Entgelt bezahlt · Pressebuch International 64494

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Austrian Edition

No. 4/2018 · 15. Jahrgang · Wien, 9. Mai 2018 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €

ANZEIGE
paro® SWISS
paro® - SWISS SPECIALIZED DENTAL CARE
profimed.at

CMD-Kieler-Konzept dgT

Die Vorgehensweise ist eine diagnostikgesteuerte Therapie, die den beschwerde- und therapierelevanten Befund der Erkrankung in den Fokus der klinischen Arbeitsweise setzt. ▸ Seite 6f

Kinderzahnheilkunde

Vom 19. bis 21. April 2018 trafen sich Zahnärzte und Assistentinnen zum 7. Frühjahrssymposium der Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (ÖGK) in Salzburg. ▸ Seite 9

Sedimentationsabscheider

Beim 1988 gegründeten Unternehmen METASYS steht von Anbeginn an die Vision, Gewässerschutz mit modernen Technologien für den dentalen Bereich zu verknüpfen, im Fokus. ▸ Seite 15

Fast eine Milliarde Euro zahlen Österreicher für Zahnarztleistungen

Über 50 Prozent der zahnmedizinischen Leistungen bezahlen die Österreicher aus eigener Tasche.

WIEN – Den Umfang an Eigenleistungen zeigt der am 20. April 2018 veröffentlichte Rechnungshofbericht über die Versorgung im Bereich der Zahnmedizin. Der Rechnungshof stellte außerdem fest: Der Leistungskatalog der Versicherungsträger ist veraltet, es gibt keinen Überblick über die erbrachten Leistungen und Gesundheitsziele fehlen.

1,815 Milliarden Euro wurden 2014 insgesamt für zahnärztliche Leistungen ausgegeben. Der Rechnungshof analysierte die Einkommenssteuerdaten der Zahnärzte und fand heraus: 926,10 Millionen Euro bezahlten die Österreicher für private Zahnarztleistungen. Etwas weniger als die Hälfte der Gesamtausgaben, nämlich 888,6 Millionen Euro, entfiel im Jahr 2014 auf die öffentliche Hand.

© Rechnungshof/Achim Bieniek

Der Rechnungshof überprüft im Dienste der gewählten Repräsentanten der Bürger im Rahmen seiner verfassungsrechtlich verankerten Unabhängigkeit, ob die durch die Budgets zur Verfügung gestellten Mittel sparsam, wirtschaftlich und zweckmäßig eingesetzt werden.

Überalterte Gesamtverträge für Zahnmedizin aus 1956

Welche zahnmedizinischen Leistungen in Österreich von den Versicherungsträgern bezahlt werden, hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger im Jahr 1956 festgelegt. Zu geringfügigen Aktualisierungen kam es in den Jahren 1972 und 1992. Beratung, Vorsorge und Prophylaxeleistungen sind nur in sehr geringem Umfang vorgesehen. Neuere technische Entwicklungen bleiben unberücksichtigt. 2005 hat der Hauptverband ein neues Konzept für den Bereich der Zahnmedizin vorgelegt. Die Verhandlungen dazu scheiterten aber unter anderem wegen unterschiedlicher Interessenslagen. Ab 2013 setzten die Versicherungsträger auf kasseneigene Zahnambulatorien. Eine signifikante Verbesserung wurde dadurch nicht erreicht. Der Rechnungshof schätzt den Marktanteil der Zahnambulatorien für Privatleistungen im Jahr 2015 auf zwei Prozent.

Keine Gesundheitsziele im Zahnbereich

Trotz Empfehlungen der WHO und dem in der Gesundheitsreform 2012 festgelegten Prinzip der Wirkungsorientierung gibt es keine Gesundheitsziele für den Zahnbereich. Außerdem mangelt es an grundlegenden Daten zu den Krankheitsbildern. Ein Überblick über die Summe der erbrachten Leistungen fehlt. Soweit Indikatoren gemessen werden konnten, zeigte sich, dass die Erreichung der WHO-Zielwerte für 2020 gefährdet erscheint.

80 Millionen Euro jährlich für „Gratiszahnspange"

Zur Einführung der „Gratiszahnspange" 2015 definierte der Gesetzgeber die Ansprüche der Versicherten neu. Er erteilte einen ausdrücklichen Auftrag für den Abschluss eines Gesamtvertrags, stellte zweckgewidmet zusätzliche Steuermittel von 80 Millionen Euro jährlich zur Verfügung und regelte eine Alternative für den Fall, dass kein Gesamtvertrag zustande käme, in Form von Einzelverträgen. Da die Bestimmungen der alten Zahnspangenregelung weiterbestanden, gab es allerdings Anpassungsbedarf. 2020 wollen die Träger die Auswirkungen der Gratiszahnspange auf die Zahngesundheit evaluieren.

Empfehlungen des Rechnungshofs

Der Rechnungshof empfiehlt, Zahngesundheits- und Versorgungsziele zu definieren, die Ergebnisse systematisch zu messen sowie den Leistungskatalog zu aktualisieren und stärker auf Prophylaxe auszurichten.

Von essenzieller Bedeutung ist, ob zeitnah der Abschluss eines modernen Gesamtvertrags erfolgt beziehungsweise wie auf ein weiteres Scheitern reagiert werden kann.

Gemeinsam mit Spanien ist Österreich das einzige europäische Land, das keine Fachzahnärzte für Kieferorthopädie ausbildet. Der Rechnungshof empfiehlt, die Einführung einer solchen Ausbildung zu prüfen. DT

Quelle: Rechnungshof

BM Hartinger-Klein: ELGA-Daten sind sicher!

Entschließungsantrag zu den ELGA-Datenschutzbestimmungen im Nationalrat beschlossen.

WIEN – Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) Mag. Beate Hartinger-Klein sieht den Balanceakt zwischen umfassendem Datenschutz und medizinischer Forschung im Rahmen der Big Data-Analysen als gelungen: „Mit dem Entschließungsantrag haben wir eine für alle Seiten gute und tragbare Entscheidung erzielt. Die Patientendaten sind weiterhin gesichert, und die Wissenschaft kann unter ganz bestimmten, klar geregelten Kriterien auf anonymisierte Daten zugreifen. Durch die Verwendung von Registerdaten können wichtige Rückschlüsse und Forschungen vor allem zu chronischen Erkrankungen gezogen werden."

© Sozialministerium/Zinner, Johannes Zinner

ELGA-Daten werden nur unter bestimmten Rahmenbedingungen freigegeben. Standesvertretungen wie die Ärztekammern oder Fachgesellschaften müssen prüfen, ob ein wissenschaftliches Interesse an der aggregierten und anonymisierten Datenfreigabe vorliegt. Wird das Forschungsinteresse bestätigt, ist die Genehmigung einer Ethikkommission für das jeweilige Forschungsprojekt erforderlich. Diese Ethikkommission soll künftig beim BMASGK oder an medizinischen Fakultäten angesiedelt sein. Dieses Prozedere stellt sicher, dass hochsensible Patientendaten optimal geschützt bleiben und gleichzeitig die wissenschaftliche Forschung über Datenaggregationen und Registerdaten ermöglicht wird. DT

Quelle: BMASGK

ANZEIGE

HENRY SCHEIN® DENTAL

WIR ARBEITEN AM LÄCHELN ÖSTERREICHS!

Optimieren Sie Ihr Hygienemanagement für eine erfolgreiche Zukunft!

DOCMA - EIN PROGRAMM VOLLER MÖGLICHKEITEN!

- **Lückenlos dokumentierte Hygieneabläufe** bzw. Aufbereitungsprozesse
- **Rechtssicherheit mit beweiskräftiger Dokumentation**
- **Papierloses Arbeiten**
- **Optimale Lagerverwaltung**
- **Patientendatenübernahme**

Service-Hotline: 05 / 9992 - 1111
KFo-Hotline: 05/ 9992- 2244
Pro Repair-Hotline: 05 / 9992 - 5555
Einrichtungs-Hotline: 05 / 9992 - 3333
Material-Hotline: 05 / 9992 - 2222
Hygiene-Hotline: 05 / 9992 - 3333
CAD/CAM-Hotline: 05 / 9992 - 8888
info@henryschein.at
www.henryschein.at

Klagenfurter Zahnarzt: Berufsverbote bleiben bestehen

Das Landesverwaltungsgericht bestätigt Verbot des Landes Kärnten.

KLAGENFURT – Die Berufsverbote des Kärntner Zahnarztes, gegen den mehr als 100 Beschwerden wegen überhöhter Rechnungen und Fehlbehandlungen vorliegen, bleiben bestehen, wie das Landesverwaltungsgericht beschlossen hat.

