

PORTRAIT



Interview mit Professor Roland Weiger

«Gemeinsam, nicht gegeneinander»

Thomas Vauthier

Per 20. Juni 2002 hat der Universitätsrat der Universität Basel Prof. Roland Weiger zum Ordinarius für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie an der Medizinischen Fakultät gewählt.

Prof. Roland Weiger war vor seiner Berufung nach Basel in der Abteilung Poliklinik für Zahnerhaltung am Universitätsklinikum Tübingen tätig, seit 1996 als Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Ärztlichen Direktors und seit 2000 als Leiter der Sektion Endodontologie. Am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel hat er seit dem Wintersemester 2002/03 die Nachfolge von Prof. Urs Zappa angetreten.



Roland Weiger, geboren 1961 in Reutlingen, studierte Zahnheilkunde an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Dort promovierte er 1987 und war darauf wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Poliklinik für Zahnerhaltung. Vier Jahre später wurde er zum Oberarzt ernannt. 1996 folgten die Habilitation und die Lehrbefugnis im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 2000 wurde er in Tübingen auf eine Professur mit dem Schwerpunkt Endodontologie berufen. Kollege Weiger hat mehrere Preise von wissenschaftlichen Gesellschaften erhalten und ist Autor verschiedener internationaler Publikationen. Derzeit ist er Vorsitzender des Research Committee der European Society of Endodontology. Seine derzeitigen wissenschaftlichen Hauptarbeitsgebiete sind die endodontische Mikrobiologie, die maschinelle Wurzelkanalaufbereitung, die klinische Endodontie, der adhäsive Aufbau zerstörter Zähne und die Biofilmbildung auf Zahnoberflächen. Seine Klinik am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel umfasst zurzeit

rund 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Voll- und Teilzeitbeschäftigung. Seine künftigen Tätigkeiten im Rahmen von Lehre, Forschung und Dienstleistung sieht er im weiten Sinn als Auftrag zur «Zahnerhaltung».

Im Rahmen des nachfolgenden Interviews hat Prof. Roland Weiger für unsere Leser zu einigen wichtigen Fragen im Zusammenhang mit seinen neuen Aufgaben und dem allgemeinen Umfeld der Zahnerhaltung Stellung genommen.

Herr Professor Weiger, wo werden Sie die Schwerpunkte in der Lehre setzen?

Primär geht es inhaltlich darum, alle drei Teilgebiete der Zahnerhaltung – Parodontologie, Endodontologie und Kariologie – gleichberechtigt zu lehren. Keine dieser Teildisziplinen hat Vorrang.

Die Lehrinhalte sind weitgehend festgelegt und unterliegen gewissen Vorgaben, die in der Schweiz gegeben sind. Man muss die Inhalte nach dem ausrichten, was in der Praxis am häufigsten gemacht wird, und dieses theoretische wie praktische Wissen vermitteln. Alles weitere bleibt der Weiterbildung oder Spezialisierung vorbehalten.

Sehr wichtig ist, die Instrumente an ein modernes Curriculum anzupassen. Die traditionelle «Frontalvorlesung» ist sicher nicht mehr zeitgemäss. Die Stichworte heute heissen problemorientiertes Lernen, E-Learning oder Ähnliches mehr. Die zahnmedizinische Ausbildung muss immer praxisorientiert bleiben. Letztendlich geht es darum, den Studenten in die Lage zu versetzen, lebenslang zu lernen und neues Wissen selbstständig zu erwerben und kritisch zu evaluieren.

Die Kernlehrinhalte stehen fest. Inwiefern z.B. neue Verfahrenstechniken im Unterricht Einzug halten sollen, hängt auch vom Zeitplan ab, der sicher nicht grösser geworden ist. Wenn man etwas hinzufügt, ist immer die Frage, wo man was streichen kann.

Im Rahmen der Curriculum-Reform ist man sehr bemüht, den Studierenden zusätzlichen Freiraum für selbstständiges Lernen zu geben. Es gilt, klar abzuwägen, was «Graduate-Level» und was Spezialistenwissen ist. Das Studium bietet das Rüstzeug, aber das zum Zeitpunkt des Staatsexamens erworbene Wissen bleibt allenfalls für die nächsten 10 bis 15 Jahre aktuell.

Und wo werden Sie die Schwerpunkte in der Forschung setzen?

Ich würde meine bisherigen Forschungsschwerpunkte gerne fortführen und in diesen Gebieten weiterarbeiten. Dies gilt für den Bereich Biofilmbildung in Zusammenarbeit mit Prof. Meyer. Zweiter Schwerpunkt ist die endodontische Forschung, wo es sowohl um mikrobielle wie klinische Fragestellungen geht, z.B. maschinelle Aufbereitung oder Füllung von Wurzelkanälen. Ein weiterer Bereich ist denkbar und wird sich an den Wünschen der Mitarbeiter orientieren.

In den «Grenzbereichen» zur Prothetik oder Chirurgie ist die Kooperation mit diesen Fächern äusserst wichtig. Hier liegt ein enormes Potenzial, das man bis anhin sicher nicht immer ausgeschöpft hat. Als Einzelner oder als kleine Arbeitsgruppe erreicht man nicht immer die kritische Masse, die wünschenswert wäre. Kooperation ist das Stichwort, sei es zentrumsintern oder universitätsübergreifend mit ähnlich ausgerichteten Arbeitsgruppen. Dies zeigt sich auch bei der Realisierung von Drittmittelanträgen. Die Qualität von Anträgen wird auch danach beurteilt, inwieweit Vernetzungen und Synergien stattfinden. Kooperationsprojekte haben eher eine Chance als Einzelprojekte, gerade auch im Bereich der EU. Hier ergeben sich durch die bilateralen Verträge einige Möglichkeiten, die es sicher künftig vermehrt zu nutzen gilt. Auch politisch wird die Zahnmedizin sicher mehr Gewicht haben, wenn die Zentren zusammenarbeiten – sei dies in der Forschung oder in der Lehre – und sich auf gemeinsame Ziele einigen, die sie auch nach aussen geschlossen vertreten. Wenn es ums Geld geht – und es geht heute häufig ums Geld –, konkurrieren sie mit den Medizinern, die mit Recht ihre eigenen Interessen vertreten.

Die Zahnmedizin muss begreifen, dass sie zusammenstehen muss, dann hat sie eine gewisse Stärke und auch gewichtige Argumente, die nicht überhört werden. Die Vertretung von Partikularinteressen innerhalb der Zahnmedizin halte ich für gefährlich.

Wie sehen Sie den Stellenwert der Zahnerhaltung im Zeitalter der Implantologie?

Sicher eine sehr kontrovers diskutierte Frage, die der Implantologie wohl anders beantwortet wird als der Zahnerhaltung. Meiner Auffassung nach haben alle Verfahren im Rahmen der Zahnerhaltung, sei es in der Endodontologie, der Parodontologie oder der adhäsiven Restaurationen, deutliche Fortschritte gemacht, sodass heute auch Zähne, die früher als kritisch eingestuft wurden, mit einer guten Prognose erhalten werden können. Die Voraussetzung ist natürlich, dass derjenige, der diesen Zahn behandelt, sowohl theoretisch wie praktisch in der Lage ist, dies umzusetzen. Das gilt natürlich für die Implantologie ebenso. Nicht jeder kann mit derselben Routine ein Implantat setzen. So gilt es zu berücksichtigen, dass die meisten prognostischen Studien – die als solche überzeugend scheinen – von Implantologen gemacht werden, die ihr Handwerk verstehen. Die Frage, welche Strategie – ob Implantat oder eigener Zahn (mit aufwändiger endodontischer, parodontaler und restaurativer Therapie), schliesslich besser ist, ist für mich aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht abschliessend geklärt. Auch ist das Bedürfnis des Patienten nicht ausser Acht zu lassen.

Im Einzelfall soll man abwägen und fragen, ob das Implantat die bessere Lösung darstellt. Ich wehre mich gegen die pauschale Auffassung, dass ein Zahn, der als «compromised» eingestuft wird, einem Implantat weichen soll.

Welches sind Ihrer Meinung nach die aktuellen Trends und Perspektiven in der Zahnerhaltung?

Die Adhäsivtechnik im weitesten Sinne wird im Bereich der Kariologie sicher noch weitaus mehr Raum als bisher einnehmen. Es wird zunehmend Möglichkeiten geben, gesunde Zahnhartsubstanz zu schonen. Langfristig werden neue Restaurationswerkstoffe Einzug in die Praxis haben. Im Bereich der Parodontologie wissen wir heute sehr viel über die Mikrobiologie. Vor allem die Erkenntnisse im Bereich der Immunologie werden uns vielleicht mittel- oder lang-

fristig die Möglichkeit eröffnen, den Patienten, also den Wirt, gezielt als Risikopatient zu identifizieren und die Therapiekonzepte anzupassen. In der Endodontologie ist es ausser Frage, dass die Weiterentwicklung maschinell unterstützter Aufbereitungsverfahren im Mittelpunkt stehen wird. Hier ist auch an Instrumente zu denken, die sich nicht nur rotierend im Wurzelkanal bewegen. Das Ziel ist unter anderem, die Wurzelkanalbehandlung zuverlässiger und für den Kollegen in der Praxis einfacher zu machen.

