

PULSUS-Symposium 2006

Krankenversicherung – weniger ist mehr!

An ihrem Symposium vom 9. November 2006 in Bern stellte die Vereinigung PULSUS ihr 3-Säulen-Modell für eine Neuausrichtung des Krankenversicherungsgesetzes der Öffentlichkeit vor. Analog zum bewährten Konzept der Altersvorsorge sollen auch im Gesundheitswesen individuelle Lösungen möglich werden. Gleichzeitig plädiert PULSUS in ihrem Modell für mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten bei der Ausgestaltung ihrer Krankenversicherungen.



1993 gründeten Ärztinnen und Ärzte aus der Region Luzern die Vereinigung PULSUS. Pate stand dabei die Überzeugung, dass mündige Patientinnen und Patienten ein Anrecht auf ein freiheitlich organisiertes Gesundheitswesen haben. Innert kurzer Zeit schlossen sich der Organisation 150 Ärzte und Vertreter verwandter Berufe aus der Region Zentralschweiz an. Weil die gesundheitspolitisch wichtigen Entscheide heute mehr und mehr auf nationaler Ebene gefällt werden, richtete sich PULSUS 1999 gesamtschweizerisch aus. PULSUS zählt derzeit rund 400 Mitglieder und setzt sich als parteipolitisch neutrale Vereinigung für eine freie, sozial verantwortbare und für alle bezahlbare Medizin ein. PULSUS führt regelmässig repräsentative Befragungen durch, organisiert Symposien und nimmt Stellung zu gesundheitspolitischen Fragen.

Das KVG im Visier

Die Probleme im Zusammenhang mit dem KVG sind bekannt: eine permanente Kostensteigerung und eine zunehmende Entsolidarisierung. PULSUS ist überzeugt, dass nur ein neues Versicherungsmodell Besserung bringen kann. Dieses müsste die Vorteile der alten, freiwilligen Versicherung mit den Vorteilen des heutigen KVG verbinden. Eine repräsentative Befragung, die PULSUS durch das Marktforschungsinstitut Demoscope, Adligenswil, durchführen liess, brachte Erstaunliches an den Tag: Knapp die Hälfte der Schweizer Bevölkerung könnte sich auf Antrieb mit der teilweisen Aufhebung des KVG-Obligatoriums anfreunden. Die Studie bewies zudem, dass das Sparpotenzial

von gesundheitspolitischen Massnahmen wie Hausarztmodell oder Aufhebung des Ärztevertragszwangs praktisch inexistent ist: Rund 11% der Versicherten sind bereits heute einem HMO- oder Hausarztmodell angeschlossen. Weitere 16% glauben – irrtümlich – einer Beschränkung der Arztwahl unterworfen zu sein und verhalten sich entsprechend. Von den restlichen 70% gehen wiederum rund drei Viertel freiwillig grundsätzlich zum Hausarzt und erst dann bei Bedarf zu einem Spezialisten. Eine geringe Zahl von rund 15% der Versicherten müsste demnach noch dazu gebracht werden, zuerst den Hausarzt aufzusuchen und nicht direkt zum Spezialisten zu gehen. Die Absicht der Krankenkassen, nicht mehr mit allen Ärzten einen Vertrag abzuschliessen, würde von den Versicherten unterlaufen. Rund 60% würden spontan die Krankenkasse wechseln und weiterhin den Arzt ihrer Wahl aufsuchen. Bei der jüngeren Generation wären es sogar rund 70%.

Aufhebung des Obligatoriums als Kostenbremse

Wenn in der Grundversicherung nur noch die schweren und chronischen Krankheiten und die Spitalaufenthalte versichert wären, könnten die Prämien in der Grundversicherung massiv gesenkt werden. Dies würde bedingen, dass leichtere Erkrankungen mit einer individuellen Versicherung abzudecken oder selbst zu berappen wären, was einer teilweisen Aufhebung des KVG-Obligatoriums gleichkäme. 45% der Befragten könnten sich spontan mit einer solchen Lösung anfreunden. 23% würden in diesem Fall die Kosten selbst tragen, 22% würden eine individuelle Versicherung abschliessen. 52% der Befragten wollen am heutigen System festhalten. Es sind dies in erster Linie ältere Personen (64%), solche mit Minimalfranchise (60%) sowie Personen mit geringem Einkommen (65%), die von einer Flexibilisierung der Grundversicherung nichts wissen wollen. Die Repräsentativbefragung ergab zudem, dass der Informationsstand der Versicherten mangelhaft ist: 27% der Befragten meinen, einem HMO- oder Haus-

arztmodell angeschlossen zu sein. Tatsächlich sind es lediglich 11%. Rund 20% der Befragten sagen, sie hätten Anrecht auf Prämienverbilligung. Es sind aber mehr als 31%. Auch bei der Zusatzversicherung klafft die Selbstdeklaration (42%) mit den erhärteten Daten (rund 28%) ziemlich weit auseinander. Mehr als drei Viertel der Befragten, die keinem HMO- oder Hausarztmodell angeschlossen sind, gehen trotzdem grundsätzlich immer zuerst zum Hausarzt. Diese Versicherten nutzen somit ein grosses Sparpotenzial nicht. Sie könnten sich nämlich einem Hausarztmodell der Krankenkassen anschliessen und von tieferen Prämien profitieren. Nur wenige Patientinnen und Patienten wechseln aus Unzufriedenheit den Arzt. In den letzten fünf Jahren taten dies 9% einmal und 2% mehrmals. Diese 2% «Arzt-Hüpfer» – das entspricht mehr als 100 000 Patientinnen und Patienten – verursachen in der Regel jedoch hohe Kosten.

Das 3-Säulen-Modell von PULSUS

Fast die Hälfte der Befragten äusserte sich also spontan positiv zu einer Systemveränderung. Ziel muss es sein, die Prämienlast für den Einzelnen gesamthaft zu reduzieren. Drei wesentliche Punkte gilt es dabei zu beachten: Es dürfen keine Unterversicherungen entstehen, es darf nicht zu einer Entsolidarisierung kommen und es darf keine Verlagerung vom ambulanten zum stationären Bereich geben. Mit dem heutigen KVG-Obligatorium haben die Krankenkassen jedoch praktisch keine Gestaltungsmöglichkeiten. Sie sind dazu verurteilt, als Zahlstellen zu funktionieren – zwi-



Wird das KVG jemals ohne Tropf auskommen?

Zur Zahnbehandlung nach Frankreich oder Deutschland?

Im Rahmen ihrer Repräsentativbefragung hat PULSUS auch die zahnmedizinische Versorgung in der Schweiz unter die Lupe genommen. Interessiert hat insbesondere, ob ein «Zahnbehandlungstourismus» ins Ausland stattfindet.

Eine beträchtliche Minderheit der Schweizer Wohnbevölkerung lässt ihre Zähne im Ausland behandeln. Personen mit ausländischen Wurzeln tun dies bevorzugt in ihren ehemaligen Heimatländern (Kroatien, Bosnien, Serbien, Kosovo, Portugal etc.). Die gefragtesten Länder sind jedoch Frankreich und Deutschland. Gut 300 000 Personen haben in den letzten Jahren ihre Zähne schon einmal oder mehrmals in einem dieser zwei Nachbarländer behandeln lassen. Zahnärzte in Grenzregionen wie Basel oder Genf stehen somit unter einem starken Konkurrenzdruck durch Berufskollegen aus dem benachbarten Ausland. Die Nachbarländer Österreich und Italien sind für Zahnbehandlungen nicht gefragt.

Die Frage nach der Bewertung der Leistungen der Schweizer Zahnärzteschaft ergab für die SSO ein erfreuliches Bild: 96% der Befragten waren mit den Schweizer Zahnärztinnen und Zahnärzten ausserordentlich zufrieden. Diese gelten zwar als sehr gut, allerdings aber auch als relativ teuer.

schen Versicherten und Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Mit dem 3-Säulen-Modell von PULSUS – eine erste Säule zur gesundheitlichen «Existenzsicherung», eine zweite Säule für eine individuell angemessene Gesundheitsversorgung und eine dritte Säule für ein gewisses Mass an Komfort auch im Krankheitsfall – könnten die Krankenkassen wieder ihre Kernaufgabe wahrnehmen: die Versicherung der Bevölkerung gegen gesundheitliche Risiken. Der Wettbewerb würde wieder spielen und die Preisspirale damit gestoppt.

Die erste Säule

Die erste Säule würde der Existenzsicherung dienen: Sie wäre obligatorisch und umfasste alle schweren und chronischen Krankheiten sowie Spitalaufenthalte. Sie wäre als Hochrisikoversicherung zu verstehen. Etwa fünf Prozent der Versicherten verursachen über 50 Prozent der Kosten. Es handelt sich dabei in erster Linie um schwer und chronisch Kranke. Sie benötigen und verdienen die Solidarität der gesamten Bevölkerung. Die Gemeinschaft muss für diese Kosten solidarisch aufkommen. Damit würde für die Krankenversicherer die Jagd nach guten Risiken überflüssig. Mit dem Hochrisikofonds wäre eine zentrale Forderung, die zur Einführung des KVG führte, erfüllt: jene nach mehr Solidarität. Das heutige komplizierte System der Prämienverbilligung würde überflüssig – und damit auch ein Missbrauch der Gelder verhindert. Der Staat könnte sich direkt an der Finanzierung der ersten Säule beteiligen. Die Prämien für die Hochrisikoversicherung wären so tief, dass sie von allen Versicherten zu verkraften wären. Die Leistungen

dieser Grundversicherung müssten durch eine paritätisch zusammengesetzte Leistungskommission mit klar formuliertem Auftrag definiert werden. Alle relevanten Beteiligten im Gesundheitswesen wären darin vertreten.

