird.

Notstand

Das Patientengeheimnis (generell: das Berufsgeheimnis) hat in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert, was sich nicht zuletzt daran erkennen lässt, dass seine Verletzung strafrechtlich geahndet wird. Wir haben in den vorhergehenden Abschnitten die Wege dargelegt, die zur Entbindung vom Patientengeheimnis führen. Ergänzend ist hier auf den Art. 34 des StGB mit dem Titel «Notstand» hinzuweisen, der wörtlich ausführt:

«1. Die Tat, die jemand begeht, um sein Gut, namentlich Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Vermögen aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Gefahr zu erretten, ist straflos, wenn die Gefahr vom Täter nicht verschuldet ist und ihm den Umständen nach nicht zugemutet werden konnte, das gefährdete Gut preiszugeben.

Ist die Gefahr vom Täter verschuldet oder konnte ihm den Umständen nach zugemutet werden, das gefährdete Gut preiszugeben, so mildert der Richter die Stra-

fe nach freiem Ermessen (Art. 66).

2. Die Tat, die jemand begeht, um das Gut eines anderen, namentlich Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Vermögen, aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Gefahr zu erretten, ist straflos. Konnte der Täter erkennen, dass dem Gefährdeten die Preisgabe des gefährdeten Gutes zuzumuten war, so mildert der Richter die Strafe nach freiem Ermessen (Art. 66).»

In dringenden Fällen, in denen der Schutz hochrangiger Güter wie des Lebens oder der Gesundheit nur durch sofortiges Handeln geschützt werden können, gibt dieser Artikel das Recht, Dinge zu tun, die an sich verboten sind – unter der Voraussetzung, dass das Ziel nicht anders erreicht werden kann und dass das Verhalten angesichts der Gefahr, der es vorzubeugen gilt, verhältnismässig ist. In Notfällen kann deshalb der Arzt ausnahmsweise einer betroffenen Person oder Instanz dem Patientengeheimnis unterstehende Informationen zukommen lassen, ohne sich strafbar zu machen. Allerdings muss er sich in der Folge raschmöglichst vom Patienten oder von der zuständigen kantonalen Behörde nachträglich vom Patientengeheimnis entbinden lassen.

Zur Urteilsfähigkeit und zum Vertraulichkeitsschutz im Zusammenhang mit dem Patientengeheimnis

Es ist wichtig zu wissen, dass die schweizerische Rechtslehre das Recht auf medizinische Behandlung und das Recht, einer medizinischen Behandlung zuzustimmen, als *höchstpersönliche Rechte* ansieht. Dies heisst, dass dieses Recht jeder urteilsfähigen Person zusteht, auch wenn sie noch minderjährig ist⁹. Die Frage, ab wann Urteilsfähigkeit vor-

liegt, ist nicht durch das Gesetz definiert, sondern im Einzelfall zu beurteilen. Es geht darum zu entscheiden, ob der Jugendliche bezogen auf die konkrete Fragestellung in der Lage ist, die Situation adäquat zu beurteilen, und auf Grund seiner eigenen Einschätzung zu entscheiden, was in seinem persönlichen Interesse liegt. Wenn es um die ärztliche Behandlung bzw. um die Verweigerung einer Behandlung geht, geht man in der Praxis davon aus, dass die Grenze etwa bei 14 Jahren liegt.

Dass es sich bei der ärztlichen Behandlung um ein höchstpersönliches Recht handelt, hat die wichtige Konsequenz, dass der Jugendliche vom Arzt verlangen kann, das Patientengeheimnis auch gegenüber seinen Eltern zu wahren (beispielsweise, wenn es um die Verschreibung der Pille oder um einen Schwangerschaftsabbruch geht). Der Jugendliche kann deshalb eine ärztliche Behandlung ohne Wissen oder sogar gegen den Willen der Eltern verlangen (wobei die Eltern, welche für die Lebenskosten ihres Kindes aufzukommen haben, schliesslich die Arztrechnung bezahlen müssen...). Wenn der Arzt der Auffassung ist, er dürfe und solle die Behandlung des Jugendlichen nicht ohne Wissen seiner Eltern durchführen, darf er diese verweigern unter der berufsethischen Voraussetzung, dass es sich um keine notfallmässig notwendige Behandlung handelt, bzw. dass der Jugendliche die Möglichkeit hat, ohne übermässige Schwierigkeiten die Behandlung durch einen anderen Arzt durchführen zu lassen.

Der Grundsatz des höchstpersönlichen Rechts bedeutet ferner, dass der urteilsfähige Minderjährige den Arzt gültig vom Patientengeheimnis entbinden kann.

Der Arzt als Gutachter

Am Ende dieses Beitrages ist es sinnvoll, daran zu erinnern, dass die Rolle des Arztes als *Gutachter* anderen Regeln folgt. Gutachten werden von einer zuständigen Behörde in Auftrag gegeben, wenn sie für ihren Entscheid auf einen ärztlichen Sachverständigen angewiesen ist. Das Gutachten ist zuhanden der auftraggebenden Behörde (und nicht zuhanden des Patienten) zu erstellen und ihr auszuhändigen. Die zu begutachtende Person (Explorand) befindet sich ge-

genüber dem Arzt nicht in der Situation des Patienten, der einer frei gewählten Medizinalperson einen Behandlungsauftrag erteilt. (Typischerweise wird der Experte nicht durch den Patienten ausgewählt. Wenn auch der Patient in der Regel Mitsprache- bzw. Ablehnungsrechte geltend machen kann, obliegt der Entscheid schliesslich der zuständigen Behörde.)

