

KVG-Revision gescheitert

Peter Jäger

Die Revision der Krankenversicherung ist gescheitert. Die Vorschläge der Einigungskonferenz sind vom Nationalrat abgelehnt worden. Damit ist diese Vorlage endgültig vom Tisch – die nächste wird allerdings nicht lange auf sich warten lassen. Der Gesundheitsminister will in diesem sensiblen Bereich aber nicht mehr mit umfangreichen Revisionen operieren, sondern die Probleme einzeln angehen.

Die zuständigen Gremien der SSO hatten sich entschlossen, die Verbindung der Schweizer Ärzte in ihrem Referendum gegen die 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterstützen. «Keine weiteren Verstaatlichungstendenzen, keine Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, kein einseitiges Abschieben der Verantwortung auf die Leistungserbringer» waren, grob gesagt, aus unserer Sicht die Argumente. Natürlich ist die Schweizer Zahnärzteschaft von den Bocksprüngen der Kassenmedizin heute nicht sehr stark betroffen. Und dennoch: Seit 1996, dem Inkrafttreten des KVG, sind unsere administrativen Belastungen gewachsen; die bisher auf freiwilliger Basis ganz selbstverständlich

funktionierende Fortbildung muss neu mit viel Papierkram belegt werden; in Zukunft werden wir uns mit Qualitätssicherungsmassnahmen herumschlagen müssen, von denen heute nur gehofft werden kann, dass wenigstens die unsinnigsten Papiertiger noch abgeschossen werden können. Im Gegenzug verweigert man uns den Ausgleich der in den letzten 12 Jahren angestiegenen Praxisunkosten (von Einkommen ist hier schon gar nicht die Rede!), die sich mittlerweile auf rund 15 Prozent belaufen. Angesichts dieser Umstände sind wir von der Kassenmedizin eben durchaus auch direkt betroffen. Und wir können nicht das geringste Interesse daran haben, dass die Politik auf diesem Weg weiterfährt.

Der Polit-Traum vom Kostensenken

Die schweizerische Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte besteht im Wesentlichen darin, immer das Beste und Feinste zu bestellen und dann, wenn die Rechnung präsentiert wird, in lautes Wehklagen auszubrechen. Von Seiten der Patienten ist in ungezählten Meinungsumfragen eines immer wieder ganz klar betont worden: Im Krankheitsfall ist nur das Beste gut genug! Die Politiker handeln entsprechend, scheuen sich aber, ihrem Wahlvolk die Rechnung zu präsentieren. Stattdessen müssen Sündenböcke her, damit man behaupten kann, man könnte alles haben und erst noch zu einem billigen Preis, wenn nur ... Ginge es nach dem Willen des Gesundheitsökonom Willy Oggier müsste die Einschränkung der freien Arztwahl auf jeden Fall eingeführt werden, und zwar möglichst rasch, um die Ärzteschaft daran zu hindern, diese Idee mit entsprechenden Kampagnen zu bodigen. Zudem sieht die angelaufene 3. KVG-Revision bereits volle Vertragsfreiheit im ambulanten und stationären Bereich vor. Seien wir also auf der Hut. ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Weltkongress 2003 der FDI in Sydney

Dr. Philippe Rusca

Der diesjährige Weltkongress der FDI fand vom 18. bis 21. September 2003 in Sydney statt. Die beträchtliche geografische Entfernung des Kontinents «down under», der Golfkrieg sowie das allgemein gedämpfte konjunkturelle Umfeld hatten zur Folge, dass der Kongress 2003 nur einen bescheidenen Erfolg verzeichnen konnte, denn nur etwa 4000 Zahnärzte waren nach Sydney angereist.

Die statuarisch vorgesehenen Versammlungen wurden im Vorfeld des eigentlichen Kongresses ab dem 14. September durchgeführt und das notwendige minimale Quorum (40 ordentliche Mitgliedsländer) wurde nur mit Mühe erreicht. Dazu ist zu bemerken, dass Australien auf Grund seiner geografischen Lage weit von der Mehrzahl der Mitgliedsländer entfernt ist. So gibt es quasi keine direkten Flugverbindungen mit Afrika oder Lateinamerika, was zur Folge hatte, dass diese beiden Kontinente kaum vertreten waren.

Hier einige wesentliche Punkte, die an den verschiedenen Versammlungen thematisiert wurden:



Die FDI wächst kontinuierlich. So wurden dieses Jahr Kirgisien, die Vereinigten Arabischen Emirate, die Mongolei, Bahrain und Somalia als neue Mitglieder aufgenommen.

Im Zentrum der Diskussionen des Weltkongress 2003 stand die Diskussion um die neuen Führungsgrundsätze («governance»). Dieses komplexe Dossier war vom Ratsmitglied Conrod aus Kanada kompetent vorbereitet worden und wurde den Mitgliedern vorgestellt. Geht alles nach Plan, sollte das Projekt 2004 definitiv angenommen werden. Dazu ist anzumerken, dass es sich um eine gewaltige Aufgabe handelt. Zu den Hauptthemen dieses gigantischen Dossiers gehören die strategischen Planung, die neuen Strukturen und die Ausrichtung der FDI, die Finanzierung und das künftige Wachstum, die Repräsentativität, die Förderung der Effizienz, die Verbesserung der Information, die Klarstellung der verschiedenen Rollen und Kompetenzen, die Neuverteilung der Anzahl der Delegierten und die Regelung deren Amtsdauer.

Was die Wahlen anbetrifft, gab es dann doch eine grössere Überraschung, denn Frau Dr. Michèle Aerden (Belgien) wurde zum «president elect» gewählt. Bill Allen (Grossbritannien), der allgemein als Kronfavorit für dieses Amt gehandelt worden war, wurde schon im ersten



Dr. Philippe Rusca und Dr. Giovanni Ruggia vertreten die Schweiz in Sydney

Wahlgang mit 48 gegen 52% der Stimmen geschlagen. Somit wird Frau Aerden ab 2005 als erste Frau die Präsidentschaft der FDI übernehmen. Es ist anzunehmen, dass verschiedene Faktoren dazu beigetragen haben, dass die Belgierin in dieses umworbene Amt gewählt wurde: Sie ist als Privatpraktikerin tätig, hat eine langjährige Erfahrung in der Standespolitik, nicht nur in ihrem eigenen Land, sondern auch in der FDI. Sie verfügt zudem auch über viel Charisma und Charme. Die Schweizer Delegation hatte diese Kandidatur von Anfang an unterstützt, insbesondere deshalb, weil es nur rechtens schien, dass endlich einmal eine Frau an die Spitze der mehr als hundertjährigen Institution der FDI gewählt würde, in der ja immerhin ein hoher Anteil weiblicher Delegierter vertreten ist.



