

Aktion «Pro Milchzahn» an der GESUND 2000

Anna-Christina Zysset

An der diesjährigen GESUND 2000, die vom 28. April bis 7. Mai in Basel stattgefunden hat, wurde über das Thema «Milchzahnkaries» informiert. Die Aktion stand unter dem Patronat der Schulzahnklinik Basel-Stadt. Mütter und Väter sowie alle am Thema Interessierten erhielten Anleitungen und Tipps zur richtigen Pflege der ersten Zähne ihrer Kinder. Milchzahnkaries ist auf dem Vormarsch. Nur noch 48 Prozent der Siebenjährigen haben kariesfreie Milchzähne. Vor fünf Jahren waren es noch 60 Prozent! Die Redaktion sprach anlässlich der Ausstellung mit Dr. med. dent. Peter Wiehl, Direktor der Öffentlichen Zahnkliniken Basel-Stadt.

Was bezwecken Sie mit Ihrem Auftritt an dieser Gesundheitsmesse?

Mit unserem Stand an der GESUND 2000 möchten wir einerseits Eltern, Grosseltern und andere für das Kleinkind wichtige Personen anschaulich und motivierend aufklären. Andererseits beabsichtigen wir die Alarmierung der Fachwelt, denn diese spielt eine zentrale Rolle bei der Diagnostik und Prävention. Mit einer gezielten Aktion werden wir in den nächsten Monaten den Kinderärzten die nötige Schulung anbieten, um bei vorhandener Karies die Kinder der zahnmedizinischen Behandlung zuzuführen. Die Kinderärzteschaft wird als Karies-Frühwarn-System die rechtzeitige Zuweisung zur Prophylaxe und Behandlung im Vorkindergartenalter ermöglichen. Je früher wir die Kinder sehen können, desto eher können wir durch geeignete Intensivprophylaxe Schlimmeres verhüten.

Dreizehn Organisationen machen an der Aktion «Pro Milchzahn» mit oder unterstützen sie. Wird diese Partnerschaft auch nach der GESUND weitergeführt?

Diese Partnerschaft ist zeitlich nicht begrenzt. Dieser Auftritt bildet nur den Anfang für eine lange Zusammenarbeit, die wir gegebenenfalls noch erweitern werden. Als nächste Fachgruppe haben wir die Gynäkologen im Visier. Mit einem einfachen Speicheltest kann das Kariesrisiko der werdenden Mutter festgestellt werden. Sollte deren Speichel einen hohen Anteil an Mutans-Streptokokken enthalten, kann durch Individual-Prophylaxe der Mutter (Eltern) das An-



steckungsrisiko nach Durchbruch des ersten Milchzahnes reduziert werden. Mit speziellen Tipps für die Kleinkindernährung soll die Möglichkeit der Übertragung von Kariesbakterien vermindert werden. Generell sollte mit Saug-, Trink- und Essutensilien nicht von Eltern, Geschwistern oder anderen Personen Essbares vorgekostet werden.

Herr Dr. Wiehl, was ist der wichtigste Grund für diesen Anstieg der Milchzahnkaries?

Wenn Zucker in konstanter Regelmässigkeit durch Schoppen oder Zwischenmahlzeiten konsumiert wird, ist das ein idealer Nährboden für Bakterien. Diese greifen die Zahnschubstanz an. Milchzahnkaries ist auf dem Vormarsch. Die Zahlen unserer Basler Schulzahnklinik sprechen eine deutliche Sprache: Nur noch 48 Prozent der Siebenjährigen haben kariesfreie Milchzähne. Bei 320 Kindern musste im vergangenen Jahr zudem eine Kariesbehandlung unter Vollnarkose durchgeführt werden! Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme von 37 Prozent. In Basel-Stadt wird nun gezielt die Zusammenarbeit mit den Kinderärzten angestrebt. Als lokale Massnahme empfehlen wir Fluoridzahnpasten für Kinder ab dem ersten Zahn und Zahnkontrollen ab dem Durchbruch des ersten Milchmolaren im zweiten Lebensjahr.

Wieso muss man ein Kleinkind in Vollnarkose behandeln?

Die Kooperation eines Kindes für eine Behandlung liegt bei zirka 30 Minuten. Ist während dieser Zeit die Behandlung möglich, braucht es selbstverständlich keine Narkose. Unsere kleinen Patienten sehen wir meist aber erst in einem späten Stadium. Dann sind schon so viele Zähne kariös, dass es für eine «sanfte Behandlung» und für Vorsorgemassnahmen zu spät ist. Heute stehen 150 Kinder auf der Warteliste für eine Zahnsanierung in Narkose. Dieser Zustand ist tragbar!

Was heisst das konkret?



Einem vierjährigen Mädchen zum Beispiel werden von total 20 Milchzähnen 12 kariöse Milchzähne gezogen. Dieses Extrembeispiel zeigt, dass solche Situationen für unsere Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie für alle Beteiligten sehr belastende Erlebnisse sind.

In einer Gesundheitssendung habe ich gesehen, wie eine Mutter bereits mit ihrem zweiten Kleinkind in die Schulzahnklinik gekommen ist. Anstelle von Zähnen sah man schwarze Stummel. Das geht über meinen Horizont. Verzweifeln Sie dann nicht manchmal an Ihrer Aufgabe?

Manchmal schon, aber wir in der Schulzahnklinik Basel setzen alles daran, um die Eindämmung der Karies voranzutreiben. Dabei ist wichtig, dass dieses Thema entsprechend den derzeitigen Lebensgewohnheiten angepasst und vermittelt wird. Jeden Tag beginnen wir wieder neu und hoffen, dass unsere Aktion «Pro Milchzahn» eine Kariesreduktion bei den Milchzähnen zeigen wird. Die differenzierte Analyse der vorhandenen Daten der letzten fünf Jahre soll Auskunft geben, wo und auf welcher Ebene in Zukunft die Prävention noch gezielter betrieben werden muss.

Was unternehmen Sie, um diesen schrecklichen Zustand in Zukunft zu vermeiden?

Wir haben als generelle Massnahme die Primärprophylaxe im Vorkindergartenalter neu gestaltet. Ein dichteres Netz von aktiven Ansprechstationen wie Kinderarztpraxis, Kurse des Roten Kreuzes und der Mütter/Väterberatung des Kantons Basel-Stadt wurde zusammen mit den Schulzahnkliniken Basel und Riehen geschaffen. Neben der medizinischen Betreuung wird in Zukunft die Kinderärztin oder der Kinderarzt vermehrt auf die Milchzähne achten und bei augenfälli-



gem Kariesbefund eine Zuweisung an den Zahnarzt vornehmen. Auch Ernährungsempfehlungen wie z.B. zahnschonende Produkte als Zwischenmahlzeiten und erlaubte Süßkereien müssen in der Kinderarztpraxis vermehrt zur Sprache kommen.

Welche Kinder sind besonders gefährdet, an Karies zu leiden?

Kinder, die, wie wir so schön sagen, «zugestöpselt» werden. Schreit das Kind, erhält es einen gesüssten Schoppen oder einen angesüssten Nuggi. Später wird jedes Quengeln mit Schokolade oder anderen Süßigkeiten von seiner Umwelt (Familie, Grosseltern, Nachbarn) gestoppt. Ein Kind braucht sehr viel Zuwendung, Süßigkeiten stillen aber nicht den Hunger nach Aufmerksamkeit. In unserer Ausstellung machen wir Eltern und Erzieher auf vielfältige Arten von Zuwendung aufmerksam. Mit dem Tragetuch von Lana demonstrieren wir zum Beispiel ein von Hebammen, Ärzten, Krankenschwestern, Kinderärzten und Eltern anerkanntes Konzept, dem Baby Wärme und Geborgenheit zu vermitteln. Ein Kind, das getragen wird, hat eine innige Beziehung zu seinem Träger. Das Kleine wird gewiegt, geschaukelt und durch die Bewegung vom weichen Tuch zärtlich gestreichelt.

Gemäss Statistik konsumieren Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz über 40 kg Zucker pro Jahr. Wäre es da nicht angezeigt, die Präventionskampagne breiter zu streuen?

Eine wirkungsvolle Prävention für alle ist das Gebot der Stunde. Weil Kinder aber noch nicht die Verantwortung für ihre Ernährung übernehmen können, sollen Eltern vermehrt in die Pflicht genommen werden. Im Vordergrund steht neben der Ernährungslenkung das Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta. Die Ernährungsgewohnheiten, respektive der Zuckerkonsum, haben sich gewandelt, das müssen wir akzeptieren. Für die Ka-

ries ist aber nicht die Menge massgebend, sondern die Frequenz der Aufnahme. Dort muss unsere Kampagne ansetzen!

Die GESUND 2000 ist eine ideale Plattform, um Ihre Hauptbotschaft an die Frau und den Mann zu bringen. Wie lautet diese? Zuckerkonsum ist massgeblich an der Entstehung von Karies beteiligt. Schon fünf Minuten nach dem Zuckerkonsum entsteht in der Mundhöhle mit Hilfe der Kariesbakterien eine Säure. Diese ist in der Lage, den Zahnschmelz, das härteste Gewebe im menschlichen Körper, zu entkalken. Wenn die Zähne nicht geputzt werden, dauert die Entkalkung des Zahnschmelzes etwa eine halbe Stunde, bis der Speichel seine Pufferwirkung voll entfalten kann. Werden den Kindern ohne Unterbruch, z. B. jede halbe Stunde, zuckerhaltige Getränke oder Speisen gegeben, kann sich der angegriffene Zahnschmelz nicht mehr remineralisieren und wird dauernd entkalkt. Karies entsteht, deshalb: Ruhe im Mund hält Zähne gesund!

Wie präsentiert sich das politische Umfeld für die Schulzahnklinik heute?

Wegen der rigorosen Sparmassnahmen wurde die Schulzahnpflege in einigen anderen Kantonen aufgelöst. Aus meiner Sicht wird dadurch die Eigenverantwortung der Eltern überstrapaziert. In den Schulhäusern sollten ausschliesslich zuckerlose und zahnfremdliche Zünis angeboten werden. Im Kanton Basel-



Stadt unterstützen die Regierungen und die Parlamente des Kantons und der Landgemeinden sowie die Basler Zahnärztesgesellschaft die Anstrengungen der Schulzahnkliniken sehr. Darüber sind wir sehr glücklich.

Was wünschen Sie sich für die tägliche Arbeit?

Wir brauchen weiterhin eine gute psychisch-mentale Unterstützung von Seiten der Behörden. Die Prävention sollte viel früher einsetzen, d.h. schon im Vorkindergartenalter beginnen. In der Region Basel-Stadt erhalten Eltern zur Geburt Ihres Kindes einen Gutschein der Zahnärztesgesellschaften Basel und Basellandschaft für die erste Zahnkontrolle im Vorkindergartenalter. Diese sollten in Zukunft bereits ab Durchbruch des ersten Milchmolarenzahnes im zweiten Lebensjahr erfolgen. Der Gutschein soll ab Sommer 2000 durch die Kinderärzteschaft z.B. bei einer Kontrolle oder im Rahmen der Impfsprechstunde verteilt werden.

«Pro Milchzahn»

Unter der Führung der Basler Schulzahnklinik ist die Wanderausstellung «Pro Milchzahn» entstanden. Diese Ausstellung mit 14 Infoboards kann bei Dr. med. dent. P. Wiehl per Brief, Fax oder E-Mail bestellt werden und behandelt folgende Themen:

- Pflege: Kaum der Zahn im Mund erscheint, sind Bakterien schon auf ihm vereint.
- Kontrolle: Wird das Zähneputzen zum Familienspiel, bringt's den Zähnen wirklich viel.
- Ernährung: Das Karies-Bakterium hofft: Zucker? Ja bitte, viel und oft.
- Pränatale Phase: Die Streptokokkenzahl im Elternmund gibt das Kariesrisiko der Eltern kund.

«Pro Milchzahn» ist bestens geeignet, einem breiteren Publikum auf motivierende Weise die Zahngesundheit schmackhaft zu machen. Ein dazugehörendes Manual erleichtert die Planung eines Einsatzes. Ein Faltblatt in acht Sprachen ist ebenfalls erhältlich.

Interessierte wenden sich bitte an:

Dr. med. dent. Peter Wiehl,
Direktor der Öffentlichen Zahnkliniken
Basel-Stadt
Postfach
4005 Basel
Fax: 061/691 16 83
E-Mail: peter.wiehl@bs.ch ■

Mich reizt die Aufgabe, die SSO zu leiten und zu führen

Anna-Christina Zysset

Die 115. Mitgliederversammlung hat am 20. Mai 2000 in Bern Antoine Zimmer, einen gewieften Standespolitiker, zum Nachfolger von Hans-Caspar Hirzel als SSO-Präsidenten gewählt. Anna-Christina Zysset hat mit Antoine Zimmer das folgende Gespräch geführt.



Hans-Caspar Hirzel übergibt Präsidentenwürde und Mikrofon an Antoine Zimmer (Lausanne).

Sie sind seit sechs Jahren im Vorstand der SSO. Was hat Sie seinerzeit bewegt, sich im Vorstand zu engagieren?

1983 wurde ich in den Vorstand der Waadtländer Zahnärztesgesellschaft gewählt. Das war mein erster Kontakt mit der Standespolitik. An meiner neuen Aufgabe habe ich sehr schnell Gefallen gefunden, und mir ist aufgegangen, wie wichtig und bereichernd es ist, sich nicht nur in den vier Wänden der Zahnarztpraxis zu bewegen, sondern mich auch in unserer Berufsorganisation zu engagieren. Zu jener Zeit hätte ich nicht im Traum daran gedacht, später einmal Präsident der SSO zu werden. Als ich zum Vorsitzenden unserer kantonalen Sektion gewählt wurde, hatte ich bei der Annahme der Wahl sogar präzisiert, dass ich darin keinesfalls ein Sprungbrett für den SSO-Vorstand sähe. Ich hegte vielmehr die Absicht, mich früher zurückzuziehen. Nun, unser ehemaliger Präsident Urs

Herzog hatte offenbar anderes im Sinn. Er suchte das Gespräch mit mir und konnte mich für ein Amt in den Organen der SSO gewinnen. So wurde ich 1990 in die Gesundheitspolitische Kommission gewählt und wechselte 1993 in die Wirtschaftliche Kommission. Dass ich diese politische Laufbahn verfolgen konnte, verdanke ich meiner ungetrübten Motivation und den treuen Freunden, mit denen ich zusammenarbeiten durfte. Es sind also meine berufspolitischen Erfahrungen, meine Begeisterung und – ganz wichtig – das Einverständnis meiner Familie (aber ja, ich habe noch ein Privatleben!), die mich in den Vorstand der SSO geführt haben.

Haben sich Ihre Erwartungen weitgehend erfüllt oder mussten Sie viele Vorstellungen ändern oder begraben?

Im Augenblick, wo ich die Führung unseres Verbandes übernehme, zu behaupten, alle meine Erwartungen hätten sich erfüllt, würde ich als fehlenden Ehrgeiz betrachten. Ich beabsichtige vielmehr, eine Politik der Öffnung einzuschlagen und dabei alle Verschiedenheiten unseres Landes zu berücksichtigen. Dazu braucht es keine grossen Umwälzungen; es genügt, die laufenden Entwicklungen aufmerksam zu verfolgen und die Mitglieder an der Basis zweckmässig zu informieren. Dank seiner Kompetenz und seinem unermüdlichen Einsatz «vererbt» mir Hans-Caspar Hirzel einen Verband mit einer gesunden Struktur. Ich bin mir bewusst, dass weniger manch-



Martha Kuster (Steckborn) wird an Stelle des zurückgetretenen Rolf Müller (Basel) mit donnerndem Applaus in den SSO-Vorstand gewählt. In der Geschichte der SSO ist Martha Kuster die erste Frau im Vorstand.

mal mehr ist. Ich will also nicht eine gut geölte «Maschine» ins Stocken bringen, sondern versuchen, für einen guten Unterhalt zu sorgen und diejenigen Verbesserungen anbringen, die während der nächsten paar Jahre für ein reibungsloses Funktionieren wesentlich sind.

Was reizt Sie an Ihrer neuen Aufgabe?

Zum vornherein kann ich Ihnen versichern, dass mich weder Titelsucht noch Machtgelüste zur Annahme dieses Amtes bewegt haben. Mich reizt vor allem die Aufgabe, die SSO zu leiten und zu führen. Ich habe Lust, mich in den Dienst unserer Mitglieder zu stellen, und ich bin mir dabei durchaus bewusst, dass ich nicht perfekt bin. Die Basis muss aber auch begreifen, dass ich ein Recht auf Fehler habe. Meine Deutschschweizer

Curriculum vitae

Name	Zimmer
Vorname	Antoine
Titel	med. dent. (ich trage keinen Dokortitel)
Geboren	19. Nov. 1945 in Lausanne
Ausbildung	Universität von Lausanne und Genf. Eidg. Zahnarzt-Diplom 1971 in Genf
Praktische Tätigkeit	1971–1974 teilzeitlich bei Prof. Fiore-Dono (Poliklinik und zahnärztl. Chirurgie) und Privatpraxis bis 1975 Praxiseröffnung 1975 in Lausanne





Nach geschlagener Schlacht.

Kollegen müssen sich bewusst sein, dass ich nicht zweisprachig bin und dies meine Aufgabe manchmal schwieriger macht. Ich verstehe aber gut Deutsch. Ich zähle deshalb auf eine gewisse Nachsicht seitens der Basis.

Nun übernehmen Sie das Ruder der SSO; wo steuern Sie mit Ihrer Mannschaft das Schiff hin?

Wie bei jedem Machtwechsel übergibt mir auch Hans-Caspar Hirzel das Steuer des SSO-Schiffs auf hoher See. Vorab will ich es auf Kurs halten, schliesslich wurde die eingeschlagene Richtung vom Vorstand als Kollegium beschlossen. Das heisst nicht, dass ich mich blindlings in mein Schicksal ergebe: ich will vielmehr äusserst wachsam bleiben. Der heute eingenommene Kurs ist vielleicht morgen schon nicht mehr korrekt. Die Zukunft wird dem Vorstand den richtigen Kurs weisen.

Welche Aufgaben werden Sie als SSO-Präsident sofort anpacken und was schwebt Ihnen in Zukunft vor?

