

Bericht über den SSO-Kongress vom 22. bis 24. Mai 2003 in Luzern (1. Teil)

Zahnmedizin und Gesundheit

Thomas Vauthier, Basel

Unglaublich, aber wahr. Nur etwa ein Fünftel der Ärzte sehen die Mundhöhle als Bestandteil des menschlichen Körpers. Aber, Hand aufs Herz: Wissen wir Zahnärzte immer, was unsere Behandlungen ausserhalb unseres Operationsfelds im Organismus der Patienten für Folgen haben können? Oder umgekehrt, wie sehr der Gesundheitszustand des Patienten sich auf das zahnärztliche Behandlungsergebnis auswirken kann? Zahlreiche wissenschaftliche und klinische Publikationen haben in neuerer Zeit auf die Vielzahl möglicher Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen des Kauorgans und des übrigen menschlichen Organismus hingewiesen. Die intensive Diskussion dieser Zusammenhänge macht deutlich, dass die Zahnmedizin ein integraler Bestandteil der Medizin ist und trotz der Tendenz zu zunehmender Spezialisierung auch bleiben muss. Wir dürfen uns nicht einfach als Zahnärzte verstehen, denn – wie der erste Referent des Kongresses, Donald A. Falace, treffend bemerkte – «hinter dem Zahn ist ein Mensch!». Wir dürfen uns also nicht mehr damit begnügen, nur als Ärzte der Mundhöhle zu handeln, sondern als Ärzte «tout court», wie Christian E. Besimo, als Präsident der Arbeitsgruppe K der SSO zuständig für das wissenschaftliche Programm, in seinem Begrüssungsreferat ebenso prägnant meinte. Denn «unsere primäre und vornehmste Aufgabe ist eine ärztliche!»

Unter dem Titel «Zahnmedizin und Gesundheit» war denn auch der diesjährige SSO-Kongress vom 22. bis 24. Mai 2003 im wunderschönen KKL in Luzern eine perfekte Gelegenheit, etwas über den eigenen Tellerrand hinauszublicken und die multidisziplinären Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit zu diskutieren. Zahlreiche Experten aus dem In- und Ausland erläuterten während zweieinhalb Tagen in ihren Referaten die vielfältige und enge Vernetzung von Medizin und Zahnmedizin in Diagnostik und Therapie. Der Bogen war weit gespannt und reichte von grundlegenden Überlegungen zum Thema bis zu gewissen Paradigmenwechseln – besonders in der Parodontologie, wo sich anfängliche Verdachtsmomente zu einer quasi Gewissheit der wechselseitigen Beeinflussung der Vorgänge in der Mundhöhle und einer Vielzahl von medizinisch relevanten Krankheitsbildern gewandelt haben. Diesen war denn auch das erste Referat von Donald A. Falace von der University of Kentucky gewidmet. Es führte in einer Übersicht bestens in die medizinisch orientierte Denkweise ein, die für den heutigen Zahnarzt unabdingbar ist.

Aber nicht nur die organischen Erkrankungen, sondern auch die verschiedenen Prozesse und Umstellungen des Alters gilt es in unserem Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen, wie auch die psychische Verfassung unserer Patienten. Hier setzte denn auch das Referat von Cesary Winnicki an, der die Betrachtungsweise der Komplementärmedizin im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung – auch der zahnmedizinischen – des Patienten dar-

legte. Am Ende des wissenschaftlichen Programms stand eine in jeder Hinsicht bemerkenswerte philosophische Betrachtung des deutschen Arztes und Psychotherapeuten Ruediger Dahlke, der den Teilnehmern eine Abkehr vom Nanokosmos der Mundhöhle zum Mikrokosmos des ganzen Menschen und darüber hinaus zum Makrokosmos des gesamten Weltalls empfahl und mit auf den Heimweg gab.

Dieser erste Teil der Berichterstattung ist denn auch im Wesentlichen dem ersten und den zwei letzten Referaten des Kongresses gewidmet. Ein ausführlicher zweiter Teil mit Informationen zu den anderen Vorträgen folgt in der nächsten Nummer. So viel sei aber vorweggenommen: mit 1430 angemeldeten Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie 540 Dentalassistentinnen war der diesjährige SSO-Kongress rekordverdächtig gut besucht. Wahrscheinlich gerade wegen des ebenso spannenden wie wichtigen Themas. Ein ganz grosser Dank gebührt an



Reger Austausch unter Kollegen während der Pausen. Rekordverdächtige Beteiligung für den SSO-Kongress 2003 in Luzern. Die gute Laune war mit dabei.

dieser Stelle Jürg Eppenberger, Luzern, Präsident des Organisationskomitees, und seinem Vize, Daniel Meyer, sowie dem Team der SSO (Monika Lang, Liliane Orlando und Hans-Caspar Hirzel), die gemeinsam für eine fehlerlose Abwicklung der Veranstaltung verantwortlich zeichneten. Es bleibt nur zu hoffen, dass die Ausgabe 2004 unter dem Thema «Soziale Zahnmedizin – wirtschaftlich und zielgerichtet», vom 10. bis 12. Juni 2004 in Interlaken, ebenso viel Interesse wecken wird.

Dentistry and general health

Prof. Donald A. Falace, University of Kentucky, Lexington, KY, USA

Wie schon eingangs erwähnt, eröffnete der Referent aus den USA das wissenschaftliche Programm des Kongresses. «We should never forget that the teeth are attached to a body!» war der Leitsatz seiner Ausführungen zu den Zusammenhängen zwischen Zahnmedizin und Gesundheit. Historisch gesehen ist die Fokussierung auf die Zähne und die umgebenden Strukturen hauptsächlich bedingt durch die zahnärztliche Ausbildung, und zwar sowohl während des Studiums wie auch danach, aber auch durch die Erwartungen seitens der Patienten, die vom Zahnarzt erwarten, dass er sich in erster Linie um die Zähne kümmert. Wenig erstaunlich ist auch, dass es innerhalb der Zahnmedizin zu einer zunehmenden Spezialisierung kommt, weil verschiedene Patientengruppen (z.B. Kinder oder Senioren) und klinische Problemstellungen (Stomatologie, Chirurgie, Parodontologie, Prothetik) besonders in komplexen Fällen die Ansprüche an die fachliche Kompetenz definieren.

In den Industrieländern machen die Senioren über 65 Jahre mittlerweile 15 Prozent der Gesamtbevölkerung aus und stellen das am schnellsten wachsende demographische Segment dar. Gerade bei solchen Patienten ist der Zahnarzt in der Regel mit chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Atemwege, Diabetes, Krebs) konfrontiert. Dazu kommen die Fortschritte in der Medizin, beispielsweise Transplantationen, Stents und Angioplastien der Herzkranzgefässe, Immuntherapien etc. und, nicht zu vergessen, die Explosion der Zahl neuer Medikamente. Kein Wunder also, meinte der Experte, dass die Zahnärzte oft verunsichert sind, wenn sie Patienten mit komplexen medizinischen Problemen zu behandeln haben.

Aber auch ausserhalb dieser Situationen sollte der Zahnarzt in erster Linie einmal



Charmant, kompetent und manchmal auch etwas mehr gestresst, als das Bild vermuten lässt: das Team der SSO. Von links: Monika Lang, Liliane Orlando und Hans-Caspar Hirzel.

Arzt sein, denn zahlreiche Krankheiten verursachen spezifische klinische Symptome in der Mundhöhle. Lichen planus, Aids, hämatologische Erkrankungen und Malignome, z.B. Leukämie, manifestieren sich in vielen Fällen sogar zuallererst in unserem Tätigkeitsgebiet. Dabei steht der Zahnarzt bei der Frühdiagnose solcher medizinischer Probleme an erster Front, ebenso wie bei der Beratung des Patienten bezüglich weiterer Abklärungen im Verdachtsfall.

In der multidisziplinären Betreuung des Patienten kommt dem Zahnarzt in Diagnostik und Therapie eine eminent wichtige Rolle zu. Vernetztes Denken ist gefragt, gerade wenn wir die Konsequenzen von Speicheldrüsendysfunktionen, Allergien, Schlafapnoe oder funktionellen Störungen des Kauorgans, aber auch chronische Schmerzen im Kiefer-/Gesichtsbereich zu behandeln haben.

Eindringlich plädierte der Referent dafür, für jeden Patienten eine ausführliche, komplette Anamnese aufzunehmen und im Detail in der Krankengeschichte festzuhalten. Dabei geht es nicht nur um die Berücksichtigung des alten und oft bewährten Merkspruches «Never treat a stranger!», sondern darum, den Patienten als Ganzes zu erfassen. Auch sollte die klinische Untersuchung sich nicht nur auf die Strukturen der Mundhöhle beschränken, sondern den gesamten Kopf- und Halsbereich einbeziehen. Haut, Gesicht und Augen können viel über den Gesundheitszustand des Patienten aussagen, ebenso wie sein Auftreten, sein Verhalten oder seine Stimmungslage.

Das systematische Erfassen aller regelmässig eingenommenen Medikamente (auch nicht rezeptpflichtiger Substanzen) ist ein weiteres absolutes Element der Befragung. Gewisse Substanzklassen wie z.B. Antidepressiva, Antiepileptika oder Antibiotika, aber auch gewisse Naturheilprodukte und Phytotherapeutika

haben erhebliche indirekte Auswirkungen auf die Strukturen der Mundhöhle. Andere vom Arzt verordnete Behandlungen können Interaktionen mit vom Zahnarzt verschriebenen Medikamenten hervorrufen. Deshalb ist es wichtig, im Zweifelsfall das pharmakologische Profil zu kennen oder allenfalls nachzuschlagen und mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu nehmen. Zu letzterem Aspekt meinte der Referent, es sei wichtig, in der Diskussion mit Ärzten möglichst spezifische Fragen zu stellen, weil diese oft mit der Zahnmedizin und ihren Besonderheiten zu wenig vertraut sind.

