



Universitätsnachrichten

Neues Forschungsinstitut für skelettale und dentale Biologie an der Universität Bern

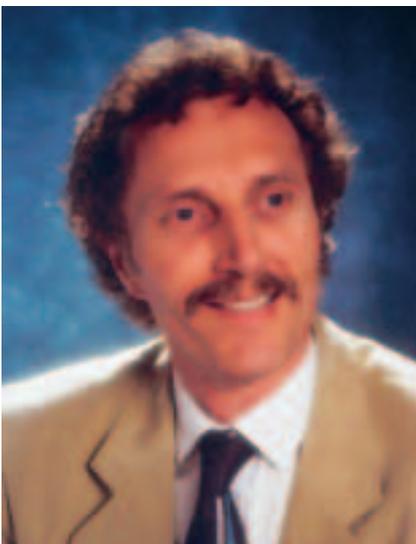
Anna-Christina Zysset

Am 1. Januar hat das neue ITI-Forschungsinstitut für Dental- und Skelettbio­logie der Universität Bern seinen Betrieb aufgenommen. Das von Professor E. Hunziker geleitete Institut ist durch eine vertragliche Vereinbarung zwischen der Universität Bern und der ITI-Stiftung mit Sitz in Basel zu Stande gekommen. Mit der Schaffung des neuen Forschungsinstitutes wird die Forschung der Universität Bern signifikant verstärkt. Wir befragten den Institutsleiter sowie Prof. Daniel Buser zum jüngsten Berner Uni-Institut.



Prof. Hunziker: Durch die Neuorientierung der Fondation Maurice E. Müller (FMEM) ergab sich die Möglichkeit, an der Universität Bern ein neues Forschungsinstitut zu etablieren. Weshalb hat sich die FMEM neu orientiert?

Der Stifter, Professor M. E. Müller, hat sich altershalber entschlossen, von der aktiven Leitung der klinischen Dokumentation zurückzutreten und diese einer neuen Leitung zu übergeben im Rahmen einer Integration in die Universität. Gleichzeitig war es sein Wunsch, die künftigen Beiträge in klinisch orientierte Forschung wie die Dokumentation klinischer Ergebnisse sowie orthopädische und chirurgische Techniken schwergewichtsmässig zu investieren. Beiträge seitens der Fondation MEM sollten also



Prof. E. B. Hunziker

mehr kliniknah und praxisnah realisiert werden.

Prof. Buser: Haben Sie die Kontakte zum Stiftungsrat der ITI Stiftung übernommen?

Ja, ich bin von Prof. Hunziker kontaktiert worden, ob eventuell das Institut Straumann Interesse an der Expertise der biologischen Forschungsgruppe hat. Ich habe die möglichen Synergien sofort gesehen, war aber von Anfang an der Meinung, dass die ITI-Stiftung kontaktiert werden sollte. Die ITI-Stiftung wurde ja 1988 von Dr. Fritz Straumann und Prof. André Schroeder mit dem primären Zweck gegründet, Forschung im Bereich der oralen Implantologie zu unterstützen.

Prof. Buser: Sie waren zusammen mit Prof. E. Hjoerting-Hansen, Kopenhagen, Prof. U. Belsler, Genf, Thomas Straumann, Straumann Holding, Waldenburg, und Prof. T. Taylor, Connecticut, Mitglied der Verhandlungsdelegation, um einen Kooperationsvertrag mit der Universität auszuhandeln. Wie begegnete man Ihrem Vorschlag?

Innerhalb des Stiftungsrates hat man das Projekt mit grossem Interesse diskutiert und erkannt, dass sich hier für die ITI-Stiftung eine einmalige Chance bieten würde, mit der bestens etablierten Forschungsgruppe um Prof. Hunziker ein Forschungsinstitut an der Universität Bern zu etablieren, welches den Namen des ITI (= International Team for Implantology) trägt. Prof. Hunziker hat dann den Stiftungsrat überzeugt, dass er mit seinem Team gewillt ist, seine Expertise vermehrt auf das Gebiet der oralen Implantologie zu lenken, worauf eine einstimmige Zustimmung erfolgte.

Auf der Seite der Universität Bern war man natürlich ho­cherfreut, dass mit dem ITI-Forschungsinstitut die Möglichkeit besteht, das Gebiet der skelettalen Forschung weiter zu stärken. Dieses Forschungsgebiet ist an der Universität Bern

sowohl in der Orthopädie wie in der dentalen Implantologie traditionell stark gewesen, wobei die Professoren M. E. Müller und A. Schroeder grosse Verdienste haben.

Prof. Buser und Prof. Hunziker: Das neue Forschungsinstitut wird mehrheitlich durch Drittmittel finanziert. Was haben Sie vorgekehrt, damit die geplante Forschung unabhängig von den Geldgebern durchgeführt werden kann?

Das ITI-Institut soll ein neutrales Universitätsinstitut sein und Unabhängigkeit in der Forschung bewahren, damit es seine internationale Glaubwürdigkeit aufbauen und erhalten kann. Dies ist auch der ausdrückliche Wunsch der Geldgeber. Es besteht also wie bei anderen Forschungsinstituten der Universität Lehr- und Forschungsfreiheit, wie das für akademische Institutionen eine grundlegende Voraussetzung ist. Es ist hier anzumerken, dass die Geldgeber nicht direkt gebundene Forschung finanzieren, sondern die Voraussetzung schaffen für die Existenz von Forschungsgruppen, die damit erst eine Funktionsfähigkeit erhalten für Forschungsaktivität auf dem für das Institut definierten Forschungsgebiet. Es ist dann Aufgabe jeder einzelnen Forschungsgruppe, projektgebundene Gelder für ihre Forschung zu beschaffen. Diese können von staatlich unterstützten Institutionen herkommen, wie z.B. dem Schweizerischen Nationalfonds oder vom National Institute of Health in den USA; es können auch private Stiftungen angegangen werden, und es können natürlich auch Industriegelder beschafft werden. Auf diesem Gebiet wurde ein Mechanismus definiert, der der ITI nahe stehende Industrie (Institut Straumann) prioritäre Behandlung zusichert.

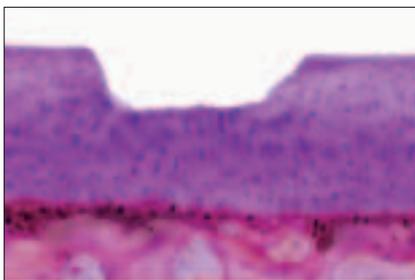
Professor Buser: Akzeptieren Sie ein Industrieengagement, weil die öffentlichen Geldquellen versiegt sind, oder ist zahnärztliches Wirken ohne entsprechendes industrielles Engagement gar nicht mehr denkbar?