Nach dem Abstimmungsergebnis der Delegiertenversammlung betreffend der Qualitätsleitlinien für die Zahnmedizin,

aus dem eine tiefe Kluft zwischen der lateinischen und der germanischen Schweiz hervorgeht, ist mein erstes Ziel die Wiederherstellung des Vertrauens bei meinen französisch- und italienischsprachigen Berufskollegen. Es ist wichtig, die richtigen Schlüsse aus dieser Abstimmung zu ziehen und eventuell begangene Fehler zu analysieren, damit wir in Zukunft nach Lösungen suchen können, die derartige Situationen so weit wie möglich ausschliessen. Man darf sich aber nichts vormachen: Deutschschweizer und Westschweizer bzw. Tessiner werden immer unterschiedlich empfinden. Eines meiner Ziele für die Zukunft wird sein, mit diesen zwei Mentalitäten umzugehen, und ich werde mich dabei einer auf diese Bedürfnisse zugeschnittenen Informationspolitik bedienen. Bevor ich meine «Traumprojekte» an die Hand nehme, regle ich zuerst die täglichen Geschäfte in einem offenen und zukunftsgerichteten Geist. Das allein ist schon eine grosse Aufgabe.

Sich als Kleinunternehmer noch in der SSO zu engagieren, erfordert viel Organisationstalent. Wie haben Sie das persönlich gemeistert?

Wie ich schon gesagt habe, liebe ich es, zu organisieren und mich selbst zu organisieren. Selbstverständlich bin ich nicht mit einer völlig neuen Situation konfrontiert. Bis zu meiner Wahl war ich als Mitglied des SSO-Vorstands Vorsitzender des Departements für Wirtschaftliche Fragen und musste deshalb auch schon damals meine Zeit einteilen. Es ist klar, dass man die Arbeit für die SSO lieben



Es ist zu befürchten, dass der neue SSO-Präsident während seiner Amtszeit nicht nur Blumen erhalten wird.



Daniel Kempf (Basel) wurde für seine Verdienste um die Zahnärzteschaft – als langjähriges Vorstandsmitglied und Vizepräsident, als Präsident der Weiter- und Fortbildungskommission WFK und insbesondere auch als Mitinitiant und Organisator der IFW '99 – zum Ehrenmitglied ernannt.

muss, damit sie zumindest teilweise als Hobby empfunden wird.

Zum ersten Mal wird im Vorstand der SSO auch eine Frau zugegen sein. Welche Erwartungen knüpfen Sie an diesen Umstand?

Eine weibliche Vertretung im Vorstand war seit langem ein Anliegen der SSO. Ich habe also nicht nur das Vergnügen, dass mein Amtsantritt als SSO-Präsident mit dem Jahrtausendwechsel zusammenfällt, sondern mir kommt darüber hinaus auch die Ehre zu, Vorsitzender eines Vorstands zu werden, der die erste Frau in der Geschichte des Exekutivgremiums der SSO in seinen Reihen zählt. Dieser Umstand bereitet mir grosse Freude, denn ich bin der Überzeugung, dass die Anwesenheit einer Frau, und ganz besonders diejenige von Martha Kuster, unserem bis dato rein männlichen Exekutivgremium eine weibliche Sensibilität verleihen wird, durch die wir manche Dinge aus einem anderen Blickwinkel betrachten können. Die Wahl von Martha Kuster bedeutet nicht, dass ich die Einführung von Quoten im SSO-Vorstand befürworte. Unsere Exekutive benötigt in erster Linie motivierte und kompetente Persönlichkeiten. Die Anwesenheit einer oder mehrerer Frauen im Vorstand wird mir aber auch in Zukunft ein Anliegen sein. ■

I want a crown, a bleaching...

Professor Dr. med. dent. Peter Schärer, ZZMK, Zürich

Anlässlich der Staatsexamensfeier im Oktober 1999 des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich ermunterte Professor Peter Schärer die neu diplomierten Zahnärztinnen und Zahnärzte, ihre Praxisvisionen zu definieren und in die Tat umzusetzen. Mit einer definierten Praxisphilosophie sowie einem Managementkonzept würde es ihnen im Beruf nie langweilig werden.



Meine Damen und Herren

Sehr geehrte Staatsexamensabsolventen und -absolventinnen oder wie ich Sie jetzt ganz formell nennen darf:

Liebe neu diplomierte Kolleginnen und Kollegen

Diese Feier ist sowohl für Sie wie für mich insofern einmalig, als wir alle heute das letzte Mal offiziell an einer solchen zahnärztlichen Staatsexamensfeier teilnehmen. Allerdings besteht ein kleiner Unterschied zwischen Ihnen, die jetzt ins Berufsleben eintreten werden, und mir, dem AHV-Bezüger: Während Sie vermutlich noch nicht wissen, wo und wieviel Sie in einem Jahr ab heute zahnärztlich arbeiten werden, weiss ich ganz genau, wo ich nicht mehr arbeiten und was ich unterlassen werde.

Dies wäre also meine letzte Chance, Ihnen ein berufliches Testament zu hinterlassen, bevor ich mich definitiv auf den Golfplatz zurückziehen werde und der Begriff «holes», die angegangen werden müssen, einen ganz anderen, nicht mehr zahnärztlichen Sinn erhält. Die Realität unseres Berufsstandes ändert sich aber so rasch und auch so fundamental, dass kaum Zeit für historische Erinnerungen bleibt und sich im Grunde genommen nur noch ein paar Ewiggestrige für vergangene, geschichtliche Aspekte unseres Berufs interessieren.

Fragen wir uns, anstatt Vergangenenem nachzutruern. Es gäbe da einiges: Die «Stopfgoldfüllung» und das «Goldinlay» etwa, die bis jetzt absolut perfektsten Füllungen, die handwerklich ein recht grosses Geschick abverlangen, Lebensdauer 20–40 Jahre. Amalgamfüllungen, die heute verketzert werden und verpönt sind, jedenfalls hier in Zürich, obgleich sie während über 100 Jahren die sozial günstigsten, weitverbreitetsten und bei richtiger Verarbeitung auch sehr gute Füllungen waren, und vieles anderes mehr. Fragen wir uns statt dessen viel lieber: Wie wird es mit Ihnen beruflich weitergehen?

Sie haben jetzt das Staatsexamen gemacht, werden während einiger Jahre eine zusätzliche Nachdiplomausbildung – teilweise an der Universität, teilweise bei privaten Kollegen – durchlaufen, und einmal werden die meisten von Ihnen vor der Frage der Eröffnung einer eigenen Praxis stehen.

Diese Frage zu beantworten war früher viel einfacher: Man hat einen Ort gesucht, wo noch ein Zahnarzt benötigt wurde, hat sich dort eingerichtet und meistens das ganze zahnärztliche Repertoire angewandt, von der Versorgung der Schulkinder in der Gemeinde bis zum Einsetzen einer Totalprothese. Dies meistens allein, oftmals nur assistiert von einer Dentalassistentin, die früher noch Helferin hiess. Die Helferin wurde in der Zwischenzeit in Dentalassistentin umbenannt – offensichtlich, weil heute keiner mehr helfen, höchstens noch assistieren will, wobei mir unklar ist, warum «helfen wollen» etwas Verachtenswertes sein soll. Aber die Begriffsänderungen sind heute an vielen Orten festzustellen: So wurde die alte «Erziehungsdirektion» im Kanton Zürich in «Bildungsdirektion» umbenannt, was sich auch klar darin manifestiert, dass die jungen Leute heute immer besser gebildet, aber immer weniger erzogen sind.

Bezüglich Praxiseröffnung stellt sich die Situation heute etwas komplexer dar:

Die Zahnärztedichte in der Schweiz ist zwar noch nicht Besorgnis erregend wie in Holland, Belgien oder Deutschland, aber dennoch gibt es – nicht zuletzt auch dank der Erfolge der Prophylaxe – heute eine genügende Zahnärztedichte, vor allem in den Städten, und damit kommt ein Faktor in Ihre Berufstätigkeit herein, den wir früher nicht kannten – nämlich der Konkurrenzkampf. Ein Faktor, der zwar in allen anderen Berufen in unserem Teil der Welt schon immer bestand, den aber die Zahnärzte mit ihrem Quasimonopol der Versorgung oraler Erkrankungen, beim früher grossem Kariesanfall und der geringen Zahnärztezahl, bisher nicht kannten. Nun müssen wir uns plötzlich dem Konkurrenzkampf stellen, und als Anhänger eines freien Berufs-

standes, der sich gerade in den Zeiten vor den Wahlen für eine freie, staatlich nicht kontrollierte Marktwirtschaft – zum Mindesten verbal – einsetzt, muss man nun realisieren, dass Marktwirtschaft eben auch Konkurrenz bedeutet und dass diese Konkurrenz, falls die bilateralen Verträge mit der EU einmal in Kraft sind, noch viel grösser werden wird. Angeblich müssen wir uns zwar nicht vor dieser ausländischen Konkurrenz fürchten, da wir eine besonders gute Ausbildung genossen haben, viel besser als die Kollegen aus anderen Ländern. Aber ist «gut» heute in der Zahnmedizin noch gut genug, oder kommen plötzlich nicht noch andere Faktoren dazu, die uns künftig befähigen sollten, weiterhin konkurrenzfähig zu bleiben – Faktoren, von denen Sie bisher während Ihrer Ausbildung wenig gehört haben.

Grundvoraussetzungen des Zahnarztberufes

McDonalds hat 1999 total 2000 neue Arbeitsplätze in der Schweiz geschaffen.

McDonalds arbeitet nach dem Prinzip

QSSP: Qualität

Service

Sauberkeit

Preiswert

Diese Prinzipien sollten allerdings nicht nur beim Verkauf von Hamburgern, sondern auch in vielen anderen Berufen zur Anwendung gelangen. Ersetzen Sie Sauberkeit durch Hygiene, Service durch freundlichen Umgang mit Patienten. Erinnern Sie sich, dass dieses Jahr in Basel erstmals in der Schweiz versucht worden ist, die Qualitätsstandards in der Zahnheilkunde zu definieren, und vergessen Sie nie, dass die Kostenfragen in unserem Lande (ohne Krankenkasse für zahnärztliche Behandlung), immer noch ein ganz entscheidender, ja sehr häufig, wenn darüber auch nicht gerne offen gesprochen wird, der entscheidende Faktor in der Behandlungsplanung bleiben wird. Sie sehen, dass die Grundelemente für das erfolgreiche Führen eines McDonalds und einer Zahnarztpraxis nicht sehr verschieden sind.

Zusätzliche Faktoren

Welche zusätzlichen zahnärztlichen Faktoren sollen, nach Erfüllung der elementaren Grundbedingungen, Ihre spätere Stellung im Konkurrenzkampf um Patienten verbessern helfen? Darüber müssen Sie sich, spätestens während der ersten Jahre Ihrer Praxisführung, einmal ganz konkret Gedanken machen und am besten schriftlich festhalten und definie-

ren, was für eine Praxis Sie eigentlich führen wollen.

Würden Sie ohne Pläne, ohne Karte in einen Urlaub oder auf eine Bergtour aufbrechen? Trotzdem gibt es Tausende von Kollegen, die weder Ihren Praxisablauf planen noch fachliche und berufliche Prioritäten setzen, die also keine klare Vorstellung haben, was für eine Praxis sie führen wollen und wie. Diese Kollegen sind dann überrascht, wenn sie täglich frustriert von einer Krise in die andere rutschen, wenn sie trotz grossem Einsatz im Beruf und im Privatleben die Übersicht über ihre nie definierten Ziele verlieren. Machen Sie sich also möglichst früh in Ihrem Berufsleben eine Vorstellung über die «Philosophie» Ihrer Praxisführung. Definieren Sie Ihre beruflichen Ziele, die mehr sein sollten als nur ein bestimmtes Einkommen erreichen zu wollen, und teilen Sie diese Ziele und Vorstellungen Ihren Mitarbeitern und Ihrer Familie mit.

Wenn die Grundvorstellungen Ihrer Praxis definiert sind, können Sie aufhören, Zahnheilkunde nach blossem Gutdünken auszuführen. Selbstsicherheit und feste Zielvorstellungen sind die Grundlagen Ihres Handelns.

Fragen Sie sich deshalb immer wieder: Welches sind die wichtigsten Dinge in meinem beruflichen Leben? Weshalb habe ich eine Praxis? Was liebe ich an der Zahnheilkunde, was nicht? Womit bin ich in meiner jetzigen Lebenssituation unglücklich und unzufrieden, was muss geändert werden? Wie sieht für mich die perfekte Praxis aus? Wie sieht für mich der gelungene Arbeitstag aus? Wie erreiche ich diese Ziele?

Nur wenn Sie wissen, was Sie erreichen wollen, können Sie Ihre Praxis und Ihr Privatleben gemäss Ihren Vorstellungen gestalten. Teilen Sie diese Ihrem Team mit. Lassen Sie sich weder durch die tägliche Routine noch durch Frustrationen von Ihren Zielen abbringen, nämlich eine Praxis zu schaffen, die Ihren Vorstellungen ganz und gar entspricht.

Kriterien einer Praxisführung

Wenn Sie sich fragen, was für eine Praxis Sie später führen wollen, dann müssen Sie wissen, dass im Konkurrenzkampf nur bestehen kann, wer mehr bieten kann als nur die oben definierten Grundleistungen:

Dabei gibt es drei Möglichkeiten. Sie liefern:

1. Bessere Qualität: «Product Leadership», d.h. man will das beste Produkt liefern

2. Günstigere Preisgestaltung: «Operational Excellence» – günstige Preisgestaltung durch bessere und grössere Produktivität
3. Spezielle Kundenfreundlichkeit: «Customer Intimacy»

Bessere Qualität

Wenn man Anspruch auf höchste Qualität mit entsprechender Preisgestaltung stellt, dann muss man diesen Anspruch auch erfüllen können. Dies ist nur durch Spezialausbildung und durch ständige Fortbildung möglich, denn die Qualität muss über Jahrzehnte gewährleistet bleiben. Spezialisierung erhöht den Qualitätsstandard, aber «gut genug ist nicht mehr gut genug». Dabei muss der Zahnarzt akzeptieren, dass er nicht in allen Gebieten der Zahnmedizin optimale Leistungen erbringen kann. Alternativen wären:

Gemeinschaftspraxen: Parodontologe/Endodontist/restaurativer Zahnarzt – oder Teamapproach: Seattle, Breakfast-club: Drei Spezialisten planen wöchentlich die Behandlung ihrer gemeinsamen Patienten beim Frühstück.

Merken Sie sich: Der Anspruch und die Preise für Topqualität müssen durch entsprechende Leistung auch gerechtfertigt werden können.

Günstigere Preisgestaltung: Migros-Kliniken sind keine Lösung

Aber die Optimierung mittels EDV ermöglicht gewisse Leistungssteigerungen: Patientenaufnahme, Planung, Röntgen, Buchhaltung – alles kann heute computerisiert werden. Ein zusätzlicher Zeitgewinn ist durch Delegieren an das Praxisteam realisierbar. Die Eröffnung einer HMO-Klinik wäre eine andere Möglichkeit. Wichtig ist: Grundstandards müssen erfüllt werden, andernfalls wird schlechte Qualität zu billigeren Preisen geliefert, das heisst, bei Standardqualität muss das Preis/Leistungs-Verhältnis immer stimmen.

Der Vergleich mit der Migros, also eine Preisreduktion ohne Qualitätseinbusse, ist nicht einfach zu erbringen, weil es keine Zahnmedizin ab der Stange gibt. Jede zahnärztliche Leistung ist immer situativ auf den jeweiligen Patienten ausgerich-

tet. Vorfabrizierte Füllungen aus Keramik für standardisierte Kavitäten werden immer nur einen beschränkten Indikationsbereich haben.

Achtung! Wer günstige Preise ankündigt, muss diese unter Beibehaltung der grundlegenden Qualitätsstandards liefern, denn die heutige Klientel hat ziemlich klare Vorstellungen davon, was sie vom Zahnarzt erwartet.

Vielleicht wird es immer mehr eine preisgünstige Standardzahnmedizin neben einer gehobenen, teureren Zahnmedizin und Zahntechnik geben (Standard Quality versus Superior Quality).

Spezielle Patientenbetreuung

Spezielle Patientenbetreuung heisst: Spezieller Service, aber nicht unbedingt ein Cognac vor Behandlungsbeginn.

Möglich sind: Eine spezielle Patientenbetreuerin, spezielles Mitteilungsblatt für Patienten (2–4 mal jährlich), Inserate, Zeitungsartikel.

Spezielle Patientenbetreuung bedeutet erhöhten Personalbestand, soll doch der Kontakt mit den Patienten auch in der Zeit zwischen den Behandlungen gepflegt werden:

- Freundlicher Empfang, insbesondere auch am Telefon,
- Freundliche Praxisräume, uniformiertes Praxisteam.

Beachte: Achtzig Prozent der neu zugezogenen Patienten haben bestätigt, dass sie sich nach telefonischer Anfrage für diejenige Praxis entschieden haben, wo sie am freundlichsten und kompetent informiert worden sind. Der «Praxisdrachen» ist out, auch die typisch schweizerische Einstellung: «Wir sind fleissig, arbeiten hart und haben keine Zeit, auch noch höflich zu sein.» Dies sind keine idealen Voraussetzungen, falls Sie Ihren Patienten eine spezielle Patientenbetreuung anbieten wollen.

Egal, wie Sie Ihre Praxis optimieren wollen, merken Sie sich die folgenden Punkte:

1. Es gibt immer mehr definierte minimale Qualitätsstandards, die Sie auf jeden Fall erfüllen müssen. Es gibt immer mehr gut informierte Patienten, die genau wissen, was sie von Ihnen erwarten können.
2. Sie können nicht mehr alles alleine machen. Akzeptieren Sie das Überweisungssystem an Spezialisten, allerdings nur an solche, die Ihnen die Patienten nachher auch wieder zurückschicken.
3. Behandeln Sie nicht jeden Patienten (Ausnahme natürlich Notfälle).

Qualitätsrichtlinien für zahnmedizinische Arbeiten

Nach BÄK/KBV 1997

Der ständige Wechsel der Begriffe bei der Erarbeitung unserer Leitlinien hat viele unserer SSO-Mitglieder erstaunt. Deshalb möchten wir heute die von der Bundesärztekammer Deutschlands verfassten Definitionen publizieren. Sind diese doch recht hilfreich!

Definition von Leitlinien und Richtlinien

In der politischen Diskussion werden die Begriffe «Leitlinien» und «Richtlinien» oft verwechselt beziehungsweise nicht sauber voneinander getrennt. Hier eine Klärstellung:

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Dies erfolgt auf der Grundlage systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz.

Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.

Leitlinien sind Orientierungshilfen für Arzt und Zahnarzt im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss. Sie sind juristisch nicht verbindlich. Der klinisch-wissenschaftliche Informationsgehalt wird ständig auf seine Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben.

Richtlinien sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

4. Wählen Sie Ihre Patienten gemäss den Vorstellungen, wie Sie Ihre Praxis gestalten wollen, aus und kümmern Sie sich um diese: Motivieren Sie, informieren Sie über Zusammenhänge und versuchen Sie, ihr Verhalten langfristig zu ändern.

