

PORTRÄT



Stabsübergabe an der Spitze der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der ZMK Bern

Interview mit Professor Adrian Lussi

Thomas Vauthier, Rheinfelden (Text und Fotos)

Am 1. September 2006 ist es so weit: Professor Adrian Lussi, der während mehrerer Jahre als Abteilungsleiter tätig war, übernimmt von Prof. Peter Hotz, der zum Emeritus ernannt wurde, die Leitung der Klinik.



Professor Adrian Lussi

Dieser «fliegende» Wechsel ist in zweierlei Hinsicht ideal: Erstens wird dadurch die Kontinuität in der Lehre, die durch Prof. André Schroeder und den jetzt abtretenden Peter Hotz geprägt wurde, gewährleistet. Und zweitens bringt Adrian Lussi eine reiche klinische Erfahrung mit, gepaart mit einem ungebremsten Interesse an der Forschung. Mehr als 200 wissenschaftliche Publikationen sind der Ausdruck seiner weit gefächerten Interessen. Quasi zeitgleich mit dem Eintritt in die neue Funktion als Ordinarius erschien zudem vor wenigen Wochen im Karger Verlag Basel die unter der Leitung von Adrian Lussi entstandene Monografie «Dental Erosion – From Diagnosis to Therapy». Darin werden, gewissermassen als «Krönung» langjähriger Forschung und eines Sabbaticals in den USA im letzten Jahr, zum ersten Mal alle Aspekte der dentalen Erosionen umfassend behandelt.

Obwohl zurzeit das Telefon in seinem Büro heissläuft, Handwerker Rücksprache zum laufenden Umbau der Räumlichkeiten nehmen und er zudem mit den Prüfungen für das Staatsexamen beschäftigt ist, fand Adrian Lussi dennoch eine Gelegenheit für ein ausführliches Gespräch. Wir sprachen zunächst über seinen bisherigen Werdegang und danach über seine Pläne als neuer Direktor der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin.

Herr Professor Lussi, Sie sind nicht nur Zahnmediziner, sondern auch diplomierter Chemiker. Wie kam es dazu?

Mein Vater war Eigentümer einer Chemiefirma. Vielleicht bin ich daher auf Chemie gekommen. Zahnmediziner gibt es in meiner Familie keine. Ich wollte entweder Chemielehrer oder Zahnarzt werden. So fing ich an der ETH Zürich mit dem Chemiestudium an. Ein Jahr vor dem Diplom bin ich dann jedoch davon abgekommen, da es mir zu eintönig erschien, mein ganzes Leben lang immer wieder den gleichen Stoff vermitteln zu müssen. Die Diplome als Chemieingenieur und Gym-

nasiallehrer erwarb ich jedoch trotzdem noch. Da ich aber kein Jahr verlieren wollte, studierte ich das letzte Jahr Chemie parallel Zahnmedizin. Das war relativ schwierig, denn man konnte damals grundsätzlich nicht gleichzeitig an der ETH und der Uni immatrikuliert sein. Durch die Vermittlung des katholischen Pfarrers der Akademikergemeinde Zürich wurde es mir schliesslich dennoch gestattet.

Danach haben Sie eine Zeit lang auch als wissenschaftlicher Mitarbeiter der ETH Zürich gearbeitet.

Das war zur Finanzierung meines Zahnmedizinstudiums. Mit Ausnahme des ersten Jahres arbeitete ich während meines gesamten Zahnmedizinstudiums nebenbei an der ETH Zürich als Forscher. Zusätzlich unterrichtete ich an der Krankenschwesternschule in Thun Anatomie, Physiologie, Chemie und Physik.

Weshalb entschieden Sie sich für eine akademische Karriere?

Zunächst wollte ich Kieferorthopäde oder Kinderzahnarzt werden. Akademische Ambitionen hatte ich nach dem Studium (noch) keine. Nach einem kurzen Abstecher in eine Privatpraxis begann ich an der Universität Bern als Assistent der Zahnerhaltung. Nach drei Jahren – das war 1986 – entschloss ich mich, ins Ausland zu gehen. Neben der Sprachaufbesserung wollte ich die zahnärztliche Forschung kennen lernen. Mit einem Nationalfondsstipendium konnte ich dann ein Jahr in Chapel Hill (USA) forschen. Der Schwerpunkt meiner Arbeiten lag in der Entwicklung des Zahnes und seiner Mineralisation. Auch 2005 verbrachte ich einen Forschungsaufenthalt, nämlich in Indianapolis (USA) und in Freiburg (Deutschland). Daraus entstand in Zusammenarbeit mit anderen Autoren aus



MediBank

Die Schweizer Bank für freie Berufe

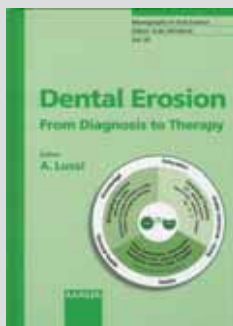
Private Vermögens- und Finanzplanung

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

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

Zur Person

- Aufgewachsen in Luzern
- Studium Chemie an der ETH Zürich und Zahnmedizin an den Universitäten Zürich und Bern
- 1979: Dipl. Ing. Chem. ETH Zürich und Gymnasiallehrer
- 1983: Staatsexamen in Bern
- 1985: Dr. med. dent.
- 1993: Habilitation
- Seit 1995 Abteilungsleiter Kinderzahnmedizin und Strukturbio­logie an der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der Universität Bern
- 1998: Titularprofessor
- 2001: ausserordentlicher Professor
- 2006: ordentlicher Professor. Ernennung zum Direktor der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der Universität Bern
- Forschungsaufenthalte in Chapel Hill (USA), Indianapolis (USA) und Freiburg (D)
- Mehr als 230 wissenschaftliche Publikationen, davon einige in der eben erschienenen Monografie «Dental Erosion – From Diagnosis to Therapy» (Karger, Basel 2006)
- Vater von drei Kindern
- Hobbys: Tennis, Velofahren, Wandern, Skifahren, Guggemusik «Big Päng»



Amerika, Deutschland und England die jetzt erschienene Monografie zum Thema der Zahnerosionen.

Neben der Zahnerhaltung umfasst Ihre Klinik auch die Präventivzahnmedizin, Kinderzahnmedizin und Strukturbio­logie. Wie bringen Sie alles unter einen Hut?

Es ist sicherlich viel Arbeit. Ich arbeite im Schnitt 60 Stunden die Woche. Aber alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Klinik müssen einen enormen Einsatz leisten. Dies liegt vor allem auch daran, dass die Universität Bern im Vergleich zu Basel und Zürich für die angebotene Fächerzahl am wenigsten Personal beschäftigt.

Wie lüften Sie nach einer strengen Arbeitswoche den Kopf?

Während zwölf Jahren war Segelfliegen mein Hobby. Dieses schöne Hobby musste ich jedoch diese Saison wegen Zeitmangels aufgeben. Ansonsten spiele ich im Sommer Tennis oder gehe mit meiner Familie Velo fahren, wandern oder fischen in den Bergen. Und im Winter fahre ich leidenschaftlich gerne Ski. Als Ausgleich spiele ich ausserdem seit fünfzehn Jahren Perkussion in der Guggemusik «Big Päng», die ich mitbegründet habe. Bern hat die drittgrösste Fasnacht der Schweiz.

