

Die Zeitung von Kieferorthopäden für Kieferorthopäden | www.kn-aktuell.de

CMD-Patienten	MBT-Technik-Kurs	KFO-Dokumentationssystem	Die moderne Führungskraft
Ein kurzer Einblick in physiotherapeutische Befundung und Behandlungsmöglichkeiten von CMD-Patienten.	Kieferorthopäden aus ganz Europa besuchten 3M Unitek-Einsteigerkurs mit McLaughlin und Bennett in Berlin.	KN sprach mit Dr. Karl-Ludwig Mischke über ein neu entwickeltes System elektronischer Dokumentation von KFO-Behandlungen.	Der 3. Marketing-Tipp von Prof. Dr. Norbert Meiners zeigt, was heutzutage eine gute Führungskraft auszeichnet.
KN Wissenschaft_4	KN Wissenschaft_6	KN Praxismanagement_11	KN Praxismanagement_12

Der „Master of Science Kieferorthopädie“ MSc – Der bessere Fachzahnarzt?

Medienberichte versuchen glaubhaft zu machen, dass sich eine Fachzahnarztausbildung heutzutage nicht mehr lohnt. Vielmehr soll der Zahnarzt als Allround-Talent künftig den ausgebildeten Kieferorthopäden ersetzen.

(cs) – Eigentlich sollte es doch Ziel und Anliegen eines jeden Zahnmediziners sein, dem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, die im Bereich Zahnheilkunde möglich ist. Kann die erforderliche Leistung vom Zahnarzt selbst nicht erbracht werden, muss der Spezialist ran. Schließlich wurde dieser durch eine Fachzahnarztausbildung eigens dafür ausgebildet. Doch weit gefehlt. Glaubt man z.B. jüngsten Berichten einer zahnmedizinischen Wochenzeitung, scheint das, was durch jahrelange Facharztausbildung zusätzlich an Wissen erworben wurde, heutzutage nichts mehr wert zu sein. Ein paar Basics zum Aktivator hier, Veränderung oder direktes/indirektes Bonding da – und fertig ist der „Kieferorthopäde“? „Master of Science“ heißt nun die beste Behandlung des Patienten, der Zahnarzt als Allround-Talent. Wozu sich also

noch weitere Jahre Fachzahnarztausbildung ans Bein binden, wenn's mit ein paar Unterrichtseinheiten auch getan ist? Folgt man dem Artikel weiter, lohnt sich der FZA für KFO dank Bema-Abwertungen seit 1. Januar ja soundso nicht mehr. Außerdem sei man „mit dem ‚Master of Science Kieferorthopädie‘ mehr als ein Fachzahnarzt“ ... sozusagen die „Dental Excellence“, der „Spezialist für Ästhetik, Funktion und Restauration mit besonders hoher Glaubwürdigkeit.“ So? Fragt sich, wie glaubwürdig der „Spezialist“ letztendlich tatsächlich ist. Und überhaupt, inwieweit ist es moralisch vertretbar, dass ausgerechnet ein ausgebildeter Kieferorthopäde und KFO-Lehrstuhlinhaber einer führenden Universität Vorsitzender der Prüfungskommission sowie wissenschaftlicher Leiter dieses MSc-Lehrgangs ist.

Kompensationsbehandlungen: Eher Fluch oder doch Segen?

Eine nach wie vor umstrittene Frage in der Kieferorthopädie diskutiert von Dr. Bernd Zimmer aus Kassel.



Dr. Bernd Zimmer

Bisslageveränderungen jenseits der Hauptwachstumsphase sind bis zum heutigen Tag eine Domäne des kieferchirurgischen Tätigkeitsbereiches und dies im Wesentlichen aus zwei Gründen. Zum einen wegen der fehlenden kieferorthopädischen Mittel, bestimmte Veränderungen vornehmen zu können (technische Begrenzung) und zum anderen wegen der Unerfüllbarkeit der als Kriterien für eine erfolgreiche Behandlung etablierten Vorgaben

