

Antitabakbewegung vom 1950 bis 1990

## Wo Rauch ist, da ist Streit

Dominik Meier (Quelle: infosantésuisse Nr. 12/2004)

*Im vergangenen Sommer hat die Tabakprävention des Bundesamts für Gesundheit (BAG) einen Höhepunkt an medialer Aufmerksamkeit erreicht. Vom «Krieg gegen die Raucher» war da etwa die Rede, um nur die bekannteste der vielen polemischen Schlagzeilen zu nennen. Dabei betreibt das BAG erst seit den 1990er-Jahren eine aktive Tabakpräventionspolitik. In den Jahrzehnten zuvor lag der Kampf gegen den blauen Dunst noch vornehmlich in den Händen von Einzelpersonen und privaten Organisationen. Ein Rückblick auf die Antitabakbewegung in der Schweiz zwischen 1950 und 1990.*

Über das Rauchen wird gestritten. Das war schon immer so. In Bern zum Beispiel stellte die Obrigkeit das Rauchen bis ins 18. Jahrhundert unter Strafe. Mit dem Sieg der industriell hergestellten Zigarette über Pfeife, Stumpen und Zigarren erlebte das Rauchen in der Schweiz nach dem Zweiten Weltkrieg eine neue Dimension. Nun griffen auch die Damen zum Glimmstängel, nun konnte Tabakrauch inhaliert werden, nun wurde das Kettenrauchen möglich.

### Stillhalten und weiterrauchen

Zwar reagierte die Wissenschaft rasch auf das neue Phänomen, und schon in den frühen 1950er-Jahren war die Schädlichkeit der Zigarette schlüssig bewiesen. Doch zunächst nahmen nur wenige Ärzte die Herausforderung an und engagierten sich mit Vorträgen oder mit Presseartikeln gegen das Rauchen. Die grosse Mehrheit der Mediziner aber schwieg und rauchte zum Teil selber weiter. Auch etablierte Gesundheitsorganisationen wie die Vorgängerorganisationen der heutigen Krebsliga und der Lungenliga scheuten in dieser Zeit ein starkes Engagement gegen das Rauchen – aus Furcht nämlich vor dem Verlust rauchender Mitglieder und vor Einbussen bei den Spenden. Sie beschränkten sich vorerst auf wenige Stellungnahmen und die Unterstützung diskreter lokaler Aufklärungsaktionen. Während sich die Mediziner also bis in die 1960er-Jahre zurückhielten, engagierte sich in dieser Zeit ein bunter Mix aus Abstinenzlern, Freikirchen, Naturisten und Anhängern der Reformbewegung nach Bircher-Benner umso aktiver gegen das Rauchen – allerdings mehr mit dem moralischen Zeigefinger und mit der Bibel als mit Zahlen und Fakten. Die erste tabakgegnerische Organisation der Schweiz, die «Vereinigung zur Aufklärung über die Tabakgefahren» stand der Abstinenzbewegung nahe. Die vom Thurgauer Lehrer Max Oettli geleitete und 1947 gegründete Vereinigung wollte die Alkoholgegner für den Kampf gegen die Zigarette gewinnen.

Beide Süchte, schrieb Oettli 1947 im «Schweizer Frauenblatt», hätten dieselben Wurzeln, nämlich «das Erschleichen eines Genusses mit Hilfe eines Nervenmittels». In grimmigen Schriften mit meist geringer Auflage wurde das Rauchen mit einer Sünde gleichgesetzt. Die Vereinigung stiess insgesamt aber auf wenig Echo und löste sich 1967 auf.

### Tabakgegner «Made in USA»

Ein Wandel setzte Mitte der 1960er-Jahre ein, und zwar von den USA herkommend. Eine neue, in den USA ausgebildete Medizinergeneration führte den Fachbereich Präventivmedizin in der Schweiz ein. Wichtigste Vertreter dieser neuen Generation waren die Mediziner Meinrad Schär und Theodor Abelin. Schär baute ein Institut für Präventiv- und Sozialmedizin (ISPM) an der Universität Zürich auf, Abelin an der Universität Bern. Beide waren beeinflusst von der bereits damals erfolgsverwöhnten Antitabakbewegung in den USA. Es sei an der Zeit für einen Frontalangriff gegen das Rauchen, sagte Schär 1973 und trat eine Informationsoffensive mit unzähligen öffentlichen Vorträgen, mehreren Aufklärungsschriften und etlichen Presseartikeln los. Abelin übernahm währenddessen die Führung der 1972 von den wichtigsten Gesundheitsorganisationen gegründeten «Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Koordination der Bekämpfung des Tabakmissbrauchs» (SAKBT). Der Start war denkbar schwierig: Abelins SAKBT wollte viel, erreichte aber wenig. Zum einen mangelte es am Geld und am Willen der

beteiligten Organisationen. Zum anderen schreckten die Tabakgegner in einer Zeit, in der das Rauchen in fast allen Alltagssituationen akzeptiert war, regelmässig vor ihrem eigenen Mut zurück. Aus Angst, sich in Fanatikerrollen hineinzumanövrieren, setzte sich die mittlerweile in «Arbeitsgemeinschaft Tabakmissbrauch» (AT) umgetaufte SAKBT beispielsweise 1979 nur halbherzig für eine Volksinitiative zum Verbot der Alkohol- und Tabakwerbung ein. Tatsächlich lehnte das Volk die von Alkoholgegnern lancierte Initiative deutlich ab.

### Für das Nichtrauchen statt gegen das Rauchen

Ein neues Rezept sollte die Antitabakbewegung schliesslich aus der Sackgasse führen. Auf Initiative von Abelin wurde 1977 die «Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Nichtrauchen» (SAN) gegründet. Frecher, spektakulärer, kämpferischer und weniger akademisch als die AT sollte sie sein, eine Volksbewegung der Nichtraucher, nicht direkt gegen das Rauchen, sondern für die Rechte der Nichtraucher. Für Nichtraucherzonen und rauchfreie Arbeitsplätze, Spitäler und Schulen wollte die SAN eintreten. Doch statt einer breiten Volksbewegung blieb sie eine kleine mittelständische Vereinigung von Lehrern, Ärzten, Studenten und Personen aus Pflegeberufen. Die SAN-Aktivitäten wurden praktisch in Eigenregie von deren umtriebigen Geschäftsführerin Ingela Spillmann getragen.

### Umwelt, Gesundheit, Nichtrauchen

Vielleicht ohne es zu wissen, nahm die SAN aber einen Trend vorweg, der in den 1980er-Jahren der Tabakprävention zum Durchbruch verhalf. Die SAN propagierte das Nichtrauchen als «normales» Verhalten. Und statt den Rauchern nur die Schädlichkeit ihres Tuns vorzuhalten, rückte sie das Recht der Nichtraucher auf reine Atemluft ins Zentrum. Damit traf die SAN den Nerv der Zeit. Zu Beginn der 1980er-Jahre veränderte sich nämlich das gesellschaftliche Klima: Umweltprobleme gewannen an Bedeutung (erinnert sei an die Debatte über das Waldsterben) und gleichzeitig wuchs das Bewusstsein für

#### Dominik Meier

Der Autor hat von 1998 bis 2003 an der Universität Fribourg Allgemeine und Schweizerische Zeitgeschichte, Politikwissenschaften und Medienwissenschaften studiert und mit dem Lizenziat abgeschlossen. Seine Lizenziatsarbeit behandelte die Geschichte der Tabakgegner in der Schweiz von 1950 bis 1990. Die Entwicklung des Streits um das Rauchen wird darin mit anderen gesellschaftlichen Entwicklungen in der Schweiz in Beziehung gesetzt.

Gesundheitsrisiken. Passivrauchen, lautete fortan das Schlagwort der Tabakgegner. Nicht mehr um die Selbstgefährdung der Raucher drehte sich die Debatte, sondern um die Gefährdung «unschuldiger» Nichtraucher durch die Raucher. Geschickt brachten die Tabakgegner Nicht- rauchen mit Gesundheits- und Umweltbewusstsein in Zusammenhang, rückten Nichtraucher damit in die Position der moralisch Überlegenen. Daraus resultierte ein sozialer und moralischer Druck auf die Raucher. Ein gutes Beispiel für diese Argumentationsweise ist ein Zitat aus einem Leserbrief von Abelin aus dem Jahr 1988: «Die meisten Raucher sind verantwortungsvolle Menschen, die nicht an der Verursachung von Krebs bei ihren nicht- rauchenden Mitmenschen teilhaben wollen, und bei vielen führt dies zum Wunsch auch selbst zu rauchen aufzuhören.»

Ganz allgemein verschärfte das Täter-Opfer-Schema der Passivrauchendebatte den Streit um das Rauchen massiv. Eine für Raucher schmerzhaft «De-Normalisierung» des Rauchens setzte ein. Nichtraucherzonen in Verkehrsmitteln, Restaurants und öffentlichen Gebäuden wurden reihenweise eingerichtet oder ausgeweitet. Aktionen der AT, wie der seit 1985 durchgeführte Tag des Nichtrauchens, erzielten eine grosse Resonanz, das Angebot an Entwöhnungskursen wuchs. Gleichzeitig legten Krebs- und Lungenliga nun endlich ihre Zurückhaltung ab und lancierten eigene Nichtraucherkampagnen.

### Die Tabakindustrie schlägt zurück

Die Tabakindustrie, welche die Tabakgegner noch in den 1970er-Jahren als «Landplage», «Missionare», «Sektierer» und sogar als Feinde der Demokratie zu verunglimpfen pflegte, sah sich ob des neuen gesellschaftlichen Klimas zu sanfteren Methoden gezwungen. Zwar gestand die Industrie nun die Schädlichkeit des Rauchens unter Vorbehalten ein, nicht aber diejenige des Passivrauchens. Interessant ist, dass die Tabaklobby zu ähnlichen PR-Methoden zu greifen begann wie die Tabakgegner. So versuchte sie ein positives Bild eines genussfreudigen, friedfertigen und lebensbejahenden Rauchers zu zeichnen. Forderungen nach gesetzlichen Massnahmen für den Nichtraucherschutz und gegen die Tabakwerbung stellte die Tabaklobby die Forderung nach mehr Toleranz und Dialog entgegen.

### Durchbruch und Professionalisierung

Der Antitabakzug allerdings war in den 1980er-Jahren nicht mehr aufzuhalten – auch weil nun mehr Geld vorhanden war:

Ab Mitte der 1980er-Jahre erhielten AT, SAN und lokale tabakgegnerische Organisationen nämlich von den Kantonen Geld aus den Erträgen des Alkoholzehntels. In etlichen Kantonen schufen die Krebs- und Lungenligen in der Folge Fachstellen, die sich beispielsweise um Tabakprävention an Schulen und um Entwöhnungskurse kümmerten. Auch der Bund schaltete sich nun ein: Die Tabakgegner, allen voran die AT, die Krebsliga und die Lungenliga wurden vom BAG regelmässig konsultiert, erste gemeinsame Präventionsaktionen wurden lanciert. In etlichen Gemeinden wurde Tabakwerbung auf öffentlichem Grund verboten, und in verschiedenen Kantonen wurden Restaurants zur Schaffung von

Nichtraucherzonen verpflichtet. Auf Bundesebene wurden 1993 Bestimmungen zum Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz in die Verordnung zum Arbeitsgesetz aufgenommen.

Die wachsende gesellschaftliche Akzeptanz und die steigenden finanziellen Mittel haben seither eine Professionalisierung der Tabakprävention möglich gemacht. Engagierten sich noch in den 1970er-Jahren hauptsächlich Lehrer und Ärzte vor allem in ihrer Freizeit für die Tabakprävention, so wurde sie nun zu einer Domäne gut ausgebildeter Fachpersonen. Im Verlauf der 1990er-Jahre übernahm die öffentliche Hand dann endgültig das Zepher in der Tabakprävention mit dem BAG als Koordinator. ■

## Resolution für eine rauchfreie Zukunft

Prof. Dr. Thomas Cerny, Präsident der Krebsliga Schweiz

*Nikotin als Ursache der Sucht ist zweifelsfrei belegt. Die krankmachende Wirkung des Zigarettenrauchens betrifft nebst Krebs weitere tödliche und invalidisierende Erkrankungen wie KHK und COPD. Rauchen verursacht in jedem Lebensalter Krankheiten, von der Mangelgeburt bei Rauchen während der Schwangerschaft bis zur invalidisierenden Arteriosklerose mit Beinamputation des vorzeitig alternden Rauchers. Letztlich stirbt jeder 2. Raucher wegen dieser Sucht frühzeitig. Bei uns sind es zunehmend Kinder, Jugendliche und vor allem Frauen, die nun im Visier der Tabakgiganten sind.*

*Sollten die jetzigen Trends der Zigarettensucht anhalten, wird in diesem Jahrhundert die durch Zigarettenrauchen umgebrachte Anzahl Menschen eine Milliarde betragen. Ab dem Jahr 2050 würden pro Jahrzehnt 100 Mio Menschen sterben.*

*In der westlichen Welt haben vor allem die US-Bundesstaaten Kalifornien und Massachusetts gezeigt, dass konsequente und anhaltende Bemühungen in der Bekämpfung des Rauchens im öffentlichen Bereich zur deutlichen Reduktion des Zigarettenkonsums führen können und solche Resultate nachhaltig sind. Dies ist auch bei uns möglich, wenn die Mittel und flankierenden politischen Massnahmen dafür beschlossen werden.*

*Wir als Spezialistinnen und Spezialisten haben hier eine Verantwortung von grosser Tragweite, da es sich um die grösste vermeidbare Krankheitsursache mit Todesfolge in unserem Land handelt.*

## Schritte auf dem Weg in eine rauchfreie Zukunft

*Jeden Tag sterben in der Schweiz mehr als 20 Menschen vorzeitig an den Auswirkungen des Rauchens. Dies sind jährlich über 8000 Personen. Zusätzlich verursacht das Passivrauchen pro Jahr Hunderte von weiteren Todesopfern. 45 Prozent der tabakbedingten Todesfälle werden ausgelöst durch Herz-Kreislauf-Krankheiten, 25 Prozent durch Lungenkrebs, 18 Prozent durch Atemwegserkrankungen und 12 Prozent durch andere Krebsarten.*

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der nationalen Tabakpräventionskonferenz vom 1. und 2. Dezember 2004 in Freiburg setzen sich deshalb für folgende Massnahmen ein:

### Schutz vor Passivrauchen

Menschen, die rauchfrei leben wollen, werden nur dann tatsächlich vor Passivrauchen geschützt, wenn die Luft in In-

nenräumen keinen Tabakrauch enthält. Die Zeit der freiwilligen Einschränkungen oder der kleinen Nichtraucherzonen ist vorbei.