Die zweite Säule

Die zweite Säule würde alle weiteren Leistungen umfassen und wäre freiwillig. Für 90 bis 95 Prozent der Versicherten könnten die Krankenversicherungen also wieder echte Versicherungsleistungen anbieten. Die Schweizerinnen und Schweizer sind in der Regel gut versichert. Vor der Einführung des KVG waren 97 Prozent der Bevölkerung freiwillig versichert. Bei der Ausgestaltung der zweiten Säule hätten die Versicherer wieder freie Hand: Wer sich beispielsweise bereit erklären würde, für einen Kuraufenthalt nach Deutschland zu fahren, müsste weniger Prämien bezahlen. Wer überhaupt keinen

Kuraufenthalt versichert haben wollte, noch weniger. Wer die Alternativmedizin beanspruchen möchte, würde nicht die gleichen Prämien bezahlen wie jemand, der darauf verzichtete. Wer konsequente Gesundheitsvorsorge betriebe, würde von den Versicherern belohnt. Auf den Versicherten abgestimmte, risikogerechte Leistungspakete führten zu mehr Wettbewerb und damit zu tieferen Kosten.

Die dritte Säule

Die dritte Säule entspräche der heutigen Privat- oder Halbprivatversicherung. Möglich wären auch – in Analogie zur Altersvorsorge – steuerliche Anreize für die zweite oder dritte Säule. Sämtliche Zusatzversicherungen müssten den individuellen Bedürfnissen der Bevölkerung nach medizinischer Versorgung entsprechen. Dabei wäre sicherzustellen, dass insbesondere ältere Prämienzahler durch die Reduktion der Grundversicherung nicht benachteiligt würden. Diese «Besitzstandgarantie» würde ebenfalls beinhalten, dass bisherige Prämienzahler aufgrund ihres Alters oder ihrer Krankheitsgeschichte nicht von notwendigen Zusatzversicherungen ausgeschlossen werden dürften. Auch Leistungen wie Alternativmethoden, Spitex, Haushalthilfen, freiwillige Prävention und Lifestyle sollten über diese modular aufgebauten Zusatzversicherungen angeboten werden. Alle drei Säulen zusammen bildeten eine solide Basis für eine ausreichende Versorgung im Krankheitsfall.

Weitere Informationen

PULSUS / Geschäftsstelle
Postfach 4150, 6002 Luzern
Telefon: 041 418 50 50
Fax:s 041 418 50 51
E-Mail: pulsus@pulsus.ch
Internet: <http://www.pulsus.info>
Abbildungen: Copyright by PULSUS ■



Solide Basis für eine ausreichende Versorgung im Krankheitsfall: eine Frage des Blickwinkels...

Jeder Zahn ein neues Abenteuer

Anna-Christina Zysset

Dr. med. dent. Beat Suter, Präsident der Endodontologen, liebt das intellektuelle Basteln. Seine täglichen Reisen in den Wurzelkanälen seiner Patienten sind immer wieder für eine Überraschung gut. Arbeiten ohne Operationsmikroskop kann er sich nicht mehr vorstellen. Er bewundert aber Berufskollegen, die «nur» mit Lupenbrille wunderbare Arbeit leisten.



Beat Suter referiert über die Königsdisziplin der konservierenden Zahnheilkunde: die Endo.

Endodontologie

Ist die Freude am kleinsten Detail für Dein Fachgebiet Endodontie eine Voraussetzung? Das ist sicher eine grosse Hilfe. Ausserdem braucht es eine zünftige Portion Hartnäckigkeit.

Weshalb bist Du Endodontologe geworden und wie hast Du Dir Deine Spezialpraxis aufgebaut?

Prof. Schroeder hat mir ein interessantes Thema aus der Endodontologie für meine Dissertation gegeben. Ich musste weit über hundert Zähne in vitro aufbereiten und konnte dann anhand der Schnitte auch sehen, was ich gemacht habe. Das hat mir sicher einen praktischen und durch das Literaturstudium auch einen theoretischen Vorsprung gegeben. Ausserdem wurde ich in äusserst liebenswürdiger Weise von Peter Guldener gefördert. Und es freut mich ausserordentlich, dass ich bis heute zusammen mit Béatrice Siegrist Guldener die Endo-Kurse in ihrer Praxis weiterführen kann. Ursprünglich habe ich eine Allgemeinpraxis geführt, aber dann ist es zu immer mehr Endo-Überweisungen gekommen, so dass wir jetzt fast ausschliesslich Endo-Patienten behandeln.

Deine Patienten werden Dir ja meistens zugewiesen. Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Berufskollegen? Was erhalten die

Kollegen von Dir, wenn Du Deine Arbeit beendet hast?

Aus meiner Sicht funktioniert die Zusammenarbeit sehr gut. Es macht auch Spass, immer wieder telefonischen Kontakt zu den Kollegen zu pflegen und manchmal auch so Probleme lösen zu helfen. In der Regel schickt die Kollegin oder der Kollege zusammen mit dem Röntgenbild eine Überweisung (wir haben dafür ein spezielles Formular kreiert, das auf unsere Bedürfnisse abgestimmt ist). Am Schluss der Behandlung schicken wir den Patienten zurück zum Kollegen und senden den Behandlungsbericht an Patient und Zahnarzt. Falls irgendwelche Probleme auftauchen, nehme ich sofort mit dem Kollegen Kontakt auf, denn es ist wichtig, nie etwas zu machen, was Kollege und Patient nicht wünschen.

Lebst Du von Mund-zu-Mund-Propaganda, oder wie kommst Du zu Patienten?

Ich denke schon, dass mich die Kollegen in der Region mittlerweile kennen und deshalb wissen, dass wir uns gerne um ihre Endo-Problemfälle kümmern.

Ist es Zufall, Glück, oder wie kamst Du dazu, Deine Praxis in einem denkmalgeschützten Haus einrichten zu können?



Während sich Beat Suter ins «Wurzelabenteuer» begibt, behält die Dentalassistentin den Patienten aufmerksam im Auge.



Die Besteckkugel von Marianne Suter. Aus Alltagsobjekten entsteht Kunst.

Meine Frau hat damals zufälligerweise das entsprechende Inserat im Stadtanzeiger gesehen.

Was fasziniert Dich an der Endodontologie? Intellektuelles Basteln. Jeder Zahn ein neues Abenteuer. Dem Patienten den Zahn erhalten können. Stolz sein dürfen, wenn manchmal etwas Ausserordentliches gelingt. Lehre und Weiterbildung. Internationale Kontakte.

Eine endodontische Sitzung benötigt viel Zeit. Als Patientin kam mir diese Zeit unglaublich lang vor. Realisierst Du beim Arbeiten die Zeit überhaupt noch? Was bedeutet Dir Zeit? Zeit bedeutet mir sehr viel, und ich glaube, das Zeitmanagement bei den Behandlungen relativ gut im Griff zu haben. Für die Patienten ist es manchmal schon anstrengend. Ich denke aber, dass es sich lohnt. Wenn eine Endo schiefeht, sehe ich es auch als Zeitverlust sowohl für den Patienten als auch für mich. Das ist das Risiko.

Sind Dir Implantate ein Dorn im Auge?

Überhaupt nicht. Implantate sind eine super Behandlungsalternative, wenn ein Zahn fehlt. Jedoch scheint es mir, dass viele Kollegen vor lauter Euphorie vergessen haben, dass wir auch noch Brücken, Maryland-Brücken und Teilprothesen als Behandlungsalternativen im Köcher hätten, falls der Lückenschluss überhaupt gewünscht wird.

Solange aber ein Zahn noch vorhanden ist, sollte man meines Erachtens für seinen Erhalt kämpfen, denn die Leute ha-



Marianne Suters «Fräsmaschine» bot Leckereien von höchstem kulinarischem Niveau feil.

ben gerne ihre eigenen Zähne! Hier sehe ich auch ein Problem: Oft denken Kollegen, ein Zahn sei verloren, weil die Endorevision zu schwierig sei, aber aus unserer Sicht wäre es ein relativ einfacher Fall. Auf der anderen Seite meinen Kollegen manchmal, es mache Sinn, eine Endo zu machen, aber dann ist der Zahn nicht mehr rekonstruierbar, resp. nicht mehr körperlich zu fassen. Grundsätzlich sollte immer eine Endo resp. Revision versucht werden, wenn noch eine Matrize um den Zahn gelegt werden kann.

Endo-Präsidium: Die Wurzel des Erfolgs

Der nächste Kongress, den Du präsidierst, trägt den Titel «Die Wurzel des Erfolgs». Ist es schwierig, immer wieder ein tolles Programm auf die Beine zu stellen?

