



MEHRLEISTUNGEN

EIN LANGER WEG

■ **NACHGEFRAGT**
Interview mit Prof. Dr.
Dr. Ralf J. Radlanski

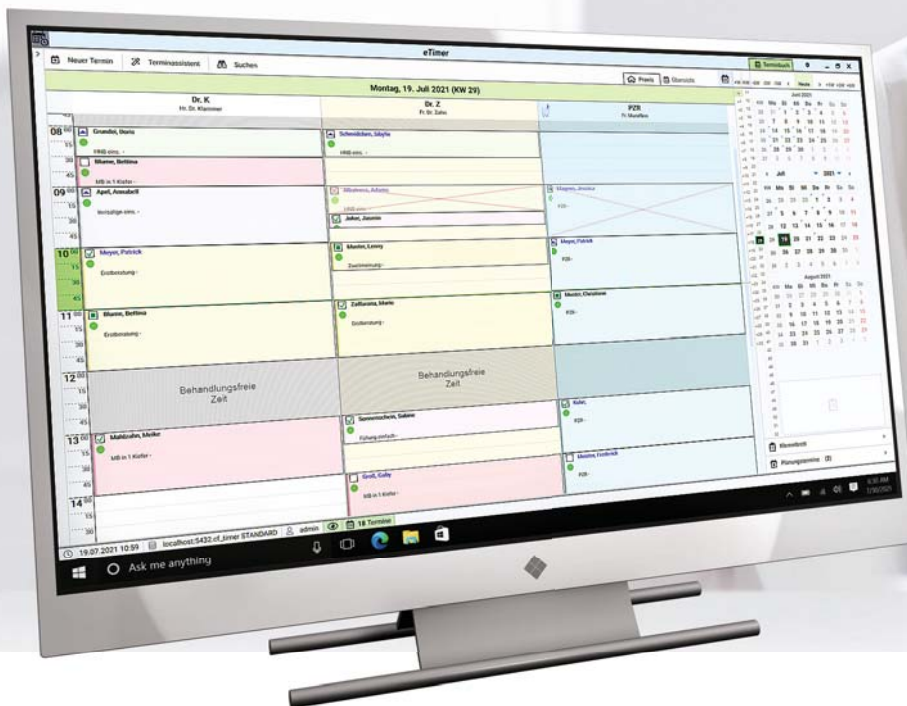
■ **RÜCKBLICK**
KZS- und
GBO-Kongress

■ **FALLBERICHT**
Frühbehandlung
nach aktueller Vorgabe

02

Der neue **eTimer** das innovative Terminmanagement

- + individuelle Ressourcenplanung
- + anpassbares Praxislayout
- + Checkin / Checkout mit QRCode



Vereinbaren Sie noch heute
einen Präsentationstermin.

www.cf-computerforum.de

Telefon: 04121-238 130

02 „UNBEZWINGLICH IST, WER WARTEN KANN.“



(DEUTSCHES SPRICHWORT)

Der Gesetzgeber hatte den Bundesmantelvertragspartnern (KZBV und GKV-Spitzenverband) im § 29 SGB V eine Aufgabe gestellt, die bis spätestens 31.12.2022 zu erledigen war.

Wie wir wissen, gab es in den letzten Jahren Ereignisse, die alles etwas verzögerten. Das galt auch für die Verhandlungen der Bundesmantelvertragspartner.

Aber was lange währt wird endlich gut!? Diese Frage haben wir uns in den letzten Monaten immer wieder gestellt.

In der Zeit, in der die Verhandlungen noch in vollem Gange waren, gab unser Gesundheitsminister im Finanzstabilisierungsgesetz bekannt, dass die Ärzte und Zahnärzte einen erheblichen Teil der vorgesehenen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen zu tragen haben.

So war es nur folgerichtig, dass die KZBV einer Ausweitung der Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung eine deutliche Absage erteilte. So können wir heute feststellen, dass der Beschluss zu Mehr- und Zusatzleistungen sich eng an die Vereinbarung von 2016 hält und keine erheblichen Änderungen vorsieht. Auch wenn wir uns vielleicht eine noch engere Zusammenarbeit von KZBV und BDK gewünscht hätten, kann sich das Ergebnis sehen lassen. Hier hat die KZBV unter neuer Führung durch Kollegen Hendges ein klares Signal in Richtung

Krankenkassen und Gesetzgeber gesendet. Eine Leistungsausweitung bei gleichbleibendem budgetierten oder sogar abgesenkten Honorar ist mit der Zahnärzteschaft nicht zu machen!

Besonders hervorheben möchte ich die Tatsache, dass ab 1.7.2023 der Intraoralscan endlich mehrleistungsfähig ist. Damit wurde eindeutig klargestellt, dass der Intraoralscan über die Leistungsbeschreibung der 7a deutlich hinausgeht. Eine ausführliche Einordnung haben wir Ihnen mit der Post aus Berlin bereits unmittelbar nach Bekanntwerden der Beschlüsse zur Verfügung gestellt. Weitere Erläuterungen finden Sie in diesem Heft.

Durch den über 20-jährigen Kampf für die Mehrleistungen ist es gelungen, einen Katalog von Leistungen zu schaffen, die mit den Krankenkassen verhandelt sind, und sich damit von den immer wieder angegriffenen IGeL-Leistungen im ärztlichen Bereich deutlich unterscheiden.

Wie schwierig und manchmal steinig dieser Weg war, lesen Sie im Leitartikel.

Ich wünsche Ihnen eine entspannte Lektüre sowie einen erholsamen Sommerurlaub und hoffe, wir sehen uns dann im September in Stuttgart.

Ihr
Dr. Hans-Jürgen Köning

ABZ-Factoring-Navigator für ivoris®

Optimieren Sie Ihre KFO-Factoring-Prozesse und verwalten
Sie Ihre Finanzen einfach und effizient.

Der ABZ-Factoring-Navigator bietet Ihnen zahlreiche Funktionen
zur Optimierung Ihrer KFO-Factoring-Prozesse:

- » Nahtlose Integration in die marktführende KFO-Software ivoris®
 - » Direkter Zugriff auf die ABZ-Rechnungsübersicht
 - » Schnelles und unkompliziertes Stornieren von Rechnungen
- » Einfache Möglichkeit zur Zahlungszielverlängerung für Ihre Patienten
 - » Optimaler Überblick über aktuelle Ratenzahlungen



Vereinbaren Sie jetzt Ihr kostenloses Erstgespräch über den
angegebenen Link und erfahren Sie mehr über die Vorteile
des ABZ-Factoring-Navigators sowie die Optimierungs-
möglichkeiten Ihrer Factoring-Prozesse.

Wir freuen uns auf Sie!



ABZ

ivoris® ortho
die führende KFO-Software

03 EDITORIAL

05 INHALT

06 LEITARTIKEL

Ein langer Weg - 20 Jahre
Kampf für Mehrleistungen

08 PANORAMA

„Kieferorthopädie wird weltweit auf
einem hohen Niveau betrieben - es
ist per se ein internationales Fach“

14

Protest auf Schalke -
der BDK ist dabei

16 WIRTSCHAFT UND RECHT

Endlich Klarheit - die Beschlüsse
des Bewertungsausschusses zu
Mehr- und Zusatzleistungen

18

Synopse Mehrleistungen
gem. § 29 Abs. 6 SGB V

26

Information, Formular, Differenz-
berechnung: Wie ging das nochmal
genau mit der Vereinbarung von
Mehrleistungen?

30 WISSENSCHAFT

Frühbehandlung nach aktueller
Vorgabe der S3-Leitlinie „Idealer
Behandlungszeitpunkt kiefer-
orthopädischer Anomalien“

38 KONGRESS- NACHBERICHT

Transdisziplinarität als Ausgangs-
basis für moderne Kieferorthopädie

46

GBO-Jahreskongress in Bonn
hinterlässt imposante Eindrücke -
fachlich, menschlich, kulturell

54 AUS DEN LÄNDERN

Niedersachsen:
Save the Date: Fortbildungen der
Zahnärztekammer Niedersachsen

55

Thüringen: „Es wird perspektivisch
zu Versorgungsproblemen kommen“

56

BDK Sachsen-Anhalt: „Standespoli-
tisches Engagement ist elementar
und zeugt von Verantwortung gegen-
über dem eigenen Berufsstand“

60 MARKT

66 IMPRESSUM



06 - LEITARTIKEL



16



26

E IN LANGER WEG – 20 JAHRE KAMPF FÜR MEHR- LEISTUNGEN

Von Dr. Hans-Jürgen Köning und Dr. Gundi Mindermann

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu Mehr- und Zusatzleistungen in der Kieferorthopädie gilt nun eine verbindliche und sichere Grundlage für die Vereinbarung und Abrechnung von privatärztlichen Leistungen bei gesetzlich Versicherten. Das ist aus historischer Sicht beileibe keine Selbstverständlichkeit.

Es war vielmehr ein langer und steiniger Weg, an den sich viele jüngere Kolleginnen und Kollegen gar nicht mehr erinnern werden. Zum 1. Januar 2002 wurde das KIG-System eingeführt, um Ausgaben der GKV im Bereich der Kieferorthopädie einzusparen. Patienten in den KIG 1 und 2 wurden zu Privatpatienten. Im Jahr 2004 kam es sodann zur sog. Umrelationierung des BEMA hin zu einer „präventionsorientierten Zahnmedizin.“ Für die Kieferorthopädie war es – aller Präventionsorientierung zum Trotz – schlicht eine Abwertung um bis zu 30 Prozent. Mit dem heutigen Kenntnisstand und der Studienlage wäre dieser Schritt nicht möglich gewesen. Leistungen, die GKV-Patienten bislang in Anspruch nehmen konnten, waren nicht mehr erbringbar.

Die vertragszahnärztliche Versorgung im Bereich der Kieferorthopädie gewährleistete bis heute stets eine Behandlung, die dem zahnmedizinischen Standard entsprach. Sowohl Kieferorthopäden, aber auch Patienten wussten jedoch, dass

durch Innovationen Verbesserungen auch im Bereich der Vertragsleistungen möglich waren. Wollten gesetzlich Versicherte allerdings diese höherwertige Versorgung im Bereich der Vertragsleistung als Mehrleistung in Anspruch nehmen, entfiel nach damaliger Bewertung von KZBV und Krankenkassen der Anspruch auf die Sachleistung vollständig.

Gegen all diese Behinderungen in der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten erhob sich bundesweit ein massiver Widerstand, der vor allem in Niedersachsen bei einer großen Zahl von Kolleginnen und Kollegen zur Rückgabe der Kassenzulassung führte.

Die Reaktion der Presse auf die Rückgabe der Kassenzulassung und der Forderung, auch Kassenpatienten den Zugang zu höherwertigen Vertragsleistungen zu genehmigen, war unglaublich – nachweislich in den meisten Fällen schlicht falsch und reißerisch. Ein nur aus der Rückschau lustiger Höhepunkt war die Bitte eines TV-Teams, ein Interview mit dem damaligen Bundesvorsitzenden auf dem Parkplatz führen zu dürfen. Der von einer Fahrt über den Deich gezeichnete alte Mercedes-Kombi schaffte es allerdings nicht ins Fernsehen. Um das gängige Klischee zu bedienen, wurde ein gelbes Porsche Cabrio in den Bericht geschnitten. Es gipfelte in Falschaussagen, falschen Verdächtigungen und der Verfolgung der Patientenelementen aus den Praxen ohne Zulassung bis zum

Arbeitsplatz mit Worten: Sie wollen sich doch nicht von ihrer Kieferorthopädin über den Tisch ziehen lassen, oder? Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland sollten angeworben werden, um den Widerstand zu brechen – aber es kam keiner. Auch wenn der Ausstieg der niedersächsischen Kollegen am Ende durch eine „systemstützende“ Entscheidung des Bundesozialgerichts mit großen Härten für die Betroffenen endete, führte der Ausstieg zu einem großen Erfolg für alle Kollegen. So gelang es mit dem Hinweis auf mögliche weitere Aussteiger und dem damit verbundenen Drohpotenzial in einigen Ländern, unter der Federführung vom Herrn Kollegen Prokott und Beteiligung der KZBV und der TK, auch bundesweit durch die sog. Positivliste den Inhalt des BEMA-Z zu konkretisieren. Es wurde deutlich, was zur Regelleistung gehörte und was eben nicht.

In den Jahren bis zur Entscheidung des BSG und dem lang andauernden Widerstand wurde aus der Duldung der Mehrkosten im Alltag Selbstverständlichkeit. Man wollte keine weitere Eskalation und schon gar keine weiteren Zulassungsrückgaben. Wie es aber mit Selbstverständlichkeiten so ist – manchmal verliert man aus den Augen, wie zerbrechlich auch Selbstverständliches sein kann. Manch ein Kollege „vergaß“, dass es sich bei der Möglichkeit, Mehrleistungen zu vereinbaren, um ein Recht des Patienten handelte und die Grundlage immer noch eine bloße Duldung war. Hart traf es insoweit einen Kollegen, dem im Jahr 2010 wegen „schikanöser Zwangsmaßnahmen“ zur Herbeiführung einer Mehrleistungsvereinbarung die Zulassung entzogen wurde.

Solche Fälle führten auch dazu, dass die Vereinbarungen zu Mehrleistungen zwischen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Patientinnen und Patienten immer wieder in den Medien landeten und von der Presse verrissen wurden. Auch die Politik trat auf den Plan. Im Februar 2014 forderte der Gesundheitspolitiker Harald Weinberg (DIE LINKE), Testpatienten zu Kieferorthopäden zu schicken. Nach Berichten der FAZ bat Jens Spahn, damals gesundheitspolitischer Sprecher der CDU, das BMG um einen schriftlichen Bericht zu den in der Presse erhobenen Vorwürfen. Das BMG wandte sich an die KZBV, diese bat BDK, DGKFO und DGZMK um Unterstützung. Drei Tage später lag eine ausführliche Antwort vor, ein Beleg für die hervorragende Zusammenarbeit von Berufsverband und wissenschaftlichen Fachgesellschaften. An dieser Stelle gilt Frau Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke für Ihren Einsatz in dieser Zeit großer Dank.

Aber trotzdem ging der Widerstand gegen unsere Forderung weiter, der Patientenbeauftragte schaltete sich ein. Allerdings verhielt sich die bei Weitem überwiegende Zahl der Kolleginnen und Kollegen korrekt und so konnten die Vorwürfe der Patientenabzocke meistens zurückgewiesen werden. Eine Anfrage bei den KZVen ergab ganze 44 Beschwerden. Aufgrund auffälliger Einzelfälle, die leider immer wieder den Weg in die Medien fanden, bestand jedoch Handlungsdruck. Auf Bitten der KZBV wurden ein Letter of Intent zwischen KZBV und BDK vereinbart, den Umfang der Regelleistung und die Wahlfreiheit der Patienten und wissenschaftlicher Begleitung aufzuarbeiten. Nach wie vor waren Mehr-

leistungen aber nur geduldet und nicht anerkannt. Man bewege sich, so der jetzige KZBV-Vorsitzende Martin Hendges, noch im Jahr 2016 auf „dünnem Eis“.

2016 erfolgte dann die Vereinbarung zwischen KZBV und BDK mit wissenschaftlicher Begleitung durch die DGZMK und die DGKFO. Ein Meilenstein war erreicht. Ohne die Kolleginnen und Kollegen, die seinerzeit die Zulassung zurückgegeben hatten und so immer als Drohpotenzial für eine weitere Eskalation bei nicht Erreichen der Ziele dienten, wäre diese Vereinbarung nicht möglich gewesen. Das Recht der Patientinnen und Patienten auf persönliche Vereinbarungen bei Leistungen über dem vertragszahnärztlichen Bereich ohne Verlust der Vertragsleistung war nun jedenfalls auf der „eigenen Seite der Selbstverwaltung“ gesichert.

Der Abschluss der Vereinbarung wurde innerhalb des BDK von einigen Kollegen scharf kritisiert. Mehr Bürokratie, so hieß es – ja, für diejenigen, die sich bis dahin nicht an die geltenden Regelungen gehalten hatten. Es seien Leistungen „hergeschenkt“ worden. Nein, bis auf Positionen, die sich wissenschaftlich nicht mehr halten ließen, wie z.B. unprogrammierte Brackets. Die Einordnung der Vereinbarung führte letztlich zu einer „Richtungswahl“ des Bundesvorstands 2017. Die Mitgliederversammlung sprach dem Vorstand, der für das Achten der Vereinbarung antrat, ihr Vertrauen aus. Sieht man sich die Beschlüsse des Bewertungsausschusses an und vergleicht diese mit der Vereinbarung, wird deutlich, dass 2016 die richtigen Grundlagen gelegt wurden.

Allerdings war der Kampf um die Mehrleistungen damit nicht beendet. 2018 griff der Bundesrechnungshof das Thema wieder auf, griff nicht nur die Mehrleistungen, sondern gleich die gesamte Wissenschaftlichkeit der Kieferorthopädie an. Wie sich am Ende herausstellte, mit wenig Substanz. Nun stand wiederum der Gesetzgeber unter Handlungsdruck und übernahm große Teile der Vereinbarung zwischen KZBV und BDK in das SGB V. Das geschah im Mai 2019. Nun, vier Jahre später, ist der gesetzgeberische Auftrag, die Mehrleistungen zu bestimmen, durch den Bewertungsausschuss erledigt worden.

Nach 20 Jahren können wir also zurückblicken und feststellen, dass aus einem gesundheitspolitischen „Nackenschlag“ für die Kieferorthopädie eine gesetzlich geregelte und wissenschaftlich basierte Möglichkeit für uns Kieferorthopäden und unsere Patienten entstanden ist, moderne Kieferorthopädie auch jenseits des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen anzubieten und zu vereinbaren. Immer noch ist diese Möglichkeit für beide Seiten freiwillig, aber sie ist vor allem rechtssicher.

Manchmal braucht ein berufspolitischer Kampf Jahre, sogar Jahrzehnte. Mit dem Ergebnis können wir aber zufrieden sein. An dieser Stelle wäre nun der Punkt gekommen, all denen zu danken, die über die Jahre für dieses Ziel gekämpft haben. Das aber würde den Umfang dieses Heftes sprengen. Außerdem zeigt das Beispiel der Mehrleistungen, dass große Erfolge vor allem dann erreichbar sind, wenn wir als Berufsstand zusammenstehen. In diesem Sinne: Vielen Dank an alle Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden. ■

02

Für ihr Lebenswerk ausgezeichnet mit der Ehrendoktorwürde des indischen Coorg Institute of Dental Sciences, Virajpet, wurden im März dieses Jahres Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski, Dr. Jan V. Raiman und Dr. Aladin Sabbagh. Die deutschen Kieferorthopäden erhielten die hohe Auszeichnung des Board of Governors im Rahmen eines gemeinsamen Kongresses der EurAsian Association of Orthodontists (EAO) und der Indian Orthodontic Society in Virajpet. Im Interview mit der Redaktion berichtet Prof. Radlanski über eine ganz besondere indische Zeremonie, die Meilensteine der EAO und gibt Einblicke in das aktuelle kieferorthopädische Ausbildungs- und Versorgungsniveau in Indien.

„KIEFERORTHOPÄDIE

WIRD WELTWEIT AUF EINEM HOHEN NIVEAU BETRIEBEN – ES IST PER SE EIN INTERNATIONALES FACH“

Ein Interview mit Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski

Herr Prof. Radlanski, im März erhielten Sie die Ehrendoktorwürde des indischen Coorg Institute of Dental Sciences. Herzlichen Glückwunsch dazu. Wie kam es zu dieser Auszeichnung?

Das hat eine längere Geschichte! Seit etwa drei Jahrzehnten führen wir die „International Orthodontic Symposia (IOS)“ in Prag durch. Initiator ist Dr. Jan Raiman aus Hannover, mit dem ich zusammen in Göttingen studiert habe. Er ist gebürtig aus Prag, und nach den politischen Veränderungen in

Tschechien im Jahr 1992 wurde die Chance ergriffen, in Prag, im alten Zentrum Europas, diese Serie von kieferorthopädischen Kongressen ins Leben zu rufen. Diese International Orthodontic Symposia finden seitdem jedes Jahr am erster Advent in Prag statt – wir haben immer namhafte Vortragende aus der gesamten Welt und inzwischen kommen Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 40 Nationen regelmäßig zusammen.