Wir begrüßen folglich die politische Initiative des Tessiner Staatsrats, öffentliche Räume grundsätzlich rauchfrei zu gestalten. Die übrigen Kantone werden aufgefordert, den Schutz vor Passivrauchen ebenfalls gesetzlich zu gewährleisten.

Das Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz soll ohne Vorbehalt gelten. Die Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz ist entsprechend anzupassen. Die kantonalen Arbeitsinspektorate haben ihre Kontrollfunktion wahrzunehmen.

### Unterstützung beim Rauchstopp

Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher will von der Nikotinabhängigkeit loskommen. Die Massnahmen der nationalen Rauchstoppkampagne «Rauchen schadet – Let it be» müssen fortgesetzt werden. Ärztinnen und Ärzte, die Teams der zahnmedizinischen Praxen, die Apotheken und die kantonalen Gesundheitsfachstellen sind zu motivieren und zu befähigen, Raucher und Raucherinnen beim Rauchstopp zu beraten und zu unterstützen.

Diese Arbeit der Fachleute muss entsprechend honoriert werden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat für eine beschränkte Dauer die Kosten zu übernehmen für Medikamente, die erwiesenermassen die Erfolgsquoten des Rauchstopps verbessern.

### Jugendliche vom Tabakkonsum abhalten

Die Zigarette ist das einzig legal erhältliche Produkt, bei dessen Verwendung gemäss Anweisungen der Hersteller die Hälfte der Konsumentinnen und Konsumenten vorzeitig stirbt. Aus diesem Grund fordern wir eine tabakfreie Werbung. Heute können die Zigarettenhersteller in der Schweiz ohne grosse Einschränkungen ihre Produkte durch Werbung und Promotion anpreisen.

Teure Zigaretten führen zu einem Konsumrückgang, besonders bei Jugendlichen. Doch verglichen mit den umliegenden Ländern sind Zigaretten in der Schweiz immer noch zu billig.

Zudem ist der Zugang zu Tabakwaren, gerade für Jugendliche, zu erschweren. Zigaretten werden weiterhin an mehr Verkaufsstellen angeboten als Brot oder Milch.

Bildungsanstalten haben einen wichtigen Auftrag in der Gesundheitsförderung zu erfüllen. Rauchfreie Schulen können diese Bemühungen verstärken.

### Der Tabakindustrie entschlossen entgegenzutreten

Die Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation zur Tabakkontrolle (FCTC), die im Juni 2004 von der Schweiz unterzeichnet wurde, schafft die Grundlage zur landesweiten Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen:

- rauchfreie öffentliche Räume
- Schutz vor Passivrauchen auch am Arbeitsplatz
- Unterstützung beim Rauchstopp
- hohe Zigarettenpreise
- tabakfreie Werbung
- Beschränkung der Erhältlichkeit von Tabakwaren, besonders für Jugendliche,
- rauchfreie Schulen

Wir fordern Bundesrat und Parlament auf, die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle noch in dieser Legislatur zu ratifizieren. Zur Stärkung der Förderung des Nichtrauchens ist eine strenge Regulierung der Tabakprodukte notwendig.

Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention ■

## Erfolgskonzept Implantologie

Die Implantologie bietet heute unschätzbare Entwicklungspotenzial für Ihre Praxis. Mit der FRIADENT Schweiz AG haben Sie die besten Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einstieg in die Implantologie oder die Vertiefung Ihres implantologischen Wissens.

**PRAXISLEBEN & PRAXISLEBE**

Die dreiteilige Kursreihe „Erfolgskonzept Implantologie – Gemeinsam den Start meistern“ beispielsweise vermittelt das notwendige Basiswissen für den Start. Theoretisch und praktisch erlernen Sie alle Schritte der implantologischen Versorgung in einer implantologisch ausgerichteten Praxis, vieles davon live am Patienten.

**LEARNING with the EXPERTS:**

Diese Veranstaltungen dienen der Erweiterung Ihres Basiswissens. Sie diskutieren dort auf hohem wissenschaftlichen Niveau mit Experten aus aller Welt Themen wie argumentative chirurgische Techniken oder ästhetisches Wundmanagement.

Erfolgskonzept Implantologie – gemeinsam erfolgreich mit FRIADENT Schweiz

Auszug aus unserem Fortbildungsprogramm – Info und Anmeldung unter Tel. 0 32/3 32 92 10 oder [info@friadent.ch](mailto:info@friadent.ch)

20.01.2005	Augmentationsstechniken für Profiteer mit Hand-on Übungen, Drs. Weipi & Caroli	Basiglio Praxis Doranbach
25.01.2005	Kontinuierliche Implantologische Weiterbildung Dr. Mardel	Luzerne Pulsivik
03.02.2005	FRIADENT/XYVE Basiskurs Teil 1 Theorie und Hand-on Übungen, Drs. Weipi & Caroli	Basiglio Praxis Doranbach
09.02.2005	Zahnärztlicher Info-Veranstaltung ZIM Nyches, ZIM Rinck, Dr. Weipi	Zürich Forche-Zentrum
03.03.2005	FRIADENT/XYVE Basiskurs Teil 2 Live OPs mit Folplanning, Drs. Weipi & Caroli	Basiglio Praxis Doranbach
19.03.2005	ANKYLOS® Komplikurs, Theorie und Hand-on Live OP, Proth. Versorgungsweg, Dr. Schup	Zürich Selis-Dental-Center
22.04.2005 23.04.2005	11. Internationales FRIADENT Symposium 2005	Dresden Kulturpalast



EVIDENT SUCCESS®

**FRIADENT Schweiz AG**  
Weyernstrasse 4 · CH-2560 Nidau  
Tel. 0 32/3 32 92 10 · Fax 0 900/845 845  
e-Mail: [info@friadent.ch](mailto:info@friadent.ch)



**DENTSPLY**  
**FRIADENT**

Schweiz Monatsschr Zahnmed, Vol 115: 1/2005

53

Schulzahnpflege: Stiftung für Schulzahnpflege-Helferinnen (SZPH)

## Zahnärzte haben gespendet!

Prof. Dr. T. M. Marthaler, Dr. Felix Magri, MPH, Bettina Richle DH

Seit den 60er-Jahren werden Schulzahnpflege-Helferinnen (SZPH) zur Zahngesundheits-erziehung und zur Förderung der oralen Gesundheit in den Schulen eingesetzt. Hervorgegangen aus einem Pilotprojekt der Station für Orale Epidemiologie und Angewandte Prävention am Zahnmedizinischen Zentrum der Uni Zürich unter der damaligen Leitung von Prof. Thomas Marthaler verbreitete sich das Modell schnell in den meisten Kantonen der Deutschschweiz und im Tessin. Seit den 70er-Jahren sind immer gut 1000 SZPH im Einsatz (siehe aktuelle Karte). Diese «Anwendung» der Prävention entwickelte sich über die Grenzen von Universität und Kanton Zürich hinaus landesweit zu einer Dienstleistung im Rahmen der Schulzahnpflege. Zur Schulung und Betreuung der SZPH wurde darum 1988 die gemeinnützige Stiftung für SZPH gegründet. Domiziliert an der Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie muss sich die Stiftung seit 1997 jedoch finanziell und personell vollständig selber tragen. Die Stiftungsaufsicht wurde vom Eidgenössischen Departement des Innern übernommen.

Im Rahmen der sozialzahnmedizinischen Thematik des SSO-Kongresses in Interlaken gab Dr. Felix Magri einen Einblick in die Arbeit der Stiftung. Ein Flyer informierte die Kongressteilnehmer/innen über Leistungen und die gegenwärtige Situation der Stiftung. Sie ist mit ihrem sehr kleinen Team (entspricht gesamthaft ca. 1,4 Stellen) die einzige kantonsübergreifende Institution im Rahmen der Schulzahnpflege zur Koordination der zahnmedizinischen Prophylaxe in der Schule und zur Betreuung der an die 1000 SZPH in der Deutschschweiz. Grundleistungen wie Einführungs- und einige Fortbildungskurse, Bulletin und Lehrmittel kann sie mit den daraus eigenwirtschaftlich erzielbaren Mitteln und den Unterstützungsbeiträgen der SSO, der Aktion Zahnfreundlich sowie aus der Zahnpflegemittel- und Nahrungsmittelindustrie erbringen. Für notwendige Anpassungen



der Leistungen und der Einbezug weiterer Personen, um längerfristige Kontinuität zu ermöglichen, fehlen ihr aber zurzeit die



Mittel und ihre Existenz ist nicht gesichert.

Anlässlich dieser Information gab eine Reihe von Zahnärztinnen und Zahnärzten ihrer Anerkennung für die Arbeit der Stiftung und ihrer Lage durch eine Spende Ausdruck; so kam die Summe von CHF 3600.– zusammen. Sie wird in die dringend gewordene Aktualisierung der EDV-Einrichtung fließen und diese substanziell erleichtern. Besonders freut uns, dass auch einige das Bulletin abonnierten. Wir danken allen Spenderinnen und Spendern herzlich für ihre Unterstützung und heissen die neuen Abonnenten willkommen.

Danken möchten wir vor allem auch für das Interesse am Einsatz der SZPH! Denn dieses Interesse an der Sache der Prophylaxe als einer Grundleistung für alle Schulkinder innerhalb der Schulzahnpflege ist auch in Zukunft wichtig. Es ist gute Tradition der Schweizerischen Zahnärzteschaft, sich für die Mundgesundheit der Bevölkerung, insbesondere für die schulzahnärztliche Betreuung einzusetzen. So möchten wir alle Kolleginnen und Kollegen, die sich an der Schulzahnpflege beteiligen, aufrufen, «ihre» SZPH vor Ort nach Kräften zu unterstützen – sowohl fachlich und wenn nötig auch politisch. Die Stiftung hilft Ihnen gerne dabei.

Nähere Information über die Stiftung SZPH und den Einsatz von SZPH erfahren Sie unter [www.szph.sso.ch](http://www.szph.sso.ch) (im Aufbau), oder schicken Sie eine Mail an [magri@zui.unizh.ch](mailto:magri@zui.unizh.ch).

Jede Spende hilft uns, Kurse und Materialien für die SZPH und den Einsatz in der Schule auf möglichst gutem Niveau zu halten.

PC-Konto:

ZKB 8010 Zürich, 1137-0635.406

Stiftung für Schulzahnpflege-Helferinnen,  
Zahnmedizin, Zentrum, 8032 Zürich

Wenn Sie unsere Arbeit noch in anderen Formen unterstützen oder zur Ausgestaltung der Prophylaxe auf lokaler Ebene mit uns näher zusammenarbeiten möchten, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf. Wir freuen uns! ■





Klinik für zahnärztliche Chirurgie, Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde  
 Klinikvorsteher: Prof. Dr. med. dent. Dr. med. J. Th. Lambrecht  
 Spezialarzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie  
 Hebelstrasse 3  
 CH-4056 Basel  
 Telefon 061/267 26 06, Fax 061/267 26 07  
 E-Mail: J-Thomas.Lambrecht@unibas.ch

## Die Alveolarkammatrophie: Knochentransplantat oder Distraction

**Datum:** Donnerstag, 27. Januar 2005, 15.15–20.00 Uhr

**Leitung:** Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht

**Referenten:** PD Dr. Dr. A. Dunsche, Karlsruhe (D)  
 Prof. Dr. Dr. R. Ewers, Wien (A)  
 Prof. Dr. Dr. B. Hoffmeister, Berlin (D)  
 Prof. Dr. Dr. Th. Kreuzsch, Hamburg (D)  
 Prof. Dr. Dr. K. Wangerin, Stuttgart (D)

**Kurs:** Wann noch Implantate, wann Implantate und Knochentransplantate, wann Knochen- und Sekundärimplantate, wann Distraction und später Implantate? Membranen oder Periost als Resorptionsbremse? Diese und viele weitere Fragen werden beantwortet durch die «Kiel-Connection»: die ehemaligen Oberärzte der Kieler Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, welche heute alle selbst Klinikchefs an grossen Zentren sind.

**Kursort:** Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel, grosser Hörsaal

**Kursgebühr:** CHF 420.–, 50% Ermässigung für Uni-Assistenten, Öffentliche Zahnklinik-Assistenten sowie Mitglieder SGKG und SSOS

**Anmeldung:** Lotus Treuhand AG  
 Mühlemattstrasse 22  
 CH-4104 Oberwil  
 Tel. 061/402 02 00, Fax 061/402 02 09  
 E-Mail: nadine.loreth@lotus-treuhand.ch

Sekretariat Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht  
 Tel. 061/267 26 06, Fax 061/267 26 07  
 E-Mail: J-Thomas.Lambrecht@unibas.ch

## Kongresskalender

### Liebe Leserinnen und Leser

Da der Kongresskalender nur alle 3 Monate in gedruckter Version erscheint, bitte ich Sie, regelmässig die Internetversion anzuschauen. Sie ist aktuell. Neueintragungen, Änderungen oder Ergänzungen werden zirka alle zwei Wochen ausgeführt, sofern sie der Redaktion bekannt sind.

