

Digitale Diagnostik	Serie „Optimales Kleben“ (3)	„Top Ten on Top of Alps“	SWOT-Analyse
Die Rolle der Magnetresonanztomografie (MRT/Kernspin) bei juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) der Kiefergelenke.	Dr. Heiko Goldbecher und Dr. Bettina Kirsch über typische Fehler sowie immer wieder auftauchende Probleme beim Kleben.	Top-Referenten, interessante Themen – zum 10. Mal fand im schweizerischen Zermatt das Internationale KFO-Praxisforum statt.	Wie Sie interne Stärken und Schwächen Ihrer KFO-Praxis sowie externe Chancen und Risiken richtig analysieren.
KN Wissenschaft & Praxis_6	KN Wissenschaft & Praxis_8	KN Events_16	KN Praxismanagement_18

Compliance-unabhängige Distalisierung ist standardmäßige Therapieoption im Praxisalltag „Fallbezogene Auswahl ist entscheidender Faktor“

Dass man heutzutage nicht alle verfügbaren Apparaturen für die compliance-unabhängige Distalisierung von Molaren verwenden, sondern vielmehr mit einer überschaubaren Anzahl arbeiten und Erfahrungen sammeln sollte, verdeutlicht Prof. Dr. Moschos A. Papadopoulos im KN-Interview. Er spricht darin über Details hinsichtlich Funktion, Indikationen/Kontraindikationen sowie Nebenwirkungen diverser Systeme und stellt u. a. die von ihm entwickelte MISDS- bzw. AMDA-Apparatur vor.

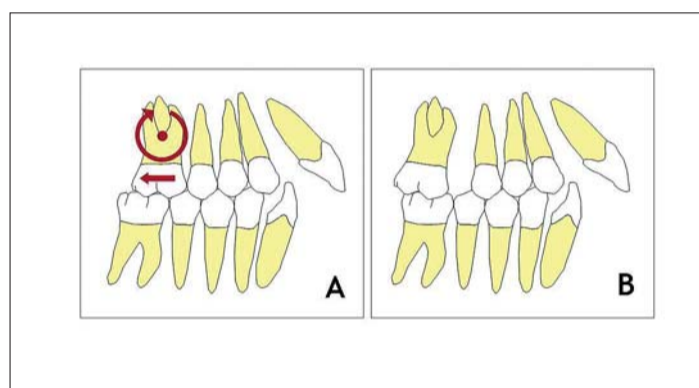


Abb. 1: Biomechanik bei einer maxillären Molarendistalisierung mittels zervikalem Headgear. a): durch die Apparatur erzeugte Kräfte und Momente zu Behandlungsbeginn. b): Zustand nach Molarendistalisierung: ein distales Kippen der Krone kann als Nebeneffekt beobachtet werden.

KN Halten Sie die compliance-unabhängige Distalisierung für eine standardmäßige Therapieoption? Wie gut ist dieses Verfahren wissenschaftlich untermauert? Das Problem der Compliance ist in der Kieferorthopädie von besonderer Bedeutung, da der therapeutische Erfolg unmittelbar von der Mitarbeit des Patienten abhängt. Die Behandlung von Non-Compliance-Patienten ist häufig mit verlängerten Behandlungszeiten, der Zerstörung von Zähnen und Parodontium, zusätzlichen Extraktionen, Frustration des Patienten

und vermehrtem Stress für das KFO-Behandlungsteam verbunden. In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine große Anzahl verschiedener Apparaturen für compliance-unabhängige Behandlungen entwickelt, die insbesondere die Korrektur von Klasse II-Malokklusionen unterstützen sollten. Diese Verfahren fokussierten entweder die Vorwärtsbewegung der Mandibula in eine günstigere Position oder die Distalisierung der maxillären Molaren in ein Klasse I-Verhältnis.^{1,2} Die Distalisierung der Molaren mittels Headgear ist typi-

scherweise bei Patienten indiziert, die bilaterale molare Klasse II-Verhältnisse aufweisen. Die verfügbaren compliance-unabhängigen Distalisierungssysteme sind dagegen bei Patienten mit Klasse II-Malokklusionen indiziert, die eine bilaterale oder unilaterale Distalisierung der maxillären ersten und/oder zweiten Molaren benötigen und nur minimale Kooperation aufbringen, ebenso bei eingeschränkt kooperativen Patienten mit maxillärem anterioren Engstand. Die compliance-unabhängige Distalisierung ist besonders bei Patienten mit einer Klasse I- oder III-Neigung sowie Engstand im maxillären Bogen angezeigt, wenn für die Zahn- ausrichtung Raum geschaffen werden muss und eine isolierte Molarendistalisierung erforderlich ist, die das maxilläre Wachstum nicht einschränken soll. Dennoch sind sowohl extrorale Headgear als auch die compliance-unabhängigen Distalisierungsapparaturen mit einer Reihe unerwünschter Nebenwirkungen verbunden, die ihre klinische Wirk-

samkeit verringern. Diese Nebenwirkungen sind bei den verschiedenen Geräten unterschiedlich stark ausgeprägt, jedoch treten sie bei der Distalisierung von Molaren regelmäßig auf und äußern sich posterior (distale Kronenneigung, Kronenrotation und gelegentliche Extrusion von Molaren) oder als anteriorer Verankerungsverlust (Vorwärtsbewegung und Proklination der maxillären anterioren Zähne).

KN Fortsetzung auf Seite 4

ANZEIGE

Ca. 16.000 Teilnehmer beim diesjährigen Meeting Weniger Besucher beim AAO

Wie schon 2008 in Denver stieß auch die 2009er Jahrestagung in Boston wohl nicht auf die erhoffte Resonanz.

(cp) – Ob es nun am fast durchweg ungemütlichen Wetter, der anhaltenden Finanzkrise oder letztlich der Schweinegrippe lag – Fakt ist, auch das diesjährige Meeting der American Association of Orthodontics

(AAO) in Boston konnte nicht an einstige Erfolge anschließen. Dies äußerte sich nicht nur in offensichtlich niedrigeren Teilnehmerzahlen, sondern

KN Fortsetzung auf Seite 12

Management von Kl. II-Malokklusion mit offenem Biss und Bolton-Diskrepanz Der Carrière®-Distalizer in multidisziplinärer Non-Ex-Behandlung

Klasse II-Malokklusionen von Molaren und Eckzähnen sind in der polnischen Bevölkerung keine Seltenheit. Ihre Behandlung kann durch vielfältige Therapiemöglichkeiten erfolgen, z. B. durch eine funktionale Verbesserung der mandibulären Verhältnisse, Extraktionen im oberen Dentalbogen oder mittels Molarendistalisation. Liegt parallel ein offener Biss vor, verschieben sich die therapeutischen Optionen meist in Richtung Extraktion. Durch konisch zulaufende obere laterale Schneidezähne entstehen mitunter schwierige ästhetische Problemstellungen, da zusätzlich Raum für eine Restauration geschaffen werden muss. Ein Fallbericht von Dr. Michał Sarul und Dr. Joanna Antoszewska.



Abb. 1: Initiale extraorale Aufnahmen – a): en face, b): Profil.

Einführung

Klasse II-Malokklusionen sind die häufigste Fehlbildung in der kieferorthopädischen Population und somit ein wichtiges therapeutisches Problem. In der polnischen Nomenklatur wird die Klasse II-Malokklusion in skelettale und dentale Fehlstellungen unterteilt, wobei die folgenden Diskrepanzen gesondert zu betrachten sind: Klasse II-Stellung der Eckzähne, Klasse II-Stellung von Eckzähnen und Molaren,

KN Fortsetzung auf Seite 9

ANZEIGE

Ormco präsentiert das neue Damon® Q™. Mehr als eine Evolution.

Optimale Bracketabmessungen, schmales Profil. Innovativer SpinTek™-Gleitmechanismus. Zwei zusätzliche Slots. Präzisionslehre zur Bracketplatzierung.

Dies sind nur einige der revolutionären Eigenschaften des völlig neuen Damon Q – ein Quantensprung im Bereich der selbstligierenden Brackets.

Unabhängig davon, ob Sie gerade starten oder schon länger mit selbstligierenden Brackets arbeiten, bietet Ihnen das neue Damon Q bei effizienterer und flexiblerer Arbeitsweise gleichzeitig einen höheren Patientenkomfort. Mit Damon Q lassen sich schnellere und kontrolliertere Zahnbewegungen mit außerordentlich guten Ergebnissen erzielen.

In Kombination mit den Damon System Hightech-Bögen und den minimalinvasiven Behandlungsprotokollen des Systems, ermöglicht Damon Q Ihnen, die Patientenerwartungen im Hinblick auf eine kürzere Behandlungsdauer, weniger Termine und weniger Extraktionen ohne den Einsatz eines Headgears oder von Dehnplatten besser zu erfüllen.

Damon Q – die richtige Wahl für Sie und Ihre Patienten.

Erfahren Sie mehr zu Damon Q auf einem Damon Kurs. Weitere Information und Anmeldung unter www.ormcoeuropa.com/Kurse.

Werden Sie Teil dieser Revolution!

Wenden Sie sich an Ihren Ormco-Vertriebsbeauftragten oder besuchen Sie www.ormcoeuropa.com/Produkte.

DAMON SYSTEM
More than straight teeth

KN NEWS

ZWP verleiht zum 8. Mal Designpreis

Deutschlands schönste (Fach-)Zahnarztpraxis gesucht – Präsentieren auch Sie sich von Ihrer besten Seite und gewinnen Sie attraktive Sachpreise.



Seit 2002 verleiht ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis den „Designpreis für Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“. Kriterium für die Nominierung der Praxen ist in erster Linie die gelungene Symbiose aus Funktionalität und ansprechendem Design. Die Gestaltung sollte dem Patienten zum einen ein Wohlfühlambiente und durch das Zu-

sammenspiel von Material, Farbe und Licht einen positiven Eindruck vermitteln. Zum anderen sollte sie aber auch hinsichtlich Organisation der Praxisabläufe durchdacht und effizient gestaltet sein.

Wenn auch Sie die Chance nutzen und Ihre Praxis von Ihrer besten Seite präsentieren wollen, senden Sie Ihre

aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen (inkl. Eckdaten der Praxis und des Architekten, Praxisphilosophie, Grundriss der Praxis sowie vom Fotografen freigegebene Bilder als Ausdruck und in digitaler Form) bis zum 1. Juli 2009 an die Oemus Media AG, ZWP-Redaktion, Stichwort Designpreis 2009, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig. Natürlich gibt es auch wieder etwas zu gewinnen: Die von der Jury prämierten Praxen erhalten neben einem Jahresabonnement der Fachzeitschrift „cosmetic dentistry“ jeweils einen aktuellen iPod nano! Die schönste (Fach-)Zahnarztpraxis Deutschlands erhält wie in jedem Jahr ein attraktives Praxisschild sowie als Hauptpreis ein TV-Flatscreen für das Wartezimmer.

Das Bewerbungsformular, alle weiteren Informationen und die Übersicht der ehemaligen Preisträger erhalten Sie im Internet unter www.designpreis.org.

ANZEIGE

1/4 Rasteder

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 Allergiepatienten)
- Seminare im eigenen Labor
Intensiv-Kurse: direkter Bezug auf die jeweils entsprechenden Inhalte des Fachbuches – pro Kurs maximal 4–5 Teilnehmer

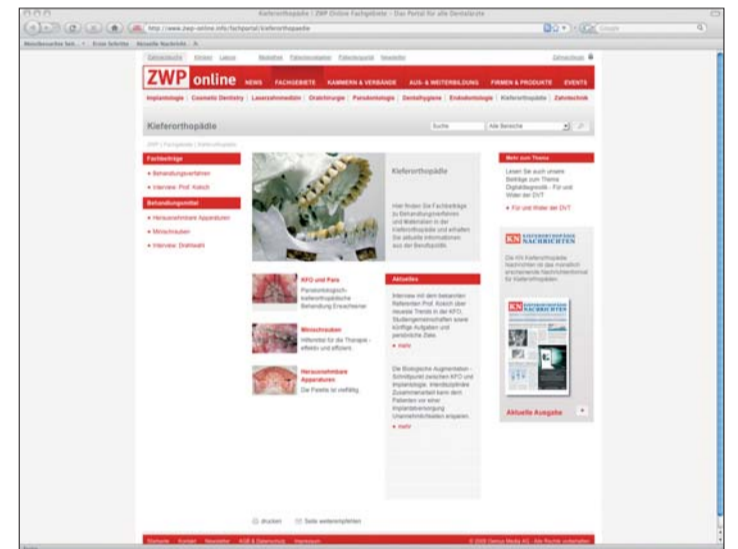
KUNO FRASS
Innovative Dental Technik

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

Mit nur zwei Mausklicks zum Ziel

ZWP online, das dentale Nachrichtenportal der Oemus Media AG, erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Beleg dafür sind über 70.000 Seitenaufrufe pro Monat.

Viele unserer User schätzen neben der schnellen und komfortablen Art der Informationsbeschaffung besonders deren Tiefe: So bietet ZWP online den Zugriff auf nahezu alle erdenklichen Informationen zu jedem Fachbereich. Beispielsweise erreichen Sie den Fachbereich Kieferorthopädie von der Startseite www.zwp-online.info aus mit lediglich zwei Mausklicks. Einfach die Rubrik „Fachgebiete“ anwählen und auf der darunter angezeigten Navigation den Link für die Kieferorthopädie wählen. Sofort erhalten Sie einen kompakten Überblick über alle für den Bereich KFO relevanten Informationen. Neben wichtigen Nachrichten können hier auch ausgewählte Fachartikel aus dem breiten Spektrum unserer Publikationen Wort für Wort in Ruhe nachgelesen werden. Zusätzlich kann sich über Firmen und deren Produkte, die



für die Kieferorthopädie von Bedeutung sind, umfassend informiert werden. Elementares Basiswissen rundet den Fachbereich zusätzlich ab. Für alle, die auf der Suche nach einer konkreten Information sind, bietet ZWP online des Weiteren eine komfortable Suchfunktion, die

jeden Interessierten gezielt zum gewünschten Thema leitet. Übrigens: Die aktuelle Ausgabe der KN Kieferorthopädie Nachrichten ist als E-Paper vom Fachbereich Kieferorthopädie nur einen weiteren Mausklick weit entfernt.

KN KIEFERORTHOPÄDIE NACHRICHTEN

IMPRESSUM	Verlag	Oemus Media AG Holbeinstr. 29 04229 Leipzig	Tel.: 03 41/4 84 74-0 Fax: 03 41/4 84 74-2 90 E-Mail: kontakt@oemus-media.de	Produktionsleitung	Gernot Meyer Tel.: 03 41/4 84 74-5 20 E-Mail: meyer@oemus-media.de
	Redaktionsleitung	Cornelia Pasold (cp), M.A.	Tel.: 03 41/4 84 74-1 22 E-Mail: c.pasold@oemus-media.de	Anzeigen	Marius Mezger (Anzeigendisposition/-verwaltung) Tel.: 03 41/4 84 74-1 27 Fax: 03 41/4 84 74-1 90 E-Mail: m.mezger@oemus-media.de
	Fachredaktion Wissenschaft	Dr. Björn Ludwig (bl) (V.i.S.d.P.)	Tel.: 0 65 41/81 83 81 E-Mail: bludwig@kieferorthopaedie-mosel.de	Herstellung	Josephine Ritter (Layout, Satz) Tel.: 03 41/4 84 74-1 19 E-Mail: j.ritter@oemus-media.de
	Projektleitung	Stefan Reichardt (verantwortlich)	Tel.: 03 41/4 84 74-2 22 E-Mail: reichardt@oemus-media.de	Abonnement	Andreas Grasse (Aboverwaltung) Tel.: 03 41/4 84 74-2 00 E-Mail: grasse@oemus-media.de

Die KN Kieferorthopädie Nachrichten erscheinen im Jahr 2009 monatlich. Bezugspreis: Einzel exemplar: 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 Autorennichtlinien. Gerichtsstand ist Leipzig.



Kraft und Ästhetik

*Unsichtbar und schnell –
eine neue Qualität der Schönheit*

**NEU! Jetzt mit QuicKlear®-
Prämolarenbrackets OK 5-5!**

Mit dem QuicKlear® 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.



QuicKlear® Bracket

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 WISSENSCHAFT & PRAXIS

„Fallbezogene Auswahl ist entscheidender Faktor“

KN Fortsetzung von Seite 1

Die beschriebenen Nebenwirkungen sind auf die Biomechanik zurückzuführen, die bei der Distalisierung der Molaren Anwendung findet.

Ein Kieferorthopäde muss für jede klinische Situation (wenn Headgear oder compliance-unabhängige Apparaturen eingesetzt werden) genau berücksichtigen, wo das Resistenzzentrum (CR) des zu bewegenden Zahnes und der Punkt der Kraftapplikation liegen. Bei maxillären Molaren liegt das CR beispielsweise auf der sagittalen Ebene an der Bifurkation der Wurzel, während der Punkt der Kraftapplikation des zervikalen Headgears (Abb. 1) und der meisten compliance-unabhängigen Distalisierungsapparaturen (Abb. 2) okklusal des CR liegen. Die Bewegung der maxillären Molaren umfasst dadurch nicht den gesamten Zahnkörper und führt folglich zu einer distalen Kronenneigung (Abb. 1b, 2b).

Zusätzlich wird die reaktive Kraft beim Einsatz eines Headgear auf den Nacken des Patienten ausgeübt, was zu einer unphysiologischen Belastung der HWS und der Nackenmuskulatur führt. Werden dagegen compliance-unabhängige Apparaturen eingesetzt, die in der Regel den ersten oder zweiten Prämolaren zur Verankerung nutzen, dann wirken die reaktiven Kräfte auf den anterioren Zahnbereich einschließlich der Prämolaren, der Schneide- und der Eckzähne. Berücksichtigt man die Tatsache, dass das CR dieses Zahnbereichs zwischen den Wurzelspitzen der Prämolaren liegt, dann bewegen sich diese sowie die Eckzähne mit mesialer Inklination vorwärts und die Schneidezähne werden prokliniert (Abb. 2b). Diese unerwünschten Nebenwirkungen werden als anteriorer Verankerungsverlust bezeichnet.

Schließlich liegt – aus okklusaler Sicht – das CR der maxillären Molaren etwa in der Mitte ihrer Zahnkronen. Der Punkt der Kraftapplikation zervikaler Headgear (Abb. 3a) und der meisten compliance-unabhängigen Distalisierungsapparaturen, z. B. der Jig-Apparatur, liegt bukkal (Abb. 3b). Bei einigen anderen Apparaturen, z. B. der Pendulum-Apparatur, dem Distal-Jet oder dem Keles Slider, befindet er sich palatinal (Abb. 3c). Diese Situation führt in fast allen Fällen zur distalen Rotation der maxillären Molaren. Bei Apparaturen vom Pendulum-Typ ist diese Rotation jedoch stärker ausgeprägt, da die bogenförmige Bewegung des Pendels die Molaren nicht nur nach distal rotiert, sondern sie zusätzlich in Richtung der Mittellinie bewegt, was zur Konstriktion des posterioren maxillären Zahnbogens mit Kreuzbissneigung führt (Abb. 3c).

In der Vergangenheit haben wir die Wirksamkeit der compliance-unabhängigen Jig-Apparatur untersucht und stellen dabei fest, dass die oben be-

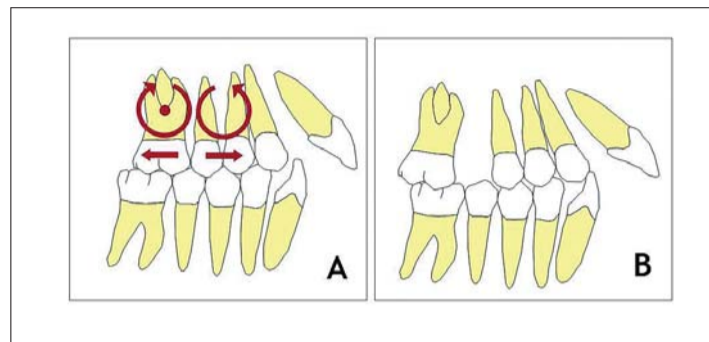


Abb. 2a–b: Biomechanik bei einer maxillären Molarendistalisation mittels Noncompliance-Distalisationsapparat. a): Durch die Apparatur erzeugte Kräfte und Momente zu Behandlungsbeginn. b): Zustand nach Molarendistalisation: ein distales Kippen der Krone kann als Nebeneffekt beobachtet werden, ebenso der Verankerungsverlust hinsichtlich Proklination der Schneidezähne sowie die mesiale Bewegung und Inklination der Prämolaren und Eckzähne.

schriebenen Nebenwirkungen in einem bestimmten Ausmaß eintreten, wenn die Apparatur zur zeitgleichen Distalisierung der maxillären ersten und zweiten Molaren eingesetzt wurde.^{3,4} Die Ergebnisse der beiden Studien bestätigten die Ergebnisse früherer Untersuchungen, die vergleichbare compliance-unabhängige Verfahren mit Nickel-Titan-Ringfedern betrachteten. Dies gilt sowohl für die Distalisierung von maxillären Molaren als auch für die Verankerungsverluste im anterioren Zahnbereich. Auch wenn die Studiengruppen Patienten mit eruierten und uneruierten zweiten Molaren enthielten. Diese unerwünschten Nebenwirkungen sind in unterschiedlicher Intensität auch bei der Betrachtung der klinischen Wirksamkeit aller anderen compliance-unabhängigen Apparaturen zu beobachten.⁵ In der bislang verfügbaren Literatur fehlen jedoch qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Studien wie Metaanalysen, systematische Betrachtungen und doppelblinde, prospektive, randomisierte Kontrollstudien, die nicht nur die compliance-unabhängige Molarendistalisierung, sondern auch andere mit der klinischen Kieferorthopädie verbundene Themen betrachten und den klinischen Einsatz dieser Verfahren wirksam unterstützen könnten.^{6,7} Aus all den genannten Gründen betrachte ich die compliance-unabhängige Distalisierung heutzutage tatsächlich als standardmäßige Therapieoption. Dennoch ist die fallbezogene Auswahl, die individuelle Diagnose und Behandlungsplanung für den Therapieerfolg von signifikanter Bedeutung und muss dem Einsatz jeglicher compliance-unabhängiger Distalisierungsverfahren vorangestellt werden.

KN Haben Sie selbst eine Distalisierungsapparat konzipiert bzw. bevorzugen Sie eine bestimmte Apparat? Oder entscheiden Sie fallbezogen, welches Design zur Anwendung kommt?

Wie schon gesagt halte ich die fallbezogene Auswahl für einen entscheidenden Faktor für eine wirksame compliance-unabhängige Distalisierung der maxillären Molaren. Ein weiterer extrem wichtiger Punkt ist die Wahl einer korrespondierenden Apparat, die den speziellen Bedürfnissen des jeweiligen Patienten Rechnung trägt, die

vor allem den biomechanischen Anforderungen entspricht, welche für die gewünschten Zahn-bewegungen erfüllt sein müssen. Die verschiedenen compliance-unabhängigen Apparaturen sind in vielen Punkten ähnlich, doch sie weisen auch eine Reihe biomechanischer Unterschiede auf. Sicher teilen Sie aber meine Ansicht, dass man nicht alle derzeit verfügbaren Apparaturen für die compliance-unabhängige Distalisierung maxillärer Molaren verwenden sollte. Es ist immer besser, nur mit einer überschaubaren Anzahl zu arbeiten und Erfahrung damit zu sammeln. Nur so ist man in der Lage, alle denkbaren Details über Funktion, Indikationen und Kontraindikationen, mögliche Nebenwirkungen usw. zu kennen. Ein Kieferorthopäde, der besondere Erfahrungen hinsichtlich eines bestimmten therapeutischen Verfahrens gesammelt hat, kann seine Patienten sicher besser behandeln als ein Kollege, der eine Vielzahl von Verfahren anwendet, deren klinische Besonderheiten er nur oberflächlich kennt. Wie Sie vielleicht wissen, habe ich 1998 eine intraorale Apparat, die Jig-Apparatur, persön-

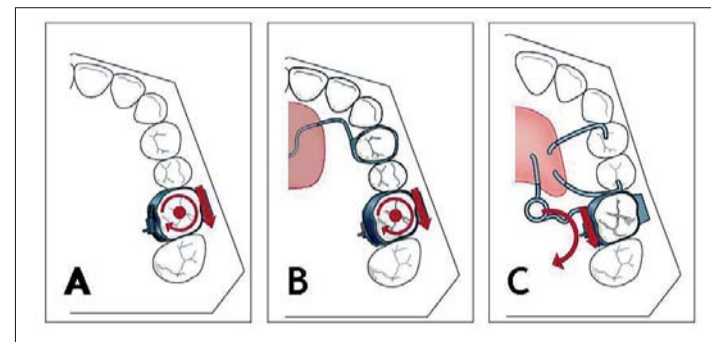


Abb. 3a–c: Biomechanik bei einer maxillären Molarendistalisation. a): durch ein zervikales Headgear erzeugte Kräfte und Momente. b): mittels Noncompliance-Apparat (wie z. B. sektionale Jig-Apparatur) erzeugte Kräfte und Momente bei einem bukkal positionierten Kraftsystem. c): durch Noncompliance-Distalisationsapparat (wie z. B. Pendulum-Apparatur) erzeugte Kräfte und Momente bei einem palatinal positioniertem Kraftsystem.

lich eingeführt, und wende sie seither auch an. Diese Apparat kann zur compliance-unabhängigen Distalisierung maxillärer Molaren eingesetzt werden (Abb. 4)^{8,9} und verfügt über eine Reihe besonders günstiger Eigenschaften:

- › Sie erfordert minimale Kooperation seitens des Patienten.
- › Der Kieferorthopäde kann sie mit einfachen Komponenten leicht herstellen.
- › Sie ist im Vergleich zu anderen, vorgefertigten intraoralen Apparaturen kostengünstig.
- › Reaktivierungen erfordern nur minimalen zeitlichen Aufwand in der Praxis.
- › Sie kann sowohl uni- als auch bilateral eingesetzt werden.
- › Sie basiert auf profunden biologischen und biomechanischen Prinzipien.

