

Zur Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen (Überblick über die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts)

Berichterstatterin: Claudia Kopp Käch, Rechtsanwältin,
Gerichtsschreiberin am Eidgenössischen Versicherungsgericht, Luzern

A. Altrechtliche Situation und Revision

Unter der Herrschaft des alten, bis 31. Dezember 1995 in Kraft gestandenen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) bestand grundsätzlich keine Leistungspflicht der Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlungen. Als solche galten gemäss Rechtsprechung therapeutische Vorkehren am Kausystem, nämlich die Behandlung der Zähne, des Zahnhalteapparates und die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120 V 195 Erw. 2b). Unerheblich war dabei, ob solche Behandlungen von einem Arzt/einer Ärztin oder einem Zahnarzt/einer Zahnärztin vorgenommen wurden. Keine Rolle spielte sodann auch die Ursache des Leidens oder die Tatsache, dass die Zahnbehandlung eine Folge anderer, ärztlich anzugehender Krankheiten war. Ebenso wenig war die Wirkung der Zahnbehandlung auf den Gesundheitszustand einer versicherten Person rechtserheblich.

In Anwendung der damals geltenden Rechtsgrundlagen hatte das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Leistungspflicht beispielsweise verneint für eine Zahnbehandlung bei kardialen Komplikationen (BGE 116 V 114), bei einer zahnprothetischen Versorgung nach einer Karzinomoperation (RKUV 1990 Nr. 836 S. 135), bei einer Zahnbehandlung, die als Folge einer von der Krankenkasse übernommenen therapeutischen Massnahme (Radiotherapie) notwendig geworden war (RSKV 1981 Nr. 454 S. 150 Erw. 3, 1977 Nr. 276 S. 29 Erw. 2) sowie bei der Notwendigkeit der Überschichtung der Zähne mit Keramik zufolge Schädigung durch endogene Säurebildung (nicht veröffentlichtes Urteil K. vom 6. April 1994, K 117/93).

Diese Situation wurde allgemein als unbefriedigend empfunden. Im Rahmen der

Revision der Krankenversicherung empfahl die Expertenkommission, ausgehend vom Grundsatz, dass auch in Zukunft zahnärztliche Behandlungen im Allgemeinen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt werden sollten, die Aufnahme gewisser besonderer, abschliessend aufgezählter zahnärztlicher Behandlungen als Pflichtleistung (Bericht und Entwurf der Expertenkommission zur Revision der Krankenversicherung vom 2. November 1990, 52). Diese Ausrichtung setzte sich im Verlaufe der weiteren Gesetzgebungsarbeiten durch (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93 ff.; Amtl. Bull. 1992 S. 1301 f., Amtl. Bull. 1993 N 1843 f.).

B. Heutige gesetzliche Regelung

Gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG werden die Kosten der zahnärztlichen Behandlung im Krankheitsfalle von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, wenn diese Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems (Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG) oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt (Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG) oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG).

Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement in der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) zu jedem der erwähnten Unterabsätze von Art. 31 Abs. 1 KVG einen eigenen Artikel erlassen, nämlich zu lit. a den Art. 17 KLV, zu lit. b den Art. 18 KLV und zu lit. c den Art. 19 KLV. In Art. 17 KLV werden die schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems aufgezählt, bei denen daraus resultierende zahnärztliche Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind. In Art. 18 KLV werden die schweren Allgemeinerkrankungen und ihre Folgen aufgelistet, die zu zahnärztlicher Behandlung führen können und de-

ren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu tragen sind. In Art. 19 KLV hat das Departement die schweren Allgemeinerkrankungen aufgezählt, bei denen die zahnärztliche Massnahme notwendiger Bestandteil der Behandlung darstellt. Art. 19a KLV schliesslich, der nachträglich noch eingefügt worden ist, betrifft die Kostenübernahme bei zahnärztlichen Behandlungen, die durch ein Geburtsgebrechen bedingt sind.

C. Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

I. Vorbemerkung

Bei der Anwendung der oben dargelegten gesetzlichen Regelung stellten sich diverse Fragen, so insbesondere zur Gesetzmässigkeit der Ordnungsbestimmungen, zum verlangten Krankheitswert oder zu einzelnen Krankheitsumschreibungen. Das Gericht hat dazu die von zwei verschiedenen Berufsgruppen zur Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 31 KVG herausgegebenen Leitfäden zu Rate gezogen (Atlas der Erkrankungen mit Auswirkungen auf das Kausystem [SSO-Atlas], herausg. von der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 1996; KVG-Leitfaden, Leistungspflicht im Fachbereich Kiefer- und Gesichtschirurgie, herausg. von der Gesundheitspolitischen Kommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, 1999). In der Erkenntnis, dass diese Unterlagen einerseits auf die sich stellenden Fragen wenig grundsätzliche Antworten geben und die Thematik mehr kasuistisch angehen und andererseits in vielen Einzelfragen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen gelangen, sowie angesichts der grossen praktischen Bedeutung mit allfällig weitreichenden finanziellen Folgen für die Versicherten und die Versicherer hat das Gericht eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung eines Grundsatzgutachtens beauftragt. Dieses hatte die gestellten Fragen grundsätzlich, d.h. losgelöst von den anstehenden Einzelfällen, zu beantworten und so dem Gericht eine Grundlage zu bieten, welche es ihm erlaubt, den gesetzlichen Bestimmungen einen Inhalt zu geben, der auf einem zutreffenden Verständnis des der Regelung zu Grunde liegenden medizinischen Fachwissens beruht. Nach Eingang des Grundsatzgutachtens und eines Ergänzungsberichts hat sich das Eidgenössische Versicherungsgericht in den letzten Monaten vertieft mit der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche

Quelle

Zeitschrift des Bernischen Juristenvereins ZBJV, Nr. 6/2002.
Wir danken Verlag und Autorin
Claudia Kopp Käch für das
Abdruckrecht.

Behandlungen befasst. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über einige grundsätzliche Urteile zu diesem Problemkreis gegeben werden, wobei der Vollständigkeit halber auch vor Einholung des Gutachtens ergangene Urteile mitberücksichtigt werden.

II. Überblick über die Rechtsprechung

1. Grundsatz

Der Gesetzgeber hat mit der Neuordnung am Grundsatz, dass die zahnärztlichen Behandlungen im Allgemeinen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu decken sind, nichts geändert (BGE 124V 185). Die in Art. 17–19 KLV erwähnten Erkrankungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlungen bedingen, sind abschliessend aufgezählt (BGE 127 V 332 Erw. 3a und 343 Erw. 3b, 124 V 185). Im Rahmen der Überprüfungsbefugnis von Verordnungen kann das Eidgenössische Versicherungsgericht der Frage nachgehen, ob eine Krankheit zu Unrecht in Art. 17–19 KLV nicht aufgeführt ist, doch hat es sich dabei grosse Zurückhaltung aufzuerlegen (BGE 127 V 343 Erw. 3b mit Hinweis auf BGE 124V 195 Erw. 6).

2. Abgrenzung der zahnärztlichen von den ärztlichen Behandlungen

a) Unterscheidung und Abgrenzungskriterien

Zur Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen sind diese zunächst von den ärztlichen Behandlungen abzugrenzen. Sowohl Art. 31 Abs. 1 KVG wie auch die Art. 17–19 KLV sprechen von «zahnärztlichen Behandlungen», die durch bestimmte Erkrankungen bedingt sind oder die Behandlung bestimmter Erkrankungen unterstützen. Die zahnärztlichen Behandlungen einerseits und die Erkrankungen andererseits stehen in einer Wechselwirkung. Die von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmenden zahnärztlichen Behandlungen müssen entweder die Folge («bedingt») und die bestimmten Erkrankungen die Ursache sein (Art. 17 und 18 KLV) oder die zahnärztlichen Behandlungen müssen die Behandlung bestimmter Erkrankungen unterstützen (Art. 19 KLV; zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteile M. vom 28. März 2002, K 84/00, und K. vom 22. April 2002, K 172/00).