Das ist sicher nicht einfach. Wichtig ist, dass man international die Leute sehr gut kennt, also regelmässig Kongresse besucht. Ausserdem braucht es eine genügend grosse Gruppe im Vorstand, welche über solche Kenntnisse verfügt. Eine ganz wichtige Phase in der Kongressplanung ist das Brainstorming im Vorstand über Inhalt und Referenten der nächsten Kongresse.

Wie viel Zeit wendest Du für die Fachgesellschaft auf, und seit wann bist Du Präsident?

Wir haben neben dem Kongress sechs bis sieben Vorstandssitzungen pro Jahr, dazu kommt jeweils eine vorbereitende Sitzung mit dem Sekretär, dann vier bis fünf Vorstandssitzungen des SFZ, etwa gleich viele Sitzungen mit SSO-Gremien sowie Country Representative Meetings bei ESE und IFEA (wobei hier im Turnus alle Vorstandsmitglieder hingehen). Ausserdem gibt es natürlich immer vorbereitende Arbeiten zu erledigen, wobei das meiste durch das Sekretariat erledigt wird. Ich

bin seit 2003 Präsident der SSE und war vorher sieben Jahre Sekretär.

Deine Frau arbeitet auch für die Endo-Gesellschaft. Was sind ihre Aufgaben? Ist Marianne die Wurzel Deines Erfolgs?

Meine Frau Marianne führt die Sekretariate von SSE und SFZ und organisiert in Zusammenarbeit mit dem SSE-Vorstand die Jahreskongresse. Die Position wurde von der SSE öffentlich ausgeschrieben. Bei der Wahl habe ich mich jeweils der Stimme enthalten, da ja bekanntlich eine solche Konzentration nicht unproblematisch ist. Glücklicherweise ist Marianne bei der SSE dem Sekretär, Andreas Aebi, und beim SFZ dem Präsidenten, Peter Minnig, zugeteilt. Dadurch entsteht die gewünschte Entflechtung. Selbstverständlich ist meine Frau mir eine ausserordentliche Stütze und sehr grosse Hilfe nicht nur bei der Arbeit, sondern auch darin, dass sie mit den längeren Arbeitszeiten einverstanden ist.

Das Mikroskop, die Linse des Endokünstlers. Gehe ich richtig, dass Endodontie ohne Mikroskop nicht möglich ist?

Seit Ende der 90er-Jahre gibt es keine Spezialisierungsausbildungen mehr ohne Operationsmikroskop (OPM). Dadurch hat in der Endodontologie ein echter Paradigmawechsel stattgefunden. Heute können wir Sachen «mit links» machen, von denen wir früher nicht einmal geträumt hätten (Perforationsverschlüsse in der Tiefe des Kanals, Entfernen tief liegen-



Diana Buzzolini fertigt Bilder und Objekte. Mit Baugips, Draht, Schrauben und Leim wird Alteisen zu gestalteten Objekten.



Diana Buzzolinis Kopplung liegt ein fotografiertes «Blickfang» zugrunde.

der frakturierter Instrumente etc.). Viele Allgemeinpraktiker machen aber nach wie vor sehr gute Wurzelbehandlungen unter Verwendung von Lupenbrillen. Ich kann mir die Arbeit ohne OPM gar nicht mehr vorstellen. So geht es eigentlich allen Kollegen, die mit einem OPM arbeiten.

Welche Anforderungen stellst Du an ein Mikroskop, und gibt es überhaupt verschiedene Anbieter?

Es gibt etliche verschiedene Anbieter. Meines Erachtens ist ein kleines, leichtes und gut bewegliches Mikroskop für die tägliche Routine optimal: Es ist am ergonomischsten und am billigsten. Sehr wichtig ist die fixe Montage am richtigen Platz (individuell, je nach Praxis/Architektur). Mir persönlich ist eine vertikale Drehachse sehr wichtig. Optional ist eine Videokamera, damit die Dentalassistentin das Blickfeld des Zahnarztes sehen kann. Wenn man dokumentieren möchte, wird der Aufwand wesentlich grösser. Nicht alle Endodontologen sind dieser Meinung – in Italien beispielsweise bevorzugt man grosse Mikroskope.

Wo orientierst Du Dich über Neuheiten? Kannst Du ein Gerät vor dem Kauf ausprobieren? Wenn ja, am liebsten in Deiner Praxis oder beim Anbieter?

Über Neuheiten kann man sich sehr gut an Kongressen orientieren. Beispielsweise werden wir am kommenden SSE-Kongress vom 19. bis 20. Januar 2007 in Zürich wiederum rund 20 Aussteller haben, welche unter vielem anderem auch Mikroskope zeigen. Diese kann man dort ausprobieren. Oft ist die Firma bereit, ein Mikroskop für eine oder zwei Wochen der Praxis zum Testen zur Verfügung zu stellen. Dies ist sicher von Vorteil, obwohl eine fixe Montage natürlich noch nicht möglich ist.

Spielt es eine Rolle, ob man Links- oder Rechtshänder ist, wenn man mit dem Mikroskop arbeitet?

Das spielt überhaupt keine Rolle. Beispielsweise ist mein Praxis- und Unikollege Stefan Hänni Linkshänder. Wir arbeiten problemlos auf denselben Mikroskopen. Wichtiger sind Körpergrösse und Augenkorrekturen. Dafür gibt es individuelle Einstellungen am OPM.

Ist Leasing ein Thema?

Für mein zweites (und kostspieligeres) Mikroskop habe ich für drei Jahre einen Leasingvertrag abgeschlossen.

Externer Berater

Seit längerer Zeit bist Du auch an der Studentenausbildung beteiligt. Wie viel Zeit pro Woche verbringst Du an den ZMK?

An der Klinik für Zahnerhaltung in Bern habe ich ein Teilzeitpensum von 10%. Ich



Skulpturen von Martin Bill. Selbst Schwemmholz wird zum Kunstobjekt.

war in den letzten Jahren für die interne Assistentenfortbildung in Endodontologie zuständig. Zudem habe ich die Assistenten bei der Behandlung von schwierigeren Fällen unterstützt. Neu kommt jetzt nach der Pensionierung von Prof. Peter Hotz dazu, dass Stefan Hänni und ich zusammen die Endo-Vorlesungen übernehmen. Den Endophantom-Kurs führt weiterhin Stefan Hänni. Unterstützt wird er dabei von Franco Piatti und Andreas Aebi.

Setzt Du Deine reiche und schöne Endo-Sammlung auch ein?

Das konsequente Dokumentieren von Fällen habe ich bereits als junger Assistent, aber auch von Peter Guldener, gelernt. Ich finde es sehr wichtig und schön, Kurse und Vorlesungen mit Fällen zu un-

termauern. Oft denke ich dabei auch an die betreffenden Patienten, zu denen ich teilweise trotz der nur kurzen Behandlung eine gute Beziehung aufbauen konnte.

Zurzeit absolvierst Du auch eine Dozenten-schulung. Konntest Du schon davon profitieren?

Das war Mitte Oktober, ein von der Hochschuldidaktik der Universität Bern orga-

nisierter Kurs. Von den ZMK Bern waren auch noch Bjärni Pjetursson und Stefan Hänni dabei. Ich bin zuversichtlich, dass wir alle etwas vom Gelernten im Unterricht umsetzen können.

Merci für das Interview. «Bern goes East» war für mich der Türöffner zum Endospezialisten Beat Suter sowie seinem lebenswerten Künstlerkreis.

Bern goes East

Beat Suter hat zusammen mit andern Künstlern eine Ausstellung unter dem Titel «Bern goes East» organisiert. Ein leeres Ladenlokal, das kurzfristig zur Verfügung stand, war der Anlass, dass sich eine Gruppe Berner Künstler nach Zürich wagte.

Beat, wann hast Du mit dem Fotografieren begonnen?

Mit zehn oder zwölf schenkte mir meine Mutter ihre alte Kamera. Das war mehr oder weniger eine Camera Obscura mit einer Linse und für Rollfilm – heute würde man es «Klickomat» nennen.

Wann hast Du angefangen, künstlerisch tätig zu sein?

Das ist natürlich eine Frage der Definition. Um die Matura herum habe ich mich viel mit Schwarzweiss-Dunkelkammertechnik beschäftigt – das war sicher ein kreativer Prozess. Mitte der 80er-Jahre habe ich dann mit Airbrush begonnen. Leider konnte man damit fast nur kitschiges Zeug machen, aber damals war die Computertechnologie noch weit davon entfernt, solche Effekte zu kreieren, deshalb war es sehr spannend.

Richtig los ging es dann anfangs der 90er-Jahre, als ich mit dem Steinhauen begann. Das Fotografieren habe ich in der ganzen Zeit nie ganz vergessen, aber manchmal mehr und manchmal weniger intensiv gepflegt.



«SpülMiAbe.tif» von Beat Suter

Wie ist die Ausstellung «Bern goes East» zustande gekommen?

Da war dieses leere Ladenlokal, das uns zur Verfügung stand. Wir haben uns dann



Suters «ChinaMan.tif»: Die Augen kamen mit Hilfe des Zahntechnikers zustande.