Am Rande der Hauptversammlungen A und B führte die ERO (European Regional Organisation der FDI) ein öffentliches Forum durch. Die ERO befindet sich seit etwas mehr als einem Jahr in einer schwerwiegenden Krise. Einklemmt zwischen dem Zahnärztlichen Verbindungsausschuss zur EU (DLC) und der FDI, versucht diese Organisation mühsam, eine eigene Identität und eine neue Orientierung zu finden. Diese Situation wird noch verschärft durch einen wenig entscheidungsfreudigen und verzettelten Vorstand. Eigentlich war vorgesehen, dass anlässlich des Kongresses in Sydney erste Resultate einer Arbeitsgruppe vorgestellt würden, welche es sich zur Aufgabe gemacht hatte, künftige Ziele der ERO neu zu definieren. Leider wurden weder konkrete Resultate noch Trends in dieser Richtung präsentiert. Zahlreiche Redner machten denn auch aus ihrer Enttäuschung und Unzufriedenheit keinen Hehl und vertraten zu Recht die Meinung, dass unter diesen Voraussetzungen das baldige Ende der ERO schon abzusehen sei.

Der diesjährige Weltkongress der FDI fand im «Sydney Convention & Exhibition Centre» statt. Dieser wunderschöne Komplex in unmittelbarer Nähe des Vergnügungs- und Unterhaltungszentrums von «Darling Harbour» bot den idealen Rahmen, die Teilnehmer optimal unterzubringen und zu betreuen. Dank einer perfekten Organisation konnte denn auch das sehr reichhaltige Programm von Kursen, Seminaren und praktischen Übungen zur allgemeinen Zufriedenheit durchgeführt werden. Zu jedem Teil des Programms standen die geeigneten Räumlichkeiten zur Verfügung. Aus Zeitgründen mussten zahlreiche Veranstaltungen



parallel zueinander abgehalten werden, so dass die Teilnehmer oft die Qual der Wahl hatten und es ihnen nicht immer leicht fiel, sich ihr individuelles Programm zusammenzustellen.

Der nächste Kongress der FDI findet vom 10. bis 13. September 2004 in New Delhi statt. Ich möchte an dieser Stelle alle Kolleginnen und Kollegen dazu aufrufen, an diesen Kongressen teilzunehmen, bieten sie doch alljährlich eine willkommene Gelegenheit zur Weiterbildung mit einem reichhaltigen Programm. ■

Developments in Dental Practice

Dear authors,

A number of minor changes have been made to the author's guidelines. As this section is also listed in Medline we need an abstract of a maximum of 200 words.

It is now possible to submit your article via email to zysset@forumpr.ch. It has to be saved as a Word document or in Rich Text Format (RTF). Illustrations and photographs are to be submitted in camera-ready electronic format (DPS, TIF, JPG format, preferably saved on a CD).

In order to save costs, we have reduced the number of complimentary reprint copies to 100.

We hope you will understand the necessity of taking these actions. We are looking forward receiving numerous works in the future.

Sincerely
The editorial staff

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



UBS-Ausbildungs- und -Konferenz-Zentrum, Basel, Freitag, 24. Oktober 2003

ZFZ aktuell – Fortbildungsveranstaltung für die praktizierenden Zahnärzte/-innen

Susanne Naumann, Basel

Das Symposium wurde durch den Direktor des Zentrums für Zahnmedizin, Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht, eröffnet; er begrüßte die mehr als 250 Teilnehmer und bedankte sich gleichzeitig bei den Sponsoren und Ausstellern, die das Zentrum für Zahnmedizin auch dieses Jahr mit einer Table clinic und einem Beitrag unterstützen. Gleichzeitig wies Prof. Lambrecht auf den neuen Info-Flyer und das druckfrische Fortbildungsprogramm hin, ein Beweis für das Engagement der Mitarbeiter aller Abteilungen.



Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht

Zu Beginn dieses Mal die Vorträge aus der Klinik für zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde. Die Herren med. dent. Lukas Krapf und med. dent. Sascha Ruggli-Milic präsentierten in einem gemeinsamen Vortrag die Ergebnisse ihrer Dissertationen, die sich mit dem Einfluss von Wachstumsfaktoren auf die Einheilzeit von Implantaten befassten. Es ging um die Fragestellung, ob TGF-beta 3 bzw. BMP-2 alleine oder in Kombination mit dem Kortikosteroid Dexamethason die Knochenneubildung beschleunigen bzw. die Einheilzeit von Implantaten verkürzen können. TGF-beta 3 kommt in 5 Isoformen vor. Es beeinflusst die Zellproliferation und die Zelldifferenzierung, seine Wirkung ist konzentrationsabhängig und es steuert vor allem die Knochenregene-

ration. BMP-2 gehört zur TGF-beta-Grossfamilie und wird als dimeres Protein vom Chromosom Nr. 20 codiert. Es ist wichtig bei der frühen Knocheninduktion. In Zusammenarbeit mit der Firma Novartis und der Abteilung Zellbiologie des Biozentrums wurden humane Gingivafibroblasten und humane Osteoblastenvorläuferzellen isoliert. Diese wurden mit Dexamethason in An- und Abwesenheit von TGF-beta 3 und BMP-2 kultiviert. TGF-beta 3 interagiert in beiden Zellgruppen nicht gemeinsam mit Dexamethason, es hob die Dexamethason-induzierte Knochenbildung in beiden Zelltypen auf. Die Proliferation der humanen Gingivafibroblasten wurde stimuliert, nicht aber die der Osteoblastenvorläuferzellen. BMP-2 dagegen modulierte die Dexamethason-abhängigen Induktionen, beeinflusste aber in An- und Abwesenheit von Dexamethason die Zelltypen nur wenig. Schon heute wird TGF-beta 3 zur Stimulation periostaler Knochenformation verwendet, es führt bei einer zwar langsameren Knochenheilung zu einer besseren Knochenqualität. In Zukunft könnte es in Kombination mit anderen Wachstumsfaktoren als Regulator mit multifunktionaler Aktivität dienen. Die BMPs wirken auf Knochenvorläuferzellen und scheinen Biomodulatoren zu sein. Zukünftig könnte mit ihnen die Einheilzeit von Implantaten verkürzt werden, allerdings muss das ideale Trägermaterial noch gefunden werden, um sie gezielt einsetzen zu können.