Auch die Mikrobiologie hat zentrale Bedeutung. Gerade in der Endodontologie, wo die Suche nach geeigneten Substanzen weitergehen wird, die es erlauben, sogenannte Problemkeime zu eliminieren. Es ist bis anhin noch nicht so bekannt, dass es im infizierten Wurzelkanal bestimmte endodontopathogene Keime gibt, die den Erfolg einer Wurzelkanalbehandlung beeinträchtigen können.

Zweifellos wird unser sich mehrendes Wissen zur Ätiopathogenese auch die derzeit gültigen Therapiekonzepte verbessern helfen.

Die Uni ist auch Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis: Was gibt es Neues und Relevantes für den Praktiker?

Man sollte zur Kenntnis nehmen, dass zumindest im Bereich der Zahnerhaltung nicht jährlich Neues erarbeitet wird, das auch tatsächlich für die tägliche Praxis empfehlenswert ist. Die Universität stellt sicher im Rahmen der angesprochenen Schnittstellenfunktion einen «Filter» dar im Hinblick auf Materialien und Verfahren, die praxisrelevant und -tauglich sind. Auf Grund des kommerziellen Drucks der Hersteller werden immer neue Produkte auf dem Markt angeboten. Hier muss sich der Kollege in der Praxis mit Recht fragen, ob diese tatsächlich besser sind. In der Parodontologie hat sich die Behandlung, also die Reinigung von Taschen, mit Ultraschall sicher durchgesetzt oder wird sich mehr und mehr im Vergleich zur Handinstrumentierung durchsetzen. Ebenso zeichnet sich in der Endodontie ein Trend zur maschinellen Aufbereitung ab – zumindest bei einfacheren Wurzelkanälen und wenn es die finanziellen Möglichkeiten zulassen. Allerdings dauert es offensichtlich ungefähr 10 Jahre, bis ein Kollege eine bewährte Technik durch eine neue ersetzt.

Stichwort Evidence Base Dentistry ...

Es ist schon auf universitärem Level relativ schwierig, beispielsweise den Assis-

tenten das Know-how beizubringen, Dinge kritisch zu werten. Der Praktiker sollte in die Lage versetzt werden, sich zukünftig neues Wissen anderswo abzuholen. Die Kunst ist, zu einer bestimmten Frage oder Thematik kurze, prägnante und kritische Stellungnahmen von Fachleuten zu erhalten. Es gibt auch in der Fachliteratur einen zunehmenden Trend, zusammenfassende und kritische Wertungen zu bestimmten Themen abzugeben, und diese sollten dann auch für den Kollegen in der Praxis lesbar und nachvollziehbar sein, mit einem klaren Statement. Längst nicht alles in der Zahnmedizin oder der Zahnerhaltung ist evidence based, vieles sind Erfahrungswerte. Wir müssen ehrlich sein: Auch im Rahmen z.B. der Weiterbildung müssen wir Erfahrungswerte als solche deklarieren.

Es gibt auch systematische Reviews wie die Cochrane-Library, die man abfragen kann, sodass Kollegen zukünftig auch über das Netz entsprechende Informationen abrufen können. Aber als Kollege in der täglichen Praxis in der Lage zu sein, kritisch Stellung zu beziehen und die Vielzahl von Informationen einzuordnen, entspricht meiner Meinung nach nicht der Realität; da hat der Kollege sicher andere Sorgen.

Um der ungefilterten Informationsflut auf dem Internet zu begegnen, bedarf es sicherlich geeigneter Plattformen, denn die Qualität der einzelnen Informationen ist sehr unterschiedlich. Auch hier wäre wünschenswert – gerade im Sinn der Evidence Based Dentistry, – wenn vermehrt kritische, von Fachleuten erarbeitete Stellungnahmen zu relevanten Themen zur Verfügung ständen. Und die Zusammenfassung sollte letztendlich praxisorientiert sein.

Aber auch im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen sollte man sich bemühen, nicht einzelne Studien als «Beleg» heranzuziehen. Auf der anderen Seite sollte man durchaus Neues vorstellen oder Potenziale aufzeigen. Dabei sollte man aber ehrlich sagen: Hierzu gibt es noch keine klinische 5- oder 10-Jahres-Studien, sondern es existieren lediglich experimentelle Untersuchungen oder Erfahrungswerte. Es besteht ein fundamentaler Widerspruch zwischen dem Anspruch, aktuell zu sein und die neuesten Verfahren anzuwenden, und der Zeit, die es braucht, um evidenzbasierte Ergebnisse vorzulegen. Bis dann ist vielleicht das Verfahren nicht mehr brandaktuell ... ■

KONGRESSE / FACHTAGUNGEN



SSO-Tagung für Vertrauenszahnärzte und Versicherungsfachleute vom 4. September 2003 in Bern

Den Dialog erleichtern und das gegenseitige Vertrauen stärken

Thomas Vauthier, Basel

Obwohl das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG und die dazugehörige Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV seit dem 1. Januar 1996 in Kraft sind, haben sich seit deren Einführung einige Interpretationsschwierigkeiten im Umgang mit zahnärztlichen Leistungen ergeben. Um diesen – zum Teil sogar für das Eidgenössische Versicherungsgericht – heiklen Punkten besser begegnen zu können, wurde die gemeinsame Arbeitsgruppe «santé-suisse – SSO» gebildet, in der offene Fragen diskutiert wurden und ein konkreter Massnahmenkatalog erarbeitet wurde. Wichtigstes Instrument ist sicher ein neuer Diagnosecode für ambulante Behandlungen. Dieses Instrument ist dazu bestimmt, eine bessere Transparenz zu schaffen und damit nicht nur das gegenseitige Vertrauen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherungen zu fördern, sondern auch die administrative Abwicklung zu erleichtern. Im Rahmen einer Arbeitstagung der SSO für Vertrauenszahnärzte und Versicherungsfachleute am 4. September 2003 in Bern im Auditorium Ettore Rossi des Inselspitals wurden die wichtigsten Neuerungen, unter besonderer Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, sowie praktische Überlegungen zu einem verbesserten Dialog zwischen den Sozialpartnern vorgestellt und diskutiert. Die 180 Teilnehmer, wovon gegen 40 Prozent aus der Versicherungsbranche stammten, konnten sich so aus erster Hand informieren und im abschliessenden Podiumsgespräch auch die Experten direkt befragen. Erfreulich war auch, dass eine beachtliche Anzahl Vertrauenszahnärzte aus der Romandie angereist waren. So war diese interessante Tagung ein begrüssenswertes Forum für den Umgang mit dieser komplexen Materie, die in der täglichen Praxis oft zu Problemen führt.

Ärztliche Leistung durch den Zahnarzt und zahnärztliche Leistungen

lic. iur. Lorenzo Manfredini

Nach den Begrüssungsworten von Ueli Rohrbach, Delegierter des SSO-Vorstands in der Arbeitsgruppe KVG, erläuterte der juristische Experte der Krankenkasse Swica im ersten Referat des Tages einige grundsätzliche Überlegungen zur Rechtslage und deren Interpretation. Die Beurteilung, ob eine Leistung durch die Krankenversicherung zu vergüten ist, macht eine klare Unterscheidung «zahnärztliche Behandlung»/«Behandlung durch einen Zahnarzt» notwendig. Nicht nur stellt sich oft die Frage der Abgrenzung, ob nun eine Behandlung als ärztlich oder zahnärztlich einzustufen ist, sondern auch, wie die Vergütung ärztlicher Leistungen durch den Zahnarzt konkret abgewickelt werden kann.

Nota: In der folgenden Berichterstattung kommen aus Platzgründen – und um den Text übersichtlicher zu gestalten – an vielen Stellen nur Abkürzungen vor. Die entsprechenden Begriffe sind am Ende dieses Berichts in einer Tabelle zusammengefasst.

Als «zahnärztliche Behandlungen» gelten Eingriffe an den Zähnen und am Zahnhalteapparat. Zielsetzung ist die Erhaltung oder Wiederherstellung der Zahnelemente. Dazu gehören Massnahmen zur Korrektur von Zahnfehlstellungen, zur Behebung von zahnbedingten Erkrankungen sowie zur Rekonstruktion von Zähnen und zum Zahnersatz.

Grundsätzlich werden die Kosten dieser Behandlungen nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Die Ausnahme bilden die in Art. 31 Abs. 1 lit. a–c KVG (Art. 17–19a KLV) aufgeführten Behandlungen.

Die «Behandlung durch einen Zahnarzt» umfasst Verrichtungen am Patienten durch einen diplomierten Zahnarzt, welche im zahnärztlichen Studium und der Weiterbildung erlernt werden. Diese Verrichtungen umfassen mehr als nur «zahnärztliche Behandlungen» gemäss obiger Definition, insbesondere zählen auch ärztliche Behandlungen in der Mundhöhle dazu. Festzuhalten ist, dass, wenn «zahnärztliche Behandlungen», die nicht im eigentlichen Sinn der obigen Definition zugeordnet werden können, aber

von Zahnärzten durchgeführt werden, diese als ärztliche Leistungserbringer im Rahmen der sozialen Krankenversicherung anerkannt sind (EVG K 84/00; K 86/99; K 111/99).

Der Ansatzpunkt der Behandlung und die therapeutische Zielsetzung sind die entscheidenden Abgrenzungskriterien. Der Zahnarzt kann also sowohl über Art. 31 KVG zahnärztliche als auch über Art. 3 Abs. 1 ATSG und Art. 25 KVG ärztliche Leistungen im Bereich des zahnärztlichen Arbeitsgebietes, der Mundhöhle, erbringen. Diagnostische Leistungen, welche ein Zahnarzt durchführt, werden zur Pflichtleistung, wenn die Zielsetzung die Behandlung einer Erkrankung im Sinne von Art. 17–19 KLV umfasst oder eine ärztliche Verrichtung gemäss obiger Definition beinhaltet.

