

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

Incognito Anwendertreffen	6. IOS im tschechischen Prag	Prof. Scherer im KN-Interview	BDK konkret im KN-Interview
Über 700 Nutzer des bekannten Lingual Bracket Systems trafen sich in Frankfurt am Main zum mittlerweile 6. Erfahrungsaustausch.	Moderne Klasse II-Konzepte standen Ende Dezember 2008 im Mittelpunkt des International Orthodontics Symposiums.	Der 2. BDK-Bundesvorsitzende stellte sich Fragen bzgl. GOZ, jüngste Vereinsgründungen sowie der Zukunft des Berufsstandes.	Die Dres. Claus Durlak, Nils Borchers und Lutz Schmutzler über Vertrauensverluste sowie gescheiterte Vermittlungsgespräche.
KN Events_13	KN Events_15	KN Berufspolitik_16	KN Berufspolitik_17

Dreiteilige KN-Artikelserie berichtet über Vor- und Nachteile dieser 3-D-Diagnostikmethode DVT – Für & Wider aus Sicht des Anwenders

Der Einsatz digitaler Volumentomografie in der Kieferorthopädie eröffnet ohne Frage ein breites Spektrum an diagnostischen Möglichkeiten (Abb. 1, 2). Um hierbei jedoch betriebswirtschaftlich sinnvoll agieren zu können, müssen einige wichtige Aspekte berücksichtigt und im täglichen Umgang mit DVTs entsprechend umgesetzt werden. So stellen neben dem großen Investitionsvolumen insbesondere der Datenschutz sowie die Langzeitarchivierung den Praktiker vor große Probleme. Mit dieser Ausgabe startet die KN eine Artikeltrilogie, welche sowohl von positiven als auch negativen Erfahrungen rund um den Einsatz dieser Diagnostikmethode berichtet. In Teil 1 widmet sich RA Andreas Straubinger den Anforderungen an die elektronische Archivierung sowie dem Versenden von Patientendaten und Röntgenbildern.

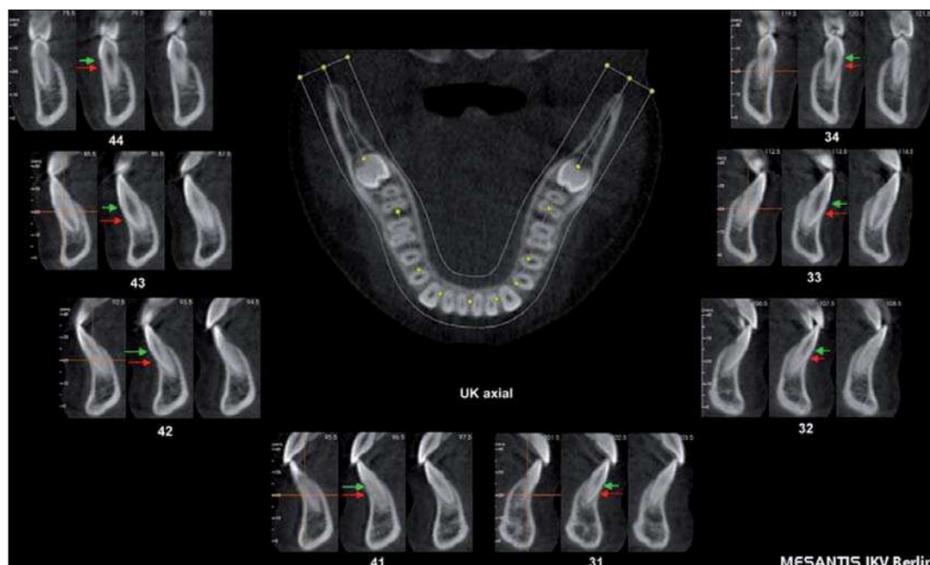


Abb. 1: Darstellung des vestibulären Knochenangebotes im Unterkiefer vor kieferorthopädischer Zahnbewegung. Diese Darstellung ist extrem wichtig für die Kieferorthopädie, da mehr als 70 % der Kinder und Jugendlichen an einem oder mehreren Zähnen vestibulären Knochenverlust vor Expansion des Zahnbogens aufweisen.

Das digitale Röntgenbild ersetzt immer öfter das herkömmliche Durchlichtbild. Kein Wunder, denn die Vorteile der Digitalisierung liegen auf der Hand: Digitale Röntgenbilder lassen sich leicht archivieren, schnell und kostengünstig an die involvierten medizini-

schen Leistungsträger versenden und bei Bedarf auf Papier ausdrucken. Dass der Versand an mehrere Leistungsträger parallel erfolgen kann, erleichtert die ärztliche Kommunikation und Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten. Doch die Vorteile haben

ihren Preis: Wer als Arzt digitale Röntgenbilder einsetzen möchte, tut gut daran, sich mit den rechtlichen Anforderungen an die Speicherung sowie den Transfer sensibler Patientendaten vertraut zu machen und die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zu beachten.

Optimale Korrektur von Malokklusionen für beste Behandlungsergebnisse Compliance-unabhängige KFO-Verankerungen

Angemessene Verankerungen stellen innerhalb kieferorthopädischer Behandlungen einen wichtigen Faktor dar, um letztlich bestmögliche Ergebnisse erreichen zu können. Der vorliegende Artikel beschreibt verschiedene klinische Situationen, in denen durch Einsatz von Minischrauben gute Endergebnisse ohne Mitarbeit des Patienten erzielt werden konnten. Des Weiteren wird ein partiell und vollständig compliance-unabhängiges System zur Behandlung von Klasse II-Malokklusionen bei offenem und tiefen Biss beschrieben. Von Prof. Dr. B. Giuliano Maino und Dr. Giovanna Maino.



Abb. 1a: Obere linke molare und prämolare Übereruption durch Verlust von Zähnen im gegenüberliegenden Zahnbogen.

Im Bereich der Kieferorthopädie haben Minischrauben als bewährte temporäre skelettale Verankerung inzwischen längst ihre Daseinsberechtigung erworben. Dies ist vor allem da-

rauf zurückzuführen, dass durch sie gut vorhersehbare Zahnbewegungen in die gewünschten Richtungen ermöglicht werden, wobei die Behandlungsdauer vielfach kürzer ist und die Compli-

ance des Patienten keine Rolle mehr spielt. Die Verwendung skelettaler Verankerungen wird besonders durch die Tatsache unterstützt, dass uns heute selbstschneidende Minischrauben mit geringen Abmessungen (1,3 oder 1,5 mm Durchmesser) zur Verfügung stehen. Diese können auch in Bereichen mit geringem Platzangebot (z. B. in den Interproximalräumen) inseriert werden, wobei lediglich ein geringes Risiko für Wurzelverletzungen angrenzender Zähne besteht. Durch das spezielle Design des infraalveolären Teils können die Schrauben ohne

KN Fortsetzung auf Seite 4

ANZEIGE

Dual-Top™
Anchor-Systems

PROMEDIA
MEDIZINTECHNIK

PROMEDIA MEDIZINTECHNIK • A. Ahnfeldt GmbH • Marienhütte 15 • 57080 Siegen
Tel.: 0271/31 460-0 • Fax: 0271/31 460-80 • www.promedia-med.de • E-Mail: info@promedia-med.de

Pflichten hinsichtlich digitaler Archivierung

Die Aufzeichnungspflichten regelt die Röntgenverordnung (RöV). Danach sind die Aufzeichnungen über eine Röntgenbehandlung 30 Jahre lang aufzubewahren. Die Röntgenbilder selbst müssen mindestens zehn Jahre lang aufbe-

KN Fortsetzung auf Seite 3

Oemus Media AG erweitert ihr Internetangebot KN ab sofort als ePaper

Überall dabei und stets bestens informiert/kostenfreie Online-Ausgabe für noch mehr Interaktivität und Nutzerkomfort

An jedem Ort der Welt die druckfrische Ausgabe der KN Kieferorthopädie Nachrichten lesen – jetzt kein Problem mehr: Einfach auf www.zwp-online.info gehen

und den Button „ePaper“ anklicken. Bücher von Anzeigen können sich auf ZWP online zum eigenen Firmenprofil verlinken lassen. **KN**

ANZEIGE

5TH
DAMON
VIENNA SYMPOSIUM
June 24-27, 2009

Melden Sie sich noch heute an!
Informationen bei Ihrem Ormco Aussendienstmitarbeiter oder unter www.ormcoeurope.com

DAMON SYSTEM
More than straight teeth

Ormco BV Basicweg 20, 3821 BR Amersfoort, The Netherlands,
Tel +31 33 453 61 61, Fax +31 33 457 01 96

Ormco
SYBRON DENTAL SPECIALTIES

KN NEWS

ANZEIGE

GRUNDWISSEN FÜR ZAHNTECHNIKER

XIV

Kuno Frass
Die Kieferorthopädie

KUNO FRASS – KOMPETENZ IN DER KFO-ZAHNTECHNIK

- Autor des Fachbuches „Die Kieferorthopädie – Grundwissen für Zahntechniker“, Verlag Neuer Merkur München
- Eigenes KFO-Fachlabor
Herstellung aller traditionellen und innovativen kieferorthopädischen Geräte sowie Aufbiss-Schienen – auch aus dem neuentwickelten Material ECLIPSE® junior (höchste Passgenauigkeit und spezielle Eignung bei Allergiepazienten)
- Seminare im eigenen Labor
Intensiv-Kurse: direkter Bezug auf die jeweils entsprechenden Inhalte des Fachbuches – pro Kurs maximal 4–5 Teilnehmer

KUNO FRASS
Innovative Dental Technik
Freudenthalstraße 5
21244 Buchholz
Telefon: 0 41 81/29 06 56
Fax: 0 41 81/3 43 42
E-Mail: frass-kfo@t-online.de

Turbulenter Start ins neue Amt

Seit Oktober letzten Jahres ist Dr. Peter Engel neuer Präsident der Bundeszahnärztekammer. In einem Kurzinterview verriet der Kölner Zahnarzt und Oralchirurg, was er der deutschen Zahnärzteschaft für dieses Jahr (nicht) wünscht und wie sich die weltweite Wirtschaftskrise auf die IDS 2009 auswirken wird.

Nachträglich noch herzlichen Glückwunsch zu Ihrer neuen Funktion als Präsident der Bundeszahnärztekammer. Wie verliefen die ersten Wochen seit Ihrem Amtsantritt?

Sie verliefen – wie es auch nicht anders zu erwarten war – äußerst turbulent, denn punktgenau zum Zahnärztag wurde vom Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium der Referentenentwurf der GOZ neu vorgelegt. Die vom Ministerium präsentierten Zahlen wurden von uns intensiv ausgewertet und die Behauptung eines realen Honorarzuwachses für die Zahnärzte einer kritischen Prüfung unterzogen. Parallel hierzu mussten die Vorbereitungen zur außerordentlichen Bundesversammlung in Berlin getroffen werden, auf der dann eine gemeinsame, einstimmige Zurückweisung des GOZ-Entwurfs durch alle relevanten Organisationen unseres Berufsstandes erreicht werden konnte. Pressegespräche, der Schulterchluss in der gemeinsamen Ablehnung des GOZ-Entwurfs mit der Bundesärztekammer, Anhörungen im



Hatte seit seinem Amtsantritt im Oktober letzten Jahres mehr als alle Hände voll zu tun – BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. (Foto: BZÄK)

Gesundheits- und Wirtschaftsministerium sowie der enge Kontakt zur Wissenschaft und den Berufsorganisationen haben Muße nicht aufkommen lassen.

Was wünschen Sie sich 2009 für die deutsche Zahnärzteschaft? Es wäre wahrscheinlich einfacher zu konkretisieren, was ich mir nicht wünsche. Primär

wünsche ich der Profession, dass der GOZ-Entwurf so oder so ähnlich nicht in Kraft gesetzt wird. Was ich dabei dezidiert nicht möchte, sind die Einführung der sogenannten Öffnungsklausel, die Übernahme der Mehrkostenregelung, die nun vorgegebenen Zeitfenster, die eine Behandlung lege artis ad absurdum führen, insbesondere nicht den „Inflationsausgleich“ von einem halben Prozent nach über zwei Dekaden der Nichtanpassung. Was ich mir ebenfalls nicht wünsche, ist die fortschreitende Demontage des zahnärztlichen Schaffens als freier Berufsstand. Wenn ich mir den Gesundheitsfonds nachträglich auch noch weg wünschen könnte, käme der auch auf die Liste.

Was erwarten Sie von der diesjährigen IDS in Köln?

Das frostige globale Wirtschaftsklima im Gefolge der großen Bankenkrise hat sich inzwischen als Investitionsstopp auch über Deutschland gelegt. Das dürfen all diejenigen sich als Erfolg zuschreiben, die mit ihren ständigen Cassandra-Rufen die Krise mit herbei fabuliert haben. Welche konkreten Auswirkungen das auf die IDS wirkt ein solches Gesamtzenario sicherlich nicht. Andererseits verkaufen wir keine Autos, sondern tragen zum Erhalt der Gesundheit bei. Und die ist mir persönlich mehr wert, als die meisten anderen Anschaffungen, die der Konsumtempel unserer Gesellschaft so bietet. Ich glaube und hoffe deshalb, dass auch die IDS 2009 wieder viele Kolleginnen und Kollegen nach Köln lotsen wird und die Interessierten bei der Weiterentwicklung ihres persönlichen fachlichen Könnens zum Wohle der Patienten unterstützt. **kn**

ANZEIGE

Lesen Sie die aktuelle Ausgabe der KN als E-Paper unter:

ZWP online

www.zwp-online.info

IDS 2009 – ZWP online ist live dabei

Tägliche Live-Berichterstattung bei weltweit größter internationaler Dental-Schau. Und ganz neu: die Messezeitung IDS today als ePaper.

Mit großem Erfolg hat sich ZWP online im World Wide Web etabliert. So ermöglicht das größte Nachrichtenportal für den deutschen Dentalmarkt einen extrem schnellen und in seiner Informationstiefe nahezu konkurrenzlosen Zugriff auf jede nur erdenkliche Art von Information aus der Branche. Zur Internationalen Dental-Schau 2009 in Köln berichtet ZWP online täglich aktuell und live von der Messe.

maßgeblichen Branchenführer für Besucher und Aussteller der IDS entwickelt. Und damit wirklich

tenportals seit Januar 2009 nicht mehr nur alle 14 Tage, sondern wöchentlich versandt. Auch die Rubrik

Countdown zur IDS

Bereits ab Mitte Februar gibt es auf der Startseite von www.zwp-online.info einen Countdown, der die Tage bis zur Eröffnung der IDS 2009 herunterzählt. Ab März bietet ZWP online mit der sogenannten IDS-Preview aktuelle Schlagzeilen, Produkt-Highlights und Nachrichten-Informationen. Besucher der Dental-Schau haben damit die Möglichkeit, sich bereits im Vorfeld der Messe umfassend zu informieren.

IDS today als ePaper

Das Highlight während der globalen Leitmesse ist die IDS-Live-Berichterstattung in Form von Text, Bild und Video. Dazu gehört neben aktuellen Branchenmeldungen und Produktinformationen auch die Möglichkeit, sich die Tageszeitung IDS today in digitaler Version als sogenanntes ePaper kostenfrei online anzusehen. Die zweisprachige Messezeitung von Oemus Media AG und Dental Tribune International GmbH hat sich – aufgrund der übersichtlichen Orientierungshilfe, ausführlichen Interviews, Reportagen, Analysen und Fotostorys – seit 1999 zum



niemandem etwas Wichtiges entgeht, wird täglich ein Newsletter verschickt, für den sich bereits rund 8.000 Empfänger registriert haben. Wenn auch Sie nichts verpassen möchten, abonnieren Sie diesen kostenlosen Newsletter ganz unkompliziert auf www.zwp-online.info. Das Nachrichtenportal der Oemus Media AG ging im September letzten Jahres online. Monatlich verzeichnet es mehr als 70.000 Seitenaufrufe bei steigender Tendenz. Aufgrund der großen Nachfrage wird der Newsletter des Nachrich-

„Aus- und Weiterbildung“ wurde im Netz aktualisiert: So sind jetzt auch alle Zahn-technik-Meisterschulen sowie Zahnärztliche Assistenzen Deutschlands gelistet. **kn**

KN Adresse

Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 07
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail:
h.schroeder@oemus-media.de
www.oemus-media.de

KN IMPRESSUM KIEFERORTHOPÄDIE NACHRICHTEN

<p>Verlag Oemus Media AG Holbeinstraße 29 04229 Leipzig</p> <p>Redaktionsleitung Cornelia Pasold (cp), M.A.</p> <p>Fachredaktion Wissenschaft Dr. Björn Ludwig (bl) (V.i.S.d.P.)</p> <p>Projektleitung Stefan Reichardt (verantwortlich)</p>	<p>Tel.: 03 41/4 84 74-0 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 E-Mail: kontakt@oemus-media.de</p> <p>Tel.: 03 41/4 84 74-1 22 E-Mail: c.pasold@oemus-media.de</p> <p>Tel.: 0 65 41/81 83 81 E-Mail: bludwig@kieferorthopaedie-mosel.de</p> <p>Tel.: 03 41/4 84 74-2 22 E-Mail: reichardt@oemus-media.de</p>	<p>Produktionsleitung Gernot Meyer E-Mail: meyer@oemus-media.de</p> <p>Anzeigen Marius Mezger (Anzeigen disposition/ -verwaltung)</p> <p>Herstellung Nadine Ostermann (Grafik, Satz)</p> <p>Abonnement Andreas Grasse (Abowverwaltung)</p> <p>Tel.: 03 41/4 84 74-5 20 E-Mail: meyer@oemus-media.de</p> <p>Tel.: 03 41/4 84 74-1 27 Fax: 03 41/4 84 74-1 90 E-Mail: m.mezger@oemus-media.de</p> <p>Tel.: 03 41/4 84 74-1 14 E-Mail: n.ostermann@oemus-media.de</p> <p>Tel.: 03 41/4 84 74-2 00 E-Mail: grasse@oemus-media.de</p>
--	---	--

Die KN Kieferorthopädie Nachrichten erscheinen im Jahr 2009 monatlich. Bezugspreis: Einzelheft 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 75,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 03 41/4 84 74-0.

Die Beiträge in der „Kieferorthopädie Nachrichten“ sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlages. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen 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 Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. Gerichtsstand ist Leipzig.

KN WISSENSCHAFT & PRAXIS

DVT – Für & Wider ...

KN Fortsetzung von Seite 1

wahrt werden (§ 28 II S.1 RöV). Das Gleiche gilt für alle weiteren Aufzeichnungen der Röntgenuntersuchung. Anders bei Patienten unter 18 Jahren. Bei ihnen sind die Aufzeichnungen der Röntgenuntersuchung bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren.

Änderung oder Ergänzung aufbewahrt werden.

Der Radiologe muss für die Dauer der Aufbewahrung außerdem sicherstellen, dass sich die Bilddaten zuverlässig mit dem Befund und den personenbezogenen Patientendaten verknüpfen lassen. Die gesetzlichen Vorschriften ma-

rial erlauben, das zur Befundung geeignet ist.

Datenschutz bei Übersendung via Internet

Bei der Übersendung der Röntgenbilder via Internet müssen die involvierten Ärzte neben den Anforderungen an die ärztliche Schweigepflicht auch datenschutzrechtliche Bestimmungen beachten.

papier „Datenschutz und Telemedizin“ die folgenden neun Anforderungen an Medizinetze definiert:

1. Vertraulichkeit

Der Arzt muss die Vertraulichkeit der erhobenen, gespeicherten, übermittelten oder sonst verarbeiteten Daten gewährleisten. Anders ausgedrückt: Nur befugte Personen dürfen die personenbezogenen Daten einsehen. Dies ist durch eine

elektronisch signierten Dokuments lässt sich nicht ohne Verletzung der elektronischen Signatur verändern.

6. Validität

Die Validität der Daten muss zudem gewährleistet sein. Diese Forderung betrifft insbesondere die Bilddaten, bei denen es auf Qualitätsmerkmale wie Bildauflösung und Farbtiefe ankommt. Die Validität wird von der Integrität

eines patientenbezogenen Dokuments sicher sein können, genau dieses von einem bestimmten Sender empfangen zu haben. Auch er darf nicht abstreiten können, genau das Dokument von einem bestimmten Sender empfangen zu haben. Hier kommt das sogenannte Quittungsverfahren zum Einsatz. Hierbei bestätigen sich Sender und Empfänger auf qualifizierte Weise, dass das empfangene Dokument vom Sender stammt und der Empfänger genau dieses Dokument empfangen hat.

9. Nutzungsfestlegung

Medizinische Datenverarbeitungssysteme müssen einen differenzierten Nutzerzugang ermöglichen. Im Einzelnen heißt das: Das System lässt für jedes patientenbezogene Dokument die Definition des Nutzerkreises sowie die Festlegung von abgestuften Nutzungsrechten und Nutzungsausschlüssen zu.

Schlussbemerkung

Die Archivierung und Übertragung digitalisierter Röntgenbilder erfordert eine technische Infrastruktur, die den hohen Anforderungen hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit gerecht wird. Für die Ärzte kommt es darauf an, dass sie sich vom IT-Dienstleister vor der Entscheidung für ein Archivierungssystem oder Archivierungszentrum den datenschutzrechtlich korrekten Umgang mit den Patientendaten bestätigen lassen.

Teil 2 widmet sich den IT-Voraussetzungen zur Realisierung eines datenschutzrechtlich und langzeitarchivierungstechnisch sinnvollen Konstruktes. **KS**

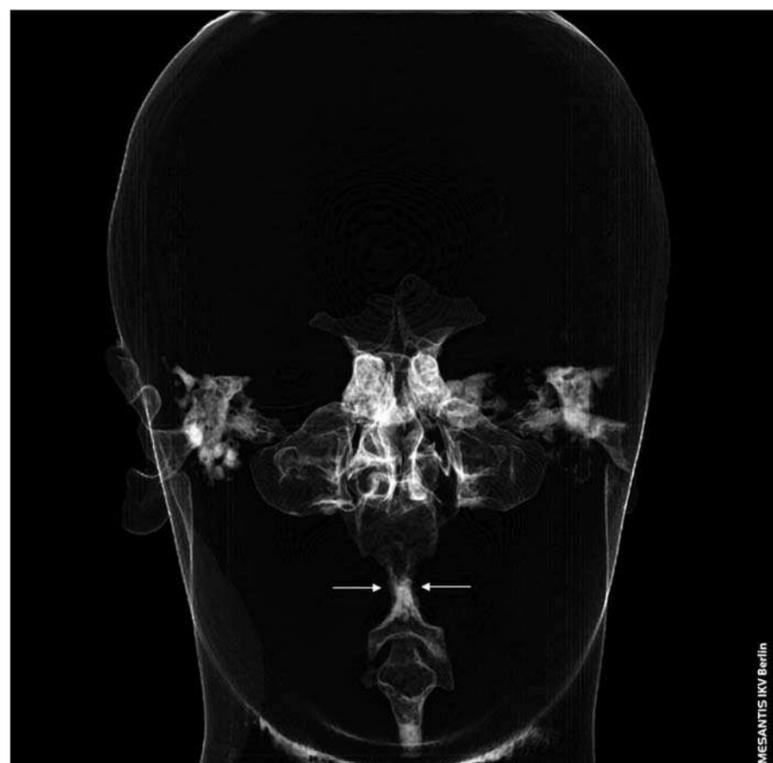


Abb. 2: Einengung der oberen Atemwege in der Frontalansicht aufgrund ausgeprägter Hyperplasie der Tonsillen (Pfeile). Durch die digitale Volumentomografie werden im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlungsplanung bei ca. 20 % der Patienten therapie-relevante Befunde im Bereich der oberen Atemwege und Nebenhöhlen gefunden.