Torsi von Trudi von Fischer

sehr spontan und kurzfristig dazu entschlossen, dort eine Gruppenausstellung zu machen. Leider konnten nicht alle Künstler mitmachen, da sie teilweise mehr oder weniger zeitgleich eigene Ausstellungen hatten.

Das Bild «ChinaMan.tif» enthält offenbar ein künstlerisches Werk von Dir. Erzähle, wie es entstanden ist.

Beim Steinhauen habe ich in letzter Zeit vor allem Alabasterköpfe gemacht. (Die Leute sagen immer, es seien Eier – da spiele ich jeweils die beleidigte Leberwurst!) Die Skulptur entstand im Laufe von etwa 18 Monaten. Wir sind jeweils an einem Abend pro Woche für zwei Stunden zum Steinhauen gegangen. Der Alabaster war zu Beginn recht unförmig und etwa 47 kg schwer. Jetzt wiegt er noch 17 kg. Am Schluss habe ich für die Augen Einkerbungen in den Stein geschnitten, einen President-Abdruck genommen, bin

selber zum Zahntechniker gegangen und habe mit seiner Hilfe die Inlays für die Augen hergestellt.

In Deiner Familie und Deinem Freundeskreis lebt man Kunst. Schöpfst Du dort Ideen für Dein künstlerisches Schaffen?



«RaufUndRunter.tif» von Beat Suter, aufgenommen im Treppenhaus der ZMK Bern.

Es ist sicher sehr wichtig, zu sehen, was andere machen, und von ihnen auch ehrliche Kritik zu erhalten. Da helfen auch Fotobücher und vor allem der rege Besuch von Museen.

Die von der Künstlergruppe arrangierte Ausstellung hat mir gefallen. Ich finde es wunderschön zu sehen, wie verschiedenartig Menschen ihren Phantasien Ausdruck verleihen. Mit ihren Werken haben sie den Begriff Kunst beseelt. Der nachstehende Versuch, Kunst zu interpretieren, scheint mir angemessen.

Kunst kommt von Können und Können kommt von viel Fleiss.

Wer nun das Schaffen von Beat Suter selber sehen möchte, soll ab 5. Februar die Dentalhygienschule Bern besuchen.



Plastic und Alka-Seltzer von Bruno Fauser verschönert Beat Suters Endo-Praxis.



«Sigu4»: Das Dentallabor durch die Linse des Künstlers.



Bruno Fauser, Marc Bigler und Frau «Hugentobler» vor Coney Island I.

Teampayer Peter Baur

Anna-Christina Zysset

Die Urschweiz, welche Schwyz, Uri und Unter- und Obwalden vertritt, gehört zu den kleineren Sektionen. Anlässlich der Präsidentenkonferenz befragte die Redaktion den Präsidenten über die Sektionsarbeit, Schulzahnpflege und seine Praxis.

Sektionsaufgaben

Im Vergleich zur ZGZ sind Sie ein Miniclub. Nennen Sie mir Vor- und Nachteile:

Mit nur 140 Mitgliedern ist alles viel übersichtlicher und klarer. Demografisch setzt sich die Sektion aus lauter kleinen Gemeinden zusammen. Tauchen in unserer Sektion Probleme auf, bei denen ein Rechtsbeistand notwendig wird, müssen wir einen geeigneten Fachmann hinzuziehen. Hier stösst eine kleinere Sektion schneller an ihre finanziellen als auch fachlichen Grenzen. In solchen Momenten leiden wir unter der fehlenden professionellen Infrastruktur.

Welche Probleme beschäftigen Sie hauptsächlich?

Tariffragen und Behandlungsmängel nehmen bei uns viel Zeit in Anspruch. Da wir in der Urschweiz keine grösseren städtischen Zentren haben, belasten uns einige Probleme wie selbsternannte «Kliniken» und den Verbandsregeln zuwiderhandelnde Werbefeldzüge weniger. Hingegen melden sich auch in der Urschweiz die EU-Spezialisten, sowohl echte als auch selbsternannte. Wir versuchen, diese Berufskollegen für die SSO zu motivieren und zeigen ihnen die Vorteile unserer Standesorganisation, sei es als Gemeinschaft oder als Qualitätslabel.

In der Urschweiz muss ein Vorstandsmitglied gleich mehrere Aufgaben erfüllen. Ist die Rekrutierung in den Vorstand deshalb schwieriger?

Die Administration ist in einer kleineren Gruppierung sicher einfacher, man kennt sich. Fragen, die in den Zuständigkeitsbereich des Kantons fallen, werden in den Untersektionen, d.h. in Schwyz, Uri und Unterwalden, weitgehend selbstständig gelöst. Die Sektion leistet hier Hilfestellung. Die Suche nach freiwilligen, ehrenamtlich tätigen Vorstands- und Kommissionsmitgliedern bereitet allen Sorgen. Erfreulicherweise finden sich dann doch immer wieder Freiwillige, die sich für das Wohl ihrer Kollegen einsetzen.

Was bedeutet Ihnen die Präsidentenkonferenz? Man kann neue Ideen sammeln und erhält Einsicht in die Probleme anderer Sektionen. Ausserdem kann der direkte Kon-

takt zum Vorstand bei Diskussionen gepflegt werden.

Prophylaxe

Wie ist die Schulzahnpflege in der Urschweiz organisiert?

Im Kanton Schwyz wird den Schulkindern ein Schulbon für die Zahnkontrolle verteilt. Dann ist es an den Eltern, diesen Bon bei einem beliebigen Zahnarzt ihrer Wahl einzulösen. Hier kommt die Eigenverantwortung der Eltern ins Spiel, was ich als sehr wichtig erachte. Somit kann die Untersuchung individueller durchgeführt und der begleitende Elternteil bei Zahnproblemen direkt informiert werden.

Partnerschaftlich und kompetent

Was macht Ihnen am meisten Freude in Ihrer Praxis?

In unserer Gemeinschaftspraxis arbeiten zwei Zahnärzte und ein Kieferorthopäde. Wir drei arbeiten partnerschaftlich im Team und decken das ganze zahnärztliche Spektrum interessant und kompetent ab. Unser Ziel, eine Praxis aufzubauen, in der man partnerschaftlich und auf höchstem Niveau kompetent arbeitet, in der die Lebens- und Arbeitsphilosophien aller Partner zueinanderpassen, ist uns eigentlich recht gut gelungen. Darauf bin ich sehr stolz!

Offenbar sind Sie ein guter Teampayer. Was zeichnet diesen aus?



Peter Baur

ist seit zwei Jahren Präsident der Urschweiz, nachdem er drei Jahre als Aktuar tätig war. Ebenso präsidiert er auch den

VZLU, die Vereinigung der Zahnärzte vom linken Zürichseeufer. Das Präsidentenamt lässt ihm nicht immer viel Zeit für seine Hobbies wie Zeichnen, Malen und den Sport. Ganz wichtig ist ihm aber Zeit für seine Familie, nämlich seine Frau und die beiden Töchter Anina und Julia.

Früher habe ich Handball gespielt. Ein Spieler alleine kann keinen Match im Mannschaftssport gewinnen. Diese Einstellung versuche ich auch auf den Berufsalltag auszuweiten. Dies habe ich beim Handballspielen gelernt. Wichtig sind Gesprächsbereitschaft, Toleranz und die Fähigkeit, sich auch einmal nicht ganz so wichtig zu nehmen.

Wie lösen Sie Konflikte?

Primär versuchen wir, drohende Konflikte sehr frühzeitig zu erkennen, um sofort Gegenmassnahmen zu ergreifen. Unser Team hat jederzeit die Möglichkeit, sich mit seinen Anliegen an mich oder meine Partner zu wenden. Das direkte Gespräch ist immer hilfreich. Regelmässige Teamsitzungen, bei denen jeder zu Wort kommt, reduzieren das Konfliktpotenzial. Generell versuche ich aber, Konflikte jeglicher Natur schnell und nachhaltig aus der Welt zu schaffen. ■



Universitätsnachrichten Zürich

Anerkennungspreis der SSO

Wie jedes Jahr wurde auch an der diesjährigen Staatsexamensfeier in feierlichem Rahmen der Anerkennungspreis der SSO überreicht. Nach einem speziellen Auswahlverfahren, bei dem auch die Studierenden des Staatsexamenssemesters ihre Meinung einbringen können, wird jeweils im Sommer die Preisträgerin resp. der Preisträger ermittelt. In diesem Jahr war es Dr. Rolf Hess, Mitglied des SSO-Vorstandes, der den Preis in Form eines Schecks zusammen mit einem Blumenstrauss **Frau Caroline Moret** überreichen konnte.



Herzliche Gratulation!

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht über die 11. Jahrestagung der Schweizerischen Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin SVPR vom 28. Oktober 2006 in Zürich

Aktuelle Herausforderungen der Präventivzahnmedizin

Thomas Vauthier, Rheinfelden (Text und Fotos)

«Ist Karies in der Schweiz wieder auf dem Vormarsch?» «Macht Kiffen Karies?» «Müssen Milchzähne überhaupt behandelt werden?» «Was kann man gegen Zahnerosionen tun?» Fragen über Fragen, welche nicht nur in der Publikumspresse, sondern auch in der Fachliteratur immer häufiger gestellt werden. Unter dem Titel «Aktuelle Herausforderungen der Präventivzahnmedizin» hatte die Schweizerische Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin zu ihrer 11. Jahrestagung vom 28. Oktober 2006 in Zürich eingeladen. In ihren Vorträgen bezogen namhafte Experten zu diesen und weiteren Themen differenziert Stellung.