Aus den Untersuchungen zur klinischen Wirksamkeit der Apparat schlussfolgerten wir, dass die Jig-Apparatur als effiziente Therapieoption zur compliance-unabhängigen Korrektur von molaren Klasse II-Beziehungen durch simultane Distalisierung der ersten und zweiten maxillären Molaren

betrachtet werden kann, nachdem die bilaterale molare Klasse I-Stellung in allen Fällen ohne jegliche Kooperation durch den Patienten erreicht wurde.^{3,4} Nach unseren Untersuchungen wurde eine molare Klasse I-Stellung in einer mittleren Behandlungszeit von ca. sieben Wochen erzielt, obwohl in allen Fällen zweite Molaren vorhanden waren. Die Wirkungen der Apparat beschränkten sich primär auf die dentoalveolären Strukturen. Zusätzlich konnten wir einen asymmetrischen mesiodistalen Effekt und substanzielle Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten beobachten. Die distale Kronenneigung des ersten Molaren betraf auf beiden Seiten nur 46 % des gesamten geschaffenen Raumes. Obwohl die Apparat eine rapide simultane Distalisierung der maxillären ersten und zweiten Molaren ermöglicht, weist sie eine Reihe unerwünschter Nebenwirkungen auf. So können Verankerungsverluste im anterioren Zahnbereich (Proklination der Schneidezähne, verstärkter Overjet) und distale Neigung der Molaren auftreten, die mit den Phänomenen anderer compliance-unabhängiger Distalisierungsapparaturen vergleichbar sind. Es ist also notwendig, vor der Applikation meines oder anderer Systeme über die mesiale Bewegung und eine leichte Protrusion der dentalen Verankerung nachzudenken. Ich sagte ja bereits, dass eine fallbezogene Betrachtung, individuelle Diagnostik und eine Therapieplanung unter Berücksichtigung der biomechanischen Erfordernisse des einzelnen Patienten entscheidend für den erfolgreichen Abschluss jeder Therapie sind.

KN Verwenden Sie eher skeletal oder dental gestützte compliance-unabhängige Apparaturen? Gibt es spezielle Indikationen für beide Typen?

Intraorale compliance-unabhängige Distalisierungsapparaturen können sowohl bei Kindern mit bleibenden und Milchzähnen als auch bei Jugendlichen und Erwachsenen effizient eingesetzt werden, selbst wenn die bleibenden maxillären zweiten Molaren schon eruiert sind.¹ Dennoch gibt es für den Einsatz dieser Systeme auch einige Kontraindikationen. Dazu gehört neben bestimmten anatomischen Gegebenheiten des Gaumengewölbes z. B. ein Engstand oder be-

stimmte Platzverhältnisse im maxillären Zahnbogen und das Wachstumsmuster des kraniofazialen Komplexes. Ein schwerer Engstand oder übermäßig viel Raum im maxillären Zahnbogen kann einen überproportionalen Verankerungsverlust verursachen. Daher können Patienten mit extremem vertikalen Wachstumsmuster und bei vorhandener Tendenz zum anterioren offenen Biss wie auch Patienten mit insuffizientem Sitz des Nance-Buttons (falls zur Verankerung erforderlich) aufgrund eines reduzierten Gaumengewölbes zur Distalisierung von Molaren für die Anwendung dieser Geräte ungeeignet sein. Die Anwendung der compliance-unabhängigen Apparaturen ist auch bei Patienten mit offenem Biss aufgrund der gelegentlich extrusiven Komponente der Molarenbewegung kontraindiziert, ebenso beim Vorhandensein eines schweren protrusiven Profils. Schließlich sollte man auch immer Verankerungsverluste einkalkulieren, die – wie oben beschrieben – bei der Molarendistalisierung gewöhnlich auftreten. Zusammenfassend kann man sagen, dass beim Einsatz compliance-unabhängiger Distalisierungsapparaturen drei wesentliche Probleme auftreten können: (a) der Verankerungsverlust im anterioren Zahnbereich nach vorn hin und (b) eine distale Neigung der Molaren, beides findet während der Distalisierung statt, und (c) ein Verankerungsverlust im posterioren Zahnbereich, der sich im Folgestadium nach der Distalisierung ausbildet, wenn die Retraction der anterioren Zähne abläuft und die Zahnbögen abschließend ausgerichtet werden.

Um diesen Problemen zu begegnen, habe ich kürzlich ein durch Minischrauben gestütztes Distalisierungssystem (Miniscrew Implant Supported Distalization System, MISDS) entwickelt.¹⁰ Dieses System muss zur Verankerung nicht mit den anterioren Zähnen verbunden werden. Stattdessen werden zur temporären und stationären Verankerung sowohl für die Distalisierung als auch für die Retraction der anterioren Zähne Minischrauben verwendet (Abb. 5a). Zusätzlich führt der Punkt für die Applikation der Kräfte, die von den palatinal eingesetzten NiTi-Ringfedern des MISDS ausgeübt werden, durch das CR der maxillären Molaren (Abb. 6). So wird eine distale Bewegung des gesamten Zahnkörpers erzeugt und die distale Kronenneigung der Molaren kann vermieden werden. Auch die Rotation der Zähne unter der Distalisierung kann ausgeschlossen werden, denn die Molaren werden gezwungen, auf einem hufeisenartigen palatinalen Bogendraht zu gleiten, der palatinal positioniert wird und parallel zur maxillären Okklusionsebene läuft (Abb. 5 und 7).

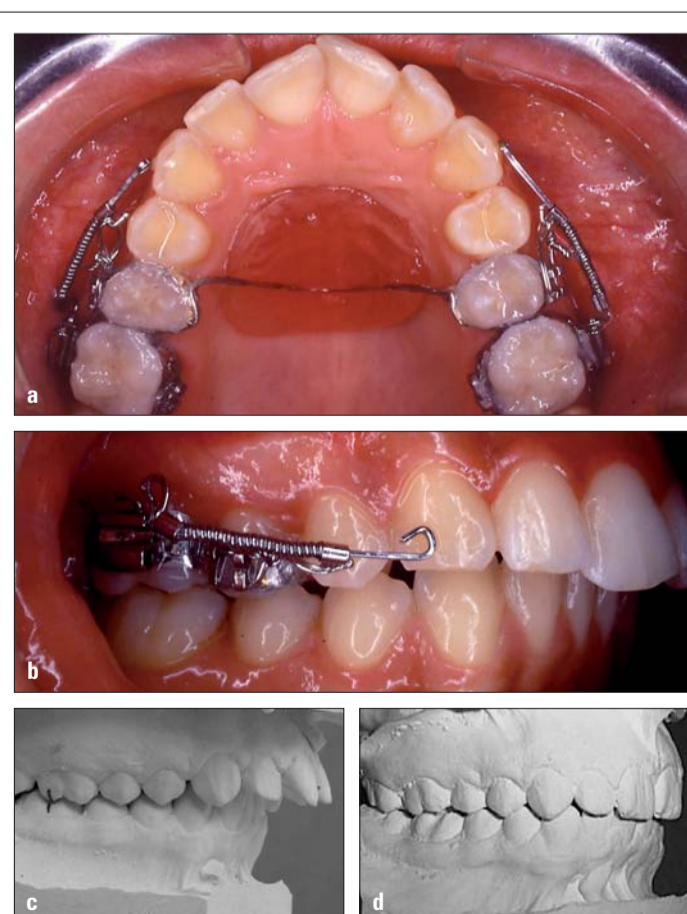
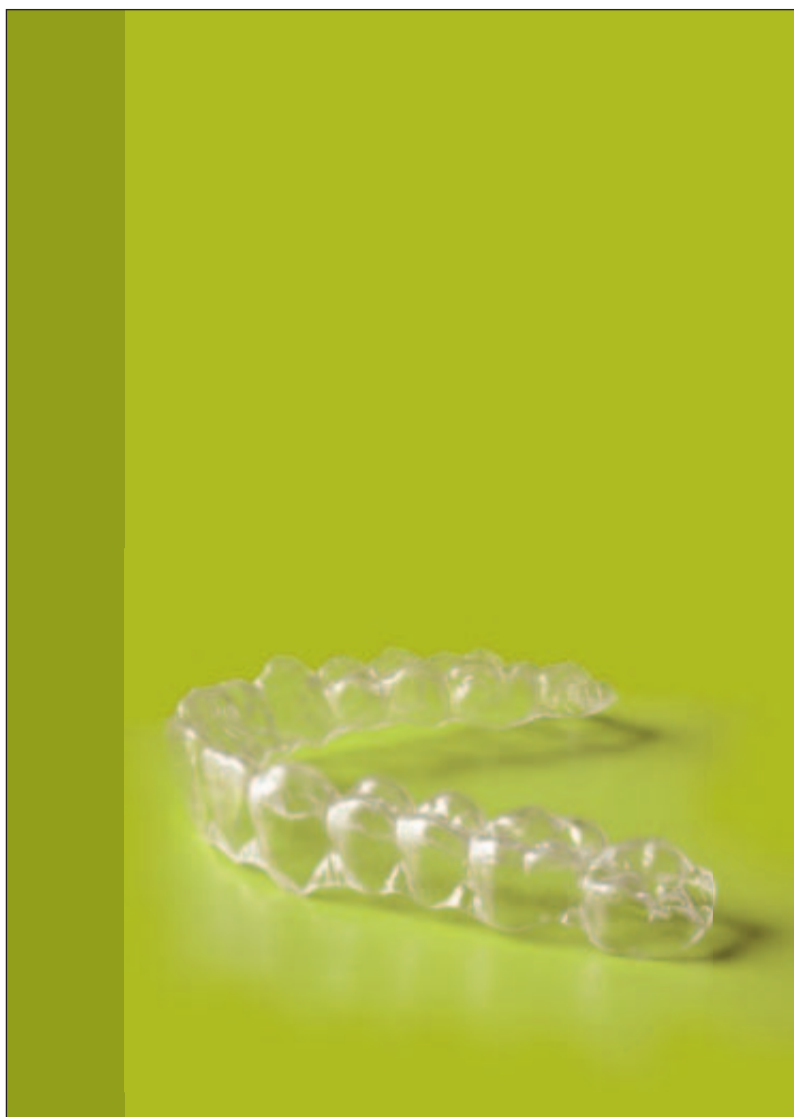


Abb. 4a–d: Intraorale Aufnahmen eines Patienten mit Klasse II/1-Malokklusion und erheblichem Overjet unmittelbar nach Insertion einer sektionalen Jig-Apparatur. a): okklusale Ansicht. b): rechte laterale Ansicht. c): Gipsmodell eines mittels sektionaler Jig-Apparatur behandelten Patienten vor Insertion der Apparatur und d): nach der Behandlung sowie nach Entfernen der anschließenden feststehenden Apparatur.



Das revolutionäre Twin Aligner System

orthocaps ist das einzige System, welches zwei verschiedene Materialarten für die Schienen (hardCAPS / softCAPS) innerhalb eines Behandlungsschrittes verwendet. Diese Methode hilft dabei, die orthodontischen Kräfte gering zu halten und somit nicht nur eine angenehmere und bequemere Behandlung für den Patienten zu gewährleisten, sondern auch präzisere Zahnbewegungen zu ermöglichen.

Bundesweit angebotene, eintägige Zertifizierungskurse in englischer und deutscher Sprache führen die Behandler in die Anwendung von orthocaps ein.

Werden auch Sie orthocaps Anwender!

Anwenderschulung & Zertifizierungskurse

- 11.07.2009 - München
- 10.10.2009 - München
- 29.08.2009 - München
- 14.11.2009 - Berlin

Messen 2009

EOS Congress

Helsinki, 10.-14. Juni 2009

British Orthodontic Conference

Edinburgh, 13.-16. September 2009

DGKFO - Mainz

Mainz, 16.-19. September 2009

orthocaps[®]

orthocaps GmbH
59065 Hamm

Oststrasse 29b
Deutschland

www.orthocaps.de
info@orthocaps.de

Fon. +49 (0) 23 81 97 22-645

Die juvenile idiopathische Arthritis der Kiefergelenke

Pädiatrische non-neoplastische Erkrankungen, die in ihrem Verlauf zu einer Mitbeteiligung großer oder kleiner Gelenke führen, weisen oft auch eine KG-Beteiligung auf. Kinder mit juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) z. B. zeigen nach neuesten Studien in bis zu 87 % der Fälle eine Mitbeteiligung eines oder beider Kiefergelenke. Aus konventioneller radiologischer Sicht sind zunächst die fassbaren Veränderungen prinzipiell ähnlich, es finden sich Abflachungen der Gelenke, Ergüsse und Usuren. Doch die komplexe Morphologie des KGs mit direkt subchondral gelegener Wachstumsfuge, die Topografie sowie der Krankheitsverlauf einer KG-JIA machen es notwendig, früh und optimiert die richtige Untersuchungsstrategie anzuwenden. Von Dr. Dominic Weber.

Nomenklatur und Klassifikation

Rheuma im Kinder- und Jugendalter bedeutet vornehmlich eine schmerzhafte Erkrankung der Gelenke und/oder des Bindegewebes. Schmerzen oder Schwellungen der Gelenke sind in diesem Alter jedoch häufig viel weniger evident als bei Erwachsenen mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Insbesondere wenn es sich um eine JIA des Kiefergelenks handelt, ist primär keine oder eine nur sehr verhaltene Symptomatik vorhanden. Doch wann handelt es sich um eine kindliche Arthritis?

Die internationale Liga gegen Rheuma knüpft an die Diagnose einer juvenilen idiopathischen Arthritis, dass Symptome vor dem 16. Lebensjahr begonnen haben müssen und dass eine Arthritis nachweisbar und diese chronisch, d. h. mindestens sechs Wochen oder gar drei Monate bestanden haben muss.

Grundsätzlich können drei Formen mit systemischem, oligoartikulärem und polyartikulärem Beginn unterschieden werden. Des Weiteren multiple Subgruppen wie die systemische Verlaufsform (M.Still), frühkindliche Oligoarthritis mit und ohne Übergang in eine Polyarthritis, die juvenile Psoriasisarthritis, juvenile Spondylarthritis und die seropositiven und seronegativen Formen, das heißt jene, die im Blutbild rheumafaktorpositiv oder -negativ sind.

Folgen eines KG-Befalls bei JIA

Das Wachstumszentrum des Unterkiefers befindetet sich im Bereich der Kiefergelenke, direkt subchondral der kortikalen Grenzlamelle. Lang andauernde Entzündungen in diesem Bereich führen zu Störungen der wachstumsmodulierenden Prozesse und provozieren eine Entwicklungshemmung. Der Unterkiefer bleibt im Wachstum zurück. Geschieht dieser

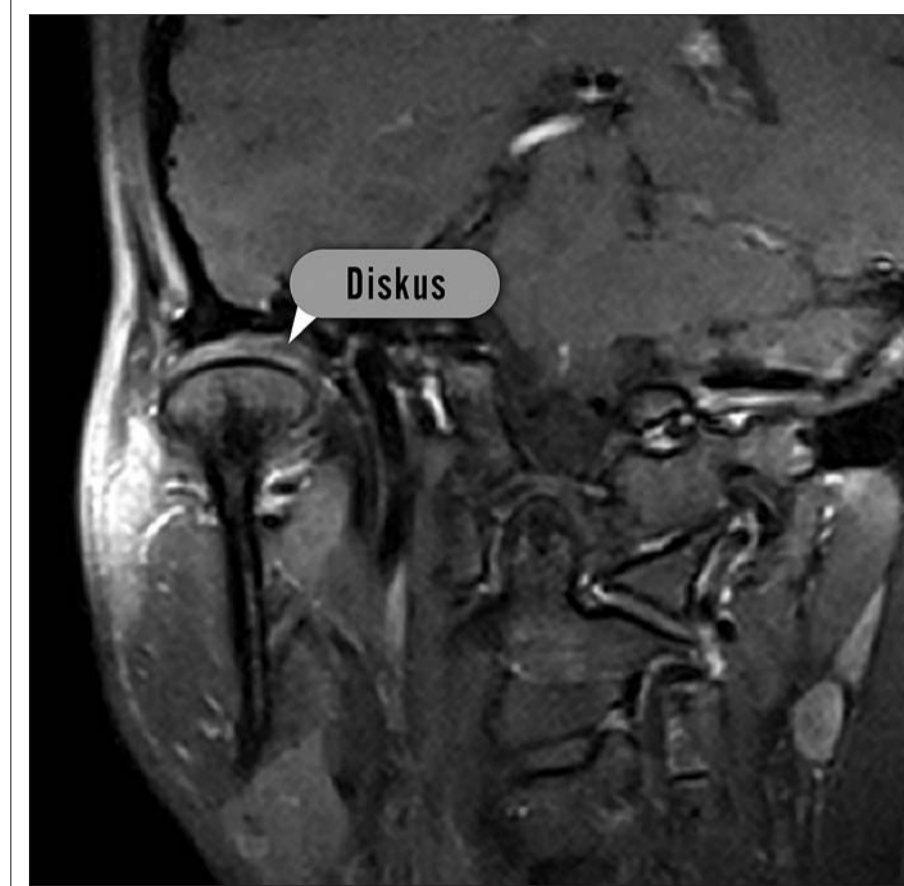


Abb. 1: Ultrahochauflösende MRT des rechten Kiefergelenks, parakoronar, T1 nach KM-Gabe. Diagnose: Normalbefund. Regelrechte transversale Diskuslage, keine kortikalen Usuren, kein Erguss oder Nachweis einer Synovialitis.



Abb. 2: Ultrahochauflösende MRT des linken Kiefergelenks, parakoronar, T1 fettunterdrückt nach KM-Gabe. Patient männlich, 13 Jahre alt, seit 2 Jahren bekannte JIA. Diagnose: JIA auch des linken Kiefergelenks, synoviale Verquellung der Kapsel lateral, Usur und subchondraler Reizzustand des Kondylus lateral. Intermediär entzündliches Aktivitätsmuster.

Prozess nur einseitig, entwickelt sich ein asymmetrisches Gesichtswachstum. Folgen sind Funktionsstörungen, Bewegungseinschränkungen und im Weiteren muskuläre Dysbalancen, die sich letztlich in einer Hypotonie einzelner Kau- als auch perioraler Muskelgruppen zeigen. Somit fehlt im Weiteren wiederum der muskuläre Trigger zur Wachstumsstimulation.

Klinik

Trotz der häufigen rheumatischen Mitbeteiligung der Kiefergelenke im Rahmen einer JIA zeigen nur 50 % aller junger Patienten Schmerzen. Viel häufiger finden sich dentoalveoläre und skeletale Veränderungen. So zeigen sich in etwa 60–70 % der Fälle im manuellen Funktionstest eine Mittellinienverschiebung bei maximaler Protrusion und eine Mundöffnungsdeviation. Zwi-

schen 40 und 50 % der Kinder zeigen eine Unterkieferrücklage sowie einen frontal offenen Biss. Im Rahmen der perioralen Muskelhypotonie findet sich eine offene Mundhaltung. Anamnestisch geben die Patienten eine eingeschränkte Mundöffnung an, teilweise vornehmlich morgens (Morgentsteifigkeit), und vermeiden häufig das Kauen harter Speisen. Intraoral lässt sich bei Patienten mit JIA am häufigsten eine Angle Klasse II-Okklusion finden, ein vergrößerter Overjet sowie eine Mittellinienverschiebung.

Bildgebende Diagnostik

Aufgrund der komplexen Topografie des Kiefergelenks und der Schädelbasis ist die Arthrosonografie in diesem Bereich ausgesprochen anspruchsvoll und erlaubt trotz der Verwendung hochauflösender Schallköpfe nur selten die Einstellung

eines gut wertbaren Echofenslers. Für alle übrigen Extremitätengelenke ist sie hingegen eine probate und nichtinvasive Methode, um Aussagen über Ergüsse oder Zystenbildungen zu treffen.

Abgesehen von der seropositiven Polyarthritis treten Destruktionen der Gelenkoberflächen am Kiefergelenk erst im späten Stadium auf. Wegweisend für entzündliche, insbesondere rheumatische Erkrankungen scheinen vielmehr Ödembildungen und synoviale Proliferationen zu sein. Konventionelle Röntgenuntersuchungen wie das OPG dienen somit zwar als Ausgangsbefunde der knöchernen Verhältnisse und Beurteilung einer eventuell gelenknahen Osteopenie, sind im Weiteren jedoch nicht das geeignete Medium für eine gezielte Kiefergelenk-Rheumadiagnostik.

Mittels hochauflösender MRT und der Gabe sehr gut verträglicher, nicht jodhaltiger Kon-

trastmittel können Ergüsse, synoviale Veränderungen, Weichteil- und Knochenödeme als auch Läsionen von Diskus und Kapsel früher als mit jedem anderen bildgebenden Verfahren ermittelt und beurteilt werden. Anhand der Dicke der synovialen Proliferate und des Kontrastmittelaufnahmeverhaltens können die Entzündungsaktivität objektiviert und für Verlaufsuntersuchungen quantifiziert werden.

Zusammenfassung

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Gelenke und/oder des Binde-

gewebes. Kiefergelenkbeteiligungen im Rahmen einer JIA finden sich in bis zu 87 % aller Fälle, davon zeigen nur etwa die Hälfte klinische Symptome wie merkliche Funktionseinschränkungen oder Schmerzen. Vielmehr finden sich im manuellen Funktionstest Mittellinienverschiebungen, Mundöffnungsdeviationen, Unterkieferrücklagen und/oder ein frontal-offener Biss sowie intraoral am häufigsten eine Angle Klasse II-Okklusion.

Da die Wachstumszentren des Unterkiefers direkt subchondral im Kiefergelenkköpfchen zu finden sind, bedeutet eine Schädigung dieser Regionen aufgrund chronischer Entzündungen eine massive Störung

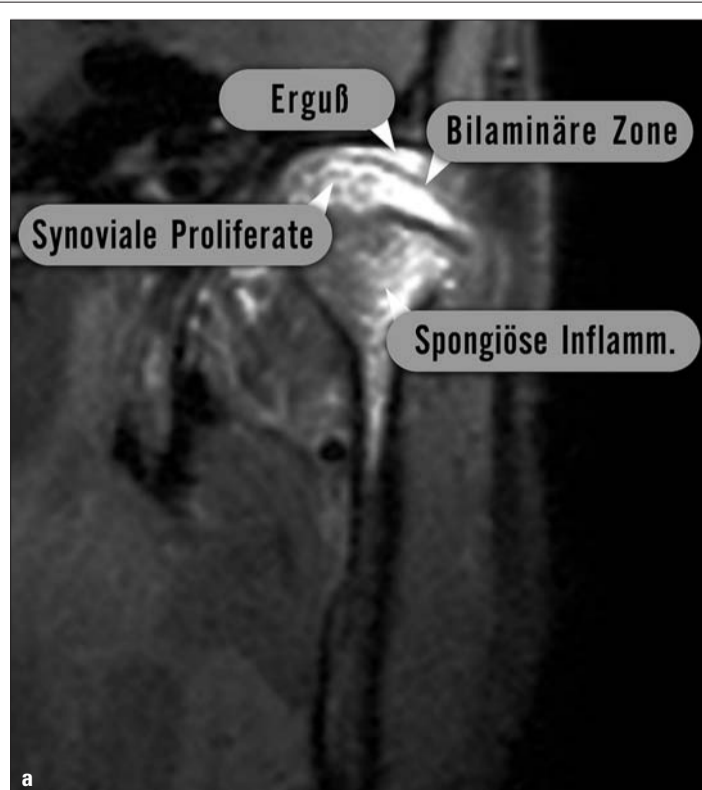


Abb. 3a,b: Ultrahochauflösende MRT des linken Kiefergelenks. a): parakoronar, T1 fettunterdrückt nach KM-Gabe. b): transversal, T2 nativ. Patient weiblich, 11 Jahre, seit 1 Jahr bekannte JIA mit bekanntem Kiefergelenkbefall, seit 2 Wochen zunehmende, nicht schmerzhafte Kiefersperre. Diagnose: Erneuter Schub bei bekannter JIA beider Kiefergelenke während des kortikoidfreien Intervalls. Massive synoviale Proliferationen im diskokondylären Kompartiment, die ein Zurückgleiten des Kondylus beim Mundschluss verhindern. Die bilaminäre Zone wird nach kranial verdrängt, die Kapsel nach ventrolateral. Zudem ausgedehnte Inflammation der Spongiosa des Kondylus und subkapitalen Kollumanteils. Begleiterguss diskokondylär. Kapselschwellung lateral. Hochgradig entzündliches Aktivitätsmuster.