Sind bei «zahnärztlichen Leistungen» die Bedingungen gemäss Art. 31 Abs. 1 lit. a–c KVG (Art. 17–19a KLV) erfüllt, ist der Zahnarzt als Leistungserbringer in der Mundhöhle gemäss Art. 36 Abs. 3 KVG den Ärzten gleichgestellt.

KLV Art. 17 bis 19

Dr. Gion Pajarola, Zürich

In seinem klar gegliederten und prägnant vorgetragenen Referat erörterte der Spezialist aus Zürich die wichtigsten Punkte im Umgang mit den Begriffen «Wirtschaftlichkeit», «Krankheitswert» und «Kostenvoranschlag» sowie der Interpretation der oft ungenau verstandenen Art. 17 bis 19 der KLV.

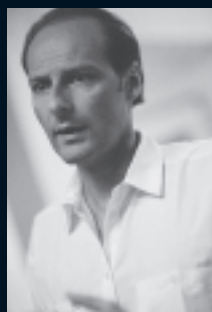
Die *Wirtschaftlichkeit* einer zahnärztlichen Leistung im KVG kann nicht allein auf Grund der unterschiedlich hohen Kosten einer Behandlungsart beurteilt werden. Auch die Zweckmässigkeit muss berücksichtigt werden. Im Wortlaut: «Sind mehrere Behandlungen möglich, hat eine Abwägung stattzufinden zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehren. Von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungsalternativen gilt grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich.»

Der Zweck einer Zahnbehandlung ist die Erhaltung der Kaufähigkeit im weiteren Sinne (Funktion, Sprache, Ästhetik). Die Behandlungsplanung muss den Gesamtzustand der Zähne und den Gesundheitszustand des Patienten berücksichtigen. Bei erstmaligem Zahnersatz, in einem sonst sanierten und vollständigen Gebiss, kann eine festsitzende Lösung mit Implantaten als zweckmässig und wirtschaftlich bezeichnet werden. Ebenfalls kann eine kronengestützte, partiell abnehmbare Prothese gegenüber einer



Design: Dr. D. Dietschi

Neue Wege in der ästhetischen Zahnmedizin.



DAS NATÜRLICHE SCHICHTKONZEPT

Meine Idee war es, ein Composite System mit zwei verschiedenen Massen zu entwickeln, die im optischen Erscheinungsbild einen gleichwertigen Ersatz für Dentin und Schmelz darstellen. Ein Konzept mit natürlicher Schichttechnik, eine Synthese aus Licht, Material und Farbe.

Dr. D. Dietschi



Coltène AG
Feldwiesenstrasse 20
9450 Altstätten/Schweiz
Tel. +41 (0)71 757 53 64
Fax +41 (0)71 757 53 01
ventech@coltenewhaledent.ch

coltène
whaledent

Vollprothese zweckmässiger sein, die kostengünstigere Lösung kommt deshalb nicht zum Zuge.

Im Falle von Narkose und OP-Benützung sind Abweichungen von Standardlösungen zu begründen. Dies gilt auch für operative Eingriffe im Kieferbereich, falls sie ambulant unter Narkose oder Prämedikation mit Bettenbenützung und/oder OP-Benützung durchgeführt werden.

Dies gilt auch für die Assistenz bei oralchirurgischen Eingriffen durch einen Arzt/Zahnarzt, welche zusätzlich in Rechnung gestellt wird.

Der im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen im KVG (gemäss Art. 17 KLV) definierte Begriff «Krankheitswert» ist im Vergleich zu jenem in Art. 3 Abs. 1 ATSG qualifizierter. Voraussetzung ist eine Beeinträchtigung der Gesundheit. Während neben definierten Diagnosen auch der Patient den Krankheitswert bei ärztlichen Behandlungen im KVG bestimmt, muss bei zahnärztlichen Leistungen gemäss Art. 31 KVG (Art. 17–19 KLV) eine klare Diagnose und zusätzlich ein qualifizierter Krankheitswert vorliegen. Der Krankheitswert ist in einer pathologischen Veränderung, welche die Behandlungsindikation auslöst, zu sehen. Als pathologisches Geschehen gilt in diesem Zusammenhang ein Zustand, der nicht durch prophylaktische Massnahmen verhindert werden kann und der ohne Eingriff das Kausystem beeinträchtigt. Ein solcher Zustand kann bereits eingetreten sein *oder unmittelbar drohen*.

Die Diagnose muss den in der KLV aufgeführten Krankheiten entsprechen und dokumentiert sein (Anamnese, Befunde). Damit die Voraussetzungen *überprüfbar* sind, empfiehlt es sich, die Unterlagen der Anmeldung an den Krankenversicherer beizulegen. Die Krankenversicherung kann weitere Unterlagen (Röntgen, Laborbefunde, Arztzeugnisse) anfordern. Grundsätzlich ist für zahnärztliche Behandlungen ein *Kostenvoranschlag* einzureichen. Bei Leistungen, die sich erst im Verlaufe der Behandlung als Pflichtleistung erweisen, kann auf einen nachträglichen Kostenvoranschlag verzichtet werden; die detaillierte Rechnung wird mit dem Zahnschadenformular KVG gestellt. Auf dem Formular ist die Begründung der nachträglichen Rechnungsstellung ohne vorherigen Kostenvoranschlag anzubringen.

Wird die Kostenübernahme vom Krankenversicherer abgelehnt, so vergütet dieser das Formular (Tarif Ziffer 4040).

Die Kosten für die Diagnose (Untersuchung, Röntgen etc.) hat der Patient zu tragen, ausser der Krankenversicherer hat die Abklärung selbst in Auftrag gegeben.

Im Anschluss kam der Spezialist auf einige immer wieder auftauchende – und zum Teil missverständliche – Punkte in den Diskussionen, respektive Abrechnungen, zwischen den Tarifpartnern zu sprechen.

Der erste oft unklar verstandene Punkt ist das *Idiopathische interne Granulom* (Art. 17 lit. a Ziff. 1 KLV). Diese Erkrankung wurde als nicht vermeidbare Erscheinung in die KLV aufgenommen. Dabei wurde bewusst der Zusatz «idiopathisch» gewählt. Demgegenüber gelten interne Granulome, welche durch ein Zahntrauma oder Pulpaerkrankungen bei Karies entstehen, als vermeidbar und stellen keine Pflichtleistungen gemäss Art. 31 Abs. 1 KVG dar, vorbehalten bleiben Leistungen (Unfallfolgen) gemäss Art. 31 Abs. 2 KVG.

Externe Granulome sind als vermeidbar betrachtet worden, als Ätiologie wird ein Parodontalinfekt angenommen. Das *interne Granulom* entsteht durch dentinoklastische Aktivität des vitalen Pulpagewebes im Wurzelkanal oder in der Pulpahöhle. Im Extremfall ist ein Durchbruch in Richtung Wurzeloberfläche denkbar. Das passende Erscheinungsbild ist typisch von innen nach aussen orientiert, die Begrenzung des internen Granuloms ist klar umschrieben und eher rundlich.

Das idiopathische interne Granulom zeigt eine typische Erscheinung im Röntgenbild als Zufallsbefund bei möglicherweise noch vitalem Zahn ohne Symptome oder einer rosa verfärbten Krone («pink tooth»). Beweisend ist das Röntgenbild, das eine rundliche, scharf umschriebene Aufhellung im Bereich des Pulparaumes zeigt. Im Gegensatz dazu steht das externe Granulom, welches meist am Übergang Schmelz/Zement auftritt und unregelmässig begrenzt ist. Das Wachstumsmuster ist wuchernd-destruierend von aussen nach innen. Ein histopathologischer Beweis ist nicht allein ausschlaggebend und dessen Durchführung meist nicht möglich.

Die Diagnose muss der KLV entsprechen und dokumentiert sein (Anamnese, Befunde). Es dürfen keine anamnestischen Zusammenhänge vorliegen (z.B. mit einem Trauma), welche die Zuständigkeit der Unfallversicherung auslösen würden. Die Dokumentation des qualifizierten Krankheitswertes (Befunde, Röntgenauf-



Die Referenten beim Podiumsgespräch (v.l.n.r.): Dr. iur. Alexander Weber, Dr. Dominik Ettlin, Dr. Wanda Gnoinski, Dr. Gion Pajarola, lic.iur. Lorenzo Manfredini.

nahmen) und die Anmeldung sind dem Krankenversicherer mit dem Zahnschauf formular KVG einzusenden.

Der zweite oft umstrittene Punkt sind die *Zahnverlagerungen* (Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV). Zur Auslösung der Kostenübernahme durch den Krankenversicherer bedarf es eines Krankheitswertes. Es ist zwischen dem Gebiss in Entwicklung (ungefähr bis zum 18. Lebensjahr, bei Weisheitszähnen bis ca. 22. Lebensjahr) und der abgeschlossenen Dentition zu unterscheiden:

Bei der Dentition in Entwicklung ist der Krankheitswert in der Behinderung einer geordneten Gebissentwicklung (Verdrängung von Nachbarzähnen) oder in einem pathologischen Geschehen (Resorption von Nachbarzähnen) zu sehen. Dabei kann die Behinderung bzw. das pathologische Geschehen bereits eingetreten sein oder unmittelbar drohen.