Prof. Dr. Jörg Meyer, Präsident der Fachkommission Präventivmedizin der SVPR bei seiner Begrüssung der Teilnehmer

Nachdem die Schweizerische Vereinigung für Präventive und Restaurative Zahnmedizin 2005 auf die Durchführung eines Kongresses verzichtet hatte, waren für das diesjährige Programm zahlreiche interessante und aktuelle Themen angekündigt. Und um es gleich vorwegzunehmen: Die Organisatoren, unter der Leitung von Prof. Thomas Imfeld, Präsident der SVPR, Zürich, und Prof. Jörg Meyer, Präsident der Fachkommission Präventivmedizin, Basel, haben ihr erklärtes Ziel, «praxisnahe Konzepte und Anleitungen» zu vermitteln, zur vollsten Zufriedenheit aller Teilnehmer erreicht.

Kariesprävention in der Schweiz – eine Erfolgsgeschichte oder nicht?

Dr. Giorgio Menghini, ZZMK der Universität Zürich

Mit Statistiken kann man zwar allerlei beweisen, besonders wenn man sie geschickt «frisiert», aber wenn ein absolut integrier Wissenschaftler wie Giorgio Menghini, unter anderem Leiter der Station für Orale Epidemiologie des ZZMK Zürich, Daten präsentiert, sind diese garantiert «sauber». Hier sind die Facts:

Der Rückgang der Kariesprävalenz in der Schweiz im Zeitraum zwischen 1964 und 2005 betrug spektakuläre 90 Prozent. Eine klare Tendenz nach unten wurde selbst in dem Drittel der Bevölkerung mit dem höchsten Kariesbefall beobachtet. Auch in den von Prof. Niklaus P. Lang, Uni Bern,

initiierten Untersuchungen an Rekruten wurden 2005 80 Prozent weniger Karies als 1970 festgestellt. Im internationalen Vergleich katapultieren diese Zahlen die Schweiz an die Spitze der Rangliste.

Gewisse Variationen in der Kariesstatistik (wenn nicht gar Rundungsfehler!) werden zurzeit von wenig seriösen Medien zur Stimmungsmache benutzt. Katastrophenszenarien aller Art geistern durch die Presse, verzerrte Interpretationen der Daten werden für politische Aussagen missbraucht.

Fakt ist, dass die Lokalisation der Karies sich wesentlich verschoben hat. Nicht mehr Approximalfächen sind heute in erster Linie betroffen, sondern die Fissuren und Grübchen. Diese sind jedoch für die Prophylaxe durch Fluoridlacke besonders leicht zugänglich. Und der Erfolg ist auch evidenzbasiert: Wie eine 2002 in der Cochrane Library publizierte Studie von VALERIA MARINHO et al. belegt, führen regelmässige Massnahmen dieser Art zu einer signifikanten (46%) Abnahme der Karies. In Anbetracht der Datenlage riet der Referent – regelmässige Überwachung und professionelle Prophylaxe vorausgesetzt – zu vermehrter Zurückhaltung in der Füllungstherapie im Approximalbereich. Das Fortschreiten einer D2-Karies in D3 dauert möglicherweise länger als die Lebensdauer der Füllung!

Daraus ergeben sich aus Sicht des Experten folgende Schlussfolgerungen:

Es gibt keinen Grund zur Panik. Die in den 1960er-Jahren in der Schweiz nach dem «Giesskannenprinzip» eingeführten kollektiven und semi-kollektiven Vorbeugungsmassnahmen haben bestens funktioniert. Auch bei Schülern mit einem

«Zahnkontrolle 2007»

Auch für 2007 können Sie wiederum mit dem Kleber «Zahnkontrolle» Ihren jungen Patienten eine Freude bereiten. Der Kleber entspricht in Gestaltung und Farbe der Autobahnvignette, was ihn für Kinder besonders rassig macht. Bekanntlich geht es darum, das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer mindestens jährlichen Kontrolle beim Zahnarzt zu unterstützen.

Sie erhalten den Kleber zum Preis von 10 Rappen pro Stück* (zuzüglich Versandkosten) bei SSO-Shop, Postgasse 19 Postfach, 3000 Bern 8
Tel. 031/310 20 81 nur Anrufbeantworter
Fax 031/310 20 82
E-Mail: info@sso.ch

* Mindestbestellmenge 50 Exemplare



«hohen Kariesbefall» ist eine deutliche Verbesserung der oralen Gesundheit beobachtet worden. Die Einführung von speziellen Prophylaxeprogrammen für Individuen mit erhöhtem Kariesrisiko ist aus Überlegungen zum Kosten/Nutzen-Verhältnis nicht prioritär. Die gezielte Reinigung und Applikation von Fluoridlacken an den wichtigsten Kariesprädispositionsstellen, sprich den durchbrechenden Molaren ist die wirksamste Massnahme zur Vorbeugung respektive weiteren Reduktion von Karies.

Neue Herausforderungen: Migration, Kleinkinder, jugendliche Kiffer, Erosion/Abrasion, Ästhetikwahn

Prof. Thomas Imfeld, ZZMK der Universität Zürich

Nach heutiger Erkenntnis muss die zahnmedizinische Prophylaxe so früh wie möglich beginnen. Schon das Verbot von



Prof. Thomas Imfeld, Präsident der SVPR: «Wichtig wäre, schon 2-Jährige in die Praxen zu holen».

Schoppenflaschen in der Nacht gehört dazu, später, d. h. ab dem Durchbruch des ersten Milchzahns, folgt das tägliche Zähnebürsten mit fluoridierter Zahnpasta. Wünschenswert wäre die Erfassung und Betreuung kariesaktiver Kinder bereits vor dem Kindergarten. Wie *Thomas Imfeld* ausführte, laufen in der ganzen Schweiz seit 2004 gezielte Informationskampagnen über die Mütterberaterinnen und Pädiater, im Kanton Zürich seit Anfang 2006 auch in den Kinderkrippen. Ein zentrales Problem ist jedoch die Tatsache, dass es zu wenig Zahnärzte gibt, die mit 2-jährigen Kindern umgehen können und wollen. Als Anreiz, schon die 2-Jährigen in die Praxen zu bringen, werden in den Kantonen Basel und Graubünden Gutscheine für eine Gratisuntersuchung abgegeben. Obwohl die Pilotprojekte noch laufen und die Auswertungen noch nicht abgeschlossen sind, war das Echo eher verhalten.

Das im Titel angekündigte Problem der jugendlichen Kiffer wurde in einem nächsten Referat von *Michèle Katterbach* behandelt. Und die Aussagen von *Thomas Imfeld* zum Thema des Ästhetikwahns waren derart bemerkenswert, dass zu einem späteren Zeitpunkt noch ausführlicher darauf eingegangen werden soll.

Müssen Milchzähne behandelt werden?

Dr. Hubertus van Waes, ZZMK Zürich und Leiter Schulzahnärztlicher Dienst der Stadt Zürich, und Dr. Christian Zedler, Privatpraxis, Meilen

In ihrem Doppelreferat definierten die beiden Spezialisten zunächst die zentralen Aufgaben der zahnmedizinischen Behandlung von Kindern respektive von Milchzähnen. An vorderster Stelle steht sicher die Vermeidung von Schmerzen und die Vermeidung von Schäden an den Keimen der bleibenden Zähne. Aber auch die Er-

haltung der Kaufunktion und der Milchzähne als natürliche Platzhalter dürfen nicht ausser Acht gelassen werden.

In einem originellen Exkurs zur Bewertung epidemiologischer Daten und der Suche nach evidenzbasierten Argumenten, welche auf die Frage «Müssen Milchzähne behandelt werden?» konkrete Antworten liefern könnten, warnte *Hubertus van Waes* davor, Korrelation und Kausalität zu verwechseln. Als Beispiel führte er Statistiken an, aus denen die Einwohnerzahl, die Geburtenrate pro Jahr und die Zahl der Störche in verschiedenen Ländern ersichtlich ist. Tatsächlich ist es möglich, daraus eine Korrelation zwischen der ansässigen Storchpopulation und der Geburtenrate herauszulesen! Die rhetorische Frage nach der kausalen Verknüpfung dieser Daten rief im Saal grosse Heiterkeit hervor ... Etwas ernsthafter auf den Titel des Referats bezogen, wollte der Spezialist damit jedoch lediglich belegen, dass es für die Notwendigkeit der Behandlung von Milchzähnen ganz klar klinische Evidenz gibt. Vom rein wissenschaftlichen Standpunkt aus kann es jedoch zu dieser Fragestellung keine Evidenz geben, da es unmöglich ist, epidemiologisch «saubere» Kontrollgruppen zu bilden.

