

KN KONGRESSE

„Neue Techniken benötigen Reifungszeiten“

KN Kieferorthopädie Nachrichten im Gespräch mit Prof. Dr. med. dent. Ingrid Rudzki-Janson, der Präsidentin der 76. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) vom 10.–14. September 2003 in München

KN Die DGKFO-Tagung ist vorbei, die Arbeit getan. Wie erfolgreich war die 76. Wissenschaftliche Jahrestagung und wie zufrieden sind Sie als Tagungspräsidentin?
Zufriedenheit ist ein subjektiver Begriff. Als Tagungspräsidentin bleibe ich im Rückblick selbstkritisch, reflektiere aber den Gesamteindruck korrekt mit der Feststellung: Die Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie war erneut ein großer Erfolg und spiegelt die Zusammengehörigkeit und das Interesse an der Wissenserweiterung der Berufskolleginnen und -kollegen nicht nur infolge hoher Besucherzahlen, sondern durch die stets umfassende Hörsaalbelegung wider.

KN München 2003 hatte mit nahezu 2000 Kieferorthopäden eine Rekordteilnehmerzahl aufzuweisen. Was hat die Kollegen besonders an dieser Tagung gereizt?
Angeregt hat natürlich primär das Vortragsangebot und sekundär auch der reizvolle kulturreiche Kongressort München. Da die Kieferorthopäden derzeit eine berufspolitische kritische Phase zu durchlaufen haben, dürfte auch der Wunsch nach einem Gedankenaustausch zu fachlichen wie wirtschaftlichen Perspektiven mitgespielt haben.

KN Schon die Eröffnung des Kongresses mit Altmagnifizenz waren ebenso ein Erlebnis wie das sich anschließende Get-together im Lichthof – für wie bedeutsam halten Sie diese Kontaktmöglichkeiten unter den Kollegen?
Das waren Highlights, nicht nur wegen des Veranstaltungsortes AULA der traditionsreichen mit zwölf Nobel-

preisträgern ausgezeichneten Ludwig-Maximilians-Universität München, was die akademische Rolle des Faches Kieferorthopädie unterstrich, sondern auch dank der Grußworte, die weit über ein „Grüß Gott in Bayern“ hinausgingen, und die alle nicht ohne politische Brisanz bei gleichzeitig rhetorischer Brillanz waren. Beim Get-together stiegen Temperatur und Stimmung simultan, man sah sich wieder und fühlte sich als Mitglied einer großartigen Familie.

KN Sie haben mit dem großen Saal der Münchner Philharmonie einen wunderschönen Tagungsraum gewählt. Wie aktiv waren die Tagungsteilnehmer in der wissenschaftlichen Diskussion?
Der Rahmen Philharmonieaal wirkte sich auf die festliche Grundstimmung aus und regulierte vermutlich auch, dass kritische Diskussionen, offen und auch kontrovers geführt, nie disharmonisch ausufernten. Insgesamt, so mein Eindruck aus Pausengesprächen, war das Diskussionsbedürfnis größer, als die zur Verfügung stehende Zeit. Ein Manko fast aller Kongresse. Dafür liefen in den Pausen die Erörterungen engagiert weiter, sodass man merkte, wer wann den Nerv der Hörer getroffen hatte.

KN Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse hat die Tagung auf dem Gebiet der Bisslage-Korrekturen ergeben?
Beim ersten Verhandlungsthema „Korrektur der Bisslage, Realität oder Fiktion?“ fordert schon die provokative Unterstellung, dass ein Dauererfolg nach kieferorthopädischen Bemühungen kein real erreichbares Ziel sein könnte. Die Diskussion über das Gewicht unterschied-