Bei der bleibenden Dentition ist der Krankheitswert im pathologischen Geschehen zu sehen. Der Krankheitswert kann hierbei nicht allein in der Tatsache der Verlagerung oder Überzahl von Zähnen und Zahnkeimen gesehen werden. Es wird zwischen Verlagerung und Retention unterschieden (EVG K 89/98; K 23/00):

Verlagerung ist die abweichende Lage des Zahnes in Position und/oder Achse gegenüber der Normallage. Um eine Leistung der Krankenversicherung auszulösen, muss zusätzlich ein Krankheitswert vorhanden sein oder imminently drohen (siehe oben).

Retention wird definiert als ein – ob richtig oder nicht richtig – positionierter innerhalb des üblichen Zeitrahmens noch nicht durchgebrochener Zahn.

Als ein *dystopischer Zahn* wird ein weit ausserhalb des Alveolarfortsatzes liegender Zahn definiert. Der Zugang zur Entfernung eines dystopischen Zahnes erfolgt ausserhalb des Alveolarfortsatzes; die Extraktion eines solchen Zahnes gehört in den Fachbereich der Kiefer-/Gesichtschirurgie.

Weisheitszähne im Entwicklungszustand zeigen typischerweise eine «Verlagerung», die sich im Laufe der Entwicklung spontan auflöst. Um eine Verlagerung im Sinne von Art. 17 lit. a Ziff. 2 KLV zu postulieren, muss eine erhebliche Abweichung der Lage im Sinne einer Aberration vorhanden sein, sodass andere Zähne behindert oder verdrängt werden.

Definition des Zystenbegriffes: Unter einer Zyste versteht man einen pathologischen Hohlraum, welcher mit Epithel ausgekleidet und evtl. mit Flüssigkeit oder Cholesterinbrei gefüllt ist. Eine Zyste weist ein zentrifugales und verdrängendes Wachstumsmuster auf, die Erscheinungsform ist rundlich. Nicht infizierte Zysten zeigen eine scharfe, meist sklerosierte Begrenzung.

Eine follikuläre Zyste umgibt die Krone eines (retinierten) verlagerten Zahnes, erscheint häufig erst nach Abschluss der Zahnentwicklung und ist typischerweise im Röntgenbild erkennbar. Bei jungen Patienten mit Dentition in Entwicklung (bis ca. 18 Lebensjahr; Weisheitszähne bis ca. 22. Lebensjahr), kann ein leicht erweiterter Follikelraum nicht als follikuläre Zyste gelten.

Der Nachweis einer Zyste bei verlagertem Zahn ist mindestens radiologisch und eventuell pathohistologisch zu erbringen. Ein pathohistologischer Befund einer follikulären Zyste ohne Nachweis im Röntgenbild ist ungenügend, da ein Follikelsack histologisch auch als Zyste diagnostiziert werden kann.

Wie der Referent zuletzt ausführte, sind die *radikulären Zysten* ein weiterer «Dauerbrenner» in den Diskussionen zwischen Leistungserbringern, sprich Zahnärzten, und den Versicherern. Die radikuläre Zyste liegt an der Wurzelspitze eines Zahnes und steht damit im Zusammenhang mit einem Zahnelement. Ihre Entstehung gilt als vermeidbar, die Behandlung ist grundsätzlich eine zahnärztliche und unterliegt nicht der Leistungspflicht gemäss Art. 17 lit. c Ziff. 4 KLV.

Entwickelt sich eine solche Zyste jedoch über den Alveolarfortsatz hinaus, wird deren Behandlung eine ärztliche, welche nach Massgabe von Art. 3 Abs. 1 ATSG und Art. 25 KVG zu übernehmen ist. Die zur Zystenoperation gehörende Behandlung der Ursache (Wurzelbehandlung; Resektion; Extraktion), in der Regel simultan durchgeführt, wird auch zur Pflichtleistung, nicht aber allfällige rekonstruktive Massnahmen am betroffenen Zahn.

Die Diagnose muss dokumentiert sein (Anamnese, Befunde, Röntgen, Laborbe-

funde, Arztzeugnisse). Die Diagnose soll im «TarMed für ambulante Arztleistungen» auf der Rechnung (oder ggf. auf einem Beiblatt zur Rechnung) ersichtlich sein. Art. 31 KVG findet keine Berücksichtigung. Hingegen sollte der neue Code Q1 klar angegeben sein.

Geburtsgebrecben

Dr. Wanda Gnoinski, Zürich

Die Spezialistin erläuterte die im Art. 19 KLV aufgeführten Geburtsgebrecben und die Handhabung der sich allenfalls daraus ergebenden zahnärztlichen Leistungen, respektive die Hauptpunkte, die es für die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer zu beachten gilt. Zu berücksichtigen ist allenfalls auch die neu geschaffene Position 218 «kongenitale Retention/Ankylose», die allerdings und einschränkend ausschliesslich in Fällen von mehreren betroffenen oder mindestens zwei nebeneinander liegenden Molaren oder Prämolaren anzuwenden ist.

Gemäss KVG sind IV-pflichtige zahnärztliche Behandlungen bei Geburtsgebrecben nach dem 20. Altersjahr durch den Krankenversicherer zu übernehmen (Art. 19a Abs.1 lit. a KLV). Für Zuzüger unter 20 Jahren kann in bestimmten Fällen die IV-Deckung eines Geburtsgebrecbens fehlen, dann kommt die Krankenversicherung zum Zuge. Es geht nicht nur um die Behandlung des Geburtsgebrecbens, sondern auch um die Behandlung der durch ein Geburtsgebrecben verursachten Krankheit (z.B. Kauunfähigkeit). Bei einer zahnärztlichen Behandlung, für welche die IV eine Kostengutsprache geleistet hat, die bei Erreichen des 20. Altersjahrs noch nicht abgeschlossen werden konnte, wird der Krankenversicherer für die Fortsetzung der kausalen Massnahmen kostenpflichtig.

Für die vorgesehene Behandlung sind die Kriterien Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen (Art. 32 KVG).

Patienten nach dem 20. Altersjahr, mit IV-Kostenübernahme vor dem 20. Altersjahr:

Die Anmeldung ist mit der Kopie der IV-Verfügung, dem Behandlungsplan und einer Begründung der Notwendigkeit weiterer Massnahmen dem Krankenversicherer mit dem Zahnschadenformular KVG einzusenden.

Patienten nach dem 20. Altersjahr ohne IV-Verfügung:

Die Anmeldung ist mit dem Zahnschadenformular KVG, begleitet von der Begründung/Indikation (Behandlungsnotwendigkeit) der zahnärztlichen Behand-

lung gemäss Kriterien der IV, dem Krankenversicherer einzusenden.

Letztere Situation kann besonders heikel sein, wenn keinerlei Röntgenbilder vorliegen, die den Zustand des Patienten als Geburtsgebrecben interpretierbar machen. Das Vorliegen von Zahnverlusten ist ein absoluter Hinderungsgrund für die Beurteilung, da das Fehlen der Molarenabstützung oder der Frontzähne eine korrekte Interpretation des Fernröntgenbildes verunmöglichen.

Dysplasien, insbesondere Amelogenesis imperfecta, sind klar von erworbenen Zahnschäden wie Karies abzugrenzen. Hypo- oder Anodontien sollen möglichst früh dokumentiert werden, auch wenn dies bei den so genannten «ghost teeth», die im Allgemeinen nur einen Quadranten betreffen, nicht immer vor der Pubertät möglich ist.

Wirtschaftlichkeit der Implantatversorgung

Dr. Roland Glauser, Zürich

Wie schon Gion Pajarola in seinen Ausführungen betont hatte, kann eine feststehende Lösung mit Implantaten bei erstmaligem Zahnersatz – in einem sonst sanierten und vollständigen Gebiss – durchaus als zweckmässig und wirtschaftlich bezeichnet werden. Der Referent zeigte anhand eines plausiblen und konkret durchgerechneten Beispiels, dass die Grundkosten für eine dreigliedrige Brücke in etwa mit denen für eine implantatgestützte Einzelkrone vergleichbar sind. Diese können natürlich im Einzelfall erheblich abweichen, wenn neben der Grundversorgung fallspezifische zusätzliche Massnahmen notwendig werden (Parodontalchirurgie, Kammaufbau etc.)

Zum Thema der Zweckmässigkeit führte der Spezialist zuerst das Prinzip des «nihil nocere», das heisst der Invasivität, der Reversibilität (Beschleifen der Pfeiler!) und der Einfachheit der therapeutischen Option an. Nach heutigem Wissensstand ist bei Brückenversorgungen je nach Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Erstversorgung eventuell eine zweite Brücke als Folgesanierung notwendig. Allerdings fehlt bis anhin für Implantate eine solche Langzeitdokumentation. Trotzdem sind Implantate auch langfristig sinnvoll, denn sie erhalten durch funktionelle Reize den Knochen des Kieferkammes. Auch die Erkenntnis, dass lokale Probleme möglichst lokal behandelt werden sollten, spricht gerade bei Einzelzahnverlusten oft für die Lösung mit einem Implantat.