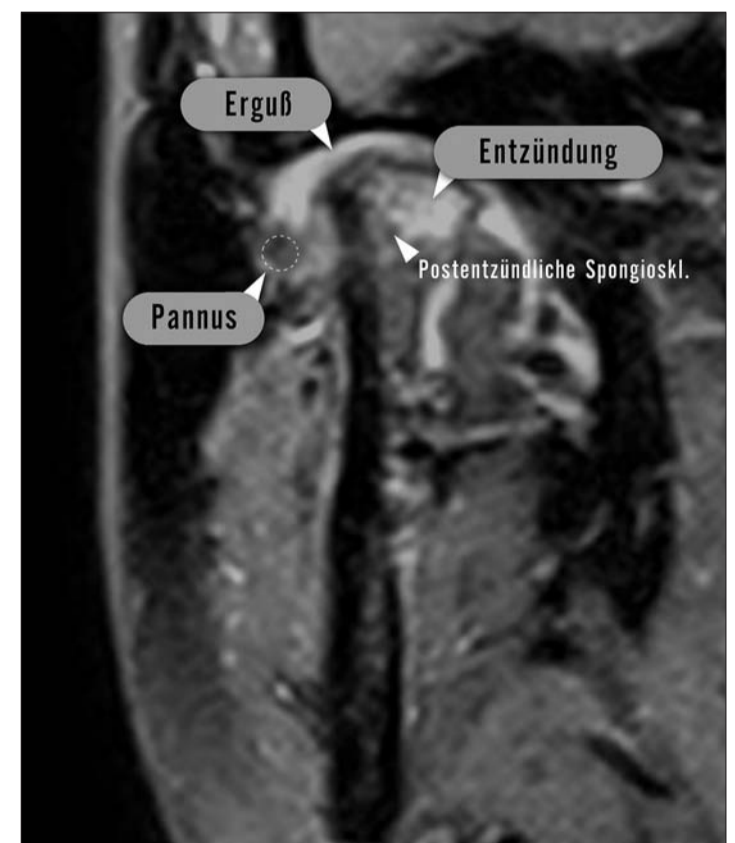


Abb. 4: Ultrahochauflösende MRT des rechten Kiefergelenks, parakoronar, T1 fettunterdrückt nach KM-Gabe. Patient weiblich, 15 Jahre alt, keine Rheumaanamnese. Unter kieferorthopädischer Therapie rezidivierend offener Biss und zunehmende Unterkieferrücklage sowie Öffnungsdeviation nach rechts. Keine Schmerzen. Diagnose: JIA des rechten Kiefergelenks im Sinne einer Monarthritis, gesichert durch pädiatrische und laborchem. Diagnostik. Fortgeschrittene Gelenkdestruktion mit Substanzverlust und somit Einbuße der Vertikalen. Teils postentzündlich sklerosierte (ausgebrannte) Bezirke, zum anderen erosive Entzündungszeichen. Derbe synoviale Proliferate (Pannus) im rechten Kapselrezessus sowie Gelenkerguss. Intermediär entzündliches Aktivitätsmuster. Alle übrigen Gelenke inklusive der Kopfelenke zeigten keine pathologischen Befunde.

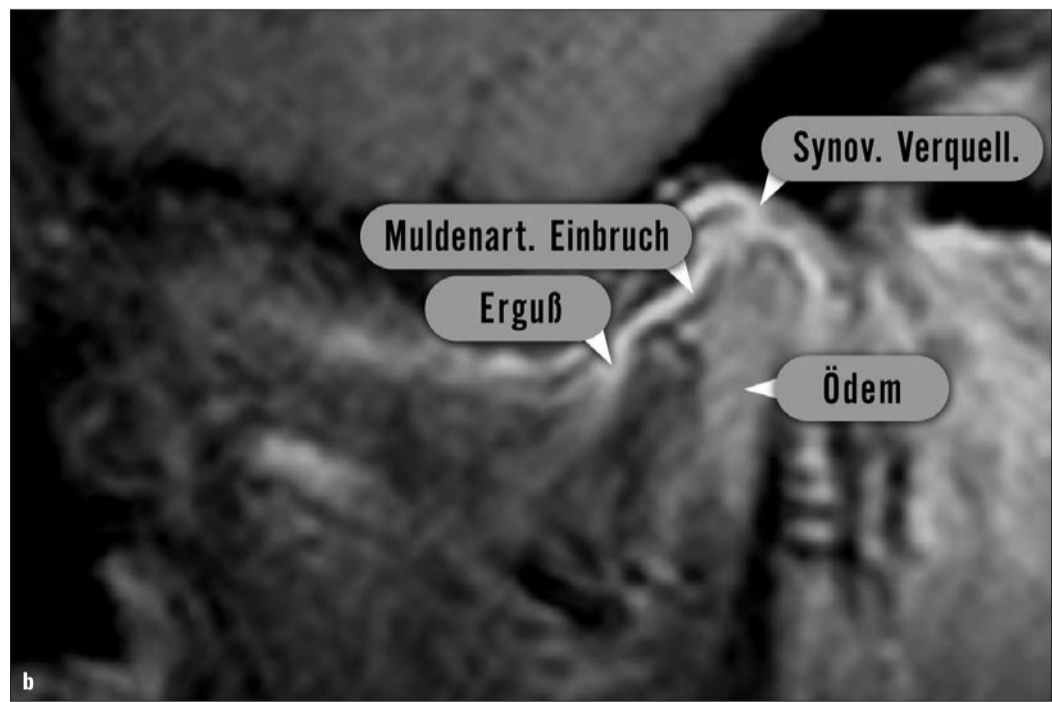
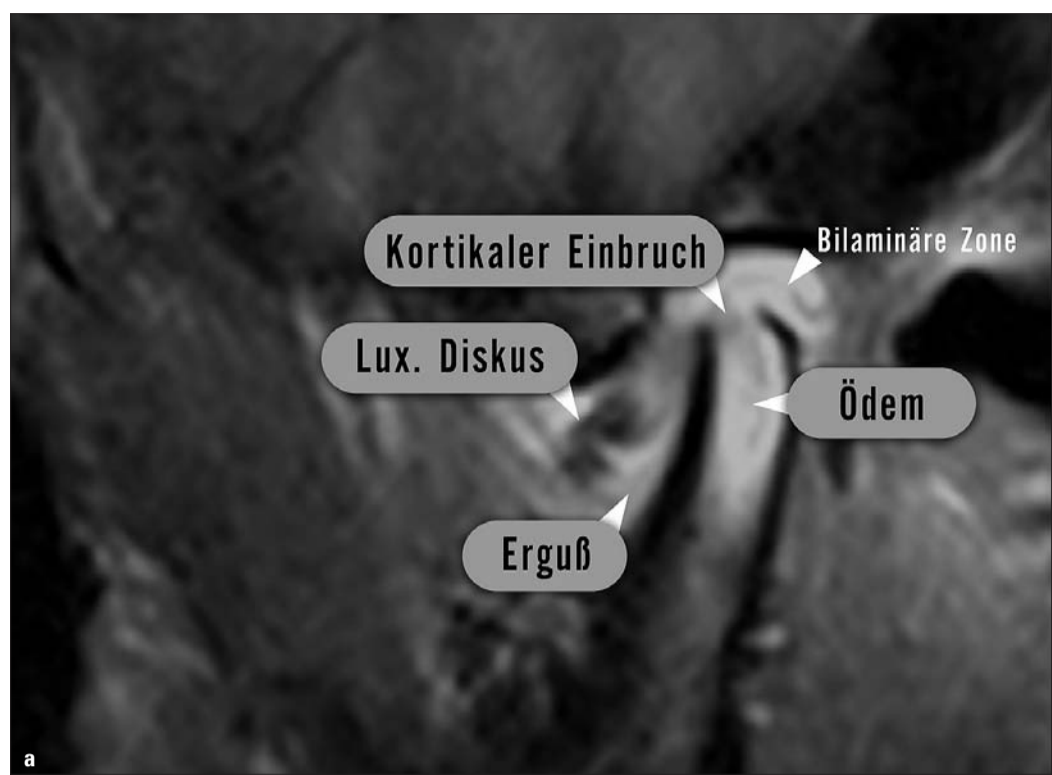


Abb. 5a, b: Aktivierte Arthrose bei chronischer totaler anteriorer Diskusluxation ohne Reposition (a) versus aktivierte JIA (b). a): Kranial eingebrochene Kondyle aufgrund der fehlenden Pufferfunktion des Diskus und der massiven kranialen Kompression bei Bruxismus. Dekompensation des Knochenmarks mit Ödem und Gelenkerguss. Kein Nachweis einer Synovialitis, das Stratum superius der bilaminären Zone ist elongiert, jedoch nicht verquollen. b): Typisch kranioventral eingebrochene Kondyle mit muldenartiger Defektbildung im Rahmen einer JIA. Peridiskaler Erguss, synoviale Verquellung des Stratum superius. Moderates Knochenmarködem von Kondylus und subkapitärem Kollumanteil. GeringmäÙig entzündliches Aktivitätsmuster.

der skelettalen und dentoalveolären Entwicklung. Klinische Untersuchungen, Laborwertbestimmungen und radiologische Verfahren sichern die Diagnose einer JIA. Hierbei kommt der Magnetresonanztomografie (MRT/Kernspin) eine entscheidende Rolle zu. Sie ist das einzige bildgebende Verfahren, das sicher Erguss, synoviale Proliferate, Knochen- und Weichteilödeme sowie Veränderungen des Diskus und des Kapsel-Bandapparates detektieren kann. Durch die intravenöse Gabe von nicht jodhaltigem Kontrastmittel kann die Entzündungsaktivität subjektiviert und für Verlaufskontrollen quantifiziert werden. Konventionell radiologische Verfahren zeigen eine diagnostische Sicherheit von etwa 60 %, die rein klinische Untersuchung von 40 %. Auch wenn es sich beim kindlichen Rheuma um eine chronische Erkrankung mit ungewissem Ausgang handelt, die Patienten von körperlicher Behinderung bedroht sind und es keine kausale Therapie gibt, so muss jedoch auch gesagt werden, dass sich das

juvenile Rheuma nahezu immer von der Verlaufsform des adulten Rheuma unterscheidet. Die Erkrankung selbst kann zum Stillstand kommen und es sind unter den neuartigen therapeutischen Möglichkeiten bleibende Schäden häufig zu vermeiden, je früher diagnostiziert und therapiert wird. Der 2003 ins Leben gerufene Interdisziplinäre Arbeitskreis Kinderreumatologie (IAKR) beschäftigt sich intensiv und

fachübergreifend mit der Diagnostik und Therapie der juvenilen Kiefergelenkarthritis. Die Gründungsmitglieder Dr. Dominic Weber (DZD Frankfurt am Main), Dr. Volkan Gönner-Özkan (F3 Orthodontics, Kronberg i.T.), Dr. Christof Rietschel (Clementine Kinderhospital, Frankfurt am Main) und Dr. Wolfgang Stelzenmüller (Praxis für Physiotherapie, Neu-Isenburg) stehen für weitere Fragen unter www.dentaldiagnostik.com zur Verfügung.

KN Info

Seit 2003 untersucht das Deutsche Zentrum für Dentaldiagnostik in Frankfurt am Main seine Patienten an vier optimierten MR-Tomografen, seit 2008 an einem der ersten ultrahochauflösenden 3-Tesla-Tomografen sowie Platzangstpatienten an einem offenen 1,5 Tesla-Kurzfeld-MRT. Neben MRTs und einem 64-Zeilen-CT stehen dem auf zahnärztliche, HNO- und Kopf-Hals-Diagnostik fokussierten Institut ein PET (Positronen-Emissionstomografie), Szintigrafie, Ultraschall sowie ein hochauflösendes Niedrigdosis-DVT zur Verfügung. Diese in Deutschland einmalige Konstellation für dentalradiologische Diagnostik ermöglicht eine umfassende Betreuung von Patienten mit Beschwerden im Kopf-, Hals- und zahnärztlichen Bereich. Zudem ist die Möglichkeit regelmäßiger Fortbildungsveranstaltungen für Kollegen und die Initiierung multipler Forschungsprojekte auf internationaler Ebene gegeben.



Dr. Dominic Weber, ärztlicher Leiter und geschäftsführender Gesellschafter des Deutschen Zentrums für Dentaldiagnostik (DZD).

Nur so können – wie der ärztliche Leiter und geschäftsführende Gesellschafter des Instituts, Dr. Dominic Weber, betont – in Zukunft interdisziplinäres Denken, Diagnostizieren und Behandeln mit hohem Qualitätsanspruch sichergestellt werden.

KN Adresse

Deutsches Zentrum für Dentaldiagnostik (DZD)
Adickesallee 51–53
60322 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/1 38 22 31-40
Fax: 0 69/1 38 22 31-50
E-Mail: info@dzd.de
www.dzd.de



Carrière Distalizer



„Einfach. Komfortabel. Schnell.“



DIE ÄSTHETISCHE VERSION KOMMT BALD!



ODS GmbH

■ Tel. 04193-965840 ■ Fax 04193-965841 ■ info@orthodent.de ■ www.orthodent.de

Tipps & Tricks für optimales Kleben (3)

Während Teil 1 unserer KN-Serie sich mit dem Haftverbund bzw. ihn beeinflussende Strukturen sowie mechanische Eigenschaften befasste und Teil 2 das Thema Bracketpositionierung zum Thema hatte, widmen sich die Autoren nun typischen Fehlern sowie auftretenden Problemen beim Kleben. Ein Beitrag von Dr. Heiko Goldbecher und Dr. Bettina Kirsch aus Halle/Saale.



Abb. 1: Polierter Zahnschmelz mit typischen Oberflächenstrukturen ohne Zeichen von Konditionierung.

In der Routine einer Praxis kommt es beinahe täglich zu Störungen im Behandlungsablauf, wenn sich Brackets nach dem Kleben wieder lösen. Meist tritt dieses unerfreuliche Ereignis unmittelbar nach dem Kleben gleich beim Ligieren der Bögen ein. Auf jeden Fall besteht eine enge zeitliche Beziehung zwischen der Insertion der Brackets und deren Verlust. Wichtig ist es dann, zu analysieren, wo der Fehler liegt, ob er reproduzierbar ist

führen: Bei Schlussbiss, Seit- oder Vorbewegungen des Kiefers sollte es keine Berührung mit den eben gesetzten Brackets geben. Aufbissplatten oder direkt auf den Zähnen befestigte Aufbisse verhindern unerwünschte Frühkontakte. Bei Nichtbeachten dieser Tatsache sind Bracketverluste vorprogrammiert. Unabhängig von der oben erwähnten notwendigen Bewegungsfreiheit des Kiefers lassen sich iatrogene Bracketver-

Konditionierung der zu beklebenden Struktur
 2. Kleber vollständig am Zahn " das heißt: Probleme mit der Bracketbasis oder mit der Kleberkonsistenz
 3. Kleber an Zahn und Bracket " das heißt: Probleme mit dem Lichtpolymerisationsgerät oder mit der Kleberqualität.

} Wurde der Primer entsprechend der Anwendungsvorschrift verwendet? (Wurde Lösungsmittel verblasen, Zeit beachtet, durch Licht voraktiviert etc?) – **Maßnahme:** Beipackzettel lesen.

2. Kleber vollständig am Zahn

Wenn der Kleber am Zahn oder der zu beklebenden Struktur haftet, nicht aber am Bracket, so ist der Verbund zwischen Bracketbasis und Kleber nicht in ausreichendem Maße zustande gekommen. Hierbei gibt es folgende ursächliche Möglichkeiten:

} Bracketbasis wurde mit den Fingern berührt – **Maßnahme:** Basis mit Aceton reinigen und mit Luftblä-

1. Kleber vollständig am Bracket

Wenn sich der Kleber vollständig am Bracket befindet, ist es nicht zum erwünschten Verbund zwischen Kleber und der zu beklebenden Struktur gekommen. Folgende mögliche Fehlerquellen sollte man in dieser Situation überprüfen:

} Ätzel oder Self-Etching-Primer sind verdünnt oder verunreinigt – **Maßnahme:** Ätzel oder Primer ersetzen



Abb. 2: Zustand nach Bracketverlust. Das Bracketadhäsiiv ist vollständig auf der Zahnoberfläche von 21 und 22 erhalten. Der Verbund zwischen Basis und Kleber kam nicht im ausreichenden Maß zustande.

oder ob es sich um einen einzelnen, individuell hervorgerufenen Fehler handelt. Aus diesem Grund versuchen wir im Folgenden, ein Grundgerüst zur Vermeidung von Klebefehlern aufzuzeigen. Nach dem Kleben der Brackets ist es stets von Vorteil, eine Okklusionskontrolle durchzu-

führen: Bei Schlussbiss, Seit- oder Vorbewegungen des Kiefers sollte es keine Berührung mit den eben gesetzten Brackets geben. Aufbissplatten oder direkt auf den Zähnen befestigte Aufbisse verhindern unerwünschte Frühkontakte. Bei Nichtbeachten dieser Tatsache sind Bracketverluste vorprogrammiert. Unabhängig von der oben erwähnten notwendigen Bewegungsfreiheit des Kiefers lassen sich iatrogene Bracketver-

luste oft auf drei unterschiedliche Probleme beim Kleben zurückführen. Je nachdem, wo sich der Kleber nach Verlust des Brackets befindet, unterscheidet man:

1. Kleber vollständig am Bracket " das heißt: Probleme mit der

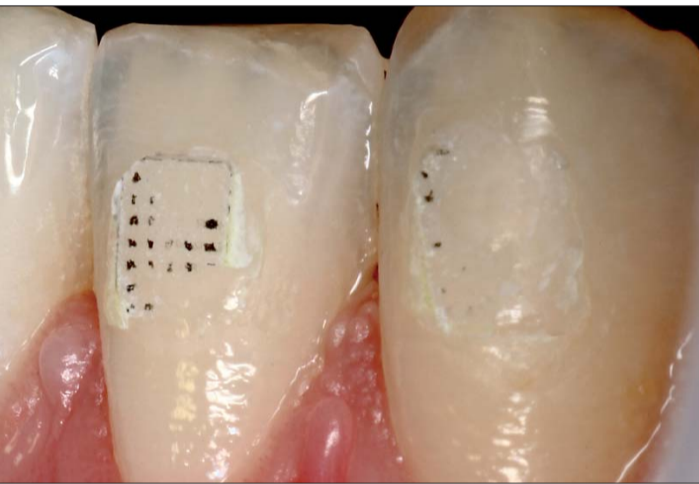


Abb. 3: Zustand nach Bracketverlust. Auf den Zähnen 43 und 42 sind deutlich Reste des Bracketadhäsiivs zu sehen. Die zum Verlust führende Kraft zerstörte alle Komponenten (Schmelz-Kleber, Kleber und Kleber-Bracket) des Haftverbundes.

} Primer ist überlagert, verunreinigt oder nicht entsprechend dem Beipackzettel gelagert – **Maßnahme:** Primer ersetzen
 } Kontamination der konditionierten Fläche mit Blut, Speichel, Wasser oder Öl – **Maßnahme:** erneutes Ätzen und Konditionieren

ser trocken/alternativ: Abstrahlen mit Rondoflex oder Sandbluster (nur bei mechanischen Retentionen)
 } Verunreinigungen der Basis werksseitig oder durch den Transport – **Maßnahme:** Basis mit Aceton reinigen und mittels Luftbläser trocken/alternativ:

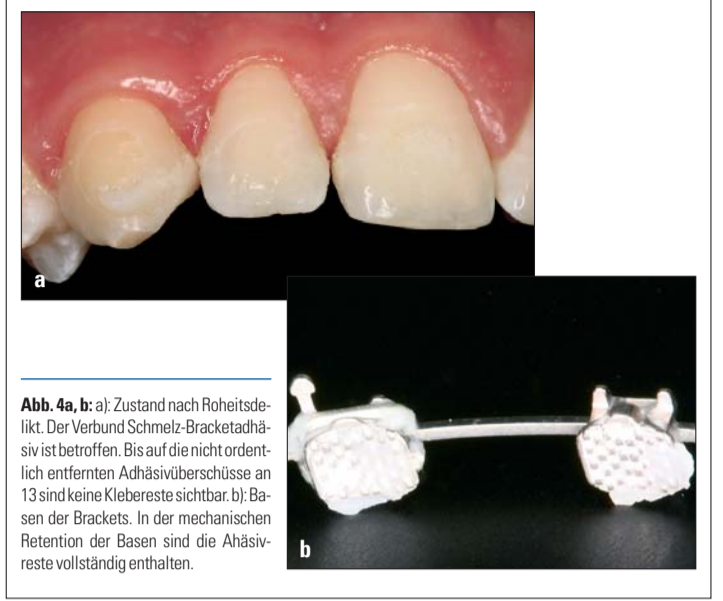


Abb. 4a, b: a) Zustand nach Roheitsdefekt. Der Verbund Schmelz-Bracketadhäsiiv ist betroffen. Bis auf die nicht ordentlich entfernten Adhäsiivüberschüsse an 13 sind keine Kleberreste sichtbar. b) Basen der Brackets. In der mechanischen Retention der Basen sind die Adhäsiivreste vollständig enthalten.

tem Schmelz die häufigste Ursache für Bracketverluste im unbewussten oder bewussten Fehlverhalten des Patienten zu suchen ist. Deshalb bleibt eine umfassende Aufklärung des Patienten über den Umgang mit der neugesetzten Multibandapparat mindestens genauso wichtig wie die aufmerksame Beachtung aller oben ausgeführten Probleme bereits beim Kleben der Brackets.

} Der verwendete Kleber ist so viskös, dass die Makro- und Mikroretentionen auf den Bracketbasen nicht adäquat umflossen wurden (kann durch die Temperatur des Klebers verursacht sein, Lagerung im Kühlschrank o.ä.) – **Maßnahme:** Verwendung eines anderen Klebers oder Erwärmen des Klebers auf Raumtemperatur vor dem Kleben

} Nicht ausreichende Menge an Kleber oder ungenügender Druck bei der Applikation der Brackets – **Maßnahme:** Mehr Kleber oder mehr Druck.

Bracketbasen stellen mittlerweile nicht mehr nur mechanische, sondern z.T. chemisch hochtechnisierte Strukturen dar. Gerade chemisch konditionierte Bracketbasen (Clarity™ SL, Fascination®) reagieren besonders empfindlich auf eine Veränderung der Voraussetzungen, die ein problemfreies Kleben ermöglichen.

3. Kleber an Zahn und Bracket

Befindet sich nach dem Lösen des Brackets Kleber sowohl auf dem Zahn als auch auf der Bracketbasis, kann das mit einer zu geringen Leuchtkraft des Lichtpolymerisationsgerätes zusammenhängen. Auch die Qualität des Klebers spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zu kontrollieren wären in diesem Fall nachfolgend aufgeführte Parameter:

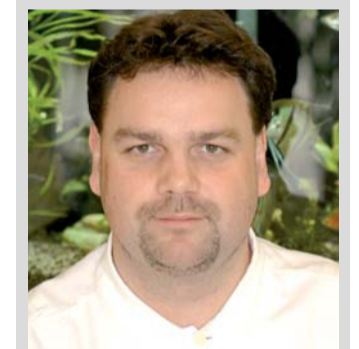
} Zeitintervall des Lichtpolymerisationsgerätes verstellt – **Maßnahme:** Kontrolle des Zeitintervalles
 } optischer Leiter des Polymerisationsgerätes verschmutzt – **Maßnahme:** Reinigung von innen und außen
 } optischer Leiter defekt – **Maßnahme:** Prüfen mittels Photometer
 } Lebensdauer des Leuchtmittels überschritten (nach maximal einem Jahr) – **Maßnahme:** Prüfen des Leuchtmittels mit Photometer
 } Kleber überlagert oder nicht entsprechend des Beipackzettels gelagert – **Maßnahme:** neuen Kleber verwenden.

Häufig wird in der Diskussion mit Patienten und Krankenkassen dem Kieferorthopäden gern unterstellt, er hätte beim Setzen der Brackets Fehler begangen, die mit größerer Sorgfalt vermeidbar gewesen wären. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass – neben Strukturbesonderheiten der Zähne – z. B. durch starke Fluoridierung oder auch bei bereits gealter-

KN Adresse

Dr. Heiko Goldbecher
 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
 Mühlweg 20
 06114 Halle (Saale)
 Tel.: 03 45/2 02 16 04
 E-Mail: heikogoldbecher@web.de
 www.stolze-goldbecher.de

KN Kurzvita



Dr. Heiko Goldbecher

- Jahrgang 1969
- 1988–1993 Studium der Zahnmedizin in Greifswald
- 1994 Promotion
- seit 1997 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
- seit 1998 niedergelassen in Gemeinschaftspraxis mit Dr. A. Stolze in Halle (Saale)
- Zertifiziertes Mitglied des German Board of Orthodontics

KN Kurzvita



Dr. Bettina Kirsch

- Studium der Zahnmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- Weiterbildung zur Fachärztin für Kieferorthopädie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- Promotion
- seit 10/2008 in der KFO-Praxis Dr. Heiko Goldbecher tätig

ANZEIGE

Lösungen für die KFO-Praxis



Für Ihre Materialwirtschaft:
m mawi net
 einfach, schnell und sicher

Diagnostik für Kieferorthopäden



computer konkret dental software

Praxismanagement für Kieferorthopäden



computer konkret dental software

Einfach und genial.

Computer konkret AG - dental software
 Telefon 03745 7824-33 | www.dental-software.org

Besuchen Sie uns zum EOS-Congress
 10. - 14. Juni in Helsinki
 Finlandia Hall, Stand-Nr. 12

KN AUS DER PRAXIS

Der Carrière®-Distalizer ...

