

BfS korrigiert Zahnarztkosten

Peter Jäger

In der letzten Ausgabe seiner Statistik über die Gesundheitskosten in der Schweiz hat das Bundesamt für Statistik (BfS) die Kosten für zahnärztliche Behandlung um über 17 Prozent oder um 570 Millionen Franken jährlich nach unten korrigiert. Damit ist einer Forderung der SSO entsprochen worden, die seit vielen Jahren die betriebswirtschaftlich nicht nachvollziehbaren BFS-Zahlen kritisiert hat.

Mitte der Achtzigerjahre hat das BfS die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung untersucht. Damit war allerdings das Problem des Fortschreibens noch nicht gelöst: Während für die meisten Bereiche Zahlen aus der sozialen Krankenversicherung anfallen, traf (und trifft) dies für die Zahnmedizin nicht zu. Die Kosten für zahnärztliche Behandlung erlebten in den Folgejahren eindruckliche und kaum erklärliche Steigerungsraten. Im Zuge einer vergleichenden Arbeit stellten die SSO-Organen – eher zufällig – fest, dass diese Steigerungsraten haargenau denjenigen der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprachen. Eine Rückfrage beim BfS zeitigte folgende Antwort: Da man für den zahnärztlichen Bereich über keinerlei Zahlen verfüge, habe man sich gedacht, die Kostenentwicklung würde wohl in etwa derjenigen der Ärzte entsprechen ...

Mit der nun vorgenommenen Korrektur dürfte die Statistik einigermaßen auf den Boden der Realität gekommen sein. Folgende Plausibilitätserwägungen lassen sich anstellen:

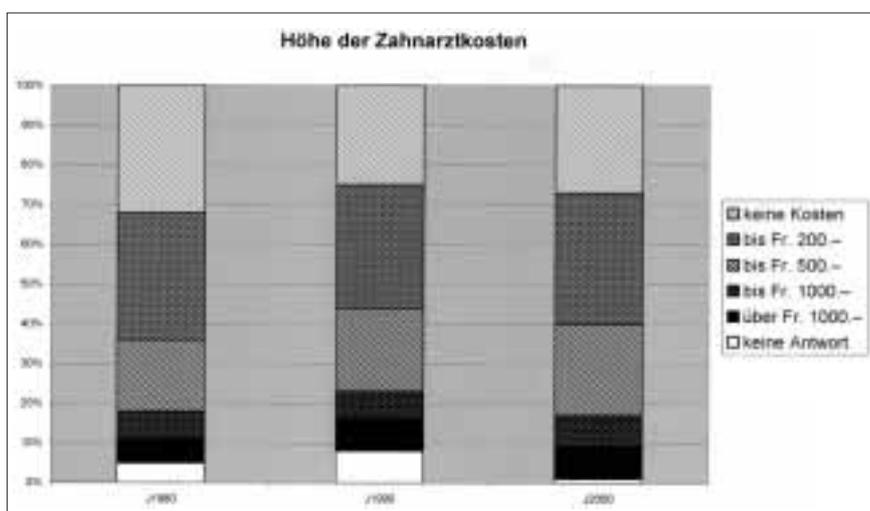
- Die Publikumsbefragungen SSO der Jahre 1980, 1990 und 2000 zeigen, dass der Aufwand für zahnärztliche Behandlungskosten in etwa unverändert

geblieben ist, was teuerungsbereinigt einem Rückgang von rund 50 Prozent entspricht.

- Die Betriebsstatistik zahnärztlicher Praxen lässt darauf schliessen, dass die durchschnittliche Höhe einer Zahnarztrechnung seit Jahren praktisch unverändert bei rund 480 Franken liegt.

- Die Erhebung über die von rund 1000 Praxen angewendeten Taxpunktwerte, publiziert im «Kassensturz» vom 21. August 2001, hat gezeigt, dass 71 Prozent der Praxen einen Taxpunktwert von maximal Fr. 3.50 verrechnen. Dies entspricht in etwa maximal dem gesamtschweizerischen Durchschnittswert gemäss Praxismodell (Fr. 3.10 plus 12 Prozent Teuerung).

Der Anteil der Zahnarztkosten an den gesamten Gesundheitsausgaben kommt mit der Korrektur der Statistik von zuletzt 8,3 (alte Statistik) auf wesentlich plausible 6,6 Prozent (neue Statistik) zu stehen. Damit liegt die perfektionistische Schweiz um 0,2 Prozentpunkte unter dem EU-Durchschnitt und rund 4 Pro-

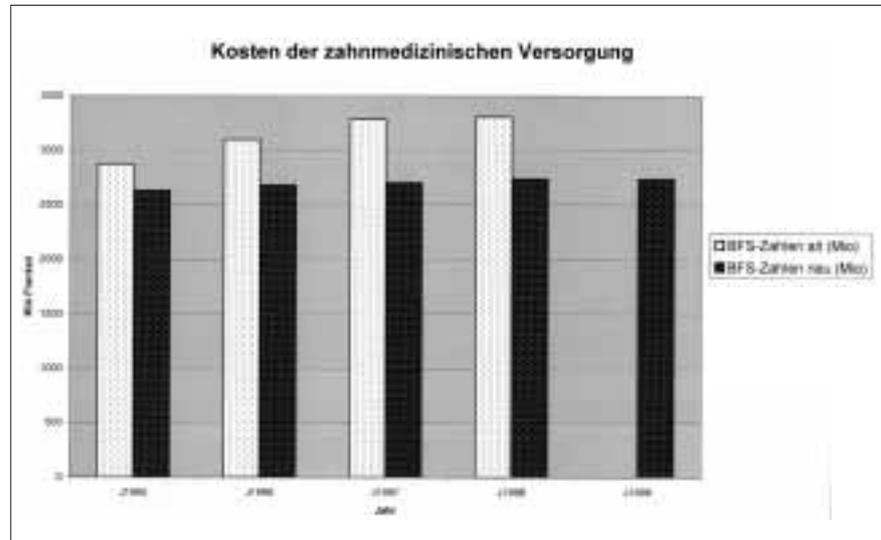


Mit der Korrektur der Zahlen des Bundesamtes für Statistik bestätigt sich die seit vielen Jahren feststellbare Tatsache, dass sich die Kosten für zahnärztliche Behandlung lediglich ungefähr im Rahmen der allgemeinen Teuerung entwickeln.

Gesundheitskosten – Zahnärzte (Mio. Fr.) im Spiegel der «Methoden» des Bundesamtes für Statistik (BfS)						
		1995	1996	1997	1998	1999
«alte» Methode	Fr.	2871.6	3101.4	3283.5	3306.5	
«neue» Methode	Fr.	2629.6	2681.7	2701.5	2736.2	2735.9
Abweichungen alt/neu	Fr.	242.0	419.7	582.0	570.3	
	%	-8,4	-13,5	-17,7	-17,2	
Kostensteigerung %						
						Total 1995–1998
«alte» Methode			8,0	5,9	7,0	15,1
«neue» Methode			2,0	0,7	1,3	4,1
Kosten pro Kopf						
Fr./J alt:		406.60 (33.88)	438.00 (36.50)	462.73 (38.55)	464.15 (38.68)	
(mittlere Bevölkerung) neu:		372.35 (31.03)	378.70 (31.55)	380.70 (31.72)	384.08 (32.00)	381.90 (31.82)
Anteil Kosten Zahnärzte an Gesundheitskosten (%)						
«alte» Methode		8,2	8,4	8,6	8,3	
«neue» Methode		7,3	7,1	7,0	6,8	
Teuerung LIKP	Fr.	102.58	103.41	103.94	103.96	
	%		+0,8	+1,3	+1,3	

zent unter dem Wert von Deutschland. Die stabilen Kostenverhältnisse zeigen sich auch im Umstand, dass sich der Anteil der Zahnarztkosten an den Gesundheitsausgaben im Laufe von nur fünf Jahren von 7,3 auf 6,6 Prozent verringert hat. Die Ausgaben pro Kopf und Jahr liegen demnach bei Fr. 382.– (1999) oder bei nicht ganz 32 Franken pro Monat.

Wenn es in letzter Zeit im Schwange war, öffentlich über «hohe Zahnarztkosten» zu lamentieren, so sollte man sich diese Zahlen vor Augen halten. Das schweizerische System der zahnmedizinischen Versorgung bringt nicht nur für Patient und Zahnarzt ein optimales Mass an Freiheit, sondern auch unbestrittene und international beachtete klinische Erfolge sowie eine in Anbetracht aller Umstände – reale Ausgaben, höhere Anforderungen an die Praxen, zahnmedizinische und zahnmedizintechnische Fortschritte – rückläufige Kostenentwicklung, die in den industrialisierten Ländern einzigartig sein dürfte. ■



Nach den Angaben der im Rahmen der Publikumsfragen SSO befragten Personen (jeweils über 1000) hat sich die finanzielle Belastung im Laufe der letzten 20 Jahre nominal kaum verändert. Da die Teuerung in diesem Zeitraum rund 50 Prozent beträgt, bedeutet dies, dass die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung real um die Hälfte abgenommen haben.

Transparenz und Taxpunktwert

Peter Jäger

Mit der Sendung «Kassensturz» vom 21. August 2001 hat das Vorhaben des Preisüberwachers, «für mehr Transparenz bei den Zahnärzten zu sorgen», ein schnelles Ende genommen. In der ganzen Auseinandersetzung gibt es aber einige Punkte, die abschliessend gewürdigt zu werden verdienen.

Warum eigentlich nicht?

Der Preisüberwacher hat das Thema erstmals bei der Präsentation seines Jahresberichtes 2000 öffentlich gemacht und dann während Monaten in ausgewählten Medien immer wieder aufgefrischt. Zwei Diskussionsrunden mit der SSO führten weder zu einer Einigung noch zur fälligen Einsicht des Preisüberwachers, dass das Gewollte realistischerweise nicht zu verwirklichen sei.