in Form von dentalen, skeletalen und Weichteilrelationen mit kieferorthopädischen Mitteln (morphologische Begrenzung). Hinsichtlich der technischen Begrenzung konnten in den letzten Jahren für Kieferorthopäden und Patienten gleichermaßen ermutigende Entwicklungen verzeichnet werden, die helfen können, manche der vergleichsweise ungeliebten operativen Eingriffe zu vermeiden. Im Besonderen sind hier festsitzende Zusatzgeräte, wie Herbstschar-

nier (Abb. 1), Jasper Jumper, Flex Developer u.a. zu nennen, die in Verbindung mit einer Multi-Band/Bracket-Apparatur angewandt, nachgewiesenermaßen in der Lage sind, die erwünschten Bisslagekorrekturen herbeizuführen. Aber auch bislang nicht praktizierte therapeutische Maßnahmen, wie die bewusste Einstellung in eine Klasse III-Molarenrelation und/oder Extraktionstherapien im Unterkiefer bei progressiver Relation dürfen in diesem Zusammenhang nicht un-

erwähnt bleiben, da mit ihrer Hilfe dentale Kompensationen möglich wurden, wo bislang die erwünschten Veränderungen nur durch eine chirurgisch-basale Korrektur zu erreichen war. Die mit diesen Methoden erzielten Behandlungsergebnisse zeichnen sich jedoch nicht selten dadurch aus, dass das eine oder andere morphologische Kriterium in der Therapie nicht oder sogar normabweichend verändert wurde.

KN Wissenschaft_2

Neuregelungen vielerorts mit heftigem Gegenwind gestartet Flächenbrand Kostenerstattung

Tipps und Anregungen für Ihre KFO-Praxis – Was künftig alles beachtet werden sollte

Die GMG-Neuregelungen bezüglich Kostenerstattung haben in den letzten Wochen nicht nur zu Verwirrungen bei Patienten sowie heftigen Diskussionen innerhalb des Berufsstandes der Kieferorthopäden geführt, sondern durch die

Medien mittlerweile auch öffentlich Aufmerksamkeit erregt, nachdem Kieferorthopäden in Bayern und Baden-Württemberg (in den Regionen Ingolstadt, Augsburg, Esslingen), aber auch Hannover, Nordrhein und Rheinland-Pfalz bekannt

gaben, ihre Patienten gegen Kostenerstattung behandeln zu wollen.

So haben Praxen einen Infolyer mit Begleitschreiben an die Patienten herausgegeben, in welchem sie über die Neuregelungen informierten.

„Das kennen wir ja bereits. Das war beim Bruder oder der Schwester auch schon so“, meinten viele Patienteneltern. Schließlich hatte es Kostenerstattung 1993 bis 1995 sowie 1997/98 ja schon mal für Pflichtversicherung gegeben, ab 2000 wurde sie jedoch wieder aufgehoben. Aber Patienten, die die Kostenerstattung bereits gewählt hatten, konnten diese mit einigem Kampf auch noch bis heute weiterführen.

Deshalb haben viele Familien die Kostenerstattung unterschrieben. Der Gegenwind kam erst, als die Eltern ihre Wahl der Kasse mitteilten.

KN Berufspolitik_15

DIESMAL MEINEN SIE ES ABER ERNST HERR DOKTOR !



Innovation



Der Carrière-Distalisator



Dr. Luis Carrière ist ein international anerkannter Experte für inverse Verankerungstechnik beim Distalbiss. Zahlreiche seiner Artikel wurden im Journal of Clinical Orthodontics und im Journal of the American Dental Association veröffentlicht.

Der revolutionäre Carrière-Distalisator verwandelt Komplexes in Einfaches. Das neue System bietet eine extraktionsfreie Möglichkeit zur Initialtherapie von komplexen Fällen mit Klasse II. Nach dem Umwandeln der Bissplattform in eine Klasse I-Situation kann der Patient mit einer beliebigen geeigneten kieferorthopädischen Therapie weiterbehandelt werden.