Vielleicht lieben Sie einen gut schweizerischen Kompromiss:

Qualität, die nur leicht, aber deutlich über dem Grundstandard liegt ohne übermässige Preisforderungen (unterer oder mittlerer Bereich unserer Taxpunktskala). Dies alles bei einer freundlichen und einfühlsamen Patientenbetreuung, sodass die Patienten gerne in Ihre Praxis kommen, obgleich niemand gerne zum Zahnarzt geht.

Wenn das Ihre Zielvorstellungen sind, definieren Sie diese und arbeiten Sie daran, Sie selber und Ihr ganzes Team. Wichtig dabei ist, dass Sie alle, inklusive die Patienten, wissen, welche Art von Dienstleistungen Sie anbieten.

Ändern Sie Ihr Behandlungskonzept: Anstelle einer «need based dentistry» (von Seiten des Zahnarztes)

- You need a filling
- You need a crown

Setzen Sie eine «Wants based dentistry» (von Seiten des Patienten)

- I want a crown
- I want a bleaching
- I want an implant.

Dies allerdings ist nur bei entsprechender Information und Betreuung der Patienten möglich. Konkret bedeutet dies, dass Zahnheilkunde in einer wirklich freien Marktwirtschaft, mit einer geringen Kariesprävalenz und hohen Patientenansprüchen sowie einer veränderten Konkurrenzsituation anspruchsvoller geworden ist.

Ich muss gestehen, dass wir Sie während unserer Ausbildung in Bezug auf Visionen einer optimalen (nicht maximalen) Praxis schlecht vorbereitet haben. Sie haben eine Menge theoretisches Wissen, viele Techniken und Materialien kennen gelernt, aber wie Sie diese nun im täglichen Berufsleben anwenden sollen, haben wir Ihnen nur teilweise vermitteln können. Marketing, d.h. kundenorientiertes Verkaufen Ihrer Dienstleistungen, war nicht im Lehrplan. Das Einzige, was ich nochmals wiederholen möchte: Schaffen Sie sich eine klare Vorstellung, welche Art von Zahnmedizin Sie erbringen möchten und welche Art von Praxis Sie führen wollen. Arbeiten Sie auf Ihre Zielvorstellungen hin. Diese dürfen sich im Laufe Ihres Berufslebens aber auch wieder ändern. Die Quintessenz meiner Ausführungen: Neben theoretischem Wissen und klinischer Kompetenz in zahnärztlichen Techniken und über zahnärztliche Materialien brauchen Sie

im nächsten Jahrtausend noch eine definierte Praxisphilosophie sowie ein Managementkonzept. Dann wird Ihnen Ihr Beruf nie langweilig werden!

Und wenn Sie irgendwann einmal frustriert und desillusioniert sind, überhaupt nichts mehr zu gehen scheint und Sie diesen interessanten Beruf lieber heute als morgen an den Nagel hängen möchten, weil Sie scheinbar doch nicht der Typ sind, eine solche Praxisvision zu verwirklichen, dann denken Sie doch bitte an die Hummel, diese fleissige, bummelige Abart der Biene.

Die Hummel wiegt 1,2 Gramm und hat Flügel von einer Grösse von 0,7 cm².

Wenn man dieses Verhältnis berechnet und alle Regeln der Aerodynamik berücksichtigt, dann kann die Hummel gar nicht fliegen.

Und was macht die Hummel, dieses sympathische Insekt:

Sie fliegt trotzdem, Sie fliegt und fliegt und fliegt.

In diesem Sinne, meine Damen und Herren neue Kollegen und Kolleginnen:

Fliegen Sie gut!

Referenzen

1. McDONALDS, Schweiz, Bilanz, September 82, 1999
2. LIPKOWITZ R, Editorial: Traumpraxis, *Paro, Rest. Zahnheilk* 19, 4: 307, 1999 ■

Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Hepatitis-B-Impfung

Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit, der Vereinigung der Kantonsärzte und der Schweizerischen Kommission für Impfungen

Immer wieder wird die Hepatitis-B-Impfung in den Medien kritisiert. Aus dieser Kritik entwickeln sich zum Teil regelrechte Polemiken, die mit Aussagen von Patienten und Impfgegnern genährt und angeheizt werden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Vereinigung der Kantonsärzte sowie die Schweizerische Kommission für Impffragen stellen die Aufrichtigkeit solcher Aussagen nicht in Frage, wehren sich jedoch gegen eine einseitige Darstellung von hypothetischen Zusammenhängen zwischen Impfung und Krankheit der Patienten. Impfungen gehören zu den sichersten und effizientesten Massnahmen der Öffentlichen Gesundheit. Noch nie hat eine Studie eine kausale Verbindung zwischen der Hepatitis-B-Impfung und Krankheiten wie Multiple Sklerose oder gewissen Diabetestypen nachgewiesen. Die bis heute durchgeführten Forschungsarbeiten haben weder das Auftreten von unerwarteten Nebenwirkungen noch von Todesfällen auf Grund dieser Impfung gezeigt.

Immer häufiger wird das Thema Impfung von den Medien aufgegriffen. Und wenn es sich dabei um Artikel über hypothetische Zusammenhänge zwischen Impfung und schwerer Erkrankung handelt – eine Thematik, die äusserst komplex ist und ein breit gefächertes, multidisziplinäres Wissen erfordert – so

stösst man nur allzu oft auf polemische, einseitige Darstellungen, glaubhaft gemacht durch die aufrichtige Aussage von Menschen, die darunter leiden, nicht gehört zu werden. Ihre Anliegen werden von den Impfkritikern aufgenommen und häufig übertrieben dargestellt [1].

In der Regel konzentriert sich die Polemik auf ernsthafte medizinische Probleme, deren Ätiologie und Pathogenese unbekannt sind, und denen in einem unterschiedlichen Ausmass eine immunologische und/oder genetische Ursache zu Grunde liegt. Teilweise werden bei diesen Kontroversen betroffene Personen oder Schlussfolgerungen wissenschaftlicher Artikel zitiert, ohne dabei auch den Kontext klar aufzuzeigen [1].

Einige Medien veröffentlichten Artikel zu den Risiken der Hepatitis-B-Impfung, die Fragen in der Bevölkerung und bei der Ärzteschaft aufgeworfen haben. Angesichts solcher Ausführungen sehen sich das BAG, die Vereinigung der Kantonsärzte und die Schweizerische Kommission für Impffragen veranlasst, zu einzelnen Punkten wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Häufigkeit der Nebenwirkungen

Es wird beispielsweise auf die Anzahl der in Verbindung mit der Hepatitis-B-Impfung auftretenden Nebenwirkungen verwiesen. Diese Zahlen entstammen dem

von den US-amerikanischen CDC (Centers for Disease Control and Prevention) und dem FDA (Food and Drug Administration) ins Leben gerufenen VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) [2–7]. Hierbei handelt es sich um ein passives (post-marketing) Surveillancesystem, das quellenunabhängig alle in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer Impfung auftretenden, unerwünschten Vorfälle (adverse events) erfasst. Ein solches System ist unabdingbar zur Identifizierung potenzieller seltener Nebenwirkungen, die erst dann in Erscheinung treten, wenn das betroffene Produkt einer sehr grossen Anzahl von Personen verabreicht wurde. Solche Meldungen fungieren als eine Art Alarmglocke und bieten die Möglichkeit, gegebenenfalls ergänzende epidemiologische Studien in die Wege zu leiten. Die Grenzen eines solchen Erfassungssystems zeigen sich vor allem darin, dass es ausserordentlich schwierig – wenn nicht gar unmöglich – ist, eine Kausalität zwischen dem gemeldeten Ereignis und dem verabreichten Impfstoff aufzuzeigen. Häufig sind auch die für eine genauere Beurteilung notwendigen Angaben lückenhaft und/oder enthalten Ungenauigkeiten. Zudem kann ein solches System zur eingehenden Analyse nicht auf Kontrollgruppen zurückgreifen, da diese Ereignisse bei ungeimpften Personen nicht registriert werden. In diesem Zusammenhang gilt es zu bedenken, dass der grösste Teil der gemeldeten unerwünschten Vorfälle auch bei ungeimpften Personen auftreten kann. Die bis heute auf der Basis der VAERS-Daten durchgeführten Untersuchungen haben keine in einem kausalen Zusammenhang mit der HB-Impfung stehenden unerwarteten Nebenwirkungen oder Todesfälle aufgezeigt [3, 4, 6]. Dies macht deutlich, dass die in einigen Medien veröffentlichten Zahlen umso kritischer zu betrachten sind, als sie auch nicht in Relation gesetzt werden mit den im selben Zeitraum verabreichten Impfungen.

2. Impfung gegen Hepatitis B und Multiple Sklerose

Zu diesem bereits mehrmals erörterten Thema gibt es keine neueren Aspekte. Die folgenden Ausführungen dienen der nochmaligen Präzisierung einiger Punkte.

a) Die Impfung wurde in Frankreich nur in den Schulen, jedoch nicht in den Privatpraxen suspendiert. Die Impfung von Jugendlichen wird weiterhin empfohlen (desgleichen die Impfung von Säuglin-

gen, Medizinalpersonal, Erwachsenen, die einem spezifischen Risiko ausgesetzt sind) [8–10].

b) Ein Artikel wird wie folgt zitiert: «Einer neuen französischen Studie zufolge kommen auf 800 000 geimpfte Kinder 1 bis 2 Fälle von Multipler Sklerose pro Jahr» [11]. Dabei wird jedoch nicht erwähnt, dass bei der Berechnung dieser Inzidenz von Anfang an – als Worst-case-Szenario – mit einkalkuliert wurde, dass die Hepatitis-B-Impfung für die Multiple Sklerose verantwortlich sein könnte. In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass nach bisherigen Untersuchungen keine Kausalität zwischen der Hepatitis-B-Impfung und dem Auftreten neurologischer oder demyelinierender Erkrankungen (inkl. Multiple Sklerose) nachgewiesen werden konnte [12, 13]. In besagtem Artikel wird zudem gleichzeitig auch darauf hingewiesen, dass in einer Kohorte von 800 000 Jugendlichen dank Impfung 7–29 fulminant verlaufende Hepatitisinfektionen und 29–147 Zirrhosen oder Leberzellkarzinome im Alter von 15 bis 30 Jahren vermieden werden können.

3. Juveniler Diabetes und Impfungen

Es gilt als allgemein anerkannt, dass die Mehrzahl der Diabetesfälle vom Typ I durch Autoimmunprozesse bedingt ist. Dabei werden genetische und umweltspezifische Faktoren mit einem erhöhten Risiko zur Entwicklung eines juvenilen Diabetes in Verbindung gebracht. Im März 1998 wurden diese Zusammenhänge von einer Expertengruppe in Baltimore erörtert und man kam zu folgenden Schlussfolgerungen [14]:

– Genetische und umweltspezifische Faktoren bedingen ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung eines juvenilen Diabetes. Inwieweit diese Faktoren im Einzelnen dazu beitragen, konnte noch nicht eindeutig belegt werden; ihr Einfluss variiert auch in den verschiedenen untersuchten Populationen.

– Bestimmte, in einem frühen Lebensalter aufgetretene Infektionen (z.B. Mycoplasmen) scheinen die zur Entwicklung eines Diabetes vom Typ I prädisponierten Tiere zu schützen.

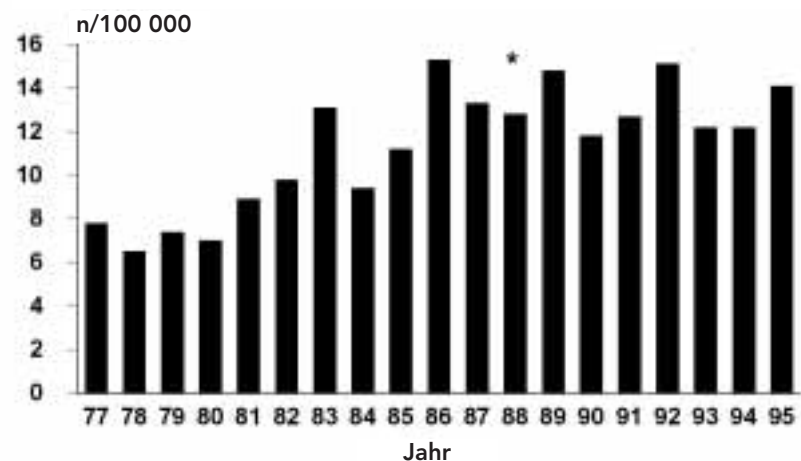
– Bestimmte Infektionen könnten das Diabetesrisiko bei Mensch und Tier erhöhen (z.B. Rötelnviren, einzelne Enteroviren).

– Bestimmte Vakzine bewirken beim Tier einen Schutz gegen den juvenilen Diabetes; in Bezug auf den Menschen lassen die Daten keine eindeutige Beurteilung zu.

– Bis heute wurden keine Vakzine gefunden, die das Risiko des juvenilen Diabetes erhöhen.

Nachdem schon bei der Einführung der Mumpsimpfung und danach bei der Impfung gegen *Haemophilus influenzae* der Diabetes mellitus als Impfkomplication ins Feld geführt wurde, ist nun die Hepatitis-B-Impfung an der Reihe. Der Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen genügt dafür ein halbseitiger «letter» im «New Zealand Medical Journal» [15], um darauf basierend in ihrer Informationsschrift anzuführen, dass «man damit rechnen muss, dass es mit der generellen HBV-Impfung jährlich... zu 3–10 zusätzlichen Fällen von jugendlichem Diabetes kommt» [16]. Ausreichend war die Feststellung im

Inzidenz des insulinabhängigen Diabetes mellitus in Auckland, Neuseeland 1977–1995, Kinder unter 15 Jahre (n=457), Fälle / 100 000



* Beginn generelle Hepatitis-B-Impfung

genannten «letter», dass gemäss dem Diabetes-Register von Canterbury die Inzidenz des jugendlichen Diabetes nach der Einführung der generellen HB-Impfung 1988 von 11,2/100 000 (1982–87) auf 18,2/100 000 (1989–91) angestiegen war. Betrachtet man allerdings gleichzeitig die über einen längeren Zeitraum verfügbaren Daten eines weiteren Diabetes-Registers aus Neuseeland (Auckland, vgl. Abbildung), so zeigt sich, dass die Inzidenz des jugendlichen Diabetes seit der zweiten Hälfte der 70er-Jahre zugenommen hatte, das Maximum dort 1986 erreicht wurde und danach konstant geblieben ist, wobei recht deutliche jährliche Schwankungen (11,8–15,3/100 000) festzustellen sind (persönliche Mitteilung O D Mansoor, Ministry of Health, Wellington, New Zealand). Mit der gleichen Lockerheit in der Argumentation könnte entsprechend daraus der ebenso falsche Schluss gezogen werden, dass die HB-Impfung eine weitere Zunahme des Diabetes verhindert habe. Dass es daneben auch noch andere Studien gibt, die Anhaltspunkte liefern, dass ein Zusammenhang zwischen der Mumpserkrankung und Diabetes [17] oder Varizellen und Multipler Sklerose [18] bestehen könnte, oder dass die Masernimpfung möglicherweise vor Diabetes schützen könnte [17], wird hingegen nicht erwähnt. Bei der medizinischen Publikationsflut ist es nun mal häufig sehr leicht, zu einer vorgefassten Hypothese irgendeine Studie zu finden, welche diese zu unterstützen scheint. Daraus aber gleich die Wahrheit abzuleiten, entspricht wohl kaum einer fundierten wissenschaftlichen Arbeitsweise.

Es ist unbestritten, dass Impfungen – in sehr seltenen Fällen – zu ernsthaften Nebenwirkungen führen können. Für die hier aufgeführten, Multiple Sklerose und Diabetes mellitus, fehlt allerdings ein Beweis für einen kausalen Zusammenhang. Selbst wenn wir im Sinne eines Worst-case-Szenario hypothetisch annehmen, dies wäre möglich, ist der Nutzen verhinderter Infektionen um ein Vielfaches grösser als die im Einzelfall tragische schwere Nebenwirkung.

Die Gesundheitsbehörden möchten der Ärzteschaft bei dieser Gelegenheit in Erinnerung rufen, dass die Überwachung impfstoffbedingter Nebenwirkungen eines der wichtigsten Elemente in der Effizienzbeurteilung eines Impfprogrammes ist und folgende Ziele verfolgt:

1. Erkennen bis anhin unerkannter po-

tenzieller Nebenwirkungen

2. Identifizieren gehäuft auftretender Nebenwirkungen

3. Informieren der Ärzteschaft und der Bevölkerung in Bezug auf allfällige Risiken in Verbindung mit einer Impfung

4. Aufzeigen jener Bereiche, die ergänzender Untersuchungen bedürfen.

Im Rahmen dieser Überwachung ist die Mitarbeit eines jeden Arztes wichtig; sie gründet sich auf die Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten.

Meldepflicht von Impfkomplicationen

Für die zu meldenden Ereignisse in Zusammenhang mit einer Impfung wird folgende Definition vorgeschlagen:

An den Kantonsarzt zu melden sind, unabhängig von der Beurteilung eines kausalen Zusammenhangs, grundsätzlich alle schwereren Reaktionen / Ereignisse, die im Allgemeinen

- innerhalb von 4 (bis 8) Wochen nach Impfung auftreten und
- der Hauptanlass für eine Arztkonsultation sind und
- nicht eindeutig durch eine andere Ursache bedingt sind.

Zu melden sind insbesondere ausgeprägte Lokalreaktionen, systemische Reaktionen (z.B. Fieber $\geq 39^\circ\text{C}$, Urticaria), Organreaktionen (z.B. Neuritis, Arthritis, Thrombopenie), Reaktionen, die von einer Hospitalisation, von bleibenden Schädigungen oder vom Tod gefolgt sind, sowie alle in der Packungsbeilage aufgeführten Ereignisse.

Nicht zu melden sind leichtere Reaktio-

nen, wie Fieber $< 39^\circ\text{C}$, begrenzte Lokalreaktionen, Exantheme (Masern, Röteln), leichte Kopfschmerzen oder Schwindelgefühle, ausser es wird eine unübliche Häufung solcher Reaktionen beobachtet.

Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten

Vereinigung der Kantonsärzte der Schweiz

Schweizerische Kommission für Impffragen

Literatur

- [1] SIEGRIST C A: Hépatite B et sclérose en plaques: Comment répondre aux inquiétudes du public. *M&H* 1998; 1617–1620
- [2] SINGLETON J A, LLOYD J C, MOOTREY G T et al.: An overview of the vaccine adverse events reporting system (VAERS) as a surveillance system. *Vaccine* 1999; 17: 2908–17
- [3] NIU M T, DAVIS D M, ELLENBERG S S: Recombinant hepatitis B vaccination of neonates and infants: emerging safety data from the Vaccine Adverse Event Reporting System. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 771–776
- [4] NIU M T, RHODES P, SALIVE M E et al.: Comparative safety of two recombinants hepatitis B vaccines in Children: data from the Vaccines Adverse Event Reporting System (VAERS) and Vaccine Safety Datalink (VSD). *J Clin Epidemiology* 1998; 51: 503–10
- [5] BRAUN M M, ELLENBERG S S: Descrip-

tive epidemiology of adverse events following immunization: reports to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1991–1994. *J Pediatr* 1997; 131: 529–535

- [6] NIU M T, SALIVE M E, ELLENBERG S S: Neonatal deaths after hepatitis B vaccine: the vaccine adverse event reporting system 1991–1998. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 1279–82
- [7] Vaccine Adverse Event Reporting System: CDC VAERS Website: <http://www.cdc.gov/nip/vaers.htm> FDA VAERS Website: <http://www.fda.gov/cber/vaers/faq.htm>
- [8] Office fédéral de la santé publique: Vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques. Prise de position commune du Comité médical de la Société suisse de sclérose en plaques, de la Commission suisse pour les vaccinations et de l'Office fédéral de la santé publique. *Bull OFSP* 1999; 45: 844–45
- [9] Office fédéral de la santé publique: Vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques (SEP). *Bull OFSP* 1998; 27; 6–7
- [10] Office fédéral de la santé publique: Vaccination contre l'hépatite B. L'OFSP maintient ses recommandations. *Bull OFSP* 1998; 44: 4
- [11] LÉVY-BRUHL D, REBIÈRE I, DÉSENCLOS J-C, DRUCKER J: Comparaison entre les risques de premières atteintes démyélinisantes centrales aiguës et les bénéfices de la vaccination contre

Schweizerische Gesellschaft für Endodontologie (SSE)

Die SSE bittet um Nominierungen für zwei Auszeichnungen, die an der 9. Jahrestagung der SSE im Januar 2001 in Bern vorgestellt werden sollen. Die Nominierungen können von den Kandidaten selbst oder von anderen eingereicht werden. Die Entscheide der SSE sind unanfechtbar.

Guldener-Preis für Endodontologie

Diese Auszeichnung wird zum Gedenken an Dr. Peter H. A. Guldener verliehen. Die Auszeichnung ist für hervorragende Leistungen im Bereich der endodontologischen Forschung und Lehre, der Klinik und/oder professionellen Organisation gedacht. Der Empfänger muss in der Schweiz tätig sein und entscheidend zur Entwicklung der Endodontologie beigetragen haben. Der *Guldener-Preis* ist mit 5000 Franken dotiert.

SSE-Forschungspreis

Diese Auszeichnung soll eine Forschungsarbeit im Fach Zahnmedizin mit Schwerpunkt im Bereich Endodontologie belohnen. Die für die Auszeichnung infrage kommende Arbeit muss in einer akzeptierten Fachzeitschrift vor dem Zeitpunkt der Nominierung veröffentlicht worden sein. Das Forschungsprojekt sollte entweder ganz in der

Schweiz oder in Zusammenarbeit mit anderen ausländischen Institutionen durchgeführt worden sein. Der *SSE-Forschungspreis* ist mit 3000 Franken dotiert.

Nominierung

Folgende Informationen müssen jeder Nominierung in deutscher, französischer oder englischer Sprache beigelegt werden:

- eine kurze *Begründung* der Nominierung
- ein kurzer *Lebenslauf* des Kandidaten
- ein aktuelles *Passfoto* des Kandidaten
- Namen und Adressen von zwei *Referenzpersonen* des Kandidaten

Termin

Einreichung spätestens bis 30. September 2000.

Nominierungen sind zu richten an:

Dr. R. Nair, Vorsteher des Wissenschaftlichen Komitees der SSE, Abteilung für Orale Strukturbioogie, Zahnmedizinisches Zentrum, Plattenstr. 11, CH-8028 Zürich, Tel.: 01-634 31 42, Fax: 01-312 32 81, E-Mail: nair@zzmk.unizh.ch

- l'hépatite B. BEH 1999; 9: 33–35
- [12] ZIPP F, WEIL J G, EINHÄUPL K M: No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. *Nature medicine*, 1999; 9: 964–65
- [13] SADOVNIK A D, SCHEIFELE D W: School-based hepatitis B vaccination programme and adolescent multiple sclerosis. *Lancet* 2000; 355: 549–550
- [14] The Institute for vaccine safety diabetes workshop panel: Childhood immunizations and type I diabetes: summary of an Institute for Vaccine Safety Workshop. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 217–22
- [15] CLASSEN J B: Childhood immunisation and diabetes mellitus. *New Zealand Medical Journal* 1996; 24 May: 195
- [16] GRUBER B, HEIMANN R, KLEIN P et al.:
 Impfen – Routine oder Individualisation – Eine Standortbestimmung zur Impfproblematik aus hausärztlicher Sicht. Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen, Case postale, CH-3000 Berne 9
- [17] BLOM L, NYSTRÖM L, DAHLQUIST G: The Swedish childhood diabetes study. Vaccinations and infections as risk determinants for diabetes in childhood. *Diabetologia* 1991; 34: 176–81
- [18] ROSS R T: Commentary. The Varizella-Zoster virus und multiple sclerosis. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 533–5
- [19] CHEN R T: Vaccine risks: real, perceived and unknown. *Vaccine* 1999; 17: 41–46 ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



Bericht über den Kongress von 6./7. Mai 2000 in Zürich (Universität Zürich, Klinik für Kronen- und Brückenprothetik, Teilprothetik und zahnärztliche Materialkunde. Direktor: Prof. Dr. P. Schärer, M. S.)

Das Sofort-Sofortimplantat – State of the Art

Yvonne Hodel, Basel

Die Frage der Indikation und Kontraindikation der Sofortbelastung sowie die Möglichkeiten und Grenzen dieser Implantatversorgung wurden diskutiert und dazu geeignete Implantatsysteme vorgestellt. Aus Sicht des Patienten sind vor allem zwei Faktoren interessant. Einerseits die Ästhetik vor allem im Oberkieferfrontzahnbereich, andererseits die Wiederherstellung des Kaukomforts bei der Sofortversorgung mit Steg im zahnlosen Unterkiefer. Beide Situationen wurden demonstriert und am Modell durch die Teilnehmer geübt.

Das Sofort-Sofortimplantat

Theorie der Sofortbelastung von im Moment der Extraktion gesetzten Implantaten. Indikation und Kontraindikation

Dr. R. Glauser

Der Trend und die Entwicklung in der Implantation gehen seit den letzten 20 Jahren in Richtung von Spät- zu Sofortbelastung. Das Patientengut verschiebt sich von zahnlosen zu teilbezahnten Patienten. Das Schraubendesign der Implantate aus Titan scheint sich durchzusetzen. Chirurgisch wird die vestibuläre Inzision durch den Kieferkammschnitt ersetzt, und der Trend zeigt einen Wechsel von der geschlossenen zur offenen Einheilung. Die Implantate werden nicht mehr nur interforaminal,

wo sich der für die Implantologie geeignetste Knochen befindet, inseriert, sondern prothetisch orientiert gesetzt. Der Wunsch der Patienten nach einer festsitzenden Versorgung gegenüber einer abnehmbaren, auch schon bei der provisorischen Versorgung, wird immer stärker.

Osseointegration und Mikrobewegung

Falls Bindegewebe zwischen Knochen und Implantat kommt, ist das Implantat nicht belastungsfähig und osseointegriert nicht. In der Orthopädie wird bei Verletzungen des Bewegungsapparates eine Ruhstellung des betroffenen Gelenkes oder Knochens für sechs Wochen gefordert, mit einer Reduktion der Belastung um die Hälfte während der vier folgenden Monaten. In vielen Fällen belastet der Patient dennoch. Trotzdem ver-

läuft die Heilung problemlos.

Über die Mikrobewegungen gibt es Studien, bei denen versucht wird, die Grenze der möglichen Bewegung aufzuzeigen, bei der die Implantate noch osseointegrieren. In der Literatur sind darüber Zahlen von 30–500 µm bekannt. Durchschnittlich erfolgen Mikrobewegungen um 50 µm. Es gibt Berichte, die zeigen, dass Mikrobewegungen die Heilung sogar beschleunigen können.

Ganz wichtig für eine Sofortbelastung der Implantate ist deren Primärstabilität. Sie hängt ab von der Knochendichte, -menge- und -qualität, der chirurgischen Technik und Aufbereitung und der Form der Implantate und ausserdem von der Makro-, Mikro- und Nanostruktur.

Die Sekundärstabilität wird durch die Primärstabilität und das Bone Remodelling erreicht.

Die Stabilität der Implantate ist von biologischen und mechanischen Faktoren abhängig. Im Verlauf der Zeit ergibt sich ein Wechsel von den zu Beginn überwiegend mechanischen zu biologischen Faktoren. Für die Sofortbelastung wird versucht, vor allem in der Anfangsphase die mechanischen Eigenschaften, das heisst die Primärstabilität, zu verbessern. Die Messung der Implantatfestigkeit kann mit verschiedenen Methoden ermittelt werden. Der Perkussionstest gibt bei einem osseointegrierten Implantat einen hellen Klopfeschall an. Auf der Röntgenaufnahme ist eine Knochenanlagerung um das Implantat sichtbar. Durch den Periotestwert wird die Kontaktzeit des Stössels mit dem Implantat ermittelt. Der Stössel, welcher sich im Innern des Handstücks befindet, perkundiert viermal pro Sekunde gegen das Implantat. Als weitere Methoden existiert der reverse Torque Test. Bei der Resonanz Frequenz Analyse wird ein Übertragungselement mit dem Implantat verschraubt, um den Resonanzwert zu messen.

Als Ausschluss für eine Primärbelastung wurden ästhetisch anspruchsvolle Regionen mit fehlender Knochenkontur sowie Implantate, die apikal nicht von Knochen umgeben sind, erwähnt. Aufbauten mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien werden mit Membranen fixiert. Auch eine raue Implantatoberfläche kann die Heilung beschleunigen, ist aber für eine Sofortbelastung nicht erforderlich. Ein kurzes Implantat kann für die Sofortbelastung verwendet werden.

Erstrebenswert wäre eine starre Verblockung von mehreren Implantaten bis hin zu einer Ausweitung der Ver-

blockung auf die gegenüberliegende Kieferhälfte mittels Brücken oder Stegen. Bei der direkten Belastung ist eine Kontrolle der okklusalen Kräfte erforderlich.

Der Redner empfiehlt entweder eine sofortige oder dann erst späte Belastung der Implantate, bis die Osseointegrationszeit abgeschlossen ist. Die Frühbelastung als Zwischenlösung diene weder dem Patienten noch dem Zahnarzt.

Die Indikationsgebiete der Sofortbelastung liegen beim Unterkiefersteg, der auf 3 bis 6 Implantaten verankert ist, bei totalen Brücken auf 8 (eventuell 10) Implantaten oder bei einer Einzelzahnversorgung im Front- und Prämolarenbereich.

Als Vorbereitung für den praktischen Teil vom Sonntag wurden die beiden Implantattypen kurz vorgestellt.

Die Implantattypen Brånemark Mk III und Mk IV

Das Brånemark Mk IV ist die Weiterentwicklung des Mk III. Beide Implantate weisen einen doppelten Gewindengang auf. Damit kann die Insertionszeit verkürzt und das chirurgische Trauma bei der Insertion vermindert werden. Eine weitere Verbesserung der beiden Implantattypen stellt das Stargrip Design dar, bei dem weder Einbringpfosten noch Verbindungselemente benötigt werden.

Das Mk-III-Implantat ist im Gegensatz zum Mk-IV-Implantat parallelwandig und im Schulter-Halsbereich nicht konisch.

Das Mk-IV-Implantat wurde entwickelt, um im weichen Knochen eine bessere Primärstabilität erreichen zu können, ohne das chirurgische Verfahren oder die Oberfläche verändern zu müssen. Die Verbesserungen liegen in dem konischen Fixtorenkörper, den flachen apikalen Kammern mit erhöhtem apikalen Gewindeanteil und der konischen Halspartie. Durch das konische Design, je nach Implantatlänge zwischen 1–1½ Winkelgraden, wird jeder Gewindengang mit jeder Umdrehung leicht in den neuen Knochen komprimiert.

Das Sargon-Implantat

Das Sargon-Implantat ist ein Schraubenimplantat aus einem Titanalloy, welches bei der Insertion aktiviert werden kann. Diese Aktivierung geschieht über eine zentrale Schraube, die beim Drehen eine interne Expansionsnut nach oben zieht. Somit werden die vier Lamellen apikal gespreizt, was zu einer zusätzlichen mechanischen Stabilität führt. Bei einem allfälligen Stabilitätsverlust postoperativ bei

der Nachkontrolle kann das Sargon-Implantat durch weiteres Anziehen der Schraube erneut aktiviert werden. Die Aufbereitung geschieht über die Extraktionsalveole. Das Implantat steht dann etwas palatinaler und superiorer als die ursprüngliche Zahnwurzel im Knochen, aber in derselben Richtung. Der Implantatanbieter empfiehlt, keine Knochenersatzmaterialien zu gebrauchen, da die Alveole sich innerhalb von 6 Monaten, wie bei einer Zahnextraktion, ossifizieren wird.

Drei Live-Schaltungen

Bei einer Live-Schaltung konnte das Setzen von drei interforaminalen Implantaten in den Unterkiefer verfolgt werden. Prof. Schärer erläuterte zuerst die unsterile Operationsphase mit der Exzision der beiden nicht mehr erhaltungswürdigen Pfeilerzähne. Im Anschluss erfolgte die Aufbereitung und Insertion der drei Brånemark-Implantate. Die Extraktionsalveole wurde mit einem Gemisch aus gesammelten Eigenknochenspänen, Bio-Oss®-Knochenersatzmaterial und Tetracyclin gefüllt. Beim Implantat Regio 31 lag bukkal ein Teil des Gewindes frei, deshalb wurde dort Knochengemisch aufgetragen und eine Membran appliziert. Nach dem Vernähen des Mucoepithelstapels erfolgte anschliessend die Registrierung. Vier Stunden später, nach der Fertigstellung des Steges durch den Zahntechniker, erfolgte das Einpolimerisieren der Stegreiter und die Anpassung der Prothese. Anschliessend wurde mit der Patientin das Entfernen und Einsetzen der Prothese geübt und die Mundhygiene instruiert. In die Prothese bringt sie Plak out® Gel ein. Die Patientin wird auch mit einem oralen Antibiotikum therapiert. Die Nähte werden 10 Tage postoperativ entfernt. Die Anpassung der Prothesenränder und, falls notwendig, die Anfertigung einer neuen Prothese wird erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, wenn auch die postoperative Schwellung vorbei sein wird.

Bei der zweiten Implantation wurden nach Aufklappung die drei nicht mehr erhaltungswürdigen Zähne 24, 25 und 26 sorgfältig entfernt. Für die anschliessend feine säuberliche Reinigung aller Alveolenwände und minutiöse Entfernung des Weichgewebes muss genügend Zeit eingeplant werden. Das vom Zahntechniker bereits vorgefertigte Eierschalenprovisorium diente gleichzeitig als Operationsschiene. Nach der Aufbereitung und Insertion der drei Brånemark-Implantate sowie Verschrauben der Abutments

konnte das Provisorium mit Super-T® unterfüttert und ausgearbeitet werden. Auch hier wurden die Knochendefekte mit einem Gemisch aus Bio-Oss®-Granulat und Tetracyclin bei den Alveolen und einem Bio-Oss® Kollagen-Schwämmchen bukkal beim Implantat 24, wo ein Knochendefekt auf Grund einer früheren WSR vorhanden war, gefüllt und mit Bio-Gide®-Membranen abgedeckt.

Herr Dr. A. Mattiola zeigte nach der Exzision des Zahnes 11 das sofortige Setzen eines Sargon-Implantates direkt in die Extraktionsalveole. Die Insertion erfolgte ohne eine Aufklappung. In der Endposition wurde die Innenschraube aktiviert. Somit wurden die Lamellen apikal gespreizt.

Es konnte live miterlebt werden, wie die Patienten mit entweder nicht mehr erhaltungswürdigen Zähnen oder schlecht sitzenden Prothesen die Klinik betreten und eine Stunde später mit einem implantatgetragenen Zahnersatz wieder verlassen konnten.

Am Sonntag konnten die 50 Teilnehmer praktische Übungen am Modell durchführen

Dres. R. E. Garfield und S. Lazarof zeigten in ihrem Vortrag nochmals die Vorteile des Sargon-Implantates auf. Der Knochen und die Weichgewebe bleiben dank der sofortigen Insertion eines Implantates erhalten. Somit können Kosten gespart und ein Zeitverlust vermieden werden, da weder ein Knochen- noch Weichgewebeaufbau notwendig sind. Anschliessend konnten die Teilnehmer ein Sargon-Implantat in einen Kunststoffkiefer inserieren.

Nach einer theoretischen Einführung über die Brånemark-Mk-III- und Mk-IV-Implantate durch Herrn Dr. R. Glauser durften die Teilnehmer an Modellen das Gelernte anwenden.

Interessant war die Aufzeichnung verschiedener Drehmomentkurven. Sie zeigten die Kraft in Ncm zu jedem Zeitpunkt der Bohrung auf. Die unterschiedlichen Kurven der beiden Implantattypen bei der Insertion konnte auf diese Weise einfach erkannt werden.

Auch der Unterschied der Kurven beim Benützen respektive Nichtbenützen des Versenkbohrers konnte eindrücklich dargestellt werden.

Danach wurden die weiteren Arbeitsschritte bis hin zur Herstellung einer provisorischen Versorgung mit einer Ion Krone durchgeführt. ■

«Parodontologie – Update für die tägliche Praxis»

Dr. med. dent. Peter Heuzeroth, Winterthur
Dr. med. dent. Martin Ruppert, Basel

Vom 26. März bis 1. April 2000 haben sich 60 Zahnärztinnen und Zahnärzte in Crans Montana zu der Fortbildungswoche «Parodontologie – Update für die tägliche Praxis» von Prof. U. Zappa, MS eingefunden. Durchgeführt wurde diese Woche von den Mitarbeitern der Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Basel.

Das fachliche Programm beinhaltete Vorlesungen über Ätiologie, Pathogenese und Therapie der Parodontitis wie auch praktische Übungen am Schweinekiefer zur konservativen und chirurgischen Parodontitistherapie. Dazugeliefert wurden als «Rahmenprogramm» gute Schneeverhältnisse und Sonnenschein. Insgesamt fand eine überaus gelungene Fortbildungswoche mit hochaktuellen Themen und Paradigmawechseln, Diskussionen und guten kollegialen Kontakten statt.

