

Zahnmedizin aktuell

Neue Zahnpflege-Versicherung SwiDent will Schweizer Markt erobern

Profitable Prophylaxe?

Roger D. Weill

Ende Oktober 1997 flattert den Schweizer Zahnärztinnen und Zahnärzten ein Brief der Lloyds Bank aus Genf ins Haus. Darin weist das Finanzinstitut auf die Möglichkeit eines Erwerbs von Aktien der neuen Gesellschaft SwiDent hin.

Lloyds macht in diesem Schreiben den Zahnärzten den Mund wässrig, indem es SwiDent «ohne Zweifel eine glänzende Zukunft» voraussagt.

SwiDent (Inc.) ist eine an der Börse von Toronto kotierte Aktiengesellschaft mit einer Gesamtkapitalisierung von 15 000 Millionen Kanada-Dollar, was in etwa dem gleichen Betrag in Schweizer Franken entspricht. SwiDent Inc. (Ontario) ist 100prozentige Besitzerin der SwiDent S. A. (Schweiz) mit Sitz in Genf. Das an die hiesige Zahnärzteschaft gerichtete Angebot war Teil einer letzten Tranche von 450 000 Aktien zum Emissionspreis von 6.75 Can\$. Laut Angaben von SwiDent-Verwaltungsratspräsident und Chief Executive Officer Jack Burnett konnten bei dieser Emission 75 000 Aktien abgesetzt werden.

Hohes Risiko

Ein Blick während des Monats Januar auf die Kursent-

wicklung des Titels mit dem Symbol «SWIN CN» zeigt praktisch keine Bewegung für den Valor mit der Nummer 790 747. Die angegebenen Kurse lagen jedoch immer unter den 6.75 Can\$. Der Beginn der effektiven Geschäftstätigkeit ist denn auch erst für diesen Monat vorgesehen.

Beim Kauf der SwiDent-Aktien handelt es sich auf jeden Fall um ein äusserst risikobehaftetes Investment («high degree of risk»). Das steht im 50 Seiten starken, in Englisch abgefassten Emissionsprospekt vom 21. November 1997. Bereits auf der ersten Seite wird in halbfetter Schrift auf den Umstand hingewiesen, dass zum Zeitpunkt der Prospektumgebung für die SwiDent-Papiere kein Markt vorhanden sei und die Gesellschaft über keinerlei bisherige operative Erfahrungen verfüge.

Ein Grund für den schon vor Beginn der Geschäftstätigkeit hohen Eigenkapitalbedarf ist

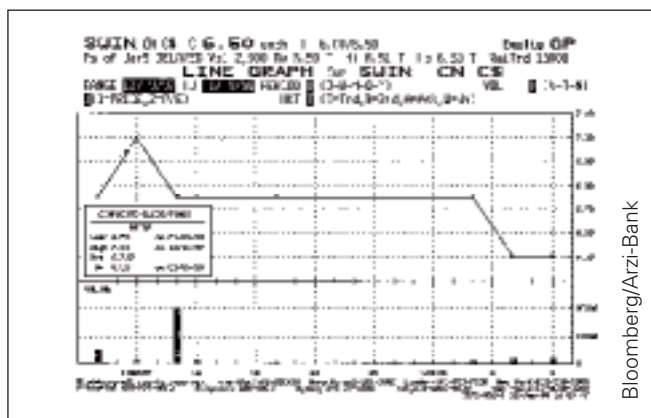
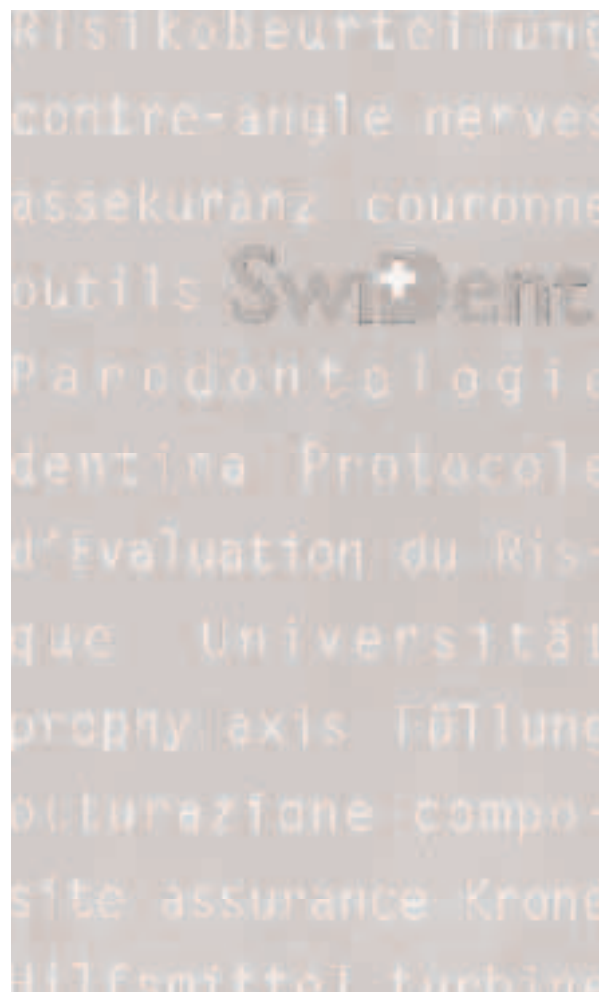


Chart der SwiDent-Aktie: Noch läuft nicht viel



SwiDent-Prospekt

in den strengen Anforderungen zu suchen, die das Bundesamt für Privatversicherungen stellt. Acht Millionen Franken müssen als Kapitalreserve dienen. Laut Auskunft von Kurt Schneiter, Pressesprecher des Bundesamtes für Privatversicherungen, erfüllt SwiDent diese Auflage. Am 25. August vergangenen Jahres anerkannte das zum Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement gehörende Bundesamt für Privatversicherungen SwiDent sowohl als Unfall- und Krankenversicherung.

Schweizer Wissenschaftler hinter SwiDent

Ein grosses Verdienst kommt den SwiDent-Verantwortlichen zu, dass sie es verstanden ha-

ben, Persönlichkeiten aller vier Zahnmedizinischen Universitätszentren der Schweiz im wissenschaftlichen Gremium, dem «Scientific Advisory Board» zu vereinen. Dieses zeichnet in erster Linie verantwortlich für die Risikoerfassung der zu versichernden Patienten und dem präventiven Behandlungsprogramm. In alphabetischer Reihenfolge gehören dem Gremium an: Prof. P. Baehni (Genf), Dr. C. Gerber (Bern), Prof. P. Hotz (Bern), Prof. N. P. Lang, (Bern) Prof. F. Lutz (Zürich), Prof. J. Meyer (Basel), Prof. S. Palla (Zürich). Auch Prof. T. M. Marthaler (Zürich) erhielt vor einiger Zeit eine Anfrage, wollte aber aus Alters- und Zeitgründen auf eine Mitarbeit verzichten. Er

kann sich durchaus mit dem Grundgedanken einer Zahnpflege-Versicherung anfreunden, hat sich aber nie mit den Details der Machbarkeit auseinandergesetzt.

Die Risikobeurteilung, für deren genaues Vorgehen eine Broschüre existiert und SwiDent entsprechende kostenlose Seminare anbietet, gliedert sich in die Kariesrisikobeurteilung, in die Parodontale Risikobeurteilung, in die Analyse der Erosionen und keilförmigen Defekte sowie die Myoarthropathien. Für diese Arbeit, die gemäss SwiDent zwischen 30 bis 40 Minuten dauern soll, erhält der Zahnarzt, falls er Hand bietet zur Zusammenarbeit mit der Versicherung, eine Pauschale von 200 Franken. Alle weiteren Arbeiten, deren Bezahlung die SwiDent übernimmt, kann er zu einem Tarif von 3.40 Franken pro Taxpunkt bei Erwachsenen und 3.10 Franken bei Kindern abrechnen. Vermittelt der Zahnarzt einen Patienten an die SwiDent, erhält er dafür ein Honorar von 50 Franken.

Die Wissenschaftler selbst erhalten für ihre Mitarbeit eine Tagesentschädigung von 500 Franken.

Die wohl grösste SwiDent-Trumpfkarte – das breit abgestützte, unabhängige wissenschaftliche Gremium – birgt aber zugleich ein Risiko in sich: Erfolg und Akzeptanz hängen weitgehend von dieser Einrichtung ab. Irgendwelche Unstimmigkeiten mit SwiDent könnten unabsehbare Folgen für die Gesellschaft haben.

«Mehr als eine Versicherung»

Am Anfang unterzieht sich der Patient bei einem bei SwiDent registrierten Zahnarzt der Risikoerfassung. Dabei hat der Patient vorgängig seinen Zahnarzt mittels des Versicherungsantrags vom Berufsgeheimnis entbunden und ihn dazu ermächtigt, dem Versicherer (also SwiDent) Unterlagen zu übermitteln und Auskünfte zu erteilen. Die Kosten der Risikoanalyse gehen – im Fall, dass der Patient die Versicherung tatsächlich abschliesst – zu Lasten der SwiDent. Das Risikoprofil unterscheidet – nebst dreier Altersklassen – die Kategorien «Gute Mundgesundheit»,

«Durchschnittliche Mundgesundheit» und «Schlechte Mundgesundheit». Ein Erwachsener bezahlt dann, falls er überhaupt in die SwiDent eintreten kann, für eine vierjährige Vertragsdauer entweder 416 Franken, 695 Franken oder 1260 Franken pro Jahr (Kinder 265 Franken, 375 Franken oder 1060 Franken pro Jahr). Vorhandene Zahnschäden vor Versicherungsabschluss müssen auf eigene Kosten in Ordnung gebracht werden.

Die Deckung des SwiDent-Gesundheitsplanes erstreckt sich auf alle natürlichen Zähne und das lebende Mundgewebe. Bereits bestehende Zahnprothesen, Implantate, Überlappungen und Kronen sowie devitalisierte Zähne sind von der Versicherungsdeckung ausgenommen, da der Gesundheitszustand dieser Elemente nicht verändert werden kann. Muss jedoch während der Laufzeit der SwiDent-Police eine entsprechende Restauration erfolgen, wird dies als eine versicherbare Auslage gedeckt. Generell umfasst das Leistungsangebot die umfassende klinische Untersuchung, regelmässige präventive Behandlungen, Eingriffe zur Sanierung, Eingriffe am Zahnmark und periodontale Eingriffe. Keine Deckung gibt es für orthodontische Eingriffe, für kosmetische Behandlungen und die Laborkosten. Selbstbehalt und Beteiligungen gibt es nicht; die maximal versicherbare Summe beträgt 10 000 Franken.

Eine nicht repräsentative SMFZ-Umfrage bei einigen zufällig ausgewählten Zahnärzten zeigt, dass der Kategorie «Gute Mundgesundheit» die besten Chancen gegeben werden. Die höchste Risikostufe – so das Verdikt – sei für den Patienten finanziell ziemlich sicher nicht interessant. SwiDent versichert die Prophylaxe. Das Risiko von Behandlungskosten wird damit minimiert, indem der Patient nach Massgabe des SwiDent-Zahnarztes mehrmals präventiv die Praxis aufzusuchen hat. Bei der Festlegung der Prämienhöhe ist somit die seitens der SwiDent direkt dem Zahnarzt zu überweisende Abgeltung berücksichtigt (etwa 60 Prozent der Prämie) als auch ein Risikoanteil. SwiDent, die ihre Kunden obligatorisch prophylaktisch

Nichts Neues im Westen

(rdw.) Für die SSO ist die Idee der Zahnpflegekosten-Versicherung nicht neu. Sie hat verschiedentlich die Vor- und Nachteile abgewogen. Schon Anfang der 90er Jahre machte sie sich in einem Grundsatzpapier «SSO 2000» auch Gedanken zu einer (standeseigenen) Zahnpflegekosten-Versicherung. Sie stützte sich dabei auch auf eine Umfrage des «Brückenbauers», der in einer Umfrage ermittelte, dass drei Viertel der Befragten von den Krankenkassen forderten, die Zahnpflegekosten zu übernehmen. (Brückenbauer Nr. 18 vom 1. Mai 1991.)

Die von der SSO vertretene These lautete damals:

«Die SSO kann – standespolitisch und wirtschaftlich sinnvoll – eine eigene Zahnpflegekosten-Versicherung aufbauen. Die standespolitische Wünschbarkeit ist vom Zentralvorstand und der Gesundheitspolitischen Kommission zu prüfen. Ein entsprechendes Modell wäre dann auf Basis von Vorgaben der SSO von einem unabhängigen Versicherungsmathematiker ausarbeiten zu lassen.»

Auch im vergangenen Jahr beschäftigte sich der Vorstand mit dieser Idee, die unterdessen den Namen «ProphyDent» trägt.

Es ist anzunehmen, dass der beträchtliche Aufwand zur Etablierung einer solchen Zahnpflegekosten-Versicherung und vor allem die Ungewissheit eines Erfolges die SSO bis jetzt davon abgehalten haben, konkret über die Einführung eines die Prophylaxe stärkenden Versicherungsmodells zu beschliessen. Um so gespannter dürfte sie jetzt sein, ob nun der privaten SwiDent der Durchbruch gelingen wird.

behandeln lässt und den Zahnarzt dafür auch bezahlt, wirbt in einem ihrer Prospekte daher wohl zu Recht mit dem Slogan «Mehr als eine Versicherung».

Falsche Grundlage für die Prämienrechnung?

Entscheidend für die Berechnungen der Prämienhöhe sind die Daten, auf die sich SwiDent stützt. Es handelt sich dabei um jene des Bundesamtes für Statistik. Laut SSO-Presse- und Informationschef Peter Jäger können diese Zahlen aber nicht richtig sein, da es sich dabei um Werte handelt, die aufgrund der Entwicklung im Gesundheitswesen hochgerechnet sind. So ergeben sich zwischen den von SwiDent ausgewiesenen Zahl und jener der SSO beträchtliche Unterschiede.

Ein Vergleich für die letztmals im Jahr 1992 erfolgte Erhebung: SwiDent weist – gestützt auf das Bundesamt für Statistik – für das Jahr 1992 372 Franken aus, die in diesem Jahr in der Schweiz pro Kopf für zahnärztliche Leistungen ausgegeben wurden. Für 1997 erwartet SwiDent solche Ausgaben in der Höhe von 458 Franken, und zwar aufgrund einer angenommenen jährlichen Wachstumsrate von fünf Prozent.

Die SSO hingegen stützt sich auf Daten gemäss Verbrauchserhebungen in privaten Haushalten und weist für das 1992 Pro-Kopf-Ausgaben von 288.60 Franken aus.

Kommunikation per Internet

SwiDent sieht generell die Kommunikation mit ihren Zahnärzten auf dem Internet vor. Eine eigens entwickelte Software namens «iDENTify» ist sowohl für die Risikobeurteilung als auch für den Behandlungsplan konzipiert. Verschiedene Computermasken ermöglichen dabei eine genaue Bestandesaufnahme der oralen Gesundheit und des Risikoprofils des Patienten. Der Zahnarzt überspielt alle diese Daten auf den SwiDent-Server in Genf. Die Risiko-Einteilung nimmt der Computer aufgrund der übermittelten Angaben vor.

Da der behandelnde Zahnarzt eines SwiDent-Patienten sein Honorar direkt von der Versicherung erhält, muss er – wenn möglich ebenfalls auf Internet – seine Arbeit nach Genf rapportieren. Die umgehende Zahlung erfolgt via «Electronic Funds Transfer». Bei einem funktionstüchtigen System würde dies für den Zahnarzt eine wesentlich vereinfachte Rechnungstellung und vor allem eine schnellere Begleichung bedeuten. «iDENTify» ist zudem für elektronische Post oder beispielsweise für das Recall vorgesehen. Es ist geplant, die Software auch für die Zusammenarbeit mit Brokern und Agenturen einzusetzen, die die SwiDent-Policen von nun an in möglichst grosser Anzahl unter das Schweizer Volk streuen sollen.

Im Gespräch mit SwiDent-Boss Jack Burnett

«Ich gehe davon aus, dass wir grosse Mühe haben werden, mit der Nachfrage Schritt zu halten»

Roger D. Weill (Text und Foto)

Jack Burnett ist Präsident des Verwaltungsrates und Chief Executive Officer von SwiDent Inc. (Canada), die zu 100 Prozent die SwiDent S. A. in der Schweiz besitzt. Jack Burnett ist der SMfZ Red' und Antwort gestanden.

SMfZ: Wie kamen Sie als kanadischer Financier und Unternehmer – der seit 15 Jahren in der Schweiz lebt – darauf, eine Versicherung wie die SwiDent zu lancieren?

Jack Burnett: Es schien mir einfach eine gute Idee, in einem so fortschrittlichen Land wie der Schweiz, in dem die Mehrheit der Bevölkerung keine zahnmedizinische Versicherung hat.

In welchen Bereichen haben Sie gearbeitet, bevor Sie die SwiDent gründeten?

Im Finanzsektor. Ich war früher Direktions- und Vorstandsmitglied der CNA Investors Inc., eines Gemeinschaftsunternehmens einer kanadischen Firma und der CNA Financial Corp., der Muttergesellschaft der gleichnamigen Versicherung.

Wie lange dauerten die Vorbereitungen für die Lancierung der SwiDent?

Rund zwei Jahre.

Was war zu tun?

Alles, vom Konzept bis zur Umsetzung, und wir entwickeln weiter.

Waren die Mitglieder des wissenschaftlichen Gremiums leicht zu bewegen, bei SwiDent mitzumachen?