Ein Industrieengagement an einer medizinischen Fakultät ist nichts Neues und nichts Aussergewöhnliches. Es werden schon seit Jahrzehnten Forschungsprojekte realisiert, die zum Beispiel von der pharmazeutischen Industrie gesponsort wurden; dies bezieht sich insbesondere auf Wirksamkeitsprüfungen von neuen Medikamenten oder der Prüfung neuer therapeutischer Verfahren. Kürzlich wurde auch eine neue Professur geschaffen (Novartis-Professur), die durch Industriegelder finanziert wird. In den letzten

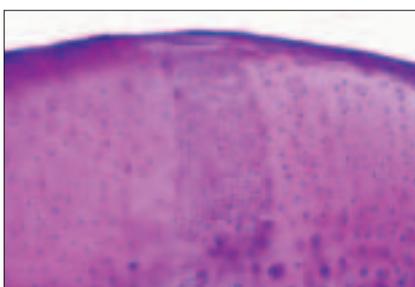
zehn Jahren hat sich eine wesentliche Reduktion der Unterstützung durch die öffentlichen Gelder ergeben, wodurch die universitären Institute vermehrt angehalten sind, neue Engagements auf allen Gebieten zu initialisieren, und dies vor allem auch auf dem Gebiet industrieller Geldgeber. Es gilt dabei anzumerken, dass die Industriekontakte nicht nur in dieser Hinsicht wünschbar sind, sondern auch in Hinsicht auf Forschungen und Projekte an der Universität, die mehr praxisrelevant sind und die es jungen Doktoranden und Diplomanden ermöglichen, erstmals in direkte Kontakte mit der Industrie zu kommen, wo sie dann später auch Anstellungen finden können. Die Ausbildung und das Training junger Akademiker an der Universität ist ein wichtiger Beitrag zur Ausbildung von Personen, die später in der Industrie leitende Positionen einnehmen. Es ist deshalb auch natürlich und wünschenswert, dass solche Kontakte nicht nur gefördert werden, sie sind notwendig und von gegenseitigem grossen Interesse.

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat Empfehlungen für die Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie herausgegeben, da eine Zusammenarbeit auch Interessenskonflikte und Abhängigkeiten mit sich bringen oder gar zu Konflikten mit dem Gesetz führen kann. Welche «Leitplanken» haben Sie für das ITI-Forschungsinstitut für Dental- und Skelettbiologie erarbeitet?

Zur Vermeidung von Interessenkonflikten sind im Zusammenarbeitsvertrag zwischen der Universität und der ITI-Stiftung entsprechende Leitplanken, wie sie das nennen, gesetzt worden. Wie bereits oben erwähnt, ist die Forschungsfreiheit absolut garantiert in unserem Institut. Was die Patentrechte anbelangt, so werden diese, wie das auch bei anderen Instituten üblich ist, projektspezifisch von der Universität im Allgemeinen an Geldgeber abgetreten. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, anderweitige Lösungen zu erarbeiten. Unter anderem hat die Universität zu diesem Zweck die Unitektra als Institution geschaffen, die ihr hilfreich und aktiv zur Seite stehen kann für die Lösung solcher Fragestellungen. Dass für das ITI-Forschungsinstitut eine gewisse Abhängigkeit zur ITI-Stiftung besteht, ist klar. Hier wurde vertraglich ein Mechanismus definiert, der, sollten Forschungsprojekte vorgeschlagen werden, die eigentlich Konkurrenten für die ITI-Seite darstellen, eine prioritäre Be-



Chirurgisch erzeugter Gewebedefekt im Gelenknorpel eines Kniegelenkes (Tierversuch).



Geheilte Defekt mittels Anwendung eines Trägermaterials und Wachstumsfaktoren, die adulte Stammzellen aus dem Umgebungsgewebe rekrutieren, die sich dann zum Defektvolumen bewegen und danach zur Umwandlung in gewebespezifische Knorpelzellen angeregt werden.

handlung durch die ITI-Stiftung ermöglicht. Damit sollen solche potenzielle Konflikte sehr früh erkannt und diskutiert werden können. Auf diese Art wurde also ein Mechanismus definiert, der es ermöglicht, die geplante Forschung mit Hilfe dieses oder jenes industriellen Geldgebers dann schliesslich realisieren zu können.

Das neue Forschungsinstitut besteht aus vier Forschungsgruppen mit den Gruppenleitern Prof. E. Hunziker, Prof. M. Chiquet, Prof. B. Trüb und PD Dr. M. Wong. Vorgesehen sind auch so genannte assoziierte Forschungsgruppen. Herr Prof. Hunziker, nach welchen Kriterien verteilen Sie die Gelder?

Was den jährlichen Beitrag der ITI-Stiftung anbelangt, gibt es eigentlich sehr wenig Flexibilität in Bezug auf Verteilungsmodi innerhalb des Institutes. Das Geld wird vorwiegend eingesetzt für die Saläre der leitenden Gruppenleiter, für das Sekretariat und das technische Personal (labortechnisch, EDV), wie auch für den Unterhalt der Apparate oder den Ersatz von ausgedienten Geräten. Es bleibt pro Forschungsgruppe ein relativ bescheidener Betrag übrig (in der Grössenordnung einer halben Laborantenstelle)

für Projektforschung. Dieser Betrag wird gleichmässig auf die vier Gruppen des ITI-Forschungsinstitutes verteilt. Die assoziierten Knochenbiologie-Forschungsgruppen aus dem DKF haben ein vollständig eigenes Budget, welches diese Gruppen selbstständig verwalten. Der überwiegende Teil der projektspezifischen Gelder wird von den Gruppenleitern direkt mittels Forschungsgesuchen beschafft und von diesen auch selbst verwaltet.

Die Forschungsthemen sind sehr breit gefasst von der Molekularbiologie über autogene und alloplastische Knochentransplantate bis zum Einfluss diätetischer Faktoren auf die Skelettbiologie. Reichen dazu die 2 750 000 Franken aus oder hoffen Sie bereits heute auf weitere Engagements der Industrie?

Was die 2,75 Mio. Franken anbelangt, sind sie zusammengesetzt aus dem Beitrag der Universität, der ITI-Stiftung sowie den durchschnittlich beschafften Drittmitteln von den vier Arbeitsgruppen des ITI-Forschungsinstitutes. Das Budget der vier assoziierten Knochenbiologiegruppen aus dem DKF ist in diesem Betrag nicht eingeschlossen. Selbstverständlich wäre dieses Budget viel zu klein, um den Forschungsgeldbedarf für alle 8 Arbeitsgruppen decken zu können. Was die vier ITI-Forschungsgruppen anbelangt, so hoffe ich selbstverständlich auf grosses und weitergehendes Engagement durch alle meine Gruppenleiter zur zusätzlichen Mittelbeschaffung, die ich von ihnen erwarte, vor allem auch von verschiedenen Quellen für die Grundlagenforschung, aber auch für angewandte Forschung aus der Industrie. Den entsprechenden Leistungsausweis werden wir zu erbringen haben, und es wurde auch ein entsprechendes wissenschaftliches Gremium im Zusammenarbeitsvertrag definiert, welches diese Leistungen jährlich zu evaluieren hat.

Prof. Buser: Haben Sie schon ein Forschungsprojekt beim ITI-Forschungsinstitut eingereicht?

Man reicht beim ITI-Forschungsinstitut keine Projekte ein. Wir diskutieren zurzeit in intensiven Gesprächen die Möglichkeiten, gemeinsame Projekte zu realisieren, wobei zurzeit zwei Studien in der Projektierung schon so weit fortgeschritten sind, um in Angriff genommen zu werden.