Fortsetzung von Seite 1

Pseudo-Klasse II-Stellung von Eckzähnen und Molaren, funktionelle distale Position der Mandibula mit skelettaler horizontaler Dysfunktion. Diese Fehlbildungen können in Abhängigkeit vom Winkel zwischen Mandibular- und Maxillarebene¹ durch eine Tendenz zum offenen Biss zusätzlich verschärft werden. Dentale Klasse II-Malokklusionen resultieren meist aus einem unzureichenden Perimeter des unteren Processus alveolaris. Eine solche Malokklusion ist entweder durch Cuspid-zu-Cuspid-Eckzahn- und/oder Molarenstellung bzw. durch Protrusion/Retrusion der oberen Schneidezähne charakterisiert, die zu einem verstärkten Overjet führt. Eine vertiefte labio-mentale Falte und distale Displatzierung der Oberlippe sind faziale Zeichen, die bei Klasse II/1-Fällen mit hypotonem Musculus orbicularis oris und insuffizientem Lippenschluss häufig zu beobachten sind.^{1,2}

Ein offener Biss wird als geringerer Überbiss betrachtet, der zur vollständigen Bissenthüllung führen kann. Die Ätiologie dieser Malokklusion ist entweder genetischer oder habitueller Natur, hier können Daumenlutschen und Mundatmung auslösende Faktoren sein. Einige Autoren sind der Ansicht, dass Zungenstoßen (Tongue-Thrusting) die Entwicklung eines offenen Bisses forciert. Es wird vielfach beschrieben, dass eine anteriore Ruheposition und Zungenstoßen die Entstehung eines anterioren offenen Bisses begünstigen können.³ Ursache der anterioren Schlusssdysfunktion ist eine Imbalance von lingualer und oraler Muskulatur. Eine Zungenfehlfunktion kann die Therapie ebenso ungünstig beeinflussen und die Stabilität trotz sorgfältiger Retention beeinträchtigen. Das Zungenstoßen kann mit einer Vielzahl von Fehlfunktionen einhergehen. Hierzu zählen morphologische Fehlbildungen wie eine steile Mandibularebene, ein hoher Interbasalwinkel, Rotation der Mandibula im Uhrzeigersinn, vertiefte Spee'sche Kurve im unteren Zahnbogen, exzessive vertikale Entwicklung des posterioren Anteils der Mandibula und schließlich auch eine Mesioinklination der unteren Molaren.⁴

In der Literatur sind eine Reihe therapeutischer Strategien für Klasse II-Malokklusionen und offenen Biss beschrieben. Eines der häufigsten Verfahren bei Klasse II-Malokklusionen ist die funktionelle Protrusion der Mandibula während des pubertären Wachstumsschubes, die Modifikation des maxillären Wachstums durch eine extraorale Apparatur (Headgear) oder die Distalisierung der oberen Zähne, bis eine Klasse I-Stellung

von Schneidezähnen und Molaren erreicht ist.^{1,5}

Ein offener Biss wird in der Regel mit funktionellen Apparaturen behandelt, die häufig mit High-Pull-Headgear kombiniert werden. Die Behandlungsplanung sieht meist Extraktionen vor, die in der Regel alle ersten und zweiten Prämolaren sowie alle ersten Molaren betreffen. Bei erwachsenen Patienten ist meist eine multidisziplinäre chirurgische und kieferorthopädische Behandlung erforderlich.^{4,6}

Die Therapie von Klasse II-Patienten mit offenem Biss ist ein komplexes biomechanisches Problem. Viele Faktoren wie die Schwere der Malokklusion, das Alter des Patienten, der Wachstumstyp und der Typ des Profils, die Bogenlängendiskrepanz, Motivation und Erwartungen des Patienten sowie die Erfahrungen und Fertigkeiten des Kieferorthopäden beeinflussen schließlich die Wahl des Behandlungsverfahrens. In jedem Fall muss der Therapieplan jedoch den Ausschluss der ätiologischen Faktoren vorsehen, die eine Malokklusion begünstigen können, z. B. forciertes Zungenstoßen und Fingerlutschen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Präsentation der therapeutischen Wirkungen des Carrière®-Distalizers, der hier bei der Therapie einer Klasse II-Malokklusion zum Einsatz kam, die zusätzlich durch einen offenen Biss infolge einer schweren Zungendysfunktion und dentaler Fehlbildungen verstärkt wurde.

Fallbeispiel

Die 14-jährige Patientin K. S. stellte sich in der kieferorthopädischen Sprechstunde vor. Ihre Motivation für eine Behandlung erwuchs aus ästhetischen Erwägungen sowie einer Kaustörung, die durch eine ständige Enthüllung der Frontzähne ausgelöst war. Die faziale Untersuchung ergab ein normales Profil mit vertiefter Labio-mentalfalte und vollständiger Unfähigkeit zum Lippenschluss (Abb. 1a, b). Bei der intraoralen Untersuchung zeigte sich eine Zungendysfunktion mit infantilem Schlucktyp, niedriger Anschluss der Unterlippe mit Diastema zwischen den unteren zentralen Schneidezähnen, bilateraler Klasse II-Stellung von Molaren und Eckzähnen, totalem offenem Biss mit okklusalem Kontakt, der lediglich die ersten und zweiten Molaren betraf. Der Overjet betrug 2 mm, der Overbite 1,5 mm. Daneben war eine leichte Verengung der Maxilla (3 mm) vorhanden. Ein Engstand war infolge konisch zulaufender oberer lateraler Schneidezähne nicht zu beobachten (Abb. 2a-c).

Die cephalometrische Untersuchung führte zur Einstufung als Klasse I-Malokklusion (SNA=83,3°, SNB=79,4°,

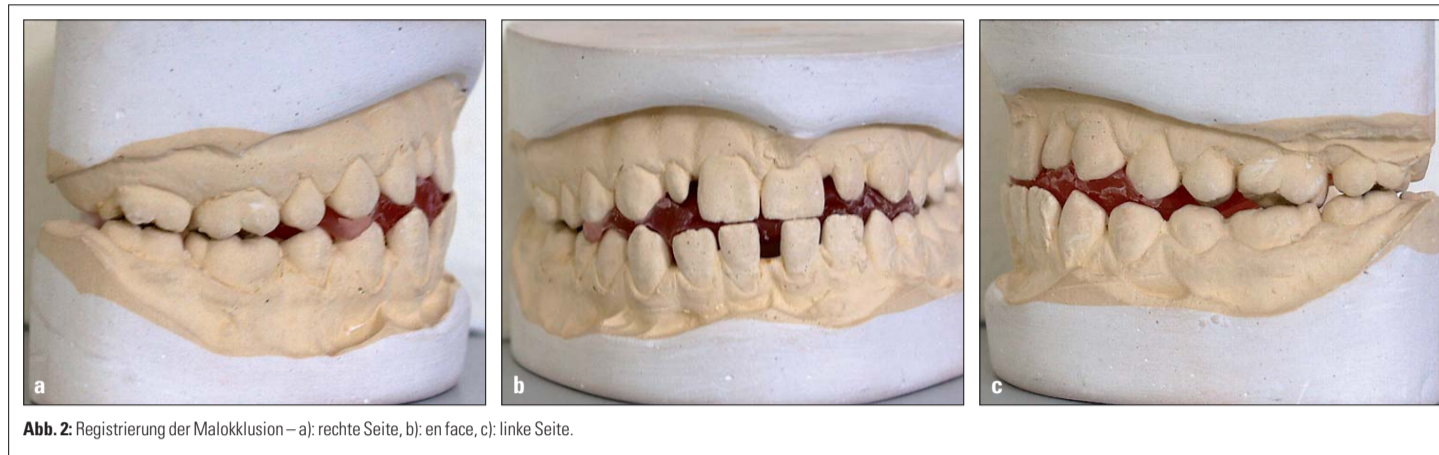


Abb. 2: Registrierung der Malokklusion – a): rechte Seite, b): en face, c): linke Seite.

ANB=3,9°) ohne vertikale Abweichungen (ML-NSL=29,8°, ML-NL=21,3°, Index=81,6%). Zusätzlich konnte eine deutliche Protrusion der Schneidezähne identifiziert (1-NB=31,9°) und eine vertikale

Unterentwicklung der maxillären Processus alveolaris (NL/OLS acc. to Björk=3,7°) nachgewiesen werden. Diese Untersuchungen führten zur Diagnose Klasse II-Malokklusion verstärkt durch

einen offenen Biss, Protrusion der unteren Schneidezähne, Mikrodentismus von 21 und 22 sowie Schluckstörung infolge forcierten Zungenstoßens. Es ergab sich folgender Behandlungsplan: a) Mesialisie-

rung und Retraktion der Zähne 32, 31, 41 und 42 nach Frenulektomie der Unterlippe, b) Distalisierung der

Fortsetzung auf Seite 10

ANZEIGE

discovery® sl □ de

discovery® sl

**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

ANZEIGE



Immer das Wichtigste im Blick behalten ...



Fortsetzung von Seite 9



Abb. 3: Carrière®-Distalizer intraoral.

oberen Zähne, kombiniert mit einer Vorwärtsbewegung der Mandibula, Intrusion der ersten Molaren in beiden Zahnbögen, c) Extrusion der maxillären Schneidezähne und ästhetische Restauration der Zähne 21 und 22 sowie d) Retention. Als erster Therapieschritt erfolgte die Frenulektomie der Unterlippe mit Kürettage des Ansatzes zwischen den Wurzeln der Schneidezähne. Danach wurde die Pa-

tientin zur Logopädie überwiesen, um den infantilen Schlucktyp zu korrigieren. Im Dezember 2004 wurde eine feste Apparatur gebondet und mit Bändern im unteren Zahnbogen verbunden (Roth-System, 0.022er Slot). Nach einer Nivellierung mittels 0.0140 NiTi-Bogen wurde ein runder 0.0160-Edelstahlbogen mit T-Loop zwischen den unteren zentralen Schneidezähnen zum Schluss des Diastemas eingesetzt. Als dies erreicht war, konnte der Carrière®-Distalizer (ClassOne Orthodontics bzw. Vertrieb für Deutschland: ODS GmbH, Kisdorf) bilateral in die Maxilla zur forcierten mandibulären Vorverlagerung eingesetzt werden (Abb. 3). Um die unteren Schneidezähne gegen eine labiale Neigung zu schützen, wurde ein rechteckiger Edelstahlbogen (0.0160 x 0.0220) mit vestibulärem Root-Torque eingesetzt.

Die Patientin musste 24 Stunden am Tag feste Klasse II-Gummizüge (1/4 inch) tragen. Nach vier Monaten war auf beiden Seiten eine Klasse I-Stellung der Molaren und Eckzähne erreicht, der Carrière®-Distalizer konnte debondet und durch eine feste Apparatur ersetzt werden (Roth-System, 0.022er Slot). Nach erfolgter Nivellierung wurden zwei NiTi-Bögen (0.0160 x 0.0220) mit reverser Spee'schen Kurve in die Mandibula eingesetzt, die die anteriore Disklusion zu verstärken schienen. Dennoch gelang es, mittels fester vertikaler Gummizüge (3/16 inch), die 24 Stunden am Tag im vorderen Segment getragen wurden, eine Extrusion der Schneide- und Eckzähne zu erreichen, während die distalen Enden der Bögen zur Aufrichtung der Molaren führten.

Nach drei Monaten war der Overjet normalisiert und die Edelstahl-Bögen (0.0160 x 0.0220) für das Finishing konnten eingesetzt werden. In diesem Stadium trat ein leichtes Rezidiv des offenen Bisses auf, da die Patientin ihre infantilen Schluckgewohnheiten wieder aufge-

nommen hatte. Der Overbite hatte sich durch mittlere vertikale Gummizüge des Typs „Box“ (3/16 inch), die zwei Monate lang ununterbrochen getragen wurden, sowie durch die Positionsänderung der unteren Molaren verstärkt, die ungünstigerweise von den rechteckigen NiTi-Bögen verlagert wurden. Es wurde eine nachfolgende mesiale Rotation und ein vestibulärer Kronen-Torque erforderlich. Nach 27 Monaten war die aktive Behandlungsphase beendet (Abb. 4a, b und 5a-c) und es folgte die temporäre Restauration der oberen lateralen Schneidezähne mit Kompositmaterial (Abb. 6). Nach Abschluss des Wachstums ist eine Versorgung mit Porzellanveneers geplant.

Diskussion

Wie in der Literatur beschrieben, kann die Distalisierung der oberen Molaren mit extraoralen Apparaturen oder mittels intraoraler Technik erfolgen. Das erstgenannte Prozedere erfordert eine uni- oder bimaxilläre Verankerung, die immer häufiger durch Miniimplantate geschaffen wird, die in die Kortikalis eines Processus alveolaris geschraubt, den aufgebrauchten Kräften maximalen Widerstand bieten. Viele

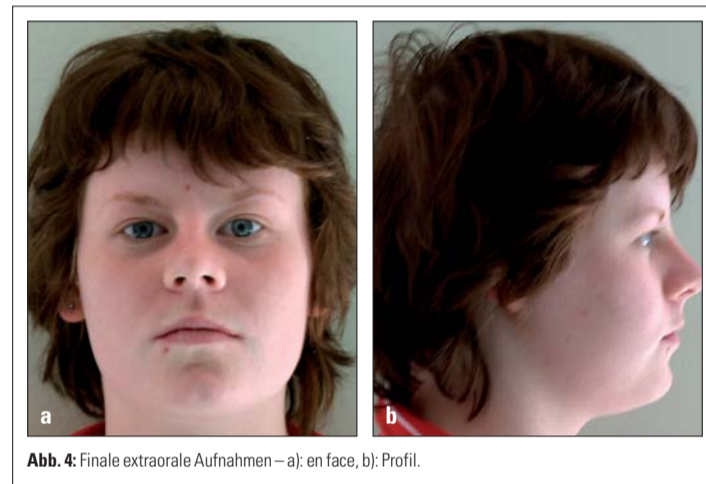


Abb. 4: Finale extraorale Aufnahmen – a): en face, b): Profil.

Apparaturen können zur Distalisierung lateraler Zähne eingesetzt werden. Die häufigsten Vertreter sind Headgear, Schwarz-Platte mit Distalisierungsschraube, Keles Slider, Jones Jig, MALU,

Herbst-Apparatur, Distal Jet, Wilson-Apparatur oder Pendulum-Apparatur.

Wird eine unimaxilläre Verankerung eingesetzt, führt dies in der Regel zur Protrusion der oberen Schneidezähne. Im Gegensatz dazu entwickelt sich bei zervikaler Traktion eine Intrusion der Schneidezähne. Intraorale Apparaturen sichern eine schnellere und bessere Distalisierung. Doch das Vorhandensein der zweiten oberen Molaren beeinflusst entweder stark die Effektivität der Distalisierung der ersten Molaren oder die Intensität des Verankerungsverlustes. Sind diese Zähne jedoch noch nicht eruptiert, gelingt die Distalisierung doppelt so schnell. Eine effektive Distalisierung, die fast oder vollständig ohne Verankerungsverluste abläuft, kann durch den Einsatz von Minischrauben zur Applikation der Kräfte während der Distalisierung erzielt werden.^{5,7-10} Eine distale Bewegung der oberen Molaren, sofern dentale Verankerungseinheiten im unteren Zahnbogen vorhanden sind, führt in der Regel zu deren mesialer Verschiebung, sodass dem Verankerungsverlust entweder eine Protrusion oder eine Retrusion der unteren Schneidezähne folgt. Dieses Phäno-

pädischen Therapie oder konservativ mit Extraktionen und entweder Molarintrusion oder Extrusion der Schneidezähne korrigiert werden. Goto et al. und Freitas et al. haben gezeigt, dass die Extraktionsbehandlung Langzeitstabilität garantiert.^{14,15} Die Elimination aller destruktiven Gewohnheiten oder Dysfunktionen, die zur Entstehung einer Malokklusion führen können, beeinflusst ganz offensichtlich die Langzeitstabilität des Therapieerfolgs bei der Korrektur eines offenen Bisses.¹⁶⁻¹⁸ Die Intrusion der lateralen Zähne kann durch High-Pull-Headgear oder durch den Einsatz von TADs erreicht werden.^{19,20}

Im vorliegenden Fall basierte die Entscheidung für eine Therapie ohne Extraktionen auf den neutralen Cephalogrammwerten, dem harmonischen Profil, jugendlichen Alter und der guten Motivation der Patientin. Die orthopädische Behandlung mit einem bimaxillären Carrière®-Distalizer gestattete – neben der Re-Etablierung einer Klasse I-Stellung – die distale Inklinierung und Rotation der oberen Molaren, wie José Carrière sie in seiner Beschreibung der Apparatur definiert hat.²¹ Die Anwendung der MEA-Technik (Multiloop Edgewise Archwire) gestattete die Verringerung des offenen Bisses, der weniger aus der Intrusion, sondern vielmehr aus der Extrusion der Schneidezähne und der Aufrichtung der Molaren resultierte.²² Die Verlängerung der Behandlung durch das temporäre Rezidiv der Zungendysfunktion zeigte, dass eine Eliminierung aller destruktiven oralen Gewohnheiten eine fundamentale Voraussetzung für ein langfristig stabiles therapeutisches Ergebnis ist.



Abb. 5: Finale intraorale Aufnahmen – a): rechte Seite, b): en face, c): linke Seite.



Abb. 6: Restaurierte Zähne 21 und 22.

Schlussfolgerung

Der Einsatz von Carrière®-Distalizer und modifizierter MEA-Technik kann eine extraktionsfreie Behandlung von Klasse II-Fällen mit offenem Biss ermöglichen, sofern die Entscheidung auf einer sorgfältigen ätiologischen Diagnosestellung basiert. Zusätzlich erfüllen moderne Elemente bei der aktiven Vorwärtsbewegung der Mandibula die ästhetischen Anforderungen, die Patienten an eine kieferorthopädische Behandlung im 21. Jahrhundert stellen. **KN**

Eine Literaturliste kann unter c.pasold@oemus-media.de angefordert werden.

KN Adresse

Dr. Michał Sarul
Dr. Joanna Antoszewska
Dept. of Dentofacial Orthopedics and Orthodontics
Wrocław Medical University
50-425 Wrocław
26 Krakowska Str./Polen
E-Mail: michal.sarul@gmail.com

ANZEIGE

www.halbich-lingual.de

Thomas Halbich LINGUALTECHNIK

PATIENTEN
BEHANDLER

KN Kurzvita



Dr. Michał Sarul

- 1999–2004 Studium der Zahnmedizin, Wrocław University/Polen
- 2006 offizielle Genehmigung PhD-Forschungsprojekt: „Studies upon mechanical properties of orthodontic wires after their application in the environment of oral cavity“
- 2007 Beginn Post-Graduierten-Ausbildung
- diverse wissenschaftliche Poster bzw. Kongressberichte
- seit 10/2004 post-graduiertes klinisches Training, Wrocław University
- seit 1/2006 Assistenz am Dept. of Dento-Facial Orthopedics and Orthodontics, Wrocław University

KN Kurzvita



Dr. Joanna Antoszewska

- Studium an Wrocław Medical University, Polen
- Postgraduierten-Ausbildung, Dept. of Orthodontics, Wrocław Medical University
- 6-monatiges Stipendium in Nancy/Frankreich
- 2002 Abschluss des PhD-Programms und Tätigkeit als Assistent Professor an gleicher Fakultät
- Autorin von über 50 Fachartikeln und Referentin bei weltweiten Kongressen
- Interessenschwerpunkt: Mikro- und Miniimplantate, Straight-Wire-Technik sowie Ästhetik in der KFO

Frontzahnrezidiv nach einem gebrochenen Oberkieferretainer

Rezidive im Frontzahnbereich nach abgeschlossener Multibandbehandlung sind keine Seltenheit. Meistens manifestieren sie sich in der Unterkieferfront. Gelegentlich sind auch die Oberkieferfrontzähne betroffen, so wie im vorliegenden Fall. Hier erfolgte die Korrektur mittels 2D-Lingualapparat. Von Dr. Jakob Karp.



Abb. 1: Elongierter 21 nach Bruch des Retainers.



Abb. 2a, b: 21 Steilstand und elongiert.



Im vorgestellten Fall handelt es sich um ein Rezidiv einer abgeschlossenen konventionellen Multibandbehandlung nach Bruch des geklebten Retainers im Bereich des Zahnes 21. Das Resultat waren funktionelle und ästhetische Probleme (Abb. 1).^{6,7,9} Der Zahn prä-

sowie das Orthopantomogramm bestätigten zusätzlich die Dramatik dieser Situation (Abb. 3, 4). Der Patient wünschte die Behebung der Fehlstellung, lehnte jedoch eine labiale Multibracketapparatur ab. Eine dreidimensionale Lingualbehandlung, die sich

aufgrund der unterschiedlichen Achsenneigungen der Frontzähne und des benötigten Torques ein schwierig zu lösendes Problem zu sein (Abb. 5).^{1,2} Es musste ein Drehmoment für Zahn 21 geschaffen werden. Um dies zu bewerkstelligen, bediente ich mich einer Idee zweier Kol-

(2D-Lingualbrackets, Firma FORESTADENT, Pforzheim) die Zähne.^{3,4} Um ein Drehmoment für Zahn 21 zu generieren, werden an diesem sowie an den beiden Nachbarzähnen die gingivalen Flügel nach okklusal gebogen (Abb. 6). Damit schafft man die Voraussetzung für die Eingliederung eines zusätzlichen Teilbogens (Abb. 7). Ein relativ starrer Basisbogen mit einer geringen Protrusionswirkung wird in den okklusalen Flügeln befestigt. In die drei gingivalen Flügel von Zahn 11, 21 und 22 wird dann ein gerader Teilbogen aus hochelastischem Nickel-Titanium einligiert (Abb. 8). Dieser Bogen zieht den Zahn 21 aufgrund seiner Deflektionswirkung von allen drei Frontzähnen am stärksten nach distal. Durch die Protrusion des Basisbogens und den Zug weiter gingival, entsteht aufgrund des räumlichen Abstandes der beiden Kraftansätze ein Kräftepaar und somit ein Drehmoment, d. h. Torque auf Zahn 21.

Der Bewegungsablauf muss in kurzen Abständen monitoriert werden, sonst entstehen unerwünschte Nebenwirkungen an den benachbarten Inzisivi (Abb. 9). Nach Abschluss der Bewegung wurden die Oberkieferfrontzähne wieder mithilfe eines Retainers fixiert.⁸ In den Abbildungen 10 und 11 sieht man das Ergebnis zwei Jahre nach Abschluss der aktiven Behandlung.

Die zweidimensionale Behandlungsmethode ist eigentlich für leichtere kieferorthopädische Fälle gedacht. Benutzt man jedoch eine entsprechende biomechanische Vorrichtung, die ein Drehmoment erzeugen kann, gelingt es auch, Torque bis zu einem gewissen Umfang zu erhalten. An



Abb. 9: Torque beginnt zu wirken.



Abb. 10a, b: Kontrolle nach zwei Jahren.



Abb. 11: Zwei Jahre nach Abschluss der aktiven Behandlung.



Abb. 3: Unterschiedliche Achsenneigung der Inzisivi.



Abb. 4: Deutliche Elongation des Zahnes 21.



Abb. 5: 2D-Lingualapparat eingesetzt.

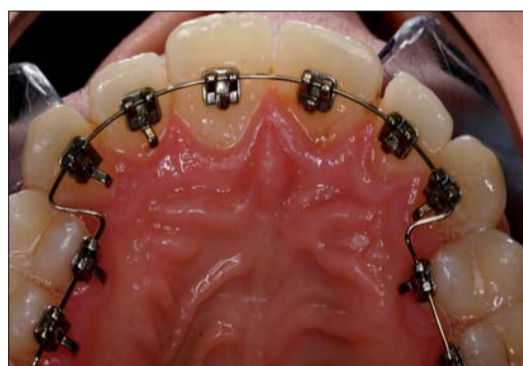


Abb. 6: Zahnbogen ausnivelliert.



Abb. 7: Teilbogen aus Nickeltitanium.



Abb. 8: Teilbogen eingegliedert.

sentierte sich deutlich verlängert und hatte im Verbund mit seinen Nachbarzähnen eine ungünstige Achsenneigung (Steilstand). Das Fernröntgenseitenbild

in diesem Fall angeboten hätte, war dem Patienten zu kostenintensiv. Die Korrektur dieser Fehlstellung mit einer zweidimensionalen Behandlungsapparatur schien

legen aus Varese/Italien, Prof. Dr. Aldo Macchi und Dr. Antonio Norcini. Das Prinzip funktioniert folgendermaßen: Zunächst nivelliert man mit der 2D-Lingualapparat

dieser Stelle sollte noch erwähnt werden, dass die oben beschriebene Mechanik auch bei Frontzähnen mit labial verdrängten Wurzeln – mit oder ohne Dehizensenz – erfolgreich einsetzbar ist. **KN**

KN Adresse

Dr. Jakob Karp
Räterstraße 20
85551 Heimstetten bei München
Tel.: 0 89/9 04 57 77
E-Mail: info@praxis-dr-karp.de

KN Literatur

[1] Ludwig B, Glas B, Lisson J: Die 2D-Lingualtechnik und ihre Möglichkeiten zur Korrektur der Frontzahninklinen. Quintessenz, Kieferorthopädie (2008) Nr. 3.
[2] Macchi A, Lazzati M, Nidoli G (1983): The lingual equipment: contribution for the determination of torque angle. Mondo Ortodontico vol 3. pp 33–46 ISSN: 0391–2000 (IT).

[3] Macchi A, Nidoli G, Lazzati M (1984): Direct or indirect application of the Lingual Brackets. Mondo Ortodontico. Vol 3. pp. 73–82 ISSN: 0391–2000 (IT).
[4] Macchi A, Tagiabue A, Levrini L, Trezzi G, (2002) Philippe self-ligating Lingual Brackets. Journal of Clinical Orthodontics. Vol 36 n1, pp 42–46 ISSN: 0022–3875 (EN).

[5] Little RM, Riedel RA, Artun J: An evaluation of changes in mandibular anterior alignment from 10 to 20 years postretention. Am J Orthod 1998; 93:423–428.
[6] Dadowsky C, Sakols EI: Long-term assessment of orthodontic relapse. Am J Orthod. 1982; 82:456–463.
[7] Nanda RS, Nanda SK: Considerations of dentofacial growth in long-term retention and stability:

is active retention needed? Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1992; 101:297–303.
[8] Zachrisson BU: Clinical experience with direct-bonded orthodontic retainers. Am J Orthod. 1977; 71: 440–448.
[9] Dahl EH, Zachrisson BU: Long-term experience with direct bonded lingual retainers J Clin Orthod. 1991; 25:619–632.