Auch die ärztliche Gutachtertätigkeit untersteht grundsätzlich dem Art. 321 StGB (der Artikel unterscheidet nicht zwischen dem Arzt als Behandler und dem Arzt als Gutachter). In einem weiteren Sinne gehört die ärztliche Gutachtertätigkeit auch zur ärztlichen Berufsausübung, wenn auch im Unterschied zum Behandlungssetting nicht dieselbe Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt zu Grunde liegt. Nach dieser Konzeption unterliegen alle Informationen, die der Arzt im Rahmen seiner Gutachtertätigkeit zur Kenntnis nimmt, ebenfalls dem Art. 321 StGB. Nach einer anderen Auffassung, die häufiger vertreten wird, hat der von einem Gericht beauftragte ärztliche Experte Beamtenstatus und untersteht somit den Bestimmungen des Amtsgeheimnisses gemäss Art. 320 StGB. Unabhängig davon, welcher Auffassung man folgt, führt der Gutachtensauftrag des Gerichts oder der zuständigen Behörde dazu, dass das Geheimnis gegenüber dieser Stelle nicht anwendbar ist. Der Gutachter muss dem Gericht bzw. der Behörde berichten und verletzt damit weder Art. 320 noch Art. 321 StGB. Hingegen ist klar, dass er nicht weitere Personen und Instanzen darüber informieren darf, was er im Rahmen seines Gutachterauftrages erfahren hat. Täte er dies, wäre es strafbar.

Aus berufsethischen Gründen ist es entscheidend (vgl. Art. 6 der FMH-Standesordnung), dass die begutachtete Person Klarheit darüber hat, dass es um ein Gutachten geht. Konkret: Dass der Arzt dem Auftraggeber ein objektives und wissenschaftlich begründetes Gutachten zustellen muss, das sich auf seine Kenntnisse und auf die Beobachtungen stützt, die er im Rahmen des Gutachterauftrages macht, und dies *unabhängig* davon, ob die Konsequenzen für die begutachtete Person vorteilhaft, neutral oder unvorteilhaft sein können. Der Gutachter ist nicht berechtigt, dem Auftraggeber Erkenntnisse vorzuenthalten, die für die zu beurteilenden Fragen relevant sind. Wenn der Arzt als Gutachter solche Erkenntnisse aus Gewissens- oder anderen Gründen verschweigen zu müssen glaubt, gibt es nur

eines: den Gutachterauftrag niederlegen. In der Praxis gibt es aber dennoch Situationen, in denen der *behandelnde* Arzt aufgefordert wird, Beurteilungen abzugeben, denen faktisch eine gutachterliche Funktion zukommt. Dies ist oft der Fall bei der periodischen Beurteilung der Fahrfähigkeit oder für Berichte an die Vormundschaftsbehörde. Diese Praxis ist annehmbar unter der Voraussetzung, dass der Arzt seinen Patienten darüber informiert, dass hier nicht die normale Arzt-Patienten-Beziehung vorliegt und dass er die auftraggebende Behörde (Strassenverkehrsamt, Vormundschaftsbehörde) über das informieren muss, was im Zusammenhang mit den gestellten Fragen steht, auch wenn dies für den Patienten unvorteilhaft sein kann.

Literatur

- BERTRAND D, HARDING TW, MANDOFIA BERNEY M, UMMEL M. (dir. publ). Médecine et droit médical. Genève: Editions Médecine & Hygiène, 1998.
Vademecum für den Schweizer Arzt (5. Auflage), Ziff. 33, das Arztgeheimnis, Bern FMH 1991 (vergriffen).
FMH-Standesordnung, Schweizerische Ärztezeitung 1997; 78: 373–83.
FMH-Homepage: www.fmh.ch; Recht, Literaturrecherchen.
GUILLOD O. Le secret médical, aujourd'hui. In: Le secret. Ethique, transparence et confidentialité. Cahiers ERIE, Université de Lausanne, 1996, S. 49–67.

Zwei weitere kürzlich publizierte Beiträge, die sich auf die Erfahrung als Kantonsarzt in der Beziehung zu den Arztkollegen, den Patienten und zu verschiedenen Instanzen und Behörden stützen, enthalten weitere Überlegungen zu den erwähnten ethischen Aspekten:

- MARTIN J. Quand il s'agit d'apprécier, d'arbitrer, de conseiller. Expérience d'un médecin cantonal. Schweiz Ärztezeitung 1998; 79: 480–3.
MARTIN J. La médecine, c'est communiquer – De l'importance de parler avec le patient, même à propos de questions peu agréables. Schweiz Ärztezeitung 1999; 80: 282–4. ■

Quelle: Schweizerische Ärztezeitung - 2000; 81: Nr 37

⁹ N.B. Dasselbe gilt für bevormundete Personen, wenn sie für die Frage der medizinischen Behandlung urteilsfähig sind.

IM NAMEN DER
VEREINIGUNG EHEMALIGER STUDIERENDER DER ZAHNMEDIZIN IN ZÜRICH
(VESZIZ)

Herzliche Gratulation

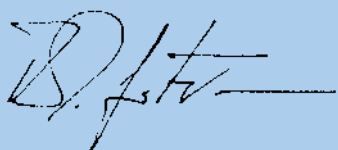
der grossartigen Persönlichkeit und dem unvergesslichen Jubilar



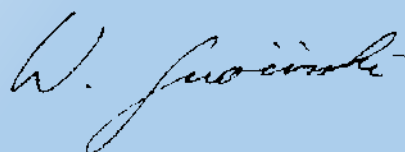
Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo L. Obwegeser

zu seinem 80. Geburtstag
am 21. Oktober 2000

Th. D. Gütermann (Präsident)



Wanda Gnoinski (Sekretärin)



Der HIV-Antikörper-Schnelltest:

Stellenwert in der HIV-Diagnostik im Zeitalter der antiretroviralen Kombinationstherapie

J. Jost und E. Bernasconi

Die seit 1996 verfügbare und in zunehmendem Mass eingesetzte, hochaktive antiretrovirale Kombinationstherapie (HAART) hat zu einer eindrucklichen Reduktion der HIV-assoziierten Morbidität und Mortalität geführt. Damit der Effekt einer antiretroviralen Kombinationstherapie möglichst gross ist, muss die Therapie rechtzeitig einsetzen, d. h. zu einem Zeitpunkt, in dem die HIV-infizierte Person noch asymptomatisch ist. Das Ziel der Behandlung ist es, durch eine möglichst weitgehende Suppression der viralen Replikation die Funktionalität des Immunsystems zu bewahren und damit eine klinische Progression zu verhindern.