1. Tag, Montag 27. 3. 2000

Grundlagen (Anatomie, Histologie, Pathogenese) und Phase-I-Therapie

Zu Beginn wurden die parodontalen Strukturen besprochen. Hingewiesen wurde auf die anatomische Form des interdentalen Sattels. Es sei zu berücksichtigen, dass dort zwei Papillen existieren, der sog. Col. Plaque sei als Biofilm zu verstehen, bestehend aus Inseln von Bakterien mit Kanalsystemen, in welchen Nähr- und Abfallstoffe verschoben werden können. Histopathologisch wird die Gingivitis in eine initiale, frühe, etablierte und fortgeschrittene Läsion eingeteilt. Der in Basel verwendete Parodontalstatus wurde den Teilnehmern vorgestellt. Wichtig in diesem Zusammenhang sei, dass man unbedingt den Attachmentverlust (AV) wie auch die Indices (GI, BI, PI, BOP) dokumentieren sollte. Die neue Klassifizierung der Parodontitis (International Workshop for a Classification of periodontal Diseases) wurde vorgestellt, die ab sofort als neuer Standard in der Parodontologie gilt. Der erste Tag wurde mit Übungen zur neuen Klassifikation abgeschlossen.

2. Tag, Dienstag 28. 3. 2000

Parodontale Therapie mit Ultraschall

Bisher wurden ausschliesslich Handinstrumente für die Wurzelinstrumentation verwendet. Die Entwicklung neuer Ultraschallinstrumente, vor allem die Mikroschallinstrumente, haben zu einem Paradigmawechsel in der Phase-I-Therapie geführt.

Ultraschallgeräte ermöglichen eine sanftere Wurzeloberflächenreinigung. Handinstrumente haben dennoch ihre Funktion nicht verloren. Den Scalern kommt noch die Aufgabe zu, Zahnstein zwischen den Zähnen zu entfernen, Graceyküretten dienen nur noch für die subgingivale Nachinstrumentierung nach dem Ultraschalldebridement. Das Wort «Kürettage» ist per definitionem falsch und sollte durch das Wort «Debridement» ersetzt werden. Nach Prof. Zappa sind Ultraschallinstrumente in fast allen Bereichen den Handinstrumenten überlegen, ganz besonders in der Furkationstherapie. Das Debridement in der Phase I der Parodontalbehandlung spart mit Ultraschallinstrumenten ca. 30–50% Zeit. Der Zahnarzt muss zum «Plaque Manager» werden. Starre Recallintervalle von 3–6 Monaten sind nicht sinnvoll. Dort wo die Mundhygiene insuffizient ist muss in engen Intervallen (4–6 Wochen) in einem Minirecall nachinstruiert und instrumentiert werden. Ablauf einer Phase 1 Behandlung: Sondieren – subgingivale Konkremente lokalisieren – Ultraschalldebridement – Nachsondieren – Nachinstrumentieren mit scharfen Graceyküretten (hochtaktil, mit sehr wenig Kraft) – Zahnreinigung mit Gummi-

napf und Polierpaste – Instruktion u.a. von Interdentalbürstchen und einbüschelige Bürste mit CHX – Überwachung der Mundhygiene (Recall).

Zu erwähnen ist, dass die empfohlenen Ultraschallspitzen wie folgt beschaffen sein sollten: Die Spitze für die «universelle» subgingivale Zahnsteinentfernung sollte gerade sein, wie eine Parodontalsonde, und die Kühlflüssigkeit sollte bis an die Arbeitsspitze gelangen. Die Furkationsspitzen sollten kleine Kugeln am Arbeitssende haben, um die Instrumentierung von Furkationsbereichen zu erleichtern und die Wirksamkeit der Reinigung zu erhöhen. Es braucht also nur 3 Spitzen (eine gerade und zwei gebogene).

Am Abend konnten wir die Ultraschallgeräte von 3 Herstellern kennenlernen und anhand mitgebrachter Zähne beüben.

3. Tag, Mittwoch 29. 3. 2000

Chirurgische Parodontaltherapie

Dieser Ausbildungstag hatte die Phase II der Parodontalbehandlung zum Thema. Entscheidend für die Planung der Phase II sei die «kritische Sondierungstiefe», die 4,2 mm beträgt. Dies sei insofern wichtig, da Sondierungswerte, die z.B. weniger als 4,2 mm betragen, durch einen chirurgischen Eingriff an Attachment verlieren würden, während Sondierungswerte über 4,2 mm nach Chirurgie an Attachment gewinnen. Im Weiteren wird für die Einleitung der Phase II eine absolute Plaquefreiheit (Plaque-Manager!) verlangt, ohne die nicht operiert werden sollte.

1. Modifizierter Widmann Lappen (Access Flap)

Es wurden die benötigten Instrumente und Vorgehensweisen besprochen. Hierzu noch Folgendes:

– Nicht prinzipiell überall eine paramarginale Incision durchführen.
 – Fasern im Eingang des Ligamentapparates müssen nicht per se entfernt werden, wichtig ist hingegen eine vollständige Degranulation.
 – Knochenmanagement: Bei 1-wandigen Knochendefekten ebnen, bei 2-wandigen je nach Situation, und bei 3-wandigen Defekten Knochen stehen lassen. Wichtig ist, dass der MWL kein chirurgischer Eingriff im Sinne von Regeneration darstellt. Es erfolgt eine Heilung mit langem Saumepithel.

2. Gingivektomie

Hat nur noch wenige Indikationsbereiche. Die Knochenmorphologie darf nicht verändert sein. Die Indikation besteht nur noch bei Hyperplasien.

3. Apicaler Verschiebelappen (aVL)

Ist weiterhin indiziert, meist Sextantenweise. Ein Mukoperiostlappen (full thickness flap) wird empfohlen, wenn gleichzeitig der Zugang zum Knochen erforderlich ist. Es wurde allerdings auch gezeigt, dass die Mucogingivallinie nach Jahren wieder dort zu stehen kommt, wo sie vor dem chirurgischen Eingriff war!

4. Distal Wedge

Achtung bei Dreieckstechnik distal 7/8er im UK -Nervus lingualis!
 Der Nachmittag wurde mit praktischen chirurgischen Übungen am Schweinekiefer ausgefüllt.

4. Tag, Donnerstag 30. 3. 2000

Mukogingivale und ästhetische Parodontalchirurgie

Man kann die Patienten und deren Bedürfnisse grundsätzlich in drei Typen einteilen:

- Typ 1: Patient hat Gingivitis und Parodontitis und muss behandelt werden.
 Typ 2: Patient hat mukogingivale Probleme und braucht Behandlung zur Erleichterung der Plaquefreiheit (FST ...).
 Typ 3: Patient hat ästhetische Probleme (Gummy smile ...).

Die mukogingivalen Kriterien beziehen sich auf die Beschaffenheit der keratinisierten Gingiva.

Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten 40 Jahre kommen alle zu unterschiedlichen Ergebnissen in Bezug auf die nötige Breite der keratinisierten Gingiva. Diese variiert von 1 bis 5 mm! Die Weite der keratinisierten Gingiva scheint demnach nicht entscheidend für die Gesundheit des marginalen Parodontes zu sein.

Indikationen können sein: Ästhetik, Frenulum, Rezessionen, Überempfindlichkeiten.

1. Freie Schleimhauttransplantate FST:

KENNEDY et al. 1985 – «transplantierte und nicht transplantierte Stellen weisen bei gleichen Versuchsparametern über 6 Jahre Stabilität auf». Hieraus folgt, dass FST sinnvoll sein kann, da der Gewinn stabil bleibt. Es kann aber auch auf Chirurgie verzichtet werden, da bei gleich guter Hygiene und Instruktion die Rezession stehen bleibt.

2. Wurzeldeckung/Rezessionsdeckung/koronale Verschiebelappen KVL

Es ist nicht ratsam, auf z.B. Füllungen und Kronen Wurzeldeckungen vorzunehmen. Nach Lappenbildung kann es sinnvoll sein, die Wurzeln mit Diamanten so zu bearbeiten, dass diese in Bezug auf den umliegenden Knochen nicht mehr vorstehen.

3. Seitliche Verschiebelappen SVL

Behandlung des «Gummy Smile»: STEFAN STUDER und Th. LIMPANA (1998) haben das «Zürcher Lachen» untersucht und die Position der Gingiva zur Lippe definiert. Anhand dieser Ergebnisse lassen sich schöne Verbesserungen erzielen, es ist aber darauf zu achten, dass der Alveolarknochen 2 mm apical der SZG zu liegen kommt und dass Knochenwülste reduziert werden (Osteoplastik), bevor die Gingiva repositioniert wird.

4. Bindegewebetransplantat GBT

Entnahme des Transplantates aus dem Gaumen zwischen 3er und 5er; ohne Periost und Oberflächenepithel. Bindegewebe wird am Kammdefekt eingebaut (Inlay Graft); hiermit können z.B. Papillen rekonstruiert werden. Problematisch kann die Blutung im Gaumen sein, so dass sich in jedem Falle eine Tiefziehchiene als Wundverband empfiehlt. Stabilität wird nach 3–4 Mt. postoperativ erwartet. Der Nachmittag wurde dazu verwendet, die FST, KVL, GBT am Schweinekiefer praktisch zu üben.

5. Tag, Freitag 31. 3. 2000

Regenerative Parodontalchirurgie

1982 haben NYMAN et al. nach Versuchen an Affen mit einer Millipore-Barriere entdeckt, dass sich neuer Zement und Bindegewebefasern unter dieser bilden kann. Daraufhin hat die Industrie den Begriff der Membran geboren, der sich bis heute gehalten hat, aber so nicht ganz

stimmt. Prof. Zappa spricht ungern von Membranen, er bevorzugt den Begriff der Barrieren. Es wurde über die Entwicklungsgeschichte und die verschiedenen Typen von Barrieren wie auch deren Indikationsbereiche gesprochen. Für die Parodontologie hat sich die biodegradierbare Barriere durchgesetzt.

Wichtig sei die Selektion der Patienten: v.a. keine Raucher, keine an Diabetes erkrankten Patienten, Plaquefreiheit muss vorhanden sein und keine Grad III Furkationen.

Das Atrisorb System wurde hinsichtlich Indikation und Applikation genau besprochen. Die Barrieren können jedoch auch nicht alles, darum geht die Forschung weiter in dem Bereich der Mediatoren.

Mediatoren und Funktionsweise

Es wurde die Konditionierung der Wurzeloberflächen mit Prefgel für die Anwendung von Emdogain besprochen. Schmelzmatrixproteine können den Aufbau von neuem Attachment einleiten.

Die Furkationsdiagnostik ist entscheidend für den Erfolg der Regeneration. Keine Kompromisse eingehen, da sonst sicher Misserfolg eintritt. Wenn eine Furkation nicht ganz überblickt werden kann und es irgendwo Nischen hat, die nicht sauber sind, ist der Behandlungsmisserfolg vorprogrammiert.

Antibiotika können helfen, postoperative Infektionen des Parodontes sowie die Kontamination der Barriere zu vermeiden. Am Nachmittag wurden das Handling von Atrisorb Kit und Atrisorb Direkt sowie die Anwendung von Emdogain am Schweinekiefer geübt.

6. Tag, Samstag 1. 4. 2000

«local slow release» (LSR) Medikamente

Der Erfolg der Bakterienreduktion mittels chemischer Substanzen/Antibiotika ist abhängig von deren Konzentration in der Tasche. Chlorhexidin in Form von Gel und Lacken (Cervitec) ist sehr erfolgreich. Ein CHX Chip (Periochip) ist auch auf dem Markt, ob es dies allerdings braucht, muss man selbst entscheiden.

Tetrazyklin ist ein sehr wirksames Präparat. Actisite war das erste verfügbare Produkt mit Tetrazyklin, die Applikation ist jedoch schwierig (Faden). Besser im Handling ist Elyzol (Metronidazol).

Die Firma Atrix macht sich die Erfahrung mit der Barriere zu Nutze und bringt demnächst das Produkt Atridox auf den Markt. Es enthält Doxycyclin und verhält sich wie Atrisorb Direct.

Empfehlungen für die Praxis: – LSR selten notwendig bei erfolgreichem und vollständigem Debridement. – LSR Systeme kompensieren keine schlechte MH und ungenügendes Debridement.

Indikationskriterien: Schwer zu reinigende offene Furkationen (F3), einzelne Problemstellen (BOP), einzelne Stellen mit fortschreitendem Attachmentverlust, Stellen mit Barrieren.

Im weiteren wurde die Behandlung des «parodontal terminalen Falles» besprochen. Der terminale Fall hat ein Knochenrestniveau von 25–30%. Die Philosophie geht dahin, die Zähne zu erhalten, Rekonstruktionen modular vorzunehmen und flexibel veränderbar zu gestalten (Kompositstechnologie).

Wichtig ist die richtige Diagnose, die genaue Behandlungsplanung, die Befolgung aller Paradigmen und Beherrschung der parodontologischen Behandlungsmethoden; so können die Patienten noch lange ihre Zähne behalten.

Zu all diesen Themen bietet die Klinik von Prof. Zappa in Basel Eintageskurse an, in denen detailliert auf die Behandlungskonzepte eingegangen wird.

Zum Schluss und für spätere Interessenten von diesen Kursen lässt sich sagen, dass Prof. Zappa und sein Team hervorragende Fortbildung anbieten, deren Bezug zur Praxis immer vorhanden ist. ■

wortlich ist für begriffliches Denken wie beispielsweise Logik, Zahlen, Sprache, Analyse und Details.

Zwar sind die beiden Gehirnhälften über den sog. Balken, das Corpus callosum miteinander verbunden, doch geht jede Hälfte bei der Lösung von Problemen eigene Wege, die der jeweiligen Spezialisierung entsprechen. Mit der kleinen Geschichte «Die Rheinüberquerung» wurden die unterschiedlichen Hirnhälften der Zuhörenden gleich auf die Probe gestellt: Zwei Männer wollten nahe Koblenz den Rhein überqueren. Das Boot, das am Ufer lag, bot nur für einen Platz, denn es war so klein, dass es nur einen Menschen tragen konnte. Beide überquerten den Rhein in diesem Boot und setzten anschließend ihre Reise fort. Wie konnten sie das tun?

Im Mai trafen sich in Langenthal Zahnärzte und Zahnärztinnen zu einem unkonventionellen Kommunikationsexperiment.

Kommunikation in der Zahnarztpraxis – halbrecherisches Kunststück im Alltag

Elisabeth Wenger

Alle sprechen von Kommunikation, nur wenige beherrschen diese Kunst. In einer Zahnarztpraxis, wo das Team und die Patienten hautnah in Kontakt stehen, Zeitdruck und tägliche Routine erschwerende Faktoren darstellen, gehört eine gute Kommunikation zu den wichtigsten Voraussetzungen einer erfreulichen Praxisatmosphäre.

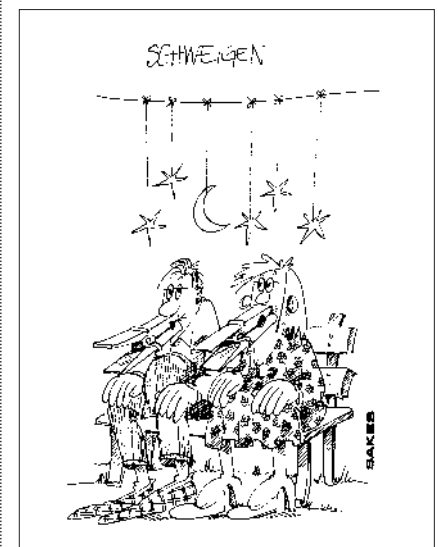


Weiterbildung in Kommunikation? Braucht man das? Reden lernt man als Kleinkind, und die Fertigkeit dazu erreicht man im Laufe der Jahre. Beim Zahnarzt droht die Kommunikation ohnehin einseitig auszufallen, denn der Patient oder die Patientin auf dem Zahnarztstuhl sagt nicht viel. Wenigstens so lange der Speichelzieher in der Mundecke hängt. Gerade deshalb ist es wichtig, das Gespräch nicht zum Monolog verkommen zu lassen. Womit wir bereits bei der nächsten Hürde wären – reden und zuhören braucht Zeit, und im Wartezimmer sitzen schon zwei weitere Patienten.

«Me mues haut rede mit de Lüt»

Mit diesem berndeutschen Titel (übersetzt: Man muss halt reden mit den Leuten) hat der Langenthaler Zahnarzt und Berufsausbilder IAP (Institut für Angewandte Psychologie, Zürich) Rudolf Baumann den Pilotkurs für Kommunikationstraining in der Schweizerischen Monatsschrift für Zahnmedizin ausgeschrieben. Baumann bezeichnet sich selber als Amateur-Psychologe und betitelt diese Weiterbildung bescheiden als Kommunikationsexperiment. Zehn KursteilnehmerInnen liessen sich im Mai einen Tag lang auf das Experiment ein und bekamen Wissenschaftliches, Unkonventionelles, Witziges und Erstaunliches zu hören.

Der Umstand, dass unser Gehirn aus zwei Hälften besteht, hat auch auf unser Sprachverhalten und das Verständnis von Sprache einen nicht zu unterschätzenden Einfluss. Die rechte Hirnhälfte ist zuständig für Emotionen und Stimmungen, Bilder, Farben und Musik, Kreativität und Intuition. Kurz zusammengefasst: rechts findet das bildliche Denken statt, während die linke Hirnhälfte verant-



Trotz angestrengtem Denken kam niemand auf die richtige Lösung. Bei allen hatte sich beim Vorlesen der Geschichte das Bild der zwei Männer am Ufer des Rheins eingepägt, und keiner zweifelte daran, dass die beiden Männer gemeinsam am gleichen Ufer stehen. Somit hatte das in der rechten Hirnhälfte erzeugte Bild die Oberhand, und so liess sich die Aufgabe nicht lösen. Die linke Hirnhälfte blieb offenbar etwas untätig, und dadurch wurde die logische Möglichkeit, dass die beiden Männer von entgegengesetzten Seiten an den Fluss kommen und das Boot abwechselnd benutzen, nicht in Betracht gezogen. Unabhängig davon, ob wir uns dessen bewusst sind oder nicht, macht sich unser Gehirn fortlaufend Bilder, ganz gleich, ob diese passen oder nicht.

Diese verblüffende Einleitung machte allen klar, wie leicht man sich ein falsches

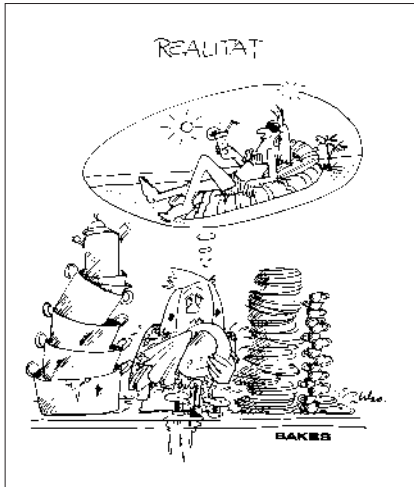


Bild macht vom Gegenüber – was Folgen haben kann für die Kommunikation.