So motiviert haben wir dann im Jahr 2012 die „EurAsian Association of Orthodontists EAO“ gegründet. Deren Motto ist das, was den Geist der Kongresse dort ausmacht: „We shall unite colleagues in EurAsia without any geopolitical or cultural borders, sharing the knowledge and experience, and supporting each other in respect and appreciation.“ Inzwischen hatten wir mit einigen nationalen Fachgesellschaften gemeinsame Kongresse unter dem Dach der EAO abgehalten, beispielsweise nacheinander in Kiew (!), in Moskau (!) und auch in Warschau. Wir hatten auch geplant, einen gemeinsamen Kongress mit der Indian Orthodontic Society durchzuführen, der wegen der Pandemie drei Jahre lang verschoben wurde und nun endlich im März 2023 in Indien stattfinden konnte.

Für dieses jahrzehntelange Engagement, für Vermittlung und die Weitergabe des kieferorthopädischen Wissens an unseren jungen Nachwuchs, als Präsident der EAO, zusammen mit den Vizepräsidenten Jan Raiman und Aladin Sabbagh wurde uns die Ehrendoktorwürde verliehen. Darüber



01



„Darüber hinaus wurde das Lebenswerk von jedem Einzelnen gewürdigt. Bei Aladin Sabbagh sind es seine Innovationen in der Kieferorthopädie, bei Jan Raiman sein unermüdlicher Einsatz als Mediator von Fortbildungen nicht nur in Prag, und ich wurde für meine Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Craniofacial Biology ausgezeichnet.“

Abb. 1: Im März zeichnete das Board of Governors des Coorg Institute of Dental Sciences, Virajpet/Indien, die deutschen Kieferorthopäden Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski/Berlin (President der EurAsian Association of Orthodontists EAO), Dr. Jan V. Raiman/Hannover (Vice President der EAO) und Dr. Aladin Sabbagh/Erlangen (Vice President der EAO) mit der Ehrendoktorwürde „Dr. honoris causa“ aus. - **Abb. 2:** Einblicke in den Klinikcampus. Der geschmackvolle und gute bauliche Zustand des Campus, ...

hinaus wurde das Lebenswerk von jedem Einzelnen gewürdigt. Bei Aladin Sabbagh sind es seine Innovationen in der Kieferorthopädie, bei Jan Raiman sein unermüdlicher Einsatz als Mediator von Fortbildungen nicht nur in Prag, und ich wurde für meine Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Craniofacial Biology ausgezeichnet.

Bitte geben Sie uns Einblicke in die Zeremonie in Indien.

Es war eine sehr feierliche Zeremonie. Wir trugen schwarze Talare mit goldenen Schmuckbändern, der Hörsaal war feierlich hergerichtet, die Fakultätsmitglieder und wir sind mit Musik durch den Mittelgang bis zur ersten Sitzreihe geschrit-

ten und zu Beginn der Zeremonie wurde auf der Bühne rituell eine Wachslampe entzündet, wobei die Flamme von Hand zu Hand gereicht wurde.

Eine Fakultätssprecherin hat dann für jeden von uns die Laudatio gehalten, dieser Teil der Zeremonie hieß „Felicitation“, was etwa „Beglückwünschung, Gratulation“ bedeutet. Danach traten der Dekan und die Fakultätsvertreter auf die Bühne, baten die Ehrendoktoranden nacheinander nach oben, wir nahmen Platz auf einem besonders wuchtigen Sessel, bekamen ein Schmucktuch über die Schultern gelegt, eine feierliche Kopfbedeckung aufgesetzt und die Urkunde - in Gold geätzt - überreicht. Danach wurden wir jeder einzeln

**„Es gehört für mich zu den Pflichten eines
Universitätsprofessors, Wissen zu erwerben,
zu sammeln, zu bewahren und weiterzugeben.
Dafür organisieren wir diese Kongresse.“**



03



04

Abb. 3: ... die positive Ausstrahlung und der sehr freundlich-respektvolle Umgang aller miteinander hat die deutschen Gäste beeindruckt. -
Abb. 4: Der Rundgang durch die Zahnklinik hat gezeigt, dass auch die Ausbildung und Versorgung in Indien auf einem hohen technischen Niveau erfolgt.



05

Abb. 5: Im Rahmen des Besuchs wurde auch an die Zukunft gedacht und nachhaltige Kooperationen geschlossen. Dies betrifft Hospitationen, den Austausch von Assistenten, Fortbildungen und gemeinsame Forschungsprojekte. Im Bild (2. v. l.): Dekan Prof. Dr. Sunil Mudaiah.

gebeten, eine Dankesrede zu halten. Die hatten wir natürlich ein paar Tage vorher geübt - wobei wir erst recht knapp vorher erfahren haben, dass uns überhaupt diese Ehrung zuteilwerden sollte.

An deutschen staatlichen Universitäten wurden die Talare (und die damit zusammenhängenden akademischen Zeremonien) bekanntlich infolge der Studentenrevolution 1968 abgeschafft - das mag seine Gründe gehabt haben. Damit ist aber auch ein wichtiger sichtbarer Anteil dessen, was Universität und Wissenschaft in der Gesellschaft so besonders und wertvoll macht, verloren gegangen. Ein Zeugnis dafür sind unter anderem die schmucklosen und teils deprimierend-bedrückenden Architekturen von Universitätsgebäuden in Deutschland. So ist sich manche Studentin oder mancher Student heute hier gar nicht bewusst, in welcher privilegierten Situation sie oder er sich befindet, „sichtbar“ ist es für ihn nicht. Das ist in anderen Ländern noch anders - ich hatte auch schon einmal in Frankreich einen Talar als Professor getragen - als eingeladener Gutachter bei einer Dissertationsverteidigung.

Was ist das Besondere an dieser Ehrung?

Es gibt die Möglichkeit, einen Dr. h.c. zu kaufen. Davon machen durchaus einige Leute Gebrauch. Man kann auch für besondere gesellschaftliche Verdienste mit einem Dr. h.c. geehrt werden -

deshalb werden viele Politiker oft mehrfach mit einem Dr. h.c. ausgezeichnet. Wir wissen, seitdem wir die Laudationes über uns gehört haben, dass wir tatsächlich einen universitär-akademisch motivierten Dr. h.c. verliehen bekommen haben. Damit wird auch stellvertretend durch uns die Kieferorthopädie ausgezeichnet. In Deutschland haben nur wenige Kieferorthopäden diese Ehrung erhalten.

Was bedeutet diese Ehrung für Sie persönlich – ist der Begriff „Lebenswerk“ korrekt gewählt?

Ja, „Lifetime-achievement“, so wurde es genannt. Wenn damit meine Forschungen zur Gesichtsentwicklung gemeint sind („achievements in craniofacial biology“), dann passt das schon: Ich habe das Glück, dass ich mich, meine Zeit in Göttingen eingeschlossen, nun schon vier Jahrzehnte lang damit beschäftigen kann. Diese Ehrung freut mich deshalb besonders, weil damit auch die Bemühungen meiner Mitarbeiter und meiner 60 Doktoranden Anerkennung finden – ganz im Gegensatz zu dem, was lokal in Berlin passiert: Hier soll die gleichnamige Abteilung, die ich seit 1992 leite, mit meiner Emeritierung im März 2024 geschlossen werden. Dies bedaure ich auch sehr, denn es sind noch so viele Fragen offengeblieben. Immerhin, ich halte diese Forschungen für eine sehr wichtige biologische Grundlage für die Kieferorthopädie. Und die EurAsian Association of Orthodontics ist auch ein wesentlicher Teil meines Lebenswerks.

Und berufspolitisch/geopolitisch? Bitte geben Sie uns Einblicke in das jahrzehntelange Engagement der EAO.

Die Kongresse der EAO haben seit Jahrzehnten einen festen Stellenwert im internationalen Kongresskalender. Es ist eine Familie entstanden, man sieht dort zum einen viele bekannte Gesichter und dazu immer wieder neue Besucher, die schnell das Besondere dieser Kongressreihe erfassen: Wir laden Referenten ein, die ihr Thema eingehend vorstellen können und ausführlich diskutieren lassen. So kommt es zu nachhaltig wirkenden Begegnungen, es werden internationale Netzwerke geknüpft, von denen vor allem auch die jungen Assistentinnen und Assistenten in der Weiterbildung profitieren. Damit erfüllen wir wirklich das oben bereits zitierte Motto der EAO.

Wie lässt sich dieses zeitintensive Engagement mit Ihrer wissenschaftlichen sowie klinischen Tätigkeit kombinieren? Gibt es Synergien, aus denen Sie schöpfen?

Ich leite einerseits die Abteilung für Grundlagenforschung und bin zudem für einen Tag in der Woche in einer großen kieferorthopädischen Praxis in Berlin-Mitte tätig. Auf diese Weise können sich für mich beide Interessen gegenseitig bereichern.

CGM Z1

Dentalinformationssystem

**CGM Z1.PRO KFO
- Meine Zukunft.
Mein Weg.**

cgm-dentalsysteme.de

**GEWINNEN SIE
€5000**

GREEN DENTAL AWARD



Für Zahnarztpraxen & Dentallabore

ZAHNARZTSOFTWARE

“ Meine Praxissoftware sollte mir mein Berufsleben durch eine einfache und intuitive Bedienbarkeit leichter machen. Und das macht CGM Z1.PRO KFO.“



**CompuGroup
Medical**

„Noch hat wohl nicht jeder Patient in Indien die Chance, eine kieferorthopädische Behandlung zu erhalten. Das Behandlungsniveau entspricht aber dem üblichen Weltstandard.“

Fragen kommen aus der Praxis, Lösungsansätze aus der Forschung und umgekehrt. Der Schwerpunkt bei den Kongressen der EAO liegt naturgemäß auf der Praxis - aber die funktioniert natürlich nur, wenn die Grundlagen des praktischen Handelns verstanden werden, also gibt es dort auch Vorträge dazu. Es gehört für mich zu den Pflichten eines Universitätsprofessors, Wissen zu erwerben, zu sammeln, zu bewahren und weiterzugeben. Dafür organisieren wir diese Kongresse.

Welchen Stellenwert hat die Kieferorthopädie in Indien und welche Indikationen sind primär vorherrschend? Bitte geben Sie uns Einblicke über den Tellerrand hinaus.

In dem großen Land Indien ist die Schere zwischen arm und reich noch viel weiter offen, als etwa in Europa. Wir konnten aber erkennen - zumindest in der Region um Bangalore herum - wie sehr sich Indien verändert hat. Im Straßenverkehr waren in der Mehrzahl moderne Autos aus Europa und Japan rund um die Uhr auf vielspurigen Straßen unterwegs. Zwar gab es auch noch viele Motorräder und dreirädrige Tuk-Tuks, aber mit so vielen neuen Autos haben wir nicht gerechnet.

Die Klinik in Coorg hat uns mit ihrer modernen Ausstattung überrascht. Der geschmackvolle und gute bauliche Zustand des Campus hat mich sehr beeindruckt, und gleichzeitig war ich bedrückt, wenn ich hier im Vergleich manchen Universitätscampus in Deutschland vor Augen habe. Wir haben Zeit gefunden, mit dem Staff und mit den Studentinnen

und Studenten zu sprechen. Uns hat die positive Ausstrahlung und der sehr freundlich-respektvolle Umgang aller auf dem Campus sehr erfreut. Dabei sind das Engagement und das Leistungsniveau der Studentinnen und Studenten auch in der Forschung beeindruckend hoch. Sie sind sich ihrer besonderen Situation und ihrer Rolle in der Gesellschaft nach dem Examen sehr bewusst. Noch hat wohl nicht jeder Patient in Indien die Chance eine kieferorthopädische Behandlung zu erhalten. Das Behandlungsniveau entspricht aber dem üblichen Weltstandard und es kommen sehr viele Patienten in die Klinik, die dort auch sehr komplexe Behandlungen erhalten. Wer dort hospitieren möchte, kann viel lernen!

Warum ist die Förderung des kieferorthopädischen Nachwuchses auch über die Landesgrenzen hinweg von so großer Bedeutung?

Kieferorthopädie wird weltweit auf einem vergleichbar hohen Niveau betrieben - es ist per se ein internationales Fach. Dabei werden kieferorthopädische Behandlungsmethoden und Technologien gerade im Moment ständig und rasant weiterentwickelt. Durch die Förderung des kieferorthopädischen Nachwuchses über die Landesgrenzen hinweg können angehende Kieferorthopäden internationale Erfahrungen sammeln und ihr Netzwerk erweitern. Dies kann dazu beitragen, dass sie später in ihrer Karriere international agieren und erfolgreich sein können. Von einer verbesserten Ausbildung und Zusammenarbeit zwischen kieferorthopädi-

„Wir wissen, seitdem wir die Laudationes über uns gehört haben, dass wir tatsächlich einen universitär-akademisch motivierten Dr. h.c. verliehen bekommen haben. Damit wird auch stellvertretend durch uns die Kieferorthopädie ausgezeichnet. In Deutschland haben nur wenige Kieferorthopäden diese Ehrung erhalten.“

schen Fachleuten aus verschiedenen Ländern und Regionen profitieren dann natürlich auch unsere Patienten. Eine intensivere Zusammenarbeit sollte dann zu gemeinsamen Forschungsprojekten, Fortbildungen und anderen Aktivitäten führen, die letztendlich dazu beitragen können, die Kieferorthopädie als Wissenschaft und Praxis weltweit zu verbessern.

Was sind die Zielsetzungen der EAO für die nächsten Jahre?

Bei unserem Besuch im Coorg Institute of Dental Sciences haben wir mit der dortigen Fakultätsleitung ein Abkommen für weitere Kooperationen geschlossen. Das betrifft Hospitationen, Austausch von Assistenten, Fortbildungen, gemeinsame Forschungsprojekte - eigentlich alles, was man gemeinsam machen kann. Die EAO steht gleichsam als Dachorganisation darüber und kann, wo notwendig, koordinieren. Dies kann auf alle Länder, die sich unter dem Dach der EAO wiederfinden, erweitert werden. Wir haben für die meisten Länder bereits „National Representatives“ benannt, die dies für ihr Land abstimmen können.

Zu guter Letzt würde ich Sie um abschließende Worte für das kieferorthopädische Kollegium bitten: Haben Sie Wünsche, Anregungen oder Inspirationen für den Berufsstand?

Die Kieferorthopädie befindet sich gegenwärtig in einem tiefgreifenden Wandel in Bezug auf Diagnostik und Therapie. Sie ist - vielleicht ähnlich wie die aktuelle Strahlentherapie - von der Möglichkeit eines völdigitalen Workflows geprägt, der nach und nach Einzug hält. Dadurch ändern sich auch die durch additive Fertigung (3-D-Druck) hergestellten Behandlungsmittel dramatisch. Dies erfordert beständiges Lernen und Verbessern der eingesetzten digitalen Technik. Vor diesem Hintergrund ist es für mich dringend nötig, die seit 1988 im Kern nicht angepasste Gebührenordnung (GOZ) endlich an die heutigen technischen Möglichkeiten und natürlich auch in Bezug auf die Kosten anzupassen. Die Leistungen der Kieferorthopäden werden heute noch mit dem Preisniveau von 1988 honoriert. Zu der Zeit waren viele unserer jungen Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten noch nicht einmal geboren!

Wir verbringen viel mehr Zeit am Computer (die nicht honoriert wird), und wir sprechen viel mehr mit dem Patienten (was sich auch nicht in der Gebührenordnung wiederfindet). Und dass eine KZV in Deutschland heute immer noch Gipsmodelle anstelle von gescannten Datensätzen vorgelegt bekommen möchte, ist ein Anachronismus, der weltweit nur Kopfschütteln hervorruft.

Vielen Dank für diese Einblicke! ■

ANZEIGE



Zertifizierungskurse
für Einsteiger
mit praktischen Übungen am Typodonten

Paris
14. – 15. Oktober 2023
Sprache: Französisch

Frankfurt am Main
27. – 28. Oktober 2023
Sprache: Deutsch

9. französisches Anwendertreffen
für zertifizierte Kieferorthopädinnen/-en
und Weiterbildungssistentinnen/-en

Paris
09. Dezember 2023
Sprache: Französisch

Online Zertifizierungskurse auf Anfrage
für Kieferorthopädinnen/-en mit Erfahrung in der Anwendung vollständig individueller lingualer Apparaturen

In-Office-Kurse auf Anfrage
Besuchen Sie unsere Praxis und erleben Sie den Arbeitsalltag unseres erfahrenen Teams hautnah mit.

Zur Terminabsprache kontaktieren Sie uns gerne unter:

✉ course@lingualsystems.de
☎ 05472 95444 - 267

Jetzt online anmelden:

www.lingualsystems.de/courses



Lindenstraße 44
49152 Bad Essen | Deutschland

Tel. +49 5472 95444-267
Fax +49 5472 95444-294

course@lingualsystems.de
www.lingualsystems.de

Abb. 1: (V.l.n.r.) Dr. Agnes Römeth (BDK Nordrhein), Martin Hendges (Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung), Dr. Jürgen Böcker (BDK Westfalen-Lippe). – Abb. 2: Mit Trillerpfeifen und Roten Karten bestückt, brachten die Teilnehmenden ihren Unmut lautstark zum Ausdruck. – Abb. 3 und 4: Impressionen.



„Wie sollen wir unter diesen Bedingungen die Versorgung stemmen?“ Mit dieser Frage luden die Landesverbände Westfalen-Lippe und Nordrhein des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die Kollegenschaft am 3.5.2023 morgens zum gemeinsamen Protest in die VELTINS-Arena auf Schalke ein. Über 1.111 Teilnehmer erschienen zur Veranstaltung, um sich unter dem Motto „Patientenversorgung im Abstiegskampf!“ gemeinsam gegen die aktuelle Gesundheitspolitik zu positionieren.

PROTEST AUF SCHALKE – DER BDK IST DABEI

Ein Beitrag von Dr. Agnes Römeth

01

Dem Aufruf sind die BDK Landesverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe gefolgt und haben zwar nicht die Fahne, aber doch das Schild des BDK hochgehalten.

Entsprechend dem Aufruf: „Wir machen der Politik klar, dass das Maß voll ist!“, wurden direkt am Eingang an alle Teilnehmer Rote Karten und Trillerpfeifen verteilt, die im Laufe der Veranstaltung vielfach zum Einsatz kamen.

Die Begrüßung auf Schalke erfolgte durch die FVDZ Landesvorsitzende Dr. Patricia Wachter aus Westfalen-Lippe mit den Worten: „Wir sagen Nein zur Budgetierung, Nein zur Verschlechterung der Versorgung und Ja zum Erhalt der Freiberuflichkeit.“

Dr. Oktay Sunkur aus Nordrhein startete seine Rede mit den Worten: „Wir sind am Limit der Patientenversorgung - wir müssen laut werden. Lasst uns Zähne zeigen.“ Er betonte, dass es auf Schalke keine Einzelaktion bleiben sollte und lud alle Anwesenden schon zur nächsten gemeinsamen Veranstaltung am 14. Juni in Köln auf dem Roncalliplatz ein. Auch Dr. Dagwin Lauer (Landesvorstand WL) begrüßte die Teilnehmer mit einem „Glück auf!“ und führte souverän durch die Veranstaltung.

Als Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), das Wort an die Teilnehmenden richtete, verriet er, dass er im Ruhrgebiet aufgewachsen und ein großer Schalke-Fan sei. „Wild, mutig, laut“ stehe am Tor auf Schalke, „wir alle müssen im Abstiegskampf der Patientenversorgung die Stimme erheben. Aber man grätscht uns schon im Mittelfeld in die Beine.“ Und wie es sich bei einem Foul gehört, rief Benz an dieser Stelle die Teilnehmer auf, die Rote Karte zu zeigen! Die Stärkung des klinischen Bereichs und die Vernachlässigung der ambulanten Versorgung führe zwangsläufig zu schlechterer Versorgung. Zumal der Anteil der zahnärztlichen Versorgung am Gesamtbudget in der Vergangenheit stetig gesunken sei.

Martin Hendges, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), veranschaulichte in seinem Vortrag die Folgen des im November beschlossenen GKV-FinStG und bezeichnete das Gesetz als Kostendämpfungspolitik aus der Mottenkiste.



Harald Schrader, Bundesvorsitzender FVDZ, mahnte, die Patientenversorgung solle erstklassig bleiben und Wieland Dietrich von der Freien Ärzteschaft betonte, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte mit ihren Problemen nicht allein dastehen. Auch in der Ärzteschaft seien die Verwerfungen groß und es fehlen nicht nur die Medikamente.

