

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

Vermeidung von Rezidiven	Bewährte Minischraube	Wirtschaftliches Marketing	KFO heute – wann, was, womit?
Dr. Wolfgang Scholz stellt Methode der Eingliederung eines dreifach verseilten Unter- sowie Oberkiefer-Retainers aus Titan vor.	Einst als eines der Pioniersysteme gestartet, gehört die Dual-Top™-Minischraube zu den weltweit bewährtesten Systemen.	Inwieweit betrieblicher Aufwand im Verhältnis zum wirtschaftlichen Ergebnis stehen sollte, erläutert Prof. Dr. J. G. Bischoff.	Universitätsklinikum des Saarlandes lädt am 10. Januar 2009 zum 2. Homburger KFO-Tag mit internationalen Referenten.
KN Wissenschaft & Praxis_8	KN Wissenschaft & Praxis_12	KN Praxismanagement_13	KN Events_18

KN-Interview mit Professor Dr. Vincent G. Kokich, University of Washington in Seattle/USA

„Ich werde der Kieferorthopädie treu bleiben“

Nach jahrzehntelanger Referententätigkeit und weltweit mehr als 900 gehaltenen Vorträgen wird im Jahre 2009 einer der ganz Großen des Fachs Kieferorthopädie offiziell das Rednerpult verlassen – Prof. Dr. Vincent G. Kokich. Vorab möchte er jedoch noch eine Abschiedstour absolvieren, die ihn Ende März zu einem letzten Vortrag nach Hannover führt. Die KN-Redaktion sprach mit Prof. Kokich über interdisziplinäre Zusammenarbeit, zahnmedizinische Studiengemeinschaften, neueste Trends und Behandlungsmöglichkeiten sowie künftige Aufgaben und persönliche Ziele.

KN Sie haben die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Grundprinzip eines ästhetischen Behandlungskonzepts erhoben und ermutigen seit Jahren Kieferorthopäden zum intensiveren Erfahrungsaustausch mit zahnmedizinischen Kollegen. Wenn Sie die heutige internationale KFO mit dem Stand vor zehn, fünfzehn

Jahren vergleichen – wurde Ihr Rat befolgt bzw. welches Spezialwissen benötigt der Kieferorthopäde heute am meisten?

Die meisten Kieferorthopäden leisten bei der Korrektur von Malokklusionen jugendlicher Patienten ausgezeichnete Arbeit. In zunehmendem Maße zählen jedoch auch Erwachsene zum kieferorthopädischen Klientel. Diese Erwachsenen weisen neben Malokklusionen eine Reihe von Problemen auf, bei denen sich Ästhetik und Funktionalität nicht so einfach verknüpfen lassen. Zahnverschleiß, alte Zahnrestaurierungen, Verletzungen, Erkrankungen des Zahnhalteapparates und dysfunktionelle Gewohnheiten können Situationen entstehen lassen, die für den Kieferorthopäden so nicht lösbar sind. So erfordern diese zusätzlichen Problemstellungen ein Zusatzwissen im Bereich restaurativer Zahnmedizin, Parodontologie sowie der zahnärztlichen Materialkunde, welches in der Regel kein typischer Bestandteil einer kieferorthopädischen Aus- und Weiterbildung ist. Um seinen erwachsenen Patienten die bestmögliche Behandlung bieten zu können, muss sich ein moderner Kieferorthopäde das Wissen dieser zahnmedizinischen

Weiterentwicklungen aneignen. In den USA haben sich zahnmedizinische Studiengemeinschaften entwickelt, in denen sich Zahnmediziner aller Disziplinen monatlich treffen, um sich gemeinsam das Problemverständnis sowie Behandlungsstrategien für solche Patienten anzueignen. Ich bin davon überzeugt, dass meine interdisziplinäre

Fortsetzung auf Seite 4

ANZEIGE

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

BDK-Informationsveranstaltung zur neuen GOZ Referententwurf abgelehnt

Kieferorthopädie wurde unerträglich abgewertet / GOZ dem BEMA angeglichen / Positionen wortgleich übernommen

(cp) – Im Rahmen der DGKFO-Jubiläumstagung in Köln informierte der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) Mitte

November zur aktuellen Lage rund um die neue Gebührenordnung für Zahnärzte.