Die im Vordergrund stehenden Kriterien für die Abgrenzung zwischen ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung sind der

Ansatzpunkt und die therapeutische Zielsetzung der Behandlung. Stellt man zunächst auf den Ansatzpunkt ab, sind zahnärztliche Behandlungen – wie bereits gemäss konstanter Rechtsprechung zum KUVG – grundsätzlich therapeutische Vorkehren am Kausystem. Darunter fallen die Behandlung der Zähne, des Zahnhalteapparates sowie die Behandlung an den Organbereichen, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben (BGE 120V 195 Erw. 2b). Als weiteres entscheidendes Kriterium dient sodann die therapeutische Zielsetzung, die sich danach bestimmt, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert oder verbessert werden soll (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil K. vom 22. April 2002, K 172/00).

b) Beurteilungsgrundlagen

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin muss dem Krankenversicherer die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen medizinischen Unterlagen (genaue Diagnose, Röntgenbilder, Operationsbericht usw.) herausgeben. Das KVG trägt dem Datenschutz diesbezüglich genügend Rechnung (Urteil S. vom 8. April 2002, K 23/00).

c) Leistungspflicht

Während die Kosten für eine ärztliche Behandlung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei gegebenem Krankheitswert nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmen sind, richtet sich die Leistungspflicht für eine zahnärztliche Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17–19a KLV (BGE 127 V 328; Urteil S. vom 30. April 2002, K 152/01).

d) Leistungserbringer

Für zahnärztliche Behandlungen sind Zahnärzte und Zahnärztinnen gemäss Art. 36 Abs. 3 KVG als Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen den Ärzten und Ärztinnen gleichgestellt. Diese Regelung bezieht sich gemäss klarem Wortlaut nur auf zahnärztliche Leistungen. Keineswegs darf daraus ein Umkehrschluss in Bezug auf ärztliche Leistungen gezogen werden. Bereits unter dem bis Ende 1995 gültig gewesenen KUVG waren Zahnärzte und Zahnärztinnen gemäss konstanter Rechtsprechung für ärztliche Behandlungen in der Mundhöhle, die nicht zahnärztliche Vorkehren im engeren Sinn sind und die trotzdem fast ausschliesslich von Zahnärzten und Zahnärztinnen vorgenommen werden, den Ärzten und Ärztinnen

gleichgestellt (BGE 105 V 300, 102 V 1, 100 V 70, 98 V 69; RKUV 1986 Nr. K 684 S. 285). In Bezug auf diese ärztlichen Behandlungen durch Zahnärzte und Zahnärztinnen hat sich mit Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes per 1. Januar 1996 nichts geändert. Soweit demnach Zahnärzte und Zahnärztinnen ärztliche Behandlungen in der Mundhöhle im oben erwähnten Sinn vornehmen oder daran teilnehmen, sind sie auch unter Geltung des KVG als Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen anerkannt (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil M. vom 28. März 2002, K 84/00).

3. Zu einzelnen zahnärztlichen Behandlungen

Unter dieser Ziffer finden sich Aussagen aus Urteilen zu Art. 31 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 17–19a KLV, wobei dem Aufbau der Verordnungsbestimmungen gefolgt wird.

a) Art. 17 KLV: Erkrankungen des Kausystems

Die in Art. 17 KLV geforderte Unvermeidbarkeit der Erkrankung des Kausystems verlangt eine genügende Mundhygiene, wobei sich dies nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde richtet. Dabei wird grundsätzlich auf eine objektive Vermeidbarkeit abgestellt. Eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution, durchgemachter Krankheiten oder durchgeführter Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, kann es indessen nicht bei der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen (noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99).

Der Krankheitswert gemäss Art. 17 KLV (Ingress) übersteigt den für die soziale Krankenversicherung allgemein geltenden Krankheitswert des Art. 2 Abs. 1 KVG, indem er eine qualifizierte Beeinträchtigung der Gesundheit voraussetzt (BGE 127V 328).

Bei zahnärztlichen Behandlungen, die durch eine der in Art. 17 KLV erwähnten Erkrankungen des Kausystems bedingt sind, gehen die Kosten der Wiederherstellung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BGE 125V 16).

aa) Art. 17 lit. a KLV: Erkrankungen der Zähne

Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV:

Der in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV geforderte Krankheitswert übersteigt den für die

soziale Krankenversicherung allgemein geltenden Krankheitswert des Art. 2 Abs. 1 KVG. Er ist bei der Dentition in Entwicklung (ungefähr bis zum 18. Altersjahr) in der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung oder in einem pathologischen Geschehen und bei bleibender Dentition in einem pathologischen Geschehen zu sehen, wobei das pathologische Geschehen zu einer erheblichen Schädigung von Nachbarstrukturen führt oder unter bestimmten Voraussetzungen zu führen droht. Damit scheidet aus, den Krankheitswert in den verlagerten oder überzähligen Zähnen und Zahnkeimen selbst zu sehen, etwa bei Überschreitung eines bestimmten Mindestmasses der Abweichung verlagerter Zähne von der normalen Lage und Achsenrichtung (BGE 127 V 336 Erw. 7a).

Der in Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV geforderte Krankheitswert verlagerter Zähne bei der Dentition in Entwicklung ist u.a. dann anzunehmen, wenn die Resorption oder Verdrängung benachbarter Zähne bereits eingetreten oder unmittelbar drohend ist oder aber bei pathologischem Begleitgeschehen. Massgebender Zeitpunkt für die Beurteilung des Alters und somit für die Frage, welche Kriterien anwendbar sind, ist der Zeitpunkt der Diagnosestellung und der Bejahung der Notwendigkeit der Behandlung (Urteil M. vom 4. Dezember 2001, K 93/01).

Auch bei Weisheitszähnen setzt Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV für die Übernahme der Kosten der zahnärztlichen Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zunächst voraus, dass sie verlagert sind (BGE 127V 391).

«Retiniert» ist nicht gleichbedeutend mit «verlagert», sondern heisst, dass der Zahn – ob richtig oder nicht richtig positioniert – noch nicht durchgebrochen ist, während «Verlagerung» eine Abweichung von Platz und Achsenrichtung beinhaltet (Urteile Z. vom 26. September 2001, K 89/98, und S. vom 8. April 2002, K 23/00).

bb) Art. 17 lit. b KLV: Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien)

Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV:

Ist eine Parodontopathie auf eine Chemotherapie eines malignen Leidens zurückzuführen, ist die Übernahme der Kosten der Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gestützt auf Art. 17 lit. b Ziff. 3 KLV als irreversible Nebenwirkung von Medikamenten zu prüfen (BGE 127V 339).

cc) Art. 17 lit. c KLV: Erkrankungen des Kieferknochens und der Weichteile

Art. 17 lit. c Ziff. 2 KLV:

Ein Epipharynxkarzinom gehört zu den bösartigen Nasen-Rachen-Raum-Geschwülsten. Es liegt somit ein maligner Tumor im Gesichts-, Kiefer- und Halsbereich vor. Die Kosten der durch einen solchen Tumor oder dessen Behandlung bedingten zahnärztlichen Behandlungen sind, soweit das Zahnleiden Krankheitswert hat, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. c Ziff. 2 KLV zu übernehmen (Urteil V. vom 14. Dezember 2001, K 104/99).

Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV:

Die radikuläre Zyste liegt an der Wurzelspitze eines Zahnes und steht damit im Zusammenhang mit einem Zahnelement. Deren Behandlung ist grundsätzlich eine zahnärztliche und unterliegt daher nicht der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV. Entwickelt sich eine solche Zyste jedoch weit über ihren Ursprung hinaus, wird deren Behandlung eine ärztliche, die nach Massgabe von Art. 25 KVG zu übernehmen ist (Urteil L. vom 19. Dezember 2001, K 111/99).

dd) Art. 17 lit. d KLV: Erkrankungen des Kiefergelenks und des Bewegungsapparates

Art. 17 lit. d Ziff. 1 und 3 KLV:

Die Therapie mittels einer Aufbisschiene zwecks Entlastung der Kiefermuskulatur und der Kiefergelenke ist eine ärztliche Behandlung (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil K. vom 22. April 2002, K 172/00).

ee) Art. 17 lit. f KLV: Dysgnathien

Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV:

Eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gestützt auf Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 lit. f Ziff. 2 KLV setzt voraus, dass die Dysgnathie zu Störungen mit Krankheitswert, beispielsweise zu schweren Störungen des Schluckens, geführt hat. Eine schwere Störung des Schluckens liegt in einer erheblichen Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme bzw. des spontanen Schluckens von Speichel (Urteil A. vom 4. Dezember 2001, K 17/98).

Infantiles Schlucken kann nicht als schwere Störung des Schluckens qualifiziert werden (Urteil P. vom 25. März 2002, K 4/00).

b) Art. 18 KLV: Allgemeinerkrankungen

Art. 31 Abs. 1 lit. b KVG in Verbindung mit Art. 18 KLV löst, obschon in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich erwähnt, analog zu Art. 31 Abs. 1 lit. a KVG in Verbindung mit Art. 17 KLV nur bei nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus (noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99).

aa) Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV: Schwere psychische Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion

Eine Leistungspflicht für eine Beeinträchtigung der Kauffunktion bei schwer psychisch Kranken zufolge Unterbleibens genügender Mundhygiene kann nur bejaht werden, wenn die genügende Mundhygiene aus Gründen dieser Krankheit verunmöglicht war (noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil G. vom 27. Februar 2002, K 139/99).