Anschliessend stellte Frau OA med. dent. Irène Hitz die Dissertation von Frau med. dent. Beatrice Glaser vor, die sich mit der bakteriellen Belastung von Bohrspänen aus dem Knochenfilter befasste. Die Un-

tersuchung war ein gemeinsames Projekt der Klinik für zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde und des Instituts für Präventivzahnmedizin und orale Mikrobiologie. In der vorgestellten Dissertation wurden 50 intraoperativ gewonnene Proben (op. Weisheitszahnentfernungen, Implantationen, WSR etc.) mikrobiologisch aufbereitet und inkubiert. Präoperativ mussten alle Patienten 30 Sekunden mit Betadine®-Spüllösung spülen. Patienten mit bekannten Infektionserkrankungen wurden ausgeschlossen. Anschliessend wurde die qualitative und die quantitative Keimbelastung gemessen. Bei allen Proben wurden aerobe wie auch anaerobe Bakterienkolonien nachgewiesen, durchschnittlich wurden 435 000 aerobe Kolonien und 1 013 000 anaerobe Kolonien pro Probe gefunden. Der häufigste aerobe Keim war Streptococcus oralis, der häufigste anaerobe Keim war Veillonella spp. Es ergab sich zwischen den einzelnen Proben eine grosse Streuung der Ergebnisse, was möglicherweise mit der Routine der Assistenz zusammenhängt. Als problematisch ist auch die Keimbelastung unter der Schleimhautkapuze bei unteren Weisheitszähnen anzusehen, der Verlagerungsgrad der entfernten Zähne hatte offenbar keinen Einfluss auf die Keimbelastung. Derzeit wird im Rahmen einer weiteren Dissertation der Einfluss von Ozonwasser zur Desinfektion der Proben untersucht.

Die Ergebnisse der Dissertation von Herrn med. dent. Hans-Peter Kiefer wurden durch Herrn OA PD Dr. Andreas Filippi vorgestellt. Es ging um die Strahlenexposition digitaler Röntgenaufnahmesysteme. In Zusammenarbeit mit der Abteilung Strahlenphysik des Kantonsospitals Basel wurden mit Hilfe eines Rando-Phantoms an 23 Messpunkten bei 10 Expositionen die Organdosen und die effektiven Dosen gemessen. Es ergab sich eine Reduktion der Strahlenexposition um 47% bei einem digitalen 14-Bild-Zahnfilmstatus gegenüber einem analogen. Die digitale Panoramaschichtaufnahme führte zu einer Reduktion der Strahlenbelastung um 17% im Vergleich zur analogen PschA. Eine analoge PschA ergibt gegenüber einem analogen 14-Bild-Zahnfilmstatus eine Reduktion von 31%, eine digitale PschA sogar von 43%. Im Anschluss referierte Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht über prä- und periimplantäre Piezo-Chirurgie. Hier handelt es sich um ein neues chirurgisches Instrument der Klinik für zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kie-

ferheilkunde; es besteht aus einem Handstück, an das verschiedene diamantierte Ansätze für unterschiedliche Einsatzbereiche angesetzt werden können. Bei einer Schwingfrequenz von 20 000 Hz werden Mikrobewegungen von 20–200 µm ausgeführt, die durch den sog. piezoelektrischen Effekt Atome eines Kristalls in Schwingungen versetzen. Somit wirkt das Gerät ausschliesslich auf Hartgewebsstrukturen, Weichgewebe kann nicht bearbeitet bzw. verletzt werden. Prof. Lambrecht zeigte die periimplantäre Knochenentnahme, das sog. bone scratching, die Knochenblockentnahme und die knochenschonende Entfernung von Wurzelresten. Als Videosequenz wurde die Öffnung des Foramen mentale bei Entfernung von überstoptem Wurzelfüllmaterial in unmittelbarer Nähe des N. alveolaris inferior gezeigt. Das Foramen mentale wurde mit dem Instrument umfahren, anschliessend der Nerv mit dem Knochenblock herausgelöst, dann der Block radial zum innen liegenden Nerv zweifach geschwächt, ohne den Nerv zu verletzen, der Nerv herausgelöst und somit lateralisiert. Für den Einsatz im Bereich sensibler Weichgewebsstrukturen, z.B. auch beim Sinuslift unter Schonung der Schneider'schen Membran, scheint die Piezochirurgie prädestiniert.

Frau OA Dr. Manuela Linder stellte den Einsatz von Gaumenimplantaten als kieferorthopädische Massnahme aus chirurgischer Sicht vor. Das relativ einfache chirurgische Vorgehen ersetzt eine extraorale Verankerung mittels Headgear und meist auch eine Vollbebänderung. Daher ist die Compliance der Patienten bei dieser Methode sehr gut, allerdings sind zwei kurze Operationen notwendig. Bei der Planung mittels FRS wird durch Messung des lokalen Knochenangebots die optimale Position ermittelt. Intraoperativ wird die Schleimhaut mit der Mucostanze perforiert, der Stanzzyylinder mit dem Raspatorium entfernt, anschliessend das Implantatlager aufbereitet und das Implantat eingedreht. Es gibt bei einem Implantatdurchmesser von 3,3 mm die Versenktiefen 4,0 und 6,0 mm, zusätzlich wird noch ein «Rettungsimplantat» mit dem Durchmesser von 4,0 mm und einer Versenktiefe von 4,0 mm angeboten. Nach Aufdrehen der grossen oder wahlweise kleinen Verschlusskappe (abhängig von der Schleimhautdicke) wird dem Patienten für 2–3 Wochen eine Schutzplatte eingesetzt, damit eine reizlose Einheilung gewährleistet ist. 3 Monate postoperativ kann mit der kieferorthopädi-

schen Belastung begonnen werden. Sobald die kieferorthopädische Behandlung samt Retentionsphase abgeschlossen ist, wird das Implantat mittels Explantationsfräse in einem zweiten chirurgischen Eingriff explantiert. Bisher wurde diese Behandlungsmethode vor allem bei erwachsenen Patienten sehr geschätzt. Es folgten die Vorträge der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin, beginnend mit Dr. Marc Geserick, der über die Anwendung und Indikation der Gaumennahterweiterung sprach. Die Gaumennahterweiterung ist bei vertikalem Wachstumsmuster, bei einer transversal schmalen Kieferbasis und einer notwendigen Dehnung um mehr als 4 mm indiziert. Sie kann ab dem 5. Lebensjahr durchgeführt werden; da ab dem 25. Lebensjahr die sutura palatina mediana bei 25–30% der Patienten verknöchert ist, sollte ein möglichst früher Therapiebeginn zur Vermeidung von Nebenwirkungen angestrebt werden. Es soll eine Verbreiterung der Kieferbasis und eine Verbesserung der Atmung erreicht werden. Die Therapie ist schnell und effizient durchzuführen, im Allgemeinen dauert die eigentliche Behandlungsphase 2 Wochen. Es wird eine Überkorrektur empfohlen, nach einer Retentionsphase von 6 Monaten kann mit der Weiterbehandlung begonnen werden. Um Bissöffnungen durch Zahnkippen zu vermeiden, sind im Unterkiefer Aufbissplatten anzufertigen. Dr. Geserick stellte das in der Basler Klinik für Kieferorthopädie neu entwickelte Schraubensystem anhand von 10 Patientenfällen vor. Es besteht aus einem Nickel-Titan-Element, das als Block konstruiert ist und somit die Plaqueansammlung verringert, die Schraube liegt verglichen mit anderen Systemen tiefer, was den Patientenkomfort erhöht. Der Einsatz des Nickel-Ti-