Auch wenn Ihre Gesellschaft über eine eigene Homepage verfügt, würden wir gerne Ihre Tagung im SSO-Kalender aufführen. Ich danke für Ihr Verständnis.

Die SMfZ-Redaktion  
 E-Mail: zysset@forumpr.ch

## LESEBRIEF



### Replik der Società Ticinese dei Medici Dentisti (STMD) auf das Editorial in der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin 11/2004 von Giovanni Ruggia, Mitglied des Vorstands der SSO

Der Vorstand der STMD hat das Editorial des Tessiner Kollegen Giovanni Ruggia, das im November hier in der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin erschienen war, zur Kenntnis genommen und beschlossen, auf die Worte unseres Kollegen zu reagieren.

Unsere Sektion und ihr ehemaliger Präsident sind in unpassender und unangebrachter Weise zum Gegenstand des Artikels gemacht worden. Dies gilt insbesondere für den ersten Teil, in dem behauptet wird, der ehemalige Präsident erachte acht neue Mitglieder als zu viel. Das entspricht nicht der Wahrheit: Niemand aus dem Vorstand der STMD hat je die Ansicht vertreten, die neu eingetretenen Kollegen seien zu viel. Man hat allenfalls wiederholt bekräftigt, dass in den kommenden Jahren im Tessin sicherlich kein Mangel an Zahnärzten herrschen wird. Neue Kollegen sind stets freundlich aufgenommen worden: Dies zeigt sich allein daran, dass der Vorstand nach einer Besprechung bei Eingang des Aufnahmegehechs die neuen Mitglieder umgehend dazu einlädt, sich für die STMD, die SSO, für Aufgaben in der Ausbildung oder auf anderen Gebieten zur Verfügung zu stellen. Damit werden sie sofort in die Gesellschaft einbezogen und integriert. Ferner erachtet es der Vorstand der STMD für grundlegend wichtig, dass die neuen Kollegen der STMD angehören, denn wir alle kennen die Pflichten, denen ein SSO-Mitglied unterliegt. Sorgen bereitet uns vielmehr die steigende Zahl der Zahnärzte im Tessin, die nicht Mitglied der SSO sind.

Was die Werbekampagne der SSO seit Ende der 90er-Jahre für den Zahnarztberuf betrifft, so hat die STMD von jeher stark bezweifelt, dass diese Aktion tatsächlich angebracht ist: Aufgrund des damals bevorstehenden freien Verkehrs von Personen zwischen der Schweiz und der EU war leicht zu erahnen, dass es zu einem Zustrom von Zahnärzten aus dem Ausland kommen würde. Damals und auch heute, einige Jahre nach der Kampagne, sieht die Situation im Tessin so aus, dass mehr Zahnärzte im Kanton tätig sind als notwendig. Der Generationenwechsel erfolgte mit Hilfe unserer Absolventen, die ihr Studium an schweizerischen Universitäten abgeschlossen haben. Überdies besteht jedoch das von uns bereits prognostizierte Phänomen eines massiven Zustroms von Zahnärzten aus EU-Ländern: Bisher werden von den ursprünglich 177 Zahnarztpraxen im Kanton ca. zehn von ausländischen Kollegen betrieben. Ausserdem haben viele weitere ausländische Zahnärzte eine Zulassung zur Berufsausübung beantragt und bewilligt bekommen, und wahrscheinlich werden inskünftig weitere Zahnarztpraxen im Tessin eröffnet. Eine solche Entwicklung ist auch in mehreren anderen Kantonen zu beobachten, insbesondere in jenen, die noch in den 90er-Jahren eine andere Zahn-

ärztedichte aufwies. Und dieser Trend wird sich wahrscheinlich noch verstärken, da viele Medizinstudierende in unserem Land von der Zulassungssperrung für neue Arztpraxen entmutigt sind und sich daher der Zahnmedizin zuwenden.

Darüber hinaus konnten sich dank der Anerkennung der Studienabschlüsse durch den Leitenden Ausschuss für die Eidgenössischen Medizinalprüfungen drei italienische Zahnärzte im Tessin niederlassen. Diese drei Personen sind als Zahnärzte tätig, ohne die mindestens sechs Semester Zahnheilkunde absolviert zu haben, die für uns alle Pflicht waren, ganz zu schweigen vom Staatsexamen: Dies ist eine Besorgnis erregende Entwicklung, insbesondere für die Zahngesundheit der Bevölkerung, und wir können nur hoffen, dass andere Sektionen der SSO nicht von diesem heiklen Problem des Gesundheitswesens betroffen sind. Ein Problem, das überdies ein trauriger Beweis dafür ist, dass uns auch die im Editorial vom November erwähnten protektionistischen Barrieren zur Eindämmung des Zustroms falscher ausländischer Kollegen, zu deren Errichtung wir vollkommen berechtigt wären, geraubt werden.

Alles in allem bedauert der Vorstand der STMD den Mangel an Sensibilität gegenüber einer Grenzsektion der SSO, der in dem Editorial zum Ausdruck kommt, und dies umso mehr, als die Probleme der Tessiner Sektion dem Vorstand der SSO seit langem bekannt sind.

Die STMD ist sich bewusst, dass wir unsere Ausbildung aufwerten müssen. Wir müssen den Schwerpunkt auf die Qualität der SSO-Zahnärzte legen, ohne dabei jedoch in Überheblichkeit zu verfallen und uns zur unfehlbaren Spitze der Zunft zu erklären, wie das Editorial schreibt.

Mit kollegialen Grüßen

Im Namen des Vorstands der STMD

Dr. Nicola Fattorini, Präsident der STMD ■

**ENAMEL** plus  
HFO

**"NEW GENERATION"**  
Noch einfacher und effektiver!

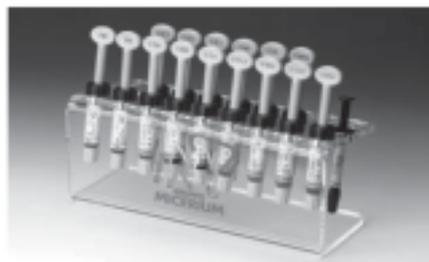
Vertrieb Schweiz:

**BENZER - DENTAL AG**

Saatlerstr. 31, 8051 Zürich

Tel. 01/322.29.04 · Fax 01/321.10.66

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



**Verlangen Sie unseren ausführlichen Farbprospekt**

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

Interview mit dem Gesundheitsökonom Gerhard Kocher

## «Tarifpolitik ist Gesundheitspolitik!»

Marco Tackenberg

Im Rahmen einer gesundheitspolitischen Veranstaltung befragte die Redaktion den Gesundheitsökonom Gerhard Kocher zu Managed-Care, Tarifpolitik und Rationierung.

*In der Berner Ärztesgesellschaft zirkuliert seit längerer Zeit die Idee für ein Managed-Care-Modell, welches keine Anreize zur Risikoselektion enthält. Kern dieser Managed-Care-Modelle ist ja der Gedanke des Gatekeepings. Da aber immer die Gefahr droht, dass «teure» Patienten abgeschoben werden, gilt es, diese Risikoselektion zu vermeiden. Dafür müsste Managed Care obligatorisch in der Grundversicherung für alle Versicherten eingeführt werden. Als Gatekeeper fungierten dann aber nicht nur die Grundversorger, sondern auch Spezialisten, sofern sie faktisch für den Patienten die Grundversorger-Funktion wahrnehmen. Wie beurteilen Sie dieses Modell?*

Gerhard Kocher: Ich schicke voraus, dass die Schweiz stolz sein kann: Sie ist in Europa das Pionierland für Managed Care (s. Daniel Finsterwald: Managed Care – Pionierland Schweiz, SGGP 2004). Das Prinzip des Gatekeepings ist tatsächlich sinnvoll. Es ist auch schon in vielen Ländern wie zum Beispiel England oder Holland realisiert. Gatekeeping ist für viele Ärzte eine nicht gerade attraktive, aber gleichwohl anspruchsvolle Aufgabe, die Zusatzausbildung braucht. Für mich kommen dafür nur die Allgemeinärzte und Internisten in Frage. Andere Spezialisten sehe ich da weniger. Akzeptiert aber die Bevölkerung (in einer Referendumsabstimmung) für den Zutritt zum Spezialisten den Zwangsumweg über einen Gatekeeper?

*Aber die Idee, Managed Care obligatorisch in der Grundversicherung einzuführen, wäre für Sie prüfenswert?*

Da meiner Meinung nach nur Grundversorger die Gatekeeping-Funktion in der neuen, umfassenden Form wahrnehmen können, hätten wir zu wenig Ärzte, um dieses Modell in der Grundversicherung obligatorisch zu erklären. Wir sollten vielmehr die HMO fördern.

*Wenn ein Spezialist aber eine entsprechende Zusatzausbildung vorweisen würde, so könnte er diese Funktion doch ebenfalls wahrnehmen?*

Wenn einer schon zwanzig Jahre lang HMO-Arzt war, dann kann er nicht einfach eine Schnellbleiche machen. Das würde eine längere und teure Zusatzaus-

bildung bedingen. Ich glaube nicht, dass ein gut ausgelasteter Spezialist zu einem solchen Aufwand bereit wäre, das ist unattraktiv und lohnt sich für ihn nicht. Hingegen sollten wir Managed Care durch tiefere Prämien und andere Vergünstigungen sehr attraktiv für den Patienten machen. Den Gatekeepern könnte man spezielle Tarifpositionen geben, so dass diese Funktion auch finanziell interessant wird. So könnte man vieles steuern.

*«Steuern» ist das Stichwort für die nächste Frage. Seitens der Ärzteschaft, insbesondere des VSAO, wird geltend gemacht, dass wir in einen Ärztemangel hineinflauchen. Wäre das Problem der Überversorgung in der Stadt und der tendenziellen Unterversorgung auf dem Lande zu lösen, indem man den Taxpunktwert auf dem Lande zu Lasten von eher «überversorgten» urbanen Zentren anhebt? Das hätte man schon lange machen müssen. Es ist ja lächerlich, dass der Taxpunktwert nur kantonale Unterschiede hat. Man sollte ihn zur Steuerung der Versorgung einsetzen: Wo es zu viele Ärzte hat, setzt man den Taxpunktwert herab und auf dem Lande, wo es zu wenige hat, erhöht man ihn. Tarifpolitik ist Gesundheitspolitik! Diese Chance wird zu wenig genutzt.*

*Gibt es Vorstösse in dieser Richtung?*

Seltsamerweise nicht, man ist immer noch auf die ungeeignete Einheit «Kanton» fixiert. An der Zürcher Bahnhofstrasse gilt der gleiche Taxpunktwert wie irgendwo abgelegen auf dem Land. Der Kanton ist absolut nicht die richtige Grösse, um allein danach den Taxpunktwert zu differenzieren.

*Die nächste Frage betrifft eine ganz andere Thematik: die Rationierung im Gesundheitswesen. Sie haben sich ja schon vor Jahren für eine explizite Rationierung ausgesprochen. Wenn ich Ihre Argumentation richtig zusammenfasse, dann sagen Sie, dass in unserem Gesundheitswesen bereits heute verdeckt rationiert wird. Rationierung sollte aber – wenn schon – auf der Grundlage eines gesellschaftlichen Konsenses geschehen. Die Gesellschaft müsste offen festlegen, unter welchen Bedingungen jemandem eine medizinische Leistung vorenthalten wird. Man dürfe den Arzt mit*



*dieser Entscheidung nicht alleine lassen. Ist das aber nicht ein unheimlicher Diskurs, wenn eine Gesellschaft in einer öffentlichen Debatte zu ergründen versucht, ob man – um gerade das Kriterium Alter zu benennen – Menschen ab einem bestimmten Alter eine medizinische Leistung vorenthält? Um es polemisch auszudrücken: Wollen wir eine öffentliche Diskussion darüber, ob eine junge, dreifache Mutter mehr wert ist als ein 50-jähriger, arbeitsloser Raucher? Ist es da nicht besser, den Arzt am Krankenbett mit seiner Entscheidung alleine zu lassen?*

Nein, da bin ich nicht gleicher Meinung. Wir leben in einem Rechtsstaat, man darf es nicht einfach dem Arzt überlassen, wann er einem Patienten sinnvolle Leistungen vorenthält. Das ist eben die verdeckte, willkürliche, kriterienlose Rationierung, die wir heute praktizieren, auch wenn die meisten Linken dies noch leugnen. Die Rationierungsdiskussion geht aber auch in die falsche Richtung, wenn man meint, es gehe dabei um Leben und Tod. Ich habe immer schon dezidiert die Meinung vertreten, Rationierung dürfe nichts zu tun haben mit Leben und Tod. Wegen der Rationierung darf niemand früher sterben. Nur ein kleiner Teil der Medizin hat überhaupt mit Tod oder Leben direkt zu tun. Es gibt grosse Behandlungsgebiete, ja ganze Spezialitäten, die mit dem Tod praktisch nie etwas zu tun haben, es sei denn bei Behandlungsfehlern.

*Und doch geht es bei der Rationierung um das Vorenthalten von medizinisch sinnvollen Leistungen auf Grund von Kriterien wie zum Beispiel Alter oder Gesundheitsverhalten.*

Das Alter ist nur eines von mindestens acht möglichen Kriterien. Es braucht einen Kriterien-Mix, es darf nicht ein Kriterium allein entscheiden. Patientenorientierte Kriterien müssen zudem ergänzt werden durch leistungsorientierte, wie etwa im berühmten Oregon-Modell ([www.ohppr.state.or.us/hsc/index\\_hsc.htm](http://www.ohppr.state.or.us/hsc/index_hsc.htm))

*Können Sie einige weitere patientenorientierte Kriterien benennen?*

Ja, zum Beispiel der Nutzen einer Behandlung für den betreffenden Patienten, die medizinische Dringlichkeit einer Behandlung und der objektive und der subjektive Leidensdruck des Kranken.