Die medikamentöse Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung ist Folge derselben und kann somit zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung führen (noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil S. vom 27. Februar 2002, K 146/00).

Anorexie und Bulimie gehören zu den schweren psychischen Erkrankungen mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kauffunktion im Sinne von Art. 18 lit. c Ziff. 7 KLV. Die Kostenübernahme erfolgt grundsätzlich für all jene Behandlungen, welche als Folge der schweren Allgemeinerkrankung notwendig sind, und darf nicht auf Massnahmen der Beratung hinsichtlich Hygiene und Prophylaxe beschränkt werden. Mit der zahnärztlichen Rekonstruktion soll grundsätzlich bis nach der Heilung des Grundleidens zugewartet werden; dies gilt indessen nicht für die Behandlung von Zahnschmerzen, mit der nicht einfach zugewartet werden kann, für zur Erhaltung der Kauffunktion notwendige Massnahmen sowie für die Behebung von Schäden, die sich verschlimmern und später nur noch mit unverhältnismässig hohen Kosten behoben werden können (BGE 124V 351).

bb) Art. 18 lit. d KLV: Speicheldrüsenenerkrankungen

Wird auf eine objektive Vermeidbarkeit der Zahnschäden abgestellt, gehört da-

zu eine allgemein übliche genügende Mund- und Zahnhigiene. Dies will in dessen nicht heissen, dass eine versicherte Person, die auf Grund ihrer Konstitution, durchgemachter Krankheiten oder durchgeführter Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen hat, es mit der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen kann. Von diesen erhöhten Anforderungen an die Mundhygiene betroffen sind u.a. Personen, die an einer Speicheldrüsenerkrankung leiden (noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil I. vom 29. Januar 2002, K 106/99).

c) Art. 19 KLV: Allgemeinerkrankungen; Zahnherdbehandlung

Die in Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG i.V. mit Art. 19 KLV vorgesehene zahnärztliche Behandlung beinhaltet auch die Wiederherstellung der Kaufunktion mittels Zahnprothesen, wenn sich – beispielsweise im Hinblick auf einen bevorstehenden chirurgischen Herzklappenersatz – eine Zahnextraktion als notwendig erwiesen hat (BGE 124 V 196). Wenn die Mundschleimhautreizung «Lichen ruber mucosae» mit lokalem Übergang in Präkanzerose auf das Amalgam zurückgeführt wird und die Amalgamsanierung zur Behandlung dieser Erkrankung und zur Vorbeugung gegen

Krebs vorgenommen worden ist, könnte eine allfällige Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur auf Art. 31 Abs. 1 lit. c KVG in Verbindung mit Art. 19 KLV abgestützt werden (Urteil G. vom 19. Dezember 2001, K 107/99).

d) Art. 19a KLV: Geburtsgebrechen

Am Eidgenössischen Versicherungsgericht ist zurzeit ein Urteil in Vorbereitung zur Frage der Gesetzmässigkeit des Art. 19a KLV. Darüber wird nach Vorliegen des Urteils separat Bericht erstattet werden.

e) In Art. 17–19 KLV nicht erwähnte Erkrankungen

Die Ausführungsbestimmungen zu Art. 31 Abs. 1 KVG (Art. 17 f. KLV) weisen insoweit keine Lücke auf, als sie die Zuckerkrankheit nicht als schwere Krankheit aufführen, die eine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmende zahnärztliche Behandlung bedingen kann (BGE 124 V 346).

Die Kosten einer Amalgamsanierung sind auch nach der Neuregelung der Leistungspflicht für zahnärztliche Behandlungen grundsätzlich nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu decken (BGE 125 V 278; vgl. aber Bemerkungen zu Art. 19 KLV).

4. Umfang der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen

Eine weitere Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist, dass die erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Sind mehrere Behandlungen möglich, hat eine Abwägung stattzufinden zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehren. Von zwei gleichermassen zweckmässigen gilt grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich. Das Setzen von Implantaten stellt, selbst wenn es gewisse Vorteile hat, gegenüber der viel preiswerteren Behandlung mittels abnehmbaren Prothesen keine wirtschaftliche Behandlung dar (noch nicht in der Amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil R. vom 25. Januar 2002, K 7/01).

III. Schlussbemerkung

Dieser Überblick bezieht sich auf den heutigen Stand der Rechtsprechung. Es kann daraus nicht abgeleitet werden, dass sämtliche Fragen im Zusammenhang mit der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für zahnärztliche Behandlungen abschliessend beantwortet sind. ■

Das wiedergeschenkte Augenlicht

Beatrix Spring, Schweizerisches Rotes Kreuz

«Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) erblindet weltweit alle fünf Sekunden ein Mensch ... und jede Minute ein Kind.» Bis ins Jahr 2020 wird sich die Zahl verdoppeln, wenn nicht sofort massgebliche Anstrengungen dagegen unternommen werden. Die «Aktion Altgold für Augenlicht» des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) bietet wirksame und nachhaltige Hilfe für die wegen Armut erblindeten Menschen in Ländern Asiens und Afrikas.

Die Idee, extrahiertes Zahngold und andere Edelmetalle für einen guten Zweck zu sammeln, kam aus einer Zahnarztpraxis in Weinfelden. Der heute pensionierte Dr. Max Schatzmann wollte das Zahngold sinnvoll für Menschen in Not einsetzen. Das in Zahnarztpraxen anfallende Zahngold wollte er nicht den Patien-

ten oder der privaten Sammlung jedes einzelnen Zahnarztes überlassen. Deshalb unterbreitete Dr. Schatzmann vor über zwanzig Jahren dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) den Vorschlag, Zahngold zur Behebung von Armutsblindheit zu sammeln. Daraus entstand die «Aktion Zahngold». Später wurde die



Knabe mit Sehfehler und Augenentzündung. Kinder mit schwierigen Augenkrankheiten kommen oft von sehr weit her zur Behandlung ins Rotkreuzspital.

Sammlung mit Schmuckspenden erweitert und zur «Aktion Altgold für Augenlicht» umgewandelt.

Da Blinde in Entwicklungsländern arbeitslos werden und nur dank Betteln knapp überleben können, wünschte der engagierte Weinfeldner Zahnarzt, dass der Erlös aus der Zahngoldsammlung für die Verhütung und Heilung von Blindheit eingesetzt werde. Mit einem kleinen chirurgischen Eingriff kann die Trübung

Vision 2020 – das Recht auf Sehen

Vision 2020 ist eine globale Kampagne der WHO in Zusammenarbeit mit zahlreichen Hilfswerken. Ziel ist es, die heilbare oder vermeidbare Blindheit bis ins Jahr 2020 von derzeit 50 Millionen auf 25 Millionen zu verringern. Um dies zu verwirklichen, muss auch bei uns erkannt werden, dass Blindheit weltweit eines der grössten Gesundheitsprobleme ist.

Nach Auflösung der 12-jährigen Sponsorenpartnerschaft mit *Die Mobilier* hat die Bieler Unternehmung **Cendres & Métaux SA** die Weiterführung des Sponsorings für die *Aktion Altgold für Augenlicht* übernommen. Damit fallen die Spenden vollumfänglich dem Projekt zu.

der Augenlinse (Katarakt) behoben werden.

Mit 50 Schweizer Franken werden Kataraktpatienten wieder sehend!

Augenlicht für Menschen in Asien und Afrika

Dank der Motivation der Zahnärzte gelang es dem SRK, Hilfsprojekte in Nepal, Tibet, Ghana, Mali und Tschad zu entwickeln. Das beim Patienten anfallende Zahngold wird entweder via gelbes Spezialkuvert vom Patienten ans SRK gesandt oder direkt vom Zahnarzt zugestellt. Anschliessend wird das gesammelte Altgold in der Firma Cendres et Métaux in Biel eingeschmolzen. Mit dem Erlös aus dem Altgold konnten im Jahr 2001 15 000 augenchirurgische Eingriffe vorgenommen werden, davon 11 500 Katarakt-Operationen. Insgesamt wurden rund 220 000 Patienten ambulant untersucht und behandelt.



Julia Onken ist Botschafterin des Trägervereins «Vision 2020» in der Schweiz. Ihre beiden Augen waren an grünem Star erkrankt und mussten operiert werden. Sie weiss also, wie es ist, wenn sich das Augenlicht verdunkelt.