Ich muss annehmen, dass jedes einzelne Mitglied des wissenschaftlichen Gremiums aus innerer Überzeugung mitgemacht hat, denn ich kann mir nicht vorstellen, dass eine Gruppe so hoch qualifizierter Männer ohne innere Beteiligung so vieles für so wenig leisten würde. Es war eine Zusam-

menarbeit zwischen allen vier zahnmedizinischen Fakultäten.

Wie reagierten die Schweizer Zahnärzte auf das Angebot von 350 000 SwiDent-Aktien?

Es wurden 450 000 Aktien aufgelegt. In der Schweiz wurden rund 75 000 gezeichnet.



SwiDent-Boss Jack Burnett

Wieviele Zahnärzte haben sich bisher für die Teilnahme an den Risikoabklärungs-Seminaren angemeldet?

Bisher haben wir 921 Anmeldungen für die Risikoabklärungs-Seminare. Alle Seminare sind ausgebucht, und wir tun, was wir können, um die Nachfrage zu befriedigen.

Wann wird die SwiDent erste Gewinne erzielen? – Das wird ja sicher auch von der Zahl der Versicherten abhängen. Wie sieht Ihre persönliche Prognose für die nächsten drei Jahre aus?

Ich weiss es nicht, und persönliche Prognosen will ich nicht machen.

Wie sind denn Ihre Erwartungen?

Ich gehe davon aus, dass wir grosse Mühe haben werden,

mit der Nachfrage Schritt zu halten.

Wer gehört zum Verwaltungsrat der SwiDent S.A. (Schweiz)?

Die Informationen über die Firmenstruktur sind allgemein zugänglich. Wir senden jedem Interessenten gerne unseren Prospekt.

Wieviele Profis arbeiten für die SwiDent, und in welchen Bereichen sind sie tätig?

Ich weiss nicht, was Sie unter Profis verstehen. Ich denke, bei der SwiDent arbeiten ausschliesslich Profis, bis zur Putzfrau.

Planen Sie ausserhalb von Genf Vertretungen einzurichten? Wenn ja, wann und wo?

Ja – in Europa, und bald.

Wenn ein Zahnarzt mit der SwiDent zusammenarbeitet, muss er dann in Hardware investieren, um die spezielle SwiDent-Software benutzen zu können? Wenn ja, wieviel muss er investieren?

Es kommt darauf an, ob der Zahnarzt einen PC hat. Das SwiDent-System baut auf dem Web auf und verlangt nicht viel zusätzliche Hardware. Falls ein Zahnarzt keinen PC hat und einen kaufen möchte, gibt es verschiedene Preisklassen. Praktizierende Zahnärzte, die keinen PC haben und auch keinen anschaffen möchten, können per Fax oder per Post mit uns kommunizieren. Die Investition hängt also vom Zahnarzt ab und davon, wie er oder sie seine oder ihre Praxis führen will.

Die SwiDent bietet ihre Dienste seit dem 1. November 1997 an. Wieviele Kunden haben Sie in den ersten zwei Monaten erreicht? Wie wollen Sie die Schweizer Kunden erreichen?

Wir haben noch gar nicht damit angefangen, unsere Dienste anzubieten. Die Lancierung ist im Februar vorgesehen.

Wird es eine Zusammenarbeit mit anderen Versicherungsgesellschaften geben? Wenn ja, wie sieht sie aus? Werden Sie eigene Agenten anwerben, um die SwiDent-Versicherung zu verkaufen? Wie werden Sie vorgehen, um Ihr Produkt zu verkaufen?

Eine Reihe von Krankenversicherungen haben sich an die SwiDent gewandt und sind interessiert, unser Produkt zu vermarkten. Zur Zeit stehen wir mit einigen in Verhandlungen. Meine grösste Sorge gilt derzeit jedoch nicht dem Marketing, sondern der Dienstleistungsqualität. Die Nachfrage ist so gross, dass ich – um ein Bild zu verwenden – versuche, den Deckel auf dem Topf zu halten, damit nichts überkocht und nichts anbrennt.

Die SwiDent-Idee wurde vor einiger Zeit auch von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) erwogen, bisher aber nicht realisiert. Wurde zu irgendeiner Zeit überlegt, ein Joint-venture mit der SSO einzugehen, um ihre offizielle Unterstützung zu erhalten?

Interessante Frage. Es erstaunt mich nicht, dass die Idee der SSO, eine Versicherungsgesellschaft zu gründen, bisher

SwiDent-Angebot an die SSO

Stellungnahme von SSO-Präsident Dr. Hans-Caspar Hirzel: «Es trifft zu, dass die SwiDent uns zum Mitmachen aufforderte. Sie hatte uns sogar einen Platz im wissenschaftlichen Gremium angeboten. Der Grund, warum die SSO nicht offiziell gegen oder für die SwiDent Stellung bezogen hat, liegt darin, dass wir der Ansicht sind – da wir nicht ohne Vorbehalte gegenüber diesem Versicherungsmodell sind – dass der freie Markt entscheiden soll. Ein «Nein» der SSO würde daher wettbewerbsverzerrend wirken (wie übrigens auch ein «Ja»). Es ist keineswegs eine Kompromiss- oder Verzögerungstaktik, die wir da verfolgen.»

nicht realisiert wurde. Eigentlich wäre ich überrascht, wenn sie es wäre.

Politiker kennzeichnen sich bekanntlich durch ihre Neigung zu Kompromiss und Verzögerung aus. Bevor sie sich exponieren, wollen sie gern zuerst sehen, woher der Wind weht. Kein Risiko, keine Kritik – im trockenen bleiben, die Stellung halten.

Meine Mitarbeiter und ich trafen im August 1997 mit dem Zentralvorstand der SSO zusammen, um die SwiDent vorzustellen und die SSO zur Beteiligung einzuladen. Als einzige Antwort habe ich seither einen Brief erhalten, im dem die SSO den Vorbeuge-Prinzipien der SwiDent-Versicherung zustimmte und weitere

Informationen wünschte – die wir ihr kurz danach zuschickten. Ich schlage vor, Sie stellen die gleiche Frage der SSO. Und informieren Sie mich bitte über die Antwort – falls Sie eine bekommen.

Wird die SwiDent im Fall eines überwältigenden Erfolgs den Markt bei den Preisen, Tarifen und Normendefinitionen im Total Quality Management (TQM) dominieren?

Total Quality Management – das Wort tönt für mich nord-amerikanisch. Ich mag es nicht. Ich kann Ihnen sagen, dass die SwiDent bei den Normen nicht in die Entscheidungen des wissenschaftlichen Gremiums oder seine Aufgaben eingreift oder eingreifen wird. Das wissenschaftliche Gremium stellt

Normen auf und definiert sie. Tarife werden wahrscheinlich weiterhin von der SSO festgelegt, es wäre denn, sie würde diese Aufgabe abgeben und Preise, soweit sie unser Versicherungsprodukt betreffen, werden von der SwiDent bestimmt.

Weshalb war es Ihrer Meinung nach so einfach, die Mitglieder des wissenschaftlichen Gremiums zu überzeugen, der SwiDent beizutreten?

Ich musste sie nicht überzeugen, Herr Weill. Ich habe sie gefragt. Überzeugt waren sie bereits.

Gibt es Pläne, die SwiDent-Idee der Zahnversicherung und Zahnprävention in andern Ländern, mit ähnlichen Struk-

turen wie denen der Schweiz, umzusetzen? In welchen Ländern?

Ja. Auch in Ländern mit Strukturen, die denen der Schweiz nicht ähnlich sind. In Europa.

Dürfen wir Sie schliesslich um ein paar zusätzliche Angaben über Ihre Person bitten?

Ich bin alt genug, um darüberzustehen, und jung genug, um der Versuchung zu erliegen. Kanadier, nach zwei Jahren von der Universität geflogen. Für Hobbies habe ich wenig Zeit und ich lebe in Genf.

Herr Burnett, wir danken Ihnen für dieses Gespräch und wünschen Ihnen viel Erfolg mit der SwiDent.

Ich danke Ihnen.

Stellungnahme des SSO-Sekretärs zur SwiDent

Das Wohl und Interesse des Patienten im Vordergrund

Roger D. Weill

Dr. iur. Alexander Weber, Sekretär und juristisches Gewissen der SSO, beantwortet im folgenden Beitrag Fragen zur SwiDent. Es handelt sich dabei ausdrücklich um eine persönliche Stellungnahme. Die Haltung des Vorstandes gegenüber der SwiDent-Idee kam in Editorial 12/97 von SSO-Vizepräsident Dr. Rolf Müller zum Ausdruck.

SMfZ: Um seinen Anspruch auf die versicherten Leistungen aufrechtzuerhalten, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, seine Versicherung regelmässig zu beanspruchen. Wieso sind Ihrer Meinung nach bisher andere Versicherungsgesellschaften nicht auf diese Idee gekommen, eine solche Versicherung der Prophylaxe zu offerieren? Gibt es dazu allfällige rechtliche Bedenken, dass ein Zwang besteht, den Zahnarzt aufzusuchen?

A. Weber Versicherungen beruhen grundsätzlich auf dem Solidaritätsgedanken, bei dem das wirtschaftliche Risiko, das den Einzelnen trifft, durch die Solidarität gemeinsam getragen wird, damit Kosten der Abdeckung des Risikos auf viele Schuldner verteilt werden können. Beispiel hierfür sind z. B. die Haftpflicht- oder

Elementarschadenversicherungen. Dies mag vor allem ein Grund dafür sein, dass Produkte wie dasjenige der SwiDent bis heute von Versicherungen nicht angeboten wurden. Aus wirtschaftlicher Sicht handelt es sich ja beim obligatorischen Bezug der Leistungen weniger um ein Versicherungsprinzip als eher um eine Ratenzahlung für regelmässig zu konsumierende Leistungen. An sich ist es jedem freigestellt, ob er einen Zahnarzt aufsuchen will. Ebenso ist es auch jedem freigestellt, ob er sich dem Angebot der SwiDent anschliessen will. Beschliesst ein Patient, das Angebot anzunehmen, weiss er, welche Pflichten ihn treffen und welche Leistungen er gegebenenfalls von SwiDent zu erwarten hat. Damit entscheidet jeder Patient auch selber, ob er in den vorgegebenen

Intervallen der SwiDent-Bedingungen den Zahnarzt aufsuchen will oder nicht; hält er den Rhythmus nicht ein, sind die Folgen hierzu dem Patienten im voraus bekannt, aufgelistet in den genannten Bedingungen der SwiDent. Der Abschluss der SwiDent-Versicherung mag für einen Patienten Anlass sein, vielleicht häufiger den Zahnarzt aufzusuchen, als er dies ohne eine solche Versicherung tun würde.

Daten über den oralen Gesundheitszustand der SwiDent-Versicherten werden so abgespeichert, dass sie allen Schweizer Zahnärzten via Internet und/oder Fax zugänglich sind. Haben Sie hierzu keine Bedenken, dass der Datenschutz verletzt werden könnte?

Die Details der Datensicherung von SwiDent sind mir nicht bekannt. Für die Art und Weise, wie Daten zu speichern sind und wer Zugang zu solchen hat, bestehen in der Schweiz gesetzliche Regelungen. Ich darf wohl davon ausgehen, dass SwiDent diese Vorgaben einhält. Festzuhalten ist, dass es sich bei medizinischen Daten grundsätzlich um sensible Daten handelt, die einer entsprechenden Behandlung und Absicherung gegen unbefugte Zugriffe bedürfen. In dem Sinne glaube ich nicht, dass alle Schweizer Zahnärzte direkt via Internet Zugriff



SSO-Sekretär Dr. iur Alexander Weber

haben, sondern dass durchaus Sicherheitsventile eingebaut sind, so dass ein unbefugter Zugriff auf diese Daten verhindert wird. Hinzuzufügen ist, dass Herr des ärztlichen Geheimnisses und damit der Daten grundsätzlich der Patient selbst ist. Er bestimmt, welche Daten Dritten zugänglich gemacht werden dürfen.

Ausser einem Editorial in der SMfZ 12/97 von SSO-Vizepräsident Dr. Rolf Müller hat die SSO zur SwiDent keine Stellung bezogen. Dies, obwohl viele Zahnärzte gerne die Meinung ihrer Standesorganisation zu dieser neuen Versicherungsgesellschaft vernehmen würden. Was sind die Gründe, weshalb die SSO die SwiDent nicht offiziell empfiehlt resp. ablehnt?

Es ist richtig, dass der SSO-Vizepräsident, Dr. Rolf Müller, im Editorial der SMFZ 12/97 sich zum Thema «SwiDent» äussert. Dies ist jedoch nicht die einzige Äusserung von seiten der offiziellen Stellen der SSO. Ein Hinweis findet sich bereits in der November-Nummer des SSO-Internums Nr. 6/97, Seiten 150 (deutsch) und 151/152 (französisch). Zudem ist an der Präsidentenkonferenz über SwiDent gesprochen worden. Der Vorstand hat seine Meinung hierzu geäussert und es kann in diesem Zusammenhang auf das SSO-Internum Nr. 1/98 verwiesen werden, in dem sich ein Bericht über die Präsidentenkonferenz findet. Zudem haben Mitglieder des SSO-Vorstandes auch an verschie-

denen kantonalen Versammlungen Fragen bezüglich SwiDent beantwortet. Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO unterstützt seit Jahrzehnten die Prophylaxe-Bemühungen zur Verbesserung der oralen Gesundheit der Bevölkerung. In dem Sinne steht sie Projekten, welche die Verbesserung der oralen Gesundheit der Bevölkerung zum Ziele haben, grundsätzlich positiv gegenüber. Allerdings stellt sich auch die Frage, wie solche Systeme ausgestaltet sind. Im Rahmen der Handels- und Gewerbefreiheit kann jedermann ein solches System propagieren, was SwiDent auch getan hat. Wohl fördert das System die Prophylaxe, wirft jedoch im Zusammenhang mit der Ver-

pflichtung zum regelmässigen Zahnarztbesuch, des Datenschutzes wie auch des Kosten-Leistungs-Verhältnisses etc. durchaus Fragen auf, die einer näheren Überprüfung bedürfen.

Die Lloyds Bank International, Genf, hat die Schweizer Zahnärzte in einem Brief von Ende Oktober 1997 aufgefordert, Aktien der an der Börse von Toronto kotierten Swident Inc. zu zeichnen. Swident Inc. hält 100 Prozent der SwiDent mit Sitz in Genf.

Halten Sie persönlich die Verknüpfung Zahnarzt-Investor-Mitbesitzer der gewinnorientierten Versicherungsgesellschaft, deren Erfolg von der Anzahl prämienzahlender Zahnarzt-Patienten abhängt,

standespolitisch nicht für äusserst problematisch?

Grundsätzlich hat jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt selber zu entscheiden, wie er sein Geld investieren will. In seiner beruflichen Tätigkeit hat sich jedoch der Zahnarzt am Wohle und an den Interessen des Patienten zu orientieren. Es ist jedoch durchaus ein ethisches Problem, wenn die berufliche Tätigkeit mit den eigenen wirtschaftlichen Interessen in Konflikt gerät. Allerdings ist dies nicht nur in Zusammenhang mit dem Angebot der SwiDent zu beurteilen, sondern diese Frage stellt sich generell bei der beruflichen Tätigkeit und ist vom Zahnarzt individuell – auf das Wohl des Patienten bezogen – zu entscheiden.

Rund um SwiDent

SwiDent – bald das Mass aller Dinge?

Roger D. Weill

Prof. Felix Lutz, Direktor des Instituts für Kariologie am ZZMK der Universität Zürich, Mitglied des wissenschaftlichen SwiDent-Gremiums:



Massive Botschaft

«Ich mache mit, weil gesagt wird, dass Attachment-Verlust, Parodontitis und Karies vermeidbar sind. Wenn dieses Ziel dank SwiDent garantiert werden kann, erhält der Konsument eine Sicherheit und Dienstleistung. Für die Zahnärzte ist dies eine massive Botschaft. In Zukunft wird es mehr Prophylaxe-Assistentinnen brauchen. SwiDent beugt einem Overtreatment seitens der Zahnärzte vor.»

Prof. Niklaus P. Lang, Direktor der Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik, Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern, Mitglied des wissenschaftlichen SwiDent-Gremiums:



Massenandrang erwartet

«Ich kann das Abseitsstehen der SSO in Sachen SwiDent nicht verstehen. Dies um so mehr, als es in meinen Augen das erstmalige Zusammenwirken von Vertretern aller vier Zahnmedizinischen Universitätszentren zu würdigen gilt. Dies im gemeinsamen Bemühen, die Prophylaxe weiter

zu fördern. SwiDent wird die Zahnmedizin verändern, der Zug fährt; im Gegensatz zur Atomenergie ist das Ziel bekannt. Ende 1998 wird es mindestens 50 000 Versicherte haben, in fünf Jahren werden es eine halbe Million sein. Die Kosten in der Zahnmedizin werden dadurch massiv gesenkt, der Bedarf an DHS wird entsprechend ansteigen.»

Prof. Sandro Palla, Direktor des Instituts für Kaufunktionslehre am ZZMK der Universität Zürich, Mitglied des wissenschaftlichen SwiDent-Gremiums:



Massenmedium

«Ich mache mit, weil mit SwiDent etwas erreicht werden kann, das wir mit der Universität nicht erreichen konn-

ten. Dazu braucht es laut meiner Erfahrung immer eine Art Massenmedium.»