Unter den SSO-Mitgliedern liessen sich Stimmen vernehmen, die meinten, man könnte der Publikation des Taxpunktwertes doch zustimmen, da sie ohnehin nichts nütze. Diese Überlegung ist ebenso vordergründig richtig wie bei gründlichem Nachdenken falsch: Gerade zu einer solchen Pseudo-Transparenz wollte der SSO-Vorstand unter keinen Umständen Hand bieten. Versehen mit dem «Gütesiegel» der Preisüberwachung hätte daraus unter Umständen eine eigentliche Irreführung des Patienten entstehen können. «Billige» Zahnärzte, die trotz tiefem Taxpunktwert zu hohen Behandlungskosten kommen, wären Gegen-

stand medialer und preisüberwacherlicher Empörung geworden.

Auch ordnungspolitische Überlegungen sprechen gegen das «Warum eigentlich nicht?» Von Anfang an hat die SSO die Zuständigkeit des Preisüberwachers mangels gesetzlicher Grundlage für sein Tun bestritten. Für die SSO gab es nicht die geringste Veranlassung, zulasten ihrer Mitglieder den willkürlichen Wünschen eines Politikers und Funktionärs zu entsprechen. Selbst die Angehörigen eines freien Berufes, selbst Medizinalpersonen, ja selbst Zahnärzte haben ein Recht, ihre Freiheit zu verteidigen – und dies umso mehr gegenüber einer Forderung, die keinen Sinn macht.

Es blieb dem «Kassensturz» vorbehalten, den gordischen Knoten zu durchhauen: Mit einer für das Schweizer Fernsehen fast einzigartigen, grossen Telefonumfrage nahm der «Kassensturz» dem Preisüberwacher die Arbeit ab und konnte die Taxpunktwerte von rund 1000 Deutschschweizer Praxen auf dem Internet publizieren. Der Preisüberwacher wirds in der einen oder andern Form zu danken

wissen – jedenfalls versetzte ihn die Aktion in die angenehme Lage, die ganze Übung, da Ziel erreicht, abzublasen. Dass die Publikation von unter falschen Vorgaben erschlichenen Daten rechtlich höchst fragwürdig ist, stört ihn dabei offensichtlich nicht.

Transparenz oder Wettbewerb über den Preis?

Die Forderung nach Transparenz dürfte in der ganzen Auseinandersetzung nur ein Vorwand gewesen sein für den Versuch, Wettbewerb über den Preis zu stimulieren. Die Frage, ob ein Wettbewerb über den Preis bei medizinischen Dienstleistungen überhaupt wünschenswert ist, blieb dabei, wohl aus populistischen Gründen, ungeprüft.

Ehrlicherweise hätte schon der Preisüberwacher bei seinen Überlegungen (?) zum Schluss kommen müssen, dass billig nicht gleich gut und gut nicht gleich teuer heissen muss. Ferner hätte ihm klar sein müssen, dass der Zahnarzt-Tarif im Wesentlichen ein Zeittarif ist, Preisdruck

Taxpunktwerte deutsche Schweiz

n = ca. 1000 Praxen

Franken	Prozent
bis 3.10	22
3.15–3.55	49
3.60–3.95	19
> 4.00	5
keine Antwort	5

also Zeitdruck heisst – also ein riskantes Spiel. Und schliesslich hätte er einsehen müssen, dass Transparenz nur herrschen kann, wenn nebst dem Preis auch die Qualität gemessen werden kann. Gerade dies aber ist dem Patienten bei medizinischen Leistungen nicht möglich – und gerade darum lässt sich eine absolute Forderung nach Transparenz und Wettbewerb vernünftigerweise nicht erheben.

Wem nützt's – wem schadet's?

Das zahnmedizinische Sommertheater ist für rund 90 Prozent der Patienten ohne jegliche Bedeutung: Sie haben ihren altvertrauten Zahnarzt und – Taxpunktwert hin, Taxpunktwert her – keinerlei Veranlassung, diesen zu wechseln. Für die übrigen zehn Prozent – Zahnarztwechsler oder Zahnarztmeider – mögen die publizierten Taxpunktwerte eine gewisse Bedeutung haben.

Der Preisüberwacher hat sich in ein unmögliches Vorhaben verrannt und sich, wie seinerzeit Münchenhausen, per «Kassensturz» elegant aus der Affaire gezo-

gen. Seine triumphale Bemerkung, er habe erreicht, was er wollte, wird uns noch einige Zeit in den Ohren scheppern.

Für die Zahnärzteschaft ist das Resultat zwiespältig: Einerseits sind der Vorwurf des «intransparenten Tarifs» und die damit verbundenen Medienreaktionen dem Image gewiss nicht zuträglich; andererseits hat die «Kassensturz»-Umfrage Resultate gezeitigt, wie sie besser nicht sein könnten. Wenn 22 Prozent der Praxen zum Sozialversicherungs-TPW von Fr. 3.10 oder günstiger abrechnen und wenn weitere 49 Prozent zwischen Fr. 3.15 und 3.55 liegen, so heisst dies, dass der Privattarif mit viel Verantwortungsbewusstsein gehandhabt wird. Auch der Wettbewerb wird hier durchaus seinen Einfluss ausüben.

Ob die vom «Kassensturz» publizierten rund 1000 Taxpunktwerte ebenfalls den Wettbewerb beflügeln werden? Und wenn ja: Werden Praxen mit hohen Punktwerten billiger werden? Oder werden solche mit tiefen Ansätzen etwas zur Mitte aufrücken? ■



Alfred H. Geering

im Labor zähneknirschend selber mit der prothetischen Zahnaufstellung abmühen mussten, anerkennen heute, dass die Totalprothetik für sie eine ausgezeichnete Grundlage für die verschiedensten Rekonstruktionsarten in der täglichen Praxis wurde. Ebenso erkennen wir heute, dass mit diesem totalprothetischen Konzept, das auf der Gerber-Schule basiert, die beste Grundlage geschaffen wurde für komplexe, anspruchsvolle Implantat-rehabilitationen.

Alfred Geering kam 1973 nach Bern, also im Anschluss an den zweijährigen Weiterbildungs-Aufenthalt in Michigan. In den USA war er mit all den gnathologischen Theorien, die mit religiösem Eifer verbreitet, verteidigt und diskutiert wurden, in Kontakt gekommen. Oft resultierten daraus (aus heutiger Sicht) sehr mechanistische Behandlungskonzepte, die in kostspieligen okklusalen Totalrehabilitationen endeten und nach einem grossen technischen Instrumentarium verlangten. Der Aufwand war enorm, denkt man z.B. nur an die komplizierten Registriermethoden, die zu dieser Zeit gelehrt wurden und den Markt beherrschten. Alfred Geering war diese Art von technisch überhöhter Zahnmedizin suspekt, und er begegnete ihr mit Argwohn. So suchte er mit einfacher Teil-, Hybrid- und Totalprothetik, die in erster Linie biologischen und nicht mechanisch-technischen Aspekten gerecht wurde, dem zahnlosen und teilbezahnten Patienten eine Palette sinnvoller Restaurationen anzubieten. Also, weg von der Kronenschiene zur sauber gestalteten Total- und Modellgussprothese. Die Logik eines einfachen, vielseitig anwendbaren Okklusionskonzeptes, verbunden mit klar definierten Regeln der Abformung, bildeten die Grundlagen der Geering'schen Prothetik. Als ehemaliger Schüler von Albert Gerber war ihm das



Universitätsnachrichten

Zur Emeritierung von Professor Dr. Alfred H. Geering

Regina Mericske-Stern

Am 31. August 2001 verlässt Alfred H. Geering die Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern. Nach 28-jähriger Tätigkeit als Leiter und Ordentlicher Professor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik tritt er in den Ruhestand.

Alfred Geering wurde 1936 geboren, wuchs in Zürich auf und besuchte dort die Schulen und die Universität. 1962 schloss er das Studium der Zahnmedizin ab und promovierte 1965. In der Zeit von 1962 bis 1967 war er als Assistent bei Prof. Dolder und Prof. Gerber in Zürich tätig, wo er später Oberassistent und stellvertretender Klinikleiter wurde. Auch arbeitete er als Anästhesist am Kantonsspital in Luzern, später in der Privatpraxis seines Schwiegervaters und an der Klinik für Oralchirurgie bei Prof. Maeglin in Basel. Darauf folgte ein Amerika-Aufenthalt in Ann Arbor, Michigan, bei Prof. M.M. Ash. 1973 kam Alfred Geering nach Bern, wo er bis 1978 als Lektor und Klinikchef der Zahnärztlichen Prothetik wirkte. In dieser Zeit beendigte er seine Habilitation über das Kiefergelenk. 1978 erfolgte die Wahl zum Ordentlichen Professor.

Die abnehmbare Prothetik, insbesondere die Totalprothetik, hat Alfred Geerings Laufbahn geprägt, und er hat seinerseits der Totalprothetik in Klinik und Lehre seinen Stempel aufgedrückt. Denn er vermittelte die Prothetik als solides Handwerk, das von der Pike auf gelehrt und gelernt werden muss. Gleichzeitig verstand er die Prothetik als Kunst, eine Kunst die vom Können kommt. Beides gehört untrennbar zusammen. Beobachten lernen, erkennen, verstehen, technisch beherrschen: für die Studenten war das oft gar nicht leicht. Das Herz klopfte bis zum Hals, wenn das Damoklesschwert der Gesamteinprobe über den Studentenköpfen hing und unklar war, ob die ganze Arbeit neu begonnen werden müsse. Im Laufe des Studiums lernten die Studenten aber, die Art von Alfred Geering zu schätzen, und allmählich wich die Angst. Viele Assistenten, die sich

Vermächtnis der Gerber-Prothetik wichtig. Er hat diese Schule übernommen und, wo nötig, verfeinert, verbessert und korrigiert. Er brachte diese Schule nach Bern und führte den Condylator zusammen mit der balancierten Höcker-Fossa-Okklusion ein. Der «Atlas für Total- und Hybridprothetik» wurde auch gewissermassen sein Lebenswerk und gleichzeitig eine Hommage an Albert Gerber. Das Lehrbuch erschien 1990 und 1995 in zwei Auflagen und wurde in Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch und Koreanisch übersetzt.