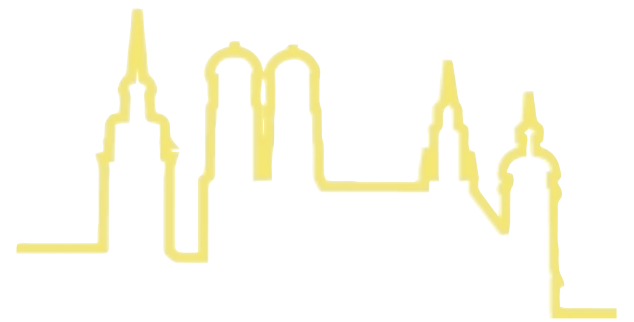
licher anatomischer Vorgaben und therapeutischer Ansätze zeigte, wo Lehrmeinungen und Praxiserfahrungen sich wechselseitig befruchteten. Der Schlüssel zur richtigen Antwort liegt primär in der differenzialdiagnostischen Bewertung einer „Bisslage“, also der Lagebeziehung zwischen Maxilla und Mandibula im skelettalen Bereich, unter Beachtung der dentalen Relationen. Hier müsste die Position der Zähne zum jeweiligen Kieferabschnitt sowie Art und Ausmaß der jeweiligen dentalen Kompensation Beachtung finden, und dies stets in Abhängigkeit vom funktionellen Einfluss der das Zahnsystem umgebenden Muskulatur. Weiter steht die Lage der Kiefergelenke bei entspannter Muskulatur, nicht seitenverschoben, zur Diskussion!

Unter Einbeziehung dieser morphologischen und funktionellen Vorgaben lässt sich dann der individuell richtige Behandlungsweg erkennen. Bei Beachtung der Wachstumszeit sowie des individuellen Wachstumspotenzials und der Wachstumsrichtung der skelettalen Kieferanteile, insbesondere der Mandibula, lässt sich die richtige Behandlungszeit für die gewünschte basale Harmonisierung festlegen. Eine Bisslagekorrektur ist demnach möglich, aber die korrekte Frage muss lauten: Wie viel kommt dabei dem therapeutischen Einfluss zu und wie viel der wachstumsbedingten natürlichen, individuell vorgegebenen Veränderung der Kieferbasen? Als Konsequenz steht dem prognostischen Bewerten eines Anfangsbefundes höchste Priorität zu. Dazu sind eine Vielzahl von klinischen und technischen Analysen notwendig, um brauchbare Aus-

sagen für die Behandlungsplanung zu erhalten. Bei der Vorstellung gerätespezifischer Wirkungen von unterschiedlichen abnehmbaren wie festsitzenden bimaxillären Apparaturen zur kieferorthopädischen Bisslagekorrektur dominierte konsequenterweise der Hinweis auf die Präsenz von Wachstum, wobei Lokalisation, Ausmaß und Lenkbarkeit unter Einbeziehung vergleichender Studien zu unbehandelten Patienten zu realistischen Aussagen führen. Darüber wurde heiß diskutiert. Langzeituntersuchungen zeigen deutlich, in welcher Weise diese Bisslagekorrekturen erfolgen können und welchen Stellenwert die individuelle Beurteilung von Position und Anpassungspotenzial der Kiefergelenke für Prognose und Stabilität der Behandlungsergebnisse einnimmt.

KN Lassen sich neue Trends erkennen, haben sich deutliche Neubewertungen ergeben?
Höchstes Interesse galt dem richtigen Zeitrahmen für die Korrektur der Lagebeziehung von Maxilla zur Mandibula. Der Hinweis auf das unterschiedliche Ausmaß von Restwachstum führt sicher dazu, Notwendigkeit, Umfang und somit Häufigkeit von kieferorthopädisch-chirurgischen Maßnahmen beim jungen Erwachsenen, neu zu bewerten. Alle Vergleiche führen jedoch nur dann zu klinisch brauchbaren Empfehlungen, wenn die Behandlungsergebnisse unserer Patienten den skelettalen und dentalen Veränderungen von unbehandelten Probanden, die betreff Gesichtstyp und Charakter der morphologischen Strukturen wie im Wachstumsstand auch vergleichbar sind, gegenüber gestellt werden.