Die Diagnose einer HIV-Infektion erfolgt in der Regel über den HIV-Antikörpernachweis im Blut. Bevor über eine allfällige Therapieindikation gesprochen werden kann, muss das Gespräch über die Durchführung des HIV-Tests geführt werden. Dabei geht es vor allem um die Evaluation von Situationen, die ein mögliches HIV-Transmissionsrisiko beinhalten. Solche Situationen finden sich besonders häufig bei sexuell aktiven Personen, die ungeschützten Geschlechtsverkehr praktizieren oder praktiziert haben. Dank der relativ tiefen HIV-Übertragungsraten ist der Anteil von HIV-Infektionen in diesem Kollektiv aber sehr tief. Dies führt dazu, dass eine grosse Zahl von Personen sich einem HIV-Test unterziehen muss, wenn man möglichst alle mit einer asymptomatischen HIV-Infektion identifizieren möchte. Dabei geht es nicht darum, dass alle HIV-Infizierten unmittelbar eine Therapie brauchen – die Indikationsstellung zur Einleitung einer antiretroviralen Kombinationstherapie wird heute wieder mit einer grösseren Zurückhaltung gestellt –, sondern es sollen diejenigen Betroffenen einer Therapie zugeführt werden, die die Voraussetzungen für einen grösstmöglichen Therapieerfolg erfüllen. Alle anderen Patienten, das heisst diejenigen, bei denen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Therapie begonnen wird, sollten einer periodischen Evaluation zugeführt werden, um den optimalen Zeitpunkt der Therapieeinleitung zu finden.

Diese Aspekte werden der Broschüre, die der Schweizerischen Ärzteszeitung 2000; 81: Nr. 37 beiliegt, zur aktuellen HIV-Diagnostik des Bundesamtes für Gesundheit diskutiert. Die Verfasser dieser Broschüre kommen zu dem Erkenntnis, dass die zum Teil empfohlene Zurückhaltung zur Durchführung eines HIV-Tests angesichts der neueren therapeutischen Möglichkeiten heute nicht mehr vertretbar ist. Aus diesem Grund könnte die

Zahl der durchgeführten HIV-Tests in der Schweiz weiter zunehmen. Die weitaus grösste Zahl dieser Tests dürfte, wie schon heute, bei den praktizierenden Ärzten durchgeführt werden.

Die Durchführung der HIV-Tests ist in der Schweiz im HIV-Testkonzept des Bundesamtes für Gesundheit geregelt und genügt hohen Qualitätsanforderungen. Bis heute werden in anerkannten Labors aus Blutproben, die in der Praxis abgenommen wurden, die so genannten HIV-Screeningtests durchgeführt, die bei positivem respektive unklarem Testergebnis in speziellen Bestätigungslabors weiter untersucht werden. Erst ein solchermassen bestätigter positiver HIV-Test kann der untersuchten Person mitgeteilt werden. Fällt das Resultat eines HIV-Screeningtests negativ aus – was für die weitaus häufigsten Situationen zutrifft – erübrigen sich weitere Laboruntersuchungen, und das Testergebnis kann unmittelbar nach Vorliegen des Resultats mitgeteilt werden. Der Nachteil dieses «laborgebundenen» Testverfahrens liegt klar im Zeitbedarf, der vor allem durch den Transport der Blutproben bedingt ist. Befindet sich diese einmal im Labor, können die modernen Tests mittels automatischer Analysegeräte sehr schnell durchgeführt werden. In einigen Situationen ist jedoch ein schnelleres Verfahren entweder notwendig oder zumindest wünschbar. Insbesondere wenn es bei einer potenziellen HIV-Exposition um die Einleitung einer medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit antiretroviralen Substanzen geht, ist man auf die schnelle Verfügbarkeit eines HIV-Testresultats der Quelle angewiesen. Aber auch in der Praxis bei der Beratung und Testung von Personen mit einem potenziellen HIV-Expositionsrisiko ist ein an Ort durchführbarer HIV-Test, der nach wenigen Minuten ein Resultat liefert, von grossem Wert. Ein solcher «Schnelltest» vermindert den Aufwand

für die testwillige Person, die bisher die Teststelle zweimal aufsuchen musste, ein erstes Mal für die Beratung und Blutentnahme, ein zweites Mal für eine weitere Beratung und Entgegennahme des Testresultats. Die Wartezeit zwischen Blutentnahme und Erhalt des Testresultates ist für viele Untersuchten mit einer psychischen Belastung verbunden.

In der Zwischenzeit wurde vom BAG ein HIV-Antikörperschnelltest zugelassen (Nachweis von HIV-1/2: Determine®, Abbott Laboratories), der in der ärztlichen Praxis, wie auch in Spitälern oder ärztlich geleiteten, anonymen HIV-Teststellen eingesetzt werden kann. Der Test darf nicht wie ein Schwangerschaftstest an die Öffentlichkeit abgegeben werden, da für die korrekte Handhabung des Tests und für das einwandfreie Ablesen des Ergebnisses geschulte Augen von Labor- bzw. anderem medizinischen Fachpersonal Voraussetzung sind. (In der Schweiz dürfen keine Tests zur Erkennung von übertragbaren Krankheiten an die Öffentlichkeit abgegeben werden.) Der HIV-Schnelltest genügt den hohen Qualitätsanforderungen an HIV-Tests und ist mit den guten ELISA-Drittgenerationstests vergleichbar. Er unterscheidet sich bezüglich Sensitivität und Spezifität nicht von den im Labor durchgeführten HIV-Screeningtests. Wie bei allen Laboruntersuchungen üblich, bedarf auch der Schnelltest der Durchführung periodischer Qualitätskontrollen.

Der HIV-Schnelltest ist ein HIV-Antikörpernachweistest. Dementsprechend müssen sich nach einer HIV-Exposition zuerst Antikörper entwickelt haben, bevor der Test positiv wird und das Vorliegen einer HIV-Infektion diagnostiziert werden kann. Die Dauer zwischen HIV-Infektion und Entwicklung von Antikörpern – als serologisches Fenster bezeichnet – kann bis zu 3 Monate betragen. Die Schnelligkeit des Schnelltests bezieht sich auf die Methodik, auf die Durchführung und nicht auf die Schnelligkeit der Diagnostik nach einer HIV-Infektion. Deshalb kann der HIV-Schnelltest nicht zur Diagnose einer akuten HIV-Infektion eingesetzt werden. Für diese Diagnose bedarf es des HIV-Antigen-Tests oder eines Kombinationstests, bei dem sowohl HIV-Antikörper wie auch HIV-p24-Antigen nachgewiesen werden.