Prof. Hunziker: Das neue Institut plant regelmässige Forschungsnachmittage im André Schroeder Auditorium, in welchem die ver-



Einfach zu perfekten Abformungen

Stay-put kombiniert auf geniale Weise die Vorteile geflochtener oder gedrehter Retraktionsfäden mit der Formbarkeit eines dünnen Kupferdrahtes.

Der Kupferdraht stabilisiert den Faden, ohne ihn in seiner Formbarkeit einzuschränken.

Comprecap stillt Blutungen auf natürliche Art und Weise – durch Kompression. Es schafft einen weit geöffneten Sulcus, präzise erkennbare Präparationsgrenzen und damit ein ideales Arbeitsfeld.

schiedenen Forschungsgruppen des ITI-Forschungsinstituts oder der ZMK und weitere interessierte Gruppen ihre Aktivitäten vorstellen. So sollen in intensiven Diskussionen Ideen für Projekte entstehen, aber auch neue Zusammenarbeiten geschaffen werden können, um die interdisziplinäre Forschung zu fördern. Mit dabei sein werden auch die orthopädischen und rheumatologischen Forschungsgruppen am Inselspital sowie alle Forschenden, die sich mit ähnlichen Themen befassen, insbesondere auch vom DKF. Was erwarten Sie aus dieser Zusammenarbeit und wann kann man mit ersten Resultaten rechnen?

Der Sinn der regelmässigen Forschungsnachmittage ist auf der einen Seite, wie Sie richtig sagen, die Information allgemein zugänglich zu machen, welche Forschungen in Bezug auf die dentalen und skelettalen Gewebe in der Universität ablaufen; dazu gehören selbstverständlich auch z.B. die biologischen Forschungsprojekte der rheumatologischen Klinik und auch der orthopädischen Klinik sowie des pathologischen und des anatomischen Institutes und anderer universitärer Institute, wo Forschung auf diesem Gebiet betrieben wird. Wir erhoffen uns von diesen Nachmittagen, dass sich die Leute, die auf diesen Gebieten Forschung betreiben, besser kennen lernen, dass neue Kontakte geschaffen werden können und dass vermehrt gemeinsame Projekte und Zusammenarbeiten initiiert werden. Drei neue gemeinsame Projekte sind bereits initialisiert worden und ich hoffe, dass sich im Verlauf der nächsten paar Jahre weitere neue gemeinsame Projekte ergeben werden.

Prof. Buser: Im Bereich der oralen Implantologie sprachen Sie von verschiedenen Forschungsgebieten wie z.B. autogene und alloplastische Knochentransplantate, Tissue Engineering. Können Sie uns erklären, was man darunter versteht und die Praxistauglichkeit dieser Forschungsgebiete erläutern?

In der oralen Implantologie geht es unter anderem darum, verloren gegangenes Knochengewebe wieder herzustellen, wozu heute primär autogene Knochentransplantate mit oder ohne Membranen verwendet werden. Aktuelle Forschungsprojekte zielen darauf ab, alternative Präparate oder Methoden zu entwickeln, die die Verwendung von autogenen Knochentransplantaten überflüssig machen würden. Das ist ein hochinteressantes Forschungsgebiet, das sowohl in der oralen Implantologie wie in der orthopädischen Implantologie von grosser Bedeutung ist.

Prof. Hunziker: Eine assoziierte Forschungsgruppe befasst sich u. a. auch mit dem Einfluss diätetischer Faktoren auf die Skelettbio-logie. Können Sie mir Näheres dazu sagen?

Die assoziierte Forschungsgruppe, welche sich mit dem Einfluss diätetischer Faktoren auf das Skelett befasst, ist diejenige von Herrn Dr. Mühlbauer im Departement Klinische Forschung. Die Gruppe von Herrn Mühlbauer konnte in sehr eleganten Experimenten vorerst bei Versuchstieren zeigen, dass pflanzliche Nahrungsmittel, im Speziellen verschiedene Salate, Gemüse und Küchenkräuter, einen positiven Einfluss auf die Erhaltung der Knochensubstanz haben. Falls diese Befunde in klinischen Interventionsstudien bestätigt werden können, eröffnen sich einerseits neue Möglichkeiten für die Prävention der Osteoporose, andererseits ist dieser Ansatz natürlich auch wichtig für die ganze Implantologie, Prothetik und Orthopädie. Es besteht ein sehr grosses Interesse an dieser Art Forschung, da sie Bezug nimmt auf natürliche biologische Stoffe, die in unseren normalen Nahrungsmitteln vorhanden sind, welche bei regelmässiger Einnahme einer gesunden Mischkost viel

zu unserer Gesundheit und zu unserem Wohlbefinden beitragen können, welche aber auch wichtige prophylaktische Wirkungen entfalten können.

Prof. Hunziker: Werden bei Ihnen weitere Forschungsthemen behandelt, die zurzeit von grossem öffentlichem Interesse sind?

Um hier ein weiteres Beispiel zu nennen, verweise ich auf eines meiner eigenen Forschungsprojekte, das sich mit dem «tissue engineering» befasst, d.h. also mit der künstlichen Erzeugung von Geweben oder Organersatzmaterial. Ich befasse mich auf diesem Gebiet schon seit vielen Jahren mit «programmierbaren» Trägersubstanzen, welche adulte Stammzellen aus der lokalen Umgebung von Gewebedefekten rekrutieren, um sie danach spezifisch weiter zu differenzieren und damit ein funktionelles Regenerat erzeugen zu können. Wir haben uns hier bewusst auf die adulten Stammzellen, die jeder von uns selber in sich trägt, beschränkt, weil uns dies ein praxisnäherer Approach zu sein scheint, da, wie Sie wissen, die Forschung mit den humanen embryonalen Stammzellen noch in einem sehr frühen Stadium steckt, und zum Teil auch umstritten ist. ■

ermöglichten, an allen vier Themenkreisen mitzudiskutieren.

Die Referate und entsprechend die Gruppenarbeit waren durch drei Fragestellungen strukturiert:

- what we know and do not know that is important
- what are the future research strategies to acquire knowledge
- what needs to be translated into educational programs

Ziele des Workshops

Ziel von «Evidence Based Prosthodontics» müsste sein, verbindliche Behandlungsstrategien zu entwickeln und dem Leistungserbringer gültige und gesicherte Behandlungskonzepte zu vermitteln. Für den Patienten sind die «Treatment outcomes» von primärem Interesse. Diese sind, adaptiert nach BADERS & SHUGARS (1995):

- Erfolgs- und Überlebensraten von Behandlungsmodalitäten
- Physiologischer Impact: Morbidität von Behandlungsformen, Funktion, Kauen, Sprache, Erhalten der bestehenden Strukturen (Knochen, Gewebe, Zähne)
- Psychologischer Impact: Selbstwertgefühl, soziale Interaktionen, Ästhetik und Kosmetik
- Kosten/Nutzen: direkte und indirekte Kosten, d.h. (Zeit-)Aufwand für die Nachsorge, Komplikationen, Reparaturen

Dabei sind Parameter, diese Therapieergebnisse zu messen, noch zu etablieren. Nun stellt sich die Frage, welche Faktoren überhaupt die Wahl der prothetischen Therapieform durch den Leistungserbringer beeinflussen.