KN Haben sich beim zweiten Verhandlungsthema, der Extraktionstherapie, neue Aspekte ergeben und lassen sich Einflüsse der deutlich verbesserten Prophylaxe erkennen?
Im zweiten Verhandlungsthema „Extraktion im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie – Indikation und Alternativen“ erfolgte der Austausch von eindeutigen Extraktionsstrategien und das Abwägen von Alternativen in der so genannten Grauzone zwischen Ex- und NonEx-Kasus. Moderne diagnostische Verfahren ermöglichen heute diesen Grenzbereich zwischen „Ex- und NonEx“ einzuschränken, ohne die Stabilität der Ergebnisse zu gefährden. Die Zahl der kariesfreien Gebisse in unserem Land steigt Gottlob stetig durch die Erfolge der individuellen Pro-



phylaxe ebenso wie der Gruppenprophylaxe an. Damit wurde und wird eindeutig der so genannte sekundäre Engstand in seiner Häufigkeit drastisch reduziert und damit verbunden auch dieser Part der Extraktionsindikation. Zu Beginn meiner eigenen fachzahnärztlichen Praxistätigkeit Anfang der 70er Jahre lag die Häufigkeit der Patienten mit dem klinischen Bild eines erworbenen sekundären Engstandes im Seitenzahngelände infolge frühzeitigem, kariesbedingtem Verlust von Milchzähnen in den Stützzonen noch bei 40 %. Jetzt sind es höchstens 5 % der Patienten, die diesen Befund aufweisen. Solche Zahlen müssen jedoch immer nach dem jeweiligen Patientenklintel einer Praxis beurteilt werden; sicher sind in Gebieten mit Trinkwasserfluoridierung durch die Natur, auch früher schon die sekundären Engstände in geringerer Häufigkeit angefallen. In diesem Zusammenhang wäre die Frage nach dem Einfluss der verbesserten Prophylaxe klar zu bejahen, womit auch die dadurch mögliche, korrekte, nur nach kieferorthopädischer Anforderung ausgerichtete Zahnwahl bei Extraktionspatienten mit Erleichterung und Verbesserung der Behandlungsdurchführung, angesprochen ist. Wir müssen heute nicht mehr so häufig wie früher auf kariöse Zähne an unerwünschten Extraktionspositionen im Zahnbogen Rücksicht nehmen. Interessant erscheint mir hier auch der Hinweis am Kongress, dass bezüglich der Fluoridierungsmaßnahmen vom Säugling bis hin zum Erwachsenen bisher noch keine Abstimmung mit den Kinderärzten in Deutschland erfolgte.

KN Gibt es auch hier neue Trends oder Neubewertungen?
Das Ineinandergreifen von Grundlagenforschung, klinischen und wissenschaftlichen Erfahrungen sowie neuen Diagnoseverfahren hat für die im Grenzbereich zwischen Ex- und NonEx-liegenden Befunde bei primärem und tertiärem Engstand, beide anlagebedingt, zur Konstruktion von dental resp. skelettal angreifenden Gerä-

ten Platzbeschaffung im Zahnbogen dienen. Neben dental angreifenden Maßnahmen zur Distalisierung von Molaren, soweit indiziert, stehen skelettal angreifende Maßnahmen, maxillär die Gaumennahterweiterung, mandibulär die chirurgisch unterstützte Distaktionsosteogenese zur Verfügung. Moderne Verankerungskonzepte, im Einklang zur Biomechanik und Ästhetik, bringen weiter immer größere Verankerungssicherheit und Tragekomfort. Interessant erschienen mir die Beiträge zur Gaumennahterweiterung: Eine histomorphometrische Studie zeigte in den Verknöcherungsarealen der Sutura palatina mediana nur geringe Unterschiede zwischen dem Kindesalter und dem Erwachsenen. Damit wäre der Anteil der Sutura am zunehmenden transversalen Widerstand der Maxilla bei älteren Erwachsenen offenbar wesentlich geringer ist, als bisher vermutet.