Der HIV-Schnelltest hat also ein beschränktes Einsatzgebiet und ist Teil einer ganzen Testpalette, in der jeder Test bei unterschiedlichen Fragestellungen

und Situationen zum Einsatz gelangt. Allerdings kommt die Fragestellung, die mit Hilfe des HIV-Schnelltests gelöst werden kann, in der Praxis am häufigsten vor. Es geht in der Regel um die Frage, ob eine Person sich bei einer früheren, potenziellen Risikosituation mit HIV infiziert hat. Solche Tests werden häufig im Zusammenhang mit einer neuen Partnerschaft oder einer Schwangerschaft durchgeführt. Sehr häufig werden in der Schweiz auch HIV-Tests mit der gleichen Fragestellung im Zusammenhang mit Versicherungsabschlüssen durchgeführt. Dabei fällt das Resultat in den weitaus meisten Fällen negativ aus, das heisst, dass keine HIV-Antikörper und damit keine HIV-Infektion nachgewiesen werden können. Hier liegt der eindeutige Vorteil des Schnelltests; man erhält in der gleichen Sitzung ein zuverlässiges Resultat, wenn der Test negativ ausfällt. Trotz der Schnelligkeit des Testverfahrens darf aber das zu jedem HIV-Test gehörende Beratungsgespräch nicht zu kurz kommen. Im Falle eines positiven oder unklaren Resultats kann das Testresultat nicht verwendet werden und muss, wie bei jedem anderen, laborbasierten HIV-Screeningtest einem Bestätigungstest zugeführt werden. Das heisst, dass eine neue Blutprobe einem Bestätigungs-

labor zugesandt werden muss, und erst wenn ein positiver Bestätigungstest vorliegt, darf der getesteten Person ein positiver HIV-Test und damit das Vorliegen einer HIV-Infektion mitgeteilt werden. Dabei ist zu beachten, dass selbst bei der sehr guten Spezifität des HIV-Schnelltests auf Grund der tiefen Prävalenz der HIV-Infektion in der Testpopulation nicht selten falsch positive HIV-Schnelltests gefunden werden.

Zusammenfassend bietet der HIV-Antikörper-Schnelltest eine Bereicherung der diagnostischen Möglichkeiten in der Praxis. Bei Beachtung der Limitationen des Tests steht ein qualitativ hochwertiges Instrument zur Verfügung, mit dem in der Regel das Vorliegen einer HIV-Infektion ausserhalb der akuten Phase ausgeschlossen werden kann. Es ist möglich, der getesteten Person innert kurzer Zeit in der ersten Konsultation dieses definitive Resultat mitzuteilen. Damit kann die durch die Wartezeit hervorgerufene psychische Belastung erheblich reduziert werden. Die Qualität des HIV-Testverfahrens hängt nicht nur von der Qualität des verwendeten Tests ab, sondern ebenso von der Qualität der Durchführung. Der Test sollte unter ärztlicher Aufsicht nur von Personen durchgeführt werden, die Erfahrung mit solchen Tests haben

und die gängigen Labormethoden kennen. Fällt das Resultat des Schnelltests positiv aus oder ist das Ergebnis unklar, bedarf es weiterhin eines Bestätigungstests durch ein anerkanntes Labor.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit: HIV – aktuelles Wissen zu Test und Diagnostik, Juni 2000.

Subkommission Serologie, Immunologie und Virologie (SIV) & Subkommission Klinik (SKK) der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF): Neuerungen und Ergänzungen zum HIV-Testkonzept 1998. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit 1999; 48: 890–1.

EGGER M, HIRSCHEL B, et al.: Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV-infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. Swiss HIV Cohort Study. Br Med J 1997; 315: 1194–9.

LEDERGERBER B, EGGER M, et al.: AIDS-related opportunistic illnesses occurring after initiation of potent antiretroviral therapy: the Swiss HIV Cohort Study. JAMA. 1999; 282: 2220–6. ■

Quelle: Schweizerische Ärztezeitung · 2000; 81: Nr. 37

Erich Jahn † (13.7.1912–3.9.2000)

Niklaus P. Lang, Universität Bern, und Prof. Dr. Dr. h.c., M.S., HFRCS (Glasgow)

Am 3. September 2000 ist Professor emeritus Dr. med.dent. Erich Jahn nach einer sehr lang ertragenen Leidenszeit im Alter von 88 Jahren verstorben. Professor Jahn war in der vorangegangenen Generation der Dozenten an den Zahnmedizinischen Kliniken (ZMK) der Universität Bern eine herausragende Persönlichkeit, die während drei Jahrzehnten den Unterricht der Studierenden der Zahnmedizin sowie deren Weiterbildung geprägt hat. Er war einer der heute selten gewordenen Dozenten, die ursprünglich aus der Privatpraxis ihren Weg an die Universität gefunden hatten. Auf Grund dieser Tatsache war er stets der Klinik verbunden und zeigte für den Kollegen in der Praxis besonderes Verständnis.



Professor Jahn wurde in den ausgehenden Fünfzigerjahren zunächst Oberassistent auf der Abteilung für Zahnärztliche

Prothetik. Aus dieser Zeit stammen die von ihm erarbeiteten, wesentlichen wissenschaftlichen Prinzipien der Bissregistrierung für Totalprothesen sowie der mukodynamischen Abformmethoden des zahnlosen Kiefers, die international Anerkennung fanden. Anfang der Sechzigerjahre wurde Professor Jahn zudem Oberassistent auf der neu geschaffenen Abteilung für Kronen- und Brückenprothetik, deren Leitung er, zusammen mit der Zahnärztlichen Radiologie, nach der Emeritierung seines Vorgängers, Professor Dr. Jakob Schindler, übernahm.