Auch im Bereich der Trachomabekämpfung (hochansteckende Bakterienkrankheit der Augen) konnte durch Schulung und Aufklärung viel erreicht werden. Zur Sicherung der Qualität in der Augenmedizin steht dem SRK eine Expertengruppe von Ophthalmologen mit spezieller Expertise in chirurgischen Techniken zur Seite.

Julia Onken besucht ein Hilfsprojekt des SRK

Um sich selber ein Bild vom Ausmass der Armutblindheit und den entsprechenden Hilfsprojekten machen zu können, reiste dieses Jahr die bekannte Sachbuchautorin und Psychologin, Julia Onken, zusammen mit Hilfswerkvertretern nach Nepal. Im Rotkreuzspital von Janakpur im Südosten des Landes verbrachte sie zwei Tage.

Julia Onken erlebte die Ankunft der Patienten im Augenspital. Die blinden Patienten werden immer von einem oder mehreren Familienmitglieder begleitet. Auf dem Kopf tragen sie ein Bündel mit einer Decke, Kochgeschirr und etwas zu essen. Viele sind ausgemergelt und unterernährt. Meistens gehören diese zur untersten Kaste, den Unberührbaren. Sie



Julia Onken, links, hilft mit, eine Patientin auf den Operationstisch zu betten.

können für die Behandlung nicht selber aufkommen. Deshalb hat das Rote Kreuz einen «poor-patient-fonds» eingerichtet, denn niemand soll das Spital unbehandelt verlassen müssen!

Julia Onken war zutiefst schockiert über das Ausmass der Armutkatastrophe. Sie konnte kaum fassen, welches Elend sich in Janakpur täglich abspielt. Sie war aber auch tief beeindruckt vom Engagement des Spitalpersonals, des einheimischen Augenarztes sowie der Möglichkeit, mit umgerechnet nur 50 Franken einen blinden Menschen innerhalb von nur ein paar wenigen Stunden wieder sehend zu machen. Während ihres Aufenthaltes begleitete Julia Onken eine blinde Patientin

vom Moment der Ankunft im Spital bis zur Rückkehr in ihre Lehmhütte.

Augenprojekt dank Zahngold

Der Erlös aus den eingeschmolzenen extrahierten Goldzähnen, Plomben und Brücken machen die Augenarbeit des Schweizerischen Roten Kreuzes überhaupt möglich. Dieser Erlös bildet die Grundfinanzierung, mit der auch beim Departement für Entwicklungszusammenarbeit (DEZA) um einen Beitrag mit vorliegender Projektplanung angefragt werden kann. In der Regel wird der Betrag fast verdoppelt.

52,2 Kilo Altgold und andere Edelmetalle wurden im letzten Jahr bei der Firma Cendres & Métaux in Biel eingeschmolzen, was einen Ertrag von knapp 700 000 Franken ergab. Dazu kamen noch Geldspenden von über 100 000 Franken – ein Rekordergebnis! Das Schweizerische Rote Kreuz ist dafür sehr dankbar, denn zusammen mit den privaten Spenden und den Bundesmitteln ist es möglich, langfristig zu planen. Betroffene wie Helfer erhalten Hoffnung, dass die Hilfsprogramme weitergeführt werden.

Aufruf zum Sammeln

Jede extrahierte Goldplombe kann ein kleines Wunder bewirken, vorausgesetzt, dass sie in die «Aktion Altgold für Augenlicht» gelangt. Verlangen Sie noch heute beim SRK die Spezialkuverts mit der Informationsbroschüre zur Abgabe an die Patienten oder senden Sie das in der Zahnarztpraxis gesammelte Zahngold an das SRK.

Eine Arbeitsgruppe aus Zahnärzten, dem Initianten Dr. Schatzmann, einem Vertreter der SSO und Vertretern des SRK begleitet und prüft die Aktion.



Adresse:

Schweizerisches Rotes Kreuz
Aktion Altgold für Augenlicht
Rainmattstrasse 10
3001 Bern

Telefon 031/387 71 11

PC 30-4200-3

E-Mail: beatrix.spring@redcross.ch

Fotos: W. Koschig, Bill, B. Spring ■

Nationale Grippepräventionskampagne

Gegen Verharmlosung und Vorurteile

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt nun bereits im zweiten Jahr eine Informationskampagne zur Grippeprävention durch. Sie soll die Gefahren dieser ernst zu nehmenden Infektion aufzeigen, Vorurteile bekämpfen und Risikopersonen über die Vorteile einer Impfung informieren. Radiosponsoring und eine Hotline, an die sich die Öffentlichkeit bei Fragen zu Impfungen wenden kann, ergänzen die Broschüren, Faltblätter und Plakate für Patientinnen und Patienten, Risikogruppen und Fachpersonen des Gesundheitswesens. Das Ziel dieser mehrjährigen Kampagne ist es, die Durchimpfung gegen Grippe bei den Risikogruppen wesentlich zu steigern, insbesondere bei Personen über 65 Jahre und bei Personen mit chronischen Krankheiten. Im Laufe der vergangenen Jahre hat sich der Impfstoff gegen Grippe als sicheres und wirksames Mittel gegen Grippeviren erwiesen. Die Impfung muss zwischen Mitte Oktober und Mitte November verabreicht werden, damit der Impfschutz bis zur Winterszeit, wenn die Grippeepidemie ihren Höhepunkt erreicht, aufgebaut ist.



Die Grippe, verursacht durch Influenzaviren, wird oft verharmlost. Sie ist aber eine ernst zu nehmende Krankheit. Jedes Jahr erkranken zwischen 100 000 bis über 300 000 Personen an der Grippe. Für 1000 bis 5000 drängt sich eine Hospitalisierung auf und jährlich sterben – je nach Stärke der Epidemie – zwischen 400 und 1000 Personen an den Folgen einer Grippeerkrankung. Obwohl es möglich ist, sich gegen diese Krankheit zu schützen, lässt sich nur jede zweite Person gegen Grippe impfen. Verschiedene Studien zeigen, dass die häufigsten Einwände gegen die Grippeimpfung auf einem Mangel an Information und falschen Vorstellungen basieren. Grippeimpfstoffe, deren Zusammensetzung jedes Jahr auf Grund der zirkulierenden Viren angepasst wird, sind ein sicheres und wirksames Mittel gegen die Grippe. Durch die Impfung können jedoch Husten oder Erkältungen, die auf eine andere Ursache zurückzuführen sind und im Allgemeinen ohne schwer wiegende Folgen bleiben, nicht verhindert werden.

Die Ärzteschaft sowie das Medizinal- und Pflegepersonal spielen bei dieser Kampagne eine entscheidende Rolle. In diesem Jahr beteiligen sich neu auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex-Organisationen an der Kampagne. Sie alle sind wichtige Ansprechpartner für Risikogruppen. Dazu zählen Personen über 65 Jahre, Erwachsene und Kinder mit Herz-/Lungenkrankheiten oder gewissen anderen chronischen Erkrankungen sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen. Durch gezielte Information kann eine Verminderung der Lebensqualität infolge der Grippe und ihrer möglichen Komplikationen verhindert werden.

Das vom BAG zusammengestellte Informationsmaterial enthält u.a. Informationen über die Grippe, die Impfung, die Risikogruppen und über eventuelle Nebenwirkungen der Impfung. Zur Information der breiten Öffentlichkeit und des Medizinal- und Pflegepersonals wurde die Internetseite www.grippe.admin.ch eingerichtet. Ergänzend steht der Öffentlichkeit unter der Telefonnummer 0844 448 448 die Medgate-Impf-Infoline für Fragen im Zusammenhang mit der Grippeimpfung zur Verfügung (Beratung gratis, Telefonkosten Fernbereich Schweiz). Schliesslich bieten die Internetseiten www.grippe.ch und www.influenza.ch ergänzende Informationen zum Thema Grippe und Grippeprävention.

Bundesamt für Gesundheit Medien und Kommunikation

Informationen:

Daniela Müller, Projektleiterin Grippeprävention, BAG Bern, Tel. 031/322 76 25

Jean Louis Zurcher, Medien und Kommunikation, BAG Bern, Tel. 031/322 95 05

Bildmaterial: www.grippe.admin.ch

Neues Heilmittelrecht – Anforderungen im Zusammenhang mit Medizinprodukten

Teil 1: Meldepflicht bei schwer wiegenden Vorkommnissen

Schweizerisches Heilmittelinstitut Swissmedic, Abteilung Medizinprodukte
Dr. Isabel Scuntario

Am 1. Januar 2002 wurden durch das neue Heilmittelgesetz und die Revision der Medizinprodukteverordnung neue Bestimmungen im Umgang mit Medizinprodukten eingeführt. Das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic ist zusammen mit den kantonalen Gesundheitsämtern die zuständige Kontrollbehörde für Medizinprodukte.