Auf die Synthese der so gewonnenen Informationen folgt schlussendlich die Abschätzung der Risiken einer zahnärztlichen Behandlung. Die grundsätzliche Frage lautet: «Kann ich diesen Patienten behandeln, ohne bestehende Probleme zu verschlimmern oder gar neue Probleme für seine Gesundheit zu schaffen?» Im Allgemeinen ist dies auch durchaus möglich, allenfalls unter Berücksichtigung gewisser Vorsichtsmassnahmen, beispielsweise durch eine antibiotische Abschirmung oder die entsprechende Anpassung der therapeutischen Verfahren, wie den Verzicht auf adrenalinhaltige Anästhetika. Erscheint jedoch das Risiko a priori nicht vertretbar, gilt es abzuwägen, inwieweit der körperliche oder psychische Zustand des Patienten eine Behandlung überhaupt zulässt. Ist dies nicht der Fall, ist zu überlegen, ob es möglich ist, diesen z.B. durch eine Prämedikation oder eine mit dem Arzt abgestimmte Einstellung der bestehenden Medikation so weit zu stabilisieren, dass eine Behandlung mit einem akzeptablen Restrisiko durchführbar wird. Und der Spezialist schloss seine Ausführungen mit der Feststellung, jeder Patient bedürfe einer individuellen Betreuung, denn es gebe keine «Kochbücher», höchstens gewisse Richtlinien.

Ganzheitlicher Ansatz im Dialog Arzt – Zahnarzt

Dr. med. Cesary Winnicki, Brunnen

Auf der Suche nach den Wurzeln der ganzheitlichen Medizin machte der Referent bereits in seiner Studienzeit Bekanntschaft mit der klassischen Homöopathie und der anthroposophischen Medizin. Seit mehreren Jahren arbeitet er an der Aeskulap-Klinik in Brunnen, Schwyz, wo er interdisziplinäre Problemstellungen im oralen Bereich in Zusammenarbeit mit ganzheitlich ausgerichteten Zahnärzten zu lösen versucht.



Zwar nicht so extrem wie die IDS, aber trotzdem immer grosser Andrang und Interesse an der Dental-Ausstellung im Foyer.

An den Anfang seines Vortrags stellte der Referent das Konzept des «Dialogs» im klassischen Sinn («diálogos»), also den Gedankenaustausch, der dem Öffnen des Blicks über das eigene Gebiet hinaus dient. Und, eine solche mehrdimensionale Betrachtung fördert das Entstehen neuer Ideen. Eben solche sind nach Ansicht vieler Experten auch in der Medizin, beziehungsweise der Zahnmedizin, zunehmend gefragt. Unbestritten ist, dass viele in unserem Gebiet verwendete Metalle ein erhebliches allergenes Potenzial aufweisen. Palladium, Kupfer und Silber können allergische zellvermittelte Reaktionen vom Typ IV und andere Autoimmunprozesse auslösen. Sie können ebenso als Modulatoren in die komplexen Abläufe des Immunsystems eingreifen, mit oft unvorhersehbaren Konsequenzen auf die Gesundheit.

Daneben besitzen Metalle und Legierungen auch ein direktes toxisches Potenzial. So ist bekannt, dass Quecksilber oder Zinn nicht nur Proteine denaturieren können, sondern auch Enzyme inaktivieren und mutagene und teratogene Wirkungen auslösen.

In diesem Zusammenhang gilt es zu unterscheiden zwischen der «Exposition» gegenüber Stoffen aus der Umwelt oder im beruflichen Umfeld einerseits und der «Disposition» als Folge des Alters, des Geschlechts oder genetischer Faktoren andererseits. Anhand eindrücklicher Fallbeispiele von Erkrankungen, welche durch die Schulmedizin als unbehandelbar angesehen worden waren, erläuterte der Spezialist die Verfahren in der Diagnose und Therapie, wie sie in der komplementären Medizin zur Anwendung gelangen. So konnte der Zustand einer Patientin, die seit Jahren an einer schwersten Neurodermitis litt, durch die radikale Umstellung der Ernährung in einem ersten Schritt wesentlich verbessert werden. Doch erst der stufenweise Ersatz der Amalgamfüllungen brachte ein fast völliges Abklingen der klinischen Symp-

tome. Die Quecksilberbelastung des Körpers wird übrigens nicht über die Konzentration des Metalls im Urin gemessen, sondern mittels des Dimaval-Tests, der auf der Reaktion mit einem Chelator (DMPS) basiert. Dieser kann auch zur Ausleitung, respektive Detoxikation verwendet werden.

Allergien können mit Hilfe des Lymphozyten-Transformationstests (LTT) diagnostiziert werden. Die bioelektrische Diagnose stützt sich in vielen Fällen auf die so genannte Decoder-Dermographie (DDG), mit welcher die Potenziale am Körper über Elektroden abgeleitet und aufgezeichnet werden. Und die Neuraltherapie nach Huneke dient der Ausschaltung von Störfeldern. Zu Letzterem präsentierte der Experte einen Fall eines Patienten, bei welchem ein unterer Prämolare mit Wurzelspitzenresektion und retrogradem Verschluss mit einem Metallstift als Störfeld diagnostiziert wurde. Nach der Extraktion des Zahnes besserte sich der klinische Zustand innerhalb weniger Tage.

Zähne und Psyche

Dr. med. Ruediger Dahlke, Johanniskirchen, Deutschland

Die Interessenschwerpunkte dieses Arztes für Naturheilverfahren, Psychotherapie und Homöopathie liegen in der Entwicklung einer ganzheitlichen Psychosomatik unter Einbezug spiritueller Themen. Seine philosophische Betrachtung war ein perfekter Ausklang eines spannenden und interessanten Kongresses.

Seiner Auffassung nach ist das in unserem Denken so tief verwurzelte Kausalitätsprinzip ein bedauerlicher Denkfehler. Als einzig annehmbares Prinzip sieht Dahlke die Symmetrie an. Ausgehend vom Konzept der Synchronizität spannte er deshalb zunächst einen weiten Bogen vom Mikrokosmos zum Mak-



Ein Teil des KKL von Jean Nouvel wurde für die Dauer des Kongresses kurzerhand umfunktioniert. Wäre dies nicht eine Traumlage für eine Praxis?

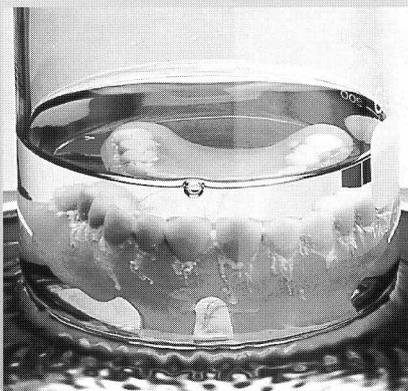
rokosmos. Dieses von C. G. Jung im Gegensatz zum Kausalprinzip (Ursache = Wirkung) formulierte Prinzip stellt einen Zusammenhang her zwischen dem sinnvollen Beieinander und dem zeitlichen Zusammenstimmen von psychischen Vorgängen und physischen Erlebnissen, die sich kausal nicht aufeinander beziehen lassen. Auf diese Weise kann man kosmische beziehungsweise astrologische Konstellationen mit seelischen Gegebenheiten verbinden. Die Synchronizität hat ihre Grundlage in den Archetypen. In einer Sequenz von atemberaubenden Bildern veranschaulichte der Referent die Symmetrien respektive Parallelen, die sich darstellen lassen, wenn wir von der Erde ausgehend das Blickfeld in Potenzen von 10^3 ausweiten oder aber im umgekehrten Sinn von der Körperoberfläche aus in Potenzen von 10^3 in den menschlichen Organismus hinein verengen. Es ergeben sich hier schlussendlich inmitten der umgebenden Leere kugelförmige Elemente, die der Referent im Sinne von Mandalas als archetypische Grundstrukturen interpretiert.

Näher am vorgegebenen Titel reflektierte der Referent in loser Folge seine Gedanken zur symbolischen Bedeutung der Zähne in der Psyche des Menschen. «Der hat Biss» oder «Der kann sich durchbeis-

sen» sind im heutigen Sprachgebrauch synonym, ja geradezu Metaphern geworden für «Potenz» und Vitalität beziehungsweise Durchsetzungsvermögen. Im gleichen metaphorischen Register ist der Verlust von Zähnen assoziiert mit «Kastration» und ein Lückengebiss lässt unweigerlich das Bild von der grinsenden Hexe aufkommen.

Auf der andern Seite muss man sich hüten, wenn Menschen «bissig» werden, zum Beispiel weil sie sich nicht mehr «durchbeissen» können oder mangels «Beissvermögens» ihre Emotionen nicht mehr richtig verdauen können. So ist Bruxismus als Zeichen des inneren Aggressionsstaus zu werten, im Sinne einer selbstzermürbenden Auto-Aggression. Die Folge solcher «zähneknirschenden» Phänomene sind «zerknirschte Menschen».

Auch sind Zähne symbolische «Waffen», die es im Sinne der Waffenpflege in einem täglichen Ritual zu pflegen gilt. Denn sonst kann es dazu kommen, dass die Waffen «stumpf» oder unbrauchbar werden. Im schlimmsten Fall droht der Mensch gar wehrlos werden, wenn er aller seiner Zähne, sprich Waffen, verlustig geht. Hiezu gehört auch das radikale Abkauen der Fingernägel, das als Akt der Selbstverstümmelung infolge von fehlgeleiteter Konfliktbewältigung schlussendlich zum Verlust der «Krallen» führt... ■



ZZ-Löser Zement- und Zahnsteinlöser für Ultraschallgeräte

- Zahnstein an Prothesen und orthodontischen Apparaturen wird in wenigen Minuten restlos aufgelöst.
- Nikotinbeläge werden aufgeweicht und können einfacher mechanisch entfernt werden.