Geschenk um jeden Preis für den SSO-Präsidenten

Masslos

Nicht schlecht staunte SSO-Präsident Dr. Hans-Caspar Hirzel, als er an seinem Engadiner Ferienort Ende Dezember 1997 36 Flaschen edlen Tropfens französischer Provenienz vorfand. Absender war der kanadische Unternehmer Jack Burnett aus Genf, der sich nach umgehender Rücksendung dieser unerwarteten Aufmerksamkeit die drei Dutzend Flaschen gleich selbst kredenzen durfte. Doch SSO-Präsident Hirzel machte die Rechnung ohne den Wirt:



An seinem Aargauer Wohnort erreichte ihn erneut ein Paket. Dieses Mal enthielt es einen ferngesteuerten Porsche inkl. Schnellladegerät. Absender war wieder der umtriebige kanadische Unternehmer aus Genf. Hirzel mochte dieses Mal nicht mehr derart unfreundlich sein und behielt das Spielzeug in Oberrohrdorf

(man erhält ja auch nicht jeden Tag einen Porsche geschenkt).

Während der SSO-Präsident nach wie vor mit seinem aus eigenen Mitteln erworbenen 911er zur Arbeit fährt, vergnügt sich mittlerweile Hirzels männlicher Nachwuchs mit der spendierten Nobelkarosse en miniature.

Schneller Abgang des SwiDent-Direktors

* * *

Massvolle Weiterarbeit

«In gutem Einvernehmen» hat sich Hansjörg Eberle schon nach wenigen Monaten als Direktor von SwiDent verabschie-

det. Unterschiedliche Auffassungen über die Geschäftsführung hätten zu diesem Entscheid geführt, meinte der ehemalige Finanzchef des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz gegenüber der SMFZ. Nach dem SwiDent-Austritt setzte Eberle seine Arbeit für Jack Burnett im Informatik-Bereich im Auftragsverhältnis fort.

Prof. Niklaus P. Lang zeigte, wo's lang gehen sollte

«Man versichert ein Haus nicht erst dann, wenn es brennt»

Roger D. Weill

Der folgende Stimmungsbericht vermittelt die Eindrücke und Gedanken des unvoreingenommenen SMFZ-Berichterstatters anlässlich des mit etwa 200 Interessenten sehr gut besuchten SwiDent-Seminars über die Risikobeurteilung der Patienten in bezug auf parodontale Erkrankungen, Karies, Funktionsstörungen und Schäden an der Zahnhartsubstanz vom 23. Januar in Zürich.

Sepiafarbene Unterlagen bestimmen das Erscheinungsbild der SwiDent. Aus den in den Unterlagen verwendeten grau- und blaufarbenen, schwarzumrandeten Rechtecken entsteht schliesslich dieser freundliche, pastellfarbene Rotton, der einen angenehmen Kontrast zum eigentlichen feuerroten SwiDent-Logo bildet.

Ähnliches liesse sich auf die Zürcher Veranstaltung vom 23. Januar übertragen. Auf der einen Seite durchaus ruhige sachliche Informationen in Moll seitens des SwiDent-Vertreters und der Herren *Proff. Peter Hotz* (Risikobeurteilung der Karies), *Sandro Palla* (Risikobeurteilung Myoarthropathien) und *PD Adrian Lussi* (Risikobeurteilung Erosionen), auf der anderen Seite die dominierende Figur des Nachmittags, des zuweilen in Dur auftretenden *Professors Niklaus P. Lang*.

Im Gegensatz zu seinen Kollegen, die sich ausschliesslich zur Vorgehensweise der Risikoerfassung äusserten, trat Professor Lang als feuriger Promotor der SwiDent-Idee auf.

SwiDent selbst stellte sich erst gegen Schluss der Veranstaltung vor. Nicht der im Saal anwesende Chief Executive Officer und SwiDent-Verwaltungsratspräsident Jack Burnett, sondern der rhetorisch eher unbegabte *Stefan Voellmin* übernahm diese Aufgabe. Auf die brennenden Fragen antwortete dann logischerweise meistens wieder Professor Lang, der nebst den Ausführungen zu seinem Spezial-Gebiet, der Parodontalen Risikobeurteilung, die Begrüssung vornahm und über das Konzept der SwiDent sprach. Dabei streifte er auch die jüngst vom Zaun gebrochene Kontroverse um seine Rolle als Präsident einer Jury, die im Nachrichtenmagazin «Facts» vom 8. Januar 1998 die 120 Top-Zahnärzte der Schweiz bestimmte (vgl. dazu Editorial und die Stellungnahme auf Seite 170 dieser Ausgabe).

Professor Lang wies in seinen Ausführungen auf das gesamtschweizerische Interesse der SwiDent hin. Über 900 Zahnärzte hätten sich für die bisherigen Risikobeurteilungseminare angemeldet. «Wir

sind alles Lernende, und in drei bis vier Jahren werden wir sehen, wie sich die SwiDent-Idee entwickelt haben wird», sagte Lang. Um den Zahnärzten für die Parodontale Risikoerfassung gleich das richtige Instrument in die Hände zu geben, liess er zu Beginn der Veranstaltung jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer eine Parodontal-Sonde gleichen Fabrikates verteilen, um zu zeigen, wie Sondierungstiefen der parodontalen Taschen von mindestens 5 mm ermittelt werden sollen. «30 Franken gespart», raunte es von irgendwo her.

Während der Ausführungen Langs blieb es jedoch nicht nur beim Flüsterton. Professor Lang wirkte im vollen «Manhattan»-Saal des Hotels Inter-Continental recht gereizt. Probleme mit falsch projizierten Dias taten ein übriges. Fragen um die Entschädigung der Risikoerfassung und des angewandten Tarifs weckten in der grössten Schweizer Stadt wohl ein grösseres Interesse als anderswo.

Auch Jack Burnett, der in Zürich wohl den Puls erspüren wollte, bestätigte den Eindruck, dass Lang um einiges aggressiver auftrat als in Basel oder Bern.

Aus der Sicht von SwiDent dürfte der Zürcher Anlass deshalb ein Rückschlag gewesen sein: Während die fachlichen-zahnmedizinischen Ausführungen betreffend Risikoerfassung durchaus auf fruchtbaren Boden fielen, verliessen einige Interessenten, als es um die Versicherung selbst ging, kopfschüttelnd den Saal. «Ich lasse mir doch nicht von ei-

nem Professor vorschreiben, welchen Tarif ich anzuwenden habe», meinte ein Zahnarzt. Ein anderer, der keine DH beschäftigt, wollte nicht wahrhaben, dass er das Assessment im Prinzip zum DH-Tarif durchführen müsste.

Der Beobachter nahm mit einigem Erstaunen zur Kenntnis, dass ein ausgezeichneter Wissenschaftler wie Professor Lang («Man versichert ein Haus nicht erst dann, wenn es brennt») mit der Propagierung der SwiDent-Idee die Werbetrommel für die «Industrie» (Synonym Langs für «SwiDent») rührte. Lang gab unumwunden zu, dass die gesammelten epidemiologischen Daten der Forschung zur Verfügung stünden.

Es sei schliesslich die Frage erlaubt, ob es im Interesse der Sache nicht von Vorteil gewesen wäre, wenn sich Professor Lang gleich seinen Kollegen ausschliesslich auf die Erläuterungen der Risikobeurteilung in seinem Fachgebiet konzentriert hätte. Den Rest hätte auch ein beschlagener SwiDent-Vertreter übernehmen können, um eine klare Trennung zwischen dem wissenschaftlichem Gremium einerseits und den kommerziellen Absichten andererseits vorzunehmen. Der überdurchschnittliche Einsatz für SwiDent seitens eines Vertreters des wissenschaftlichen Gremiums könnte schliesslich als Bumerang auf alle Beteiligten zurückkommen, die bis jetzt mit Stolz auf das erstmalige Zusammenwirken von Persönlichkeiten aller vier Schweizer Hochschulen mit Zahnmedizinischen Zentren hingewiesen haben.

Persönliche Stellungnahme von Prof. Niklaus P. Lang

«Zum odontologischen Clown der Nation geworden»

Aufgrund der in «Facts» erschienenen Artikelserie bin ich in Kollegenkreisen ungewollt zum Gesprächsstoff geworden, wobei vor allem die in «Facts» Nr. 2 vom 8. Januar 1998 publizierte Liste der «120 bestausgebildeten Zahnärzte» zu reden gab. Ich bin der Monatsschrift zu grossem Dank verpflichtet, dass sie mich an dieser Stelle zu diesem Journalismus Stellung beziehen lässt.

Ich verstehe alle Kolleginnen und Kollegen, die böse, bestürzt, enttäuscht oder gar nur nachdenklich geworden sind und die nicht verstehen können, dass sich ein Universitätsdozent für diese Art Reportage gewinnen lässt. Die publizierte Liste ist als Ganzes gesehen absurd und weist in ihrem Inhalt geradezu groteske Fehler auf. Ich schliesse mich deshalb vollumfänglich ihrem Urteil an: Die Liste ist eine Katastrophe.

Telephonisches Kurzinterview

Vor Weihnachten wurde mir während zirka 15 Minuten ein Interview mit dem «Facts»-Chefredaktor Jürg Wildberger arrangiert, das dann – nach meiner Korrektur – in einem völlig veränderten Umfeld und in einem ganz anderen Zusammenhang, als ich es verstanden hatte, abgedruckt wurde. Dieser Zusammenhang wurde mir erst zum gleichen Zeitpunkt wie den Lesern, nämlich beim Erscheinen der «Facts»-Ausgabe klar. Es wurden mir weder die Titelzeile noch die beiden Artikel von Irène Dietschi und Res Strehle, noch das Layout, noch die ganze Liste der Zahnärzteschaft, noch die für die Aufmachung verwendeten Illustrationen gezeigt. Mein eigenes Bild, das Facts aus zirka 20, von einem Fotografen in aller Eile gemachten, auswählte, konnte ich ebenfalls erst im fertigen Bericht sehen, und ich verstand sogleich: Ich war zum odontologischen Clown der Nation geworden.

Kein Leiter einer Jury

Ich bin weder der Leiter einer «Facts»-Jury gewesen noch habe ich je mit einer Jury getagt

oder gar Kriterien für eine Liste erarbeitet. Ich kenne auch die Namen der übrigen 19 Befragten nicht, und man will sie mir auch nicht bekannt geben, da sie anonym (auch für mich) bleiben wollen. Ich weiss aber, dass kein Präsident oder kein Delegierter einer Fachgesellschaft (Kieferorthopädie, Parodontologie, Zahnärztliche Prothetik, Zahnärztliche Chirurgie) am Verfassen dieser Liste beteiligt war.

Liste war bei «Facts» vorhanden

Eine Liste der «besten» Zahnärzte war für mich sowie so absurd. Da man mich aber dahingehend orientierte, dass man in total vier Ausgaben die zahnmedizinischen Subspezialitäten vorstellen wollte, schlug ich vor, die Liste der Spezialisten der Fachgesellschaften zu publizieren. Dies wollte Facts nicht mit der Begründung, es wären zu viele Namen darauf. Man sandte mir dann die Liste der Parodontologen, welcher 28 Namen – darunter gar den meinigen – enthielt. Um eine noch grössere Unausgeglichenheit zu vermeiden, habe ich diese Liste mit 18 zusätzlichen Namen, von denen nicht einmal alle publiziert wurden, ergänzt. Ich tat dies in voller Gewissheit, dass die bereits bestehende «Facts»-Liste von meinen Kollegen anderer Fachrichtungen ebenfalls überarbeitet würden und dass «Facts» diese Liste auf jeden Fall publizieren würde.

Nötigenfalls rechtliche Schritte

«Facts» hat mich nun durch das Layout und die Präsentation

meiner Person zum Alleinverantwortlichen für diese Liste gestempelt. «Facts» hat erfolgreich meine Integrität als Universitätsdozent, meine Loyalität zu meinem Berufsstand und meine Objektivität bei der Beurteilung von Leistungen in Frage gestellt. Diesen Missbrauch werde ich nicht sang- und klanglos hinnehmen, und ich behalte mir rechtliche Schritte vor, wenn der Sachverhalt nicht restlos korrekt dargestellt wird.

Plädoyer für Schweizer Zahnmedizin

Diejenigen, die mich seit 30 Jahren kennen und seit 20 Jahren mein berufliches Engagement als Universitätsdozent mitverfolgen, wissen, dass ich 100%ig hinter unserem Berufsstand stehe, dass ich alles tat und tue, um ohne Einschränkung den Graben zwischen Universität und Praxis zu überbrücken, dass ich alle Kolleginnen und Kollegen äusserst schätze, die sich redlich bemühen, unsere Bevölkerung jahraus, jahrein zu betreuen. Die Schweizer Zahnmedizin hat ein sehr hohes Niveau. Die Rekrutenuntersuchungen (die letzte 1996) zeigen deutlich, dass unser Berufsstand zusammen mit Industrie, Schulbehörden und Universitäten die orale Gesundheit der Bevölkerung gewaltig zu verbessern wusste. Zudem ist aus den gleichen Studien die stetige Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Arbeiten ersichtlich.

Da braucht sich niemand zu schämen, dem Zahnärztestand in der Schweiz anzugehören. Die Leistungen sind im internationalen Vergleich sehr gut. Spezialistenausbildung aber braucht es trotzdem, nicht zuletzt zur praktischen und theoretischen Förderung der verschiedenen Fachgebiete. Auch im Bereich des spezialisierten Fachwissens und praktischen Könnens sieht man auf die Schweiz mit anerkennendem Blick.

Vollständiges Aufrollen der Tatsachen durch die SSO

Aufgrund des Aufgeführten dürfte es klar sein, dass meine Beweggründe, eine bereits bestehende und zur Publikation vorgesehene Liste zur besseren Ausgewogenheit zu ergänzen, nicht ein Hang zum Sensationsjournalismus waren. Wir sehen uns in letzter Zeit konfrontiert mit Vernehmlassungsverfahren zum neuen Medizinalberufsgesetz, zum neuen Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich, zu immer aufdringlicher werdenden EU-Standards, und schliesslich werden wir uns auch mit dem Kartellgesetz und den Folgen für unseren Stand beschäftigen müssen. All dies erfordert besonnenes und ausgewogenes Handeln. Ich hoffe deshalb sehr, dass wir unsere Energien für diese wichtigen Aspekte bereithalten können. Dies bedingt aber im Falle der «Facts»-Reportage vollkommene Klarheit.

Ich bitte deshalb die Schweizerische Zahnärzteschaft SSO, den Fall «Facts» vollständig aufzurollen, zu untersuchen und das Ergebnis publik zu machen.

Selber habe ich das grösste Interesse an einer objektiven Beurteilung von aussen.

Niklaus P. Lang



Ruth Schlup-Haldi: Seit zehn Jahren bei der SMfZ

PC-Handbuch als Nachtlektüre

Roger D. Weill

Bei einem Personalbestand von zwei Festangestellten sind Dienstjubiläen der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin eine seltene Angelegenheit. So ist es eine besondere Genugtuung, das zehnjährige Wirken von Ruth Schlup an der Berner Postgasse zu vermerken.

Monat für Monat gehen Tausende von Zahnärzten den Kongress- und Fortbildungskalender durch. Die Betreuung dieses wichtigen und umfangreichen Teiles der SMfZ ist eines der Aufgabengebiete, für die Redaktionsassistentin Ruth Schlup zuständig ist.

Was auf den ersten Blick wie die chronologische Aneinanderreihung beliebiger Fortbildungsveranstaltungen aussieht, ist in der täglichen Arbeit mit unzähligen Anfragen und Rückfragen verbunden, was seinen Grund in fehlenden Telefonnummern oder Ansprechpersonen haben kann. Zudem ist nicht immer klar, ob dem Wunsch nach Aufnahme in den Kalender entspro-

chen werden kann. Nebst zahlreichen administrativen Aufgaben betreut Ruth Schlup zudem die Bücher- und Zeitschriftenbesprechungen. Sie führt für diese Rubriken den Umbruch mittels modernem Desktop-Publishing durch. Eine beachtliche Leistung für jemanden, der vor zehn Jahren im Alter von 53 Jahren ohne irgendwelche PC- resp. Mac-Kenntnisse den beruflichen Wiedereinstieg geschafft hat.

«Es war damals hart», gibt Ruth Schlup heute unumwunden zu, «am 1. Februar 1988 war niemand hier, der mir eine Art Einführungskurs gegeben hätte. So nahm ich Nacht für Nacht das PC-Handbuch mit ins Bett, um



Ein Dezennium SMfZ: Ruth Schlup-Haldi

mich up to-date zu bringen.» Mit Erfolg. Den neuen Entwicklungen auf dem rasant fortschreitenden Computermarkt zeigt sich Ruth Schlup zugänglich. Darüber kann der SMfZ-Redaktor froh sein, der gerade in diesem Bereich die Aufgeschlossenheit von Frau Schlup besonders schätzt.

Ihre Fröhlichkeit und Beschlagenheit tragen massgeblich zu einem guten Arbeitsklima an der Postgasse bei. Viele, die in diesem Haus ein- und ausgehen und einmal die Bekanntschaft von Ruth Schlup gemacht haben, bleiben ihr auch dann noch verbunden, wenn sie die ge-

meinsame Arbeitsstätte schon lange wieder verlassen haben. Dabei – das sei nicht verschwiegen – haben gerade in den letzten Jahren immer wieder schwere persönliche Schicksalsschläge die sehr jugendlich wirkende Redaktionsassistentin herausgefordert. Dank ihrem Optimismus, ihrer Lebensklugheit scheint Frau Schlup auch die jüngsten gesundheitlichen Rückschläge gemeistert zu haben. So möge ihr die kommende Zeit in der SMfZ-Redaktionsstube noch viele anregende Stunden bescheren: Zu ihrem Wohl und demjenigen der SMfZ und der SSO.