Obwohl, bis weitere Resultate vorliegen, in der Literatur ein Mangel an vergleichbaren und vergleichenden Studien besteht, dokumentierte der Referent anhand der verfügbaren Metaanalysen, dass die langfristigen Prognosen von konventionellen Versorgungen mit Brücken und implantatgestützter Prothetik im Wesentlichen übereinstimmen. Während im ersteren Fall die biologischen Misserfolge im Vordergrund stehen, sind bei Lösungen mit Implantaten die technischen Misserfolge der Hauptgrund für allfällige Folgesanierungen. Diese sind allerdings in der Regel weniger aufwändig.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass heute implantatgestützte prothetische Versorgungen als zuverlässige Behandlungsmodalität gut dokumentiert sind. Sie können im Rahmen fallspezifischer Konzepte als echte Alternative zu Brücken eingesetzt werden. Letztere sind durch die vergleichsweise höhere Invasivität anfälliger für biologische Komplikationen respektive Misserfolge, die meist zu aufwändigeren und kostenintensiveren Folgesanierungen führen können. Trotzdem muss selbstverständlich die Wirtschaftlichkeit der beiden Optionen immer fallspezifisch evaluiert werden.

Diagnose-Codes

Dr. Dominik Ettl, Zürich

Art. 42 KVG:

Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. (...) Der Versicherer kann eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen. (...) Der Leistungserbringer ist in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers (...) bekannt zu geben.

Seit langem wehren sich Konsumenten- und Datenschutzorganisationen gegen Diagnose-Codes auf Arztrechnungen. Dies insbesondere, weil solche Abrechnungen in den meisten Fällen nicht durch die Vertrauensärzte der Versicherungen, sondern direkt durch Sachbearbeiter – die nicht dem Berufsgeheimnis unterstellt sind (!) – bearbeitet werden. Obwohl in verschiedenen Spitälern für



Probleme und Frage rund um Versicherungsfälle vermochten die rund 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Tagung für Vertrauenszahnärzte offensichtlich zu fesseln.

den Diagnose-Code schon heute die internationalen Systeme ICD-10 und ICPC Verwendung finden, haben sich die FMH und santésuisse im Sinne einer pragmatischen Lösung geeinigt, vorerst den Diagnose-Code für ambulante Behandlungen des Kantons Tessin zu übernehmen. Zwar wurde die Absicht kundgetan, diesen so genannten Tessiner Code durch ein «kohärentes» System auf der Basis ICPC/ICD-10-Codierung abzulösen. Das letzte Wort in dieser Sache ist aber noch lange nicht gesprochen, und der eidgenössische Datenschutzbeauftragte wird sich zu diesen Fragen sicher noch äussern.

De facto ist das neue Instrument, der «Diagnose-Code für ambulante Behandlungen», seit der Einführung des TarMed in Kraft und gilt somit auch für die Zahnärzteschaft. Im Rahmen dieser Tagung stellte Dominik Ettlin den anwesenden Fachleuten die wichtigsten Elemente des neuen Codes vor. Es wird an den zuständigen Organen der SSO liegen, diesen Diagnose-Code und die sich daraus ergebenden Neuheiten bei der Erstellung von Kostenvoranschlägen und Abrechnungen zuhanden der Versicherer auch gesamtschweizerisch baldmöglichst

allen SSO-Mitgliedern auf breiter Basis zu kommunizieren und zu erläutern.

Der Hauptcode umfasst unter den Rubriken A-P die wichtigsten Organsysteme wie z.B. Herz-und-Kreislauf, Lunge und Atemwege, Nervensystem, Haut, HNO etc. Littera Q betrifft Zähne und Kiefer: Q 1 = Zyste, Q 2 = Zahnabszess, Q 3 = Fibrome und Q 9 = Andere Erkrankungen des Kiefers oder der Zähne. Der Code Q 9 ist grundsätzlich immer dann anzugeben, wenn der Zahnarzt Leistungen mit medizinischer Zielsetzung erbringt. Die wichtigsten anderen Codes, die in der zahnärztlichen Praxis am häufigsten zur Anwendung gelangen dürften, sind Littera D (Skelett und Bewegungsapparat, insbesondere D 4 = Arthrose); F 2 = Diabetes (z.B. im Falle der Behandlung einer oralen Candidiasis); L = Nervensystem, insbesondere L 9 = andere Erkrankungen des Nervensystems, beispielsweise bei chronischen Schmerzen nach Wurzelbehandlung) und so fort. In gewissen Fällen genügt ein Code, so Q 3 für ein Fibrom am Zungenrand. In anderen Situationen, beispielsweise für einen Lichen ruber planus oralis, werden mehrere Hauptcodes gleichzeitig verwendet, in diesem Falle Q 9 / O 3 / N 2. In dieser



Die Kaffeepause bot willkommene Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch.

Kombination steht Q 9, weil die Diagnose durch den Zahnarzt erfolgt ist, respektive die Läsionen im Mundbereich lokalisiert sind; N 2 = entzündliche/infektiöse Hautkrankheiten und O 3 = Mundhöhle/Speicheldrüsen. Anderes Beispiel: Candidiasis bei einem diabetischen Patienten wird mit den Codes Q 9 / O 3 / G 9 / F 2 vermerkt, wobei G 9 für andere infektiöse oder parasitäre Krankheiten steht.

Die Abrechnung mit den Codes erfolgt im Prinzip direkt an den Patienten. Auf Verlangen sind die genauen Diagnosen und entsprechende Befunde respektive Unterlagen an den Vertrauensarzt zu richten. Für diesen Umstand ist der Hauptcode U anzugeben. Die Abrechnung erfolgt generell nach dem Zahnarzt-Tarif und nicht nach TarMed oder Art. 25 des KVG, der nur medizinische Leistungserbringer betrifft.

Unfälle nach KVG

Dr. iur. Alex Weber, Bern

Der Unfall wird definiert als die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). *Der ungewöhnliche äussere Faktor:* Im Zusammenhang mit dem ungewöhnlichen äusseren Faktor hatte das EVG Gelegenheit, zur Frage der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Stellung zu nehmen. Im Urteil vom 16.7.2001 hat das EVG die Leistungspflicht des Unfallversicherers verneint. In der Unfallmeldung wurde geltend gemacht, «beim Essen eines Kernbrotes auf ein Steinchen gebissen» zu haben. Der Unfallversicherer lehnte den Fall ab, weil der Nachweis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vom Patienten nicht erbracht worden sei. Der «Stein

ENAMEL plus
HFO

"NEW GENERATION"
Noch einfacher und effektiver!

Vertrieb Schweiz:

BENZER - DENTAL AG
Soatenstr. 31, 8051 Zürich
Tel. 01/322.29.04 - Fax 01/321.10.66

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



Verlangen Sie unseren ausführlichen Farbprospekt

Praxis: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort: _____
Tel.: _____
Datum: _____

des Anstosses» konnte von der Patientin nicht produziert werden, da sie geltend machte, vor lauter Schreck die Kaumasse verschluckt zu haben.

Der beigezogene Experte führte aus, dass der Röntgenbefund gemäss Einzelzahnbild eine mittelgrosse, zweiflächige Amalgamfüllung mit einer recht pulpanahen Unterfüllung zeige. Bei dem mit Amalgam versorgten Zahn sei der Biss auf einen harten (gewöhnlichen) Bestandteil eines Kernbrottes, wie ein Kern oder ein Getreidekorn, ebenso wahrscheinliche Schadensursache wie der Biss auf einen harten Fremdkörper.

Das EVG kam zum Schluss, dass der Patientin der Nachweis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht gelungen sei, denn es sei «ebenso möglich», dass der Biss auf einen harten Kern – als solcher gewöhnlicher Bestandteil eines Kernbrottes – ursächlich war wie der Biss auf einen Stein. Damit habe die Patientin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen, was dann zur Abweisung der Beschwerde der Patientin führte.

Auch bei einem Bio-5-Flocken-Müesli genügt es nicht, auf «etwas Dunkles, ähnlich einer Nusschale» gebissen zu haben. Diese Aussage ist unzureichend, selbst dann, wenn der Zahnarzt bestätigt, dass auf Grund seiner Untersuchung von einem Unfall auszugehen sei. Daraus folgt, dass eben die *überwiegende Wahrscheinlichkeit* vom Patienten selber nachzuweisen ist. Gelingt ihm dies nicht, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers. Überwiegende Wahrscheinlichkeit bedeutet aber auch, dass die Version des Patienten wahrscheinlicher, also sicher mehr als 50% sein muss als eine mögliche Ursache, die als gewöhnliches Ereignis zu bezeichnen ist. Im Sozialversicherungsrecht existiert der Grundsatz «in dubio pro reo» oder eher «zu Gunsten des Versicherten» nicht! Die Hürde der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zeigt sich insbesondere bei Spät- und Nachversorgungen. Sind Daten vorhanden und gelingt es, den Zusammenhang zwischen der heutigen Spätversorgung und dem Schadensereignis genügend nachzuweisen, so ergibt sich eine Leistungspflicht des Krankenversicherers.