Anlässlich der aktuellen Gesetzesänderungen hat Swissmedic in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. W. Fischer, Kantonszahnarzt des Kantons Zürich, einen dreiteiligen Beitrag über Anforderungen im Bereich Medizinprodukte zusammengestellt. Zahnärztinnen und Zahnärzte sollten über die Meldepflicht bei schwer wiegenden Vorkommnissen (Vigilance) die Anforderungen an die Konformität

der von ihnen hergestellten Produkte und über die Instandhaltungspflicht Bescheid wissen.

Dieser erste Teil betrifft die Meldepflicht bei schwer wiegenden Vorkommnissen.

Was sind Medizinprodukte?

Zahlreiche Medizinprodukte werden von Zahnärztinnen und Zahnärzten eingesetzt. Sie finden in allen Bereichen der Diagnostik, Behandlung, Überwachung und Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten Anwendung. Zu den Medizinprodukten gehören sowohl die an Patienten abgegebenen oder eingesetzten Sonderanfertigungen (Füllungen, Prothesen, Implantate) wie auch Instrumente, Geräte (z.B. Polymerisationslampen), Einrichtungen (z.B. Dentalunits) und Verbrauchsmaterial, die in der Praxis verwendet werden (siehe Art. 1).

Vigilance

Der Begriff Vigilance bezeichnet ein System zur Erfassung und Untersuchung von schwer wiegenden Vorkommnissen. Dies sind Zwischenfälle, die zum Tod, zu einer schweren Verletzung oder einer bleibenden Schädigung führen können. Eine Meldepflicht für schwer wiegende Vorkommnisse besteht in der Schweiz bereits seit 1996, war bisher allerdings nur für Hersteller und Lieferanten von Medizinprodukten obligatorisch. Mit In-Kraft-Treten des Heilmittelgesetzes am 1.1.2002 müssen auch professionelle Anwender von Medizinprodukten schwerwiegende Vorkommnisse melden, was auch die Zahnheilkunde betrifft (siehe Art. 15). Jeder, der im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit ein Medizinprodukt an anderen Personen anwendet, ist meldepflichtig. Die Meldepflicht betrifft folglich Zahnärztinnen und Zahnärzte, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, Zahnprothetikerinnen und Zahnprothetiker, Praxis- oder Laborpersonal und andere Fachpersonen. Die Meldepflicht obliegt jener Fachperson, die das schwer wie-

Art. 15 Meldung schwer wiegender Vorkommnisse und systematischer Rückrufe

¹ Erhält die Person, die ein Produkt erstmals in Verkehr bringt, Kenntnis von schwer wiegenden Vorkommnissen, so muss sie diese dem Institut melden und korrigierende Massnahmen einleiten. Ruft sie Produkte aus denselben Gründen systematisch zurück, so muss sie dies ebenfalls melden.

² Sie erstattet die Meldung innerhalb von 30 Tagen nach Kenntnisnahme. Hat das Vorkommnis zum Tod oder zu einer schwer wiegenden Beeinträchtigung der Gesundheit geführt, so muss sie die Meldung innerhalb von 10 Tagen erstatten.

³ Sie muss zudem in angemessener Frist dem Institut einen Abschlussbericht über die getroffenen Massnahmen und ihre Wirkungen einreichen.

⁴ Wer als Fachperson bei der Anwendung von Medizinprodukten ein schwer wiegendes Vorkommnis feststellt, muss dieses innerhalb der Frist nach Absatz 2 dem Institut melden.

⁵ Spitäler bezeichnen und melden dem Institut eine geeignete sachkundige Person mit medizinischer oder technischer Ausbildung, welche die Meldepflicht wahrnimmt.

⁶ Das Institut sorgt dafür, dass die Meldungen systematisch gesammelt, ausgewertet und nötigenfalls weitergeleitet werden. Es informiert die Kantone und die zuständigen Behörden der Vertragsstaaten über schwer wiegende Vorkommnisse.

Vigilance, Medizinprodukteverordnung vom 17. Oktober 2001

Art. 1 Medizinprodukte

¹ Medizinprodukte sind einzeln oder miteinander verbunden verwendete Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe oder andere medizinisch-technische Gegenstände, einschliesslich der eingesetzten Software sowie des Zubehörs, welche zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind und deren bestimmungsgemässe Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper nicht durch pharmakologische, immunologische oder metabolische Mittel erreicht wird, deren Wirkungsweise durch solche Mittel aber unterstützt werden kann und die dazu dienen, beim Menschen:

- Krankheiten zu erkennen, zu verhüten, zu überwachen, zu behandeln oder zu lindern;
- Verletzungen oder Behinderungen zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln oder zu lindern oder Behinderungen zu kompensieren;
- den anatomischen Aufbau zu untersuchen oder zu verändern, Teile des anatomischen Aufbaus zu ersetzen oder einen physiologischen Vorgang zu untersuchen, zu verändern oder zu ersetzen;
- die Empfängnis zu regeln oder Diagnosen im Zusammenhang mit der Empfängnis zu stellen.

Definition, Medizinprodukteverordnung vom 17. Oktober 2001

gende Vorkommnis bei der Anwendung eines Medizinproduktes feststellt. Angestellte von zahnärztlichen Kliniken können ihre Meldungen über die gesundheitsrechtlich verantwortliche Person der Klinikleitung zustellen. Andere Fachpersonen können sich direkt an Swissmedic wenden. Informationsblätter für Anwenderinnen und Anwender, wie auch für Vigilance-Kontaktpersonen, stehen zur Verfügung.

Zweck des Meldewesens ist es, die Gesundheit von Patienten und Anwendern zu schützen. Insbesondere sollen Wiederholungen von Zwischenfällen vermieden werden, die auf Problemen mit der Auslegung, Herstellung oder An-

wendung von Medizinprodukten beruhen. Das Meldewesen ist nur auf die Identifikation von technischen Ursachen von Zwischenfällen ausgelegt. Schuldige zu finden gehört hingegen nicht zu den Zielen des Meldewesens. Obwohl die Sicherheit eines Medizinprodukts vor seiner Vermarktung überprüft wird, z.B. in

präklinischen und klinischen Studien oder durch die Leistungsbewertung, äussern sich gewisse Probleme erst bei einer breiteren Anwendung. Deshalb ist ein Vigilance-System zur Überwachung von Produkten, die bereits in Anwendung sind, unerlässlich. Ohne die aktive Mitwirkung der beruflichen Anwenderinnen

und Anwender ist diese Überwachung nicht möglich.

Mehr zum Thema

Eine Zusammenstellung der Informationen über Medizinprodukte finden Sie auf der Website von Swissmedic unter www.swissmedic.ch/md.asp ■

Vigilance Medizinprodukte – Melden von Vorkommnissen durch Anwender

Herkunft der Meldung

Gesundheitseinrichtung:

Strasse:

PLZ, Ort:

Kontaktperson:

Telefon und Fax:

E-Mail:

Swissmedic
Abteilung Medizinprodukte
 Erlachstrasse 8
 CH-3000 Bern 9

Fax 031/322 76 46

E-Mail:
medical.devices@swissmedic.ch

Beschreibung des betroffenen Medizinprodukts

Lieferant (Name, Ortschaft):

Hersteller (Name):

Kontaktperson (Lieferant/Hersteller):

Handelsname des Produkts:

Art des Produkts (z.B. Herzschrittmacher, Katheter):

Modell- oder Katalognummer:

Serien- oder Losnummer:

Beschreibung des Zwischenfalls

Datum des Zwischenfalls:

Initialen Patient:

Geburtsjahr:

Geschlecht: m f

Beschreibung des Zwischenfalls und der Folgen für den Patienten:

Ich habe den Zwischenfall bereits an die Kontaktperson (Hersteller/Lieferant) gemeldet: ja nein
 Swissmedic darf diese Angaben für eine Untersuchung an den Hersteller weiterleiten: ja nein



Universitätsnachrichten

in memoriam

Prof. Dr. Klaus H. Rateitschak

Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht, Departementsvorsteher

Die Dozenten, Mitarbeiter und Studierenden des Zentrums für Zahnmedizin trauern um Prof. Klaus Rateitschak. Seit 6 Jahren ertrug er seine Krankheit mit bewunderungswürdiger Geduld. Er war uns hier wie in so vielem anderem, wenn nicht in allem, ein Vorbild.