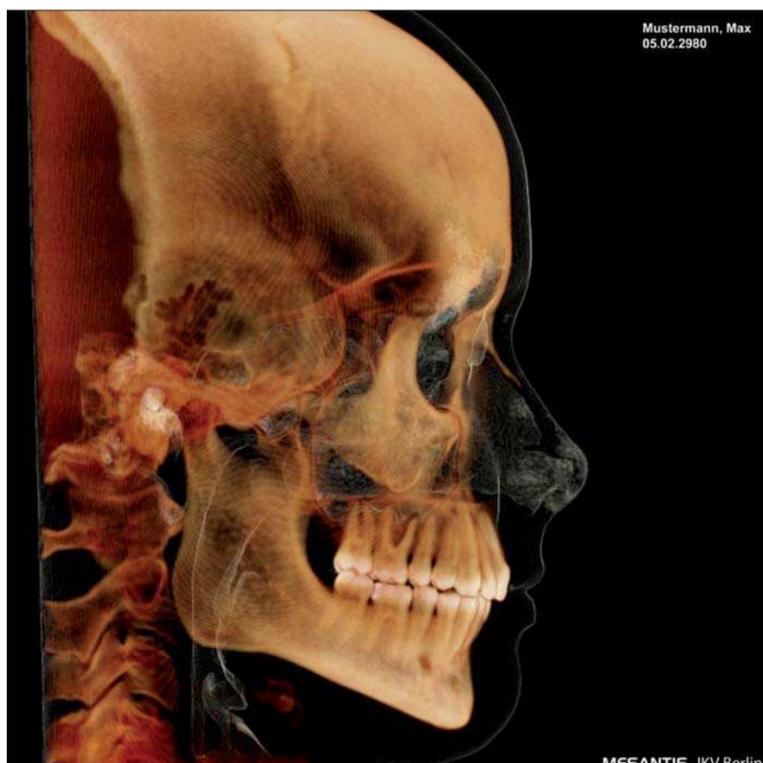


Abb. 4: Typische Darstellung des Schädels von lateral mit Überlagerung der oberen Atemwege. Aufgrund der sogenannten „Clipping-Funktion“ (Darstellung dünner Schichten ohne Überlagerungen) können Messpunkte für 2-D- bzw. 3-D-Analysen viel genauer bestimmt werden als bei herkömmlichen Ferröntgenaufnahmen. Auch diese Aufnahme darf nicht unverschlüsselt versendet werden. (Fotos: MESANTIS IKV Berlin)

Die Aufbewahrung von Röntgenbildern auf elektronischen Datenträgern ist ausdrücklich gestattet. Für die Dokumentation gelten die folgenden Anforderungen:

- Urheber, Entstehungsort, Entstehungszeit müssen eindeutig erkennbar sein.
- Das Basisbild muss zusammen mit den bei der Nachverarbeitung verwendeten Bildbearbeitungsparametern unverändert aufbewahrt werden.
- Bei Serien von Einzelbildern muss erkennbar sein, wie viele Bilder bei der Untersuchung angefertigt und wie viele davon aufbewahrt wurden.
- Nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen müssen als solche kenntlich gemacht und mit Angaben zu Urheber und Zeit der nachträglichen

chen insofern ein Archivierungssystem nötig, das die Verfügbarkeit der Daten während der Dauer der Aufbewahrungsfrist sicherstellt. Während der Aufbewahrungszeit dürfen keine Informationsänderungen oder -verluste eintreten. Die Radiologen müssen die Daten jederzeit innerhalb einer angemessenen Frist lesen können. Außerdem muss es auch für die mit- oder weiterbehandelnden (Zahn-) Ärzte sowie die (zahn-)ärztliche Stelle einen praktikablen Zugang zu den elektronisch aufbewahrten Röntgenbildern und Aufzeichnungen geben. Werden die Daten hierfür speziell aufbereitet, müssen diese mit den Ursprungsdaten übereinstimmen und die Erstellung von Bildmate-

Grundsätzlich sind (Zahn-) Ärzte in Fällen der Mit- und Nachbehandlung gegenüber den involvierten Ärzten von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Denn hier ist regelmäßig eine stillschweigende Einwilligung des Patienten anzunehmen. Werden Röntgenbilder per elektronischer Datenübertragung übermittelt, ist der Datenschutz und die Datensicherheit sicherzustellen. Ziel dieser Pflichten ist die Gewährleistung von Vertraulichkeit und Unversehrtheit der Daten. Die Maßnahmen zu Datenschutz und Datensicherheit müssen dem jeweiligen Stand der Technik entsprechen. Die Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder haben in dem Arbeits-

Verschlüsselungsmethode zu gewährleisten, die dem jeweiligen Stand der Technik entspricht.

2. Authentizität (Zurechenbarkeit)

Die Authentizität der Daten muss gewährleistet sein. Dies kann durch eine elektronische Signatur und die Nutzung eines Zeitstempels geschehen.

3. Integrität

Mit der elektronischen Signatur wird gleichzeitig die Echtheit, Korrektheit und Vollständigkeit des Dokumenteninhalts bescheinigt, da der Signaturvorgang eine bewusste Handlung vom Signierenden erfordert.

4. Verfügbarkeit

Die Verfügbarkeit der Daten muss gewährleistet sein. Konkret heißt das, dass die Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen müssen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können. Dafür müssen selbstverständlich alle Beteiligten über die jeweils nötigen technischen Voraussetzungen verfügen.

5. Revisionsfähigkeit

Die Revisionsfähigkeit der Daten muss gewährleistet sein. Das heißt, dass man die Verarbeitungprozesse lückenlos nachvollziehen und auch feststellen kann, wer wann welche patientenbezogenen Daten auf welche Weise verarbeitet hat. Grundvoraussetzung ist hier ebenfalls die elektronische Signatur. Denn der Inhalt eines

nicht umfasst. Daten können zwar integer im Sinne von vollständig und unversehrt sein, gleichzeitig können sie jedoch unzureichend für medizinische Nutzungszwecke sein, weil es ihnen an Darstellungsqualität und Aktualität mangelt.

7. Rechtssicherheit

Für jeden Verarbeitungsvorgang und dessen Ergebnisse ist der Verursachende bzw. Verantwortliche beweiskräftig nachweislich. Die Voraussetzung für die Rechtssicherheit ist die Revisionsfähigkeit und damit auch das elektronische Signieren eines jeden patientenbezogenen Dokuments. Damit eine elektronische Signatur rechtsverbindlich einer verantwortlichen Person zugeordnet werden kann, bedarf es einer sogenannten qualifizierten Signatur – eine gewöhnliche elektronische Signatur reicht hierzu nicht aus.

8. Nicht-Abstreitbarkeit von Datenübermittlungen

Die Nicht-Abstreitbarkeit des Sendens und Empfangens von patientenbezogenen Dokumenten muss gewährleistet sein. Und zwar in beide denkbaren Richtungen: Einerseits muss der Sender eines patientenbezogenen Dokuments sicher sein können, dass das Dokument seinen Empfänger auch wirklich erreicht hat. Dabei darf der Sender nicht abstreiten können, genau dieses Dokument an genau den Empfänger gesendet zu haben. Andererseits muss der Empfänger



Abb. 3: Panoramasicht, die aus einem DVT generiert wurde. Aufgrund der Patientendaten (oben rechts) darf diese Aufnahme datenschutzrechtlich nicht per E-Mail unverschlüsselt versendet werden.

KN Kurzvita



RA Andreas Straubinger

Rechtsanwalt Andreas Straubinger studierte von 1999 bis 2004 Rechtswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. Nach dem Studium war er im Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages tätig. Seit 2007 ist Herr Straubinger als selbstständiger Rechtsanwalt in Berlin niedergelassen und auf die Rechtsberatung und Vertretung von medizinischen Leistungsträgern spezialisiert.

KN Adresse

Straubinger & Banse Rechtsanwälte
Markgrafenstraße 57
10117 Berlin
Tel.: 0 30/20 07 67 87-0
Fax: 0 30/20 07 67 87-19
E-Mail:
a.straubinger@straubinger-banse.de
www.straubinger-banse.de

Compliance-unabhängige KFO-Verankerungen

KN Fortsetzung von Seite 1

Vorbohren direkt eingebracht werden, sofern die Kortikalis nicht stärker als 2 mm ist. Das bedeutet, dass

iert¹, die selbstschneidenden Minischrauben in der Regel ohne Vorbohrung eingesetzt werden können. Im Bereich der Mandibula hingegen sollte vor dem Inse-

mithilfe von Minischrauben bieten in verschiedenen Behandlungssituationen, in denen auch bei guter Patientcompliance nur schwer optimale Ergeb-

Patienten, Patienten mit molarer Übereruption, asymmetrischen Verhältnissen, Neigungen der Okklusionsebene, bei Fällen, in denen eine Kontrolle der Vertikal-

müssen erst einmal jegliche Entzündungen beseitigt werden. Daher ist zunächst eine initiale parodontale Vorbereitung mit Scaling und Wurzelglättung zum Entfernen von Zahnstein erforderlich. Mitunter muss dies auch mit chirurgischer Unterstützung erfolgen. Denn werden bei vorhandenen Entzündungsherden Zähne intrudiert, so muss – wie Studien belegen – mit Defekten des Zahnhalteapparates sowie der Bildung von Zahntaschen gerechnet werden.²

Fallbeispiel 1
Das Lächeln dieser Patientin wurde durch die exzes-

Bei Platzierung von Minischrauben im Vestibulum führten die auf die Zähne aufgetragenen Kräfte zum Auslösen der Intrusion nicht direkt durch das Resistenzzentrum (Abb. 3a, b), wodurch eine bukkale Neigung der Kronen erzeugt wurde. Um diese unerwünschte Nebenbewegung bei der Intrusion von oberen Molaren zu vermeiden, könnte der Behandler:

- einen transpalatinalen Bügel platzieren, der jedoch keine Verbindung zum Gaumendach oder zur palatinalen Gingiva haben darf (Abb. 3c), bzw.
- eine Minischraube im Palatum einsetzen und somit eine palatinale Kraft aufbringen, die der bukkalen Kraft entgegengerichtet ist (Abb. 3d, 4).



Abb. 1b: Die Patientin war mit ihrem Lächeln unzufrieden.



Abb. 2: Zwei Minischrauben wurden im Vestibulum platziert, um die oberen ersten und zweiten Molaren sowie den zweiten oberen Prämolaren zu intrudieren.

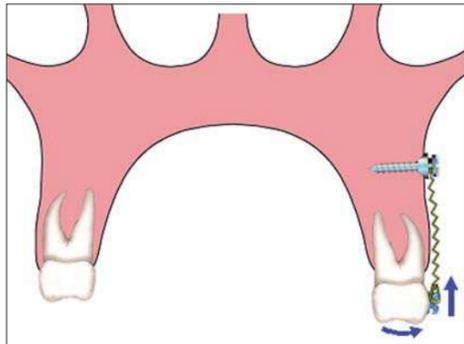


Abb. 3a: Die aufgetragenen Kräfte führen nicht durch das Resistenzzentrum.

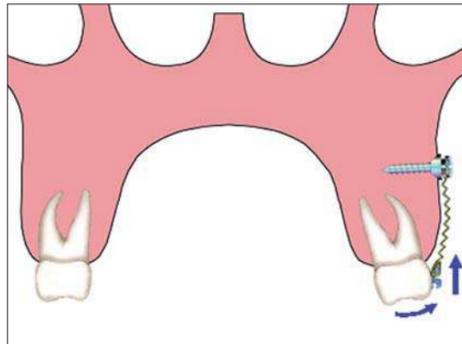


Abb. 3b: Bukkale Neigung der Kronen durch die aufgetragene Kraft.

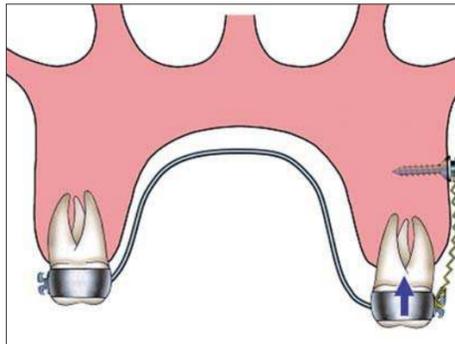


Abb. 3c: Transpalatinaler Bogen zur Kontrolle der bukkalen Neigung.

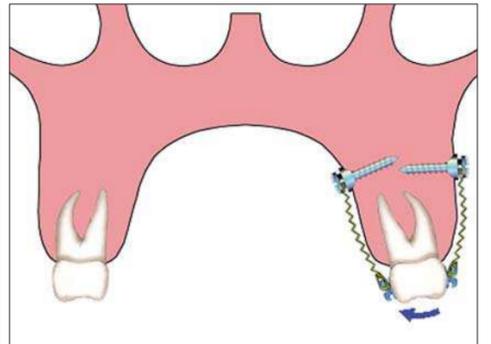


Abb. 3d: Palatinales Einsetzen der Minischrauben zur Kontrolle der bukkalen Kronenneigung.

im oberen Bogen, wo die Stärke der Kortikalis zwischen 0,7 und 1,4 mm vari-

rieren der Minischrauben eine Vorbohrung erfolgen. Skelettale Verankerungen

nisse erzielt werden können, deutliche Vorteile. Beispielsweise bei zahnlosen

dimension notwendig ist, sowie alle Grenzfälle genannter Beispiele.

Im Folgenden werden einige dieser Situationen vorgestellt und diskutiert, inwieweit einzelne Problemstellungen mithilfe skelettaler Verankerungen gelöst werden können.

Molare Übereruption

Bei Verwendung konventioneller kieferorthopädischer Methoden können molare Übereruptionen eine schwierige therapeutische Herausforderung darstellen. Dies ist insofern oft der Fall, da Brackets im gesamten Zahnbogen geklebt werden müssen und sich die Behandlungszeit als relativ lang darstellt. Das Behandlungsergebnis kann dabei durch eine Reihe von Faktoren negativ beeinflusst werden, so beispielsweise durch Extrusion angrenzender Zähne und nur begrenzte Intrusion der Molaren aufgrund der geringen Effizienz von Bögen im finalen Segment.

Die Insertion von Minischrauben in strategisch wichtigen Positionen gestattet uns Anwendern die Behandlung genannter Probleme zur vollständigen Zufriedenheit von Patient und Behandler. Bevor mit der Behandlung begonnen werden kann,

sive Extrusion der ersten beiden Molaren sowie des zweiten Prämolaren im oberen linken Quadranten nach Verlust von Zähnen im gegenüberliegenden Zahnbogen ungünstig beeinflusst (Abb. 1a, b).

Die Platzierung zweier Minischrauben (1,5 mm Durchmesser und 10 mm Länge in der Tuberositas, 1,5 mm Durchmesser und 8 mm Länge im Interproximalraum) weit oben im Vestibulum gestattete die Applikation zweier NiTi-Spiralfedern, die zunächst mit 100 g und nach Ablauf von zwei Monaten mit 150 g belastet wurden. Dadurch konnte die gewünschte Intrusion mit hoher Vorhersehbarkeit erreicht werden (Abb. 2).

Die Verwendung einer Minischraube ermöglicht dem Kieferorthopäden die Applikation einer Kraft, die – in Anhängigkeit von der Größe der palatinalen Wurzel – variieren kann und die Intrusionsbewegung beschleunigt.

Vertikaldimension

Die Kontrolle der Vertikaldimension stellt eine schwierige kieferorthopädische Aufgabe dar. Vielfach offenbart sich exzessives vertikales Wachstum im posterioren Bereich des Processus alveolaris ohne adäquates Wachstum der Kondylen in einer Tendenz zum offenen Biss. Dem Kieferorthopäden stehen hier nur wenige Möglichkeiten zur Verfügung. Eine dieser Möglichkeiten ist die extrorale High-Pull-Traktion, welche entweder allein oder in Kombination mit einer funktionellen Apparatur eingesetzt werden kann. Eine andere Variante ist der Bisswall, neben dem es noch weitere Apparaturen gibt. Die meisten dieser Varianten erfordern jedoch eine hohe Patientcompliance über einen langen Zeitraum hinweg, um letztlich effektiv zu sein. Daher wird häufig die Extraktion von Prämolaren



Abb. 4: Minischrauben im palatinalen Bereich kontrollieren die bukkale Kronenneigung.

Fortsetzung auf Seite 6 **KN**

ANZEIGE



In-Line®

das deutsche Schienensystem für ein strahlend schönes Lächeln.



In-Line® Schienen korrigieren Zahnfehlstellungen und beeinträchtigen kaum das Erscheinungsbild des Patienten.

In-Line® Schienen wirken kontinuierlich während des Tragens auf die Zähne und bewegen sie an die vorgegebene Position.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Vereinbaren Sie einen Termin mit unserem Aussendienst oder fordern Sie unser Informationsmaterial über In-Line® an.



Abb. 5a: Das Lächeln der Patientin zum Abschluss der Behandlung.



Abb. 5b: Obere linke Molaren und zweite Prämolaren nach Intrusion.



Mitglied im Qualitätsverband
Schaufenster Zahntechnik Weser-Ems



Rasteder KFO-Spezial Labor
Kleibroker Str. 22 - 26180 Rastede
Telefon 04402 / 82575
Fax 04402 / 83164
www.in-line.eu



Heike Herrmann

Die GOZ kommt ...
Die GOZ kommt nicht ...



Ihr unabhängiger KFO-Profi!

» Die Frage des Jahres: kommt die neue GOZ oder nicht?

Keiner weiß es genau. Darum habe ich reagiert, damit wir uns nicht monatelang auf der Stelle bewegen. Es gibt auch zur aktuellen GOZ und der Erstattung der Privatversicherungen und Beihilfestellen, Umgang mit privaten Gutachten usw. Schulungs- und Handlungsbedarf. Ich denke da alleine nur an den Basistarifvertrag, der ab dem 01.01.09 gültig ist.

Also, packen wir es wieder an!

- » In diesem Kurs habe ich für Sie die interessantesten Abrechnungsbeispiele (Gegenüberstellung alte und neue GOZ) anhand von Abrechnungsjumbos (oder Komplexen) zusammengestellt. Das erspart Ihnen in der Praxis die mühsame Arbeit, Ihre vorhandenen „Jumbos“ alleine anzupassen. Selbstverständlich beinhalten diese auch Abrechnungsmöglichkeiten nach BEB.
- Auf einen Blick sehen Sie – Honorar für die Sitzung nach alter GOZ und nach neuer GOZ.
- Und was passiert mit den Zuzahlungspaketen bei gesetzlich Versicherten – laufende Fälle, Selbstzahler, neue Fälle, zusätzliche Vereinbarungen, Abschlussrechnung?

Fragen über Fragen – zu denen es natürlich eine Antwort gibt!

» Seminarübersicht 2009 mit meinem Kooperationspartner dentalline Pforzheim

Termin	Ort	Uhrzeit
Fr 06.02.09	Hamburg	13.00 – 19.00
Fr 13.02.09	München	13.00 – 19.00
Sa 28.03.09	Hannover	09.00 – 15.30
Fr 08.05.09	Frankfurt	13.00 – 19.00
Fr 05.06.09	Berlin	13.00 – 19.00
Fr 26.06.09	Frankfurt	13.00 – 19.00
Sa 04.07.09	Stuttgart	09.00 – 15.30

Termin	Ort	Uhrzeit
Sa 22.08.09	Köln	09.00 – 15.30
Fr 28.08.09	Frankfurt	13.00 – 19.00
Sa 05.09.09	Berlin	09.00 – 15.30
Fr 09.10.09	München	13.00 – 19.00
Fr 30.10.09	Frankfurt	13.00 – 19.00
Fr 13.11.09	Hamburg	13.00 – 19.00
Fr 11.12.09	Frankfurt	13.00 – 19.00

» Frau Martina Frey berät Sie gerne:

Tel. +49 (0) 72 31.97 81-19 • Fax +49 (0) 72 31.97 81-15 • E-Mail: kurse@dentalline.de

dentalline GmbH & Co. KG
Karlsruher Straße 91
75179 Pforzheim
www.dentalline.de

dentalline
orthodontic products ►



Abb. 6a: Frontalansicht während der Intrusion mit Minischrauben.

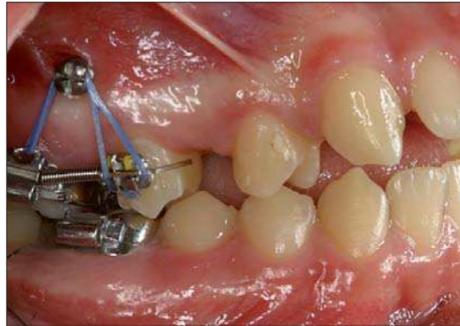


Abb. 6b und c: Im Vestibulum platzierte Minischrauben mit elastischen Ketten zur Intrusion der Molaren und Prämolaren sowie zur Reduzierung der posterioren Vertikaldimension.



Abb. 6d: Ein transpalatinaler Bogen zur Vermeidung der bukkalen Kroneninklination wurde platziert.



Abb. 7a: Frontalansicht bei geschlossenem Biss.



Abb. 7b: Laterale Ansicht des intrudierten ersten Molaren und zweiten Prämolaren.

KN Fortsetzung von Seite 4

und mitunter auch von Molaren als Mittel der Wahl betrachtet. Diese ist in vielen

Fällen jedoch aus ästhetischen Gründen kontraindiziert und wird daher von vielen Patienten abgelehnt. In wiederum anderen Fäl-

len ist eine kombinierte kieferchirurgisch-kieferorthopädische Herangehensweise angezeigt. Mittels skelettaler Verankerungen, die in verschiedenen Bereichen platziert werden, können bei vielen Patienten befriedigende sowie gut vorhersehbare Behandlungsergebnisse erreicht werden.

Fallbeispiel 2
Diese junge Patientin stellte sich mit einer Klasse II-Malokklusion und Tendenz

zum offenen Biss vor. Eine Extraktion wurde sowohl von der Patientin selbst als auch von deren Eltern abgelehnt, da die Malokklusion nicht sehr stark ausgeprägt war. Damit war in diesem Fall die kieferorthopädische Behandlung ohne Extraktion im oberen Zahnbogen das therapeutische Mittel der Wahl. Zunächst erfolgte im ersten Teil der Behandlung die Distalisierung der oberen Molaren mit einem AcCO-Draht³, der während der

Nachtstunden mit einer High-Pull-Headgear kombiniert wurde. Dies führte zur Bissöffnung. Anschließend wurde auf beiden Seiten weit oben im Vestibulum eine 1,5 mm Minischraube (Spider Screw K1) in den Interproximalraum zwischen dem ersten Molar und zweiten Prämolaren eingesetzt. Mittels dieser beiden Minischrauben in hoher Position konnte eine vertikale Kraft zur Intrusion der posterioren Zähne und zur Verrin-

gerung der posterioren Vertikaldimension appliziert werden (Abb. 6a-c). Zwischen den ersten Molaren erfolgte dann die Platzierung eines transpalatinalen Bogens, um die bukkale Inklinierung der Kronen zu verhindern (Abb. 6d). Die Mandibula wurde entgegen dem Uhrzeigersinn gedreht, wodurch sich der Biss schloss (Abb. 7a, b). Ist die Kontrolle der Vertikaldimension abgeschlossen, sollten die Minischrauben bei der Korrektur der Klasse II-Stellung der Eckzähne weiterverwendet werden. Denn danach unterstützen sie die Retraction der oberen Frontzähne sowie die Korrektur der oberen dentalen Mittellinie, ohne dass im oberen Zahnbogen Extraktionen erfolgen müssen.

Klasse III-Malokklusion

Eine Klasse III-Malokklusion kann nur mit der Kooperation des Patienten er-



Abb. 8a-c: Fallbeispiel 3 zu Behandlungsbeginn.

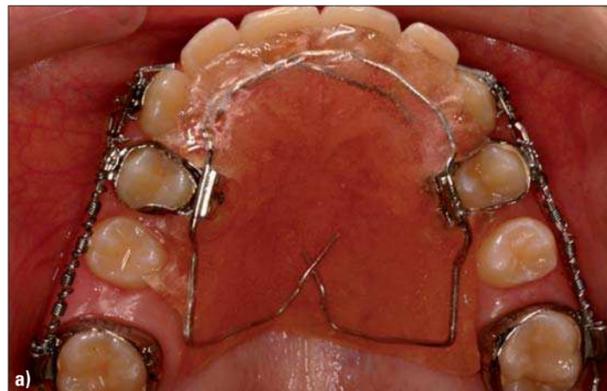


Abb. 9a und b: RMNA in Position zur Verankerung und offene Federn vom ersten Prämolaren zum ersten Molar am 0.016" x 0.022"-Bogen zur Distalisierung der oberen Molaren.

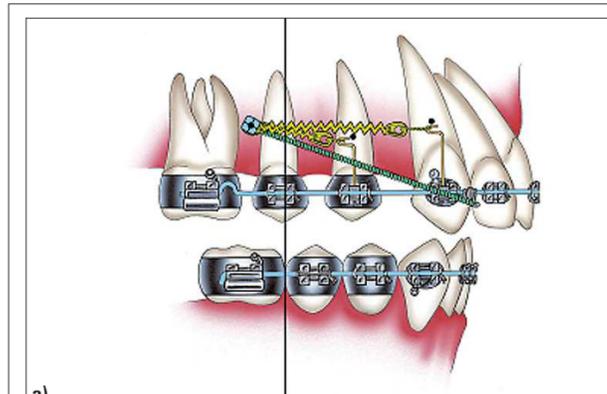


Abb. 10a und b: Minischrauben in Position. Behandlungsphase II: Retraction der Eckzähne und der Prämolaren.