Die Diagnostik und der Prozess der Behandlungsplanung sind komplex, multidimensional und basieren auf der wissenschaftlichen Analyse von Daten und der persönlichen Beobachtung des Leistungserbringers. Externe Faktoren modifizieren diesen Prozess. Sie sind – oft ohne wissenschaftliches Fundament – eher eine Frage der Zahnärztesgeneration, des Ausbildungsstandes, des Spezialisierungsgrades, der Zahnarzt-Patientenbeziehung; sie sind aber auch eine Frage des sozio-ökonomischen Hintergrundes. Bei vergleichbaren oralen Befunden führt das zu unterschiedlichen Behandlungskonzepten. «Wahl der Therapieform» als Begriff im Sinne von reproduzierbar und vergleichbar existiert nicht in der Literatur. Demografische, überregionale und kulturelle Aspekte zeigen, dass es schwierig wenn nicht unmöglich ist, in Bezug auf

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Internationales Symposium «On Biological and Social Interfaces in Prosthodontics»

Evidence Based Prosthodontics

Prof. Dr. Regina Mericske-Stern

Im November 2002 fand in Toronto unter dem Patronat des ICP (International College of Prosthodontics) ein internationaler Workshop zum Thema «Evidence Based Prosthodontics» statt. Leitgedanke war das so genannte «Interface» auf verschiedener prothetischer Ebene, nämlich:

1. Patient/Prosthodontist Interface: Zahnarzt-Patientenbeziehung, Epidemiologie, sozio-ökonomische Aspekte
 2. Host Tissue/Implant Interface: Implantologie, Biologie, Biomechanik
 3. Oral Tissue/Material Interface: Prothetische Konzepte, Design, Materialien
 4. Occlusal Interface: Okklusion und Kiefergelenk, Funktionsstörungen
- Teilnehmer aus 20 Nationen und aus allen Kontinenten (abgesehen von Südamerika) waren angereist, um ihr Wissen einzubringen, mitzudiskutieren und von anderen zu lernen. Diese Internationalität implizierte, dass aus einer spannen-

den, sehr breiten Optik heraus diskutiert wurde, sodass die Konsensfindung nicht immer einfach war und sorgfältig erarbeitet werden musste.

Der Workshop hatte zum Ziel, das weit gefächerte Gebiet der Prothetik in den genannten vier Themenkreisen (Interfaces) unter dem Aspekt der wissenschaftlichen Evidenz zu analysieren. Vier Arbeitsgruppen beschäftigten sich auf Grund von vorbereiteten Referaten und in anschliessenden Diskussionen mit je einem Interface. Diesen Parallelveranstaltungen in Gruppen folgten auch Plenumssitzungen, die es den Teilnehmern



die Wahl der prothetischen Therapie global gültige Analysen und Perspektiven zu vermitteln. In diesem Kontext sind speziell zu erwähnen, die einerseits steigende Lebenserwartung in Ländern mit guten sozioökonomischen Bedingungen und andererseits der Jugendkult; d.h. «Alt werden» wird bekämpft mit den Mitteln der Medizin, Kosmetik, Chirurgie, Fitnesstraining etc. Heute ist bei fast allen Amerikanern, die 45-jährig und älter sind, nur noch eine Teilbezahnung oder totale Zahnlosigkeit feststellbar. Insgesamt wird also unter den genannten Aspekten ein Mehrbedarf und Wunsch nach rekonstruktiver Zahnmedizin feststellbar. Biologische Erkenntnisse und technische Innovation führen zu einer breiteren Palette prothetischer Optionen.

What we know and do not know

Zu jedem «Interface» hatten je acht bis zehn Reviewer in den vorangehenden Monaten die Referate vorbereitet, unter der Auflage, aus der Fülle der englischsprachigen Publikationen die Artikel mit der besten Evidenz und «Strength of Evidence» zu selektionieren. Es wurde nach folgenden Kategorien unterschieden:

- Randomized Clinical Trial (RCT)
- Systematic Reviews und Meta-Analysen
- Gut gemachte Cohort-Studien und Case-Control-Studien
- Experimentelle Studien
- Case Reports

RCT werden oft als Goldstandard für EB Zahnmedizin gefordert. RCT könnten mit einem Minimum an «Bias» und der Möglichkeit von «Blinding» die beste Information vermitteln, z.B. abnehmbar versus fix. Das Problem liegt darin, dass prinzipiell der Patient die Therapieform bestimmt und sie mehr oder weniger kennt. Deshalb ist der psychologische Aspekt zu berücksichtigen bei randomisierten Trials, wenn der Studienteilnehmer jener Gruppe zugeordnet wird, deren Therapieform er eigentlich gar nicht möchte. In Cross-Over-Studien kann diesem Problem zwar begegnet werden, aber die Möglichkeit dieses Studiendesigns ist sehr beschränkt, und auch hier scheint es eine Beeinflussung durch die Reihenfolge der Therapie zu geben. Cross-Over-Studien sind am ehesten möglich mit verschraubbaren Implantat-rekonstruktionen.

Die Reviewer stellten allgemein fest, dass RCT und Meta-Analysen nur spärlich, und Systematic Reviews nur für wenige, spezielle Aspekte vorliegen. Themenspezifisch finden sie sich am ehesten dort,

wo keine ethischen Implikationen entstehen, wie z.B.:

- Implantologie: verschraubt vs zementiert, submerged oder non submerged
- Materialwissenschaft: Kunststoff vs Porzellan, Vergleich von Befestigungszementen
- TMJ: Schienentherapie vs Physiotherapie etc.

Die am häufigsten verwendete Form klinischer Studien in der Prothetik sind Cohort- und Case-Control-Studien, die in der Hierarchie von wissenschaftlichen Publikationen nicht oben rangieren.

Unweigerlich kamen verschiedene Standpunkte zum Vorschein, wenn es um die Standortbestimmung von Patientenbedürfnissen, minimalen Ansprüchen und maximalen Behandlungszielen ging. Sind Implantate a priori ein Luxus oder «Standard of Care» für den zahnlosen Unterkiefer, wie eine Konsensus-Konferenz im

Mai dieses Jahres in Montreal vorgeschlagen hat? Ist die rot-weiße Kosmetik oder das psychologisch (über)betonte Management von MAP-Problemen wirklich Zahnmedizin oder eher Life-Style? Die klinische Erfahrung, der kulturelle Hintergrund, der Blick auf epidemiologische Daten und die demografische Entwicklung, das soziale Umfeld und der ökonomische Hintergrund von Patientenpopulationen beeinflussen die Wahrnehmung und Perspektiven, sodass es oft schwierig wurde, einen Konsens zu finden. Die unterschiedliche Fragestellung klinischer Studien widerspiegeln diese Aspekte ebenfalls.