KN Kurzvita



Dr. Jakob Karp

- Studium der Zahnmedizin an der LMU in München
- Weiterbildung in Augsburg und an der Universität Genf, Schweiz
- 1981–1987 eigene Praxis in München
- 1987–2001 eigene Praxis in Rom, Italien
- seit 2002 eigene Praxis in Heimstetten bei München

KN EVENTS

Weniger Besucher beim AAO

KN Fortsetzung von Seite 1

Wissenschaftsprogramm

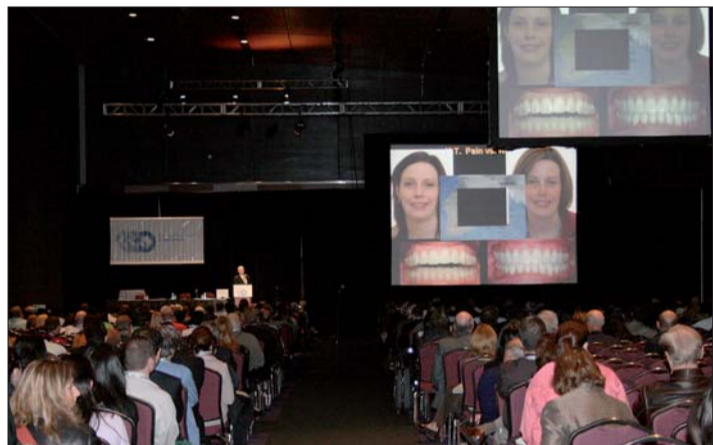
auch im sicherlich zwar interessanten, jedoch längst nicht so prägnanten wissenschaftlichen Programm sowie der flächenmäßig reduzierten Industriemesse. Zwar waren hier wie gewohnt fast alle Firmen vertreten, jedoch hatte der ein oder andere doch deutlich seine Ausstellungsfläche verkleinert.

Nach dem Motto: schon gehört und das nicht nur einmal – wartete das wissenschaftliche Programm in diesem Jahr mit nur wenigen Highlights auf. Dennoch sollten einige Beiträge an dieser Stelle kurz Erwähnung finden, wie z. B. der interessante wie unterhaltsame Vortrag von Dr. Peter Gordon (Australien). Er

widmete sich wie seine beiden nachfolgenden Redner, Prof. Dr. Christoph Bourauel und Dr. Dirk Wiechmann, dem Thema Selbstligierung bzw. SL-Systeme und verdeutlichte, inwieweit SL-Systeme tatsächlich einen Beitrag hinsichtlich Behandlungseffizienz leisten. Dass die vom (theoretisch auf dem Prüfstand gemessenen) biomechanischen Standpunkt aus betrachteten Unterschiede zwischen selbstligierenden und konventionellen Bracketsystemen in seiner Versuchsanordnung nicht relevant scheinen bzw. SL-Brackets nicht zur Reduzierung von wirkenden Kräften beitragen, verdeutlichte Prof. Bourauel. Wie schon zum EOS in Lissabon machte er deutlich, dass aktive SL-Brackets auf dem experimentellen Prüfstand zwar eine höhere Nivellierungseffizienz aufzeigen als passive SL-Brackets; Kräfte und Momente jedoch scheinbar letztlich durch die verwendeten Bögen stärker beeinflusst würden. „Lingual has arrived – be a part of it“ lautete das Resümee von Dr. Dirk Wiechmann, der – laut eigenen Angaben – mit rund 700 aktiven Fällen die derzeit größte Lingualpraxis der Welt betreibt. Erneut stellte er die Vorteile des INCOGNITO™-Lingualbracketsystems sowie dessen Kombinationsmöglichkeiten (z. B. Herbst-Apparatur) vor. Einen beeindruckenden Vortrag bot der Japaner Dr. Kazumi Ikeda, der zum Thema „Disc Displacement and Treatment Mechanics“ sprach. Er ging dabei unter anderem auf die Splint-Therapie nach Dr. Satoshi Adachi ein, welche er anhand zahlreicher Fallbeispiele demonstrierte. Auf Abschiedstour waren Prof. Dr. Vincent G. Kokich (USA) und Prof. Dr. Björn Zachrisson (Norwegen). Beide Vorträge widmeten sich dem Management bzw. ästhetischen Lösungen hinsichtlich fehlender maxillärer lateraler Schneidezähne und verdeutlichten erneut die fachliche Größe dieser aus dem aktiven KFO-Business nur schwerlich wegzudenkenden kieferorthopädischen Koryphäen.



Dr. Kazumi Ikeda aus Japan beeindruckte mit seinem Vortrag „Disc Displacement and Treatment Mechanics“, in welchem er mittels Splint-Therapie behandelte Fallbeispiele vorstellte.



Der Ballsaal des Boston Convention & Exhibition Center – der größte aller Vortragsräume des modernen BCEC.



Blicke man von oben auf die Industrierausstellung, hatte man den Eindruck, diese tatsächlich erstmals überschauen zu können. Zwar waren die internationalen Firmen wie gewohnt vertreten, jedoch hatten viele deutlich ihre Standgröße reduziert.



Zog das Messepublikum magisch an – ein Mini Cooper, welchen man am Stand von DENTSPLY GAC gewinnen konnte. (Fotos: Pasold)



Dr. Dwight Damon präsentierte bei der Firma Ormco die Vorzüge des Damon™ Q-Brackets.

als dass die Ansiedlung von Bakterien (Plaque) auf der Oberfläche kieferorthopädischer Apparaturen von Vorn herein unterbunden wird. Ebenfalls für Furore sorgte das neue Avex™ Suite-Bracketsystem von opal Orthodontics/Ultradent. Dieses bietet gleich drei Varianten – das Edelstahlbracket Avex MX, BuccalTube-Bracket Avex BX sowie das Keramikbracket Avex CXi (mit Metallslot) – alle im CNC-Verfahren (Computer Numerical Control) gefertigt. Sowohl Avex MX- als auch CXi-Brackets verfügen über identische Innen- und Außendimensionen für jeden Zahn, sodass Ausgleichsbiegungen im Bogen nicht mehr notwendig und die Brackets untereinander austauschbar sind. Mit dem Avex BX werden laut Herstellerangaben die derzeit kleinsten und mit niedrigstem Profil ausgestatteten Buccal Tubes angeboten. Auffallend hier u. a. der trichterförmige Soteingang zum leichteren Einführen der Bögen sowie ein spezieller Ausschnitt (cut out) auf der Oberfläche zum leichteren finalen Positionieren. Auch wenn noch nicht offiziell für den amerikanischen Markt zugelassen, konnte der Messebesucher dennoch via Poster einen ersten Blick auf das neue abc®-Bracket von Rocky Mountain Orthodontics (Vertrieb für Deutschland über dentalline, Pforzheim) werfen – ein SL-Bracket ohne

Clip. Stattdessen wird der Bogen durch eine Art Welle und ohne die Notwendigkeit eines speziellen Instruments in den Slot eingelegt, dort gehalten

über einen Zusatzslot. Zudem beeindruckt das passive Metallbracket durch sein modifiziertes Design, welches sich u. a. durch eine wesent-



Easy-Fit® Jumper (FORESTADENT).

und ebenso wieder entfernt. Dies lässt das Risiko eines Clipbruchs erst gar nicht aufkommen. Als Metallvariante ist abc® in 0.220 x 0.280 Roth erhältlich. Eine ästhetische Version (0.220 Roth) wird im Herbst dieses Jahres vorgestellt. Ormco stellte eine neue Version seines Damon™-Brackets vor. Damon™ Q (Q steht für Quality/Qualität) verfügt

lich geringere Größe, glatte Oberfläche sowie angenehm abgerundete Kanten auszeichnet. Der Öffnungsmechanismus des Clips kann mithilfe eines sogenannten SpinTek (eine Art Schraubendreher) durch Drehbewegung um 90° aktiviert werden. Benötigt der Anwender einen Hook, ist dieser als Drop-in-

Fortsetzung auf Seite 15 **KN**

Industriemesse

Eines der Highlights der diesjährigen AAO-Industriemesse präsentierte ClassOne Orthodontics (Vertrieb für Deutschland über ODS Kisdorf). So startet das Unternehmen unter dem Namen SeLECT Defense™ eine mit Selen (oberflächen)beschichtete bzw. versehene Produktlinie, zu der zunächst Brackets, elastische Ketten und Ligaturen, Adhäsive und ein Versiegler gehören. Dabei wirkt das in niedrigster Konzentration eingesetzte und laut zahlreicher Tests der Texas Tech University keinerlei (Gewebe-)Irritationen hervorrufende Selen insofern,



Avex™ Suite-Bracketsystem (opal Orthodontics/Ultradent).



 **DMG**

Icon® – die innovative White Spot-Behandlung ohne Bohren.

Bei beginnender Karies, auch bei White Spots nach Bracket-Entfernungen, opfert selbst eine minimalinvasive Therapie gesunde Zahnschmelz. Icon bietet jetzt eine revolutionäre Lösung:

Mit einem speziell entwickelten HCl-Gel wird die Oberfläche des Zahnschmelzes vorbereitet. Dann wird das Porensystem mit einem lichterhärtenden Kunststoff aufgefüllt, stabilisiert und abgedichtet. So kann die Progression beginnender Karies frühzeitig gestoppt, das ästhetische Erscheinungsbild verbessert und die gesunde Zahnschmelz erhalten werden – ohne Bohren.

Icon ist indiziert bei früher Karies mit nicht kavitiertem Zahnschmelz und einer röntgenologischen Läsionsausdehnung bis in das erste Dentindrittel. Behandlungssets gibt es für Glattflächen sowie für die proximale Anwendung. **DMG. Ein Lächeln voraus.**

Mehr Infos unter www.bohren-nein-danke.de
oder Tel. 0800 – 364 42 62*

*gebührenfrei aus dem dt. Festnetz, Mobilfunkpreise können abweichen

NEU





Lindauer Symposium

für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin

18. – 20. Juni 2009 in Lindau/Bodensee

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang, Präsident der IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.
Dr. Jens Voss, Präsident der DGKZ – Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.
Prof. Dr. Martin Jörgens, Past Präsident der DGKZ – Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.

Donnerstag, 18. Juni 2009

Anti-Aging-Kurs

Die Operationskurse finden in der Bodenseeklinik Lindau, Graf-Lennart-Bernadotte-Straße 1 (Lindau Insel) statt.

Beginn: 12.00 Uhr



Kursleitung: Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang, Dr. Ulrike Then-Schlagau, Dr. Andrea Becker

ab 12.00 Uhr Registrierung in der Bodenseeklinik

13.00 – 14.00 Uhr ① Botulinumtoxin

15.00 – 16.00 Uhr ② Juvederm bzw. Hyaluronsäure

17.00 – 18.00 Uhr ③ Polymilchsäure und Kollagen

Kursgebühr: 80,00 € pro Kursteil, bei Buchung aller drei Kursteile: 210,00 €

Freitag, 19. Juni 2009

Der Kongress findet in der Inselhalle Lindau statt.

09.00 – 13.00 Uhr gemeinsames Mainpodium Ästhetische Chirurgen und Zahnärzte

REFERENTEN

Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang, Dr. Michael Sachs, Dr. Peter Gehrke, Karin Gräfin von Strachwitz-Helmstatt, Prof. Dr. Hans Vinzenz Behrbohm, Manuela Gutsche, Dr. Walter Devoto, Dr. Dr. Gina Gorni, Dr. Mark A. Wolter

THEMEN

- Schönheitschirurgie und Schönheitswahn – ein Widerspruch?
- Ästhetische Medizin und Kosmetische Zahnmedizin als Element des globalen Gesundheitsmarktes – Die Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit von Ästhetischer Chirurgie und Zahnmedizin
- Überblick – Zahnästhetik
- Die Optionen moderner Techniken – von Implantologie bis CAD/CAM-Keramik
- Kosmetisch/ästhetische Eingriffe und ihre juristischen Risiken
- Die Chirurgie der knöchernen Nasenpyramide
- Perfekte Ästhetik im Front- und Seitenzahnbereich mit Komposit als Alternative zu keramischen Versorgungen – Ein Überblick
- Ästhetische Mesotherapie
- Das innovative Fortbildungskonzept der IGÄM nach der ISO-Zertifizierung

HINWEIS: ab 14.00 Uhr gesondertes Programm für Ästhetische Chirurgen

14.00 – 17.45 Uhr Hauptpodium Ästhetische Chirurgen

REFERENTEN

Dr. Mark A. Wolter, Dr. Matthias Wagner, Dr. Thomas Wagner, Dr. Michael J. Weidmann, Dr. Jürgen Hermann Reus, Dr. Wolfram Kluge, Dr. Rudolf Inderst, Dr. Katharina Russe-Wilfingseder, Dr. Madelon Gellenbeck

THEMEN

- Alles zu EVOLUCE
- Brustrekonstruktion bei ausgewählten Brustfehlbildungen
- Der Hals als ästhetische Problemregion – Möglichkeiten der operativen Korrektur
- Kombinierte Therapien der Gesichtsrejuvenation mit einer neuen lang anhaltenden Hyaluronsäure und Mesotherapie
- Highlights in der modernen Lidstraffung
- Liquid-Lifting mit Poly-L-Milchsäure, Sculptra
- Verbesserte Heilungstendenz nach operativen Eingriffen dank Aktivierung der extrazellulären Matrix (ECM)
- LaserBodySculpting – Gezielte Körperformung und Hautstraffung mit dem Lipolyselaser Smartlipo MPX™
- Therapie der Alopecia diffusa und areata durch Akupunktur

Allgemeine Geschäftsbedingungen

- Die Kongressanmeldung erfolgt schriftlich auf den vorgedruckten Anmeldekarten oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Kongresszulassungen werden nach der Reihenfolge des Anmeldeeinganges vorgenommen.
- Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kongressanmeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kongressbestätigung und die Rechnung. Für OEMUS MEDIA AG tritt die Verbindlichkeit erst mit dem Eingang der Zahlung ein.
- Bei gleichzeitiger Teilnahme von mehr als 2 Personen aus einer Praxis an einem Kongress gewähren wir 10% Rabatt auf die Kongressgebühr, sofern keine Teampreise ausgewiesen sind.
- Die ausgewiesene Kongressgebühr und die Tagungspauschale sowie die Abendveranstaltung verstehen sich inklusive der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
- Der Gesamtrechnungsbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kongressbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf das angegebene Konto unter Angabe des Teilnehmers, der Seminar- und Rechnungsnummer zu überweisen.
- Bis 4 Wochen vor Kongressbeginn ist in besonders begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kongress möglich. In diesem Fall ist eine Verwaltungskostenpauschale von 50,- € zu entrichten. Diese entfällt, wenn die Absage mit einer Neuankündigung verbunden ist.
- Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kongressbeginn werden die halbe Kongressgebühr und Tagungspauschale zurückerstattet, bei einem späteren Rücktritt verfallen die Kongressgebühr und die Tagungspauschale. Der Kongressplatz ist selbstverständlich auf einen Ersatzteilnehmer übertragbar.
- Mit der Teilnahmebestätigung erhalten Sie den Anfahrtsplan zum jeweiligen Kongresshotel und, sofern erforderlich, gesonderte Teilnehmerinformationen.
- Bei Unter- oder Überbelegung des Kongresses oder bei kurzfristiger Absage eines Kongresses durch den Referenten oder der Änderung des Kongressortes werden Sie schnellstmöglich benachrichtigt. Bitte geben Sie deshalb Ihre Privattelefonnummer und die Nummer Ihres Faxgerätes an. Für die aus der Absage eines Kongresses entstehenden Kosten ist OEMUS MEDIA AG nicht haftbar. Der von Ihnen bereits bezahlte Rechnungsbetrag wird Ihnen umgehend zurückerstattet.
- Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisatoren ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet auch nicht für Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen eines Kongresses.
- Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG an.
- Gerichtsstand ist Leipzig.

Achtung! Sie erreichen uns unter der Telefonnummer +49-3 41/4 84 74-3 08 und während der Veranstaltung unter den Telefonnummern +49-1 72/8 88 91 17 oder +49-1 73/3 91 02 40.

Anmeldeformular per Fax an

+49-3 41/4 84 74-2 90

oder im Fensterumschlag an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29

04229 Leipzig

KN 5/09

Freitag, 19. Juni 2009

HINWEIS: ab 14.00 Uhr gesondertes Programm für Zahnärzte

14.00 – 17.30 Uhr Workshops Zahnärzte



① Dr. Walter Devoto

Schichttechnik nach Lorenzo Vanini im Front- und Seitenzahnbereich – direkte und indirekte Techniken (kombinierter Theorie/Praxis-Kurs) Kursprache Englisch



② Dr. Jens Voss

Smile Esthetics – Minimalinvasive Verfahren von Bleaching bis Non-Prep Veneers (kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs)

Samstag, 20. Juni 2009

09.00 – 13.00 Uhr gemeinsames Mainpodium Ästhetische Chirurgen und Zahnärzte

REFERENTEN

Dr. Joachim Wolfgang Hecker, Dr. Ulrike Then-Schlagau, Dr. Wolfram Kluge, Dr. Peter B. Neumann, Dr. Sigurd Clemens, Prof. Dr. Dr. Rainer B. Drommer, Dr. Stefan Lipp, Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Dr. Frank Neidel, Dr. Andreas Britz

THEMEN

- Ästhetische Chirurgie/Medizin – Eine ärztliche Aufgabenstellung!?
- Mang Medical One Panel. Ästhetische Konzepte bei der Mang Medical One: Facelift, Lidkorrekturen, Brustimplantate, Liposuktion, Anti-Aging
- Lippenstyling und Lippenkonturierung mit Hyaluron
- Rote Ästhetik, Bedeutung und Möglichkeiten der plastischen PA-Chirurgie
- Entnahmetechniken bei der Eigenhaartransplantation
- Faltenbehandlung – Füllmaterialien: Welches, Wann, Wo?

HINWEIS: ab 14.00 Uhr gesondertes Programm für Ästhetische Chirurgen

14.00 – 15.30 Uhr Workshops Ästhetische Chirurgen



① Dr. Michael J. Weidmann

Faltenkorrektur und Subdermale Volumenaugmentation mit einer neuen lang anhaltenden Hyaluronsäure-Varioderm



② Dr. Dr. Gina Gorni

Globales ästhetisches Anti-Aging Peeling – Mesotherapie – Filler



③ Dr. Stefan Lipp

Lippenstyling und Lippenkonturierung mit Hyaluron



④ Dr. Sabine Zenker

Erste Erfahrungen in der Behandlung feiner, mittlerer und tiefer Gesichtsfalten mit JOLIDERMIS 24®

HINWEIS: ab 14.00 Uhr gesondertes Programm für Zahnärzte

14.00 – 15.30 Uhr Hauptpodium Zahnärzte

REFERENTEN

Prof. Dr. Martin Jörgens, Dr. Jens Voss, Dr. Jürgen Wahlmann, Dr. Lea Höfel, Dr. Catharina Zantner

THEMEN

- Das Streben nach Schönheit als Gratwanderung zwischen physischen und psychischen Problemen
- Bleaching – Konventionelle Verfahren versus Laserbleaching
- Veneers – konventionell vs. No Prep
- Wie gefährlich sind orale Piercings und Zahnschmuck? Eine aktuelle Bewertung

Rahmenprogramm

Galeriebesuch in der ManGallery

Donnerstag, 18. Juni 2009 ab 19.00 Uhr, Schneeberggasse 5, Lindau Insel

Für Teilnehmer kostenfrei! Teilnehmerzahl ist begrenzt!

Eröffnung der Sommerausstellung „Emotion und Körper“

Sybille Mang präsentiert eine spannende Symbiose von Werken der jungen Düsseldorfer Meisterschülerin Catherine Shamugia und der international bekannten amerikanischen Künstlerin Marcella Lassen.

Die ManGallery ist zu Fuß von der Kongresshalle und den angebotenen Hotels zu erreichen.

Get-together/Bayerischer Abend in der Inselhalle Lindau

Freitag, 19. Juni 2009 ab 18.30 Uhr

Kostenfreie Teilnahme!

Empfang und Ansprachen durch die Oberbürgermeisterin Petra Meier to Bernd-Seidl und dem Präsident der IGÄM Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang

BBQ mit den Aeschacher Blasmusikanten und D.J. Skardaras

Organisatorisches

Kongressgebühren

Freitag, 19. Juni bis Samstag, 20. Juni 2009

Arzt/Zahnarzt (IGÄM, DGKZ-Mitglied) 195,00 € zzgl. MwSt.

Arzt/Zahnarzt (Nichtmitglied) 225,00 € zzgl. MwSt.

Assistenten (mit Nachweis – IGÄM, DGKZ-Mitglied) 95,00 € zzgl. MwSt.

Helferinnen (IGÄM, DGKZ-Mitglied) 95,00 € zzgl. MwSt.

Assistenten (mit Nachweis – Nichtmitglied) 110,00 € zzgl. MwSt.

Helferinnen (Nichtmitglied) 110,00 € zzgl. MwSt.

Studenten (mit Nachweis)

kostenfrei*

* Für Studenten ist nur die Tagungspauschale zu entrichten.

Tagungspauschale

80,00 € zzgl. MwSt.

Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer zu entrichten.

(umfasst Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Mittagessen)

Fortbildungspunkte – Zahnärzte

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.05 und der DGZMK vom 24.10.05, gültig ab 01.01.06. Bis zu 16 Fortbildungspunkte.

Fortbildungspunkte – Ärzte

Bis zu 16 Fortbildungspunkte für Freitag/Samstag.

Die Operationskurse in der Bodenseeklinik am Donnerstag werden mit unterschiedlichen Fortbildungspunkten bewertet.

Veranstaltungsort

Inselhalle Lindau, Zwanziger Straße 12, 88131 Lindau/Bodensee

Tel.: +49-83 82/26 06-0, Fax: +49-83 82/26 06-0

Veranstalter/Organisation

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig

Tel.: +49-3 41/4 84 74-3 08, Fax: +49-3 41/4 84 74-2 90

event@oemus-media.de, www.event-igaem.de

Wissenschaftliche Leitung

IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.

Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf

Tel.: +49-2 11/1 69 70 79, Fax: +49-2 11/1 69 70 66

sekretariat@igaem.de, www.igaem.de

In Zusammenarbeit mit

DGKZ – Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.

Weitere Informationen zu Preisen, Zimmerbuchung und Parallelveranstaltung finden Sie unter www.oemus.com

Für das Lindauer Symposium für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin vom 18. bis 20. Juni 2009 in Lindau melde ich folgende Personen verbindlich an:

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> ① Botulinumtoxin
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> ② Juvederm bzw. Hyaluronsäure
<input type="checkbox"/> ja	Workshop _____	Workshop _____	<input type="checkbox"/> ③ Polymilchsäure und Kollagen
<input type="checkbox"/> nein	IGÄM, DGKZ-Mitglied	Programm Zahnärzte	Programm Ästhetische Chirurgen
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit (Bitte Nr. eintragen bzw. Zutreffendes ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> ① Botulinumtoxin
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> ② Juvederm bzw. Hyaluronsäure
<input type="checkbox"/> ja	Workshop _____	Workshop _____	<input type="checkbox"/> ③ Polymilchsäure und Kollagen
<input type="checkbox"/> nein	IGÄM, DGKZ-Mitglied	Programm Zahnärzte	Programm Ästhetische Chirurgen
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit (Bitte Nr. eintragen bzw. Zutreffendes ankreuzen)			

Galeriebesuch in der ManGallery Bestellung: Karte(n)/Eintritt frei

Praxisstempel

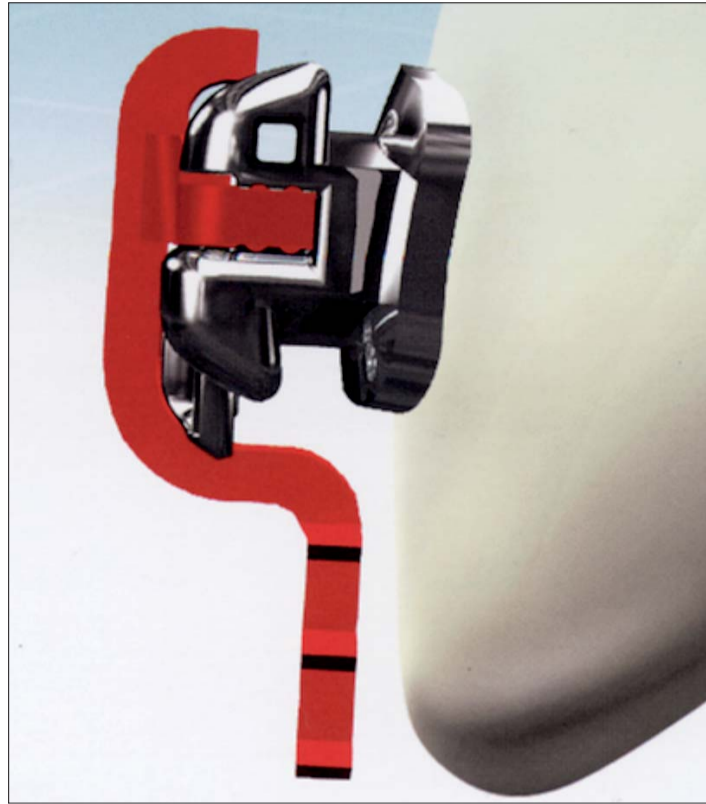
Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:



Damon™ Q-Bracket (Ormco) mit farbcodierter Positionierungshilfe (im Bild: rot = Super Torque).



AdvanSync™ Klasse II-Molar-to-Molar-Appliance (Ormco).



Fortsetzung von Seite 12

Hook für jedes Bracket erhältlich. Jedes Damon™ Q wird mit einer farbcodierten Positionierungshilfe (positioning gauge) geliefert. Hierbei steht grün für „Low Torque“, blau für „Standard Torque“ und rot für „Super Torque“. Ein Trend übrigens, der sich auch bei anderen Herstellern passiver Bracketsysteme verfolgen ließ.

Ein neues Keramikbracket-system mit Namen Neo-L u c e n t™ stellte Ortho Organizers vor. Auffällig hier: das mit 1,98 mm beeindruckend niedrige Profil (obere Frontzähne) sowie die ansprechende Ästhetik.

Zwar schon einige Monate auf dem Markt, jedoch deshalb nicht minder interessant, waren die transluzenten

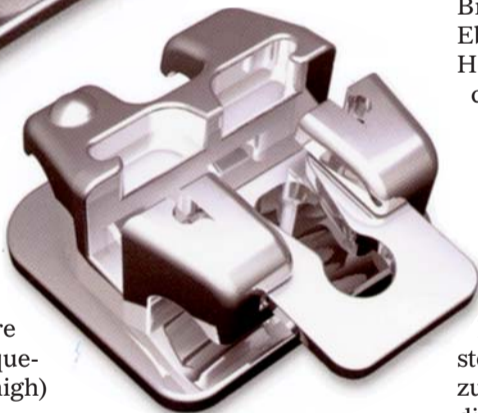
Mystique MB-Brackets sowie die selbstglie-renden Lingualbrackets In-Ovation® L^{MTM} von DENT-SPLY GAC. Während erstere vor allem aufgrund ihres Glas-Slots auf sich aufmerksam machen, be-



Passives SL-Bracketsystem Lotus™ (Ortho Technology).