Was ist Ihrer Meinung nach der Stellenwert der Zahnerhaltung im heute zunehmend von der Implantologie geprägten Umfeld der Zahnmedizin?

Prävention, konservierende Zahnheilkunde und Kinderzahnmedizin sind und bleiben das A und O der modernen Zahnmedizin. Sie machen zusammen mehr als 50 Prozent der Behandlungen in der täglichen Praxis aus. Daran werden auch die Erfolge der Implantologie auf absehbare Zeit nichts ändern. Zudem sind Implantate wesentlich teurer als Zahnerhaltung. Auch in der Alterszahnmedizin, die durch die demografischen Verschiebungen ständig an Bedeutung zunimmt, stehen präventive und zahnerhaltende Massnahmen an erster Stelle. Für komplexere gerodontologische Versorgungen überweisen wir jedoch ältere Patienten an die Abteilung von Prof. Regina Mericske-Stern, die den Lehrstuhl für Gerodontologie und abnehmbare Prothetik inne hat.

Welche Schwerpunkte werden Sie in der Forschung setzen?

Meine Interessen sind weit gefächert. Sie umfassen Grundlagenforschung zum Themenkomplex Speichel – Erosionen – Kariologie. An oberster Stelle steht die Verfeinerung der Frühdiagnostik. Je früher wir entstehende Zahnschäden erkennen können, desto früher können wir gezielte präventive oder minimal invasive therapeutische Massnahmen einsetzen. Komposite im Zusammenhang mit moderner Füllungstechnik ist ein weiterer Schwerpunkt, der von Dr. Brigitte Zimmerli bearbeitet wird.

Meiner Meinung nach soll jedoch die Forschung immer einen Bezug zur Klinik

haben respektive durch ein besseres Verständnis der Ursachen und Zusammenhänge die praktischen Anwendungen verbessern helfen. Dies ist mithin ein Grund, der mich seit je motiviert hat, immer auch in der Schweizer Monatschrift für Zahnmedizin zu publizieren, obwohl dies für die akademische Karriere nicht von erstangiger Bedeutung ist. Mein Wunsch war aber, die Schweizer Kollegen an den Resultaten meiner Forschung teilhaben zu lassen.

Und die klinische Forschung?

Wir arbeiten in verschiedenen Gebieten an der Optimierung bestehender Techniken und Methoden. Zum Thema der Fissurenversiegelung haben mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Klinik in jüngster Zeit äusserst interessante Resultate publiziert. Auch die minimal invasive Präparationstechniken, computergefertigte weisse Füllungen, die Anwendung von Ozon zur Hemmung der Progression von aktiver Karies sowie nichtmetallische Wurzelstifte sind Gegenstand laufender Forschungen.

Wir haben das Glück, an unserer Klinik mehrere ausländische Research Fellows beschäftigen zu können. Diese erhalten im Rahmen des Kulturaustauschs der Eidgenossenschaft Stipendien während eines bis zweier Jahre. Zurzeit arbeiten eine Türkin, eine Russin und ein Brasilianer bei uns an verschiedenen Forschungsprojekten in den Bereichen Erosionen, Kariesdiagnostik und Füllungstechnik.

Die Universität als Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis?

Ausser den acht Assistenten und knapp drei Oberassistenten haben wir das Privileg, 25 meist unbezahlte, externe Volontäre zu unseren Mitarbeitern zählen zu können. Ich bin froh, dass trotz des bevorstehenden Wechsels in der Klinikleitung alle bleiben werden. Es haben erfreulicherweise weitere sieben Zahnärzte – alles Spezialisten aus der Privatpraxis – ihre Mitarbeit in der klinischen Ausbildung zugesagt. Sowohl in den Studentenkursen wie auch in der Weiterbildung der Assistenten sind diese «Externen» eine echte Bereicherung, denn sie bringen nützliche Feedbacks und Erfahrung aus der täglichen Praxis mit.

In Zukunft wird jeder komplexe Fall im Team der internen Mitarbeiter und der externen Volontäre synoptisch geplant und begleitet werden. Die KG und die komplette Dokumentation wird in Datenform in unserem Computernetzwerk gespeichert und kann jederzeit von den

involvierten Zahnärzten eingesehen werden.

Ihr besonders Interesse gilt den Erosionen ...
Ja. Die unter meiner Leitung entstandene Monografie «Dental Erosion – From Diagnosis to Therapy» ist nur eine Bestandaufnahme des heutigen Wissens zu diesem Thema. Aber die Problematik der Zahnerosionen wird uns weiterhin beschäftigen. Nur wenn wir die grundlegenden Zusammenhänge noch besser verstehen, können wir die präventiven und therapeutischen Empfehlungen weiter verfeinern. Durch die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten nimmt die Zahl der betroffenen Patienten zu. So können zum Beispiel Sportler besonders für Zahnerosionen anfällig sein, einerseits durch die Dehydratation, welche die protektive Wirkung des Speichels vermindert, und andererseits durch den teils exzessiven Konsum von Sportlergetränken oder «Energy Drinks», die im Allgemeinen, bedingt durch einen tiefen pH-Wert, ein erosives Potenzial aufweisen.

Zurzeit sind wir an der Auswertung einer neuen Querschnittsstudie, bei der 600 Rekruten in der Frühling-RS 2006 in Thun nach den gleichen Kriterien wie schon vor zehn Jahren untersucht wurden. Die Organisation und Leitung hatte Kollege Professor Niklaus P. Lang. Es wird interessant sein, zu sehen, welche Unterschiede sich in diesem Vergleich im Bereich der Zahnerosionen ergeben haben.

Wir bieten an unserer Klinik eine Spezialsprechstunde für aus der Privatpraxis überwiesene Patienten mit Zahnerosionen an. In Absprache mit dem zuweisenden Kollegen übernehmen wir auch die Behandlung.

Aber auch die Diagnostik der Karies und die anderen erwähnten Themen werden in der Zukunft ein Schwerpunkt unserer Forschung bleiben.

Wo gedenken Sie, Schwerpunkte in der Lehre und Ausbildung zu setzen?

Das Spektrum unserer Klinik ist weitläufig: Die Prüfungsfächer umfassen die Strukturbio (3. Propädeutikum), die Präventivzahnmedizin, die Zahnerhaltung inklusive Endodontologie sowie die Kinderzahnmedizin.

In der Postgraduate-Ausbildung werden wir ein strukturiertes Programm zur Ausbildung als Familienzahnarzt respektive Allgemeinpraktiker anbieten. Neben 2½ Jahren an der Klinik für Zahnerhaltung und Kinderzahnmedizin umfasst das Programm 1½ Jahre Ausbildung an der Klinik für Oralchirurgie bei Prof. Daniel Buser,



Universitätsnachrichten

Ausserplanmässige Professur von PD Dr. J. C. Türp

C. Marinello

Am 28. Oktober 2005 verlieh Prof. Dr. Wolfgang Jäger, Rektor der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg im Breisgau, Priv.-Doz. Dr. Jens Christoph Türp die Bezeichnung ausserplanmässiger Professor.

Prof. Türp war 1989–1994 und 1998–2003 Assistent, später Oberassistent in der Abteilung Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik (Prof. Dr. Jörg R. Strub).