Die Zahnprothese als «Körperbestandteil»: In letzter Zeit häufen sich Beanstandungen, dass der Unfallversicherer die Reparatur von Prothesen, welche bei dem Unfall beschädigt wurden, nicht übernehmen. Die Versicherung beruft sich dabei jeweils darauf, dass die Prothese nicht Körperbestandteil sei und deshalb nicht

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

ATSG	Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (SR830.1)
BGE	Bundesgerichtsentscheid
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
EVG K 73/98	Entscheidung des eidgenössischen Versicherungsgerichts mit Aktenzeichen; => im Internet unter www.bger.ch
GgV	Verordnung über Geburtsgebrechen vom 9. Dezember 1985 (SR 831.232.21)
IV	Invalidenversicherung
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) vom 29. September 1995 (SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

unter den Bereich der bei einem Unfall zu vergütenden Leistungen falle. Dem ist Folgendes entgegenzuhalten: Liegt ein Unfall vor und sind neben der Prothese auch weitere Teile des Körpers verletzt worden, so umfasst die Leistung des Unfallversicherers auch die Reparatur der Zahnprothese, denn der vollständige oder teilweise Verlust der Kaufunktion stellt eine Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit im Sinne von Art. 4 ATSG dar. Ziel der zahnärztlichen Behandlung ist es, die Kaufunktion so gut wie möglich wieder herzustellen. Die versicherte Person hat deshalb Anspruch auf alle zahnmedizinischen Massnahmen, welche dieses Ziel auf wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Weise zu erreichen versprechen.

Es macht keinen Unterschied, ob bei einem Unfall natürliche Zähne oder eine Zahnprothese beschädigt werden, denn das Ergebnis ist in beiden Fällen das Gleiche, nämlich der Verlust bzw. die Verminderung der Kauffähigkeit. Wäre die versicherte Person nicht Prothesenträgerin gewesen, so wären deren natürliche Zähne beim Unfall beschädigt worden. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb eine Behebung der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. die Wiederherstellung der Kauffunktion mittels Zahnprothese nur deshalb keine Pflichtleistung sein soll, weil schon vorher eine Zahnprothese vorhanden war und diese unfallbedingt ihren Dienst nicht mehr versehen kann. Dieser Anspruch besteht jedoch nur, wenn auch eine behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt. Diese Einschränkung soll Missbräuche verhindern. Ist deshalb eine un-

fallverursachte Körperschädigung nachgewiesen, die behandlungsbedürftig ist, so ist auch die diesbezügliche Wiederherstellung der Prothese als Bestandteil der Versorgung zu betrachten und vom Unfallversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen.

Übernahme der zahnmedizinischen Kosten für Spätversorgung bei Unfällen: Im Vordergrund der gesamten Diskussion um die Aufnahme der zahnärztlichen Leistungen ins KVG in der Expertenkommission, wie auch später, stand die «Nichtvermeidbarkeit». Nicht vermeidbare Schäden, Krankheiten und Unfälle in der Zahnmedizin sollten gedeckt werden. Für die Krankheiten hat der Gesetzgeber ein System geschaffen, dass die Grundsätze im Gesetz und die einzelnen Krankheitsdiagnosen entsprechend in der KLV Art. 17–19 festlegt. Für Unfälle hat er sich mit der allgemeinen Regelung nach Art. 31 Abs. 2 begnügt. Die Frage der Vermeidbarkeit stellt sich bei Unfällen von vornherein nicht, da der Unfallbegriff ja «Nichtvermeidbarkeit» praktisch in der Definition enthält. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber ein umfassendes soziales Netz für die Unfälle schaffen wollte. Für die Deckung des Schadens sollte, soweit nicht eine andere Unfallversicherung aufkommt (in der Regel dürfte das der UVG-Versicherer sein) der Krankenversicherer leistungspflichtig sein. Festzuhalten ist jedenfalls, dass das KVG keinen Hinweis darauf enthält, dass sich seine Anwendung nur auf die Unfälle beschränke, die sich nach seinem Inkrafttreten, also nach 1. Januar 1996, ereignet haben. ■

Teamarbeit: Schlüssel zum Erfolg in der Parodontologie

Anna-Christina Zysset

Vom 6.–8. November 2003 findet in St. Gallen die gemeinsame Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP) und Swiss Dental Hygienists statt. Die Redaktion erkundigte sich bei den Beteiligten, wie diese Zusammenarbeit zu stande gekommen ist.

Gespräch mit Professor Ulrich Peter Saxer, Präsident der SSP

Wie kam dieser gemeinsame Kongress SSP/Swiss DH eigentlich zu stande?

Seit Jahren werden die Parodontologiekongresse der SSP von vielen Dentalhygienikerinnen besucht. Am Kongress EuroPerio3 im Jahr 2000 in Genf erschienen sie sogar zahlreicher als die Zahnärzte! Unsere gemeinsamen Interessen und Anliegen allein wären Grund genug für einen gemeinsamen Kongress. Im Jahr von EuroPerio3 veranstaltete die SSP keine zusätzliche schweizerische Jahrestagung; die Mitgliederversammlung wurde während des Kongresses in Genf abgehalten. Im Juni dieses Jahres fand nun EuroPerio4 in Berlin statt. Für die SSP stellte sich die Frage, welches parodontologische Thema für die nationale Jahrestagung in Frage kommen würde, das nicht bereits eingehend in Berlin behandelt worden wäre. In dieser Situation suchte die SSP den Kontakt mit dem Verband der Dentalhygienikerinnen, der seine Jahrestagung traditionellerweise im November in St. Gallen durchführt. Nachdem die Swiss Dental Hygienists auch an einer gemeinsamen Tagung interessiert waren, wurde ein gemeinsames Organisationskomitee der beiden Verbände gegründet. Die praktische Organisation übernahmen Dentalhygienikerinnen und Zahnärzte aus den beiden Gesellschaften, und als wissenschaftlicher Leiter stellte sich Prof. Mombelli zur Verfügung.

Haben Sie dieses Kongresssthema ausgewählt?

Nachdem abzusehen war, dass nach EuroPerio4 im Sommer 2003 so ziemlich jedes geläufige Parothema bereits «abgegrast» sein würde, musste man sich etwas Spezielles einfallen lassen. Angesichts der Perspektive eines gemeinsamen Kongresses zweier Verbände mit weitgehend ähnlichen wissenschaftlichen Interessen, aber nicht unbedingt immer gleichen Lösungsvorschlägen für die praktische Tätigkeit, kamen wir recht bald auf das Thema «Teamarbeit». Dabei sollte allerdings die wissenschaftliche Basis und das Wohl des Patienten, und nicht die politischen Partikularinteressen das Zentrum der

Diskussion bilden. Tatsächlich stellen sich nach kurzer Überlegung viele grundsätzliche und klinische Fragen, die die Arbeitsteilung und das Ziel der Parodontologie betreffen.

Was ist das gemeinsame Ziel SSP/SDH?

Das primäre Ziel ist die Erhaltung und das Wiedererlangen parodontaler Gesundheit unter Berücksichtigung der biologischen Bedingungen, persönlichen Interessen und finanziellen Möglichkeiten unserer Patienten. Ein gemeinsames Ziel ist sicher auch die Förderung des Interesses und der Freude an der Parodontologie und der Befriedigung in der klinischen Tätigkeit. Die Zusammenarbeit zwischen DH und dem Zahnmediziner ist sehr intensiv und wird in Zukunft durch die veränderten Aufgaben auf beiden Seiten noch verstärkt werden.

Können Sie uns die Veränderung der Aufgaben beschreiben?

Der Zahnmediziner wird sich vermehrt seinen immer grösseren Herausforderungen auf dem technischen und medizinischen Bereich annehmen, und die Dentalhygienikerin kann die Zahnsteinentfernung perfekter in früher uneinsehbaren Mundregionen ausführen.

Können Sie uns je ein Beispiel für den Zahnarzt und die DH geben?

Der Zahnarzt hat sich zum Beispiel im technischen Bereich mit den verschiedenen Implantatsystemen auseinander zu setzen, im medizinischen Bereich muss er die Zusammenhänge und den Einfluss oraler Erkrankungen auf die allgemeine Gesundheit kennen.

Die Dentalhygienikerin kann durch die verbesserten technischen Geräte und dank der Endo-Perioskopie die Zahnsteinentfernung in Bereichen, wo früher keine Sicht möglich war, besser durchführen. Die Ausleuchtung der parodontalen Taschen mit einer Videokamera (Endo-Perioskopie) eröffnet neue Möglichkeiten.

Genügen allein technische Fortschritte, um den Patienten eine gute Behandlung ange-deihen zu lassen?

Diese Fortschritte werden auf beiden Seiten zu verbesserten Resultaten führen, sofern die Kommunikation in der Praxis nicht zu kurz kommt. Zwischen Zahnmediziner und Dentalhygienikerin «liegt» der Patient und im weiteren Umfeld das ganze Praxisteam. Bereits in früheren Analysen konnte gezeigt werden, dass die Zusammenarbeit häufig an der fehlenden, der ungenügenden oder der Einwegkommunikation scheiterte. In allen Bereichen, wo Menschen miteinander arbeiten, ist die Kommunikation ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Dies gilt auch in der Medizin und Zahnmedizin. Bedingt durch Geschichte, Ausbildung und wirtschaftliche Abhängigkeiten wird diese «Dreiecksituation» noch ausgeprägter.

Können Sie das noch etwas genauer beschreiben?

Es geht nicht einfach nur darum Schranken abzubauen: Eine bessere Dienstleistung für den Patienten ist das Ziel. Bessere Kommunikation beinhaltet integrale Behandlungsplanung, die sinnvolle Steuerung und den rationellen Einsatz der vorhandenen Kräfte. Verständigung und Organisation zu Gunsten des klinischen Erfolgs, darum geht es!