Fortsetzung auf Seite 16



Abb. 1a und 1b: Bei dieser 15-jährigen Patientin waren beide maxillären lateralen Schneidezähne nicht angelegt (a) und die Eckzähne waren unmittelbar neben den zentralen Schneidezähnen eruptiert. Die kieferorthopädische Behandlung erfolgte durch Extraktion der primären Eckzähne, distale Verschiebung der maxillären Eckzähne in ihre korrekte Position und Platzierung von Implantaten in der Position der maxillären lateralen Schneidezähne. Die Implantate wurden mit Porzellankronen aufgebaut (b), um dem Gebiss ein natürliches Aussehen zu geben.

Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie feierte ihren 100. Geburtstag Jubiläumstagung zog Publikum an

Bereits zweimal, nämlich 1940 und 1968, war die nordrhein-westfälische Metropole Austragungsort einer Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Vom 12. bis 14. November 2008 traf sich die Kieferorthopädische nun das dritte Mal in Köln und feierte dort das 100-jährige Bestehen ihrer Fachgesellschaft. Von Cornelia Pasold.



Im Kristallsaal des Congress Centrums Koelnmesse verfolgten die Teilnehmer die Vorträge des Wissenschaftsprogramms.

Über 2.000 Kieferorthopäden, Praxismitarbeiter, Studenten und sonstige an wissenschaftlicher Fortbildung Interessierte fanden Mitte November trotz herblich nasskaltem Wetter den Weg nach Köln. Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie stand auf dem Programm und mit ihr deren 100-jähriges Jubiläum, welches man am Gründungsort begehen wollte. Zur feierlichen Eröffnung wurde in die „Gute Stube“

Fortsetzung auf Seite 18

ANZEIGE

HCH Tiefenfluorid®

Die einfache, sichere Langzeit-Remineralisation

Tiefenfluorid® erzielt im Vergleich mit herkömmlichen Fluoridierungen nicht nur eine deutlich länger anhaltende, sondern auch etwa 100-fach stärkere Remineralisation* des Zahnes. Ermöglicht wird dies durch die Fällung von submikroskopischem CaF₂ und antibakteriell wirkenden Cu-Salzen in den vor Abrasion geschützten Poren der Auflockerungszone.

Tiefenfluorid® bietet:

- erstklassige Kariesprophylaxe
- Langzeit-Remineralisation auch schwer erreichbarer Stellen wie z. B. bei Brackets; dabei auch wirksam gegen White Spots
- effiziente Zahnhals-Desensibilisierung mit Depot-Effekt
- höchste Erfolgsquote bei mineralischer Fissurenversiegelung*

* ZMK 1-2/99

Ergebnisse der Knappwost-Forschung

In nur zwei Schritten zum Erfolg**

** DZZ 6/2004; ZMK 9/95

Erster Schritt: Touchierlösung einfach mit Wattepellet auftragen. Die Schmelzstruktur wird freigelegt und die komplexen Fluor- und Kupferionen können bis tief in die Trichterporen des Zahnschmelzes vordringen.

Zweiter Schritt: Aufbringen der Ca(OH)₂-haltigen Nachtouchierlösung. Die Nachtouchierlösung kann direkt danach bis in die Tiefe einwirken und erzeugt eine sofortige Ausfällung.

Ergebnis: Die Trichterporen der Auflockerungszone sind homogen durch submikroskopische Calciumfluorid-Kristalle von ca. 5 nm aufgefüllt. Dort wirken sie lang anhaltend und sind sicher vor Abrasion geschützt.

HUMANCHEMIE GmbH
D-31061 Alfeld/Leine
Tel. 0 51 81/2 46 33
Fax 0 51 81/8 12 20
www.humanchemie.de • eMail info@humanchemie.de

KN WISSENSCHAFT & PRAXIS

„Ich werde der Kieferorthopädie treu bleiben“

KN Fortsetzung von Seite 1

Studiengemeinschaft für mich der Weg zum Verständnis der Rolle der Kieferorthopädie bei der Behandlung erwachsener Patienten ist.

