



Schleswig-Holstein

NACHWUCHS IM LANDES- VORSTAND UND SPANNENDE FORTBILDUNG:

LANDESVERSAMMLUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN 2024



Abb. 1: Neuer BDK Landesvorstand Schleswig-Holstein: Dr. Kristina Erhardt und Prof. Dr. Dankmar Ihlow, Dr. Nicola Katlun und Dr. Hans-Jürgen Köning (v. l. n. r.). – **Abb. 2:** Der BDK Bundesvorsitzende, der Landesvorsitzende Schleswig-Holstein und der BDK Geschäftsführer: Dr. Köning, Prof. Dr. Ihlow und RA Gierthmühlen (v. l. n. r.). – **Abb. 3:** Prof. em. Dr. Ingrid Rudzki, Referentin der Fortbildung, zusammen mit Prof. Ihlow.

Landesversammlung mit Neuwahlen und berufspolitischem Ausblick

In Schleswig-Holstein fand am 22.11.2024 die Landesversammlung 2024 statt, in der u. a. die Wahl eines neuen Landesvorstandes auf der Tagesordnung stand.

Zu Beginn der Versammlung informierte aber zunächst der Landesvorsitzende Prof. Ihlow gemeinsam mit dem Bundesvorsitzenden Dr. Hans-Jürgen Köning die Mitglieder über die berufspolitischen Themen des vergangenen Jahres und gab einen Ausblick auf das kommende Jahr. Ob BEMA, EBZ, GOZ, MWBO oder ZFA, für jeden war eine Abkürzung dabei. Die familiäre Atmosphäre des Landesverbandes erlaubte es dabei auch, intensiv auf Einzelfragen der Mitglieder einzugehen.

Vor der Neuwahl des Vorstandes ließ Prof. Ihlow noch einmal die Geschichte des Landesverbandes Schleswig-Holstein Revue passieren und gab seiner Hoffnung Ausdruck, dass sich das Verhältnis zu den Kollegen, die den BDK verlassen und seitdem in einem eigenen Regionalverein organisiert sind, wieder normalisieren wird. Er betonte die große Bedeu-

tung einer gerade auf Bundesebene einheitlichen Stimme unseres ohnehin kleinen Berufsstandes. Er teilte den Mitgliedern mit, dass er sich ein letztes Mal als Landesvorsitzender zur Verfügung stellen würde, sich aber sehr freue, dass zwei junge Kolleginnen bereit seien, sich ebenfalls im Landesvorstand zu engagieren.

Die Mitglieder wählten in der folgenden Wahl einstimmig Prof. Ihlow erneut zum Landesvorsitzenden und Frau Dr. Kristina Ehrhardt, sowie Frau Dr. Nicola Katlun, zu Beisitzerinnen im Landesvorstand. Im Anschluss an die Landesversammlung leitete Prof. Ihlow zur traditionellen Fortbildung über. Er dankte Frau Prof. Ingrid Rudzki, dass sie den langen Weg von München nach Scharbeutz nicht gescheut habe, um den Schleswig-Holsteinern das gemeinsame „Steckenpferd“ Retention näherzubringen. Hierauf beschränkte sich Frau Prof. Rudzki jedoch nicht. Sie ging vielmehr in die Breite und ließ die Teilnehmer sowohl bei Diagnostik als auch bei Planung, Therapie und natürlich der Retention an ihrem großen Erfahrungsschatz teilhaben. Herzlichen Dank dafür, auch noch einmal an dieser Stelle, vom neuen Landesvorstand des BDK Schleswig-Holstein. ■

FORTBILDUNG: KFO-RETENTION IM FOKUS

Ein Beitrag von Prof. em. Dr. Ingrid Rudzki.

In Anlehnung an die Jahresthemen des BDK 2024: „Prävention. Funktion. Ästhetik.“ und „Therapie im Kindes- und Jugendalter vs. Therapie im Erwachsenenalter“ stand folgerichtig zum Jahresabschluss die KFO-Retention im Fokus, mit den wesentlichen Fragen zum: „was, wann, womit, wie lange“ retiniert werden muss, soll, darf!?