Universitätsnachrichten



Dr. Joachim S. Hermann

mit dem «André Schroeder-Forschungspreis» ausgezeichnet

Anlässlich der letzten Jahresversammlung des ITI (International Team of Oral Implantology) in Vitznau/LU wurde am 30. August 1997 der «André Schroeder-Forschungspreis» an Dr. Joachim S. Hermann verliehen.

Diese Auszeichnung wird zur Förderung der zahnärztlichen Forschung und Entwicklung an junge Forscher und Kliniker für hervorragende aktuelle wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Oralen Implantologie vergeben. Der Titel der ausgezeichneten Arbeit lautet:

«Crestal Bone Changes around Titanium Implants. A Radiographic Evaluation of Unloaded Nonsubmerged and Submerged Implants in the Canine Mandible»

Dr. Hermann hat seine Post-Graduate-Ausbildung von 1988 bis 1994 auf der Abteilung für Kariologie, Parodontologie und Präventivzahnmedizin am Zahnärztlichen Institut der Universität Basel erhalten und diese 1994 mit dem Titel «Aktivmitglied Spezialist SGP» abgeschlossen. Im Anschluss daran hat er bei Prof. Dr. David L. Cochran einen 26monatigen Forschungsaufenthalt an der Universität Texas in San Antonio, USA, als «Visiting Assistant Professor» auf der Abteilung für Parodontologie absolviert. Seit Januar 1997 ist Dr. Hermann wieder an der Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Basel tätig.

Die obengenannte Arbeit ist in der Dezember-Ausgabe (1997) des Journal of Periodontology (USA) erschienen.

Die Kollegen des Zentrums für Zahnmedizin gratulieren Herrn Hermann und wünschen ihm für seine Laufbahn weiterhin viel Erfolg.



Professor Dr. Lennart Wieslander

erhält den Albert H. Ketcham Award vom American Board of Orthodontics

Die höchste Auszeichnung, die das American Board of Orthodontics zu vergeben hat, wird im Mai dieses Jahres anlässlich der Jahrestagung der American Association of Orthodontics in Dallas Prof. Wieslander, Basel, und Prof. Miura, Tokyo, für ausserordentliche Leistungen auf dem Gebiet der Kieferorthopädie zuerkannt.

In der Laudatio heisst es: «Dr. Wieslander has been extremely active in orthodontics and has given many honorary lectures throughout his long and illustrious career, notably the Donald Spring Memorial Lecture in Australia, the Alton Moore Lecture in Seattle, and, most recently, the Salzmann Lecture at the 1997 AAO-meeting in Philadelphia. He has been a guest lecturer in more than 30 countries. His clinical research has been focused on functional jaw orthopedics for the young patient. He has published on long term treatment effects, is known throughout the world for the integrity of his research and has made orthodontics a better speciality.»

Alle Mitarbeiter des Zentrums für Zahnmedizin Basel gratulieren herzlich.

* * *

Ungebrochener Wille zu besonderen Leistungen

Monika Isaak, Basel (Text und Foto)

Am 28. Oktober 1997 fand im Zunftsaal der Zunft zu Safran die Staatsexamensfeier des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Basel statt. Vierzehn frisch gebackene Zahnärztinnen und Zahnärzte bekamen ihr Diplom in Anwesenheit ihrer Eltern, Freunde, Bekannten und den Lehrern und Mitarbeitern des Zentrums überreicht.

Der festliche Anlass wurde stilvoll umrahmt von musikalischen Darbietungen eines Trios des Basler Konservatoriums. Brigitte Krömmelbein, Violine, Judith Daude, Viola, und Jan Hendrik Rübél, Violoncello, spielten Werke von Joseph Haydn, Franz Schubert und Ludwig van Beethoven.

Die jungen Zahnärzte stehen nun am Ende einer langen Ausbildung und zu Beginn eines ganz neuen Lebensabschnittes, in dem sie von heute an ihre Zukunft selber in die Hand nehmen, ohne

Testatzwänge und ohne Prüfungstermine. Zentrumsvorsteher und Departementsvorsitzender Prof. Dr. Jakob Wirz nahm dies zum Anlass, den Absolventen folgende Gedanken mit auf den Weg zu geben:

«Bald tragen Sie für sich und Ihre Patienten die volle Verantwortung selbst. So werden nicht nur Ihr medizinisches und technisches Grundwissen, das Sie noch durch intensive Post-Graduate-Ausbildung verfeinern und perfektionieren müssen, sondern auch Ihr Charakter, Ihre persönliche Einstellung zur Hilfe gegenüber kranken Menschen, der aktive Beitrag zur Verhütung von Krankheiten und Ihr ungebrochener Wille zu besonderen Leistungen Ihr Selbstbewusstsein stärken. Sind Sie immer kritisch mit sich selbst, bleiben Sie immer kollegial. Sind Sie auch immer ehrlich mit sich selbst und gegenüber den Patienten. Lernen Sie auch eigene Fehler erkennen, die gegenüber Ihren Patienten in aller Offenheit zu korrigieren sind.»

Der von der SSO alljährlich in Erinnerung an ihr Ehrenmitglied gleichen Namens vergebene Prix Louis Metzger ging in diesem Jahr an Michel Vock. Mit diesem Preis sollen laut Interpretation der Basler Dozentenschaft nicht nur die fachliche Leistung, sondern ebenso charakterliche und menschliche Eigenschaften des Preisträgers gewürdigt werden. Es werden bei der Preisvergabe nicht nur der Notendurchschnitt, sondern auch Menschlichkeit und Kommunikationsfähigkeit bewertet.

Michel Vock betonte denn auch in seiner Ansprache an die Kollegen und Angehörigen: «Es scheint so, dass dem angehenden Zahnarzt die menschliche Seite als Naturtalent in die Wiege gelegt sei oder autodidaktisch im stillen Kämmerlein zu erwerben ist...Wir behandeln nicht das Objekt Patient, sondern den dahinter verborgenen Menschen. Müssten wir heute nicht vom Unterricht in Richtung Bildung uns lenken? Neben der Vermittlung von Fachwissen und Fertigkeiten muss das Medizinstudium, wenn es nicht nur Wissenseintrichterung, sondern Bildung bieten will, den Studenten zum kritischen Nachdenken, zur Kommunikation und zu ethischer Reflexion über sich und sein Handeln erziehen. Dies bedingt in der Bildung des Zahnarztes von morgen die Notwendigkeit nicht nur von naturwissenschaftlichen, sondern auch von kulturwissenschaftlichen Fächern, zur Übermittlung humanitärer Grundlagen, auf denen sich die zukünftige Medizin und ihre Technologien sinnvoll und massvoll entwickeln können.»

Die diesjährige Staatsexamensfeier stand auch unter dem Schatten der angedrohten Schliessung des Zentrums für Zahnmedizin. Wenige Tage zuvor hatten alle Anwesenden unvorbereitet und überraschend der Presse entnehmen müssen, dass nach den Plänen des Universitätsrates die Zahnmedizin zugunsten der Geisteswissenschaften über die Klinge springen soll.

Dr. Hagmann sprach als Vertreter der Altklinikerschaft, der Gemeinschaft der ehemaligen Studierenden am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel: «Als ich letzte Woche die Nachricht von der geplanten Schliessung des Zentrums vernahm, fragte ich mich, ob es noch sinnvoll sei, sich an Sie zu wenden, um Ihnen Sinn und Zweck der Altklinikerschaft zu erläutern. Ich hatte eine etwas unruhige Nacht, denn Sie werden verstehen, dass für jemanden, der vor 50 Jahren sein Staatsexamen am Institut abgelegt hat, der Gedanke an eine Schliessung gewisse Emotionen weckt. Am Morgen stand aber mein Entschluss fest: Doch, jetzt erst recht. Wir empfinden die Schliessung eines bald 74jährigen, bewährten Teiles der medizinischen Fakultät als der alten Universität Basel unwürdig, besonders wenn sie aus rein wirtschaftlichen Gründen erfolgt.»



Michel Vock erhält den Prix Louis Metzger 1997 von Professor Jakob Wirz

Kritischer Umgang mit Paradigmen

Roger D. Weill

Zu besonderen Anlässen öffnet sich die kleine European Research Group for Oral Biology (ERGOB) einem grösseren Publikum. In diesem Jahr ist dies wieder einmal der Fall. Vom 19. bis 23. August findet im Victoria-Jungfrau Grand Hotel in Interlaken aus Anlass des 30. ERGOB-Geburtstages die Anniversary Conference 1998 statt. Das Thema lautet: «Oral Biology at the Turn of Century: Misconceptions, Truths, Challenges and Prospects».

Der heilige Zorn wird spürbar, wenn Bernhard «Bernie» Guggenheim, Direktor des Instituts für Orale Mikrobiologie und Allgemeine Immunologie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich, auf das Gründungsjahr der European Research Group for Oral Biology (ERGOB) zu sprechen kommt. Vor 30 Jahren, wahrscheinlich nicht ganz zufällig in dem Jahr, als die Studentenschaft auf die Barrikaden ging, gründete eine Handvoll junger begeisterter Wissenschaftler die ERGOB. Dies, nachdem in Basel der Kongress der European Organization of Caries Research (ORCA) über die Bühne ging. «Die damaligen üblichen zehnmütigen Paper-Sessions genügte einfach nicht für einen gebührenden Austausch wissenschaftlicher Informationen», meint Guggenheim heute, 30 Jahre später.

Die Gruppe der Unzufriedenen war sich einig: Um ihr ehrgei-

ziges Ziel zu erreichen, musste sie eine andere Form als die ORCA wählen mit ihrer schwerfälligen Struktur. Es galt, eine grosse unbewegliche Körperschaft zu verhindern, weshalb sich ERGOB die ständige Erneuerung und Verjüngung auf die Fahnen geschrieben hat.

Permanente Mitgliedschaft blieb zum vorneherein ausgeschlossen – mit einer Ausnahme, die Bernie Guggenheim heisst. Während ein Mitglied des vierköpfigen Exekutiv-Komitees höchstens zwei Jahre in Amt und Würden verweilen kann, ist der Posten des «secretary-treasurer» zeitlich unbegrenzt. Damit – so Säckelmeister Guggenheim gegenüber der SMfZ – war von allem Anfang an eine finanzielle Kontinuität gesichert. Diese unterdessen 30 Jahre dauernde Kontinuität erleichtert die 30 000fränkige jährliche Finanzierung der ERGOB durch ausgewählte Sponsoren aus der Industrie, die es stets mit dem gleichen Zürcher Ansprechpartner zu tun haben.

Normalerweise trifft sich die Gruppe zweimal jährlich en famille. Die erste der drei bisherigen grossen Konferenzen fand in Genf statt: 600 Interessierte zog 1978 das Thema «Gesundheit und Zuckersatz» an. Der internationale Zürcher Kongress 1983 über Kariologie war Prof. Hans R. Mühlemann gewidmet, der sich dann von der Universität verabschiedete. Das letzte Mal öffnete sich ERGOB vor zehn Jahren einem grösseren Kreis, als die Debatte in Zürich im Zeichen der Parodontologie stand.

Für Guggenheim ist es wichtig, dass die jeweiligen Vertre-



Prof. B. Guggenheim

ter der eingeladenen Fachrichtungen einen kritischen Standpunkt zu den gegenwärtigen Paradigmen einnehmen und bereit sind, diese unter Einbezug des Publikums zu hinterfragen. «Unsere Schlüsseloch-Forschung verhindert oft den wesentlichen Überblick, weshalb wir immer auch Experten einladen, die ausserhalb der zahnärztlichen Forschung wirken.»

Um auch jüngeren Kollegen die Teilnahme am Kongress zu ermöglichen, finden zwei Postersessions statt. Es ist geplant, maximal 80 Poster in das Programm aufzunehmen.

Session I:

«Setting the stage»

1. Introduction: Bernie Guggenheim
2. Changes in prevalence and incidence of the major oral diseases: Ole Fejerskov, Denmark
3. Risk factors and inference of causality: James D. Beck, USA

Discussion

Session II:

«Challenging the paradigms»

1. Control of oral biofilms: Philip Marsh, UK
2. What explains the caries decline: Aubrey Sheiham, UK
3. Microbial specificity and dental caries: Wim van Palenstein Helderma, The Netherlands
Bernie Guggenheim, Switzerland
Ole Fejerskov, Denmark
James D. Beck, USA
4. Microbial specificity of periodontal infections: Arie van Winkelhoff, The Netherlands
5. Systemic impact of periodontal infections: Kimmo Mattila, Finland

Discussion

Session III:

«Orfacial Patterning and Regeneration»

1. Facial growth and patterning – embryology: Jill Helms, USA
2. Odontogenic patterning: Mike Dixon, UK
3. Skeletogenesis of the head: Peter Thorogood, UK
4. Biomineralization: Anders Linde, Sweden
5. Bone regeneration and repair: Pamela G. Robey, USA
6. Wound healing, lessons from the embryo: Paul Martin, UK

Discussion

Session IV:

«Host-Microbial Interactions in the Oral Cavity»

1. Clonal basis of bacterial virulence: Mogens Kilian, Denmark
2. Environmental regulation of gene expression in bacteria: Mark Herzberg, USA
3. Genetic basis of susceptibility to infection: Jan van de Winkel, The Netherlands
4. Immune response to commensals versus pathogens: John Cebra, USA
5. Transmucosal T-cell tolerance: Cecil Czerkinsky, Sweden
6. Links between inflammatory response and tissue destruction: Henning Birkedal-Hansen, USA

Discussion

Session V:

«Saliva in Health and Disease»

1. Regulation of electrolyte and fluid secretion: Birgitte Nauntofte, Denmark
2. Protein structure and function relationship – Mucins: Larry Tabak, USA
3. Protein structure and function relationship – Histatins: Frank Oppenheim, USA
4. Protein structure and function relationship – SLP: Sharon Wahl, USA
5. Gene transfer and therapy: Brian O'Connell, USA

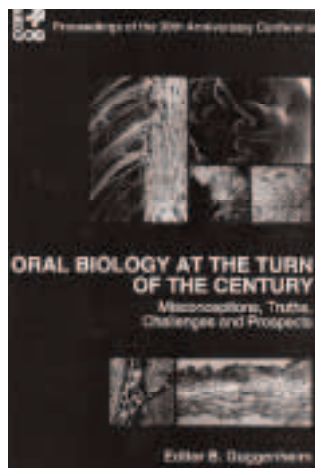
Discussion

Session VI:

«The Future»

1. Future strategies to control oral infections: Michael Russell, USA
2. Engineering saliva for improved function: Mike Levine, USA
3. Can developmental biology contribute to therapeutic tissue regeneration?: Mark Ferguson, UK
4. The oral cavity and gene therapy: Harold Slavkin, USA

Discussion



Titelblatt für die von Prof. Guggenheim herausgegebenen Proceedings der diesjährigen ERGOB-Konferenz in Interlaken

*Das Kanadische Blutkraut –
Sanguinaria canadensis
Lin.*

Sanguinarin, ein Alkaloid, das aus dem Wurzelstock von *Sanguinaria canadensis* (Sc) gewonnen wird, ist seit Jahrhunderten in der Volksmedizin und in der Homöopathie bekannt. Schon die Indianer Nordamerikas verwendeten den Saft von Blutwurz gegen den Biss der Klapperschlange und anderweitig medizinisch. In der ersten Hälfte des 19. Jh. wurde die Wurzel von amerikanischen Ärzten erstmals als vorzügliches Heilmittel, z.B. als Expektorans in Hustensirups, empfohlen. Seit geraumer Zeit findet Sc-Extrakt auch Anwendung als sog. wirksames Prinzip in Antiplaquemitteln.

Herkunft, botanische Merkmale: Nach Nees v. Esenbeck, aus dessen Werk «Plantae medicinales», 1828, unsere Abbildung stammt, ist das nördliche Amerika das Vaterland von Sc. Das Rhizom ist eine stark fleischige Knollenwurzel, äusserlich von rotbrauner, innen von blutroter Farbe. Von daher stammt die Bezeichnung Blutwurz: Sanguis (lat.) = Blut. Die Pflanze kommt auch in den Bergen Kanadas vor, deshalb der Beiname canadensis. Sc weist gelappte grüne Blätter und weisse Blüten mit orangefarbenen Staubgefässen auf.

Inhaltsstoffe, Wirkung: Sc-Extrakt ist eine Mischung verschiedener Benzophenantridin-Alkaloide, deren Hauptbestandteil Sanguinarin mit etwa 30% darstellt. Seit seiner Erstisolierung im Jahr 1829 konnte Sanguinarin auch in anderen Arten der Familie der Mohngewächse (Papaveraceae), zu der Sc gehört, nachgewiesen werden. Sanguinarin werden neben antiseptischen, krampflösenden und antiphlogistischen auch plaquehemmende Eigenschaften zugeschrieben. Analysen ergaben, dass Sc-Extrakt zum Teil gleiche Wirkstoffe enthält wie das nigerianische Kaulholz, das von den afrikanischen Eingeborenen seit Jahrhunderten mit Erfolg zur oralen Hygiene gebraucht wird. Kautschüchen (chewing sticks) aus verschiedenen Holzarten werden in Afrika und Asien noch häufig zur Zahnreinigung beigezogen. (vgl. auch S. 180 dieses Heftes).