Eines seiner wichtigsten Anliegen war aber, dem Patienten gerecht zu werden, keine überstürzten Behandlungen zu initiieren, sondern verstehen zu lernen, was der Patient will und braucht. Das hat er in den Chefvisiten immer wieder zum Ausdruck gebracht und versucht, seinen Assistenten zu vermitteln. Es war auch seine Erfahrung als Präsident des Sanitätskollegiums, dass sich viele Streitfälle zwischen Zahnarzt und Patient deshalb entwickelten, weil offenbar die Anliegen des Patienten zu wenig gehört oder verstanden wurden. Die gleiche Skepsis, mit der er die grossen technischen Rehabilitationen in der Prothetik beobachtete, äusserte Alfred Geering auch gegenüber den aggressiven und invasiven Behandlungsmethoden für das Kiefergelenk. Bereits vor 20 Jahren war seine Devise: keine komplexe Chirurgie, sondern sorgfältige Anamnese und Diagnostik, verbunden mit Counselling für den Patienten. Heute wird dies als «Low-tech, High-Prudence Therapeutic Approach» propagiert.

Es scheint vielleicht, dass Modetrends nicht Markenzeichen der zahnärztlichen Prothetik in Bern unter der Leitung von Alfred Geering waren. Gerade aber in der Implantologie, die allmählich die traditionellen Behandlungskonzepte auf den Kopf zu stellen begann und die Zahnme-

dizin gewissermassen revolutionierte, gelang der grosse Durchbruch früh und dauerhaft. Die einfache Hybridprothetik mit zwei intraforaminalen Implantaten für ältere und geriatrische Patienten, wie sie von Bern propagiert wurde, war *die* bahnbrechende Alternative zu invasiver Chirurgie und kostspieligen Rekonstruktionen. Das Behandlungskonzept ist heute weltweit anerkannt und hat sich als zuverlässige Behandlungsmethode etabliert.

Alfred Geering war nie ein Liebhaber von lauten Tönen. Eher mied er grosse Veranstaltungen mit viel Prominenz, denn oft wurde er das Gefühl nicht los, dass der Patient als Mensch mit all seinen individuellen Problemen, Bedürfnissen und Bedenken zu kurz kam und nicht selten im Hintergrund ganz verschwand. Ebenso mied er politische Manöver, Taktieren – er hielt sich von Streitigkeiten fern; vielmehr lag ihm die überlegte Handlungsweise. Seine Ruhe, Besonnenheit und Diplomatie brachte ihm im Beruf und in der akademischen Laufbahn grosses Ansehen und damit verbunden auch verschiedene wichtige Positionen und Ämter.

1980 bis 1996 war er vorerst Stv. Mitglied und anschliessend Delegierter der Medizinischen Fakultät des Senats der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). 1981 bis 1985 war er als Geschäftsführender Direktor der Zahnmedizinischen Kliniken tätig und von 1980 bis 1984 war er Vorstandsmitglied der Zahnärztlich Prothetischen Gesellschaft der Schweiz (ZPGS, heute SSRD). Ein Sabbatical im Jahre 1986 führte ihn nach Dänemark, Schottland und auch zurück nach Michigan. 1988 bis 1991 amtierte er als Präsident der Schweizerischen Dozentenvereinigung, und in die gleiche Zeit fiel auch das Präsidium der Fachgruppe Zahnmedizin der Medizinischen Fakultät. Für die

SSO war er seit 1986 verschiedentlich über lange Zeit tätig, so als Mitglied der Redaktion der Monatsschrift, aber auch als Mitglied der Weiter- und Fortbildungskommission. Während 10 Jahren, von 1989 bis 1999, bekleidete er das Amt des Präsidenten des Sanitätskollegiums. Während dieser Zeitperiode war er auch Vorstandsmitglied der Medizinischen Fakultät. Der Höhepunkt dieser Zeitspanne bildete aber das Dekanat, das er von 1991 bis 1993 leitete. Nachfolgend wurde er für drei Jahre zur Ombudsperson der Medizinischen Fakultät gewählt, bevor er ab 1996 bis heute als Präsident der Akademischen Kommission der Universität Bern zur politisch-visionellen Feder greifen konnte. Zum wichtigsten Meilenstein seiner akademischen Karriere wurde das Amt des Vizerektors der Universität Bern, das er seit 1997 bis zur Emeritierung innehatte.

Während seiner Zeit als Ordentlicher Professor an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik bildete Alfred Geering 65 Assistenten und Oberassistenten aus. Heute tragen 6 den Spezialistentitel, welcher seit 1994 anerkannt ist. Es entstanden insgesamt 16 Dissertationen, und in den 90er-Jahren erreichten zwei Oberassistenten die Habilitation. Eine dritte ist unterwegs. Zwei ehemalige Oberassistenten haben auch eine akademische Karriere in den USA erfolgreich eingeschlagen.

Alfred Geerings berufliches Curriculum ist ebenso reich an Variationen wie sein privates. Als begabter Musiker wird er vielleicht das Oboespielen wieder aufnehmen sowie das Chorsingen stärker pflegen; aber auch der bildenden Kunst und der Literatur kann er sich von nun an ausgiebig widmen. Wir wünschen ihm alles Gute, eine schöne Zeit im Kreise seiner Familie und nahen Freunde sowie vor allem eines: Gesundheit. ■

Debitoren automatisch ausbuchen: eine neue Dienstleistung der Zahnärztekasse AG

Bisher mussten Zahnarztpraxen, die ihre im PC erstellten Honorarnoten zur Fakturierung der Zahnärztekasse AG übergaben, die im System als offen gemeldeten Debitoren manuell ausbuchen. Damit hat es nun ein Ende.



Die Zahnärztekasse AG ist bekannt für ihre Dienstleistungen rund um das Debitorenmanagement von Zahnarztpraxen. Ein grosser Teil der Kunden benutzt für die Leistungserfassung elektronische Systeme, die von der Zahnärztekasse AG

unterstützt werden. Andere wiederum erstellen die Honorarnoten selber und senden diese der Zahnärztekasse AG zur Weiterleitung an die Patientinnen und Patienten. Für die Zahnarztpraxis liegt der Vorteil dieser Kooperation darin, dass der Zahlungseingang im Voraus vereinbart werden kann und durch die Zahnärztekasse AG garantiert wird. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt kann also per vereinbartem Datum fest mit dem Geld rechnen. Das Datum der tatsächlichen Zahlungseingänge wird der Zahnarztpraxis jeweils per Monatsübersicht mitgeteilt.

Im Rahmen dieses Ablaufs müssen die im System der Zahnarztpraxis als offen gemeldeten Debitoren ausgebucht werden. Bisher musste dies von Hand geschehen. Dieser Umstand hat manche Zahnarztpraxis, die zwar den Nutzen einer Auslagerung des Debitorenmanagements anerkennt, von einer Zusammenarbeit mit der Zahnärztekasse AG abgehalten. Mit einer neuen, ergänzenden Dienstleistung reagiert nun das Finanzdienstleistungsunternehmen auf diese Situation: Sie liefert der Zahnarztpraxis neuerdings monatlich per Diskette oder E-Mail ein File mit einer nach Datum und Referenznummer geordneten Aufstellung der entsprechenden Honorarnoten. Damit können die offenen Debitoren per Mausclick ausgebucht werden. Die Zahnärztekasse AG betrachtet diesen Zusatzservice als Dienst am Kunden und verrechnet dafür – im Gegensatz zu den Banken – keinerlei Spesen. ■

25 Jahre SGGP

Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik feiert am 14. September mit einem Jubiläumsfest im Kursaal Bern ihr 25-jähriges Bestehen. Hauptziel der SGGP ist die Verbesserung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems. Als neutrale Plattform trägt sie zur besseren Koordination und Kooperation bei.

Die SGGP ist seit 25 Jahren eine treibende Kraft bei vielen Reformbestrebungen wie Managed Care, HMOs, Gesundheitsökonomie, Qualitätsförderung, Patientenrechte, Kompensation von Behandlungsschäden (Patientenfonds), Zweitmeinung vor Operationen, Aufwertung der Pflege, Ausbau der Spitex und der Prävention («Gesundheitsrapen»), Spitalplanung, neue Tarifsysteme (z.B. Fallpauschalen) und Generika.

Als politisch unabhängiger Verein wurde die SGGP 1976 auf Initiative des Gesundheitsökonom Gerhard Kocher gegründet. Präsident der SGGP ist der Thurgauer Nationalrat und Rechtsanwalt Jost Gross; Vizepräsident ist der Kantonsarzt der Waadt, Jean Martin. Mitglieder des Zentralvorstandes sind 16 Schlüsselpersonen aus verschiedenen Berufen und Bereichen des Gesundheitswesens. Die SGGP erhält keine Subventionen, sondern finanziert sich durch Mitgliederbeiträge sowie Tagungen und Bücher.

Die rund 1400 Einzelmitglieder sind vor allem Mediziner, Fachleute aus Pflege, Spitalmanagement, Krankenversicherungen, Gesundheitsbehörden, Pharmaindustrie und Medien sowie Politi-

ker, Ökonomen, Juristen, Berater und Apotheker. 39 Prozent der Einzelmitglieder sind Frauen. Zu den 270 Gön-

nern und Kollektivmitgliedern gehören kantonale Gesundheitsdirektionen, Berufs- und Branchenverbände, Krankenkassensicherer, Spitäler und Heime, Pharma- und andere Unternehmen sowie Institute und Stiftungen. Damit ist die SGGP ein dichtes Netzwerk und eine Art «Dachverband» im Schweizer Gesundheitswesen.