Mehrere Anzeigen wegen Körperverletzung und Betrug veranlassten im vergangenen September das Land Kärnten dazu, dem Klagenfurter Zahnarzt ein Berufsverbot zu verhängen. Der Bewilligungsentzug galt zunächst nur für eines seiner Fachgebiete, die Zahnheilkunde, sodass er zunächst als Kieferchirurg weiter praktizierte. Kurz darauf wurde das Verbot ausgeweitet – die Praxis musste schließen.

Der Kärntner Zahnarzt bestreitet öffentlich sämtliche Vorwürfe ungerechtfertigter Honorare und unsachgemäßer Behandlungen, initiierte eine Unterschriftensammlung und legte schließlich Einspruch gegen die Berufsverbote ein. Ende März wurde der Fall vor dem Landesverwaltungsgericht verhandelt.

Nun ist das Urteil schriftlich eingegangen, wie das ORF berichtet. Der Zahnarzt darf auch zukünftig weder zahnmedizinische Behandlungen durchführen noch als Kieferchirurg praktizieren. Die einzige Option für den Mediziner, das Berufsverbot aufzuheben, ist eine außerordentliche Revision am Verwaltungsgerichtshof.

Ob und wann die Anzeigen der Patienten und Kassen vor Gericht behandelt werden, ist derzeit nicht bekannt. Die Staatsanwaltschaft Graz führt ihre Ermittlungen fort. DT

Quelle: ZWP online

ANZEIGE

calaject.de

„schmerzarm+komfortabel“

Editorische Notiz
(Schreibweise männlich/weiblich)

Wir bitten um Verständnis, dass – aus Gründen der Lesbarkeit – auf eine durchgängige Nennung der männlichen und weiblichen Bezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf Männer und Frauen.

Die Redaktion

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig, Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji)
V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Majang Hartwig-Kramer (mhk)
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Redaktion
Katja Mannteufel (km)
k.mannteufel@oemus-media.de

Anzeigenverkauf Verkaufsleitung
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
hiller@oemus-media.de

Projektmanagement/Vertrieb
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Layout/Satz
Matthias Abicht
abicht@oemus-media.de

Lektorat
Ann-Katrin Paulick
Marion Herner

Erscheinungsweise
Dental Tribune Austrian Edition erscheint 2018 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 9 vom 1.1.2018.
Es gelten die AGB.

Druckerei
Dierichs Druck+Media GmbH, Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Deutschland

Verlags- und Urheberrecht
Dental Tribune Austrian Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig, Deutschland.

Füllung von der DH – 28er vom Zahntechniker

Statement von Jürgen Pischel*, Krems.

KREMS – Nun ist es amtlich: Die Dentalhygienikerin in Holland soll schrittweise – in Rückbesinnung auf frühere Zeiten – zur „Dentistin“ aufgewertet werden. Die Ausweitung des DH-Tätigkeitsbereiches von der Prävention hin zur zahnärztlichen Therapie ist für den niederländischen Gesundheitsminister nur eine logische Folge des Ausbildungsplans für einen Dentalhygieniker an niederländischen Fachhochschulen.

In über 4.500 UE werden in sechs bis acht Semestern auch klassische zahnmedizinische Befähigungen mit dem Bachelor Dentalhygiene vermittelt. Die DHs sollen künftig auch Füllungen legen können, Diagnosen erstellen, Sedierungen durchführen und andere „einfachere Aufgaben“ bis hin zur Behandlung von einwurzeligen endodontischen Fällen bewältigen. Ein detaillierter Leistungskatalog wird bis 2020 erlassen und soll dann in einer fünfjährigen Testphase geprüft werden. Der Minister verfolgt mit dem Experiment das Ziel, „Zahnärzte in ihrem komplexen Verantwortungsbereich zu entlasten“.

Besonders befähigte DHs könnten den Zahnärztemangel in Holland überwinden helfen und so eine „optimale zahnärztliche Versorgung“ sicherstellen. Welch ein Anspruch!

In Österreich gibt es noch keinen DH-Status im Berufsrecht, was auch Auswirkungen auf Verhandlungsmöglichkeiten der Einführung als akademische DH in die Praxis hat.

Eine Entwicklung, die viele Gefahren für einen akademischen Zahnarzt in Europa mit sich bringt. Der Ruf, mit Ausweitung des DH-Leistungskatalogs könnte die zahnmedizinische universitäre Ausbildung auf FH-Fachhochschulstatus zurückgeschraubt, ja vielleicht nur noch als besonderes wissenschaftliches Doktoratsstudium an der Universität aufbauend auf der FH-Ausbildung geführt werden. Und die Gebührenordnungen für einzelne Leistungsbereiche werden, sofern sie von wissenschaftlichem Hilfspersonal – DHs – geleistet werden, unweigerlich nach unten hin angepasst werden.

Holland ist weit weg, da ist alles anders. In Deutschland und Österreich haben wir strenge Einsatzregeln für die DHs, immer unter der Delegation von Verantwortung – genau in Kammererlassen bestimmt – und unter Aufsicht des Zahnarztes. Vorsicht: Europa ist Türöffner für viele berufsrechtliche Ansprüche zu deren Umsetzung. Die Sozialversicherung hat auch in Österreich immer ein offenes Ohr für Wege hin zu Spartarifen.

Im Feld der Zahntechnik gibt es ähnliche Entwicklungen in Europa. In Holland zum Beispiel ist die Zahntechnik nicht nur in den technischen Fachbereichen, sondern auch in den zahnmedizinischen Grundlagen, Gegenstand von Fachhochschulstudien. Der Zahntechniker darf z.B. eine 28er beim Patienten „abdrücken“, „planen“ und nach Laborfertigstellung auch „eingliedern“. In Deutschland und auch in Österreich ist über EU-Regelungen der Zahntechnikermeister dem Bachelor im Ausbildungsstatus gleichgestellt. Darauf aufbauend kann ein wissenschaftliches Masterstudium, z.B. zum akademischen Zahntechniker, an einer Fachhochschule absolviert werden. Dies natürlich alles mit den klaren berufspolitischen Zielsetzungen verbunden, bestimmte einfachere zahnmedizinische Versorgungsformen selbstständig beim Patienten planen und eingliedern, natürlich auch umfassend direkt mit dem Patienten abrechnen zu können.

Eines zeigen die beschriebenen Entwicklungen deutlich: Der Zahnarzt muss weg vom Image des akademischen Handwerkers, hin zum Anspruch der Sicherung von Qualität in Gesamtverantwortung für die Gesundheit der Menschen. Der Arzt im Zahnarzt ist die Zukunft! DT

** Publizist für Themen Gesundheit/Medizin*

Neuer Kollektivvertrag für Praxisangestellte tritt in Kraft

Seit dem 1. April 2018 gelten neue Regelungen.

WIEN – Der bestehende Kollektivvertrag für Angestellte von Zahnärzten wird durch eine überarbeitete Version abgelöst. Der durch die Österreichische Zahnärztekammer und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund vereinbarte Vertrag trat am 1. April 2018 in Kraft.

Der Kollektivvertrag regelt sämtliche Rechte und Pflichten, die für das Arbeitsverhältnis zwischen Zahnärzten und Angestellten von Belang sind. Er richtet sich damit an ZFA und Auszubildende des Berufs, an Zahntechnikermeister und -gesellen sowie Prophylaxeassistentinnen. Neben Arbeits- und Urlaubszeiten sind in dem Vertrag unter anderem Entlohnung, Gefahrenzulage und Kündigung festgelegt.