Der Carrière-Distalisator

- kein Austausch von Bögen; keine Reaktivierung durch den Behandler
- minimaler Knochenabbau
- Bewegung nur in eine Richtung; keine konkurrierenden Kräfteinwirkungen
- sanfte Kräfte - maximale Reaktion
- vollständig passiv, sobald die Zugkraft nachgelassen hat
- nur einfache Klebverfahren erforderlich

Funktionsweise

- freie, aber kontrollierte Bewegung
- kein Kippen von Zahnkronen nach distal
- kein Überrotieren von Molaren
- erstaunlich schnelle biologische Reaktion auf die kieferorthopädische Bewegung
- Umwandeln von Klasse II-Situationen in eine Klasse I-Plattform
- anschließende Weiterbehandlung mit der jeweils bevorzugten Therapieform
- auch bei einseitigem Distalbiss einsetzbar



Weitere Informationen Telefon 0800 400 6001 Fax 0800 400 6002 info@orthodent.de

Fortsetzung von Seite 1

Etablierte Vorgaben der morphologischen Begrenzung sind demnach unbeachtet geblieben. Oft handelt es sich um Behandlungsergebnisse, bei denen bei Erfüllung der okklusalen Normen und nur geringgradiger Veränderung des Weichteilprofils eine kompensatorische Frontzahnstellung bewusst in Kauf genommen wurde.

In der Entscheidung, ob Kompensationsbehandlung jenseits der Hauptwachstumsphase eine sinnvolle und empfehlenswerte Ergänzung des etablierten kieferorthopädischen Spektrums darstellen, müssen deshalb einige kieferorthopädischen Planungs- und Beurteilungsparameter einer kritischen Überprüfung und eventuell Revision unterzogen werden. Dies soll ansatzweise mit den nachfolgenden Überlegungen zum Ausdruck gebracht werden. Als Kieferorthopäden wurden

wir ausgebildet, in idealen Normen zu denken und unsere therapeutischen Planungen darauf ausgerichtet zu erstellen. Abweichungen von Normwerten veranlassen uns üblicherweise dazu, eine Behandlung zu initiieren und eine Veränderung der betroffenen Strukturen anzustreben. Zentrale Normvorstellungen betreffen u.a. die Angle-Klassifikation, die Frontzahninkliniationen und bestimmte Profilwerte.

Vergleiche und Analysen der empfohlenen Richtwerte zeigen jedoch nicht selten relevante Abweichungen zwischen den Empfehlungen der einzelnen Schulen (z.B. Ricketts-Analyse und Floating-Norms) und m.E. große Standardabweichungen innerhalb eines einzelnen Analyseverfahrens. Gänzlich schwierig bis hin zur Unerfüllbarkeit der Forderungen wird es, wenn man die bei rekonstruktiv-prothetisch tätigen Fachkollegen bestehenden funk-



Abb. 1: Herbstscharnier



Abb. 2 a und b: Besteht eine Chirurgienotwendigkeit wegen retrusiver Frontzahnstellung?



Abb. 2b

tionell-orientierten Vorstellungen z.B. hinsichtlich der Korrelation von anteriorer (Frontführung) und posteriorer Führung (Horizontale Kondylenbahnneigung) zusätzlich realisieren möchte.

In diesem Zusammenhang soll auch an die Problematik von Extraktionsentscheidungen bei mittelgroßem Platzmangel erinnert werden, die sich nicht zuletzt darin zeigt, dass es seit ANGLEs und TWEEDs Zeiten bis zum heutigen Tag nicht gelungen ist, eine Eindeutigkeit für richtige und falsche Extraktionsentscheidungen zu formulieren. Die Durchführung einer Non-Extraktionstherapie führt jedenfalls in diesen Fällen i.d.R. zu mehr Frontproklination, diejenige der Extraktionstherapie i.d.R. zu mehr Retrusion. Beide Methoden wurden und werden jedoch erfolgreich praktiziert.