Geboren und aufgewachsen in Berlin wurde seine Schulausbildung 1944 durch die Einberufung in den Kriegsdienst und anschliessende Gefangenschaft unterbrochen. Von 1949 bis 1953 folgte das Studium der Zahnmedizin an der Freien Universität Berlin mit anschliessender Assistentenzeit und Promotion.

10 Jahre nach Kriegsende führte ihn 1955 sein Weg in die Schweiz. Prof. Mühlemann bot ihm eine Assistentenstelle am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich an. Schon damals lagen Klaus Rateitschaks Hauptinteressen auf dem Gebiet der Parodontologie. Neben seiner Klinik- und Lehrtätigkeit führte er wissenschaftliche Studien durch, deren zent-

rales Thema die Erkrankungen des Parodonts waren; sein besonderes Interesse galt der damals an der Abteilung für Kariologie und Parodontologie in Zürich durchgeführten Rhythmusforschung. Im Sommersemester 1963 erfolgte die Habilitation und 5 Jahre später im studentischen Unruhejahr 1968 der Ruf auf den Lehrstuhl nach Basel.

Hier begann für Klaus Rateitschak eine äusserst arbeits- und segensreiche Zeit. Unter seiner verantwortungsbewussten Führung erreichte die Parodontologie in Basel Weltgeltung.

Über 800 Vorträge auf Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen und weit über 200 Publikationen und Dissertationen sowie eine Habilitation aus seiner Klinik stellen seine Schaffenskraft unter Beweis. Die wissenschaftlichen Arbeiten fanden zum allergrössten Teil Aufnahme in den so genannten Peer-reviewed-Journals; dies unterstreicht die qualitative Akzeptanz ebenso wie die Tätigkeit von Prof. Rateitschak als Herausgeber und Beirat mehrerer renommierter Fachzeitschriften.

1975 erschien das Taschenbuch «Parodontologie», welches in Zusammenarbeit mit den Professoren Mühlemann und Renggli verfasst in 3 Auflagen über 40 000 Mal verkauft worden ist. Es gab

damals keine andere deutschsprachige zusammenfassende Übersicht über dieses Fachgebiet.

Das Format des Taschenbuchs konnte weder dem Geist noch der Philosophie von Klaus Rateitschak genügen. Konsequenterweise folgte daher die Arbeit am Atlas der Parodontologie. Diese mit seiner Frau, Dr. Edith Rateitschak-Plüss, und Dr. Herbert Wolf 1984 erarbeitete Erstauflage ist inzwischen weltweit in sieben Sprachen verlegt und über 50 000 Mal verkauft worden. Dieser Atlas wurde 1985 von der Deutschen Stiftung Buchkunst als schönstes Buch der Bundesrepublik ausgezeichnet.

Die englische Ausgabe «Colour Atlas of Periodontology» erhielt 1986 den ersten Preis der American Medical Writers Association in San Francisco.

1989 erschien die zweite Auflage. Prof. Rateitschak arbeitete buchstäblich bis zum letzten Tag an der Vorbereitung der dritten Auflage, die ihm so sehr am Herzen lag. Sie wird sicherlich bald erscheinen, aber leider kann er es nicht mehr erleben.

Mit *einem* Atlas war es aber nicht getan, Prof. Rateitschak wurde vom renommierten Thieme Verlag angefragt, ob er zusammen mit Dr. Wolf bereit sei, über sein Fachgebiet hinaus die gesamte Zahnmedizin in Atlantenform zu editieren. Glücklicherweise entsprach er dieser Bitte und auf Grund seiner hervorragenden persönlichen und menschlichen Kontakte gewann er namhafte Autoren des In- und Auslands zur Mitarbeit. Bisher sind 15 brillante Bände erschienen, teilweise auch schon in zweiter Auflage und mehrsprachig übersetzt. Die Reihe der Thieme Atlanten steht für sein Lebenswerk, damit hat er sich Weltruhm geschaffen, und sein Name und seine Erinnerung werden lange in der Fachwelt lebendig sein.

Für seine wissenschaftliche Tätigkeit erhielt Prof. Rateitschak mehrere hochrangige nationale und internationale Preise und Auszeichnungen. Stolz war er auf die 10 Preise für seine wissenschaftlichen und klinischen Lehrfilme. Er war Ehrenmitglied und korrespondierendes Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Vereinigungen und Gesellschaften und hat über 25 Jahre lang das Vortrags- und Fortbildungsprogramm der Zahnärztesgesellschaft Basel gestaltet; dabei hat er nie das Fachgebiet der Kariologie und Endodontie vernachlässigt. Er war Mitgründer der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie und deren Präsident von 1974 bis 1977. Von 1985 bis 1992 amtierte er gewissenhaft Sorge tragend als Direktor des damaligen Zahnärztlichen Instituts, des heutigen Zentrums für Zahnmedizin der Universität Basel.

In seiner Heimatstadt Berlin wurde ihm 1995 die Ehrenmitgliedschaft der Humboldt Universität verliehen, die höchste Auszeichnung, welche diese Universität zu vergeben hat. Damit schloss sich in Berlin auf dem beruflichen Sektor nach 40 Jahren der Kreis seines Lebensweges. Seine Berliner Herkunft konnte Klaus Rateitschak oder «Pascha», wie er von seinen Freunden genannt wurde, schon allein durch seine Sprache nie vollkommen verleugnen. Wenn die Diskussionen etwas hitziger wurden, verfiel er von seinem einzigartigen Berliner-Zürcher-Basler-Dialekt in waschechtes Berlinerisch. Seine Art von Selbstironie, verbunden mit einer herzenguten Zuwendung zu seinen Mitmenschen und gepaart mit überzeugender Durchsetzungskraft, dort, wo es nötig war, zeichneten den Menschen Rateitschak aus. In jeder Lebenslage ein Meister der Diplomatie, des Charmes und des hintergründigen Humors schaute er auf ein Lebenswerk zurück, welches nur durch diese menschlichen Qualitäten derartig reichhaltig und erfüllt sein konnte. Er wird uns als Kliniker im Umgang mit den Patienten, als Lehrer bei den Studierenden und den Kollegen und als Wissenschaftler von Weltruhm immer ein Vorbild bleiben, wie es nur ganz wenige gibt.

Wir alle, die Kollegen, die Mitarbeiter und die Studierenden werden unseren verehrten Freund, Chef und Lehrer in Dankbarkeit für alles, was er uns selbstlos gegeben hat, nicht nur ein ehrendes Andenken bewahren, sondern versuchen, seinem Vorbild zu folgen und mit der von ihm vorgelebten Herzengüte und Toleranz unser Leben zu gestalten. ■



Universitätsnachrichten

Laudatio

Prof. Dr. phil. Jürg Meyer

Prof. Dr. Dr. J. Th. Lambrecht, Departementsvorsteher

Prof. Dr. phil. Jürg Meyer, Vorsteher des Institutes für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie der Universität Basel, feierte am 20. September 2002 seinen 60. Geburtstag. Prof. Meyer schloss 1961 das Mathematisch-Naturwissenschaftliche Gymnasium in Basel ab und promovierte 1969 mit einer virologischen Dissertation zum Dr. phil. II an der Universität Basel mit Hauptfach Zoologie und den Nebenfächern medizinische Mikrobiologie, Botanik und Chemie. 12 Jahre später erfolgte die Habilitation zum Privatdozenten für Mikrobiologie an der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität, und 1991 wurde der Jubilar zum ausserordentlichen Professor an der Medizinischen Fakultät ernannt, 1999 zum hauptamtlichen Extraordinarius.



Sein beruflicher Werdegang führte ihn durch das Institut für Mikrobiologie und Hygiene bei Prof. Löffler und in den 70er Jahren zu einem dreijährigen Aufenthalt ins Laboratory of Molecular Genetics an den National Institutes of Health in Bethesda Maryland/USA. Anschliessend arbeitete er 13 Jahre mit dem Nobelpreisträger Prof. Arber am Biozentrum der Universität Basel zusammen, wobei er zwischenzeitlich wieder einen wissenschaftlichen Aufenthalt als Visiting Lecturer an der Universität Auckland/Neuseeland einlegte. 1989 wurde er zum Vorsteher der damaligen Abteilung für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie am Zahnärztlichen Institut der Universität Basel berufen.

Prof. Meyer hat sich als Naturwissenschaftler und Nichtkliniker hervorragend in die medizinische und zahnmedizinische Welt eingefunden, was ihm sehr viel Anerkennung gebracht hat. Er hat Aufgaben in der Schweizerischen Gesellschaft für Mikrobiologie erfüllt und hat in den achtziger Jahren als deren Präsident amtiert. Ausserdem war er Mitglied des Vorstandes und auch Präsident der Naturforschenden Gesellschaft in Basel gewesen. Er war während 6 Jahren Vizepräsident der Schweizerischen Akademie

der Naturwissenschaften und Mitglied im Stiftungsrat des Schweizerischen Nationalfonds.