Hannelore König, Präsidentin des Verbandes Medizinischer Fachberufe, machte darauf aufmerksam, dass die Stimmung innerhalb der Praxen eisig sei und dass man nicht genau wisse, ob das Budget für das ganze Jahr reiche. Dazu komme der Wettbewerb um qualifiziertes Personal. Nur Klatschen reiche nicht aus!

Zum Abschluss der Veranstaltung fanden sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf der Tribüne für ein großes Gruppenfoto ein, natürlich mit Roten Karten und Trillerpfeifen, bevor - wie im Ruhrpott üblich - zum Ausklang Currywurst und Bier gereicht wurde.

Auch am 14. Juni war der BDK wieder vor Ort und hat gemeinsam mit den zahnärztlichen Kollegen der Politik die Rote Karte gezeigt. Je öfter die Botschaft der Zahnärztinnen und Zahnärzte laut wiederholt wird, desto eher erreicht sie das Ohr der Politik.

Gemeinsam mit dem Verband der ZFA plant der FVDZ einen weiteren Protesttag am 8.9.2023 vor dem Brandenburger Tor in Berlin. Liebe Kolleginnen und Kollegen: SAVE THE DATE! ■



E NDLICH KLARHEIT

DIE BESCHLÜSSE DES BEWERTUNGS- AUSCHUSSES ZU MEHR- UND ZUSATZLEISTUNGEN

Ein Beitrag von RA Stephan Gierthmühlen

Mit einem halben Jahr Verspätung haben sich KZBV und GKV-Spitzenverband nun auf einen Katalog von Mehrleistungen geeinigt und dabei einige Konkretisierungen des BEMA-Z vorgenommen und ebenfalls einige als Zusatzleistungen abrechenbaren Leistungen erwähnt. Die Beschlüsse finden Sie im internen Bereich der Homepage oder auf den Internetseiten von KZBV und GKV-Spitzenverband.

Zur Erinnerung: Mit dem TSVG hatte der Gesetzgeber im Jahr 2019 endlich gesetzlich klargestellt, dass die Vereinbarung von Mehrleistungen und Zusatzleistungen in der Kieferorthopädie möglich ist.

§ 29 Abs. 5 ff. SGB V

(5) Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare, im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

Es sollte sichergestellt werden, dass der Patient seinen Sachleistungsanspruch nicht verliert, wenn er Behandlungsmaßnahmen wählt, die zwar in der konkreten Form nicht Gegenstand der Regelversorgung sind, der BEMA-Leistung aber „vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen)“. Bei diesen Mehrleistungen wird die Sachleistung gegenüber der KZV, das nach der GOZ abzurechnende Honorar abzüglich des BEMA-Anteils – also die Mehrkosten – gegenüber dem Patienten abgerechnet.

Eigentlich bis zum 31.12.2022 sollte der Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen, ein durch KZBV und Kassen paritätisch besetztes Gremium, einen Katalog der Mehrleistungen beschließen. Dieser Katalog liegt nun vor und beschreibt – abschließend – die möglichen Mehrleistungen. Der Bewertungsausschuss hat in diesem Beschluss auch von der gesetzlich eingeräumten Möglichkeit Gebrauch gemacht, einige Leistungen negativ von den Mehrleistungen abzugrenzen und sie den Zusatzleistungen zuzuordnen, die vollständig nach der GOZ abzurechnen sind.

Um die Regelleistung zu konkretisieren, hat der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss auch einige Leistungsbeschreibungen des BEMA-Z neugefasst, um deutlich zu machen, was genau in Abgrenzung zu den vereinbarten Mehrleistungen noch der Regelversorgung zuzuordnen ist.

Über die Inhalte des Kataloges im Einzelnen hatten wir Sie bereits mit der Post aus Berlin 8-2023 am 23.05.2023 informiert. Diese Post aus Berlin finden Sie zum Download ebenfalls im internen Bereich der Homepage.

Auf den folgenden Seiten finden Sie nun zur besseren Übersicht über die Änderungen eine Synopse, die die Leistungsbeschreibungen des BEMA vor und nach dem 01.07.2023 sowie die Mehr- und Zusatzleistungen aus der im Jahr 2016 geschlossenen Vereinbarung und dem nun gefassten Beschluss gegenüberstellt.

Sie werden sehen: Die Änderungen sind überschaubar. ■

KONTAKT

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.

Mauerstraße 83-84
10117 Berlin
gs@bdk-online.org
www.bdk-online.org



Zu den
Beschlüssen

SYNOPSIS MEHRLEISTUNGEN GEM. § 29 ABS. 6 SGB V

Stand: 23.5.2023

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
<p>Ä 934 Aufnahme des Schädels</p> <p>a) eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme)</p> <p>b) zwei Aufnahmen</p> <p>c) mehr als zwei Aufnahmen</p> <p>1. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.</p>	<p>Ä 934 Aufnahme des Schädels</p> <p>a) eine Aufnahme (auch Fernröntgenaufnahme)</p> <p>b) zwei Aufnahmen</p> <p>c) mehr als zwei Aufnahmen</p> <p>1. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nr. Ä 934a ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechenbar.</p>			Über die in der BEMA-Leistung gesetzten quantitativen Grenzen hinausgehende Aufnahmen des Schädels	Wird eine weitere Diagnostik aufgrund außervertraglicher Maßnahmen erforderlich, ist diese Maßnahme nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.
<p>7 Vorbereitende Maßnahmen</p> <p>a) Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung</p> <p>b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unter-</p>	<p>7 Vorbereitende Maßnahmen</p> <p>a) Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung</p> <p>b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unter-</p>	Digitale Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung, entsprechend BEMA-Nr. 7a in Verbindung mit Abrechnungsbestimmung Ziffer 2		Über die in der BEMA-Leistung gesetzten quantitativen Grenzen und über die Mehrleistung hinausgehende vorbereitende Maßnahmen	Wird weitere Diagnostik aufgrund außervertraglicher Maßnahmen erforderlich, ist diese Maßnahme nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Digitale Abformung und Herstellung von 3D-Modellen können nicht als Mehrleistung, sondern nur als Zusatzleistung vereinbart werden.

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
<p>kiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung</p> <p>1. Eine Leistung nach den Nrn. 7a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden.</p> <p>2. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7a) sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.</p>	<p>kiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung</p> <p>1. Eine Leistung nach den Nrn. 7a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechenbar, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laborkosten abgerechnet werden.</p> <p>2. Die vorbereitenden Maßnahmen nach Nr. 7a sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechenbar. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechenbar. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.</p>				

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
<p>3. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7b) sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels und bei Unterkieferprotrusionsschienen abrechnungsfähig.</p> <p>4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach der Nr. 7b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechnungsfähig.</p> <p>5. Leistungen nach der Nr. 7a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.</p>	<p>3. Die vorbereitenden Maßnahmen nach Nr. 7b sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels und bei Unterkieferprotrusionsschienen abrechenbar.</p> <p>4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach Nr. 7b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechenbar.</p> <p>5. Leistungen nach Nr. 7a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.</p>				
<p>116 Fotografie Profil- oder En-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.</p>	<p>116 Fotografie Profil- oder En-face-Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 116 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechenbar.</p>			<p>Über die in der BEMA-Leistung gesetzten quantitativen Grenzen hinausgehende Profil- oder En-face-Fotografie</p>	
<p>117 Modellanalyse Zusätzliche Anwendung</p>	<p>117 Modellanalyse Analyse von Kiefer-</p>			<p>Über die in der BEMA-Leistung gesetzten</p>	

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
<p>von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, grafische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7a</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien, eines skelettal offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.</p>	<p>modellen (dreidimensionale Analyse, grafische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7a</p> <p>Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechenbar. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien, eines skelettal offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.</p>			<p>quantitativen Grenzen hinausgehende Modellanalyse</p>	<p>Wird weitere Diagnostik aufgrund außervertraglicher Maßnahmen erforderlich, ist diese Maßnahme nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.</p>
<p>118 Kephalometrische Auswertung Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation</p> <p>1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer</p>	<p>118 Kephalometrische Auswertung Untersuchung des Gesichtsschädels, einmal je Fernröntgenseitenbild einschließlich Dokumentation</p> <p>1. Eine Leistung nach Nr. 118 kann im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung höchstens zweimal, in begründeten Ausnahmefällen dreimal abgerechnet werden.</p> <p>2. Eine Leistung nach Nr. 118 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer</p>			<p>Über die in der BEMA-Leistung gesetzten quantitativen Grenzen hinausgehende kephalometrische Auswertung</p>	<p>Wird weitere Diagnostik aufgrund außervertraglicher Maßnahmen erforderlich, ist diese Maßnahme nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.</p>

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechnungsfähig.	kieferorthopädischen Behandlung einmal abrechenbar.				
<p>126a Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</p> <p>Die Leistung beinhaltet die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.</p> <p>Für die Eingliederung eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers sind einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126a und einmal die Nr. 127a abrechnungsfähig.</p> <p>Wiedereingliederung und/oder Ersatz sowie die Nr. 127b sind nicht abrechnungsfähig. Eine Leistung nach Nr. 126d ist bzgl. eines Retainers nur abrechnungsfähig, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.</p>	<p>126a Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments aus Edelstahl oder nickelfreiem Metall einschließlich Material- und Laborkosten</p> <p>Die Leistung umfasst die Klebeflächenreinigung, das Konditionieren, die Trockenlegung, das Positionieren, das Kleben und die Überschussentfernung.</p> <p>Für das Eingliedern eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung einmalig bis zu sechsmal die Nr. 126a und einmal die Nr. 127a abrechenbar, wenn ein Behandlungsbedarfsgrad E3 oder E4 in der Unterkieferfront festgestellt wurde.</p> <p>Bei einem festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainer sind das Wiedereingliedern und/oder der Ersatz sowie die Nr. 127b nicht abrechenbar. Eine Leistung nach Nr. 126d ist bzgl. eines Retainers nur abrechenbar, wenn sie innerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit anfällt.</p>	<p>Eingliedern anderer als vestibulärer, programmierter Brackets aus Edelstahl oder nickelfreiem Metall, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keramikbrackets - Minibrackets - Lingualbrackets - Selbstligierende Brackets - Kunststoffbrackets 	<p>Eingliederung anderer als konfektionierter, vestibulärer, programmierter Standardbrackets aus Edelstahl, also insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minibrackets, - Keramikbrackets, - Lingualbrackets, - friktionsarme Brackets, - Kunststoffbrackets 	<ul style="list-style-type: none"> - Eingliedern oder Ausgliedern eines festsitzenden Oberkiefer-Frontzahnretainers - Wiedereingliedern und/oder Ersatz eines festsitzenden Frontzahnretainers - Eingliedern oder Ausgliedern eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers, wenn kein Behandlungsbedarfsgrad E3 oder E4 in der Unterkieferfront festgestellt wurde - Ausgliedern eines festsitzenden Unterkiefer-Frontzahnretainers außerhalb der vertraglich festgelegten Retentionszeit, wenn ein Behandlungsbedarfsgrad E3 oder E4 in der Unterkieferfront festgestellt wurde 	<p>UK-Frontzahnretainer außerhalb der vertragszahnärztlichen Indikation KFO-Richtlinie B 12 (KIG: E3, E4)</p> <p>OK-Frontzahnretainer</p>
126b Eingliedern eines Bandes einschließlich	126b Eingliedern eines Bandes einschließlich	Gegossenes Band in Ausnahmefällen,	Die Eingliederung anderer Bänder als die		

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
<p>Material- und Laboratoriumskosten</p> <p>Die Leistung beinhaltet die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.</p> <p>In der Regel soll an einem Zahn im Laufe einer Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.</p>	<p>Material- und Laborkosten</p> <p>Die Leistung umfasst die Vorauswahl am Modell, die Klebeflächenreinigung, das Vorbeschleifen, die Einprobe, das Adaptieren, das Finishing, das Konturieren, die Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung.</p> <p>In der Regel soll an einem Zahn im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung nur einmal ein Band oder ein Bracket befestigt werden.</p>	<p>z. B. im Zusammenhang mit der Lingualtechnik</p>	<p>unter „Bemerkungen“ dargestellten kann als Mehrleistung vereinbart werden. Gesonderte Material- und Laborkosten können hierfür nicht in Ansatz gebracht werden.</p>		
<p>126d Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments</p> <p>Die Leistung beinhaltet das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.</p> <p>Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach den Nrn. 119 und/ oder 120 abgerechnet werden.</p>	<p>126d Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments</p> <p>Die Leistung umfasst das Abnehmen, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren.</p> <p>Leistungen nach den Nrn. 126 bis 131 können neben Leistungen nach Nrn. 119 und/ oder 120 abgerechnet werden.</p>	<p>Entfernung von Keramikbrackets und Lingualbrackets</p>	<p>Beispielsweise Entfernung eines Keramikbrackets, Lingualbrackets, Minibrackets, friktionsarmen Brackets oder Kunststoffbrackets</p>	<p>Bezüglich des Ausgliederns von Retainern: siehe Zusatzleistungen zu Nr. 126a</p>	
<p>127a Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten</p> <p>Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.</p>	<p>127a Eingliederung eines Teilbogens aus Edelstahl einschließlich Material- und Laborkosten</p> <p>Die Leistung umfasst das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.</p>	<p>Eingliederung eines Teilbogens aus anderem Material als Edelstahl</p>	<p>Eingliederung eines Teilbogens aus höherwertigen Materialien (z. B. thermoelastisch, superelastisch)</p>	<p>Bezüglich des Eingliederns von Retainern: siehe Zusatzleistungen zu Nr. 126a</p>	<p>UK-Frontzahnretainer außerhalb der vertragszahnärztlichen Indikation KFO-Richtlinie B 12 (KIG: E3, E4) OK-Frontzahnretainer</p>
<p>128a Eingliederung eines konfektionierten</p>	<p>128a Eingliederung eines konfektionierten</p>	<p>Eingliederung eines konfektionierten Voll-</p>	<p>Eingliederung eines konfektionierten Voll-</p>		

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
<p>Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten Die Leistung beinhaltet das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.</p>	<p>Vollbogens aus Edelstahl einschließlich Material- und Laboratoriumskosten Die Leistung umfasst das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren.</p>	<p>bogens aus anderem Material als Edelstahl</p>	<p>bogens aus höherwertigen Materialien (z. B. thermoelastisch, superelastisch)</p>		
<p>128b Eingliederung eines individualisierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten Die Leistung beinhaltet das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.</p>	<p>128b Eingliederung eines individualisierten Vollbogens aus Edelstahl einschließlich Material- und Laboratoriumskosten Die Leistung umfasst das Anpassen, das Biegen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren. Zum Leistungsinhalt eines individualisierten Bogens gehören mindestens drei Biegungen 2. Ordnung oder eine Biegung 3. Ordnung.</p>	<p>Eingliederung eines individualisierten Vollbogens aus anderem Material als Edelstahl</p>	<p>Eingliederung eines individualisierten Vollbogens aus höherwertigen Materialien (z. B. thermoelastisch, superelastisch)</p>		
<p>130 Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten Die Ankerbänder gehören nicht zum Leistungsinhalt der Nr. 130, sie sind nach Nr. 126b zweimal abrechnungsfähig. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können</p>	<p>130 Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbänder) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten Neben der Leistung nach Nr. 130 ist die Leistung nach Nr. 126b zweimal abrechenbar. Material- und Laboratoriumskosten zur extraoralen Fixierung und Aktivierung können gesondert abgerechnet werden. Für die Ausgliederung</p>			<p>- Eingliederung und Ausgliederung anderer ergänzender festsitzender Apparaturen, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intraorale Verankerungen ▪ Pendulum ▪ Implantologische Verankerungen (z. B. Minischrauben, Minipins) ▪ Nance-Apparatur ▪ Frosch-Apparatur ▪ Beneslider ▪ Wilson-Apparatur 	<p>Intraorale Verankerungen Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendulum - Implantologische Verankerungen (Minischrauben) - Minipins - Nance-Apparatur - Frosch-Apparatur - Beneslider - Wilson-Apparatur

BEMA bis 30.6.2023	BEMA ab 1.7.2023 gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Beschluss	Mehrleistungen gem. Vereinbarung 2016	Zusatzleistungen gem. Beschluss	Zusatzleistungen gem. Vereinbarung 2016
gesondert abgerechnet werden.	einer ergänzenden fest-sitzenden Apparatur ist die Leistung nach 128c zweimal abrechenbar.				
131a Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur Neben einer Leistung nach der Nr. 131a ist eine Leistung nach der Nr. 126b bis zu viermal abrechnungsfähig.	131a Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur Neben der Leistung nach Nr. 131a ist eine Leistung nach Nr. 126b bis zu viermal abrechenbar. Material- und Laborkosten können gesondert abgerechnet werden.			Eingliederung und Ausgliederung einer - Gegossenen Gaumennahterweiterungs-(GNE-)Apparatur - GNE-Apparatur mit implantologischer Verankerung	Eingliederung einer gegossenen GNE oder implantatgetragenen GNE
131b Eingliederung und Ausgliederung einer feststehenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbst-Scharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann. Neben einer Leistung nach der Nr. 131b ist eine Leistung nach der Nr. 126b bis zu viermal abrechnungsfähig.	131b Eingliederung und Ausgliederung einer feststehenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbst-Scharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann, je Seite Neben der Leistung nach Nr. 131b ist eine Leistung nach Nr. 126b bis zu viermal abrechenbar. Material- und Laborkosten können gesondert abgerechnet werden.			Eingliederung und Ausgliederung einer anderen Apparatur zur Bisslagekorrektur, insbesondere - Herbst-Scharnier, wenn die Indikation nach Nr. 131b nicht erfüllt wird - Jasper-Jumper - BioBiteCorrector - Gegossenes Herbst-Scharnier	Beispiele: - Herbst-Scharnier, wenn die Indikation nach Nr. 131b nicht erfüllt wird - Jasper-Jumper - BioBiteCorrector - Gegossenes Herbst-Scharnier
131c Eingliederung einer Gesichtsmaske Neben den Leistungen nach Nrn. 131a bis c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.	131c Eingliederung einer Gesichtsmaske Neben der Leistung nach Nr. 131 c können Material- und Laboratoriumskosten gesondert abgerechnet werden.				

Nun sind sie also da, die „neuen“ Regelungen zu Mehrleistungen. Diejenigen von Ihnen, die schon 2016 mit dabei waren, werden am Ende dieses Artikels vielleicht sagen: „Weiß ich doch längst, mach ich doch schon lange!“ Gerade die Einführung des neuen verbindlichen Formulars führt da und dort zu Verunsicherung und wirft Fragen auf, die vielleicht im Folgenden beantwortet werden können.



© Annie Spratt/unsplash.com

Nun sind sie also da, die „neuen“ Regelungen zu Mehrleistungen. Diejenigen von Ihnen, die schon 2016 mit dabei waren, werden am Ende dieses Artikels vielleicht sagen: „Weiß ich doch längst, mach ich doch schon lange!“ Gerade die Einführung des neuen verbindlichen Formulars führt da und dort zu Verunsicherung und wirft Fragen auf, die vielleicht im Folgenden beantwortet werden können.

Nun sind sie also da, die „neuen“ Regelungen zu Mehrleistungen. Diejenigen von Ihnen, die schon 2016 mit dabei waren, werden am Ende dieses Artikels vielleicht sagen: „Weiß ich doch längst, mach ich doch schon lange!“ Gerade die Einführung des neuen verbindlichen Formulars führt da und dort zu Verunsicherung und wirft Fragen auf, die vielleicht im Folgenden beantwortet werden können.

INFORMATION, **FORMULAR,** **DIFFERENZBERECHNUNG:**

WIE GING DAS NOCH MAL GENAU MIT DER VEREINBARUNG VON MEHRLEISTUNGEN?

Ein Beitrag von RA Stephan Gierthmühlen

Das Wichtigste vorneweg: Mehr- und Zusatzleistungen können angeboten und gewählt werden. Kein Kassenpatient muss aber Mehr- oder Zusatzleistungen in Anspruch nehmen. Wird diese freie Wahl insbesondere des Patienten beeinträchtigt, drohen mitunter harte Sanktionen. Die Sozialgerichte haben in der Vergangenheit mehrfach sogar Zulassungsentziehungen bestätigt, die damit begründet waren, dass eine vertrags(zahn)ärztliche Behandlung von Zuzahlungen abhängig gemacht wurde.