KN Was wäre in Ihren Augen eine perfekte interdisziplinäre Zusammenarbeit bzw. wie sollte diese Ihrer Meinung nach im Praxisalltag funktionieren?

Idealerweise würde ich gern in einem interdisziplinären Setting arbeiten, in dem Kieferorthopäde, Zahnprothetiker, Endodontologe und Kiefer-/Gesichtschirurg in einem gemeinsamen Praxis-konstrukt angesiedelt sind, sodass jederzeit eine Interaktion möglich ist und Patienten mit komplexen Zahnproblemen behandelt werden können. Solche Praxis-konstrukte sind jedoch rar. Jeder der genannten Kollegen muss den Patienten individuell behandeln und die Umsetzung eines integrierten Behandlungskonzepts erfordert häufige



Möchte auf dem Höhepunkt seiner Leistungsfähigkeit der Lehr-tätigkeit den Rücken zuwenden – Prof. Dr. Vincent G. Kokich von der University of Washington in Seattle/USA.

(Foto: FORESTADENT)

Interaktionen. Auch hier unterstützt mich meine Studiengemeinschaft, denn sie

bietet eine Plattform für solche Interaktionen. Bei jeder unserer monatlichen Zusammenkünfte reservieren wir Zeit für die Planung der Behandlung komplexer zahnmedizinischer Probleme, die hier wirklich interdisziplinär erarbeitet wird. Ohne diese regelmäßige Interaktion mit meinen Kollegen aus den anderen zahnmedizinischen Disziplinen könnte ich meine erwachsenen Patienten nicht erfolgreich behandeln.

KN Welchen Aspekten ästhetischer Zahnmedizin messen Sie aus heutiger Sicht eine besondere Bedeutung zu und warum?

Ich versuche, meine therapeutischen Entscheidungen auch in ästhetischer Hinsicht nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu treffen. Es stehen uns heute Studien zur

Verfügung, in denen die Reaktion der allgemeinen Öffentlichkeit auf unattraktive Zahnstellungen untersucht wurden. Probleme wie Mittellinienverschiebungen, frei liegende Zahnhäse, Gummy Smile, Kronenlängendiskrepanzen und Neigungen der Okklusionsebene werden nicht immer als unattraktiv eingestuft. Wir haben daher spezifische Grenzlevels auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Studien entwickelt, mit deren Hilfe wir entscheiden können, wann Veränderungen der Zahnpositionierung zur Korrektur der genannten Situationen erforderlich sind. Jeder Kieferorthopäde sollte diese Grenzlevels kennen und wissen, wie sie bei der Behandlung der erwachsenen, interdisziplinären Patienten anzuwenden sind. Viele dieser Informationen habe ich veröffentlicht und die Studien können direkt auf meiner Webseite kostenfrei heruntergeladen werden.

KN Wie stehen Sie persönlich zu neuesten Trends und Behandlungsmöglichkeiten wie selbstligierende Brackets oder Minischrauben?

In den USA sind selbstligierende Brackets sehr populär geworden. Viele Kieferorthopäden sind auf diesen Brackettyp umgestiegen. Man sollte jedoch manche Äußerungen von Vertretern und Protagonisten dieses Brackettyps wissenschaftlich hinterfragen. Die Hersteller jener Brackets versprechen eine raschere Zahnausrichtung, die sie mit der verminderten Reibung erklären. Viele der zugrunde liegenden Studien wurden jedoch im Labor durchgeführt und es fehlt typischerweise der Einfluss des Speichels, der bei der Zahnbe-wegung am Patienten als Gleitmittel fungiert. Eine kürzlich erschienene Studie verglich die zur Zahnausrichtung erforderliche Zeit bei konventionellen und selbstligierenden Brackets. Dabei zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen beiden Typen. Als Kliniker sollten wir also vor dem Einsatz neuer Apparaturen und Techniken sorgfältig die wissenschaftliche Basis hinterfragen. Diese Herangehensweise empfiehlt sich auch bei den Minischrauben. Diese Hilfsmittel können den Kieferorthopäden exzellent bei Zahnbewegungen unterstützen, die mit konventionellen Maßnahmen nicht möglich sind. Die Minischrauben können jedoch auch in ungeeigneten klinischen Situationen eingesetzt werden. Wenn ich den Einsatz von Minischrauben zur Unterstützung von Zahnbewegungen erwäge, dann hinterfrage ich, ob dies rational, günstig und