Research Strategies

In den Diskussionen pochten Puristen und Hardliner mehr oder weniger auf RCT als die einzige zuverlässige und akzeptierte Form von Studien. Es wurden

Rudolf-Hotz-Gedächtnispreis 2004

Der Rudolf-Hotz-Gedächtnispreis wurde im Jahre 1988 geschaffen durch die Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin SVK. Er dient dem Zweck, *Nachwuchsforscher/innen aus der Schweiz zu fördern, die auf dem Gebiet der Kinderzahnmedizin tätig sind.*

Der Preis wird *jährlich* ausgeschrieben und ist mit Fr. 3000.– dotiert.

Es gelten folgende *Bestimmungen*:

1. Es werden Arbeiten aus dem Gebiet der Kinderzahnmedizin berücksichtigt. Bei Beiträgen aus anderen Fachgebieten entscheidet das Prüfungsgremium über die kinderzahnmedizinische Relevanz.
2. Es werden auch *Dissertationen* angenommen, sofern deren Genehmigung nicht mehr als zwei Jahre zurückliegt. Werden *veröffentlichte Arbeiten* eingereicht, so darf die Annahme zur Publikation höchstens ein Jahr zurückliegen.
3. Die Arbeiten sind in zwei Exemplaren, in Maschinschrift oder gedruckt, einzureichen.
4. Die Arbeiten werden *anonym*, mit einer Chiffre versehen, eingesendet. Name und Adresse von Einsender/innen sind in einem verschlossenen Umschlag der Arbeit beizulegen.
5. Die Arbeit darf nicht bei der Ausschreibung eines anderen wissenschaftlichen Preises eingereicht werden.
6. *Einsendeschluss* ist der 31. Mai 2003 (Datum des Poststempels) des der Preisverleihung vorangehenden Jahres. Die Arbeiten sind bis zu diesem Datum der Präsidentin der SVK einzureichen: Frau Dr. med. dent. Teresa Leisebach, Schulzahnklinik Winterthur, St. Gallerstr. 10, CH-8400 Winterthur.
7. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Prüfungsgremium bestehend aus fünf Mitgliedern der Fachkommission (darunter deren Präsidentin). Bei Bedarf können externe Expert/innen zur Beratung zugezogen werden.
8. Die Entscheidung des Prüfungsgremiums ist endgültig.
9. Die Aufteilung des Preises bei gleichwertigen Arbeiten ist möglich, ebenso die Nicht-Vergabe.
10. *Die Verleihung* des Preises erfolgt im Rahmen der *Jahrestagung der SVK*, die am 22. Januar 2004 in Bern stattfindet. Preisgewinner/innen sind Gast an der Tagung, verpflichten sich jedoch, die Arbeit an diesem Anlass zu präsentieren.

AFFINIS™

PERFECT IMPRESSIONS

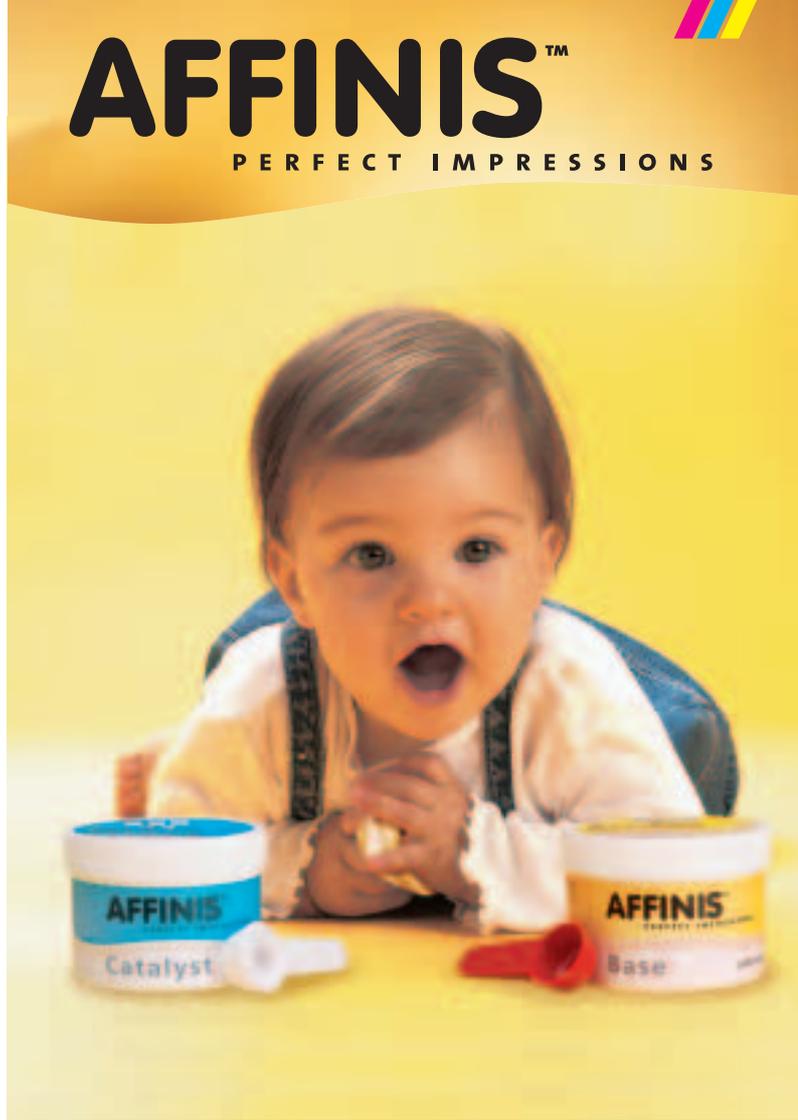
aber auch Beispiele solcher Publikationen zitiert, die Absurdität und klinische Irrelevanz für den praktisch tätigen Zahnarzt und Patienten demonstrieren. Schliesslich können viele Therapieformen der Prothetik klinisch so gar nicht getestet werden wegen der Irreversibilität der Behandlung, aber auch aus Gründen der Ethik. Als Folge dieser der Prothetik inhärenten Problematik wird gefordert:

- Gut dokumentierte prospektive Case Controls treten anstelle von RCT.
- Die Form der gut organisierten Multi-Center-Studien sind oft der beste und einzig gangbare Weg, um neue Informationen zu gewinnen.
- Case Reports: für seltene Probleme («Special Care Patients»), z.B. systemischer Art, kongenitale Defekte etc., ist das Publizieren von detaillierten Fall-darstellungen sinnvoll und wichtig.
- Knowledge Transfer: Gesichertes Wissen muss in die Praxis und Klinik transferiert werden. Ziel ist ja die Optimierung der Therapie für den Patienten in allen Aspekten. Knowledge Transfer darf aber nicht eine Einbahnstrasse sein. Ins akademische universitäre Milieu müssen auch die Erfahrungen des praktisch tätigen Zahnarztes, seine Sicht von Patientenproblemen und die wirtschaftlichen Bedingungen einfließen.