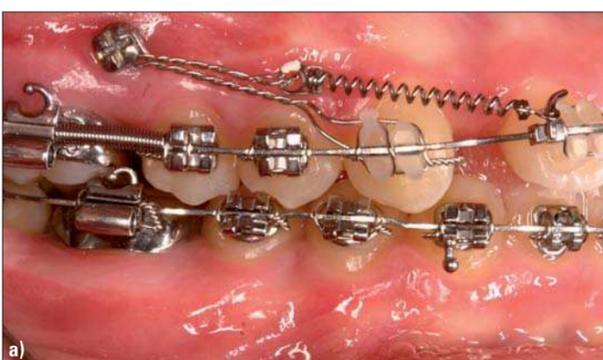
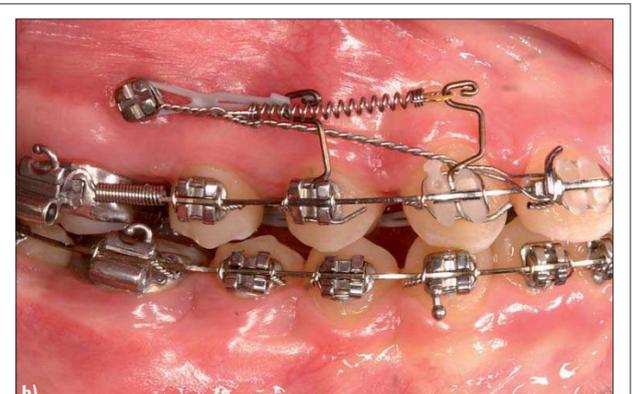


Abb. 11a-c: Behandlungsphase III: Retraction der Schneidezähne.





Abb. 12a–c: Situation zum Behandlungsende.

folgreich behandelt werden. Insbesondere dann, wenn Extraktionen vermieden werden sollen. Es ist bekannt, dass die Patientencompliance zu Behandlungsbeginn meist am besten ist und dann im Laufe der ersten 6–8 Monate nachlässt. Für kieferorthopädische Behandlungen dieser Art von Malokklusionen steht nun eine neue therapeutische Herangehensweise zur Verfügung. So kann im ersten Teil der Behandlung für 6–8 Monate zunächst ein konventionelles KFO-System eingesetzt werden, bei dem die Kooperation des Patienten erforderlich ist. Für die verbleibende Behandlungszeit ist nach Einsatz einer skelettalen Verankerung mittels Minischrauben (MGBM-System)⁴ dann jedoch keine Patientencompliance mehr erforderlich.

KN Kurzvita



Prof. Dr. Giuliano Maino, MD, DDS

- Medizin- und Zahnmedizinstudium an der Universität Padua
- Kieferorthopädische Ausbildung an der Universität Cagliari
- niedergelassen in eigener KFO-Praxis in Vincenza
- Gastprofessor im Fach Kieferorthopädie an der Universität Parma
- Autor von rund 100 wissenschaftlichen Beiträgen
- Aktives Mitglied der Angle Society Europe und der Italian Society of Periodontology
- ehemaliger Präsident der Associazione Specialisti Italiana Ortodontia
- Diplomat des Italian Board of Orthodontics sowie des European Board of Orthodontics

Fallbeispiel 3

Hierbei musste ein 12-jähriger Patient mit tiefem Biss und einer Klasse II/1-Malokklusion behandelt werden, der keinen Engstand im unteren Zahnbogen aufwies (Abb. 8a–c). Es war daher eine Klasse II-Behandlung ohne Extraktion indiziert. Der Patient lehnte es ab, längere Zeit zervikale Headgear-Apparaturen und/oder Klasse II-Elastics zu tragen. Nachdem eine 6-monatige Kooperation vereinbart werden konnte, erfolgte in der ersten Behandlungsphase die Distalisierung der oberen ersten Molaren mittels herausnehmbarer Nance-Apparatur (RMNA) zur Verankerung und zwei offenen Federn zur Distalisierung der ersten Molaren (Abb. 9a, b). Der Patient wurde gebeten, in den ersten sechs Monaten während der Nachtstunden einen Headgear anzulegen.

Als die ersten Molaren eine überkorrigierte Klasse I-Stellung erreicht hatten, erfolgte die Platzierung einer Minischraube mit 1,5 mm Durchmesser und 10 mm Länge (Spider K1) mesial der oberen ersten Molaren. Es wurde ein 0.016" x 0.022"-Edelstahlbogen mit Stoppern gegen die ersten Molaren und Haken, die mesial an den Eckzähnen festgeklemmt wurden, am oberen Bogen befestigt. Dem MGBM-System⁴ entsprechend wurde eine 0.012"-Metall-Ligatur von jeder Minischraube zu den Haken am Bogendraht angebracht, um so die überkorrigierte Klasse I-Position der Molaren zu stabilisieren.

Die Retraktion der Eckzähne und Prämolaren erfolgte zeitgleich mithilfe von hakenförmig geform-

ten Edelstahlbögen, die als Powerarm mit 150-g-NiTi-Spiralfedern zwischen den Minischrauben gespannt und in den vertikalen Slot der Brackets von Eckzähnen und Prämolaren eingeführt wurden (Abb. 10a, b). Nachdem die Prämolaren eine Klasse I-Position erreicht hatten, erfolgte die Retraktion der Schneidezähne⁵ unter Einsatz von Gleitmechanismen zweiseitiger Technik. Ein 0.018" x 0.022"-Edelstahlbogen mit Haken distal der lateralen Schneidezähne sowie ein Stück einer geschlossenen Spiralfeder zwischen den zweiten Prämolaren und ersten Molaren hielten den ersten Molaren in einer stabilen Position und verhinderten dessen mesiale Bewegung, sodass beim Einsetzen der Minischrauben kein Kon-

takt zwischen diesen und den mesialen Wurzeln des Molaren entstand (Abb. 11a und c). Zwischen den Minischrauben und den nun in Klasse I-Stellung befindlichen Eckzähnen wurden anschließend stabilisierende Drahtligaturen platziert. Um die Schneidezähne nach der Retraktion in ihrer Position zu halten, wurden Zugkräfte mittels 300-g-NiTi-

Spiralfedern zwischen den Minischrauben und den Haken distal der lateralen Schneidezähne aufgebracht (Abb. 12a–c). Die Gesamtbehandlungszeit betrug 17 Monate.

Fortsetzung des Artikels „Compliance-unabhängige KFO-Verankerungen“ in Ausgabe 3/2009 der KN Kieferorthopädie Nachrichten. [↗](#)

ANZEIGE

discovery® sl □ de

discovery® sl

WELTPREMIERE

Das kleinste SL-Bracket der Welt.
Natürlich von Dentaureum.

Ausgezeichnete Therapie-Effizienz
Überzeugender Patientenkomfort
Super einfache Handhabung
Umfangreiches Zubehör- und Serviceprogramm

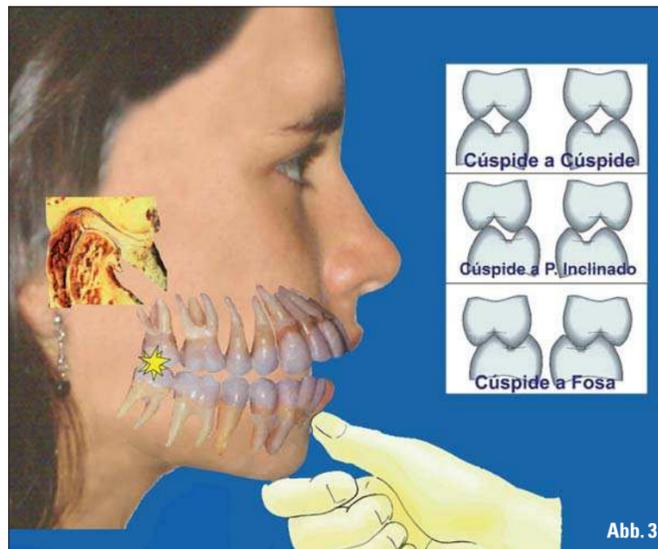
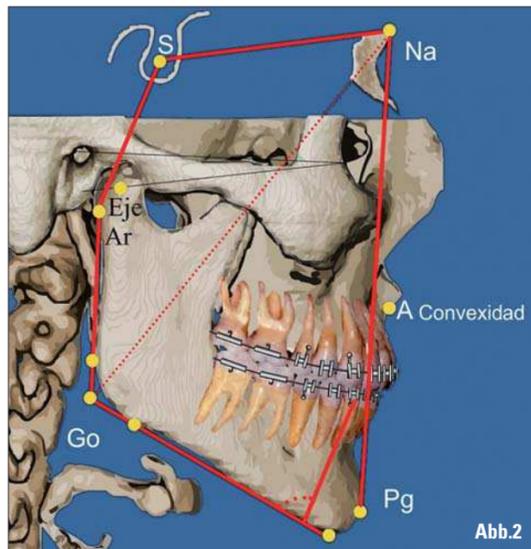
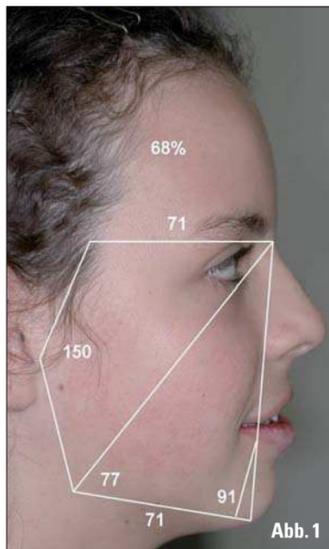
Turnstraße 31 · 75228 Ispringen · Germany · Telefon +49 72 31 / 803 - 0 · Fax +49 72 31 / 803 - 295
www.dentaureum.de · E-Mail: info@dentaureum.de

KN Literatur

- [1] Poggio PM, Incorvati C, Velo S, Carano A. „safe zones“; a guide for miniscrew positioning in the maxillary and mandibular arch. Angle Orthod 2005;76(2):191–197.
- [2] Melsen B, Agerbaek N, Eriksen J, and Terp S. New attachment through periodontal treatment and orthodontic intrusion. AJODO 1988; vol 94, N°2:104–116.
- [3] Maino BG, Alessandrini P, Mura P. A modified AcCO for Class II non extraction treatment. JCO 2006; vol XL N°10:605–612.
- [4] Maino BG, Gianelly A.A, Bednard J, Mura P, Maino G. MGBM System: new protocol for class II non extraction treatment without cooperation. Prog Orthod 2006;8(1):130–143.
- [5] Gianelly A.A. Bidimensional Technique: Theory and practice, 2000 GAC Int NY The clinical guide and Atlas 1 edition 2007:201–212.

Die SWING-Philosophie – Frontzahnführung als Schlüssel zum Erfolg

In kieferorthopädischen Praxen werden Behandler tagtäglich mit Engständen, pathologischen Überbissen in vertikaler sowie horizontaler Ebene, verschobenen Mittellinien, retinierten Eckzähnen oder Aplasien konfrontiert. Dass sie bei Anwendung der Straight-Wire-Technik jedoch nicht unbedingt eingeschränkt sind, sondern bei umfangreicher gründlicher Diagnostik durchaus mehrere Behandlungsoptionen für das Erreichen einer funktionalen Okklusion indiziert sein können, demonstriert Dr. Javier Frenck aus Córdoba (Argentinien) im folgenden Beitrag zur sogenannten SWING-Philosophie.



ebenen parallel zueinander befinden.

SWING-Philosophie
Die SWING-Diagnostik (Straight Wire International New Generation, SWING) setzt sich aus fünf Parametern zusammen, wobei hauptsächlich Jarabak-Parameter sowie die Angulation der unteren Frontzähne gegenüber der Okklusalebene betrachtet werden (Abb. 1, 2):

- a) Vertikale Relation
 - Artikulator-Winkel
 - unterer Gonion-Winkel
 - Jarabak-Winkel
- b) Skelettale Klassen
 - Klasse I
 - Klasse II
 - Klasse III
- c) OPG und laterales TMJ-Röntgenbild in Ruhelage und maximaler Öffnung
- d) initiale zentrische Relation
- e) Modellanalyse
 - Bogenform
 - Prämolaren-Relation
 - Grad des Engstands.

Innerhalb der Kieferorthopädie spielt die Okklusion zweifellos eine bedeutende Rolle. Liegen im Wechsel- oder Erwachsenengebiss vertikale bzw. horizontale Abweichungen von Ober- und Unterkiefer vor, sollte das Ziel einer jeden Behandlung daher die funktionelle Frontzahnführung sein. Bleibt diese während der kieferorthopädischen Therapie erhalten, dürfte die Behandlung in der Regel nicht mehr als 14 Mo-

nate in Anspruch nehmen. Geht die Frontzahnführung hingegen verloren, können sowohl auf den Behandler als auch den Patienten eine Reihe von Problemen zukommen. Wird im Rahmen einer Erwachsenenbehandlung mit festen Apparaturen begonnen, sieht sich der Kieferorthopäde mit einigen Fragen konfrontiert, deren Lösung nicht selten eine große Herausforderung darstellt: Wie kann der Overbite am besten

behalten werden? Und was ist zu tun, damit sich der Overjet während der Ausrichtungsphase bei Anwendung von superelastischen Bögen nicht noch verstärkt?

Richtige Diagnose
Ohne Zweifel stellt die gründliche Diagnose dabei einen der wichtigsten Aspekte für die Behandlungsplanung sowie ein erfolgreiches Therapieergebnis dar. Gerade um Kieferabwei-

chungen umfassend beurteilen zu können, spielt die metrische Analyse des Schädels hierbei eine wichtige Rolle. So gilt es mithilfe der Kephalemtrie u. a. zu verstehen, warum und wie sich Zähne bewegen, wenn ein gerader superelastischer Bogen in die Bracketslots einliegt ist. Damit kondyläre Diskrepanzen von vornherein ausgeschlossen werden können, empfiehlt es sich zudem, neben der FRS eine Pa-

norama-Röntgenaufnahme zu erstellen. Ein weiterer zu berücksichtigender Faktor ist die Stellung der Frontzähne zur Mandibularebene. So führt der einzige Weg, um letztlich eine funktionierende Frontzahnführung zu erreichen, hier über einen Winkel zwischen 87° bis 95°. Des Weiteren sollte geklärt werden, inwieweit sich der Processus condylaris mandibulae in einer stabilen Position und die Okklusions-

Stabile Kieferposition
Selbstverständlich sollte die zentrische Relation ihre Berücksichtigung finden und die Modelle in den Artikulator überführt werden. Denn geschieht dies nicht, können während der Behandlung unerwünschte Veränderungen in der UK-Position auftreten. Dies liegt darin begründet, dass Patienten über ein erlerntes neuromuskuläres Muster verfügen, welches deren habituelle Okklusion darstellt. Der Patient schließt den Biss demnach so, wie es seine Zähne vorgeben (Abb. 3). Bei der Behandlung mittels festsitzender Apparaturen wird diesem habituellen Okklusionsmuster nicht gefolgt. Das heißt, der Patient wird während der KFO-Therapie den Biss in verschiedenen Positionen schließen. Vor allem aus diesem Grund ist es wichtig, eine Art „Startpunkt“ festzulegen, sodass die Führung während der Behandlung nicht verloren geht. Dies geschieht mithilfe eines Zentrische-Relation-Artikulators. Auch die parabolische Form des unteren Bogens ist eine wichtige Besonderheit, die Beachtung finden sollte. Da eine rechteckige Form nicht mit den mandibulären exzentrischen Bewegungen kompatibel sein würde, muss der untere Bogen parabolisch geformt sein. Dies kann nur durch Platzierung von Bändern um die zweiten Molaren erreicht werden. Hierbei sollten Low-Force-Bögen zum Einsatz kommen, da mit ihrer Hilfe eine Aufweitung herbeigeführt wird, ohne dass parodontale Probleme verursacht werden. Die zweite zu beachtende Ebene ist die sagittale Ebene (anterior/posterior). Zunächst sollte die skelettale Klasse (I, II bzw. III) festgelegt werden. Denn sobald der Oberkiefer abweicht, kann dies eine falsche Prämolaren- bzw. Molarenrelation vortäuschen.



Abb. 4a-c: Anfangsbefund mit Engstand im Bereich der Eckzähne bei einer Klasse I-Okklusion und -Kieferrelation.



Abb. 5a-c: Zustand nach Bracketkleben und Extraktion von Prämolaren.



Abb. 6a-c: Ende der Nivellierungsphase – bisher ohne aktiven Lückenschluss.



Abb. 7a-c: Keyhole-loop-Bögen zum aktiven reziproken Lückenschluss.

Extraktion/Non-Extraktion
Eine große Herausforderung einer jeden Behandlung be-

steht darin, im Voraus zu wissen, ob eine Extraktion erfolgen muss oder nicht. Liegt beispielsweise eine Klasse I vor, gibt es nur zwei Möglichkeiten: Non-Extraktion oder Extraktion aller vier Prämolaren. Je nachdem, wie sich der Oberkiefer in der Vertikalen verhält, wieviel Engstand vorliegt bzw. wie stark der Überbiss ausgeprägt ist, bevor Apparaturen eingesetzt werden, sollte hier eine Entscheidung getroffen werden. Diese hängt in erster Linie von den maxillären Grundabweichungen bzw. der kephalometrischen Auswertung des vertikalen Problems und erst in zweiter Linie vom Grad des Engstands ab.

Koordination der Bögen
Eine gute Okklusion ist keinesfalls ohne die entsprechende Koordination der Bögen zu erreichen. Um diese jedoch umsetzen zu können, ist auch hier eine umfassende Diagnose unabdingbar.

Klinisches Fallbeispiel
Der Patient stellte sich mit einer leichten vertikalen maxillar-mandibulären Abweichung der skelettalen Klasse I vor. Es lag ein oberer wie unterer Engstand mit fehlendem Raum für die Eckzähne vor. Zudem war der Overjet knapp. Die Behandlungsdauer betrug insgesamt 15 Monate. Die Behandlungsplanung sah die Extraktion der ersten oberen sowie unteren Prämolaren vor. Anschließend sollten folgende Behandlungsziele umgesetzt bzw. erreicht werden:

- Alignment
- Nivellierung
- Koordination der Bögen
- Lückenschluss
- Re-Nivellierung
- Settling.

Zunächst war ein neues Bracket-Set-up erforderlich. Dies erfolgte unter Verwendung des selbstligierenden Quick®-Bracketsystems (FORESTADENT) sowie lediglich vier verschiedenen Bögen. Die Abbildungen 4a-c zeigen den Patienten zu Beginn der Behandlung. Während

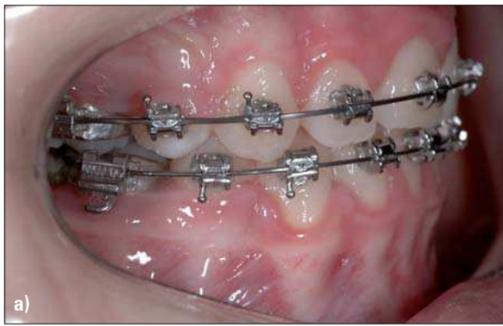


Abb. 8a-c: Nach vollzogenem Lückenschluss, Beginn der Settlingphase.



Abb. 9a-c: Direkt nach Entbänderung, Beginn der Retentionsphase.



der Ausrichtungsphase (Abb. 5a-c) wurde mit BioStarter®-Bögen sowie geringen Kräften gearbeitet. Die korrekte Ausrichtung konnte hierbei anhand der Kontaktpunkte auf den Zahnkronen nachvollzogen werden.

Während der Nivellierungsphase (Abb. 6a-c) kam ein BioTorque®-Bogen 0.18" x 0.25" zum Einsatz (ebenfalls FORESTADENT). Hierbei handelt es sich um einen rechteckigen Titanol-Bogen mit geringen Kräften, mit dessen Hilfe radikale Bewegungen erfolgen können, die zur Molarenverankerung aufgrund der Rotation und Retro-Inklination der Kronen führen. Zudem wird die parallele Anordnung der Frontzahnwurzeln im weichen Knochen bewirkt, sodass diese mithilfe eines Folgebogens intrudiert werden können. Anschließend wurde mit 0.18" x 0.25" DKL-Edelstahlbögen gearbeitet (Abb. 7a-c). Diese ermöglichen es, abschnittsweise Bewegungen auszuführen - vom Prämolaren zum Molaren und vom Eckzahn aus. Im Rahmen der Re-

Nivellierungsphase (Abb. 8a-c) wurde erneut ein 0.18" x 0.25" BioTorque®-Bogen verwendet,

um Wurzeltorque und Positionierung auszuüben. In der letzten Behandlungsphase, dem

Settling (Abb. 9a-c), fanden 0.16" x 0.22" Twistflex-Bögen Anwendung, um eine normale

Okklusalebene zwischen oberer und unterer Frontzahnrelation zu erhalten.

KN Literatur

Occlusion. Niles F. Guichet. The Denar Corporation 1977. RWC Notes. eSwing Clinic Research 1993-2007

KN Termine

Kurs
„Die SWING-Philosophie – Das Ziel der funktionalen Okklusion“

Referent:
Dr. Javier Frenck

Kursgebühr:
550,- € zzgl. MwSt.

Termine:
Fr./Sa., 20./21. März 2009,
jeweils 9 bis 18 Uhr

Innside Premium Hotel
Mies-van-der-Rohe-Str. 10
80807 München

Anmeldung unter:
FORESTADENT
Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151
75172 Pforzheim
Tel.: 0 72 31/4 59-1 26
Fax: 0 72 31/4 59-1 02
E-Mail: kurse@forestadent.com
www.forestadent.com

KN Kurzvita



Dr. Javier Frenck

- zahnmedizinische Ausbildung, Universität Córdoba, Argentinien
- 1989-1991 Assistenzstelle am Roth/Williams-Center Chile, Santiago de Chile
- 1994-1996 Assistenzprofessur, Zahnmedizinische Abteilung, Universität Córdoba, Argentinien
- 1994-1996 Koordinator des Roth/Williams-Programms Argentinien
- Begründer und Leiter der SWING-Philosophie Argentinien
- Mitglied der Córdoba Association of Orthodontics, Argentinien
- Vorträge in Argentinien, Spanien, Mexiko, USA, Brasilien
- Veröffentlichung im C.O.C.-Magazin, Argentinien
- Referent diverser Kurse in Argentinien, Mexiko, Spanien

ANZEIGE

Der schonende Weg zu einem strahlenden Lächeln

Das neue Reinigungspulver FLASH pearl für den Pulverstrahler Prophy-Mate ist ein Granulat, das mit seinen Reinigungskugeln sanft über die Zahnoberfläche rollt und unzugängliche Ecken des Gebisses schnell reinigt. Die kugelförmigen Teilchen verringern das Risiko von Beschädigungen der Zahnoberflächen und des Zahnfleisches und entfernen dabei Flecken, Zahnbelag und Zahnstein schnell und sicher. FLASH pearls sprudeln auf den Zähnen, ohne den Zahnschmelz anzugreifen. FLASH pearls sind auf der Grundlage von natürlich schmeckendem Kalzium hergestellt, welches die Düse des Prophy-Mate nicht durch Klumpenbildung verstopft. Dadurch reduziert sich der Wartungsaufwand Ihres NSK Pulverstrahlers deutlich. Das Pulver verringert außerdem die Speichelaktivität und die Entwicklung von Bakterien bei gleichzeitiger Herabsetzung der Bildung von Zahnbelag. Das Produkt ist daher ideal für die Reinigung der Zähne von Patienten, die Natriumbicarbonat nicht vertragen oder unter Bluthochdruck leiden.

Das neue effiziente Reinigungssystem!

Plaque Schmelz Speisereste Schmelz

- Leistungsstark
- Schnelle Ergebnisse
- Sanft und schonend
- Natriumarmer natürlicher Geschmack
- Biologisch abbaubar und verstopft die Düsen nicht

Kalzium

Herkömmliches Natriumbicarbonat-Pulver

Keine Schädigungen

Schmelz Schädigungen

FLASH pearl Reinigungspulver
(enthält 100 Beutel à 15g)
Best.-Nr.: Y900-693
Preis: € 139,-*
für Prophy-Mate und alle gängigen Pulverstrahlersysteme anderer Hersteller

4 Flaschen
FLASH pearl-Pulver à 300g
Best.-Nr.: Y900-698
Preis: € 77,-*

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Dental-Fachhändler in Ihrer Nähe!

*Unverb. Preisempfehlung zzgl. MwSt.