Die SGGP mit Sitz in Muri bei Bern (www.sggp.ch) hat bisher rund 90 ge-

Liebe Kollegen

Markus P. Lorch und Alex H. Buss, Oftringen

Nachdem auch in der Schweiz ein zunehmendes Interesse der Bevölkerung an ästhetischen Behandlungsmethoden feststellbar ist, suchen wir Kollegen, die, wie wir, solche Behandlungen anbieten oder vermehrt anbieten möchten, zwecks Gründung einer **schweizerischen Gesellschaft für ästhetische Zahnmedizin**.

Ziel dieser Interessengemeinschaft soll in erster Linie der Erfahrungsaustausch und die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen sein. Ebenso hätten wir aber dadurch eine Möglichkeit, die Medien mit fundierten Informationen über unser Fachgebiet zu versorgen, um dadurch den oftmals etwas abstrusen Berichten und demzufolge falschen Erwartungen der Patienten entgegenzuwirken. Zudem soll Patienten, welche ästhetisch-kosmetische Behandlungen wünschen, geholfen werden, Kollegen in ihrer Nähe ausfindig zu machen, die solche anbieten.

Wir sind überzeugt, dass gerade diesem Bereich der Zahnmedizin in Zukunft eine immer grössere Bedeutung zukommen wird und dass es dem guten Ruf, welchen die schweizerische Zahnmedizin international geniesst, zuträglich wäre, wenn es auch bei uns eine Fachgesellschaft für ästhetische Zahnmedizin gäbe.

Wir würden uns freuen, wenn sich möglichst viele Kolleginnen und Kollegen mit Interesse an diesem attraktiven und zukunftssträchtigen Arbeitsgebiet bei uns melden würden, entweder telefonisch unter 062/7972200, per Fax 062/7972666 oder per E-Mail: mlorch@mund-art.com

samtschweizerische Tagungen durchgeführt; dazu kommen über 100 regionale Veranstaltungen. Zur «Irchel-Tagung» vom 16. Oktober über die «Aufwertung der Pflege und der Spitex» werden 300–400 Personen erwartet. Die Regionalgruppen der SGGP veranstalten vor allem Podiumsgespräche und Diskussionsabende zu verschiedensten aktuellen Themen.

In der SGGP-Schriftenreihe sind 63 Bücher zum Schweizer Gesundheitssystem

erschienen. Exklusiv den Mitgliedern vorbehalten sind die «Gesundheitspolitischen Informationen» (GPI), in denen seit 1977 bereits 13300 Kurztitel publiziert wurden. Jede Ausgabe besteht aus 46 Seiten im Format A4 mit rund 170 Beiträgen. Aus der SGGP hervorgegangen ist zudem das soeben erschienene Standardwerk «Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002», das eine aktuelle Übersicht über unser Gesundheitswesen bietet (Verlag santésuisse, Solothurn). ■

Woche lang lebte ich wie im Nebel, mager ab, siechte hin. Der Soldat kriegt eine Gangrän, eine Blutvergiftung... Verdammst noch mal! Was musste ich mich mit der Zunge aufdrängen? Meine Phantasie malte mir grausige Bilder. Der Soldat fängt an zu schütteln. Er hat vierzig Grad Fieber. Das ganze Dorf besucht ihn. Dann liegt er mit spitzer Nase auf dem Tisch vor den Heiligenbildern. (...) Der Soldat wird exhumiert. Gerichtsverhandlung. Schande. Ich bin schuld an seinem Tod. Und dann bin ich kein Arzt mehr, sondern ein über Bord geworfener Unglücklicher, genauer gesagt, ein gewesener Mensch.»

Bulgakow machte sich vergeblich Sorgen, der Kiefer verheilte komplikationslos.

«Die Hygienekette ist so stark wie ihr schwächstes Glied»

Elisabeth Wenger

«Optimale Praxishygiene: Eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam»; unter diesem Titel lud das Institut für Präventivzahnmedizin und orale Mikrobiologie am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel zu einer Fortbildung ein. Zahlreiche Zahnärzte, Zahnärztinnen und Dentalassistentinnen sind der Aufforderung gefolgt. Einerseits gilt es, Übertragungen von Keimen von einem Patienten auf den andern strikte zu vermeiden, andererseits muss sich auch das Praxispersonal optimal schützen. Die Ansprüche an die Sorgfaltspflicht sind hoch – und der Teufel liegt im Detail.



Ein Detail kann der Zweimeterradius sein. Befestigt man an einem Zahnarztstuhl eine zwei Meter lange Schnur und zieht mit dieser einen Kreis, ergibt dies die Fläche, die nach jedem Patientenwechsel mit desinfizierenden Reinigungsmitteln geputzt werden muss. So weit verteilen sich nämlich bei der Behandlung die Aerosole, die durch Mikroorganismen kontaminiert sein können. Erstaunlich, wie weit zwei Meter reichen.

Praxishygiene früher ...

Im achtzehnten und neunzehnten Jahrhundert war die zahnärztliche Tätigkeit unbelastet von Hygienemassnahmen und selbst bis weit ins zwanzigste Jahrhundert hinein beschränkten sich Zahnbehandlungen vorwiegend auf das Herausreißen – allerdings hat selbst diese Tätigkeit schlaflose Nächte bereiten können. Der russische Arzt und Schriftsteller

Michail Bulgakow (1891–1940) beschreibt in seinem Buch «Arztgeschichten» eine solche Situation: «Also... ich sehe noch das rotwangige, doch schmerzgequälte Gesicht vor mir auf dem Hocker. Ein Soldat war es, mit den anderen von der zerfallenen Front nach Hause zurückgekehrt. Ganz genau erinnere ich mich an den riesigen, fest im Kiefer sitzenden kräftigen Zahn mit dem Loch. Mein Gesicht in weise Falten legend und besorgt ächzend, fasste ich den Zahn mit der Zange (...). Im Mund knirschte es laut, der Soldat jaulte: «Auuu!» (...) Den habe ich schön zugehört, dachte ich verzweifelt und zerte lange Mullstreifen aus der Dose. Endlich versiegte der Blutstrom und ich pinselte das Loch im Kiefer mit Jod aus. (...) Eine

Praxishygiene heute ...

Seit Juni 1998 gilt die in der Schweiz neu eingeführte Medizinprodukte-Verordnung (MepV) auch für die zahnärztliche Praxis. Dabei geht es vor allem um die zwei Punkte «Haftpflicht» und «Beweisumkehr». Der Praxisinhaber muss bei einer Klage des Patienten (z.B. über eine Infektion nach einer Zahnbehandlung) beweisen, dass die Komplikation nicht durch unsterile Instrumente oder ungenügende Hygienemassnahmen in seiner Praxis verursacht wurden. Zahnmediziner und Zahnmedizinerinnen können also gezwungen werden, die Lückenlosigkeit und Qualität ihrer Hygienemassnahmen nachzuweisen.

Professor Jürg Meyer, Kursleiter der Hygienefortbildung und Institutsvorsteher am Institut für Präventivzahnmedizin und Mikrobiologie der Universität Basel, appelliert nicht nur an die rechtlichen Verpflichtungen, sondern auch an den geleisteten hippokratischen Eid, dem Patienten nicht zu schaden. Diese Verpflichtungen gelten auch gegenüber den Angestellten – und umgekehrt, d.h., alle Praxisangestellten sind in hohem Masse





mitverantwortlich, in Bezug auf die Praxishygiene sämtliche Sorgfaltspflichten wahrzunehmen.

Mikrobenjäger

In seinem Buch «Mikrobenjäger» beschreibt der Autor Paul de Kruij die Lebensgeschichte des 1632 geborenen Holländers Antoni van Leeuwenhoek, der mit selbstgeschliffenen Linsen und selbstgebauten Mikroskopen seine Umwelt erforschte.

De Kruij berichtet über das Ergebnis der Untersuchung von «weissem Schleim zwischen seinen (van Leeuwenhoeks) Zähnen»: «Was war es, das sich von dem grauen Glas der Linse abhob, sowie er das Röhrchen in den Brennpunkt brachte? Hier sprang ein unglaublich kleines Wesen herum (gleich dem Fisch, den man Hecht nennt; dort schwamm ein anderes vorwärts, drehte sich blitzschnell um und überschlug sich in drolligen Purzelbäumen; andere Arten wieder schleppten sich langsam dahin, anzuse-

hen wie gebogene Stäbchen, manche so langsam, dass er in sein Glas hineinstarren musste, bis seine Augen gerötet waren; aber ja, sie bewegten sich, sie waren lebendig! Also eine ganze Menagerie in seinem Munde. Auch biegsame Stäbchen, die würdevoll Schritt vor Schritt setzten wie eine Prozession von Bischöfen, und wieder pfeilschnelle Spiraltierchen, dahinwirbelnd wie aufgeregte Korzkieher.»

Van Leeuwenhoek war damals nicht bewusst, dass die von ihm beobachteten Mikroben im Speichel und in Zahnbelägen verantwortlich sein könnten für orale Krankheiten. Unbekannt war ihm auch die Möglichkeit der Krankheitsübertragung von Keimen aus den Luftwegen durch Tröpfcheninfektion – womit wir wieder bei der modernen Praxishygiene angelangt wären.

Hygienekette

«Die Hygienekette ist so stark wie ihr schwächstes Glied». Mit dieser Äusserung betont Professor Jürg Meyer sowohl die Wichtigkeit eines standardisierten und auf Qualität überprüfbares Hygienekonzeptes als auch die Notwendigkeit von Schutzmassnahmen wie beispielsweise eine sorgfältige Anamnese beim Patienten oder dem stets aktualisierten Impfschutz beim Personal. Ein Praxishygienekonzept muss dem ganzen Team im Detail bekannt sein, regelt sämtliche Abläufe, fordert regelmässige Schulung und Überprüfung und wird – vor allem und von allen – konsequent eingehalten.