MediBank

Die Schweizer Bank für freie Berufe

Private Vermögens- und Finanzplanung

Bahnhofstrasse 8+10, 6301 Zug
Tel 041 726 25 25 / Fax 041 726 25 26 / Email info@medibank.ch

Kontaktperson: Christine Ehrat, lic.oec.publ., Direktwahl: 041 726 25 34

Praxis und Fortbildung

Liebe Autoren

Die Autorenrichtlinien sind leicht verändert worden:

Da die Beiträge Praxis/Fortbildung in der Medline erscheinen, benötigen wir ein englisches Abstract mit maximal 200 Wörtern.

Dank dem World Wide Web können Sie uns Ihren Text auch per Mail zyssset@forumpr.ch zusenden.

Das Textdokument ist als Worddokument abzuspeichern oder in Rich Text Format (RTF).

Für die Bilder sind drucktaugliche elektronische Formate (dps, tif, jpg) (vorzugsweise auf CD gespeichert) möglich.

Um Kosten zu sparen, haben wir die Anzahl der Gratissonderdrucke auf 100 Exemplare gesenkt.

Die Redaktion dankt für Ihr Verständnis und freut sich auf zahlreiche Arbeiten.

Die Redaktion

tan-Elements ermöglicht die Applikation kontinuierlicher, niedriger Kräfte. Bisher sind mit diesem neuen System gute Ergebnisse erzielt worden, wie anhand der Fallbeispiele dokumentiert werden konnte.

Herr med. dent. Urban Dolenc stellte die Möglichkeiten der Fissurenversiegelung in der Kinderzahnmedizin vor. Die Occlusalflächen machen zwar nur 12,5% aller Zahnflächen aus, es finden sich dort aber 60% aller kariösen Läsionen der 13- bis 15-Jährigen. Durch erhöhte Plaqueakkumulation infolge fehlender Antagonistenkontakte, durch das Missverhältnis zwischen Grösse der Fissur und der

Zahnbürste sowie durch den unreifen Schmelz infolge fehlender De- und Remineralisation ist die Kariesprävalenz bei den Molaren erhöht. Risikoflächen sind die Fissuren der Molaren, aber auch der Prämolaren, die Buccal- und Palatinalfissuren der 6er und 7er, Foramina caeca und evtl. die Milch-5er. Indiziert sind Fissurenversiegelungen bei mittlerem und hohem Kariesrisiko. Das Augenmerk des Zahnarztes sollte vor allem auf der Prävention liegen, vor allem bei ungenügender Mitarbeit des Patienten, bei unzureichendem Zahndurchbruch oder bei auf die Occlusalfläche reichenden Schleimhautkapuzen werden Fluoridlacke oder Chlorhexidinlacke verschiedener Konzentration empfohlen.

Frau med. dent. Fabienne Zeller präsentierte in ihrem Vortrag die Ergebnisse ihrer Dissertation zum Thema Haftfestigkeit von farbigem Kompomer am Milchzahndentist nach Kariesentfernung mit unterschiedlichen Excavationsmethoden. 40 extrahierte, kariöse Milchzähne wurden in 4 Gruppen geteilt, Gruppe 1 (= Kontrollgruppe) Excavation mit dem Bohrer, Gruppe 2 Excavation mittels Carisolv, Gruppe 3 Excavation mit Air-Abrasion, Gruppe 4 Excavation mit Er-YAG-Laser. Dann wurden die Füllungen mit Twinky Star® gelegt und die Übergänge zwischen Zahn und Füllung sowie die Rauigkeit mit Hilfe von REM-Aufnahmen ausgewertet. Mit einer Prüfmaschine wurde die Haftfestigkeit gemessen. Die Excavation mittels Air-Abrasion und das Legen der Füllung nach vorherigem Ätzen mit 35%iger Phosphorsäure erzielte die höchste Haftkraft. Carisolv und Er-YAG-Laser erreichten kleinere Abzugskräfte als die konventionelle Kariesexcavation mit dem Bohrer. Gerade bei ängstlichen Kindern kann die Anwendung der Air-Abrasion oder von Carisolv eine alternative Therapiemöglichkeit darstellen.

Bei der Staatsexamensabschlussfeier 2003 gratulierte der Direktor des Zentrums, Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht, den frisch gebackenen Zahnärztinnen und Zahnärzten des diesjährigen Abschlussjahrgangs. Sie gehören ab jetzt auch zu denen, die Patienten im Notfall von unangenehmen Zahnschmerzen befreien können. Momentan sind die Zeiten von der Diskussion um die Reduktion der Zahl der medizinischen Fakultäten gezeichnet. Es gibt Tendenzen, wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems auch, in der Zahnmedizin zu sparen, gehört der Studiengang doch zu den teuersten weltweit. Die Empfehlungen der



Gratulation zum bestandenen Staatsexamen

WHO werden in der Schweiz derzeit nicht erfüllt. Um weiterhin eine ausreichende zahnärztliche Versorgung zu gewährleisten, müssen die Studienplätze voll ausgelastet sein, wie dies in Basel der Fall ist. Es ist in Basel sogar noch möglich, dass alle Staatsexamenskandidaten im praktischen Teil der Prüfung in zahnärztlicher Chirurgie einen Weisheitszahn operativ entfernen können. Zudem ist das Betreuungsverhältnis während des Studiums oder der Promotion an mehreren kleinen Standorten besser als an wenigen grossen Zentren. Natürlich ist dies auch an finanzielle Mittel gebunden. Es werden Patienten, Assistenten, Ausrüstung und auch Material für jeden Studenten benötigt. Basel hat sich 2002 zu 46% selbst finanziert, d.h. durch Erbringung von Dienstleistungen, Auftreiben von Sponsorenmitteln und weiteren Drittmitteln. Am Schluss seiner Ansprache rief Prof. Lambrecht die «Frischlinge» dazu auf, zu zeigen, dass die ca. 500 000 Fr., die jeder Zahnmedizin-Studienplatz den Steuerzahler kostet, eine sinnvolle Investition sind. Die Diplomanden erwarten keine Karriere als Taxifahrer, wie es bei andere Akademikern oft der Fall ist, sondern sie werden ohne Zulassungsstopp direkt vom Arbeitsmarkt aufgenommen. Prof. Lambrecht wünschte den Absolventen auf diesem Weg nochmals alles Gute und viel Erfolg auf ihrem weiteren Berufsweg.