- Phosphatzemente an Instrumenten, Kronen etc. werden schnell und schonend entfernt.
- Löst auch sämtliche Kalkrückstände.

Lieferform: Einheit zu 2x 31 Kanister
Giftklasse 4

Postfach 189
CH-8062 Zürich

Telefon 01/322 29 04
Fax 01/321 10 66

Benzer Dental AG
Zürich

Basel: Übergang von der Trinkwasser- zur Salzfluoridierung

Jürg Meyer und Peter Wiehl

Der Basler Grosse Rat hat am 9. April 2003 auf Antrag seiner Gesundheits- und Sozialkommission die Aufhebung der Trinkwasserfluoridierung (TWF) mit 76:23 Stimmen beschlossen. Im Vorfeld hatten die Fachleute der öffentlichen Zahnkliniken, die Basler Zahnärztesellschaft und die Professoren der Zahnmedizin deutlich ihre Bedenken gegen diese Aufhebung ausgesprochen und gezielte Prophylaxemassnahmen zu Gunsten der sozial Schwächeren (Senioren, Schüler, Ausländer) gefordert.

Die Basler TWF wurde 1962 auf Grund des «Grossratsbeschlusses betreffend Einführung der Trinkwasserfluoridierung zur Bekämpfung der Zahnkaries» vom 9. April 1959 eingeführt. Seither wurde dem Trinkwasser von Basel, Riehen und Bettingen sowie jenem der Baselbieter Gemeinden Allschwil, Binningen und Schönenbuch je nach Jahreszeit 0,8 bis 1 ppm Fluorid zugesetzt, wobei sich die Dosierung in den letzten Jahren eher zwischen 0,7 und 0,9 ppm bewegte. Der Kariesrückgang wurde durch wissenschaftliche Studien des damaligen Zahnärztlichen Instituts der Universität dokumentiert und widerspiegelt sich bis etwa 1990 in den Zahlen der Basler Schulzahnklinik (leider hat sich seither das Bild eher verschlechtert).

Die Trinkwasserfluoridierung wurde bald nach ihrer Einführung zum Politikum, das periodisch zu heissen, ja hitzigen Diskussionen im Parlament und in den Medien führte. Die Fluoridierungsgegner versuchten mit zahlreichen Vorstössen und Angst einflössenden Argumenten, die Aufhebung der TWF zu erreichen. Mit schöner Regelmässigkeit sprachen sich Regierung und Parlament aber für die Beibehaltung der TWF aus. Sie taten dies u.a. mit dem Hinweis, dass die WHO sie als billige, soziale und sichere Massnahme empfahl und die immer wieder behaupteten Gesundheitsrisiken (Krebs, Mongolismus, Osteoporose und Knochenbrüche, Herzkrankheiten, Alzheimer-Krankheit, geringe Intelligenz, Allergien und andere Erkrankungen) in sorgfältigen wissenschaftlichen Untersuchungen nicht bestätigt wurden. Sogar das Bundesgericht wurde angerufen. Es bestätigte in seinem Urteil (1990), dass die TWF einen zulässigen Eingriff in das (damals) ungeschriebene Verfassungsrecht der persönlichen Freiheit darstelle, weil sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhe, im öffentlichen Interesse liege und dem Gebot der Verhältnismässigkeit entspreche.

In allen übrigen Kantonen der Schweiz wurde das fluoridierte Tafelsalz, seit 1983 mit 250 ppm Fluorid, zur Basisprophylaxe eingesetzt. Auch in Deutschland und Frankreich ist das fluoridierte Salz seit einigen Jahren erhältlich. Das

führte zu einer «Insel-situation» der Basler TWF, aber das Nebeneinander von Salz- und Wasserfluoridierung war bis vor kurzem unproblematisch, weil das Fluoridsalz in Basel nicht verkauft wurde. Durch eine Änderung der Lebensmittelgesetzgebung wurden die kantonalen Verkaufsrestriktionen aufgehoben. Seit dem Jahr 2000 wurde der Aufdruck auf den grünen Salzpackungen «darf nicht in Basel-Stadt verkauft werden» fallen gelassen, und die Grossverteiler hatten auch praktische Schwierigkeiten, solche Ausnahmen in ihren neuen Verteilkonzepten zu berücksichtigen. Aber auch der Einkaufstourismus führte in mancher Basler Familie zu einer doppelten Basisfluoridierung durch Trinkwasser und Salz.

Schweizerische Gesellschaft für Endodontologie (SSE)

Die SSE bittet um Nominierungen für *zwei Auszeichnungen*, die an der Jahrestagung der SSE im Januar 2004 in Basel vorgestellt werden sollen. Die Nominierungen können von den Kandidaten selbst oder von anderen eingereicht werden. Die Entscheidung der SSE sind unanfechtbar.

Guldener Preis für Endodontologie

Diese Auszeichnung wird zum Gedenken an Dr. Peter H.A. Guldener verliehen. Die Auszeichnung ist für hervorragende Leistungen im Bereich der endodontologischen Forschung und Lehre, der Klinik und/oder professionellen Organisation gedacht. Der Empfänger muss in der Schweiz tätig sein und entscheidend zur Entwicklung der Endodontologie beigetragen haben. Der *Guldener Preis* ist mit 5000 Franken dotiert.

SSE Forschungspreis

Diese Auszeichnung soll eine Forschungsarbeit im Fach Zahnmedizin mit Schwerpunkt im Bereich Endodontologie belohnen. Die für die Auszeichnung in Erwägung gezogene Arbeit muss in einer akzeptierten Fachzeitschrift 3 Jahre oder länger vor dem Zeitpunkt der Nominierung veröffentlicht worden sein. Das Forschungsprojekt sollte entweder ganz in der Schweiz oder in Zusammenarbeit mit anderen ausländischen Institutionen durchgeführt worden sein. Der *SSE Forschungspreis* ist mit 3000 Franken dotiert.

Nominierung

Folgende Informationen müssen jeder Nominierung in deutscher, französischer oder englischer Sprache beigelegt werden:

- eine kurze *Begründung* der Nominierung
- ein kurzer *Lebenslauf* des Kandidaten
- ein aktuelles *Passfoto* des Kandidaten
- Namen und Adressen von *zwei Referenzpersonen* des Kandidaten

Termin

Einreichung spätestens bis 30. September 2003.

Nominierungen sind zu richten an:

Dr. R. Nair, Vorsteher des Wissenschaftlichen Komitees der SSE, Abteilung für Orale Strukturbiologie, Zahnmedizinisches Zentrum, Plattenstr. 11, CH-8028 Zürich
Tel. 01/634 31 42, Fax 01/312 32 81, E-Mail: nair@zzmk.unizh.ch

Diese komplexe Situation war einer Weiterführung der Trinkwasserfluoridierung nicht gerade förderlich. Im Zuge eines erhöhten Umweltbewusstseins fiel auch das ökologische Argument stärker ins Gewicht, dass nämlich 99% des fluoridierten Wassers das Wirkungsziel nie erreichen, sondern nur zur Fluoridbelastung des Rheins werden. Dem Zeitgeist der unbeschränkten persönlichen Freiheit widerspricht diese kollektive Zwangsmassnahme ganz besonders. Schliesslich förderte auch ein finanzielles Argument den Wechsel zum Fluoridsalz: Dank Sparmassnahmen der Industrie und der privaten Haushalte produziert Basel (bis 50%) zu viel Trinkwasser, das wegen der guten Qualität leicht in die benachbarten elsässischen Gemeinden verkauft werden könnte, allerdings nur ohne Fluoridzusatz, den die französische Gesetzgebung strikt verbietet.

Die Trinkwasserfluoridierung hat in den letzten 40 Jahren in Basel Wesentliches zur Abnahme der Zahnkaries beigetragen. Im Sinne einer optimalen Kariesprophylaxe wäre es wünschenswert, dass nicht nur das Haushaltsalz, sondern, wie in den Kantonen Waadt und Glarus, auch das fluoridierte Sacksalz für Bäckereien und Gemeinschaftsküchen verwendet wird. Diese Lösung wird seit kurzem

auch in anderen Kantonen (Tessin, Zürich) umgesetzt. Für die Basler Bevölkerung sollte diese Massnahme unbedingt eingeführt werden. Sie würde erst noch nichts kosten, weil das fluoridierte Salz nicht teurer ist.

Mehrere wissenschaftliche Studien belegen, dass die sozial Schwächeren am stärksten vom Kariesschutz durch die Trinkwasserfluoridierung profitieren.

Wenn die Zahngesundheit der Basler Bevölkerung erhalten oder verbessert werden soll, müssen gezielte zusätzliche Prophylaxemassnahmen für die sozial Schwächeren beschlossen werden. Dazu sollten das Einbürsten von Fluoridgelée in den Schulen zählen oder spezielle Prophylaxeprogramme für die ausländische Wohnbevölkerung (insgesamt 29%, Schüleranteil 41%), für Senioren mit eigenen Zähnen oder für Kleinkinder. Wird die Prophylaxe abgebaut, drohen dem Kanton zusätzliche Kosten für vermehrte zahnärztliche Therapieleistungen. Diese könnten höher ausfallen als die durch die Aufhebung der Trinkwasserfluoridierung erzielten Einsparungen von Fr. 180 000.–. Vorbeugen ist nicht nur besser, sondern auch billiger als Heilen, und deshalb sollte der heutige Stand der Kariesprophylaxe mindestens erhalten werden. ■



PD Dr. Markus Koller

Zahl der «schwierigen» Patienten, bei denen alle Empathie nichts nützt, eher zunimmt. Und Tatsache ist, dass die meisten Privatpraktiker über die Möglichkeiten der modernen Anästhesie viel zu wenig wissen. So war dieser spannende Vorkurs eine echte Gelegenheit, in kompakter Form viel Wissenswertes zu diesem wichtigen Thema zu erfahren. Die ausgewiesenen Referentinnen und Referenten führten die mehr als 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch alle theoretischen und praktischen Aspekte der Anästhesie, insbesondere der ambulanten Narkose. In den angelsächsischen Ländern sind Sedierungen mit Lachgas seit Jahrzehnten gang und gäbe, in der Schweiz jedoch wird ihnen mit viel Skepsis begegnet. Und zahnmedizinische Behandlung in Narkose wird im Allgemeinen respektvoll «Spezialisten» in Kliniken oder Spitälern überlassen. Es gibt aber neue Wege, die es erlauben, ambulante Narkosen durchaus in jeder Privatpraxis durchzuführen. So meinte denn Markus Koller sehr treffend in der Begrüssung und Einleitung zum Kurs: «Die Narkose in der Zahnmedizin ist wichtig und nützlich, aber man sollte etwas davon verstehen ...»