Verwendung in der Zahnmedizin: In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde sanguinarinhaltigen Zahnpasten und Mundwässern in der zahnmedizinischen Literatur vorübergehend beachtliche Aufmerksamkeit entgegengebracht. Zahlreiche Studien befassten sich mit der plaquehemmenden Wirkung von Sc-Extrakten. Die Resultate ergaben extreme Unterschiede bezüglich der Effizienz von Sanguinarin gegenüber Plaque und Gingivitis, die von signifikanter Reduktion bis hin zu völliger Wirkungslosigkeit reichten. Sofern ein plaqueinhibierender Effekt von Mundhygieneprodukten mit Sanguinarinzusatz überhaupt nachgewiesen werden konnte, schien dieser deutlich geringer zu sein als derjenige von Chlorhexidinpräparaten. Von einigen



Autoren wird der beobachtete Antiplaqueeffekt von sanguinarinhaltigen Zahnpasten und Mundwässern auf gleichzeitig vorhandene andere Inhaltsstoffe wie Zinksalze zurückgeführt. Aufgrund dieser Erkenntnisse sind Mundpflegemittel mit Sanguinarinzusatz heutzutage in der wissenschaftlichen Literatur kaum mehr ein Thema. Immerhin erscheinen noch Publikationen, in denen die auf dem Markt erhältlichen Zahnpasten und Mundwässer auf Sanguinarinbasis weiterhin zur Anwendung empfohlen werden – z.B. als Alternative zu chlorhexidinhaltigen Produkten zur Ergänzung der täglichen Mundpflege und als unterstützende Massnahme bei parodontaler Therapie. Sc-Extrakte weisen gegenüber Chlorhexidin den Vorteil auf, dass sie auch bei längerer oraler Anwendung zu keinen Zahnverfärbungen und Geschmacksirritationen führen.

(Literatur bei der Redaktion)



Kongresse / Fachtagungen

Fortbildungskurs «Stomatologie aktuell» in Bern
vom 11. November 1997

Mundschleimhaut-Erkrankungen

Thomas von Arx, Luzern

An der Fortbildungstagung «Stomatologie aktuell», einem in dieser Form in der Schweiz erstmals durchgeführten Kurs, nahmen über 400 Teilnehmer/innen, darunter 80 Dentalhygienikerinnen, teil. Der Kursleiter, Prof. Daniel Buser, Universität Bern, konnte mit der Einladung namhafter internationaler Referenten und der präzisen Ausrichtung des Kurses das Interesse sowohl der Zahnärzte wie auch der Dentalhygienikerinnen gewinnen. Die auf hohem Niveau gehaltenen Vorträge vermittelten den Teilnehmer/innen die Faszination, aber auch die Wichtigkeit und Ernsthaftigkeit der Stomatologie bzw. der besprochenen Mundschleimhaut-Erkrankungen. Es ist zu hoffen, dass in Zukunft die Fortbildung auf diesem Gebiet der Zahnmedizin weiter intensiviert wird und regelmässig entsprechende Kurse angeboten werden.

Einleitung zu «Stomatologie aktuell»

(Prof. Dr. Daniel Buser, Universität Bern)

Die Stomatologie gewinnt in der Zahnmedizin immer mehr an Bedeutung, da die Anzahl Mundschleimhaut-Erkrankungen wegen der Überalterung der Bevölkerung, der Zunahme an Risikopatienten sowie der Zunahme von Umwelt-Allergenen steigend ist. Eine von der Universität Bern kürzlich durchgeführte gesamtschweizerische Feldstudie bestätigt die Ergebnisse einer früheren publizierten Feldstudie, dass in der stomatologisch-zahnmedizinischen Ausbildung bzw. Fortbildung Lücken bestehen, die es nun zu schliessen gilt. Zahnärzte beurteilen ihre stomatologische Ausbildung bzw. ihre Kenntnisse noch zu oft als unbefriedigend, wobei interuniversitäre Unterschiede zu erkennen sind. Anhand grosser epidemiologischer Daten konnte der Referent zeigen, dass mittels gezielter Präventionsmassnahmen die Mortalitätsra-

te des Cervix-Karzinoms in den letzten 20 Jahren halbiert werden konnte, die Mortalitätsrate für das Mund/Rachen-Karzinom jedoch gleich geblieben ist oder sogar leicht zugenommen hat. Hier besteht deshalb ein grosser Handlungsbedarf, indem einerseits die Bevölkerung gezielt aufgeklärt werden soll und andererseits präventiv-stomatologische Untersuchungen sowie die Erkennung von Risikopatienten gefördert werden sollen.

Die Mundschleimhaut und ihre Normvariationen

(Prof. Dr. Tony Axell, Universität Oslo)

Der Referent betonte die Wichtigkeit der Kenntnisse der normalen Konfiguration der Mundschleimhaut, aber auch deren Variationen. Anhand verschiedener klinischer Beispiele zeigte der Referent, wie Normvarianten als pathologische Veränderungen fehldiagnostiziert werden oder der Patient plötzlich durch übertriebene Selbstuntersuchung angebliche

Veränderungen beobachtet. Als Beispiel sei der Zungenkörper erwähnt, wo posterior auf dem Zungenrücken die grossen Papillae vallatae oder posterior am Zungenrand die Zungentonsillen plötzlich als pathologische Alterationen gewertet werden. Weitere oft vorhandene Normvarianten sind der Status Fordyce (ektopische Talgdrüsen ohne Bezug zu Haaren) und das Leukoedem (intrazelluläre Flüssigkeitsakkumulation der Spinalzellschicht), beide hauptsächlich an der Wangenschleimhaut zu beobachten. Der Referent forderte, dass eine photographische Dokumentation bei der Schleimhautdiagnostik obligatorisch durchgeführt werden soll. Auch Prof. Axell erwähnte die europaweit beobachtete beunruhigende Zunahme der Mortalitätsrate für das Mund/Rachen-Karzinom.

Leukoplakie

(Prof. Dr. Palle Holmstrup, Universität Kopenhagen)

Die häufigste prä-maligne Veränderung in der Mundhöhle ist die Leukoplakie. Ihre Prävalenz wird mit 0,2 bis 5% angegeben, wobei $\frac{3}{4}$ der Patienten Raucher sind. Beim Raucher finden sich die Leukoplakien zudem vermehrt in Risikozonen wie vorderer Mundbodenbereich und weicher Gaumen (gilt neu als Risikogebiet). Leukoplakien sind entweder homogen oder inhomogen (gemischt weiss/rote Form, nodulär oder verrukös). Wird der Nikotinabusus gestoppt, wird oft eine, wenn auch nicht immer vollständige, Remission der Leukoplakie beobachtet. Die maligne Transformation einer Leukoplakie in ein Karzinom wird in der Literatur von 0 bis 20% (!) angegeben. Zeichen der malignen Entartung sind: gemischt weiss/rote Veränderungen, Knötchenbildung, Ulzerationen, Schmerzen, Randwallbildung. Als histologischer Marker dient die Bestimmung des Dysplasiegrades des Epithels. Am Anfang therapeutischer Massnahmen steht die Beratung des Patienten über sein Risikoverhalten (Nikotin- und Alkoholabusus). Kleinere Leukoplakien können biopsisch total-exzidiert werden, bei ausgedehnten Läsionen müssen u.U. Biopsien an verschiedenen

Stellen entnommen werden. Bei der Leukoplakie sehr wichtig sind periodisch durchzuführende klinische Kontrollen.

Oraler Lichen planus (OLP)

(Prof. Dr. Terry Rees, Universität Texas/Dallas)

Lichen planus ist eine mukokutane Erkrankung unbekannter Ätiologie. Die Prävalenz von OLP beträgt 1–2%. Klinisch werden 6 Formen unterschieden, wobei die schmerzlosen hyperkeratotischen Formen (retikulär, papulär, plaque) von den schmerzhaften erosiven Formen (atrophisch, ulzerös, bullös) unterschieden werden. Prädilektionsstellen für OLP sind die Wangenschleimhaut, Zunge und Alveolarkamm. Obwohl die Ätiologie noch nicht ausreichend geklärt ist, wird doch eine allergische Reaktion auf ein exogenes Agens vermutet. 74% der in Dallas untersuchten 403 OLP-Patienten nahmen regelmässig 2–6 Medikamente ein, hingegen waren Nikotin- und Alkoholabusus in dieser Gruppe kaum vorhanden. Über eine maligne Entartung von OLP wurde berichtet, wobei diese über eine sehr lange Beobachtungszeit mit 1,3% angegeben wird. Diagnostisch ergibt die Histologie mit 80% und die direkte Immunfluoreszenz mit 78% hohe Trefferquoten. Beide Untersuchungsmethoden erlauben zusammen eine sichere Diagnose. Therapeutisch empfiehlt der Referent bei entsprechender Symptomatik die lokale Applikation eines 0,05% Fluocinonide-haltigen Gels, bei Therapieversagern die lokale Applikation von hochpotenten Kortikosteroiden (Betamethason oder Clobetasol) oder eine kurzzeitige Systemmedikation mit Prednison.

Orale lichenoidale Läsion (OLL)

(Prof. Dr. Daniel Buser, Universität Bern)

In den letzten 15 Jahren wurde in der Literatur vermehrt über lichenoidale Kontaktläsionen, mehrheitlich in Kombination mit grossflächigen Amalgamfüllungen, berichtet. Auch Medikamente, Zimt-haltige Substanzen oder elektrogalvanische Phänomene gelten als mögliche Ursachen. Heute hat

sich der Begriff «orale lichenoid-Läsion» durchgesetzt. In klinischen Verlaufsstudien konnte gezeigt werden, dass nach Amalgamersatz oft eine vollständige Remission von OLL eintreten kann. Als Ursache für OLL wird eine allergische Reaktion vom Spättyp (Typ IV) auf Amalgambestandteile (Quecksilber und dessen Salze) vermutet. Diese Hypothese konnte zudem mit epikutaner Allergietestung gestützt werden. Bei OLL-Verdacht empfiehlt der Referent folgendes Vorgehen: bei kleinen nicht-erosiven kongruenten Läsionen Amalgamersatz, bei erosiven oder ausgedehnten Veränderungen zusätzlich eine Biopsie und den Allergietest. Ergänzend können auch topische Kortikosteroid-haltige Gels (siehe OLP) appliziert werden.

Rezidivierende aphthöse Stomatitis (RAS)

(Prof. Dr. Tony Axell, Universität Oslo)

RAS ist eine sehr häufige Erkrankung mit Befall der nicht-keratinisierten Mundschleimhaut. Es werden drei Typen (minor, major, herpetiform) unterschieden, wobei die Ätiologie für RAS noch immer nicht geklärt ist. Trotzdem wird auch bei diesem Krankheitsbild eine lokal ablaufende immunologische Reaktion vermutet. Kleinere Aphthen heilen während 10–14 Tagen narbenlos ab. Bei grossen kraterförmigen Aphthen dauert die Heilung jedoch Monate und geht mit Narbenbildung einher. Bei grossen Läsionen empfiehlt der Autor die lokale Applikation eines Kortikosteroid-haltigen Gels oder Mundspülungen mit einer wässrigen Tetrazyklin-Lösung, in Fällen mit massivster Symptomatik sogar eine Systemmedikation mit Kortikosteroiden. Erwähnenswert ist auch die Tatsache, dass bei ehemaligen Rauchern nach Nikotinabstinenz vermehrt RAS auftritt.

Bullöse Hauterkrankungen mit Schleimhautbeteiligung

(Prof. Dr. Lasse Braathen, Universität Bern)

Unter den bullösen Dermolyosen werden angeborene von erworbenen (Autoimmun-)Erkrankungen unterschieden. Bei der Epidermolysis bullosa, wel-

che generalisiert Haut und Schleimhaut betrifft, werden drei hereditäre und eine erworbene Form unterschieden. Bei der letztgenannten können Autoantikörper gegen Kollagen Typ VII nachgewiesen werden. Therapeutisch werden Dapsone oder Prednison systemisch gegeben. Pemphigus (Blasenbildung intraepithelial) ist immunologisch charakterisiert durch Autoantikörper gegen Oberflächenproteine geschichteter Epithelzellen. In 50% beginnt Pemphigus in der Mundhöhle. Nach hochdosierter Steroidmedikation gelingt es meistens, den sonst letalen Pemphigus durch Minimaldosierung (unter 10 mg Prednison pro Tag) in Schach zu halten. Beim Pemphigoid tritt die Blasenbildung subepithelial auf. Je nach Pemphigoid-Typ ist die Mundschleimhaut fast immer involviert. Gefürchtet ist eine Mitbeteiligung der Konjunktiva, welche ohne Behandlung zu Erblindung führen kann. Weitere, aber seltener gesehene bullöse Dermatosen mit Mundschleimhautbeteiligung sind das Erythema exsudativum multiforme und der Lupus erythematosus. Als jüngst beschriebene (1990) Veränderung wurde vom Referenten auch noch die sogenannte «chronisch ulzerative Stomatitis» erwähnt, bei der Autoantikörper gegen Zellkerne geschichteter Epithelzellen nachgewiesen werden konnten. Die direkte Immunfluoreszenz unterscheidet sich deshalb auch von derjenigen bei Pemphigus und Pemphigoid.

Behandlungskonzept für das Schleimhaut-Pemphigoid

(Prof. Dr. Terry Rees, Universität Texas/Dallas)

Der Referent berichtete über 116 Patienten (in 77% Frauen), bei welchen klinisch und (immun-)histologisch die Diagnose Schleimhaut-Pemphigoid gestellt wurde. In 60% war ausschliesslich die Gingiva befallen. Bei mehrfach-Lokalisation in der Mundhöhle waren hauptsächlich Gingiva (90%), Wangenschleimhaut (20%) und Gaumenmukosa (12%) betroffen. In 5% fand sich eine Augenbeteiligung. Bezüglich der Therapie wurde mit einem

OLP-ähnlichen Behandlungskonzept (siehe oben) in 40% eine vollständige und in 60% eine partielle Remission beobachtet. Neben der lokalen und systemischen Kortikosteroid-Therapie empfiehlt der Referent regelmässige Recall-Untersuchungen sowie die Mundhygiene des Patienten unterstützende Massnahmen. In gewissen Fällen wurden auch antimikrobielle Substanzen, wie Dapsone oder Tetrazyklin, erfolgreich zur Therapie des Schleimhaut-Pemphigoids eingesetzt. Diesbezüglich fehlen jedoch kontrollierte Studien.

Orale Candidiasis (OC)

(Prof. Dr. Palle Holmstrup, Universität Kopenhagen)

Candidiasis wird in 85% der Fälle von *C. albicans* verursacht. Candida-Pilze sind keratinophil und können deshalb häufig sekundär bei hyperkeratotischen Läsionen nachgewiesen werden. Prädilektionsstellen für OC sind Zunge, Gaumen und die Commissur. Sogenannte Candida-assoziierte Läsionen sind die anguläre Cheilitis, die mediane rhomboide Glossitis und die Prothesenstomatitis. OC wird in akute (pseudomembranös, erythematös) und chronische (pseudomembranös, erythematös, plaque, nodulär) Formen unterschieden. Grundsätzlich ist die Symptomatik bei den chronischen Formen weniger ausgeprägt. Bei 50% der Bevölkerung sind Candida-Pilze als Saprophyten nachweisbar. Bei Rauchern mit chronischen Candida-Läsionen ist eine antimykotische Therapie nur sinnvoll, wenn der Nikotinabusus gestoppt wird. Das Auftreten von OC wird durch eine Reihe von Krankheiten (z.B. Diabetes, Sjögren-Syndrom) bzw. Medikamenten (Antibiotika, Zytostatika, Steroide) begünstigt. Bei der topischen Therapie von OC muss eine relativ lange Therapiedauer (im Mittel 45 Tage!) angesetzt werden. Antimykotika können auch systemisch eingesetzt

werden (im Mittel während 1–2 Wochen).

Diagnostik des Mundhöhlenkarzinoms

(Prof. Dr. Dr. Helmut Berthold, Universität Bern)

Die 5-Jahres-Überlebensrate beim Mundhöhlenkarzinom beträgt nach wie vor nur 43%. Da Plattenepithelkarzinome der Mundhöhle mit über 80% den Hauptanteil der malignen Veränderungen der orofazialen Region ausmachen und keine echten spezifischen Frühsymptome vorhanden sind, kommt der rechtzeitigen diagnostischen Abklärung grosse Bedeutung zu. Der Referent konnte zeigen, dass leider im Mittel 74 Tage seit Auftreten von Symptomen vergehen, bis sich der Patient beim Zahnarzt meldet. Es dauert dann nochmals im Mittel 34 Tage, bis eine entsprechende histopathologische Untersuchung angeordnet wird. Durchschnittlich vergehen über 100 Tage, bis der Patient seine Diagnose kennt. Der Referent betonte, dass verdächtige Läsionen an einem Zentrum biopsiert werden sollen, wo auch die Durchführung weiterer diagnostischer und therapeutischer Massnahmen gewährleistet ist. Bezüglich der Ätiologie stehen folgende Faktoren im Vordergrund: Nikotin- und Alkoholabusus, Mangelernährung, Umweltbelastung, Viren (HPV, EBV, HIV) sowie immunkompromittierte Patienten.

Hauterkrankungen im Gesicht

(Prof. Dr. Lasse Braathen, Universität Bern)

Zum Abschluss dieser hervorragenden Fortbildungstagung präsentierte der Chefarzt der dermatologischen Klinik des Inselspitals der Universität Bern einen umfassenden «tour d'horizon» von Hauterkrankungen im Gesicht. Eine Vielzahl von Krankheitsbildern wurde mittels kurzer Fallpräsentationen dem staunenden Publikum vorgestellt.