In die Zeit der ausgehenden Sechzigerjahre fielen die Anstrengungen nach sys-

tematischer Weiterbildung, die schliesslich zu den erst 1999 durch die SSO anerkannten Spezialisierungen in den Fächern Zahnärztliche Prothetik und Parodontologie führten. Professor Jahn war einer der Hauptinitiatoren in den Geburtsstunden dieser Entwicklung. Er verstand es meisterhaft, in den Seminaren mit jungen Kolleginnen und Kollegen auf der Basis der wissenschaftlichen Literatur Themenkreise zu erarbeiten und dadurch seine Umgebung zu begeistern. Anfang der Siebzigerjahre galt Professor Jahns Vision vor allem auch der systematischen Förderung des akademischen Nachwuchses. Er unterstützte seine Oberassistenten in dieser Hinsicht mit vollem Herzen. In der heutigen «modernen» Sprache könnte man ihn wahrhaftig als «Facilitator» bezeichnen. So sind der soeben emeritierte Chef der Klinik für Kronen-Brücken-Prothetik, Teilprothetik und Zahnärztliche Materialkunde der Universität Zürich, Professor emeritus Dr. Peter Schärer, sowie der Unterzeichnende Professor Jahn für seine Förderung zu Beginn ihrer akademischen Karriere zu grossem Dank verpflichtet.

Die Bemühungen um eine gute Basisausbildung der Studierenden war für Professor Jahn stets erste Priorität. Um den klinischen Unterricht bei steigenden Studentenzahlen bewältigen zu können, wurde am zwischenzeitlich zu den Zahnmedizinischen Kliniken (ZMK) angewachsenen Institut ein Blockunterricht eingeführt, der die Verdoppelung der zeitlichen Nutzung der klinischen Arbeitsplätze verlangte. Professor Jahn meisterte dieses Unterrichtsproblem, indem er bewährte Allgemeinpraktiker als externe Oberassistenten an die Universität zurückholte, die ihre klinische Erfahrung bis zum heutigen Tag unentgeltlich zur Verfügung stellen. Ohne dieses System, das heute fast alle Kliniken der ZMK anwenden, könnte der klinische Unterricht kaum mehr garantiert werden.

Für die Weiterbildung der Assistenten setzte Professor Jahn ebenfalls hohe Prioritäten. Er ermöglichte auf diese Weise einer Vielzahl von heute in der Schweiz praktizierenden Zahnmedizinern das Erarbeiten der Voraussetzungen, welche schliesslich zur Spezialisierung führten. Sein Verständnis für die wissenschaftliche Literatur sowie die stetige Analyse derselben waren für seine Zeit beispielhaft. Diese Fähigkeiten zeigten sich auch in seiner Abschiedsvorlesung 1978, die inhaltlich die Antrittsvorlesung seines Nachfolgers hätte sein können. Den Kontakt zur aktuellen Zahnmedizin brach Professor Jahn nie ab. Seit seiner Emeritierung war Professor Jahn ein treuer und gern gesehener Gast an der heutigen Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik. Bei seinen zahlreichen und regelmässigen Besuchen riss man sich um seine Gesellschaft, diskutierte mit ihm Fragen der Universitätspolitik, holte seine Meinung zu Forschungsprojekten ein oder fragte sich einfach, welchen neuen Witz er mit seiner humorvollen Darstellung zum Besten zu geben bereit war. Auch in den Study-Clubs, denen er bis zu seinem Hinschied aktiv und trotz der immer grösser werdenden gesundheitlichen Beschwerden regelmässig beiwohnte, erfreute man sich seiner humorvollen Bonmots und seines kameradschaftlichen Engagements.

Mit Professor Jahn hat die Schweizer Zahnmedizin einen bescheidenen und würdigen Berufskollegen, einen hervorragenden akademischen Lehrer, vor allem aber einen unvergesslichen und humorvollen Freund verloren. Wir alle, die mit Professor Jahn so viele gute Stunden verbringen durften, werden ihn ehrend in unserem Herzen bewahren. ■

Wahl von Daniel Buser

als ordentlicher Professor für Oralchirurgie und Stomatologie

Prof. Dr. Urs Brägger, Geschäftsführender Direktor

Endlich ist es soweit! Der Regierungsrat des Kantons Bern hat Herrn Prof. Dr. Daniel Buser auf den 1. November 2000 zum ordentlichen Professor für Oralchirurgie und Stomatologie und Direktor der Klinik für Oralchirurgie ernannt.



Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern gratulieren zu diesem Karriereschritt. Mit unglaublichem Elan hat Prof. Daniel Buser seine Projekte zum Erfolg geführt. Denken wir an den interna-

tionalen Ruf der ZMK Bern auf verschiedenen Gebieten der Implantologie, das Bone-Symposium und als letzter Coup das ITI-World-Symposium in Luzern.

Durch diese Wahl gehen die Zahnmedizinischen Kliniken Bern gestärkt ins nächste Jahrtausend, denn Daniel Buser ist ein Macher – und genau dies brauchen Universitätskliniken in Zukunft! Parallel zu den internationalen Erfolgen in der Forschung wurde und werden die Ausbildung der Studierenden, die Spezialisierung in Oralchirurgie und das Ressort Fortbildung durch Professor Buser modernisiert und systematisch ausgebaut. Wir freuen uns, dass du die Geschicke deiner Klinik und damit der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern entscheidend prägen wirst. ■



Curriculum Vitae

Prof. Dr. Daniel Buser, Jahrgang 1954

1973	Matur Typ C an der Kantonsschule Solothurn
1975–80	Studium der Zahnmedizin an der Universität Bern
1980–83	Postgraduate Ausbildung in Oralchirurgie und Stomatologie an der Klinik für Oralchirurgie, ZMK der Universität Bern
1983	Oberassistent Klinik für Oralchirurgie
1984	Promotion Dr. med. dent. an der Universität Bern
1989–91	Forschungsaufenthalt an der Harvard University, Boston MA, USA mit experimentellen Studien im Bereich der oralen Implantologie
1992	Habilitation an der Universität Bern mit dem Thema «Gewebeintegration von enossalen Implantaten» und Ernennung zum Privatdozenten
1993–99	Leiter der Station für Zahnärztliche Radiologie und Diagnostische Stomatologie
1995	Leiter der ITI-Ausbildungskommission
1995	Stiftungsratsmitglied der ITI-Stiftung
1995	Weiterbildungsurlaub in Stomatologie am <i>Stomatology Center, Baylor College of Dentistry</i> in Dallas TX, USA
1996/97	Präsident der European Association for Osseointegration (EAO)
1997	Titularprofessor der Universität Bern
1997	Leiter des Ressorts Fortbildung an den ZMK Bern
1999	Fachlicher Leiter ad interim der Klinik für Oralchirurgie
1999	Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie (SSOS)
1999	Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für orale Implantologie (SGI)
2000	Ordentlicher Professor und Direktor der Klinik für Oralchirurgie, ZMK der Universität Bern

BUCHBESPRECHUNGEN



Evidenz-basierte Zahnmedizin (EBD)

Walther W, Micheelis W:
Evidence-Based Dentistry –
Evidenz-basierte Medizin in der
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 243 S., div. Abb. und Tab., DM 79,-
 IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte
 (Hrsg), Deutscher Zahnärzte-Verlag,
 Köln (2000).