1994–1997 war als Mitarbeiter von Prof. Dr. Christian Stohler Visiting Assistant Professor an der University of Michigan, Ann Arbor, USA. 1999 erfolgte die Habilitation in Freiburg mit dem Thema «Temporomandibular Pain – Clinical Presentation and Impact». Im Juni 2001 kam der damalige Privatdozent als Oberassistent an die Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel (Prof. Dr. Carlo P. Marinello), wo er bis heute insbesondere für den Bereich orofaziale Schmerzen und Kieferfunktion zuständig ist. Die Mitarbeiter/innen der Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien gratulieren Prof. Türp zu dieser Beförderung und wünschen ihm weiterhin alles Gute in der beruflichen Laufbahn.



PhD odont. für Frau PD Dr. N.U. Zitzmann

Prof. J. Meyer

Frau PD Dr. Nicola U. Zitzmann hat an der Universität Göteborg (Department of Periodontology) die PhD-Ausbildung mit der Forschungsarbeit «Inflammatory reactions in the gingiva and the peri-implant mucosa» (fünf Publikationen) sowie der öffentlichen Disputation erfolgreich abgeschlossen und damit den Titel PhD odont. erworben.

Wir gratulieren der jungen Kollegin zu dieser ausgezeichneten Leistung und wünschen ihr weiterhin gutes Gelingen.



wo auch das Setzen einfacher Implantate gelehrt wird.

Des Weiteren arbeiten wir mit den zahnmedizinischen Zentren der anderen Schweizer Universitäten zusammen für die Erlangung von Spezialistentiteln der Schweizerischen Vereinigung für Präventive und Restorative Zahnmedizin (SVPR), der Schweizerischen Gesellschaft für Endodontologie (SSE) und der Schweizerischen Vereinigung für Kinderzahnmedizin (SVK).

Meine Vision ist, Studenten wie Assistenten so auszubilden und Forschung machen zu lassen, dass sie später gerüstet und genügend flexibel sind für eine Zahnmedizin im ständigen Wandel. Sie sollen nicht nur «nach Rezept» handeln, sondern lernen, dauernd zu lernen, und das ein Leben lang.

Ausserdem sollen die künftigen Zahnmediziner zu einem kritischen Urteil fähig sein, um die Anpreisungen der Industrie

stets richtig einordnen zu können. Wir dürfen nicht vergessen, dass der kommerzielle Druck seitens der Industrie dazu führt, dass heute ständig neue Produkte auf den Markt geworfen werden, oft ohne dass der reelle Nutzen oder die klinische Unbedenklichkeit durch zuverlässige wissenschaftliche Daten belegt sind.

... und in der Fortbildung?

Ich denke, das Ziel ist, die bisherige rege Tätigkeit der ZMK Bern weiterzuführen und das Angebot speziell an interdisziplinären Fortbildungskursen für Zahnärzte aus der Privatpraxis auszubauen. Man darf dabei nicht ausser Acht lassen, dass interessante und gut organisierte Weiterbildungsveranstaltungen sowohl für die Teilnehmer von Nutzen sind als auch für uns als Veranstalter, nicht zuletzt wegen der Möglichkeit, Drittmittel für unsere Kliniken zu generieren.

Zahnmedizinische Kliniken haben heute vermehrt auch Dienstleistungen zu erbringen. Ja. Dieses Thema stand auch im Zentrum des Tages der offenen Tür der ZMK Bern am 17. Juni. Mit über 1300 Besuchern war der Anlass ein Grosserfolg. Sicher konnten wir dabei den interessierten Gästen mit Vorträgen und Demonstrationen einen Einblick in die vielfältigen Tätigkeiten an unseren Kliniken und die Möglichkeiten der modernen Zahnmedizin bieten.

An erster Stelle der Dienstleistungen unserer Klinik möchte ich die Poliklinik anführen, die dreimal pro Woche jeweils morgens für Notfall- oder Schmerzpatienten zur Verfügung steht. Für unbehandelbare Kinder bieten wir während der ganzen Woche eine spezielle Polikli-

nik an. An vier Tagen pro Woche behandeln wir Patienten in den drei Gefängnissen und der psychiatrischen Universitätsklinik des Kantons Bern.

Daneben haben wir, wie schon erwähnt, eine Erosionssprechstunde eingerichtet, wo aus Privatpraxen überwiesene Patienten mit Erosionsproblemen gezielt untersucht und nach Bedarf auch behandelt werden. In Zusammenarbeit mit den Kliniken für Oralchirurgie und Kieferorthopädie existiert schon seit Jahren eine interdisziplinäre Sprechstunde für Traumatologie. Noch in der Planung befindet sich eine Sprechstunde für die Prävention bei Sportlern, in der eine spezielle Beratung zur Vermeidung von Zahnunfällen und erosiven Schäden durch falsche Ernährung, vermittelt werden soll.

In der Kinderzahnmedizin ist eine Erweiterung der Räumlichkeiten und, soweit von unserem Budget her möglich, eine Aufstockung des Personal, geplant. Damit wollen wir für den steigenden Bedarf an Behandlungen von Kindern mit speziellen Problemen noch besser gerüstet sein. Die bis jetzt langen Wartezeiten werden dann der Vergangenheit angehören.

Insbesondere wollen wir die Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen ausbauen. Nur so können Zahnschäden zeitlebens reduziert werden. Denn: Was Hänschen nicht lernt ...

Herr Professor Lussi, wir bedanken uns für dieses Gespräch und wünschen Ihnen viel Erfolg in Ihrer neuen Funktion und bei der Umsetzung dieser spannenden Projekte. ■

Neues Vademecum zur Schulzahnpflege

Die Schulzahnpflege bildet schweizweit die wichtigste Grundlage für die zahnmedizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Die SSO betont ihr grosses Engagement in diesem Bereich mit einem neuen Vademecum: Dieses gibt Gemeinden und Behörden praktische Tipps und Empfehlungen zur Kariesprophylaxe und zur Organisation der Schulzahnpflege.

In allen Kantonen der Schweiz bestehen Gesetze, Verordnungen und Erlasse, welche die Organisation und praktische Durchführung der Schulzahnpflege regeln – als verbindliche Vorschriften oder als Rahmenregelungen. Die SSO hat allen Gemeinden einen neuen Leitfaden zur Durchführung von Prophylaxemassnahmen, für Kontrolluntersuchungen und einen bevölkerungsnahen Zugang zur medizinischen Zahnbehandlung zur Verfügung gestellt. Oberstes Ziel: alle Schülerinnen und Schüler zu regelmässiger Mundhygiene zu erziehen.

Das geltende Krankenversicherungsgesetz (KVG) überbindet die Verantwortung für vermeidbare Zahnschäden dem Einzelnen. Es ist deshalb eine wichtige erzieherische Aufgabe, Heranwachsende zu regelmässiger Mundhygiene anzuhalten.

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Societate Svizzera di Odontologia e Stomatologia
Societas Helvetica de Odontologia e Stomatologia

SSO

Weshalb Schulzahnpflege?

In allen Kantonen bestehen Gesetze, Verordnungen und Erlasse, welche die Organisation und die praktische Durchführung der Schulzahnpflege regeln, zum Teil als verbindliche Vorschriften, vielfach aber nur als Rahmenregelungen, die den Gemeinden bzw. deren Schulbehörden oder Schulleitern den Vollzug zuweisen.