Powerful Partners®

NSK Europe GmbH Elly-Beinhorn-Str. 8, 65760 Eschborn, Germany
TEL : +49 (0) 61 96 77 606-0 FAX : +49 (0) 61 96 77 606-29

KN AUS DER PRAXIS

Mit vorliegender Ausgabe starten die *KN Kieferorthopädie Nachrichten* ihre neue Rubrik „Aus der Praxis“. In unregelmäßiger Folge werden darin Kieferorthopäden für ihre Kollegen interessante Patientenfälle aus dem eigenen Praxisalltag vorstellen. Eine Art kollegialer Erfahrungsaustausch, der nicht nur verschiedenste Behandlungsansätze aufzeigen, sondern gern auch zur fachlichen Diskussion anregen soll. Dabei sollen nicht unbedingt nur hochwissenschaftlich aufbereitete Inhalte im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Vielfalt an Therapieoptionen im Bereich der Kieferorthopädie verdeutlicht werden. Wir hoffen, dass auch Sie sich durch folgenden ersten Beitrag von Dr. Suleiman Rizk angesprochen sowie animiert fühlen, selbst zur Feder zu greifen. Schildern Sie uns und Ihren Kollegen Ihre Erfahrungen und verdeutlichen Sie beispielsweise anhand eines Fallbeispiels die Schönheit dieses Berufes. Wir freuen uns auf Ihre Texte, die Sie gern an folgende E-Mail-Adresse senden können: c.pasold@oemus-media.de

Doppelarmige Pendulum-Apparatur (einseitig) bei totalem Platzverlust

Ein Fallbeispiel aus der Praxis – vorgestellt von Dr. med. dent. Suleiman Rizk, niedergelassener Kieferorthopäde aus dem nordrhein-westfälischen Arnsberg

Diagnose

Eine knapp 13-jährige Patientin stellte sich in Begleitung ihrer Eltern zwecks Zahnregulierung in unserer Praxis vor. Wie üblich bei jeder Neuaufnahme, wurden in der ersten Sitzung sowohl manuelle als auch AK-Untersuchungen (Applied Kinesiology) bezüglich des Kiefergelenks durchgeführt. Ein Verdacht auf pathologische Befunde im Bereich des KGs, welche im familiären Umfeld vorlagen, bestätigte sich dabei nicht.

der OPG-Aufnahme waren alle bleibenden Zähne einschließlich der dritten Molaren angelegt. Die Zähne 25 und 45 waren retiniert. Zudem war der Zahn 17 nach distal und der Zahn 47 nach mesial gekippt. Die FRS-Aufnahme zeigt eine Retrognathie der Maxilla sowie eine Orthognathie der Mandibula. Das Wachstumsmuster war mesio mit Tendenz zu dolicho. Die neutrale Verankerung tendierte zu minimal. Es war ein konkaves Gesichtprofil zu verzeichnen.

linienverschiebung von etwa 2,5 mm nach rechts vor. Trotz des frontalen Steilstandes und der retrudierten Front war zudem eine Gingivarezession bei 11 sichtbar.

Unterkiefer

Der Unterkiefer wies eine mäßige transversale Zahnbogenenge im Prämolarenbereich sowie Steilstand, Retrusion und geringen Engstand der Front auf. Der Zahn 34 befand sich im Bukkalstand mit deutlichem Platzverlust. Der Zahn 33 war mesio-lingual ro-

bei den Zähnen 16 und 46 sowie 27 und 37 indiziert. Eine progne Verzahnung war bei den Zähnen 12 und 42 zu verzeichnen.

Therapieüberlegung

Nach Auswertung der diagnostischen Unterlagen konnte man davon ausgehen, dass in diesem Behandlungsfall eine Extraktionstherapie notwendig werden würde, um den extremen Platzmangel auszugleichen. Aber zu

längenverlust zu verzeichnen gewesen wäre und die negativen Auswirkungen von Mundatmung und Zungenpressen sich noch weiter verstärkt hätten. Zudem hätte sich das vorliegende konkave Gesichtprofil der Patientin noch verstärkt, da Extraktionen oft zur Abflachung des unteren Teils des Gesichts führen können.

Eine Protrusion der Oberkiefer- als auch der Unterkieferfront als einer der Platzquellen konnte aufgrund der vorliegenden Gingivarezession

mennahterweiterungsapparatur (GNE) sowie eine Aufbissplatte im Unterkiefer eingesetzt. Einmal täglich musste die Hyrax-Schraube hierbei mit zwei ganzen Drehungen von den Eltern gedreht werden, was regelmäßig in der Praxis kontrolliert wurde. Etwa drei Wochen später war der Kreuzbiss beseitigt und die Dehnung der Hyrax-Schraube wurde eingestellt. Schließlich konnte die GNE nach ca. drei weiteren Monaten entfernt werden.

Da die Zähne 26 und 27 um ca. 7 mm nach mesial gewandert waren und es möglich war, auf dem Zahn 27 ein Band anzupassen, entschied ich mich für die sofortige und gleichzeitige Distalisation der Zähne 26 und 27. Bezüglich des Platzmangels sah die Situation auf der rechten Seite etwas entspannter aus. Dennoch war auch hier eine Distalisation notwendig. Zwecks oben genannter Distalisationen musste ein spezielles Kraftsystem entwi-



Abb. 1: Nach der Entfernung der GNE (rechte Seite).



Abb. 2: Nach der Entfernung der GNE (linke Seite) mit komplettem Raumverlust für Zahn 25.

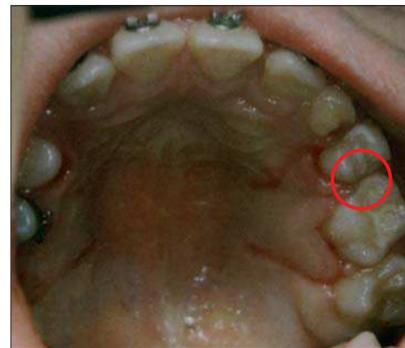


Abb. 3: Nach der Entfernung der GNE (intraoral).



Abb. 4: Einsatz der Pendulum-Apparatur.



Abb. 5: Intraoral vor dem Einsatz der MB-Apparatur im UK.



Abb. 6: Nach dem Einsatz der MB-Apparatur im UK.

Die weiteren fachzahnärztlichen Untersuchungen ergaben aufgrund der extremen transversalen Zahnbogenenge sowie der Form des Oberkiefers Mundatmung sowie Zungenpressen. Bei Ermittlung der Anamnese teilten die Eltern mit, dass ihre anderen Kinder mit Kiefergelenksbeschwerden sowie Zahnfehlstellungen bereits kieferorthopädisch behandelt wurden. Obwohl bei der Patientin die vorhandenen Milchzähne 63, 75 und 84 keine Knirschfacetten aufwiesen, hatte dieser Bruxismus bis zum Zeitpunkt der Untersuchung keine sichtbaren Nebenwirkungen auf die permanenten Zähne. Vor Behandlungsbeginn angefertigte Röntgenaufnahmen wie Orthopantomogramm (OPG) und Fernröntgenseitenbild (FRS) zeigten folgende Informationen: Auf

Das Anfangsmodell zeigte folgende Zahnfehlstellungen:

Oberkiefer

Dieser zeigte eine extreme transversale Zahnbogenenge – insbesondere im Prämolarenbereich – sowie Engstand, Retrusion und Steilstand der Front. Zudem Persistenz von 63. Der Zahn 12 befand sich im Palatinalstand und 13 im Bukkalstand mit Platzmangel. Durch den frühen Verlust des Zahnes 65, ohne Einsatz eines entsprechenden Lückenhalters, waren die Zähne 26 und 27 um ca. 7 mm nach mesial gewandert. Als Folge davon war der Zahn 25 mit totalem Platzverlust retiniert. Des Weiteren waren die Zähne 16, 26 und 27 mesio-palatinal rotiert. Der Zahn 17 war nach distal gekippt. Es lag eine dento-alveoläre Mittel-

tiert und der Zahn 43 nach distal gekippt. Es lag eine Persistenz der Zähne 75 und 84 vor. Durch den frühen Verlust von 85, ohne Einsatz eines entsprechenden Lückenhalters, waren die Zähne 46 und 47 um ca. 5 mm nach mesial gewandert. Als Folge davon war der Zahn 45 mit erheblichem Platzverlust retiniert. Außerdem war der Zahn 47 nach mesial gekippt. Auch im Unterkiefer war eine Gingivarezession bei den Schneidezähnen 32, 31, 41 und 42 sichtbar.

Okklusion

Die Bisslage betrug bei den ersten Molaren links eine Prämolarenbreite distal und bei den ersten Molaren rechts eine $\frac{3}{4}$ Prämolarenbreite mesial. Bei folgenden Zähnen lag Kreuzbiss vor: 15, 46 und 26, 36 und 24, 75 sowie 63, 34. Zusätzlich war ein Kopfbiss

welchem Preis? Können die Vorteile einer Extraktion in diesem Fall die Nachteile, die hiermit verbunden sind, überwiegen? Die Entfernung aller dritten Molaren bzw. 27 anstelle von 28 sowie 47 anstelle von 48 besprach ich mit den Eltern. Eine Extraktion der ersten bzw. zweiten Prämolaren konnte und wollte ich den Eltern nicht empfehlen. Vielmehr riet ich davon ab, da die o. g. möglichen Extraktionen, außer der dritten Molaren, negative Nebenwirkungen mit sich bringen könnten. Beispielsweise könnte eine Verkürzung der Zahnbogenlängen die Folge sein. Zum anderen war die Lage der dritten Molaren derart ungünstig, dass diese sowieso zu einem späteren Zeitpunkt extrahiert werden müssten. Dies hätte zur Folge gehabt, dass noch mehr Zahnbogen-

nicht gewonnen werden. Da auch die Extraktionen der Zähne 27 und 47 mit dem Risiko verbunden waren, dass die Zähne 16, 17, 26 und 46 nicht wunschgemäß distalisiert werden können, empfahl ich den Eltern die Distalisation aller Molaren – sowohl im Ober- als Unterkiefer – ohne Extraktion durchzuführen.

Behandlungsablauf

Im Vorfeld der Platzbeschaffung durch Distalisierung der oberen und unteren ersten und zweiten Molaren auf der rechten Seite musste sowohl der Kreuzbiss als auch die progne Verzahnung beseitigt werden. Zur Beseitigung des beidseitigen Kreuzbisses wurde rund vier Monate nach Behandlungsbeginn eine Gau-

ckelt werden, damit die Wirkungslinien der angewandten Kräfte inner- bzw. oberhalb der Widerstandszentren betroffener Zähne verliefen, um letztlich eine nach distal gerichtete körperliche Zahnbewegung zu gewährleisten. Um diese distalen Bewegungen durchzuführen, wurde in derselben Behandlungssitzung nach Entfernung der GNE eine modifizierte Pendulum-Apparatur integriert. Diese beinhaltete zwei Federn auf der linken und eine Feder auf der rechten Seite. Alle drei Federn waren aus 0,6 mm federhartem Draht gefertigt. Die Pendulum-Apparatur wurde lediglich mit zwei Bändern auf die ersten Prämolaren zementiert. Für die angestrebten Distalisationen der linken ersten

Fortsetzung auf Seite 12 KN

Doktors Liebling

... verbindet Sicherheit, Kompetenz und Innovation. Das Vollkaskoimplantat.
Jetzt neu mit 10-Jahres-Vollkaskogarantie durch eines der renommiertesten
Versicherungsunternehmen Deutschlands. Machen Sie das Beste daraus.

 www.dasvollkaskoimplantat.de

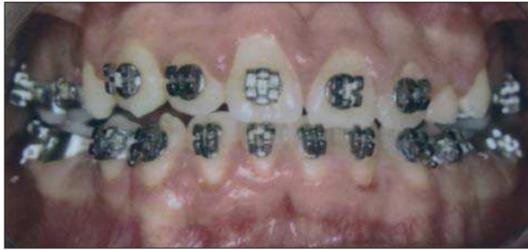


Abb. 7: Frontale Ansicht vor dem Einsatz der Pendulum-Apparatur.



Abb. 8: Intraorale Aufnahme nach 7,5 Monaten Einsatz der Pendulum-Apparatur.



Abb. 9: Direkt nach der Entfernung der Pendulum-Apparatur.



Abb. 10: Nach der Entfernung der Pendulum-Apparatur linke Seite.



Abb. 11: Nach der Entfernung der Pendulum-Apparatur rechte Seite.



Abb. 12: Nach der Einordnung von 35.



Abb. 13: Nach der Einordnung von 25.



Abb. 14: Nach der Einordnung von 25 rechte Seite.



Abb. 15: Nach der Einordnung von 25 linke Seite.



Abb. 16: Nach der Einordnung von 25 frontale Ansicht.



Abb. 17: Endergebnis nach Debonding, OK.



Abb. 18: Endergebnis nach Debonding, UK.



Abb. 19-21: Endergebnis nach Debonding.



Abb. 20



Abb. 21

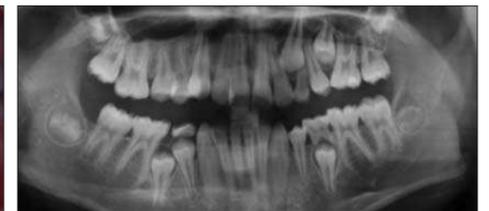


Abb. 22: OPG 1 vor Behandlung.

KN Fortsetzung von Seite 10

und zweiten Molaren betrug die angewandte Kraft ca. 100 p/Zahn. Auf der rechten Seite betrug die angewandte Kraft zur Distalisierung des Zahnes 16 sowie indirekten Distalisierung von Zahn 17 ca. 140 p. Durch Integration der Distalisationsfedern an den ent-

sprechenden Schloßern und hinsichtlich des Abstands vom Angriffspunkt zum WZ von ca. 8mm entstanden Drehmomente bei 26 und bei 27 von jeweils 800 p/mm sowie bei 16 von ca. 1.280 p/mm, welche alle nach distal gerichtet waren. Um die angestrebten distalen Bewegungen der betroffenen Molaren annähernd

körperlich zu gewährleisten, mussten V-Biegungen an den vertikalen Teilen der Federn angebracht werden. Somit sollten die gleich großen nach mesial gerichteten Drehmomente produziert werden, um die Summe aller entstandenen Drehmomente schließlich auf Null zu bringen. Die Differenz der Summe der angewandten Kräfte auf der

linken Seite betrug nicht mehr als 40 p gegenüber der angewandten Kraft auf der rechten Seite, um die Rotation der Kunststoffauflage weitgehend zu reduzieren, damit die Gaumenschleimhaut im Wesentlichen geschont werden konnte. Ebenfalls wurde in gleicher Sitzung die MB-Apparatur im Unterkiefer integriert.

Nach der segmentierten Bogentechnik nach Burstone wurde zur Distalisierung der Zähne 46 und 47 ein Lingualbogen eingesetzt. Das Drehmoment auf der unteren linken Seite konnte mithilfe des gleich großen entgegengesetzten Drehmoments sowie entsprechen der Verankerungseinheit auf derselben Seite neutralisiert werden.

durchgeführt. Der Zahn 26, welcher nach distal gekippt war, wurde entsprechend aufgerichtet. Die Entfernung der dritten Molaren würde zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Nach Entfernung der MB-Apparatur wurden lingual geklebte Retainer im OK von 14-24 und im UK von 34-44 integriert. Insgesamt betrug die aktive Behandlungszeit ca. 2,5 Jahre. **KN**



Abb. 23: FRS 1.



Abb. 25: FRS 2.



Abb. 24: OPG 2.



Abb. 26: OPG 3 nach Debonding.

Pendulum-Apparatur sowie Lingualbogen wurden alle drei Wochen entsprechend aktiviert. Nach der Einordnung von 45 wurde der Lingualbogen von seiner Aufgabe entbunden. Nach erfolgreicher Distalisierung der Molaren konnte die Pendulum-Apparatur nach ca. 7,5 Monaten entfernt werden. Anschließend wurden die Zähne 13 und 25 in den Zahnbogen voll integriert. Nachdem die angestrebten Überkorrekturen sowohl in den transversalen als auch sagittalen Richtungen abgeschlossen waren, konnte eine super Klasse I bei den ersten linken und rechten Molaren eingestellt werden. Der durch die Distalisierung gewonnene überschüssige Platz auf der rechten Seite im Oberkiefer wurde zur Einstellung der dento-alveolären Mittellinienverschiebung benötigt. Nach der korrekten Einstellung der oberen Mittellinie wurde die Einordnung des Zahnes 23 nach dessen Freilegung

KN Adresse

Dr. med. dent. Suleiman Rizk
Neheimer Markt 5
59755 Arnsberg
Tel.: 0 29 32/70 04 30
Fax: 0 29 32/70 04 32
E-Mail: kfo@dr-rizk.de
www.dr-rizk.de

KN Kurzvita



Dr. med. dent. Suleiman Rizk

- geboren am 19.11.1950 in Jdeidat Artouz, Syrien
- 1975 Bachelor in Zahnmedizin, Damaskus, Syrien
- 1986 Spezialisierung im Fach Kieferorthopädie, Bundesland Nordrhein-Westfalen
- 1981-84 private KFO-Klinik Dr. K. H. Bernsdorf, Dortmund
- 1984-86 Abt. Kieferorthopädie & Orofaziale Orthopädie, Universität Bonn
- anschließend Abt. Kieferorthopädie & Orofaziale Orthopädie der AOK Zahnklinik Düsseldorf
- seit 1989 Privatklinik in Arnsberg
- seit 4/2000 Diplomate of the German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics (GBO)
- div. Mitgliedschaften (u. a. AAO, WFO)
- div. Zertifizierungen (u. a. Invisalign)

KN EVENTS

6. Incognito Anwendertreffen begeisterte Hunderte Teilnehmer

In der vorweihnachtlich erstrahlten Hessenmetropole konnten sich über 700 Anwender des Incognito™ Lingual Bracket Systems* einmal mehr von dessen höchster Präzision überzeugen. So wurde Ende Dezember letzten Jahres zwei Tage lang die Gelegenheit genutzt, bei einem perfekt organisierten Event im Frankfurter Hilton-Hotel Erfahrungen auszutauschen und mit Kollegen ausführlich zu fachsimpeln. Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Dr. Reiner Oemus, Zirndorf.



Das Incognito Lingual Bracket System.

Nicht nur ob der beeindruckenden Teilnehmerzahl, sondern vor allem auch hinsichtlich des gebotenen Programms kann man diese Veranstaltung rückblickend ohne Übertreibung als Event gigantischen Ausmaßes bezeichnen. Während am ersten Tag ganze Praxisteams inklusive Helferinnen am Workshop teilnahmen, fanden sich am Folgetag die Behandler zusammen, um neueste Updates sowie die beeindruckenden Ergebnisse hinsichtlich der Präzision des Incognito Lingual Bracket Systems aus der wissenschaftlichen Arbeit von Dr. Dirk Wiechmann und dessen Team zu erfahren.

Zunächst begrüßte der neue Geschäftsführer, Markus Schmitz, die Teilnehmer aufs Herzlichste und berichtete kurz über die Übernahme des Unternehmens TOP-Service für Lingualtechnik durch das Unternehmen 3M Unitek. Bereits bei der Ankunft war trotz der Größe dieses Anwendertreffens eine vertraute, ja fast schon familiäre Atmosphäre zu spüren. Viele Systemanwender kennen sich schon seit vielen Jahren und waren bei diesem sich mit atemberaubender Geschwindigkeit immer weiter entwickelnden Hightech-KFO-Behandlungssystem von Anfang an mit dabei.

Aufgrund der Tatsache, dass die Teilnehmer bereits Zertifizierungskurse absolviert hatten, konnte Incognito Entwickler, Dr. Dirk Wiechmann, gleich in medias res gehen und sich den wesentlichen Neuerungen widmen. Die Innovationsrate ist hierbei wirklich einmalig. Stets werden Verbesserungsvorschläge nach jeweils längerer Erprobungsphase umgesetzt, die dem System somit zu einer hohen Praxisrelevanz verhelfen. Dadurch wird der Anwender zu keiner Zeit mit kurzlebigen Ideen belastet, die sich bei der praktischen Arbeit dann doch als schwierig umsetzbar erweisen würden. Das in der Tat Bestechende an Incognito ist die Schnelligkeit und Adaptivität dieser Ent-

wicklung, welche in der Dentalbranche weltweit ihresgleichen sucht. Aufgrund der Art des Produktionsprozesses sowie der dabei angewandten computertechnischen Möglichkeiten wird eine enorme Flexibilität erreicht – sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Produktion.

Besonders beeindruckt die jeweils für den Individualfall modifizierbare Anpassungsfähigkeit und vielseitige Ausbaufähigkeit dieses industriell gefertigten Systems. Auf Wunsch des Behandlers können einzelne Details verändert werden. Zudem ist es möglich, bereits in der praktischen Kieferorthopädie erprobte Systeme wie Herbst-Scharnier oder MARA-Apparatur nach den Prinzipien des Herstellerverfahrens individuell zu gestalten bzw. integrieren, sodass auch für schwierige Fälle compliance-unabhängige Lösungen geschaffen werden können. Einen Beweis dafür lieferte der Referent Dr. Thomas Drechsler (Wiesbaden), der eine Behandlung mit individuell gegossener Apparatur nach MARA-Art ins Incognito System transferiert hat und ein sehr gutes Ergebnis mit Langzeitstabilität vorstellen konnte.

Die Präzision des Behandlungssystems ist sehr genau definiert und wird mit maximal 9 Mikrometer Slot-Toleranz angegeben. Dadurch kann mit einem Full-size-Bogen, der exakt mittels Computer gebogen wurde, das reale Ergebnis dem Set-up extrem nahe gebracht werden. Wie genau dies möglich ist, zeigten sowohl Dr. Breidenbach als auch insbesondere Dr. Thalheim auf überzeugende Art und Weise. Interessant war dabei zu erfahren, wie gering die Toleranzen zwischen Set-up-Modell und real erzeugtem Ergebnis im Schlussmodell bei der Nachuntersuchung von über 20 behandelten Fällen sich darstellten: 0,44mm im Durchschnitt – eine wahre „Punktladung“ zwischen Planung und Realisation. Jene Toleranz ist auch von geübten Kieferorthopäden

nicht mehr mit bloßem Auge auszumachen. Lediglich das Incognito System konnte dieses bisher so nachweisen und zeigt damit einmal mehr seine hohe Behandlungsqualität.

Auf der Weiterbildung der Anwender machte Dr. Wiechmann dann auf die wichtigsten Fehlerquellen bei der Abdrucknahme (nicht entfernter Zahnstein, im Seitenzahnbereich nicht perforierte Löffel, zu scharfe Kanten beim Beschneiden der Erstabformung), beim Kleben

(zu lange und nicht genug kühl gelagertes Maximum Cure, zu kleine Flaschen, nicht genügend langes Durchmischen der Materialien) und beim Einsetzen der ersten Bögen (nicht beim Zahn mit dem größten Engstand mit dem Einligieren begonnen, erster Bogen über den 1. Molaren hinaus ligiert, 1. Bogen gleich in Slot statt in die selbstligierenden Bracketanteile eingesetzt) aufmerksam. Da diese Fehlerquellen häufiger auftreten,

hat TOP-Service für seine bereits zertifizierten Kieferorthopäden auf der Internetseite www.incognito.net ein ständig aktualisiertes E-Learning Angebot eingestellt. Es enthält exakte Beschreibungen mit Videomaterial zu einzelnen Details und den einzelnen Schritten bei der Behandlung mit der Apparatur. Mit der zweifachen Eingabe der eigenen Kundennummer kommt man dabei ohne Mühe in den geschützten Bereich, der nur für zertifizierte Kolle-

gen zugänglich ist. Die häufigste Nonex-Bogenfolge bei Fällen mit Engstand wird mit 0.012" oder 0.014" NiTi, 0.016" x 0.022" NiTi und 0.0182" x 0.0182" TMA angegeben, wobei bei Klasse II-Fällen noch ein 0.016" x 0.022" Stahlbogen aufgrund der größeren Stabilität gegenüber Klasse II-Zügen vor dem TMA angewandt wird. Bei extremem Engstand im UK, wenn ein Bracket nicht geklebt werden kann,

Fortsetzung auf Seite 14 KN

ANZEIGE

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

DRUNTER UND DRÜBER

SUB- UND SUPRAGINGIVAL – DIE ORIGINAL METHODE AIR-FLOW
KENNT AB SOFORT KEINE GRENZEN

Zwei Anwendungssysteme in einem, klar getrennt. Auf der einen Seite das Perio-Handstück inklusive Perio-Düse und die Perio Pulverkammer. Auf der anderen Seite das Air-Flow Handstück und die Air-Flow Pulverkammer.

So präsentiert sich der neue Air-Flow Master. Immer perfekt vorbereitet auf sub- und supragingival. Und immer

optimal mit Original Air-Flow Pulver. Und so genial einfach die Anwendungen, so einmalig einfach die Bedienbarkeit – touch 'n' flow.

Grenzenlose Prophylaxe mit der ersten subgingival Prophylaxe - Einheit der Welt. Das ist die klare Ansage für die moderne Zahnarztpraxis.

AIR-FLOW MASTER

Min Liquid Max

PERIO-FLOW

AIR-FLOW

“I FEEL GOOD”

Persönlich willkommen >
welcome@ems-ch.com



Abb. 1 und 2: Eine beeindruckende Anzahl von über 700 Teilnehmern war im Dezember ins hessische Frankfurt gekommen, um gemeinsam Erfahrungen auszutauschen und neueste Innovationen rund um das Incognito Lingual Bracket System zu erfahren. Nach der Eröffnung durch System-Entwickler, Dr. Dirk Wiechmann, ging dieser gleich in medias res und stellte die wesentlichen Neuerungen vor.



Abb. 3: Eingeklebte Locatelli-Feder zum Öffnen von Seitenzahnlücken.



Abb. 4: Der Wiesbadener Kieferorthopäde Dr. Thomas Drechsler stellte seine Ergebnisse hinsichtlich der Kombination einer individuell gegossenen Apparatur nach MARA-Art und Incognito vor.



Abb. 5 und 6: Sowohl Dr. Volker Breidenbach als auch Dr. Andrea Thalheim widmeten sich in ihren Redebeiträgen der hohen Präzision dieses Behandlungssystems.