Die Leistungen des BEMA-Z mögen nicht den „letzten Schrei“ der kieferorthopädischen Technik abbilden, aber sie erlauben nach wie vor eine standardgerechte Behandlung und ordentliche Behandlungsergebnisse. Die ehemalige Präsidentin der DGKFO Prof. Ursula Hirschfelder brachte es auf den Punkt: „Man muss es nur können!“

Die Aufklärung über Behandlungsalternativen

Diese Ausgangssituation determiniert auch die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung. § 29 SGB V greift dabei die auch zivilrechtlich vorgeschriebene Aufklärung über Behandlungsalternativen auf, wenn gefordert wird, dass der Versicherte „vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären“ ist. Diese Aufklärung muss als Behandlungsalternative auch eine „zuzahlungsfreie Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen“ umfassen. Dabei muss die Darstellung der Regelleistung neutral erfolgen. Eine Herabwürdigung der Kassenbehandlung ist mit den vertragszahnärztlichen Pflichten nicht vereinbar.

Die Aufklärung muss natürlich – es geht schließlich um die Entscheidungsfreiheit des Patienten – „vor Beginn der

Behandlung“ stattfinden. Dies bedeutet nun nicht, dass möglichst schon vor der Erstellung des Behandlungsplanes über Mehr- und Zusatzleistungen aufzuklären ist, sondern so rechtzeitig vor der Erbringung der Leistung, dass der Versicherte die Möglichkeit hat, sich frei für oder gegen eine bestimmte Behandlungsalternative zu entscheiden.

Die Vereinbarung

Hat sich der Patient nach erfolgter Aufklärung entschieden, Mehr- oder Zusatzleistungen in Anspruch zu nehmen, ist, so das SGB V, „eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist.“

Für diese Vereinbarung einschließlich der Dokumentation der Aufklärung wird zukünftig zwingend das nun vereinbarte Formular verwendet werden müssen. Da dieses Formular aber Bestandteil der Bundesmantelverträge ist, wird es herstellerseitig in die Praxis-EDV integriert, sodass die Handhabung recht einfach werden dürfte.

Auf der ersten Seite des Formulars ist zunächst zu kennzeichnen, ob es sich um eine Erst- oder eine Folgevereinbarung handelt. Bereits dies macht deutlich, dass durchaus im Laufe der Behandlung mehrere Vereinbarungen über unterschiedliche Leistungen geschlossen werden können.

Im Rahmen der Anfangsdiagnostik kann sich der Patient also z. B. bereits für einen Intraoralscan entscheiden, ohne aber schon wissen zu können, ob er im weiteren Verlauf der Behandlung Keramikbrackets, ein Pendulum oder einen fest-sitzenden Retainer wählen wird. Auch dann, wenn z. B. mehr Brackets oder Bögen als zunächst geplant erforderlich werden, kann eine Folgevereinbarung nötig werden. Wichtig ist, dass nicht die bestehende Vereinbarung rückwirkend geändert, sondern diese durch Abschluss einer entsprechenden Folgevereinbarung „fortgeschrieben“ wird. Dementsprechend werden auch sämtliche Vereinbarungen, die während der gesamten Dauer der KFO-Behandlung getroffen werden, mit einer fortlaufenden Vereinbarungsnummer gekennzeichnet. Das gilt natürlich nur dann, wenn eine Vereinbarung bereits geschlossen ist. Während der Entscheidungsphase kann der Umfang der zu vereinbarenden Leistungen natürlich stets verändert werden, wenn sich die Wünsche oder Erfordernisse verändern.

Die folgende Angabe der Stammdaten entspricht dem üblichen Muster. Zu beachten ist aber, dass die Vereinbarung sodann zwischen dem Zahlungspflichtigen – in der Regel die Eltern des Versicherten – und dem Versicherten differenziert. Diese Differenzierung ergibt sich zwar aus dem Gesetzestext nicht unmittelbar, ist aber notwendig, um die Schnittstelle zwischen GKV und privatärztlicher Behandlung adäquat zu bewältigen, da der (zivilrechtliche) Behandlungsvertrag bei Minderjährigen regelmäßig durch die Eltern geschlossen wird. Auch hier gilt, dass Kongruenz zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Rechnungsempfänger bestehen muss.

Der wohl interessanteste Teil der ersten Seite des Formulars ist sodann die Kostenaufstellung, die bereits die Differenzberechnung vorwegnimmt. In dem Formular sind die voraussichtlichen Kosten für die privatärztlichen Leistungen anzugeben sowie der voraussichtlich abzuziehende Anteil der BEMA-Leistung. An anderer Stelle weist das Formular ausdrücklich darauf hin, dass die Kostenaufstellung auf den aktuellen, also zum Zeitpunkt der Vereinbarung geltenden Vergütungen für zahnärztliche Leistungen beruht, die sich im Lauf der Behandlung, z. B. durch Punktwertänderungen, verändern können.

Im Anschluss findet sich sodann die vorgegebene und damit vollständig rechtssichere Dokumentation der erfolgten Aufklärung.

Auf der zweiten Seite des Formulars sind die einzelnen Leistungen anhand der GOZ- bzw. GOÄ-Positionen aufgeschlüsselt anzugeben und die jeweils abzuziehende BEMA-Position anzugeben. Dabei ist auch die Art der Leistung anzugeben. Während das Gesetz nur zwei Arten der Leistung kennt, nämlich:

Mehrleistungen: Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden, und

Zusatzleistungen: Nicht im Bewertungsmaßstab enthaltene kieferorthopädische Leistungen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind,

greift das Formular die in der Vereinbarung 2016 verwendete dritte Kategorie, nun „Andere Leistungen“ genannt, auf. Da es sich bei den Zusatzleistungen eben um kieferorthopädische Leistungen handelt, sind andere Leistungen also nicht kieferorthopädische Leistungen, die nur im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung stehen.

In der Vereinbarung ist nun auch der Steigerungsfaktor der GOZ-Position anzugeben. Denken Sie daran, dass ggf. parallel zur Mehrleistungsvereinbarung auch eine Vereinbarung gem. § 2 GOZ geschlossen werden muss, wenn ein Steigerungssatz über 2,3 und jedenfalls wenn ein Steigerungssatz über 3,5 abgerechnet werden muss, um die Mehrkosten nach Abzug der BEMA-Leistung abzubilden.

Da der Versicherte mit der Vereinbarung von Mehr- und Zusatzleistungen nun ein „halber Privatpatient“ ist, müssen also die Mehr- und Zusatzleistungen auch nach der GOZ abgerechnet werden. Auch hierfür ist bekanntlich ein Formular zu verwenden. In diesem Rechnungsformular kann der notwendige Abzug der BEMA-Leistung mit dem dann geltenden Punktwert entweder als Abzugsposten in die Auflistung der Leistungen einfließen oder als „Vorleistung anderer Kostenträger“, wie es der von der Bundeszahnärztekammer bereitgestellte Liquidationsvordruck vorsieht. Auch hier dürften die PVS-Hersteller allerdings Lösungen anbieten.

Eigentlich ist es also ganz einfach, Mehr- und Zusatzleistungen zu vereinbaren: Der Patient bzw. seine Eltern ist über die Möglichkeit einer zuzahlungsfreien Behandlung und die darüber hinausgehenden Möglichkeiten aufzuklären. Entscheidet sich der Patient für Mehr- und Zusatzleistungen, sind diese unter Berücksichtigung des erforderlichen Steigerungsfaktors mit dem neuen Formular zu vereinbaren. Die Abrechnung des BEMA-Teils erfolgt über die KZV, der Rest ganz normal nach der GOZ, jedoch unter Abzug der BEMA-Anteile.

Also keine Sorge, es bleibt fast alles beim Alten. ■

KONTAKT

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.

Mauerstraße 83-84

10117 Berlin

gs@bdk-online.org

www.bdk-online.org

XI. SYMPOSIUM

Rome

Universal in Rome
from classical
orthodontics to
aligner treatment

FORESTADENT®
GERMAN PRECISION IN ORTHODONTICS

05.-07.10.
2023

www.forestadent.com

An outstanding international line-up of speakers
with the farewell lecture by Dr John Bennett



Dr. John Bennett



Dr. Dagmar Ibe



Dr. Roberta Leone



Dr. Ricardo Moresca



Dr. Daniele Cantarella



Dr. Jose María Ponce De León



Dr. Ravindra Nanda



Dr. Dietmar Segner



Dr. Pablo Arias



Dr. Giorgio Iodice



Dr. Jorge Ayala



Dr. Philipp Gebhardt



Dr. Javier Aznar



Dr. María Magallón



Dr. Paola Cozza



Dr. Seong-Hun Kim



Dr. Vittorio Cacciafesta



Dr. Domingo Martín



Dr. Aron Dellinger



Dr. Barbara Kitzmantel



Dr. Alberto Canábez



Dr. Renato Cocconi



Dr. Aladin Sabbagh



Dr. Ron Roncone

FRÜHBEHANDLUNG NACH AKTUELLER VORGABE

DER S3-LEITLINIE „IDEALER BEHANDLUNGSZEIT- PUNKT KIEFERORTHOPÄDISCHER ANOMALIEN“

Ein Beitrag von Dr. Larissa Knocks und Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty

Die aktuelle S3-Leitlinie der Kieferorthopädie legt einen Fokus auf den idealen Zeitpunkt der kieferorthopädischen Therapie. Vor allem der medizinisch präventive Charakter der Behandlung wird optimal beleuchtet. Allgemein lässt sich die kieferorthopädische Therapie in verschiedene Behandlungsstadien unterteilen: Diese lassen sich u. a. in Frühbehandlung, frühe Behandlung und Hauptbehandlung gliedern (nach der GKV). Eine Einstufung bezüglich des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs wird in allen drei Phasen anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG) vorgenommen. Dieses enge Korsett führt leider immer häufiger zu einer Abwendung von wissenschaftlichen Empfehlungen, besonders in Bezug auf die Frühbehandlung. Gerade deshalb ist es eine absolute Notwendigkeit, die neue S3-Leitlinie als wissenschaftliche Basis heranzuziehen, sobald Entscheidungen bezüglich des idealen Behandlungsbeginns getroffen werden sollen.

So konnte beispielsweise belegt werden, dass eine frühe Behandlung der Klasse III-Dysgnathie die Notwendigkeit einer operativen Korrektur der Anomalie deutlich reduziert (S3-Leitlinie zum idealen Behandlungszeitpunkt kieferorthopädischer Anomalien; S. 51). Außerdem wirkt sich die frühe Intervention positiv auf die Atmung aus und somit auf die Allgemeingesundheit unserer Patienten. Exemplarisch für den Erfolg einer frühen Behandlung soll im Folgenden die Therapie einer Klasse III-Dysgnathie vorgestellt werden.

Erstvorstellung

Die Patientin stellte sich 2015 im Alter von 6 Jahren und 4 Monaten nach Überweisung durch den Hauszahnarzt in der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsmedizin Göttingen vor. Es wurde eine Dysgnathie des progenen Formenkreises mit frontalem Engstand im Oberkiefer bei Progenverzahnung 12/22 diagnostiziert. Ebenfalls zeigte sich ein skelettal schmaler Oberkiefer mit einem Kreuzbiss rechts-

seitig. Dieser führte zur Laterognathie nach rechts mit Zwangsbisskomponente. Extraoral zeigte sich ein konvexes Profil bei negativer Lippentreppe.

Im Fokus der Behandlung standen daher folgende Zielsetzungen:

1. Transversale Erweiterung des Oberkiefers
2. Auflösung des frontalen Kreuzbisses und anteriore Nachentwicklung der Maxilla
3. Beseitigung des viszeralen Schluckmusters
4. Einstellen einer gesicherten Okklusion mit korrektem Overjet und Overbite unter Berücksichtigung der skelettalen Klasse III

Frühbehandlung

Die neue Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6) konnte zeigen, dass nur bei 0,7 Prozent der acht- bis neunjäh-

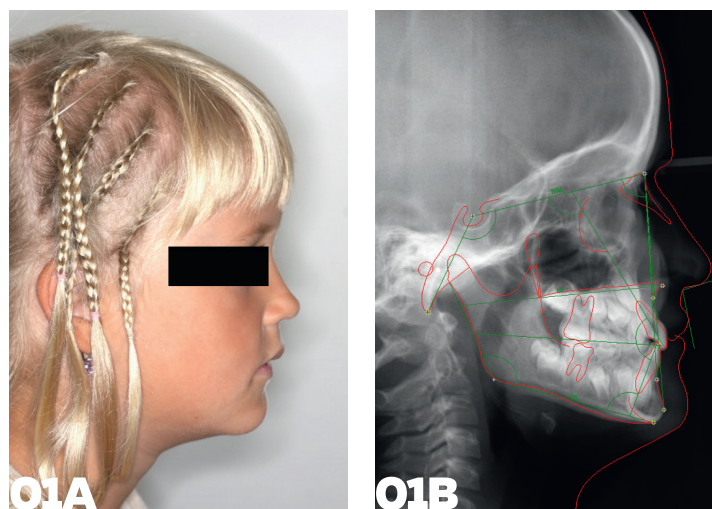


Abb. 1A-E: Anfangsbefund (Frühbehandlung) extraoral, FRS, intraoral.



Abb. 2A-C: Klinische Situation mit Hyrax-GNE mit Delaire-Häkchen in situ von sagittal (links), von frontal (Mitte), Hyrax-GNE mit Protrusionsfedern (rechts).

Frühbehandlung mit GNE und Delaire > **7 Monate**

OK-Platte mit aktiven Elementen > **2,5 Jahre**

Abb. 3: Behandlungsablauf Frühbehandlung; die OK-Platte diente nach der Frühbehandlung auch als Retentionsgerät und wurde bis in die Hauptbehandlung getragen (rechts).

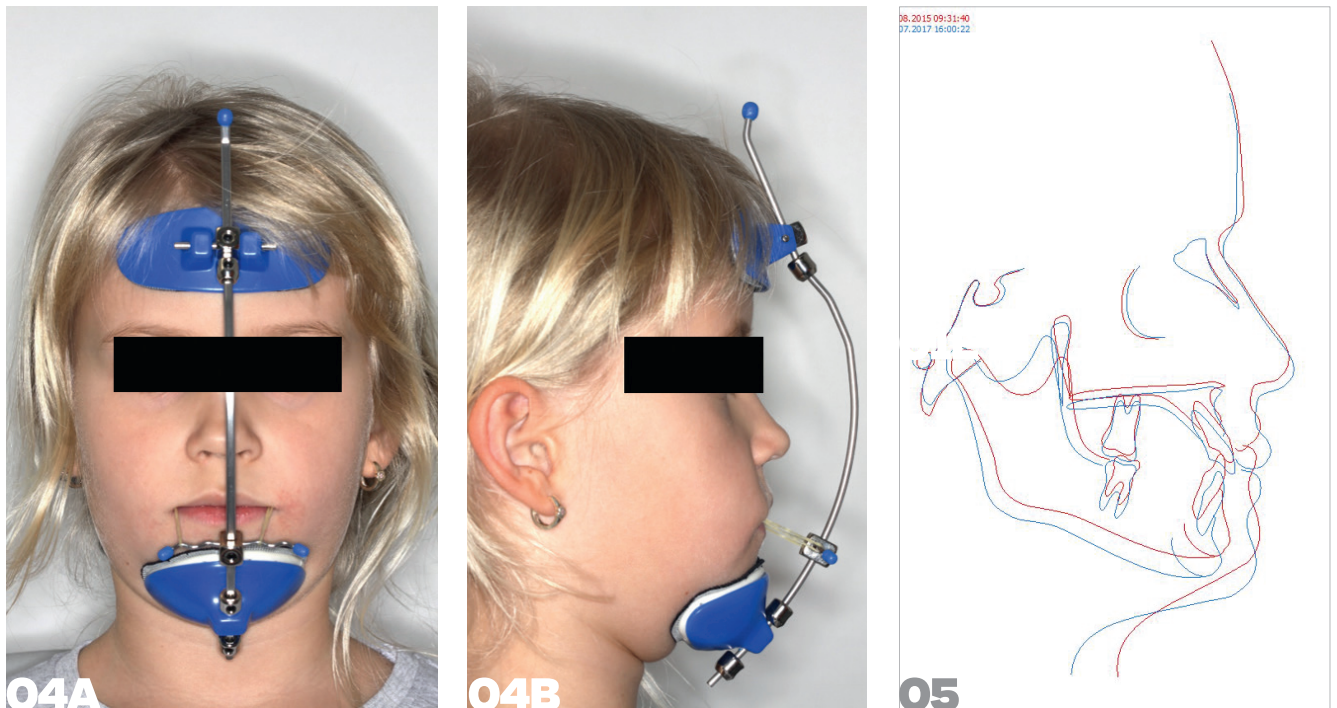


Abb. 4A und B: Patientin mit Delaire-Maske, Zugrichtung kaudal anguliert. - **Abb. 5:** FRS-Überlagerung vor der Frühbehandlung (rot) und nach der Frühbehandlung (blau). Eine Protraktion der Maxilla und posteriore Rotation der Mandibula sind zu erkennen.

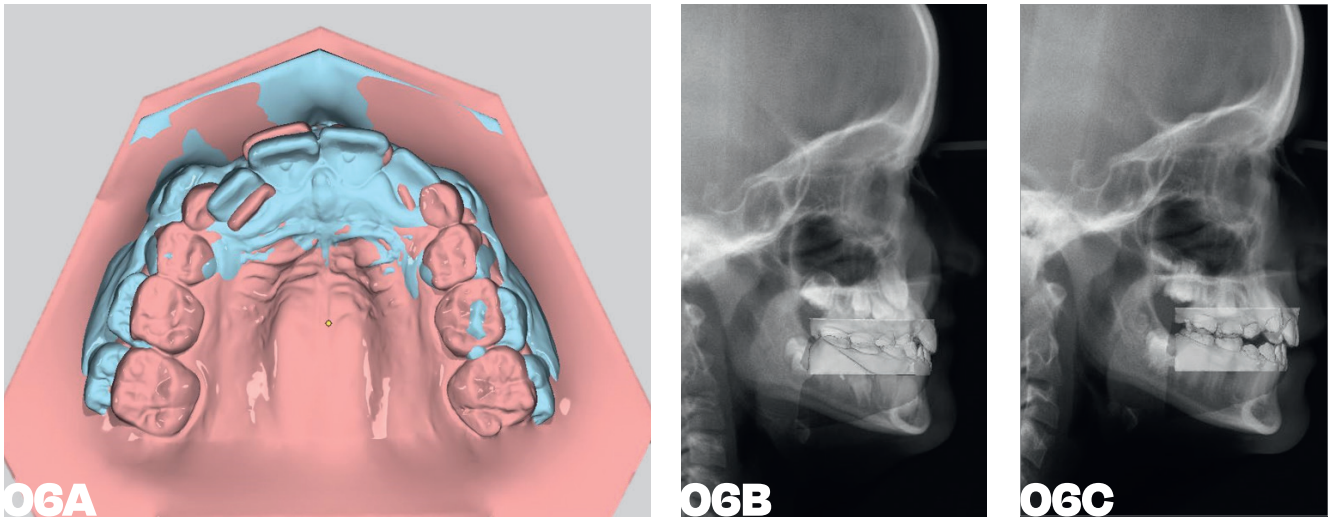


Abb. 6A-C: Modellüberlagerung vor der Frühbehandlung (rot) und nach der Frühbehandlung (blau). Eine transversale Breitenzunahme sowie Abflachung der Oberkieferfront ist zu erkennen (links). Die Überlagerung der Modelle mit dem FRS vor Frühbehandlung (Mitte) und nach Frühbehandlung (rechts) zeigen den zugehörigen Befund auf sagittaler Ebene.

rigen Kinder ein orthopädisch naturgesundes Gebiss vorliegt (Jordan et al. 2021). Assoziationsanalysen bewiesen, dass bei einer vorliegenden Dysgnathie häufig eine Einschränkung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme besteht. Diese Assoziationen geben Hinweise auf den medizinisch prophylaktischen Charakter kieferorthopädischer Behandlungen sowie die Bedeutung der frühzeitigen Intervention. Eine der Kernaufgaben der Kieferorthopädie ist die präventive bzw. korrektive

Behandlung und Beseitigung von Fehlfunktionen. Weiterhin sollen Zahn- und Kieferfehlstellungen mit Krankheitswert behoben werden (Jordan et al. 2021). Transversale Diskrepanzen sollten daher frühzeitig therapiert werden, um einer fehlerhaften Adaptation des Skelettes und dem Risiko einer progredienten Wachstumsstörung mit Manifestation einer skelettalen Dysgnathie vorzubeugen. Diese Aspekte liefern weitere Gründe für die frühe Behandlung (Kennedy und Osepchook 2005).