Über das „Was“ entscheidet die Qualität¹ des KFO-Behandlungsergebnisses, definiert als „individuelles Optimum für Funktion und Ästhetik im Kauorgan.“¹ Eine Gegenüberstellung von Anfangs- und Endbefund mit Kontrolle der primär aufgestellten Prognose ermöglicht die Bewertung der Retentionsbasis! Dazu untermauern fortlaufend wissenschaftliche wie klinische Erfahrungen in Langzeitstudien²⁻⁵ die Bedeutung einer personalisierten^{6,7} Diagnostik mit Differenzialdiagnose, ohne Bezug auf irreführende Mittelwerte^{8,9} innerhalb aller technischen Orientierungsanalysen. Hier dominieren der individuelle Gesichtstyp¹⁰ und sein Charakter¹¹ (vertikale Interbasalrelation für alle drei Formenkreise: Klasse I, II und III) sowie die dentobasale Stellung der Inzisivi¹² (Ausmaß dentaler Kompensationen), zuerst transversal, dann vertikal, letztendlich sagittal.¹³

Der Retentionsbeginn „wann“, hängt vom jeweils aktuellen Stand des Gesichtswachstums^{14,15} und der Gebissentwicklung^{16,17} ab. Diese leitenden skelettalen wie dentoalveolären Veränderungen, ätiologisch für den Patienten vorbestimmt, verlaufen diametral und bedürfen einer präzisen Differenzierung. Dabei hilft die Zuordnung in vier wachstumsassoziierte, unterschiedlich lange Zeitintervalle¹⁸ (Abb. 1). Ein ausschließlicher Bezug auf das chronologische Patientenalter ist irrelevant, weil das Lebensalter weder dem skelettalen noch dem dentalen Alter geradlinig folgt. Für skelettale (FKO-Begleitung von Wachstum und Aging oder MKG-CH) und/oder dentoalveoläre (Orthodontie im BG nach der dritten Bisshebung) Einflussnahmen gilt: „zur rechten Zeit, das Richtige tun.“

Für die Frage nach dem „womit“ Retentionen durchzuführen sind, stehen eine Vielzahl von abnehmbaren wie festsetzenden Retentionsgeräte zur Verfügung, die passiv oder aktiv zum Einsatz kommen kön-

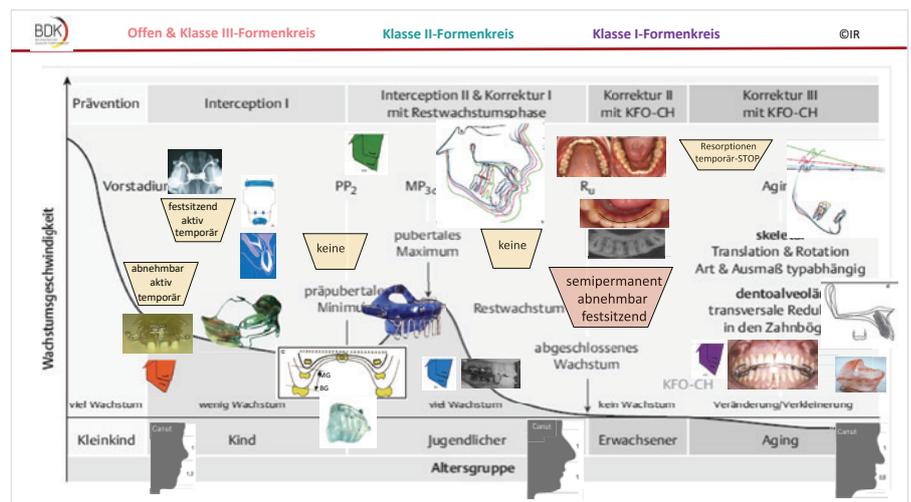
nen. Für die richtige Wahl sind auch hier mitverantwortlich: die ererbte Morphologie ergänzt von funktionellen Aspekten, der Stand von Dentitionsentwicklung und des Kieferwachstums sowie das Gebiss- und Kiefer-Aging^{19,20} (hier insbesondere das mandibuläre Rotationsverhalten mit Translation²¹).

Letztendlich stehen zur Frage „wie lange“ eine temporäre, semipermanente und permanente Retention zur Verfügung. Dentitionsstand und Zahnzahl (lückige/geschlossene Zahnreihen im BG) sind, abhängig von der Zahn- und Parodontalgesundheit, mitentscheidend. Beispiele:

- **Temporär:** aktive Retention nach Traumaverlust im oberen Milch-Inzisivi-Bereich vor Zahnwechselbeginn.
- **Semipermanent:** passive „Bonded Retainer“ im Frontbereich erst nach mandibulärem Wachstumsabschluss.
- **Permanent:** passive Retention mit ZA-Implantaten so spät wie möglich nach Wachstumsanschluss.

Zielführend bleiben immer kontinuierliche Kontrollen vonseiten der Kieferorthopädie und Mitverantwortung des aufgeklärten Patienten. ■

Literatur kann bei Prof. em. Dr. Ingrid Rudzki angefordert werden.



Legenden zu den fünf Zeitfenstern für Retentionsindikationen mit Basiskriterien:

1. Zentrische Kondylenposition symmetrisch positioniert
2. Stand der Gebissentwicklung/skelettales Alter berücksichtigen
3. Ausmaß der Zahnbewegung
4. Mit der Natur arbeiten, nicht gegen die Natur
5. Kontinuierliche Kontrolle