KN Fortsetzung von Seite 13

wird der flexible erste Bogen mit je einem Stopp hinter der Biegung 1. Ordnung mesial des ersten Prämolaren versehen. Der komprimierte Bogen wird in die SL Bracket-anteile eingelegt, um nach Öffnung der Lücken den Bogen dann in den Slot einzuligieren. Die Komprimierung des 0.014er-Bogens ist wesentlich effektiver als die Anwendung von Coil springs. Für die Öffnung von Seitenzahnlücken verwendet man durch vestibuläres Kleben

eine Locatelli-Feder (mit Transbond direkt gebondeter 0.014" NiTi, anschließend im Prämolarenbereich mittels Weingart-Zange zur V- oder U-Feder zurückgezogen und fest gebondet) wie bei einem Doppelkabel in Kombination mit opened coil auf der lingualen Apparatur mit sehr großer Effizienz. Beim Bracket-Rebonding ist die vollständige Säuberung des Zahnes mit voller Entfernung des Kunststoffes genauso wichtig wie die Aktivierung des noch vorhandenen Kunststoffes auf dem Bracket

mittels Aceton. Bei partiellem Verlust erfolgt die Entfernung des Kunststoffes durch Sandstrahlen und anschließender Säuberung mit Aceton. Neu ist die Wiederklebung mit Nexus 2 oder 3, bei der nur das Bracket mit Kunststoff beschickt wird. Auch das Rokatec-Verfahren (Sandstrahlen, Rokatec, anschließend Silan) wird empfohlen. Vorkontakte, Okklusion und Artikulation sind genau zu prüfen. Im 2008er-Update konnte Dr. Wiechmann auf ein neues Software-Modul hinweisen, das aufgrund eines Flächen-

matchings wesentliche Vorteile bei der Bracketpositionierung in Engstandbereichen ermöglicht. Durch direkten Vergleich der Scans von Malokklusions- und Set-up-Modell können die Bracketbasis und die Lage der Funktionselemente wesentlich besser bestimmt werden. Somit wird eine Klebung sofort von Anfang an ermöglicht, was zu wesentlichen Zeitvorteilen und besserem Torqueverhalten in der Behandlung führt. Auch das gelegentlich notwendige gingivale Versetzen

von Brackets, das bei Bisshebungen sinnvoll eingesetzt wird, kann mit geringen vertikalen Stufen von 0,5 mm im Stahl- und später nochmals beim TMA-Bogen gelöst werden. Dadurch sind vertikale Stufen bis 1 mm möglich geworden, die dennoch im Bracket-slot platziert werden können. Ganz besonders haben sich die okklusalen Pads als Aufbisse im Bereich der Molaren bei Knirschern, aber auch Jugendlichen bewährt, wobei die Flächen nur aufgedickt, aber nicht neu modelliert werden.

An den Frontzähnen wird zukünftig eine V-förmige Gestaltung der Flügel vorgenommen, da sich dadurch die Power Ties wesentlich besser platzieren lassen. Auch bei den bereits eingeführten Herbst-Scharnieren ist eine weitere Integration in das Incognito System zu erwarten. Mit Prof. Dr. H. Pancherz, dem weltweit wohl besten Kenner der Herbst-Apparatur, informierte ein beeindruckender Referent direkt zur Wirkungsweise und Effizienz der Herbst-Scharniere. Pancherz stellte die Integration des Herbst-Scharniers in die Incognito Lingualtherapie im Detail in Planung und Handling vor. Interessant war dabei die Aussage, dass sich das Herbst-Scharnier mit 79% Stabilität bei späterer Anwendung gegenüber der frühen Anwendung durchgesetzt hat, bei den Erwachsenen kann sogar mit 92% Stabilität gerechnet werden und auch im 3. Lebensjahrzehnt muss keine Einschränkung erwartet werden.



Abb. 7: Selbstverständlich war bei dieser bestens organisierten Veranstaltung auch für das leibliche Wohl gesorgt worden.



Abb. 8: Dr. Dirk Wiechmann bei der Anmoderation des interessanten Vortrags von Herbst-Scharnier-Experte Prof. Dr. Hans Pancherz.



Abb. 9: Stimmung pur beim unterhaltsamen Partyabend.



Abb. 10: Alle Teilnehmer erhielten abschließend noch ein wertvolles Präsent – die neueste wissenschaftliche Darstellung der Behandlung mittels Herbst-Scharnier in Form des soeben erschienenen Buches der Professoren Hans Pancherz und Sabine Ruf.

ehe vertikale Gummizüge zusätzlich verwendet werden. Auch muss die Vermeidung von Proklination bereits in der Set-up-Planung vorgegeben werden. Ihre aktualisierten Kenntnisse über das Incognito System konnten die Teilnehmer dann im Rahmen eines Gewinnspiels unter Beweis stellen. Der Hauptpreis – eine Reise zum 3M Unitek-Symposium am 6./7.3.2009 in Dubai – ging unter kräftigem Applaus an die Kieferorthopädin Dr. Friederike Seher aus Hannover. Resümierend war dieses Wochenende sehr informativ und motivierte zu noch mehr Hinwendung zu jenem perfektionierten Behandlungssystem. Alle Teilnehmer waren vollends zufrieden, als sie nach einem wunderschönen Partyabend auch noch ein nachträgliches Nikolaus-Präsent erhielten. Und zwar handelte es sich hierbei um die neueste wissenschaftlich-praktische Darstellung der Behandlung mit Herbst-Scharnier in Form des soeben erschienenen Buches der Professoren Pancherz und Ruf (Quintessenz Verlag). Abschließend bleibt nur noch, den Initiatoren dieser tollen Veranstaltung – dem Unternehmen TOP-Service für Lingualtechnik – einen herzlichen Dank zu sagen für dieses ereignisreiche Wochenende voller anregender Informationen und Neuerungen. **KN**

3M und Incognito sind Marken der 3M Company.

KN Adresse*

TOP-Service für Lingualtechnik GmbH
Eine 3M Gesellschaft
Schledehauser Straße 81
49152 Bad Essen
Tel.: 0 54 72/94 91-10
Fax: 0 54 72/94 91-19
E-Mail: info@incognito.net
www.incognito.net

Bei der Behandlung des offenen Bisses verwies Dr. Wiechmann besonders darauf, dass der Behandler die Programmierung der Brackets zuerst auch einmal wirken lassen muss, damit das Auflösen der Engstände und Transferieren der Bracketprogrammierung auch real stattfinden kann,

Moderne Klasse II-Konzepte – Attraktive Mischung beim IOS 2008

6. International Orthodontics Symposium – das bedeutete moderne Kieferorthopädie im Prager Flair des ersten Advent. Während im Tagungsort, dem tschechischen Kulturministerium, die Klasse II-Behandlung vom Kind bis zum Erwachsenen, von der Frühbehandlung über Lingualtechnik bis zum OP-Protokoll diskutiert wurde, bot die „Goldene Stadt“ Highlights wie den Weihnachtsmarkt sowie ein gelungenes Come together. Ein Bericht von Dr. Doreen Jaeschke.



Erneut war die „Goldene Stadt“ Kulisse des International Orthodontics Symposiums.



Präsentierte zahlreiche, mit dem Incognito™ Lingual Bracket System erfolgreich behandelte Klasse II-Fälle – Dr. Dirk Wiechmann aus Bad Essen.



Tagungspräsident Prof. Dr. Ralf J. Radlanski mit dem Wiener Duo Dr. Silvia Silli (li.) und Prof. Dr. Ingeborg M. Watzke.



Dr. Aladin Sabbagh widmete sich im Vorkurs u.a. der thematischen Trias „non compliant, non surgical, non extraction“ für Klasse II-Behandlung.



Veranstalter Dr. Jan V. Raiman mit den Professoren Prof. Dr. Rainer R. Miethke und Prof. Dr. Ralf J. Radlanski (v.r.n.l.).



Im tschechischen Kulturministerium als Tagungsort folgen die Teilnehmer den interessanten Vorträgen.

„Non compliant, non surgical, non extraction“ – dieser Trias in der Klasse II-Behandlung stellte sich Dr. Aladin Sabbagh bereits im Vorkurs und erläuterte seine „progressive Bissumstellung“. Patientenunabhängig seien auch bei Erwachsenen nach genauer Indikationsstellung mit Gelenkdiagnostik häufig Headgear oder Extraktionen durch den Einsatz von SUS, Herbst oder Jasper Jumper zu vermeiden, so Sabbagh. Gerade CMD-Patienten mit retralem Zwangsbiss und Gelenkkompressionen profitieren von diesen Geräten. Mit vielen Tipps begeisterte der Erlanger Kieferorthopäde systematisch von Anfangsdiagnostik bis Retention (teils über Höckeraufbau mit Komposit im Molarenbereich). Retrudierte OK-Front, extrudierte UK-Front, zu schmale

Maxilla – den damit verknüpften retralen Zwangsbiss in Diagnostik und Therapie griff Tagungspräsident Prof. Ralf J. Radlanski (Berlin) ergänzend von Embryologie bis Kondylenremodellierung nach Entlastung auf und resümierte: „Es könnte so einfach sein, wenn wir diese Patienten eher sehen würden.“ Nach dem Motto „Warum erst Jahre warten, statt früh lenkend mit einer myofunktionellen Philosophie einzugreifen“, forderte Dr. Herbert R. Schnurr (Neuchatel) mehr Frühbehandlungen und charakterisierte sein Konzept als „soft, simple, safe & slow“. Gerade die Transversale der Maxilla müsse mehr Beachtung bei Distalbilslagen finden. Wie transversale Korrekturen auch noch beim Erwachsenen ermöglicht werden könnten, zeigte passend dazu der

Chirurg Dr. Axel Berens aus Hannover anhand der gemeinsamen Behandlung mit Organisator Dr. Jan V. Raiman. Für eine Vielzahl an Fällen sowie angeregte Diskussionen sorgte Dr. Dirk Wiechmann (Bad Essen) mit der Präsentation der Lingualtechnik bei Klasse II-Fällen in verschiedenen Kombinationen, z. B. mit der SUS von Sabbagh. „Mit der Präzision von Incognito erreichen Sie unsichtbar präzise Korrekturen“, so Wiechmann. Er warnt jedoch: „KFO wird durch Lingualtechnik nicht einfacher. Das erfordert eine grundlegende Umorientierung.“ Unsichtbare Alternativen bot Prof. Dr. Rainer R. Miethke: „Klasse II-Interventionen mit Invisalign sind Umfragen unter behandlungsbedürftigen Erwachsenen zufolge eine willkommene Alternative zur abgelehnten Multibandbehandlung, gerade im Hinblick auf parodontale Reinigung und Ästhetik“, so der Berliner. Bei ungünstiger Mundhygienesituation seien die Schienen dann z. B. mit Hooks etc. im Vorteil, einziges Problem seien offene Bisse, warnte Miethke. Bestechende Ergebnisse im Rahmen der kieferorthopädisch-chirurgischen Behandlung präsentierten Dr. Silvia Silli und Prof. Dr. Ingeborg M. Watzke aus Wien, die seit zwölf Jahren zusammenarbeiten. „Diese gewachsene Kommunikation ist unser Geheimnis – bereits von der Planungsphase an, in einem gleichberechtigten Team“, so Silli, die im gemeinsamen Vortrag auch die Tücken der komplexen Fälle aus ihrem kieferorthopädischen Blick heraus arbeitete. Wie Veranstalter Dr. Raiman abschließend ankündigte, führt das IOS 2009 mit

dem Themenschwerpunkt Klasse III auch in diesem Jahr wieder kieferorthopädische Top-Referenten und Prager Adventsatmosphäre zusammen. **KN**

Prager Adventsatmosphäre zusammen. **KN**

Prager Adventsatmosphäre zusammen. **KN**



Viele nutzten die Pausen, um die ein oder andere noch offen gebliebene Frage direkt mit den Referenten zu klären. Im Bild Dr. Aladin Sabbagh (li.).



Veranstalter Dr. Raiman sorgte beim Come together mit „schwajkscher“ Begleitung für persönliche Atmosphäre.

ANZEIGE

Dual-Top™
Anchor-Systems

CE 0120 ISO 9001 EN 8002 FDA approved

TOPJET

lingual molar distalizer

Absolut Compliance unabhängig und unsichtbar.

- ▶ Schraube und TopJet in einer Sitzung.
- ▶ Einbauzeit 15 Minuten, sofort belastbar.
- ▶ Höchste Sicherheit für Patient und Anwender.
- ▶ Einfaches Nachaktivieren durch Selbstverriegelung.
- ▶ Keine Laborarbeiten.
- ▶ Gekapselte Bauweise, keine Einzelteile.
- ▶ Maximaler Tragekomfort.

Die Dual-Top™ Jet Schraube (DGBM) wurde speziell zum palatinalen Einsatz bei dicker Schleimhaut entwickelt. Die Gewindeform und der besonders geformte proximale Anteil sichern Stabilität und reizfreie Nutzung.

JA

G2

JB

JD

JS

DualTop™ - Das optimale Gewinde (selbstbohrend / selbstschneidend) und perfekte Kopfformen für Ihre Techniken.

PROMEDIA
MEDIZINTECHNIK

Nächster Kurs: 21.03.09 in Mannheim
www.topjet-distaliation.de

TIGER
DENTAL

JEIL

PROMEDIA MEDIZINTECHNIK A. Ahnfeldt GmbH • Marienhütte 15 • 57080 Siegen
Tel.: 0271 / 31 460-0 • Fax: 0271 / 31 460-80 • www.promedia-med.de • E-Mail: info@promedia-med.de

KN BERUFSPOLITIK

„Eine Interessenvertretung funktioniert nicht in Qualitätszirkeln“

Wie ist der aktuelle Stand hinsichtlich GOZneu? Wie beurteilt der BDK die Gründung von kieferorthopädischen Vereinen auf Landesebene oder jüngste Austritte von Mitgliedern in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern? Wie schätzt der Berufsverband die Zukunft der deutschen Kieferorthopäden ein? Professor Dr. Dr. Christian Scherer, 2. Bundesvorsitzender des BDK, stellte sich in einem Kurzinterview den Fragen der KN-Redaktion.



Prof. Dr. Dr. Christian Scherer, 2. Bundesvorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK).

KN Hinsichtlich GOZneu war der BDK fleißig unterwegs und hat in Zusammenarbeit mit Politik und Ministerien versucht, eine Art vorläufigen Stopp der Umsetzung dieser Novelle zu erzielen. Zudem wurde eine Resolution der Mittelstandsvereinigung zustande gebracht. Was genau bedeutet dies für die Kieferorthopäden und wie lange glauben Sie, könnte diese Bremse wirken bzw. den Starttermin beeinflussen?

Die Bereichsabstimmung der Ministerien wird bald faktisch darüber befinden, ob der GOZ-Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums künftig wirklich die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland definieren darf. Insbesondere das Bundeswirtschaftsministerium hat sich hierzu im Vorfeld mit weitreichenden Bedenken gegen den Entwurf positioniert, diese Bedenken bestehen zudem auch in zahlreichen Länderministerien und in Parteien. In der FDP, der CSU und Teilen der CDU, insbesondere der Mittelstandsvereinigung, hat sich die breite Erkenntnis durchgesetzt, dass dieser GOZ-Entwurf nicht nur ein Desaster in sich selbst darstellt, sondern auch eine Eintrittspforte ist in eine Bürgerversicherung durch die Hintertür. Der GOZ-Entwurf hat neben allen fachlichen Defiziten das schlichte Strickmuster „GOZ soll

gleich BEMA sein“. Die sogenannte Zweiklassenmedizin soll dadurch beendet werden, dass die erste Klasse abgeschafft wird. Und zwar für alle, im ganzen Land, immer. Unteres Mittelmaß wird dann die Zielgröße der medizinischen Versorgung in Deutschland sein. Den Ideologen unter den Befürwortern wird dabei warm ums politische Herz. Die Pragmatiker unter ihnen haben eher die Möglichkeit erkannt, die Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitswesens auf

dem abgesenkten Niveau besser kaschieren und politisch überleben zu können. Die Ärzteschaft hat bereits verstanden, dass bei den Zahnärzten nur der Probeauftrag für die eigentlich politische Offensive stattfindet. Das politische Hauptziel ist nämlich: „GOÄ soll gleich EBM sein.“ Damit wäre die private Krankenversicherung am Ende ihrer Existenzberechtigung. Warum soll man sich denn künftig überhaupt noch besser versichern, wenn man beim Arzt doch ohnehin nur Kassenleistung bekommt? Also geht man doch besser gleich in die preiswertere GKV. Wenn die PKV dann ausgetrocknet ist, wäre das alte SPD-Wahlkampfziel der Bürgerversicherung ganz elegant Marktrealität geworden, auch ohne Koalitionsvereinbarung. Die CDU merkt gerade, dass sie hier übertölpelt werden soll. Wir hoffen, dass sie noch rechtzeitig wach wird. Was wir in diesem Zusammenhang nicht verstehen, ist das Gebaren der PKV in Sachen GOZ. Die PKV gefällt sich leider in der Rolle des eifrigen Reduzierers von Leistungen hinunter auf BEMA-Niveau. Wir haben noch nie jemanden für so wenig Geld so begeistert und folgenschwer am Ast des eigenen Geschäftsmodells sägen sehen wie die PKV. Mit dieser sehr kurzfristigen Sicht der Ausgabenminimierung durch

Absenkung des Leistungs-niveaus verliert die PKV ihr wichtigstes Alleinstellungsmerkmal und ihren Wettbewerbsvorteil. Die Meinung der gesamten Zahnärzteschaft zum GOZ-Entwurf ist ohnehin eindeutig: Dieser GOZ-Entwurf und seine Entstehung weisen eine Vielzahl von horrenden Defiziten auf. Außerdem würde er die Patienten in Deutschland vom medizinischen Fortschritt abkoppeln. Für die Kieferorthopädie gilt diese Aussage verstärkt, da der GOZ-Entwurf nichts anderes ist als

Grundlage kann keine qualitativ ausreichende Versorgung der Patienten in unserem Land erfolgen.

KN Seit Ihrem Amtsantritt werden Sie seitens der AG BDK konkret bzw. ehemalige Bundesvorstandsmitglieder fast täglich mit Vorwürfen konfrontiert, die Ihnen eine „verfehlte Berufs- und Standespolitik“ unterstellen. Wie gehen Sie damit um und inwieweit beeinflussen Sie diese Anschuldigungen in der Ausübung Ihrer Funktionen?

teure, vor allem ehemalige Vorstandsmitglieder, die gegen den neuen Vorstand ganz prinzipiell „knötern“, und zwar egal zu welchem Thema. Die allermeisten Mitglieder des BDK sind dadurch genervt. Wir hören das immer wieder, insbesondere, weil auch die Außendarstellung des BDK und der Ruf der Kieferorthopädie in Deutschland insgesamt und damit auch das eigene Ansehen der einzelnen Kieferorthopäden beschädigt wird. Außerdem bindet die Versorgung dieser Querschüsse Arbeitskapazitäten, welche wir besser auf den Service für die Mitglieder und die Abwehr der Interessen der ja durchaus zahlreichen von extern agierenden Gegner der Kieferorthopäden verwenden sollten. Die Bearbeitung dieser Interviewfrage jetzt gerade ist doch das beste Beispiel für die unzweckmäßige Bindung von Arbeit und Zeit an dieses Thema. Nun hat die Mitgliederversammlung des BDK sich hierzu inzwischen ebenso eindeutig geäußert wie die überwiegende Mehrzahl der BDK-Landesvorsitzenden. Der BDK-Vorstand wurde aufgefordert, die Schädigung des Verbandes und der Interessen seiner Mitglieder durch Einzelne – und das aus offenkundig persönlichen Motiven – nicht weiter hinzunehmen. Deshalb hat es Ende 2008 Ausschlüsse einzelner Mitglieder wegen verbandsschädlichen Verhaltens gegeben. Diese haben naturgemäß Austritte im Freundeskreis der Ausgeschlossenen und aus regionaler Solidarität nach sich gezogen. Dies ist so, und es ist bedauerlich. Wir stellen in Gesprächen jedoch fest, dass die dortigen Kolleginnen und Kollegen seit langer Zeit nur sehr selektiv informiert worden waren. Dies werden wir nun von unserer Seite her auszugleichen suchen, damit die Kollegen in Kenntnis der kompletten Zusammenhänge ihren Schritt neu evaluieren können.

KN Nach Gründung des KFO-SH sowie Ausstiegs von Kollegen des LV M-V haben nun weitere Kollegen in S-H ihren kollektiven Rücktritt aus dem Berufsverband erklärt. Zu-

dem erreichte uns soeben die Information, dass sich mit AKQ e.V. (Arbeitskreis Kieferorthopädischer Qualitätszirkel) in Nordrhein ein weiterer Verein auf Landesebene gegründet hat. Befindet sich der BDK in einer ernst zu nehmenden Krise oder besteht Ihrer Meinung hier eher doch kein Anlass zur Beunruhigung? Der BDK hat 2.400 Mitglieder und vertritt die berufspolitischen Interessen der gesamten deutschen Kieferorthopädie. Wir sind daher nicht beunruhigt, und es hat sich übrigens auch kein BDK-Landesverband aufgelöst. Dies ist eine Falschmeldung, um Aufmerksamkeit mittels nicht nachrecherchierter Schlagzeilen zu erlangen. Die deutschen Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden wissen jedoch, dass eine Vertretung ihrer Interessen nur auf der Bundesebene funktioniert und nicht in Qualitätszirkeln.

KN Seitens des Bundesvorstandes wurden juristische Maßnahmen ergriffen, die der AG BDK konkret künftig die Kennzeichnung „BDK“ im Namenszug untersagen sollen. Wie weit sind diese gediehen, und warum sahen Sie sich zu diesem Schritt veranlasst? Der BDK hatte keine Arbeitsgemeinschaft dieses Namens gegründet, und nur der BDK selbst wäre rechtlich in der Lage, so etwas zu initiieren. Der BDK hat schlicht klargestellt, dass ein solches Forum, das gegen den BDK arbeitet, sich aber gleichwohl seines guten Namens bedienen will, sich jetzt einen anderen Namen suchen muss.

KN Wenn Sie eine Prognose wagen würden – wie sehen Sie die Zukunft der deutschen Kieferorthopäden? Fachlich wird die Kieferorthopädie mehr denn je gebraucht. Sie hat sich eine neue Wertigkeit innerhalb der interdisziplinären Zahnmedizin verschafft und viel Achtung erworben, von der reinen Kinderbehandlung weiterentwickelt zu einer Partnerdisziplin für viele Verfahren. Was die wirtschaftliche Seite betrifft: Dazu müssen wir die GOZ abwarten. Wir werden weiter dafür kämpfen, dass uns erspart bleibt, was wir alle nicht wollen. **KN**

ANZEIGE



→ **Zahntechnikerin fertigt hochwertige kieferorthopädische Geräte zum Festpreis. Arbeitsplatz vorhanden.**

Detaillierte Informationen:
Frau Morella, Herr Haseke, Dentallabor Impladent

Tel. 02 01/26 92 16

Ihre Antwort können sie an die Faxnummer: 02 01/25 62 12, oder per E-Mail an: doc.beermann@cityweb.de senden.

eine Kopie des für die Kieferorthopädie ebenso untauglichen BEMA. Auf dieser

Der Amtsantritt war vor vier Jahren und seit der ersten Minute erleben wir einzelne Ak-

KN Kieferorthopäden kritisieren fachliche Grundlage

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden hält Empfehlungen für Eltern in der FINANZTEST-Januar-Ausgabe für dringend korrekturbedürftig. In dem Beitrag zu KFO-Zusatzversicherungen wird vermittelt, dass vor dem 5. Lebensjahr eine Versicherung nicht sinnvoll sei, Zitat: „Schließen Eltern ... eine Zusatzversicherung für ihre Kinder bereits im Kindergartenalter ab, sind in der Regel noch keine Kieferprobleme festgestellt.“ Würden sich Eltern danach richten, könnten sie auf keine Erstattungsleistungen hoffen, wenn eine Therapie notwendig würde, denn, so Dr. Gundi Mindermann, 1. BDK-Bundesvorsitzende: „Versichert sind, darauf weist der Beitrag sogar ausdrücklich hin, nur dann kieferorthopädische Maßnahmen, wenn die Behandlungsbedürftigkeit nicht bereits vor Versicherungsabschluss vorlag. Üblicherweise entwickeln besonders ‚Lutschkinder‘ die Verformungen aber in frühes-

ter Kindheit. Eltern, die bis zum von FINANZTEST empfohlenen Termin warten, würden also eine böse Überraschung erleben: Die Behandlung wird nicht bezahlt.“ Überholt ist zudem der Ansatz, die Kieferorthopädie als ausschließlich „reparierende Maßnahme“ darzustellen. Längst stehen vorbeugende Verfahren im Vordergrund. Die üblichen Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt ergänzen die FZA für Kieferorthopädie mit Elternberatung rund um die Kieferentwicklung (Infos auch unter: www.milchzahnseite.de). Mit vergleichsweise wenig Aufwand lassen sich zudem schon früh – meist ab Kindergartenalter – Kieferverformungen wieder ausgleichen, die in frühester Kindheit durch ungünstige Angewohnheiten entstanden sind. Später eventuell notwendig werdende aufwendige Therapien werden so zumeist verhindert. Auch aus diesem Grund decken die meisten Zahnzusatzversicherungen

ganz bewusst auch „kieferorthopädische Frühbehandlung“ ab. Es ist für werdende und junge Eltern daher sinnvoll, für das Kind gleich nach Geburt eine Zusatzversicherung für KFO-Leistungen abzuschließen, noch ehe ein Behandlungsbedarf festgestellt wurde, da sonst die Versicherungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind. Bei Eltern, die bereits eine Zahn-Zusatzversicherung haben, werden die Kinder oft ohne gesundheitliche Prüfung aufgenommen. Anders als es FINANZTEST darstellt, ist der Abschluss einer Zahnzusatzversicherung bei Fünfjährigen nicht der richtige Zeitpunkt, um einzutreten – manchmal aber der richtige, um eventuell wieder auszutreten: „Fachzahnärzte für Kieferorthopädie können in diesem Alter durchaus absehen, ob eine Behandlung in den Folgejahren überhaupt notwendig sein wird.“

(Quelle: PM des BDK vom 19.1.2009)

„Der BDK benötigt in Berlin nur ein kleines, effektives Lobby-Büro“

Dass es innerhalb eines Berufsverbandes hin und wieder zu Meinungsverschiedenheiten kommen kann, ist normal. Wenn solch Auseinandersetzungen jedoch Austritte von Mitgliedern oder die Gründung selbstständiger Interessensvertretungen zur Folge haben, scheint dies nicht mehr normal zu sein. KN sprach mit Vertretern der AG BDK konkret, den Dres. Claus Durlak, Nils Borchers und Lutz Schmutzler, über Vertrauensverlust und gescheiterte Vermittlungsgespräche.