Der vollständige Kollektivvertrag für Angestellte von Zahnärzten kann unter *http://wr.zahnaerztekammer.at/assistentinnen/kollektivvertrag/* eingesehen werden. DT

Quelle: ZWP online

§ 18 Entlohnung

Die Auszahlung des Monatsgehaltes erfolgt mit Monatsende. Fällt der letzte Tag eines Monats auf einen arbeitsfreien Tag, so erfolgt die Auszahlung am Tage vorher. Die monatlichen Mindestgehälter **inkl Gefahrenzulage** betragen:

Ab 1. 4. 2018

a) Für zahnärztliche Assistentinnen:
soweit sie die Ausbildung gem § 8 dieses Kollektivvertrages bzw §§ 81 ff ZÄG positiv absolviert haben (§ 77 Abs 2 ZÄG kommt sinngemäß zur Anwendung)

	Euro		
im 1. und 2. Berufsjahr	1.310,–	+ 90,–	**= 1.400,–**
im 3. und 4. Berufsjahr	1.325,–	+ 90,–	**= 1.415,–**
im 5. und 6. Berufsjahr	1.340,–	+ 90,–	**= 1.430,–**
im 7. und 8. Berufsjahr	1.384,–	+ 90,–	**= 1.474,–**
im 9. und 10. Berufsjahr	1.437,–	+ 90,–	**= 1.527,–**
im 11 . und 12. Berufsjahr	1.481,–	+ 90,–	**= 1.571,–**
im 13. und 14. Berufsjahr	1.534,–	+ 90,–	**= 1.624,–**
im 15. und 16. Berufsjahr	1.587,–	+ 90,–	**= 1.677,–**
im 17. und 18. Berufsjahr	1.638,–	+ 90,–	**= 1.728,–**

b) Für Zahntechnikergesellen:

	Euro		
im 1. und 2. Berufsjahr	1.310,–	+ 90,–	**= 1.400,–**

c) Für Zahntechnikermeister:

	Euro		
im 1. Berufsjahr	1.662,–	+ 90,–	**= 1.712,–**
im 2. und jedem weiteren Berufsjahr	1.786,–	+ 90,–	**= 1.876,–**

Ab 1. 4. 2019

a) Für zahnärztliche Assistentinnen:
soweit sie die Ausbildung gem § 8 dieses Kollektivvertrages bzw §§ 81 ff ZÄG positiv absolviert haben (§ 77 Abs 2 ZÄG kommt sinngemäß zur Anwendung)

	Euro		
im 1. und 2. Berufsjahr	1.380,–	+ 120,–	**= 1.500,–**
im 3. und 4. Berufsjahr	1.396,–	+ 120,–	**= 1.516,–**
im 5. und 6. Berufsjahr	1.412,–	+ 120,–	**= 1.532,–**
im 7. und 8. Berufsjahr	1.460,–	+ 120,–	**= 1.580,–**
im 9. und 10. Berufsjahr	1.516,–	+ 120,–	**= 1.636,–**
im 11 . und 12. Berufsjahr	1.563,–	+ 120,–	**= 1.683,–**
im 13. und 14. Berufsjahr	1.620,–	+ 120,–	**= 1.740,–**
im 15. und 16. Berufsjahr	1.677,–	+ 120,–	**= 1.797,–**
im 17. und 18. Berufsjahr	1.732,–	+ 120,–	**= 1.852,–**

b) Für Zahntechnikergesellen:

	Euro		
im 1. und 2. Berufsjahr	1.380,–	+ 120,–	**= 1.500,–**

Straumann® Digital Solutions

Trios® 3 Intraoral Scanner
Jedes Detail aufnehmen

PATIENTEN-KOMFORT
Schnell und präzise erstellte Abformungen in naturgetreuen Farben

EFFIZIENT
Zeitersparnis und mehr Behandlungen

PRÄZISION
Digitale Präzision und Vermeidung manueller Fehler

straumann
simply doing more

Weltgesundheitstag 2018 – Gesundheit für alle

Trotz flächendeckender Gesundheitsversorgung in Österreich besteht Verbesserungspotenzial.

WIEN – Anlässlich des Weltgesundheitstags 2018 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammen mit der Weltbank einen Bericht, wonach über die Hälfte der Weltbevölkerung keinen umfassenden Zugang zu essenziellen Gesundheitsdienstleistungen hat. Im Gegensatz dazu profitiert die österreichische Bevölkerung von einem qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Gesundheitssystem mit niederschwelligem Zugang. Wer in Österreich krank wird, hat es in der Regel nicht schwer, medizinische Hilfe zu finden. Es stehen zahlreiche qualitativ hochwertige ambulante und stationäre Behandlungs- und Betreuungsangebote zur Verfügung. Die Kosten dafür werden meist von den Krankenversicherungen übernommen.

Österreicher zufrieden mit medizinischer Versorgung

Die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung sowohl mit der stationären als auch mit der ambulanten, niedergelassenen Versorgung ist überaus hoch. Mit dem Besuch in der Arztpraxis sind rund 81 Prozent der Befragten zufrieden, mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung im Krankenhaus mehr als 70 Prozent.

Demgegenüber ist der Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Bedarf an medizinscher Untersuchung oder Behandlung in Österreich mit einer Rate von 0,2 Prozent sehr gering. Dies spricht dafür, dass in Österreich für alle gesellschaftlichen Schichten ein relativ ausgewogener Zugang zum Gesundheitssystem besteht.[1]

Barrieren auch in Österreich

Dennoch gibt es auch in Österreich Verbesserungspotenzial, wenn es darum geht, das Ziel der WHO „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert" zu erreichen. Auch wenn fast alle Menschen in Österreich krankenversichert sind, so ist der Zugang zum Gesundheitssystem doch nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich einfach.

Das BMASGK setzt sich für einen niederschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem ein, sehe aber, dass es für manche Menschen größere Barrieren gebe als für andere. Dies betreffe zum Beispiel ältere Personen und Menschen mit Migrationshintergrund. Es seien physische und psychische, aber auch sprachliche und kulturelle Faktoren, die hier ein Hindernis darstellen.

Deshalb sei es wichtig, das Gesundheitssystem dahingehend weiterzuentwickeln, dass es den Bedürfnissen sog. vulnerabler Gruppen noch besser gerecht wird und niemand zurückgelassen wird.

ÖPGK für faire Gesundheitschancen

Ein Ansatz, wie das gelingen kann, ist die Förderung eines kompetenten Gesundheitssystems. Dieses soll es allen gleich leicht macht, sich darin zurechtzufinden und die benötigten Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Ein Gesundheitssystem, das nicht nach Krankheiten, sondern nach den Erfordernissen der Menschen strukturiert ist. Dieses Ziel wird u. a. von der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) verfolgt.

Faire Gesundheitschancen für alle – unabhängig von Alter, Einkommen, Geschlecht und Gesundheitszustand – sind ein Grundprinzip und nehmen einen zentralen Platz unter den Gesundheitszielen Österreichs ein. Diese geben bis 2032 den Rahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in Österreich vor und fußen auf der Gesundheit 2020-Strategie für die WHO-Euroregion.

Geplante Maßnahmen des BMASGK

Auf dem österreichischen Weg zur „Gesundheit für alle" sollen unter anderem Prävention und Gesundheitsförderung forciert werden. Ferner strebt die Regierung eine Primärversorgung an, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Die Hausärzte sollen zudem gestärkt werden, ebenso die generelle Gesundheitsversorgung vor Ort. Geplant ist auch eine integrierte Versorgung bei chronisch Kranken. Der flächendeckende Ausbau der telefon- und webbasierten Erstversorgung steht ebenfalls auf der Agenda. DT

[1] Zielsteuerung Gesundheit – Outcome-Messung im Gesundheitswesen, 2017.

Quelle: BMASGK

Budgetkürzungen führen zu Leistungseinschränkungen

AUVA: Kahlschlag in der unfallchirurgischen Versorgung droht.

WIEN – Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) ist mit ihren Spitälern und Services eine der am besten funktionierenden Institutionen in Österreich. Doch die hervorragende Unfallversorgung wird aufgrund der Pläne der Regierung leichtfertig aufs Spiel gesetzt. Grundsätzlich zu hinterfragen ist die im Regierungsprogramm geforderte halbe Milliarde Euro an Einsparungen. Hier fehlt es an Konzepten, da sowohl Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein als auch Vizekanzler Heinz-Christian Strache offenbar die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nicht schließen wollen, wie sie öffentlich versichert haben.

© Ärztekammer für Wien/Stefan Seelig

Pressekonferenz der Ärztekammer für Wien: Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Ärztekammer für Wien, und ao. Univ. Prof. Dr. Christian Fialka, Ärztlicher Leiter des AUVA-Unfallkrankenhauses Meidling (v. l.).

Weniger Leistungen

Doch Budgetkürzungen führen unweigerlich zu Leistungseinschränkungen. Der Wunsch nach niedrigeren Beiträgen könnte daher nach hinten losgehen: Die 500 geforderten Einsparungs-Euromillionen sind genau der Betrag, um den es bei der angekündigten Senkung der Arbeitgeberbeiträge für die Unfallversicherung von 1,3 Prozent auf 0,8 Prozent geht. Würde die AUVA zerschlagen und somit die Unfallversicherung die Kosten der Behandlung und Nachbehandlung von Arbeitsunfällen nicht mehr decken, könnten Arbeitsunfallopfer diese Kosten zukünftig bei ihren Arbeitgebern einklagen. Bei Auflösung der AUVA müssten andere Träger die Unfallspitäler und Rehabilitationseinrichtungen übernehmen. Die Finanzierung müsste dann durch Länder und/oder Krankenkassen erfolgen, was eine Verschiebung der Kosten zu den Versicherten beziehungsweise den Steuerzahlern bedeuten würde.