Anästhesie gestern und heute: Geschichte, Entwicklung, Sicherheit

Frau Dr. med. Elena Wichser, FMH Anästhesie, A4U, Ambulante Anästhesie, Zumikon

In ihrem ersten Referat schilderte die Spezialistin, die mit ihrer Kollegin Daniela Centazzo eine Gemeinschaftspraxis für ambulante Narkose im Raum Zürich betreibt, die wichtigsten Etappen der Geschichte der Anästhesie und die Merkmale der modernen Narkoseverfahren. Die Entwicklung der Anästhesie verlief in den letzten 150 Jahren rasch und spekta-

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht über den Vorkurs zur 12. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB) am 9. Mai 2003 in Zürich

Ambulante Narkose in der Zahnmedizin

Thomas Vauthier, Basel

Das völlig aufgelöste kreischende Kleinkind mit massivem Frontzahntrauma nach einem Sturz aus dem Einkaufswagen, die total hyperventilierte Portugiesin mit einem vereiterten Weisheitszahn, die schon beim Anblick der Spritze in Ohnmacht fällt, die demente alte Dame, bei der eigentlich mehrere Wurzelreste gezogen werden sollten, aber mit der keine Kommunikation möglich ist – Situationen, wie wir sie alle aus der Praxis kennen. Es müssen nicht immer die «typischen» oder «grossen» Sanierungsfälle sein, die im Zusammenhang mit der Narkose in der Zahnmedizin an Kongressen und Fortbildungen präsentiert werden. Nein, es gibt auch in der Privatpraxis Situationen, in denen sich jeder von uns schon einmal einen Zauberstab wie Harry Potter gewünscht hat, um die unausweichliche Behandlung speditiv, aber für den Patienten ertragbar, in Angriff nehmen zu können.

Daher ist die Initiative von PD Dr. Markus Koller, Leiter der Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin (KAB) des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) Zürich, im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der SGZBB

einen Vorkurs zum Thema «Ambulante Narkose in der Zahnmedizin» zu organisieren, ausserordentlich begrüßenswert. Dies nicht zuletzt in Anbetracht des Kostendrucks im Gesundheitswesen, aber auch der empirischen Erfahrung, dass die

kulär; sie gilt deshalb als junger Zweig der Medizin. Frühe Versuche, den Operationsschmerz zu dämpfen, gehen bereits auf die Antike zurück. Bekannt war schon damals die betäubende Wirkung des Mohnsaftes. Sowohl die Ägypter als auch die Römer kannten die einschläfernde und schmerzstillende Wirkung des Opiums. Im Mittelalter wurden zur Herbeiführung einer relativen Narkose «Schlafschwämme» (*spongia somnifera*) eingesetzt. Diese wurden mit betäubenden Säften getränkt und vor dem Eingriff dem Kranken vor das Gesicht gebunden. Über die Effizienz der Methode ist wenig überliefert. Immerhin wurden damals wegen des Zeitdrucks Amputationen auf Höhe des Oberschenkels in spektakulären 28 Sekunden durchgeführt!

Anfang des 19. Jahrhunderts fanden die berühmten «Lachgas- und Ätherpartys» statt. Zum Spass und wegen der euphorisierenden Wirkung atmeten Freiwillige dies Gase ein. Wegen dem unkontrollierten Kichern nach erfolgter Einatmung des Stickoxyduls bürgte sich damals der Name «Lachgas» ein. Es ist jedoch anzunehmen, dass es sich bei dieser Wirkung eher um die Folge einer relativen Hypoxie gehandelt haben dürfte, denn das Gas wurde in purer Form durch improvisierte Masken eingeatmet ...

Die erste öffentliche Allgemeinnarkose fand am 16. Oktober 1846 am Massachusetts General Hospital in Boston statt. Der Zahnarzt (!) Thomas Green Morton eröffnete somit das Zeitalter der modernen Anästhesie, indem er die erste Äthernarkose demonstrierte. Bald darauf trat die Äthernarkose ihren Siegeszug über die ganze Welt an. Natürlich blieben Misserfolge nicht aus, die durch den Einsatz von Chloroform und später auch Lachgas kaum weniger wurden.

1847 fand die erste Äthernarkose in Bern statt, aber erst 1953 wurde die erste Anästhesieabteilung in Zürich gegründet. Acht Jahre später zählte diese Abteilung bereits über 50 Ärzte, über 14 000 Narkosen pro Jahr fanden statt. 1966 wurde die Abteilung in ein selbstständiges Institut für Anästhesiologie umgewandelt, Georg Hossli war der erste Professor für Anästhesiologie in Zürich. Nebst der Suche nach möglichst zuverlässigen Substanzen für die Anästhesie beschäftigte die Ärzte und ihre technischen Mitarbeiter die Entwicklung stets besserer Apparaturen.

Das in den Pionierzeiten verwendete Lachgas hat seinen Platz bis heute behauptet. Äther und Chloroform sind dagegen seit vielen Jahren durch nebenwir-

kungsärmere, gut steuerbare Inhalationsanästhetika wie Halothan, Enfluran, Isofluran und Sevofluran ersetzt worden. Kombinationsverfahren wurden weiterentwickelt zur Erzielung der einzelnen Anästhesiekomponenten: Schlaf bzw. Bewusstlosigkeit, Schmerzlosigkeit, Muskelschlaffung und Ausschaltung unerwünschter Reflexe. Neben der Inhalations- oder Intubationsnarkose (ITN) können heute auch intravenös verabreichte Substanzen wie Propofol oder Benzodiazepine, aber auch opiatartige Medikamente wie Fentanyl oder Ketamin zum Einsatz kommen

Seit 1952 gibt es die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie (SGAR); 14 Ärzte hatten sie gegründet. Heute zählt sie über 700 Mitglieder. Seit 1963 wurden Lehrstühle für die Anästhesiolo-

gie eingerichtet. 1986 wurde ein obligatorisches Fachexamen eingeführt, die Mindestdauer der Weiterbildung beträgt 6 Jahre.

Die moderne Anästhesiologie bedeutet: mehr Sicherheit, mehr Komfort und mehr Qualität, sowohl für den Behandler wie auch den Patienten.

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine zunehmende Zahl von Physiologen und Pharmakologen mit den Problemen der Anästhesie beschäftigt. Wirkungen und Nebenwirkungen vieler verschiedener Anästhetika sind sorgfältig untersucht worden. Damit gewann die Anästhesiologie eine solide wissenschaftliche Grundlage. Während früher die Narkose oft unerfahrenen Chirurgieassistenten oder Personen mit rein empirischem Wissen überlassen wurde, wandelte sich die An-

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO verleiht hiermit

Dr. Gion Pajarola

die Ehrenmitgliedschaft. Sie würdigt damit sein langjähriges und erfolgreiches Wirken als Mitglied der Gesundheitspolitischen Kommission der SSO, besonders aber als Mitautor des KVG-Atlas und als kompetenter, mit grosser klinischer Erfahrung ausgestatteter Ansprechpartner für alle Fragen rund um das Krankenversicherungsgesetz.



Neben seiner Praxis in Chur führte er von 1974 bis 1986 als Präsident die Genossenschaft der Fahrbaren Praxis der Graubündner Zahnärztegesellschaft. Im Jahre 1987 begann er seine erfolgreiche Tätigkeit als Leiter der Poliklinik für Orale Chirurgie am Zahnmedizinischen Zentrum der Universität Zürich. Seit diesem Wechsel an die Alma Mater sind ihm eine praxisnahe Ausbildung der Studenten und eine praktisch orientierte Fortbildung der Kolleginnen und Kollegen auf allen Stufen ein besonderes Anliegen. Die unzähligen Vorträge und Fortbildungskurse – in den letzten 12 Jahren trat er als Referent an 9 SSO-Kongressen auf –, sein Wirken als eidg. Examinator für das Staatsexamen, als Strahlenschutz-Prüfungsexperte des Bundesamts für Gesundheit für die zahnärztliche Radiologie und als Mitglied im Ausbildungsstab des Zahnärztlichen Dienstes der Armee sind Zeugen dieses grossen Engagements.

In der SSO war er bereits vor 30 Jahren in der Kommission für die Spezialisierung in zahnärztlicher Chirurgie tätig. In den Jahren 93/95 war er die treibende Kraft im Redaktionsteam des KVG-Atlas der SSO und massgeblich dafür verantwortlich, dass bereits kurz nach Inkrafttreten des KVG allen Zahnärztinnen und Zahnärzten eine umfassende Dokumentation zur Beurteilung dieser manchmal doch sehr komplexen Fälle zur Verfügung stand. Seit 1997 ist er Mitglied der Gesundheitspolitischen Kommission der SSO und der Arbeitsgruppe KVG. In diesen Gremien ist er u. a. zuständig für die Interpretation der zahlreichen Urteile des eidg. Versicherungsgerichts, die sich mit der Auslegung des Krankenversicherungsgesetzes und der dazugehörigen Verordnung befassen. Aus dieser Arbeit ging auch 2001 die Neuauflage des KVG-Atlas hervor.