Im zahnmedizinischen Bereich ist Prof. Meyer im Vorstand der Schweizerischen Vereinigung für präventive und restaurative Zahnmedizin tätig. Er führte die interuniversitäre Studiengruppe für zahnmedizinische Prophylaxefragen und ist nun Mitglied der Fachkommission für Präventivzahnmedizin. Er ist Mitglied der Kommission für Praxishygiene und Umwelt in der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft und last but not least Chefredaktor der Acta Medicinae Dentium Helvetica bzw. des wissenschaftlichen Teiles der Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin.

Jüngst wurde er als Mitglied des Advisory Boards der Medizinischen Fakultät der Universität Genf berufen. Alle diese Aufgaben und Ehrungen bestätigen seine

Anerkennung und Akzeptanz in der Fachwelt. Aber nicht nur ausserhalb der Universität Basel und des Zentrums für Zahnmedizin ist Prof. Meyer tätig: Er ist Vorsteher des Instituts für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie, er amtiert als stellvertretender Direktor des Zentrums für Zahnmedizin, dabei gleichzeitig als Chef der Finanzkommission und der Hygienekommission. In den letzten zwei Jahren hat er ad interim mit grossem Erfolg die Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie geführt, er ist Mitglied der Promotionskommission der Medizinischen Fakultät der Universität Basel und last not least auch noch Vertreter der Zahnmedizin in der Regenz der Universität Basel.

Die Mitglieder des Zentrums für Zahnmedizin gratulieren ihm herzlich zu seinem Geburtstag und bedanken sich gleichzeitig für seinen unermüdlichen Einsatz, der von uns nicht als Selbstverständlichkeit empfunden wird. Es ist eine grossartige Leistung, diesen Einsatz neben den wissenschaftlichen Arbeiten und der Lehrtätigkeit zu bringen. Kraft für alle diese Tätigkeiten gibt ihm seine Familie. Vor alle seine Ehefrau Ruth, die neben ihrer beruflichen Tätigkeit als Lehrerin das Kunststück fertig gebracht hat, die drei prachtvollen Jungs Clemens, David und Mathis auf den Weg zu bringen. Alle haben bereits mit ihrer beruflichen Laufbahn begonnen. Der Hochschullehrer und Familienvater Prof. Jürg Meyer ist im Zenit seiner Laufbahn. Wir bedanken uns, dass wir mit ihm zusammen arbeiten dürfen, und wünschen ihm «ad multos annos». ■

«Zahnkontrolle 2003»

Auch für 2003 können Sie wiederum mit dem Kleber «Zahnkontrolle» Ihren jungen Patienten eine Freude bereiten. Der Kleber entspricht in Gestaltung und Farbe der Autobahnvignette, was ihn für Kinder besonders rassig macht. Bekanntlich geht es darum, das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer mindestens jährlichen Kontrolle beim Zahnarzt zu unterstützen.

Sie erhalten den Kleber zum Preis von 10 Rappen pro Stück* (zuzüglich Versandkosten) bei SSO-Shop, Postgasse 19 Postfach, 3000 Bern 8
Tel. 031/311 00 53
Fax 031/311 35 34

* Mindestbestellmenge 50 Exemplare



ZEITSCHRIFTEN



Präventivzahnmedizin

**Künel A:
R Gesundheit und Gesundheitsverhalten in schwierigen Lebenslagen**
R Oralprophylaxe 24: 31–34 (2002)

Als schwierige Lebenslagen sind Lebensumstände zu verstehen, die vorübergehend oder dauerhaft durch Belastungen wie Armut, Krankheit, Vernachlässigung, Gewalterfahrung, Ausgrenzung, Verlust von Bezugspersonen und gewohntem Lebensumfeld gekennzeichnet sind. Häufig treten mehrere dieser Belastungen gleichzeitig auf und verstärken sich gegenseitig. Mit ausreichenden Ressourcen emotionaler, physischer und wirtschaftlicher Art lassen sich belastende Lebensphasen meistern. Treten jedoch Belastungen in grosser Zahl bzw. über längere Zeit auf und stehen dabei kaum Ressourcen zur Verfügung, können sie die Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen nachhaltig beeinträchtigen. Kinder und Jugendliche sind von schwierigen Lebenslagen besonders betroffen, da sie kaum Einfluss nehmen und diesen in der Regel auch nicht entkommen können. Armut stellt dabei ein besonders vielschichtiges Entwicklungsrisiko für Heranwachsende dar. Armut geht mit Einschränkung der Lebensqualität einher, beeinträchtigt oft die körperliche, geistige und soziale Entwicklung und hindert Kinder und Jugendliche nicht selten daran, für ihre Zukunft ausreichend Vorsorge zu treffen. Heranwachsende leiden unter der sozialen Stigmatisierung oft mehr als ihre Eltern.

Armut ist ein relativer Begriff und hängt vom Umfeld und von Vergleichsgruppen ab. Eine Definition von Armut in Relation zum durchschnittlichen Einkommen im entsprechenden Land erscheint somit sinnvoll. Von Armut spricht man, sofern das Netto-Einkommen eines Haushalts weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens aller Haushalte eines bestimmten Staates entspricht. Mit geringem Einkommen gehen meist viele Beeinträchtigungen einher, die sich gegenseitig beeinflussen, wie geringere Bildung, niedrigere berufliche Qualifikation, schlechtere Arbeitsmöglichkeiten, geringe Flexibilität und Mobilität. Wohnqualität, Gesundheit und Freizeit sind

davon ebenso betroffen wie Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben. Kinderarmut liegt auch dann vor, wenn das Kind unabhängig von der materiellen Situation im Bereich Bildung, Gesundheit, Erziehung, Wohnung und Freizeitgestaltung unterversorgt ist. Fehlende Zuwendung, Anteilnahme und Anregung beeinträchtigen die gesunde Entwicklung und Sozialisation von Kindern ebenso wie unzureichende Ernährung und Hygiene.

Waren in Deutschland in den 60er und 70er Jahren vor allem alte Menschen von Armut betroffen, hat sich wirtschaftliches Elend in den 90er Jahren auf Alleinerziehende und Familien mit mehr als drei Kindern verlagert. Kinder tragen heute in Deutschland im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen das grösste Armutsrisiko. Gleichzeitig erhöht die Anzahl der Kinder das Armutsrisiko der Familien. Viele epidemiologische Daten dokumentieren heute den engen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status, Bildung der Eltern sowie Schulbesuch der Kinder und Jugendlichen und ihrer Gesundheit bzw. ihrem Gesundheitsverhalten. So wurde ein eindeutiger Zusammenhang zwischen oraler Gesundheit der Kinder und Engagement der Eltern für Zahnpflege und Prävention nachgewiesen. Gesundheitsbewusstsein und -verhalten basieren zudem auf Einstellungen und Gewohnheiten, die im Verlauf der Kindheit durch Nachahmung der Bezugspersonen und durch Verstär-

kung erlernt werden. In sozial schwachen Familien geben Eltern öfter als in höheren Schichten ein negatives Vorbild ab, sodass, verbunden mit anderen Belastungsfaktoren, eine insgesamt höhere Krankheitsbelastung resultiert. Zu den krank machenden Faktoren sind auch schlechte Wohnverhältnisse sowie wenig Ausgleich- und Erholungsmöglichkeiten zu zählen. In den Ernährungsgewohnheiten zeigt sich anschaulich, wie frühes Lernen und Umgebungseinflüsse Verhalten prägen. Bei den 13- bis 14-Jährigen aus sozial benachteiligten Schichten ist der Verbrauch von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln 4,9 mal höher als bei gleich alten Gymnasiasten. Der Verzehr von Obst, Gemüse und Vollkornprodukten ist direkt an Bildung und Schicht gekoppelt und nimmt bei Jugendlichen zu, je höher der von ihnen besuchte Schultyp ist.

Familien aus niedrigen sozialen Schichten nehmen weitaus seltener Kontrolluntersuchungen und Vorsorgemassnahmen wahr als Mittelschichtfamilien. Das schliesst Früherkennungsuntersuchungen ein, mit denen Entwicklungsstörungen beim Kleinkind abgeklärt und Interventionen rechtzeitig eingeleitet werden können. In Familien mit schlechter Zahngesundheit der Kinder wurden die folgenden Belastungsfaktoren festgestellt: geringe Lebenszufriedenheit, Arbeitslosigkeit eines Elternteils, unvollständige Familie, schlechte Wohnverhältnisse, allgemeine gesundheitliche Probleme und Überforderung bei der Erziehungsarbeit. Unter diesen Umständen ist die Karies der Kinder nur eines von vielen Problemen und aus Sicht der Familie verständlicherweise nicht das dringlichste.