Bei der oben genannten Patientin wurde die Überstellung des seitlichen Kreuzbisses mithilfe einer konventionellen Hyrax-Apparatur durchgeführt, welche durch zusätzliche Protrusionsfedern die Progenverzahnung von 12/22 auflöste (Göz 2000).

Außerdem wurden okklusale Interferenzen durch das Einschleifen von 53 und 83 beseitigt, um die funktionelle Verschiebung des Unterkiefers zu minimieren (Kennedy und Osepchook 2005). Vergleicht man die Intervention auf transversaler Ebene in der Früh- vs. Regel-/Spätbehandlung, zeigt sich, dass die Anomalie frühzeitig behandelt werden sollte (S3-Leitlinie zum idealen Behandlungszeitpunkt kieferorthopädischer Anomalien; S. 71 ff.).

Insbesondere bei jungen Patienten kann die hohe Adaptivität der maxillären Strukturen ausgenutzt werden, um muskulären Fehlfunktionen entgegenzuwirken und eine koordinierte transversale und sagittale Weiterentwicklung der Kiefer zu ermöglichen (Baccetti et al. 2001, Bicakci et al. 2005). Wird erst im permanenten Gebiss nach dem pubertären Wachstumspeak behandelt, so zeigen sich hauptsächlich dentoalveoläre Effekte bei transversaler Erweiterung, allerdings keine dauerhafte skelettale Breitenzunahme des Oberkiefers. Bei einer Behandlung vor dem pubertären Wachstumsschub konnten Baccetti et al. 2001 eine signifikante Zunahme der Oberkieferbreite belegen. Einige Autoren empfehlen sogar bereits eine kieferorthopädische Erweiterung



Abb. 7: Darstellung des Umkehrbionators mit umgekehrt platzierter Coffin-Feder (nach distal offen).



Abb. 8A-F: Oberkieferaufsicht nach der Therapie mit initialer GNE + herausnehmbaren Apparaturen: vor der Frühbehandlung (links), bei Abschluss der Frühbehandlung (Mitte) und nach der Distalisation im Oberkiefer (rechts).



Abb. 9A und B: Bracketpositionierung mithilfe der Software OnyxCeph; Programmierung eines indirekten Bonding Trays; die Eckzähne im Unterkiefer wurden ausgelassen, weil diese seitenverkehrt geklebt wurden. - **Abb. 10:** Digitale Darstellung des Unterkieferzahnbogens zur Demonstration der Protrusion vor MB-Behandlung (rot) und nach MB-Behandlung (blau).

auf transversaler Ebene in der späten Phase der Milchdentition (Lippold et al. 2013).

Werden nun Aspekte der kieferorthopädischen Frühbehandlung bei Klasse III-Dysgnathie in der Milch- bis einschließlich Ruhegebissphase betrachtet, zeigt sich, dass diese vor allem zum Ziel hat, die Maxilla im Wachstum zu fördern, sowie orofaziale Funktionen zu normalisieren (Harzer 2021). Die Fachliteratur verweist darauf, dass der optimale Behandlungszeitpunkt einer der wichtigsten Faktoren für eine erfolgreiche Therapie ist (Melsen und Melsen 1982, Proffit et al. 2006). Auch in der S3-Leitlinie aus dem Jahr 2021 zum idealen Behandlungszeitpunkt kieferorthopädischer Anomalien wird deutlich, dass eine frühzeitige Beseitigung der Anomalie die progrediente Entwicklung der Klasse III verhindert (Diedrich und Berg 2000). Die Studienlage zeigt, dass ein Therapiebeginn vor dem 8. Lebensjahr für eine maximale skelettale Wirkung wünschenswert ist (Delaire 1997, Jager et al. 2001, Wichelhaus 2013). In dem vorliegenden Patientenfall war auf-

grund der moderaten Ausprägung der mesialen Kieferbasenrelation eine rein kieferorthopädische Therapie anzustreben (Stellzig-Eisenhauer et al. 2002, Segner und Hasund 2003). Die Hyrax-Apparatur wurde mit einer Delaire-Maske zur Protraktion der Maxilla auf orthopädischer Ebene kombiniert (Proffit et al. 2006)

Aufgrund des zu erwartenden mandibulären Wachstums im Rahmen der Pubertät musste der Sicherung eines physiologischen Overjets und Overbites besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Ein Cochrane-Review konnte eine Verbesserung der skelettalen Lagebeziehung zwischen Maxilla und Mandibula durch frühzeitige Therapie mittels Gesichtsmaske zeigen, wobei die mittlere Verbesserung des ANB-Winkels nach einem Jahr $3,93^\circ$ betrug (Watkinson et al. 2013).

Der Einsatz der Delaire-Maske hat vor allem die Anteriorverlagerung der Maxilla zum Ziel. (Franchi et al. 2004, Baccetti et al. 2011). Im beschriebenen Patientenfall konnte eine Vergrößerung des ANB-Wertes um $3,7^\circ$ erreicht werden. Zu-

OK	OK
Vollbogen: 0,014" NiTi	Vollbogen: 0,014" NiTi
Vollbogen: 0,016" NiTi	Vollbogen: 0,016" NiTi
0,016" x 0,022" NiTi	0,016" x 0,022" NiTi
0,018" x 0,025" NiTi	0,018" x 0,025" NiTi
0,018" x 0,025" SS	0,018" x 0,025" SS
0,019" x 0,025" SS	
0,017" x 0,025" TMA	0,017" x 0,025" TMA

PAR-Index zu Beginn der Behandlung	PAR-Index am Ende der Behandlung	Reduktion des PAR-Index in Prozent	Bewertung nach Graf et al. 2022
20	2	90	Hochwertiges Ergebnis

◀ **Tab. 1:** Bogenreihenfolge der Multibandphase.

▲ **Tab. 2:** Übersicht über die Auswertung des PAR-Index.



Abb. 11A-C: Klinische Situation vor der MB-Behandlung (links), während der MB-Behandlung (Mitte) und nach der MB-Behandlung (rechts).



Abb. 12: Behandlungsablauf Hauptbehandlung mit MB-Therapie von 1 Jahr und 7 Monaten; die OK-Platte diente nach der Frühbehandlung auch als Retentionsgerät und wurde bis in die Hauptbehandlung getragen; die Retentionsphase dauert aktuell noch an.



Abb. 13A-F: Klinische Situation vor der Frühbehandlung (oben), bei Abschluss der Behandlung (unten).

sätzlich kam es in der Mandibula zu einer posterioren Rotation von $2,3^\circ$, welche zu einer Verbesserung der skelettal sagittalen Situation führte.

Zudem zeigten sich im Drei- und Sechs-Jahres-Follow-up günstige Wirkungen einer frühen Behandlung bei Klasse III-Dysgnathie mit einer Protraktionsmaske bei Patienten unter zehn Jahren (Anne Mandall et al. 2012, Mandall et al. 2016). Eine frühe Protraktionsbehandlung kann außerdem den Bedarf an orthognathen Operationen erfolgreich reduzieren. Die Wahrscheinlichkeit einer Operationsindikation ist 3,34-mal höher, wenn keine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wird (Mandall et al. 2016).

Im Laufe der Therapie ließ sich, wie bei vielen Dysgnathien, eindeutig ein interdisziplinärer Aspekt der Behandlung aufzeigen. So musste auch bei dieser Patientin zu Beginn der Behandlung sowie fortlaufend das Schluckmuster korrigiert und trainiert werden. Dieses diente zum einen der Prävention von Fehlentwicklungen und unterstützte zum anderen auch die Retention des kieferorthopädischen Behandlungsergebnisses.

In der aktuellen S3-Leitlinie wird ein direkter Zusammenhang zwischen kieferorthopädischen Anomalien und Störungen des Schluckaktes aufgezeigt. Ein atypisches Schluckmuster stellt demnach einen Ausgleichsmechanismus für eine bereits bestehende kieferorthopädische Anomalie dar und sollte begleitend therapiert werden (Maspero et al. 2014).

Im Anschluss wurde im vorliegenden Patientenfall zur Sicherung der Transversalen und des überstellten frontalen Kreuzbisses eine Oberkieferplatte eingegliedert. Durch die gute Compliance der Patientin konnte die Frühbehandlung mit einem zufriedenstellenden Ergebnis abgeschlossen werden.

Hauptbehandlung

Aufgrund der erfolgreich durchgeführten Frühbehandlung ergab sich in der Hauptbehandlung die Indikation zur dentalen Kompensation der skelettalen Anomalie. Auf dentaler Ebene konnte der Platzmangel im Oberkiefer durch Modifizierung der Oberkieferplatte mit Distalschrauben für 16/26 sowie Protrusionsfedern für 12/22 weitestgehend aufgelöst werden. Folgend wurde die Steuerung des Wachstums in den Mittelpunkt gestellt. Vor allem während des pubertären Wachstumsschubs musste die mandibulomaxilläre Relation gehalten und der erreichte Overjet stabilisiert werden. Hierfür wurde ein Umkehrbionator inseriert, der den erreichten frontalen Überbiss stabilisieren und zugleich das Wachstum positiv modellieren konnte (Garattini et al. 1998)

Ebenso sollte die richtige Lage und Funktion der Zunge und ihre Einflussnahme auf die Mundhöhle reguliert werden. Daher erfolgte die Platzierung der Coffin-Feder umgekehrt (nach distal offen). Diese funktionsregulierenden Aspekte stellten für Balters ein wichtiges Behandlungsziel dar (Scheffler 1970).

Mitgliederversammlung

28. September 2023

Save the Date!

**Die Mitgliederversammlung des
Berufsverbandes der Deutschen
Kieferorthopäden 2023 wird am
28.09.2023 um 15:30 Uhr**

**im ICS Internationales Congresscenter
Stuttgart, Messeplazza 1, 70629 Stuttgart
Raum C 1.2.1**

**stattfinden. Die Einladung nebst Tages-
ordnung und Anträgen wird gem. § 11 Abs. 5
der Satzung im internen Bereich
der Homepage veröffentlicht werden.**

Wir freuen uns, Sie in Stuttgart zu treffen!



„In der aktuellen S3-Leitlinie wird ein direkter Zusammenhang zwischen kieferorthopädischen Anomalien und Störungen des Schluckaktes aufgezeigt.“

Die Insertion der Multibandapparatur wurde aufgrund der mesialen Konfiguration und der Behandlungshistorie über den pubertären Wachstumsspeak hinausgezögert. Hauptzielsetzung war weiterhin die ständige Kontrolle des positiven Overjets und das Halten der Molarenverzahnung. Die Bracketapplikation erfolgte im indirekten Klebeverfahren. Hierzu wurde mithilfe der Software OnyxCeph eine Übertragungsschiene über zuvor ideal positionierte Brackets designt und anschließend im dreidimensionalen Druckverfahren hergestellt. Die Genauigkeit kann als sehr hoch eingestuft werden und das Alignment ist gut vorhersagbar (Li et al. 2019).

Für die Kompensationsbehandlung der Klasse III wird im MBT-System die Verwendung kontralateraler Eckzahnbrackets im Unterkiefer empfohlen, um einen distalen Tip von -3° zu erreichen. Dies vereinfacht die dentoalveoläre Kompensation durch einen Verankerungsgewinn (Bennett und McLauhlin 2014). Zur Vermeidung einer Verkleinerung des Overjets im Rahmen der Nivellierung wurde bei Insertion der Multibandapparatur von 33 bis 43 approximale Schmelzreduktion durchgeführt. Trotzdem ließ sich im FRS diagnostizieren, dass es zu einer Protrusion der Front kam ($+4,3^\circ$).

Das sich ergebende Outcome war aufgrund der nun immer noch leicht retrudiert stehenden Unterkieferfront (UK1-NB bei $20,8^\circ$) und sicherem Erhalt des Overjets jedoch zielführend. Bei der Sicherung des frontalen Überbisses ist der vorprogrammierte Torque der MBT-Brackets von -6° in der Unterkieferfront vorteilhaft, um eine Proklination dieser beim Einsetzen von Kantbögen zu vermeiden (Bennett und McLauhlin 2014).

Zwar ist zur Kompensation des mandibulären Restwachstums eine leicht vergrößerte Frontzahnstufe wünschenswert, dennoch sollte eine möglichst sichere Frontzahnabstützung im Hinblick auf den dritten Aspekt der „six keys to normal occlusion“ (Andrews 1972) erreicht werden. Da der Fokus bei der Multibandtherapie zu Beginn auf dem sicheren Erhalt des Overjets lag, wurde trotz Engstands im Oberkieferfrontzahnbereich keine approximale Schmelzreduktion durchgeführt. Zwischenzeitlich kam es daher zur Protrusion der Oberkiefer-

frontzähne und Vergrößerung des Overjets. Dieser wurde in der Führungsphase durch approximale Schmelzreduktion kontrolliert reduziert. Die approximale Schmelzreduktion war aufgrund der ausgeprägten Tonn-Diskrepanz (OK-Dentition zu breit für UK-Dentition) indiziert (Tonn 1937). In der Retentionsphase wurde im Oberkiefer auf einen festsitzenden Retainer verzichtet, um bei weiterem Unterkieferwachstum eine Kompensation durch Protrusion der Oberkieferfront zuzulassen. Aus diesen Gründen entschied man sich dafür, die Unterkieferfront mit einem 3-3 CAD/CAM-gefertigten Lingualretainer zu retinieren, da bereits zu Beginn der Behandlung ein frontaler Engstand mithilfe von approximaler Schmelzreduktion aufgelöst wurde. Das Risiko eines Rezidivs korreliert dabei stark mit der Ausgangssituation. Der Retentionskatalog des BDK empfiehlt, im Unterkiefer bei einem festsitzenden Retainer zusätzlich ein herausnehmbares Gerät einzugliedern. Deshalb wurden in beiden Kiefern zusätzlich Retentionsplatten eingesetzt. Bei Patienten mit einer Klasse III-Konfiguration wird eine verlängerte Retentionszeit empfohlen, da das Unterkieferwachstum bis über das 20. Lebensjahr hinaus andauern kann (Proffit et al. 2006, Rutili et al. 2020). Die Patientin und ihre Eltern wurden über den zeitlichen Ablauf der Retentionsphase aufgeklärt.

Um eine objektive Bewertung des Therapieergebnisses zu ermöglichen, stehen mehrere Indices zur Verfügung, wie z. B. der Peer Assessment Rating Index (PAR; Richmond et al. 1992). Der PAR-Index unterteilt sich in die Einzelbewertung von elf Komponenten, die u. a. das Alignment der Sextanten, die Okklusion von bukkal, die anterior-posteriore Relation, den Overjet, Overbite und die Mittellinie umfassen. Anhand der in der Publikation von Richmond angegebenen Scores wurde in der Anfangsdiagnostik ein PAR-Index von 20 ermittelt. Die Beurteilung der Abschlussmodelle ergab einen Score von 2, also eine Reduzierung des PAR-Index um 18 Punkte (90 Prozent). Dieses lässt sich als hochwertiges Behandlungsergebnis interpretieren (Graf et al. 2022) ■

KONTAKT

Dr. Larissa Knocks

Assistenz Zahnärztin
in der Kieferorthopädie

Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty
Klinikdirektor

Universitätsmedizin Göttingen
Georg-August-Universität
Poliklinik für Kieferorthopädie
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen

Literaturliste



SureSmile®



Die Aligner Behandlung, die Sie und Ihre Patienten zum Lächeln bringt

SureSmile® Aligner – Jetzt
auch mit SureSmile® VPro™



Erfahren Sie mehr unter:
[suresmile.com](https://www.suresmile.com)

Am 6. Mai 2023 war es endlich wieder so weit, dass sich die „kieferorthopädische Familie“, so Prof. Dr. Dr. Radlanski einleitend, in Bonn im altherwürdigen Rheinhotel Dreesen zusammenfand, um fachlich über den Tellerrand hinauszublicken und sich fernab von industrieller Einflussnahme über die Grundlagen der muskulären Strukturen und ihre Funktionen im orofazialen Bereich auszutauschen. Dieses Jahr trug der interdisziplinäre Gemeinschaftskongress den Titel „Back to the roots: die Muskeln“.

TRANSDISZIPLINARITÄT ALS AUSGANGSBASIS

FÜR MODERNE KIEFERORTHOPÄDIE

Ein Beitrag von Dr. Magdalena Schöne und Dr. Maizam Khoschdell

Dieses weitgreifende Themengebiet ermöglichte einen fachlichen Diskurs zwischen Kieferorthopädie, Grundlagenforschung, Anatomie, Histologie, Physiotherapie, Logopädie, Entwicklungsfor- schung und Medizinpädagogik. Ein Austausch, der bewusst ohne industrielles Sponsoring stattfand, um das Fachliche und die kollegiale Kommunikation in den Vordergrund zu stellen. Die Muskulatur sei ein Themengebiet, welches in der Kieferorthopädie in der aktuellen Zeit viel zu selten Fort- bildungssäle fülle, obwohl das Grundwissen zum Thema Muskeln so wichtig zur Kommunikation mit Kollegen und den Patienten sei, so die Tagungspräsidentin Prof. Dr. Korb- macher-Steiner in ihrer Begrüßungsansprache. Im Moment würden auf dem wissenschaftlichen Parkett häufig kiefer- orthopädisches Wissen und kieferorthopädische Show kon- kurrieren, so Dr. Gundi Minder mann beipflichtend.

Die Anatomie der fazialen Muskulatur

Den wissenschaftlichen Auftaktvortrag hielt Prof. Dr. Dr. Radlanski zum Thema „Die Muskeln des stomatognathen Systems“. Er führte die Zuhörer im Rahmen seines Vortrages anhand detaillierter Abbildungen aus seinem Bildatlas „Das Gesicht“ Schicht für Schicht durch die Anatomie der fazialen Muskulatur. Muskeln würden in der Anatomie zwar einzeln benannt, stellen aber eigentlich eine funktionelle Kontinuität dar. Der M. buccinator stelle beispielweise eine Kontinui- tät mit dem M. orbicularis oris dar, unter den wiederum der M. mentalis verschwinde. Diese Gruppe bilde gemeinsam eine Verschlussmanschette um die Zahnbögen herum – als Gegenpol zur Zunge.

„Es ist wichtig, die Muskulatur nicht nur untereinander als Kontinuität zu betrachten, sondern auch ihr Zusammenspiel mit anderen Strukturen nicht aus dem Blick zu verlieren.“

Prof. Dr. Dr. Radlanski



Abb. 1: (V.l.n.r.) Frau Prof. Heike Korbmacher-Steiner (Tagungspräsidentin), Frau Dr. Magdalena Schöne, Herr Dr. Maizam Khoschdell.

Außerdem sei es wichtig, die Muskulatur nicht nur untereinander als Kontinuität zu betrachten, sondern auch ihr Zusammenspiel mit anderen Strukturen nicht aus dem Blick zu verlieren. So wechseln sich Muskulatur und Fettkompartimente im Gesicht Schicht für Schicht ab. Auch dem SMAS (superfizielles muskuloaponeurotisches System) als feste bindegewebige Zell- und Faserformation komme eine entschiedene Rolle bei der Funktionsausübung der fazialen Strukturen zu. Diesbezüglich verwies Prof. Radlanski auf eine vor Kurzem von der Universität Witten/Herdecke ausgezeichnete Dissertation zum SMAS: „Deskriptive morphologische Analyse des superfiziellen muskuloaponeurotischen Systems (SMAS) der parotidealen und praeparotidealen Mittelgesichtsregion“ (Büchner 2020).

Bezüglich der Entstehung der Gesichtsmuskulatur ging der vortragende Anatom, Entwicklungsphysiologe und Kieferorthopäde zunächst auf die embryonale Krümmung als Folge der schnellen Expansion des Neuroektoderms ein und beleuchtete daraufhin die im Rahmen dieser Krümmung anterior im späteren Gesicht entstehenden Beugefalten sowie Gesichtswülste. Im Zentrum der Gesichtswülste komme es folglich zu einer mesenchymalen Knorpeldifferenzierung und -proliferation in Form eines Stammkörperwachstums. Durch Zellverdrängung und Abscherkräfte entstehe außerdem Knochen, die Mundhöhle vergrößere sich und ein Absinken der Zunge werde ermöglicht. Kranial der relativ zur entstehenden Mundhöhle absinkenden Zunge klappen darauffolgend die elastischen Gaumenfortsätze zusammen und bilden so eine Abgrenzung zur Nasenhöhle, so Prof. Radlanski. Bezüglich der Entstehung der Muskulatur im Kopfbereich besage der bisherige Wissensstand, dass die Somitomere von der Neuralleiste nach anterior wandern.