So bieten neben Ormco, die hier sicherlich die Nase weit vorn hatten, mittlerweile auch andere Anbieter diese drei Torquevarianten (low, medium, high) an.

Seit Januar auf dem Markt und erstmals offiziell zum AAO präsentiert wurde das passive SL-Bracketsystem Lotus™ der Firma Ortho Technology. Dieses zeichnet sich vor allem durch das besondere Design seines Clips aus, welcher per Schiebemechanismus (mittels Spezialinstrument) geöffnet und geschlossen wird und darüber hinaus für den Einsatz von Ligaturen in der Endphase der Behandlung herausnehmbar ist.



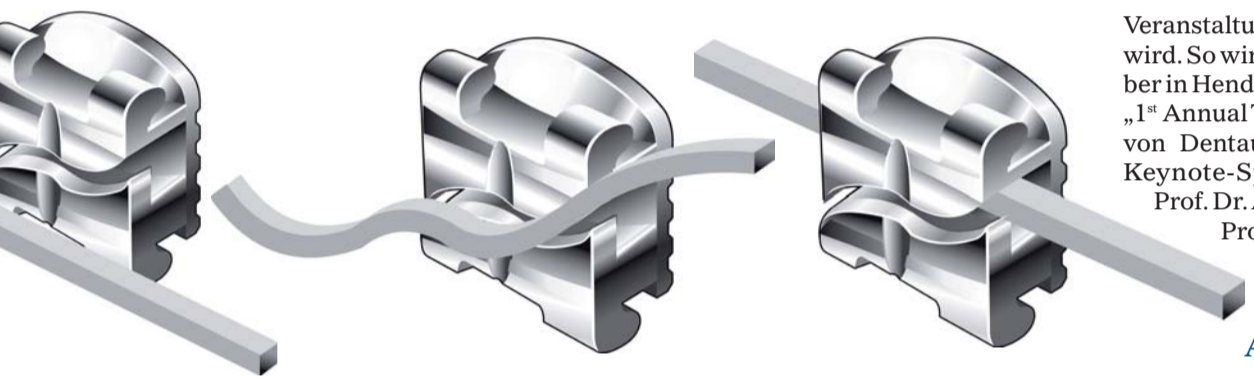
eindrucken letztere u. a. durch ihre besonders kleine Bracketbasis, die speziell entwickelt wurde, um kleine kosmetische Korrekturen schnell, kontrolliert und unsichtbar durchzuführen.

Am Stand von 3M Unitek konnte der Messebesucher die 3. Generation des SmartClip™ SL-Bracketsystems (SL3) kennenlernen, welche sich u. a. durch seinen modifizierten Clip sowie neue Molarenbrackets auszeichnet. Einen knickbaren Bogen namens Tubular Super-

cable™ stellte Speed vor. Dieser verseilte NiTi-Bogen ist innen hohl und verspricht laut Hersteller den Einsatz extrem geringer Kräfte. Eine weitere Bogen-Neuheit gleicher Firma wurde mit dem Hills Dual-Geometry™ Wire vorgestellt, welcher eine Kombination aus Vierkant- (anteriorer Bereich) und Rundbogen (posterior) darstellt.



In-Ovation® L^{MTM} (DENTSPLY GAC).



abc®-Bracket (RMO bzw. Vertrieb für Deutschland über dentalline).

Im Bereich der FKO stellte Ormco eine konzeptionell veränderte Herbst-Apparatur vor, deren Entwickler Dr. Terry Dischinger ist. Diese AdvanSync™ Klasse II-Molar-to-Molar Appliance (M2M) ermöglicht – wie einige andere Modelle – neben der skelettalen Behandlung das gleichzeitige Alignment zur Bisslagekorrektur.

Ebenfalls ein modifiziertes Herbst-Scharnier, nämlich den Easy-Fit® Jumper als Weiterentwicklung der bekannten Williams-Apparatur, stellte FORESTADENT vor. Das Besondere dieser neuen Variante ist, dass sie nun mittels spezieller Muttern mit Vierkantröhrchen (pivots) – anstelle der üblichen Muttern zum Anschweißen/Anlöten – direkt an der Multibandapparat befestigt wird. Hierbei wird die Matrize einfach auf den Vierkantbogen (von 5–7 im OK und 3–5 im UK) geschoben und verklemt.

Bei den Aligner-Schienen wurde das sogenannte Simpli5™-System (Ormco) vorgestellt, mit welchem leichte bis mittelschwere Fälle von Frontzahnengstand bzw. lückiger Front im OK und UK von 3–3 behandelt werden können. Insgesamt fünf Schienen können dabei max. 2,5 mm je Zahn an Bewegungen erreichen.

Gleich mit mehreren neuen Adhäsiven war opal Orthodontics/Ultradent am Start. Unter anderem wurde das opal®-Etch (ein 35%iges Phosphorsäure-Ätzgel), opal® PRIMO (Light Cure Bond Enhancer mit Drying Agent) oder opal® bond bzw. opal® bond MV (Light Cure Bonding Adhäsiv für Metall und Keramikapparaturen) vorgestellt.

Wie immer kann diese kleine Produktübersicht nur einen Ausschnitt der im Rahmen der Industriemesse gezeigten Neuheiten darstellen. Den-

noch soll an dieser Stelle noch auf eine Firma verwie-

sen sein, die Ende dieses Jahres eine neue internationale

Veranstaltungsreihe starten wird. So wird am 6./7. November in Henderson/Nevada das „1st Annual TAD User Forum“ von Dentaurum stattfinden. Keynote-Speaker werden Prof. Dr. Axel Bumann und Prof. Dr. Sebastian Baumgärtel sein.

Ausblick

Im nächsten Jahr findet der Jahreskongress der AAO in Washington DC statt, und zwar vom 30.4. bis 4.5.2010. **KN**

ANZEIGE

TOPJET

lingual molar distalizer

Distanzteleskop
Federteleskop

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 / selbst-schneidend) und perfekte Kopfformen für Ihre Techniken.

PROMEDIA

MEDIZINTECHNIK

Besuchen Sie uns im Internet:
www.topjet-distaliation.de

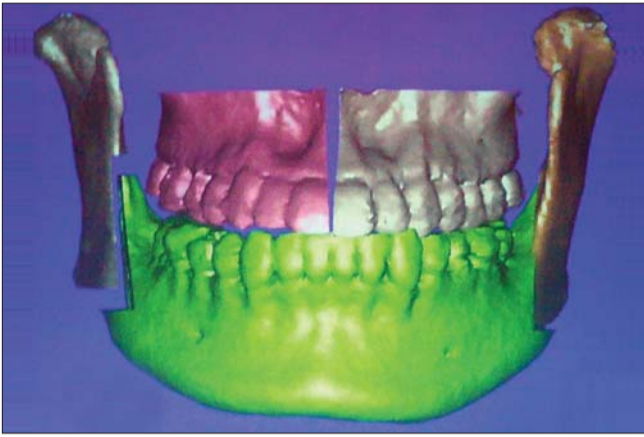
PROMEDIA MEDIZINTECHNIK A. Ahnfeldt GmbH • Marienhütte 15 • 57080 Siegen
Tel.: 0271 / 31 460-0 • Fax: 0271 / 31 460-80 • www.promedia-med.de • E-Mail: info@promedia-med.de

Kieferorthopädische Power am Schweizer Matterhorn

Zum 10. Mal lud Dr. Anke Lentrodt zum Internationalen KFO-Praxisforum nach Zermatt. Unter dem Motto „Top Ten on Top of Alps“ wurde Hightech-Kieferorthopädie des 21. Jahrhunderts präsentiert.



Beeindruckte mit seinem Klimaschutz-Projekt die zahlreichen Gäste – der 11-jährige Schüler Felix Finkbeiner.



Breit gefächert war das Themenspektrum, welches durch zehn internationale Referenten präsentiert wurde und ganz den Nerv des interessierten Publikums fand.



Die Early-morning-Workshops zum Thema „Mit Spaß und Erfolg zur Zertifizierung“ des Praxisteam Dr. Anke Lentrodt überzeugten viele Kollegen und deren ZFAs von den Vorteilen eines lebendigen Qualitätsmanagements.

Ob digitale Diagnostik, Lingualtechnik oder interdisziplinäre Behandlungsansätze – auch in diesem Jahr hatte das mittlerweile zum 10. Mal stattfindende Internationale KFO-Praxisforum

wieder hochinteressante Themen zu bieten. So war es Veranstalterin Dr. Anke Lentrodt erneut gelungen, Top-Referenten zu gewinnen, die vom 28.2. bis 7.3.2009 im Schweizerischen Zermatt

Hightech-Kieferorthopädie des 21. Jahrhunderts präsentierten. Unter dem Motto „Top Ten on Top of Alps“ stellten zehn Experten aus aller Welt modernste Behandlungsmethoden und

-materialien bzw. jüngste Studienergebnisse vor. Zum Thema DVT-Diagnostik sprach beispielsweise Prof. Dr. Axel Bumann. Modernen Distalisationsmechaniken mittels Non-Compliance-Appa-

paraturen widmeten sich Dr. Heinz Winsauer, Prof. Dr. Gero Kinzinger und Dr. Benedict Wilmes. Interdisziplinäre Fallplanungen unter parodontologischer und implantologischer Sicht standen bei Dr. Markus Schlee und Dr. Uta Richter im Mittelpunkt, während sich Prof. Dr. Nezar Watted kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Grenzfällen widmete. Dr. Aladin Sabbagh sprach zu modernsten KFO-Mechaniken, Dr. Esfandiari Modjahedpour (in Vertretung für Dr. Dirk Wiechmann) hingegen zum Thema Lingualtechnik. Ein interdisziplinäres Quartett aus Prof. Dr. Dr. Walter Hochban, Prof. Dr. Martin Konermann, Dr. Franz Richter und Dr. Susanne Schwarting rückte die Schlafmedizin in den Fokus.

BDK unterstützt übrigens diese Initiative, sodass Kieferorthopäden in ganz Deutschland Partner dieses positiven Schülerprojekts werden können.

Wie auch in den vergangenen Jahren war die fachlich anspruchsvolle Atmosphäre freundschaftlich geprägt. Und das bei zunehmend ansteigender Teilnehmerzahl und etwa 50% Repeatern – so mancher war bereits zum 10. Mal dabei! Angeregte Pausengespräche und die Industrieausstellung mit insgesamt zehn Ausstellern (adenta, DENTAURUM, FORESTADENT, GAC, MONDEAL, Ormco, PROMEDIA, Somno-Dent, SCHEU-DENTAL und TOP-Lingualtechnik) werden viele Kollegen auf neue Ideen gebracht haben, die es gilt, im Laufe des Jahres 2009 umzusetzen.

Nach intensiven Vorträgen wurde dann am Abend in kleinen Gruppen bei Schweizer Spezialitäten weiter gefachsimpelt. Der Get-together-Cocktail (cosponsert durch GAC) sowie der stilvolle Hüttenabend in den Bergen (cosponsert durch Ormco) ließen das Eis schnell schmelzen, sodass spontan neue Freundschaften entstanden. Viel frische Luft in den Pausen und beste Schneeverhältnisse sorgten bis spät in den Abend für eine gutgelaunte und konzentrierte Zuhörerschaft, die sich ihr 48-Punkte-Zertifikat für diese Woche redlich erarbeitete. Das Wetter zeigte alle Facetten einer alpinen Winterwoche, nach der viele Teilnehmer, berei-

Die Early-morning-Workshops zum Thema „Mit Spaß und Erfolg zur Zertifizierung“ des Praxisteam Dr. Anke Lentrodt überzeugten viele Kollegen und deren ZFAs von den Vorteilen eines lebendigen Qualitätsmanagements. Managementvorträge über Physiognomie und Körpersprache (Dr. Martina Obermeyer), erfolgreiche Selbstzahlergespräche (Dipl.-Oec. Hans-Dieter Klein) und Zukunftsmusik hinsichtlich neuer GOZ 2009 (Heike Herrmann) rundeten das Motto „Aus der Praxis – für die Praxis“ ab. Schließlich fand zum Ende der Veranstaltung eine Panel-Diskussion mit allen Referenten statt, um nach einer solchen hochkarätigen Vortragswoche die Essenz für die eigene Praxis zu evaluieren. Doch der Reihe nach:

Eines der Highlights des Begrüßungsabends war sicherlich der Beitrag des 11-jährigen Schülers Felix Finkbeiner aus Starnberg. Nach kurzer Einführung durch Dr. Anke Lentrodt hielt dieser nämlich den Festvortrag über Klimaschutz und Klimagerechtigkeit. Der junge Referent stellte darin sein Projekt plant-for-the-planet.org vor, welches sich zum Ziel gesetzt hat, von 2007 bis zum September dieses Jahres insgesamt eine Mio. Bäume zur Neutralisierung von CO₂-Abgasen zu pflanzen. Das Ganze findet in Form von Schülerprojekten statt, in dessen Rahmen er bislang für die Pflanzung von nahezu 500.000 Bäumen werben konnte. Hierbei kostet ein Baum lediglich 1 €, da dieser subventioniert wird. Unterstützt durch die Veranstalterin, die die Initiative „100.000 Bäume aus Hamburg“ mit ihren Patienten gründete, warb Felix so für die Beteiligung anderer Kollegen – auch in Form der Idee, jedem erfolgreich behandelten KFO-Patienten eine von ihm entworfene, individualisierbare Urkunde für einen in seinem Namen gepflanzten Baum zu schenken. (Urkunden können unter Tel.: 0 88 08/93 45 bzw. Fax: 0 88 08/93 46 oder E-Mail: info@plant-for-the-planet.org für € 1,20/Stück angefordert werden). Auch der



Viele nutzten die Pausen, um sich an den Ständen der Industrie über neueste Produkte zu informieren.



Auch in gemütlicher Runde wurde weiter gefachsimpelt. (Fotos: Lentrodt)

chert durch neues Wissen und viele praktische Tipps für den Praxisalltag, energiegeladen heimgekehrt sind. Auch im nächsten Jahr lädt Dr. Anke Lentrodt zur gewohnten Zeit (nämlich vom 27.2. bis 6.3.2010) nach Zermatt. Das entsprechende Programm, welches wieder ein interdisziplinäres Netzwerk-Themen-Potpourri „Aus der Praxis – Für die Praxis“ darstellt, ist ab August unter angegebener Website (Rubrik Kurse) erhältlich. **KN**

ANZEIGE



Multifunktions-Ultraschall Varios 750

Die Technologie von NSK, der Varios 750, gewährleistet eine stabile Leistungsabgabe durch automatische Anpassung an die optimale Vibrationsfrequenz in Abhängigkeit vom Belastungszustand, was Ihnen eine effektive Behandlung bei allen Anwendungen mit einer breiten Palette von Aufsätzen bietet.

Varios 750 Komplettset
bestehend aus

- Steuergerät
- Handstück
- Handstückkabel
- Fußschalter
- drei Scaler-Aufsätze
- zwei Kühlmittelbehälter
- Drehmomentschlüssel
- Aufsatzhalter

Sparen Sie bis zu € 218,00*

Varios 750 Komplettset
€ 1.475,00*
+
Paro-Set A oder B
oder Endo-Set E11 oder E12
GRATIS





Paro-Set A
bestehend aus: 1 x P1D, 1 x P2D, 1 x P3D, 1 x P10, 1 x Aufsatzhalter



Endo-Set E11 oder E12
bestehend aus
• 120°-Halter oder 95°-Halter
• fünf verschiedene U-Feilen 33 mm ISO 15, 20, 25, 30, 35



Paro-Set B
bestehend aus: 1 x P20, 1 x P25R, 1 x P25L, 1 x Aufsatzhalter

Varios 750 LUX Komplettset
€ 1.790,00*
+
Paro-Set A oder B
oder Endo-Set E11 oder E12
GRATIS

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

Powerful Partners®

* zzgl. gesetzl. MwSt. Angebot gültig bis 30.06.2009

chert durch neues Wissen und viele praktische Tipps für den Praxisalltag, energiegeladen heimgekehrt sind. Auch im nächsten Jahr lädt Dr. Anke Lentrodt zur gewohnten Zeit (nämlich vom 27.2. bis 6.3.2010) nach Zermatt. Das entsprechende Programm, welches wieder ein interdisziplinäres Netzwerk-Themen-Potpourri „Aus der Praxis – Für die Praxis“ darstellt, ist ab August unter angegebener Website (Rubrik Kurse) erhältlich. **KN**

KN Adresse

Dr. Anke Lentrodt
Eidelstedter Platz 1
22523 Hamburg
Tel.: 0 40/5 70 30 36
Fax: 0 40/5 70 68 34
E-Mail: info@dr.lentrodt.de
www.dr.lentrodt.de

(Fach-)Zahnärzte machen sich fit fürs Unternehmertum

Dr. Walter Schneider Team schließt ersten Durchlauf seiner vierteiligen Seminarreihe „Das unternehmerische Qualitätssystem“ mit großer Resonanz ab.

Mit dem Workshop „Die richtige Strategie bestimmt den Erfolg“ beendete die Dr. Walter Schneider Team GmbH im April den ersten

Durchlauf ihrer Seminarreihe. Zielsetzung der Veranstaltungen ist es, (Fach-)Zahnärzte mit den grundlegenden Methoden unter-

nehmerischen Handelns – eingebunden in ein gelebtes Qualitätsmanagement – vertraut zu machen. Als Referent für den mit zehn Teilnehmern ausgebuchten QS 4-Workshop konnte das Dr. Walter Schneider Team Dr. Alexander Artmann gewinnen. Der ausgewiesene Experte für strategische Fragestellungen berät seit Jahren Familienunternehmen. Den (Fach-)Zahnärzten vermittelte er anhand eines klar strukturierten Leitfadens, wie jeder Einzelne die für ihn richtige Strategie bestimmt, umsetzt und anhand geeigneter Kennzahlen überprüft. Die zentralen Fragestellungen lauten dabei: Was sind meine persönlichen Ziele? Wo liegen die Fähigkeiten und Kernkompetenzen der Praxis, wo hat sie Wettbewerbsvorteile?



Als Referent für den QS 4-Workshop „Die richtige Strategie bestimmt den Erfolg“ konnte das Dr. Walter Schneider Team Dr. Alexander Artmann gewinnen, der ausgewiesener Experte für strategische Fragestellungen ist.

teln? Dabei gab Dr. Artmann zahlreiche Tipps, u. a. wie sich durch überdurchschnittliche Dienstleistungen zusätzliche Wettbewerbsvorteile erzielen lassen. Die Basisworkshops QS 1 bis QS 4 werden bis Jahresende in Holzgerlingen, Düsseldorf, Frankfurt am Main und München wiederholt. Im Rahmen von sogenannten Top-Seminaren bietet das Dr. Walter Schneider Team Zahnmedizinern die Möglichkeit, die Inhalte der Workshops zu vertiefen. Die insgesamt acht Veranstaltungen sind übertitelt mit: „Das richtige Verhalten am Telefon“, „Erfolgreich führen“, „Keine Leistung wird mehr vergessen“, „Mit 10 Ele-

menten in der Praxis wirtschaftlich erfolgreich sein“, „Wirtschaften für Zahnärzte“, „Gelebtes Qualitätsmanagement“, „Verkaufsseminar für Zahnärzte“, „Das optimale Team in der Praxis“. Termine sowie Informationen zu Workshops und Top-Seminaren, Teilnahmegebühren und Anmeldeformulare können unter www.solutio.de „Dr. Walter Schneider Team“ abgerufen werden. ☒

KN Termine Basisworkshops

QS 1: Grundlagen exzellenter Praxisführung

Frankfurt am Main: 25.09.2009
Düsseldorf: 30.10.2009

QS 2: Wie Sie die Praxis wirtschaftlich erfolgreich führen

Düsseldorf: 13.11.2009
Frankfurt am Main: 27.11.2009

QS 3: Praxismarketing und Preisgestaltung

Holzgerlingen: 19.06.2009
Frankfurt am Main: 06.11.2009
Düsseldorf: 27.11.2009

QS 4: Die richtige Strategie bestimmt den Erfolg

München: 11.09.2009
Holzgerlingen: 25.09.2009
Frankfurt am Main: 23.10.2009
Düsseldorf: 04.12.2009

Welches sind unsere Zielkunden und welche Werte wollen wir diesen vermit-

telefon“, „Erfolgreich führen“, „Keine Leistung wird mehr vergessen“, „Mit 10 Ele-

KN Adresse

Dr. Walter Schneider Team GmbH/
solutio GmbH
Dr. Doris Gabel
Max-Eyth-Straße 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 0 70 31/46 18 78
Fax: 0 70 31/46 18 77
E-Mail: gabel@solutio.de
www.solutio.de

FEM-Workshop an Ulmer Uni

Zum mittlerweile 16. Mal wird interessierten Teilnehmern Mitte Juli 2009 die Möglichkeit zum internationalen Erfahrungsaustausch geboten.



(Foto: Erich Püschel, Ulm)

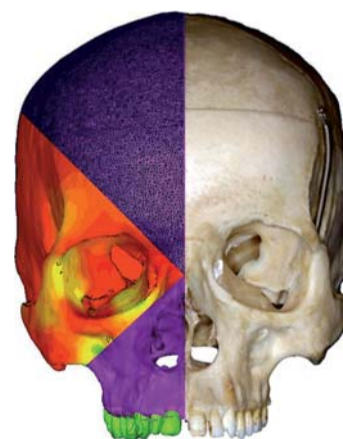
verhelfen diesem Workshop alljährlich zu einer fruchtbaren wie lohnenswerten Veranstaltung. Und das sowohl für die Vertreter der Industrie als auch für Hochschulangehörige und Studenten. Vor allem für junge Wissenschaftler wird sich Mitte Juli die perfekte

Die Abteilung Kieferorthopädie des Universitätsklinikums sowie das KIZ der Universität Ulm veranstalten auch in diesem Jahr wieder ihren FEM-Workshop. Diese inzwischen fest etablierte, international anerkannte Konferenz wird am 15./16. Juli 2009 unter dem Titel

Plattform bieten, innerhalb eines unkomplizierten wissenschaftlichen Kreises eigene Ergebnisse vorzustellen und zu diskutieren.

Teilnehmer vonseiten der Dentalindustrie haben die Möglichkeit, die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten der FEM in einem hochkomplexen Umfeld kennenzulernen. Ebenso bietet der Workshop die Gelegenheit der Kontaktaufnahme zwischen den Universitäten als Forschungseinrichtungen und der Industrie als Endanwender der verschiedenen Berechnungsverfahren. Hieraus ergaben sich in der Vergangenheit schon diverse Kooperationen zwischen Teilnehmern bzw. den Unternehmen und Instituten.

Nähere Informationen zu Inhalt, Tagungsprogramm, Veranstaltungsort oder Anreise können folgender Homepage entnommen werden: www.uni-ulm.de/uni/intgruppen/fem. Bei Rückfragen freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme unter angegebener Adresse. ☒



Auch der diesjährige Workshop am 15./16. Juli bietet Gelegenheit, sich einen umfassenden Überblick hinsichtlich aktueller Forschung und Anwendung der Finite-Elemente-Methode zu verschaffen.
(Abbildung: Andrew Boryor, Universitätsklinikum Ulm)

„The Finite Element Method in Biomedical Engineering, Biomechanics and Related Fields“ erneut die ideale Gelegenheit bieten, sich einen umfassenden Überblick hinsichtlich des aktuellen Standes von Forschung und Anwendung der FEM im Bereich der Biomechanik zu verschaffen.

Das breite Themenspektrum, die angenehme lockere Atmosphäre sowie die Nähe zwischen Dentalindustrie und Forschungseinrichtungen

KN Adresse

Universitätsklinikum Ulm
ZMK 4 (Prof. F.-G. Sander)
Martin Geiger, Andrew Boryor,
Ansgar Hohmann
Albert-Einstein-Allee 11
89081 Ulm
Tel.: 07 31/50 06 44 14
Fax: 07 31/50 06 44 15
E-Mail: martin.geiger@uni-ulm.de

ANZEIGE

MYSTIQUE[®]

Ästhetik ohne Kompromisse...

Neue mechanische Klebebasis
für sicheren Halt und Retention

Patentierter Slot aus Glas
optimales Gleiten und reduzierte Friktion

Torque in der Basis
für mehr Kontrolle und ideale Resultate

Ästhetik pur
für perfekte Transluzenz ohne störendes Glänzen

GAC Deutschland
Am Kirchenhölzl 15 - D-82166 Gräfelfing
Tel: 0 89 - 85 39 51 - Fax: 0 89 - 85 26 43
e-mail: info@gac-deutschland.de

KN PRAXISMANAGEMENT

Kommen Sie Ihren Stärken, Schwächen, Chancen & Risiken auf die Spur

Sagt Ihnen der Begriff **SWOT** etwas bzw. haben Sie schon einmal eine SWOT-Analyse gemacht? Oft werden Kieferorthopäden vor Gründung einer Praxis zum ersten Mal damit konfrontiert, wenn es um den benötigten Bankkredit geht. Jedoch stellt dies nur eine von vielen Einsatzmöglichkeiten dieses Analyseinstruments dar.

Einsatzbereiche der SWOT-Analyse

Hinter dem Wort „SWOT“ verbergen sich die Anfangsbuchstaben folgender englischer Begriffe:

- } Strengths (Stärken),
- } Weaknesses (Schwächen),
- } Opportunities (Chancen) und
- } Threats (Risiken).