Mit der Ernennung zum Ehrenmitglied dankt die SSO Gion Pajarola nicht nur für seinen enormen Einsatz zu Gunsten unserer Standesorganisation und all unserer Mitglieder, sondern auch für sein nimmermüdes Bestreben, die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu verbessern, um so eine Brücke zu schlagen zwischen dem Optimum und dem den Umständen angepassten Möglichen.

wendung der Anästhesie zur ärztlichen Funktion. Die moderne Anästhesie unterliegt standardisierten Protokollen nach definierten Richtlinien. Sie wird durch Statistiken und dauernde Evaluation im Sinne des geforderten Qualitätsmanagements streng überwacht. Auch die apparative Weiterentwicklung zur Überwachung der lebenswichtigen Organfunktionen trägt zum hohen Qualitätsstandard der heutigen Anästhesie bei. Für alle Geräte existieren im Sinne der Qualitätssicherung strenge Auflagen, die im Medizinproduktegesetz geregelt sind. Der erhöhte Komfort für die Patienten lässt sich folgendermassen zusammenfassen: schnellere Wiedererlangung kognitiver Funktionen, kürzere Hospitalisationszeiten, ausführliche Aufklärung, persönliche Betreuung.

Narkoseverfahren in der Zahnmedizin: Sedation, Intubationsnarkose

Frau Dr. med. Elena Wichser, FMH Anästhesie, A4U, Ambulante Anästhesie, Zumikon

In ihrem nachfolgenden zweiten Vortrag ging die Referentin auf die hauptsächlichsten Unterschiede zwischen der reinen Sedation (die meist dazu dient, eine Lokalanästhesie zu setzen) und der eigentlichen Allgemeinanästhesie mit Ausschaltung des Bewusstseins ein.

Mögliche Narkoseverfahren im Zahnarztbereich sind einerseits die Sedation, andererseits die Allgemeinanästhesie, die als Maskennarkose (nur für ultrakurze Eingriffe wie z.B. Extraktion eines Frontzahns geeignet), als Larynxmaske-Narkose oder als Intubationsnarkose angewendet werden kann.

Grundsätzlich sind alle Narkosetechniken in der Zahnmedizin möglich. Es wird aber immer das Narkoseverfahren angewandt, das für den Patienten das höchste Mass an Sicherheit bietet. Die Sedation stellt im klinischen Alltag sicher die grosse Ausnahme dar und bleibt dem eingespielten Behandlungsteam bei geeigneter Indikationsstellung vorbehalten.

Bei der Intubationsnarkose wird die orale (klassische) von der nasalen endotrachealen Intubation unterschieden. Für Operationen im Mund und Oropharynx ist die nasale Intubation die Methode der Wahl, da sie dem Zahnarzt eine bessere Übersicht ermöglicht und somit die Therapie in der Mundhöhle erleichtert.

Indikationen für eine Intubationsnarkose sind Angststörungen, Ablehnung einer Behandlung unter Analgosedation, altersbedingte Trotzphase von Kleinkindern, Versorgungen cerebral Behinderter mit ein-

geschränkter oder fehlender Kooperation, abnormer Würgereiz, keine Eignung für ein Lokalanästhesieverfahren.

Kontraindikationen für eine Intubationsnarkose sind fehlende Einwilligung des Patienten, nicht eingehaltene Nüchternheit, akute fiebrige Infektion bei Wahl Eingriffen oder zu hohes Narkoserisiko für einen ambulanten Eingriff auf Grund internistischer Begleiterkrankungen.

Typische Komplikationen der nasotrachealen Intubation sind massives Nasenbluten, Drucknekrosen im Nasenbereich, Verletzung von Conchae, Rachenwand und Rachenmandeln oder Verlegung der Tuba Eustachii.

Die fiberoptische Intubation ermöglicht eine nasotracheale Intubation, wenn eine konventionelle orale oder nasale Intubation nicht möglich ist, besonders bei Patienten mit schwierigen anatomischen Verhältnissen.

Die moderne Narkose basiert meist auf dem Prinzip der «balancierten Anästhesie». Darunter versteht man die Kombination verschiedener pharmakologischer Klassen (intravenöse und gasförmige Narkotika, Sedativhypnotika und Analgetika) und die Intubation des Patienten unter Wirkung von nicht depolarisierenden Muskelrelaxantien.

Bei der Sedation gilt es zu unterscheiden zwischen der inhalativen und der intravenösen Form. Erstere findet durch Inhalation von Lachgas statt. Bei der intravenösen Form wird die Sedation durch die wiederholte Injektion eines Hypnotikums und eines Analgetikums aufrechterhalten (man spricht auch von einer Analgo-Sedation). Eine schwache Sedation kann auch nur mit Benzodiazepinen erreicht werden, ist aber nicht ungefährlich!

Die Voraussetzungen für eine Sedation sind genau so streng zu nehmen wie bei einer Intubationsnarkose, vor allem was die Nüchternheit des Patienten angeht.

Wird die Sedation mit Lachgas durchgeführt, so ist eine Überwachung des Patienten mit einem Pulsoxymeter empfohlen. Die Zahnarztpraxis muss zudem mit einer Beatmungsausrüstung (Ambubeutel und Maske) und einer Reserve-Sauerstoffflasche bestückt sein sowie über ein Notfallkonzept (wer macht im Notfall was?) verfügen.

Als Nachteile der Sedation mit Lachgas sind aufzulisten: Bei einer möglichen Komplikation muss erst noch ein venöser Zugang gelegt werden; erwünschte Wirkungen wie Anxiolyse, Kooperation und Analgesie fallen bei gleicher Konzentration individuell sehr unterschied-

lich aus; Nasenmaske wird von ängstlichen Patienten nicht immer toleriert; ständige Überwachung des Patienten ist notwendig, d.h., die Aufmerksamkeit des Behandlers ist geteilt; häufige Anwendung von Lachgas ist nicht ungefährlich für das zahnärztliche Team (Absaugvorrichtung empfehlenswert!). Zudem ist die Bewusstseinslage des Patienten immer flussend und die Atemwege sind nicht gesichert.

Wird die Sedation als intravenöse Form ausgeführt, so sollte ein Anästhesist anwesend sein. Jede Sedation kann bei Beatmungs- oder Kreislaufproblemen zu einer Intubationsnarkose führen. Als Medikamente kommen in Frage: Propofol, Benzodiazepine und Opiate. Überwacht wird mit einem Pulsoxymeter, Blutdruckmessung und EKG.

Wird die Sedation nur mit dem «lieben» Dormicum gemacht, so ist Vorsicht geboten, vor allem bei älteren und betagten Patienten, weil je höher die Dosis, desto rascher der Wirkungseintritt und die Wirkungsdauer und umso ausgeprägter ist die Wirkungsstärke. Paradoxe Reaktionen kommen vor allem bei Kindern und geriatrischen Patienten vor. Nach Ansicht der Spezialistin sollte deshalb Dormicum nur zur Prämedikation eingesetzt werden.

Patientenauswahl für die ambulante Anästhesie

Frau Dr. med. Daniela Centazzo, FMH Anästhesie, A4U, Ambulante Anästhesie, Zumikon

In ihrem Vortrag erläuterte die Praxiskollegin ihrer Vorrednerin Elena Wichser die wichtigsten Aspekte, die für die Auswahl der Patienten im Falle einer ambulanten Narkose zu berücksichtigen sind.

Die ambulante Narkose, oder genauer die extrahospitale Anästhesie, weist im Vergleich zur hospitalen Anästhesie einige Unterschiede auf, welche sich auf die Patientenauswahl und die Eingriffswahl auswirken. Diese Form der Anästhesie ist geprägt durch logistische und personelle Ressourcenarmut. Dennoch müssen die Anästhesiemethoden und deren Durchführung allen heutigen Qualitätsanforderungen und Sicherheitsstandards entsprechen. Es drängen sich daher Einschränkungen in der Patientenwahl und den Eingriffsmöglichkeiten auf.

Ein ambulanter Eingriff muss schmerzarm, komplikationsarm und blutungsarm sein. Der Patient muss nach dem Eingriff mobilisierbar und die Nachbehandlung unkompliziert sein. Die Anästhesiemethode muss kurz wirksam, reiz-

und nebenwirkungsarm (keine Nausea oder Erbrechen) sein. Die Patienten dürfen keine wesentlichen, leistungseinschränkenden Erkrankungen der grossen Organsysteme aufweisen, welche zu intra- und postoperativen Komplikationen führen können und eine nachträgliche Hospitalisation nötig machen.

Befürchtet werden in erster Linie Komplikationen der Kreislauforgane sowie des Atemsystems: Kreislaufinstabilität, kardiale Ischämie, Myokardinfarkt, cerebro-vasculärer Insult, Ateminsuffizienz, Atemwegsspasmen, Aspiration.

Auch unter Narkose ist für die Eingriffe immer eine Lokalanästhesie zu setzen. Diese so genannte «präemptive» Analgesie garantiert eine primäre Rezeptorblockade, und damit weniger Spätfolgen und Schmerzen.

Im Zeitalter der Kosteneffizienz wird zunehmend eine so genannte «fast track anesthesia» gefordert. Diese bringt aber das Risiko mit sich, dass die «späte» physiologische Erholungsphase von 24–48 Stunden nicht verkürzt werden kann. Auf jeden Fall muss mit balancierter postoperativer Analgesie eine ausreichende Schmerzfreiheit schon während der Aufwachphase gewährleistet sein. Ebenso müssen für den Patienten und die überwachenden Personen eine Alarmmöglichkeit und das Material für eine eventuelle Reanimation im Falle von Komplikationen vorhanden sein.