Unsorgfältiges Desinfizieren von Arbeitsflächen, kontaminiertes Wasser bei ungenügender Desinfektion oder Durchspülung der Behandlungseinheiten, un-

genaues Einhalten der Konzentration und Einwirkungszeit von Desinfektionsmitteln, Fehler bei der Sterilisation, mangelhafte Sterilisationskontrollen und Fehler bei der Lagerung von Sterilgut erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Infektionen.

Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Dokumentation der Sterilisation: Sterilisationsjournal mit visierten Einträgen: Datum, Zeit, Chargennummer, Temperatur und Einwirkzeit (ev. Ausdruck beilegen), Resultate der Vakuum- und Ladungskontrollen. Bei invasiven Eingriffen sollte das Resultat des in Tray oder Verpackung mitsterilisierten Chemoinдикators sowie die Chargennummer und das Sterilisationsdatum in der Krankengeschichte festgehalten werden. Die regelmässige Verwendung von biologischen Indikatoren (Sporentest) ist die einzige Methode, mit Sicherheit festzustellen, ob bei der Sterilisation alle mikrobiologischen Lebewesen vernichtet wurden. (Solche Tests werden auch von externen Labors angeboten.)

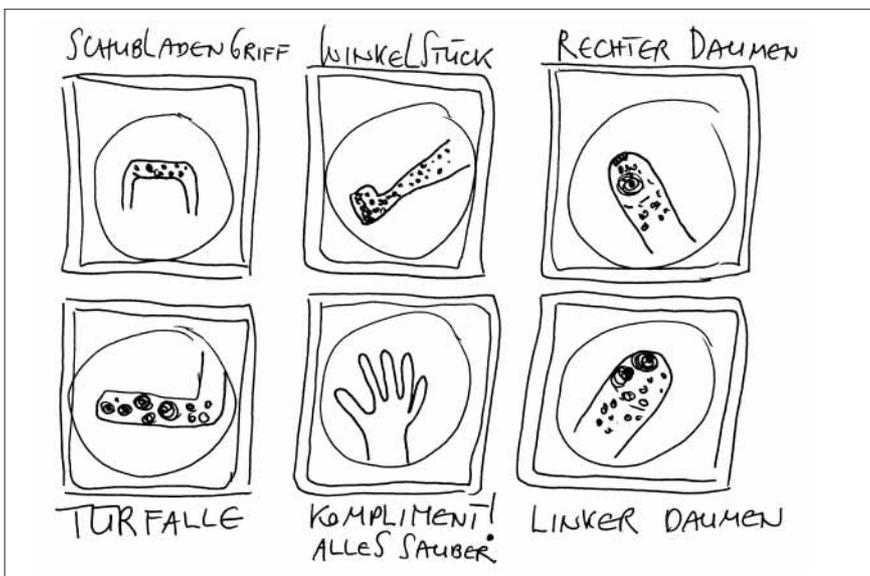
Bei Unterhaltskontrollen oder Reparatur der Sterilisatoren muss ein schriftlicher Kontrollbericht erstellt werden.

So aufwändig all diese Massnahmen scheinen mögen: Spätestens bei einem Haftpflichtfall ermöglichen sie den Nachweis einer strikten Einhaltung der Hygienekette.

Schutz des Personals

Vor über 150 Jahren hat Ignaz Philipp Semmelweis als Erster die Übertragungswege von Krankheitskeimen entdeckt. Mit Entsetzen erkannte der Frauenarzt, dass das gefürchtete, tödliche Kindbettfieber durch unsaubere Hände übertragen wird. Folgenden Text schlug er auf eigene Verantwortung am Tor der Ersten Geburtshilflichen Klinik in Wien an: «Ab heute, den 15. Mai 1847, ist jeder Arzt oder Student, der vom Sezierraum kommt, verpflichtet, vor dem Betreten der Säle der Gebärdklinik seine Hände in einem vor dem Eingang angebrachten Becken mit Chlorwasser ordentlich zu waschen. Diese Verfügung gilt für alle. Ohne Ausnahme. I. P. Semmelweis»

Wenig später gelang es Joseph Lister, den durch Bakterien verursachten Wundbrand mit Karbolsäureverbänden zu verhindern. Louis Pasteur und Robert Koch (und zahlreiche andere Forscher) erweiterten die Erkenntnisse über Krankheitsübertragungen durch Keime – sie alle würden sich wundern, könnten sie die heutigen Möglichkeiten und Massnahmen zu einer optimalen Hygiene se-



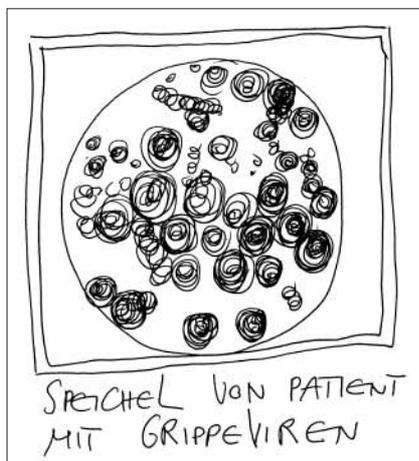


hen. Diese dient ganz wesentlich auch dem Schutz des Personals. Die Mikrobenjäger früherer Jahrhunderte kämen beim Betrachten der Schutzmassnahmen mit Handschuhen, Mundschutz, Schutzbrille und der grossen Auswahl von Einwegmaterial nicht mehr aus dem Staunen heraus.

An der Basler Hygienefortbildung wurde auch die Wichtigkeit von Schutzimpfungen (vor allem Hepatitis B) und das Verhalten bei berufsbedingten Stich- und Schnittverletzungen (Risiko von HIV- und Hepatitisübertragung) ausführlich erörtert. Beachtung und Sorgfalt erfordert die Desinfektion von Abformungen, die hygienisch einwandfreie Zusammenarbeit mit dem Dentallabor und die korrekte Entsorgung von spitzen, scharfen und hochinfektiösen Abfällen.

Instrumentenkreislauf und Kosten

Der Kreislauf der Instrumente ist in einer zahnärztlichen Praxis von zentraler Bedeutung. Die Hygiene der Instrumente spielt in diesem Ablauf eine wichtige Rolle, es liegt somit auf der Hand, für jede Praxis ein Konzept für den ganzen Kreislauf zu erstellen. Vorgestellt wurden





an der Weiterbildung die Vor- und Nachteile der konventionellen Aufbewahrung der Instrumente in Schubladen, das Aufdecken aus der Schublade sowie das Arbeiten mit dem Traysystem. Alle Systeme haben eines gemeinsam: Die Sterilität sieht man nicht von blossen Auge. Da gilt es eben, sich auf die Wirksamkeit des Praxishygiene konzeptes verlassen zu können. Aus unternehmerischer Sicht dürften die Kosten der Hygienebemühungen 10–20 Prozent der Betriebsausgaben (ohne Labor) ausmachen.

Übrigens: für das Wartezimmer existieren keine Hygienevorschriften. Das kritische Patientenauge wird aber mit Bestimmtheit staubige Pflanzen und alte Zeitschriften registrieren. Ebenfalls nicht unter die Medizinprodukte-Verordnung und die Qualitätsrichtlinien in der Zahnmedizin SSO fallen das Lächeln und ein paar freundliche Worte des Praxisteams. Beides verursacht absolut keine Kosten und muss nie, wirklich nie, desinfiziert und sterilisiert werden.

An der Fortbildung über Praxishygiene im Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel haben folgende Referenten und Referentinnen mitgewirkt: Fr. Dr. T. Dobr, Herr Dr. G. Kolb, Frau Dr. E. Kulik, Prof. Dr. J. Meyer, Frau Dr. Dr. C. Weber. Die medizinhistorischen Betrachtungen im Artikel waren nicht Bestandteil der Hygienefortbildung. Sie wurden den Büchern «Arztgeschichten» von Michail Bulgakow, «Mikrobenjäger» von Paul de Kruif und «Das Jahrhundert der Chirurgen» von Jürgen Thorwald entnommen. Weiterbildungen zum Thema Hygiene in der Zahnarztpraxis erfolgen auch an anderen Universitäten und sind jeweils im SMfZ-Kongress- und Fortbildungskalender ausgeschrieben. ■

oder generalisierter Ursache abgehandelt. Illustriert werden diese Veränderungen mit vielen intraoralen Aufnahmen. Zum Schluss dieses Kapitels wird auf Pathologie, Therapiekonzepte, Betreuung und zahnärztliche Aspekte bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten eingegangen.

Im nächsten kurzen Kapitel wird die Morphologie des Milch- und Wechselgebisses beschrieben: Aufgezeigt werden die Unterschiede zwischen Milch- und bleibenden Zähnen, und auf die Mikromorphologie der Milchzähne wird hingewiesen.

Ein umfangreiches Kapitel beschreibt die dentale Pathologie bei Kindern: Indem unter anderem die Zahnentwicklungsstörungen wie die verschiedenen Typen der Amelogenesis imperfecta oder Dentindysplasien, aber auch die Karies beim Kleinkind, die Fluorose oder Durchbruchstörungen in Wort und Bild aufgezeigt werden.

Anamnese, Befundaufnahme, Diagnose und Planung von Prophylaxe, Behandlung und Überwachung sind das Thema des nächsten Kapitels: Verschiedene Tabellen zeigen auf, was zu einer vollständigen Befundaufnahme gehört. Im Anschluss wird auf die Kariesdiagnostik und auf den Schmerzpatienten eingegangen, und die radiologischen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen werden dargestellt.

Das nächste Kapitel trägt den Titel «Kollektive, semikollektive und individuelle Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen»: Nachdem kurz auf die Pathogenese der Karies eingegangen wird, werden die drei Eckpfeiler der Prophylaxe – Ernährung, Fluoride und Mundhygiene – zum Teil eingehend besprochen.