Gratulation zum bestandenen Staatsexamen

Im Anschluss erfolgte die Diplomübergabe, bei der die Absolventen jeweils durch eine Kurzcharakterisierung dem Publikum vorgestellt wurden, anschliessend gratulierte Prof. Lambrecht jedem Einzelnen persönlich und überreichte die Urkunde. Es sind dieses Jahr in Basel 15 Absolventen: Eva Baumgartner, Lorenz Brauchli, Claudia Cesana, Daniele Fasciglione, Patrizia Heggendorf, Samuel Keusch, Martina Lüthi, Nadja Müller, Tino Nyffeler, Lukas Roten, Thilo Rothe, Pascal Schönenberger und Fabienne Zeller. Julijana Deronjic und Svetlana Zuber haben die besondere Fachprüfung für eingebürgerte Schweizer bestanden.

Umrahmt wurde die Feier von der Sopranistin Rebecca Ockenden und der Mezzosopranistin Susanne Puchegger, die von Iryna Krasnovska am Klavier begleitet wurden. Mit einem Augenzwinkern sangen sie von Zuckerplätzchen und anderen Leckereien (was natürlich genau unser Patientengut zu sich nehmen sollte ...) und sorgten so für gute Stimmung.

Es folgte eine kleine Ansprache des Absolventen Herrn med. dent. Lorenz Brauchli, der im Namen des Jahreskurses das «Konterexamen» vorstellte. Dieses umfasste eine Evaluation aller Abteilungen, Dozenten, Oberassistenten und Assistenten des Zentrums für Zahnmedizin. Diesmal wechselten die Absolventen die Seite und verteilten die Noten an ihre Lehrer. OA Dr. Hanjo Hecker wurde als «Assistant of the year», OA PD Dr. Andreas Filippi wurde als «Teacher of the year» ausgezeichnet. Die gesamte Auswertung wurde anschliessend Prof. Lambrecht ausgehändigt.

Herr med. dent. Andres Izquierdo sprach als Vertreter der Altklinikerschaft und charakterisierte die verschiedenen Engagements der Altkliniker, sei es als Sponsor des alljährlichen Hoffestes oder des Niggi Näggi, beim Arbeitseinsatz in Län-



Herr med. dent. Lorenz Brauchli und OA Dr. Hanjo Hecker



Prof. Dr. J. Thomas Lambrecht und Herr med. dent. Samuel Keusch bei der Verleihung des SSO-Anerkennungspreises

dem der Dritten Welt oder als Anlaufstelle für die Studierenden in Fragen aller Art. Die Absolventen seien herzlich eingeladen, in diesem Kreis mitzuwirken.

Als Abschluss der Feier überreichte Prof. Lambrecht den SSO-Anerkennungspreis an Herrn med. dent. Samuel Keusch, der diesen verdienstermassen für besondere Leistungen im Rahmen des Studiums erhielt.

Nach einer weiteren musikalischen Einlage wurde beim Apéro mit den Absolventen, deren Eltern, Familienangehörigen und Freunden auf das bestandene Staatsexamen angestossen.

Nach einem kleinen Imbiss folgten die Vorträge des Nachmittags, beginnend mit dem Institut für Präventivzahnmedizin und orale Mikrobiologie; es sprach als Erster OA Dr. Tuomas Waltimo über *Candida albicans* bei marginaler und apikaler Parodontitis. Opportunistische Infektionen können im Körper unter gewissen Voraussetzungen bei Änderungen des lokalen und systemischen Immunstatus und bei speziellen prädisponierenden, mechanischen oder iatrogenen Faktoren zu Infektionen führen. Bei der marginalen Parodontitis kommt es durch Plaque- und Zahnsteinakkumulation zur Infektion und somit zur Destruktion von parodontalem Gewebe. Bei etwa 15% der Patienten ist *Candida albicans* nachweisbar. Es muss abgeklärt werden, ob eine Immunsuppression besteht, ob Kortikosteroide oder Antibiotika verwendet werden. Sobald diese Faktoren ausgeschaltet werden, stellt sich das normal gesunde Gleichgewicht wieder ein und es kommt zur Ausheilung.

Frau Dr. Eva Kulik referierte über Bacteriocine als neue Mittel gegen Bakterien. Bacteriocine sind antimikrobiell wirksame Substanzen. Als Stoffwechselprodukte wirken sie nur auf gleiche oder nahe stehende Bakterienarten, sie gehören im

Gegensatz zu den Antibiotika zu den ribosomal synthetisierten Peptiden. Bacteriocine können aus gramnegativen und grampositiven Bakterien entstehen. Am Institut für Präventivzahnmedizin und orale Mikrobiologie gibt es momentan verschiedene Dissertationen, die sich mit der Wirkung von Bacteriocinen aus *Lactobacillen* beschäftigen. Bisher konnte eine antimikrobielle Wirkung bei oralen und vaginalen *Lactobacillen* nachgewiesen werden, das Wirkspektrum ist jedoch eng und die Reproduzierbarkeit *in vivo* muss noch ermittelt werden.

Prof. Dr. Jürg Meyer blickte im Anschluss auf über 40 Jahre Basler Trinkwasserfluoridierung zurück. Trotz verschiedener Vorstösse der Gegner wurde die Trinkwasserfluoridierung von 1962 bis 2003 beibehalten. Die Wirksamkeit der Fluoride bei der Kariesprophylaxe ist bei den Gegnern umstritten. Weitere Argumente sind beobachtete Gesundheitsschäden, die Umweltbelastung und dass die sog. Zwangsmedikation die persönliche Freiheit verletze. Untersuchungen konnten jedoch eine Abnahme der Kariesprävalenz nachweisen, die Zahl der kariesfreien Gebisse bei den 7-Jährigen nahm nachweislich zu, und bei den 12-Jährigen zeigte sich ein deutlicher Kariesrückgang. Es stellt sich die Frage nach der Entwicklung der Kariesprävalenz in der Zukunft. Die Trinkwasserfluoridierung hat vor allem bei Personen mit hohem Kariesrisiko, die keine fluoridierte Zahnpaste verwenden, zu einer starken Kariesreduktion geführt. Bei Personen mit guter Mundhygiene (unter Verwendung von fluoridierter Zahnpaste) ist nur eine geringe Kariesreduktion zu erwarten.

Es folgten die Vorträge der Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie.