Prof. Dr. Heike Korbmacher-Steiner leitete darauffolgend zum nächsten Vortrag über und pflichtete Prof. Dr. Dr. Radlanski bei, wie wichtig das Vorliegen eines fundierten entwicklungsphysiologischen Grundlagenwissens für die Behandlung unserer Patienten sei. Leider beschäftige sich unsere Fachdisziplin häufig mit Invasivität, Durchsichtigkeit und Schnelligkeit der Behandlung, aber nicht mit den Grundlagen. Am Ende führe ein funktioneller Ansatz immer zu einer verbesserten Stabilität, welches die Relevanz präventionsorientierter frühkindlicher Maßnahmen unterstreiche.



Abb. 2: Prof. Korbmacher-Steiner. - **Abb. 3:** Prof. Dr. Wibke Bein-Wierzbinski im Gespräch mit FZÄ Sabine Steding, 2. Bundesvorsitzende des BDK. - **Abb. 4:** Impression des Tagungssaals.



„Zur Entwicklungsbeeinflussung muss am ganzen Körper gearbeitet werden.“

Tagungspräsidentin
Prof. Dr. Korbmacher-Steiner

Die Relation von funktionellen und strukturellen Auffälligkeiten

Dies wurde auch im nachfolgenden Vortrag der Professorin für Gesundheits- und Sozialmanagement, Prof. Dr. Wibke Bein-Wierzbinski, mit dem Titel „Die Bedeutung der Aufrichtung für die Entwicklung des orofazialen Systems“ intensiv beleuchtet.

Ein Vorliegen orofazialer myofunktioneller Störungen im Kindesalter habe massiven Einfluss auf die dentofaziale Entwicklung, so die Referentin einleitend. Häufig vorliegende Befunde seien insbesondere eine habituell offene Mundhaltung, eine unphysiologische Zungenruhelage sowie dysfunktionale Bewegungsmuster beim Atmen, Kauen, Beißen, Schlucken oder Sprechen. Diese funktionellen Auffälligkeiten würden letztlich zu strukturellen Auffälligkeiten wie schmalen Kieferbasen, Zahnengständen und Okklusionsstörungen führen. Bei Vorliegen einer habituellen Mundatmung komme es häufig zu einer Obstruktion der oberen Atemwege als Folge der Entwicklung einer Tonsillen- oder Adenoidhyperplasie. Als Mechanismus zur kompensatorischen Vergrößerung der posterioren Luftwege werde patientenseits dann häufig eine Ventralverlagerung der Mandibula und Zunge oder eine Posteriorrotation des Mandibula-Zungen-Komplexes herbeigeführt. Dieses kompensatorische Verhalten begünstige bei Gaumenmandelhypertrophie die Entwicklung einer basal sagittal mesialen und bei Rachenmandelhypertrophie einer basal vertikal offenen sowie basal sagittal distalen Kieferrelation.

passion and precision.

Innovatives 2-Schienen Behandlungskonzept
für optimale Behandlungsergebnisse.

- 🔗 Transparentes Alignermaterial für eine nahezu unsichtbare Behandlung.
- 🔗 Aligner bedeckt einen Teil der Gingiva für bessere Kraftübertragung.
- 🔗 Digitale Fallplanung mit OnyxCeph^{3™}.
- 🔗 Persönliche Beratung durch erfahrenes Support-Team.

Besuchen Sie
uns auf der DGKFO,
Stand C2B41.
27.-30.9.2023
Wir freuen uns
auf Sie!



Abb. 5: (V. l. n. r.) Prof. Korbmacher-Steiner, Prof. Ralf Radlanski, Prof. Bein-Wierzbinski, Oliver Finck (Physiotherapeut). – **Abb. 6:** Impression. – **Abb. 7:** Die Geschäftsstelle: Frau Böttjer-Mazuga, Frau Obermeyer, Herr RA Gierthmühlen. – **Abb. 8:** Impression. – **Abb. 9:** Prof. Radlanski.

Im Zuge der frühkindlichen Bewegungsentwicklung folge auf die Neugeborenenhaltung idealerweise das Erlernen eines sicheren Ellenbogen-Beckenstützes und darauffolgend des Handtellerstützes. Mit Erlernen des Handtellerstützes wandere die Zunge an die Papilla incisiva und ein Herbeiführen des Mundschlusses werde ermöglicht. Ein Auslassen dieses Entwicklungsstadiums verhindere das Erlernen des Mundschlusses und habe demnach weitreichende faziale Entwicklungsstörungen zur Folge. Außerdem sei das spielerische Training der Nacken- und Stützmuskulatur, insbesondere der prävertebralen Muskulatur, essenziell für eine physiologische Haltungsentwicklung. Dieses Training werde insbesondere durch Hand-Knie-Mund-Fuß-Übungen, wie beispielsweise das kindliche Erkunden der Füße mit dem Mund, herbeigeführt.

Daraufhin leitete die Tagungspräsidentin zum nächsten Thema weiter und statuierte, dass man zur Entwicklungsbeeinflussung am ganzen Körper arbeiten müsse und dass es nicht reiche, ein Gummi auf die Zunge zu legen und dem Patienten zu sagen, dass er schlucken solle.

Physiotherapeutische Betrachtungsweise der Muskeln

Der nächste Vortrag folgte von Physiotherapeut Oliver Finck aus Berlin zum Thema „Gesamtkörperstatik und das

orofaziale System. Ansätze aus der Feldenkrais Therapie“. Feldenkrais sei eine Lernmethode die sich mit dem Verstehen der Bewegungsmechanik (theoretisch und praktisch) beschäftige und deshalb eigentlich keine Therapie im engeren Sinne. Es werde vielmehr die propriozeptive Wahrnehmung des Körpers im Raum und der Bewegungsabläufe stimuliert. Jede Form von Bewegung sei besser als keine Bewegung, dies könne man nicht genug betonen. Dies sei insbesondere bei Einnahme einer schmerzbedingten Schonhaltung zu unterstreichen. Die Einnahme einer Schonhaltung führe häufig zu einer erhöhten Belastung anderer Strukturen. Außerdem könne das Gehirn die Schmerzinformation nicht überschreiben, wenn die initial schmerzhaft Position nicht erneut eingenommen werde, sodass man sich in einen Teufelskreis begeben.

Der Referent zeigte ein eindrucksvolles Video zum Zusammenspiel zwischen Sitzhaltung und Mundbodenmuskulatur. Bei zusammengesackter Sitzhaltung komme es häufig zu einer kompensatorischen Reklination des Kopfes und damit zu einer verstärkten Spannung im Bereich der supra- und infrahyoidalen Muskulatur. Wichtig sei es, die Sitzposition so oft wie möglich zu wechseln (dynamisches Sitzen), um die statische Überbelastung einzelner Bereiche zu vermeiden. Auch der Versuch, permanent eine „gerade“ Sitzhaltung einzunehmen, sei unphysiologisch und demnach nicht zu empfehlen. Abschließend unterstrich der Physiotherapeut die



„Die Zunge ist stärker als jeder Draht. [...] 80 Prozent der Kieferfehlstellungen können beeinflusst werden.“ Dr. Andrea Freudenberg

Relevanz des Trainings der autochthonen Muskulatur für eine gute Bewegungs- und Gleichgewichtskontrolle.

Historie und Stand der Dinge im Bereich myofunktionelle Therapie

Als nächstes folgte ein Vortrag der Diplom-Logopädin Dr. Susanne Codoni zum Thema „Der Tanz der Zunge“. Die Zunge fungiere als wichtiger Vermittler zwischen Innen- und Außenwelt. Im Rahmen eines kurzen historischen Überblicks zur Entwicklung der myofunktionellen Therapie zeigte die Referentin, dass Garliner bereits 1964 ein auf Rogers basierendes Programm namens „myofunctional therapy“ herausgegeben habe. Er sei bestrebt gewesen, den Muskelfunktionstherapeuten als Teil eines interdisziplinären zahnmedizinischen Teams zu etablieren. Nach Garliner sei ein echter Kontakt zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Zahnärzte, Kieferorthopäden, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Hals-Nasen-Ohrenärzte etc.) zur Behandlung unserer Patienten notwendig. Die myofunktionelle Therapie sei aus logopädischer Sicht ein therapeutisches Konzept zur Behandlung von Schluck- und Muskelfunktions-

störungen im orofazialen Bereich und ebne den Weg zur physiologischen Sekundärfunktion (Artikulation und Sprache).

Zu beachten sei außerdem, dass sich muskuläre Dysbalancen im Mundbereich über myofasziale Ketten von Kopf bis Fuß im gesamten Körper ausbreiten können. Häufig sei der Knackpunkt der Therapie die Automatisierung des physiologischen Schluckens, welche nicht mit Therapiepausen während der Ferien zu vereinbaren sei.

Myofunktionelle Kieferorthopädie als Wunschansatz

Dr. Andrea Freudenberg hielt einen Vortrag über die myofunktionelle Therapie als Bestandteil der frühzeitigen kieferorthopädischen Behandlung. Das Hauptziel der frühzeitigen kieferorthopädischen Behandlung bestehe darin, die skeletale Beziehung zwischen Oberkiefer und Unterkiefer zu verbessern, die Positionierung der Zähne und des Zahnbogens sowie die funktionelle Okklusion im Kauen zu optimieren. Darüber hinaus ziele sie auf die Verbesserung der ästhetischen Aspekte des Gesichtspröfils und der Weichteilstrukturen ab. Laut der Referentin ist auch die Verbesserung des naso- und



Abb. 10: Impression. – **Abb. 11:** Dr. Andrea Freudenberg. –
Abb. 12: Es blieb immer Zeit für Gespräche.

oropharyngealen Luftwegs von Bedeutung. Für eine langfristig stabile Okklusion ist die Normalisierung der Funktionsmuster der orofazialen Muskulatur ein entscheidender Faktor für den langfristigen Erfolg der Therapie. Die Referentin betonte, dass „die Zunge stärker ist als jeder Draht“. Es wurde festgestellt, dass etwa 80 Prozent der Kieferfehlstellungen beeinflusst werden können, wobei die Funktion eine wesentliche Rolle spielt. Die myofunktionelle Therapie wurde durch die Arbeiten von D. Garliner (1970) und W. Proffit (1986, 2007) weiterentwickelt, die betonten, dass die Ruheweichteilbeziehungen eine herausragende Rolle spielen.

Die Referentin verdeutlichte, dass wir etwa 19 Stunden am Tag eine Ruheweichteilbeziehung haben. Dabei ist der Lippenverschluss und die Nasenatmung entscheidend. Nur so kann die Zunge als Wachstumsmotor für den maxillo-orofazialen Komplex fungieren, erklärte Dr. Freudenberg. Das Ziel besteht darin, die Epigenetik zu nutzen, um nachhaltige Veränderungen in den Ruheweichteilbeziehungen herbeizuführen und somit abnormales Wachstum in physiologisches Wachstum umzuwandeln und ein maximales Wachstum des Mittelgesichts zu erreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, betonte die Referentin die Bedeutung eines Paradigmenwechsels in Richtung einer myofunktionalen Kieferortho-

pädie. Diese Behandlung sollte so früh wie möglich beginnen, um orofaziale Entwicklungsvorgänge zu begleiten, physiologische Ruheweichteilbeziehungen herzustellen und sie aufrechtzuerhalten. Spätere ästhetische Behandlungen können erfolgen, nachdem alle bleibenden Zähne durchgebrochen sind. Zu den kieferorthopädischen Geräten, die in der myofunktionellen Therapie eingesetzt werden, gehören Bioplate, Trainer (wie Myobrace, LM-Activator, Orthotain etc.), Bionator, Transforce, Aligner, Palatinalbogen und festsitzende Platzhalter.

Funktionslogen und ihr Zusammenspiel

Den Abschlussvortrag der diesjährigen Veranstaltung hielt die Tagungspräsidentin Prof. Dr. Heike Korbmacher-Steiner zum Thema „Das interaktive Funktionslogensystem“. Das interaktive Funktionslogensystem diene als Erklärungsmodell für das Zusammenspiel der verschiedenen anatomischen Akteure des orofazialen Kausystems und seine umgebenden Strukturen. Über Logen stehen die verschiedenen Kompartimente miteinander in Verbindung, sodass Dysfunktionen eines Bereiches meist negative Auswirkungen auf andere Logen haben, so die Referentin. Es handele sich um einen funktionellen Zusammenhang zwischen der Muskulatur des Kopf- und Halsbereiches, der Okklusion, der Kieferbasen, der Strukturen der Kiefergelenke, der Wirbelsäule, der Atemwege sowie der suprahyoidalen, infrahyoidalen und laryngealen Strukturen. Der Schluckvorgang müsse vielen Aufgaben im stomatognathen System nachkommen (Nahrungsaufnahme, Transport, Schutz vor Aspiration) und sei dementsprechend komplex mit einer Beteiligung von 26 Muskelgruppen und fünf Hirnnerven bei einer Frequenz von etwa 2.000 Bewegungsabläufen pro Tag. Für eine erfolgreiche kieferorthopädische Behandlung bei offenem Biss sei insbesondere die sichere Umstellung des Schluckmusters unter Verhinderung einer weiteren anterioren Zungeneinlagerung wichtig. Das Training der Zungenposition könne jedoch lediglich über funktionskieferorthopädische Maßnahmen, nicht über simple Zungengitter und Abschirmapparaturen, erreicht werden. Ein Gitter würde den Zungendruck nach anterior durch den permanenten Reiz sogar stimulieren und die Rezidivwahrscheinlichkeit somit erhöhen. Häufig sei es sinnvoll, zunächst den Mundschluss zu trainieren (z.B. mit einem FaceFormer) und darauffolgend Zungen- und Schluckübungen durchzuführen (z. B. logopädische Übungen, myofunktionelle Therapie). Die Komplexität des Zusammenspiels der Funktionslogen zeige sich beispielweise in der Aufrichtung der Halswirbelsäule durch Annäherung des Dens an den Spheno-occipital-Komplex nach Vorverlagerung des Unterkiefers im Rahmen einer funktions-kieferorthopädischen Therapie.

Zusammenfassend äußerte die Professorin, dass eine Dysfunktion selten allein komme und der interdisziplinäre Austausch zwischen den Berufsgruppen weiter fortgeführt und verbessert werden sollte. In diesem Sinne wird die interdisziplinäre Veranstaltung auch im nächsten Jahr wieder mit Dozenten und Teilnehmern vieler Fachdisziplinen stattfinden. ■

NEW
AB 01.05.
NOCH BESSER UND
NOCH GÜNSTIGER!



PREISBEISPIEL

TOUCH-UP

899,- €*

für beide Kiefer

18 Aligner pro Kiefer (9 soft und 9 hart)
je Set 2 Schienen
(Beide Kiefer: bis zu 36 Schienen)

*inkl. 2 Refits und 1 Refinement
innerhalb 1 Jahres; zzgl. MwSt. und Versand

TrioClear™ – das progressive Clear Aligner-System


- Nur noch zwei Aligner je Behandlungsschritt nötig
- Jetzt mit neuem dreischichtigem Schienenmaterial

TRIO[®]
CLEAR

Nutzen Sie die Vorteile eines Komplettanbieters.

Das Plus für Ihre Praxis: Als weltweiter Aligner-Anbieter verfügt die Modern Dental Group über die Erfahrung aus vielen Tausend erfolgreich abgeschlossenen Patienten-Fällen.



A vibrant rainbow arches across a cloudy sky, casting a reflection on the water below. The scene is set over a lake with a cityscape and mountains in the background.

Der XXVIII. GBO-Jahreskongress fand am 24. und 25. März 2023 im Hotel Königshof in Bonn statt. Unter dem Motto „Kieferorthopädische Themen, die bewegen“ führten hochkarätige Referenten durch die spannende zweitägige Veranstaltung. Inhaltlich standen vor allem die Digitalisierung sowie die Behandlung mit individualisierter Innenspanne im Fokus.

GBO-JAHRES- KONGRESS IN BONN

**HINTERLÄSST IMPOSANTE EINDRÜCKE -
FACHLICH, MENSCHLICH, KULTURELL**

Ein Beitrag von Dr. Magdalena Schöne und Dr. Maizam Khoschdell

Die Eröffnung des diesjährigen GBO fand unter strahlendem Sonnenschein statt, wobei Dr. Gundi Mindermann einen Dank an Prof. Heike Korbmacher-Steiner für die Präsidentschaft aussprach. Gleichzeitig wurde mit einer Schweigeminute dem verstorbenen Prof. Jean Delaire gedacht, zu der Prof. Thomas Stamm aufgerufen hatte. „Möge seine Lehre erhalten bleiben. Ruhen Sie in Frieden.“

Rolf Fränkel Ehrenvorlesung

Die Rolf Fränkel Ehrenvorlesung wurde von Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke gehalten und behandelte die nachhaltige Idee im aktuellen zahnmedizinischen und gesundheitspolitischen Kontext. Wie viele andere KFO-Apparaturen habe auch der FR den Sprung in die digitale Welt geschafft, erklärte die Referentin. Es müsse jedoch abgewartet werden, ob sie sich im klinischen Alltag bewähren würden, da die Apparaturen aus dem 3D-Drucker noch zu porös seien. Prof. Kahl-Nieke präsentierte das Positionspapier von 2018 zum medizinischen Nutzen von KFO-Behandlungen mit Schwerpunkt auf Prävention, interzeptiver Therapie und kurativen Maßnahmen. Anschließend wurde die Zielsetzung der S3-Leitlinie zur Identifikation idealer Therapiezeitpunkte vorgestellt. Zum Beispiel zeige eine Klasse II-Frühtherapie im Vergleich zu keiner Therapie eine Verbesserung der Bisslage, Zahnstellung, Zahnbogenform, Okklusion, dentofazialen Ästhetik sowie des nasopharyngealen und oropharyngealen Luftraums. Eine Bisslagetherapie sei im späten Wechselgebiss effizienter als im frühen Wechselgebiss. Die Referentin fuhr fort, dass ein früher Beginn von Vorteil sein könne, insbesondere bei individuellen Fällen mit hohem psychologischem Stressfaktor oder erhöhter Traumagefahr.

Bei einer Klasse III gebe es keine vergleichenden Studien zwischen dem Milchgebiss und dem frühen Wechselgebiss. Die Tendenz deute jedoch darauf hin, dass ein früherer Beginn besser sei. In Bezug auf die dentale Kompensation sei eine individuelle Beurteilung entscheidend. Bei transversalen Anomalien gelte für skelettale und dentale Anomalien die Frühtherapie im Oberkiefer unter Ausnutzung der hohen Adaptivität der maxillären Strukturen und das Entgegenwirken muskulärer Fehlfunktionen sowie die koordinierte transversale und sagittale Weiterentwicklung der Kiefer. Das Timing der Gaumennahtweiterung spiele eine entscheidende Rolle für die Qualität der transversalen Nachentwicklung. Bei einer frühen Intervention erfolge eine parallele Gaumennahtöffnung eher V-förmig bei einer späten Intervention. Entscheidend für das Timing in der Kieferorthopädie seien drei Punkte: die Identifizierung von Risikopatienten (Schweregrad,

Progredienzrisiko, Schaden), die Abwägung der Vor- und Nachteile einer Therapie zum Diagnosezeitraum abwägen und der Berücksichtigung des Leidensdruckes und der zu erwartenden elterlichen Compliance.

Kindliche kraniofaziale Fehlbildungen

Zum Thema kraniofaziale Anomalien hielt Prof. Dr. Bernd Koos aus Tübingen einen Vortrag. Zu Beginn betonte er die interdisziplinäre und wachstumsbegleitende Aufgabe bei der Therapie von kraniofazialen Anomalien. Komplexe kraniofaziale Entwicklungsstörungen, die mit funktionellen und myofunktionellen Pathologien einhergehen, wie Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, Pierre-Robin-Sequenz und andere Syndrome (Apert, Crouzon, Goldenhar und Pfeiffer), erfordern neben der Kieferorthopädie, Prothetik und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie auch Unterstützung aus den Bereichen Radiologie, Orthopädie, Pädiatrie, Humangenetik, Schlafmedizin, Logopädie und Physiotherapie, so Prof. Koos. Der Referent stellte das Konzept der mitwachsenden Gaumenplatte (prächirurgische Gaumenplatte mod. nach Rosenstein/Hotz) vor. Ihr Ziel ist die funktionelle anatomische Trennung von Mund- und Nasenraum sowie die Wiederherstellung der Funktionen (Schlucken, Stillen). Darüber hinaus soll sie das Wachstum der Kiefersegmente, der Prämaxilla, des Vomer und der Nase lenken und das Wachstum hemmende Faktoren, wie die Einlagerung der Zunge, eliminieren. Nach dem intraoralen Scan und der Anpassung des Sockels kann das digitale Modell erstellt werden, erklärte der Referent.