Abb. 2a und b: Eine 38-jährige Patientin war mit dem Erscheinungsbild ihrer maxillären Schneidezähne unzufrieden. Der rechte zentrale und laterale Schneidezahn sowie der rechte Eckzahn waren kürzer (a) als die entsprechenden Zähne auf der linken Seite. Die labiale Sulktiefe aller Zähne betrug einen Millimeter, wobei die Zahnschmelz-Zement-Grenze an der unteren Begrenzung des Sulkus lag. Die Ursache für ihr Problem war ein rechtsseitiger protrahierender Bruxismus, der zum Verschleiß der Schneidezähne und kompensatorischer Eruption der anterioren rechten Zähne geführt hatte. Die Behandlung erfolgte durch kieferorthopädische Intrusion der verkürzten Zähne und nachfolgende Restauration der Schneidekanten mit Porzellanveneers (b), um dem Gebiss ein natürliches Aussehen zu geben.



Abb. 3a und b: Dieser 60-jährige Patient war mit der kurzen, abradieren Erscheinung seiner anterioren maxillären Zähne unzufrieden (a). Er hatte einen schweren, protrahierenden Bruxismus entwickelt, der zu schweren Verschleißerscheinungen beider maxillärer und mandibulärer Schneidezähne geführt hatte. Er wurde in eine kieferorthopädische Behandlung überwiesen, um die anteriore Vertikaldimension zu öffnen und damit eine Restauration der abradieren Zähne zu ermöglichen. Die maxillären und mandibulären Schneidezähne wurden intrudiert, sodass Porzellanveneer-Restaurationen platziert werden konnten (b).

vom Standpunkt der Stabilität her gerechtfertigt ist. Wenn ich diese Kriterien einsetze, dann kann ich entscheiden, ob Minischrauben in der jeweiligen klinischen Situation angezeigt sind.

KN Welche Meinung vertreten Sie hinsichtlich orthognather oder gar plastischer Chirurgie? Welche Zukunft sehen Sie hinsichtlich Osseodistraktionen, z. B. UK transversal? Sollte der Kieferchirurg beispielsweise

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. Benedict Wilmes,
Kieferorthopädie UKD Düsseldorf

TERMINE

Aktuelles Kursprogramm unter: www.mondeal.de

Weitere Infos unter: benefit@mondeal.de

ANWENDUNGSBEISPIEL

AKTION

Sonderkonditionen für Basis-Instrumente bis einschließlich: **31. Januar 2009**

Weitere Informationen erhalten Sie bei:

MONDEAL Medical Systems GmbH · Am Gewerbering 7 · 78570 Mühlheim a. d. Donau / Germany
Telefon (07463) 993 07-0 · Telefax (07463) 993 07-33 · mail@mondeal.de



Abb. 4a und b: Dieser 64-jährige Patient war mit dem Aussehen seiner anterioren Zähne unzufrieden (a). Er wies einen flankierenden anterioren Überbiss auf, der zu signifikantem Verschleiß der posterioren Zähne geführt hatte. Mehrere posteriore Zähne fehlten bereits und die Platzierung von Restaurationen auf Implantaten war erst nach Öffnung der posterioren Vertikaldimension möglich. Für diese Therapie war eine koordinierte Behandlung durch einen Kieferorthopäden, Parodontologen, restaurativ arbeitenden Kollegen und Kiefer-/Gesichtschirurgen, also vier verschiedene Spezialisten, erforderlich. Am Ende der Behandlung (b) war der Patient mit dem Endergebnis sehr zufrieden.