Aus seiner Sicht als Privatpraktiker rief *Christian Zedler* dazu auf, auch bei unkooperativen, trotzigen oder extrem ängstlichen Kindern einen ernsthaften Versuch, zumindest einer symptomatischen Therapie zu machen und die Kinder nicht einfach abzuschieben. Der Einsatz von Lachgas oder Vollnarkose in der Praxis bleibt weiterhin umstritten. Die zentralen Diskussionspunkte sind die «echten» Indikationen, die Auswahlkriterien der Patienten und die technisch/medizinischen Voraussetzungen.

Besonders interessant war ein Paradigmenwechsel in der endodontischen Be-

Ultraschall Instrumente
« 100% Swiss Made » bis
zu 60% billiger !

Inserts à ultrasons
« 100% Swiss Made » jusqu'à
60% moins chers !



swiss dental material SA

www.sdm-sa.ch



Gut gelaunte Referenten (von links nach rechts): Christian Zedler, Michèle Katterbach, Hubertus van Waes, Christoph Schädle und Carola Imfeld

handlung von Milchzähnen. Das früher so beliebte Formaldehyd respektive Formokresol ist von der WHO als karzinogene Substanz eingestuft worden und deshalb obsolet. Auf der Suche nach Kandidaten für die Nachfolge wurden in den letzten Jahren verschiedene Substanzen getestet. Eisensulfat hat auch auf Pulpawunden eine gute hämostatische und verschorfende Wirkung. In Untersuchungen über die Hämostase mittels Eisensulfat bei Pulpotomien im Milchgebiss wurden Erfolgsraten von 92,7% nach zwei Jahren beobachtet. Aus diesem Grund sind die Spezialisten der Meinung, dass diese billige und leicht zu handhabende Methode für endodontische Behandlungen im Milchgebiss empfohlen werden kann. Viel versprechende Resultate haben neuere Untersuchungen mit dem in der Erwachsenenendodontie hoch gelobten

MTA (*mineral trioxide aggregate*) gezeigt. Erfolgsraten von bis zu 95% sind belegt. Leider ist dieses Material nicht nur ausserordentlich schwer zu handhaben (es verhält sich angemischt wie bröseliger Zement), es ist auch geradezu prohibitiv teuer.

«Macht Kiffen Karies?» – oder etwas formeller: «Erhöht regelmässiger Cannabiskonsum das Kariesrisiko?»

Michèle Katterbach, *med. dent.*, ZZMK der Universität Zürich

«Aber das weiss doch jeder!», meinte Michèle Katterbach als bewusst provokative Einleitung zu ihrem Referat. Um gleich darauf zu erwidern: «Reines Vorurteil ohne jeglichen stichhaltigen, geschweige denn wissenschaftlichen, Beweis!». In PubMed sind gerade mal sechs Publikationen zu finden, von denen drei aus den

50er- und 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts stammen. «Klinische Untersuchungen»? – Fehlanzeige!

In Anbetracht dieser Sachlage, und um etwas Licht in diese Terra incognita zu bringen, suchte die junge Kollegin in ihrer kurz vor der Veröffentlichung stehenden Dissertation (unter Leitung von Prof. Thomas Imfeld und Dr. Carola Imfeld, ZZMK Zürich) nach Antworten auf diese Frage. Neben einer fundierten Literaturrecherche umfasste ihre Studie die Befragung (anhand von standardisierten Fragebögen) und klinische Untersuchung von 43 jugendlichen Kiffern. Die Rekrutierung von Probanden erwies sich als ausgesprochen mühsam. Erst durch die Veröffentlichung von Inseraten in der Gratiszeitung «20 Minuten» konnte schliesslich eine repräsentative Gruppe für die Untersuchung gewonnen werden. Da alle Cannabiskonsumanten auch Zigaretten rauchten, wurden 40 Zigarettenraucher ohne Drogenkonsum als Kontrollgruppe ausgewählt. Die Einschlusskriterien für beide Gruppen waren: Alter zwischen 18 und 25 Jahren sowie für die «Kiffer» Cannabiskonsum seit ≥ 2 Jahren und $\geq 1 \times$ wöchentlich respektive für die Kontrollgruppe Zigarettenkonsum seit ≥ 2 Jahren und ≥ 10 Zigaretten pro Tag. Ausgeschlossen waren Konsumenten von «harten» Drogen.

Die Untersuchung hatte zum Ziel, Folgendes zu klären:

- *Empirische Beobachtung*: Regelmässiger Cannabiskonsum führt zu erhöhtem Kariesrisiko.
- *1. These*: Die durch THC verursachte Mundtrockenheit ist verantwortlich für



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

das erhöhte Kariesrisiko. Wie bekannt, besitzt THC, oder Δ^9 -Tetrahydrocannabinol, die in Cannabisprodukten hauptsächlich enthaltene psychoaktive Substanz, eine ausgeprägte atropinartige Wirkung. Diese führt zu einer signifikanten Verminderung des Tränen- und Speichelflusses.

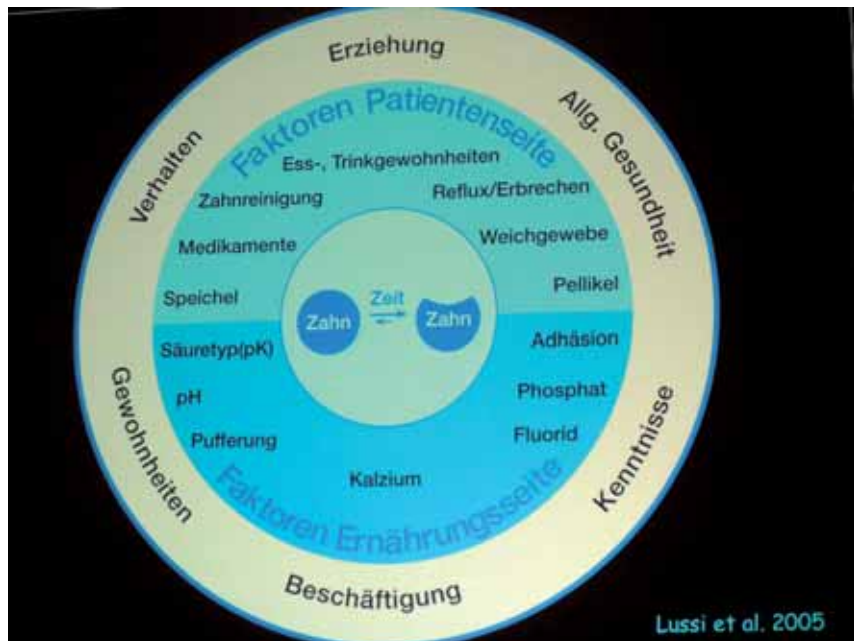
- 2. These: Der «Lifestyle» der regelmäßigen Cannabiskonsumenten ist hauptsächlich verantwortlich für das erhöhte Kariesrisiko.

Die Auswertung der Resultate kam zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Ein statistischer Bias aufgrund der schwierigen Präselektion der Probanden ist nicht gänzlich auszuschließen.
- Die DMFT-Werte in der Kiffergruppe waren höher als jene in der Kontrollgruppe.
- Die These der THC-bedingten Mundtrockenheit als Faktor der erhöhten Kariesprävalenz bei Cannabiskonsumenten konnte nicht bestätigt werden.

- Die These des besonderen «Lifestyles» bei Letzteren konnte jedoch bestätigt werden. Es ist anzunehmen, aber noch nicht bewiesen, dass damit ein vermindertes Gesundheitsverständnis verbunden ist, welches auch zu einer Vernachlässigung der Mundgesundheit führt.

Der Vollständigkeit halber soll hier nur ganz am Rand der Vortrag «Wohl überlegte Therapie als Prophylaxe – Ansätze eines Praktikers» von Dr. Christoph Schädle, Thalwil, erwähnt werden. Aus gesundheits- und standespolitischen Überlegungen erachtet der Referent die zunehmende Spezialisierung in der Zahnmedizin als gefährliche Entwicklung. Er befürchtet unter anderem, dass diese zu Einbussen der Qualität von zahnärztlichen Behandlungen führen könnte. Auch die freie Therapiewahl müsse in jedem



Schematische Übersicht nach Lussi et al. (2005) der Risikofaktoren für erosive Zahnschäden

Fall gewährleistet sein, denn ebenso wie die Qualität sei diese entscheidend, nicht nur für die Langzeitprognose der Restaurationen, sondern auch für die Erhaltung der Integrität der Zähne. Somit sei die wohl überlegte Therapie durchaus als Bestandteil der Prophylaxe einzustufen.

Um nicht gänzlich unerwähnt zu bleiben, sollen die Referate «Techniken der Motivationspsychologie für den individuellen Anreiz zur Prophylaxe und deren Aufrechterhaltung» von Dr. Winfried Prost, Köln-Marienburg, und des Internisten Dr. Jiri Havelka, Zürich, zum Thema «Refluxerkrankungen», an dieser Stelle nur pro forma aufgeführt werden. Auch auf die «Differenzialdiagnose erosiver Zahnschäden – klinische Beispiele» von Dr. Olivier Schicht, ZZMK der Universität Zürich, geht

dieser Bericht nicht näher ein. Obwohl die Präsentation eine qualitativ hoch stehende Dokumentation klinischer Fälle umfasste, wurden die zentralen Aussagen über die am nicht kariesbedingten Verlust von Zahnhartsubstanz beteiligten Faktoren, die verschiedenen Formen, die Einteilung nach Schweregrad sowie die Differentialdiagnose an anderer Stelle schon eingehend behandelt.