Die Methode der schnellen Gaumennahterweiterung stellt eine realistische Möglichkeit dar, einen Platzgewinn zu erzielen, verbunden mit der Chance einer Verbesserung der Nasenatmung. Die hohen hier zum Einsatz kommenden Kräfte, die mit 80–120 N gemessen wurden, legen eine relativ kurze Behandlungszeit nahe, um Schäden am Parodont zu vermeiden. Eine Finite-Elemente-Studie berechnete im Rahmen virtueller Experimente die Verteilung der induzierten Spannungen bei der forcierten Gaumennahterweiterung für das Mittelgesicht und visualisierte sie dreidimensional. Bei dental aufgetragenen Kräften im Seitenzahngelände von 80–120 N kommt es dabei im Mittelgesicht zu einer charakteristischen Spannungsverteilung. Auch wenn die gemessenen Spannungen deutlich unter der Belastungsgrenze der anatomischen Knochenstrukturen lagen, fielen die erzielten Spannungsspitzen in die Le Fort-I, -II und -III-Ebene und damit in potenzielle Schwachzonen des Mittelgesichts. Bei der daraufhin einsetzenden lebhaften Diskussion war man sich einig, dass auch bei der



Die diesjährige Tagungspräsidentin Frau Prof. Dr. Ingrid Rudzki-Janson bei der feierlichen Eröffnung in der Aula der Ludwig-Maximilians-Universität München.

forcierten Gaumennahterweiterung eine Kontrolle und Dosierung der eingesetzten Kräfte zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen beitragen kann.

KN Welche Bedeutung messen Sie den freien Themen bei einem ansonsten themengebundenen Kongress zu?
Freie Vorträge sind die Würze des „geistigen Mahls Tagung“. Sie stimulieren infolge der thematischen Spannweite ebenso, wie dank der zumeist jüngeren Referenten und Referentinnen, Einblicke in die Zukunftsthemen des Faches zu nehmen. Ich habe die Vielzahl der Anmeldungen zu Vorträgen hier deshalb begrüßt, aber bedauert, dass teilweise aus Zeitgründen auf die Postermöglichkeit verwiesen werden musste. Im Verhandlungsblock der freien Themen spiegelte sich meist das komplette Spektrum kieferorthopädischer Möglichkeiten wieder: Neben Grundlagenforschung zur Gewebsreaktion sowie neueste diagnostische und therapeutische Verfahren, kamen die interdisziplinäre Behandlung von Syndrompatienten und Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten zur Vorstellung, ebenso wie Fragestellungen aus den Bereichen Wachstum, Epidemiologie und Ästhetik. Interessant erscheint der Hinweis auf eine von der Kieferorthopädischen Studiengruppe Bodensee e.V. herausgegebene „Kieferorthopädische Terminologie“, die den interdisziplinären Dialog erleichtern soll.

KN Welche Themen haben Sie besonders gern in die Vortragsliste aufgenommen und haben die gehaltenen Referate die Erwartungen erfüllt?
Keine thematische Präferenz meinerseits, da ich dank der eingereichten Abstracts wusste, wie anregend jeder Vortrag zu werden versprochen und dieses Versprechen wurde dann erfreulicherweise Wirklichkeit.

KN Sind neue Trends in der Forschung schon genügend präsentiert worden, und auf welchen Gebieten liegen diese Trends?
Sowohl in der Diagnostik wie in der prä-therapeutischen Prognose wurden neue Verfahren vorgestellt, die dank Computertechniken visuelle Patientenmotivations erleichtern werden. Die vom reziproken Effekt der Krafteinwirkung freien orthodontischen Implantatsysteme dürften neue Trends, die nahtlos umgesetzt werden, in der tägliche Praxis setzen.