Abb. 5a und b: Dieser siebenjährige Junge hatte zwei makrodonte zentrale Schneidezähne (a), die 12 bzw. 15 mm breit waren. Da es keine Möglichkeit zur Reduzierung der Breite dieser Zähne gab, wurden beide extrahiert, um eine mesiale Eruption der maxillären lateralen Schneidezähne zu ermöglichen. Diese Zähne wurden schließlich mit Porzellankronen aufgebaut, um die fehlenden Schneidezähne zu ersetzen (b). Die Eckzähne und die ersten Prämolaren ersetzten dann die lateralen Schneidezähne bzw. Eckzähne.

weise auch die Nasenästhetik beurteilen können?

Ich habe diese Technik tatsächlich eingesetzt, um bei ex-

tremem Mandibularbogen zusätzlichen Raum zu schaffen. Mit ihrer Hilfe wird die Bogenlänge verlängert. Behaup-

tungen, nach denen sie auch die posttherapeutische Stabilität von Zahnbewegungen verbessert, sind jedoch bisher

einfach noch nicht bewiesen. Es gibt bisher keine Langzeitstudien zur Stabilität von Zahnbewegungen nach trans-

versaler UK-Distraktion. Ich bin deshalb der Ansicht, dass diese Technik in bestimmten Situationen nützlich ist, doch die Stabilität schätze ich kritisch ein und stabilisiere wie gewohnt mit festen Langzeitretainern, um auch nach Entfernung der kieferorthopädischen Apparatur die Zahn-ausrichtung zu erhalten.

KN Gibt es Ihrer Ansicht nach Ästhetik auch ohne eine ideale Funktion, z. B. der Kiefergelenke? Glauben Sie z. B., dass neuromuskuläre Vorverlagerungen des UKs ohne Operation in der freien Zentrik dauerhaft vertretbar sind? Die meisten Kieferorthopäden beschäftigen sich typischerweise mit der Etablierung korrekter Statik und funktioneller Okklusion, wobei sie auch die anteriore Ästhetik ihrer Patienten verbessern. Es gibt jedoch auch Erwachsene, bei denen seit vielen Jahren eine posteriore Malokklusion besteht, die den Patienten keinerlei temporomandibuläre, restaurative oder parodontale Probleme verursacht. Wenn diese Patienten nur eine Ausrichtung ihrer Zähne ohne Veränderungen der posterioren Okklusion wünschen, dann würde ich zunächst ein diagnostisches Wachsmo- dell herstellen und prüfen, ob ich die ästhetische Situation ohne Veränderungen der vorhandenen funktionellen Malokklusion verbessern kann. Wenn dies

ANZEIGE

KN

Immer einen Zug voraus

am Wachsmo- dell möglich ist, dann würde ich diesen möglichen Behandlungsplan mit einem restaurativ

Fortsetzung auf Seite 6 KN



Danke

für 20 Jahre Vertrauen.
Beachten Sie unsere Jubiläumsaktion!



Ortho Organizers Deutschland
WCO World Class Orthodontics

Businesspark Lindenberg · Lauenbühlstraße 59 · D-88161 Lindenberg/Allgäu
Tel.n (08381) 89095-0 · Fax (08381) 89095-30 · Free Call (0800) 1143830
E-Mail: info@orthoorganizers.de · Internet: www.orthoorganizers.de



Abb. 6a und b: Diese 38-jährige Patientin war mit dem Erscheinungsbild ihrer oberen Frontzähne unzufrieden (a). Der maxilläre linke laterale Schneidezahn war nicht angelegt und der maxilläre rechte und linke zentrale sowie der rechte laterale Schneidezahn wiesen kurze Wurzeln und einen signifikanten Knochenverlust auf und galten als nicht erhaltbar. Die Behandlung der Patientin erfolgte durch kieferorthopädische Extrusion und nachfolgende Extraktion der maxillären zentralen Schneidezähne, um so vertikale Knochensubstanz für die Platzierung von Implantaten zu gewinnen. Diese Implantate ersetzten beide zentrale Schneidezähne (b), eine einseitig verspannte Brücke ersetzte den maxillären rechten lateralen Schneidezahn.