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO hat im vergangenen Jahrzehnt die öffentliche Schulzahnpflege gefördert, weil diese die wichtigste Grundlage für die zahnmedizinische Vorbeugung und Betreuung bei Kindern und Jugendlichen bildet. Sie wird auch in Zukunft die Voraussetzung für die Erhaltung der Zahn- und Mundgesundheit der erwachsenen Bevölkerung bleiben.

Die SSO übernimmt seit Jahrzehnten die Aufgabe, neue fachliche Erkenntnisse sowohl bezüglich Vorbeugung als auch «senfener» Behandlung in die Schulzahnpflege einzubauen. Die im vorliegenden Vademecum enthaltenen Empfehlungen sind landesweit erprobt und ihr Erfolg ist wissenschaftlich gesichert. Sie sollen den Gemeindebehörden als Leitfaden dafür dienen, im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften die zur Verfügung stehenden Mittel zweckdienlich einzusetzen.

Das Vademecum ist ein Auszug aus der von der SSO herausgegebenen Anleitung für die Schulzahnpflege. Diese beschreibt und dokumentiert alle für die Schulzahnpflege massgebenden Grundlagen ausführlich. Die Anleitung kann von allen an der Schulzahnpflege beteiligten und interessierten Behörden und Personen kostenlos bezogen werden (Kontaktstelle: Presse- und Informationsdienst SSO, Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8; E-Mail: info@ssso.ch).

Die Aufgaben der Schulzahnpflege

Mit dem neuen, per 1.1.1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat der Gesetzgeber die Verantwortung für vermeidbare Zahnschäden dem Einzelnen übertragen. Um diese Verantwortlichkeit nachkommen zu können, sollte der Einzelne aber wissen, was er vornehmen muss, um solche Zahnschäden zu vermeiden. Der Staat hat mit dem Erlass des KVG somit eine moralische Verpflichtung übernommen, diese Information zu vermitteln. Die Schulzahnpflege ist dazu das ideale Instrument. Die Schulzahnpflege stellt auch sicher, dass alle Kinder, unabhängig vom sozialen Status, ihre Eltern, dieselbe Chance erhalten, ihre Zähne ein Leben lang gesund zu erhalten.

Damit die Schulzahnpflege ihr Ziel erreicht, muss sie drei Aufgaben erfüllen:

1. Vorbeugung
2. Kontrolluntersuchungen
3. Zugang zur Behandlung gewährleisten

VADEMECUM SCHULZAHNPFLEGE

Die Schulzahnpflege ist dazu das ideale Instrument: Sie stellt sicher, dass alle Kinder und Jugendlichen dieselbe Chance haben, ihre Zähne gesund zu erhalten.

Zahnmedizinische Vorbeugung beruht auf drei Eckpfeilern: Ernährungslenkung, Fluoridprophylaxe und korrekte Zahnreinigung. Löcher in den Zähnen müssen sofort behandelt werden – unbehandelte Kariesschäden können zur Bildung von Abszessen und zum vorzeitigen Zahnverlust führen. Die Kosten der Behandlung tragen grundsätzlich die Eltern. Leider lehnen finanziell schlecht gestellte Eltern immer häufiger eine notwendige Behandlung aus Kostengründen ab – die SSO empfiehlt den Gemeinden für solche Fälle, Beiträge an die Behandlung zu leisten.

Zahnärztinnen und Zahnärzte, Schulzahnkassen, viele teilszeitlich arbeitende Schulzahnpflegehelferinnen sowie Lehrerinnen und Lehrer erfüllen mit ihrem Engagement für die Schulzahnpflege eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, die allen Bevölkerungsteilen zugute kommt und nicht zuletzt hilft, Kosten für vermeidbare Zahnschäden zu sparen. ■



MEIERZOSSO

Praxisplanung ■ Innenausbau ■ Küchen
Bruggacherstrasse 12
CH-8117 Fällanden
Telefon: 044 806 40 20
Mail: kontakt@meierzosso.ch
Internet: www.meierzosso.ch

Was denken Sie über die Zukunft der Regeneration...

...und über die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Industrie? Diese Fragen stellten wir drei ausgewiesenen Experten in der Regeneration: Prof. Georg Watzek, Universität Wien, Prof. Mariano Sanz, Universität Complutense Madrid, und Prof. Jan Lindhe, Universität Göteborg.



Prof. Georg Watzek
Universität Wien



Prof. Jan Lindhe
Universität Göteborg



Prof. Mariano Sanz
Universität Complutense
Madrid

Wie wird sich das Gebiet der Regeneration in Zukunft verändern?

Prof. Watzek: «Das Thema Hartgewebe wird bleiben, das Thema Weichgewebe wird immer mehr an Bedeutung gewinnen. Denn die ästhetischen Anforderungen der Patienten steigen. Heute will auch der zahnlose Patient schönes Zahnfleisch, nicht nur festsitzenden Zahnersatz. Und: Parodontitis wird in Zukunft die Hauptursache für Zahnausfall sein. Gerade dann aber sind wir meist auch mit Verlust von Weichgewebe konfrontiert.»

Prof. Sanz: «Das Hauptthema der Zukunft wird die Regeneration des Weichgewebes sein. Wenn man sich nicht mehr die Frage nach der Überlebensrate von Implantaten stellt, treten andere Themen wie die ästhetische Erscheinung der prothetischen Restauration in den klinischen Fokus. Und in diesem Kontext spielt das Weichgewebe eine entscheidende Rolle.»

Prof. Lindhe: «Ich erwarte, dass die Wachstumsfaktoren die Regeneration verändern werden. Vielleicht werden es nicht die Faktoren sein, die jetzt getestet werden. Aber eine neue Generation von Faktoren wird eine Veränderung bewirken können.»

Was sind dabei Ihre Forderungen an die Industrie?

Prof. Watzek: «Die Vermarktung neuer Produkte erfolgt heute oft zu schnell. Es bleibt keine Zeit für eine seriöse Testung. Diese Entwicklung betrifft derzeit vor allem die Implantate. Deren Oberflächen wechseln häufig schneller, als die Ergebnisse wissenschaftlicher Prüfungen vorliegen.»

Prof. Sanz: «Vor der Vermarktung müssen Firmen neue Produkte umfassend testen. Und sie sollten die wissenschaftliche und klinische Forschung unterstützen.»

Prof. Lindhe: «Firmen müssen ein wissenschaftlich solides Fundament für neue Produkte schaffen. Kliniker können vielleicht einmal mit leeren Versprechungen getäuscht werden, aber nicht mehrmals.»

Sie arbeiten schon sehr lange mit der Firma Geistlich zusammen. Was schätzen Sie an dieser Zusammenarbeit?

Prof. Watzek: «Die offene Einstellung gegenüber neuen Ideen und Kritik, die Ehrlichkeit auch in Product Management und Marketing, die offenen Diskussionen (die manchen anderen Firmen auch gut täten). Besonders schätzen meine Mitarbeiter und ich, dass wir bei Neuentwicklungen mit einbezogen werden. Und dann ist da noch das Menschliche.»

Prof. Sanz: «Ich persönlich schätze die fruchtbare Zusammenarbeit der Firma sowohl mit Universitäten als auch mit Klinikern und Praktikern. Und ich schätze, dass wissenschaftliche Ergebnisse als Schlüsselfaktoren in der Analyse betrachtet werden und dass andere Meinungen respektiert werden.»

Prof. Lindhe: «Die Offenheit und die Diskussionsbereitschaft. Die Mitarbeiter haben keine Angst vor der Wahrheit.»