Konstruktive Reformen nötig

Ein lösungsorientiertes Gespräch zwischen dem AUVA-Obmann und der Gesundheitsministerin Mitte April hat die Diskussion über die Zukunft der AUVA wieder in friedlichere Bahnen gelenkt. Das ist auch dringend notwendig, denn es braucht konstruktive Reformpläne, damit man die ausgezeichnete Unfallversorgung in Österreich nicht gegen die Wand fährt. DT

Quelle: Ärztekammer für Wien

ANZEIGE

Wartungsfreie zentrale Amalgamabscheider

ECO II und ECO II Tandem

für Nassabsaugung mit Sedimentationsabscheidung:

- Einfache, rasche Installation
- Ideal zur Nachrüstung zu bestehenden Saugsystemen
- Höchste Zuverlässigkeit
- Keine elektronischen Bauteile

METASYS

info@metasys.com | www.metasys.com

So können Zahnärzte auch für den Pflegefall privat vorsorgen

Mitglieder der LZÄK für Niederösterreich können zwischen zwei Varianten wählen.

ST. PÖLTEN – Ab sofort steht den Mitgliedern der Landeszahnärztekammer für Niederösterreich eine neue Gruppenversicherung für den Pflegefall zur Verfügung. Zu dieser Gruppenlösung ist ein individueller Beitritt möglich, und zwar vom Kammermitglied, dem Lebens- oder Ehepartner sowie den jeweiligen Kindern und Eltern. So können Zahnärzte auch für den Pflegefall privat vorsorgen, wie sie es aus der Kranken-Selbstversicherung gewohnt sind. Mit dem Unterschied, dass es im Pflegebereich in Österreich für niemanden ein öffentliches Vorsorgesystem à la e-card als Basisabsicherung gibt, sondern lediglich Förderungen mit individueller Sozialprüfung existieren.

Zwei Varianten zur Auswahl

Ausgangspunkt für die neue Pflege-Gruppenversicherung sind daher reale Marktkosten, die aktuell mit der Pflege einer Person in Österreich verbunden sind. Diese sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich grundsätzlich selbst zu tragen. Für den einzelnen Zahnarzt stellt sich daher die zentrale Frage, ob er zukünftig, nach Abschaffung des Pflege-Vermögensregresses, von ausreichenden Mitteln im Fördersystem ausgeht, dass er aufgrund seiner Einkommens- und Vermögenssituation im Pflegefall in den Genuss einer Förderung kommen kann.

Falls die Kosten im Pflegefall ganz oder großteils selbst zu bestreiten sind, erweisen sich die Ausgaben als erheblich. Stationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung kommt demgemäß auf wenigstens etwa 7.000 Euro und ambulante (oder „häusliche") Pflege auf knapp 3.000 bis zu 5.000 Euro pro Monat, jeweils am Bedarf der höchsten Pflegestufen berechnet. Dem stehen staatlicherseits aber sicher nur knapp 1.700 Euro pro Monat als staatliches Pflegegeld in der höchsten Pflegestufe gegenüber.

Für die Absicherung des Delta werden dementsprechend zwei Varianten zur individuellen Auswahl pro Person angeboten: „Plus" zielt vorrangig auf die Abdeckung der ambulanten Pflegekosten ab, im stationären Bereich besteht dadurch lediglich eine Grunddeckung. „Deluxe" mit ausreichender Höhe der Versicherungsleistung dient auch der Abdeckung von stationären Pflegekosten.

Leistung ab Pflegestufe 3

Die neue Pflege-Gruppenlösung baut grundsätzlich auf dem etablierten System des staatlichen Pflegegelds auf. Wird das staatliche Pflegegeldsystem in Zukunft gravierend geändert oder sogar abgeschafft, sind die heute bekannten Pflegestufen im Gruppenvertrag garantiert. Ab Stufe 3 wird im Gruppenvertrag eine Leistung vorgesehen. Von größter Wichtigkeit für den Fall lang andauernder Pflege ist zudem die vorgesehene Wertsicherung in Höhe von zwei Prozent in der „Leistungsphase" – eine in Österreich derzeit einzigartige Lösung.

Aufgrund des besonderen, eigens entwickelten Ausschreibungsverfahrens konnten gleich drei Versicherungsunternehmen (S-Versicherung, Generali, Wiener Städtische) für das neue Pflege-Vorsorgemodell gewonnen werden. Damit ist sichergestellt, dass jeder Zahnarzt für sich und seine Familie die passende Vorsorge zu bestmöglichen Konditionen erhält. DT

Quelle: LZÄK für Niederösterreich

Zahnmedizin Innsbruck sucht dringend Behandlungsstühle

Räumliche Kapazitäten für alle Studierenden nicht ausreichend.

INNSBRUCK – Die Studienplätze für Zahnmedizin an österreichischen Unis sind äußerst begehrt. Doch ein gesicherter Studienplatz an der Universität Innsbruck scheint nicht die Garantie auf einen Platz im zahnmedizinisch-praktischen Teil der Ausbildung zu sein.

Das Zahnmedizinstudium, bestehend aus drei Studienabschnitten, sieht ab dem siebten Semester das praxisnahe, spezifisch-zahnmedizinische Studium vor. Dieses beinhaltet an der Medizinischen Universität Innsbruck eine 72-wöchige praktische Ausbildung an Patienten, die unter fachlicher Anleitung an den Universitätskliniken stattfinden soll. Soweit die Theorie.

Nach aktuellem Stand existieren jedoch, wie die Tiroler Tageszeitung Online berichtet, für den dritten Studienabschnitt scheinbar gar nicht genügend räumliche Kapazitäten für alle Studierenden. Die Universität stellt zwar 40 Studienplätze bereit, im dritten Studienabschnitt ist aber nur Platz für 25 Studenten. Es fehlt unter anderem an Behandlungsstühlen und Technikplätzen. Bereits zum nächsten Wintersemester wird zumindest eine Zwischenlösung benötigt. Langfristig gesehen wird jedoch ein Ausbau in irgendeiner Form unumgänglich sein, da 2019 die Quote für das Zahnmedizinstudium abgeschafft wird.

Die Universität führe bereits mit den Gebietskrankenkassen Gespräche über eine mögliche Zusammenarbeit. Kommt es zur Einigung, könnte der Praxisteil zukünftig auch in den Zahnambulatorien der Krankenkassen stattfinden. DT

Quelle: ZWP online

ANZEIGE

hypo-A
Premium Orthomolekularia

CAM Award 2013
Parodontitis-Studie mit Itis-Protect I-IV
aMMP-8 Laborparameter zur Entzündungshemmung

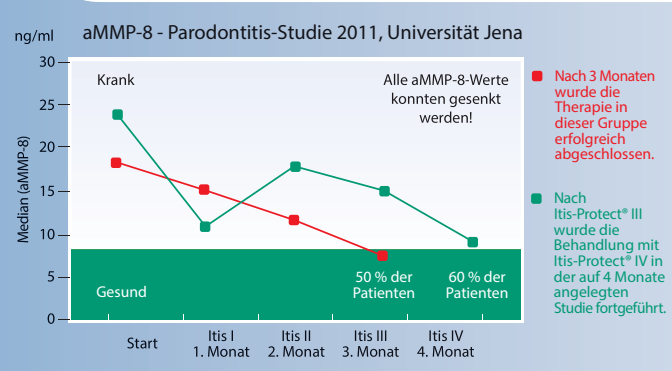
Optimieren Sie Ihre Parodontitis-Therapie!

55% Reduktion der Entzündungsaktivität in 4 Wochen!

60% entzündungsfrei in 4 Monaten
durch ergänzende bilanzierte Diät

Studien-geprüft!

Itis-Protect® I-IV
Zur diätetischen Behandlung von Parodontitis
• Stabilisiert orale Schleimhäute!
• Beschleunigt die Wundheilung!
• Schützt vor Implantatverlust!



Info-Anforderung für Fachkreise
Fax: +49 (0)451 30 41 79 oder E-Mail: info@hypo-a.de

Name / Vorname
Str. / Nr.
PLZ / Ort
Tel.
E-Mail
IT-DTA 4.2018

hypo-A GmbH, Kücknitzer Hauptstr. 53, D-23569 Lübeck
hypoallergene Nahrungsergänzung ohne Zusatzstoffe
www.hypo-a.de | info@hypo-a.de | Tel. +49 (0)451 307 21 21

shop.hypo-a.de

Dental Tribune · Austrian Edition · Nr. 4/2018

CMD-Kieler-Konzept diagnostikgesteuerte Therapie (dgT)

Die Vorgehensweise ist interdisziplinär. Von Prof. Dr. Helge Fischer-Brandies, Marc-Daniel Asche und Christian Wunderlich, Kiel, Deutschland.