Extrinsische Ursachen erosiver Zahnschäden

Prof. Adrian Lussi, ZMK der Universität Bern

Spätestens seit der Veröffentlichung seiner Monographie «Dental Erosion» (Karger Verlag Basel 2006) wissen wir, dass Adrian Lussi DER Experte auf dem Gebiet der erosiven Zahnschäden ist. Während unter den verschiedenen Puffersystemen im Speichel die Karbonat- und Phosphatpuffer relativ gut erforscht sind, besitzen wir bis anhin fast keine Kenntnisse zu den Proteinpuffern, obwohl diese für die Bestimmung der Pufferkapazität von zentraler Bedeutung wären. Auch spezifische Tests gibt es noch keine.

Erosionen sind multifaktoriell. Genaue Ernährungsanamnese, Erkennen der Risikofaktoren und frühe Diagnose sind die Voraussetzungen für die rechtzeitige Initiierung präventiver Massnahmen.

Unter den Risikofaktoren auf der Ernährungsseite hob der Spezialist besonders die Softdrinks, Fruchtsäfte und Alcopops (die sehr viel Zucker enthalten!) hervor.



Auch Prof. Ulrich P. Saxer, Prophylaxeschule Zürich Nord, Prof. Zvonimir Curilovic, ehemaliger Leiter der Schulzahnpflege Zürich, und Prof. Thomas Marthaler, Pionier der präventiven Zahnmedizin, waren unter den Anwesenden.

WBA «Allgemeinpraktiker SSO» – erste Kurzinfor für SMfZ

Neuer Weiterbildungsausweis «Allgemeine Zahnmedizin SSO»

Die SSO bietet 2007 neu eine strukturierte Weiterbildung für den zahnmedizinischen Allgemeinpraktiker an, die mit dem Ausweis «Allgemeine Zahnmedizin SSO» abgeschlossen werden kann. Dies als Anerkennung einer kompetenten zahnärztlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der allgemeinen Zahnmedizin, analog dem Allgemeinmediziner FMH.

Das neue Diplom ist ausschliesslich SSO-Mitgliedern vorbehalten. Voraussetzung ist eine Weiterbildungsphase von mindestens drei Jahren für die erstmalige Zertifizierung. Der Weiterbildungsausweis «Allgemeine Zahnmedizin SSO» wird für jeweils sieben Jahre vergeben und muss danach neu beantragt werden (Rezertifizierung). Praktizierende Zahnärztinnen und Zahnärzte mit SSO-Mitgliedschaft können sich ab Mai 2007 für den Weiterbildungsausweis bewerben, sofern sie die gestellten Anforderungen hinsichtlich Fort- und Weiterbildung erfüllen. Zuständig für die Prüfung der eingereichten Unterlagen ist das SSO-Sekretariat und eine vom Vorstand eingesetzte Fachkommission, die im Frühling 2007 ihre Arbeit aufnehmen werden wird.

Anforderungen und detailliertere Angaben folgen in der Märzangabe der SMfZ.

Felix Adank, Presse- und Informationsdienst SSO

Er gab zu bedenken, dass Kinder und Teenager $\frac{2}{3}$ der total verkauften Süssgetränke und Kinder zwischen zwei und neun Jahren 42% der Fruchtsäfte konsumieren. Die meisten dieser Produkte zeichnen sich jedoch durch ein hohes erosives Potenzial aus.

Im Fall von Erosionen unbekannter Genese, besonders wenn diese vor allem die oralen und/oder okklusalen Flächen betreffen, ist bei der Differentialdiagnose – auch bei Kindern – die Möglichkeit eines «stillen» Refluxes in Betracht zu ziehen.

Wann löst sich ein Zahn auf? Der Zahnschmelz besteht hauptsächlich aus karbonatreichem, aber kalziumdefizienten Hy-

droxylapatit. Wenn das umgebende Getränk oder Nahrungsmittel wenig Kalzium, wenig Fluorid oder einen tiefen pH-Wert hat, ist die Umgebung untersättigt. Es kommt zur Demineralisation. Dies erklärt auch die Tatsache, dass, entgegen der gängigen Meinung, Joghurt nicht speziell erosiv ist, denn die Kalzium- und Phosphatkonzentration im Joghurt ist hoch. Somit ist es gegenüber dem Zahnschmelz übersättigt.

Dem nachfolgenden Referat vorgehend, sagte *Adrian Lussi*, Restaurationen erosiver Zahnschäden müssten der gesundheitlichen Situation des Patienten und dem Defekt angepasst werden und seien möglichst minimal invasiv zu legen.

Prophylaxe und Therapie erosiver Zahnschäden

Dr. Carola Imfeld, ZZMK der Universität Zürich

Die Ausführungen ihres Vorredners geradezu nahtlos ergänzend, stellte *Carola Imfeld* im letzten Referat der Tagung zuerst die Möglichkeiten zur Neutralisation der Säuren vor. Dazu gehören in erster Linie mit Bicarbonat oder Carbamid angereicherte Kaugummis, Milch und Käse, das Lutschen von Antacidatabletten sowie Mundspülungen mit Natrium- oder Bicarbonatlösungen oder Antacida.

Zum Thema Mundhygiene (ein wenig Schleichwerbung sei hier gestattet...) erwähnte die Referentin die positiven Eigenschaften der Zahnpasta *Candida Sensitive*, welche trotz eines tiefen RDA-Werts eine gute Reinigungswirkung besitzt.

Grundsätzlich sollte das Ziel der Prävention sein, aktive Erosionen in inaktive Erosionen zu überführen. In den meisten Fällen steht dabei die Ernährungsberatung respektive die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten, im Vordergrund. Auch das Auftragen von Bonding oder Composit als Schutz gegen das Fortschreiten erosiver Schäden kann durchaus zu den präventiven Massnahmen gezählt werden. Sind dann die Erosionen erst einmal stabilisiert respektive inaktiviert, stellt sich die Frage nach einer allfälligen restaurativen Therapie. In Fällen von wenig ausgeprägten Zahnhartsubstanzverlusten oder solchen ohne negative Auswirkungen auf Ästhetik und Funktion ist die Option des «wait and see» durchaus legitim. Um die Beobachtung weitestgehend objektivieren zu können, soll in jedem Fall eine saubere Dokumentation mit Fotos und Modellen angefertigt werden. Bei ausgeprägten erosiven Schäden mit ernsthafter Beeinträchtigung der Ästhetik und Funktion kann die Wahl der richtigen

WHITE smile



HOMBLEACHING - Traumhaft weisse Zähne über Nacht

WHITE SMILE ist ein ausgereiftes System zur optischen Zahnaufhellung ohne ätzende Lösungen und abrasive Pasten. Die aktive Substanz (3%-iges Wasserstoffperoxid) wurde so optimiert, dass mit einer möglichst geringen Menge in kürzester Zeit das maximale Ergebnis erreicht wird. Zähne und Zahnfleisch werden geschont. Die einfache Handhabung, der angenehme Minzgeschmack und die erstaunlich schnellen Resultate garantieren eine hohe Akzeptanz bei Ihren Patienten.

Die im Labor angefertigten Zahnschienen werden vom Patienten während 5 - 10 Nächten getragen, wobei schon nach 3 - 4 Tagen eine deutliche Aufhellung der Zähne erkennbar ist. Um das strahlend weisse Ergebnis zu erhalten, wiederholt der Patient die Anwendung nach Bedarf für ein oder zwei Nächte pro Jahr.

Das Set "Bleaching komplett" enthält 5 Spritzen zu je 3,5g und reicht für eine Anwendungsdauer von ca. 15 Nächten aus (Ober- und Unterkiefer).

BENZER - DENTAL AG ZÜRICH

CH-8062 Zürich Tel. 01 / 322 29 04 Fax 01 / 321 10 66



Diskussion zwischen zwei Vorträgen: Dr. Peter Minnig Schulzahnklinik Basel (links) und Dr. Stephan Gottet, Präsident der SGZBB

Therapie sehr schwierig sein. Der Verwendung von minimal invasiven, mit Säureätztechnik und modernen Klebesystemen befestigten Restaurationen sind heute (fast) keine Grenzen mehr gesetzt. «Es müssen also nicht mehr immer Kronen sein!», meinte die Spezialistin. Trotzdem

kann sich die Therapie in gewissen Fällen als äusserst komplex erweisen, besonders wenn der erosionsbedingte Verlust von Zahnhartsubstanz zu einer Absenkung oder einem Kollaps der Stützstrukturen und somit der vertikalen Kieferrelation geführt hat. Hier ist die interdisziplinäre Zusam-

menarbeit (KFO, plastische Parodontalchirurgie etc.) und Ausschöpfung des gesamten restaurativen und prothetischen Repertoires gefordert.