Kariesvorbeugung im Klassenzimmer

«Hallo Kidz, lasst Karies voll abblitzen!»

Vom 9. bis 19. September findet zum zweiten Mal die «Aktion Mundgesundheits» statt. Das Hauptanliegen der diesjährigen Präventionskampagne «Hallo Kidz, lasst Karies voll abblitzen!» ist die Sensibilisierung der Fünft- und Sechstklässler für die Gesundheit der bleibenden Zähne. An der Aktion beteiligen sich neben Lehrkräften rund 1000 Schulzahnpflegehelferinnen sowie über 700 Drogerien und Apotheken.

Naschen auf dem Pausenhof

Die heutigen Ernährungs- und Lebensgewohnheiten lassen erwarten, dass die Karies bei Jugendlichen wieder zunimmt und sich das Problem der Zahnerosionen verschärft. Im Zentrum der diesjährigen Kampagne steht die Aufklärung der 11- und 12-Jährigen über gezielte Massnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen an den bleibenden Zähnen.

Im Detail geht es um den individuellen Kariesschutz, die Verankerung der richtigen Zahnputztechnik sowie um den Einsatz von Massnahmen zur Intensiv-

prophylaxe wie Einbürsten von Fluorid-Gelée oder die zahnärztliche Behandlung mit Fluoridlack als wichtige Schutzmassnahme der hinteren Backenzähne. Zudem erfahren die Schülerinnen und Schüler, welche Ernährungs- und Trinkgewohnheiten Zahnerosionen verursachen können und wie sie diesen vorbeugen.

Das Angebot

Ein Wettbewerb für Schulklassen bringt den 11- bis 12-Jährigen das Thema Mundgesundheits auf eine spielerische Art näher. Die Kinder sind aufgerufen, gemein-

SSO-Mitglieder können den Flyer zur Aktion Mundgesundheits gratis beziehen bei:

Mundgesundheits Schweiz
Presse- und Informationsdienst SSO
Postfach/Postgasse 19
3000 Bern 8
Tel. 031 310 20 80
Fax 031 310 20 82

sam in der Klasse einen Mundhygiene-song zu texten. Als erster Preis winkt die Aufnahme eines selbst komponierten Songs zum Thema «Mundgesundheits» in einem professionellen Tonstudio. Als 2.–50. Preis werden 25 Sigg-Flaschen pro Klasse verschenkt.

Das Plakat zur Aktion Mundgesundheits und ein Flyer für Eltern mit Informationen zur Kariesprävention werden kostenlos abgegeben. Über die Website www.mundgesund.ch können Lehrkräfte und Schulzahnpflegehelferinnen gratis Schüleretuis bestellen.

Die Website

Unter www.mundgesund.ch stehen Lehrpersonen und Schulzahnpflegehelferinnen Lektionsvorschläge und Unterrichtsmaterialien zur Verfügung. Der Wettbewerb für Schulklassen, Tipps für Eltern rund um eine ausgewogene Ernährung und gesunde Kinderzähne sowie fachliche Informationen zur Mundgesundheits machen die Website www.mundgesund.ch zu einer wichtigen Plattform der Präventionskampagne.



**Hallo Eltern,
hier erfahren Sie, wie Kidz
Karies voll abblitzen lassen.**



Eine nationale Aktion
für 11- und 12jährige Kinder und ihre Eltern
vom 9. – 19. September 2006

Getragen von:
Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
elmex® Forschung

Mundgesundheits Schweiz www.mundgesund.ch



Titelseite der Homepage www.mundgesund.ch

Weitere Informationen:
Mundgesundheits Schweiz
Presse- und Informationsdienst SSO
Postfach/Postgasse 19, 3000 Bern 8
Tel. 031 310 20 80, Fax 031 310 20 82
E-Mail: info@mundgesund.ch
Internet: www.mundgesund.ch ■

Grenzen ärztlicher Marktlogik

Felix Adank (Quelle: Politik und Patient, Nr. 3/2006)

Ärztinnen und Ärzte werden in gesundheitspolitischen Debatten zunehmend als «Leistungs-erbringer», «Case-Manager» oder schlicht als «Kostenverursacher» bezeichnet. Doch sind sie einfach nur Verkäufer medizinischer Dienstleistungen an ihre Kundschaft? Die Historikerin und Soziologin Marianne Rychner entdeckt in einer Studie die Grenzen ärztlicher Marktlogik.

Ärztinnen und Ärzte werden in elektronischen Medien gerne als Experten für Krankheit und Gesundheit präsentiert, die beredt ihr Fachwissen ausbreiten. Der zentrale Aspekt ihres Handelns rückt dabei in den Hintergrund: Die umfassende Betreuung des Patienten in der ärztlichen Praxis. Dass für den Erfolg einer Therapie weit mehr Faktoren mitspielen als eine exakte Diagnose und das Verschreiben der richtigen Medikamente, geht oft vergessen. Patientinnen und Patienten haben ein ambivalentes Bild ihrer «Götter in Weiss», von denen sie Linderung ihrer Leiden und Heilung erhoffen: Die Skala reicht von Bewunderung für den sich aufopfernden Retter bis hin zur Verachtung des geldgierigen Abzockers, der von Krankheit und Not profitiert. Vielfach wird den Ärzten unterstellt, sie gewichten ihr Einkommen höher als das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten. Daraus ergibt sich die politische Forderung nach einer Lockerung des Vertragszwangs, damit die Krankenkassen die «schwarzen Schafe» heraussondern können. Das führt zu teils absurden Forderungen und Massnahmen, welche der ärztlichen Tätigkeit in keiner Weise gerecht werden.

So forderte CVP-Ständerat Bruno Frick in der Debatte zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein Ärzterating: «Ein Rating und eine Beurteilung der einzelnen Leistungserbringer sind Zeichen eines reifen

Marktes. Beispielsweise beurteilt der Hotelierverein seine Mitglieder und verteilt Sterne. Da kann der Gast abschätzen, was das einzelne Hotel anbietet.»

Die ärztliche Praxis als Viersternhotel? Mit Tarifen, abgestuft nach Sternen? Wer will sich schon in einer Ein- oder Zweisternpraxis behandeln lassen, wenn fünf Sterne Luxusqualität versprechen? Und vor allem: Wer vergibt die Sterne? Die Krankenkasse Helsana weiss die Antwort: Sie hat zwischen 2000 und 2003 in verschiedenen Kantonen Fragebogen an Patientinnen und Patienten versandt, um die Qualität ihrer ärztlichen Vertragspartner zu ergründen – standardisiert, mit fünf Bewertungsstufen von «schlecht» bis «ausgezeichnet». Da mussten Fragen beantwortet werden wie: «Wie hat Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin Ihnen in den letzten zwölf Monaten während der Sprechstunde das Gefühl vermittelt, dass er/sie Zeit für Sie hat?» Oder: «Wie hat Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin... auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet?» – Wie soll eine Patientin oder ein Patient eine solche Frage beantworten? Die vertrauliche Behandlung von Patientendaten ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Ethik. Eine solche Frage erregt Misstrauen, ohne dass Patientinnen und Patienten sie beantworten können: Dazu müssten sie den Arzt in seiner administrativen Tätigkeit dauernd überwachen, ein Ding der Unmöglichkeit!