Abb. 7a und b: Der 54-jährige Patient wies einen schweren anterioren dentalen Kreuzbiss auf (a), zusätzlich war die posteriore Zahnreihe kollabiert und es fehlten mehrere posteriore Zähne. Die Zahnbehandlung erforderte die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Kieferorthopäden, eines Parodontologen und eines restaurativ arbeitenden Kollegen. Der Kreuzbiss konnte ohne kieferchirurgische Intervention korrigiert werden. Die Gesundheit des Zahnhalteapparates wurde erheblich verbessert und die maxillären anterioren Zähne (b) restauriert. Nach Abschluss all dieser Maßnahmen war der Patient mit dem neuen Erscheinungsbild seiner Zähne sehr zufrieden.



Abb. 8a und b: Diese 38-jährige Patientin hatte in der Kindheit bei einem Reitunfall ihre maxillären Schneidezähne verloren (a). Seitdem trug sie zum Ersatz der fehlenden Zähne eine maxilläre Teilprothese, mit deren Aussehen sie jedoch nicht zufrieden war. Zudem wies die Patientin einen signifikanten anterioren offenen Biss mit schweren Erosionen infolge einer gastroösophagealen Refluxkrankheit auf. Die Behandlung erfolgte in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Kieferorthopädie, Kieferchirurgie und Parodontalchirurgie. Die Patientin erhielt Implantate zum Ersatz der maxillären lateralen Schneidezähne, anschließend wurden Gesundheit und Ästhetik ihres Gebisses durch eine Restauration (b) verbessert.

KN Fortsetzung von Seite 5
arbeitenden Kollegen diskutieren, um dessen Meinung

zum Belassen der bestehenden posterioren Malokklusion zu hören. Stimmt der Kollege zu, dann hätte ich

kein Problem damit, den Patienten wie beschrieben zu behandeln. Bei einer solchen Behandlungsplanung

stütze ich mich auf die Dentalanamnese des Patienten und das diagnostische Wachstumsmodell und gelange so zu

ANZEIGE

Software für Kieferorthopäden



Einfach & genial.

computerkonkret
dental software

Telefon 03745 7824-33 | www.dental-software.org | Vertrieb@computer-konkret.de

therapeutischen Entscheidungen, die ein Management der bestehenden Malokklusion bei gleichzeitiger Verbesserung der ästhetischen Verhältnisse der anterioren Zähne ermöglichen.

KN Denken Sie, dass die linguale „ästhetische“ Kieferorthopädie sich zur Standardtherapie entwickeln wird? Wie denken Sie persönlich darüber?

Linguale Apparaturen sind ehrlich gesagt in den USA nicht wirklich populär. In der Region, in der ich arbeite, gibt es ein paar wenige Kollegen, die Lingualapparaturen anwenden. Wenn ein Patient hartnäckig das Tragen labialer Apparaturen verweigert, dann überweise ich ihn einfach an einen Kollegen, der linguale Apparaturen anbietet. Zumindest in den USA wird die linguale Kieferorthopädie aus meiner Sicht niemals eine herausragende Stellung einnehmen. Das kann in Europa vielleicht anders aussehen. Zur Popularität lingualer Apparaturen in anderen Teilen der Welt kann ich mich daher nicht wirklich äußern.

KN Im nächsten Jahr werden Sie Ihre Vortrags-Abschiedstour antreten, die Sie u. a. nach Hannover (20./21.3.2009) führen wird. Worauf dürfen sich die Teilnehmer bei Ihrem letzten Vortrag in Zentraleuropa „Best of Kokich – experiences and vision“ freuen bzw. welche Hauptgebiete werden darin umrissen?