Das kommunikative Ritual

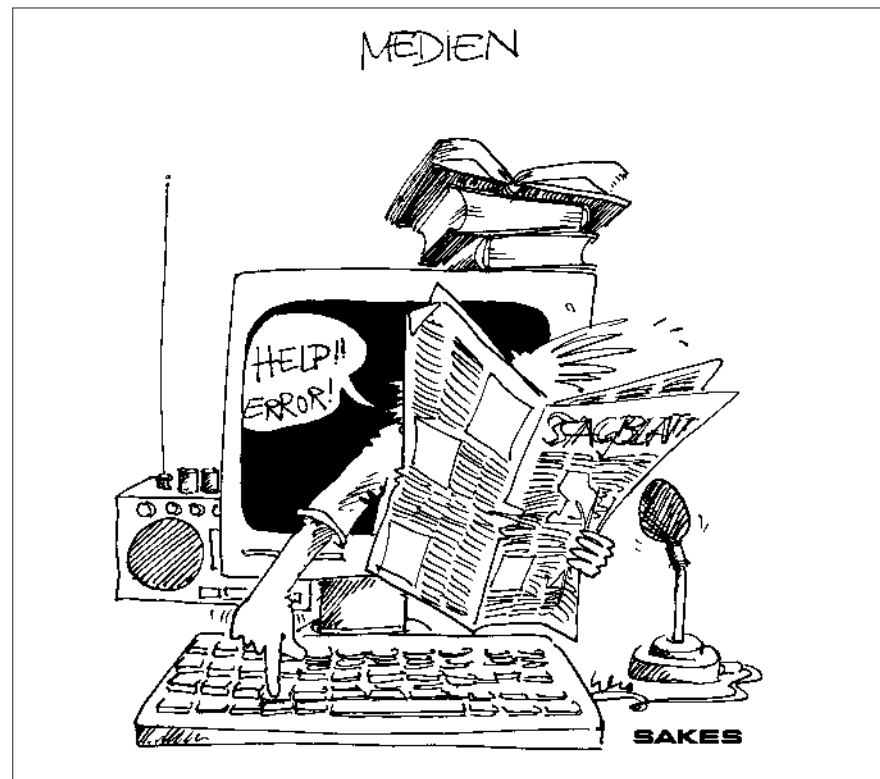
Zuhören heisse auch, im passenden Moment schweigen zu können. Zuhören braucht Zeit und Aufmerksamkeit, manchmal Geduld und vielleicht Humor. Wer schon im Kopf eine Antwort bereit hat oder seinen nächsten Satz formuliert, während der andere noch spricht, ist ein schlechter Zuhörer und trägt entsprechend wenig zu einer sinnvollen Kommunikation bei. Rudolf Baumann nennt die belanglose Floskel «Wie geht's?» – «Danke, gut.» das perfekte kommunikative Ritual und rät, bei Gelegenheit zu testen, was passiere, wenn man lächelnd zur Antwort gebe, «Danke, schlecht.» Der Gesprächspartner glaube, bestärkt durch das Lächeln, die Antwort «Danke, gut» zu kennen und sei so ausserstande, auf die schlechte Nachricht einzugehen. Wie gut oder eben wie schlecht Menschen einander zuhören, belege eine Geschichte vom Schriftsteller Mark Twain: Mark Twain hatte einst behauptet, dass keiner dem anderen richtig zuhöre. Auf

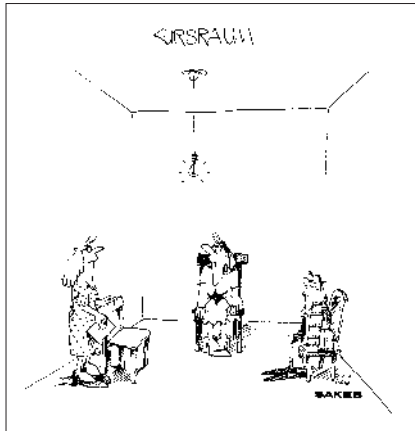
der nächsten Party lieferte er den Beweis. Er kam eine halbe Stunde zu spät und begrüßte die Hausherrin im Kreise der Angehörigen: «Entschuldigen Sie bitte meine Unpünktlichkeit. Ich musste noch meine alte Tante erwürgen, und das dauerte etwas länger als ich vermutete.» «Reizend von Ihnen,» erwiderte die Gnädige, «dass Sie trotzdem gekommen sind.» Solches kann auch bei Ihnen als Zahnarzt oder Zahnärztin vorkommen, nämlich dann, wenn Sie beispielsweise pünktlich einen privaten Termin wahrnehmen wollen, die Assistentin ein übervolles Wartezimmer meldet oder wenn ein Notfall das Programm durch- einander bringt.

In solchen Momenten kann sich das aktive Zuhören mit Kopf und Herz auf ein rein physisches Zuhören reduzieren, das heisst, man lässt die Mitteilung über sich ergehen, ohne den Inhalt aufzunehmen. Rudolf Baumann kennt diese Stolpersteine aus eigener Erfahrung durch die langjährige Arbeit in seiner Praxis als Kieferorthopäde. Allerdings würden sich Kinder weniger scheuen, unkonzentriertes Zuhören und unverbindliche Antworten zu kritisieren, erklärt er.

Beziehungen und Vorurteile

Ziel der zahnärztlichen Behandlung und Beratung sollte unter anderem sein, eine möglichst symmetrische Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient herzustellen.

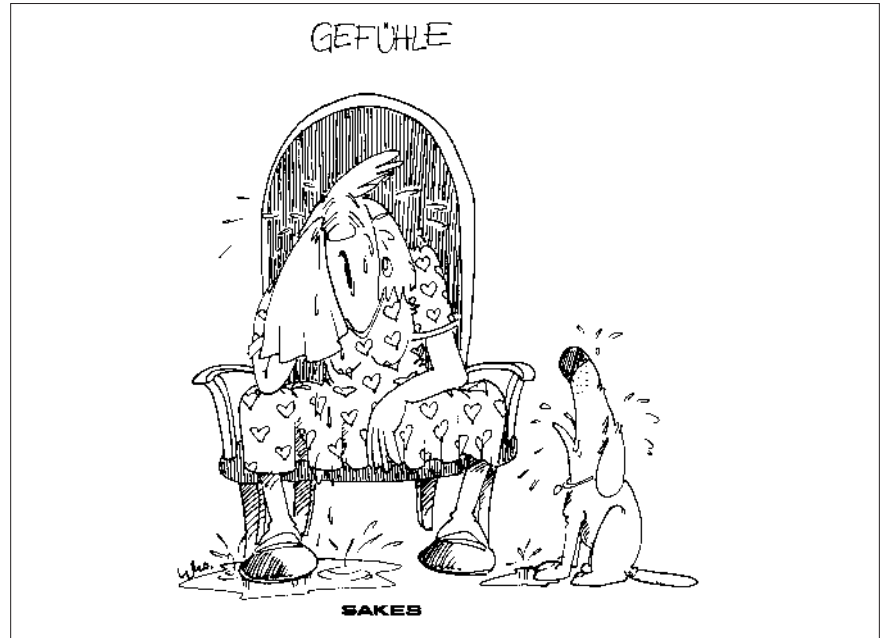
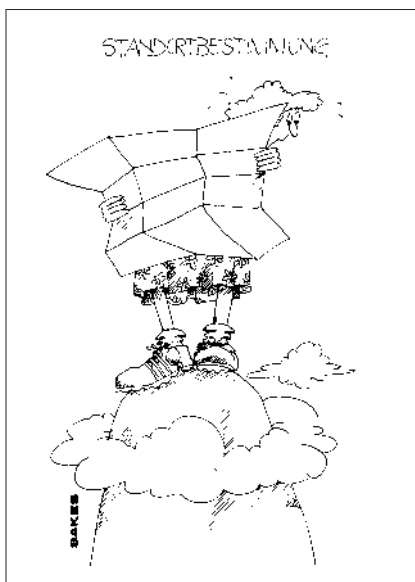




Diese gleiche Ebene lässt sich zum Beispiel während einer Besprechung durch Gegenübersitzen auf gleichen Stühlen herstellen. Die Unsitte, sagt Rudolf Baumann, während der Behandlung (der Patient liegt, hat Speichelsauger und Watterollen im Mund, von oben blendet die Lampe) Erklärungen abzugeben oder Fragen zu stellen, sei leider immer noch nicht ausgestorben.

Mit einer amüsanten Geschichte illustrierte Baumann die Auswirkungen von Vorurteilen, vor denen auch der Zahnarzt oder die Zahnärztin nicht gefeit seien (ach nein, heute kommt Frau X – was wird sie wieder alles zu reklamieren haben...). Der Text stammt aus dem Buch «Anleitung zum Unglücklichsein» von PAUL WATZLAWICK:

«Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschliesst unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommen ihm Zweifel: was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern



schon grüsste er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Aber vielleicht war die Eile nur vorgeschützt, und er hat etwas gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts angetan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloss weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch noch bevor er «guten Tag» sagen kann, schreit ihn unser Mann an: «Behalten Sie doch Ihren Hammer, Sie Rüpel.» Besser und witziger lassen sich die Folgen von Vorurteilen kaum beschreiben.

Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren

Rudolf Baumann nennt sich ohne falsche Scham Amateur-Psychologe. Und vielleicht ist es gerade diese Eigenschaft, die die Tagung über Kommunikation so spannend, humorvoll und kurzweilig werden liess. Nie war es trockene, langweilige Materie; immer wieder spielten seine eigenen Erfahrungen als Zahnarzt mit hinein. Er kennt die gelegentlichen Spannungen unter den Angestellten, die unter Umständen die Praxisatmosphäre beeinträchtigen können. Er kennt die Ungeduld und die Nörgelei von Patienten, die spitzen Bemerkungen über Leistung und Preise, die Ausreden bei schlechter Mundhygiene oder die

Schulduweisungen, weil eine Füllung herausgefallen ist. Er kennt aber auch die Freude am vielfältigen Kontakt mit Menschen, das Interesse für persönliche Situationen auf beiden Seiten, die Dankbarkeit für gute Arbeit.

Seine Ermunterung zur Kommunikation beruht auf dem Wissen über verschiedene Modelle (die er im Kurs vorgestellt und erläutert hat), die sich im Alltag bewähren und hilfreich sind beim Zusammentreffen mit vielen verschiedenen Menschen. Manchmal sind es ganz einfach der gesunde Menschenverstand und ein spontanes Gespräch, die ein Problem lösen helfen. Die enge Zusammenarbeit innerhalb eines Praxisteam und die täglich zu leistende hochqualifizierte Feinarbeit beim Patienten bedeuten eine grosse Herausforderung. Kommen noch Konflikte hinzu, kann Kommunikation zum Kunststück oder Fallstrick werden. Baumann nennt es «Was wird da doch manchmal nicht unbedingt optimal zu wem gesagt.»

Es sei aber nicht seine Absicht, erfahrenen Praktikern das Zuhören und Reden beizubringen, dies sei bei allen eine täglich erbrachte Leistung. Allerdings seien «Kommunikationsermüdungen» nach langen Jahren der Berufsausübung nicht selten, da könne es hilfreich sein, für einmal statt fachlicher Weiterbildung ganz einfach übers Reden zu reden. Kommunizieren heisst laut Duden «mitteilen, zusammenhängen, in Verbindung stehen.» Genau das war die einfache Absicht des Kurses «Me mues haut rede mit de Lüt.»

Copyright: SAKES – Schweizerische Ausbildungsgemeinschaft für Kursleitung und Erwachsenenschulung, 1995 ■

LESERBRIEFE



Titelbild

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit viel Mühe, unermüdlichem Einsatz und auf das Risiko eines wieder mal genervten Blickes, versuche ich, unseren Lehrtöchtern, Gehilfinnen und besonders den Studenten die Wichtigkeit und Tragweite korrekter und konsequenter Hygiene und Ergonomie beizubringen. Durch dauerndes Ermahnen und Korrigieren sowie möglichst auch als Vorbild in den Studentenkursen und in der Behandlung, möchte ich einen kleinen Beitrag zur Gesundheitsprophylaxe der (zukünftig) im zahnmedizinischen Bereich Tätigen leisten. Desillusioniert und entmutigt worden bin ich durch das Titelblatt der dritten diesjährigen Ausgabe der Schweizerischen Monatsschrift: Der Kollege trägt dort eine nicht durch den Handschuh abgedeckte Armbanduhr, die

Assistenz ebenfalls eine nicht abgedeckte Armbanduhr sowie ein Armkettchen. Ihr linker Arm ist legere auf der Rückenlehne des Stuhles grossflächig abgestützt, was unweigerlich zu einer ergonomisch unkorrekten Haltung führt. Über den dadurch entstehenden, leicht gelangweilten Eindruck lässt sich streiten. Ein zweiter Mundspiegel in der rechten Hand der Gehilfin käme meinen Vorstellungen mehr entgegen. Auch wenn dadurch die Qualität des zahnärztlichen Eingriffes nicht beeinträchtigt wird, so bin ich der Meinung, dass wir einer qualitativ hochwertigen Zahnarztpraxis (siehe Qualitätsleitlinien SSO) und unserer Gesundheit ein wenig mehr schuldig sind.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. C. Kuytz ■

Telefonbucheintrag

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir bedauern, dass die Anmerkung «ästhetische und wiederherstellende Zahnmedizin» bei unserem Telefonbucheintrag Anlass zur Beanstandung gegeben hat. Wir führen diese Bezeichnung ja nicht als Titel im Sinne eines Fachspezialisten, sondern bezeichnen damit lediglich unser Hauptarbeitsgebiet. Des Weiteren erheben wir in keinstrenger Weise einen Alleinanspruch auf diese Bezeichnung; jeder Kollege, der sich schwerpunktmässig ebenfalls mit ästhetischer Zahnmedizin beschäftigt, sei hiermit aufgefordert, ebenfalls sein Tätigkeitsgebiet in gleicher Weise zu umschreiben.

Die Formulierung entstand einerseits in Anlehnung an die in der Allgemeinmedizin gebräuchliche Bezeichnung «ästhetische und wiederherstellende Medizin», andererseits an die in den USA übliche Bezeichnungen «esthetic dentistry» und «family dentistry». Wir sind der Meinung, dass sich der Patient hierunter wesentlich mehr vorstellen kann als unter «allgemeine Zahnmedizin», «konservierende Zahnmedizin» oder gar «Prothetik». Wir Schweizer Zahnärzte müssen uns

einfach im Klaren sein, dass wir in Zukunft deutlich mehr «Kundennähe» zeigen müssen als dies in der Vergangenheit der Fall war. Spätestens mit der Öffnung der Schweiz gegenüber Europa, wie langsam oder schnell dies auch immer vonstatten gehen mag, wird sich auch bei uns die Zahnmedizin immer mehr von einem Nachfragemarkt zu einem Angebotsmarkt entwickeln. Das bedeutet, dass wir, wenn wir unsere, verglichen mit dem Ausland, bislang noch recht komfortable Situation beibehalten wollen, uns im Markt eindeutig positionieren müssen. Wir müssen unsere Patienten mehr als Kunden sehen, wir müssen ihnen unsere Leistungen erklären und wir müssen dazu ihre Sprache sprechen!

Die Bezeichnung «Familienzahnmedizin» klingt doch wesentlich positiver als «allgemeine Zahnmedizin», was doch immer ein bisschen «gemein» klingt. Mit «konservierend» assoziieren unsere Patienten höchstens irgendwelche Konserven und wer um Gottes willen wünscht sich schon eine Prothese? Verstehen Sie mich bitte nicht falsch; ich habe grossen Respekt vor den Mitgliedern der schweizerischen Gesellschaft für Prothetik; ich halte lediglich die Namensgebung für, gelinde gesagt, unglücklich. Wer, ausser

uns Zahnärzten, weiss denn schon, dass diese Spezialisten nicht einfach Prothesen anfertigen, sondern vielmehr Kronen, Brücken, Veneers und implantatgetragenen Zahnersatz, und warum um alles in der Welt sollen wir unseren Patienten das nicht mit allgemeinverständlichen Worten sagen können?

Ich spreche nicht von aggressiver oder gar vergleichender Werbung, wie dies teilweise in den USA und Grossbritannien üblich ist. Aber ich denke, dass es wirklich nicht als Werbung oder gar unlauterer Wettbewerb zu sehen ist, wenn wir unsere Tätigkeitsgebiete etwas allgemeinverständlicher formulieren und uns statt «Allgemeinzahnärzte» «Familienzahnärzte», statt «konservierende» «wiederherstellende» und statt «Prothetiker» «ästhetische» Zahnmediziner nennen.

Ich möchte unseren Standpunkt auf diesem Weg zur Diskussion stellen mit der Bitte, die Augen nicht in lauter Selbstgefälligkeit vor der Zukunft zu verschliessen. Die Entwicklung der Zahnmedizin, nicht nur im benachbarten Ausland, macht uns nur allzu deutlich, dass sich die Probleme von heute nicht mit den Methoden von gestern lösen lassen, wenn man morgen noch im Geschäft sein will. Es ist absolut entscheidend, sich auf absehbare Entwicklungen rechtzeitig einzustellen, und wir sind überzeugt, dass etwas mehr «Patientennähe» oder besser «Kundennähe» ein Schritt in die richtige Richtung wäre und uns, der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft, bestimmt nicht schaden würde.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. M. Lorch / Dr. A. Buss ■

Antwort auf den Leserbrief von Dr. H. M. Mayer

In einer Demokratie gilt es als selbstverständlich, dass jeder berechtigt ist, seine Meinung zu äussern. Ich respektiere deshalb auch, dass die Auffassung von H. M. Mayer über den Artikel von U. Weilenmann in der SMfZ publiziert wird. Hingegen teile ich die geäusserte Interpretation, dass Wissenschaft reduktionistisch und dogmatisch sein muss, nicht. Eine Wissenschaft, die nur das Messbare anerkennt und das Geistige ausschliesst, kann nur eine Halbwahrheit sein und niemals Wesentliches zur Erforschung des Lebendigen beitragen. Zensur ist das letzte, was es braucht, um den Fortschritt zu fördern – sinken wir doch nicht wieder ins dunkle Mittelalter zurück! Ich rechne es deshalb der SMfZ

als offener und damit wissenschaftlicher Zeitschrift hoch an, dass sie auch unkonventionelle Artikel publiziert. Sicher kann man über den Inhalt des Artikels von Urs Weilenmann verschiedener Auffassung sein, eine Kritik sollte sich aber auf den Inhalt beziehen. Dies setzt allerdings voraus, dass man sich damit auseinandersetzt und nicht einfach alles, wovon man nichts versteht, in Bausch und Bogen verurteilt.