Der wichtigste Erfolgsfaktor ärztlichen Handelns ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient – dies die zentrale These von Marianne Rychner. Selbstverständlich gehören zum professionellen ärztlichen Handeln medizinische Abklärungen (Blutentnahme, Röntgen), eine sorgfältige Diagnose und eine fallspezifische Deutung: Nicht immer drängen sich bei einem Symptom die gleichen Massnahmen auf. Um die richtige Therapie zu finden, braucht es Erfahrung und eine ganzheitliche Sichtweise, die Körper und Seele des kranken Menschen betrachtet. Ärztinnen und Ärzte müssen oft auch Überzeugungsarbeit leisten: die therapeutischen Massnahmen nicht nur erklären, sondern gegen inneren Widerstand durchsetzen helfen. Dies setzt ein grosses gegenseitiges Vertrauen voraus: Die Ärztin muss sich darauf verlassen können, dass der Patient die empfohlene Therapie befolgt – und die Patientin muss dem Arzt glauben, dass sie hilft. Ein Beziehungsmuster, das psychologisches Fingerspitzengefühl erfordert.

Die ärztliche Praxis kann nicht mit dem Anbieten genormter Produkte oder Dienstleistungen verglichen werden: Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Arbeit nicht ökonomischen Prinzipien unterordnen – im Zentrum ihres Handelns steht der Patient! Marianne Rychner spricht von einem «Arbeitsbündnis» zwischen Arzt und Patient, das helfe, vertraute Verdrängungsmechanismen zu durchbrechen – bei Rauchern zum Beispiel die routinierte Abwehr von Entwöhnungsauffrufen. Es sei diese «implizite Psychotherapie», die für den Erfolg der gewählten Therapie zentral sei. Ob die bronchial geplagte Patientin wirklich mit Rauchen aufhört, wie ihr der Arzt rät, hängt vom Funktionieren des Arbeitsbündnisses ab: Den entscheidenden Schritt zur Genesung macht immer der Patient!

Die Autorin kommt zum Schluss: «Ärztliche Leistungen sind nur beschränkt mess- und vergleichbar. Entscheidend für die Genesung ist immer das Zusammenwirken von Arzt und Patient im Arbeitsbündnis.» Tatsächlich: Die Forderung nach mehr Markt in Form von Anreizsystemen und Ratings führt nur zu bürokratischem Mehraufwand und zur Sammlung grosser Datenmengen durch Krankenkassen und Behörden. Die Qualität medizinischer Leistungen lässt sich jedoch nicht mit standardisierten Fragebögen messen – die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen wird zum Bumerang, der das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Tätigkeit zerstört. ■

Grenzen der Marktlogik

Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis

Aus der Reihe: Forschung Gesellschaft

VS Verlag für Sozialwissenschaften/Wiesbaden 2006

Mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, so der Tenor aktueller gesundheitspolitischer Debatten, soll Transparenz schaffen, Kosten senken, Missbräuche verhindern und die Qualität der Leistungen steigern. Marianne Rychner zeigt anhand einer detailgetreuen Rekonstruktion zweier ärztlicher Konsultationen, in welcher Weise professionalisierte ärztliche Praxis und die Logik des Marktes im Widerspruch zueinander stehen. Die ärztliche Praxis ist nicht einfach ein marktkonformes Produkt, sondern ein Ort, wo Ärztin und Patient ein Arbeitsbündnis eingehen, das auf gegenseitigem Vertrauen beruht.



Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz

Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Zusammenfassung: Anna-Christina Zysset (Quelle: IDZ 2.06)

Die Frage der Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen rückt mehr und mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit. Mit der Einführung des Systems der befundbezogenen Festzuschüsse hat der Patient einen erweiterten Spielraum bei der Entscheidung zwischen den zahlreichen therapeutischen Varianten innerhalb der Zahnheilkunde erhalten. Damit ist zugleich der Informationsbedarf des Patienten gestiegen.

Die Pilotstudie dokumentiert, dass sich die Zahnärzte nicht nur viel Zeit für die prothetische Behandlungsplanung und Beratung ihrer Patienten nehmen (laut BAZ-II-Studie des IDZ aus dem Jahre 2002 im Schnitt 8,8 Minuten reine Beratungszeit), sondern dem Patienten dabei auch inhaltlich eine sehr breite Palette an Informationen vermitteln. Zur Ermittlung der aktuellen Beratungsintensität wurde ein «Kommunikationsindex» konstruiert, der auf einer in der Versorgungsforschung verbreiteten Itematterie mit insgesamt sechs Einzelfragen zum Kommunikationsverhalten basiert. Die an der Studie teilnehmenden 211 Zahnärzte dokumentierten im IV. Quartal 2005 den Verlauf der Beratungsgespräche aus ihrer Sicht. Insgesamt konnten bei der vorliegenden Analyse 3668 Patientendokumentationen berücksichtigt werden. Den theoretischen Bezugsrahmen für die Analyse der Arzt-Patient-Beziehung liefert das sozialwissenschaftliche Modell der sog. «Partizipativen Entscheidungsfindung» (Shared Decision-Making).

Detaillierte, bundesweite Erhebungen zur Entscheidungskommunikation bei Zahnersatzversorgungen wurden bisher nicht durchgeführt, sodass die vorliegende Pilotstudie eine erste Bestandaufnahme aus zahnärztlicher Perspektive darstellt.

Für weitere Forschungsarbeiten auf diesem Feld wird es zusätzlich darauf ankommen, die Patientenseite in die Analyse einzubeziehen.

Die Autoren dieser Arbeit sind: Dr. rer. pol. David Klingenberg, Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln, Prof. Dr. rer. pol. Axel Olaf Kern, Hochschule Ravensburg-Weingarten, und Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis, Institut der Deutschen Zahnärzte/Köln.

Forschungsziele und forschungspolitischer Hintergrund

Die Frage der Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen ist in den vergangenen Jahren zunehmend ins Blickfeld der Öffentlichkeit gelangt. Viele Patienten beanspruchen mittlerweile eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess, angeregt durch den gesellschaftlichen Trend zu mehr Autonomie, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Insbesondere im zahnmedizinischen Versorgungsbereich ist die stärkere Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess nicht nur eine gesundheitspolitische Forderung, sondern auch eine professionspolitische Notwendigkeit. Mit der Einführung des Systems der befundbezogenen Festzuschüsse hat der Patient einen deutlich weiteren Spielraum bei der Entschei-

dung zwischen den zahlreichen therapeutischen Varianten innerhalb der Zahnheilkunde erhalten. Eine adäquate Beteiligung des Patienten im medizinischen Entscheidungsprozess setzt voraus, dass der Patient über die relevanten Informationen verfügt, die ihn in die Lage versetzen, zusammen mit dem Zahnarzt als gleichberechtigter Partner über anstehende zahnmedizinische Behandlungen zu entscheiden. Mit der Ausweitung der Wahlmöglichkeiten ist zugleich der Informationsbedarf des Patienten gestiegen.