Fazit

Besonders erfreulich waren die Feststellungen zur Kariessituation in der Schweiz. Aufschlussreich und teils überraschend waren die neuen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Kariesrisiko, originell und couragiert die Aussagen zur Notwendigkeit der Behandlung von Milchzähnen oder zum Einfluss der Therapiewahl auf die Sekundär- und Tertiärprophylaxe. In Anbetracht der zunehmenden Bedeutung erosiver Zahnschäden im Praxisalltag hatten die Organisatoren einen grossen Teil des Programms eigens für dieses Thema reserviert. Die Vorträge namhafter Spezialisten erlaubten es den Teilnehmern, sich aus erster Hand einen umfassenden, nuancierten und praxisbezogenen Eindruck über den heutigen Stand des Wissens auf diesem Gebiet zu verschaffen.

Die nächste Jahrestagung der SVPR wird am 3. November 2007 in Basel stattfinden. Das Thema und der Tagungsort wurden noch nicht bekannt gegeben. Informieren Sie sich rechtzeitig auf der Homepage www.svpr.ch. ■

BUCHBESPRECHUNGEN



Physiologie

Hugger A, Türp J C, Kerschbaum Th:
Curriculum Orale Physiologie

408 S., 139 Abb., € 48.–

Quintessenz Verlags GmbH Berlin (2006)

Orale Physiologie ist gemäss Definition der American Association of Oral Biologists die Lehre von der Struktur, Entwicklung und Funktion oraler Gewebe, ihrer gegenseitigen Beziehungen und derjenigen zu anderen Organsystemen. In der einschlägigen Literatur – die sich bisher auf einige wenige Lehrbuch-Klassiker im englischen Sprachbereich beschränkte – werden somit im Wesentlichen Kauphysiologie, Kaumuskulatur, Kieferbewegungen und -reflexe, Okklusion, orale Mechano- und Thermosensorik, Knochenphysiologie, Speichel, Schlucken, Sprechen, Geschmacks- und Geruchssinn, orofa-

ziale Schmerzen und Zahnschmerzen abgehandelt. Das tut das vorliegende Buch «Orale Physiologie» natürlich auch. Es spannt den Bogen sogar noch etwas weiter, indem es zusätzlich auch Alterung, Ernährung, Bioadhäsion und Biokompatibilität zahnmedizinischer Werkstoffe in die orale Physiologie einbezieht. Orale Mikrobiologie und orale Strukturbiologie werden behandelt, soweit sie für das Verständnis der physiologischen Vorgänge von Bedeutung sind. Inwieweit die Ästhetik der oralen Physiologie zugerechnet werden soll, mag für Puristen ein Diskussionspunkt sein. Das entsprechende Kapitel wirkt jedenfalls nicht als Fremdkörper.

Im deutschen Sprachraum fehlte bisher ein umfassendes Werk zu diesem Basiswissen jeder oralmedizinischen Tätigkeit. Die oben genannten Themen mussten aus der betreffenden Fachliteratur und spezifischen Periodika zusammengesucht wer-

den. Das Curriculum «Orale Physiologie» ist somit nicht nur einfach ein weiteres Buch über orale Physiologie, sondern zurzeit wahrscheinlich das einzige synoptische im deutschen Sprachbereich. Damit hat es gute Chancen, ein Klassiker zu werden.

Seine derzeitige Einmaligkeit ist aber selbstverständlich nur einer von vielen Gründen, warum dieses Buch eine grössere Verbreitung finden dürfte und sollte. Als so genanntes Vielmännerbuch kann sich die «Orale Physiologie» auf die fachspezifische Kompetenz seiner Autoren abstützen und wendet sich dabei gleichermaßen an Studierende wie an praktizierende Zahnmediziner. Es würde den Rahmen dieser Rezension sprengen, auf die einzelnen Kapitel, insgesamt sind es vierzehn, im Detail eingehen zu wollen. Generell gilt: Alle Kapitel sind durchwegs konzis gehalten, was beim Lesen (nicht zuletzt auch wegen des engen Drucksatzes) volle Konzentration verlangt. Der Umfang der einzelnen Kapitel ist auf die Gewichtung des Fachs innerhalb der Zahnmedizin abgestimmt. Die Inhalte sind, wie Lesetests mit Studenten zeigten, gut verständlich dargestellt und auf das Wesent-

Augenlicht schenken mit Altgold



Ein ausgetragener Ring, ein Kettchen, Zahngold.... Damit geben Sie einem erblindeten Menschen in der Dritten Welt das Augenlicht zurück.

Senden Sie Ihre Altgoldspende an:
SRK, Altgold für Augenlicht, Rainmattstrasse 10,
3001 Bern, PC 30-4200-3, www.redcross.ch **Schweizerisches Rotes Kreuz** 

liche konzentriert. Details werden dort erörtert, wo sie die besondere klinische Relevanz aufzeigen. Auf allzu detaillierte Beschreibung der zu den heutigen Lehrmeinungen führenden Studien, die den Nicht-Spezialisten in der Regel eher verwirren, wurde weitgehend verzichtet. Für den an zusätzlicher Information interessierten Leser ist jedoch die relevante und weiterführende Literatur aufgearbeitet und in straffen Verzeichnissen am Ende der betreffenden Kapitel aufgelistet. Mancher Leser hätte sich vielleicht eine etwas üppigere Illustration einzelner Kapitel gewünscht, er hätte sich damit aber einen grösseren Umfang des Buches und einen höheren Preis eingehandelt.

Wie die anderen Bücher der Curriculum-Reihe ist auch die «Orale Physiologie» recht benutzerfreundlich konzipiert. Es ist, trotz seiner 390 Seiten, kein schwerer Wälzer, sondern schlank und handlich. Griffregister erleichtern das Auffinden der einzelnen Kapitel. Kernaussagen sind konsequent im ganzen Buch grau hinterlegt. Das Sachregister lässt keine Wünsche offen. Sehr positiv zu vermerken ist auch das Vorhandensein eines umfangreichen Glossars der Fachausdrücke und Definitionen (ähnlich beispielsweise dem periodisch im Journal of Prosthetic Dentistry publizierten Glossary of prosthodontic terms), die in den Texten aller Kapitel durch ein spezielles Logo, den stehenden Pfeil, gekennzeichnet sind. Miss-

verständnisse und unterschiedliche Interpretation von Fachbegriffen werden auf diese Weise weitgehend vermieden.

Es ist den Herausgebern mit dem «Curriculum Orale Physiologie» gelungen, ein synoptisches Buch oralmedizinischen Grundlagenwissens zu schaffen, das für den Studierenden als Lehrbuch ebenso attraktiv und geeignet ist wie für den praktizierenden Zahnarzt als Repetitions- und Nachschlagewerk. Ich persönlich möchte es in meiner Bibliothek nicht mehr missen.

Martin Kundert, Zürich

Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD)

Kares H, Schindler H, Schöttl R: Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz

112 S, 17 farbige Abb., € 19.90, SFr. 33.90
Schlütersche Verlagsgesellschaft

Das Buch besticht durch seine benutzerfreundliche Aufmachung und die klare Gliederung. Es wendet sich an Patienten, die unter craniomandibulären Dysfunktionen (CMD) leiden, will aber auch Informationen an Co-Therapeuten und Praxisteams weitergeben. Die Autoren haben sich bemüht, den umfangreichen Stoff möglichst verständlich und einfach darzustellen. Ein umfassendes Glossar am

Schluss des Buches erklärt dazu viele Fachausdrücke auf einfache Art.

In unserer modernen Zivilisation leiden immer mehr Menschen an chronischen Schmerzen. Häufige Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Muskelschmerzen und viele dauernde Beeinträchtigungen stören die Lebensqualität der Bevölkerung. Aber auch psychische Anspannungen und Stress haben nicht nur auf Magen und Nerven einen grossen Einfluss, sondern wirken auch auf die Kaumuskulatur und die Kiefergelenke. So kann im Zusammenspiel der weichen und festen Strukturen im Kopfbereich eine Dysbalance auftreten, was zu erheblichen Störungen und Beschwerden führen kann. Diese Erkrankungen im Kiefer- und Gesichtsbe- reich werden als Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) zusammengefasst. Die CMD wird aber heute oft noch nicht oder erst spät erkannt, sodass eine Chronifizierung eintreten kann, die dann viel schwieriger zu therapieren ist.

Das vorliegende Buch soll eine Information über die CMD und deren Risikofaktoren, aber auch über die verschiedensten Therapiemöglichkeiten geben. Es wird auf die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen hingewiesen. Die Mitarbeit des Patienten ist aber ein bedeutender Faktor für ein gutes Behandlungsergebnis. In übersichtlicher Form werden die folgenden Schwerpunkte beschrieben:

- Symptome der CMD
- Risikogruppen
- Diagnose, Differenzialdiagnosen
- Klinik
- Risikofaktoren
- Systemische und psychische Faktoren
- Zahnärztliche Untersuchung und Therapie
- Physikalische Behandlung
- Physiotherapie
- Entspannungstechniken
- Psychotherapie
- Komplementäre Heilverfahren

Das umfangreiche Glossar und ein Register bilden den übersichtlichen Abschluss des Ratgebers. Das klare Konzept des Buches gibt Patienten und Therapeuten verständliche Informationen.

Felix Meier, Zürich