Das Alter per se ist keine Kontraindikation für ambulante Anästhesien, wobei es physiologische Altersveränderungen der Organsysteme zu beachten gilt. Gefürchtet wird bei alten Patienten das postoperative Delirium (oder ZAS = zentrales anticholinerges Syndrom) und die postoperative kognitive Dysfunktion (POCD). Geistige und körperliche Behinderungen haben, ausser in logistischen Bereichen, wenig Einfluss auf die Narkose, solange keine zusätzlichen Pathologien der grossen Organsysteme bestehen.

Die Klassifikation der American Society for Anesthesia (ASA I–V = von gesund bis moribund) hilft, die Patienten in risikoreiche und risikoarme Gruppen einzuteilen. Ambulant sollen nur Patienten der ASA-Klasse I–II, ausnahmsweise III, behandelt werden. Nach einem Myokardinfarkt ist in jedem Fall 6 Monate zu warten. Zahnärztliche Eingriffe sollten im Falle eines akuten Infekts vermieden werden.

Die richtige Eingriffs- und Patientenwahl gewährleistet eine sichere und komfortable Durchführung ambulanter Anästhesien in der Zahnmedizin. «So schonen wie

möglich, aber so intensiv wie möglich», fasste die Referentin die Anforderungen an die moderne Narkose zusammen.

Vorabklärungen in der ambulanten Anästhesie

Frau Dr. med. Daniela Centazzo, FMH Anästhesie, A4U, Ambulante Anästhesie, Zumikon

In ihrem nachfolgenden zweiten Vortrag strich die Referentin heraus, dass eine umfassende, gewissenhafte Vorabklärung der Schlüssel zur erfolgreichen Durchführung ambulanter Anästhesien ist. Dabei gibt es operationelle und klinische Aspekte zu beachten.

Das Hauptgewicht der operationellen Abklärung liegt in der Betreuung des Patienten vor und nach dem Eingriff, welche durch sein Umfeld gewährleistet werden muss. Um so mehr ist eine umfassende Information des Patienten und seiner Angehörigen essenziell. Der Patient muss in der Folge sein Einverständnis für den Eingriff erklären. Die zahnärztliche sowie notfallmässige anästhesiologische Nachbetreuung muss geregelt sein.

Auch die Kosten sowie die Finanzierungsmöglichkeiten des doch kostspieligen Eingriffes müssen beachtet werden. In der Regel belaufen sich diese für die ambulante Narkose auf durchschnittlich 1000 Franken (1. Stunde = 600.–, jede weitere 450.–). Dies ist wesentlich günstiger als die Tarife im Spital, wo ausser der Zimmerbelegung auch noch Kosten für den Operationssaal und den Aufwachraum anfallen.

Gewisse Leistungen werden durch die IV, Krankenkasse oder eventuell das Sozialamt übernommen. Meist obliegt die Zahlungspflicht jedoch dem Patienten.

Klinisch ist es entscheidend, Probleme zu antizipieren, welche sich durch Begleitzustände, Erkrankungen oder Therapien ergeben können. Dies erfolgt durch die Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes, der Vorerkrankungen und deren Therapien mittels Fragebögen und durch ein persönliches Gespräch.

Eine erste klinische Beurteilung erfolgt durch den Zahnarzt. Wesentlich sind dabei die kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit sowie das Erkennen von anatomischen kranio-fazialen Anomalien. Routinemässige Laboruntersuchungen sowie EKG und Röntgenthorax sind erwiesenermassen uneffizient. Vielmehr sollten spezifische Untersuchungen bedarfsorientiert veranlasst werden. Es finden keine Operabilitätsabklärungen durch den Hausarzt statt.



Dr. Daniela Centazzo (links) und Dr. Elena Wichser (rechts)

Die Schlussbeurteilung erfolgt durch den Anästhesisten auf Grund der gesammelten Informationen und des persönlichen Prämedikationsgesprächs mit dem Patienten. Dieses Gespräch dient auch ausgesprochen der Anxiolyse und der Vorbereitung des Patienten. In der Regel sollten ACE-Hemmer und Psychopharmaka wegen des Risikos unerwünschter Interaktionen abgesetzt werden. Substitutionstherapien (wie z.B. Schilddrüsen- oder andere Hormone) können aber beibehalten werden.

Die etwas aufwändigen Vorabklärungen gewährleisten einen reibungslosen und effizienten Ablauf ambulanter Eingriffe, welche sich gesamthaft gesehen kostensparend auswirken.

Narkoseablauf und Instrumente

Dres. med. Elena Wichser/Daniela Centazzo
In Form einer Bildreportage zeigten die beiden Anästhesistinnen darauf die technischen Aspekte der zahnärztlichen Behandlung unter Narkose. In der Vorbereitungsphase werden Massnahmen getroffen, um Lagerungsschäden zu vermeiden. Um einer eventuellen Inkontinenz mit gravierenden Folgen für die empfindliche Elektronik des Behandlungsplatzes vorzubeugen, sollte ein entsprechender Schutz (sprich: Windel) angelegt werden. Ist der Patient installiert, wird zuerst ein venöser Zugang gelegt und ein Venenverweilkatheter für die Dauer des Eingriffs eingeführt. Danach werden die verschiedenen Geräte zum Monitoring, ein Defibrillator, die Absauganlage und das Beatmungsgerät angeschlossen sowie Spritzenpumpen für die Zufuhr der Medikamente. Es erfolgt eine Präoxygenation mit 100% Sauerstoff, bevor die eigentliche Intubation vorgenommen wird. Wie schon erwähnt, ist die endonasale oder naso-tracheale Intubation für zahnärztliche Eingriffe das Mittel der Wahl, in komplizierten Situationen unter fiberoptischer Sicht. Der

Tubus wird bis in die Region der Carina (Verzweigung der Hauptbronchien) vorgeschoben und mittels eines aufblasbaren Ballons («cuff») fixiert. Da der hintere Teil der Mundhöhle und der Rachenraum weit offen liegen, muss in jedem Fall eine pharyngeale Tamponnade installiert werden. In den meisten Fällen sorgt ein Mundkeil oder ein Spreizer für einen adäquaten Zugang zum Operationsfeld. Die eigentlichen Lokalanästhesien werden durch den Zahnarzt vorgenommen. Während der Behandlung sorgt der Anästhesist für die dauernde Überwachung des Patienten und führt über den Ablauf ein präzises Protokoll (Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, verabreichte Medikamente etc.).

Ist der zahnärztliche Eingriff beendet, ist der Anästhesist zuständig für das sorgfältige Absaugen des Mund- und Rachenraumes, die Entfernung der pharyngealen Tamponnade und das Entcuffen des Tubus. Nach Ausleitung der Narkose kommt der Patient in die Aufwachphase, wobei die Überwachung mittels Pulsoxymetrie und die Nachbetreuung mit allfälliger Gabe von Sauerstoff ebenfalls zu den Aufgaben des Anästhesisten gehören.

Das Betreuungskonzept der Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin

Dr. Armin Jäger, OA, Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin (KAB) des ZZMK Zürich

An der Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin können geistig oder körperlich Behinderte und Angstpatienten in Intubationsnarkose (ITN) behandelt werden. Ziel des Konzeptes ist es, den Patienten ganzheitlich zu betreuen, sodass der Eingriff in ITN möglichst nur einmal durchgeführt werden muss. Vor der eigentlichen Narkosebehandlung durchläuft der Patient eine intensive Vorbehandlungsphase. Es gilt besonders, den Patienten und sein soziales Umfeld kennen zu lernen. Es werden wenn möglich erste Unterlagen, wenn möglich mit Röntgen, erstellt, und es wird vor allem die zahnmedizinische funktionelle Kapazität erfasst, d.h., die Patienten werden im Hinblick auf ihre Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit eingestuft. Ebenfalls zu diesem Zeitpunkt wird mit der Mundhygieneinstruktion/Ernährungsberatung der Angehörigen und des Heimpersonals begonnen. An der KAB werden regelmässig auch DAs in das Prophylaxekonzept mit einbezogen (Prophylaxe-DAs).

Auf Basis der so gewonnenen Einschätzung des Patienten und seines sozialen Umfeldes wird der individuell-optimale Behandlungsumfang festgelegt.

Ziel des Eingriffes ist es primär, künftige Behandlungen in ITN zu vermeiden. Ist z.B. eine optimale Mundhygiene nicht gewährleistet, ist das Konzept der reduzierten Okklusion (Prämolarenokklusion) sehr oft das Mittel der Wahl. So werden Mundhygienemassnahmen vereinfacht und künftige Behandlungen können oft in normalen Sitzungen durchgeführt werden. Zudem sind prothetische Versorgungen bei diesen Patienten meist nicht möglich. Leicht zynisch könnte man bemerken, dass es vorrangig um eine «Sanierung gemäss der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität» geht. Die reduzierte Okklusion entspricht dabei dem ebenso zynisch anmutenden Begriff der «destruktiven Prävention», d.h. einer Art Kompromiss, nur die für das Kauen nötigen und der Hygiene zugänglichen Zähne zu erhalten.

Im Anschluss erfolgt die Nachbetreuung durch einen Zahnarzt und/oder eine Dentalhygienikerin in einem individuell angepassten Recall. Die Prophylaxe-DAs spielen auch in der Nachbetreuung eine wichtige Rolle.

Als Sonderfall der Patienten, die sich ab und zu in der Klinik melden, nannte der Referent die so genannten «Pragmatiker». Diese geben sich in den meisten Fällen vordergründig als Angstpatienten aus und fordern geradezu eine Sanierung in ITN. In ihrer mechanistischen Denkweise geht es darum, alle anstehenden zahnärztlichen Arbeiten möglichst «in einem Aufwasch» zu erledigen. Und tatsächlich ist bei derartigen Patienten als Folge jahrelanger Vernachlässigung oft ein hoher Sanierungsbedarf vorhanden.