In einem weiteren Kapitel wird auf Angst- und Schmerzkontrolle eingegangen: Verschiedene psychologische Massnahmen zur Angstbekämpfung sowie Wahl, Technik und Dosierung in der Lokalanästhesie und weitere pharmakologische Methoden werden diskutiert, und die Behandlung in Allgemeinanästhesie wird aufgezeigt.

Füllungstherapie in Milch- und Wechselgebiss ist Thema des nächsten Kapitels: Zuerst wird auf die provisorischen Versorgungen und Möglichkeiten der Arbeitsfeldisolation eingegangen. Danach werden Präparation, Materialwahl und Füllungstechnik der Milchseiten- und Frontzähne diskutiert, bevor die konservierende Versorgung im jungen bleibenden Gebiss und die Fissurenversiegelung beschrieben werden.

BUCHBESPRECHUNGEN



Kinderzahnheilkunde

Van Waes H J M, Stöckli P W: **Kinderzahnmedizin. Farbatlanten** **der Zahnmedizin; Bd. 17**

388 S., 1738 Abb., SFr. 443.–,
Thieme, Stuttgart (2000).
ISBN 3-13-118101-X

Dieses umfangreiche Werk, das neu in der Aufmachung der Farbatlanten der Zahnmedizin erschienen ist, lehnt sich aktualisiert und gründlich überarbeitet an das Werk von Stöckli und Ben-Zur an, das als Taschenbuch im Thieme Verlag 1994 herausgegeben wurde. Das neue Konzept ermöglichte die detaillierte Visualisierung der Entwicklungsabläufe, der relevanten Pathologien, der Diagnostik und der Therapieformen im Fachgebiet Kinderzahnmedizin.

Das erste von 15 Kapiteln befasst sich mit dem Gesichts- und Kieferwachstum sowie der Entwicklung der Dentition: Es wird zuerst auf die Gesichtsentfaltung

sowie den generellen Wachstumsverlauf und die Wachstumsgeschwindigkeiten eingegangen. Eingehend werden dann das Wachstum der beiden Kiefer und im Anschluss Milchdentition, gemischte Dentition und bleibende Dentition besprochen.

Das zweite Kapitel befasst sich mit der Überwachung der Gebissentwicklung: Das Ziel dieser Überwachung ist ein frühzeitiges Erkennen von Problemen der Entwicklung einerseits durch Beobachtungen der Eltern oder/und des Kindes, andererseits durch Basisbefund und Folgekontrollen des Allgemeinpraktikers, sodass rechtzeitig adäquate kieferorthopädische Massnahmen eingeleitet werden können.

Die Autoren befassen sich in einem weiteren Kapitel mit der oralen Pathologie bei Kindern und Jugendlichen: Zuerst werden die Kinderkrankheiten wie Scharlach, Mumps, Masern oder Röteln beschrieben; anschliessend werden Mundhöhlenveränderungen mit lokaler

In einem weiteren Kapitel wird die Endodontie in Milch- und Wechselgebiss abgehandelt: Es wird auf die endodontische Diagnostik, auf die Versorgung von Dentinwunden, Pulpotomie und Pulpektomie eingegangen.

Im Kapitel «Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen» werden Instrumentarium, Technik und Vorgehen bei der Milchzahnextraktion besprochen. Weitere Eingriffe wie die operative Entfernung retinierter Zähne, Anschlingung von Zähnen oder die Lippenbandexzision werden eingehend dargestellt.

Interzeptive kieferorthopädische Massnahmen während der Gebissentwicklung sind ebenfalls Thema dieses Atlas: Es werden in diesem Kapitel einfache kieferorthopädische Massnahmen besprochen, die als Folge von Lutschgewohnheiten oder auf Grund von frühzeitigem Milchzahnverlust nötig werden. Eingegangen wird auf Themen wie Platzsicherung, Platzanleihe oder Therapie des Kreuzbisses.

Ein kleineres Kapitel befasst sich mit Zahnersatz bei Kindern und Jugendlichen: Häufig in Kombination mit kieferorthopädischen Apparaturen lassen sich einzelne oder mehrere verloren gegangene Zähne temporär ersetzen.

Im Weiteren wird die Therapie bei Zahnfehlbildungen besprochen: Thema sind einfache ästhetische Formkorrekturen bis zur Therapie von schweren Farb-, Form- und Strukturveränderungen mittels festsitzenden oder abnehmbaren Zahnersatzes.

Das letzte Kapitel befasst sich ausführlich mit der dentalen Traumatologie bei Kindern und Jugendlichen: Zuerst wird auf Diagnostik und Pathologie der verschiedenen Zahnfrakturen, die Verletzungen des Zahnhalteapparates, des zahntragenden Knochens, des Unterkiefers sowie der oralen Weichgewebe eingegangen. Anschliessend wird ausführlich die Therapie dieser Verletzungen besprochen, wobei in tabellarischer Form die Richtlinien für Sofortmassnahmen bei Zahnunfällen zusammengefasst werden. Im Anschluss, werden die Überwachung und semipermanente Versorgung, Auswirkungen von Milchzahnunfällen auf das bleibende Gebiss sowie kieferorthopädische und prothetische Aspekte nach Zahntrauma beschrieben.

Dieser Atlas beleuchtet in Wort und Bild alle Bereiche der Kinderzahnmedizin und geht ausführlich auf die Besonderheiten bei der zahnmedizinischen Betreuung der jungen Patienten ein. Er eignet sich hervorragend als Lehrbuch, aber

Zum Tod von Dr. med. dent, Dr. h. c. Marc Frey-Nyitrai, Ebnat-Kappel

Ein Pionier der zahnmedizinischen Prophylaxe



Im Alter von 82 Jahren starb in Ebnat-Kappel, wo er jahrzehntlang eine Praxis betrieben hatte, der als Pionier der zahnmedizinischen Prophylaxe weit über die Landesgrenzen hinaus bekannte Marc Frey-Nyitrai. Nach Abschluss des Studiums und nach der Praxiseröffnung 1947 blieb er ein aufmerksamer Beobachter der Wissenschaft, die damals am Beweis arbeitete, dass die meisten Zahnerkrankungen – und darunter insbesondere die Karies – vermeidbar sind. Marc Frey setzte diese noch nicht endgültig gesicherten Erkenntnisse in seiner Landpraxis konsequent in die Tat um. Der Erfolg gab ihm Recht, und die Weitergabe dieses Wissens an Patienten und auch an die Zahnärzteschaft blieb ihm zeitlebens ein Anliegen, wovon nicht zuletzt seine weit über 1000 gehaltenen Vorträge zeugen.

Bereits 1968 honorierte die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO sein Engagement durch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft. 1977 bis 1985 gehörte Marc Frey dem SSO-Vorstand an, den er in den Jahren 1982–1984 präsidierte. 1978 verlieh ihm die Universität Zürich den Ehrendokortitel für seine Verdienste um die zahnmedizinische Prophylaxe.

Der bis zu seinem Tod vielseitig aktive Marc Frey durfte erleben, wie die Saat der von ihm unermüdlich propagierten Prophylaxe aufging: in Form einer ständig sich verbessernden Mundgesundheit der Bevölkerung und insbesondere der Jugend und nicht zuletzt auch in Form rückläufiger Behandlungsbedürftigkeit und Kosten.

auch als Nachschlagewerk und kann allen in Kinderzahnmedizin Interessierten empfohlen werden.

Thomas Jaeggi und Adrian Lussi, Bern

Prophylaxe

Laurisch L: Die präventive Praxis – Konzept und Organisation

199 S., 97 Abb., DM 148,-,
Quintessenz, Berlin (2001).
ISBN 3-87652-771-6

Bei dem vorliegenden Werk handelt es sich um eine Neuerscheinung. Der Titel lässt auf eine Anleitung zur Gestaltung und Organisation einer präventiven Praxis hoffen, die den Ansprüchen des Praktikers im Alltag gerecht wird. Dies gelingt dem Autor mit einem didaktisch konsequent und gut strukturierten Aufbau in 10 Kapiteln, leicht verständlichen Formulierungen, Argumentationshilfen und praxisnahen Hinweisen. Die meist farbigen Abbildungen und aus dem fließenden Text hervorgehobene Auflistungen gestalten das Buch zusätzlich sehr übersichtlich und erleichtern dem Leser ein Nachschlagen. Am Ende des Buches folgt eine ausführliche und aktualisierte In-

strumenten- und Materialliste mit Formularvorschlägen sowie einem Sachwortverzeichnis.

Im einleitenden ersten Kapitel werden allgemeine Überlegungen der präventiven gegenüber der restaurativen Zahnmedizin beschrieben. Laurisch betont, dass eine Umorientierung in der Praxis mit Änderung des gesamten Behandlungskonzeptes in Richtung präventives Denken gegenüber der traditionellen restaurativen Zahnmedizin stattfinden muss. Dabei definiert er die Ziele der restaurativen und präventiven Zahnheilkunde.

Das zweite Kapitel widmet sich der Frage «Was wissen Arzt und Patient über die Möglichkeiten der Prävention?» Dabei geht Laurisch besonders auf das Patientengespräch und die Motivation ein. Am Ende dieses Kapitels gibt der Autor einen kurzen Abriss über die Grundlagen der Prävention von Karies und Gingivitis.

In dem sehr kurz gehaltenen dritten Kapitel vergleicht Laurisch die konventionelle mit der modernen Präventionsstrategie und unterscheidet das Prinzip des Reagierens mit dem Prinzip der Agierens.

Mit den Präventionsstrategien für die einzelnen Patientengruppen befasst sich das vierte Kapitel. Dabei wird der einzel-

3M und ESPE – zusammen für schönes und gesundes Lachen!

Seit dem 1. Juli ist es soweit!

Der Bereich Dental Products der 3M und ESPE AG hat sich – nach der Ankündigung des weltweiten Zusammenschlusses – nun auch in der Schweiz vereint. Unter dem gemeinsamen Dach der «3M ESPE Dental Products», einer Abteilung der 3M (Schweiz) AG, wird die neu gegründete Organisation den Markt in der Schweiz künftig gemeinsam bearbeiten.