Neben diesen Beispielen, denen zumindest eine gewisse Unsicherheit bezüglich der „richtigen“ Schneidezahnpositionierung zu entnehmen ist, muss jedoch ein zweiter wichtiger Sachverhalt Erwähnung finden, nämlich der Umstand, dass einige für den Kieferorthopäden relevante skeletale Strukturen derzeit durch kieferorthopädische Mittel kaum beeinflussbar sind. So müssen wir beispielsweise mit einer von der Natur vorgegebenen, u.U. unerwünschten Schwenkung des Oberkiefers ebenso leben wie mit der Tatsache, dass mit orthopädischen

Mitteln die Unterkieferposition nicht im erwünschten Maße normwertgerecht verändert werden kann. So bleibt ein vergrößerter ANB-Winkel trotz funktionskieferorthopädischer Therapie (z.B. Aktivator/HG) üblicherweise vergrößert, wenn auch in reduziertem Umfang. Bei der letztgenannten Therapieform sind bekanntermaßen relevante Veränderungen der sagittalen Oberkieferposition, die oft gar nicht verändert werden sollte, mehr noch aber im Bereich der Dentition, eher die Regel als die Ausnahme. In der Konsequenz wird besonders anhand dieser kieferorthopädischen Zentralaufgabe („Unterkieferpositionierung“) deutlich, wie sehr wir uns bereits im Bereich der konventionellen kieferorthopädischen Therapie in einem von Kompensation bestimmten Bereich befinden. Für diejenigen Kollegen, denen diese Sachverhalte in ihrer Deutlichkeit bewusst sind, ist der Schritt hin zu einem offensiven Umgang mit dem Thema „dentale Kompensation“ ein leichter. Gemeint ist damit die sinnvolle Integration kompensatorischer Elemente in unsere Behandlungsplanungen.

Anders als in der Vergangenheit, muss dann eine kompensatorische Frontzahnstellung nicht zwangsläufig als Ereignis interpretiert werden, welches ein schlechtes Gewissen hervorruft, sondern sie kann in begründeten Fällen Planungselement sein. Aber Achtung:



Abb. 3: Zufrieden stellende Okklusion trotz isolierter Exzision zweier unterer Prämolaren und retrudierter Frontzahnstellung im UK bei kompensatorisch behandelter Progenie.

natürlich ist nicht jede Form der Kompensation kieferorthopädisch akzeptabel, vertretbar oder empfehlenswert! Entscheidend für die Planung, bzw. Beurteilung von kompensatorischen Behandlungen sind deshalb zwei Punkte. Zum einen: Sind die geplanten bzw. durchgeführten Maßnahmen für den Patienten medizinisch (nicht morphologisch!) zum Vorteil reichend oder zumindest unbedenklich? Und da wir uns im Bereich von Wahleingriffen und -behandlungen befinden, zum anderen: Welche Veränderungen/Behandlungsmaßnahmen wünscht der Patient, bzw. welche Behandlungsmaßnahmen sind notwendig, um den Wünschen des Patienten im erforderlichen Umfang zu entsprechen? Tatsache ist, dass Behandlungen mit Zusatzgeräten zur Bisslagekorrektur keine identischen Ergebnisse

zu operativen Korrekturen liefern können, sondern hauptsächlich dento-alveoläre Veränderungen hervorrufen. Beide Maßnahmen führen aber zu relevanten Veränderungen im Lippenbereich. Zielsetzung einer guten Behandlungsplanung muss es also sein, die vermutlichen Veränderungen zu prognostizieren und die Auswirkungen einer jeden Behandlungsmaßnahme dem Patienten darzustellen, damit er sich für seinen Weg entscheiden kann. Dieser differenzierte und kritische Umgang mit einer jeden Behandlungsmethode ist Voraussetzung für eine sinnvolle Integration in das Therapie-spektrum. Vor Einheitslösungen muss ebenso gewarnt werden, wie vor dem dogmatischen Festhalten an idealen Morphologien, welche die wenigsten von uns erfüllen können.

„Jede einzelne Lösung kann für den Patienten der richtige Weg sein“

KN Kieferorthopädie Nachrichten sprach mit Dr. Bernd Zimmer über dessen während der DGKFO-Tagung in München gehaltenen Vortrag „Nichtchirurgische Bisslagekorrektur jenseits der Hauptwachstumsphase – Option oder Fehlbehandlung?“

KN Welche Gründe sind für eine nichtchirurgische Bisslagekorrektur für die Patienten ausschlaggebend, wenn auch eine Operation vorgeschlagen wurde?