Wiederholung am 27. Juni in Olten

Aufgrund des grossen Interesses wird der Fortbildungskurs *Stomatologie Aktuell* am 27. Juni 1998 im Hotel Arte in Olten wiederholt. Weitere Informationen im SMfZ-Kongress- und -Fortbildungskalender.



Buchbesprechungen

Parodontologie

Kleber B-M: Parodontologie – Kompendium für Studierende und Zahnärzte

256 S., 223 Abb., 49 Tab.,
Preis SFr. 127.–, Deutscher
Ärzte-Verlag, Köln (1998).
ISBN 3-7691-4065-6

Das Fachgebiet Parodontologie hat sich in den letzten Jahren zu einem der meistgefragten Fortbildungsfächer entwickelt. Sowohl in der Klinik als auch in der Praxis ist deutlich geworden, dass die studentische Ausbildung erweitert, vertieft und aktuell auf dem laufenden gehalten werden muss.

Dieses Lehrbuch hilft dem Studenten der Zahnmedizin, aber auch dem allgemein praktizierenden Zahnarzt, die verschiedenen Erkrankungen des Zahnhalteapparates zu erkennen und sie nach neuesten Erkenntnissen zu behandeln.

Das Buch ist in 8 Hauptkapitel, eine Einleitung sowie einen Anhang betreffend die empfehlenswerten Instrumente aufgeteilt. Die 4 ersten Kapitel nach der Einleitung beschäftigen sich mit der Anatomie und der Physiologie des Parodontiums, der Bezeichnung der parodontalen Erkrankung, der Epidemiologie und der Prophylaxe der Parodontitis. Die Kapitel 6 und 7 befassen sich mit Ätiologie, Pathogenese und Diagnostik der parodontalen Destruktion. Die Klassifikationen der parodontalen Erkrankungen und Veränderungen werden in Wort und Bild vorgestellt. Eine grosse Bedeutung ist auf die Differentialdiagnose, anhand von Ab-

bildungen und Tabellen, gelegt. Das 8. Kapitel ist der Behandlung der parodontalen Erkrankungen gewidmet. Dieses Kapitel beginnt mit den Zielen der parodontalen Therapie und endet mit der Erhaltungsphase. In diesem Kapitel kommen vor allem die verschiedenen chirurgischen Techniken der Taschenreduktion zum Zug. Die verschiedenen Techniken (Lappenoperationen) sind anhand von Bildern und wertvollen didaktischen Schemata illustriert. Auf den Einsatz von GTR wird leider in bezug auf Text und Bilder etwas zu schnell und oberflächlich eingegangen. Das Thema der lokalen Anwendung von Antibiotika wird auch nicht ausführlich angesprochen. Das letzte Kapitel befasst sich mit der Integration der Parodontologie in die rekonstruktive zahnärztliche Tätigkeit. Die spezifischen Probleme der Restaurations- und Rekonstruktionsränder werden erklärt. Die Schonung der Zahnhartsubstanz, die Gewährleistung von Mundhygiene und Selbstreinigung sowie die Berücksichtigung der Ästhetik werden als die wesentlichen Leitlinien bei der rekonstruktiven zahnärztlichen Therapie erwähnt. Dieses Kompendium im sehr praktisch ausgeführten Format bietet für die Aus- und Weiterbildung von Studenten sowie von allgemein praktizierenden Zahnärzten die Grundlagen in fachlich fundierter und didaktisch übersichtlicher Form. Das ausführliche Literaturverzeichnis ermöglicht die Vertiefung entsprechender Inhalte.

Michel Beuchat, Zürich

Stress / Stressbewältigung

Quast Ch:

Stress bei Zahnärzten. 77 S., 15 Abb., 11 Tab., SFr. 38.–, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1996). ISBN 3-7691-7840-8

Bei 473 Zahnärzten in der BRD wurden mittels eines Stresstests allgemeine Stressoren und Stressreaktionen sowie berufsspezifische Belastungen untersucht. Hinsichtlich Stressreaktionen wurden die Resultate mit denjenigen von 1570 Ärzten und 357 nichtärztlichen Selbständigen verglichen. Die Stichproben wurden durch Ausschreibung des Stresstests in Fachzeitschriften gewonnen. Es handelte sich bei den Probanden also nicht um eine randomisierte Stichprobe; die Autoren nehmen an, dass am Thema interessierte Leser vermehrt teilgenommen haben. So war bei den Zahnärzten der Anteil der über 60jährigen kleiner als in der Gesamtpopulation der Zahnärzte.

Ein Fragebogen enthielt 72 Items zu allgemeinen Stresssituationen, dazu wurden den Zahnärzten 8 Fragen zu möglichen berufsspezifischen Stresssituationen gestellt betreffend Patientenängste, Turbinengeräusche sowie körperliche Anstrengung bei Präparationen, Beschleifen, Extraktionen, chirurgischen Eingriffen, Langzeitsitzungen und Kinderbehandlungen. Aus den Items des Stresstests wurden mittels Faktorenanalyse 16 Dimensionen gewonnen und als Skalen verwendet. Sechs davon wurden unter Stressoren eingeordnet (z.B. Überlastung durch Arbeit, finanzieller Druck, mangelnde Anerkennung im Beruf), fünf unter Stressreaktionen (z.B. nicht abschalten, sich Sorgen machen), weitere fünf unter Ressourcen zur Stressbewältigung (z.B. Selbstvertrauen, innere Ruhe, Lebensfreude).

Kritisch ist zu den berufsspezifischen Items anzumerken, dass sie angesichts der einzelnen spezifischen Anforderungen der zahnärztlichen Tätigkeit als relativ eingeschränkt erscheinen. So ist die körperliche Anstrengung bei der Kinderbehandlung oder bei Langzeitsitzungen nur einer von vielen

möglichen Stressoren. Kinderbehandlung muss auch nicht immer und als Ganzes ein Stress in Form von Distress sein (Distress = belastender, leistungsbeeinträchtigender Stress gegenüber dem Eustress als leistungssteigerndem, anregendem Stress); sie müsste in einzelne stresserzeugende Tätigkeiten, Phasen oder Verhaltensweisen von Kindern und natürlich auch nicht nur hinsichtlich körperlicher Anstrengung differenziert werden. Dasselbe gilt für das Patientenverhalten, von dem die Ängste nur ein Aspekt unter vielen sind. Entsprechend geben die Resultate nur allgemeine Hinweise auf mögliche Problembereiche.

Nur eine Minderheit der Befragten gab an, generell unter keinen Stressreaktionen zu leiden (im Mittel 19%), während 80% Stressreaktionen kennen, und zwar hauptsächlich «Nachlassende Leistungsfähigkeit», «Nicht abschalten können», «Sich Sorgen machen», «Sich schwach fühlen» sowie das körperliche Symptom der «Muskelverspannung». Ebenfalls nur eine Minderheit (23%) gab keine berufsspezifischen Belastungen an.

Die berufsspezifischen Belastungen hängen alle miteinander zusammen (mittlere Interkorrelation: .27). Natürlich interkorrelieren auch Stressoren und Stressreaktionen vielfältig untereinander, woraus der Autor einen Beleg für die komplexen Anforderungen an die zahnärztliche Tätigkeit und entsprechend verlangte Qualifikationen abliest. Einzelne berufsspezifische Belastungen korrelieren mit anderen Stressoren, v.a. mit «Beruflicher Überlastung» und «Belastung in sozialen Situationen». Sie stehen nicht in Beziehung mit Alter und Geschlecht, ausser der Belastung durch Patientenängste, die im Alter zunimmt. Verschiedene Korrelationen fanden sich zwischen Stressreaktionen und berufsspezifischen Belastungen.

Die Kinderbehandlung – in dieser globalen Form formuliert – wird zwar subjektiv als belastend empfunden, findet aber nicht in wirklichen Stressreaktionen Niederschlag. Die berufsspezifischen Belastungen, so wie sie erfragt wurden,

scheinen sich durch allgemeine Stressoren wie Arbeitsüberlastung, Zeitdruck, Belastung in sozialen Situationen, mangelnde berufliche Anerkennung und private Belastungen zu potenzieren. So korreliert z.B. die Skala «Berufliche Überlastung» als Stressor hochsignifikant mit allen Skalen der Stressreaktionen (im Mittel .32), am höchsten jedoch mit der Stressreaktion «Sich schwach fühlen» (.56).

Im Vergleich mit den Ärzten und den Selbständigen erzielen Zahnärzte insgesamt höhere Werte im Hinblick auf Stressreaktionen, während im Hinblick auf die (allgemeinen) Stressoren keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Zahnärzten und den zwei anderen Gruppen gefunden wurden. Danach liessen sich die ausgeprägteren Stressreaktionen der Zahnärzte mit den besonderen berufsspezifischen Anforderungen erklären.

Trotz der relativ globalen Erfassung von zahnärztlichen berufsbezogenen Stressoren und Stressreaktionen weist der Band doch darauf hin, dass Stress in der zahnärztlichen Berufsausübung – auch im Vergleich zu anderen ärztlichen oder selbständigen Berufen – eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. In Anlehnung an Augustiny und Heim schliesst der Autor aus den Resultaten, dass kognitive, antizipierende und relaxierende Strategien und neben diesen psychologischen auch organisatorische Ansätze zur Stressbewältigung durch weitere Forschung evaluiert und praktisch erprobt bzw. trainiert werden sollten.

Felix Magri, Zürich

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Horch H H (Hrsg.): Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie I. 436 S., 470 Fotos, 135 Zeichnungen, SFr. 220.–, (Fortsetzungspreis: SFr. 176.–), Urban & Schwarzenberg, München (1997). ISBN 3-541-15301-6

Das Buch «Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie I», Band 10/I aus der 13bändigen Reihe «Praxis der Zahnheilkunde», der Herausgeber H.-H. Horch,

P. Diedrich, D. Heidemann und B. Koeck erschien Ende 1997 in der vollkommen überarbeiteten 3. Auflage.

Die Entwicklung der letzten Jahre und der damit eingetretene Wandel in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie findet in den neu gestalteten bzw. hinzugekommenen Kapiteln Berücksichtigung. Zusätzliche Aufnahme fanden die Kapitel über die «Sonographie im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich», «Innovative dreidimensionale Techniken zur Schädelmodellherstellung und Operationsplanung» sowie die «Rekonstruktive Chirurgie und Implantologie bei extrem atrophischem Kiefer und Gesichtsschädelfekten», die jeweils von neuen Autoren, die sich über Jahre mit den von ihnen bearbeiteten Themen beschäftigt hatten, verfasst wurden. Die Ultraschalldiagnostik (R. Sader) zur Beurteilung von Halslymphknoten, speziell bei Patienten mit Mundhöhlenkarzinomen zur Frage einer Metastasierung, hat in den letzten Jahren eine deutliche Aufwertung im Fachgebiet Kieferchirurgie erfahren. Vor- und Nachteile sowie weitere Anwendungsgebiete, z.B. die sonographisch gestützte Feinnadelpunktion, werden vorgestellt und mit Bildbeispielen illustriert. Die Aufnahme eines Kapitels über dreidimensionale Techniken von H.-F. Zeilhofer zur Visualisierung, Operationsplanung und Operationsausführung zeigt den hohen Stellenwert dieser Verfahren in der Schädel- und Gesichtsregion an. Es wird eine Übersicht über Entwicklung und Anwendung der Methoden zur Visualisierung oder unterschiedlichen Modellherstellung (subtraktive und additive Verfahren) gegeben, zeigt aber auch, dass die Entwicklung noch am Anfang steht. Als Vorteile werden Implantatplanung, exaktere Operationsdurchführung, Verkürzung der Operationszeit und damit Kostenreduktion angeführt.

Die rekonstruktive Chirurgie bei extrem atrophem Kiefer und Gesichtsschädelfekten fand in diesem Band Aufnahme durch H.F. Sailer und

K.W. Grätz. Unterschiedliche Augmentationstechniken mit autologem Knochenmaterial mit oder ohne enossalen Zahnimplantaten werden vorgestellt, im Kieferkammbereich vor allem mit dem Sandwichaufbau, und gute Lösungswege für ein sehr schwieriges Thema aufgezeigt.

Das Kapitel «Kieferhöhlenerkrankungen» wurde von den Autoren G. Watzek und Ch. Ulm («Odontogene Kieferhöhlenerkrankungen») neu gestaltet. Die Diagnostik inklusive bildgebender Verfahren zur Abklärung der Erkrankungen wird anhand schematischer Darstellungen und Fotografien sehr gut ergänzt. Nicht-invasive (Sonographie) sowie weniger traumatisierende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (Endoskopie) werden als eher der Klinik vorbehaltene Methoden mehr in den Mittelpunkt gerückt.

Ebenfalls ein Autorenwechsel fand mit A. Hemprich für den Abschnitt «Erkrankungen der Kiefer- und Gesichtsnerven» statt. Eine Gewichtung erfährt die Befunderhebung und Klassifikation von Schmerz, um frühzeitig den oft schwierigen Weg zur Diagnose zu bereiten. Empfehlungen zur Therapie der Trigeminusneuralgie wurden eher individuell auf den Einzelfall zur abgestimmten Behandlung aufgezeigt.

Der Beitrag «Odontogene und nicht-odontogene Läsionen der Kiefer» (G. Jundt, W. Remagen und J. Prein) wurde von Band 10/II der Voraufgabe übernommen und durch wichtige Krankheitsbilder erweitert. Die Läsionen werden nach der neuen WHO-Klassifikation (1992) eingeteilt, weshalb sich aufgrund anderer Gewichtung und Gliederung gravierende Umstellungen in den einzelnen Gruppen ergeben. Zu den Karzinomen auf dem Boden einer odontogenen Zyste von seltenem malignem Ameloblastom, ameloblastischem Fibrosarkom und Odontosarkom kommen maligne Varianten anderer odontogener Tumoren epithelialer Herkunft und das odontogene Karzinosarkom hinzu.

Völlig neu gestaltet wurde auch das Schwerpunktthema «Traumatologie des Gesichtsschädels» (H.-H. Horch und M. Herzog). Die aktuellen kraniofazialen Osteosyntheseverfahren haben die früher überwiegend konservative Frakturbehandlung abgelöst und dieser neuen Entwicklung wird umfassend Rechnung getragen. Die Weichteilverletzungen und deren Therapiemöglichkeiten werden ebenso wie die Zugangswege zu den Frakturregionen mit interner Stabilisierung diskutiert.

Mit Abänderungen wurden die jeweiligen Themenkomplexe «Diagnostik durch aktuelle bildgebende Verfahren» (W. J. Spitzer), wobei die Zukunft der digitalen Bildverarbeitung andiskutiert wird, «Funktionelle Kiefergelenkchirurgie» (R. H. Reich), «Mikronerven-chirurgie im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich» (J.-E. Hausamen und R. Schmelzeisen), «Klinisch relevante Syndrome im Kopfbereich» (U. Joos) und «Periphere und zentrale Granulome» (K. K. H. Gundlach) aufgearbeitet und mit aktuellen Nomenklaturen ergänzt.

Auf den insgesamt 436 Seiten vermittelt das vorliegende Buch eine umfassende Übersicht zu den ausgewählten Themenbereichen in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie. Die Autoren belegen ihre langjährige diagnostische und chirurgische Erfahrung. Layout und die Qualität der Aufnahmen sind ausgezeichnet.

Das Buch reiht sich bestens in die Urban & Schwarzenberg-Reihe «Praxis der Zahnheilkunde» ein. Mit der geplanten Neuauflage «Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie II» ist ein weiteres gutes Werk zu erwarten.

Allen denjenigen, die sich auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aus- bzw. weiterbilden möchten, kann dieses Lehrbuch empfohlen werden. Das Buch steht für die aufwendige Gestaltung in einem günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis und ist auch für den Studenten erschwinglich.

Harald J. Schiel, Basel

Adhäsive Zahnmedizin

Degrange M, Roulet J-F: Minimally Invasive Restorations with Bonding. 284 S., 362 Abb., ca. DM 189,-, *Quintessence, New Malden (1997).* ISBN 0-86715-327-X

10 Jahre nach dem «1. International Symposium on Posterior Composite Resin Restorative Materials» von 1985 wurde im Frühling 1995 das «1. European Symposium on Adhesive Dentistry» in Paris abgehalten. Die Beiträge namhafter und in diesem Bereich aktiver Kliniker und Forscher aus Europa, den USA und aus Japan wurden als Kongressbericht («Proceedings») in Buchform zusammengefasst. Dieser Band wurde zwei Jahre nach dem Symposium veröffentlicht und nimmt in Anspruch, «State of the Art» in der adhäsiven Zahnmedizin neu festzulegen. In seinem Vorwort gratuliert McLean den beiden Herausgebern, den Rahmen jenes Symposiums als Mitorganisatoren so weit gesteckt zu haben, dass neben konservierenden auch prothetische Belange ausdiskutiert werden konnten. Er sensibilisiert den Leser dank seiner profunden Kenntnisse im Bereiche der ästhetischen Zahnmedizin, weist deutlich auf kontroverse Punkte hin und wertet dabei konstruktiv in der ihm eigenen, kompetenten Art.