Mit 3M ESPE entsteht eine weltweit führende Organisation, welche über eine lange Tradition in Forschung & Entwicklung verfügt. Geführt durch die Philosophie der stetigen Innovation, haben beide Unternehmen mit so bekannten Namen und Produkten wie *Filtek™*, *Impregum®*, *RelyX™*, *Pentamix®*, *Imprint™* etc. viel zur Verbesserung und Vereinfachung zahnärztlicher Behandlungen beigetragen. Bereits im Jahre 1947 brachte ESPE ihr erstes Resin-Komposit ein. 3M ESPE stellt über 2000 Dentalprodukte her und beschäftigt weltweit ca. 1800 Mitarbeiter.

Zusammengenommen mehr als 85 Jahre Erfahrung im Bereich der Zahnmedizin werden 3M ESPE ermöglichen, noch innovativere Produkte und Systeme anzubieten.

Die neue Organisation ist klar darauf ausgerichtet, den hohen Erwartungen des Marktes im Bereich Zahnmedizin und Zahntechnik gerecht zu werden und weiterhin innovative und bedürfnisgerechte Lösungen anbieten zu können.

ne Patient unterschiedlichen Prophylaxegruppen zugeordnet. Laurisch definiert die Präventionsziele und beschreibt ausführlich diagnostische und therapeutische Massnahmen für jede einzelne Patientengruppe.

Das fünfte Kapitel beschreibt das Management und die Organisation einer präventiv orientierten Praxis. Dabei legt der Autor besonderen Wert auf die Teamarbeit. Die Mitarbeiterinnen (Prophylaxehelferinnen, zahnmedizinischen Fachhelferinnen und Dentalhygienikerinnen) übernehmen selbstständig wichtige Aufgaben im Rahmen des Prophylaxekonzeptes. Der Zahnarzt wird mit in das Team integriert und muss seinen Führungsstil dementsprechend ändern und anpassen (partizipativer <-> autoritärer Führungsstil). Sehr richtig betont Laurisch, dass im präventiven Praxiskonzept Qualitätsbewusstsein, Systematik, und Verlaufskontrollen eine wichtige Rolle spielen.

Im Mittelpunkt des sechsten Kapitels steht die Umsetzung der theoretischen Überlegungen in die tägliche Praxis. Der Autor betont, dass Praxisteam, Räumlichkeiten und Organisation auf das präventive Konzept abgestimmt werden müssen. Er geht auf die psychologischen Aspekte der Patientenführung ein und beschreibt den Ablauf der Erstuntersuchung und der folgenden Präventions-sitzungen. Am Ende des Kapitels werden viele hilfreiche Beispiele von Patien-

teninformationen und -broschüren gegeben.

Das siebte und achte Kapitel beschäftigen sich mit der Organisation und den betriebswirtschaftlichen Aspekten einer präventiv orientierten Praxis. Auf Grund seiner langjährigen Erfahrung gibt Laurisch wertvolle praktische Tipps, die leicht und ohne grösseren Aufwand von jedem praktizierenden Zahnarzt umgesetzt werden können. Auch wenn die vielen Abrechnungsbeispiele und Formulierungsvorschläge an den Vorgaben des deutschen Gesundheitssystems ausgerichtet sind, geben sie dem Schweizer Kollegen Anregungen und können von ihm nach eigenen Bedürfnissen modifiziert werden.

Im neunten Kapitel wird ausführlich auf die Ausstattung des Prophylaxebereiches eingegangen. Neben Einrichtungsvorschlägen gibt Laurisch eine genaue Auflistung über den Materialbedarf einer präventiven Praxis. Einzig die Speichelerersatzmittel, die besonders für Patienten mit Mundtrockenheit (Sjögrensyndrom, bestrahlte Patienten etc.) unerlässlich sind, lässt er vermissen.

Das letzte Kapitel fasst noch einmal die erfolgreiche Umsetzung präventiver Konzepte anhand einer vollständigen Dokumentation eines Patientenbeispiels zusammen.

Das Buch richtet sich an den Privatpraktiker und dient als Leitfaden und Handbuch für den Aufbau und die Organisa-

tion einer prophylaxeorientierten Praxis. Laurisch präsentiert dem Praktiker sein durch eigene Erfahrung gewonnenes konzeptuelles Wissen mit adäquaten Lösungsansätzen für Probleme bei der Umsetzung des präventiven Konzeptes. Dank dem einfachen und logischen Aufbau ist das Werk auch dem zahnärztlichen Hilfspersonal zu empfehlen. Der gesamthafte gute Inhalt und die hochwertige Aufmachung rechtfertigen den Preis. Zum Schluss noch eine kritische Bemerkung zu den Abbildungen: Zwei Farbbilder zeigen Mitarbeiterinnen der Praxis bei der Arbeit. Sie tragen weder Mundschutz noch Handschuhe, dafür aber Schmuck. In qualitätsorientierten Fachbüchern sollten die Abbildungen den heutigen Hygienevorschriften entsprechen.

Dunja Brodowski, Zürich

Radiologie

Thiel H-J, Hassfeld S: Schnittbilddiagnostik in MKG- Chirurgie und Zahnmedizin. CT, MRT, Nuklearmedizin und digitale Röntgenverfahren

300 S., 230 Abb., SFr. 225.–,
Thieme, Stuttgart (2001).
ISBN 3-13-124271-X

Der Titel des Bandes lässt eine trockene Darstellung der Apparatediagnostik befürchten. Doch dann kommt die erfreuliche Überraschung: Das Buch gibt eine gut verständliche, detaillierte Übersicht über den aktuellen Stand in der Bildgebung über Zahnfilm und OPT hinaus. Damit definiert sich auch die Zielgruppe: Maxillofaziale Radiologen, Kieferchirurgen und radiologisch interessierte Zahnärzte sind von dem Band angesprochen. Und mit dem immer weiter steigenden Anteil an Computern in den Praxen steigt sicher auch das Interesse an der zu Grunde liegenden Technologie. Dies nicht zuletzt, um vor einer grösseren Investition einschätzen zu können, wie zukunftssicher die Sache ist. Dabei hilft der Blick hinter die Kulisse, wie ihn dieses Buch erlaubt, weil schon manches Mal sensationelle Neuheiten in unserer Fachpresse in Wirklichkeit nur für die Zahnheilkunde neu, für die Radiologie indes bereits gut etabliert waren.

Das Kapitel «Strahlenschutz» sei jedem, der Patienten für radiologische Untersuchungen an ein CT-Institut überweist, warm ans Herz gelegt. Die häufige Patientenfrage, wie hoch denn das Risiko

der verordneten Aufnahme sei, lässt sich mit Hilfe von Tabelle 1.26 relativierend beantworten: Die Absorption von 1 mSv Strahlendosis (2–3 OPTs oder 1 CT mit optimaler Einstellung) ist mit dem Risiko einer genetischen Schädigung von 4:1 000 000 verbunden. Eine Motorradfahrt von 1000 Meilen hat das Risiko für einen tödlichen Unfall von 400:1 000 000, das tägliche Rauchen von einer Zigarette bezüglich der Entstehung von Lungenkrebs oder einer kardiovaskulären Erkrankung von 2500:1 000 000. Das strahlungsbedingte Risiko stellt sich im Vergleich zu anderen Noxen in neuem Lichte dar.

Kapitelweise werden einzelne Aspekte dargestellt: allgemeine Betrachtungen zur zahnärztlichen Radiologie, bildgebende Verfahren in der zahnärztlichen Praxis, Schnittbildverfahren in der stomatologischen Radiologie (Computertomografie und Kernspintomografie) und Nuklearmedizin.

Die Abschnitte zu den einzelnen Untersuchungsmodalitäten umfassen jeweils ein weites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten. Dabei werden reine Spezialitäten (nuklearmedizinische Untersuchungen beim Torticollis nasopharyngealis) kurz gestreift und sog. working horses wie die Szintigrafie bei der Osteomyelitis ausführlicher abgehandelt. Damit eignet sich das Werk als horizontalerweiternde Gesamtlektüre ebenso wie zum selektiven Nachlesen ausgewählter Kapitel (z.B. Kapitel 2, p. 62ff.) vor der nächsten Dental-Scan-Anmeldung. Gewisse Überschneidungen kommen dabei vor, so ist die Reformatierung der CT-Daten schon im Kapitel Bildgebung und nicht erst bei der Computertomografie behandelt.

Die Ausstattung des Buches ist gediegen, die Wiedergabequalität der Abbildungen durchwegs qualitativ hoch stehend. Damit ergibt sich ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis. Der Stil ist sehr sachlich und korrekt, und wo beim Lesen Langeweile aufkommen könnte, hilft das Studieren einer der zahlreichen, immer anschaulichen Tabellen. Wenn das Archiv der Autoren kein illustratives Bildbeispiel bot, wurde auf Leihgaben zurückgegriffen, die in sympathischer Weise den jeweiligen Urhebern verdankt werden. Etwas bedauerlich, dass bei den Technologiebeispielen Produkte nur einzelner Hersteller ausführlich dargestellt werden. Andererseits geht es ja ums Prinzip, und das Abstraktionsvermögen der Leser ist sicher gut genug entwickelt, um das für die individuellen Bedürfnisse optimale Produkt herauszufinden.

Für technologisch interessierte Zahnärzte und die Spezialisten in Radiologie, ORL und Kieferchirurgie ist das Buch zum Preis von Fr. 225.– eine lohnende Anschaffung.