Christian E. Besimo, Brunnen

BUCHBESPRECHUNGEN



Ästhetische Zahnheilkunde

Goldstein R E: Esthetics in dentistry
Second Edition, S. 470, Abb. div., sFr. 332.–,
BC Decker Inc, London (2002)
 ISBN 1-55009-047-X

Das vorliegende Buch, vom renommiertesten amerikanischen Repräsentanten der ästhetischen Zahnmedizin verfasst, liegt nun in einer Neuauflage in der englischsprachigen Version als dreibändiges umfassendes Werk vor.

Es soll hier der erste Band besprochen werden, welcher sich in erster Linie mit den Grundlagen der Ästhetik sowie – unter Mitwirkung weiterer 12 bekannter Co-Autoren – mit kosmetischen nicht-invasiven Korrekturmöglichkeiten bis hin zu Einzelzahnrekonstruktionen befasst.

Im ersten Teil werden Definition, historische Perspektive und der soziale Kontext der ästhetischen Zahnmedizin besprochen. Die unterschiedliche Bedeutung der Zähne in unterschiedlichen Kulturkreisen werden ebenso angesprochen

wie die Verantwortung des Zahmediziners, der in seinem Behandlungskonzept nicht nur rein gesundheitliche, sondern auch ästhetische Aspekte zu berücksichtigen hat. Dabei wird die psychologische Bedeutung der Zähne sowie der Einfluss eines überzeugend wirkenden Lächelns auf die Ausstrahlung in der heutigen Zeit der visuell dominierten Kommunikation beleuchtet. Der Pioniergeist des Autors und seine Begeisterung für die Belange einer hochwertigen Zahnmedizin kommen vor allem in seinem Konzept des Patientenmanagements zum Tragen, wenn die verschiedenen Ansprüche verschiedener Patienten analysiert werden und aufgezeigt wird, wie die Patienten nicht nur zu gewinnen sind für eine gemeinsam entwickelte Planung, sondern wie die versteckten Bedürfnisse und die Sensibilisierung für eine umfassende Problemerkennung zuerst einmal geweckt werden müssen. Wertvoll sind dabei vorgeschlagene Checklisten zur systematischen Erfassung von Wünschen und Problemen. Der Ablauf der Erstkonsultation und die Rolle der Dentalhygienikerin kommen ebenso zur Sprache wie das Einbinden des gesamten Teams in den Behandlungsablauf. Hilfreiche Tipps ergänzen diesen einführenden Teil, so z.B. wie unrealistischen Erwartungen hinsichtlich möglichem Resultat oder Auswirkung auf die Gesamterscheinung begegnet werden kann und wie nicht behandelbare Problempatienten herausgefiltert werden können, bevor eine Behandlung begonnen wird. Dazu wird eine Reihe von Formularbeispielen gezeigt, über Therapie-Informationen, Behandlungsablauf und Verhalten nach Eingriffen bis hin zu Garantieaufklärungen und forensischer Absicherung bei Misserfolgen. Nachfolgende Kapitel über Fotografie, Form und Farbe runden den ersten Teil umfassend ab.

Im zweiten Teil werden dann ausführlich kosmetisches Rekonturieren, Bleichen von vitalen und devitalen Zähnen mit verschiedensten Methoden sowie Komposit-, Veneer- und Einzelkronenrestaurationen besprochen, wobei die Prioritäten nicht im Bildmaterial liegen, sondern in der präzisen Beschreibung von technischen Abläufen inklusive Fehleranalysen und Hinweisen zur Vermeidung voraussehbarer Probleme in schwierigen Fällen. Grundsätzlich ist das Buch nicht als simpler Bildatlas zur Zahnarzt- und Patienteninformation gestaltet. Wer also eine leicht verdauliche Bildlektüre sucht,

wird hier nicht fündig. Das Werk wendet sich in seiner ausführlichen Textform an den engagierten Kliniker, welcher sich eingehend mit dem Thema befassen will, ohne auf ausführliche und grossformatige Bildinformationen angewiesen zu sein. Er profitiert dabei von den enorm grossen und wertvollen praktischen Erfahrungen des Autors in allen Belangen ästhetischer Zahnmedizin, über die Fallplanung, psychologische sowie forensische bis hin zu technischen Aspekten, welche überzeugend und klar dargelegt werden. Die beiliegende CD erleichtert dabei das Lesen erheblich. Das ganze Werk ist ab CD über Acrobat®Reader 4.0 problemlos auf PC und Macintosh lesbar, was vor allem auch den wissenschaftlich arbeitenden Leser interessieren dürfte, verfügt das Werk doch für Quervergleiche über ein umfassendes Literaturverzeichnis.

K. Meyenberg, Zürich

Prothetik

Ludwig P, Niedermeier W: Prothetik – Aus der Reihe «Checklisten der Zahnmedizin»

192 S., 90 Abb., Fr. 69.20, Thieme Verlag, Stuttgart (2002)
ISBN 3-13-127131-0

Das in der Reihe «Checklisten der Zahnmedizin» erschienene Buch beschreibt auf 176 Seiten, unterstützt von zahlreichen Abbildungen und Tabellen, praxisorientiert die wichtigsten Aspekte der fest sitzenden und herausnehmbaren Prothetik. Der Text wird dem Namen der Buchreihe entsprechend vor allem in Listenform präsentiert. Das am Buchende befindliche umfangreiche Stichwortregister ermöglicht ein schnelles Auffinden entsprechender Textstellen.

Bereits im Inhaltsverzeichnis zeigt sich die klare Gliederung des Buches.

13 Hauptkapitel führen den Leser beginnend bei Diagnostik und Planung über Vorbehandlungsmassnahmen zu den verschiedenen prothetischen Therapieformen.

Dabei wird dem fest sitzende Zahnersatz mit ca. 40 Seiten, dem herausnehmbaren mit ca. 80 Seiten entsprochen. Im übrigen Teil wird kurz auf Komplikationen und Qualitätssicherungsaspekte eingegangen.

In jedem Kapitel werden zunächst einleitend Grundlagen und Methodik behan-

delt, um danach in zahlreichen Unterkapiteln auf die Umsetzung in der Klinik einzugehen. In allen Abschnitten tragen die gut platzierten Abbildungen zum Textverständnis bei, unterstützende Literaturhinweise werden jedoch nicht geboten.

Bei der Beschreibung des fest sitzenden Zahnersatzes wird sowohl auf konventionelle Kronen- und Brückenversorgungen als auch auf implantatgetragene Lösungen eingegangen, Letzteres jedoch in deutlich geringerem Umfang.

Die verschiedenen Designmöglichkeiten werden z.T. in Übersichtstabellen aufgezeigt. Bei der Auflistung der Zwischengliedvarianten fehlt der Hinweis auf eine ovoide basale Gestaltung, die Besprechung der Verblendvarianten lässt die Option einer aufgebrannten Keramikstufe vermissen. Ansonsten scheint eine ausreichende Vollständigkeit gegeben.

Der dem herausnehmbaren Zahnersatz gewidmete Abschnitt befasst sich mit Teilprothetik, Doppelkronenversorgungen und der totalprothetischen Rehabilitation. Neben den konventionellen Verfahren werden gleichfalls Implantatversorgungen angeschnitten.

Auch hier werden zunächst Grundlagen wie z.B. Klammerdesign oder biomechanische Betrachtungen ausführlich besprochen, die vor allem dem in Aus- und Weiterbildung befindlichen Kollegen als Übersicht dienen.

Die z.T. kritisch gegenübergestellten methodisch-klinischen Varianten geben dem Leser ein breites Spektrum praktischer Tipps. Auch hier können die Abbildungen die Aussagen untermalen. Besondere Problemstellungen werden wie auch im ersten Abschnitt des Buches gesondert markiert hervorgehoben und erläutert.

Als Einschränkung muss auf die im gesamten Werk fehlenden Literaturstellen hingewiesen werden, sodass die gerade im Geleitwort betonte «Allgemeingültigkeit» des Buches in keiner Weise mit wissenschaftlicher Evidenz untermauert wird.

Insgesamt liegt mit dieser «Prothetikcheckliste» ein sowohl dem Studierenden als auch dem praktizierenden Kollegen hilfreiches Buch vor, dass vor allem zur Beantwortung praktisch-klinischer Fragestellungen spontan herangezogen werden kann.

Oliver Rodiger, Basel