KN Hat die Tagung Bereiche aufgezeichnet, in denen die Kenntnislücken in der nächsten Zeit unbedingt geschlossen werden sollten?
Kenntnislücken, das klingt defizitär und trifft damit nicht den Punkt. Es zeichneten sich neue Entwicklungslinien in der Forschung und der praktischen Umsetzung von Erkenntnissen ab. Falls Sie auf evidenz-basiert hinauswollen, so sehe ich in dieser Forderung ein Schlagwort, dessen Umsetzung zwar im naturwissenschaftlichen Bereich

reich der Kieferorthopädie und Medizin generell bestimmend wird, für unsere Patienten immer, bei deren Individualität beginnend, mit genetischen Vorgaben, ethnischer Herkunft, Familien- und Ausbildungssystemen usw. kritisch korreliert werden muss. Trends kritisch zu hinterfragen sollte die Wissenschaft kennzeichnen!

KN Welche Bedeutung messen Sie der immer stärker bearbeiteten biologisch orientierten Grundlagenforschung in der Kieferorthopädie zu?
Sicher hat die biologisch orientierte Grundlagenforschung einen zunehmenden Stellenwert. Bioreaktionen werden zunehmend in Nano-größen messbar statt „philosophisch“ erwartet zu werden.

KN Werden die biologisch-diagnostischen Verfahren in der Kieferorthopädie mehr ausgebaut oder bleiben sie weiterhin Stiefkind der KFO?
Sie waren nie Stiefkind in der Kieferorthopädie. Sie wurden immer in speziellen Fragen und meist in Kooperation innerhalb der medizinischen Fakultät bearbeitet. Die Forschungsarbeit wird Geld und qualifizierte Fachkollegen benötigen; ob die Gesellschaft bereit ist, die Bedeutung solcher Investitionen in die Zukunft bei derzeit leeren Kassen zu ermöglichen, wird sich erweisen.

KN Hat es grundlegende Arbeiten mit neuen Erkenntnis-

sen zur Wirksamkeit oder Schädigung bei Straightwire-Apparaturen gegeben?
Neue Untersuchungen aus Düsseldorf und Ulm haben gezeigt, dass bereits bei kleinen Kräften Zahnresorptionen bei Nivellierung der Zahnreihen, ebenso bei Intrusion und Torquebewegung der Zähne entstehen können. Die Suche nach geeigneten Materialien, die unerwünschte Nebenwirkungen verhindern, geht weiter. Noch ist aber unklar, ob nicht geringe Resorptionen bei jeder Zahnbewegung auftreten, die damit der Narbe eines Chirurgen entsprechen. Die Bedeutung dieser Veränderung für Funktion und Stabilität wird weiter hinterfragt werden müssen, unter Einbeziehung von individueller Disposition mit Allgemeinbefund sowie exogener Faktoren wie Kaukraft, Parafunktionen, Habits und anderen Faktoren.

KN Sind unsere Kenntnisse von den biomechanischen Gesetzen in der Kieferorthopädie durch neue physikalische Beurteilungen korrigiert worden und werden diese Veränderungen in der Anwendung ausreichend beachtet?
Die physikalischen Gesetzmäßigkeiten gelten heute wie eh und je, auch wenn manche Denkrichtungen in der Kieferorthopädie dies in Frage stellen. Man sollte neue Ideen weder exkludieren noch kanonisieren, sondern selbstkritisch prüfen, ehe Jubel ausbricht.

KN Sind wesentliche Veränderungen der praktischen Kieferorthopädie durch die Implantate, Autotransplantate und Distractionsosteogenese zu erwarten?
Das ist sehr wahrscheinlich, da diese Verfahren im praktischen Umsetzungsstadium sind und man zunehmend prüfen wird, ob Nutzen und Risiken – denn ohne die findet man nie neue Wege – ausbalanciert sind. Die Zukunft bleibt hier interessant.