„Vertrauensverlust“ sowie „berufspolitische Irrläufe“ der BDK-Bundesführung wurden als Gründe genannt, warum sich Landesverbände von der Bundesspitze distanzieren. Nachdem Ende August 2008 mit KFO-SH ein „selbstständiger LV“ gegründet und zum 1.1.2009 mit M-V ein kompletter Landesverband aus dem BDK ausgestiegen waren, haben nun rund 60 weitere Mitglieder (des LV S-H) ihren kollektiven Austritt aus dem BDK erklärt. Zudem erhielten wir soeben die Nachricht, dass sich mit AKQ e.V. (Arbeitskreis Kieferorthopädischer Qualitätszirkel) in Nordrhein ein weiterer Verein auf Landesebene gegründet hat. Wie schätzen Sie hier die künftige Entwicklung ein?



Dr. Nils Borchers

Sehr viele Mitglieder sind von der Bundesvorsitzenden, Dr. Gundl Mindermann, tief enttäuscht. In den dreieinhalb Jahren ihrer Amtszeit gibt es tatsächlich kein einziges politisches Feld, auf dem ein Erfolg für die Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden erkennbar wäre – weder im GKV-Bereich mit den dramatischen Problemen der Budgets, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Degression und der Herausforderungen neuer innovativer Vertragslösungen, noch im Bereich der PKV mit dem für die KFO absolut desaströsen Verordnungsentwurf zur GOZ. So erschöpft sich das gesamte politische Repertoire derzeit auf die ererbte Strategie der außervertraglichen Leistungen, die Frau Dr. Mindermann früher zudem noch bekämpft hat.

Nach unserer Einschätzung werden sich daher aufgrund der fehlenden Fähigkeit der Vorsitzenden zur Einbeziehung zusätzlichen Fachverständnisses sowie ihrer vielfach bewiesenen Unfähigkeit zu Ausgleich und Integration innerhalb des BDK weitere regionale Verbände gründen oder haben dies bereits getan. Verbände, die auf regionaler Ebene die kieferorthopädischen Interessen besser und effektiver vertreten als der BDK-Bundesvorstand. Diese neuen Landesverbände werden sich bundesweit in einer Arbeitsgemeinschaft nach dem Vorbild einiger KZVen organisieren und sich standespolitisch bundesweit einbringen.

In der Vergangenheit wurde immer wieder kritisiert, dass die AG BDK konkret die öffentliche Plattform für ihre berufswie standespolitische Auseinandersetzungen mit dem Bundesvorstand nutze, anstatt diese verbandsintern zu führen. Wie stehen Sie zu diesem Vorwurf?

Die AG BDK konkret möchte Integration statt Konfrontation. So hatte sie bereits Anfang letzten Jahres Gesprächsangebote unterbreitet, die seitens Frau Dr. Mindermanns jedoch nicht einmal beantwortet wurden. Um es an einem konkreten Beispiel zu zeigen: Am 29.11.08 fand in Bad Lauchstädt die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Sachsen-Anhalt statt. Auf dieser Versammlung wurde von den Mitgliedern der Beschluss

gefasst, dass die innerverbandlichen Auseinandersetzungen nicht in der Presse, sondern intern geführt werden sollten. Die anwesende Bundesvorsitzende nannte publikumswirksam zwei Termine für ein Treffen. Jedoch noch vor dem vereinbarten Termin, nicht einmal zwei Wochen später am 9.12.08, versucht die Vorsitzende, die AG BDK konkret per eilig zusammengeschusterten, satzungswidrigen Umlaufbeschluss zu verbieten und gerichtlich gegen die AG vorzugehen.

In den vergangenen drei Jahren hat die AG intensiv versucht, ihre Kritik an der Bundesführung intern vorzutragen und sich konstruktiv einzubringen. Ergebnis war eine totale Zensur der BDK-Infos sowie die Ausgrenzung dieser kritischen Landesverbände aus dem Verband durch die Bundesvorsitzende. Diese hat nicht einmal in ihrer dreijährigen Amtszeit die Aussprache mit der Opposition im Verband gesucht. Das Ganze gipfelte in der Manipulation des Wahlortes und -termins im Frühjahr 2008 am Gesamtvorstand vorbei, um die Opposition möglichst von der Wahl auszuschließen und den Machtverlust von Frau Dr. Mindermann zu sichern.

Für den 16.1.2009 hatte der BDK-Bundesvorstand durch dessen Geschäftsführung alle sechs in der AG BDK konkret involvierten (teils ehemaligen) Landesvorsitzenden zu einer Art Vermittlungsgespräch eingeladen. Warum wurde diese Einladung Ihrerseits ausgeschlagen und nicht als Möglichkeit für ein klärendes Gespräch genutzt. Die Sachlage verhält sich genau umgekehrt: Von der AG BDK konkret waren zuvor mehrfach unbeantwortete Angebote zu vorbedingungs-freien Gesprächen gemacht worden. Als dann endlich ein „Vermittlungsgesprächsangebot“ des BDK-Bundesvorstandes eintraf, enthielt es unannehmbare Vorbedingungen. Zunächst wurden nicht alle sechs Landesvorsitzenden eingeladen. Kurz zuvor nämlich, im Oktober 2008, waren alle Vorstandsmitglieder in S.-H. anwaltlich abgemahnt und die beiden dortigen demokratisch gewählten Landesvorsitzen-



Dr. Lutz Schmutzler

den aus dem BDK ausgeschlossen worden. Dies wurde selbst von neutralen Beobachtern als versuchte Nötigung und Verstoß gegen die Satzung gedeutet. Es gab auch innerhalb des Bundesvorstandes Kritik an diesem politischen Alleingang der Bundesvorsitzenden. Voraussetzung für ein gemeinsames Gespräch konnte also nur die Rücknahme der Ausschlüsse sein, wie sie von vielen Landesvorsitzenden und Mitgliedern gefordert wurde. Ein weiterer Punkt war, dass das Gespräch von engsten Vertrauten Frau Mindermanns moderiert und protokolliert werden sollte, noch dazu ohne eine Genehmigung des Protokolltextes durch BEIDE Parteien. Die Einladung entsprach damit mehr einer „Vorladung“.

Sowohl im Vorfeld als auch insbesondere nach Bekanntwerden des GOZ-Referentenentwurfs hat der BDK-Bundesvorstand immer wieder auf die Wichtigkeit eines gemeinsamen und koordinierten Vorgehens von Zahnärzteschaft und Kieferorthopäden gegen die Gebührenordnungs-Novelle verwiesen. Inwieweit wird Ihrer Meinung nach hier an einem Strang gezogen?

Einigkeit macht auch in dieser Frage stark! Aber gerade in dieser existenziellen Frage schert die Vorsitzende aus dem fest gefügten Geleitzug im gemeinsamen Kampf gegen den Referentenentwurf der zahnärztlichen Körperschaften und Verbände aus: Mit den eifertig und großflächig vom BDK-BV angebotenen GOZ-Kursen vermittelt sie die katastrophale politische Botschaft: „Für die Presse erklären wir den Krieg für die Kollegenschaft aber bereits die perfekte Anwendung!“ Resignierte Akzeptanz statt gemeinsamer Kampf! Von den Körperschaften auf Bundesebene und Mitgliedern des GOZ-Senats wurden wir immer wieder darauf hingewiesen, dass die Kieferorthopäden durch den BDK nicht optimal vertreten seien. Deshalb hatten sich die Interessenvertretungen der Zahnärzte auch vom BDK abgewandt und sich die wissenschaftliche Gesellschaft, die DGKFO, als Gesprächspartner bei der GOZ gesucht. Der BDK wurde von BZÄK und BMG zum Zuschauer degradiert. Spätestens



Dr. Claus Durlak

nach den öffentlichen Äußerungen der Bundesvorsitzenden: „Kieferorthopädie nur den Kieferorthopäden“ steckte die Bundesvorsitzende in einer massiven Glaubwürdigkeitskrise bei der Zahnärzteschaft. Dies umso mehr, als in ihrer eigenen Praxis eine Zahnärztin die KFO-Patienten behandelte. Hinzu kommt das Handicap des „Aussteigerimages“ der Vorsitzenden bei der Wahrnehmung unserer Interessen im

SPD-geführten BMG. Um es auf den Punkt zu bringen: Der BDK hat als Bundesverband seit der Amtsübernahme von Frau Dr. Mindermann massiv an Einfluss auf Bundesebene verloren.

Wie schätzen Sie die Zukunft des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden ein?

Der BDK erleidet derzeit einen in seiner 41-jährigen Ge-

schichte nie dagewesenen Zerfallsprozess. Es bedarf dringend einer Strukturreform sowie einer neuen Bundesführung, die alle Strömungen im BDK mit einbezieht. Diese wurde in der Vergangenheit selbst von heutigen Bundesvorstandsmitgliedern angemahnt. Die Ausgrenzungspolitik der heutigen Bundesvorsitzenden ist gescheitert. Zwei Landesverbände haben den Verband bereits verlassen, weitere werden 2009 voraussichtlich noch folgen. Außerdem gründen sich zurzeit weitere selbstständige kieferorthopädische Interessensvertretungen auf Landesebene, unabhängig vom BDK. Die kieferorthopädische Interessensvertretung der Länder muss auf Bundesebene deutlich gestärkt werden. Die standespolitische Hauptarbeit (z. B. intelligente Vertragsmodelle, HVM-Gestaltung, Weiterbildungsordnung) wird inzwischen auf Landesebene geleistet. In Berlin benötigt der BDK als Bundesvertretung eigentlich nur ein kleines, aber effektives Lobby-Büro für den Kontakt zur Politik und anderen Verbänden sowie den Mitgliederservice.

ANZEIGE

NACHRICHTEN

STATT NUR ZEITUNG LESEN!

Fax an 03 41/4 84 74-2 90

www.kn-aktuell.de

KN Die Zeitung von Kieferorthopäden für Kieferorthopäden

■ Ja, ich abonniere die *KN Kieferorthopädie Nachrichten* für 1 Jahr zum Vorteilspreis von € 75,00 (inkl. gesetzl. MwSt. und Versand). Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Datum Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Datum Unterschrift

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: grasse@oemus-media.de

KN 1+2/09

KN PRAXISMANAGEMENT

Rationelle Korrespondenz & E-Mail-Knigge für den Kieferorthopäden

Tag für Tag verlieren Kieferorthopäden wertvolle Zeit durch lästige Aufgaben, die dennoch erledigt werden müssen. Zu diesen Verpflichtungen gehört u. a. auch die Korrespondenz, also das Verfassen von Briefen, Faxen und E-Mails. Einfach umsetzbare Techniken helfen, jenen Schriftverkehr möglichst rationell und zeitsparend zu erledigen – Zeit, die somit für das eigentliche Tagesgeschäft, nämlich die Behandlung der Patienten, bleibt. Ein Beitrag von Alfred Lange.

Kieferorthopäden, die schon einmal analysiert haben, wie viel Zeit sie täglich für „Kleinkram-Arbeiten“ ver(sch)wenden, sind erstaunt, welche reichhaltige Beute der „Zeitdieb“ Korrespondenz macht. Sicherlich ist es notwendig, Berichte zu schreiben, mit Kollegen oder Patienten zu korrespondieren, E-Mails zu beantworten, Bestellungen schriftlich vorzunehmen und Telefonate zu führen. Allzu häufig aber geschieht dies mit einem viel zu hohen Zeitaufwand. Ein einfaches Beispiel: Ein Kieferorthopäde bearbeitet morgens zwischendurch ein paar Mails und Briefe, dann in der Mittagspause und schließlich nach Feierabend. Jedes Mal muss er sich aufs Neue in diese Tätigkeit hineindenken, da er ständig durch andere Zeitdiebe unterbrochen wird oder nach Unterlagen kramt, die er zur Beantwortung benötigt. Rationeller ist es, wenn er eine Schreib(halb)stunde festlegt, in der er sich konsequent, intensiv und damit zeitsparend um seine Korrespondenz kümmern kann.

Den Posteingang delegieren

Hier hilft das Motto des Zeitmanagement-Experten Lothar J. Seiwert weiter, jeden Korrespondenzvorgang möglichst nur noch einmal in die Hand zu nehmen. Damit dies gelingt, sollte sich der Kieferorthopäde zunächst einmal verdeutlichen, dass die Korrespondenz in der Regel nicht zu seinen Kernaufgaben gehört. Ist es tatsächlich notwendig, dass er die Eingangspost durchstöbert und sich dabei auch mit unwichtiger Post beschäftigen muss? Die Bearbeitung der Eingangspost gehört zu den Aufgaben, die der

Kieferorthopäde einem Mitarbeiter übertragen kann, der die Post vorsortiert und das Schreiben oder Anfragen, die er selbst bzw. ein Kollege bearbeiten kann, herausfischt. Somit landet auf dem Schreibtisch des Kieferorthopäden dann lediglich der Schriftverkehr, den dieser nur selbst beantworten kann und daher von ihm persönlich bearbeitet werden sollte. Zudem obliegt es diesem Mitarbeiter, alle Unterlagen, die zu einem Briefvorgang gehören, vorab herauszusuchen. Wenn der Kieferorthopäde an die Bearbeitung geht, liegen ihm so alle relevanten Informationen vor, die er benötigt. Lästiges Kramen und Herumsuchen entfällt.

Musterformulare und Kurzbriefe erleichtern die Arbeit

Das zeitsparende Verfassen von Antwortbriefen beginnt bereits beim Lesen der Post. Der Kieferorthopäde sollte Texte grundsätzlich mit Textmarker und Stift in der Hand lesen und sich am Briefrand Notizen machen, die ihm bei der späteren Verfassung des Antwortschreibens als Erinnerungstütze dienen. Wichtige Stellen findet er somit rasch wieder, und nach der Lektüre eines Briefes steht oft schon das Gerüst für den Antwortbrief. Mithilfe der markierten wichtigen Stellen kann der Kieferorthopäde in relativ kurzer Zeit einen Antwortbrief bzw. -E-Mail verfassen.

Wenn er während des Lesens feststellt, dass er die Beantwortung des Briefes delegieren könnte, sollte er einen speziellen Laufzettel nutzen, der dem Brief beigelegt wird. Der Mitarbeiter entnimmt dem Laufzettel, dass er bei diesen Brief

bis zum nächsten Freitag eigenständig unter Berücksichtigung beiliegender Informationen bearbeiten soll. Der Kieferorthopäde notiert für den Mitarbeiter, was in den Antwortbrief auf jeden Fall hinein soll, also welche inhaltlichen Aspekte Berücksichtigung finden sollen. Das heißt natürlich: Der Kieferorthopäde muss den Laufzettel erarbeiten. Das kostet ihn zunächst einmal Zeit – aber die Entwicklung von Musterformularen wird für ihn zu einer immensen Zeitersparnis führen. Das Prinzip: Er arbeitet wo immer möglich mit standardisierten Kurzbriefen, bei denen unter dem Briefkopf eine Aufzählung von Aktivitäten zu finden ist – er muss nur noch die entsprechenden Aktivitäten ankreuzen. Mögliche Aktivitäten wären hierbei:

- Anbei erhalten Sie: ...
- Wir bitten Sie um: ...
- Anbei folgende Anlagen: ...

Am Schluss lässt der Kieferorthopäde am besten ein wenig Platz frei, um knappe schriftliche Anmerkungen zu notieren. Das Ganze wird ausgedruckt und fertig. Solche Kurzbriefe gibt es schon seit Langem, aber seitdem der Computer Einzug in die Büros bzw. Praxen gehalten hat, ist es nicht mehr notwendig, die Formulare im Bürofachhandel zu kaufen. Der Kieferorthopäde kann ohne größeren Aufwand Standardformulare entwickeln, die ganz individuell auf die jeweilige Situation zugeschnitten sind.

Ein Tipp: Sinnvoll ist es, wenn der Kieferorthopäde für diejenigen Personengruppen, die für ihn am wichtigsten sind (Patienten, Mitarbeiter, Pharma-/Industrietreiber, Lieferanten, Krankenkassen etc.) jeweils einen zielgruppenspezifischen Kurzbrief entwirft, der auf die Bedürfnisse der KFO-Praxis optimal abgestimmt ist.

Fix und kurz per Fax

Wichtig fürs Faxen: Der Kurzbrief sollte nie mehr als eine Seite umfassen und kann daher „fix“ gefaxt werden. Der Kieferorthopäde sollte diesen Hinweis unbedingt beachten, um lästige und ärgerliche Papierstaus zu vermeiden – beim eigenen Faxgerät, aber auch beim Faxempfänger. Eigentlich liegt die Verwendung solcher Kurzbriefe nahe und sollte selbstverständlich sein. Effektive Arbeitsorganisation lebt häufig gerade davon, dass man das Naheliegender-Logische tut, auf das man in der täglichen Hektik aber vielleicht einfach nicht kommt.

Das Leitmotiv rationaler Korrespondenz lautet stets: In der Kürze liegt die Würze. Wenn ein Brief mit einem interessan-

ten Angebot hereinflattert, etwa hinsichtlich neuer kieferorthopädischer Apparaturen bzw. Materialien, Praxis-einrichtungen oder neuer Praxissoftware, kann der Kieferorthopäde seine Wünsche oder Fragen handschriftlich auf dem Schreiben vermerken: „Bitte nähere Infos zusenden“ oder „Bitte um Terminvereinbarung“ – und ab auf's Fax damit.

Persönliche Schreiben individuell gestalten

„In der Kürze liegt die Würze“ – dieses Motto sollte auch gelten, wenn der Kieferorthopäde selbst zur Feder oder in die Tastatur greift. Nützlich und zeitsparend sind dann Musterbriefe, bei denen er nur noch die Adresse und einige wenige Textelemente aktualisieren muss. Möglich ist dies z.B. bei Kaufverträgen für die Praxis-einrichtung oder interessanten Werbebriefen, wenn der Kieferorthopäde zu einem KFO-Produkt konkretere und ausführlichere Informationen haben möchte. Die Mitarbeiter können und sollten diese Standardbriefe natürlich ebenfalls verwenden.

bleiben die persönlichen Briefe. Bei diesen allerdings dürfen auf keinen Fall Standardformulare oder Mustervorlagen verwendet werden. Der Kieferorthopäde sollte nicht nach Möglichkeiten suchen, beim Schreibvorgang selbst Zeit zu sparen. Dies geht immer zulasten der Genauigkeit, Glaubwürdigkeit und Authentizität. Die Gefahr, missverstanden zu werden, ist groß. Persönliche Korrespondenz mithilfe von Musterformularen zu führen, ist zudem nicht gerade stilvoll. Besser ist es, bei der Vorbereitung nach Rationalisierungsmöglichkeiten Ausschau zu halten. Der Kieferorthopäde überlegt sich genau, wem er was und warum schreiben will, notiert Stichwörter und skizziert seine Gedanken. Erst danach beginnt er mit der Niederschrift. Inhalt und Tonalität des Briefes oder der Mail jedoch sollten persönlich gehalten werden, auch wenn dies etwas mehr Zeit kostet.

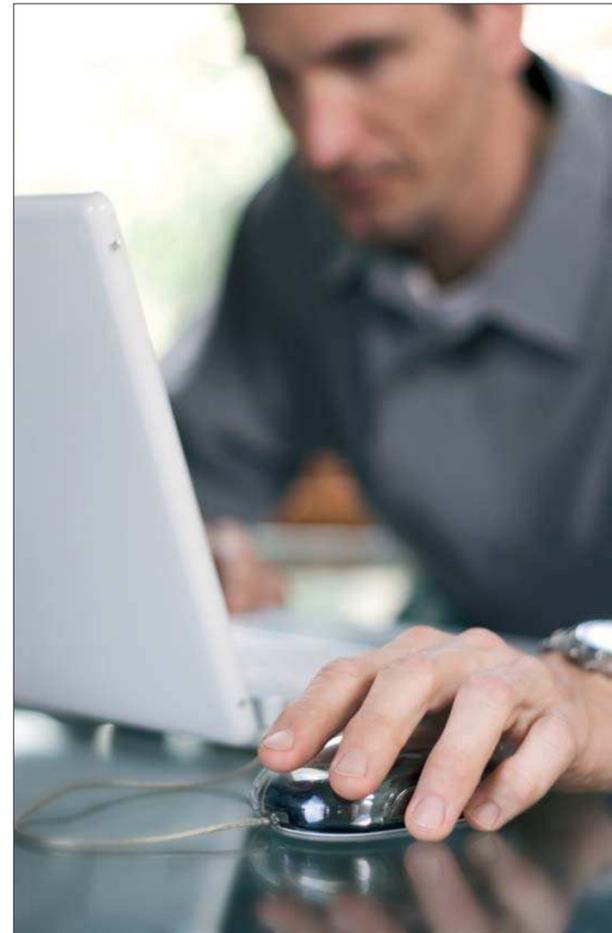
Bei E-Mails Zeit lassen

Der Adressat eines Briefes wird sich freuen, wenn sich der Schreiber knapp, bündig sowie präzise ausdrückt – zumindest bei Geschäftskorrespondenz. Bei E-Mails allerdings wird die Forderung nach Knappheit zuweilen übertrieben, die Präzision leidet. Der Adressat eines Briefes wird sich freuen, wenn sich der Schreiber knapp, bündig sowie präzise ausdrückt – zumindest bei Geschäftskorrespondenz. Bei E-Mails allerdings wird die Forderung nach Knappheit zuweilen übertrieben, die Präzision leidet. Der Adressat eines Briefes wird sich freuen, wenn sich der Schreiber knapp, bündig sowie präzise ausdrückt – zumindest bei Geschäftskorrespondenz. Bei E-Mails allerdings wird die Forderung nach Knappheit zuweilen übertrieben, die Präzision leidet.

und Zeichensetzung. Mehr ins Gewicht fällt die schlechte Angewohnheit, alles abzukürzen. Dies führt zu Unverständlichkeit und Entindi-

Mehr Zeit zu investieren spart Zeit!

Und das beginnt schon bei der Überlegung, ob es wirklich notwendig ist, eine Mail zu



vidualisierung des Schreibstils und zuweilen zu Missverständnissen, die vermieden werden könnten, wenn mehr Sorgfalt auf die Formulierungen verwendet würde. Bei Antwortbriefen wird häufig gar die Anrede und jede Form der Höflichkeit vergessen – dabei liest sich z.B. „Einen schönen guten Tag, lieber ...“ doch so angenehm. Der Wunsch, bei den E-Mails Zeit zu sparen, hat eher negative Folgen. Und darum sollte sich der Kieferorthopäde – ganz ineffektiv – bei seinen Mails etwas mehr Zeit lassen.