*Der Patient beurteilt den Nutzen einer Behandlung möglicherweise etwas anders als ein Dritter ...*

Das stimmt, beide Beurteilungen sollten in das Punktsystem einfließen, das über die Rationierung im Einzelfall entscheidet. Aber die Frage ist doch: Was gibt es denn für Alternativen? Sind sie gerechter,

sind sie menschlicher? Die Nationalität? Ob jemand Privatpatient ist? Ob er sympathisch ist? Ob er Angehörige hat? Ob er sich wehren kann?

*Es ist ja nachvollziehbar, dass man einem sterbenden Patienten eine sehr teure Behandlung, die ihn nur einige Tage länger leben liesse, vorenthält. Aber begibt man sich nicht auf eine gefährlich schiefe Ebene, wenn man überhaupt ein Kriterium wie das Alter für die Rationierung mit einbezieht: Unweigerlich beginnt man damit, den Wert des Menschen zu definieren?*

Wie gesagt, lebensnotwendige Behandlungen sollte man von der Rationierung ausschliessen. Bei anderen Leistungen besteht genug Rationierungspotenzial. Man muss in einem demokratischen Verfahren einen Katalog oder eine Punkteliste definieren. Das finde ich viel humaner, als, wie Sie sagen, den Arzt mit dieser Entscheidung allein zu lassen, wie es heute geschieht. Damit ist der Arzt fachlich und menschlich überfordert. Laden wir ihm diese Bürde nicht auch noch auf! ■

«Die Mehrzahl der beobachteten Fälle stand im Zusammenhang mit zahnmedizinischen Eingriffen wie zum Beispiel einer Zahnextraktion»: Dies ist eine unstrittige Beobachtung. Allerdings wäre es sinnvoll zu präzisieren, aus welchem Grund der operative Eingriff durchgeführt wurde. In einigen ausführlich dokumentierten Fällen waren bereits vor der Extraktion auf den Röntgenbildern eindeutige Veränderungen der ossären Struktur erkennbar, was nahe legt, dass diese veränderten Knochenstrukturen die Entwicklung eines infektiös bedingten Zahnuntergangs begünstigen. Ein solcher ätiopathogenetischer Mechanismus ist aus den osteokondensierenden Erkrankungen (Paget-Krankheit, Osteopetrose ...) bekannt. Hier kann sich der Knochen auf Grund einer exzessiven Mineralisierung bei gleichzeitig verminderter Vaskularisierung nicht mehr gegen einen – wenngleich geringfügigen – lokalen Angriff schützen. In diesem irreversiblen Fall muss der betroffene Zahn extrahiert und die nekrotisierte Knochensubstanz abgetragen werden, um zu verhindern, dass Komplikationen (nicht heilende Wunden mit freiliegendem Kieferknochen, Infektionen ...) das Krankheitsbild verschlechtern. Die Mitteilung empfiehlt leider das Gegenteil: «Während der Behandlung mit Bisphosphonaten sollten diese Patienten wenn möglich einen invasiven zahnmedizinischen Eingriff vermeiden.» Demnach will man glauben machen, die Osteonekrose habe iatrogene Ursachen. Schliesslich fehlt jegliche Information hinsichtlich der kumulierten Dosis. Dies ist sehr bedauerlich, denn in der Tat scheint ein kausaler Zusammenhang zur kumulierten Dosis zu bestehen (die nekrotisierende Ostitis tritt vielfach nach mehrjähriger Behandlung auf). Dieser Zusammenhang ist umso relevanter, als es sich hier um eine nicht metabolisierte Arzneisubstanz handelt.

Abschliessend ist also zu bemerken, dass ein klarer und loyaler Bericht über die

Rev. Mensuelle Suisse Odontostomatol 2004; 114: 1198

## Bisphosphonate und Kiefernekrosen

*Einige Ereignisse aus der jüngeren Vergangenheit machen deutlich, dass Pharmaunternehmen ein schwieriges Verhältnis zur Transparenz haben. Die kürzlich von Novartis Pharma veröffentlichte Medienmitteilung schlägt einen verharmlosenden Ton an, obschon es um eine vermutlich schwere Nebenwirkung geht, die rasches Handeln erfordert. Man muss mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen, dass es den Informationen hochrangiger Wissenschaftler über eine nicht vermutete unerwünschte Wirkung an Klarheit, Qualität und Stichhaltigkeit mangelt, verglichen mit den Ausführungen der wissenschaftlichen Artikel zur Entwicklung des Produkts.*

Diese Mitteilung liest sich so, als seien nur bei «einer sehr kleinen Anzahl von Krebspatienten, die mit Bisphosphonaten behandelt wurden», Knochennekrosen beobachtet worden. Diese Aussagen sind bewusst ungenau gehalten und zielen sogar darauf ab, die medikamentöse Ursache zu verschleiern und andere Ätiologien vorzuschieben. Wie viele Patienten betroffen sind, ist schwer einzuschätzen: In den ersten Studien zu dieser Frage sind umgehend mehrere Dutzend Fälle bekannt geworden. Die Abteilung für Stomatologie, Mundchirurgie und Zahn-, Kiefer- und Gesichtsradiologie der Ecole Dentaire in Genf hat innert zwölf Monaten neun Fälle diagnostiziert und behandelt. Dennoch scheint die «Epidemie» nicht eingedämmt zu sein – eher das Gegenteil ist der Fall. Einige Patienten, die unter einem Bisphosphonat eine Kiefernekrose entwickelt haben, weisen weder onkologische Grunderkrankungen auf noch haben sie

sich einer Kortikoid- oder Chemotherapie unterzogen. Ein kausaler Zusammenhang mit diesen Risikofaktoren wurde, entgegen den Behauptungen der Mitteilung, in keiner Studie wissenschaftlich nachgewiesen. Seit Jahren werden Krebspatienten und Patienten unter Kortikoid-Therapie in unserer Abteilung behandelt, ohne dass je eine derartige Komplikation beobachtet worden wäre.

Dass in der Pressemitteilung von einer ausschliesslich mandibulären Lokalisation der nekrotisierenden Ostitis berichtet wird, lässt fernerhin erkennen, dass der Autor die Literatur nicht aufmerksam studiert hat. Möglicherweise hat er eine eher kommerzielle als wissenschaftliche Ausbildung genossen, denn ansonsten wäre ihm bekannt, dass die nekrotisierenden Läsionen sowohl maxillär als auch mandibulär lokalisiert sind und dass einige Patienten mehrere Läsionen zugleich aufweisen.



Risiken der Behandlung mit Bisphosphonaten, der sich an Patienten und Ärzte richtet, wünschenswert gewesen wäre. Ferner müssen der Forschung so rasch wie möglich Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die ätiopathogenetischen Mechanismen, die zu dieser nekrotisierenden Otitis führen, untersuchen zu können. Bis dahin scheint es angezeigt, vor einer Indikation für die Behandlung mit Bisphosphonaten für jeden einzelnen Patienten eine Nutzen-Risiko-Analyse vorzunehmen und diese Therapie möglichst jenen Patienten vorzubehalten, die

an tumoralen Knochenkrankheiten und Hyperkalzämie leiden. Dabei ist auch die Dosierung so einzustellen, dass die hier behandelte Komplikation so weit wie möglich vermieden werden kann.

*Jacky Samson, Semaan Abi Najm, Stella Lysitsa, Jean-Pierre Carrel, Division de Stomatologie, Chirurgie Orale et Radiologie Dento-Maxillo-Faciale Ecole de Médecine Dentaire 19, rue Barthélemy-Menn 1211 Genf 4 ■*

Herr Dr. H. Hecker vom ZfZ, Basel beleuchtete in seinem Referat kritisch die Vor- und Nachteile neuer Technologien, insbesondere der Dentinadhäsive und deren Wirkung auf die Zahnpulpa. Herr Dr. Hecker strich in seinem Vortrag heraus, dass die Total-etch- und Total-bonding-Technik in mitteltiefen Kavitäten in der Praxis kein Risiko darstellt: Die resultierenden chemischen Effekte auf die Pulpa (Phosphorsäure, Dentinadhäsive, Zinkoxid-Eugenol, um nur einige zu nennen) sind in Abwesenheit von Bakterien reversibel. Untermauert wurden diese Aussagen durch zwei Studien. In diesem Zusammenhang wurde aber betont, dass der Grad der Vorschädigung der Pulpa stets beachtet resp. abgeschätzt werden sollte. Bei einer bestehenden grossen Vorschädigung des Zahnes ist die Zahnpulpa unter Umständen bereits chronisch irritiert: Die Irritation von chemischen Substanzen, z.B. bei der SAT-Technik, reicht dann bei mitteltiefen Kavitäten eventuell bereits aus, eine Entzündung der Pulpa hervorzurufen.

Bei tiefen, pulpanahen Kavitäten ist sich die Wissenschaft immer noch uneins; Es gibt Autoren, die die Total-etch- und Total-bonding-Technik auch bei tiefen Kavitäten angewendet haben und keine Probleme in dieser Methodik sehen: Alle Zähne blieben in ihrer Studie über einen Zeitraum von vier Jahren vital. Andere Autoren wiederum befürworteten nach wie vor die klassische Lehrmeinung, auf die tiefsten pulpanahen Bezirke Calciumhydroxid aufzutragen, da sie bei der Total-etch-, Total-bonding-Methode bei tiefen, pulpanahen Kavitäten zu viele Misserfolge verzeichneten. Angesichts des grossen wissenschaftlichen Diskurses empfiehlt Dr. Hecker nach wie vor, bei der klassischen Vorgehensweise zu bleiben: Sobald die Restdentindicke unter 0,5 mm liegt, sollte Calciumhydroxid punktförmig auf die tiefen pulpanahen Bezirke aufgetragen werden. Das Calciumhydroxid muss dann mit einer Unterfüllung geschützt abgedeckt werden (z.B. mit Glasionomer-Zement), bevor ein Anätzen des Dentins und des Schmelzes für die Kompositfüllung erfolgt (Cave: Calciumhydroxid ist säurelöslich!). Neuerdings gibt es gute Calciumhydroxid-Zemente, die eine gute Stabilität aufweisen und somit die Applikation einer Unterfüllung erübrigen. Der Referent wies anhand von Studien und seiner grossen klinischen Erfahrung nach, dass direkte Überkappungen durchaus Aussicht auf Erfolg haben (dauerhaft erhaltene Zahnvitalität, keine Schmerzen, unauffälliger Röntgenbefund in der Nach-

## KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht über die 37. Jahrestagung der Oberrheinischen Zahnärztesgesellschaft vom 6. 11. 2004 in Basel

### Wissenschaft im Dienst der Praxis

Jeannine Arrigoni und Philipp Häring

Nach einer Begrüssung der Teilnehmer, praktizierende Zahnärzte, Assistierende und Studierende aus Frankreich, Deutschland und der Schweiz, durch den Präsidenten der Gesellschaft, Herrn Prof. J. Th. Lambrecht, folgten die Vorträge der eingeladenen Gastreferenten.

Den Beginn des wissenschaftlichen Teils leitete Herr PD Dr. J. Ch. Türp vom ZfZ Basel mit seinem Vortrag über praxisnahe diagnostische Klassifikationen orofazialer Schmerzen ein. Ganz im Sinne der trinationalen Gründungsidee der Oberrheinischen Zahnärztesgesellschaft trug er seinen Vortrag zweisprachig auf Deutsch und in exzellentem Französisch vor. Da sein Vortrag, worauf er hinwies, eine Anlehnung an seine kürzlich erschienene Publikation darstellt (Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin Vol. 111, 5/2004, S. 459–466), soll an dieser Stelle nur auf das Wichtigste eingegangen werden. Herr Dr. Türp präsentierte eine eingängige Gliederung orofazialer Schmerzen, mit denen Zahnärzte bei

ihrer täglichen Arbeit am häufigsten konfrontiert werden. Es wurden die grundsätzlichen Unterschiede zwischen neuropathischen und somatischen Schmerzen erläutert, zwischen lokalem und generalisiertem sowie akutem und chronischem Schmerz. Zum Abschluss präsentierte der Referent verschiedene Aspekte der Myoarthropathie und deren Therapiekonzepte: Er gab den praktizierenden Zahnärzten mitunter den Hinweis mit auf den Weg, dass eine Athralgie in der Form einer aktivierten Arthrose des Kiefergelenks nicht zuletzt mit einer Panoramaschichtaufnahme diagnostiziert werden kann und die Therapie entsprechend über die Krankenkasse des Patienten abgerechnet werden kann.



### Universitätsnachrichten Basel

Die Departementsversammlung Zahnmedizin hat in ihrer Sitzung vom 7. Dezember 2004 Herrn Prof. Dr. phil Jürg Meyer zum neuen Departementvorsteher gewählt. Er löst Herrn Prof. Dr. Dr. med. J. Thomas Lambrecht, welcher acht Jahre als stellvertretender Departementvorsteher und vier Jahre als Departementvorsteher fungierte, ab. Zur stellvertretenden Departementvorsteherin wurde Frau Prof. Dr. Andrea Michelhaus gewählt. Das Departement Zahnmedizin der Universität Basel gratuliert den beiden neuen Amtsinhabern herzlich und wünscht ihnen eine glückliche Hand in der Führung der Amtsgeschäfte.

kontrolle). Bekannt sein dürfte mittlerweile gemeinhin, dass eine alte Lehrmeinung keine Gültigkeit mehr hat: Man weiss heutzutage, dass die Eröffnungsgrösse der Pulpa keinen entscheidenden Faktor für die Prognose einer direkten Überkappung darstellt. Entscheidende Faktoren für den Erfolg einer direkten Überkappung sind zwei Faktoren: Erstens muss die Blutung innerhalb von 2 Minuten sauber gestoppt werden können. Dabei gibt Dr. Hecker 2% Natriumhypochlorit gegenüber 3% Wasserstoffperoxid den Vorzug, da Letzteres zu stark schäumt und toxischer für die Pulpa ist. (Cave: Das meist zur Spülung der Wurzelkanäle verwendete 1% Natriumhypochlorit reicht zur effizienten Blutstillung nicht aus.) Hält die Blutung länger als zwei Minuten an sollte nach praktischer Erfahrung einer Wurzelkanalbehandlung der Vorzug gegeben werden. Zweitens ist es entscheidend, dass die definitive Versorgung der Kavität maximal zwei Tage nach der direkten Überkappung durchgeführt wird, provisorische Füllungen über längere Zeit sind also bei einer direkten Überkappung kontraindiziert.