Das gleichzeitig auf deutsch und englisch publizierte Büchlein hat zum Ziel, den internationalen Austausch auf dem Gebiet der evidenz-basierten Zahnmedizin (EBD) zu aktivieren. EBD ist zu einem Modebegriff geworden, nachdem die Medizin wie die Zahnmedizin immer mehr gefordert sind, die Grundlagen für die Tätigkeiten zu erklären.

Das vorliegende Büchlein versucht, im Rahmen von 10 Kapiteln, die jedes durch einen anderen Autor abgedeckt werden, folgende Fragegruppen zu beantworten:

- Was heisst eigentlich «Evidenz» in der Medizin/Zahnmedizin, und wer produziert diese Evidenz?
- Wie kann evidenz-basiertes Wissen anwenderorientiert verfügbar gemacht werden?
- Welche Rolle kann evidenz-basiertes Wissen in der zahnmedizinischen Praxis spielen? Inwieweit ist es möglich und einsetzbar?

Im ersten Kapitel geht Heners davon aus, dass das «Handwerkermodell», wie es in der Vergangenheit funktioniert hat, in der Zukunft nicht mehr ausreicht. Es sind grundsätzlich Veränderungen notwendig. Richards geht im zweiten Kapitel auf

die Gründe der Veränderungen ein: Gesundheitssysteme stehen unter Druck wegen i) der höheren Lebenserwartung, ii) der neuen Technologien und Materialien, iii) des Wandels des Krankheitspanoramas und iv) des steigenden Konsumentenbewusstseins. Der Autor geht davon aus, dass in Zukunft die beste Patientenversorgung diejenige ist, die sich auf der besten verfügbaren Evidenz stützt und bei der alte Therapien, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen sind, eliminiert werden. In den nächsten beiden Kapiteln diskutieren Perleth sowie Herrmann und von Uexküll anhand von Beispielen ausführlich den Begriff «Evidenz». Walther beschreibt anschliessend Modelle der klinischen Entscheidungsfindung. Für ihn ist diese i) mit wissenschaftlichen Daten begründet, ii) kunstvoll, iii) getroffen auf der Basis des Patientenanliegens, iv) respektiert die Autonomie des Patienten und v) fördert sein Wohlergehen. Die nächsten drei Kapitel gehören drei ausgewählten zahnärztlichen Fachbereichen: Kerschbaum diskutiert evidenz-basierte Zahnheilkunde als Grundlage der prothetischen Therapie; Reich übernimmt diese Aufgabe für die Kariestherapie, und Meyle beleuchtet evidenz-basierte Konzepte in der parodontologischen Praxis. Interessant ist das Kapitel von Wagner, der die EBD kritisch beleuchtet, auf Probleme aufmerksam macht und mit eindrücklichen, klinischen Beispielen die Bedeutung für die zahnärztliche Qualitätssicherung herausstreicht.

Das letzte Kapitel wurde dem Standespraktiker Boehme überlassen. Er fasst

die im Büchlein gemachten Aussagen in sieben Statements zusammen. Im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheitspolitik sieht er folgende Bewegungen in der Zukunft:

- EBD wird das Arzt-Patient-Verhältnis verändern in Richtung mehr Kommunikation,
- EBD wird das Verhältnis zwischen medizinischer Wissenschaft und medizinischer Praxis verändern,
- EBD wird im Zeitalter der elektronischen Medien zu einer «kognitiven Globalisierung» des medizinischen Wissens führen, und
- EBD wird auch das Kosten-Nutzen-Abwägen in der Medizin beeinflussen.

Zusammenfassend darf das Büchlein all denjenigen empfohlen werden, die sich im Rahmen der Ausbildung mit dem Begriff EBD auseinandersetzen, aber auch all denjenigen, die Interesse an der zukünftigen Entwicklung von Qualitätsrichtlinien in der Zahnmedizin zeigen.

Carlo Marinello, Basel

Psychologie

Künkel A:
Kinder- und Jugendpsychologie
in der zahnärztlichen Praxis

144 S., 75 farb. Abb., 18 Strichzeichn.,
 5 Tab., sFr. 89.-,
 Schlütersche, Hannover (2000).
 ISBN 3-87706-580-5

Dieses Buch, dessen Autorin als Diplompsychologin und Professorin für Entwicklungsphysiologie tätig ist, beschreibt eindrücklich das Verhalten von Kindern und setzt es in Bezug zu den für verschiedene Altersstufen dargestellten Entwicklungsvorgängen. Für die Altersgruppen Kleinkind, Dreijährige, Kindergartenkinder, Grundschulalter, Pubertät und Adoleszenz werden körperliche, geistige, sprachliche und emotionale Entwicklung prägnant geschildert.

Die Kenntnis des Umweltverständnisses der Kinder hilft vielfach, ein bestimmtes Verhalten richtig einzuordnen. Das Buch beleuchtet auch den sozialen Hintergrund sowie die Rolle von Freunden und Familie. Die Bedeutung von Selbstbild, Selbstzweifel und innerer Zerrissenheit wird ebenfalls diskutiert. An entscheidenden Stellen erfolgt immer wieder der Verweis auf die Theorien von Piaget, Allgemeines wird in Bezug gesetzt zu zahnärztlichen Aspekten.

Das Buch ist angereichert mit vielen bildhaften und anekdotischen Beispielen aus

dem täglichen Leben, die einiges zum Verständnis der vorgestellten Theorien beitragen.