Axel Zimmermann, Zürich

Zahnärztekalendar

**Heidemann D (Hrsg.):
Deutscher Zahnärzte Kalender 2001**
360 S., 50 Abb., SFr. 71.–,
Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln (2001).
ISBN 3-934280-20-X

Die aktuelle Ausgabe im Taschenbuchformat präsentiert sich als nützlicher, übersichtlich gegliederter Begleiter durch das zahnärztliche Praxisjahr. Sie enthält Beiträge, die alltägliche Probleme in der Praxis beleuchten, sowie solche, die zukunftssträchtige Entwicklungen aufzeigen. Der 360 Seiten umfassende Kalender ist inhaltlich in drei Hauptkapitel gegliedert, der Zweispalten-Text wird durch rund 50 Abbildungen aufgelockert. Am Ende jedes Artikels befindet sich ein Literaturverzeichnis, das auch komplett im Internet abgerufen werden kann.

Das erste und gleichzeitig umfangreichste Kapitel ist der *Wissenschaft und Forschung* gewidmet. Bei den wissenschaftlichen Beiträgen liegt der Schwerpunkt auf Übersichtsarbeiten. Der erste Artikel mit dem Titel *«Hypersensible Zahnhälse-Ätiologie, Pathologie, Epidemiologie und Therapiemöglichkeiten»* befasst sich ausführlich mit epidemiologischen Aspekten der Zahnhalshypersensibilität, den mikromorphologischen Grundlagen der Pulpa-Dentin-Einheit und der Pathogenese und dem Mechanismus der Dentinsensibilität. Die ätiologischen Faktoren, die zur Exposition von Dentinoberflächen im Zahnhalsbereich führen und die Wahl der geeigneten Therapie, die vor allem vom klinischen Befund abhängig ist, werden aufgezeigt. Die nicht invasive Therapie beruht einerseits auf der Applikation von Fluoridpräparaten auf die Dentinoberfläche, die durch verstärkte Remineralisationsprozesse einen Verschluss der Dentinkanälchen bewirken sollen, andererseits können niedermolekulare ionische Verbindungen, deren Wirkungsweise auf einem durch Präzipitation erzielten Verschluss der Dentinkanälchen beruht, eingesetzt werden. Die Anwendung von Dentinprimern zeigt in unterschiedlichen Studien gute klinische Erfolge bei der Behandlung hypersensibler Zahnhälse. Die Indikatio-

nen zu restaurativen Massnahmen, konservierend oder auch prothetisch, werden kurz erwähnt.

Im Beitrag über *«Toxisches Potential von Praxischemikalien»* werden toxikologisch relevante Komponenten von zahnärztlichen Werk- und Hilfsstoffen in sachlicher Art und Weise vorgestellt und das toxische Potenzial in seinen wesentlichen Aspekten kommentiert. Die Auswirkungen von flüchtigen Bestandteilen (in Adhäsiven, Kompositen), reizenden Stoffen (in Ätzelgels und Bleichmitteln), Reinigungslösungen und Desinfektionsmitteln und die damit verbundenen klinischen Folgen für das Praxispersonal und den Patienten werden diskutiert. Nebst den Grundprinzipien einer toxikologischen Bewertung von Arbeitschemikalien, die tabellarisch zusammengefasst sind, wird die Vorgehensweise zur Ermittlung toxikologischer Risiken aufgezeigt.

Den *«Wurzelresorptionen – ein Problem nicht nur in der Kieferorthopädie»* widmet sich die folgende Arbeit. Die Autorin beschreibt die physiologische und pathologische Wurzelresorption unter anderem auch in der Wechselbissphase und geht auch kurz auf behandlungsassoziierte Faktoren wie Behandlungsgeräte, Kraftgrößen und Ausmass der Zahnbewegung bei der kieferorthopädischen Therapie ein. Prognostische Hinweise für erhöhtes Wurzelresorptionsrisiko und das Verhalten bei Eintreten von Resorptionen werden gestreift.

Im Beitrag über *«Hinweis- und Beratungspflichten nach Abschluss zahnärztlicher Behandlungen»* wird anhand des deutschen Zivil-, Sozial- und Strafrechts auf die möglichen juristischen Folgen von Behandlungen, die nicht ordnungsgemäss durchgeführt worden sind, eingegangen. Auch dem Schweizer Praktiker wird wieder einmal vor Augen geführt, dass jede Heilbehandlung generell den Straftatbestand einer Körperverletzung erfüllt und dass Aufklärungsmängel vor und während der Behandlung keine Seltenheit sind.

In *«Arbeitswissenschaftliche Aspekte der zahnärztlichen Berufsausübung»* wird darauf hingewiesen, dass die optimale Übertragung arbeitsphysiologischer, -hygienischer und -psychologischer (ergonomischer) Erkenntnisse auf die jeweilige Praxis- und Arbeitsgestaltung eine wesentliche Basis für die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darstellt. Verschiedene Basiskonzepte, die sich mit dem ergonomischen Arbeitsverhalten und der dazugehörigen Behand-

lungsplatzausrüstung befassen, werden detailliert vorgestellt. In der Arbeit «Modelle zur Etablierung wissenschaftlich fundierter Qualifizierungsprogramme» werden Definitionen der beruflichen Qualifikation, Argumente für und gegen eine strukturierte berufliche Weiterqualifikation, Qualifizierungsprogramme, Bestrebungen und der Diskussionsstand zur Neugestaltung von Weiterqualifikationen vorgestellt. Auch in Deutschland ist der Zeitpunkt gekommen, die bestehenden und geplanten Bildungssysteme zu bündeln. Dabei soll aber nach der Meinung der Autoren keine Flut von Fachzahnärzten, die nur noch auf ihrem eingegrenzten Gebiet arbeiten, produziert werden. Vielmehr soll den Zahnärzten die Möglichkeit geboten werden, in einzelnen Fächern besondere Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, die sie auch nach aussen hin ausweisen können. Wie festsitzende Restaurationen ohne Abformung und Guss hergestellt werden können, wird in «CAD/CAM für restaurative Anwendungen in der Zahnheilkunde» besprochen. Die Funktionsweise von Digitalisierungssystemen (Cerec, Procera), das Ziel des Einsatzes der CAD/CAM-Technologien und die Anforderungen bei CAM-Fertigung von Zahnersatz aus hochfesten Keramiken werden vorgestellt. In einer Tabelle sind die Arbeitsabläufe der konventionellen Arbeitsweise und der CAD/CAM-Fertigung zur Herstellung von festsitzendem Zahnersatz einander schrittweise gegenübergestellt. Anschliessend sind Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Sportmundschutz, Laseranwendungen, Psy-

chosomatik, Wurzelfüllpasten, -füllstiften und diverse Zeitschriftenreferate zu finden.

Das zweite Kapitel ist mit der Rubrik «Praxis und Produkte» speziell auf den niedergelassenen Zahnarzt zugeschnitten. Es enthält praxisnahe Beiträge wie strategisches *Praxiscontrolling*, bei welchem das dauerhafte Überleben der Zahnarztpraxis durch Sicherung beziehungsweise Schaffung des Erfolgspotenzials im Vordergrund steht. Die Grundlagen der vier Phasen (Planung, Kontrolle, Abweichanalyse, Steuerung), welche ineinander greifen, werden vorgestellt. Es wird aufgezeigt, mit welchen Problemen der praktisch tätige Zahnarzt als Unternehmer mit besonderen Rahmenbedingungen für den wirtschaftlichen Erfolg zu kämpfen hat. Zu diesem Themenkreis gehört auch das *Kostenmanagement für die Zahnarztpraxis*, wo dem Zahnarzt als medical cost-manager einige unkonventionelle Lösungsansätze zum betriebswirtschaftlichen Verhalten und Kostenverständnis aufgezeigt werden. In einem weiteren Beitrag wird die Bedeutung der *Hygiene in der Oralchirurgie im Rahmen des Qualitätsmanagements* anhand der fünf Kernpunkte wie rechtliche Rahmenbedingungen, Medizingeräte und -produkte, Personalunterweisung und räumliche Praxisorganisation erläutert. Dem Thema «Internet» sind drei Beiträge gewidmet. Dienstleistungsprodukte wie Web, Browser, Links, Chatforen werden kurz und verständlich vorgestellt. Die Vorteile des CBT, Computer Based Training, also rechnergestützte Lernprogramme zur Aus- und Weiterbildung, und die verschiedenen Einsatzmöglich-

keiten des Internets wie elektronische Post, Bestellungen, Übermittlung von Röntgenbildern etc. werden aufgezeigt. Mögliche Dienstleistungen für Patienten wie Praxisrundgang als Videodatei, Terminvereinbarungen, Internet-Sprechstunden in Form von Videokonferenzen, Präsentation der eigenen Praxis und vieles mehr können im Netz als ergänzende Information zur herkömmlichen Serviceleistung der Praxis angeboten werden. Am Schluss dieses Kapitels werden neue Produkte auf den Gebieten der Zahnerhaltung, Arzneimittel, Geräte, Prophylaxe, rekonstruktiven Zahnheilkunde und Implantologie vorgestellt.

Im letzten Kapitel befindet sich ein Kalender und ein umfassendes Adressverzeichnis, das alle Anschriften der Universitätskliniken, wissenschaftlichen Gesellschaften und Fortbildungsinstitute, Berufsverbände und -vertretungen, Dentalfirmen und deutschen Verlage enthält. Eine Bücherschau, welche eine Auswahl der fachwissenschaftlichen Buchproduktionen im Zeitraum von 1999 bis Herbst 2000 umfasst, und die Zusammenstellung deutschsprachiger Fachzeitschriften sowie eine Auswahl an Internet-Suchmaschinen runden dieses Kapitel ab. Der Deutsche Zahnärzte Kalender 2001 setzt sich aus einem zukunftsorientierten, praxisrelevanten Themenkreis zusammen und richtet sich als wertvoller Leitfaden an all diejenigen praktisch tätigen Zahnärzt/innen, die den Ablauf ihrer Arbeit am Patienten und die (möglicherweise veralteten) Praxisstrukturen wieder einmal analysieren und das Unternehmen Zahnarztpraxis optimieren wollen.

Esther Hofer, Zürich