Abschliessend ging Dr. Hecker auf die Lichtpolymerisation ein. Neue Hochleistungslampen versprechen laut Werbung eine Härtung des Komposits innerhalb von zehn Sekunden: Bei der kritischen Analyse dieser Lampen hat man eine Konversation, d. h. Vernetzung der Monomere, von maximal 50% festgestellt, was ungenügend ist. LED-Lampen, die innerhalb von 15–20 Sekunden härten, sind bedeutend besser. Wichtig ist, dass man weiss, dass ein grosser Leistungsabfall dieser Lampen erfolgt, je weiter man sie von der Kompositfüllung entfernt (Cave: Unter Umständen: unvollständige Polymerisation bei zu grosser Entfernung). Vergleicht man die Temperatur in der Pulpa bei der Applikation von Halogenlampen, muss festgestellt werden, dass diese meistens zu hoch ist (17–46° Celsius): Unangenehme Folgen wie Pulpanekrose drohen. Unbedenklicher sind die LED-Lampen, die bei 3 mm Abstand von der Pulpa eine Temperatur von 4–18° Celsius in der Pulpa ergeben.

Dr. R. Morales-Huber, vom Universitätsklinikum Freiburg i. B. präsentierte seine Untersuchung zum Erbgang der primären Eruptionsstörung. Die primäre Eruptionsstörung ist eine seltene, oft familiär vorkommende Störung des Zahndurchbruches im Seitenzahnbereich, die mit einer Entwicklungshemmung der Höhe des zahntragenden Knochens einhergeht. Die Seitenzähne scheinen häufiger betroffen

## Goldhandel

Max Schatzmann

*Immer mehr Goldhändler ziehen von Praxis zu Praxis. Meistens handelt es sich dabei um Ausländer von Deutschland oder Frankreich, die ihre illegale Tätigkeit in der Schweiz ohne Akkreditierung und ohne den in der Schweiz obligatorischen Ausweis für Edelmetallhandel ausüben.*



Sie erklären, für Altgold die besten Tagespreise zu bezahlen. Dabei vergessen sie aber die viel wertvolleren Platinlegierungen. Und mit was decken sie dann die erheblichen Reisekosten und die Insertionspesen? Es sind uns Fälle bekannt, in welchen lächerliche Summen für Zahngold bezahlt worden sind. Es gilt, diese unerwünschten Hausierer fortzuschicken mit der Frage nach dem Ausweis und dem Hinweis auf die segensreiche korrekte Zahngoldsammlung des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK). Man muss ihnen erklären, dass die Rechtslage eindeutig bestimmt, dass Zahngold dem Patienten gehört. Es muss ihm zurückgegeben werden.

zu sein als die Frontzähne. Die Störung kann spontan, im Zusammenhang mit komplexen angeborenen Erkrankungen und vererbt vorkommen. Die betroffenen Zähne sind ankylosiert, d. h., die Zahnwurzel hat eine feste Verbindung mit dem Knochen. Die Zähne lassen sich deshalb auch durch kieferorthopädische Kräfte nicht bewegen. Ein zuverlässiges Behandlungsverfahren für diese Erkrankung besteht derzeit noch nicht. Die primäre Eruptionsstörung ist gegenwärtig noch ein ungelöstes medizinisches Problem in der Kieferorthopädie.

Deshalb untersuchte die Gruppe um Dr. Morales das klinische Erscheinungsbild der primären Eruptionsstörung, um Rückschlüsse auf eine mögliche Vererbung zu ziehen. Insgesamt wurden 24 Personen mit Zahndurchbruchstörungen aus 15 verschiedenen Familien in Deutschland, Österreich und der Schweiz untersucht. 75% des Kollektivs waren weiblich und 25% männlich. Bei neun Familien trat die Durchbruchsstörung spontan auf, d. h., dass nur ein Mitglied der Familie diese Anomalie aufwies. Bei vier Familien waren zwei oder mehrere Familienmitglieder von einer Zahndurchbruchsstörung betroffen. Es wurde beobachtet, dass der Erbgang der Zahndurchbruchsstörung bei diesen Fällen autosomal dominant mit unvollständiger Penetranz und unterschiedlicher Expressivität verlief. In anderen Worten, die Zahndurchbruchsstörung kann sich in den einzelnen Generationen vererben, der Ausprägungsgrad und die Beschwerden der Anomalie stellen sich

jedoch sehr unterschiedlich dar. Wie die Zahndurchbruchsstörung vererbt wird und auf welchen Genen diese Vererbung liegt, ist noch nicht bekannt. Rückschlüsse auf den Schweregrad der Erkrankung lassen sich nur durch eine Untersuchung des Erbgutes ableiten. Nur in zwei Familien bestand der Verdacht, dass die Zahndurchbruchsstörung mit einer komplexen angeborenen Erkrankung in Verbindung zu bringen war; d. h., bei den meisten Betroffenen besteht ausser der Zahndurchbruchsstörung kein weiteres Grundleiden.

Bisher konnte die Gruppe um Dr. Morales zusammenfassend festhalten: Bei einer Mehrzahl der Patienten bestand kein Hinweis auf eine genetische Ursache der ausgeprägten Zahndurchbruchsstörung (= primäre Eruptionsstörung). Bei vererbtem Auftreten ist ein dominanter Erbgang mit reduziertem Erscheinungsbild anzunehmen. Bei Patienten mit komplexen angeborenen Störungen wurde die Zahndurchbruchsstörung als Begleitbefund gewertet.

Dr. H. R. Thomann gab als willkommene Auflockerung des wissenschaftlichen Morgenteils einen interessanten historischen Überblick über das 36-jährige (um genau zu sein: 36 Jahre plus einen Monat und ein paar Tage) Bestehen der Oberrheinischen Zahnärztesgesellschaft. Die Idee einer trinationalen Gesellschaft wurde schon vor über 40 Jahren propagiert, verwirklicht wurde sie am 5. 10. 1968 mit der Gründung der Oberrheinischen Zahnärztesgesellschaft in Basel (die Fotos lieferten

## Rudolf-Hotz-Gedächtnispreis 2006

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

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

Es gelten folgende *Bestimmungen*:

1. Es werden Arbeiten aus dem Gebiet der Kinderzahnmedizin berücksichtigt. Bei Beiträgen aus anderen Fachgebieten entscheidet das Prüfungsgremium über die kinderzahnmedizinische Relevanz.
2. Es werden auch *Dissertationen* angenommen, sofern deren Genehmigung nicht mehr als zwei Jahre zurückliegt.  
Werden *veröffentlichte Arbeiten* eingereicht, so darf die Annahme zur Publikation höchstens ein Jahr zurückliegen.
3. Die Arbeiten sind in fünf Exemplaren, in Maschinenschrift oder gedruckt, einzureichen.
4. Die Arbeiten werden *anonym*, mit einer Chiffre versehen, eingesendet. Name und Adresse von EinsenderInnen sind in einem verschlossenen Umschlag der Arbeit beizulegen.
5. Die Arbeit darf nicht bei der Ausschreibung eines anderen wissenschaftlichen Preises eingereicht werden.
6. *Einsendeschluss* ist der *31. Mai 2005* (Datum des Poststempels) des der Preisverleihung vorangehenden Jahres.  
Die Arbeiten sind bis zu diesem Datum der Präsidentin der SVK einzureichen: Madame med dent Juliane Leonhardt Amar, 18, chemin de Champs de Vaux, CH-1246 Corsier
7. Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Prüfungsgremium bestehend aus fünf Mitgliedern (zwei Universitätsangehörige, zwei KZM-Privatpraktiker (nach Möglichkeit Mitglieder der Fachkommission SVK) und eine Fachperson aus dem Ausland). Bei Bedarf können externe ExpertInnen zur Beratung zugezogen werden.
8. Die Entscheidung des Prüfungsgremiums ist endgültig.
9. Die Aufteilung des Preises bei gleichwertigen Arbeiten ist möglich, ebenso die Nichtvergabe.
10. *Die Verleihung* des Preises erfolgt im Rahmen der *Jahrestagung der SVK*, die am 26. Januar 2006 in Bern stattfindet.  
PreisgewinnerInnen sind Gast an der Tagung, verpflichten sich jedoch, die Arbeit bei diesem Anlass zu präsentieren.

anhand von reichlich Schnee im Hof des ZfZ, Basel, den aktenkundigen Beweis, dass die Winter damals wohl doch kälter waren). Zum 37-mal trafen sich also Vertreter der drei Regionen, deren Alma mater das Institut Dentaire de la Faculté de Médecine Strassbourg, das Universitätsklinikum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Freiburg i. B. und das Zentrum für Zahnmedizin Basel darstellt, natürlich immer unter Mitbeteiligung der entsprechenden regionalen Berufsverbände und privaten Sponsoren, ohne deren grosszügige Unterstützung solche Anlässe nicht denkbar wären.

Dr. H. R. Thomann legte Wert darauf, dass die Urgedanken der Gründungsväter von damals auch heute, in einer zunehmend globalisierten Welt, hochgehalten werden

sollten: Ein Bewusstsein um das kulturelle Erbe der Regionen rund um den Oberrhein, deren praktizierende Zahnärzte und Studierende sich nicht nur einmal im Jahr treffen, um durch die wissenschaftlichen Vorträge auf dem neuesten Stand zu bleiben, sondern auch, um die Kollegialität untereinander walten zu lassen und um neue Kontakte, auch jenseits der Landes- und Sprachgrenze, zu knüpfen.

Vor dem reichhaltigen Mittagslunch wurden abschliessende Fragen mit den Referenten der Vorträge des Morgens im Plenum erörtert.

Dr. J. Kurschnierz aus Freiburg im Breisgau stellte in seinem Referat die Methoden des Tissue Engineerings, eines neuen Verfahrens zur Sinus-Maxillaris-Augmenta-

tion, vor. Es wurden retromolar Periostproben entnommen, welche mit Ethisorb®, Polyglactin, Polydioxanon und Fibrinkleber kultiviert wurden. Das so entstandene Vlies (1–2 Millionen Zellen) wurde nach acht Wochen für die Sinusbodenelevation verwendet. Die Implantatinserterung erfolgte nach weiteren drei Monaten. Gleichzeitig mit der Implantatinserterung wurden Proben entnommen, welche histologisch untersucht wurden. Bei 32 Patienten wurden 118 Implantate bei 45 Sinusbodenaugmentationen inseriert. 25 der insgesamt 45 Sinusbodenaugmentationen wurden zweizeitig durchgeführt. Die klinische Untersuchung zeigte, dass die erzielten Ergebnisse ungünstiger waren als bei der Sinusbodenaugmentation mit Beckenkamm-spongiosa. Es zeigte sich jedoch eine geringere Morbidität bei der Transplantatentnahme. Das beschriebene Therapiekonzept sei gerechtfertigt bei simultaner Augmentation und bei Wunsch des Patienten nach autologem Knochen ohne Spongiosa-Entnahme. Die Anzucht des Knochentransplantates wurde als eher langwierig gewertet.

Die zweite durch Dr. Kurschnierz vorgestellte Versuchsanordnung untersuchte den Einfluss von mesenchymalen Stammzellen bei der Sinusbodenelevation am Schaf. Es wurde bei sechs ausgewachsenen Schafen beidseits eine Sinusbodenaugmentation durchgeführt. Die Studienseite wurde mit einem Gemisch aus mesenchymalen Stammzellen (Beckenaspirat) und Bio Oss® aufgefüllt. Die Kontrollseite wurde mit autologer Spongiosa versehen. Die Auswertungen erfolgten anhand von histologischen und radiologischen Untersuchungen.

Ein drittes Studienmodell zeigte die Sinusbodenaugmentation mit den Methoden des Tissue Engineerings. Es wurden neun ausgewachsene Schafe verwendet. Auf die PLGA-Schwämme (thermoplastische Polymere) wurde der Wachstumsfaktor RH-2 BMP aufgebracht. Der danach zerkleinerte Schwamm wurde in die Studienseite eingebracht. Die Kontrollseite wurde mit autologer Spongiosa aufgefüllt. Nach 6, 12 und 18 Wochen wurden Farbmarkierungen durchgeführt. Die Auswertungen erfolgten anhand histologischer und radiologischer Untersuchungen.

Ein weiteres vorgestelltes Studienmodell untersuchte die Kalottendefektrekonstruktion mit Methoden des Tissue Engineerings und des rapid Prototyping. Anhand von 12 ausgewachsenen Schafen wurde die Kalottendefektrekonstruktion mit geplotteten Konstrukten untersucht. Vier

zirka 1,5×1,5 cm grosse Kalottendefekte mit belassener tabula interna wurden mit geplotteten Konstrukten aus verschiedenen Biomaterialien (PLGA, Chitosan, Hydroxylapatit) aufgefüllt. Nach 14 und 28 Wochen erfolgten die Auswertungen durch histologische und radiologische Daten.

Die Publizierung der durch dieses Team gewonnenen Daten wird uns einen Anhaltspunkt zum Trend in der Sinusboden-augmentation aufzeigen.

*Das weitere wissenschaftliche Programm wurde durch die folgenden Kurzvorträge gestaltet:*

### **Geführte Knochenregeneration (GBR) unter Titanfolie**

*Dr. K. Knapp, Basel*

Es wurden die Ergebnisse einer Untersuchung der Einheilung eines Knochenaufbaumaterials und eines Barrierematerials nach Sinuslift vorgestellt. Verwendet wurden Algapore®- und Frios-Boneshield®-Titanfolien.