Für die Patienten ist im Wesentlichen wichtig, dass die operative Belastung entfällt, d.h. Operationsrisiken wie

Nervenschädigungen und Fremdblutinfusionen. Als weitere ungeliebte Unwägbarkeiten sind bei operativen Eingriffen mögliche Wundinfektionen, Nachblutungen und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über längere Zeit anzusehen.

KN Sind die Behandlungsergebnisse aus Sicht des Behandlers gleichermaßen zu akzeptieren, wie aus der Sicht des Patienten?

Diese Frage wurde nach meinem Vortrag intensiv diskutiert. Für das Herbstscharnier gleichermaßen wie für kompensatorische Behandlungen

anderer Art, kann man sagen, dass im Bereich der kleineren und auch der mittleren sagittalen Abweichungen für Behandler und Patienten gleichermaßen zufrieden stellende Ergebnisse zu erzielen sind. Diese Ergebnisse können sogar als ideal bezeichnet werden, sofern man

KN KIEFERORTHOPÄDIE NACHRICHTEN

IMPRESSUM

Verlag

Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

Chefredaktion

Priv.-Doz. Dr. Dr. Reiner Oemus (ro) (v.i.S.d.P.)
Tel.: 09 11/96 07 20
E-Mail: r.oemus@oemus.de

Redaktionsleitung

Cornelia Sens (cs), M.A.
Tel.: 03 41/4 84 74-1 22
E-Mail: c.sens@oemus-media.de

Redaktion

Katja Henning (kh) (Redaktionsassistentin)
Tel.: 03 41/4 84 74-1 23
E-Mail: k.henning@oemus-media.de

Eva Christina Börner (eb), M.A. (Redaktionsassistentin)

Tel.: 03 41/4 84 74-1 06
E-Mail: e.boerner@oemus-media.de

Projektleitung

Stefan Reichardt (verantwortlich)
Tel.: 03 41/4 84 74-2 22
E-Mail: reichardt@oemus-media.de

Anzeigen

Lysann Pohlmann (Anzeigenposition/-verwaltung)
Tel.: 03 41/4 84 74-2 08
Fax: 03 41/4 84 74-1 90
ISDN: 03 41/4 84 74-31/-1 40 (Mac Leonardo)
03 41/4 84 74-1 92 (Fritz-Card)
E-Mail: pohlmann@oemus-media.de

Abonnement

Andreas Grasse (Aboverwaltung)
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
E-Mail: grasse@oemus-media.de

Herstellung

Ilka Richter (Grafik, Satz)
Tel.: 03 41/4 84 74-1 15
E-Mail: richter@oemus-media.de

Die KN Kieferorthopädie Nachrichten erscheinen im Jahr 2004 monatlich. Die Beiträge in der „KN Kieferorthopädie Nachrichten“ sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. Bezugspreis: Einzelheft 8 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 75,- € ab Verlag inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 03 41/4 84 74-0. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Nachdrucke, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung.

bereit ist, kompensatorische Frontzahnstellungen in einem weiteren Sinn als es die idealen Normen vorgeben, zu akzeptieren. Entscheidend für die posttherapeutische Zufriedenheit bei Patient und Behandler ist jedoch eine intensive Prüfung der aktuellen Situation vor Behandlungsbeginn unter Berücksichtigung der sog. Co-Faktoren, die günstig oder ungünstig für den einen oder anderen Weg sein können. Beispielhaft sei hier die Größe der Nase genannt, die das Pendel der Entscheidung sehr eindeutig in die eine oder andere Richtung ausschlagen lassen kann.

KN Welche Zugeständnisse müssen vorrangig in diesem Kompromiss gemacht werden?

Zunächst sollte man den Begriff „Kompromiss“ einmal kritisch beleuchten. Unter einem Kompromiss wird in unserem Fachgebiet allzu leicht die Abweichung von idealen morphologischen Normen, z.B. Ober-/Unterkiefer- und Frontzahnrelationen verstanden. Unberücksichtigt bleibt dabei, dass nur die wenigsten natürlichen Schädelmorphologien und kieferorthopädisch behandelten Situationen absolut normgerecht, also kompromissfrei sind. Manche Strukturen des Viszerokraniums lassen sich kieferorthopädisch kaum verändern.