Neben dem Nachweis der Kreditwürdigkeit kann der Kieferorthopäde SWOT einsetzen, um für sich selbst Klarheit darüber zu gewinnen, welche wirtschaftlichen Möglichkeiten und Gefahren die Existenzgründung, Übernahme oder Neuausrichtung einer Praxis mit sich bringt. In einer einfachen tabellarischen Übersicht (Tabelle 1) nimmt er eine erste Einschätzung vor. Des Weiteren lässt sich mit SWOT feststellen, welche Strategie ihn dabei unterstützt, seine KFO-Praxis vom Wettbewerb stärker zu differenzieren oder ein bestimmtes Image aufzubauen. Das heißt: Immer dann, wenn eine Ist- oder Situationsana-

lyse benötigt wird, schlägt die Stunde von SWOT. Dies kann sich durchaus auch auf Personalfragen beziehen: Wenn bei einer Neueinstellung Gespräche mit mehreren Kandidatinnen geführt werden, notiert der Kieferorthopäde tabellarisch die Stärken und Schwächen der Bewerberinnen – und die Chancen und Risiken, die sich bei einer Einstellung ergeben würden.

Stärken und Schwächen als relative Größen

Nehmen wir an, es soll eine allgemeine Analyse durchgeführt werden. Jeder Kieferorthopäde ist darauf angewiesen, regelmäßig eine zusammenhängende Bewertung der gegenwärtigen Stärken und Schwächen (Analyse der internen Faktoren) sowie Chancen und Risiken (Analyse der externen Faktoren) durchzuführen. Nur so lassen sich tragfähige strategische Entscheidungen für die Zukunft treffen, die auf einer gesicherten Informationsgrundlage basieren.

Zunächst einmal muss der Kieferorthopäde diese Faktoren benennen – und sie werden sich von Praxis zu Praxis erheblich unterscheiden. Aber Achtung: Gerade die Stärken und Schwächen sind relative Größen und müssen in Bezug zur Konkurrenz gesetzt werden:

- } Eine sehr gute Standortlage oder Parkplatzsituation wird erst zu einer Stärke, wenn KFO-Praxen, mit denen der Kieferorthopäde im Wettbewerb steht, über keine Parkplätze oder eine deutlich schlechtere Lage verfügen.
- } Die Tatsache, dass der Kollege von nebenan mit Methoden zur Angstprophylaxe arbeitet, entwickelt sich zu einem Wettbewerbsnachteil und einer Schwäche, wenn der Kieferorthopäde selbst solche Techniken nicht einsetzt und Patienten zum „angstbefreienden“ Konkurrenten wechselt.

Die Relativität der Stärken und Schwächen zeigt, dass das einfache Instrument „SWOT“ nicht immer so einfach zu

	Stärken	Schwächen	Chancen	Risiken
Konkurrenz				
Zielgruppe				
Kapitalbedarf				
Räumlichkeiten				
Standort				
Erreichbarkeit				
Persönlichkeit des Gründers				
Mitarbeiterinnen				
wirtschaftliche Rahmenbedingungen				
...				

Tabelle 1: Mittels SWOT-Analyse Gründungsidee oder Umstrukturierung prüfen.

handhaben ist. Zudem müssen die Ergebnisse oft einer detaillierten Interpretation unterzogen werden. Zunächst jedoch geht es darum, wie solch eine Analyse erstellt wird.

SWOT-Analyse erstellen:

Stärken und Schwächen

Der Kieferorthopäde listet alle internen Faktoren auf und bewertet sie im Vergleich mit dem Wettbewerb mit Schulnoten. Einfacher Bewertungsmaßstab: Faktoren mit den Noten 1 bis 3 gelten als Stärken, die anderen als Schwächen. Zu den Bereichen, in denen Kernfähigkeiten und Kernschwächen beurteilt werden, gehören etwa:

- } Kompetenzen von Kieferorthopäde und Personal
- } Praxismarketing
- } Finanzsituation
- } Standort und Praxisräumlichkeiten sowie
- } (Geräte)Ausstattung.

Wer über eine Fähigkeit verfügt, die die Konkurrenz nicht aufzuweisen hat, genießt einen Vorteil. Wer z. B. die Behandlung mittels Minischrauben beherrscht, weist eine Spezialisierung auf, die einen erheblichen Wettbewerbsvorsprung garantiert. Denn – auch wenn diese Technik längst zu einem Standard in der KFO-Therapie geworden ist – wenden längst nicht alle Kieferorthopäden jene Technik an. Weitere Beispiele für eine Spezialisierung, die zu einem Wettbewerbsvorsprung führt, sind:

- } Wer seine Mitarbeiterinnen zu Patientenberaterinnen qualifiziert hat, verfügt über eine Stärke, die vom Wettbewerb nicht so schnell kopiert werden kann und die der Patient durch die spürbar hohe Qualität der Beratungsgespräche konkret wahrnimmt.
- } Wer ein aktives Beziehungsmanagement betreibt und durch professionelle Gesprächsführung vertrauensvolle Patientenbeziehungen aufbaut, darf sich über eine Stärke freuen.

- } Bekommt eine Praxis ihre im Vergleich zur Konkurrenzpraxis extrem hohen Wartezeiten nicht in den Griff, muss der Kieferorthopäde dies bei der SWOT-Analyse als Schwäche verbuchen.

Chancen und Risiken analysieren

Dieselbe Vorgehensweise wendet der Kieferorthopäde bei den Chancen und Risiken an. Klassisches Feld ist die technologische Entwicklung, die Einfluss darauf hat, welche Geräte in Zukunft angeschafft werden müssen. Allerdings lassen sich auch hier keine pauschalen Aussagen treffen: Wer zahlreiche teure Geräte einkauft, geht ein finanzielles Risiko ein. Andererseits können gerade diese Anschaffungen Chancen eröffnen und die Aufmerksamkeit von Patienten erregen, die spezielle KFO-Behandlungsmethoden wünschen, die nur mit modernsten technischen Gerätschaften möglich sind. Brisant ist die Bewertung der wirtschaftlichen oder gar berufspolitischen Entwicklungen – wer wagt es heutzutage schon, die Folgen möglicher Gesundheitsreformen oder gar gesamtwirtschaftlicher Veränderungen zumindest langfristig zu prognosti-

zung für die KFO-Praxis? Gibt es genügend Patienten, die sich für Selbstzahlerleistungen interessieren? Das Verhalten der Patienten, verstärkt außervertraglichen Leistungen zuzustimmen, kann eine Chance für einen Kieferorthopäden bedeuten, der sich dann ein entsprechendes Beratungs-Know-how aneignet. Hinzu kommen sollte eine Konkurrenzanalyse. Die Gründung einer großen kieferorthopädischen Gemeinschaftspraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums in unmittelbarer räumlicher Nähe der eigenen Praxis hat möglicherweise positive Auswirkungen – kann jedoch zugleich ein Risiko darstellen.

Fremdbeurteilungen einholen und Analyseergebnisse interpretieren

Bei der externen Chancen- und Risiko-Analyse ist es hilfreich, sich nicht nur auf die eigene Bewertung zu verlassen. Allzu oft steckt der Kieferorthopäde in der „Black Box“ der täglichen Praxisarbeit fest, um einen unbefangenen Blick auf die Abläufe werfen zu können. Ansprechpartner sind Kollegen und der Patient: Der Kieferorthopäde kann regelmäßig Patientenbefragungen durchführen und sich Feedback bei den Mitarbeiterinnen holen. Oftmals sehen diese die Dinge durch die „Angestellten-Brille“ anders als der Kieferorthopäde. So ergibt sich ein objektiveres Bild.

Auch bei den Punkten Strengths und Weaknesses lohnt es sich, Fremdbewer-



zieren! Trotzdem sollte der Kieferorthopäde gerade potenzielle Entwicklungen in die SWOT-Analyse einfließen lassen – so etwa die Neuregelung der zahnärztlichen Honorarsätze.

Patientenverhalten und Konkurrenzentwicklung analysieren

Zur externen Analyse gehören Bewertungen des Patientenverhaltens: Hat die These, dass immer mehr Menschen den Arztbesuch – zuweilen auch aus wirtschaftlich-finanziellen Gründen – zumindest hinausschieben, eine Bedeu-

ANZEIGE

MONDEAL

MEDICAL SYSTEMS GMBH

BENEFIT, BenePlate, BeneSlider

Innovation trifft Perfektion

Mini-Implantat-Verankerung in Vollendung:
einfach – sicher – variabel

Entwickelt in Zusammenarbeit mit: OA Dr. Benedikt Wilmes,
Kieferorthopädie UKD Düsseldorf

TERMINE

Aktuelles Kursprogramm

unter:
www.mondeal.de
www.dentalline.de

Weitere Infos unter:
benefit@mondeal.de

ANWENDUNGSBEISPIEL

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

dentalline GmbH & Co. KG · Karlsruhestraße 91 · 75179 Pforzheim
Telefon (07231) 9781-0 · Telefax (07231) 9781-15 · info@dentalline.de

Fortsetzung auf Seite 20 **KN**

inklusive
Veneer Set*

Perfect Smile –

Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik

mit Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht

Sponsoren:



Veneers von konventionell bis No Prep – Step-by-Step. Ein praktischer Demonstrations- und Arbeitskurs an Modellen

Weiß und idealtypisch wünschen sich mehr und mehr Patienten ihre Zähne. Vorbei die Zeit, in der es State of the Art war, künstliche Zähne so „natürlich“ wie nur irgend möglich zu gestalten. Das, was Mitte der Neunzigerjahre noch als typisch amerikanisch galt, hat inzwischen auch in unseren Breiten Einzug gehalten – der Wunsch nach den strahlend weißen und idealtypisch geformten Zähnen. Neben den Patienten, die sich die Optik ihrer Zähne im Zuge ohnehin notwendiger restaurativer, prothetischer und/oder implantologischer Behandlungen verbessern lassen, kommen immer mehr auch jene, die sich wünschen, dass ihre „gesunden“ Zähne durch kieferorthopädische Maßnahmen, Bleaching, Veneers oder ästhetische Front- und Seitenzahnrestaurationen noch

perfekter aussehen. Und im Gegensatz zu früher will man auch, dass das in die Zähne investierte Geld im Ergebnis vom sozialen Umfeld wahrgenommen wird. Medial tagtäglich protegiert, sind schöne Zähne heute längst zum Statussymbol geworden. Um den Selbstzahler, der eine vor allem kosmetisch motivierte Behandlung wünscht, zufriedenstellen zu können, bedarf es minimalinvasiver Verfahren und absoluter High-End-Zahnmedizin. Der nachstehend kombinierte Theorie- und Arbeitskurs vermittelt Ihnen alle wesentlichen Kenntnisse in der Veneertechnik und wird Sie in die Lage versetzen, den Wünschen Ihrer Patienten nach einem strahlenden Lächeln noch besser entsprechen zu können.

Kursbeschreibung

1. Teil:

Demonstration aller Schritte von A bis Z am Beispiel eines Patientenfalles (Fotos)

- A Erstberatung, Modelle, Fotos (AACD Views)
- B Perfect Smile Prinzipien
- C Fallplanung (KFO-Vorbehandlung, No Prep oder konventionell)
- D Wax-up, Präparationswall, Mock-up-Schablone
- E Präparationsablauf (Arch Bow, Deep Cut, Mock-up, Präparationsformen)
- F Evaluierung der Präparation
- G Abdrucknahme
- H Provisorium
- I Einprobe
- J Zementieren
- K Endergebnisse
- L No Prep Veneers (Lumineers) als minimalinvasive Alternative

2. Teil:

Praktischer Workshop, jeder Teilnehmer vollzieht am Modell den in Teil 1 vorgestellten Patientenfall nach

- A Herstellung der Silikonwäule für Präparation und Mock-up/Provisorium
- B Präparation von 10 Veneers (15 bis 25) am Modell
- C Evaluierung der Präparation
- D Erstellung des Provisoriums

Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Die Kongressanmeldung erfolgt schriftlich auf den vorgedruckten Anmeldekarten oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Kongresszulassungen werden nach der Reihenfolge des Anmeldeeinganges vorgenommen.
2. Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kongressanmeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kongressbestätigung und die Rechnung. Für OEMUS MEDIA AG tritt die Verbindlichkeit erst mit dem Eingang der Zahlung ein.
3. Bei gleichzeitiger Teilnahme von mehr als 2 Personen aus einer Praxis an einem Kongress gewähren wir 10 % Rabatt auf die Kongressgebühr, sofern keine Teampreise ausgewiesen sind.
4. Die ausgewiesene Kongressgebühr und die Tagungspauschale verstehen sich zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
5. Der Gesamtbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kongressbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf das angegebene Konto unter Angabe des Teilnehmers, der Seminar- und Rechnungsnummer zu überweisen.
6. Bis 4 Wochen vor Kongressbeginn ist in besonders begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kongress möglich. In diesem Fall ist eine Verwaltungskostenpauschale von 25,- € zu entrichten. Diese entfällt, wenn die Absage mit einer Neuanmeldung verbunden ist.
7. Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kongressbeginn werden die halbe Kongressgebühr und Tagungspauschale zurückerstattet, bei einem späteren Rücktritt verfallen die Kongressgebühr und die Tagungspauschale. Der Kongressplatz ist selbstverständlich auf einen Ersatzteilnehmer übertragbar.
8. Mit der Teilnahmebestätigung erhalten Sie den Anfahrtsplan zum jeweiligen Kongresshotel und, sofern erforderlich, gesonderte Teilnehmerinformationen.
9. Bei Unter- oder Überbelegung des Kongresses oder bei kurzfristiger Absage eines Kongresses durch den Referenten oder der Änderung des Kongressortes werden Sie schnellstmöglich benachrichtigt. Bitte geben Sie deshalb Ihre Privattelefonnummer und die Nummer Ihres Faxgerätes an. Für die aus der Absage eines Kongresses entstehenden Kosten ist OEMUS MEDIA AG nicht haftbar. Der von Ihnen bereits bezahlte Rechnungsbetrag wird Ihnen umgehend zurückerstattet.
10. Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisatoren ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet auch nicht für Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen eines Kongresses.
11. Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG an.
12. Gerichtsstand ist Leipzig.

Achtung! Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 03 41/4 84 74-3 08 und während der Veranstaltung unter den Telefonnummern 01 72/8 88 91 17 oder 01 73/3 91 02 40.

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-2 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

KN 5/09



Vita

Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht ist seit Dezember 2007 Präsident der 2003 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ). Er machte sein Examen 1987 in Göttingen und ist seit 1989 niedergelassen in eigener Praxis in Edewecht. 2004 erwarb er den

„Master in Aesthetics“ am Rosenthal Institute der New York University. 2005 gewann er die Goldmedaille in der AACD Smile Gallery in der Kategorie „indirekte Restaurationen“ und ist seit 2006 Mitglied im International Relationship Committee der AACD.

Neben seiner Referententätigkeit ist er auch Autor zahlreicher Fachbeiträge in der Zeitschrift „cosmetic dentistry“ sowie anderen Publikationen. Dr. Wahlmann ist seit 2004 Mitglied der DGKZ und seit 2006 auch Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft.

Unter der Führung von Dr. Wahlmann wird der außerordentlich erfolgreiche Kurs der DGKZ auf dem Gebiet fachwissenschaftlich fundierter ästhetisch/kosmetischer Zahnmedizin fortgeführt.

Ein besonderer Schwerpunkt seiner Arbeit liegt in der weiteren Internationalisierung der Aktivitäten der DGKZ. Dr. Wahlmann gilt als anerkannter Spezialist für die ästhetisch orientierte Veneertechnik.

Organisatorisches

Kursgebühr: 445,- € zzgl. MwSt.

(In der Gebühr sind Materialien und Modelle sowie ein „Frank Dental Veneer Set 1 – Dr. Wahlmann“ im Wert von 69,99 € zzgl. MwSt. enthalten! Inhalt: verschiedene Diamantbohrer in unterschiedlichen Körnungen, Diamantpolierer, Diamantscheibe, Hartmetallfinierer und ein Träger-Mandrell)

Mitglieder der DGKZ erhalten 45,- € Rabatt auf die Kursgebühr.

Tagungspauschale: 45,- € zzgl. MwSt.
(Verpflegung und Tagungsgetränke)

Veranstalter



OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

Für den Kurs **Perfect Smile – Das Konzept für die perfekte Frontzahnästhetik 2009/2010**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 19. Juni 2009 Lindau | <input type="checkbox"/> 10. Oktober 2009 München | <input type="checkbox"/> 14. November 2009 Berlin |
| <input type="checkbox"/> 05. September 2009 Leipzig | <input type="checkbox"/> 24. Oktober 2009 Wiesbaden | <input type="checkbox"/> 26. Februar 2010 Unna |
| <input type="checkbox"/> 18. September 2009 Konstanz | <input type="checkbox"/> 07. November 2009 Köln | <input type="checkbox"/> 13. März 2010 Düsseldorf |

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

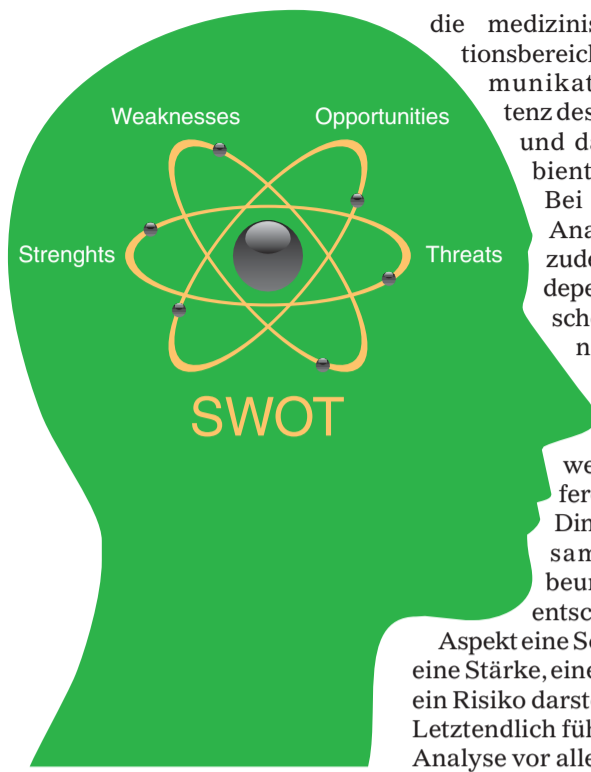
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Vorname	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGKZ-Mitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Vorname	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGKZ-Mitglied
--	---	--	---

Laborstempel

E-Mail:

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.
Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kasten ein.

Datum/Unterschrift



die medizinischen Funktionsbereiche, die Kommunikationskompetenz des Praxisteam und das Praxisambiente zu werfen. Bei der SWOT-Analyse sollten zudem die Interdependenzen zwischen den einzelnen Faktoren Berücksichtigung finden. Erst wenn der Kieferorthopäde die Dinge in ihren Zusammenhängen beurteilt, kann er entscheiden, ob ein Aspekt eine Schwäche oder eine Stärke, eine Chance oder ein Risiko darstellt. Letztendlich führt die SWOT-Analyse vor allem zu Zahlen, Daten und Fakten, die der Interpretation bedürfen. SWOT liefert die Grundlage, um Entscheidungen bei der Praxisgründung, Personaleinstellungen und der Strategiefindung zu treffen.

KN Fortsetzung von Seite 18

tungen einzuholen, um einen möglichst sachlichen Blick auf die Praxisabläufe, Organisation der Terminvergabe,

SWOT-Analyse		Interne Analyse	
		Stärken	Schwächen
Externe Analyse	Chancen	Stärken-Chancen-Strategien • Stärken so nutzen, dass sie zu Chancen passen • Stärken so einsetzen, dass sich Chancenverwirklichung erhöht • Stärken ausbauen und Chancen nutzen	Schwächen-Chancen-Strategien • Schwächen bewältigen durch Nutzung der Chancen • Schwächen ausmerzen, um Chancen nutzen zu können
	Risiken	Stärken-Risiken-Strategien • Stärken einsetzen, um Risiken abzuwenden • prüfen, welche Gefahren sich mit welchen Stärken bekämpfen lassen	Schwächen-Risiken-Strategie • Schwächen minimieren und so Risiken verhindern • vor Schaden schützen

Table 2: Strategische Entscheidungsoptionen.

Weitere Möglichkeiten der Praxisanalyse

Oft stößt der Kieferorthopäde bei der Erstellung der SWOT-Analyse angesichts der Komplexität an Grenzen. Denn zu SWOT gehören auch Faktoren wie die Beziehungsqualität zwischen den Mitarbeiterinnen. Oder die Beziehungsqualität zwischen Chef (Kieferorthopäde) und Praxisteam. Ein harmonisches Team stellt eine nicht zu unterschätzende Stärke dar und bietet große Chancen,

um sich einen renommierten Ruf beim Patienten zu erarbeiten. Die fehlende Selbstmotivation von Kieferorthopäde oder Team hingegen ist natürlich von Nachteil. Das Problem: All diese Faktoren sind von den Betroffenen selbst nur schwer zu bewerten. Da ist es zuweilen ratsam, externe Experten hinzuzuziehen, die eine fundierte Praxispotenzialanalyse (PPA) durchführen. Der Kieferorthopäde sollte die verschiedenen Maßnah-

men aufeinander abstimmen: Die SWOT-Analyse stellt eine erste praxisinterne Einschätzung dar, die durch Fremdbewertungen oder eine Praxispotenzialanalyse begleitet wird. Eine PPA durch externe Experten hilft, Schwächen aufzudecken, Optimierungsmöglichkeiten auf die Spur zu kommen, Qualifizierungsmaßnahmen vorzunehmen und durch ein professionelles Praxismanagement die Leistungsfähigkeit und somit auch die Wirtschaftlichkeit der KFO-Praxis zu steigern. Diese Analyse umfasst folgende Schritte:

- } detaillierte Analyse der Ist-Situation: Praxispotenzialanalyse (PPA)
- } Entwicklung eines individuellen Konzeptes (Berücksichtigung etwa der Selbstzahlerleistungen der Praxis, Überprüfung und Verbesserung der Prozessabläufe und des Zeitmanagements, Weiterbildung des Praxisteam und des Arztes)
- } Umsetzung des Konzeptes, Unterstützung des Veränderungsprozesses
- } Controllingphase (Überprüfung des Transfers der einzelnen Konzeptschritte in die Praxis)
- } Nachhaltigkeit des Transfers sichern.

Praxisentwicklungsstrategien ableiten

Mit SWOT erhält ein Kieferorthopäde Hinweise auf Felder, in denen Handlungsbedarf besteht: Grundsätzlich sollten Stärken weiter ausgebaut und nach außen kommuniziert werden. Schwächen und – soweit beeinflussbar – Risiken sollten hingegen gemindert werden. Chancen kann er detailliert prüfen. Die Analyse erlaubt zugleich differenziertere Aussagen: Aus der Beurteilung der internen Stärken und Schwächen sowie der externen Chancen und Risiken wird eine konkrete Entscheidungsmatrix (Tabelle 2) mit strategischen Entscheidungsoptionen abgeleitet. Dabei ist die Stärken-Chancen-Strategie zumeist am erfolgversprechendsten. **KN**

KN Literatur

- Letter, Karin; Letter, Michael: Die Praxis-Manager. Ein Businessroman über professionelles Praxismanagement in turbulenten Zeiten. Thieme Verlag 2006
- Letter, Michael; Streit, Volker (Hrsg.): Marketing für Arztpraxen. Springer Verlag 2005
- Denk-Groß-Team (Hrsg.): Dem Horst sein Logbuch. Runter vom Eis – Vollampf für den Unternehmenserfolg. BR Verlag 2008

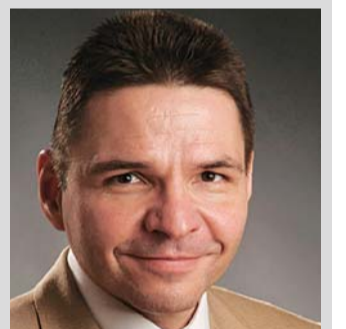
KN Kurzvita



Karin Letter

Medical Managerin Karin Letter wurde 1971 in Düsseldorf geboren. Die examinierte Arzthelferin besucht regelmäßig medizinische und kaufmännische Weiterbildungen, um die Mitarbeiter und Führungskräfte in Praxen und Kliniken auf dem Weg zu einem modernen Management zu begleiten. Die Themen Personalführung, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement sowie Privat- und Sonderleistungen zählen zu ihren Schwerpunktbereichen. Die Medical Managerin absolviert ihre Tätigkeit am „Point of Sales“: Sie schult die Assistentinnen in der Praxis und begleitet das Team und die Kieferorthopäden oder Ärzte bei der Umsetzung.

KN Kurzvita



Michael Letter

5medical management-Inhaber Michael Letter ist Medical Consultant, Berater und Coach. Zu seinen Kernkompetenzen gehören Führungsthemen und das Qualitätsmanagement (Qualitätsmanagement-Auditor mit Ausbildung beim TÜV Süd 2005).

KN Kurzvita



Hans-Gerd Mazur

Diplom-Ökonom Hans-Gerd Mazur ist Geschäftsführer und Cheftrainer der Eusera GmbH. Er ist Experte für Marketing und Vertrieb im Gesundheitswesen und berät seine Klienten zu den Themen professionelles Beziehungsmanagement, Kundenbindung und Kundengewinnung. Durch seine zahlreichen Seminare, Vorträge und Veröffentlichungen gilt er heute als der kompetente Ansprechpartner für messbare Erfolge in diesen Bereichen.

ANZEIGE

Smile Esthetics

Minimalinvasive Verfahren der orofazialen Ästhetik – von Bleaching bis Non-Prep-Veneers mit Dr. Jens Voss



Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

Immer mehr Patienten wünschen sich weiße und idealtypische Zähne. Die Lösung: Veneers! Doch technisch anspruchsvolle Präparation und das komplizierte Einsetzen von 6 oder mehr Veneers in einer zeitaufwendigen Sitzung begründeten bisher viele Vorbehalte bezüglich der Anwendung von Veneers. Auf der anderen Seite konnten viele Patienten bisher nicht für Veneerlösungen gewonnen werden, da diese neben hohen Kosten vor der irreparablen Entfernung von gesunder Zahnschicht zurückschrecken.