Mail-Schneeballsystem verhindern

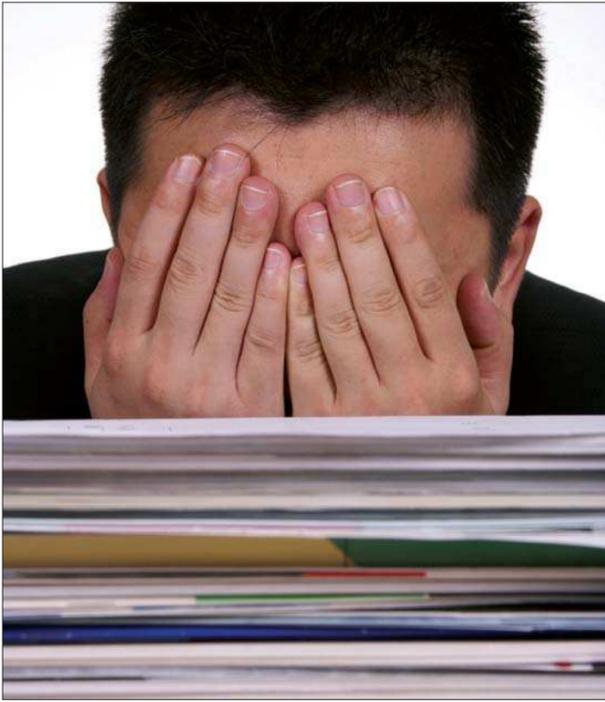
Bevor wir Gedanken niederschreiben, überlegen wir uns diese zumeist sehr gut. E-Mails allerdings verführen dazu, schnell etwas in den Computer „hineinzuhacken“ und flugs zu versenden. Die erwähnte Sorgfältigkeit der Formulierungen bleibt auf der Strecke. Wenn der Kieferorthopäde so vorgeht, droht die Gefahr, dass der Adressat und er aneinander vorbei schreiben. Und im Gegensatz zum Gespräch hat der Kieferorthopäde nicht die Möglichkeit, etwas rasch klarzustellen. Die Folge: Klarstellungen über Klarstellungen, Mails über Mails. Und darum gilt in diesem Fall:

verfassen. Eben weil dies so schnell geht, wird so manche überflüssige Nachricht auf die Reise geschickt und der Adressat sieht sich dann ebenfalls bemüht, zu antworten. Ein Mail-Schnellballsystem setzt sich in Gang, das einfach nur Zeit stiehlt – dem Adressaten und dem Kieferorthopäden.

Die E-Mail als Brief

Der Kieferorthopäde und die Mitarbeiter sollten darauf achten, dass sie in ihrer Kommunikation nach innen und nach außen gewisse E-Mail-Spielregeln einhalten. Es spart Zeit und verhindert peinliche Situationen, wenn ein interner E-Mail-Knigge entworfen wird, in dem diese Spielregeln definiert sind. Wie aber könnte ein solcher Knigge ausschauen? Die Idee: Zumeist ist es so, dass das, was beim offiziellen Brief Berücksichtigung findet, beim Schreiben der Mail fahrlässig vernachlässigt wird, etwa das gründliche und verständliche Formulieren. Und dieser Zusammenhang birgt die Lösung in sich: Die Grundlage einer gepflegten Mail-Kommunikation ist die Einstellung – und zwar die zu Gesprächspartner und Medium. Das Praxisteam erarbeitet sich die Einstellung, der E-





Mail denselben Stellenwert einzuräumen wie dem Brief. Bei diesem achten wir automatisch auf Fehlerfreiheit und ein überzeugend-angenehmes äußeres Erscheinungsbild, kurz: Wir schreiben empfangenorientiert – das fängt bei Anrede und Abschlussformel an und hört beim genauen Formulieren noch lange nicht auf.

„Welche Anrede würde ich wählen, wie den Text verfassen, handelte es sich um einen Brief?“: Sich diese Frage vor und während der Mail-Korrespondenz zu stellen, hilft, auch die elektronischen Briefe in einem höflichen, sachlichen und seriösen Stil zu verfassen und zum Beispiel das anbietend-burschikose „Hallo, Frau/Herr ...“ zu vermeiden. Ausnahme: Die Beziehung zum Gesprächspartner gestattet dies. Denn natürlich kann und soll

ein Freund, Bekannter oder langjähriger Partner auf einer anderen Ebene angesprochen werden als eine Person, mit der zum ersten Mal ein Mail-Austausch stattfindet. Bedenkenswert ist: Der Empfänger merkt es der Mail an, ob der Kieferorthopäde ein wenig Zeit und „Gedankenschmalz“ investiert hat, um IHM – und niemand anderem – einen individuellen Brief zu schreiben, und bereit war, ein paar Minuten seiner wertvollen Zeit zu opfern. Auch hier ist es durchaus erlaubt, zwischen den Adressaten zu unterscheiden – so gehen wir in aller Regel auch im normalen Briefverkehr vor. Bei dem Kieferorthopäde, mit dem man den kollegialen Austausch pflegt, darf und sollte der Schreiber mehr Zeit und Formulierungskunst aufbringen als etwa bei der Beantwortung der Anfrage des Veranstalters des nächsten Kongresses.

Denn wie beim Brief fehlen dem Mailschreiber die Stimme und der nonverbale Ausdruck, sodass ironische Anmerkungen rasch zu Missverständnissen führen können.

- sich vor dem Versand die Mail noch einmal in Ruhe durchzulesen, um „in letzter Sekunde“ flapsige und missverständliche Formulierungen oder Fehler korrigieren zu können.

Lockere interne Regeln

Bei der „praxisinternen“ Kommunikation gelten etwas lockerere Regeln als beim externen Mailverkehr. Die eine oder andere Konvention, die der Höflichkeit geschuldet ist, darf unter den Tisch fallen. Trotzdem sollten in dem Mail-Meeting auch interne Umgangsregeln festgelegt werden. So ist es ein Unding, wenn sich Menschen – und das gilt für den Kieferorthopäden und die Mitarbeiter –, die räumlich dicht beinan-

der sitzen, andauernd Mails zusenden, statt sich mündlich auszutauschen. Immerhin transportieren wir über Sprache und Stimme Gefühle und überdies Informationen. Wohl jeder intensive Mail-Nutzer hat schon einmal eine Post versendet, ohne die Folgen zu bedenken. Allzu schnell ist die Versand-Taste bedient. Man hat schlampig formuliert – und merkt es erst, wenn der Text in die Weiten des World Wide Web verschickt worden ist: „Das habe ich eigentlich ganz anders gemeint ...“ Jetzt lässt sich der Inhalt nicht mehr zurücknehmen; was zuweilen folgt, ist ein Mail-Krieg, der durch ein Missverständnis ins elektronische Leben gerufen worden ist. Daher ist dem Kieferorthopäden zu empfehlen, mit den Mitarbeitern zu vereinbaren und festzulegen, dass gerade im internen Mailverkehr der Inhalt der Post sorgfältig überprüft wird, damit jeder so verstanden wird, wie er verstanden werden möchte. **KN**

KN

Das Wichtigste im Überblick – So korrespondiert der Kieferorthopäde rationell:

- › Posteingang an Mitarbeiter delegieren.
- › Nur den wichtig(st)en Schriftverkehr selbst bearbeiten.
- › Auf den individuellen Gebrauch in der KFO-Praxis abgestimmte Musterformulare und Kurzbrieve entwickeln.
- › Zielgruppenspezifische Musterbriefe entwickeln.
- › Bei Faxen nur Formulare/Briefe nutzen, die eine Seite lang sind.
- › Durch handschriftliche Anmerkungen auf Briefen, die an den Absender zurückgefaxt werden, schnell reagieren.
- › Persönlich-private Korrespondenz persönlich und individuell gestalten.
- › Mit Mitarbeiter-Team Spielregeln (E-Mail-Knigge) für den externen und

KN

Weitere Möglichkeiten, rationell zu arbeiten, um Zeit zu sparen:

Der Kieferorthopäde geht rationell vor, indem er:

- › feststellt, welche seine größten Zeitfresser sind (Telefon, unerwartete Termine, Besprechungen, Papierkram)
- › eine Störquellenanalyse durchführt: Er notiert eine Woche lang, welche Zeitdiebe ihm immer wieder begegnen. Danach überlegt er, wie er die Zeitdiebe bekämpfen kann
- › ähnliche Aktivitäten bündelt und im Block bearbeitet
- › den Schreibtisch so organisiert, dass wichtige Dinge sofort griffbereit sind
- › eine störungsfreie Zone schafft („stille Stunde“)

ANZEIGE

KN Kurzvita



Alfred Lange

Alfred Lange ist Leiter des medizinischen dienstleistungszentrums medicen in Chemnitz. Er hat sich unter anderem darauf spezialisiert, Arztpraxen und Dentallabore bei der Weiterentwicklung und dem Aufbau effektiver Arbeitsstrukturen zu beraten und zu unterstützen. In den individuell aufgebauten Seminaren und Coachings nutzt der Trainer das sogenannte Intervalltraining. Kieferorthopäden, Ärzte und Laborinhaber sowie deren Mitarbeiter lernen in bis zu zwölf Seminarintervallen, die zumeist einen halben oder einen ganzen Trainingstag dauern, ihre persönlichen Managementfähigkeiten zu erweitern. Dabei erlernen die Teilnehmer auch den professionellen Einsatz etablierter Instrumente der Mitarbeiterführung.

Mail-Regeln festlegen

Schließlich können Kieferorthopäde und Mitarbeiter in einem „Mail-Meeting“ festlegen, dass es zum guten Ton gehört,

- mithilfe einer aussagekräftigen Betreffzeile zu verdeutlichen, worum es in der Mail geht. Der Empfänger muss beurteilen können, ob und wann er sie öffnen und lesen soll.
- eine höfliche und dem Adressaten angemessene Anrede zu verwenden.
- die Mail mit einem individuellen Gruß zu beenden.
- den Inhalt der elektronischen Post logisch und stringent darzubieten.
- auf Stilmittel wie Ironie und Sarkasmus zu verzichten.

KN Adresse

Alfred Lange
medizinisches dienstleistungszentrum medicen
Augustusburger Str. 331
09127 Chemnitz
Tel.: 03 71/7 25 43 36
Fax: 03 71/7 25 43 40
E-Mail: a.lange@medicen.de
www.medicen.de

KN Literatur

- Wedmann, Bärbel: Geschäftsbrieve geschickt formulieren. Walhalla Verlag 2005
- Seiwert, Lothar J.: Noch mehr Zeit für das Wesentliche. Ariston Verlag 2006

Neu!

Kraft und Ästhetik

*Unsichtbar und schnell –
eine neue Qualität der Schönheit*

Mit dem QuickKlear® Bracket wurde ein selbstligierendes transluzentes Keramikbracket entwickelt, welches das Quick>>2.0®-Bracketsystem als ästhetische Variante optimal ergänzt. Seine herausragende Ästhetik und Stabilität versprechen ein natürlich erscheinendes Lächeln sowie kurze Stuhlzeiten. Ideale Voraussetzungen für zufriedene Patienten.

QuickKlear® Brackets

*Besuchen Sie uns auf der IDS
in Köln vom 24. bis 28.3.2009
Halle 10.2, Gang R, Stand 061*

Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151 · D-75172 Pforzheim
Tel. + 49 7231 459-0 · Fax + 49 7231 459-102
info@forestadent.com · www.forestadent.com

FORESTADENT®
GERMAN PRECISION IN ORTHODONTICS

KN PRODUKTE

Flachste Brackets für höchsten Tragekomfort

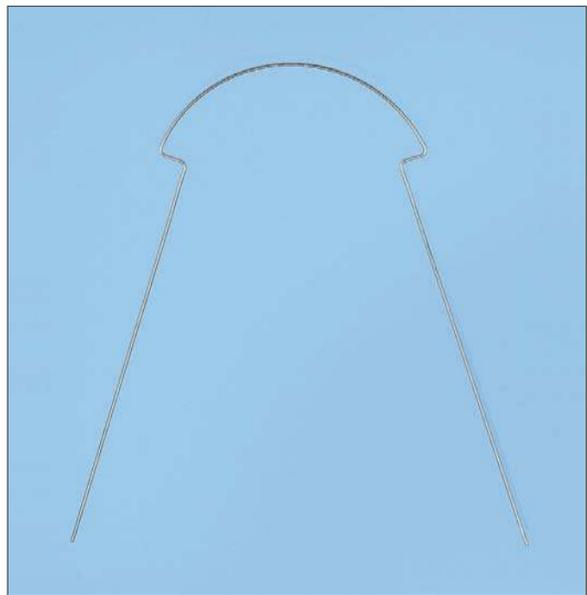
Die 2D® Lingual-Brackets aus dem Hause FORESTADENT gibt es jetzt in neuen Varianten. Diese überzeugen nicht nur durch eine exzellente Biomechanik und vielseitige Einsetzbarkeit, sondern vor allem auch durch ihr einfaches Handling. In Kombination mit den speziell für die Lingualtechnik entwickelten BioLingual®-Bögen bieten sie somit optimale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung.



Mit einer Gesamthöhe von lediglich 1,3 mm sind die neuen 2D® Lingual-Brackets von FORESTADENT die derzeit flachsten der Welt.



Das neu entwickelte 2D® Lingual-Bracket mit T-Haken dient zum Einhängen von Elastikketten.



Extra für die Lingualbehandlung entwickelt und ebenfalls neu im Angebot sind spezielle Lingualröhrchen und BioLingual®-Bögen (Foto).

Sie sind extrem flach, komfortabel und Dank ihrer unkomplizierten Technik ideal für Neueinsteiger sowie zur Behandlung einfacher Fälle geeignet – die 2D® Lingual-Brackets von FORESTADENT. Die 3. Generation des bewährten selbstligierenden Bracketsystems ist mit einer Gesamthöhe von nur 1,3 bis 1,65 mm (2D® Lingual-Bracket mit T-Haken) extrem flach gebaut. In Kombination mit seinen speziell abgerundeten Kanten ist es für Patienten kaum noch spürbar und somit unschlagbar hinsichtlich Tragekomfort.

Das Bracket wird nahe dem Widerstandszentrum geklebt und ermöglicht so eine exzellente Biomechanik zum Kippen und Rotieren der Zähne. Erste Behandlungsschritte können dadurch auffällig schnell erzielt werden.

Die 2D® Lingual-Brackets werden in einer Vielzahl von Varianten für jeden Einsatzzweck angeboten. Mit der 3. Generation der 2D® Lingual-Brackets sind jetzt zusätzlich erhältlich:

- das 2D® Lingual-Bracket mit T-Haken zum Befestigen von Elastikketten
- das 2D® plus Lingual-Bracket mit und ohne Haken zum Applizieren von Torque auf einzelne Zähne und

- das 2D® Lingual-Bracket mit kurzem gingivalen Haken zum Einhängen intermaxillärer Züge.

Neue Lingualröhrchen sowie ebenfalls neue, speziell für die Lingualbehandlung entwickelte BioLingual®-Bögen sind zudem erhältlich. Diese sind pilzförmig gestaltet und in sechs verschiedenen Formen zu je vier Abmessungen (.010“, .012“, .014“, und .016“) zu beziehen. Die BioLingual®-Bögen aus Nickel-Titan sind thermoaktiv und funktionieren nach dem Prinzip der bekannten BioStarter® bzw. BioTorque®-Bögen, die durch ihre schonende Krafterwirkung sehr beliebt sind.

Die neuen 2D® Lingual-Brackets sind preiswert, ohne Labornotwendigkeit und stellen eine sich lohnende Erweiterung des Angebots einer jeden Praxis mit nur geringen Anfangsinvestitionen dar. **KN**

KN Adresse

FORESTADENT
Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Straße 151
75172 Pforzheim
Tel.: 0 72 31/4 59-0
Fax: 0 72 31/4 59-1 02
www.forestadent.com

Hochwirksame Remineralisation

Ob zur Behandlung von White Spots, empfindlichen Zahnhälsen oder zur mineralischen Fissurenversiegelung – mit Tiefenfluorid® von HUMAN-CHEMIE kann Karies optimal vorgebeugt werden.

Beste Kariesprophylaxe bietet das Tiefenfluorid® von HUMAN-CHEMIE. Durch seine starke Remineralisationskraft kann sogar eine beginnende

Die Anwendung erfolgt hierbei in der Praxis durch eine einfach durchzuführende Doppeltouchierung nach vorheriger Reinigung und nur relativ



Entkalkung wie im Fall der White Spots remineralisiert werden. Die Tiefenfluorid®-Probierrückpackung wird auf der IDS 2009 für 20,- € angeboten werden.

White Spots entstehen durch Entkalkung unter einer zunächst noch intakt erscheinenden Zahnoberfläche. Diese kann zu Beginn der Entkalkung wieder remineralisiert werden. Bei Nichtbehandlung ist jedoch von einer Kariesentwicklung auszugehen. Insbesondere an für den Patienten nur schwer zugänglichen Stellen – wie bei Brackets – sollte die Behandlung von White Spots sowie die Kariesprophylaxe durch Fachpersonal durchgeführt werden. Zahlreiche Kieferorthopäden und Zahnärzte berichten von großen Erfolgen durch Tiefenfluoridierung.

ver Trockenlegung. Der Patient kann sofort essen.

Neben der Behandlung von White Spots kann Tiefenfluorid® zur Therapie empfindlicher Zahnhälsen, Kariesprophylaxe und mineralischen Fissurenversiegelung angewandt werden. Ausführliche Informationen sowie Literatur können unter angegebener Adresse bei HUMAN-CHEMIE angefordert werden. **KN**

KN Adresse

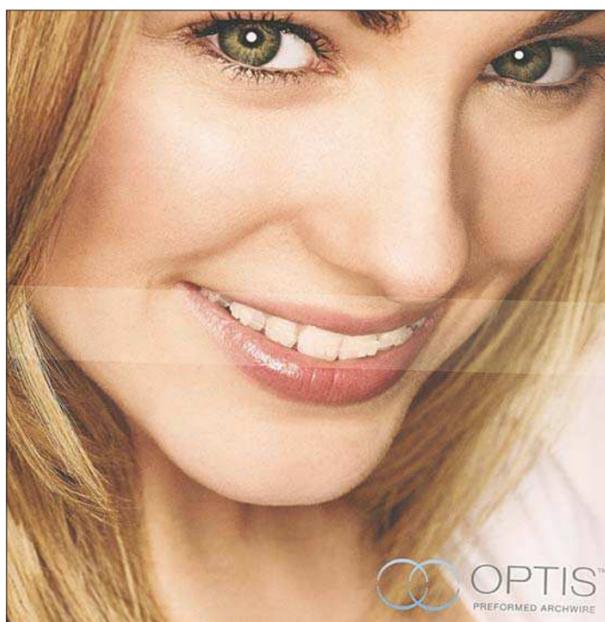
HUMAN-CHEMIE GmbH
31061 Alfeld
Hinter dem Krüge 5
Tel.: 0 51 81/2 46 33
Fax: 0 51 81/8 12 26
E-Mail: info@humanchemie.de
www.humanchemie.de

Ästhetik und Flexibilität, die begeistern

Mit OPTIS stellt das Unternehmen TP Orthodontics den ersten superelastischen transluzenten Bogen vor.

OPTIS vorgeformte Bögen sind aus hochfesten Verbundwerkstoffen in einem patentierten Prozess gefertigt, die eine ausgezeichnete Elastizität und mechanische Leistung garantieren. OPTIS sind die ersten superelastischen transluzenten Bögen, die die Zähne so effektiv wie NiTi's bewegen. Sie bestehen aus einem fortgeschrittenen, faserverstärkten Polymerwerkstoff, welcher eine gewisse Stärke und Flexibilität gewährleistet. Die anspruchsvolle Oberflächenbeschaffenheit sowie einheitliche Armierung des Verlaufs sind hierbei der Schlüssel ihrer Effizienz.

Zusätzlich zum durchsichtigen Design sind OPTIS-Bögen fast farbundurchlässig. So belegen Testergebnisse eindeutig, dass es zu keinen Bogenverfärbungen kommt – selbst nach einer vierwöchigen



gen Auszeit. Ausführliche klinische Untersuchungen zeigen zudem, dass die Bögen ihre transluzenten Eigenschaften und Färbemittelbeständigkeit während der ganzen Behandlung beibehalten. Die vorgeformten OPTIS-Bögen sind besonders mit den bewährten InVu®-Brackets kompatibel. Zusammen bilden sie ein komplet-

tes, ästhetisches Lösungskonzept. Der Patient erhält eine praktische und unsichtbare kieferorthopädische Behandlung, die ihresgleichen sucht. Vor allem von der Ästhetik sind die Patienten begeistert, kombiniert mit einer hohen Funktionalität der Zahnbewegung. So überzeugen die Bögen durch eine besonders schöne Optik. OPTIS vorgeformte Bögen haben besonders gute Ergeb-

nisse bei klinischen Studien erzielt. Getestet wurden Patienten, die sich in einer Einordnungsphase befanden, bei denen die Zahnfehlstellung am stärksten ausgeprägt war. Die Resultate von über 200 Bogeneinsätzen haben definitiv bewiesen, dass OPTIS die Zähne so effektiv wie superelastische NiTi-Bögen bewegt. Zudem haben die Untersuchungen die guten Biokompatibilitätseigenschaften von OPTIS bewiesen, welche somit ideal für empfindliche Patienten sind.

OPTIS vorgeformte Bögen können durch herkömmliche Kaltsterilisierung oder Autoklavierung bei einer Autoklavierungstemperatur von 250 °F (121 °C) sterilisiert werden. Bei der Behandlung mit OPTIS sind keine zusätzlichen Hilfsmittel erforderlich. Die beste Wahl für Arzt und Patient. **KN**

KN Adresse

TP Orthodontics
Fountain Court 12
Bruncliffe Way
Morley, Leeds LS27 0JG
Tel./Fax: 0800-1 81 47 19
E-Mail: info@tportho.com
www.tportho.com

Begeisterte Fachdentalbesucher

Klein, leicht und besonders gründlich – die Sonicare FlexCare von Philips überzeugt durch viele Vorteile.



Eine Befragung unter Besuchern der Fachdentalmesse belegt die Vorteile der Schallzahnbürste Sonicare FlexCare. Das Fachpublikum schätzte vor allem deren sanfte Vorgehensweise und die dynamische Flüssigkeitsströmung. Für die Empfehlung der Schallzahnbürste in der Praxis ist in erster Linie ausschlaggebend, dass diese an schwer zugänglichen Stellen eine unterstützende

Reinigungswirkung entfaltet. Aber auch die hervorragenden Studienergebnisse zur Plaqueentfernung überzeugten die Teilnehmer.

Als besonderen Pluspunkt bewerteten die Befragten die kompakte Form der Sonicare FlexCare – sie ist nicht nur kleiner und leichter als ihr Vorgängermodell, sondern erzeugt auch 80 % weniger Vibrationen in der Hand. Das zur Sonicare FlexCare erhältliche UV-Desinfektionsgerät bietet aus

Sicht der Zahnärzte eine patientengerechte Möglichkeit, Keime auf dem Bürstenkopf nachhaltig zu reduzieren. **KN**

KN Adresse

Philips Oral Healthcare
Deutschland GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40/28 99-0
www.sonicare.de

Spielend einfach und sehr komfortabel

OptraGate Junior ExtraSoft – sanfte Erweiterung kleiner Patientenmünder.



OptraGate Junior ExtraSoft bietet hohen Tragekomfort.

Durch Modifikationen des intraoralen Rings mit einem weichen Materialpolster und Aussparungen im Bereich der Lippenbändchen ist OptraGate Junior ExtraSoft für den kleinen Patienten noch komfortabler zu tragen. Der Ring ermöglicht durch das gleichmäßige, dreidimensionale Abhalten der Lippen und Wangen einen

Um dem Wunsch nach einem komfortableren, sanfteren und druckminimierenden OptraGate für Kinder nachzukommen, wurde nun auch die Junior-Variante des bewährten Lippen- und Wangenhalters auf die ExtraSoft-Version umgestellt.

besser zugänglichen und überschaubaren Behandlungsraum. Im Gegensatz zu konventionellen, starren und harten Lippen- und Wangenhaltern passt sich der OptraGate Junior ExtraSoft aufgrund seiner dreidimensionalen Funktionalität und Flexibilität opti-

mal an individuelle Gegebenheiten an. Der OptraGate Junior ExtraSoft ist vielseitig einsetzbar, wie z.B. für die Befundnahme, professionelle Zahnreinigung, Prophylaxemaßnahmen, direkte und indirekte Füllungstherapie sowie in der Kieferorthopädie. OptraGate Junior ExtraSoft wird – ebenso wie die Erwachsenengrößen Regular und Small – in hygienischen Einzelverpackungen sowie in der praktischen Dispenserbox angeboten. **KN**

KN Adresse

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
FL-9494 Schaan
Tel.: +423/235 35 35
Fax: +423/235 33 60
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com

Röntgensoftware mit neuen Features

SIDEXIS XG von Sirona – Software-Update realisiert viele Kundenwünsche.

Die mehrfach ausgezeichnete Röntgen-Software SIDEXIS XG ist ab sofort in der Version 2.4 verfügbar. Neben

zahlreichen Detailverbesserungen wurde die Konfigurations-Software für Röntgengeräte im Netzwerk

deutlich verbessert und bedienerfreundlich gestaltet. Auch der Aufwand für die Installation der Aktualisierungen und Patches ist mit XGNetDeploy dank einer Manager-Anwendung deutlich einfacher und schneller geworden. Für Anwender älterer SIDEXIS-Versionen (kleiner V2.0) und Umsteiger auf Windows Vista™ gibt es nun neben dem bekannten Update auch ein separat bestellbares Upgrade. **KN**



SIDEXIS XG V2.4 – die moderne Bildverarbeitung von Sirona ermöglicht die Verarbeitung verschiedenster Bildinformationen in Ihrer Praxis.