Beide Seiten verstehen dies manchmal falsch. Natürliche Schranken sind gegeben durch unterschiedliche Ebenen in Bereichen wie Führung, Management, Fachwissen, Ausbildung oder Sozialkompetenz. Die Stellung, Rechte und Pflichten der Mitglieder des Teams sind in der zahnmedizinischen Praxis unterschiedlich. Früher sprach man von Autorität, die dann teilweise falsch gelebt wurde. Im Team sollte jede und jeder seine Kompetenz zum Besten der Gemeinschaft einbringen. Daneben geht es natürlich auch darum, dazulernen besser miteinander umzugehen, Stress abzubauen und eine positive Praxisatmosphäre aufzubauen.

Das ist das Thema dieses Kongresses. Es ist selbstverständlich, dass dies nicht nur Parodontologen oder die parodontologisch tätigen Zahnärzte betrifft. Nein, über 70% der Zahnärzte arbeiten heute mit Dentalhygienikerinnen zusammen. Es betrifft uns also praktisch alle.

Wollen Sie den Berufsfrauen, die Sie ja auch zu einem grossen Teil ausbilden, dank guter Kommunikation einen festen Platz sichern?

Stellen Sie mir diese Frage als Ausbilder oder als Präsidenten der SSP? Als Ausbilder würde ich Folgendes antworten: Die DH, die ich mit meinem Team ausbilden darf und kann, haben alle Stellen, sofort und ohne meine Nachhilfe. Es gibt

auch nichts zu sichern, ausser das Angebot an attraktiver Weiterbildung, da sich auch der Beruf der DH stetig verändert.

Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Die Dentalhygienikerin kann heute ihre Behandlung schmerzfrei oder in Hypnose anbieten. Sie kann ihre Therapie immer besser und vollkommener ausführen, und selbst parodontal stark geschädigte Zähne können durch eine DH erhalten werden. Die Dentalhygienikerin kann aber auch auf prophylaktischem Gebiet eine entstehende Krankheit immer früher, teilweise sogar Jahre im Voraus, erkennen und hat so Zeit, mit dem Patienten die Probleme zeitgerecht und ohne Druck anzugehen. Die DH kann einem Patienten seine Gesundheit auf vielen Gebieten erhalten, nicht nur im Munde. Es gibt also nichts zu sichern, es gibt bei der Ausbildung nur eine ideelle Haltung: Menschen anzuleiten, dass sie ihre Hilfe weiter zum Wohl von anderen und zu ihrer eigenen Genugtuung weitergeben können.

Meine Antwort als Präsident der SSP: Es ist eine der Aufgaben unserer zahnmedizinischen Berufsgesellschaften, die Entwicklung und Technik auch zum Wohle unserer Patienten zu fördern. Ganz besonders steht in diesem Bereich auch unsere soziale Kompetenz im Vordergrund. In der Medizin soll wie in anderen Gebieten jede Dienstleistung zur Gesundheit dem Nächsten durch kompetente und stufengerechte (sprich: nicht zu kostspielige in einen Fall – ausserordentliche, anspruchsvolle und dementsprechend kostenaufwändige im anderen Fall) Behandlung, allenfalls Delegation, angeboten werden. Es geht also auch hier nicht um Absicherung von Arbeitsplätzen. Unsere Verantwortung ist es auch, für die Prävention der oralen und teilweise allgemeinen Medizin sowie für die konservative Therapie genügend Personal sicherzustellen und dieses auch der Nachfrage anzupassen. Als klinischer Leiter der einzigen, wirtschaftlich tragbaren DH-Ausbildungsstätte in der Schweiz (Prophylaxeschule Zürich-Nord) kann ich das gut vertreten.

Was verstehen Sie unter «wirtschaftlich» tragbar und für wen, den Steuerzahler?

Unser Modell kostet den Steuerzahler nichts, auch müssen die zahnärztlichen Berufsorganisationen kein Geld zuschiesse. Die Schüler/innen bezahlen während der 3-jährigen Ausbildung in vier Semestern je einen symbolischen Beitrag von sFr. 1600.–, deshalb, weil das, was

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Unter dem Motto «Interfaces» findet am 5. und 6. Dezember das 6. Basler Werkstoffkunde Symposium statt. Es ist für mich eine grosse Ehre, nach der Emeritierung von Professor Jakob Wirz die von ihm in den vergangenen zehn Jahren geschaffene Tradition fortsetzen zu dürfen. Das Symposium bietet unter einem vollständig umstrukturierten Ablauf zwei Schwerpunktthemen an, die sich mit starkem klinischem Bezug dem wohl interessantesten Aspekt der Werkstoffkunde, den Grenzflächen zwischen Material und biologischem Gewebe widmen. Am Freitagmorgen stehen Misserfolg und Optimierung des Knochen-Implantat-Interfaces im Vordergrund. Am Samstagmorgen werden Entwicklungstendenzen und Zuverlässigkeit des Dentinbondings diskutiert.



Das Generalthema «Interfaces» steht aber nicht nur für diese wissenschaftlichen Schwerpunkte, sondern auch für die Schnittstellen zwischen Zahnmedizin und Zahntechnik, zwischen Praxis, Hochschule und Industrie. Es ist das erklärte Ziel des Symposiums, den Datenaustausch an diesen Schnittstellen zu fördern. Das Industrieforum und das Hochschulforum am Freitagnachmittag sowie die kongressbegleitenden Table Clinics geben Ihnen deshalb neben den Schwerpunktthemen einen breiten Überblick über den aktuellen Stand der Materialentwicklung.

Lassen Sie sich von den Experten mitnehmen in die spannende Welt der zahnärztlichen Werkstoffe und Technologien! Ich würde mich freuen, Sie in Basel begrüßen zu dürfen.



Ihr J. Fischer

Information und Anmeldung:
CBS Congress & Business Services
Technoparkstrasse 1
8005 Zürich
Tel. 01/445 34 50
E-Mail: dbamert@cbs-congress.ch

nichts kostet, nichts wert zu sein scheint (Schulerfahrung)! Beim Aufbau unserer Schule in Zürich-Nord haben zwei meiner Zahnarztfreunde geholfen, das Risiko mit mir während 5 Jahren zu tragen. Heute freuen wir uns über eine finanziell und organisatorisch gesunde Schulstruktur und die Fachspezialisten und Allgemeinpraktiker innerhalb der Zahnärztergemeinschaft Zürich-Nord zusammen mit den überweisenden Zahnärzten der Region über die gute symbiotische Zusammenarbeit.

Offenbar ist der Markt an DH noch lange nicht gesättigt. Weshalb ist es so schwierig, genügend Dental Hygienists zu finden resp. ausbilden zu können?

Das Anforderungsprofil der DH ist sehr speziell, daher sind relativ wenig Interessent/innen wirklich für diese Tätigkeit geeignet. Der feinmanuelle Aspekt der Arbeit verlangt viel Talent. Dazu kommt noch, dass sich die meisten Frauen zwischen Beruf und Familie aufteilen müssen und der effektive Anteil an ausgebildeten DH im realen Arbeitseinsatz da-

durch schrumpft. Männer scheinen sich in anderen Berufen wohler zu fühlen, über die Gründe dafür ist schon viel diskutiert worden.

So scheint sich zum Beispiel abzuzeichnen, dass feinfühliges Arbeiten in einer Art Trancezustand den Patienten die Schmerzen nicht mehr spüren lässt. Frauen scheinen diese Begabung eher zu besitzen.

Der Markt ist also noch nicht gesättigt, aber wir stehen – was den Bereich der Zahnmedizin betrifft – auch nicht zu weit hinter diesem Ziel. Mir geht es in erster Linie darum, den Nachschub an qualifizierten DHs aufrechtzuerhalten. Für neue Bereiche – da, wo der Zahnmediziner vermehrt beginnt, mit Medizinern zusammenzuarbeiten – eröffnen sich in der Zukunft für die DH auch weitere neue Wirkungsbereiche. Der Entwicklung und der Zukunft kann man keine Grenzen setzen.

Was verstehen Sie unter den weiblichen «Urelementen» und wo sehen Sie die neuen Möglichkeiten der Zahnmediziner und DH?

Die Frau hat einen «ur»-eigenen Sinn für Feinheit, minutiöse Arbeit auf kleinem

Gebiet, Einfühlungsvermögen und umsorgende Fürsorge und Geduld bei der Motivation. Diese Fähigkeiten kann sie bei der Raucherentwöhnung, der Infarktprophylaxe, Ernährungsberatung etc. mit ihrer Persönlichkeit und Erfahrung in ihrer besonderen Art eingeben. Dem Patienten kommen diese Qualitäten der Frauen entgegen, indem er von diesen «Ur»-Qualitäten profitiert.

Herr Professor Saxer, ich danke für das Gespräch.

Gespräch mit Frau Doris Hüsler, Präsidentin der Swiss Dental Hygienists

Wollen Sie mit dem gemeinsamen Kongress SSP gleich dokumentieren, was ein «Dream-Team» sein kann?

Wir gehen selbstverständlich davon aus, dass nur Teams zum Erfolg führen können. Es wird erwartet, dass wir alle teamfähig sind und diese Kompetenz auch erlernen und festigen.

Zusammen mit den Patienten möchten wir ein individuelles und optimales Resultat erreichen. Alle Beteiligten müssen ihre Grenzen, Stärken und Bedürfnisse kennen, damit sie Verantwortung für ihren Bereich übernehmen können.

Warum soll die Einzelkämpferin dem Team unterlegen sein oder, anders gefragt, haben nicht beide Arbeitsphilosophien ihre Stärken und Schwächen?