Abschliessend möchte auch ich festhalten, dass die Auffassung von H. M. Mayer ein Affront ist gegen alle Kollegen, die sich in der täglichen Praxis erfolgreich bemühen, eine seriöse Zahnheilkunde zu betreiben, indem sie beachten, dass am Zahn auch ein Mensch hängt. Dazu trägt eine reduktionistisch «wissenschaftliche» Zahnmedizin nur wenig bei.

Dr. Guido Meyer ■

unkorrekt waren, ist wohl einmalig in der Wissenschaftsgeschichte und sollte auch uns etwas nachdenklich stimmen.

Als einfacher Zahnarzt stelle ich also Folgendes fest. Es gibt komplementärmedizinische Phänomene, die nicht zur Kenntnis genommen werden, da sie «unwissenschaftlich» und «unlogisch» sind. Als Begründung wird dabei meistens auf die Chemie und die Physik verwiesen. Andererseits aber zeigen kreative Leute genau aus diesen Fachgebieten völlig neue Möglichkeiten auf. Diese Theorien aber kennen wir Zahnärzte meistens nicht. Und genau darum ging es in meinem Artikel. Dass das Vorstellen von so umfassenden Theorien in diesem Rahmen nur sehr unvollständig gelingen konnte, liegt auf der Hand.

Ob diese grundsätzliche Thematik an sich in unserer Zeitung diskutiert werden soll, ist eine andere Frage. Ich gab daher die Arbeit verschiedenen Kollegen zur Begutachtung, so etwa dem ehemaligen Wisko-Mitglied Prof. G. Graber, die mich erst ermutigten, sie hier zu veröffentlichen.

Meine persönlichen Schlussfolgerungen zum geschilderten Fall dürfen Sie anzweifeln, es sind Spekulationen. Das geschilderte Phänomen aber bleibt Tatsache und Sie sind gerne eingeladen, eine wahrscheinlichere Erklärung zu liefern. Ich möchte Sie im Übrigen daran erinnern, dass wir vor 11 Jahren einen ganzen SSO-Kongress diesem Thema widmeten. Die damals gezeigten Fälle, etwa die Heilung eines fortgeschrittenen, metastasierenden Melanoms mit anthroposophischer Medizin (für den Vortragenden Prof. R. Schuppli unerklärbar) waren für mich absolut faszinierend und mit ein Auslöser, den rein schulmedizinischen Weg zu erweitern.

Ihre Einteilung in seriöse Kollegen und solche mit «Hokus-Pokus»-Methoden ist mir daher zu einfach.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. U. Weilenmann ■

Antwort auf den Leserbrief von Dr. H. M. Mayer

Sehr geehrter Herr Kollege,

zu Ihrer fundamentalen Kritik an meinem Artikel möchte ich Ihnen einiges zu bedenken geben. Schulmedizinisch ist unser Denken geprägt von den Ideen Descartes, der im 17. Jahrhundert forderte, komplexe Systeme, die man als Ganzes nicht verstehen kann, zu zerlegen, um zuerst die Einzelelemente zu studieren. Das war auch richtig, und wir haben mit diesem Vorgehen sehr viel über Lebewesen gelernt. Stillschweigend geht man dabei von der Annahme aus, dass man diese Einzelteile einfach wieder zusammensetzen kann und so die Antwort auf die ursprüngliche Gesamtfrage bekommt. Hier aber liegt das Problem. Dieses Vorgehen mag richtig sein bei einfachen Systemen. Dass man das gleiche Procedere aber einfach auf komplexe Organismen übertragen kann, wird heute von vielen Forschern bestritten. Leben scheint mehr zu sein als die blosse Summe der Einzelteile.

Wie grundsätzlich sich das Denken in den letzten Jahren selbst in der klassischen Dynamik änderte, möchte ich anhand eines Zitates von Sir James Lighthill veranschaulichen, der 1986 als Präsident der «Internationale Union of Theoretical and Applied Mechanics» feierlich erklärte: «Hier muss ich innehalten und im Namen der grossen Bruderschaft der Praktiker der Mechanik sprechen. Wir sind uns heute der Tatsache durchaus bewusst, dass die Begeisterung, die unsere Vorgänger für den phantastischen Erfolg der Newtonschen Mechanik empfanden, sie auf diesem Gebiet der Vorhersagbarkeit zu Verallgemeinerungen verleitet hat, (...) die wir inzwischen als falsch erkannt haben. Wir möchten uns dafür entschuldigen, dass wir das gebildete Publikum in die Irre geführt haben, indem wir bezüglich des Determinismus von Systemen, die den Newtonschen Bewegungsgesetzen genügen, Ideen verbreitet haben, die sich nach 1960 als inkorrekt erwiesen haben.» Dass sich ein Fachmann dafür entschuldigt, dass seine Theorien 300 Jahre

BUCHBESPRECHUNGEN



Praxisplanung

Herrlinger D, Koschnitzke Ch I, Schmidt U:

Praxisambiente. Die Zukunft der Praxis – die Praxis mit Zukunft

344 S., über 700 Abb., SFr. 320.–, Quintessenz, Berlin (1999). ISBN 3-87652-519-5

Dieses Buch zeigt die wichtigsten Schritte vom Anfang der Praxisidee bis zur schlüsselfertigen Realisierung. Das erste Kapitel widmet sich 30 Praxen aus Deutschland, die anhand verschiedener Ideen und architektonischer Konzepte geplant, gebaut oder umgebaut worden sind. Von der Kleinpraxis bis zur grossen Gemeinschaftspraxis wird in Plänen, Fotos und Kurzdarstellungen der Realisierungsprozess aufgezeigt. Hier kann sich jeder das für seinen Geschmack Zutreffende herauspicken.

Der zweite Teil widmet sich allen wichtigen Teilgebieten der Praxisgründung. Vom richtigen Timing anhand von Zeitplanbeispielen und Vorschlägen zur Standortwahl und persönlichen Situationsbestimmung bis hin zu Finanzierungsmöglichkeiten ist alles ausführlich beschrieben. Zum Thema «Eine erfolgreiche Praxisgründung» werden viele wichtige Tipps zum erfolgreichen Start in den eigenen vier Wänden diskutiert. Im Abschnitt «Praxisplanung» sind die verschiedenen Bereiche (öffentlicher Behandlungs- und Privatbereich) ausführlich aufgezeichnet und werden anhand von Beispielen und Plänen veranschaulicht. Auch für Renovationen und Umbauten sind ein paar Anregungen und Tipps beschrieben.

Damit ein gewisses Konzept in der Praxis wiedergegeben wird, ist das Kapitel «Emotionen, Mensch und Farbe» sehr wichtig. Nur durch die Einhaltung gewisser Regeln in der richtigen Wahl von Farbe, Bodenbelägen und Licht werden sich der Praxisinhaber mit seinem Team und v.a. die Patientenschaft wohl fühlen.

Im letzten Kapitel zeigen verschiedene Hersteller von Dentaleinrichtungen ihre Produktpalette. Diese reicht von Praxismöbeln über Behandlungsstühle und neueste Kleingeräte bis hin zur digitalen Röntgentechnik. Auch die Multimedia-Kon-

zepte sind kurz beschrieben. Am Schluss sind noch die Hygiene, die Luft-/Wasser-Versorgung, das Praxislabor und die digitale Zahnarztpraxis dargestellt.

Das Buch zeigt demjenigen, der sich mit dem Gedanken der Praxisgründung herumschlägt, ein paar wichtige Tipps, und v.a. wird der zeitliche und finanzielle Aufwand klar dargestellt. Leider sind die ganzen Gesetzesbestimmungen und Finanzierungsmöglichkeiten auf Deutschland beschränkt. Das letzte Kapitel der führenden Hersteller in der Dentalbranche ist für meinen Geschmack allzu sehr als Werbung missbraucht. Ich würde das Buch als ergänzende Beilage in der Praxisplanung empfehlen, doch darf man auf keinen Fall auf die fachliche Beihilfe von Architekt, Treuhänder und Dentaldepot verzichten.

Michel Vock, Winterthur

Patientenkommunikation

Handrock A:
Sprache und Verständlichkeit, Neurolinguistisches Programmieren, Die NLP-Methode für die Praxis

Buch mit 344 S., div. Abb., CD, Hypnotexter und Fragekarten kpl. DM 258.–; nur Buch DM 156.–, Quintessenz, Berlin (1999). ISBN 3-87652-154-8

NLP – Neurolinguistisches Programmieren – ist ein Kommunikationsmodell, das ursprünglich im Bereich der Psychotherapie durch den Linguistik-Professor John Grinder und den Computerspezialisten Bandler in den Siebzigerjahren entwickelt wurde. Dieses mehrteilige Werk beschreibt die NLP-Methode und deren Einsatzmöglichkeit für die Praxis.

Im Buch erfolgt die Darstellung der Frage- und Gesprächstechniken der NLP-Methode in einem theoretischen und praktischen Teil. Im ersten Kapitel werden die theoretischen Grundlagen beschrieben. NLP ist ein Modell zur Beschreibung der Strukturen der subjektiven Erfahrungen von Patient und Behandler. Im 2. Kapitel werden die grundlegenden Modelle der NLP-Methode beschrieben. Sprachliche Kommunikation setzt sich aus drei Anteilen zusammen: 10% Inhalt (gesprochenes

Wort), 35% Klang (Stimme, Sprachmuster,...), 55% Physiologie (Körperhaltung, Mimik, Gestik,...). Menschen fühlen sich verstanden, wenn Klang und Physiologie übereinstimmen. Das kann man sich zunutze machen, indem man sich absichtlich – z.B. im Stimmklang und in der Körperhaltung – an seinen Gesprächspartner anpasst. Dieser Vorgang wird als Pacing (oder Matching oder Spiegeln) bezeichnet. Pacing ist im Umgang mit «schwierigen Patienten» sehr hilfreich, um einen Rapport herstellen zu können. Wenn durch Pacing ein guter Rapport hergestellt wurde, kann man anfangen, z.B. die Körperhaltung zu verändern. Folgt der Patient dann, indem er auch seine Körperhaltung ändert, stimmt der Rapport, und der Patient hat sich führen lassen. Dieses Führen wird als Leading bezeichnet. Pacing und Leading sind wichtige Bestandteile der NLP-Methode. Nach der Kontaktaufnahme wird die Notwendigkeit von Zielsetzungen erläutert. Über das Erkennen von Wahrnehmungsmustern, den Einsatz der Sinneskanäle bis zur Erkennung von Denkstilen wird die Kommunikation mit dem Patienten zur Schaffung einer angenehmen und entspannten Beziehung Zahnarzt–Patient beschrieben. 3. bis 6. Kapitel zeigen Anwendungen in der Praxis auf: vom «zufriedenen Zahnarzt» über «Elegante Patientenführung» und «Der Zahnarzt im Team» bis zur «Wirkung in der Praxis».

Auf der CD werden die im Buch beschriebenen Sprachmuster und Fragetechniken in Aktion vorgestellt, um den möglichen Einsatz in der täglichen Praxis zu verdeutlichen. Diese Beispiele sind für das Verständnis der im Buch beschriebenen Theorie sehr hilfreich.

Hypnotische Sprachmuster bewirken, dass der Gesprächspartner offener auf Vorschläge reagiert. Der Hypnotexter (= Formulierungshelfer) besteht aus drei Scheiben mit je acht Bausteinen für hypnotische Formulierungen. Durch Drehen der einzelnen Scheiben können diese Bausteine frei miteinander kombiniert werden. Dadurch entstehen beliebig lange offene Formulierungen, in die dann die erforderlichen Suggestionen eingebettet werden können. Auf diese Weise werden systematische Formulierungen eingeübt, die z.B. die Führung ängstlicher Patienten erleichtern.

Die Fragekarten bieten auf der Vorderseite Textbeispiele und Hinweise, woran die Sprachmuster zu erkennen sind, und was eine entsprechende Frage bewirken wird. Anhand dieser Beispiele kann der Leser

dann selbst auflösende Fragestellungen entwickeln. Auf der Rückseite der Karten werden die Beispiele aufgelöst.

Das vorliegende Werk bietet einen interessanten Einblick in die tägliche Kommunikation Zahnarzt-Patient. Ein Thema, das häufig in der Praxis vernachlässigt wird und in der Ausbildung fast ganz fehlt. Gute Kommunikation ist nicht angeboren. Eine wirksame Sprache und Körpersprache ermöglicht einen positiveren Umgang mit den Patienten. Beim Lesen erscheint das NLP-Modell etwas esoterisch angehaucht. NLP als eine Vorstufe der Hypnose?

Alessandro Devigus, Bülach

Prophylaxe

Kramer E, Holzinger W: Prophylaxefibel – Grundlagen der Zahngesundheitsvorsorge

236 S., 61 Abb., 11 Tab., SFr. 44.–,
Dtsch. Zahnärzte Verlag, Köln (1999).
ISBN 3-934280-06-4

Mit dem vorliegenden Buch haben sich die Autoren das Ziel gesetzt, der Zahnarzthelferin bzw. ZMF/ZMP ein ausführliches Hilfswerk über die Ursachen, Entstehung und Folgen von Karies und Parodontopathien sowie über die zahnmedizinische Prophylaxe zu vermitteln. Im 1. Kapitel werden im Rahmen der Zahngesundheitsvorsorge die Aufgaben der Zahngesundheitserziehung und die Voraussetzungen für deren Erfolg erläutert. Dabei werden die Auswahl der Patienten, Probleme im Beratungsgespräch, die Motivation der Patienten sowie die Medien als Lernhilfe für die praktische Anwendung sehr hilfreich beschrieben.

Die Erkrankungen der Zahnhartsubstanz und des Zahnhalteapparates werden im 2. Kapitel kurz beschrieben und auf deren Epidemiologie eingegangen.

Das 3. Kapitel befasst sich mit der Entstehung von Erkrankungen der Zahnhartsubstanz und des Parodonts. Die Bestandteile des Zahnhartgewebes und der Aufbau des Parodonts werden erläutert. Eine ausführliche, durch Zeichnungen ergänzte Beschreibung von Karies und deren verursachenden sowie beeinflussenden Faktoren verdeutlicht die Entstehung und den Verlauf dieser Krankheit. Die Möglichkeiten zur Beurteilung des individuellen Kariesrisikos resp. der Parodontopathien werden diskutiert. Die Rolle der Plaque (supra- und subgingival), der Vorgang der Plaquebildung und

der Stoffwechsel der Bakterien werden im 4. Kapitel abgehandelt. Anhand von Tabellen und Skizzen werden die Einteilung der Zahnbeläge sowie eine Zusammenfassung der Karies- und Parodontitiserkrankung vorgestellt.

Im 5. Kapitel gehen die Autoren auf die Ursachen der Fehlentwicklungen des Kauorgans ein. Über die Aufgaben des Milchgebisses, die Bedeutung der Mundatmung, des Stillens und der «bad habits» wird berichtet. Die Mehrzahl der Zahnstellungsanomalien ist durch Karies, vorzeitigen Verlust der Milchzähne und «bad habits» bedingt. Die Vorbeugung und Therapie werden angesprochen.

Eine kurze Beschreibung des Zusammenhanges zwischen Karies, Parodontitis und dentaler Fokussie gibt das 6. Kapitel. Zusätzlich werden die aktuellen Themen wie der Zusammenhang zwischen oraler Prävention und allgemeiner Gesundheit sowie die Folgen von Karies und Zahnverlust im Hinblick auf die soziale und psychologische Situation der Patienten geschildert.

Fast die Hälfte des Buches (Kapitel 7–12) befasst sich mit der Prophylaxe der Erkrankungen des Zahnes und des Parodonts. Während die Vorbeugung nicht plaquebedingter Erkrankungen kurz erläutert wird, werden die Prophylaxemaßnahmen plaquebedingter Erkrankungen sehr ausführlich diskutiert. Hierbei werden die Ernährungslenkung, Mundhygiene, Fluoridierung und die zahnärztliche Frühbehandlung geschildert. Allgemeine Richtlinien und Ernährungsempfehlungen sollen helfen, Karies zu verhüten. Anhand einer Diätanamnese wird dem Patienten geholfen, seine Fehler bei der Ernährung zu erkennen. Auf Grund des Befragungsergebnisses können gezielte Ernährungshinweise gegeben werden.

Neben der Einführung in das Gebiet der mechanischen Plaquekontrolle werden die verschiedenen Zahnputz- und Interdentalhygienetechniken anhand von mehreren Zeichnungen erläutert. Der Fluoridprophylaxe in Form der enteralen (Wirkung bei der Zahnbildung) und lokalen Anwendung schenken die Autoren ihre besondere Aufmerksamkeit. Verschiedene Tabellen und Skizzen machen die enterale und lokale Fluoridierung sowie die Dosierung von Fluoridtabletten in Abhängigkeit vom Trinkwasserfluoridgehalt deutlich. Prophylaxeempfehlungen für verschiedene Patientengruppen offerieren hilfreiche Tipps für jedes Praxisteam.

Im 13. Kapitel werden verschiedene Verfahren zur Diagnostik der Gingivaitzündungen und zur Motivation der Patienten beschrieben. Mit Patientengespräch, Belehrung und Unterweisung bei unterschiedlichen Altersgruppen befasst sich das 14. Kapitel.

Im Anhang wird Informationsmaterial zur Gruppenprophylaxe beim Besuch einer Kindergartenabteilung in der zahnärztlichen Praxis und zur Informationsverbreitung über Gebisserkrankungen abgehandelt. Zusätzlich werden Angaben zur Literatur und zu Fortbildungseinrichtungen gemacht. Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung der Übersetzung gebäuchlicher Fach- und Fremdwörter.

Das vorliegende Buch sollte nicht nur Zahnarzthelferinnen, ZMFs und ZMPs empfohlen werden, sondern auch Eltern und interessierten Erziehern und Lehrern. Es stellt in kompakter Art die theoretischen und praktischen Grundlagen zur Erreichung und Erhaltung der Zahngesundheit bei verschiedenen Altersgruppen dar.

Maryan Farimani Strub, Basel

Orale Radiologie

White St C, Pharoah M J (Eds.): Oral Radiology – Principles and Interpretation

4. Aufl., 657 S., 1046 Abb., SFr. 114.10,
Mosby, St. Louis (2000).
ISBN 0-8151-9491-9

Dieses in englischer Sprache geschriebene Lehrbuch erscheint nun in seiner 4., erweiterten Auflage. Einzelnen Lesern mag dieses Buch noch unter den Herausgebern Goaz und White ein Begriff sein. Paul W. Goaz, der Herausgeber der ersten drei Auflagen, ist jedoch 1995 gestorben, weshalb die jetzigen Schriftleiter ihm diese Auflage widmen. Stuart C. White ist Professor der Universität Kaliforniens in Los Angeles, USA; Michael J. Pharoah Professor der Universität Toronto der Provinz Ontario in Kanada. Das Buch ist mit Beiträgen von 11 weiteren Autoren geschrieben, die alle international bekannte Namen tragen. Es darf daher als eines der besten Bücher im Bereich der oralen oder zahnärztlichen Radiologie betrachtet werden.