KN Werden diese Methoden die KFO von einem wenig invasiven zu einem invasiven Fach verändern?
Das glaube ich bereits bejaht zu haben. Allerdings dürfte der non-invasive Anteil stets überwiegen. Stimulierende Tendenzen sind erst dann wirklich zu erwarten, wenn neue Methoden weniger Rezidivanzfälligkeit als die klassischen Verfahren bestätigen. Außerdem kommt bei solcher Fragestellung und deren Beantwortung immer der jeweilige Patiententyp und sein Charakter, also seine Gesamtdiagnose sowie deren differenzialdiagnostischer Abklärung Bedeutung zu. Dadurch wird vorgegeben, welcher Behandlungsweg richtig oder falsch ist und nicht ein Modetrend in der Therapie, mit Interventionen, die teilweise in ihrem Wirkungsspektrum sowohl während der Behandlung als auch nach der Behandlung, vor allem bezüglich der sich dann anschließenden Entwicklung beim Patienten basal, dento-basal, dento-alveolär und funktionell noch nicht bekannt sind.

KN Haben neue Verfahren der computergestützten Model-



Für die erste und letzte Vortragsreihe hatten Tagungspräsidentin Prof. Dr. Ingrid Rudzki-Janson sowie DGKFO-Vorsitzender Prof. Dr. Peter Schopf den Vorsitz übernommen.

lierung von biologischen Vorgängen schon Eingang in die tägliche Diagnostik gefunden oder sind wir davon noch weit entfernt (finite Elemente, Hologramme...)?
Wir stehen hier an einer Schwelle, die in der Praxis noch nicht generell überschritten wurde. Neue Techniken benötigen Reifungszeiten. Der Praktiker wird erst dann investieren, wenn mit einer neuen Technik mehr Erfolgssicherheit für seine Patienten verbunden ist.

KN Sollte die Kieferorthopädie ihr diagnostisches Konzept noch viel mehr durch Tests erweitern, um zu einem hocheffektiven Behandlungsgang zu kommen?
Der Aussagewert von Tests ist unterschiedlich zu beurteilen. Ein Test am Patienten ist ethisch limitiert, eine Patientenumfrage als Testverfahren statistisch erst dann aussagestabil, wenn der Ansatz methodenkritisch überprüft wurde.

KN Welche Bedeutung haben die aktuellen politischen Veränderungen im Leistungsspektrum der Krankenkassen für die Leistungsfähigkeit und Evidence der Behandlung?
Das Kassensystem fordert natürlich einfache Behandlungswege und preiswerte Materialien. Es bleibt zu fürchten, dass auf dieser Basis Behandlungsmittel zum Einsatz kommen, die für den jeweiligen Befund ungeeignet sind und die die Qualität der Behandlungsergebnisse negativ beeinflussen. Prospektive und randomisierte Studien müssen die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden und neuen apparativen Empfehlungen durch intensive Forschung belegen.

KN Erwarten Sie eine deutliche Diskrepanz zwischen dem wissenschaftlich möglichen und dem gesellschaftlich finanzierbaren KFO-Konzept?
Diese Diskrepanz ist deshalb weitgehend fiktiv, weil die Öffentlichkeit durch die zahlreichen Medienberichte weiß, was „machbar“ ist. Hier vertraue ich auf das Beurteilungsvermögen der Eltern, wenn es um ihre Kinder geht, angefangen vom Kleinkindalter über das Kindesalter bis hin zum Jugendlichen. Man kann die Elternbereitschaft, für eine optimale Funktion und Ästhetik im Kausystem ihrer Zöglinge Sorge zu tragen, nur schätzen und sich anregen lassen z.B. von Verkaufszahlen der Kleiderschäfte: Kindersachen sind immer heiß begehrt, selbst

wenn Erwachsenenmode kein Verkaufsartikel mehr ist! Man muss erwarten, dass die Politik aus Wahlergebnissen lernt, und nicht dort gesellschaftliche Finanzierungshindernisse aufgebaut werden, wo der richtige und frühe Einsatz von Geldmitteln kostspieligere Spätschäden zu vermeiden hilft. Es muss ein Spielraum existieren, der über den von der Kasse bezahlten Bereich, auch noch die Verwendung spezieller materieller und ästhetischer Komponenten ermöglicht, die naturgemäß einen höheren Preis verursachen. **KN**