Soziologie der Arzt-Patient-Beziehung

Der Interaktion von Arzt und Patient kommt bei medizinischen Versorgungen (Diagnostik, Therapie usw.) zweifellos eine zentrale Rolle zu, und zwar gleichermaßen im ambulanten wie auch im stationären Sektor. Wenn selbstverständlich auch andere Berufsgruppen an der praktischen Erbringung medizinischer Dienstleistungen häufig beteiligt sind, so steht doch ausser Frage, dass letztlich der «Arzt» aufgrund seiner fachlichen Ausbildung und seiner gesellschaftlich institutionalisierten Rolle die Verantwortung für das gesundheitliche Wohl seines Patienten in dem jeweils gegebenen Handlungskontext zu tragen hat. Dies schliesst keineswegs aus, dass auch der «Patient» gefordert ist, Verantwortung für seinen Gesundheitszustand zu übernehmen und an der Heilung oder Linderung seiner Gesundheitsstörung aktiv mitzuwirken (Compliance); insofern hat auch der Patient eine Rolle wahrzunehmen, die komplementär auf die Arztrolle bezogen ist. Der amerikanische Soziologe Talcott Parsons (1970) hat diese Strukturelemente der Arzt-Patient-Beziehung zum Ausgangspunkt seiner medizinsoziologischen Analysen gemacht und herausgearbeitet, dass es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung prinzipiell um eine kulturell und

ENAMEL plus
HFO

Nach Dr. med. dent.
LORENZO VANINI

Vertrieb Schweiz:
BENZER-DENTAL AG
Bocklerstr. 33/37, 8051 Zürich
Tel. 044 3222904 · Fax 044 3211066

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



Das System besteht aus fünf verschiedenen Massen, welche **die fünf Dimensionen der natürlichen Zahnfarbe** reproduzieren: Dentin, allgemeine Schmelzmassen, opaleszente Schmelzmassen, Intensiv-Schmelzmassen, Malffarben. Eine hohe Diffusion des Lichtes wie beim natürlichen Zahn erzielt der Glass-Connector, welcher die Proteinschicht zwischen Schmelz und Dentin des echten Zahnes nachbildet. Opazität, Fluoreszenz, Transluzenz und Helligkeit, Farbvarianten und Anomalien des natürlichen Zahnes werden wirklichkeitsgetreu wiedergegeben.

ENAMEL plus HFO wurde geboren aus dem kontinuierlichen Streben nach Perfektion.



Universitätsnachrichten

Habilitation: Dr. Andreas Florian Bindl

Am 20. Juni 2006 hat die Universitätsleitung Dr. Andreas Florian Bindl die *Venia Legendi* für das Gebiet Zahnmedizin mit besonderer Berücksichtigung der Computerzahnmedizin erteilt. Er wird damit berechtigt, den Titel Privatdozent zu führen.

PD Bindl war 1994 in einer Privatpraxis in Berlin tätig und 1994 bis 1997 Assistent an der Station für Zahnfarbene und Computerrestorationen (SZCR) der Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich. Seit 1996 ist er vorklinischer und klinischer Instruktor für Restaurative Zahnmedizin, Restaurative Computerzahnmedizin, Parodontologie und Endodontologie und seit 1997 Oberassistent und Klinikchef der SZCR mit Lehrauftrag für Restaurative Zahnmedizin & Restaurative Computerzahnmedizin. PD Bindl erhielt 2004 den Jahrespreis der «Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Keramik e.V.» und 2005 den «Best Manuscript of 2005 Award» des International Journal of Prosthodontics.



Habilitation: Dr. Patrick Roger Schmidlin

Am 20. Juni 2006 hat die Universitätsleitung Dr. Patrick Roger Schmidlin die *Venia Legendi* für das Gebiet Zahnmedizin mit besonderer Berücksichtigung der Restaurativen Zahnmedizin erteilt. Er wird damit berechtigt, den Titel Privatdozent zu führen.



PD Schmidlin war 1998 bis 2003 Assistent an der Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich. Seit 2001 hat er einen Lehrauftrag für Restaurative Zahnmedizin und Parodontologie. 2002 wurde ihm der Weiterbildungsausweis SVPR, SSO für Präventive, Restaurative und Ästhetische Zahnmedizin erteilt. Von 1999 bis 2002 nahm PD Schmidlin am Spezialisierungsprogramm in Parodontologie am ZZMK teil und besucht seit 2005 das Parodontologie-Seminarprogramm der Klinik für Parodontologie in Bern. Seit 2003 ist er Oberassistent und kommissarischer Fachgruppenleiter Parodontologie. Im Jahr 2005 wurde ihm ein Forschungsaufenthalt an der University of Otago, Department of Oral Science in Neuseeland ermöglicht. 2006 erhielt er den «Evidence Based Dentistry Network Preis» der International Association of Dental Research (IADR).

gesellschaftlich institutionalisierte Beziehungsform handelt, die über normative Rollenzuweisungen für Arzt und Patient vorgeprägt wird:

«Die Arzt-Patient-Beziehung besteht also im Kern aus den folgenden Strukturelementen: Der Patient bedarf fachkundiger Dienstleistungen, weil weder er noch seine Angehörigen «wissen», wie die Dinge stehen oder was zu tun ist, und weil er nicht über die erforderlichen Hilfsmittel verfügt. Der Arzt ist ein Fachmann, der aufgrund spezieller Ausbildung und Erfahrung und durch einen institutionell garantierten Sta-

tus qualifiziert ist, dem Patienten zu «helfen», und zwar in einer Situation, welche institutionell in einem relativen Sinn als legitim definiert ist und als der Hilfe bedürftig.» (Parsons, 1970, S. 19). Damit wird auch deutlich, dass es sich bei der Arzt-Patient-Beziehung im Kern um eine strukturell asymmetrische Beziehung (vgl. Siegrist, 2005) handelt, da in dieser Beziehung ein Experte (Arzt) und ein Laie (Patient) aufeinandertreffen. Es sind aber selbstverständlich Bedingungen vorstellbar, die diese Asymmetrie verschärfen oder auch abmildern können. Dabei spielt die Aktivitäts- und Informationsverteilung bei der

konkreten Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion eine herausragende Rolle.

Durch die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, vor allem eben durch ein verändertes Verständnis der Menschen zu Fragen von Gesundheit und Krankheit und sicherlich auch durch die vielfältigen Erkenntnisse zur medizinischen Qualitätsförderung hat Shared Decision-Making (SDM) eine erneute Aufmerksamkeit erlangt. Nach einer Definition von Charles, Gafni und Whelan (zitiert nach Scheibler und Pfaff, 2003, S. 11) liegt das Modell des Shared Decision-Making vor, wenn folgende vier Bedingungen gegeben sind:

1. SDM verlangt mindestens zwei Teilnehmer: den Arzt und den Patienten.
2. Beide Teilnehmer partizipieren am Prozess der Entscheidungsfindung.
3. Gegenseitige Bereitstellung von Information ist eine Voraussetzung des SDM.
4. Beide Teilnehmer sind mit der getroffenen Behandlungsentscheidung einverstanden und bereit, sie aktiv umzusetzen.

Wie aus dieser Definition ersichtlich wird, fokussiert das SDM-Modell also vor allem die Entscheidungsfrage (zu diagnostischen und/oder therapeutischen Prozeduren) in der Arzt-Patient-Beziehung und hebt dabei darauf ab, dass nicht nur die entsprechende Entscheidung gemeinsam gefällt wird, sondern dass sowohl Arzt als auch Patient gleichermaßen aktiv an der Umsetzung beteiligt sind (vgl. auch Scheibler, 2004).