Die 16 Kapitel dieses Buches sollen eine aktuelle Übersicht über die adhäsiven Techniken in der modernen Restaurativen Zahnmedizin geben. Im Vordergrund steht für die beiden Editoren (und Mitautoren) das Prinzip der möglichst minimalen Invasivität. Nach dem mechanischen Zeitalter sei nun definitiv das adhäsive Zeitalter angebrochen. Dank klarer Fortschritte bei der adhäsiven Verankerung von zahnärztlichen Materialien auf Schmelz und Dentin sind materialschonende Kavitätenpräparationen sowie die Versorgung mit Veneers und Adhäsivbrücken praktisch möglich geworden. Dieser Grundsatz ist als Leitfaden bereits im Buchtitel verankert.

Konservierende und adhäsiv-prothetische Aspekte werden mit je 8 Kapiteln gleich stark gewichtet. Unter den 31 Autoren und Koautoren sind auch Namen, die in dieser noch jungen Sparte der Restaurativen Zahnmedizin bereits Geschichte geschrieben haben. In der ersten Buchhälfte werden neben den Grundlagen der Haftung von Kunststoffen auf Zahnmaterial (Schmelz, Dentin) und verschiedenen Werkstücken (Porzellan, Metallegierungen) auch Techniken und klinische Vorgehensweisen eingehend besprochen.

Roulet stellt im eigenen Beitrag nochmals fest, dass ein biologisch orientiertes Vorgehen und die Kenntnis der Ätiologie der Zahnerkrankungen wo möglich noninvasive Behandlungsmethoden diktierten. Wenn gebohrt werden müsse, dann sollten dazu ein minimal invasives Vorgehen und die Verwendung adhäsiver Techniken gewählt werden. Exemplarisch werden die Prinzipien (heutiger Standard) der Adhäsivtechnik (Präparation, Aufbau, Zementation) für Frontzahnrestorationen mit verschiedenen Anforderungsprofilen anhand von Fallbeispielen definiert. Die Diskussion der Haftmechanismen auf den verschiedenen Substraten (Schmelz, Dentin) wird sachlich übersichtlich geführt (van Noort & Northeast). Die Wirkungsmechanismen von säurehaltigen Primern, Haftvermittlern und ungefüllten Resinen werden, auf der Basis der klassischen «3-step technique», aufgezeigt. «Wet dentinal bonding» und «total-etch technique» werden zeitgemäss erörtert. Bei der Durchsicht der Produkte-Klassifikation hingegen wird deutlich, dass die Industrie in den letzten 2 Jahren neue Produkte (two-step, one-step) hervorgebracht hat. Spreafico dokumentiert mit exzellentem Bildmaterial das klinische Vorgehen bei Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich und beschäftigt sich eingehend mit den Problemen von Polymerisationsschrumpfung und Randdichtigkeit.

Die Gruppe um Lambrecht prognostiziert für die kommende Dekade eine noch stärkere Abkehr vom Amalgam. Die

Frage des Amalgamersatzes durch direkt appliziertes Komposit beantworten sie vorsichtig. Auch aus Kostengründen sind sie solange gegen einen Bann des Amalgams, als direkte Kompositfüllungen für grosse Klasse-II-Restorationen kontraindiziert sind. Neue Kompositmaterialien sollten noch weniger Wasser aufnehmen und eine geringere Ermüdung bei höherer Frakturzähigkeit aufweisen. Handlungsbedarf für Forschung sehen diese Autoren auch bei der Verbesserung von Manipulationstechniken, Handling-Eigenschaften und klinischer Instrumentation. In dieser umfassenden Abhandlung zu den Kompositmaterialien wird auch das «Resurfacing», d.h. ein nachträgliches Ansetzen auf vorbestehende Kompositfüllungen, also Reparieren, diskutiert. Laboruntersuchungen ergaben für reparierte Stellen Haftfestigkeiten von 85% der Ausgangswerte. Noack hat 10 verschiedene Inlaysysteme (Glaskeramik, Porzellan, Komposit) gewertet und die Passgenauigkeit am Rand initial und nach 6 Monaten in vivo verglichen. Darüber hinaus wird das klinische Vorgehen bei der Zementation mit Sonocem aufgezeigt. In zwei weiteren materialkundlichen Kapiteln werden die Zuverlässigkeit der keramischen Haftung (Picard et al.) und die Zukunftsaussichten für verstärkte Keramiken beleuchtet (Hahn). Pameijer vergleicht die Herstellung von Goldonlays mit derjenigen von Keramikonlays, und zwar von der Präparation bis zur Zementation. Trotz der sehr ästhetischen Endresultate bei Porzellanonlays erinnert er daran, dass Gold betreffend Langzeitprognose von keinem anderen Restaurationsmaterial übertroffen wird.

In der zweiten Buchhälfte wird der klinische Stellenwert der Adhäsivbrücke umfassend definiert. In einer vollständigen Übersicht über die Anforderungen an die – minimal gehaltene – Präparation, Gerüstdesign und Legierungen, Konditionierung der Kontaktflächen sowie die verschiedenen Zemente erhält der Leser neben vielen praktischen Hinweisen einige Hintergrundinformationen, z.T. gewissermassen aus erster

Hand (Nakabyashy, Thompson et al.). Noch immer stark beschäftigt die Langzeitprognose von Adhäsivbrücken mit verschiedener Lokalisation. In einer sog. Metaanalyse von 7 Studien errechneten Creugers et al. (1994) für konventionelle Brücken eine Misserfolgsrate von $26,0 \pm 2,1\%$ nach 15 Jahren. Mit Präparation gemäss den heute geltenden Richtlinien und bei richtig gestellter Indikation scheinen ähnlich gute Erfolgsraten auch für Adhäsivbrücken möglich. Das letzte Kapitel hat den interessanten Ansatz, den Indikationsbereich für Adhäsivbrücken gegenüber der Versorgung mit Einzelimplantaten abzugrenzen (Samona). Neuere Augmentationsmethoden zur Behebung von Kammdefekten wurden noch nicht berücksichtigt. Entsprechend ist diese Diskussion noch nicht abgeschlossen. Ästhetische Verbesserungen bei der Versorgung mit Einzelimplantaten dürften auch den Indikationsbereich von Adhäsivbrücken weiter einengen. Alle Autoren wurden sicher auf das vorgegebene Thema fixiert. Zum Teil deutliche Überschneidungen und Wiederholungen vor allem in den Einleitungen zu den einzelnen Kapiteln zeigen, dass es sich ursprünglich um Vorträge gehandelt hat. Dies darf bei «Proceedings» nicht weiter stören. Dafür zeichnet sich das vorliegende Werk durch ein sehr gepflegtes und sehr reichhaltiges Bildmaterial mit hohem Informationsgehalt aus. Auch ohne gesamthafte Zusammenfassung und detaillierte Wertung kann sich der Leser ein gutes Bild machen, was als gesichert gilt und wo in der Zukunft weitere Fortschritte zu erwarten sind.

Dieses Werk spricht den Zahnarzt in Praxis und Ausbildung ebenso wie den interessierten Zahntechniker an. Die Form der «Proceedings» ist für den Leser attraktiv, weil sie den auf einen definierten Zeitpunkt hin aktualisierten Wissensstand festhält. Die vorliegende Standortbestimmung ist v.a. der Initiative der beiden Herausgeber und nicht zuletzt der Unterstützung durch die mitbeteiligte Industrie zu verdanken.

Christian Lehner, Zürich

Kariologie

Klimm W:
Kariologie, ein Leitfadens für Studierende und Zahnärzte. 340 S., 229 Abb., 50 Tab., SFr. 71.–, Hanser, München (1997).
 ISBN 3-446-18461-9

Der vorliegende Band ist als Kurzlehrbuch konzipiert. Über die Definition, Epidemiologie, Ätiologie bis hin zur Prophylaxe und Therapie wird alles zum Thema Karies in 8 Kapiteln auf rund 300 Seiten zusammengefasst.

Die Kapitel 1 bis 4 (Definition, Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese sowie Histopathologie und Histobakteriologie der Karies) befassen sich mit den theoretischen Aspekten der Kariologie. Hier sind nicht die neuesten Erkenntnisse zusammengefasst, sondern der Autor will bekanntes und gesichertes Grundlagenwissen vermitteln. Entsprechend werden in den einzelnen Kapiteln Begriffe definiert, historische Aspekte beleuchtet, die wichtigsten Studien zum jeweiligen Thema vorgestellt und schliesslich wird mittels Tabellen, vereinfachten Schemata und charakteristischen Realbildern das Beschriebene visualisiert und illustriert. Die ersten 4 Kapitel nehmen rund die Hälfte des Buches in Anspruch, d.h. rund 150 Seiten. Daher konnten sicher nur die wesentlichsten Grundlagen der behandelten Themata zusammengefasst werden. Für Studierende und praktizierende Zahnärzte scheint dieser Teil als Repetitorium äusserst geeignet. Leider sind die Abbildungen in diesem Teil alle nur schwarz/ weiss und sehr kleinformatig, wodurch vor allem bei den Histobildern recht viel Information verloren geht.

Die Kapitel 5 bis 8 des Buches befassen sich mit den Themen Diagnostik, Diagnostik des erhöhten Kariesrisikos, Prophylaxe und Therapie der Karies. In diesem zweiten Teil werden also die praktischen Aspekte zum Thema Karies ebenfalls auf ca. 150 Seiten zusammengefasst. Dabei werden viele nützliche Tipps unter Hinweis auf die einschlägige Literatur gegeben. Schwergewicht im Kapitel Diagnostik der Karies bilden die

klinische Befunderhebung und die Röntgendiagnostik. Daneben wird auf Aspekte wie Tiefe, Verlauf, Lokalisation und Ausarbeitung der Karies eingegangen.

Im Kapitel «Diagnostik des erhöhten Kariesrisikos» wird vor allem auf die verschiedenen Speicheltests und bakteriologischen Tests eingegangen, wobei der Autor auch andere Aspekte des erhöhten Kariesrisikos kurz analysiert.

Im 7. Kapitel (Prophylaxe der Karies) werden die drei Säulen der Kariesprophylaxe – Ernährungslenkung, Mundhygiene und Fluoridanwendung – beschrieben. Den Übergang zum nächsten Kapitel «Therapie der Karies» bildet der Abschnitt über die Fissurenversiegelung. Besonders hervorzuheben sind im Kapitel «Therapie des kariösen Defekts» die tabellarischen Behandlungssystematiken. Hier werden alle möglichen Füllungsarten von der einfachen Fissurenversiegelung über Amalgam- und Kompositfüllungen bis hin zu indirekten Füllungstechniken in Tabellenform zusammengefasst. Die Tabellen sind unterteilt in Behandlungsschritt, Behandlungsmittel und Behandlungsmodus. Illustriert werden sie mittels klinischen Falldarstellungen. Vorgängig jeder Füllungsmethode wird auf Indikationen, Kontraindikationen und materialtechnische Aspekte eingegangen. Zum Schluss geht der Autor knapp auf indirekte Verblendeschalentechniken und computergesteuerte Inlaysysteme ein. Im Anhang des Buches findet der Leser ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis und ein Stichwortregister.

Dass soviel Information auf 150 Seiten nur in äusserst knappen Zügen zusammengefasst sein kann, versteht sich von selbst. Das Buch scheint daher auch in diesem zweiten Teil vor allem als Begleitbuch zu einer Vorlesung für Studierende oder als Repetitorium bzw. Nachschlagewerk für den Praktiker geeignet zu sein.

Das Buch ist ein weiteres Kompendium zum Thema Kariologie, es wird hier nichts wesentliches Neues vorgestellt, sondern bereits Bekanntes in einer neuen Form dargelegt.

All jene, die noch kein Grundla-

genwerk zum Thema Kariologie besitzen, finden im vorliegenden Band ein übersichtlich gestaltetes und verständlich geschriebenes Nachschlagewerk zu einem vernünftigen Preis.

Anne Grüninger, Bern

Parodontologie

Lindhe J, Karring T, Lang NP:

Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 976 S., 1500 Abb., DKK 796.–, Munksgaard, Kopenhagen (1997). ISBN 87-16-12060-4

Der vorliegende Band stellt nicht einfach eine modifizierte Ausgabe des 1983 bzw. 1989 erschienenen Textbook of Periodontology dar, sondern ist ein vollständig neu konzipiertes, ausserordentlich umfassendes Parodontologiebuch, das insbesondere auch das Gebiet der Implantologie einschliesst. Genauso wie den Vorgängern kann auch dieser Ausgabe ein weltweiter Erfolg im Rahmen der Studenten- und Assistenten- sowie Klinikerfortbildung vorausgesagt werden. Genauso wie die vorausgegangenen Ausgaben wird es in den nächsten Jahren für Kliniker und Forscher ein Nachschlagewerk darstellen, das einerseits den Veränderungen der Parodontologie in den 90er Jahren Rechnung trägt und andererseits auf der Basis eines Vielmännerwerkes die einzelnen Themata auf dem neuesten Stand des Wissens beleuchtet.

Das Buch ist in drei Hauptabschnitte unterteilt: 1. Grundlegende Konzepte, 2. Klinische Konzepte und 3. Implantatbezogene Konzepte.

Im ersten Teil werden folgende Aspekte abgehandelt: Anatomie des Parodonts, Epidemiologie der Parodontalerkrankungen, Plaque und Zahnstein, Mikrobiologie und Pathogenese der Parodontalerkrankungen, früh einsetzende und nekrotisierende Parodontitiden, okklusales Trauma, Endo-Perio-Beziehungen sowie systemische Erkrankungen und Parodont.

Die grundlegenden Erkenntnisse werden mit didaktisch ausgezeichneten Schemata untermauert und mit histologischen Aufnahmen dokumentiert. Zudem sind die Erkenntnisse von 3 be-

deutenden Workshops in den 90er Jahren (Ittingen 1992 und 1994, AAP 1996) in den Text eingeflossen. Der klinische Teil beschäftigt sich mit der eigentlichen praktischen Parodontologie. Befundaufnahme, Diagnose, Behandlungsplanung, Initialphasen und medikamentöse Behandlung gehören genauso zu den bearbeiteten Kapiteln wie die allgemeine Parodontalchirurgie, die ästhetische und regenerative Parodontalchirurgie, die Behandlung von furkationsbefallenen Zähnen, prothetische Aspekte und die Nachsorge. Wer bereits das Textbook of Periodontology kennt, weiss, dass das skandinavische Konzept als Basis jeglicher parodontaler Therapie sich bestens etabliert hat. Wenn diese Basis mit mukogingivaler Chirurgie und ästhetischen Möglichkeiten der Parodontalchirurgie kombiniert wird, resultiert ein ausserordentlich attraktives Therapiekonzept, das im mittleren Teil des Bandes im Rahmen der Behandlung der natürlichen Dentition verwirklicht wird. Ergänzt wird dieses Konzept durch das Kapitel «Implantate». Neben den grundlegenden Aspekten der Knochen- bzw. Weichteilbiologie und -pathologie kommen – neben diagnostischen – auch chirurgische und prothetische Aspekte zum Zuge. Klinische Beispiele runden das Kapitel ab. Wie schon eingangs erwähnt, stellt der vorliegende Band von Jan Lindhe ein Standardnachschlagewerk auf dem Gebiet der Parodontologie und biologisch orientierter Implantologie dar. Es gehört damit in die Bibliothek jedes parodontal- und implantologisch interessierten Kliniklers. Wer zudem weitergehendes Interesse an einzelnen Kapiteln zeigt, findet eine gezielt ausgewählte Literaturliste mit klassischen Publikationen. Für postgraduate Studenten, die den Band obligatorisch jederzeit zur Hand haben müssen, zeigt sich der einzige (praktische) Nachteil, dass das Buch aufgrund der Dicke und des Gewichtes (!) etwas unpraktisch im Handling ist. Dieser Nachteil wird jedoch durch den Umstand, den Band als umfassendes Arbeitsinstrument am Schreibtisch einsetzen zu können, wieder aufgewogen.

Carlo Marinello, Basel



Zeitschriften

Mundhygiene/ Miswak

Asadi S G R, Asadi Z G:
Chewing sticks and the oral hygiene habits of the adult Pakistani population.
Int Dent J 47: 275–278 (1997)

In dieser Arbeit werden die Mundpflegegewohnheiten der Erwachsenenbevölkerung Pakistans unter besonderer Berücksichtigung der Verwendung von Kaustäbchen (chewing sticks) diskutiert. Seit mehr als 1000 Jahren werden Kaustäbchen in Afrika und Asien als wirksames Hilfsmittel zur Zahnhygiene beigezogen. Zu den am häufigsten verwendeten Kauhölzern gehört der Miswak. Dieser wird gewöhnlich aus den Wurzeln, seltener auch aus den Zweigen oder der Rinde des im Mittleren Osten und speziell in Saudi-Arabien weit verbreiteten Arak-Baumes, *Salvadora persica*, gewonnen. Vor dem Gebrauch wird das Kauh Holz gewaschen und dann an einem Ende angekau, um eine aufgeweichte, faserige und büschelige Bürste zu erhalten. Die positive Auswirkung des Miswak auf die Mundgesundheit wird

einerseits dem mechanischen Reinigungseffekt und andererseits aber auch chemotherapeutischen, antimikrobiellen und plaquehemmenden Eigenschaften der Arak-Fasern zugeschrieben. Zahnzerfall und fortgeschrittene parodontale Erkrankungen sollen bei Menschen, die regelmässig Miswak verwenden, relativ selten vorkommen. Eine zwischen Februar 1990 und August 1994 an 14 723 Erwachsenen durchgeführte Erhebung des Nationalen Pakistanischen Gesundheitswesens ergab, dass in ländlichen Gegenden mehr als 50% der Bevölkerung Miswak zur Mundhygiene verwenden. Miswak gilt als leicht erhältliches, billiges und sehr effizientes Hilfsmittel zur Zahnreinigung. Die Zahnbürste ist für viele Landbewohner Pakistans finanziell kaum erschwinglich und wird als Luxus angesehen: Nur 8% der Menschen in ländlichen Gegenden benutzen die Zahnbürste gegenüber 38% in den Städten. Unabhängig von der angewandten Methode reinigen gesamthaft nur 30% der Pakistani ihre Zähne täglich. 8% der 120-Millionen-Bevölkerung des Landes putzen ihre Zähne nie, 54% entweder je-

den 2. Tag, einmal wöchentlich oder monatlich. Aus diesen Resultaten schliessen die Autoren, dass grosse Teile der pakistanischen Bevölkerung vom Sinn und Zweck einer regelmässigen Zahnpflege keine Ahnung haben und dringend über den Wert und die Möglichkeiten einer systematischen Mundhygiene informiert und instruiert werden sollten. Die Landbevölkerung Pakistans, die mit traditionellen Zahnreinigungsmethoden besser vertraut ist, sollte vermehrt zum Gebrauch des Miswak ermuntert werden.