Der vorliegende Artikel erklärt die Arbeitsstruktur des CMD-Kieler-Konzeptes. Das Konzept basiert auf einer interdisziplinären Diagnostik und Therapie der craniomandibulären Dysfunktion(CMD). Die Vorgehensweise ist eine diagnostikgesteuerte Therapie (dgT), die den beschwerde- und therapierelevanten Befund der Erkrankung in den Vordergrund der klinischen Arbeitsweise setzt. Der organspezifische Befund wird mittels Schiene und manueller Therapie behandelt. Die Rekonstruktion der Okklusion ist häufig für die Stabilisierung des Ergebnisses erforderlich. Das individuelle Optimum ist unabhängig von der strukturellen Schädigung der Kiefergelenke erreicht, wenn der Patient weitestgehend beschwerdefrei ist. Das Ergebnis wird langfristig über fallbezogene individuelle Therapiemaßnahmen stabilisiert. Die Belastung der Kiefergelenke wird dadurch auf ein physiologisches Niveau reduziert und angepasst.

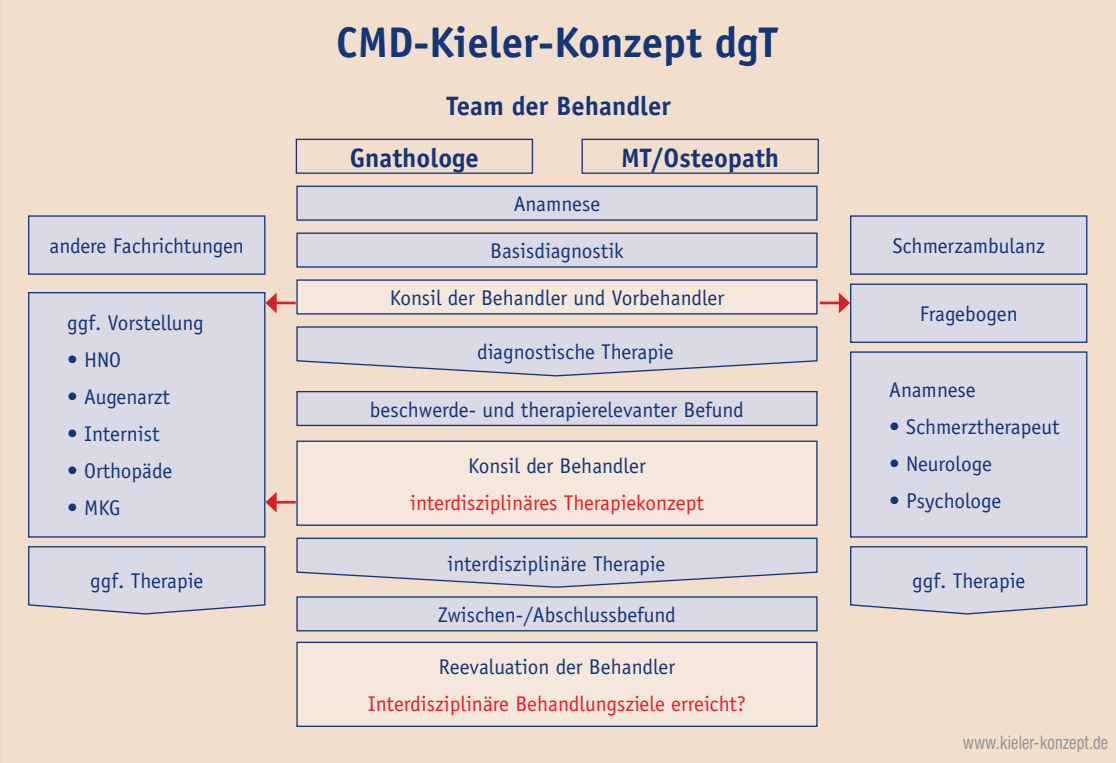


Abb. 1: Übersicht Kieler-Konzept dgT.

Einführung

Das CMD-Kieler-Konzept ist ein seit mehreren Jahren bestehendes Therapieschema für Patienten, die an einer CMD erkrankt sind. Die Vorgehensweise ist interdisziplinär und über eine diagnostikgesteuerte Therapie definiert.

Die CMD wird in den letzten Jahren zunehmend als komplexes Krankheitsbild erkannt. Ätiologisch und pathogenetisch werden okklusale und neuromuskuläre Störfaktoren diskutiert. Neurovegetative und psychoemotionale Komponente bilden nicht selten den biopsychosozialen Anteil des pathophysiologischen Geschehens. Die Beteiligung der Halswirbelsäule wird mittlerweile grundsätzlich in die klinische Argumentation einbezogen (de Laat et al. 1998, Clark et al. 1987). Eine einheitliche Diagnostik und Therapieleitlinie lässt sich aufgrund der Individualität des Symptomenkomplexes bislang nicht auf einem evidenzbasierten Level etablieren.

Ältere monokausale Therapieansätze können der Komplexität der Erkrankung oft nicht ausreichend gerecht werden. Ein für den Patienten erträgliches Ergebnis bleibt nicht selten unerreicht. Die Entstehung des CMD-Kieler-Konzeptes basiert auf der klinischen Erkenntnis, dass das Therapieresultat nicht unerheblich davon abhängt, wie gut ein interdisziplinäres Team von Behandlern eine diagnostikgesteuerte Behandlung durchführt und steuert. Das sog. Rumpfteam wird gebildet aus Gnathologe, Manualtherapeut und Osteopath. Das erweiterte Team besteht aus Kieferchirurg, Kieferorthopäde, Schmerztherapeut, Orthopäde, Neurologe, HNO-Arzt und gegebenenfalls einer medizinischen Vertrauensperson des Patienten, z. B. dem Hausarzt.

Methode

Die Untersuchung beginnt mit der Anamnese in Form eines freien Interviews. Ein standardisierter Fragebogen „CMD – ICF“ wird im Laufe der Untersuchung ergänzend angewandt. Die International Classification of Functioning (ICF) ist ein von der WHO entwickeltes Tool zur genauen Bestimmung und Codierung der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Das Kieler-Konzept verwendet eine für die CMD-Erkrankung angepasste Vorlage. Die international wie national üblichen Diagnostik-Tools für CMD stellen der Helkimo-Index und in jüngster Zeit verstärkt die Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD).

Die drei wesentlichen Diagnosegruppen sind myofasziale Schmerzen, Diskusverlagerungen mit und ohne Reposition bzw. Limitation der Kieferfunktion und die Erkrankungen des Kiefergelenks (Helkimo 1974, Dworkin et al. 1992). Die Anamnese umfasst von Beginn an nicht nur funktions- und strukturbezogene Fragen, sondern auch Personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren, die Aufschluss geben über biopsychosoziale Aspekte des Krankheitsgeschehens (WHO). Die Basisdiagnostik beinhaltet eine Untersuchung der Okklusion, die Kiefergelenk-Funktionsanalyse sowie die Diagnostik des neuromuskulären Systems.

Manuelle Therapie und Osteopathie

Die osteopathische und manualtherapeutische sowie gnathologische diagnostische Untersuchung bauen auf die bereits vorliegenden Befunde auf und ermöglicht eine effiziente interdisziplinäre Therapieplanung. Eine der wesentlichen Aufgaben der manuellen Therapie ist die Wiederherstellung der neuromuskulären Funktion zwischen der Funktionseinheit Kiefer und der Wirbelsäule, insbesondere der Halswirbelsäule (Schindler et al. 2007). Neuromuskuläre Fehlsteuerung begünstigt die Entstehung craniofazialer und myofazialer Schmerzen. Eine exakte Diagnostik ist eine grundlegende Voraussetzung, eine CMD-Erkrankung erfolgreich zu therapieren (Türp et al. 2006, Rammelsberg et al. 2003).

Kiefergelenk-MR

Ein MR-Kiefergelenk ist häufig eine notwendige Ergänzung der klinischen Diagnostik. Strukturelle Veränderungen der Kiefergelenke korrespondieren nicht immer mit der klinischen Symptomatik und werden bei der Kiefergelenk-Funktionsanalyse nicht oder nicht vollständig erkannt. So kann eine ventrale Diskusverlagerung oder eine fortgeschrittene Arthrose des Kondylus klinisch das dafür unspezifische Symptom Schmerz zeigen oder asymptomatisch bleiben. Technisch wird bei geschlossenem Mund eine T1- und bei offenem Mund eine T2-Gewichtung angefertigt.