Neuartige Non-Prep-Veneerssysteme lösen diese beiden Hauptprobleme sowohl auf Behandler- als auch auf Patientenseite. Zudem bieten diese Systeme nicht nur Patienten eine bezahlbare Lösung, sondern steigern ebenfalls signifikant die Praxisrendite der Behandler. Insbesondere durch die einzigartige, zum Patent

angemeldete Tray-Technologie, können 6–10 Veneers einfach, sicher und zeitsparend in nur einer Stunde eingesetzt werden. Zudem macht das schmerzlose und minimalinvasive Non-Prep-Veneerverfahren in der Regel die Entfernung von gesunder Zahnschicht überflüssig. Entdecken Sie die Grundlagen der modernen minimalinvasiven Verfahren der orofazialen Ästhetik. Die Integration dieser Verfahren in Ihre Praxis ermöglicht Ihnen die Gewinnung von Selbstzahlerpatienten, welche an ästhetischen Lösungen im Bereich der High-End-Zahnmedizin ohne Schädigung der Zahnhartsubstanz interessiert sind. Unser kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs vermittelt Ihnen die wesentlichen Kenntnisse der minimalinvasiven orofazialen Ästhetik und versetzt Sie in die Lage, den Wünschen Ihrer Patienten nach einer schnellen, schmerzlosen und sicheren Behandlung sowie einem strahlenden Lächeln noch besser entsprechen zu können.

Kursbeschreibung

1. Teil: Grundlagen minimalinvasiver Verfahren der orofazialen Ästhetik

- Smile Design Prinzipien/Grundlagen der Zahn- und Gesichtsästhetik
- Bleaching – konventionell vs. Plasma Light
- Veneers – konventionell vs. Non-Prep
- Grundlagen und Möglichkeiten der Tray-Dentistry
- Fallselktion anhand von einer Vielzahl von Patientenfällen

2. Teil: Praktischer Demonstrationskurs

- Video- und Livedemonstration Bleaching am Patienten
- Video- und Livedemonstration des Einsatzes von acht Non-Prep-Veneers mittels Tray-Dentistry innerhalb von 60 Min. am Patienten/Phantomkopf
- Ausführliche Diskussion von Patientenfällen anhand Modellen, Röntgenbild und Fotos des Patienten (pro Teilnehmer ein Fall, Daten bitte nach Möglichkeit vor dem Kurs digital einreichen)

Termine 2009

- 19.06.09 Lindau 14.00 – 17.30 Uhr*
- 04.09.09 Leipzig 09.00 – 13.00 Uhr*
- 09.10.09 München 09.00 – 12.30 Uhr*
- 06.11.09 Köln 09.00 – 12.30 Uhr*
- 13.11.09 Berlin 09.00 – 12.30 Uhr*
*inkl. Pause

Organisatorisches

Kursgebühr: 95,- € zzgl. MwSt. Tagungspauschale: 25,00 € zzgl. MwSt. (umfasst Verpflegung)

Veranstalter

OEMUS MEDIA AG • Holbeinstraße 29 • 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 • Fax: 03 41/4 84 74-2 90 • event@oemus-media.de
Hinweis: Nähere Informationen zum Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an 03 41/4 84 74-2 90 oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für den Kurs Smile Esthetics – Minimalinvasive Verfahren der orofazialen Ästhetik
 19. Juni 2009 Lindau 04. September 2009 Leipzig 09. Oktober 2009 München 06. November 2009 Köln
 13. November 2009 Berlin
 melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Name/Vorname _____ Name/Vorname _____
 Praxisstempel _____ Datum/Unterschrift _____
 E-Mail: _____
Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an. Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kasten ein.

KN Adresse

5medical management
Matthiasstr. 33 A
41468 Neuss
Tel.: 0 21 31/1 33 11 66
E-Mail:
info@5medical-management.de
www.5medical-management.de

KN Adresse

Eusera GmbH
Eickeler Markt 3A
44651 Herne
Tel.: 0 23 25/98 80 66
E-Mail: hmazur@eusera.de
www.eusera.de

KN PRODUKTE

Noch ästhetischer und absolut unsichtbar Einfach, schnell und präzise

Auf der IDS präsentierte FORESTADENT eine Messeneinheit – ab sofort gibt es die QuicKlear®-Brackets von 5 bis 5 im Oberkiefer. Somit passt sich die Keramikvariante des bekannten und bewährten selbstligierenden Quick 2.0®-Systems noch makelloser an die natürliche Schönheit der Zähne an.



Mit dem neuen Quick-Bogeninstrument ist das Einlegen von Bögen noch einfacher und schneller möglich.



Jetzt auch von 5 bis 5 im OK erhältlich – die QuicKlear®-Brackets von FORESTADENT. Für eine rundum natürliche Optik und somit perfekte Ästhetik.

Für die perfekte Tarnung im Mund sorgen ab sofort die QuicKlear®-Keramikbrackets von FORESTADENT. Diese werden jetzt von 5 bis 5 im Oberkiefer angeboten und bieten so eine noch ästhetischere Korrektur von Zahnfehlstellungen. QuicKlear®-Brackets sind selbstligierend und bestehen aufgrund ihrer Transluzenz durch beste Ästhetik sowie hohe Stabilität. Die aktiven zweiflügeligen Brackets sind optimal verrundet und verfügen über die bewährte wie vertraute Verschlussmechanik des Quick 2.0®-Systems. Die optisch kleine und somit kaum sichtbare Verschlussklammer ist aus einer hochelastischen

Chrom-Cobalt-Legierung gefertigt. Zwei integrierte Mechanismen garantieren dabei deren einfaches Öffnen und Schließen. Vor allem das Öffnen per Sonde

von gingival wird durch einen speziellen, stark ausgeprägten Einführtrichter sowie Führungsrillen erleichtert. Das Schließen erfolgt mittels sanften Fingerdrucks. Für eine optimale Haftung der Brackets am Zahn sowie deren problemloses Entfernen ohne Schmelzausrisse sorgt eine inversive Hakenbasis. Sie verfügt über eine diametral versetzte Lochretention sowie mesio-distale Schrägen. Diese gewährleisten die splitterfreie Abnahme der Brackets

mittels Zange oder speziellen Pauls-Tool. Eine okklusogingivale Kante an der Bracketbasis verhindert zudem das Eindringen von überfließendem Kleber in die Verschlussmechanik. Ebenso erleichtert sie das Entfernen von überschüssigem Adhäsiv.

QuicKlear®-Brackets sind friktionsarm und ermöglichen in Kombination mit thermoelastischen Bögen wie dem BioStarter® den Einsatz geringer Kräfte. Abgerundete Slotkanten sowie vier Kontaktpunkte im Slot ermöglichen dabei kontrollierte Kraftübertragungen und gewährleisten ein präzises und schnelles Alignment. Kon-

ten bislang zahnfarbene beschichtete Bögen bei Metall- und Keramikslots nicht verwendet werden, ist deren Einsatz beim QuicKlear® sehr wohl indiziert. So sorgen Titanol® Cosmetic Bögen (ebenfalls von FORESTADENT) für eine rundum natürliche Optik und exzellente Ästhetik.

Um das Einlegen der Bögen in den Bracketslot noch einfacher und schneller zu realisieren, ist ab sofort das neue Quick-Bogeninstrument er-

hältlich. Dieses ist im QuicKlear®-Starterkit seit Mai 2009 erhältlich bzw. kann separat bestellt werden. **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
E-Mail: info@forestadent.com
www.forestadent.com

smile dental bietet Ätzgel mit bester Viskosität.



Opal-Etch ist ein 35%iges Phosphorsäure-Ätzgel. Seine Viskosität gestattet ein gezieltes Aufbringen ohne abzufließen, welches durch feine Metallkanülen unterstützt wird. Opal-Etch ist selbstbegrenzend hinsichtlich der Ätztiefe (durchschnittliche Tiefe 1,5 µm bei

15 Sekunden Ätzung), glycerinfrei und lässt sich rasch und vollständig beim Spülen entfernen.

Das Ätzgel wird in Packungsgrößen mit 4 oder 20 Spritzen à 1,5 Gramm angeboten. **KN**

KN Adresse

smile dental
Handelsgesellschaft mbH
Neanderstr. 18
40233 Düsseldorf
Tel.: 02 11/2 38 09-0
Fax: 02 11/2 38 09-15
E-Mail: info@smile-dental.de
www.smile-dental.de

Erfolg im Dialog

dental
bauer



ANZEIGE



Das unverwechselbare Dentaldepot!

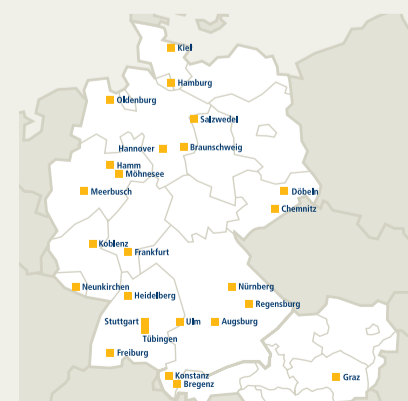
Alles unter einem Dach:
dental bauer-gruppe – Ein Logo für viel Individualität
und volle Leistung

Die Unternehmen der dental bauer-gruppe überzeugen in Kliniken, zahnärztlichen Praxen und Laboratorien durch erstklassige Dienstleistungen.

Ein einziges Logo steht als Symbol für individuelle Vor-Ort-Betreuung, Leistung, höchste Qualität und Service.

Sie lesen einen Namen und wissen überall in Deutschland und Österreich, was Sie erwarten dürfen.

- Kundennähe hat oberste Priorität
- Kompetenz und Service als Basis für gute Partnerschaft
- Unser Weg führt in die Zukunft



www.
dentalbauer.de

Sekundenschnell und sicher

BIOSTAR® mit modernster Scanner-Technologie



Zusammen mit den seit mehr als 40 Jahren bewährten BIOSTAR®-Konstruktionsmerkmalen, wie beispielsweise dem Beheizen der dem Modell zugewandten Folienseite, steht das neue BIOSTAR® für absolut prozesssicheres und schnelles Tiefziehen auf qualitativ höchstem Niveau. Nähere Informationen und unverbindliche Vorführungen des neuen BIOSTAR®-Gerätes können über die angegebene Service-Telefonnummer vereinbart werden. **KN**

KN Adresse

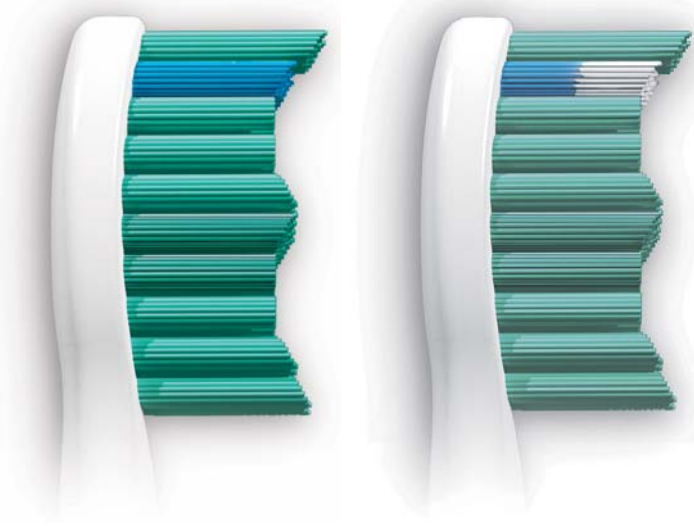
SCHEU-DENTAL GmbH
Am Burgberg 20
58642 Iserlohn
Tel.: 0 23 74/92 88-0
Fax: 0 23 74/92 88-90
E-Mail: service@scheu-dental.com
www.scheu-dental.com

Im Rahmen der Internationalen Dental-Schau in Köln stellte die Firma SCHEU-DENTAL GmbH aus Iserlohn die 6. Generation ihres BIOSTAR®-Tiefziehgerätes vor. Mithilfe modernster Scanner-Technologie werden hierbei sekundenschnell und sicher alle notwendigen Parameter wie Temperatur, Heiz- und Abkühlzeiten über den auf jeder einzelnen SCHEU-Folie aufgedruckten Barcode erfasst. Diese eindeutige Kennzeichnung schließt ein Verwechseln von Tiefziehmaterialien von vornherein aus.

Eine starke Gruppe

Bürstenköpfe mit Erinnerungsfunktion

Reminder Bristles zeigen durch Farbwechsel, wann Bürstenkopf zu wechseln ist.



Ab dem zweiten Halbjahr 2009 sind alle ProResults- und Elite-Bürstenköpfe von Philips Sonicare als Reminder Bristles erhältlich. Die schlaun Bürstenköpfe verfügen über eine integrierte Erinnerungsfunktion, die dem Verwender anzeigt, wann er

den Bürstenkopf wechseln sollte. Indikator ist die Farbe der Borsten. Sind diese vollständig entfärbt, ist es Zeit für einen neuen Bürstenkopf. Bei zweimal täglichem Putzen erinnern die Borsten nach drei Monaten an den Bürstenkopfwechsel.

Untersuchungen legen nahe, dass Patienten ihre Bürstenköpfe zu selten austauschen (Koch et al. Oralprophylaxe 2007). Philips möchte den Anwender durch die Neuentwicklung der Reminder Bristles darauf aufmerksam machen, den Bürstenkopf regelmäßig zu wechseln und so noch besser auf ihre Mundhygiene zu achten. Die Reminder Bristles sind anwendbar für die Sonicare-Modelle FlexCare, Healthy White und Elite. Sie sind auch als Mini-Bürstenköpfe erhältlich. **KN**

KN Adresse

Philips GmbH
UB Consumer Lifestyle
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40/28 99-0
www.sonicare.de

3D Accutomo erweitert sein Spektrum

Ab sofort sind vier weitere Aufnahmeformate mit der 170er-Version verfügbar.



3D Accutomo 170: Hohes Auflösungsvermögen von Ø 40 x H 40 mm bis Ø 170 x H 120 mm.

Neue Zwischenformate lassen den ambitionierten Diagnostiker auf nunmehr insgesamt neun Aufnahmeformate zurückgreifen. Weitere vier Größen verbreitern jetzt die Vielfalt des 3D Accutomo von J. Morita. Auf der diesjährigen IDS in Köln sollten sich die Besucher von der Aufnahmequalität in der gesamten Bandbreite von Ø 40 x H 40 mm bis Ø 170 x H 120 mm überzeugen. Die Voxelgröße 80 µm lässt sich selbst im größten Format realisieren, sodass diese Detailschärfe jeden Skeptiker überzeugen sollte. Das große Field of View (FOV) eignet sich für die präzise Diagnose der gesamten Kopfregion. Hart- und Weichgewebe können mittels einer erhöhten Bild-dynamik präziser visualisiert werden. Die eingebaute FPD (Flat Panel De-

detector)-Technologie verfügt über eine 14-Bit-Graustufenkala und schafft eine ausgewogene Verteilung der Kontraste.

Der Accutomo lässt sich für vielfältige Indikationsbereiche, z. B. im Bereich der Implantattherapie, bei apikalen Läsionen, Kiefergelenkaufnahmen, Impaktierungen, in der Endodontie, der restaurativen Zahnheilkunde und Chirurgie nutzen. Der Anwender wählt zwischen den Aufnahmebereichen, ohne auf eine gleichbleibend hohe Auflösung verzichten zu müssen.

Die Strahlenbelastung für den Patienten bleibt gering.

Die speziell entwickelte Zoom-Rekonstruktionsfunktion besitzt auch die 170er-Version. Diese „Lupe“ ermöglicht es, z. B. aus einer 80 x 80-Aufnahme mit einer Voxelgröße von 160 µm alle Detailsichten von interessierenden Regionen mit einer Voxelgröße von 80 µm zu rekonstruieren. Dabei wird die Vergrößerungsaufnahme

mit 80 µm sogar schärfer. Somit entfallen nachträgliche Detailaufnahmen, die den Patienten unnötig mit Röntgenstrahlen belasten könnten. Weitere Informationen sind unter angegebener Adresse erhältlich. **KN**

KN Adresse

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

ANZEIGE

*Ästhetik
Schnellere Ergebnisse
Komfort...*

Logic™ Line

Jetzt auch kosmetisch!

Verkürzte Behandlungszeit, größtmögliche Ästhetik und Komfort sind die idealen Komponenten für die kosmetische Kieferorthopädie. Die bemerkenswerten Eigenschaften der neuen Logic Line™ ästhetischen Brackets, welche speziell für die Kombination mit den Slide™ Ligaturen hergestellt wurden, passen sich diesen Anforderungen an.

Die Brackets sind aus einem mikrogefüllten Copolymer hergestellt und in der Technik STEP (Straight-Wire Behandlungssystem) und Roth* erhältlich.

LEONE S.p.a Orthodontics and Implantology
Via P. a Quaracchi, 50 50019 Sesto Fiorentino FIRENZE (Italy)
Phone +39 0553044620 Fax +39 055304405
info@leone.it www.leone.it

*Die in diesem Katalog aufgeführten Brackets sind keine Imitationen von anderen Brackets. Leone sp. bestätigt auch nicht die Zustimmung durch die oben genannten Zahnärzte oder Schulen.

PP88/01-TE

Sparen Sie Zeit und Geld!

Phantom™ – das ästhetische selbstligierende Lingualbracket für die direkte Klebetechnik

Das Phantom™-Lingualbracket wurde für die direkte Klebetechnik mit einer abnehmbaren Positionierungshilfe entwickelt, welche ein schnelles und korrektes Setzen der Brackets garantiert. Sie kann leicht per Hand oder mittels Schneideinstrument abgenommen werden.

Phantom™ verfügt über einen eingebauten Torque, ist selbstligierend und mit einem aufschnappbaren Clip versehen, welcher mittels Spezialinstrument leicht geöffnet werden kann. Zunächst passiv, dann interaktiv. Sobald ein Vierkantbogen eingelegt wird, drückt ein am flexiblen Clip befindlicher Keil diesen nach unten und hält ihn fest in Position.

Phantom™-Brackets bestehen aus einem speziellen medizinischen Polymer, welches nicht nur Stärke und Flexibilität, sondern auch Ästhetik bietet. Und zwar wahre Ästhetik – so sind aufgrund seiner Transparenz keine Brackets oder dunkle Schatten von Metall im Unterkiefer sichtbar.

Phantom™-Lingualbrackets werden in einem komfortablen Starter Kit mit Brackets, einer Auswahl an Bögen, Elastikketten, Instrumente sowie einer Anleitung angeboten. Eine sehr gute Alternative zu heraus-



nehmbaren bzw. funktionellen Apparaturen. Nähere Informationen unter angegebener Adresse **KN**

KN Adresse

Gestenco International AB
P.O. Box 240 67
SE-400 22 Gothenburg
Schweden
Tel.: +46-31/81 00 35
Fax: +46-31/81 46 55
E-Mail: info@gestenco.com
www.gestenco.com

KN SERVICE

Sirona wird Namensgeber für dentales Schulungszentrum

Mit modernster, hochwertiger Gerätetechnologie ausgestattet, wurde vor Kurzem das „Sirona Learning Centre“ im kanadischen Vancouver feierlich eröffnet.

Sirona Dental Systems, der führende Hersteller dentaler Ausrüstungsgüter, wurde als Hauptausstatter und Namensgeber des kürzlich neu

eröffneten „Sirona Learning Centre“ des Study Club Alliance of British Columbia in Vancouver ausgewählt. Das Schulungszentrum für

(Fach-) Zahnärzte ist das modernste seiner Art in Kanada. Unterstützung erhält es von den Mitgliedern der insgesamt 23 Study Clubs, der BC Dental Association sowie des BC College of Dental Surgeons.

Ausgestattet ist das Learning Centre mit Sirona-Geräten aus allen Produktbereichen des Unternehmens: CAD/CAM-Systeme, bildgebende Systeme, Behandlungseinheiten, Instrumente und Hygienegeräte. Das Schulungszentrum verfügt über einen eigenen Hörsaal sowie einen komplett ausgestatteten Demonstrationssaal für zahnmedizinische Behandlungen, die mit modernster Webcast-Technologie live im Internet übertragen werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass nicht nur Interessenten aus der Region Vancouver, sondern auch (Fach-)Zahnärzte aus ganz British Columbia sowie den übrigen Teilen Kanadas vom Sirona Learning Centre profitieren.



Dr. Chris Hacker und seine Assistentin beim Behandeln einer Patientin im Sirona Dental Learning Centre.

ser Veranstaltung wurde Sirona als Hauptsponsor und Namensgeber geehrt. Tony van der Made, Country Manager von Sirona in Kanada, nahm stellvertretend für Sirona die Urkunde entgegen. „Ich freue mich sehr, Teil dieses Projekts sein zu dürfen. Die Zusammenarbeit der British Columbia Dental Association, der British Columbia Study Alliance und Sirona ist beeindruckend. Das Sirona Learning Centre mit seinen Lehrkräften und der innovativen Technologie von Sirona wird die Aus- und Weiterbildung in der Zahnmedizin weiter voranbringen“, so Tony van der Made. **KN**



(v.l.n.r.): Dr. Don Macfarlane (Co-Chairman, Study Club Alliance), Dr. Craig Naylor (Co-Chairman, Study Club Alliance), Dr. Robert Elliott (Director, Study Club Alliance), Mr. Tony van der Made (Sirona, Country Manager Canada), Mr. Thomas Scherer (Sirona, Vice President Sales Europe/Canada).

Primär wird das Sirona Learning Centre von sogenannten „Study Clubs“ genutzt. Das sind Zusammenschlüsse praktizierender Zahnmediziner, die sich auf einem bestimmten Themengebiet weiterbilden möchten. Außerdem kann das Sirona Learning Centre für Abendveranstaltungen und Wochenendkurse gebucht werden.

Mit der hochwertigen und umfassenden Ausstattung an neuesten Technologien dient das Learning Centre Sirona auch als Showroom, der für Produkttrainings und -präsentationen für den gesamten kanadischen Dentalmarkt genutzt werden kann. Das Schulungszentrum wurde am 3. März 2009 mit einer feierlichen Abendveranstaltung eröffnet. Im Rahmen die-

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

Immer auf neuestem (Wissens-)Stand

Parodontologie in aller Munde? Leider ja! Zumindest in denen von etwa 52 % der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. Grund genug, dass die hierzulande tätigen Parodontologen, Implantologen und Dentalhygieniker ihr Fachwissen um die häufigste Form der Erkrankung des Zahnbettes permanent erweitern.

Die *PN Parodontologie Nachrichten* bieten sechsmal jährlich die Möglichkeit dazu. Im Vordergrund des Zeitungsfornates, welches neben weiteren Publikationen wie der *ZT Zahntechnik Zeitung* oder den *KN Kieferorthopädie Nachrichten* bei der Oemus Media AG bereits im 6. Jahrgang erscheint, steht die permanente fachliche parodontologische Fortbildung.

Vom Spezialisten für den Spezialisten

Nach dem Prinzip „Vom Spezialisten für den Spezialisten“ bereichern die *PN* die wissenschaftliche Fachberichterstattung in Form von Artikeln, Studien, Fallpräsentationen, Abstracts oder Anwenderberichten. Thematische Marktübersichten und Berichte aus der Industrie zu Produktinnovationen zeigen die Trends auf dem parodontologischen Markt auf. Unter der Rubrik „Praxismanagement“ werden dem Parodontologen Informationen und Konzepte zu Strategie, Marketing, Management, Betriebswirtschaft, Finanzierung, Perso-



nalführung, Kommunikation und Recht nähergebracht. In den Rubriken „Events“ und „Service“ finden sich u.a. Aus- und Fortbildungstermine und Kongressberichterstattungen, Jubiläen, Personalien oder Buchtipps.

PN online –

www.pn-aktuell.de
Der Webauftritt ist die aktuelle Ergänzung der *PN Parodontologie Nachrichten*. Täglich werden von der

Nachrichtenredaktion aktuelle Meldungen aus allen Bereichen des Gesundheitsmarktes, der Parodontologie und Implantologie aufbereitet. Das Informationsangebot wird mit einem Archiv, einer Suchmaschine, Chatforen sowie einem Stellen- und Kleinanzeigenmarkt abgerundet. In der Media-lounge können Werbetreibende individuelle Angebote anfragen oder Studien und Marktinformationen kostenfrei abrufen.

PN als E-Paper –

www.zwp-online.info
Wie alle anderen Publikationen der Oemus Media AG sind die *PN* seit Anfang dieses Jahres auch einfach und bequem online als E-Paper abrufbar. **KN**

KN Adresse

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

KN Veranstaltungen Juni 2009

Datum	Ort	Veranstaltung	Info
10.–14.06.2009	Helsinki	85 th Congress of the European Orthodontic Society (EOS) Referenten: diverse	E-Mail: eos2009-at-congref.fi www.eos2009.fi
19.06.2009	Köln	Selbstligierende Brackets in Verbindung mit Minipins Referent: Dr. Martin Baxmann	DENTAURUM E-Mail: sabine.trautmann@dentaforum.de
24.–27.06.2009	Wien	5. Damon-Symposium Referenten: u.a. Dr. Dwight Damon, Dr. Alan Bagden, DDS, MD John Graham, Terry Dischinger, Dr. Rafael Garcia Espejo	Ormco Europe Tel.: +31-33/4 53 61 61 www.ormcoeurope.com

ANZEIGE

cosmetic dentistry

– beauty & science

Probeabo

1 Ausgabe kostenlos!

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

Sowelt 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).

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: _____

KN 509

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

Orthocryl®

black & white

Manchmal braucht man keine Farben

Das neue Orthocryl® Pulver, eingefärbt in Schwarz und Weiß, erschließt ihnen neue kreative Möglichkeiten. Auf der Suche nach neuen Ideen für ihre Apparaturen bietet die Schwarz-Weiß-Technik eine Welt, die cooler ist als bunte Farben. Lassen Sie sich inspirieren und ihre Phantasie spielen!

NEU



D
DENTAURUM

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