Patient und Behandler sind immer ein Team. Aus dieser Sicht muss es uns interessieren, wo unsere Grenzen und Schwierigkeiten liegen. Welche Kompromisse dürfen und müssen wir eingehen, damit wir das gewünschte Resultat erreichen?

All diese Fragen interessieren uns ganz besonders in der Parodontologie, wo eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Zahnärzten gefragt ist. Unsere Arbeit wird aber auch beeinflusst von wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie gesellschaftlichen Veränderungen. Deshalb wollen wir am Kongress aufzeigen, wohin sich die Teams entwickeln könnten oder auch müssten.

Was sollte ein Dream-Team überhaupt erfüllen?

Teams, die den Mut, die Motivation und die Fähigkeit haben, folgende Punkte umzusetzen, sind für mich «Dream-Teams».

- Benötigt eine starke Führung
- Klare Linie in der Praxis- und Teamleitung

- Klare Ziele
- Gemeinsames Finden, Akzeptanz und Mittragen dieser Punkte durch alle Beteiligten
- Ziel und Zweck der Arbeit kennen und kritisch betrachten
- Verbindlichkeit
- Sich verantwortlich fühlen und auch Verantwortung übernehmen
- Plattformen haben für Informationsaustausch und Kritik
- Kritikfähigkeit
- Direkte Kommunikation
- Teammitglieder nach ihren Fähigkeiten einsetzen und fördern

Offenbar werden Sie das Verbandspräsidium Ende dieses Jahres abgeben. Ist dieser gemeinsame Kongress mit dieser Thematik der Höhepunkt Ihres Schaffens?

Es gab für mich und meine Kolleginnen Eva Lädach und Brigitte Schoeneich viele verschiedene Höhepunkte während unserer gemeinsamen Vorstandsarbeit, auf die wir mit Genugtuung zurückblicken können. Ganz sicher kann man sagen, dass die Organisation eines gemeinsamen Kongresses eine spezielle Herausforderung für alle Beteiligten ist. Da jede Organisation ihre eigene Kultur aufweist, verlangt die Durchführung eines gemeinsamen Projekts die Teamfähigkeit, von der wir gesprochen haben.

Es ist ein Höhepunkt für mich, wenn zwei Verbände an einem gemeinsamen Kongress versuchen, ihre Zusammenarbeit am Patienten zu diskutieren und zu verbessern. Gemeinsam wollen wir herausfinden, wer welche Stärken und Entwicklungspotenziale hat und wie diese gemeinsam und sinnvoll mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter Einbindung der gesellschaftlichen Entwicklung eingesetzt werden können. Letztlich möchten wir der Öffentlichkeit vermitteln, dass wir alle nur ein Ziel anstreben, nämlich die Patientenzufriedenheit. Diesen Weg gemeinsam mit den Parodontologen zu gehen ist ein würdiger Abschluss.

Was möchten Sie Ihrer Nachfolgerin punkto Team innerhalb der Swiss Dental Hygienist mitgeben?

Das Gedicht von Antoine de Saint-Exupéry:

*Wenn du ein Schiff bauen willst,
so trommle nicht Menschen zusammen,
um Holz zu beschaffen,
Werkzeuge vorzubereiten,
arbeiten zu vergeben und die Arbeit zu verteilen,
sondern lehre die Menschen*

die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.

Was hat Ihnen als Präsidentin am meisten Freude bereitet, und wo haben Sie sich die «Zähne ausgebissen»?

Freude bereitet hat mir, dass:

- wir gesteckte Ziele erreicht haben;
- wir Visionen hatten, die wir umsetzen konnten;
- unsere Mitglieder uns immer unterstützt und unsere Ideen mitgetragen haben;
- wir gemeinsam mit anderen Verbänden Ziele erreicht haben; immer wieder Gespräche stattgefunden haben zwischen verschiedenen Interessengruppen;
- wir zeigen konnten, dass wir Verantwortung übernehmen wollen und müssen;
- Plattformen für die SSO, die Schulen, das SRK bestehen, die auch partnerschaftlich genutzt werden;
- Anliegen und Bedürfnisse ernst genommen werden und gemeinsam versucht wird, diese umzusetzen;
- dass unsere Meinung selbstverständlich eingeholt wird.

Die «Zähne ausgebissen» habe ich mir:

- an der Tatsache, dass wir ein kleiner Verband mit beschränkten finanziellen und personellen Mitteln sind, denn die Suche nach Ressourcen ist Zeit raubend und schränkt die Aktivitäten leider ungewollt ein;
- dass noch immer sehr viele Personen, die in wichtigen Gremien einsitzen und entscheiden, unsere beruflichen Kompetenzen nicht kennen. Hier braucht es noch intensive Öffentlichkeitsarbeit.

Wie lange waren Sie Präsidentin, und was war Ihre Motivation für dieses Amt?

Ich gebe mein Amt nach fünf Jahren ab. Motiviert hatte mich damals die Chance, aktiv meine Ideen umsetzen zu können. Für einen Verband ist es unabdingbar, langfristig zu denken und überzeugend zu wirken. Ich hatte klare Vorstellungen in den Bereichen Verbandsführung und Zusammenarbeit mit anderen Verbänden sowie Weiterbildung und Stellung unseres Berufes im Gesundheitswesen. Es sind Bereiche, die immer in Bewegung bleiben werden. Wichtig ist zum Wohl des Verbandes und der Mitglieder, Veränderungen rechtzeitig zu erkennen und die Weichen entsprechend umzustellen. Das war eine Herausforderung, die ich mir nicht entgehen lassen wollte.

Wer wird Ihre Nachfolgerin und ist diese bereits ins Leitungsgremium eingeführt?

Zur Verfügung stellt sich Frau Brigitte Schoeneich. Sie ist zusammen mit Eva Lädach und mir seit fünf Jahren im Vorstand tätig. Gemeinsam haben wir viele erreicht. Möglich war dies nur, weil wir, d.h. der Vorstand, die Vorstellungen zu unserem Beruf und der Verbandsführung

teilen. Die Wahl von Brigitte Schoeneich bürgt für Kontinuität.

Es würde mich freuen, wenn sie das Amt übernehmen könnte, entscheiden können die Delegierten anlässlich der DV in St. Gallen.

Frau Hüsler, ich danke für das Gespräch. ■

halb der folgenden 8 Monate distalisiert werden.

Dies erlaubt die Auflösung eines Engstandes im Oberkiefer bei Kl. II-Fällen ohne Extraktionen, ohne extraorale Kräfte und ohne Protrusion der Frontzähne.

Die Autoren berichten über sieben erfolgreich mit dieser Methode behandelte Patienten.

Elisabeth Schmid-Meier, Zürich

ZEITSCHRIFT



Chirurgie

Kärcher H, Byloff F K, Clar E:

The Graz implant supported pendulum, a technical note

J Cranio-Maxfac Surg 30: 87–90 (2002)

Bei diesem neuen palatinalen «Implantat» handelt es sich um zwei Pins (9 mm

lang) fixiert auf einer Titanplatte, die mit vier 5mm Minischrauben im harten Gaumen regio 14/24 in der Mittellinie befestigt wird. Eine Woche nach Einsetzen des «Implantates» wird eine Platte angefertigt, die teleskopartig von den Pins in Position gehalten wird. Mit Hilfe der an dieser Platte befestigten aktivierten Federn können die oberen Molaren inner-



Impressum

Titel / Titre de la publication

Angabe in Literaturverzeichnissen: Schweiz Monatsschr Zahnmed
Innerhalb der Zeitschrift: SMZ

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 031 310 20 88, Telefax 031 310 20 82
E-Mail-Adresse: info@sso.ch

Redaktion «Forschung · Wissenschaft» / Rédaction «Recherche · Science»

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 Belser, Genève; 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. Adrian Lussi, Bern; Dr. Felix Meier, Zürich; Thomas Vauthier, Basel

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 SMZ 1/2003, S. 59 (Forschung · Wissenschaft S. 27–32) aufgeführt.

Les instructions pour les auteurs de la RMSO se trouvent dans le N° 1/2003, p. 61.
Instructions to authors see SMZ 1/2003, p. 64.

Herausgeber / Editeur

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Präsident / Président: Antoine Zimmer, méd.-dent., Lausanne

Sekretär: Dr. iur. Alexander Weber, Münzgraben 2, 3000 Bern 7
Telefon 031 311 76 28 / Telefax 031 311 74 70

Inseratenverwaltung

Service de la publicité et des annonces

Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin
Förlibuckstrasse 70, Postfach 3374, CH-8021 Zürich
Telefon 043 444 51 04, Telefax 043 444 51 01

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, Wölflistrasse 1, Postfach 8326, 3001 Bern

Abonnementsverwaltung / Service des abonnements

Stämpfli AG, Postfach 8326, 3001 Bern, Tel. 031 300 63 44

Abonnementspreise / Prix des abonnements

Schweiz / Suisse: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 276.50*

Studentenabonnement / Abonnement pour étudiants Fr. 63.50*

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 32.75*

* inkl. 2,4% MWSt / 2,4% TVA incluse

Europa / Europe: pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros) Fr. 290.–

Einzelnummer / Numéro isolé Fr. 32.–

+ Versand und Porti

Ausserhalb Europa / Outre-mer:

pro Jahr (12 Ausgaben) / par année (12 numéros)

Fr. 310.–

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