Ein Kapitel beschäftigt sich mit verschiedenen Aspekten der Angst und wie in der Praxis damit umgegangen werden kann. Es ist nicht immer einfach, Angst und Verhaltensauffälligkeiten auseinander zu halten, aber auch hier bietet das Buch Hilfestellung. Insbesondere das Thema Hyperaktivität und dessen Konsequenzen für Patient, Eltern und Praxispersonal wird angesprochen. Konkrete Tipps zur Motivation der Kinder schliessen das Buch ab.

Das vorliegende Werk kann jedem Praktiker und Studenten empfohlen werden. Es hilft insbesondere auch denjenigen, die keine eigenen Kinder haben und daher gewisse Verhaltensmuster nicht aus eigener Beobachtung kennen. Das Buch hilft damit nicht nur in der Praxis, sondern kann insbesondere auch als Beitrag zur Allgemeinbildung angesehen werden.

Hubertus van Waes, Zürich

Zahnersatz

Rufenacht CR: Grundsätze der ästhetischen Integration

248 S., 534 Abb., DM 280,-, Quintessenz, Berlin (2000). ISBN 3-87652-922-0

Das vorliegende Buch stellt einen Wegweiser durch die ästhetischen Richtlinien von Zahnersatz dar. Der Autor kommt in der Einleitung zu dem Ergebnis, daß durch die technischen Kriterien zur dentalen Sanierung häufig die Wahrnehmung der Formbeziehungen vernachlässigt werde, die wiederum die Voraussetzung darstelle, Zahnersatz harmonisch in das Erscheinungsbild eines Gesichtes zu integrieren. Unabdingbar sei, dass der Zahnarzt mit den ästhetischen Grundsätzen vertraut ist (Lachlinien, Proportionen, Symmetrie, Konturlinien, Charakterkontrast, Dominanz und Transparenz), um perfekte optische Illusionen zu verwirklichen. In den ersten vier Kapiteln des Buches wird auf die Grundsätze der morphologischen, biologischen, ästhetischen und funktionalen Integration des Zahnersatzes eingegangen. Die Funktion und Form der Zähne, die parodontale und periorale Komponente bilden die Grundlage der darauffolgenden Kapitel. Die meisten Aussagen basieren auf eigenen Erfahrungen und auf persönlichen Präferenzen des Autors. So geht dieser

davon aus, dass das ästhetische Empfinden auf einer intuitiven und emotionalen Bildung beruhe, das sich durch geduldiges Beobachten erlernen lässt. Er beschreibt die praktische Anwendung von Prinzipien, Kriterien und Faktoren, die die Harmonie der dentofazialen Komposition ausmachen. In einem fünften Kapitel werden die Grundsätze des ästhetischen Aufbaus ausführlich anhand von Patientenbeispielen erläutert.

Der Vorteil des Buches liegt darin, dass der Autor sein Thema in höchst konzentrierter Form und mit hervorragendem Bildmaterial in einer Art und Weise präsentiert, dass jeder Anfänger, aber auch jeder Routinier zu allen Fragen eine klinisch bestens dokumentierte Darstellung der Problemlösungen findet. In jedem Kapitel ist die Philosophie des Autors spürbar, die sich wie ein roter Faden durch das ganze Buch zieht. Obwohl das Werk ausführlich dokumentiert ist, muss angemerkt werden, dass aus Rücksicht auf den praxisorientierten Leser auf eine kritische wissenschaftliche Evaluation verzichtet wird. Da die Beziehung zur Klinik im Vordergrund steht, ist der Text angenehm zu lesen. Eine Literaturübersicht am Ende eines jeden Kapitels ermöglicht es, sich weiter in die Grundlagen zu vertiefen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Buch als klinisches Übersichtswerk nicht nur für Studenten, sondern auch für erfahrene Praktiker sehr empfehlenswert ist.

Martin Ruppert, Basel

Funktionslehre

Bumann A, Lotzmann U: Funktionsdiagnostik und Therapieprinzipien.

Farbatlant der Zahnmedizin
Bd. 12, 352 S., 1349 Abb., sFr. 443,-,
Thieme, Stuttgart (2000).
ISBN 3-13-787501-3

Das Ziel, das sich die Autoren mit dem vorliegenden Buch gesteckt haben, ist, dem Leser in Bildsequenzen und ergänzenden Textpassagen detaillierte Kenntnisse insbesondere auf dem Gebiet der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik zu vermitteln. Die diagnosebezogene Therapie wird Inhalt eines zweiten Buches sein. In der Einführung werden die Begriffe progressive bzw. regressive Adaptation und Kompensation bzw. Dekompensation erklärt. Das erste Kapitel gibt eine kurze Übersicht über die zahnärztliche

Primärdiagnostik, also über Zahn- und Schleimhautbefund und über zahnärztliche Untersuchungstechniken.

Im zweiten Kapitel wird die Anatomie des Kausystems genau beschrieben. Die Lage, Form und Funktion der Kaumuskeln, des Discus und der Ligamente werden anhand vieler Bilder von anatomischen Präparaten, schematischer Darstellungen und histologischer Präparate sehr anschaulich beschrieben.

Das dritte Kapitel widmet sich der manuellen Funktionsanalyse. Es ist mit 87 Seiten das längste Kapitel. Die von Bumann geprägten Begriffe der spezifischen und unspezifischen Belastungsvektoren werden zuerst noch einmal erklärt. Der Anamnese sind zwei Seiten gewidmet. Dann wird in Wort und Bild genau beschrieben, wie man die Unterkieferbeweglichkeit und die Gelenkflächen untersucht. Auch die Palpation jedes einzelnen Kaumuskels und die Untersuchung der Knackgeräusche werden genau dargestellt. Die Interpretation der möglichen Knackgeräusche folgt sogleich. Danach werden die Begriffe statische und dynamische Okklusion und Bruxismus kurz gestreift.