Das Buch deckt dementsprechend auch alle Aspekte seines Fachgebietes in ausführlicher Art ab. Es beginnt mit der Darstellung der physikalischen Grundlagen der Radiologie; es bespricht die Strahlen-

wirkung auf den Organismus und die notwendigen Strahlenschutzmassnahmen. Sehr eingehend werden die Röntgenfilme in ihrem Aufbau und ihrer Verarbeitung beschrieben, wobei auch die Aspekte der Qualitätskontrolle berücksichtigt werden. Leicht verständlich, da mit Abbildungen hervorragend illustriert, wird das Thema der Einstellung intraoraler Röntgenbilder abgehandelt, wodurch jeder Praktiker in die Lage versetzt werden sollte, häufige Fehler im Zeitdruck der Privatpraxis von vornherein zu erkennen und zu vermeiden.

Sauber getrennt nach intraoralen und extraoralen Aufnahmeverfahren wird die Röntgenanatomie beschrieben, wobei zahlreiche, auch in der Reproduktion erstaunlich gute Bilder die Ansprache normaler Strukturen im Röntgenbild illustrieren und deutlich werden lassen. Bei den extraoralen Aufnahmeverfahren wird im Wesentlichen auf die Panoramaschichtaufnahme/Orthopantomografie (OPT) und die klassischen Schädelaufnahmen eingegangen. Aber auch die konventionelle Tomografie, die Computertomografie, Magnetresonanz, Ultraschalltechnik und die Thermografie werden in ihrer Funktionsweise und in ihrem Einsatz beschrieben, wodurch das Gebiet der oralen/zahnärztlichen Radiologie mit Ausnahme der Sialografie richtig abgesteckt ist.

Systematisch und sehr ausführlich werden dann die krankheitsspezifischen Veränderungen im Röntgenbild des Kieferbereichs vermittelt. Hier können die meisten Krankheitsbilder gefunden und die Erkennung der typischen pathologischen Befunde geübt werden. Im Text beschreiben die Autoren ausführlich die Krankheitsbilder mit ihren klinischen und radiologischen Aspekten und diskutieren die Differenzialdiagnostik, was dieses Lehrbuch besonders wertvoll macht.

Es ist unmöglich, die Fülle der Information, die dieses Buch vermittelt, in dieser Besprechung zu würdigen. Generell aber kann gesagt werden, dass dieses Buch für autodidaktisches Lernen bestens geeignet ist und sowohl Praktiker als auch speziell am Gebiet der oralen/zahnärztlichen Radiologie Interessierte anspricht. Die Autoren haben sich das grosse Verdienst erworben, den Stoff trotz profunder Wissensvermittlung lebendig und leicht verständlich zu machen, sodass die Interpretation des Röntgenbildes für den aufmerksamen Leser sicherer wird, eine der Voraussetzungen zur korrekten Therapie.

Karl Dula, Bern

Prophylaxe

Laurisch L: Individualprophylaxe: Diagnostik und Therapie des individuellen Kariesrisikos

2., überarbeitete und erweiterte Auflage,
237 S., 176 Abb., 20 Tab., Fr. 176.–,
Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln (2000).
ISBN 3-934280-11-0

Das vorliegende Werk erscheint in seiner zweiten sowohl inhaltlich als auch seitens seines Layouts neu überarbeiteten und erweiterten Auflage. Der Text ist gegenüber der ersten Auflage zweispaltig geschrieben und Überschriften und Merkkästen sind farblich hervorgehoben. Dadurch gewinnt diese Fassung deutlich an Übersichtlichkeit.

Das didaktisch ausgezeichnet gestaltete Buch ist in sechs Kapitel unterteilt, gefolgt von einem ausführlichen Literaturverzeichnis und einer aktualisierten Instrumenten- und Materialliste.

Im einleitenden ersten Kapitel werden allgemeine Überlegungen der präventiven Zahnmedizin beschrieben. Laurisch betont, dass eine Umorientierung in der Praxis mit Änderung des gesamten Behandlungskonzeptes gegenüber der traditionellen restaurativen Zahnheilkunde stattfinden muss. Der einzelne Patient sollte unterschiedlichen Kariesrisikogruppen zugeordnet werden, um eine «Basis für eine optimale individuelle und bedarfsorientierte Prophylaxe» zu schaffen. Er befasst sich ebenfalls mit der Problematik bezüglich Information und Motivation der Patienten.

Gestützt auf die spezifische Plaquehypothese beschreibt Laurisch die Kolonisation der kindlichen Mundhöhle mit kariesrelevanten Keimen und die im Zusammenhang damit stehende unterschiedliche Rolle der Mikroorganismen. Das zweite Kapitel ist dem Thema «Diagnostik der individuellen Kariesgefährdung» gewidmet. Dabei legt der Autor besonderen Wert auf die bisherige Karieserfahrung, die Speichelparameter und die Ernährungsanamnese und beschreibt mit vielen praxisnahen Hinweisen ausführlich verschiedene Diagnoseverfahren, deren Auswertungen und Interpretationen.

Das dritte Kapitel befasst sich mit der Therapie des individuellen Kariesrisikos. Neben grundsätzlichen Überlegungen zum therapeutischen Konzept wird näher auf die Reduktion der Keimzahlen durch gezielte Ernährungslenkung, insbesondere mit Hilfe von Zuckerersatz und -austauschstoffen, eingegangen.

Unter anderem empfiehlt der Autor das Kauen von zuckerfreien Kaugummis, wobei er unserer Meinung nach der Wirkung des Xylits einen zu hohen Stellenwert einräumt. Die von ihm beschriebene kariostatische Wirkung des Xylits halten wir nicht für ausschlaggebend. Umso mehr ist es schade, dass er nicht auf alternative Wirksubstanzen in Kaugummi, wie z.B. Carbamide, Bicarbonate oder Fluoride, eingeht. Weitere Schwerpunkte bei der Prävention legt Laurisch auf die Verwendung von Fluorid- und Chlorhexidinpräparaten, deren Wirkungen, Darreichungsformen und Anwendungen ausführlich beschrieben werden. Produktempfehlungen beziehen sich allerdings nur auf den deutschen Markt. Der Aussage, dass fluoridhaltige Pasten und Flüssigkeiten nur in einem sauren Milieu vorliegen, können wir nicht zustimmen, da mehrere Produkte bekannt sind, deren pH-Wert im neutralen oder basischen Bereich liegt. Bei der Empfehlung von CHX-Produkten kombiniert mit Zahnpasten vergisst der Autor den wichtigen Hinweis auf die Inaktivierung von CHX durch Tenside in Mundhygieneprodukten.

Zwei Unterkapitel behandeln die Fissurenversiegelung und die erweiterte Fissurenversiegelung. Entgegen der Meinung des Autors, der eine absolute Trockenlegung des Operationsfeldes bei den Fissurenversiegelungen nicht für notwendig hält, halten wir dies für obligat. Für eine zusätzliche Trocknung des Fissurensystems empfehlen wir anstelle eines Föhns Aceton oder Alkohol. Zum Abschluss dieses Kapitels werden Diagnose und Therapie-Empfehlungen zusammenfassend in einem übersichtlichen Schema dargestellt.

Das vierte Kapitel, «Prävention von Anfang an», beschäftigt sich zunächst mit der Primärprophylaxe, die sich auf beratende und praktische Massnahmen bei werdenden Müttern und jungen Eltern bezieht. Anschliessend wird näher auf die Primärprophylaxe eingegangen, die die Vorbeugung beim Kind, aufgeteilt in verschiedene Altersstufen, beschreibt.

Das fünfte Kapitel beinhaltet das präventive Behandlungskonzept für Erwachsene, wobei Laurisch besonders auf die Praxisorganisation und den strukturellen Aufbau von Prophylaxesitzungen eingeht. Dabei beschreibt er auch die zahnärztlichen Behandlungen nach dem präventiven Konzept (Initialphase, Sanierungsphase, Erhaltungsphase).

Im sechsten Kapitel werden praktische Ratschläge und Anregungen für die Ge-

staltung eines Prophylaxezimmers geben und Beispiele von Musterbriefen und Informationsbroschüren für den Patienten vorgestellt.

Das Buch richtet sich hauptsächlich an den Privatpraktiker und kann als Leitfaden und Handbuch für den Aufbau und die Organisation einer prophylaxeorientierten Praxis beigezogen werden. Durch seinen präzisen und logischen Aufbau ist es äusserst einfach zu lesen und somit

auch dem zahnärztlichen Hilfspersonal zu empfehlen. Zur detaillierten Fortbildung im Bereich der Präventivzahnmedizin ist das Werk in seiner Theorie nicht ausführlich genug, bietet aber dem Interessierten durch zahlreiche Literaturangaben im Text die Möglichkeit des konkreten Nachlesens. Der gesamthaft gute Inhalt und die hochwertige Aufmachung rechtfertigen den Preis.

Dunja Brodowski, Zürich

Lösen oder sogar zum Ermüdungsbruch von Schraubenkomponenten führen als auch zu unangenehmen Sensationen oder Schmerzen des Patienten. Dazu wurde in einem In-vitro-Versuch die Verformung (vertikal/horizontal) mittels eines Mikroskopes nach dem Giessen, Löten und Keramikbrennen einer dreigliedrigen, implantatgetragenen Brücke evaluiert. Nach dem Giessen kam es zu einer horizontalen Expansion von $53 \pm 24 \mu\text{m}$, nach dem Löten mit hochschmelzenden Loten zu einer Kontraktion von $-49 \pm 50 \mu\text{m}$ und nach dem Löten mit niederschmelzenden Loten zu einer Expansion von $17 \pm 26 \mu\text{m}$. Signifikante Unterschiede in horizontaler Dimension lagen nur vor beim Vergleich der Dimensionen nach dem Giessen mit denen nach dem ersten Löten und auch beim Vergleich nach dem ersten mit den Messwerten nach dem zweiten Löten. Alle drei Verfahren zusammen ergaben jedoch keine signifikant unterschiedlichen Messungen. Zusätzlich lagen keine Unterschiede vor, sofern das Metallgerüst in einem Stück gegossen worden war oder zusätzlich noch eine Lötung erfolgte. Die grösste Verformung lag nach dem Oxidbrand, dem ersten Keramikbrand, vor. Abweichungen in vertikaler Dimension waren alle gleichermassen ausgedehnt und von den entsprechenden Arbeitsschritten unabhängig. Auf Grund dieser Ergebnisse sollten verbundmetallkeramische Brückenarbeiten auf Implantaten erst nach dem ersten Oxidbrand im Munde des Patienten einprobiert werden, um eine möglichst exakte Passgenauigkeit erzielen zu können.

Joachim S. Hermann, Basel

ZEITSCHRIFTEN



Parodontologie

Bardet P, Suvan J, Lang N P:
Clinical effects of root instrumentation using conventional steel or non-tooth substance removing plastic curettes during supportive periodontal therapy (SPT)

J Clin Periodontol 26: 742–747 (1999)

Wiederholtes Scaling und Wurzelglätten als wichtigste kausale Behandlung von parodontalen Erkrankungen kann mit der Zeit zu deutlichen Zahnsubstanzverlusten und zu erhöhter Zahnempfindlichkeit führen. Um diese unerwünschten Nebeneffekte zu vermeiden, wurden Plastikküretten entwickelt, die keine Wurzelsubstanz entfernen. Die klinische Wirksamkeit dieser Plastikküretten bezüglich der parodontalen Infektionskontrolle ist bis heute jedoch noch nicht nachgewiesen. Zweck der vorliegenden randomisierten, prospektiven, longitudinalen Doppelblindstudie war es deshalb, die Effekte der Wurzeloberflächenbearbeitung mit Plastikküretten auf die parodontalen Bedingungen während der Erhaltungstherapie mit denjenigen der konventionellen Stahlküretten zu vergleichen. 40 Recallpatienten (Männer und Frauen) aus der Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik der Universität Bern mit einem mittleren Alter von 52 (22–83) Jahren nahmen im Anschluss an die parodontale Therapie an dieser Studie teil. 20 Personen (Kontrollgruppe) wurden während einer Visite in der Erhaltungstherapie (SPT) mit konventionellen Stahlküretten (Deppeler GX2, GX4) behandelt. Bei den anderen 20 Personen (Testgruppe) gelangten während einer analogen SPT-Visite Plastikküretten (Universal Perisoft-Scaler®,

Howe Neos Dental, CH-Bioggio) zur Anwendung. Zu Beginn der Studie sowie 3–6 Monate später anlässlich der nächsten regulären Recallvisite wurden die klinischen Parameter Blutung auf Sondieren (BOP) und Sondierungstiefe (PPD) erhoben. Zusätzlich wurde der BOP-Prozentsatz 10 Tage nach der Basisuntersuchung bestimmt.

Resultate: Beide Behandlungsmodalitäten führten zu einer Reduktion des BOP-Prozentsatzes. Zwischen den beiden Patientengruppen konnten aber keine signifikanten Unterschiede bezüglich BOP und PPD beobachtet werden. Der therapeutische Effekt der Wurzeloberflächenbearbeitung mit konventionellen Stahlküretten während der parodontalen Erhaltungstherapie war der subgingivalen Plaquentfernung mit Plastikküretten nicht überlegen. Die keine Wurzelsubstanz entfernenden Plastikküretten können somit brauchbare Instrumente für parodontal behandelte Patienten während der Erhaltungstherapie darstellen, da sie sich bei exzessiver und wiederholter Anwendung weniger schädigend auf die Zahnoberflächen auswirken.

Theo Brunner, Oberglatt

Implantologie

Zervas P J, Papazoglou E, Beck F M, Carr A B:
Distortion of Three-Unit Implant Frameworks During Casting, Soldering, and Simulated Porcelain Firings

J Prosthodont 8: 171–179 (1999)

Bei verschraubten Suprakonstruktionen auf enossalen Implantaten kann eine mangelnde Passgenauigkeit sowohl zum

Endodontie

Schwarze T, Lübke D, Geurtsen W:
Wurzelkanalbehandlung in deutschen Zahnarztpraxen

Dtsch Zahnärztl Z 54: 677–680 (1999)

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Daten über Techniken und Materialien zu erheben, die in deutschen zahnärztlichen Praxen im Rahmen der endodontischen Therapie regelmässig angewendet werden. Im Sommer 1997 wurden 1000 Fragebögen an Zahnarztpraxen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen verschickt, wobei die Rücklaufquote 53,4% betrug. Jeder Fragebogen enthielt 15 Fragen und war anonym auszufüllen.

Die Befragung zeigte, dass lediglich 8,6% der antwortenden Zahnärzte bei Wurzel-

kanalbehandlungen konsequent Kofferdam verwenden. 54,2% verwenden ihn gelegentlich und 36,9% lehnen die Verwendung von Kofferdam generell ab.

Nach wie vor steht die manuelle Kanalaufbereitung im Vordergrund. 62,1% bereiten ausschliesslich mit Handinstrumenten auf, 29% verwenden zusätzlich maschinelle Aufbereitungshilfen. Lediglich 8,9% bereiten ausschliesslich maschinell auf.

Bei der manuellen Kanalbearbeitung kommen Hedström-Feilen am häufigsten zum Einsatz (86,9%). Reamer werden von 64,4%, K-Feilen von 38,6% der Behandler zur Kanalaufbereitung verwendet. Nur gerade 13,1% der antwortenden Behandler gaben an, Handinstrumente aus Ni-Ti-Legierungen zu verwenden.

Als häufigstes Präparat für Zwischeneinlagen wurde Kalziumhydroxid angegeben (74,2%). In bestimmten Situationen bevorzugt 56,5% Ledermix, 44,1%

CHKM und 14,8% das Devitalisierungsmittel Toxavit.

Der am häufigsten angegebene Sealer war AH26 resp. AH plus mit 38,8%. Weiter wurde die Verwendung von Endomethasone (13,6%), Diaket (11%), N2 (4,7%), Apexit (4,5%) und Sealapex (4,2%) angegeben.

Alle teilnehmenden Zahnärzte waren in Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen niedergelassen. Somit können die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht als repräsentativ für die gesamte Bundesrepublik Deutschland gelten. Dennoch können aus der Befragung Rückschlüsse auf die Gesamtsituation gezogen werden, da innerhalb Deutschlands für niedergelassene Zahnärzte annähernd gleiche wirtschaftliche Rahmenbedingungen vorliegen, und auch der aktuelle Stand der Wissenschaft im Bereich der Endodontie keine wesentlichen regionalen Unterschiede aufweist. Obwohl vom

wissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet einige der neuen Entwicklungen im Bereich der Endodontie durchaus geeignet sind, die Qualität der Wurzelkanalbehandlung zu verbessern und dabei gleichzeitig dem Praktiker den endodontischen Arbeitsablauf zu erleichtern, fehlte zur Zeit der Umfrage offenbar noch der entscheidende Anreiz, traditionelle Behandlungsweisen durch neue Therapiekonzepte zu ergänzen oder sogar teilweise zu ersetzen. Die Etablierung von neuen Hilfsmitteln, Instrumenten und Behandlungskonzepten scheint eine relativ grosse Zeitspanne in Anspruch zu nehmen. Augenfällig wird dies bei der Frage nach der konsequenten Verwendung von Kofferdam im Rahmen der Endodontie. Es scheint bis heute nicht gelungen zu sein, den niedergelassenen Zahnarzt von den unbestreitbaren Vorteilen des Kofferdams zu überzeugen.

Daniel Tinner, Basel

Impressum

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
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion / Rédaction «Acta Medicinæ Dentium Helvetica»

Chief Editor/ Chefredaktor / Rédacteur en chef:
Prof. Dr. Jürg Meyer, Abteilung für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie,
Zahnärztliches Institut der Universität Basel, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel

Editors / Redaktoren / Rédacteurs:

Prof. Dr. Urs Belsler, Genf; Prof. Dr. Peter Hotz, Bern; Prof. Dr. Heinz Lüthy, Zürich

Redaktion «Praxis / Fortbildung / Aktuell»

Rédaction «Pratique quotidienne / formation complémentaire / actualité»
Anna-Christina Zysset, 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/Bâle

Autoren-Richtlinien / Instructions aux auteurs

Die Richtlinien für Autoren sind in der SMfZ 1/99, S. 40 (Acta S. I–VI) aufgeführt.
Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/99, p. 42.
Instructions to authors see SMfZ 1/99, p. 45.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO
Präsident / Président: Antoine Zimmer, méd. dent., Lausanne
Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 3
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förlibuckstrasse 10, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 01 448 86 73, Telefax 01 448 89 38

Inseratenschluss: etwa Mitte des Vormonats.

Insertionsstarife / 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. 269.05*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 61.40*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 30.70*

* inkl. 2,3% MWSt / 2,3% TVA incluse

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