Diagnostische CMD-Therapie

Der jetzt vorliegende organspezifische Befund wird zunächst mittels Schienentherapie und Osteopathie/manueller Therapie behandelt. Die Vorgehensweise benennt das Team als diagnostikgesteuerte Therapie, da sich aus der veränderten Symptomatik entscheidende diagnostische Erkenntnisse schöpfen lassen. In den ersten sechs Wochen der Behandlung entwickelt sich so der beschwerde- und therapierelevante Befund.

dgT-Pfad und interdisziplinäres Behandlungsziel

Der diagnostischen Therapie folgt die eigentliche CMD-Therapie. Entscheidend ist dabei die regelmäßige Reevaluation des Behandlungsverlaufs im Team gut aufeinander abgestimmter Behandler als Instrument der befundbezogenen Steuerung der Therapie. Klar definierte und mit dem Patienten gut kommunizierte Therapieziele werden als individuelles Optimum verstanden, welches sich an dem Schweregrad der Pathologie orientiert. Die durchschnittliche Behandlungsdauer kann bis zu sechs Monate dauern. Liegt ein konservativ nicht lösbares gelenkspezifisches Problem vor, können operative Maßnahmen am Kiefergelenk erwogen werden.

Neuromuskuläre Funktionsstörung und Chronifizierung

Im Falle einer verbleibenden neuromuskulären Funktionsstörung im craniofazialen Bereich wird die Behandlungsstrategie angepasst. Die Chronifizierung ist häufig Folge einer komplexen Veränderung im Nervensystem. Normale Stimuli führen zu einer verstärkten Reizaufnahme (Allodynie und Hyperalgesie). Neben der verstärkten Reizaufnahme verändert sich auch die Reizverarbeitung in der grauen Substanz des Rückenmarks. Die Folgen werden als „wind-up“-Phänomen beschrieben.

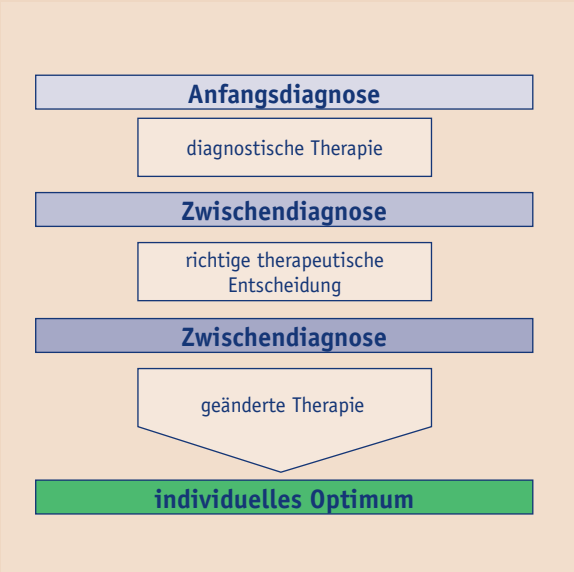


Abb. 2: Diagnostischer Pfad.

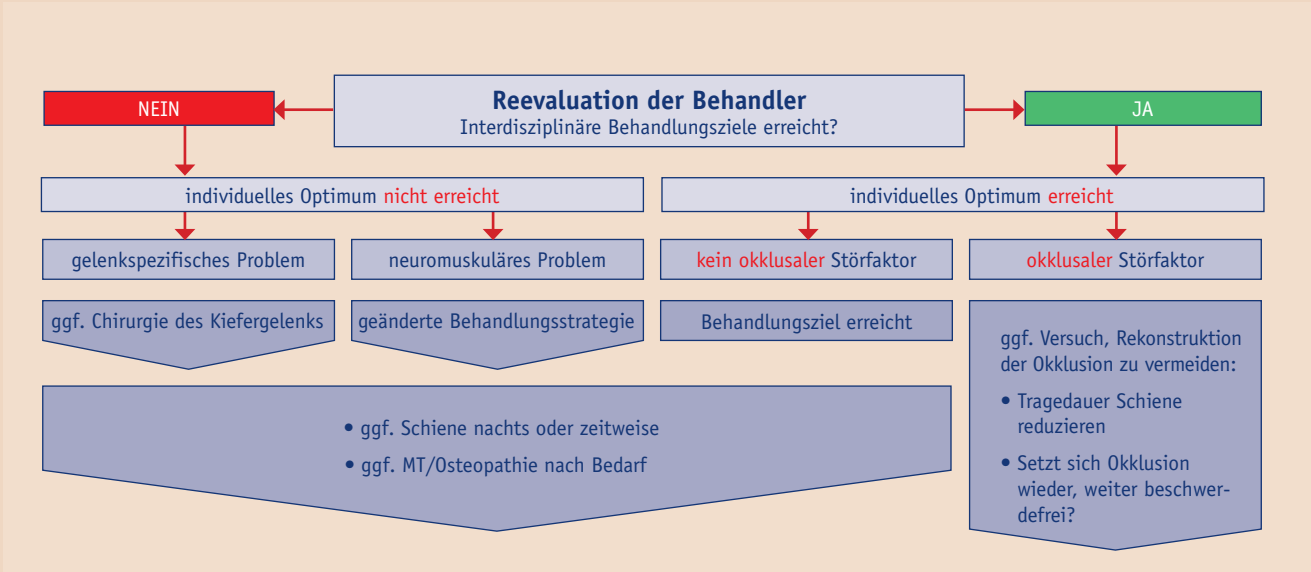


Abb. 3: Evaluation der Behandlungsziele.

Fortsetzung auf Seite 8 ➔

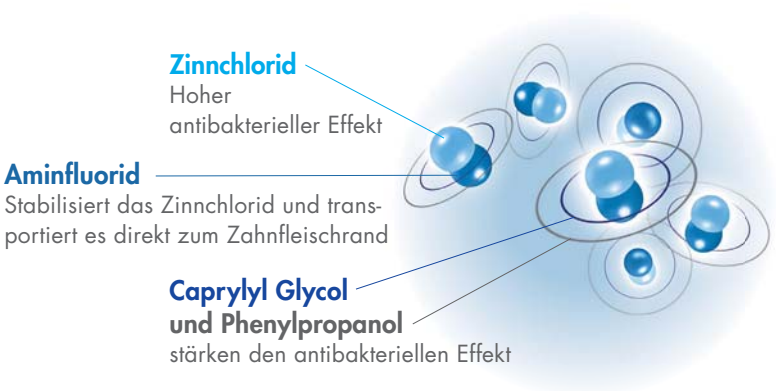
meridol® PARODONT EXPERT

BEI PARODONTITIS – FÖRDERN SIE DIE COMPLIANCE IHRER PATIENTEN DURCH EINE AKTIVE EMPFEHLUNG!

meridol® PARODONT EXPERT

Speziell entwickelt für Patienten mit einem erhöhten Parodontitis-Risiko.

- Höhere* Konzentration antibakterieller Inhaltsstoffe
- Gesteigerte Widerstandskraft des Zahnhalteapparates bei Parodontitis
- Einzigartiger Geschmack und ein spürbarer Effekt motivieren Patienten zur Compliance



SYMPOSIUM
08.-09. Juni. 2018 in Leipzig
Zukunft der Zahnmedizin – Mundgesundheit im Fokus
Jetzt anmelden!
cpgaba-events.de

COLGATE-PALMOLIVE GmbH
Für Fragen: Tel.: 05354-5300-0, www.meridol.at,
Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

*im Vergleich zur meridol® Zahnpasta

← Fortsetzung von Seite 6

Die deszendierende raphespinale Schmerzhemmung kann nicht mehr wirksam den wahrgenommenen Schmerz hemmen. Die Schmerzbeschreibung des Patienten wird diffuser und vielschichtiger, das Schmerzgedächtnis ist etabliert (Melzack et al. 2001, Phillips et al. 2011). In diesem klinischen Stadium konzentriert sich die Therapie auf die biopsychosoziale Ebene (Dworkin et al. 2002). Eine komplexe ambulante Schmerztherapie wird parallel zur CMD-Behandlung eingeleitet. Die Achse II des Krankheitsgeschehens zeigt den schleichenden Verlust der Teilhabe im täglichen Leben des Patienten (Breivik et al. 2006).

Rekonstruktion der Okklusion

Ein stabiler klinischer Zustand wird im Team der Behandler als individuelles Optimum definiert. In diesem erreichten Zustand kann evaluiert werden, ob eine Rekonstruktion der Okklusion erforderlich ist. Die Okklusion sollte rekonstruiert werden, wenn z. B. ein beschwerde- oder therapierelevanter okklusaler Störfaktor vorliegt. Dieser könnte ein Frühkontakt oder auch ein fehlender Kontakt darstellen.

Die Rekonstruktion der Okklusion kann abhängig vom Befund prothetisch, kieferorthopädisch, kieferchirurgisch oder als Kombinationstherapie erfolgen. Die prothetische Variante hat wegen der größtmöglichen gelenkspezifischen Präzision Vorrang. Vor Beginn der okklusalen Rekonstruktion soll die Schiene mindestens vier bis sechs Wochen ganztags getragen werden, um einen Verlust der neuromuskulären zentrierten therapeutischen Kondylenposition zu vermeiden. Der relevante Planungsparameter ist die Bisshöhe, die meistens durch Zurotieren des Unterkiefers unter Erhalt der therapeutischen Position der Gelenkkondylen festgelegt wird. Bei sekundär abgesunkenem Biss kann eine Bisshebung indiziert sein. Die Schienenposition selbst wird nicht okklusal rekonstruiert, da jede Schiene konstruktionsbedingt eine Bisshebung beinhaltet und diese oft nicht gewünscht ist.