Partizipative Entscheidungsfindung aus Patientenperspektive

Aus Sicht des Patienten kann ein Mehr an SDM-Elementen in der Arzt-Patient-Beziehung ein sehr wirkungsvoller Schritt sein, um einen Zuwachs an Patientensouveränität (empowerment) zu erlangen und selbstbewusster über den Behandlungsprozess und mögliche Therapiealternativen mitzuentcheiden. Gerade vor dem Hintergrund der modernen Möglichkeiten der Informationssuche durch Internet, Gesundheitsportale, Zweitmeinungsmodelle, evidenzbasierte Patientenleitlinien und anderen Quellen mehr gewinnt der Patient durch das SDM-Modell einen Weg, im Rahmen der Arzt-Patient-Kommunikation diese Informationen aufzuarbeiten und zu gewichten. Insbesondere subjektive Kosten-Nutzen-Abwägungen zu Therapiealternative (Beispiel: Versorgungsmöglichkeiten mit Zahnersatz) können auf diese Weise gemeinsam mit dem Arzt/Zahnarzt erarbeitet werden.

Patientenzufriedenheit und Lebensqualität erhalten damit eine neue Plattform.

Partizipative Entscheidungsfindung aus Arztperspektive

Aus Sicht des Arztes bedeutet die Praktizierung des SDM-Modells zunächst einmal eine Erhöhung des Gesprächsaufwandes mit dem Patienten, um gemeinsam die verschiedenen Informationsquellen zu besprechen, Informationsbewertungen vorzunehmen und Kosten-Nutzen-Kalküle zu diskutieren. Der wohl entscheidende Vorteil liegt aber für den Arzt/Zahnarzt darin, dass er die Last der Entscheidung über manche diagnostische und/oder therapeutische Prozeduren nicht alleine tragen muss und dass in der Regel auch die Compliance des Patienten deutlich ansteigen dürfte.

Auch die Patientenzufriedenheit dürfte nach einer gemeinsam getroffenen Therapieentscheidung in der Regel grösser sein, als wenn «top down» ärztlicherseits etwas angeordnet wird.

Fazit des empirischen Teils

Die empirische Analyse des Kommunikationsmusters, das zwischen Zahnarzt und Patient im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung seinen jeweils ganz individuellen Ausdruck findet, konnte einige bedeutsame Faktoren identifizieren, die auf die Beratungsintensität einwirken. Deutlich wurde, dass der Umfang der Therapiealternativen eng mit der Beratungsintensität verknüpft ist. Die Einführung eines Systems befundbezogener Festzuschüsse in der Zahnprothetik war und ist für den Patienten mit erweiterten Wahlmöglichkeiten verbunden. Die Möglichkeit der freien Auswahl aus dem erweiterten Therapiespektrum führt zu einem vermehrten Informationsbedarf des Patienten, mit dem der Zahnarzt konfrontiert wird. Dies gilt insbesondere auch für diejenigen Patienten, die über einen komplementären Versicherungsschutz in Form einer privaten Zahnzusatzversicherung verfügen und daher aus einem vergleichsweise umfangreicheren Therapiespektrum auswählen können. Wenn der Patient sich für eine aufwändigere Therapie ausserhalb der Regelversorgung entscheidet, so geht dieser Entscheidung in der Regel eine entsprechend intensivere Beratung voraus.

In Bezug auf die konkrete Therapiewahl kennt der Patient aufgrund mangelnder Informationen und nicht vorhandenen zahnmedizinischen Wissens in der Regel weder die verfügbaren Therapiealternativen, noch kann er diese im Hinblick auf

die eigene Versorgungssituation bewerten. Dem Patienten mangelt es insofern also nicht nur an Informationen (Informationswissen), sondern auch an der Fähigkeit, Informationen in dem gegebenen Kontext (Orientierungswissen) zu bewerten (vgl. Atteslander, 1999). Der Zahnarzt hingegen kennt nicht die subjektiven Präferenzen des Patienten in Bezug auf Ästhetik, Funktionalität (herausnehmbar/festsitzend) und Schonung der Zahnschubstanz (Brücke/Implantat). Damit diese beidseitigen Informations- und Wissensdefizite gemindert werden können, ist ein Informationsaustausch zwischen Zahnarzt und Patient erforderlich. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass auf diese Weise vollständige Informationstransparenz herstellbar ist. Zum einen ist die Kapazität und Fähigkeit der Informationsverarbeitung der Menschen unterschiedlich und bildungsabhängig.

Eine zunehmende Zahl von Studien belegt, dass die Zahnarzt-Patient-Kommunikation generell von grosser Bedeutung für das Ergebnis zahnärztlicher Behandlungsmassnahmen ist (vgl. Sondell und Söderfeldt, 1997; Reitemeier und Köllner, 2003). Insofern dürfte unbestritten sein, dass SDM-spezifische Kommunikation zu einer verbesserten Entscheidungsqualität beitragen kann, die wiederum auf die Zufriedenheit und Lebensqualität des Patienten rückwirkt (vgl. Kent und Blinkhorn, 1993, S. 220). Dies gilt in besonderem Masse für die Zahnmedizin, die in Teilbereichen stärker als andere medizinische Versorgungsbereiche Entscheidungen verlangt, die auch subjektive Einschätzungen etwa punkto Ästhetik oder Farbauswahl des Zahnersatzes beinhalten.

Den vollständigen Text können Sie als PDF-File von der Internet-Homepage des IDZ (www.idz-koeln.de) herunterladen. ■



Universitätsnachrichten

Dr. Tuomas M. T. Waltimo ist Privatdozent für Zahnmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

Prof. J. Meyer

Dr. Waltimo schloss 1997 sein Studium der Zahnmedizin und 2000 das Doktorat (Dr. Odont.) an der Universität Helsinki ab. Er arbeitete anschliessend als Forscher am renommierten NIOM (Scandinavian Institute of Dental Materials), Haslum, Norwegen, als Gastwissenschaftler an den Universitäten Oslo (Dept. Oral Biology and Endodontics, Prof. M. Haapasalo) und Hong Kong (Dept. Oral Biosciences, Prof. L. Samaranayake), dann als Assistent an der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der Universität Bern (Prof. P. Hotz) und als Clinical Fellow am Departement Kariologie der Universität Turku (Prof. J. Tenovou), wo er zum Spezialisten in Klinischer Zahnmedizin (Kariologie, Endodontologie, Parodontologie und Mikrobiologie) und ein Jahr später zum «Docent» ernannt wurde.



Seit Oktober 2002 wirkt Dr. Waltimo als Oberassistent am Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie, Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel (Prof. J. Meyer), und leitet die zahnärztliche Betreuung von Patienten vor und nach einer hämatopoetischen Stammzell-

transplantation. Seine Forschungsinteressen liegen in der Mikrobiologie von endodontischen und parodontalen Infekten, v.a. der Rolle von *Candida albicans* und *Enterococcus faecalis* und deren Therapie. Davon zeugen über 40 Originalarbeiten und Reviews in renommierten Fachzeitschriften. Im Rahmen der Studierenden- ausbildung unterrichtet Dr. Waltimo den Kurs «Einführung in die klinische Tätigkeit». Ausserdem wirkt er als Redaktionsassistent der wissenschaftlichen Redaktion der SMfZ.

Die Regenz der Universität Basel hat Dr. Waltimo Anfang 2006 die Venia Docendi für Zahnmedizin, speziell Präventive und Restaurative Zahnmedizin, erteilt. Wir freuen uns über die Habilitation in Basel und wünschen PD Dr. Waltimo für die weitere berufliche Laufbahn alles Gute. ■