Mit dem digitalen Workflow können verschiedene Gaumenplatten entworfen werden, bis das gewünschte Design erreicht ist, das dann mittels 3D-Druck hergestellt wird (Xepadadeas et al., 2019). Es bietet sich an, mehrere Gaumenplatten direkt zu drucken und den Eltern eine zusätzliche als Ersatz mitzugeben, so Prof. Koos. Als nächstes stellte er die Tübinger Atmungsplatte (TPP) vor. Die TPP verhindert das Zurückfallen der Zunge und unterstützt das Wachstum des Unterkiefers, wodurch eine Verengung des Rachens vermieden wird, erklärte der Referent. Die TPP kann daher bei der Robin-Sequenz (RS) eingesetzt werden. Die RS ist durch eine Kombination von Mikrognathie, mandibulärer Retrognathie, Glossoptose und obstruktiver Atmungsstörung gekennzeichnet. In 80 bis 90 Prozent der Fälle tritt die Robin-Sequenz zusammen mit einer Gaumen-Spalte auf. Die Prävalenz in Deutschland liegt bei etwa 1:8.500.

Eine weitere Modifikation der TPP ist die Flötenplatte. Bei dieser Modifikation ersetzt ein Lumen im Pharynx und Drainagelöcher den Sporn. Der Tubus ist nicht komprimierbar und ermöglicht es, dass die oberen Atemwege offenbleiben.



Diese Form der Modifikation kommt bei RS-Patienten mit Typ III Obstruktion (Obstruktion durch Kollaps der lateralen Pharynxwände) und Typ IV Obstruktion (Obstruktion durch zirkuläre sphinkterartige Konstriktion der Pharynx) zum Einsatz.

Digitale Ansätze in der Kieferorthopädie

Prof. Dr. Sinan Şen vom Universitätsklinikum Kiel präsentierte die digitalen Ansätze in der Kieferorthopädie. In Bezug auf das indirekte Kleben von Brackets mittels IDB-Trays (indirect bonding trays) erwähnte der Referent zwei mögliche Optionen. Beim CAD/CAM-Tray werden zunächst die Design-Parameter festgelegt (CAD) und anschließend das Tray mithilfe spezieller Polymere (z. B. NextDent Ortho IBT) hergestellt (CAM). Die zweite Option ermöglicht das indirekte Kleben von Brackets mittels 3D-Modelldruck mit einer Bracket-Positionierungshilfe und einer Tiefziehschiene (2 mm Bioplast). An der Klinik in Kiel werden Inhouse-Aligner mithilfe von Onyx-Ceph geplant. Dadurch ist es möglich, Zahnbewegungen schrittweise zu planen und verschiedene Attachment-Typen auszuwählen. Dies erhöhe die Retention und ermögliche die Anwendung von Drehmomenten durch Kräftepaare, erläuterte der Referent.

Des Weiteren wurden CAD/CAM-gefräste herausnehmbare Apparaturen vorgestellt. Im Gegensatz zu den 3D-gedruckten Varianten sind diese erweiterbar (durch das Hinzufügen weiterer Elemente) und reparierbar (im Falle eines Bruchs der Halteelemente). Anhand verschiedener Patientenbeispiele wurden unterschiedliche herausnehmbare Apparaturen präsentiert, zum Beispiel bei einem zehnjährigen Patienten nach einer Kieferfraktur, der unter anderem mit einem CAD/CAM-gefrästen Aktivator behandelt wurde.

Der aktuelle Stand der Forschung zeige, dass initiale Modellscan-DVT-Überlagerungen zwecks Abschätzung der Wurzelresorption kieferorthopädischer Zahnbewegung ein valides Verfahren seien und perspektivisch DVT-unterstützte vollständig individuelle Apparaturen nach Überlagerungen von Facescan, DVT und Modellscan möglich sein werden.

Aligneranwendung in der modernen Kieferorthopädie

Das Behandlungsspektrum von Alignern werde nach wie vor kontrovers diskutiert, betonte Prof. Dr. Dr. Till Köhne, Lehrstuhlinhaber für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Leipzig. Zunächst wurde die Frage erörtert, ob die Entwicklung der Aligner eine Revolution oder eine Evolution darstellte. Nach einer historischen Rückblende, die den Kesling Positioner (1945), die Nahoum Tiefziehtechnik (1960er), den Ponitz Retainer/



Zendura[®]

Clear Aligner & Retainer Material

Jetzt bei Straumann!



Starke **Rissbeständigkeit** durch spezielle Materialrezeptur mit hoher Widerstandsfähigkeit

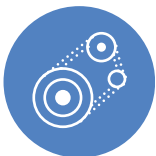


Hoher **Belastungswiderstand**, um Verformungen in jeder Behandlungsphase zu widerstehen

Zendura FLX: das fortschrittliche Multilayer-Material



Geringere Initialkraft für mehr Trage- und Patientenkomfort



Stärkere und konstante kieferorthopädische **Kraftübertragung**



Zendura[®]

- 125mm x .76mm Circle** (SKU# 9156) for Ministar/BioStar/DrufoMat
 - 120mm x .76mm Circle** (SKU# 9163) for Erkoform/DrufoMat
 - 125mm x .76mm Square** (SKU# 9164) for DrufoMat & other vacuum thermoformers
- * Sheet dimension SKU# is embossed on sealed edge of each sheet's foil bag.

- 20 sheets single packaged in moisture barrier foil pouch
- Keep in dry / cool - place in water bath and set within 15 minutes

Jetzt bestellen auf
straumanngroup.de/zendura



Abb. 1: Dr. Thomas Drechsler und Dr. Meyer-Gutknecht. Gut gelaunt nach erfolgreicher Zertifizierung. - **Abb. 2:** Vorstand und Fachbeirat v. l.: Prof. Heike Korbmacher-Steiner (Tagungspräsidentin), Prof. Thomas Stamm, Prof. Bärbel Kahl-Nieke, Dr. Gundi Mindermann, Dr. Stephan Pies, Dr. Michael Sostmann, Prof. Meyer-Marcotty. - **Abb. 3:** Tagungspräsidentin Prof. Korbmacher-Steiner. - **Abb. 4:** Prof. Dr. Christina Erbe. - **Abb. 5:** Impression. - **Abb. 6:** Prof. Stamm. - **Abb. 7:** Impression.

Aligner (1971), die McNamara Invisible Retainers (1985), den Sheridan Essix Retainer (1993) und schließlich Align Technology (1997) umfasste, konnte festgestellt werden, dass es sich bei den Alignern um eine Evolution handelt.

Anschließend wurden die Kraftsysteme „Push“ statt „Pull“ bei Alignern veranschaulicht. Dabei erläuterte Prof. Köhne, dass die aktive Fläche auf den Zahn drücke, wobei die Vergrößerung der Angriffsfläche durch Attachments eine Rolle spielt. Der Referent führte weiter aus, dass eine größere aktive Fläche zu einer besseren Zahnbewegung führt. Zudem betonte er die Bedeutung einer geplanten Überkorrektur. Insbesondere bei Tiefbissfällen empfahl er eine Überkorrektur von bis zu 200 Prozent.

Bei der Anwendung von Alignern in der Extraktionstherapie gab Prof. Köhne dem Publikum folgende Empfehlungen: Aligner eignen sich für moderate Engstände, bei denen die Zähne nur wenig Torque benötigen, sowie für offene Bisse mit vorstehenden Frontzähnen. Er wies jedoch darauf hin, dass bei dieser Methode keine Mesialisation der Molaren möglich sei. In vielen Fällen seien am Ende auch Brackets erforderlich, ergänzte der Referent. In einem weiteren Fallbeispiel präsentierte der Professor die Kombination aus Segmentbogentechnik zur Retraction der oberen Eckzähne nach einer Extraktion und anschließender Fortsetzung der Therapie mit Alignern.

Behandlung des offenen Bisses mittels Aligner

Prof. Dr. Christina Erbe aus Mainz hielt einen Vortrag über die Anwendung von Alignern zur Behandlung von Patienten mit einem offenen Biss. Der offene Biss tritt sowohl im Wechselgebiss als auch im bleibenden Gebiss mit einer Prävalenz von etwa 5 Prozent auf, wobei es keine signifikanten Unterschiede gibt. Derzeit gilt die Dysgnathie-Chirurgie als Goldstandard bei skelettalen offenen Bissen. Die Referentin betonte, dass eine adäquate kieferorthopädische Behandlung, die posteriore Impaktion und die myofunktionelle Therapie entscheidend für die Prävention von Rückfällen seien. Allerdings sind Langzeitstudien zu diesem Thema erforderlich, da das Rezidivrisiko nach einer Dysgnathie-Chirurgie bei 37 Prozent liegt.

Anschließend präsentierte die Referentin einige Fallbeispiele von Patienten mit offenen Bissen und ihrer Behandlung mit Alignern. Diese Methode erwies sich als effektiv, um den offenen Biss zu schließen und die vertikale Dimension in Grenzfällen zu kontrollieren, ohne auf eine Operation oder skelettale Verankerung zurückgreifen zu müssen. Die Alignertherapie bietet somit eine neue Perspektive im Vergleich zur klassischen und modifizierten MEAW-Technik. Sie kann als Alternative zur klassischen Dysgnathie-Chirurgie betrachtet werden, betonte Prof. Erbe.

Interdisziplinäre Erwachsenenbehandlung mittels der individualisierten Lingualtechnik

In seinem Vortrag widmete sich Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs dem Einsatz der Lingualtechnik im interdisziplinären Feld der Kieferorthopädie und Chirurgie. Durch die Anwendung der Lingualtechnik können die gesetzten Ziele präzise erreicht werden, dank ihrer hohen Effizienz und der Fähigkeit zur individuellen Zahnbewegung. Insbesondere in der Erwachsenenbehandlung gewinnt die Kieferorthopädie zunehmend an Bedeutung, besonders wenn es um die Lückenöffnung für zukünftige Implantate oder die Aufrichtung von Pfeilern für einen angemessenen prothetischen Ersatz geht.

Prof. Jacobs präsentierte in seinem Vortrag auch Fallbeispiele von Patienten mit dem X-Effekt und dem Y-Effekt sowie Fälle mit ausgeprägten Engstandproblemen, bei denen die Therapie durch Extraktion und den Einsatz der Lingualtechnik erfolgte. Des Weiteren wurden einzelne Torquekorrekturen bei Patienten mit Gingivarezessionen thematisiert. Eine ideale kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise, die von der Diagnostik bis zur Retention reicht. In diesem Zusammenhang bietet die Lingualtechnik gegenüber anderen Behandlungstechniken herausragende Vorteile.

3D interdisziplinäre Ansätze zur Optimierung kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Therapien

Priv.-Doz. Dr. Anja Quast aus Göttingen präsentierte interdisziplinäre Ansätze zur Optimierung kombiniert

„Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass die initiale Modellscan-DVT-Überlagerung zur Abschätzung der Wurzelresorption bei kieferorthopädischen Zahnbewegungen ein valides Verfahren ist.“

kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Therapien mithilfe von 3D-Technologie. Die Erwartungen der Patienten sind hoch, insbesondere, da es sich um einen elektiven operativen Eingriff handelt. Eine kombinierte Therapie führt zu einer verbesserten Kau- und Bissfunktion, Okklusion,



Abb. 8 und 9: Impression. – Abb. 10: Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs MSC im Gespräch mit Prof Dr. Dr. Till Köhne. – Abb. 11: Prof. Kahl-Nieke.

Gesichtsästhetik und einer Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens. Demgegenüber steht die Motivation des Patienten für eine solche Therapie. Neben ästhetischen Aspekten sind auch Probleme beim Essen und Kiefergelenkerkrankungen für den Patienten ausschlaggebend. Durch den Einsatz virtueller, computerbasierter Planungsverfahren, die auf dreidimensionalen zahnärztlichen (Intraoralscan/Abformung), skelettalen (DVT) und gesichtsbezogenen (Stereophotogrammetrie/3D-Scan) Datensätzen basieren, werde eine höhere Effizienz und damit einhergehend eine höhere Patientenzufriedenheit ermöglicht, so die Referentin. Die virtuelle Schädelmontage mit zentrischer Kondylenposition bietet im Vergleich zur planungsbasierten Artikulator-Planung Vorteile in Bezug auf Zeit, Kosten, Patientenkommunikation sowie verbesserte interdisziplinäre Kommunikation und Visualisierung von beispielsweise Asymmetrien. Durch die Weichteilsimulation können Gesichtsbewegungen heute mithilfe von 4D-Videostereophotogrammetrie in die Therapieplanung integriert werden. Durch die zusätzliche Einbindung der Dentition in das 4D-Modell ist es möglich, Informationen über das Zusammenspiel von Zähnen und Weichgewebe in Funktion zu erhalten. Die Kieferorthopädie erhält somit eine wertvolle Ergänzung unserer Diagnostik und Therapie für eine individuelle Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Patienten.

Kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung mittels individualisierter Lingualtechnik

Prof. Dr. Michael Wolf präsentierte strategische Überlegungen zur Therapieplanung in kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Grenzfällen. In diesem Zu-

sammenhang präsentierte der Referent einige komplexe Fallbeispiele. Im ersten Fall wurde ein Mann mittleren Alters mit einem konkaven Gesichtsprofil, einem vergrößerten Nasolabialwinkel, einer negativen Lippentreppe und einem verkürzten mittleren Gesichtsdrittel gezeigt. Intraoral wurde eine distalbasale Kieferrelation mit deutlicher retrognathen Mandibula festgestellt. Es handelte sich um einen brachyfazialen Typ mit asymmetrischer Klasse II-Verzahnung sowie einer Supraposition der Frontzähne und einem Tiefbiss. Nach einer gründlichen Diagnostik der extraoralen und intraoralen Probleme wurde eine Entscheidung getroffen. Der Patient mittleren Alters wurde konservativ mit einer lingualen Apparatur in Kombination mit einem Forsus-Gerät und Klasse II-Gummizügen behandelt. Es konnte eine geringfügige Verbesserung erreicht werden, auch ohne eine Operation durchzuführen.

Im zweiten Fall präsentierte Prof. Wolf eine Frau mittleren Alters mit ähnlichen Problemen. In diesem Fall wurde eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie durchgeführt. Gemäß dem Protokoll von Prof. Wolf erfolgt die Entfernung der Schienen zwei Wochen nach der Operation. Im ersten Monat werden wöchentliche Kontrollen empfohlen, wobei die intermaxilläre Fixation kontinuierlich getragen wird. Über einen Zeitraum von sechs Monaten hinweg werden die Kontrollintervalle und die Tragefrequenz der Fixation reduziert.

Ausblick

Insgesamt blickt der Jahreskongress auf einen intensiven kollegialen Austausch und bereichernde Impulse für die eigenen Praxisabläufe, so das Feedback der Teilnehmer, die sich schon jetzt auf eine Fortsetzung in 2024 freuen. ■



10



11

ULTRADENT

DIE MANUFAKTUR FÜR BEHANDLUNGSEINHEITEN

INDIVIDUALITÄT GEFERTIGT IN DEUTSCHLAND



Entdecken Sie 29 Polsterfarben und Lackierungen in allen RAL-Classic-Farben.

Easy KF0 2, Lackierung: Zinkgelb RAL 1018, Polsterfarbe: Zinkgelb 1300 T

 www.ultradent.de  [ultradent.de](https://www.instagram.com/ultradent.de)

Besuchen Sie uns in unserer Manufaktur im Münchner Süden und erleben Sie unsere Behandlungseinheiten live in unserem ULTRADENT Showroom oder unter www.ultradent.de | Termine unter Tel.: +49 89 420 992-71
ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG | Eugen-Sänger-Ring 10 | 85649 Brunenthal | info@ultradent.de





Niedersachsen

SAVE THE DATE: FORTBILDUNGEN **DER ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDER-** **SACHSEN**

Fortbildung und Kammerengagement sind in Niedersachsen seit jeher eng verbunden. Die kieferorthopädische Fortbildungsreihe in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer wurde zehn Jahre erfolgreich von Herrn Prof. R. Schweska-Polly geleitet. Seit nunmehr wiederum zehn Jahren ist die Kooperation von Zahnärztekammer und BDK erfolgreich und kann den Kolleginnen und Kollegen immer wieder aktuelle Themen, interdisziplinäre Arbeiten und auch direkte Arbeiten aus der Praxis für die Praxis anbieten. Wir freuen uns immer wieder über die hohe Akzeptanz und ich freue mich, Ihnen wieder ein komplettes Programm für 2023/2024 anbieten zu können. ■

1**Freitag, 03.11.2023 - S 23**

Kieferorthopädische Prävention und Frühbehandlung aus interdisziplinärer Sicht und aus Sicht des Kieferorthopäden
Referentin: Prof. Dr. Franka Stahl, Rostock

2**Freitag, 01.12.2023 - S 23**

Aktuelles aus der Erwachsenen-KFO
Referent: Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty, Göttingen

3**Freitag, 26.01.2024 - S 24**

Bruxismus - Diagnostik und Management
Referent: Prof. Dr. Olaf Bernhardt, Greifswald

4**Freitag, 01.03.2024 - S 24**

Vom Lippenschluss zum Glottisrand - Interdisziplinäre Aspekte von KFO, HNO und MKG
Referent: Dr. Bernhard Wiechens, Göttingen

In Vorfreude auf eine wie immer große Teilnehmerzahl,

Ihre Dr. Gundi Mindermann



Thüringen

Für die Belange der Kieferorthopäden in Thüringen setzt sich Dr. Frank Fietze als 1. Vorsitzender des Landesverbandes ein. Neben der Förderung und Werbung des fachlichen Nachwuchses stellt auch die grundsätzliche derzeitige Versorgungslage im Bundesland eine Herausforderung für den Vorstand dar. Im Interview mit der Redaktion gibt Dr. Fietze Einblicke in aktuelle Themen und berichtet über die jüngste Landesversammlung von April.



„ES WIRD PERSPEKTIVISCH ZU VERSORGUNGSPROBLEMEN KOMMEN“

Herr Dr. Fietze, was sind die aktuellen Themen des Landesverbandes?

Derzeit beschäftigen wir uns mit der Vorbereitung der konstituierenden Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer. Hier wurden drei Kieferorthopäden gewählt, bisher saß ein weiterer im Vorstand der Kammer (zuständig für die Weiterbildung) – das soll auch so bleiben. Außerdem bereiten wir aktuell ein Treffen des BDK-Landesverbandes mit dem Landesverband der DGZMG in Weimar vor, hier wird der fachliche und politische Austausch im Fokus stehen. In „Vorfremde“ erwarten wir außerdem die neuen Regelungen zur Mehrkostenvereinbarung in der Kieferorthopädie. Unsere Gedanken sind zudem bei unserem Kollegen DS Hans-Otto Vonderlind, der überraschend Anfang Mai verstorben ist. Vonderlind war ein BDK-Urgestein in Thüringen und jahrzehntelanger KFO-Referent der KZV. Die Politik unserer Fachschaft wurde seit der Wende maßgeblich durch ihn mitgestaltet.

Wie gestaltet sich die kieferorthopädische Versorgungslage in Thüringen derzeit?

In drei Kreisstellenbereichen Thüringens finden sich momentan keine Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, eine Besserung ist im Moment nicht in Sicht. Vonseiten der Patienten sind bisher keine Klagen an die KZV gerichtet worden, die umliegenden Kollegen halten die Versorgung bisher aufrecht. Ich bin mir jedoch sicher, dass es perspektivisch zu Problemen kommen wird.

Im April war Landesversammlung. Bitte geben Sie uns Einblicke in die Inhalte und Ergebnisse.