Prothetische Rekonstruktion der Okklusion

Bei der prothetischen Rekonstruktion wird nach den Prinzipien der statischen und dynamischen Okklusion verfahren. Gesunde Zähne können mit Table Tops aus Kunststoff rekonstruiert werden. Provisorien orientieren sich an der zukünftig geplanten endgültigen Versorgung. In der Eingewöhnungsphase an die rekonstruierte Bisslage und auch bei Bruxismus kann nachts eine Schiene getragen werden. Provisorische Kronen oder Brücken orientieren sich an den Zielen der geplanten definitiven prothetischen Versorgung.

Bereits während der Schienentherapie wird erkannt, ob schleimhautgelagerter Zahnersatz die notwendige okklusale Abstützung der Kiefergelenke gewährleistet. Gegebenenfalls sind Implantate die Methode der Wahl. Eine definitive Versorgung erfolgt erst nach frühestens drei bis sechs Monaten, wenn in diesem Zeitraum das individuelle Optimum erhalten bleibt.

KG-Funktionsuntersuchung

Dynamische Translation

Mundöffnung mit dynamischer Translation nach lateral

Mundöffnung mit dynamischer Translation nach lateral und mit Kranialkompression

Mundöffnung mit dynamischer Translation nach medial

Mundöffnung mit dynamischer Translation nach medial und mit Kranialkompression

Laterotrusion

Laterotrusion mit Kranialkompression

Protrusion

Protrusion mit Kranialkompression

Kieferorthopädisch-prothetische Rekonstruktion der Okklusion

Eine kieferorthopädische Behandlung zur Rekonstruktion der Okklusion erfolgt, wenn sie als präprothetische Maßnahme therapeutisch sinnvoll ist. Eine adjustierte Schiene gewährleistet den Erhalt der therapeutischen Kondylenposition. Die Korrektur einzelner Frontzähne oder Prämolaren ist eine häufige Behandlungsaufgabe, um vertikale Defizite zu verringern. Eine abschließende Feineinstellung der Okklusion im Molarenbereich kann den Umfang der kieferorthopädischen Behandlung begrenzen.

Kieferorthopädisch-kieferchirurgisch-prothetische Rekonstruktion der Okklusion

Eine Dysgnathieoperation zur Rekonstruktion der Okklusion nach einer CMD-Therapie erfolgt nur bei gegebener Indikation, auch unabhängig von der CMD. Das Risiko einer gelenkspezifischen Komplikation ist bei umfangreichen Rekonstruktionen erhöht, steht aber in einem ausgewogenen Verhältnis zur Indikation, da gnathisch-skelettal Fehlbisse eine hohe statische und dynamische Belastung für die Kiefergelenke darstellen.

Kommunikation und Dokumentation

Das Team ist für den Patienten da und trifft gemeinsam mit ihm die richtungsweisenden Therapieentscheidungen. Regelmäßige konsiliarische Gespräche der Behandler optimieren die therapeutischen Prozesse und reduzieren die Risiken einzelner Behandlungsphasen. CMD-Patienten benötigen eine patientenzentrierte Vorgehensweise mit aktiver Kommunikation gegenüber dem Erkrankten. Die empfundenen Schmerzen und Beschwerden sollten vorbehaltlos akzeptiert werden. Kleinste Veränderungen der Schiene können bereits aufgrund der zentralen Sensibilisierung im Nervensystem heftige Schmerzen verursachen. Die teilweise atrophierte Kiefergelenkmuskulatur ist häufig noch nicht ausreichend funktionsfähig, um ein stabiles Gefühl für die Okklusion und neuromuskuläre Funktion der Kiefergelenke zu entwickeln. Eine gemeinsame Dokumentation beinhaltet neben der exakten Beschreibung des Befundes, der Therapie, den Informationen der stattgefundenen konsiliarischen Gespräche auch die Formulierung der Hypothese der Pathogenese. Erfahrungsgemäß bildet die Hypothese der Pathogenese eine elementare Vorlage für eine im Team maßgebliche Arbeitshypothese. Die dargestellte Vorgehensweise beschreibt eine evidenzbasierte Praxis, die in der Folge weitere Forschungsfragen aufwerfen kann.

Erfolg und Prognose

Eine CMD-Therapie ist als Erfolg zu werten, wenn ein für den Patienten tolerabler Zustand eintritt. Der strukturelle Schaden der beteiligten Organe muss in erster Instanz in eine Latenzphase geführt werden, die ein physiologisches steady-state darstellt. Die funktionelle Beanspruchung des biomechanischen Systems wird durch die beschriebene Vorgehensweise angepasst, um ein Rezidiv bzw. eine Progredienz zu vermeiden.

Die Sicherung des nachhaltigen Ergebnisses wird mit dem Patienten besprochen und eine entsprechende Nachsorge geplant. Art und Umfang der Maßnahmen können von Fall zu Fall variieren. Bei fortgeschrittener Arthrose, rezidivierender Arthritis, bei Diskusperforation, in seltenen Fällen einer therapieresistenten Diskusverlagerung oder bei Bruxismus kann längerfristig eine gelenkentlastende Schiene für nachts indiziert sein. Die Indikation zur gelenkchirurgischen Intervention wird im Kieler Team erst nach Versagen aller konservativen Optionen als Ultima Ratio gestellt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die volkswirtschaftliche Dimension und ätiologische Komplexität der CMD darf mittlerweile als bedeutsam erachtet werden (Al-Jundi et al. 2008, John et al. 2001). Die pathogenetische Vielschichtigkeit der CMD-Erkrankung stellt die einzelnen Behandler vor eine große Herausforderung. Langjährige und komplizierte Fälle von CMD-Patienten führen zwangsläufig zu vielschichtigen Behandlungsansätzen. Einzelne in sich durchaus schlüssige Therapieversuche erreichen erfahrungsgemäß kein für den Patienten tolerables Ergebnis. Diverse Arbeitsgruppen haben bereits gezeigt, dass die interdisziplinäre Arbeit am Patienten erfolgreich sein kann (Schupp et al. 2008). Das CMD-Kieler-Konzept arbeitet in erster Instanz interdisziplinär und legt dabei übergeordnete Schwerpunkte in kontinuierlicher Diagnostik, Therapiesteuerung und Kommunikation im Team der Behandler. Die Hypothese der Pathogenese ist individuell an den Patienten angepasst und Grundlage der Arbeitshypothese. Die klinische Argumentation ermöglicht eine evidenzbasierte praktische und diagnostikgesteuerte Therapie. Der Endpunkt der Behandlung wird als individuelles Optimum definiert. DT

Literatur

Kontakt

Infos zum Autor

Prof. Dr.
Helge Fischer-Brandies

Klinik für Kieferorthopädie,
UK S-H, Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, Haus 26
24105 Kiel, Deutschland
Tel.: +49 431 500-26301
fi-br@kfo-zmk.uni-kiel.de

Infos zum Autor

Marc-Daniel Asche
MSc Ost (A), MSc Paed Ost (UK)

Institut für angewandte
Osteopathie Kiel (IOK)
Gravensteiner Straße 121a
24159 Kiel, Deutschland
asche.marc@googlemail.com

Infos zum Autor

Christian Wunderlich

WUNDERLICH
Praxis für Physiotherapie
Schauenburgerstraße 36
24105 Kiel, Deutschland
Tel.: +49 431 53028456
www.wunderlich-physio.de

„Fantastisch, dieser Elan" – die DENTAL BERN ist in Griffweite

Wonach greift man da, vom Donnerstag, 31. Mai, bis zum Samstag, 2. Juni 2018, in Bern?

BERN – Nicolas Gehrig, Präsident des Arbeitgeberverbandes der Schweizer Dentalbranche (ASD) und der Swiss Dental Events AG (SDE), gibt Antworten.

Herr Gehrig, was ist das Schönste an Bern? Und sagen Sie jetzt nicht die DENTAL BERN.

Nicolas Gehrig: Doch. Aber im Ernst. Sie werden staunen, wie die DENTAL BERN dieses Jahr auftritt.

Das hört sich nach einer Neuerung an?

Ja, alles spielt sich in einer einzigen Halle ab, und die Stände sind wie in einer Arena angeordnet. Das wird toll aussehen. Zumal viele Aussteller ihre Messestände extra komplett neu konzipiert haben. Es ist fantastisch, was für einen Elan all diese Aussteller an den Tag legen.