KN Adresse

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51/16-0
Fax: 0 62 51/16-25 91
E-Mail: contact@sirona.de
www.sirona.de

Kabellose Schilderbeleuchtung

Die Firma BEYCODENT bietet ab sofort Solartechnik für Ihre Praxisschilder bzw. Schilderanlagen an.

Nicht nur in der dunklen Jahreszeit sind beleuchtete Praxisschilder von großem Vor-

teil. Zumal nicht immer die Möglichkeit gegeben ist, diese bzw. Schilderanlagen an das Stromnetz anzuschließen. Mit der Solartechnik von BEYCODENT werden Schilder jetzt kabellos mit Beleuchtung versehen. So laden hierbei Solarzellen tagsüber die speziellen Akkus für die Beleuchtung auf und bei Eintritt der Dunkelheit schaltet sich dann automatisch das Licht an. Selbst an lichtschwachen, dunklen Wintertagen sorgt die Akkuleistung



rund zwölf Stunden lang für eine optimale Beleuchtung Ihres Praxisschildes. BEYCODENT bietet die Solarschilderbeleuchtung in kompakter Ausführung an. Vorhandene Praxisschilder können nachträglich mit der Solarbeleuchtung ausgestattet werden. Die Montage ist denkbar einfach. Für die unterschiedlichen Schildergrößen und Schilderanlagen stehen verschiedene Beleuchtungsmodelle zur Auswahl. Informationen und Preise sind erhältlich über den Dental-Fachhandel sowie unter angegebener Adresse. **KN**

KN Adresse

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44/92 00 55
Fax: 0 27 44/7 66
E-Mail: info@beycodent.de
www.praxisschilder.beycodent.de

BonaDent erweitert Sortiment

Tectosan-Bracketadhäsiv mit neu entwickeltem No-Mix-Primer – jetzt auch in Applikator-Tipps.

Tectosan, das lichterhärtende Bracketadhäsiv ohne Anätzen, enthält jetzt den selbstkonditionierenden Tectosan-



Primer „No-Mix“. Mit diesem Primer entfällt lästiges Anmischen und zeitraubendes Einreiben auf dem Schmelz herkömmlicher selbstkonditionierender Primer.

Der Klebevorgang ist denkbar einfach: Den Primer ohne Anmischen auf den Zahn applizieren, zehn Sekunden lang einwirken lassen, verblasen und anschließend das mit Paste benetzte Bracket positionieren und Tectosan lichterhärten.

Tectosan ist ab sofort auch in Applikator-Tipps erhältlich, die kompatibel einsetzbar mit handelsüblichen Applikatorpistolen für Cavifill's und PLT's sind.

Für eine schmelzschonende, haftstarke und sichere Bracketbefestigung und unter Berücksichtigung der Adhäsionskräfte des Schmelzgefüges von ca. 10MPa liegen die Haftfestigkeitswerte abhängig von der Bracketsorte bei ca. 9–13MPa, sodass Schädigungen in Form von Schmelzaussparungen beim Debonden vermieden werden können. **KN**

KN Adresse

BonaDent GmbH
Berner Str. 28
60437 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/5 07 40 85
Fax: 0 69/5 07 38 62
www.bonadent.de

ANZEIGE

ZWP online IDS 2009

Das Nachrichtenportal für die gesamte Dentalbranche

- Täglich aktuelle News
- Wissenschaftliche Beiträge
- Firmen- und Produktfinder
- Eventkalender
- Aus- und Weiterbildung
- Kammern und Verbände
- Zahnarzt- und Laborsuche
- Praxismanagement

Lesen Sie die aktuelle Tagesausgabe der IDS *today* als E-Paper unter:

www.zwp-online.info

live von der IDS 2009



- lesen Sie täglich aktuelle Branchenmeldungen und Produktinformationen
- sehen Sie täglich neue Messevideos
- lesen Sie die aktuelle Tagesausgabe der IDS *today* als E-Paper
- erhalten Sie täglich einen Newsletter

Newsletter jetzt kostenlos abonnieren unter:

www.zwp-online.info

Oder per Fax an: 03 41/4 84 74-2 90

Ja! Ich möchte den IDS-Newsletter erhalten.

E-Mail: _____

Praxisstempel/Unterschrift

KN SERVICE

Spende für gemeinnützige Organisation

Ispringer Dentaurum-Gruppe unterstützt Lilith-Fachberatungsstelle finanziell.



Die Geschäftsleitung der Dentaurum-Gruppe, Mark S. Pace (li.) und Axel Winkelstroeter, gratuliert Lilith für ihr Engagement und wünscht der Organisation weiterhin viel Erfolg bei ihrer wichtigen und hilfreichen Arbeit.

Maité Frey, Vorsitzende des Vereins Lilith, und Angela Blonski, Leiterin der Beratungsstelle, freuen sich sehr über die großzügige Spende der Firma Dentaurum in Höhe von 2.500 Euro. Dieser Betrag soll für eine Ausweitung der Elternarbeit genutzt werden. Elterngruppen, die bislang zu wenig erreicht wurden, wie z. B. Mütter und Väter mit Migrationshintergrund, sollen gezielt angesprochen und über Gefährdungen sowie Möglichkeiten der Vorbeugung von sexuellem Missbrauch informiert werden. ☒

Die diesjährige weltweit verschlechterte Wirtschaftssituation wirkt sich auch negativ auf die allgemeine Spendenbereitschaft aus – nicht so bei der Dentaurum-Gruppe. Auch in diesem Jahr möchte das renommierte Ispringer Dentalunternehmen ein positives Zeichen setzen und die wertvolle

Arbeit gemeinnütziger Organisationen in der Region unterstützen. So engagiert sich die Dentaurum-Gruppe u. a. für die Lilith-Fachberatungsstelle. Seit 17 Jahren setzt sich Lilith in Pforzheim und dem Enzkreis für den Schutz von Mädchen und Jungen vor sexueller Gewalt ein.

KN Adresse

DENTAURUM
J. P. Winkelstroeter KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31/8 03-1 04
Fax: 0 72 31/8 03-1 95
E-Mail: info@dentaurum.de
www.dentaurum.de

Gut informiert und stets up to date

Kostenloser E-Mail-Newsletter berichtet ab sofort über Neuheiten des Hauses FORESTADENT. Ob Produkte, Kurshinweise oder jüngste Publikationen – regelmäßig und in aller Kürze werden Interessierte hier auf den neuesten Stand gebracht.

Wenn auch Sie künftig immer einen Schritt voraus sein wollen und aktuellste Informationen gleich aus erster Hand erfahren möchten, dann sind Sie bei uns genau richtig. Denn FORESTADENT hat soeben seinen neuen E-Mail-Newsletter gestartet. Kostenlos und in aller Kürze wird darin u. a. über neueste Produkte des Hauses, Aktionspreise oder jüngste Fachpublikationen informiert. Des Weiteren finden sich Kursberichte oder Hinweise auf kommende Veranstaltungen im derzeit quartalsweise und später monatlich erscheinenden elektronischen Newsletter. Erfahren Sie in der aktuellen Ausgabe beispielsweise mehr über das soeben dem KFO-Markt vorgestellte QuicKlear®-Keramikbracket.



Aktuell und kostenlos – der neue FORESTADENT-Newsletter.

informieren lassen, dann kontaktieren Sie uns doch einfach unter angegebener Adresse. Oder besser noch: Sie besuchen gleich die FORESTADENT-Website und melden sich dort direkt unter der Rubrik „Newsletter“ an. Denn unter allen Online-Anmeldern, die sich bis spätestens 28. Februar 2009 registrieren, verlosen wir die kostenfreie Teilnahme eines nationalen FORESTADENT-

Kurses Ihrer Wahl. ☒ Lassen Sie sich über das neue Kursprogramm 2009 informieren oder von den Vorzügen des derzeit flachsten Lingualbrackets der Welt berichten. Das Pforzheimer Traditionsunternehmen möchte Kieferorthopäden auf diese Weise einen regelmäßigen wie hilfreichen Service für deren Praxisalltag bieten. Möchten auch Sie sich ab sofort auf bequeme Art und Weise kostenfrei

Kurses Ihrer Wahl. ☒

KN Adresse

FORESTADENT
Bernhard Förster GmbH
Westliche Karl-Friedrich-Str. 151
75172 Pforzheim
Tel.: 0 72 31/4 59-0
Fax: 0 72 31/4 59-1 02
E-Mail: info@forestadent.com
www.forestadent.com

Oral-B, blend-a-med und DGK verleihen Prophylaxepreis 2008

Arbeiten im Bereich der Kinder- und Jugendzahnheilkunde ausgezeichnet, die sich den Themen Nuckelflaschenkaries und Fissurenversiegelung widmen.

„Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass die frühzeitige Wissensvermittlung, ein gezieltes Ansprechen und Trainieren von Mundgesundheitsmaßnahmen der Eltern langfristig zu weniger Nuckelflaschenkaries führen kann“ – so lautet der Schlusssatz der Sieger-Studie, die mit dem Prophylaxepreis 2008 ausgezeichnet wurde. Das erfreuliche Ergebnis der prämierten Untersuchung belegt einmal mehr den hohen Nutzen der Wissensförderung im Bereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde. Mit dem Prophylaxepreis unterstützen Oral-B und blend-a-med unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) entsprechende Forschungsaktivitäten. In 2008 wurden zwei Studien zur Prävention frühkindlicher Nuckelflaschenkaries sowie zur Fissurenversiegelung gewürdigt. Verliehen wurde der Prophylaxepreis 2008 anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde am 26. September in Dresden. DGK-Präsident Prof. Dr. Ulrich Schiffner und Marcus Kallweit, Country Manager Procter & Gamble Professional Oral Health, zeichneten dabei im Namen der Jury Dr. Anja Treuner (Arbeitsgruppe Dr. Anja Treuner, Prof. Christian H. Splieth) für ihre Arbeit „3-Jahres-Interventionsstudie zur Prävention von frühkindlicher Karies (ECC II)“ mit dem mit 3.000 € dotierten ersten Preis aus. Den zweiten und mit 2.000 € dotierten Preis erhielt die Studie mit der provokanten Fragestellung „Ist die Fis-

suren- und Grübchenversiegelung eine überflüssige Präventionsmaßnahme?“ (Auto-

klärt wurden. Es wurden zudem epidemiologische Daten zum Nuckelflaschenkaries-



Marcus Kallweit, Country Manager Procter & Gamble Professional Oral Health, überreicht den begehrten Oral-B blend-a-med Prophylaxepreis 2008 an die Gewinnerinnen Dr. Anja Treuner (li.), Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, und Susanne Berger, Fachbereich Soziales und Gesundheit des Ennepe-Ruhr-Kreises. (Foto: Procter & Gamble)

rin Susanne Berger; Arbeitsgruppe Susanne Berger, Dr. Inka Goddon, Dr. Jan Kühnisch)

Fazit der Arbeiten: Licht und Schatten

Dr. Anja Treuner von der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, weist im Rahmen ihrer Untersuchung zur Nuckelflaschenkaries (NFK) noch einmal darauf hin, dass sich dem allgemeinen Kariesrückgang bei Kindergartenkindern zum Trotz die NFK zur häufigsten chronischen Erkrankung im Kleinkindalter entwickelt. Ziel der prospektiven, kontrollierten Interventionsstudie war es daher, zur Prävention von NFK beizutragen, indem die Eltern über kariespräventive Maßnahmen und mundgesundheitsorientiertes Verhalten aufge-

vorkommen und Mundhygienestatus erhoben und mithilfe eines anonymen Elternfragebogens die Überzeugungen, Kompetenz sowie Durchführung der Mundhygiene und der soziale Status der Eltern erfasst. Das erfreuliche Ergebnis der Studie: Plaque- und Gingivitiswerte konnten in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant verbessert werden. Die Prävalenz der NFK stieg zwar auch in der Interventionsgruppe (von 4,2% 2003 auf 8,2% 2006), blieb aber immerhin um ein Drittel unter dem Wert der Kontrollgruppe (11,3%). Auffällig ist die Polarisation der NFK, die in sozialschwachen Einrichtungen vergleichsweise deutlich weiter verbreitet ist. Dazu passt auch eine Feststellung der prämierten Studie von Susanne Berger vom Fachbereich Soziales und Ge-

sundheit des Ennepe-Ruhr-Kreises, die sich der Fissuren- und Grübchenversiegelung (FGV) widmet. Darin heißt es zum Schluss: „Die gezielte Betreuung von Kariesrisikopopulationen bleibt in Anbetracht der immer weiter voranschreitenden Polarisation des Kariesbefalls, häufig in Verbindung mit einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familie, eine der wesentlichen Herausforderungen im Bereich der Kinderzahnmedizin für die nächsten Jahre. Eine aufsuchende Strategie erscheint als Chance, die FGV gezielt bei Kariesrisikokindern zu applizieren und somit den Kariesbefall an diesen Kariesprädispositionsstellen einzugrenzen.“ Immerhin stellte die Arbeit aber zuvor fest, dass die Häufigkeit von Kindern mit FGV im untersuchten Kreis altersabhängig

zwischen 35 % und 62 % lag – was als positiver Trend gewertet wurde, da Ende der 90er-Jahre nur etwa ein Drittel der Kinder eine Fissuren- und Grübchenversiegelung aufwies.

Jetzt bewerben um den Prophylaxepreis 2009

Mediziner, Zahnärzte sowie Wissenschaftler mit gleichwertiger akademischer Ausbildung, die sich der medizinischen oder zahnmedizinischen Forschung widmen, können sich ab sofort um die mit insgesamt 7.500 € dotierte Auszeichnung für 2009 bewerben. Zugelassen sind dabei approbierte wie auch angehende Ärzte und Zahnärzte, Einzelpersonen als auch Arbeitsgruppen. Die Bewertung erfolgt dann wieder traditionell durch eine unabhängige Jury aus mehreren

Wissenschaftlern und dem amtierenden Präsidenten der DGK. Die Bewerber können ihr druckfertiges Manuskript in deutscher oder englischer Sprache bis zum Einsendeschluss am 30.4.2009 unter angegebener Adresse einreichen (an gleicher Stelle sind im Vorfeld auch die genauen Teilnahmebedingungen sowie zusätzliche Informationen zum Oral-B blend-a-med Prophylaxepreis 2009 erhältlich). ☒

KN Adresse

P&G Professional Oral Health
Stichwort: Oral-B blend-a-med Prophylaxepreis
Sulzbacher Straße 40
65824 Schwalbach am Taunus
Tel.: 0 61 96/89 01
Fax: 0 61 96/89 49 29
www.oralb.com/de

Ausschreibung GABA-Praktikerpreis

Noch bis 1. März 2009 können Abstracts für Preis der DGZ eingereicht werden.

Im Rahmen ihrer 23. Jahrestagung vom 15. bis 16. Mai 2009 in Hannover wird die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) auch 2009 den Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft intensiv fördern: Mit dem jährlich stattfindenden Praktikerforum bietet die DGZ Referenten die Möglichkeit, einem breiten Fachpublikum Fallbeispiele aus ihrer Praxis vorzustellen. Aufgerufen sind approbierte Zahnärzte und Studierende

der Zahnheilkunde, einen außergewöhnlichen Fall, ein empfehlenswertes Konzept für die tägliche Praxis oder ein ähnliches praxisrelevantes Thema zu präsentieren. Der beste, vorzugsweise praxisnahe Beitrag wird auf der darauffolgenden Jahrestagung der Gesellschaft mit dem „Praktikerpreis der DGZ“ ausgezeichnet, unterstützt durch die GABA GmbH, Spezialist für orale Prävention. Der Preis ist mit 3.000 € dotiert. Anmeldung

und weitere Informationen unter www.dgz-online.de Einsendeschluss für Abstracts ist der 1. März 2009. ☒

KN Adresse

GABA GmbH
PR & Communication
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21/9 07-1 20
Fax: 0 76 21/9 07-1 24
E-Mail: presse@gaba-dent.de
www.gaba.dent.de

KU64-Weissensee macht kieferorthopädischen Quantensprung

Start von Kieferorthopädie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Ab sofort personelle Unterstützung durch Mitarbeiter der Praxis Prof. Dr. Axel Bumann.



Ab dem 1. Januar erweitert das Implantologie- und Chirurgie-Zentrum KU64-Weissensee sein Leistungsspektrum um mehrere wichtige kieferorthopädische Leistungen. Prof. Dr. Axel Bumann sorgt für personelle Verstärkung: Dr. Kamelia Reister und Dr. Kerstin Wiemer, zwei Kieferorthopädinnen aus der renommierten Praxis, bilden unser neues Expertenteam in Sachen allgemeine Kieferorthopädie, Kiefergelenktherapie, Lingualtechnik und Invisalign – die kaum sichtbare Zahnspange.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der kieferorthopädischen Tätigkeit besteht sowohl in der wichtigen Frühbehandlung als auch in

der klassischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Die intensive Auseinandersetzung mit modernen Behandlungsgeschäften hat zu deutlich effektiveren Therapiemöglichkeiten geführt, als dies noch vor wenigen Jahren möglich war. Heute können folgenschwere Fehlentwicklungen sowie bestehende Zahn- und Kieferfehlstellungen einfacher beeinflusst werden. Deshalb sollten Kinder bereits im Alter von sechs Jahren zu ihrem ersten Termin zu den Spezialisten von KU64-Weissensee gehen.

Der zweite kieferorthopädische Schwerpunkt liegt in der präprothetischen und präimplantologischen Behandlung. Neueste Zahn-



Kompetentes Team – die Spezialisten des Implantologie- und Chirurgie-Zentrums KU64-Weissensee.

spangenentwicklungen haben zu effektiven, komfortablen und kaum sichtbaren Methoden geführt, die Zahnfehlstellungen noch

vor prothetischer und implantologischer Versorgung in einem überschaubaren Zeitrahmen beheben können. Dadurch ist sowohl

eine deutlich sinnvollere Zahnanordnung im Seitenzahnbereich als auch eine mundhygienefreundliche Beseitigung von Engständen und Knochenabbau im Frontzahnbereich möglich.

Sensationell neue Dimensionen eröffnen sich bei KU64-Weissensee auch bei schweren Zahn- und Kieferfehlstellungen, die nur durch eine Kombination von Kieferorthopädie und Kieferchirurgie behandelt werden können. Durch die Einführung neuer diagnostischer und therapeutischer Konzepte – u.a. von Bissverlagerungs-OPs – können die aktiven Behandlungszeiten für die Patienten teilweise von drei Jahren auf ein Jahr reduziert werden. Zusätzlich ist es ein unschätzbare Vorteil, dass sowohl die kaum sichtbare Zahnspangenbehandlung als auch die Operation in enger Abstimmung zwischen den Fachärzten in einem Zentrum stattfinden kann.

KU64-Weissensee ist eine Praxisklinik mit einem erfahrenen Spezialistenteam von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden sowie Schönheitschirurgen und Dermatologen. Hoch qualifiziert und ausgestattet mit den

neuesten technischen Möglichkeiten bietet das Chirurgiezentrum klimatisierte keimfreie OP-Säle. KU64-Weissensee setzt besonders auf Synergien! Die Einbeziehung von Kollegen des Hauses, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Neurologie und Psychiatrie, Logopädie, Gastroenterologie und Physiotherapie, bettet unsere Diagnostik und Therapie in einen großen Rahmen und schafft zusätzliche Sicherheit. Durch ein großes Angebot von Fortbildungsveranstaltungen profiliert sich KU64-Weissensee zum Dienstleister für Zahnärzte. Alle Leistungen, die ein Zahnarzt typischerweise überweist, gibt es jetzt bei KU64-Weissensee: 3-D-Röntgen (Galileos), Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Kieferorthopädie. **KN**

KN Adresse

KU64 – Die MKG-Chirurgie-Spezialisten
Schönstr. 6
13086 Berlin
Tel.: 0 30/9 27 94 25
Fax: 0 30/92 79 42 70
E-Mail: info@ku64-weissensee.de
www.ku64-weissensee.de

Symbolisches Geschenk überreicht

Morita gratuliert Dr. Peter Engel zur Wahl des Bundeszahnärztekammer-Präsidenten.



Dr. Peter Engel und Martina Schulz (J. Morita Europe) bei der Übergabe des symbolkräftigen Bonsais.

Die FDI World Dental Federation freut sich über die Entscheidung der Bundesdelegiertenversammlung der BZÄK, ihrem langjährigen Ratsmitglied Dr. Peter Engel den Vorsitz der Kammer zu übertragen. Das FDI-Fördermitglied J. Morita unterstützt den Kölner Zahnarzt und Oralchirurgen Engel mit

dem Geschenk eines Bonsai baumes auf symbolische Weise. Nach altem asiatischem Verständnis ist Bonsai die Kunst, eine Harmonie zwischen den Naturelementen, der belebten Natur und dem Menschen in miniaturisierter Form darzustellen. Mit der sogenannten Reform der GOZ seitens der Bundes-

regierung wartet auf Engel die schwierige Aufgabe, den als „insgesamt völlig unzulänglich“ bezeichneten Referentenentwurf zugunsten der Interessen der Zahnärzte neu zu verhandeln. So könne nach Meinung von Morita, der Baum Peter Engel die nötige Kraft und Energie geben, um die nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer und auch der DGZMK erforderlichen grundlegenden Korrekturen gegenüber dem Gesetzgeber durchzusetzen. **KN**

KN Adresse

J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74/8 36-0
Fax: 0 60 74/8 36-2 99
E-Mail:
info@jmoritaeurope.com
www.jmoritaeurope.com

KN Veranstaltungen März 2009

Datum	Ort	Veranstaltung	Info
07.03.2009	Wiesbaden	Elastische Gebissformer nach Dr. med. Bimler Referent: Dr. Barbara Bimler	Frau Bimler-Rhodes Tel.: 06 11/30 40 27 E-Mail: bimler@germany.net.de
13./14.03.2009	Ispringen	Management und Therapie verlagter Zähne und insbesondere Eckzähne Referent: Prof. Dr. Nezar Watted	DENTAURUM E-Mail: sabine.trautmann@dentaurum.de Tel.: 0 72 31/8 03-4 70
20./21.03.2009	Kiel	Kieler Kinder CMD-Konferenz Referenten: u.a. Dr. Andreas Köneke, Dr. Christian Köneke, Prof. Dr. Rosemarie Grabowski	Tel.: 04 21/34 35 38 E-Mail: info@koeneke.de www.cmd-therapie.de
20./21.3.2009	Hannover	Best of Kokich – Perfekter ästhetischer Erfolg für Zahnärzte, Parodontologen, Implantologen und Kieferorthopäden Referent: Prof. Dr. Vincent G. Kokich	Dr. Jan V. Raiman Tel.: 05 11/55 44 77 E-Mail: ios@raiman.de
21.03.2009	Düsseldorf	Mini-Implantate in der Kieferorthopädie: Kurs II für Fortgeschrittene: „Biomechanik und klinisches Management“ Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher, Dr. Benedict Wilmes	Universität Düsseldorf Tel.: 0 2 11/8 11 86 71 www.kfo.uni-duesseldorf.de
21.03.2009	Traben-Trarbach	Einbau des Functional Mandibular Advancer (FMA) Referent: ZT Michael Sattel	FORESTADENT Tel.: 0 72 31/4 59-1 81 www.forestadent.com

ANZEIGE

ANZEIGE

cosmetic dentistry

– beauty & science

Probeabo

1 Ausgabe kostenlos!

Ja, ich möchte das Probeabo beziehen. Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Sowohl Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich die cosmetic dentistry im Jahresabonnement zum Preis von 35 EUR/Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

*Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

Antwort per Fax 03 41/4 84 74-2 90 an OEMUS MEDIA AG oder per E-Mail an grasse@oemus-media.de

Name, Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90, E-Mail: grasse@oemus-media.de

Eine führende Kraft in der Plaque-Biofilm Entfernung.



Die Sonicare FlexCare ist wissenschaftlich erwiesen besonders wirkungsvoll und trotzdem bemerkenswert sanft.

- Entfernt Plaque-Biofilm in den Approximalräumen mit deutlich besseren Ergebnissen als eine Handzahnbürste.⁽¹⁾
- Sicher und schonend zum Zahnfleisch und 50% weniger Zahnoberflächenabrieb im Vergleich zu einer Handzahnbürste.⁽²⁾
- Zwei spezielle Bürstenköpfe mit konturiertem Borstenfeld sorgen für eine sehr gute Erreichbarkeit aller Zahnflächen.
- 80% weniger Vibration mit dem fortschrittlichen FlexCare Vibrations-Dämpfungs-System.⁽³⁾



Mehr Information unter
www.sonicare.de
oder unter 07249-952574.

PHILIPS
sonicare
the sonic toothbrush

PHILIPS
sense and simplicity