Beim operativen Eingriff wurde nach Darstellung des Kieferhöhlenbodens das Knochenaufbaumaterial aus einem Gemisch aus Frios® Algapore®, gesammeltem autologem Knochen und venösem Eigenblut in den Recessus alveolaris eingebracht und mit einer Frios-Boneshield®-Titanfolie abgedeckt. Anschliessend wurde die Folie an der Knochenwand mit einem Titanpin fixiert. Postoperativ traten folgende Komplikationen auf:

Als Primärexposition wurden alle Wundheilungsstörungen klassifiziert, bei welchen es zwischen OP bis zwei Wochen nach der Nahtentfernung zu unvollständiger Wundheilung im Bereich der ursprünglichen Schnittführung kam. Unter Sekundärexposition wurden alle Komplikationen zusammengefasst, bei denen es nach vollständiger Heilung der Schleimhaut durch Prothesendruck oder scharfe Folienränder zum Freiliegen, auch ausserhalb der ursprünglichen Schnittführung der Membran kam. Die Nachuntersuchung stützt sich auf ein Patientenkollektiv von 40 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 51 Jahren. Insgesamt wurden 66 Sinusbodenaugmentationen vorgenommen, wobei der Eingriff an 26 Patienten bilateral, an 14 Patienten unilateral erfolgte.

Für die histologische Untersuchung wurde Knochen mittels Trepanbohrung entnommen. Von den 66 Eingriffen am Sinus maxillaris konnten 42 komplikationslose Einheilungen ohne Exposition der Folien verzeichnet werden. Bei der knöchernen Konsolidierung des Augmentats liess sich

insgesamt trotz Wundheilungsstörungen ein Erfolg von 98% verzeichnen.

67% der eingebrachten Folien wurden regulär nach einer Einheilungszeit von mindestens 16 Wochen entfernt. Bei 18% der Fälle, ausschliesslich solche mit Komplikationen, musste eine frühzeitige Entfernung der Folien vorgenommen werden. Die restlichen Folien waren zum Zeitpunkt der Manuskriptverfassung noch komplikationslos in situ.

Die hohe Erfolgsrate bei der Folieneinheilung und die geringe Zahl von Abszessen oder Infektionen bei Wundheilungsstörungen sprachen für eine gute Biokompatibilität. Trotz Folieneexposition und eventuellen früheren Entfernungen der Membranen fand eine knöcherne Konsolidierung des augmentierten Sinus maxillaris statt, die eine zuverlässige Osseointegration von Implantaten mit zufriedenstellenden klinischen Ergebnissen gewährleistet. In der Histologie hat sich gezeigt, dass der eingebrachte Fremdkörper, die Folie, in Form einer chronischen Entzündungsreaktion demarkiert wird. Im darunterliegenden augmentierten Gewebe kann sich Knochen bilden.

Die Folien weisen noch Optimierungspotenzial auf, vor allem hinsichtlich der Rigidität, und die ideale Folie ist noch nicht gefunden.

### **Kenntnisse und Umsetzung der Endokarditisprophylaxe**

*Dr. Cerletti-Knüsel, Basel*

Es wurde die Doktorarbeit vorgestellt, die unter der Leitung von Prof. Hoffmann und Prof. Lambrecht entstand. Die Arbeit ist eine Vergleichsstudie bei zahnärztlichen und ärztlichen Grundversorgern, Patientinnen und Patienten in der Region Basel.

Die auslösenden Bakterien der Endokarditis, die via Bakteriämie zum Herz gelangen, haben häufig ihre Eintrittspforte im Mund- und Rachenraum, insbesondere infolge Zahnbehandlungen. Es handelt sich dabei in den meisten Fällen um Viridans-Streptokokken, die in der Mundhöhle zahlreich vorhanden sind. Zur Überprüfung des aktuellen Kenntnisstandes der neuen Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe bei den beteiligten Ärzten, Zahnärzten und Patienten in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland wurden im Dezember 2001 jeweils 250 Briefe an die Zahn- und Hausärzte der beiden Kantone Basel-Stadt und Baselland verschickt, retourniert wurden 164 Fragebögen von den Zahnärzten (66%) und 121 von den Hausärzten (48%). In der Praxis des Kardiologen Prof. Andreas Hoffmann in Basel

wurden Fragebögen an total 94 Herzpatienten mit drei verschiedenen Krankheitsbildern abgegeben.

Rund drei Viertel der Haus- und Zahnärzte empfinden ihre subjektive Zusammenarbeit als zufrieden stellend. 60–70% geben an, die neuen Richtlinien zur Endokarditisprophylaxe zu kennen. Eine Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Arzt wird also klar angestrebt, was erfreulich ist und zu einem sinnvollen Einsatz der Prophylaxemassnahmen bei Endokarditisrisiko führt.

Betroffene Patienten können das Endokarditisrisiko recht gut einschätzen. Die Zahnärzte überschätzen tendenziell das Endokarditisrisiko und sind somit eher zu vorsichtig, wodurch das Risiko mässig oder gleich null ist. Hausärzte und Patienten unterschätzen tendenziell das Endokarditisrisiko bei Zahnreinigung mit Zahnsteinentfernung. Zahnärzte sind sich dessen signifikant besser bewusst, denn diese Behandlung geht immer mit gingivaler Blutung einher.

Neue Richtlinien des Dosierungsschemas: Bisher wurde eine Primärdosis von 3 g Amoxicillin empfohlen. Neu ist eine Dosis von 2,25 g, was 3 Tabletten à 750 mg entspricht. Neu ist auch, dass die zweite Dosis bei mässigem Risiko optional ist und dass bei hohem Risiko eine nachfolgende Dosis à 750 mg genügt (ZUBER et al. 2000). Regelmässige spezialärztliche Kontrollen scheinen den Kenntnisstand der Patienten positiv zu beeinflussen. Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau benötigen vermehrte Aufmerksamkeit und Aufklärung über ihr Endokarditisrisiko. Neuauflage von Konsensus-Richtlinien wie die der Schweizerischen Herzstiftung im Jahr 2000 erscheinen sinnvoll.

### **Parodontitis und hämatogene Entzündungsparameter**

*Dr. D. Deimling, Freiburg im Breisgau*

Parodontitis und hämatogene Entzündungsparameter stellen einen Forschungsschwerpunkt am Universitätsklinikum von Freiburg dar. Es wurden die chronischen Entzündungen und ihre gegenseitige Beeinflussung untersucht.

Chronische Entzündungen resultieren, wenn der auslösende Reiz nicht beseitigt werden kann. Sie dauern demnach länger als die akuten Entzündungen. Schwer zu eliminierende Noxen stellen unter anderem Fremdkörper oder sehr widerstandsfähige Erreger dar. Bakterielle Auflagerungen bewirken die Aktivierung ortständiger immunkompetenter Zellen und locken polymorphkernige Granulozyten

(PMN) an. Es kommt zur Ausbildung eines Granulozytenwalls.

Die Fragen, welche interessieren, sind: Haben parodontalpathogene Keime und ihre Toxine eine systemische Auswirkung? Gibt es eine lokale Aktivierung der Akut-Phase-Reaktion oder erfolgt eine systemische Aktivierung der Akut-Phase-Reaktion? Bestehen bei parodontal gesunden Patienten intraindividuelle Schwankungen bei den untersuchten Entzündungsparametern? Haben Parodontitispatienten im Vergleich zu Patienten der Kontrollgruppe abweichende Serumkonzentrationen? Sind die untersuchten hämatogenen Entzündungsparameter vom Schweregrad der Parodontitis abhängig?

Erste Ergebnisse zeigen, dass es geringe intraindividuelle Schwankungen gibt. Es konnte gezeigt werden, dass eine Parodontitis zu einer Erhöhung der BSG führt. Ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Parodontitis und der BSG konnte nicht nachgewiesen werden.

Es wurden einzelne Studien über die Auswirkung der Parodontitis auf die BSG zitiert. HUTTER et al. (2001) zeigen in ihrer Untersuchung einen geschlechtsspezifischen Zusammenhang. Die genannte Arbeit zeigte bei Männern eine Abhängigkeit der BSG zur Schwere der Parodontitis. Trotz Vorliegen einer rheumatischen Grunderkrankung führt eine vorhandene Parodontitis zu einer zusätzlichen Erhöhung der BSG (MERCADO et al. 2001).

Das C-reaktive Protein zeigt erhebliche intraindividuelle Schwankungen. Parodontitis führt zu einer Erhöhung des Serum-CRP. Ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Parodontitis und dem CRP konnte in der vorgestellten Arbeit nicht gezeigt werden. Das CRP sei ein sehr empfindlicher Parameter (BALLOU & KUSHNER 1992). Die vorliegende Studie stellt trotz detaillierter Anamnese eine einmalige Blutabnahme in Frage.

Parodontitis kann zu einem Serum-CRP-Spiegel führen, der als Risikofaktor (CRP >0,3 mg/dl) für die Ausbildung einer kardio- oder zerebrovaskulären Erkrankung angesehen wird (RIDKER et al. 1998).

Trotz rheumatischer Grunderkrankung führt eine vorliegende Parodontitis zu einer zusätzlichen BSG- und CRP-Erhöhung (MERCADO et al. 2001). Parodontitisprogredienz führt zur CRP-Erhöhung (CRAIG et al. 2003). Nach durchgeführter Parodontitistherapie erfolgt eine CRP-Senkung (IWAMOTO et al. 2003, MATILLA et al. 2002).

Die Referentin zeigte auf, dass zur Beantwortung der offenen Fragen diverse Stu-

dienmodelle notwendig sind. Die Ubiquität muss durch epidemiologische Studien, die Proportionalität durch prospektive Studien, die Reproduzierbarkeit durch In-vitro-Studien oder Tierversuche, die Reversibilität durch Interventionsstudien und die Plausibilität durch Aufzeigen des Wirkmechanismus gezeigt werden.

### **Intra- und postoperative Komplikationen bei operativer Weisheitszahnentfernung**

*Dr. J. Arrigoni, Basel*

Die vorgestellte Studie untersuchte Zahlen zu den intra- und postoperativen Komplikationen. Es handelt sich um eine retrospektive Studie, welche die Daten der Poliklinik des Zentrums für Zahnmedizin Basel von Juli 1992 bis Juni 1999 erfasst. Im Gesamten wurden 1898 Patienten ausgewertet. Davon waren 935 Männer und 963 Frauen. Das Durchschnittsalter bei der operativen Entfernung betrug 29,6 Jahre. Total wurden 3980 Weisheitszähne operativ entfernt. 2384 im Unterkiefer und 1596 im Oberkiefer. Im Gesamten kam es zu 188 intraoperativen Komplikationen. Der grösste Anteil der Komplikationen stellte die Eröffnung der Kieferhöhle dar, sie wurde hier als Komplikation gewertet, kann aber auch als gängiges intraoperatives Ereignis angesehen werden. Postoperativ traten 159 Komplikationen auf.

Der Zusammenhang zwischen Rauchern und dem Auftreten einer Perikoronitis war hoch signifikant. Das Risiko, als Raucher eine Perikoronitis zu erhalten, war doppelt so hoch. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Rauchen und dem Auftreten einer Infektion. Das relative Risiko, als Raucher eine Infektion zu bekommen, war doppelt so hoch. Von den 105 aufgetretenen Infektionen hatten 20 vorgängig eine Perikoronitis. Bei einer vorangegangenen Perikoronitis konnte ein signifikanter Einfluss auf das Auftreten einer Infektion gezeigt werden. Das Infektionsrisiko war um einen Faktor von 2,8 erhöht. Bei der prophylaktischen operativen Entfernung der Weisheitszähne traten bei den unter 25-Jährigen in 3,2% und bei den über 25-Jährigen in 6,9% der Fälle Komplikationen auf. Die therapeutische Entfernung zeigte bei den unter 25-Jährigen eine Komplikationsrate von 3,9% und bei den über 25-Jährigen eine Komplikationsrate von 5,3%. Postoperativ traten bei der operativen Entfernung aus prophylaktischen Gründen bei den unter 25-Jährigen in 1,7% und bei den über 25-Jährigen in 6,1% der Fälle Komplikationen auf. Bei der therapeutischen Entfer-

nung ergaben sich bei den unter 25-Jährigen in 2,2% und bei den über 25-Jährigen in 7,5% der Fälle Komplikationen. Es besteht ein erhöhtes Risiko für eine Komplikation bei operativer Weisheitszahnentfernung nach dem 25. Lebensjahr.

Zusammenfassend kann man aus den Auswertungen schliessen, dass, wenn im Rahmen der prophylaktischen Indikation operative Weisheitszahnentfernungen geplant sind, diese auf Grund der danach erhöhten Komplikationsrate vor dem 25. Lebensjahr erfolgen sollte – nach dem 25. Lebensjahr sollte die operative Entfernung nur aus therapeutischen Gründen durchgeführt werden.

### **Das Ortho-Implantat zur Lösung schwieriger Verankerungen in der Kieferorthopädie**

*Dr. R. Reichle, Freiburg*

In dieser Untersuchung werden Beispiele für die Nutzung der palatinalen Implantatverankerung in der Praxis gezeigt. Es soll geklärt werden, wie hoch bei standardisierter chirurgischer Vorgehensweise der Anteil an integrierten Implantaten ist. Eine Indikation für ein Ortho-Implantat ist die dentoalveoläre Kompensation einer Angle-Klasse II durch Extraktion von 2 Prämolaren und Retrusion der Front. Auf Grund der hohen Verankerungsqualität können dabei erforderlichenfalls auch zweite Prämolaren entfernt werden. Auf Grund der Osseointegration weist das palatinale Implantat eine ausreichende Sekundärstabilität auf, um dem auftretenden Drehmoment standzuhalten. Bei reduzierter Zahnzahl oder fortgeschrittenem Attachementverlust schützt eine Implantatverankerung vor desmodontaler Überlastung der Restbezaugung. Das Ortho-Implantat bietet die Möglichkeit der Aufnahme intraoraler Distalisationsapparaturen. Reaktive Mesialkräfte auf die anteriore Bezaugung werden so vermieden.