Zwar sind die Möglichkeiten zur Einflussnahme mit kieferchirurgischen Mitteln größer, jedoch sind auch diese Ergebnisse keinesfalls immer normgerecht, sondern nur näher an der Norm. Somit leben wir alle ständig mit dem Kompromiss und sind als Behandler oft sehr zufrieden mit ihm. Ich sehe deshalb zwei entscheidende Fragen bei nahezu jeder Behandlungsplanung. Die eine Frage lautet: Wo fangen Abweichungen von der morphologischen Norm an, medizinisch relevant zu werden (oder mit anderen Worten: Wo fängt der „Kompromiss“ an, medizinisch relevant zu werden)? Beispielhaft dazu: Ist die Normabweichung einer Schneidezahninklinatation von nur einer Standardabweichung (SD) schon medizinisch relevant oder ist dies erst bei zwei SD der Fall oder vielleicht sogar gar nicht.

Die zweite wichtige Frage lautet: Welche Veränderungen will der Patient? Ein stark dysgnathes, also ein stark von Idealvorstellungen abweichendes äußeres Erscheinungsbild kann durch kompensatorische Behandlungen kaum beeinflusst werden. Wünscht also der Patient die Realisierung der idealen Norm, dann ist der operative Weg der richtige.

Ist der Patient jedoch mit einer Korrektur des vergrößerten Overjets und Verbesserungen des Lippenprofils zufrieden, so kann eine kompensatorische Behandlung durchaus die erwünschten Veränderungen herbeiführen. Jede einzelne Lösung ist für den Patienten, der sich be-

wusst und nach fachlich fundierter Beratung entschieden hat, für diesen Patienten der richtige Weg und kein Kompromiss.

KN Sollte der Behandler besondere rechtlich relevante Aufklärungen vornehmen und worauf muss er besonders achten?

Grundsätzlich besteht im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen nur eine Verpflichtung zu denjenigen Patientenaufklärungen, wie sie üblicherweise praktiziert werden. Wenn man sich aber therapeutisch deutlich in den Grenzbereich zur Chirurgie begibt, also eine kompensatorische Behandlung für eine mittlere oder gar schwere Dysgnathie plant, ist es sinnvoll, schriftlich darauf hinzuweisen, dass die entsprechenden Veränderungen im extraoralen Bereich nicht unbedingt der idealen Norm entsprechen werden. Andererseits kann es ebenso empfehlenswert sein bei einer chirurgischen Planung, für die es eine nichtchirurgische Alternative gibt, eine analoge rechtliche Absicherung herzustellen.

KN Wie sehen Sie das Problem der Begutachtung durch einen anders eingestellten Gutachter, der das Problem der Fehlbehandlung aufwirft?

Vordergründig betrachtet sind die Gutachter innerhalb der GKV von der hier diskutierten Thematik kaum betroffen, da die meisten betroffenen Patienten das 18. Lebensjahr überschritten haben, also keiner Leistungspflicht durch die GKV mehr unterliegen. Betrachtet man die Thematik der Kompensationsbehandlungen jedoch in einem umfassenden Kontext, also unter Hinzuziehung von anderen Anomalien und bei der Therapie von Jugendlichen, so ist von einem ubiquitären Problem auszugehen, dem sich die Gutachterschaft oft gegenübergestellt sieht.

Es ist nachvollziehbar, dass hier Meinungsunterschiede vorprogrammiert sind. Letztlich müssen die wissenschaftlichen Fachgesellschaften über die Angemessenheit von Therapieformen entscheiden und nicht einzelne Kollegen.

KN Welche Erfahrung haben Sie bisher bei dieser Patientengruppe?

Da es in meiner Praxis einen relevanten Anteil an chirurgischen wie auch kompensatorisch behandelten Patienten gibt, kann ich ein Stimmungsbild beider Patientengruppen abgeben. Dort wo es sinnvolle Alternativlösungen gibt, werden die Patienten auch alternativ und unter Hinzuziehung eines Kieferchirurgen beraten. Dies trägt zu einer wohlüberlegten Entscheidungsfindung und Vertrauensbildung bei. Dementsprechend habe ich mit beiden Patientengruppen fast nur positive Erfahrungen gemacht. Im Besonderen kann ich mich an keinen einzigen Fall erinnern, wo es zu einer Beschwerde oder Unmutsäußerung über ein so genanntes

Kompromissergebnis gekommen wäre.