Translation into Educational Programs

Obwohl Kenntnisse über die Ätiologie von Parodontalerkrankungen und Karies einen wichtigen Einfluss auf die Prävention haben, scheint sich die Notwendigkeit für prothetische Versorgungen und die Nachfrage nicht reduziert zu haben. Deshalb nimmt die Prothetik in ihrer Synopsis/Vielseitigkeit (biologisch/technisch) einen wichtigen Platz in der universitären Ausbildung ein. In den Diskussionen gingen die Ansichten teilweise auseinander, was gelehrt und von den Studierenden gelernt werden soll. Dies scheint stark von der Struktur des Gesundheitswesens und politischen Systemen abhängig zu sein, aber ebenso vom ökonomischen Status und letztlich von der prothetischen Tradition. Auch von Patienten wird der finanzielle Aspekt oft als der erste und determinierende Faktor bei Behandlungsplanung genannt.

Die zahnärztliche und insbesondere die prothetische Aus- und Weiterbildung verursachen hohe Kosten, verlangen nach guter Infrastruktur und genügend und gut ausgebildetem Personal. Klinische Studien in der Prothetik benötigen zu-



So soft, so schnell und leicht zu mischen – ein Kinderspiel!

Neu: AFFINIS putty super soft

- Leicht zu mischen
- Schnell homogen gemischt
- Festigkeit wie mit Heavy Body
- Löffel- und Korrekturmaterial abgestimmt
- Zeit sparend (Kurze Misch- und Mundverweildauer)
- Perfekte Abformung ohne Fehlstellen oder Pressfahnen



Einführungsangebot

1 AFFINIS putty super soft – dazu gratis 1x AFFINIS light oder regular body nach Wahl (in 50ml oder microSystem Kartuschen)
Angebot gültig bis 31.03.2003



Art. Nr. 6535
AFFINIS™
putty super soft
Einzelpackung
Basis und Katalysator
je 300 ml

Coltène AG
Feldwiesenstrasse 20
9450 Altstätten/Switzerland
Tel. +41 (0)71 757 53 64
Fax +41 (0)71 757 53 01
ventech@coltenewhaledent.ch

coltène
whaledent®

dem intensive Organisation mit langfristiger Planung. Wenn einige Zentren solchen Forderungen genügen können, so ist global gesehen doch mit limitierten Budgets zu rechnen, parallel mit einer unterschätzten Wichtigkeit der Zahnmedizin innerhalb der Medizin.

Einig war man sich zuletzt, dass im Sinne von EBD und ihrer Umsetzung in den Lehrbetrieb auf die Diagnostik und individuelle, patientenbezogene Planung in Zukunft noch mehr Wert gelegt werden

sollte, wobei die manuellen «Skills» nicht zu kurz kommen dürfen. Theoretische Kenntnisse in modernen Technologien (CAD-CAM), aber auch das chirurgische Einbringen von Implantaten wurden als Erweiterungen im Studienkurs prinzipiell akzeptiert. Mit Blick auf epidemiologische und demografische Daten ist es nicht zu empfehlen, die abnehmbare Prothetik – auch die Totalprothetik – aus den Unterrichtsprogrammen zu eliminieren.

Die Teilnehmer haben während vier interessanten und spannenden Tagen viel gelernt. Die Suche nach neuen, gesicherten Erkenntnissen verlangt nach einem Stimulus, das Umsetzen im Alltag in Lehre und Dienstleistung braucht Motivation. Das konnte dieser Workshop vermitteln.

Die Zusammenfassung der Reviewer und die «Consensus-Statements» werden 2003 in einer Spezialausgabe des «International Journal of Prosthodontics» publiziert. ■

5. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung

Wie ist die Alterspflege künftig zu finanzieren?

RVK RÜCK

Mit der Aufhebung der Tarifbegrenzungen bei Heim- und Spitalpflege stellt sich die grundlegende Frage, wie die Alterspflege künftig zu finanzieren ist. Diesem Thema ist das 5. Schweizerische Forum der sozialen Krankenversicherung der RVK RÜCK gewidmet. Kompetente Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland erläutern die Fakten, Trends und Optionen für ein weiterhin soziales Gesundheitswesen. Die Fachtagung findet statt am Donnerstag, 15. Mai 2003, im Kongresshaus Zürich.

Bereits zum fünften Mal seit 1998 setzt die RVK RÜCK ihre Veranstaltungsreihe fort. Diesmal liegt der Fokus auf den «Alterspflegekosten». Wir wollen auch mit dem 5. Schweizerischen Forum der sozialen Krankenversicherung eine Plattform bieten, auf welcher die verschiedenen Interessengruppen im Gesundheitswesen ihre Vorstellungen zur Entwicklung der Gesundheitskosten, insbesondere bei der Alterspflege, darlegen können. Sie leisten damit einen Beitrag zu einer ganzheitlichen, zukunftsgerichteten und koordinierten Förderung unseres Gesundheitswesens.

Unsere Referentin und die Referenten geben einen Überblick über die Entwicklung in Europa und der Schweiz, erläutern die gesellschaftlichen Folgen, zeigen Grenzen und Lösungsmöglichkeiten auf. Für Fachleute aus dem Gesundheits- und Krankenversicherungswesen, Mitar-

beitende in öffentlichen und privaten Sozialdiensten und Spezialisten in der Alterspflege ist diese Veranstaltung ein Muss.

Anmeldeschluss ist Mittwoch, 30. April 2003. Die Teilnahmegebühr beträgt Fr. 395.–. Für Mitglieder der RVK RÜCK Fr. 195.–. Inbegriffen sind Tagungsdokumentation, Begrüßungskaffee, Pausenerfrischungen, Mittagessen (ohne alkoholische Getränke). Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Einganges berücksichtigt.

Weitere Informationen:

RVK RÜCK, Sylvia Wicki

Tel. 041/417 01 11

Fax 041/410 69 65

E-Mail: s.wicki@rvk.ch

Internet: www.rvk.ch ■

5. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung

Die Referate und Referenten

- **Soziale Krankenversicherung und Alterspflegekosten – eine Einheit?**
Dr. Charles Giroud, Präsident der RVK RÜCK, Tagungsleiter
- **Aktuelle und zukünftige gesellschafts- und gesundheitspolitische Herausforderungen für die Pflegeversorgung in der Schweiz**
Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom
- **Gesellschaftsentwicklung in der Europäischen Gemeinschaft**
Prof. Bernard Casey, Senior Economist an der OECD, Paris, seit Herbst 2002
Forschungsprofessor an der London School of Economics
- **Finanzierungsmodelle für Alterspflegekosten**
Prof. Dr. Bernd Schips, Professor für Nationalökonomie, Leiter Konjunkturforschungsstelle ETH Zürich
- **Gesundheitskosten im internationalen Vergleich am Beispiel Deutschland**
Herbert Rebscher, Diplom-Kaufmann, Lehrbeauftragter für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Universität Bayreuth, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes
- **Pflegekosten im Alter – eine Herausforderung für die kommenden Jahre**
Christine Egerszegi, Nationalrätin, Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Präsidentin des Heimverbandes Schweiz
- **Podiumsdiskussion mit allen Referenten, Fragen aus dem Publikum**
Moderation: Katharina Deuber, Journalistin, CASH-TV



Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen (CJKV)

vom 20. November 2002 (Stand am 10. Dezember 2002)

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf die Artikel 10 und 35 Absatz 2 des Epidemiengesetzes vom 18. Dezember 1970,

verordnet:

Art. 1 Zweck

Diese Verordnung soll das Übertragungsrisiko aller Formen der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen verringern.