Dr. Mohammad Amiri-Jezeh sprach über den aktuellen Stand bei der Verwendung von Emdogain®-Schmelzmatrixproteinen



Prof. Dr. Jürg Meyer

in der Parodontologie. Die Gabe von Schmelzmatrixproteinen ist bei 2- und 3-wandigen Knochendefekten und bei Furkationen Grad I und II indiziert. Es konnte bisher keine zusätzliche Knochenbildung um Titanimplantate bei Zugabe von Schmelzmatrixproteinen gezeigt werden. Bei Rezessionsdeckungen führen Schmelzmatrixproteine nicht zu besseren klinischen Resultaten gegenüber dem konventionellen Vorgehen mit einem koronalen Verschiebelappen. Weitere Studien zum klinischen Einsatz von Schmelzmatrixproteinen müssen jedoch abgewartet werden.

Frau Dr. Frauke Berres referierte über die aggressive Parodontitis. Sie ist primär gekennzeichnet durch einen schnellen Attachmentverlust und eine familiäre Häufung. Sekundär zeigen sich eine spezielle Keimflora und ein Missverhältnis zwischen Menge der Ablagerungen und der Ausprägung der Entzündung. Die aggressive Parodontitis tritt lokalisiert meist in der Pubertät an 6ern und 1ern auf, generalisiert tritt sie vor dem 30. Lebensjahr, aber auch später auf. Sie ist gekennzeichnet durch interproximalen Attachmentverlust und zeigt im Verlauf häufig einen episodischen Charakter. Die klinische Diagnose wird anhand der Sondierungstiefenmessung, der radiologischen Erscheinung und der mikrobiologischen Untersuchung gestellt. Die lokalisierte Form weist meist *Actinobacillus actinomycetemcomitans* auf, die generalisierte Form meist *Porphyromonas gingivalis*. Die Therapie sollte möglichst frühzeitig erfolgen, meist sind Knocheneinbrüche schon auf Bissflügelaufnahmen erkennbar; die pathogenen Keime müssen durch die Therapie eliminiert werden; langfristig müssen die Patienten im regelmässigen Recall betreut werden, um ein Wiederaufflammen frühzeitig zu erkennen.

OA Dr. Hanjo Hecker setzte sich in seinem Vortrag mit der apikalen Läsion und dem Verlauf des Mandibularkanal im konventionellen Röntgenbild im Vergleich zum Computertomogramm auseinander. Das konventionelle Röntgenbild ist allein durch die fehlende dritte Dimension limitiert, diese kann durch exzentrische Aufnahmen teilweise erfasst werden. Oft führt dies aber zu Überlagerungen, die eine Diagnostik zusätzlich erschweren. Vor allem kleinere periapikale Entzündungen im Unterkieferseitenzahnbereich sind meist durch die dicke Kompakta schlecht erkennbar. Im Vergleich zur konventionellen radiologischen Darstellung ergab das Computer-



Die Professoren des Zentrums für Zahnmedizin

tomogramm eine Übereinstimmung von 94% mit der Anatomie, hingegen die Panoramaschichtaufnahme nur 17%, die Tomographie 39% und der Einzelzahnfilm 53%. Im Einzelzahnfilm sind in 21% der Fälle vorhandene periapikale Läsionen nicht erkennbar und in 39% ist der Canalis mandibulae nicht erkennbar. Bei der Computertomographie gibt es weder Vergrößerungen, noch Verzerrungen anatomischer oder pathologischer Details. Die zusätzlichen Kosten von ca. 300 Fr. sind bei anatomisch schwierigen Fällen allein dadurch gerechtfertigt, dass später keine forensischen Probleme auftreten, wenn präoperativ ein Computertomogramm angefertigt wurde. Allerdings sollte sich die Anfertigung auf solche Fälle beschränken, wo diese zusätzliche Sicherheit auch anatomisch begründet ist. Anschliessend folgten die Vorträge der Klinik für Prothetik und Kaufunktionslehre, beginnend mit PD Dr. Jens Türp. Er sprach über Theorie und Praxis der Michiganschiene. Sie ist bei Bruxismus sowie Myalgie der Kiefermuskulatur oder Athralgie der Kiefergelenke indiziert. Bislang fehlen genaue Daten, die eine Wirksamkeit nachweisen. Der Therapieerfolg scheint nicht ausgeprägter als bei Pysiotherapie, Akkupunktur oder occlusalem Einschleifen. Da meist nur einzelne Kompartimente der Kiefermuskulatur bei Muskelschmerzen betroffen sind, führt die Schiene allein durch die räumliche Lageänderung zu einer Entlastung. Die Michiganschiene zeigt in Kombination mit Biofeedback und gezieltem Stressmanagement bessere Erfolge, in zusätzlicher Kombination mit kognitiven Therapiemassnahmen zeigt sie auch langfristig bessere Ergebnisse.

Das Thema der Dissertation von Herrn med. dent. Edgar Hagmann wurde durch Frau OA Dr. Nicola Zitzmann vorgestellt: «Das Procera®-Vollkeramiksystem – eine 5-Jahres-Evaluation». Das Verfahren wird mittlerweile bei der Herstellung von Einzelkronen im Front- oder Seitenzahnbe-

reich, von Veneers und Implantatabutments angewendet. Die klinische Untersuchung umfasste 1423 Kappen, die im Zeitraum von 1997 bis 2002 inseriert wurden; davon mussten 2% neu angefertigt werden, bei 12 Kappen war der Rand zu kurz, in 10 Fällen kam es zu Brüchen im Labor, 3 Kappen brachen bei der Einprobe, eine Kappe frakturierte 27 Monate nach dem Zementieren.

Den Abschluss machte das Institut für Werkstoffwissenschaft, Technologie und Propädeutik. Dr. Gero Juraszyk sprach über klinische Aspekte des Splittertests. Die Biokompatibilität wird durch die Struktur- und die Oberflächenkompatibilität bestimmt. Um die genaue Zusammensetzung einer Legierung ermitteln zu können, erweist sich der Splittertest als besonders geeignet, da er nahezu minimalinvasiv durchgeführt wird. Mit einem neuen Karborundumsteinchen werden bei 500–1000 U/min kleinste Metallpartikel entnommen, die direkt von einer klebenden Oberfläche aufgenommen werden, die so neben die Restauration gehalten wird, dass die Bohrspäne direkt

auftreffen. Die Klebefläche wird auf den Untersuchungsbogen des Instituts für Werkstoffwissenschaft, Technologie und Propädeutik fixiert und mit den genauen Patientendaten versehen. Die Stelle der Restauration, an der die Probe entnommen wurde, wird anschliessend poliert.