KN Kurzvita



- Prof. Dr. med. dent. Ingrid Rudzki-Janson**
- geb. 1942 in Königshütte/Oberschlesien
 - Abitur in Coburg, dann Studium der Zahnmedizin an der LMU-München
 - Promotion 1970 zum Dr. med. dent.
 - Anerkennung als Fachärztin für Kieferorthopädie 1971 (KFO-Weiterbildung bei Prof. Ascher, München; Prof. Rosenstein, Chicago, und Prof. Hasund, Norwegen)
 - 1977 Habilitation, LMU-München
 - 1974 bis 1991 KFO-Fachpraxis in München
 - 1980 Ruf auf den Lehrstuhl für KFO an der Universität Göttingen
 - 1982 Ernennung zur apl. Professorin an der LMU-München
 - 1984 Angebot zur Lehrstuhlvertretung FU Berlin
 - 1991 Ruf auf den Lehrstuhl für KFO an der LMU-München, seither Direktorin der Poliklinik für KFO der LMU-München
 - seit 1996 2. Vorsitzende des Ausschusses für Zahnärztliche Prüfung
 - 1999 Auslandsbeauftragte der Medizinischen Fakultät
 - Tagungspräsidentin der 76. Wissenschaftlichen DGKFO-Jahrestagung 2003 in München
 - Mitglied vieler nationaler und internationaler Fachgesellschaften
 - 1986 Mitglied des ICD, seit 1986 Vorstandsmitglied des Vereins zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e.V., 1991 bis 2001 als 1. Vorsitzende
 - Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie, 1. Vorsitzende 1997–2000
 - Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen sowie Lehrbücher

ANZEIGE

Das KFO-Vollprogramm, das mitdenkt

WinDiag professional

Diagnostik | Therapiekontrolle | Abrechnung | Praxismanagement

- ▶ das spezialisierte Kieferorthopädie-Praxismanagement-Programmsystem
- ▶ modular und als Vollprogramm mit Volumendimensionierung nutzbar
- ▶ Industriestandard (32 bit-Anwendung, SQL-Datenbanktechnik, alle modernen Kommunikationsmöglichkeiten, Kompatibilität zu anderen Windowsprogrammen)
- ▶ mit kostensparendem Updating, Soft- und Hardware-Ferndiagnostik und Fernwartung
- ▶ ein durchgängig von Kieferorthopäden und EDV-Spezialisten konzipiertes und in einem Guss programmiertes Programmsystem

Wenn Sie Ihre Behandlungsleistung beendet haben, hat WinDiag bereits abgerechnet – ohne eine Leistung zu vergessen – denn immer, wenn Sie eine Leistung anordnen oder planen, ist WinDiag dabei:

differenziert ausdrückbares Behandlungsblatt · Stammdaten- und Befunderfassung · digitale intra- und extraorale Fotografie · Modellvermessung · Okklusogrammdiagnostik · digitale und konventionelle Röntgenauswertung · Therapieplanung · Konstruktion herausnehmbarer Spangen mit Konformitätsservice · Planung von Bögen und festsitzenden Apparaturen · differenzierte private 13/2 und Bema-Abrechnung mit vielen Möglichkeiten · automatische Verbuchung von elektronischen Überweisungen · exzellente Terminplanung.

In vielen Praxen werden erbrachte Leistungen vergessen (bis zu 16 % der Abrechnung) – WinDiag kann Ihnen abends mit dem letzten Patienten die exakte Leistungsübersicht vorlegen.

WinDiag VertriebsGmbH | Nürnberger Str. 27 | 90513 Zirndorf | Telefon 0911/9607219 | Fax 0911/6001829
Homepage: www.windiag.de