Art. 2 Dekontamination, Desinfektion und Sterilisation

¹ Die Spitäler und Kliniken müssen wiederverwendbare invasive Medizinprodukte, welche in sterilem Zustand zu verwenden sind, insbesondere wiederverwendbare chirurgische Instrumente, vor jeder Anwendung:

a. nach dem Stand der Wissenschaft dekontaminieren und desinfizieren;

b. bei 134 °C im gesättigten gespannten Wasserdampf während 18 Minuten sterilisieren.

² Das Sterilisationsverfahren nach Absatz 1 Buchstabe b gilt nicht für Medizinprodukte, die gemäss den Angaben des Herstellers durch das Sterilisationsverfahren Schaden nehmen. Diese Medizinprodukte dürfen nicht wiederverwendet werden, wenn sie durch vergleichbare Medizinprodukte ersetzt werden können, die das Verfahren tolerieren.

³ Andere Gesundheitseinrichtungen als Spitäler und Kliniken, namentlich die Arztpraxen, müssen Medizinprodukte, die für neurochirurgische, ophthalmologische, otorhinolaryngologische oder kieferchirurgische Eingriffe verwendet wurden, nach den Absätzen 1 und 2 behandeln.

Art. 3 Verbot

Jegliche Übertragung von menschlicher Dura mater ist verboten.

Art. 4 Strafbestimmung

Mit Haft oder Busse wird bestraft, wer vorsätzlich oder fahrlässig der Sterilisationspflicht nach Artikel 2 oder dem Verbot der Übertragung von menschlicher Dura mater nach Artikel 3 zuwiderhandelt.

Art. 5 Vollzug

¹ Die Spitäler und Kliniken erlassen Weisungen zur Durchführung des Verfahrens nach Artikel 2 Absatz 1.

² Die Kantone überwachen die Einhaltung des Sterilisationsverfahrens. Sie sind insbesondere berechtigt, von den Spitälern und Kliniken Kopien der Weisungen einzufordern.

³ Das Bundesamt für Gesundheit überwacht die Einhaltung des Verbots nach Artikel 3.

⁴ Es verfolgt den Stand der Wissenschaft und informiert die betroffenen Kreise.

Art. 6 Übergangsbestimmungen

¹ Die Spitäler und Kliniken, welche nicht über die geeigneten Sterilisationsgeräte verfügen, müssen das Sterilisationsverfahren nach Artikel 2 innert eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Verordnung einführen.

² Die anderen Gesundheitseinrichtungen, welche nicht über die geeigneten Sterilisationsgeräte verfügen, müssen das Sterilisationsverfahren nach Artikel 2 innert zweier Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung einführen.

Art. 7 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2003 in Kraft. ■

Verordnung

über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen

Peter Jäger

Per 1. Januar 2003 ist die hier abgedruckte «Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen» in Kraft getreten. Die Zahnärzteschaft ist insofern betroffen, als Medizinprodukte, die für kieferchirurgische Eingriffe verwendet wurden, 18 Minuten lang bei 134 °C sterilisiert werden müssen. Für Praxen, die heute nicht über geeignete Sterilisationsgeräte verfügen, besteht eine Übergangsfrist von zwei Jahren.

Was als «kieferchirurgische Eingriffe» zu gelten hat, wird von der SSO-Hygienekommission noch genauer zu umschreiben sein. Dabei wird sie auch zu berücksichtigen haben, dass der Gesetzgeber realistischerweise nur eine Verringerung des – in der Schweiz heute ohnehin noch hypothetischen – Übertragungsrisikos anstrebt und nicht etwa eine Elimination.

BUCHBESPRECHUNGEN



Endodontie

Hülsmann, M:
Wurzelkanalaufbereitung mit Nickel-Titan-Instrumenten (ein Handbuch)
217 S., 305 Abb., € 98.–, Quintessenz Verlag, Berlin (2002)
ISBN 3-87652-168-8

Root canal preparation forms the most important part in endodontic therapy while optimized disinfection and obturation of the canals is also critical. Clinically, errors can occur during either chemo-mechanical preparation, disinfection or

obturation of canals. However, the former is the more probable phase in which procedural errors can occur. Except for the «Balanced Force» technique one could say that advances in preparation techniques and instrument design stagnated until the early 90's. This situation changed quite dramatically after manufacturers began producing nickel-titanium endodontic instruments, particularly for engine-driven rotary techniques. Clinicians can currently choose from a wide variety of manual and engine-driven rotary nickel-titanium instruments to help them optimize canal preparations.

In fact the rate at which new instruments are marketed is quite revolutionary in endodontics and it may be baffling for clinicians to keep abreast of developments in this field of dentistry.

Exactly those clinicians, who wish to do predictably successful endodontics will find Michael Hülsmann's well-written book most helpful. The book describes, as an overview, the current status of the "world of engine-driven nickel-titanium instruments in endodontics". However, the book is not a classical textbook on root canal preparation. Rather, it is a reference book, which details the design, geometry and characteristics of currently marketed instruments. Methods are suggested for using each particular instrument discussed. The instruments described in the book include Flexmaster®, LightSpeed® ProFile .04®, GT Rotary Files®, Hero 642®, ProTaper®, RaCe-System® and combinations of systems. In addition, other types of instruments are more briefly discussed. Original papers on each technique, published in German or in other international endodontic journals, form the basis of this reference book. Clinicians, who had been loath to ask potentially excellent questions during Continuing Education Courses they've attended, will certainly find some answers in this book. Armed with the information contained in this book, clinicians could readily find which instruments or technique might suit them best. Furthermore, the many excellent illustrations provide readers with an almost perfect perception of what each instrument looks like and how it works. Similarly, different authors describe how they suggest a particular instrument should be used even though their technique may not always be the same as the manufacturer currently suggests.

In addition, the book describes important characteristics of nickel-titanium alloys, listing quantities of nickel, titanium, aluminum, iron and cobalt in the different alloys available to manufacturers. Although this chapter may appear too complex for "ordinary dentists" it most certainly is not. On the contrary, it gives readers a working idea of why the memory metal, nickel-titanium, is such an interesting alloy in endodontics. Readers will also find a most helpful description of different motors, or micro motors, currently marketed for use with rotary techniques. Contact addresses are also listed for the manufacturers of such motors. Two chapters of the book are devoted to

the use of chelators and disinfecting irrigants because all rotary techniques must be performed with adequate amounts of lubricants and irrigants. The more popular chelators and irrigants are listed and results of some experimental studies on such products are summarized. The last chapter gives a list of specifications supplied by manufacturers of the rotary instruments described in the book.

This book most certainly fills a niche in endodontics, particularly for German-speaking clinicians. I highly recommend the book to private clinicians interested in endodontics, faculty members, post-graduate endodontic students and persons involved in endodontic research. Last but not least, this book is also recommended to clinicians in other branches of dentistry who wish to improve and update their knowledge of endodontics.