Fredy Schmidli als Laborleiter des Werkstoffkunde-Labors ergänzte aus seiner Erfahrung die Laboraspekte. Entscheidend wird die Messgenauigkeit durch die Elementmenge und die Probenhomogenität beeinflusst. Meist entsprechen die verwendeten Legierungen nicht den Herstellerangaben, da sie bearbeitet wurden. Die EDX-Analyse erscheint am geeignetsten, da hierfür nur kleinste Mengen benötigt werden. Der Zeitaufwand ist sehr gering, allerdings hängt die Genauigkeit extrem von der Entnahmesorgfalt ab, die Probe muss mit neuen Instrumenten entnommen werden. Zudem ist die Genauigkeit vom Legierungstyp abhängig. Für das Labor ist eine detaillierte Beschreibung des Entnahmeortes notwendig. Herr Schmidli ergänzte seinen Vortrag noch mit eindrucksvollen REM-

Massgeschneiderte Dienstleistungen für Ihre **ERFOLGREICHE PRAXISFÜHRUNG**

mit unserer individuellen Betreuung
von Zahnärzten seit über 20 Jahren



Zugerstr. 51 · 6330 Cham
Tel. 041/784 10 10
Fax 041/784 10 29
contact@ba-treuhand.ch
www.ba-treuhand.ch



B&A Treuhand AG

Bildern von klinischen Beispielen. In 80% der Fälle ist der Splittertest hilfreich; er liefert eine Aussage über die Legierungszusammensetzung, jedoch keine Angaben zu Korrosionsvorgängen. Entscheidend für abschliessende Aussagen ist weiterhin das klinische Bild, das möglicherweise weitere Abklärungen erfordert.

Prof. Dr. Heinz Lüthi von der Universität Zürich referierte über neue Erkenntnisse aus dem Bereich der Vollkeramik. Es gibt Erfahrungen mit Feldspatkeramiken, Glaskeramiken (z.B. Empress), glasinfiltrierten Keramiken (z. B. InCeram) und so genannten Hochleistungskeramiken (z.B. Procera). Prof. Lüthi hob vor allem die Zirkonoxid-Keramiken hervor, die durch verschiedene CAD/CAM-Systeme hergestellt werden und sich durch höchste

Festigkeit, Zähigkeit, kleine Korngrösse sowie eine Umwandlungsverstärkung auszeichnen. Er stellte eine Studie vor, bei der 40 eingesetzte Brücken untersucht wurden. Es handelte sich 3-, 4- und 5-gliedrige Brücken, von denen bei der 3-Jahres-Nachuntersuchung bei keiner eine Gerüstfraktur festgestellt werden konnte. Durch die Umwandlungsverstärkung scheint die tetragonale Struktur, die eine Volumenerhöhung durch Transformation erreicht, ein Fortschreiten von Rissen zu verhindern.

Alles in allem war das 5. «ZfZ aktuell» ein interessanter Fortbildungstag, der die verschiedenen Aspekte der Zahnmedizin, vertreten durch die unterschiedlichen Kliniken und Institute des Zentrums für Zahnmedizin in Basel, beleuchtete. ■

Stiftung für Patientensicherheit nimmt formell Arbeit auf

Der Stiftungsrat der neu gegründeten Stiftung für Patientensicherheit hat am 8. Dezember 2003 seine konstituierende Sitzung abgehalten. Als Präsident des Stiftungsrats wurde Prof. Dr. med. Dieter Conen (Kantonsspital Aarau), als Vizepräsident Prof. Dr. med. Peter Suter (Universitätsspital Genf) und als Geschäftsführer der Stiftung Dr. med. Marc-Anton Hochreutener gewählt. Der Zweck der Stiftung liegt in der Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit.

Die Stiftungsgründung ist eine Antwort auf die nationale und internationale Diskussion über die Patientensicherheit in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. Die Tätigkeit der Stiftung stützt sich insbesondere ab auf die Massnahmenvorschläge der vom Eidg. Departement des Innern eingesetzten Expertengruppe «Patientensicherheit». Diese hatte insbesondere die folgenden Massnahmen empfohlen: Die Erarbeitung einer Datenbasis zu medizi-

nischen Fehlern, die Analyse der Ursachen und Risikofaktoren, die Entwicklung von Sicherheitsstrategien und -instrumenten, die Kommunikation und der Wissenstransfer sowie die Unterstützung der von schwerwiegenden Zwischenfällen betroffenen Patientinnen und Patienten und des beteiligten Personals. Das Schwergewicht der Arbeit der Stiftung wird im ersten Jahr in der Durchführung einer Pilotstudie «Kritische Zwischenfälle in Schweizer Spitälern» liegen. Dabei

Die Gründer der Stiftung für Patientensicherheit sind die Schweiz. Akademie der med. Wissenschaften (SAMW), die Schweiz. Eidgenossenschaft vertreten durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK), die Vereinigung der Pflegeexpertinnen und -experten der Schweiz (PES), die Schweiz. Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), der Schweiz. Apothekerverband (SAV), die Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker (GSASA), der Schweiz. Physiotherapie Verband (fisioi), die Schweiz. Patienten- und Versichertenorganisation (SPO) und die Ente Ospedaliero Cantonale als Vertreterin des Kantons Tessin.

soll abgeschätzt werden, wie hoch das Ausmass von kritischen Zwischenfällen in der Schweiz ist, und die Studie soll Hinweise liefern, in welchen Bereichen das Schadenspotenzial besonders hoch ist. Weiter soll in Zusammenarbeit mit der FMH die Anwendung von Fehlermeldesystemen gefördert und koordiniert werden.

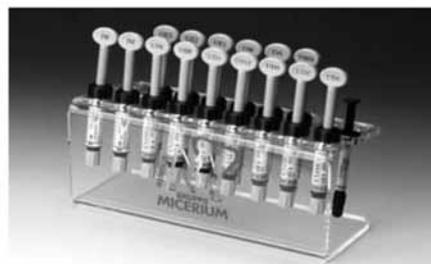
Auskünfte:

Stiftung für Patientensicherheit
c/o SAMW
Petersplatz 13
4051 Basel
Tel. 062/838 68 18
Prof. Dr. med. Dieter Conen, Präsident
Stiftung für Patientensicherheit ■

ENAMEL plus
HFO

DAS IDEALE KOMPOSIT FÜR ANSPRUCHSVOLLE RESTAURATIONEN SOWIE FÜR DEN TÄGLICHEN BEDARF (STANDARDFÜLLUNGEN, EINFACHE SCHICHTUNGEN ETC.).

"NEW GENERATION"
Noch einfacher und effektiver!



Verlangen Sie unseren ausführlichen Farbprospekt

Praxis:
Strasse:
PLZ / Ort:
Tel.:
Datum:

Vertrieb Schweiz:

BENZER - DENTAL AG
Saatlenstr. 31, 8051 Zürich
Tel. 01/322.29.04 · Fax 01/321.10.66

ZEITSCHRIFTEN



Implantologie

**Attard N J, Wei X, Laporte A,
Zarb G A und Ungar W J:
A Cost Minimization Analysis of
Implant Treatment in Mandibular
Edentulous Patients**

Int J Prosthodont 16: 271–276, 2003

Ziel dieser Studie war, herauszufinden, ob implantatgetragene Hybridprothesen oder fest sitzende implantatverankerte Versorgungen die langfristig kostengünstigere Therapie für zahnlose Patienten darstellen.