KN Wie ist in diesen Fällen die Bereitschaft zur Mitarbeit? Gibt es nach längerer Therapie Unzufriedenheitsprobleme?

Ein grundsätzliches Problem unseres Fachs ist, dass die Dauer unserer Behandlungen oft recht lang ist und gerade in den Fällen, wo wir uns besonderen Herausforderungen stellen, längere Behandlungszeiten vorprogrammiert sind. Außerdem sollte die Belastung durch ein Herbstscharnier oder einen Jasper Jumper keinesfalls unterschätzt werden. Wenn man vorher mit den Patienten offen bespricht, welche Belastungen zeitlich und apparativ auf sie zukommen werden, dann gibt es in der Regel keine Probleme.

KN Sollten Empfehlungen bei der Begutachtung für den

Behandler als auch für das Gutachterkollektiv vom Berufsverband formuliert werden?

Dies ist eine schwierige Frage, weil es speziell im aktuellen politischen Umfeld Gründe gibt, das Behandlungsausmaß und damit auch die Aufnahme von neuen Behandlungsmethoden zu begrenzen.

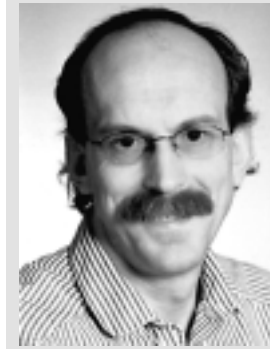
Über eine Behandlungsmethode würde also politisch und nicht fachlich entschieden. Dies ist weder im Sinne der Patienten noch des Gesetzgebers. Zudem handelt es sich in diesem besonderen Gebiet der Kompensationsbehandlungen bei erwachsenen KL-II-Patienten mittels sog. „Non-compliance Geräte“ (was sie in diesem Anwendungsbereich de facto nicht sind!), um einen Bereich, der noch mit offenen Fragen behaftet ist. Offensichtlich ist, dass viele

sog. „chirurgische Patienten“

erfolgreich kompensatorisch behandelt werden können. Langzeitergebnisse gibt es jedoch nur wenige. Von daher denke ich, sollte man die Sta-

tements der Fachgesellschaften abwarten. Auch deshalb habe ich mit meinem Beitrag versucht, eine Diskussion anzuregen.

Kurzvita



Dr. Bernd Zimmer

- 1975–1980 Studium der Zahnheilkunde in Göttingen
- 1981–1985 Abt. für Zahnerhaltung und Parodontologie Göttingen
- 1983 Assistent Professor in Gai-

nesville/USA

- 1984 Promotion, Abt. für Pharmakologie und Toxikologie
- 1985–1989 Abt. für Kieferorthopädie
- 1988 Ernennung zum Facharzt für Kieferorthopädie
- 1989 Niederlassung in Kassel
- 1999 Jahresbestpreis der DGKFO
- 2000 Fachbeirat des IUK/GBO
- 2003 Vorstand des IUK/GBO
- Wissenschaftliche Veröffentlichungen, vor allem in den Bereichen Prophylaxe, Nichtanlagenbehandlung, Funktionsdiagnostik, Orthognathe Chirurgie und praktische Kieferorthopädie
- Langjährige Vortrags- und Fortbildungstätigkeit
- Mitgliedschaften: AGF, EOS, DGKFO, DGZMK, GBO, IUK, WFO

ANZEIGE



T B AL I N K
IMPORT EXPORT







Dis COUNT!

10% AKTIONS-RABATT

auf: • KFO-Boxen
• Modellkästen
• Qualitäts-Brackets

oder 1 Gratis-MP3-Player

(ab Netto-Warenwert 1.500,- €)

Aktion gültig bis 5. März 2004

Das Zählt:

Preis X Qualität X Service X Lieferzeit X

TB Alink - Ihr KFO Partner · FON (0 59 24) 78 59 00 · FAX (0 59 24) 7 85 90 90 · info@tb-alink.com