Im Kapitel über bildgebende Verfahren werden diverse klassische Röntgenaufnahmetechniken von Kiefergelenken besprochen. Dann werden anatomische Präparate den CT- bzw. MRI-Aufnahmen pathologisch veränderter Kiefergelenke gegenübergestellt. Darauf folgen diverse Interpretationen von MRI-Aufnahmen pathologisch veränderter Kiefergelenke. Zum Schluss wird die metrische (quantitative) MRT-Analyse nach Bumann erklärt.

Das nächste Kapitel ist der Modellmontage und Okklusionsanalyse gewidmet. Der Weg von der Abformung über die Modellherstellung, Bissnahme und über das Einartikulieren im SAM-Artikulator wird genau beschrieben. Im Kapitel der instrumentellen Bewegungsanalyse werden mechanische und elektromechanische Registriersysteme und das Herstellen der entsprechenden Axiogramme vorgestellt. Dem Kapitel «Diagnosen und Klassifikationen» sind 30 Seiten gewidmet und den Therapieprinzipien 21.

Der vorliegende Atlas ist ansprechend gestaltet und lädt dazu ein, sich auf das Thema einzulassen.

Der Titel des Buches verspricht allerdings auch Therapieprinzipien, was aber bereits in der Einführung relativiert und im Text nur sehr kurz abgehandelt wird. Ausserdem wird die zu diesem Thema sehr wichtige Anamnese gerademal auf

zwei Seiten(!) knapp erwähnt. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Autoren nur durch eigene Studien gestützte Theorien als fundiertes Wissen verkaufen.

Dieser Atlas hinterlässt viele offene Fragen. Es bleibt abzuwarten, ob der geplante zweite Band diese zu beantworten vermag.
Petra Thalmann, Zürich

ZEITSCHRIFTEN



Implantatprothetik

Zitzmann NU, Marinello CP: Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prosthesis in the edentulous maxilla

Part I: Patients' assessments

J Prosthet Dent 83:424–433 (2000).

Part II: Clinical findings

J Prosthet Dent 83: 434–442 (2000)

Die Meinung ist weit verbreitet, dass festsitzender implantatgetragener Zahnersatz zu grösserer Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten führt als abnehmbarer; zudem soll er auf Dauer in Funktion weniger Komplikationen unterworfen sein und somit einen geringeren Nachsorgeaufwand erfordern als herausnehmbare implantatgetragene Hybridprothesen. In den vorliegenden beiden prospektiven klinischen Studien wurden die Behandlungsergebnisse von festsitzenden bzw. herausnehmbaren Implantatprothesen im zahnlosen Oberkiefer bei 20 Patienten, 11 Frauen und 9 Männern evaluiert und miteinander verglichen. 10 Personen (Gruppe 1; mittleres Alter 54,7 Jahre) wurden mit fixen, auf Implantaten verschraubten Rekonstruktionen und 10 Personen (Gruppe 2; mittleres Alter 60,5 Jahre) mit herausnehmbaren Hybridprothesen versorgt. Insgesamt wurden 155 Implantate (Nobel Biocare, Göteborg, Schweden) inseriert, 84 in Gruppe 1 und 71 in Gruppe 2. Die erste Studie befasste sich mit der

subjektiven Beurteilung der mit den beiden Prothesenarten erreichten Therapieresultate durch die Patienten sowie mit den sozialen und psychologischen Auswirkungen, die zweite Studie mit den klinischen Langzeitergebnissen. Die mittlere Beobachtungszeit nach Insertion der Implantate betrug 39,2 Monate für Gruppe 1 und 27,5 Monate für Gruppe 2.

I. Beurteilung durch die Patienten

Vor der prothetischen (Neu-)Versorgung wurden die Patienten mittels Fragebogen über ihre Zufriedenheit mit der momentanen Situation und ihre psychologische Befindlichkeit befragt. Sechs Monate nach der Eingliederung des Implantatersatzes wurde die Befragung wiederholt. Dabei zeigte sich, dass beide Prothesenarten – festsitzend und abnehmbar – für die Patienten zu einer signifikanten Verbesserung von Komfort, Retention, Funktion, Ästhetik und Aussehen, Sprache, Geschmacksempfindung und Selbstbewusstsein führten; was die Parameter Ästhetik, Geschmacksempfindung und Sprache betrifft, empfanden die Patienten der Gruppe 2 sogar einen grösseren Unterschied zwischen der Situation vor bzw. nach der prothetischen Versorgung.

II. Klinische Befunde

In einem 6-monatigen Turnus fanden Recallsitzungen statt, wobei die Über-

lebensrate der Implantate, die Zeitspanne bis zur erforderlichen Nachbehandlung sowie der Aufwand für die Instandhaltung der Rekonstruktionen registriert wurden. Gleichzeitig wurden die klinischen Parameter Plaque-Index (PI), Gingiva-Index (GI), klinische Attachmentshöhe und radiographische marginale Knochenhöhe gemessen und die biologischen bzw. mechanischen Komplikationen festgehalten.

Nach 18-monatiger Beobachtungsdauer betrug die kumulative Überlebensrate der Implantate 97,6% für die Gruppe 1 und 94,4% für die Gruppe 2. Die erste ergänzende Nachbehandlung der Prothesen erfolgte im Mittel 23,4 Monate (Gruppe 1) bzw. 19,8 Monate (Gruppe 2) nach deren Insertion (n.s.); während der gesamten Beobachtungsdauer musste keine Prothese erneuert werden. PI und GI waren in beiden Gruppen bei jeder Recallsitzung hoch korreliert, zwischen den beiden Gruppen ergaben sich diesbezüglich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Immerhin war der mittlere Plaque-Index in der Gruppe 2 leicht höher als in der Gruppe 1, was auf die schwierigere Reinigung von Stegverankerungen hinweist.

Im Röntgenbild war in beiden Gruppen im Laufe der Zeit eine signifikante Zunahme der marginalen Knochenresorption feststellbar, die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren aber ebenfalls nicht signifikant.

Die Autoren schliessen aus diesen Untersuchungsbefunden, dass sich mit festsitzenden und herausnehmbaren implantatprothetischen Versorgungen vergleichbare Langzeitergebnisse erzielen lassen. Die meisten mechanischen Komplikationen konnten in regulären Recallsitzungen behoben werden, sodass die Prothesennachsorge nur einen geringen Zeit- und Kostenaufwand erforderte.

Theo Brunner, Oberglatt