Es wurde beispielsweise behauptet, dass im ersten Jahr nach Insertion einer implantatgetragenen Hybridprothese namhafte Anpassungsarbeiten an Prothese und Attachments notwendig seien. Es wird auch angegeben, dass eine implantatgetragene Hybridprothese langfristig eine höhere finanzielle Belastung für den Patienten darstelle. Dies, obwohl die anfänglichen Herstellungskosten einer Hybridprothese wesentlich niedriger sind als die einer fest sitzenden Konstruktion. Die häufigeren Unterhaltsarbeiten bei der abnehmbaren Lösung und die damit verbundenen Kosten kämen langfristig für den Patienten teurer als die fest sitzende Konstruktion.

Die Patienten für diese Kostenanalyse wurden aus zwei prospektiven Langzeitstudien rekrutiert, und zwar je 25 Patienten für die abnehmbare Lösung und 25 für die fest sitzende Versorgung. Die direkten klinischen Kosten wie auch die für den Patienten anfallenden «Zeitkosten» wurden über einen Zeitraum von 9 Jahren erhoben.

Die durchschnittlichen Totalkosten (CAD 10 748), klinischen Kosten (CAD 10 094) wie auch «Zeitkosten» (CAD 654) waren signifikant höher für die Gruppe der fest sitzenden Rekonstruktionen im Vergleich zu den entsprechenden Kosten für die Gruppe mit den abnehmbaren Rekonstruktionen (CAD 3665, CAD 3343, CAD 322).

Ebenfalls fielen die initialen Herstellungskosten und Unterhaltskosten für die fest sitzenden Rekonstruktionen signifikant höher aus (CAD 7567 und CAD 2527), verglichen mit den Kosten für Hybridprothesen (CAD 2505 und CAD 830).

Diese Resultate ergeben, dass die Therapie mit abnehmbaren Hybridprothesen für den zahnlosen Patienten eine wesentlich kostengünstigere Therapieform ist als die der festsitzenden Versorgung (Differenz ca. CAD 7000). Vielleicht eher unerwartet ist die Erkenntnis, dass auch die Unterhaltskosten für die fest sitzenden Rekonstruktionen höher ausfielen als für die Hybridprothesen. Frakturen von Goldschrauben, Abutmentschrauben, Gerüstteilen und Teilfrakturen von Verblendungen und Prothesenzähnen waren in der Gruppe mit fest sitzenden Rekonstruktionen signifikant häufiger anzutreffen. Relativ oft führten diese Schäden sogar zu einer Neuanfertigung der Versorgung. Selbstverständlich ist zu erwähnen, dass die abnehmbaren Rekonstruktionen regelmässig unterfüttert werden mussten, jedoch reichten diese Unterhaltskosten in der Höhe nicht an diejenigen der fest sitzenden Rekonstruktionen heran.

Abschliessend kann gesagt werden, dass fest sitzende Rekonstruktionen auf Implantaten im zahnlosen Unterkiefer etwa dreimal teurer sind in Herstellung und Unterhalt als Lösungen mit implantatgetragenen Hybridprothesen. Diese Tatsache muss mit dem Patienten, der eine implantatgetragene Rekonstruktion wünscht, besprochen werden. Selbstverständlich dürfen die grundlegenden Unterschiede zwischen den beiden Therapieformen – bezüglich Komfort wie auch bezüglich psychologischer Situation für den Patienten – bei der gemeinsamen Wahl nicht ausser Acht gelassen werden.

Gian Peterhans, Zürich

Allgemeinmedizin

**Meier R, Steuerwald M:
Peptische Störungen
Teil 1: Refluxkrankheit**

Schweiz Med Forum 41: 976–982, 2003

Die Refluxkrankheit ist eine häufige gastrointestinale Erkrankung. Über 40% der Erwachsenen in der westlichen Hemisphäre haben einmal im Monat Sodbrennen, ca. 10% haben wöchentlich Refluxsymptome. Bei älteren Personen treten diese häufiger auf. Als typische Beschwer-

de werden Sodbrennen und Aufstossen von Säure angegeben, es können aber auch atypische Symptome wie Angina-Pectoris-ähnliche Brustschmerzen, Heiserkeit etc. auftreten. Die Refluxkrankheit kann zu erosiven oder ulzerativen Oesophagitiden führen, die gelegentlich zu Blutungen führen können. Ein weiteres Problem besteht in der Umwandlung des Plattenepithels in ein spezialisiertes Zylinderepithel, das so genannte Barrett-Epithel, das ein erhöhtes Karzinomrisiko darstellt.

Die Bedeutung des *Helicobacter pylori* ist noch nicht eindeutig abgeklärt.

Bei einer typischen Anamnese und bei jüngeren Patienten ohne Alarmsymptome muss die Refluxdiagnose nicht weiter abgeklärt werden. Eine empirische Therapie kann ohne weiteres begonnen werden. Eine Probetherapie mit einem Protonenpumpeninhibitor (PPI) kann sich als wirksam erweisen. Wenn Alarmsymptome oder kein Ansprechen auf eine Probetherapie vorliegen, ist sicher eine weitere Abklärung mittels einer endoskopischen Untersuchung indiziert. Damit kann auch der Schweregrad der Schleimhautveränderung festgestellt werden.

Das primäre Ziel bei der Behandlung der Refluxkrankheit ist die Beschwerdefreiheit. Bis heute gibt es keine kurative Therapie. Sinnvoll ist sicher das Weglassen von üppigen, fettreichen Mahlzeiten. Es ist klar gezeigt worden, dass die Beeinflussung der Beschwerden vor allem vom Mass der Säurehemmung abhängt. Eine säureneutralisierende (Antazida) oder eine säurehemmende Therapie (H₂-Antagonisten) hemmt in 60–70% die Beschwerden.

Als wirksamste Therapie haben sich die Protonenpumpeninhibitoren (PPI) erwiesen, sie führen bei über 90% der Patienten zur Beschwerdefreiheit. Bei Versagen einer anerkannten medikamentösen Therapie kann auch eine operative Korrektur zur Verhinderung des Refluxes in Erwägung gezogen werden. Heute wird meist die laparoskopische Technik bevorzugt; die Operation sollte aber nur bei sorgfältig ausgewählten Patienten angewendet werden.

Die Refluxkrankheit ist eine chronische Krankheit, die häufig eine Langzeittherapie erfordert. Zum Erreichen der Beschwerdefreiheit und zur Abheilung der Oesophagitis – aber auch für die Dauerbehandlung – haben sich die Protonenpumpeninhibitoren (PPI) bewährt.

Felix Meier, Zürich