In der Regel war der Plaquebefall an der Ortho-Aufbaukappe geringer als an der vestibulären Multibandapparatur. Eine erhöhte Sondierungstiefe von mehr als 3 mm konnte nach Entstehung einer periimplantären Mucositis bei vier Patienten gemessen werden. Bei einem Patienten kam es nach sechs Wochen zum Implantatverlust, wobei eine zunehmende Implantatbeweglichkeit ab dem 14. Tag zu beobachten war. Nach weiteren vier Wochen konnte das Implantat ohne Anästhesie entfernt werden. In diesem Fall hat sich die Verblockung des Molaren gelöst. Innerhalb eines Kontrolltermins kam es zu einem Verankerungsverlust von mehr

als zwei Millimetern. Für den Lückenschluss hat sich eine reibungsfreie T-Loop-Mechanik mit einer Voraktivierung im Sinne einer Geometrie 6 bewährt. Bei 12 der 14 Patienten dieser Untersuchung wurde das 6 mm lange Ortho-Implantat verwendet. Bei einem Patienten wurde auf Grund des geringen Knochenangebots ein 4 mm langes Implantat verwendet. Bei einem Patienten musste nach Verlust der Primärstabilität beim Eindrehen des 6 mm langen Implantates das Rettungsimplantat verwendet werden. Von insgesamt 31 eingesetzten Ortho-Implantaten kam es in zwei Fällen zum Implantatverlust während der Einheilphase. Der Referent kam zum Schluss, dass bei Einhaltung des Implantationsprotokolls, der Anteil von osseointegrierten Ortho-Implantaten<sup>®</sup> vergleichbar zur hohen Erfolgsrate der dentoalveolären Implantologie ist. Nach der Kaffeepause und dem Besuch der Ausstellung wurden last but not least die Projekte der Trinationalen zahnärztlichen kieferchirurgischen Entwicklungshilfe in Vorderasien vorgestellt.

Prof. J. Th. Lambrecht stellte mit vielen eindrücklichen Bildern seine Arbeit in Indien vor. Er schilderte die Entwicklungsarbeit 1991/1992 in Sumatra (Balige Sumatra Indonesia). 1994–2003 konnten im Padhar Hospital in Indien 725 Spaltenoperationen durchgeführt werden. Die Publikation ist in der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin 12/2004 erschienen.

Dr. Dr. K. Schwenzler (Basel) berichtete ausführlich von ihrem Projekt aus Kambodscha, *Opération Sourire* («Ärzte der Welt» in Kambodscha). Sie erwähnte den Gründer Dr. Kouchner, welcher 1989 die Organisation «Ärzte der Welt» (Médecins du monde) ins Leben gerufen hat. Die Intention war, die Bevölkerung nach der akuten Krise beim Wiederaufbau zu unterstützen («Hilfe zur Selbsthilfe»). Es sollen Versorgungszentren aufgebaut werden und die Ausbildung des ärztlichen und des Pflegepersonals gefördert werden. L'Opération Sourire stellt ein spezielles deutsch-französisches Programm für plastische und Wiederherstellungschirurgie in Asien dar, im Speziellen in Phnom Penh, Kampong Cham, Oreang Ov, Kampong Tom. Aufgaben sind die Triage der Patienten, die Durchführung der Operation und die Ausbildung des einheimischen Personals, welche in Vorlesungen und praktischer Ausbildung besteht. Als sehr wichtig wurde die Zusammenarbeit mit anderen Hilfsorganisationen vor Ort erwähnt.

Cand. med. dent. S. Wilke (Basel) stellte das Projekt Kinderzahnmedizinisches Hilfsprojekt in Kambodscha vor, welches er

gemeinsam mit cand. med. dent. S. Wittlin und cand. med. dent. L. Tandjung besuchte und mit viel Enthusiasmus unterstützt hat. Vom 23. Juli bis 1. September 2004 wurden 7 ASPECA-Kinderdörfer in 5 Provinzen besucht. Die Studenten haben das Team von Dr. med. dent. Monika Suorn unterstützt.

Frau Dr. C. Taddei (Strasbourg) stellte ihr Projekt, in Vietnam eine zahnmedizinische Grundversorgung einzurichten, vor.

Der Vortrag liess uns die unermüdliche Energie und den Kampf für die Betroffenen hautnah miterleben.

Das rege Interesse an den trinationalen Projekten und die Bewunderung der geleisteten Arbeit zeigte sich in der nachfolgenden Diskussion.

Die interessante 37. Jahrestagung wurde mit der anschliessenden Generalversammlung der Oberrheinischen Zahnärztesgesellschaft geschlossen. ■

## DH-Praktikantinnen: eine Chance für die Praxen!

Christine Dicht

*Die angehenden Dentalhygienikerinnen absolvieren ihr drittes Ausbildungsjahr vorwiegend in Privatpraxen. Die Lernenden sind Ende des 4. Semesters bezüglich ihres theoretischen Wissens auf dem Stand einer ausgebildeten DH. Klinisch haben sie alle Arbeiten gelernt, die einer DH zustehen. Was ihnen noch fehlt, ist der Praxistransfer, das ganzheitliche und rasche Erfassen von Problemen, das klare Setzen von Prioritäten in der Behandlung und Beratung sowie das einwandfreie Arbeiten unter Leistungs- und Zeitdruck. In der Privatpraxis erhalten die Lernenden den «letzten Schliff» für ihr zukünftiges Berufsleben. Die Qualität der Praktikumsplätze ist deshalb von grosser Bedeutung.*

Die betreuenden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die Dentalhygienikerinnen in den Privatpraxen übernehmen mit der Betreuung einer DH-Praktikantin eine sehr interessante und wichtige Aufgabe. Sie tragen viel zur abschliessenden Ausbildung bei und können die Entwicklung der Lernenden stark beeinflussen. Es hat sich gezeigt, dass mehr als 80% der Praktikantinnen nach dem Diplom den Praktikumspraxen treu bleiben. Die Betreuung einer Praktikantin stellt also einen Erfolg versprechenden Möglichkeit dar, um eine gute, in der Schweiz ausgebildete DH anstellen zu können.

Das Praktikum beginnt jeweils im August und dauert elf Monate. Die Praktikantin-

nen werden von den Praxen angestellt und mit Fr. 200.– pro geleisteten Arbeitstag entlohnt. Mehrheitlich arbeiten sie in zwei Praxen. Während den Semestern sind sie jeweils am Donnerstag an der Schule.

Jedes Jahr absolvieren ca. 30 Lernende ein Praktikum in Privatpraxen oder Universitäten. Weil sie dieses bevorzugt in der Nähe ihrer Wohngemeinde absolvieren wollen, ist es oft schwierig, eine geeignete Stelle zu finden.

Die Praktikumsverantwortliche der Dentalhygieneschule Zürich, Frau Dicht, teilt gerne weitere Auskünfte (Telefon 044/388 98 10). ■

## Druckversion des Kongress- und Fortbildungskalenders

Liebe Veranstalter

Da die Monatsschrift nur noch vier Mal jährlich den Kongress- und Fortbildungskalender abdruckt, bitte ich Sie, sich folgende Ablieferungsdaten vorzumerken:

<b>Märzausgabe</b>	<b>10. 2. 2005</b>
<b>Juniausgabe</b>	<b>19. 5. 2005</b>
<b>Septemberausgabe</b>	<b>18. 8. 2005</b>
<b>Dezemberausgabe</b>	<b>10. 11. 2005</b>

Selbstverständlich können Sie während des ganzen Jahres Kongresse und Kurse anmelden. Zirka alle drei Wochen werden diese dann im Internet aktualisiert.

Die Redaktion

## ZEITSCHRIFTEN



## Kompositrestaurationen

**Chuan S F, Jin Y T, Lui J K, Chang C H, Shieh D B:**  
**Der Einfluss der Schichtdicken von fließfähigem Komposit bei Klasse-II-Kompositrestaurationen**  
*Oper Dent 29: 301–308 (2004)*

Zur Verbesserung der marginalen Adaptation von Klasse-II-Kompositrestaurationen im Approximalbereich stellten Jackson und Morgan im Jahr 2000 die «Modified incremental layering technique» vor: Eine dünne Schicht eines fließfähigen Komposits wird auf dem Boden des approximalen Kastens aufgetragen und mit stopfbarem Komposit überdeckt. Anschliessend erfolgt die Lichthärtung für beide Materialien zusammen. Durch Überschichten kann der grösste Teil des fließfähigen Komposits verdrängt und sein Volumen minimiert werden. Mit dieser Technik soll neben der vereinfachten Anwendung auch ein besserer Randschluss mit weniger Luftpneinschlüssen möglich sein.

Da bisher experimentelle Studien zu dieser Technik fehlten, untersuchten die Autoren der vorliegenden Arbeit in vitro den Einfluss unterschiedlicher Schichtdicken von fließfähigem Komposit auf die marginale Adaptation, Luftpneinschlüsse und Spaltbildungen von Klasse-II-Kompositrestaurationen vor und nach thermischer Belastung.

Für die Untersuchung wurden bei 32 extrahierten unversehrten Molaren jeweils mesial und distal proximale, allseitig von Schmelz begrenzte Kästen präpariert. An allen Zähnen wurde eine Stahlmatrize angelegt. Es wurden alle Zähne mit dem gleichen Adhäsivsystem (Single Bond, 3 M Espe) entsprechend Herstellerangaben vorbehandelt und auch das gleiche Füllungsmaterial (Filtek P60, Filtek Flow, 3 M Espe) verwendet. Die Molaren wurden in vier Testgruppen aufgeteilt. Variiert wurden die Dicke der Schicht des fließfähigen Komposits und die Restaurationstechnik.

*Gruppe 1 (nur Filtek P60):*

Die Kavitäten wurden ausschliesslich mit dem hoch viskosen Filtek P60 unter Anwendung der horizontalen Inkrementtechnik gefüllt. Die Schichten hatten eine

Dicke von ca. 2,0 mm und wurden von okklusal 20 Sekunden und nach Abnahme der Metallmatrize jeweils 20 Sekunden von bukkal und lingual ausgehärtet.

*Gruppe 2 (ultradünne Unterlage, gemeinsame Lichthärtung):*

Entsprechend der «Modified incremental layering technique» wurde bei dieser Gruppe Filtek flow in einer kontrollierten Dicke von 0,5 bis 1 mm auf dem Kastenboden aufgetragen und direkt darauf das erste 2 mm dicke Filtek-P60-Inkrement gestopft, um das fließfähige Material zu verdrängen. Die Überschüsse des fließfähigen Komposits wurden mit einem kleinen Tupfer sorgfältig entfernt. Anschliessend wurden die beiden Schichten zusammen 20 Sekunden lang ausgehärtet. Der Rest der Kavität wurde wie bei Gruppe 1 mit P60 gefüllt und polymerisiert.

*Gruppe 3 (dünne Unterlage, Vorhärtung):*

Bei dieser Gruppe wurde die 0,5 bis 1 mm dicke Schicht Filtek flow auf dem Kavitätenboden aufgetragen und sofort für 20 Sekunden mit Licht ausgehärtet. Erst dann wurde die Kavität entsprechend der Gruppe 1 und 2 mit Filtek P 60 schichtweise gefüllt.

*Gruppe 4 (dicke Unterlage, Vorhärtung):*

Das Vorgehen entsprach dem der Gruppe 3, allerdings mit einer erhöhten Schichtdicke des Filtek flow von ungefähr 2 mm.

Anschliessend wurden die Zähne einem 24-stündigen thermischen Belastungstest unterzogen. Anhand von Repliken, die vor und nach diesem Test erstellt wurden, erfolgte die rasterelektronenmikroskopische Untersuchung der Mikromorphologie. Die Dichtigkeit des Randschlusses wurde durch Farbstoffpenetration beurteilt.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Prüfkörper der Gruppe 4, mit einer Schichtdicke von ca. 2 mm des fließfähigen Komposits, vor und nach dem thermischen Belastungstest die ausgeprägteste Farbstoffpenetration aufwiesen. Die entsprechend der «Modified incremental layering technique» angefertigten Füllungen der Gruppe 2 waren in Bezug auf Randsichtigkeit den anderen Gruppen überlegen.

Die rasterelektronenmikroskopische Untersuchung ergab, dass die Gruppen 3

und 4 frei von Spaltbildungen an der Grenzfläche zwischen Zahnhartsubstanz und Komposit waren, während Gruppe 1 (nur Filtek P 60) in dieser Region und auch im zervikalen Füllungsanteil deutlich mehr Hohlräume als die Gruppen mit fließfähigen Kompositschichten aufwiesen. Trotz der Reduktion von Porositäten dürfte eine dicke Auskleidung mit fließfähigem Komposit die Dichtigkeit des Randes stark beeinträchtigen, insbesondere nach Temperaturbelastung. Allerdings besteht bei Anwendung der «Modified incremental layering technique» ein erhöhtes Risiko von Materialüberschüssen im Randbereich.

Zusammenfassend folgerten die Autoren aus ihren Ergebnissen, dass die marginale Adaptation und die Randsichtigkeit durch eine ultradünne Schicht fließfähigen Komposits verbessert werden könne und empfehlen sie für Klasse-II-Restaurationen.

Beate I. Kreisel, Brunnen

## Implantate

**Kronstrom M, Trulsson M, Soderfeldt B:**  
**«Patient Evaluation of Treatment with Fixed Protheses Supported by Implants or a Combination of Teeth and Implants»**

*J Prothodont 2004, 13: 160–165*

In der hier beschriebenen Studie wurden die Behandlungsergebnisse von fest sitzenden Oberkieferrekonstruktionen, die rein auf Implantaten oder kombiniert auf Implantaten und natürlichen Zähnen abgestützt wurden, evaluiert und miteinander verglichen. Dabei wurde die Patientenzufriedenheit (Funktion, Komfort, Ästhetik) mit einem Fragebogen ermittelt.