Theo Brunner, Oberglatt

Fixe Brücken

Libby G, Arcuri M R, LaVelle W E, Hebl L:
Longevity of fixed partial dentures.
J Prosthet Dent 78: 127–131 (1997)

50 Personen, 34 (68%) Frauen und 16 (32%) Männer, die an der Prothetischen Klinik von Iowa, Iowa City, von zwei erfahrenen Prothetikspezialisten mit insgesamt 89 fixen Brücken versorgt worden waren, wurden aufgrund der früheren Eintragungen in die Behandlungskarten und einer klinischen Nachuntersuchung in eine retrospektive Kontrollstudie einbezogen. Erfasst wurden dabei alle Patienten, die innerhalb von 6 Monaten zu einem Hygienerecall erschienen.

Zweck der Ermittlungen war es, die Gründe für das Auftreten von Misserfolgen von festsitzendem Zahnersatz im Verlaufe der Beobachtungszeit zu evaluieren und die

Funktionsdauer der Brücken zu registrieren. Das Durchschnittsalter der Probanden war 63 (21–90) Jahre. Die Liegedauer der 89 Brücken betrug 1–25 Jahre. Die Restaurationen umfassten insgesamt 384 Einheiten, nämlich 238 (62%) Brückenpfeiler und 146 (38%) Pontics. Die 238 Abutments setzten sich aus 201 (84%) Metallkeramikkronen und 37 (16%) Vollgusskronen zusammen. Von den 146 Pontics bestanden 134 (92%) aus Metallkeramik und 12 (8%) ausschliesslich aus Metall. Nach der prothetischen Versorgung wurden die Patienten in ein individuell abgestimmtes Recallsystem eingegliedert. Eine Rekonstruktion, die im Laufe der Kontrollzeit repariert oder ersetzt werden musste, galt als Misserfolg. Resultate: Von den 89 in die Studie einbezogenen Brücken wurden deren 13 (15%) mit total 53 Einheiten als Misserfolge taxiert. Karies war die häufigste Ursache von Misserfolgen; fortgeschrittene parodontale Erkrankungen, die ebenfalls als Misserfolge hätten deklariert werden müssen, scheinen hingegen keine beobachtet worden zu sein (siehe Tabelle).

Bei 5 fixen Restaurationen mit insgesamt 18 Einheiten wurden an 7 Stellen Sondierungstiefen von mehr als 3 mm beobachtet. Davon betrug 6 (86%) 5 mm und eine (14%) 4 mm. An 9 Brücken waren abnehmbare Teilprothesen verankert; bei 4 dieser Brücken kam es zum Misserfolg (keine näheren Angaben) und 3 Brücken wiesen Pfeilerzähne mit Sondierungstiefen von mehr als 3 mm auf. Es

F I S

- Steuerberatungen
- Rechtsberatung

C O M

- Buchführungen (auch in Ihrer Praxis)
- Abschlussberatung
- Vorsorgeberatung

Fiscom Treuhand GmbH
Haldenstrasse 5, 6342 Baar
Tel. 041/768 03 03 Fax 041/768 03 68

Walter C. Blum
lic. iur./lic. oec. HSG
dipl. Steuerexperte

Markus Humm
dipl. Buchhalter/Controllor
dipl. Treuhandexperte

Grund des Misserfolges	Anzahl Fälle	Durchschnittliche Funktionsdauer der Brücken (Jahre)
Karies	5 (38%)	16,0
Porzellanfraktur	1 (8%)	14,4
Randdefekt	1 (8%)	4,5
Zahnfraktur	1 (8%)	5,0
Periapikale Veränderung	2 (15%)	18,9
Stiftaufbau frakturiert	1 (8%)	4,1
Okklusalfäche durch Abnutzung perforiert	2 (15%)	9,5
Total Misserfolge	13 (100%)	–

könnte dies darauf hinweisen, dass die Verankerung von herausnehmbaren partiellen Prothesen an fixen Brücken für letztere ein erhöhtes Misserfolgsrisiko darstellt. Die Zahl der erfassten, in Funktion stehenden Brücken verringerte sich von 88 mit 1 Jahr Liegedauer auf 2 mit 25 Jahren Liegedauer, wobei diese Reduktion auf Wegzug oder Ableben von Patienten zurückzuführen war. Die Anzahl Misserfolge pro Jahr variierte im Verlaufe der Beobachtungszeit der Brücken nur sehr geringfügig und sank im 25. Jahr auf 0. Schlussfolgerung der Autoren: «The length of service of a FPD (fixed partial denture) is not dependant on the number of years in service, but the use of specific procedures and routine recall appointments can increase the length of service of these restorations.»

Theo Brunner, Oberglatt

Implantologie

Kent D K, Koka S, Froeschle M L:
Retention of Cemented Implant-Supported Restorations. J Prosthodont. 6: 193-196 (1997)

Zweck der vorliegenden *in vitro*-Studie war es, die Retention eines Goldzylinders auf einem 5mm-CeraOne-Abutment (Nobel Biocare, Göteborg, Schweden) 24 Stunden nach dem Einzementieren zu messen. Als Zementierungsmittel wurden Zinkphosphatzement, Tempbond oder Tempbond NE verwendet. Der maschinell vorgefertigte Goldzylinder dient als Gerüst für die Keramikkrone und weist eine präzise Passung zum CeraOne-Abutment auf. In früheren Untersuchungen verglichen die Autoren die Abzugskraft des Zylinders mit verschiedenen Zementen zwei Stunden nach Zementieren des Zylinders.

Es wurde jeweils 0,01 ml Zement nach Angaben des Herstellers gemischt, in den Goldzylinder eingebracht und mit 5 kg Belastung 10 Minuten lang auf das Abutment gedrückt. Nach 24stündiger Lagerung bei feuchtigkeitsgesättigtem Milieu (100%) und bei 37 Grad Celsius wurde die Retention des Goldzylinders standardisiert gemessen. Das mechanische Messinstrument testete die Retention bei einer Dehnung von 5 mm/min. Die Abzugskraft, welche angewendet werden musste, wurde in Kilogramm gemessen. Im weiteren verglich man den Halt des Zylinders auf dem Abutment, wenn der Zugang zur Goldschraube offen blieb oder mit Kunststoff verschlossen wurde. Bei jeder der 6 resultierenden Testgruppen wurden 8 Messungen durchgeführt.

Es zeigte sich, dass die Retention des Zylinders auf dem Abutment bei der Verwendung

von Zinkphosphatzement signifikant höhere Werte erreicht als beim Einsetzen mit Tempbond resp. Tempbond NE. Die Durchschnittswerte der nötigen Abzugskraft beim Zementieren ohne Verschluss des Schraubenzuganges liegen mit Zinkphosphatzement im Durchschnitt bei 59,4 kg, während sich der Goldzylinder bei der Verwendung von Tempbond bereits bei einer Kraft von 6,7 kg resp. von 7,1 kg bei Tempbond NE löst. Das Verschliessen des Schraubenzuganges im CeraOne-Abutment brachte beim Zinkphosphatzement und bei Tempbond NE keine signifikante Änderung der Retention, während bei Verwendung von Tempbond ein besserer Halt (11,3 kg) erreicht werden konnte. Inwieweit diese Werte auch bei monate- bzw. jahrelanger Inkorporation (Alterung) von Relevanz sind, wird in der Arbeit nicht diskutiert.

Daniel Tinner, Basel

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin **Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie** **Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia**

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen:

Schweiz Monatsschr Zahnmed

Innerhalb der Zeitschrift: SMfZ

Pour les indications dans les bibliographies:

Rev Mens Suisse Odontostomatol

Dans la revue: RMSO

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

Monatsschrift für Zahnmedizin

Postfach

3000 Bern 8

Für Express- und Paketpost:

Postgasse 19

3011 Bern

Telefon: 031/312 03 77

Telefax: 031/311 35 34

Sämtliche zur Publikation in der SMfZ bestimmten Beiträge sind an diese Adresse zu richten.

Tous les textes à publier dans la RMSO doivent être envoyés à cette adresse.

Redaktion/Rédaction «Acta Medicinæ Dentium Helvetica»

Editor in chief / Chefredaktor / Rédacteur en chef:

Prof. Dr. Jürg Meyer

Abteilung für Präventivzahnmedizin

und Orale Mikrobiologie,

Zahnärztliches Institut der Universität Basel

Petersplatz 14, CH-4051 Basel

Redactors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belser, Genf

Prof. Dr. Peter Hotz, Bern

Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell» Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»

Roger D. Weill, Chefredaktor, Bern

Ruth Schlup, Redaktionsassistentin, Bern

Deutschsprachige Redaktoren:

Prof. Dr. Theo Brunner, Oberglatt

Prof. Dr. Daniel Buser, Bern

Responsables du groupe rédactionnel romand:

D^r Michel Perrier, rédacteur adjoint, Lausanne

D^r Susanne S. Scherrer, rédactrice adjointe, Genève

Freie Mitarbeiter / Collaborateurs libres:

Dott. Ercole Gusberti, Lugano

D^r Serge Roh, Sierre

Thomas Vauthier, Nyon/Basel

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der

SMfZ 1/96, S. 55 aufgeführt.

Les instructions aux auteurs de la RMSO se trouvent

dans le no. 1/96, p. 57.

Instructions to authors see SMfZ 1/96, p. 60.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Präsident / Président:

Dr. med. dent. Hans-Caspar Hirzel, Zürich

Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber

Münzgraben 2, 3000 Bern 7

Tel. 031/311 76 28 / Telefax 031/311 74 70

Inseratenverwaltung Service de la publicité et des annonces

Monatsschrift für Zahnmedizin

Förllibuckstrasse 10, Postfach 229, CH-8021 Zürich

Tel. 01/448 86 73, Telefax 01/448 89 38

Inseratenschluss:

etwa Mitte des Vormonats.

Insertionstarife / Probenummern:

können bei der Inseratenverwaltung angefordert werden.

Délai pour la publication des annonces:

le 15 du mois précédant la parution.

Tarifs des annonces / Exemplaires de la Revue:

sur demande au Service de la publicité et des annonces.

Die Herausgeberin lehnt eine Gewähr für den Inhalt der in den Inseraten enthaltenen Angaben ab.

L'éditeur décline toute responsabilité quant aux informations dans les annonces publicitaires.

Gesamtherstellung / Production

Stämpfli AG, Hallerstrasse 7

Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung Service des abonnements

Stämpfli AG

Postfach 8326

3001 Bern

Tel. 031/300 63 40

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse:

pro Jahr (12 Ausgaben)

par année (12 numéros) Fr. 268.25*

Studentenabonnement

Abonnement pour étudiants Fr. 61.20*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 30.60*

* inkl. 2% MWSt/2% TVA y inclus

Europa / Europe:

pro Jahr (12 Ausgaben)

par année (12 numéros) Fr. 280.–

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 30.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben)

par année (12 numéros) Fr. 302.–

Die Wiedergabe sämtlicher Artikel und Abbildungen, auch in Auszügen und Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Redaktion und des Verfassers gestattet.

Toute reproduction intégrale ou partielle d'articles et d'illustrations est interdite sans le consentement écrit de la rédaction et de l'auteur.

Auflage/Tirage: 5250 Exemplare

ISSN 0256-2855

ZAHNMEDIZINISCHE ZENTREN DER UNIVERSITÄTEN INSTITUTS UNIVERSITAIRES DE MÉDECINE DENTAIRE

Zentrum für Zahnmedizin (Departement Zahnmedizin) der Universität Basel

Petersplatz 14, 4051 Basel

Tel. 061 267 25 80, Fax 061 267 25 81

Departementsvorsteher und Direktor: Prof. Dr. Jakob Wirz

- Prof. Dr. Dr. J. Thomas Lambrecht** Tel. 061/267 26 05
Vorsteher der Klinik für zahnärztliche Chirurgie,
Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde Fax 061/267 26 07
- Prof. Dr. Carlo P. Marinello, M.S.** Tel. 061/267 26 30
Vorsteher der Klinik für Prothetik und Kaufunktionslehre Fax 061/267 26 60
- Prof. Dr. Jürg Meyer** Tel. 061/267 26 01
Vorsteher des Instituts für Präventivzahnmedizin und orale Mikrobiologie Fax 061/267 26 58
- Prof. Dr. Lennart Wieslander, M.S.D.** Tel. 061/267 26 40
Vorsteher der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin Fax 061/267 26 57
- Prof. Dr. Jakob Wirz** Tel. 061/267 26 26
Vorsteher des Instituts für zahnärztliche
Werkstoffwissenschaft, Technologie und Propädeutik Fax 061/267 26 77
- Prof. Dr. Urs Zappa, M.S.** Tel. 061/267 26 18
Vorsteher der Klinik für Parodontologie und Kariologie Fax 061/267 26 59

Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern

Freiburgstrasse 7, 3010 Bern

Sekretariat: Tel. 061 267 25 80, Fax 061 267 25 81

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Peter Hotz

- Prof. Dr. Dr. Hermann Berthold** Tel. 031/632 25 63
Chefarzt der Klinik für Oralchirurgie Fax 031/632 98 84
- Prof. Dr. Alfred H. Geering** Tel. 031/632 25 39
Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik Fax 031/632 49 33
- Prof. Dr. Peter R. Hotz** Tel. 031/632 25 70
Direktor der Klinik für Zahnerhaltung Fax 031/632 98 75
- Prof. Dr. Bengt Ingervall** Tel. 031/632 25 91
Direktor der Klinik für Kieferorthopädie Fax 031/632 98 69
- Prof. Dr. Niklaus P. Lang** Tel. 031/632 25 77
Direktor der Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik Fax 031/632 49 15

Universität de Genève, Faculté de Médecine

Section de Médecine Dentaire, 19, rue Barthélemy-Menn, 1211 Genève 4

Centrale: Tél. 022/382 91 61, Secrétariat général: Tél. 022/382 91 54, Fax 022/781 12 97

Département prévention et pathologie buccale (PREPA):**Directeur: Prof. D^r Pierre Baehni**

Division de médecine dentaire préventive

Prof. D^r Pierre Baehni

Tél. 022/382 91 39/88

Division de radiologie dentaire et maxillo-faciale

Prof. D^r Jacky Samson

Tél. 022/382 91 69/20

Division de stomatologie et chirurgie orale

Prof. D^r Jacky Samson

Tél. 022/382 91 69/20

Département de thérapeutique buccale et orthodontie (TERBO)**Directeur: Prof. D^r Jean-Pierre Joho**

Division de physio-pathologie buccale et parodontie

Prof. D^r Giorgio Cimasoni

Tél. 022/382 91 44/45

Division d'orthodontie et pédodontie

Prof. D^r Jean-Pierre Joho

Tél. 022/382 91 41/42

Département de prothèse dentaire (PRODE): Directeur: Prof. D^r Urs Belser

Division de prothèse conjointe et occlusodontie

Prof. D^r Urs Belser

Tél. 022/382 91 28/29

Division de gérodontologie et de prothèse adjointe

Prof. D^r Ejvind Budtz-Jørgensen

Tél. 022/382 91 31/30

Division de technologie des matériaux dentaires

Prof. D^r Jean-Marc Meyer

Tél. 022/382 91 33/34

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich

Plattenstrasse 11 / Postfach, 8028 Zürich

Zentrale: Tel. 01/634 33 11, Direktionssekretariat: Tel. 01/634 43 25, Fax 01/634 43 11

Vorsitzender: Prof. Dr. Peter Schärer**Verwaltungsdirektor: Dr. Hans-Caspar Hirzel, Tel. 01/634 32 03****Prof. Dr. Bernhard Guggenheim**

Direktor des Instituts für Orale Mikrobiologie und Allgemeine Immunologie

Tel. 01/634 32 78

Fax 01/634 43 10

Prof. Dr. Dr. Felix Lutz

Direktor der Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

Tel. 01/634 32 71

Fax 01/634 43 07

Prof. Dr. Sandro Palla

Direktor der Klinik für Kaufunktionsstörungen und Totalprothetik

Tel. 01/634 32 31

Fax 01/634 43 02

Prof. Dr. Dr. Hermann F. Sailer,Direktor der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
und Kieferchirurgie Zahnärztliche Materialkunde

Tel. 01/634 33 16

Fax 01/634 43 03

Prof. Dr. Peter SchärerDirektor der Klinik für Kronen- und
Brückenprothetik, Teilprothetik und Zahnärztliche Heilkunde

Tel. 01/634 32 51

Fax 01/634 43 05

Prof. Dr. Paul W. Stöckli

Direktor der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin

Tel. 01/634 32 11

Fax 01/634 43 04