Sie organisieren die Messe ja zum ersten Mal ...

… der wahre Organisator ist Ralph (Nikolaiski, Anm. d. Red.), ich ernte dann nur die vielen Lorbeeren für seine Arbeit.

Trotzdem, es ist Ihre erste DENTAL BERN als Präsident des ASD und der SDE, und schon gibt es Änderungen?

Ja, und ich freue mich auf diese Messe natürlich besonders. Dennoch: Es hat nichts mit mir zu tun, dass die Änderungen jetzt kommen. Ralph hatte die Idee.

Was ist der Vorteil?

Es ging ja darum, die Gänge etwas schmaler zu machen, einige waren sehr breit, bis zu sechs Meter. Jetzt rücken alle etwas näher zusammen, und daraus ergibt sich der ganz große Vorteil: Die DENTAL BERN wird so noch persönlicher, die Besucher kommen noch besser ins Gespräch miteinander und natürlich auch mit den Ausstellern.

Und der Kongress der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO?

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft ist mit ihrem Kongress direkt in die Halle 2.0 gekommen und folgt so der Idee, dass alle näher zusammenrücken. Die Zusammenarbeit ist grandios.

DENTAL BERN 2018

Die größte Dentalmesse der Schweiz von Donnerstag, 31. Mai, bis Samstag, 2. Juni 2018: drei Tage Messeerlebnis für Dentalprofis – offenbar so attraktiv, dass viele von den über 7.000 Besuchern sogar aus dem Ausland anreisen. Natürlich, das kann auch am Standort Bern liegen: eine schöne Stadt, schnell erreichbar und was für ein Panorama. Wir erwarten Sie!

www.dentalbern.ch

Nicolas Gehrig, Präsident von ASD und SDE.

Ihr Großvater war bereits Präsident des ASD und somit verantwortlich für die nationale und internationale Fachmesse.

Ja, in den Sechzigern, Siebzigern war mein Großvater prägend. Und auch mein Vorgänger, Ueli Breitschmid, ist eine Persönlichkeit. Und ich mache exakt dasselbe wie alle ASD-Präsidenten: nach vorne schauen, sehen, was sich verbessern lässt.

Und wenn Sie so nach vorne schauen: Wie sieht die DENTAL BERN in Zukunft aus?

Prächtig, denn neulich haben wir zusammen mit der SSO den Vertrag mit der BERNEXPO für die Durchführung der DENTAL BERN bis 2024 unterzeichnet. Dabei dürfte die DENTAL BERN jeweils im Großen und Ganzen so sein wie jetzt: viele Aussteller, viele Besucher, kurze Wege, Leute, die sich freuen, sich endlich wieder zu treffen, dazu viele Innovationen.

Jetzt aber doch noch: der schönste Ort in Bern?

Marzili, die Aare, sich etwas treiben lassen, großartig.

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Gehrig! DT

7. Frühjahrssymposium der ÖGK – international und intensiv

Vom 19. bis 21. April 2018 waren rund 300 Teilnehmer der Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (ÖGK) nach Salzburg gefolgt.

SALZBURG (km) – Für Zahnärzte und Praxisteams mit Spezialisierung auf die jüngsten Patienten gehört dieser Termin der ÖGK fest in den Kalender. Internationale Referenten und Teilnehmer aus der Schweiz, Italien, Ungarn, Slowenien, Rumänien, Deutschland und den USA zeugten auch heuer von der zunehmenden Bedeutung, die dieses Gebiet der Zahnheilkunde gewonnen hat. Sowohl das wissenschaftliche als auch das Assistentinnenprogramm, die Workshops, die Poster- und Dentalausstellung wurden dem Anspruch einer Begegnungszone weit über die Landesgrenzen hinweg gerecht.

Abb. 1: *Der ÖGK-Vorstand lud herzlich zum 7. Frühjahrssymposium nach Salzburg ein (v.l.): Dr. Swantje Knöfel-Lerch, Präsidentin Dr. Petra Drabo, Prof. Dr. Katrin Bekes, Dr. Irene Zifko, Dr. Nicola Meißner, Dr. Eva Oppolzer.* – ***Abb. 2:*** *Die internationalen Teilnehmer des wissenschaftlichen Programms erhielten eine Simultanübersetzung ins Englische.* – ***Abb. 3:*** *Im Mittelpunkt der Workshops, Vorträge und des Assistentinnenprogramms standen die Kinder mit allen Besonderheiten der Behandlung – hier Dr. Dina Fräßle-Fuchs.* – ***Abb. 4:*** *Dr. Hubertus van Waes sensibilisierte im wissenschaftlichen Programm für die „Zahnärztliche Chirurgie bei Kindern".*

Kleine Patienten – große Verantwortung

Es ist unumstritten, dass die jüngsten Patienten besondere Aufmerksamkeit in Therapie und Ansprache benötigen, um die Behandlung zum Erfolg zu führen. Dementsprechend zogen sich Frage- und Problemstellungen zu dieser Thematik wie ein roter Faden durch das Frühjahrssymposium.

So widmete sich das ganztägige Seminar für Assistentinnen mit Dr. Dinah Fräßle-Fuchs (Salzburg) und Dr. Bettina Schreder (Wien) der „Assistenz und Verhaltensführung in der Kinderzahnbehandlung". Videos zu unterschiedlichen Behandlungssituationen und auch -abbrüchen – angefangen vom Abholen aus dem Wartezimmer über das Röntgen bis hin zum Elternmanagement – unterstützten die Aussagen der Kursleiterinnen eindrucksvoll. Mit praktischen Übungen wurde das Wissen anschließend in Kleingruppen vertieft. Um „Tipps und Tricks in der Kinderzahnmedizin" ging es bei Zahnärztin Barbara Beckers-Lingener (Heinsberg, Deutschland) in ihrem Workshop für das gesamte Team. Dank ihres langjährigen Erfahrungsschatzes gelang es ihr eindrucksvoll, verbale und nonverbale hypnotische Kommunikation zu vermitteln. In einem gut besuchten Lunch& Learn-Vortrag stellte Beckers-Lingener außerdem „The Wand" vor. Diese innovative Methode für die digitale Lokalanästhesie beugt Taubheit von Zunge, Lippen und Wange vor und vermeidet auf diese Weise Bissverletzungen. Auf ebenso großes Interesse stieß Dipl.-Psych./Dipl.-Päd. Herbert Prange (Bellavista, Mallorca), der sich im Team-Workshop mit den Geheimnissen der Körpersprache beschäftigte und praxisnahe Anleitungen dazu gab, wie diese bewusst eingesetzt werden und sprachliche Botschaften richtig verstärkt werden können.

Weitere Spezifika bei der Behandlung von Kindern hatte unter anderem Dr. Hubertus van Waes (Zürich) zum Thema. Er stellte dem Auditorium verschiedene oralchirurgische Herausforderungen vor wie ankylosierte Milchmolaren, überzählige Zahnanlagen, Zysten, Tumoren und andere Durchbruchsstörungen, die eine operative Intervention nötig machen.

Die US-amerikanischen Berufskollegen Lee Michael Weinstein, D.M.D., F.A.S.D.C. (Scottsdale, USA) und Neal G. Herman, DDS, FAAHD (New York) legten den Fokus ihres Workshops dagegen auf Silberdiaminfluorid (SDF) als „neuen, alten Ansatz" für das effektive Management von Zahnkaries. Dieser Kurs gab interessante Einblicke in die Verwendung von SDF und zeigte auf, wie dessen Anwendung in die Praxis integriert werden kann. Nicht weniger Spannendes offenbarte Univ.-Prof. Dr. Katrin Bekes (Wien), die Neues auf dem Gebiet der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) erörterte. Das Krankheitsbild hat weltweit eine große klinische Relevanz. Umso wichtiger sei es, Patienten mit MIH frühzeitig zu erfassen und zu betreuen. So gab ihr Vortrag ein Update zu rezenten Ätiologietheorien und aktuellen therapeutischen Möglichkeiten der MIH. Weiterhin stellte Prof. Bekes das kürzlich entworfene Würzburger MIH-Konzept mit der Etablierung eines neuen Index vor.

Ein- und Ausblicke

Die umfangreiche Posterpräsentation, eine angeschlossene Dentalausstellung sowie der Galaabend mit einem Kurzvortrag von Dr. Tobias Conrad (Wien) zum Thema „Vom Tagtraum zur Hypnose – heilsame Wege zum Unterbewussten" versprachen Wissenserweiterung auf anderer Ebene. Die Teilnehmer waren sich einig: Das 7. Frühjahrssymposium der ÖGK war ein voller Erfolg! DT