Lachgas in der Kinderzahnmedizin: Indikationen und Grenzen

Dr. Hubertus van Waes, OA, Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin, ZZMK, Zürich und Schulzahnärztlicher Dienst der Stadt Zürich

In Ergänzung zu den Ausführungen der beiden Fachärztinnen für Anästhesie, die das Programm eröffnet hatten, erläuterte der Referent (humorvoll wie gewohnt) die wichtigsten Vor- und Nachteile der Inhalationssedation mit Lachgas aus der Sicht des Zahnmediziners. Viele internationale Verbände fordern für schwierige Patienten, die nicht in Lokalanästhesie behandelt werden können, eine «conscious sedation» und kritisieren zuneh-

mend orale und rektale Medikamente, die oft in ambulanten Situationen angewendet werden. Die Wirkungen solcher Methoden sind aber im Wesentlichen nicht steuerbar, oft dosisabhängig und deshalb mit nicht zu vernachlässigenden Risiken behaftet. Obwohl die Sedierung mit Stickoxydul keine eigentliche Narkose herbeiführt, bietet das Lachgas, insbesondere wegen seiner guten Steuerbarkeit, in der Zahnmedizin und insbesondere bei Kindern oder Angstpatienten eine interessante Möglichkeit, den Patienten so zu prämedizieren, dass eine Lokalanästhesie und damit auch eine akzeptable Behandlung durchgeführt werden kann.

Die Inhalationssedation mit Lachgas wurde schon 1844 durch den amerikanischen Zahnarzt Horace Wells erfolgreich in der Zahnmedizin angewendet. Lachgas ist ein anorganisches farbloses Gas mit einem leicht süsslichen Geruch. Es ist nicht explosiv oder brennbar, wirkt nur schwach sedativ, hat aber gute analgetische Eigenschaften. Seine Wirkung im Körper ist rein physikalisch; es wird weder metabolisiert noch an irgendein Körpergewebe chemisch gebunden. Dank dieser Eigenschaft hat es einen raschen Wirkungsbeginn und ein ebenso rasches Wirkungsende. Auf das Zentralnervensystem wird eine dosisabhängige reversible Depression ausgelöst. Der periphere Widerstand wird gesteigert, wodurch es zu einem leichten Blutdruckerhöhung kommt. Das Atemminutenvolumen wird erhöht, die Empfindlichkeit des Atemzentrums auf Kohlendioxid nicht beeinträchtigt. Lachgas wird unverändert über die Lunge wieder ausgeschieden.

Die gute Steuerbarkeit und die Wirkung auf das kardiovaskuläre System, welche dem Effekt von 100% Sauerstoff entspricht, machen das Gemisch von Lachgas und mindestens 30% Sauerstoff zu einem idealen Mittel der Schmerzkontrolle in der Kinderzahnmedizin. Wenn in der Folge von Lachgasbehandlung die Rede ist, ist damit ausdrücklich immer ein Gemisch von Lachgas und mindestens 30% Sauerstoff gemeint. Der Sauerstoffanteil, der immer höher ist als in der gewöhnlichen Atemluft (die nur 21% O₂ enthält), ist mit verantwortlich für die hohe Sicherheit des Verfahrens.

Indikationen: Lachgas eignet sich vor allem für Patienten, welche eine unüberwindbare Angst vor Schmerzen haben und sich deswegen auch keine Lokalanästhesie machen lassen. Bei stark ausgeprägtem Würgereiz kann die Lachgasbehandlung oft eine grosse Hilfe für die

Anfertigung von Kieferabformungen sein. Vor allem bei kleineren Kindern mit einer kurzen Geduldphase sind der Verlust des Zeitgefühls und die relative Amnesie von grossem Wert.

Kontraindikationen: Es bestehen bei Kindern wenige Kontraindikationen für die Lachgasanwendung. Zu erwähnen sind Erkältungskrankheiten und andere Atemwegsobstruktionen, Patienten in psychiatrischer Behandlung oder kürzlich durchgeführte otologische Operationen. Das Lachgasgerät gewährleistet einen Mindestanteil von 30% Sauerstoff im Atemgemisch. Bei Druckabfall in der Sauerstoffzufuhr wird automatisch auch die Lachgaszufuhr vermindert. Ein Einatmungsventil stellt sicher, dass der Patient bei unterbrochener Gaszufuhr Zimmerluft einatmen kann. Im Bedarfsfall erlaubt ein spezieller Knopf, das System unabhängig von der Einstellung mit 100% Sauerstoff zu spülen.

Manche Geräte verfügen über einen zusätzlichen Ausgang für 100% Sauerstoff, an den ein Beatmungsbeutel angebracht werden kann. Alle Anschlüsse sind durch unterschiedliche Grösse verwechslungssicher.

Gasgemisch und Gasmenge werden mittels Ventilen eingestellt. Die Durchflussmenge der einzelnen Gase wird mechanisch durch ein Rotameter oder elektronisch angezeigt. Vom Mischventil wird das Gasgemisch in einen als Windkessel dienenden Reservoirbeutel und von dort über einen Schlauch zur Maske geführt. Ein Rückschlagventil verhindert einen Rückfluss der ausgeatmeten Gase in das System.

Anhand der Bewegungen des Beutels können Frequenz und Atemzugvolumen des Patienten beobachtet werden. Wie bei anderen Sedationstechniken soll während der ganzen Behandlung neben dem Zahnarzt noch eine spezifisch für die Beobachtung des Patienten und Bedienung des Gerätes ausgebildete Assistenz anwesend sein. Auf Anweisung und unter Kontrolle des Zahnarztes kann diese Person auch Manipulationen am Gerät vornehmen. Das Lachgasgerät soll so positioniert sein, dass beide Personen es bedienen können.

Der Ablauf einer Behandlung mit Lachgas ist durch die jahrelange Erfahrung mit der Methode relativ gut zu beherrschen. Das bewährteste Vorgehen ist eine stufenweise Erhöhung der Lachgaskonzentration. Jede Stufe wird für mehrere Minuten beibehalten, die individuelle Reaktion des Patienten abgeschätzt und gegebenenfalls die Dosis angepasst. Die

Wirkungsstufen des Lachgases gehen fließend ineinander über und können schematisch wie folgt wiedergegeben werden.

Präoxigenation: Vor Beginn der eigentlichen Lachgasanwendung wird dem Patienten für kurze Zeit reiner Sauerstoff verabreicht, um die Sättigung des Blutes zu optimieren und das Atemzugsvolumen abschätzen zu können.

Stufe 1, 10–30% N₂O: Leichte Sedation und Analgesie. Der Patient wirkt noch nicht völlig entspannt, Spontanbewegungen nehmen aber ab. Er fühlt eine gewisse Entspannung und Gleichgültigkeit. Es kann sich ein leichtes Kribbeln in den Extremitäten einstellen. Ein zunehmend gesteigertes Hörempfinden verlangt eine ruhige Atmosphäre im Behandlungsraum.

Stufe 2, 30–50% N₂O: Der Patient wirkt entspannt und etwas müde, Lid- und Würgerreflex sind vermindert, ebenso die Reaktion auf Schmerzen. Subjektiv empfindet er eine Loslösung von der Umgebung, verstärkte Parästhesien und ein Gefühl des Schwebens. Das Zeitgefühl geht verloren, und es besteht eine ausgeprägte Neigung zu Träumen («Tagträumen»), verbunden mit einer Amnesie. Diese Stufe lässt sich gut zur semihypnotischen Suggestion nutzen.

Stufe 3, 50–70% N₂O: Ausgeprägte Analgesie, welche aber meist für eine Zahnextraktion oder Pulpabehandlung nicht genügt, wohl aber für die schmerzfreie Verabreichung einer Lokalanästhesie. Der Patient wirkt schläfrig und abwesend, der verbale Kontakt ist erschwert, und es bereitet ihm Mühe, den Mund

selbstständig offen zu halten. Bewältigt er dies nicht und reagiert nicht mehr auf verbale Instruktionen, muss die Lachgasdosis sofort reduziert werden, um nicht in die Nähe des Exzitationsstadiums zu gelangen.

Zum Schluss erfolgt eine Postoxigenation. Am Ende der Sitzung wird dem Patienten wiederum für 3–4 Min. reiner Sauerstoff verabreicht, um eine Diffusionshypoxie zu vermeiden.

Die wichtigsten Symptome einer allfälligen Überdosierung bei der Sedation mit Lachgas sind die Überstreckung des Kopfes, Nausea respektive Erbrechen sowie das Auftreten einer Inkontinenz.

Schlussbemerkung

Dieser spannende und gut besuchte Vorkurs war ein idealer Auftakt zur diesjährigen 12. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für die zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter (SGZBB), die am nachfolgenden Tag stattfand. Die Förderung des Bewusstseins der Vorteile, aber auch der Risiken der ambulanten Narkose ist begrüssenswert. Aus logistischen und gesundheitsökonomischen Überlegungen könnte dies dazu führen, dass sich die Privatpraktiker zunehmend mit dem Thema befassen und sich allenfalls an der Organisation entsprechender Strukturen in ihrer Region beteiligen. Damit könnten in Zukunft auch Patienten, die aus verschiedensten Gründen nicht in klassischer Lokalanästhesie behandelt werden können, von einem solchen Angebot profitieren. ■

BUCHBESPRECHUNGEN



Chirurgie

Reichart P A et al.: Curriculum Zahnärztliche Chirurgie. Bd. II

463 S., 124 Abb., Fr. 79,30, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin (2002)
ISBN 3-87652-628-0

Eine Vielzahl namhafter Autoren aus verschiedenen Universitätskliniken Deutschlands kommen im Band II des Curriculum Chirurgie zum breit gefächerten Thema Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zu Worte. Anschliessend an jedes Kapitel folgen Literaturangaben, die eine

Übersicht der Meinungen anderer Autoren ermöglichen.