In die Studie wurden 21 Patienten mit Zahn-Implantat-getragenen Rekonstruktionen (TISP) und 21 Patienten mit rein Implantat-getragenen Oberkieferrekonstruktionen (ISP) einbezogen. Jede Arbeit bestand aus minimal acht Einheiten, davon mindestens vier pro Quadrant. Den Patienten wurde per Post ein Fragebogen mit je 15 Fragen zugesandt, der Funktion, Komfort und Ästhetik evaluierte. Zur Bewertung der Zufriedenheit wurde die visuelle analoge Skala (VAS) verwendet, zu der jeder Patient zusätzlich noch eigene Kommentare vermerken konnte.

Die Rücklaufquote der Fragebögen belief sich auf 86%, davon 17 in der TISP-

Gruppe und 19 in der ISP-Gruppe. Das durchschnittliche Alter der befragten Personen war 73,4 Jahre. Die Betreuung der Rekonstruktionen in der TISP-Gruppe betrug im Schnitt 7,9 Jahre, die der ISP-Gruppe 8,3 Jahre. Beide Gruppen gaben einen hohen Zufriedenheitsgrad bezüglich ihrer prothetischen Versorgung an, nur wenige bereuten ihre Entscheidung. Weiterhin konnte ein verbesserter Kaukomfort in beiden Gruppen festgestellt werden, allerdings klagten ein paar Probanden über phonetische Probleme. Die Zufriedenheit bezüglich der Ästhetik war für beide Gruppen gleich zufrieden stellend, auch die Durchführung der oralen Hygiene war für beide Gruppen gleich gut möglich.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Befragung der Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich Funktion und Zufriedenheit bei rein Implantat-getragenen und kombiniert Zahn-Implantat-getragenen fest sitzenden Rekonstruktionen im Oberkiefer ergab.

Frauke Berres, Basel

## Stiftaufbauten

**Paul S J, Werder P:**  
**Clinical Success of Zirconium Oxide Posts with Resin Composite or Glass-Ceramic Cores in Endodontically Treated Teeth: A 4-Year Retrospective Study**

*Int J Prosthodont* 17: 524–528 (2004)

Die vermehrte Verwendung vollkeramischer Kronensysteme im ästhetischen Bereich und die damit verbundene erhöhte Transluzenz haben konsequenterweise dazu geführt, bereits auf dem Niveau des Wurzelstiftes und des Stumpfaufbaus metallfrei zu arbeiten, um eventuelle metallbedingte Grauverfärbungen der umliegenden Gingiva von vornherein zu vermeiden.

Ziel dieser retrospektiven Studie war:

1. den klinischen Erfolg von Zirkonoxid-Stiften, entweder in direkten Kompositaufbauten oder in indirekten Glaskeramikaufbauten nach mehreren Jahren klinischen Gebrauchs, zu evaluieren,
2. die klinischen und röntgenologischen Langzeitresultate dieser Aufbausysteme mit vorhandenen Daten von traditionellen Aufbausystemen mit Metallstiften zu vergleichen.

Insgesamt 145 wurzelbehandelte Zähne bei 88 Patienten wurden mit Zirkonoxidstiften versehen; bei 87 Zähnen wurden direkte Kompositaufbauten hergestellt und 58 Zähne wurden mit indirekten Empressaufbauten versorgt.

79 Stifte mit direkten Kompositaufbauten bei 52 Patienten und 34 Stifte mit Glaskeramikaufbauten bei 19 Patienten konnten nach einer durchschnittlichen Tragedauer von 57,7 Monaten beziehungsweise 46,3 Monaten nachuntersucht werden.

Die parodontalen Verhältnisse (Sondierungstiefen, Zahnbeweglichkeiten) verblieben auf einem klinisch gesunden Niveau. Die okklusalen Verhältnisse zeigten sich stabil und auch bezüglich der Ästhetik wurden fast alle Zähne als exzellent beurteilt. Diese positiven Resultate gelten für beide untersuchten Gruppen.

In der Gruppe der direkten Kompositaufbauten wurde kein Misserfolg gefunden. In der Gruppe der indirekten Glaskeramikaufbauten sind drei Misserfolge nach 42, 43 und 55 Monaten klinischen Gebrauchs aufgetreten. Alle drei Misserfolge waren die Folge von Retentionsverlust.

Um die acht nicht untersuchten Aufbauten der direkten Gruppe und die 24 nicht untersuchten Aufbauten der indirekten Gruppe in die Berechnungen miteinbeziehen zu können, verwendet man ein «best-case scenario», das bedeutet, alle nicht untersuchten Einheiten sind erfolg-

reich, oder ein «worst-case scenario», das heisst, alle nicht untersuchten Einheiten sind ein Misserfolg. Unter Einbezug dieser Szenarien errechnet sich für die direkte Gruppe eine Erfolgsrate von 100%, respektive 91% und für die Gruppe mit den indirekten Glaskeramikaufbauten eine Erfolgsquote von 95% beziehungsweise 53%.

Im Vergleich mit traditionellen Metallstift-Aufbauten (Titanstifte und direkte Kompositaufbauten, gegossene Goldaufbauten), welche je nach Studie Erfolgsraten von 80%, 81%, 89%, 92% bis 100% über Zeiträume von 5,5 bis 8,6 Jahren klinischen Gebrauchs aufwiesen, präsentiert die vorliegende Studie ausgezeichneten klinischen Erfolg für die Zirkonoxidstifte kombiniert mit direkten Kompositaufbauten nach 57,5 Monaten klinischer Verwendung. Demzufolge empfiehlt sich der Stumpfaufbau mittels eines Zirkonoxidstiftes und Komposit als durchaus anwendbare Alternative für die anteriore Dentition. Die Studie zeigt auch für die Zirkonoxidstifte kombiniert mit Glaskeramikaufbauten guten Erfolg nach 46,3 Monaten klinischen Einsatzes mit nur drei Misserfolgen. Wegen der grossen Ausfallrate in dieser Patientengruppe lassen sich jedoch keine aussagekräftigen Schlussfolgerungen ziehen.

Gian Peterhans, Zürich

## BUCHBESPRECHUNG



### Kiefergelenktherapie

**Dapprich J:**  
**Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis**

224 S., 740 Abb., € 138.–, Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin (2004)  
ISBN 3-87652-348-6

In der Funktionsdiagnostik und -therapie haben sich in den letzten Jahren zwei Lager herauskristallisiert. Auf der einen Seite stehen mechanistisch durchsetzte, die Tradition der klassischen Gnathologie fortführende Auffassungen; auf der anderen Seite finden sich biologisch und medizinisch orientierte, dem Konzept der evidenzbasierten Medizin (EbM) nahe stehende Sichtweisen. JÜRGEN DAPPRICH gehört der erstgenannten Richtung an, der Rezensent der zweiten. Wer nun meint, damit stünde das Ergebnis der

vorliegenden Buchbesprechung a priori fest, irrt.

«Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis» ist zunächst einmal ein engagiertes Buch, dessen Autor sich nicht scheut, Stellung zu beziehen und Urteile zu fällen – und das ist gut so, selbst wenn man mitunter heftig widersprechen möchte. Bereits zu Beginn seines Werks bezieht DAPPRICH unmissverständlich Position: EbM ist seine Welt nicht. Stattdessen schöpft er in erster Linie aus seiner über mehrere Jahrzehnte währenden Erfahrung. Mit Respekt muss festgestellt werden, dass es JÜRGEN DAPPRICH, der in Düsseldorf eine erfolgreiche Privatpraxis betreibt und seit Jahrzehnten engagiert in deutschen zahnärztlichen Fortbildungsakademien und Fachgesellschaften tätig ist, gelungen ist, sein Vorgehen bei der Diagnostik und Behandlung funktioneller Störungen des Kauorgans im Lichte sei-



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

ner Überzeugungen plausibel darzustellen – und, dass er es nicht versäumt, seine ehemaligen Lehrer gebührend zu erwähnen, allen voran den viel zu früh verstorbenen, auch in der Schweiz nicht unbekanntem Düsseldorfer Zahnarzt CHARLIE PRZETAK (1928–1986) (siehe DTSCH ZAHN-ÄRZTL Z 41: 729 [1986]). PRZETAK hat, nicht zuletzt dank seiner exzellenten Kontakte in die Neue Welt, auf den Gebieten der Gnathologie, Parodontologie und Prothetik viel für die deutsche Zahnmedizin getan – auch innerhalb der *Neuen Gruppe* und des *International College of Dentists*; daher ist es schön, dass seine Verdienste auf diese Weise gewürdigt werden.

Mit detaillierten Beschreibungen, nicht nur was die Handhabung des (SAM 3-) Artikulators und des computergesteuerten Registriergeräts Condylcomp LR3 angeht, und vielen sehr anschaulichen und vielfach grossformatigen Abbildungen liefert JÜRGEN DAPPRICH recht genaue, bisweilen kochbuchartige Beschreibungen seines Vorgehens. Sofern der Leser die vom Autor verwendeten Hilfsmittel und ein gewisses Mass an Vorkenntnissen auf dem Gebiet der instrumentellen Funktionsdiagnostik besitzt, wird er keine Mühe haben, das vorgestellte Konzept zur Diagnostik, Vorbehandlung und Therapie von Patienten mit myogenen oder arthrogenen kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) in seiner eigenen Praxis umzusetzen. Anfänger ohne jegliche Vorerfahrung werden dagegen Schwierigkeiten bei der Übertragung eines Teils von DAPPRICHS Ausführungen haben. Auch wenn Jürgen Dapprichs persönliche Zu- und Abneigungen mit den Stellung-

nahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (<http://www.dgzmk.de/set5.htm>) zur Funktionsdiagnostik und -therapie weitgehend kompatibel sind – was angesichts der wenig spezifisch formulierten Stellungnahmen allerdings keine grosse Überraschung darstellt –, bedürfen einige der von Dapprich empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen einer genaueren Betrachtung. So hat der Autor den in der unkonventionellen (fälschlicherweise als «alternativ» bezeichneten) Medizin verbreiteten Armlängentest nach RAFAEL VAN ASSCHE sowie Tests aus der angewandten Kinesiologie in seinem Repertoire. Der diagnostische Wert dieser nicht schulmedizinischen Methoden, deren Reliabilität und Validität unbekannt ist, ist jedoch zweifelhaft. Ein gewisses Unbehagen macht sich aber auch bei der Anwendung schulmedizinisch anerkannter Verfahren breit. So fordert die Empfehlung, für die klinische Diagnose einer athrogenen CMD «immer eine Magnetresonanztomografie (MRT) beider Kiefergelenke» durchzuführen (S. 105), zu Widerspruch heraus. DAPPRICH ist auch einer der wenigen Zahnärzte in Deutschland, die zwecks CMD-Behandlung noch eine selektive okklusale Einschleiftherapie empfehlen. Auch diese Massnahme gilt heute als obsolet. Der zur Rechtfertigung dieser invasiven Therapie angeführte finnische Zahnmediziner PENTTI KIRVESKARI (S. 10) ist in diesem Zusammenhang übrigens ohne Bedeutung: KIRVESKARIS Studien versuch(t)en den Wert von Einschleifmassnahmen bei Heranwachsenden zur Prävention von

CMD zu belegen. Zur Therapie von CMD wird diese irreversible klinische Massnahme nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht mehr als sinnvoll angesehen. Ein nach Einschleiftherapie beobachteter Schmerzrückgang bei Myalgien der Kaumuskulatur lässt sich im Übrigen neurobiologisch gut erklären: Die durch das Einschleifen bedingte Lageänderung des Unterkiefers führt auf Grund der heterogenen Aktivierbarkeit der Kaumuskulatur zu einer Entlastung der schmerzhaften Muskelregionen, während nichtschmerzhafte Regionen stärker belastet werden. Auf gleiche Weise kann die Wirkung von Okklusionsschienen und anderen Aufbissbehelfen erklärt werden (siehe SCHWEIZ MONATSSCHR ZAHNMED 2003; 113: 964–977).

Leider hat DAPPRICH eine weitere Schwäche der meisten DGZMK-Stellungnahmen übernommen, nämlich auf einen Bezug der im Literaturverzeichnis zitierten bibliografischen Angaben zu den entsprechenden Textstellen zu verzichten. Darüber hinaus wird der Leser Schwierigkeiten haben, wenn er manche der im Text genannten Autoren einer passenden Literaturstelle zuordnen möchte.

Auffallend ist der in diesem Buch vorherrschende, bisweilen bemüht anmutende lockere Ton. Der Leser gewinnt den Eindruck, als würde der Autor direkt zu ihm sprechen. Dies liegt an dem für ein Lehrbuch ungewöhnlichen Sprachstil, insbesondere an einer Syntax, die auf die schriftliche Fixierung eines zuvor gesprochenen Textes schliessen lässt. Dies ist kein Fehler, lediglich ein wenig gewöhnungsbedürftig.

Man muss dem Autor zugestehen, dass er mit seinem Werk anregenden Lesestoff bietet, der einen ebenso grossen Erfahrungsschatz wie ungebrochenes Engagement für das Thema «Funktion» widerspiegelt. Trotz aller Vorbehalte wird das Buch, davon ist der Rezensent überzeugt, seinen Platz in der deutschsprachigen Literatur zum Thema Funktionstherapie finden und einnehmen. Es wird spannend sein zu sehen, wie viele der in diesem Buch dargestellten Inhalte im Curriculum für den von einer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) geplanten «Spezialisten für zahnärztliche Funktionsdiagnostik und Therapie» aufgeführt werden.

Jens Christoph Türp, Basel