Ja, Sie haben recht. Nach vielen Vorlesungsreisen nach Deutschland in den letzten zehn Jahren werde ich in Hannover meine letzte Vorlesung geben. Ich freue mich auf diese Stadt, die ich bisher noch nicht gesehen habe. In meiner Vorlesung dort werde ich besonders auf die Team- und interdisziplinäre Behandlung von Problemen eingehen, mit denen ein Zahnarzt konfrontiert ist. Ich bitte die Kieferorthopäden, ihre zuweisenden Zahnärzte, ihre Parodontologen und Chirurgen mitzubringen. Diskussionsthemen sollen die Behandlungen erwachsener Patienten mit Zahnverschleiß, Erkrankungen des Zahnhalteapparates, geschwächter Okklusion, tiefem Überbiss, unästhetischer Zahnpositionierung und der Notwendigkeit

dentaler Implantate sein. Ich denke, das wird eine interessante Veranstaltung.

KN Werden Sie nach weltweit über 900 gehaltenen Vorträgen künftig nicht doch etwas vermissen?

Ja, vielleicht werde ich die Lehrtätigkeit vermissen. Ich habe immer gern mein Wissen mit interessierten Kollegen geteilt, die ihre klinischen Fähigkeiten verbessern möchten. Ich glaube aber, dass es einen festen Zeitpunkt gibt, an dem man das Pult verlassen sollte. Ich möchte diesen Aspekt meiner beruflichen Laufbahn verlassen, solange ich mich noch nahe dem Höhepunkt meiner Leistungsfähigkeit befinde. Ich denke, viel zu viele Lehrende warten damit zu lange und lehren auch noch dann, wenn sie ihren Zenit schon überschritten haben. Darum will ich auf dem Höhepunkt gehen. Hoffentlich werde ich dieses Ziel mit dem Beenden meiner Karriere als Lehrender im kommenden Jahr 2009 erreichen.

KN Wie sehen Ihre Zukunftspläne aus? Wo werden künftig Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen?

Ich werde der Kieferorthopädie treu bleiben und auch weiterhin an der University of Washington in Seattle lehren. Ich arbeite gern mit den Studenten. Sie stimulieren mich, weiterzulernen und auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu bleiben. Ich werde wahrscheinlich auch meine journalistische Arbeit weiterführen. Im Moment arbeite ich als assoziierter Herausgeber für eine Reihe verschiedener kieferorthopädischer und zahnärztlicher Publikationen. Ich schreibe gern und werde daher weiterhin für diese Zeitschriften arbeiten. Und schließlich gibt es noch vier Bücher, die ich gern schreiben möchte. Wenn man so viel reist wie ich, dann kann man sich einer Aufgabe wie dem Schreiben eines Buches kaum widmen. Also werde ich, wenn ich nicht mehr reise, Bücher über Impaktierung, Erwachsenenkieferorthopädie, interdisziplinäre Behandlungen und effektive Lehrtechniken schreiben. Damit bin ich sicher erst einmal für die nächsten Jahre beschäftigt.

KN Haben Sie herzlichen Dank für dieses Interview.

KN Kurzvita



Vincent G. Kokich DDS, MDS

- geboren am 17. September 1944
- 1966 B.A. Biology, University of Puget Sound
- 1971 DDS Dentistry, University of Washington
- 1974 MDS Orthodontics, University of Washington
- seit 1974 eigene Praxis in Tacoma/Washington

- seit 1986 Professor an der Abteilung für KFO der University of Washington
- seit 1975 Berater des Mary Bridge Childrens Hospital in Tacoma/Washington
- diverse Mitgliedschaften, u.a. in der American Association of Orthodontics und der American Association of Dental Research
- erhielt zahlreiche Preise, u.a. Salzmänn Award (2000), ICO Award (2001) sowie AAED-Award for Teaching Excellence (2004)
- neben zahlreichen Publikationen in Fachbüchern Tätigkeit bei verschiedenen Journalen (u.a. Herausgeber der Case Reports des „American Journal of Orthodontics and Dental Orthopedics“) sowie Mitarbeit im Editorial Board des „Clinical Orthodontics and Research“ und des „Journal of the American Dental Association“