Das erste Kapitel zeigt die klinischen und radiologischen diagnostischen Möglichkeiten auf. Allgemein gebräuchliche Untersuchungsmethoden werden genauer ausgeführt, spezielle Methoden wie Laboruntersuchungen, Histologie usw. werden stichwortartig aufgezählt.

Empfehlungen zur korrekten Führung einer Krankengeschichte sowie Angaben über Rechte und Pflichten des Zahnarztes und des Patienten runden das erste Kapitel ab. Beispiele zu Anamnesefragebögen folgen im Anhang.

Das nächste Kapitel bezieht sich ausschliesslich auf die bildgebenden Verfahren. Nach einem kurzen Exkurs in die Strahlenbiologie folgen die einzelnen Aufnahmetechniken, angefangen beim Einzelzahnrontgen über Schädelaufnahmen bis hin zur Computertomografie, Magnetresonanztomografie und Verfahren aus der nuklearmedizinischen Sparte. Dem erklärten Schwerpunkt dieses Nachschlagewerkes, nämlich Allgemeinerkrankungen mit Auswirkungen auf das stomatognathe System, wird im Kapitel drei Rechnung getragen. Eine Auswahl der häufigsten spezifischen Infektionen die für den Zahnarzt von Bedeutung sind, werden in ihren verschiedenen klinischen Manifestationen beschrieben. Wertvolle Empfehlungen zur sicheren Diagnose und geeigneten Therapie sowie ausführliche Angaben zu weiterführender Literatur sind für den Praktiker hilfreich. Leider ist dieses interessante Thema kaum mit Beispielen illustriert.

Am Anfang des Kapitels über Herd-erkrankungen steht eine umfassende Übersicht über die verschiedenen Herdtheorien. Eine klar gegliederte Zusammenstellung der Folgeerkrankungen des Organismus sowie der möglichen Herde selbst leiten über zu Empfehlungen bezüglich Vorgehensweise bei der Fokussuche und -sanierung. Immer werden auch alternativmedizinische Grundsätze und Möglichkeiten berücksichtigt.

Zysten mit ihrer komplexen Klassifizierung und Nomenklatur werden im fünften Kapitel beschrieben. Zu jedem Zystentyp folgen kurze, prägnante Angaben bezüglich Aetiologie und klinischer Symptomatik. Die histologischen Charakteristika und das radiologische Erscheinungsbild werden mit farbigen Bildern von Histoschnitten und Röntgenbeispielen illustriert.

Der Kieferhöhle als fächerübergreifendes Thema zwischen Zahnmedizin und Hals-, Nasen-, Ohrenmedizin wird Rechnung getragen, indem sowohl dentogene als auch rhinogene Krankheitsursachen besprochen werden. Der Leser wird an die vielfältigen Möglichkeiten erinnert, die zur Kieferhöhlendiagnostik zur Verfügung stehen. Wer sich informieren möchte über die invasiven Therapiemöglichkeiten akuter und chronischer Kieferhöhlenleiden, findet Angaben sowohl über den oralen als auch den transnasalen Zugang.

Über rund 50 Seiten befasst sich das Kapitel 7 ausführlich mit Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle. Spezielles

Augenmerk legt der Autor auch hier auf Allgemeinerkrankungen mit oralen Manifestationen. Gegliedert sind die Krankheitsbilder nach ihrer Aetiologie, das heisst in virale und bakterielle Infektionen, physikalisch und chemisch bedingte Veränderungen, Keratinisierungsstörungen und tumoröse Zustände, sowohl benigne als auch maligne. In einem separaten Abschnitt behandelt der Autor die oralen Manifestationen von Autoimmundermatosen und anderen Hauterkrankungen wie Lichen planus, Pemphigus vulgaris usw.

Immer wichtiger werden die Veränderungen, die als Medikamentennebenreaktionen auftreten. Da sie oft differenzialdiagnostische Probleme aufwerfen, wäre eine ausführlichere Illustration wünschenswert.

Der geschulte, informierte Zahnarzt kann durch Früherkennung oraler Manifestationen bei der Entdeckung systemischer Erkrankungen einen wichtigen Beitrag leisten. Kapitel 8 leistet Hilfe bei Verdacht auf das Vorliegen einer Grunderkrankung, indem es mit einer Übersicht an die verschiedenen Möglichkeiten erinnert.

Systemische Erkrankungen und ihre medikamentöse Therapie können ein Behandlungsrisiko darstellen. Erkrankungen des hämatopoetischen Systems sowie Herz-, Kreislaufkrankungen sind verbreitet und verlangen spezielle Abklärungen und Massnahmen vor allem vor oralchirurgischen Eingriffen. Weitere Allgemeinerkrankungen der Lungen, Leber, Nieren und anderen Organen, aber auch endokrine und neurologische Krankheiten werden bezüglich ihres Stellenwertes für den zahnärztlichen Patienten beschrieben. Auf zu erwartende Komplikationen und spezielle Vorkehrungen um diese zu vermeiden, wird hingewiesen.

Der gleiche Autor, der das Kapitel über Mundschleimhauterkrankungen bestreitet, berichtet über die HIV-assoziierten orofazialen Erkrankungen. Er hält sich bei der Klassifikation der Manifestationen an die Gruppeneinteilung, die 1993 von der WHO gutgeheissen wurde und bis heute gültig ist.

Allgemeingültige Behandlungskriterien bei HIV/AIDS-Patienten, angepasst an das jeweilige Krankheitsstadium, stellen für den im Umgang mit diesen Patienten unübten Praktiker eine wertvolle Planungshilfe dar. Auch das erhöhte Infektionsrisiko für das Praxispersonal wird besprochen und entsprechende Hygienemassnahmen empfohlen.

Sehr systematisch und schön illustriert geben die beiden folgenden Kapitel Auskunft über verschiedene pathologische Zustände und Therapie der Speicheldrüsen und Kiefergelenke.

Das letzte Kapitel über odontogene Tumore und andere Kieferläsionen gliedert sich nach der WHO-Klassifikation. Dabei greift der Autor auf eine umfassende Sammlung von Fällen zurück, unter denen sowohl häufigere Veränderungen wie Ameloblastome, Odontome, periapikale zementale Dysplasie, aber auch seltene Entitäten wie kalzifizierende odontogene Tumore oder Zementoblastome vertreten sind.

Bei den malignen Tumoren geht der Autor zunächst auf klinische und histologische Merkmale ein. Er beschreibt anschliessend die klinische Diagnostik und nennt verschiedene Entstehungstheorien. Die häufigsten Tumoren sind nach ihren Ursprungsgeweben gegliedert und mit eindrücklichen Beispielen illustriert. Insgesamt liegt ein wertvolles Nachschlagewerk vor, das dem Praktiker eine sichere Diagnostik und entsprechende Therapie erleichtert.

B. Nideröst, Zürich

Ganzheitliche Zahnmedizin

Machens R:

Ganzheitliches Praxismanagement

229 Seiten, 8 Abb. Fr. 79.90, 2. Auflage, Schattauer (2002)

ISBN 3-7945-1966-3

Diese Buch wurde von einem ganzheitlich tätigen Arzt geschrieben, der sehr viel Erfahrung auf dem Gebiet der Menschenführung und Praxisführung hat. Die in dem Buch beleuchteten Grundsätze gelten aber auch für Zahnärzte, die sich



der ganzheitlichen Patienten-Betrachtungs- und Behandlungsweise verschrieben haben. Die naturheilkundliche psychosomatische Denk- und Arbeitsweise wird sehr klar dargelegt. Interessant sind auch die Abgrenzungen von der deutschen, stark materiellen Praxisführung zu der Art der ganzheitlichen Praxisführung in Österreich und der Schweiz, die mehr erfolgsorientiert sind denn materiell.

Das Buch ist sehr gut strukturiert und in die folgenden Bereiche aufgliedert: Menschliche Faktoren (der Arzt und Mitarbeiterinnen sowie Patienten), materielle Faktoren (Einkommensquellen, Praxisplanung, technische Ausstattung) und Organisation (wie Kooperation, Delegation, organisatorische Umstellung der

Praxis, nützliche Adressen in Deutschland).

Am Schluss des Buches zeigt der Autor in sieben Thesen eine sehr gute Zusammenfassung für eine moderne ganzheitliche Medizin und Praxisführung. Gesundheit ist nicht Beschwerdefreiheit, sondern aktive Reaktion auf Belastungen aller Art. Ganzheitsbehandlung ist Informationstherapie, bei der schon die Auswahl des Therapieverfahrens auf den Patienten abgestimmt sein muss. Ganzheitstherapie ist Naturheilkunde, in der Psychotherapie, Psychosomatik und moderne Notfallmedizin ihren Platz finden. Optimale Ganzheitstherapie ist in Deutschland dann möglich, wenn die Patienten weit über das Kassenhonorar hinaus einen finanziellen

Beitrag leisten. Entgegen dem bisherigen Trend und trotz vielfältiger Benachteiligungen sollten die Natur- und Ganzheitsärzte ihre Kassenzulassung derzeit noch aufrechterhalten. Bisher haben sich die Ärzte und ihre Funktionäre zu Gehilfen staatlicher Politik gemacht und dadurch die wirtschaftliche Basis der Arztpraxen untergraben. Der Arzt der Zukunft muss viel mehr Bereiche als üblich in seiner Arbeit integrieren und die Arbeit anderer Berufsgruppen, an die er delegiert, überwachen.

Die letzten Thesen sind gesundheitspolitisch nur in Deutschland relevant, könnten aber auch Tendenzen in der Schweiz aufzeigen, also auch ein politisches Buch.

Dr. Georg Schwarz

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

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belser, 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:

Dr. Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne
Dr. Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano; Dr. 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.

Inserationstarife / Probenummern: können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

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

Tarifs des annonces / Exemplaires 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, Wölflistrasse 1, 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