Fred Barbakow, Zurich

Kinderzahnmedizin

Splieth Ch:
Kinderzahnheilkunde in der Praxis
 360 S., 331 Abb., eine CD-ROM mit
 5 Videosequenzen, € 108.-, Quintessenz
 Verlags GmbH, Berlin (2002)
 ISBN 3-87652-173-4

Das neu im Quintessenz Verlag erschienene Buch mit CD-ROM ist eine empfehlenswerte Zusammenfassung der aktuellen Kinderzahnmedizin. Viele Abbildungen und Tabellen sowie stichwortartige Zusammenfassungen der einzelnen Abschnitte unterstützen diese praxisorientierte Präsentation, die bestimmt sowohl Kinderzahnärzt/innen, allgemeine Praktiker/innen wie auch Student/innen ansprechen dürfte.

Das Buch ist in 5 Hauptkapitel gegliedert.

1. Kapitel: Wachstum und Entwicklung. In didaktisch klaren Abschnitten werden die verschiedenen Phasen der körperlichen Entwicklung beschrieben; Hirnschädelwachstum, Gesichtsschädelwachstum und Kieferwachstum werden deutlich hervorgehoben. Der Autor beschreibt dann die oralen und die verhaltenspsychologischen Entwicklungen jeder wichtigen Phase: Säugling, Kleinkind, Kindergartenkind, Schulkind und Jugendlicher. Sehr wichtig sind die Hinweise auf die jeweiligen Präventionsmöglichkeiten und die zu erwartende Kooperationsfähigkeit resp. auf die altersadäquaten

Möglichkeiten der zahnärztlichen Interventionen.

2. Kapitel: Anamnese und Planung. Allgemeine Anamnese, spezifische zahnmedizinische Aspekte sowie Dokumentation und juristisch relevante Punkte werden beschrieben. Der Autor geht auch auf die hochaktuellen, aber sehr schwierigen Aspekte der Kindsmisshandlung ein, auf die Prävalenz, die Ursachen, die Formen, die Symptome und die spezifischen Befunde.

3. Kapitel: Es bildet den Schwerpunkt des Buches: Routinebehandlungen beim Kind. Es werden einleitend, in knapper Form, diverse Aspekte des kinderfreundlichen Verhaltens des Zahnarztes beschrieben. Eine risikospezifische, individuelle Kariesprophylaxe wird unter Berücksichtigung sozialer, kultureller und intellektueller Aspekte präsentiert. Der Fissurenversiegelung wird ein ganzes Unterkapitel gewidmet, die Notwendigkeit des Kofferdams sollte strenger formuliert sein. Weiter werden allgemeine und spezifische Aspekte der Lokalanästhesie beim Kind sowie mögliche Komplikationen erläutert. Die Vorteile der Behandlungen unter Kofferdam werden mit Angaben der wichtigsten Klammern und möglichen Techniken deutlich gemacht. Zur chemomechanischen Kariesentfernung wird die Carisolv MT-Methode vorgestellt. Im Unterkapitel Füllungstherapie werden die heutigen Standards in der Füllungstherapie im Milchgebiss sowie im Wechselgebiss vorgestellt. Die Auswahl des Füllungsmaterials resp. die Ansprüche an die Füllungsqualität in Bezug zur Kooperation des Kindes sprechen für die grosse Erfahrung des Autors. Auch die vorgestellte Endodontie entspricht zeitgemässen Standards. Die immer aktuelle Diskussion der Vitalamputation mittels Kalziumhydroxid-Präparaten versus Formaldehyd-Präparaten wird differenziert erläutert. Es folgen spezielle Aspekte der Milchmolarenextraktion: Dem Thema Traumabehandlung wird entsprechend seiner Wichtigkeit ein längeres Subkapitel gewidmet, Prävention und Erstversorgung werden detailliert vorgestellt. Die Einteilung der Verletzungsformen ist mit Abbildungen sehr gut dokumentiert, der Behandlungsablauf der einfachen Verletzungsformen entspricht den aktuellen Empfehlungen, derjenige der schwierigeren Formen sollte aktualisiert werden. Weiter werden die Behandlung der internen und externen Verfärbungen vorgestellt. Die funktionelle Kieferorthopädie im Milchgebiss und Wechselgebiss wird

dem Nicht-Fachspezialisten einfach und übersichtlich vorgestellt: sagittale, vertikale und horizontale Abweichungen, frühzeitiger Milchzahnverlust sowie bleibender Zahnverlust (z.B. nach Frontzahntrauma) und deren Therapiemöglichkeiten. Abschliessend werden die Basissmassnahmen beim Auftreten eines Behandlungszwischenfalls beim Kind erläutert.

4. Kapitel: Das unkooperative Kind. Als Hilfsmittel werden Hypnose, Akupunktur, Sedierung und Intubationsnarkose besprochen. Auf die Möglichkeit der Lachgassedation wird nur sehr knapp

hingewiesen. Die Korrelation von Mundgesundheit und Lebensqualität wird in bemerkenswerter Weise analysiert. Zusätzlich werden die Therapie der Fläschenkaries, die interdisziplinäre Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, die Betreuung von behinderten Kindern und die Behandlung parodontaler Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen kurz vorgestellt.

5. Kapitel: Gegenüberstellung der Kinderzahnmedizin in der Familienpraxis und in der spezialisierten Kinderpraxis. Die CD-ROM mit Videosequenzen ist leider qualitativ nicht hervorragend. Das

Management des schwierigen Patienten wird nicht als Einheit vorgestellt, sondern in vielen Wiederholungen von Verhaltensformung. Hygienische Aspekte wurden teilweise vernachlässigt. Am Kiefermodell werden die Carisolvmethode, die Kofferdamapplikation und die Anfertigung einer Stahlkrone für Milchmolaren demonstriert.

Zusammengefasst: Es ist ein ideales Lernbuch für den Studenten und ein gutes Nachschlagewerk für den Allgemeinpraktiker. Für den Kinderzahnarzt ist es eine übersichtliche Zusammenfassung.

Elisabeth Altermatt-Tschopp, Zürich

Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed

Innerhalb der Zeitschrift: SMfZ

Pour les indications dans les bibliographies: Rev Mens Suisse Odontostomatol

Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin, Postfach, 3000 Bern 8

Für Express- und Paketpost: Postgasse 19, 3011 Bern

Telefon 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82

E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:

Prof. Dr. Jürg Meyer, Abteilung für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie, Zahnärztliches Institut der Universität Basel, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Éditeurs / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genève; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Anna-Christina Zysset, Bern

Deutschsprachige Redaktoren:

Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Basel

Responsables du groupe rédactionnel romand:

D^r Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne

D^r Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; D^r Serge Roh, Sierre; Thomas Vauthier, Nyon/Bâle

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/2001, S. 74 (Forschung · Wissenschaft S. 28–33) aufgeführt.

Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2001, p. 76.

Instructions to authors see SMfZ 1/2001, p. 79.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Präsident / Président: Antoine Zimmer, méd.-dent., Lausanne

Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7

Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin

Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich

Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

Délai pour la publication des annonces: le 15 du mois précédant la parution.

Tarifs des annonces / Exemplaies de la Revue: sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli AG, Hallerstrasse 7, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 63 44

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 276.50*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 63.50*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 32.75*

* inkl. 2,4% MWSt / 2,4% TVA incluse

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 290.–

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 32.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 310.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

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

Auflage / Tirage: 5250 Exemplare

ISSN 0256-2855