Gern. Zum berufspolitischen Teil der Versammlung waren 30 Kollegen anwesend und somit immerhin die Hälfte des Landesverbandes. Feststellen ließ sich, dass das Thema EBZ die Kollegen im Moment besonders beschäftigt. Es kommt immer wieder zu Schwierigkeiten, weil wir als Pilotprojekt für die Einführung einer unausgegorenen Technologie dienen, die von der Politik ohne Rücksicht auf Verluste durchgedrückt wird. Auch die Auswirkungen des Finanzstabilisierungsgesetzes auf die

Honorarsituation der Thüringer Kollegen war ein Schwerpunkt des Vortrags unseres KZV-Vorsitzenden. Die Budgetsituation in unserem Bundesland und die Struktur des HVM lassen vorerst keine negativen Folgen für die Kollegen erwarten. Erwähnen möchte ich auch den bemerkenswerten Vortrag von Frau Prof. Dr. Dr. Konstanze Scheller (Uniklinik Halle) zum Thema „Syndrome im Kopfbereich und ihre Auswirkungen auf die Zahn- und Kieferentwicklung“ – dieser war spitze. Außerdem gab RA Stephan Gierthmühlen einen Überblick über die derzeitigen juristischen Maßnahmen des BDK.

Wie steht es um den Nachwuchs im Landesverband?

Bereits vor vielen Jahren hat der BDK eindringlich auf den fehlenden Nachwuchs hingewiesen. In Zusammenarbeit mit der Kammer wurde daraufhin die Weiterbildungsordnung geändert und die Möglichkeit eines „Substitutionsjahres“ geschaffen, sodass es in den letzten Jahren gelungen ist, mehrere Fachzahnärzte auszubilden, die erfreulicherweise auch in Thüringen geblieben sind. Fest steht jedoch trotz aller Bemühungen: Es wird eine Herausforderung für den derzeitigen Landesvorstand sein und bleiben, junge Kollegen für den Berufsverband zu gewinnen.

Was ist für das 2. Halbjahr geplant?

Wir wollen eine Informationsveranstaltung rund um das Thema „Vereinbarung und Erklärung zu Mehr- und Zusatzleistungen bei der KFO-Behandlung gemäß § 29 Abs. 7 SGB V“ initiieren, eventuell in Zusammenarbeit mit der KZV. Auch weitere Aktivitäten sind in Planung, derzeit aber noch nicht in dem Stadium, um an dieser Stelle darüber zu berichten.

Vielen Dank! ■

Bild: Der Vorstand des Thüringer Landesverbandes (v. l. n. r.): Dr. Frank Fietze, Dr. Claudia Herget, Dr. Axel Eismann.



BDK Sachsen-Anhalt

Der Landesverband Sachsen-Anhalt blickt auf Vorstandsebene auf ein dynamisches Doppel, bestehend aus Dr. Lorenz Bräuer (1. Vorsitzender) und dessen Stellvertreter Dr. Mario Wuttig. Dr. Wuttig ist in Sachsen-Anhalt zusätzlich KFO-Referent der KZV und wurde kürzlich zum stellvertretenden VV-Vorsitzenden gewählt. Im Interview mit der Redaktion berichten beide über die aktuelle Arbeit des Landesverbandes und geben Einblicke in die Themen Weiterbildung, Altersstruktur der FZÄ sowie in die grundsätzliche Versorgungssituation.

„STANDESPOLITISCHES ENGAGEMENT IST ELEMENTAR UND ZEUGT VON VERANTWORTUNG GEGENÜBER DEM EIGENEN BERUFSSTAND“

Herr Dr. Bräuer, was sind die aktuellen Themen des Landesverbands?

Wie in allen anderen Landesverbänden sind die Auswirkungen des Lauterbachens Spargesetzes natürlich das Thema. Der Vorstand der KZV Sachsen-Anhalt hat dazu in einem Rundbrief mitgeteilt, dass es bisher zu keinen Leistungskürzungen kommt. Die genauen Auswirkungen für 2023 wird man mit Sicherheit erst Anfang 2024 kennen, wenn alle aktuellen Zahlen vorliegen. Dann sind auch die Auswirkungen für 2024 erkennbar. Die FZÄ für KFO, die Mitglieder der Vertreterversammlung sind und auch in den entsprechenden Ausschüssen mitarbeiten, werden diese Entwicklungen und die Auswirkungen natürlich genau verfolgen. Ein weiteres Thema ist die Überarbeitung und Konkretisierung der Weiterbildungsordnung auf Bundesebene. Auch hier sind wir durch das Mitglied des Landesvorstandes, Dr. Brune, und die anderen Mitglieder der Kammerversammlung gut aufgestellt, um im Interesse der Weiterbildung zum Fachzahnarzt mitzuarbeiten.

Woran wird konkret gearbeitet?

Als Aufgaben für das zweite Halbjahr 2023 steht erstmal die Organisation und Durchführung des „Kieferorthopädischen Arbeitskreises Sachsen-Anhalt“ an. Dieser Arbeitskreis existiert nun schon seit über 20 Jahren und zeichnet sich durch ein sehr hohes Fortbildungsniveau aus. Er ist fester Bestandteil der Fortbildungsreihen der Zahnärztekammer und wird mit Unterstützung des Landesverbandes organisiert. Im Spätherbst findet unsere jährliche Mitgliederversammlung statt. Hier dürfte das bereits erwähnte Spargesetz ein Schwerpunkt sein. Im Vorfeld der Mitgliederversammlung wird sich der BDK-Landesvorstand mit dem Vorstand der KZV treffen, um die

anstehenden Themen und Probleme zu besprechen. In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich über die Jahre ein sehr vertrauensvolles Verhältnis zum Vorstand der KZV und zum Kammervorstand entwickelt hat. Das hat dazu geführt, dass wir als Landesvorstand offen und lösungsorientiert über alle Probleme und Themen sprechen können.

Wie geht es Ihnen und den kieferorthopädischen Kollegen aktuell in Sachsen-Anhalt, was beschäftigt Sie bei der täglichen Praxistätigkeit?

Die mittlerweile überbordende Bürokratie merken wir natürlich täglich. Schon seit Jahren wird über Bürokratieabbau und mehr Zeit für die Patienten diskutiert, ohne dass die Kollegen hier echte Verbesserungen wahrnehmen. Das elektronische Antragsverfahren (eHKP) wird nach derzeitigem Stand bis zum 1. Juli 2023 in den Praxen verpflichtend umgesetzt werden. Hier scheint es aber sowohl software- als auch hardwaremäßig noch Probleme zu geben, die die Kolleginnen und Kollegen nicht zu verantworten haben. Persönlich bin ich der Meinung, dass die EBZ-Kürzel zumindest punktuell nochmal überarbeitet werden sollten. Am 1. Januar 2023 sollte eigentlich die neue Vereinbarung zu den außervertraglichen Leistungen und Mehrleistungen in der Kieferorthopädie vorliegen. Bis zum Zeitpunkt dieses Interviews ist aber noch keine Veröffentlichung erfolgt. Der BDK-Bundesvorstand und auch der Landesvorstand werden diese Vereinbarung genau analysieren, die Mitglieder ausführlich informieren und bei der Umsetzung unterstützen.

Wie steht es um den Nachwuchs in Sachsen-Anhalt, Stichwort zahnmedizinische/kieferorthopädische Versorgungssicherstellung?

„Es ist für die Weiterentwicklung unseres Berufsstands und für den Erhalt der freiberuflichen Berufsausübung enorm wichtig, dass die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte die Möglichkeit ergreifen, ihre berufspolitischen Interessen, Ideen und Visionen in die Standespolitik einzubringen.“



Dr. Lorenz Bräuer, 1. Vorsitzender des BDK LV Sachsen-Anhalt.

Die Versorgungsprognose zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt sieht allgemein nicht sehr gut aus. Die Altersstruktur der Fachzahnärzte ist hier wohl die Hauptursache und das betrifft nicht nur die Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, sondern alle Zahnärzte. Nach der aktuellen Hochrechnung der KZV (Stand 31.12.2022) liegt der Altersdurchschnitt der weiblichen Fachzahnärzte bei 52 Jahren und bei den männlichen Kollegen bei 58 Jahren. Laut Prognose im Versorgungsatlas der KZV wird es 2030 keine Versorgungsbereiche bezüglich der Kieferorthopädie geben, bei dem es keine Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung gibt. Diese Situation ist der Landesregierung und insbesondere dem Gesundheitsministerium seit Langem bekannt. Trotzdem wurde vor Kurzem von der Landesregierung ein Antrag auf Erhöhung der Studienplätze für Zahnmedizin an der MLU-Halle vor allem aus finanziellen Gründen abgelehnt. Die Vereinbarung der KZV mit der Uni Pécs zur Unterstützung von Studierenden der Zahnmedizin mag ein erster Ansatz sein, hat aber erstmal keine direkten Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung in der Kieferorthopädie.

Wie gelingt es Ihnen im Landesverband, junge Kollegen zu gewinnen und zu halten?

Aus den eben genannten Gründen ist es natürlich nicht leicht, junge Kolleginnen und Kollegen für eine Mitgliedschaft zu gewinnen. Hier soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass die weiterbildungsberechtigten Praxen jungen Kolleginnen und Kollegen auch die Notwendigkeit und Vorteile einer Mitgliedschaft im BDK nahebringen und dann auch ein Antrag auf Mitgliedschaft gestellt wird. Es gibt auch erste Überlegungen, ob es im Rahmen des Strukturfonds der KZV – hier arbeitet die Kollegin Döffinger vom Landesvorstand mit – Unterstützungen der weiterbildungsberechtigten Praxen geben kann. Einen direkten Kontakt

zu Studierenden gibt es im Zahnforum in Halle an der Saale (zahnforum-halle.de). Hier finden regelmäßig Veranstaltungen statt. Bei kieferorthopädischen Themen ist dann auch der Berufsverband präsent.

Herr Dr. Wuttig, Sie sind nicht nur stellvertretender Vorsitzender des LV Sachsen-Anhalt, sondern haben seit Anfang Januar auch die Position des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV) der KZV Sachsen-Anhalt inne. Wie geht es Ihnen mit dieser neuen Rolle?

Die Übernahme der Position des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KZV Sachsen-Anhalt ist für mich eine besondere Ehre. Bei der konstituierenden Sitzung am 4. Januar 2023 wurde ich einstimmig von meinen Kolleginnen und Kollegen gewählt, nachdem mich der Kammerpräsident Dr. Carsten Hünecke für dieses Amt vorgeschlagen hatte. Die Wahl und das Vertrauen der anderen VV-Mitglieder sehe ich als Anerkennung für mein langjähriges berufspolitisches Engagement.

Am 26. April 2023 fand bereits eine ordentliche Vertreterversammlung statt. Darüber hinaus nehme ich regelmäßig an den monatlichen Vorstandssitzungen der KZV teil. Die Zusammenarbeit mit dem neuen KZV-Vorstand, bestehend aus Dr. Jochen Schmidt als Vorsitzendem und Dr. Dorit Richter als Stellvertreterin, sowie der VV-Vorsitzenden Dr. Anja Hofmann ist von großem Vertrauen und Professionalität geprägt. Allerdings muss ich auch erwähnen, dass die mit dieser Rolle verbundenen Aufgaben sehr zeitaufwendig sind. Dennoch freue ich mich auf die Ausübung dieser neuen Funktion und darauf, gemeinsam mit dem Vorstand und der VV-Vorsitzenden die Anliegen und Interessen unserer Kolleginnen und Kollegen in Sachsen-Anhalt zu vertreten.



„Eine der wichtigsten Herausforderungen besteht darin, jüngere Kolleginnen und Kollegen nach Sachsen-Anhalt zu bringen, um der Alterspyramide der Zahnärzteschaft in unserem Bundesland wieder eine dominierende Mitte zu verschaffen.“

© KZV Sachsen-Anhalt

Dr. Mario Wuttig, 2. Vorsitzender des BDK LV Sachsen-Anhalt, KFO-Referent der KZV und stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung.

Seit vielen Jahren sind Sie sowohl berufspolitisch als auch ehrenamtlich aktiv. Bitte geben Sie Einblicke in Ihr langjähriges Engagement.

Seit 2003 bin ich Mitglied der Vertreterversammlung der KZV Sachsen-Anhalt und habe im Laufe der Zeit verschiedene Ämter und Ausschüsse bekleidet. Zuletzt war ich bei der KZV als Referent für Kieferorthopädie tätig. Seit 2006 arbeite ich eng mit Dr. Bräuer, dem Landesvorsitzenden des BDK, im Landesvorstand zusammen und habe von ihm vielfältige Aufgaben übertragen bekommen.

Darüber hinaus bin ich seit einigen Jahren der Vorsitzende der Prüfungskommission für Kieferorthopädie bei der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt und seit der letzten Legislaturperiode Mitglied der Kammerversammlung.

Weiterhin haben Frau Kollegin Dr. Stolze und ich den „Kieferorthopädischen Arbeitskreis Sachsen-Anhalt“ im Jahr 2006 wieder ins Leben gerufen und jedes Jahr eine hochkarätige Weiterbildungsveranstaltung mit Referenten aus dem In- und Ausland für die Kollegenschaft organisiert und durchgeführt.

Es war mir immer wichtig, mich standespolitisch zu engagieren. Ich würde mich jedoch darüber freuen, wenn mehr junge Kolleginnen und Kollegen Verantwortung übernehmen. Es ist für die Weiterentwicklung unseres Berufsstands und für den Erhalt der freiberuflichen Berufsausübung enorm wichtig, dass die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte die Möglichkeit ergreifen, ihre berufspolitischen Interessen, Ideen und Visionen in die Standespolitik einzubringen.

Worin bestehen die Aufgaben als stellvertretender VV-Vorsitzender?

In erster Linie sehe ich meine Aufgabe darin, die Vorsitzende der Vertreterversammlung, Frau Kollegin Hofmann, in allen Bereichen zu unterstützen. Wir vertreten die Interessen

der Vertragszahnärzte in Sachsen-Anhalt, wir leiten die Sitzungen der Vertreterversammlung und agieren gewissermaßen als Aufsichtsinstanz für den KZV-Vorstand. Darüber hinaus müssen wir gleichzeitig als Vermittler zwischen Zahnärzteschaft und der KZV fungieren. Angesichts der aktuellen Herausforderungen ist dies keine leichte Aufgabe.

Wir müssen uns mit vielfältigen Themen auseinandersetzen, angefangen von der Organisation und Planung der Versammlungen bis hin zur Gewährleistung einer effektiven Kommunikation zwischen den verschiedenen Interessengruppen. Unser Ziel ist es, die bestmöglichen Bedingungen für die Vertragszahnärzte zu schaffen und ihre Anliegen angemessen zu vertreten. Dies erfordert einen ständigen Austausch und eine offene Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.

Was sind die aktuellen Herausforderungen und Zielsetzungen – für die Zahnärzteschaft und konkret den kieferorthopädischen Berufsstand in Sachsen-Anhalt?

Eine der wichtigsten Herausforderungen besteht darin, jüngere Kolleginnen und Kollegen nach Sachsen-Anhalt zu bringen, um der Alterspyramide der Zahnärzteschaft in unserem Bundesland wieder eine dominierende Mitte zu verschaffen. Insbesondere die Kieferorthopäden im Land weisen ein hohes Durchschnittsalter auf. Es bleibt abzuwarten, welche Stellung die Politik und die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zu diesem Thema beziehen und ob tatsächlich mehr Zahnmedizinstudienplätze geschaffen werden können. Auch das Thema Digitalisierung wird in der praktischen Arbeit der Praxen immer mehr Einzug halten. Hierfür sollte die Politik jedoch die Gebührenordnung anpassen, um eine angemessene Vergütung zu gewährleisten.

Ich danke Ihnen für diese Einblicke und Ihre Zeit! ■



Scannen. Zeigen. Begeistern.

Zeigen Sie Ihren **jüngeren Patienten** ihr potenzielles zukünftiges Lächeln mit dem **Invisalign Ergebnissimulator** auf dem **iTero Intraoralscanner**.

96 % der mit dem Invisalign System erfahrenen Kieferorthopäden stimmen zu, dass das Angebot einer **transparenten Aligner Behandlung für Teenager** zum Wachstum ihrer Praxis beiträgt.*

Aus diesem Grund lohnt es sich mehr als je zuvor zu überdenken, wie Ihre Patienten vom **Invisalign System** in Ihrer Praxis profitieren könnten.

Erfahren Sie mehr unter www.invisalign.de/provider



align

© 2023 Align Technology Switzerland GmbH. Alle Rechte vorbehalten. Invisalign, ClinCheck und SmartTrack sowie weitere Bezeichnungen sind Handels- bzw. Dienstleistungsmarken von Align Technology, Inc. oder dessen Tochtergesellschaften bzw. verbundenen Unternehmen, die in den USA und/oder anderen Ländern eingetragen sein können.

Align Technology Switzerland GmbH, Suurstoffi 22, 6343 Rotkreuz, Schweiz.

*Daten aus einer Umfrage unter 78 Kieferorthopäden (aus den Regionen Nordamerika, EMEA, APAC) mit Erfahrung in der Behandlung von Teenagern (mindestens 40 Fälle, in den letzten 8 Monaten) mit Invisalign Alignern bei Teenagern mit bleibendem Gebiss; die Ärzte erhielten ein Honorar für ihre Zeit.

SMARTER ERWEITERUNG DES SURESMILE ALIGNER BEHANDLUNGSKONZEPTS

■ Dentsply Sirona ergänzt mit SureSmile VPro und der SureSmile VPro Mobile App die SureSmile Alignerbehandlung um eine Möglichkeit, das Behandlungserlebnis sowie das finale Resultat zu verbessern. Das Gerät ist im „SureSmile Complete Case“, dem umfassenden Alignerpaket, enthalten und kann auch im Select Paket optional hinzugebucht werden.

SureSmile VPro* ist ein kieferorthopädisches Gerät mit Hochfrequenzvibrationen (HFV), das Patienten zu Hause zur Unterstützung ihrer kieferorthopädischen Behandlung einsetzen können. Bei Anwendung von nur fünf Minuten täglich helfen sanfte Vibrationen dabei, die Beschwerden¹⁻³ zu verringern und den Sitz der Aligner zu verbessern.

Patienten berichten oft, dass gerade zu Beginn der Behandlung beim Wechseln der Schienen eine gewisse Spannung zu spüren ist. SureSmile VPro verschafft durch die Vibrationen Erleichterung und ein angenehmes Gefühl beim Tragen der Schienen.

Die offizielle Begleit-App SureSmile VPro unterstützt den Patienten durch verschiedene Services: So erinnert die App an die tägliche Anwendung des Geräts und den Wechsel der Aligner gemäß Behandlungsplan. Darüber hinaus können die Ergebnisse und Bilder vom Fortschritt der Behandlung mit dem Kieferorthopäden geteilt werden.

Dentsply Sirona verpflichtet sich mit SureSmile, Zahnärzten und Kieferorthopäden Alignertools und Lösungen zur Verfügung zu stellen, mit denen sie ihre Patienten erstklassig zahnmedizinisch versorgen können und die individuelle Behandlung der Patienten zu unterstützen. SureSmile VPro ist ein solches Tool. Das SureSmile Aligner Behandlungskonzept ist Teil der kontinuierlichen Bemühungen des Unternehmens, Zahnärzte dabei zu unterstützen, ihren Patienten ein hervorragendes Behandlungserlebnis zu bieten und damit sowohl die Mundgesundheit als auch die Lebensqualität der Menschen zu verbessern.

* Die Geräte der SureSmile VPro™ Serie sind für die Verwendung durch den Patienten während der kieferorthopädischen Behandlung mit Alignern vorgesehen, um kleinere Frontzahnbewegungen zu erleichtern. Nur auf zahnärztliche Anforderung. Siehe Gebrauchsanweisung für vollständige Verschreibungsinformationen.

1 Alansari S, Atique MI, Gomez JP, et al. The effects of brief daily vibration on clear aligner orthodontic treatment. *J World Fed Ortho*. 2018;7(4):134-140. doi:10.1016/j.ejwf.2018.10.002.

2 Shipley T. Effects of high frequency acceleration device on aligner treatment – a pilot study. *Dent J (Basel)*. 2018;6(3):32. doi:10.3390/dj6030032.

3 Alikhani M, Alansari S, Hamidaddin MA, Sangsuwon C, Alyami B, et al. Vibration paradox in orthodontics: anabolic and catabolic effects. *PLoS ONE*. 2018;13(5):e01965.

Dentsply Sirona Deutschland GmbH

www.dentsplysirona.com





OPTIMALER KOMFORT - INDIVIDUELLES DESIGN

■ Die Behandlungseinheiten der ULTRADENT Easyklasse wurden speziell für die Kieferorthopädie entwickelt. Die KFO-Modelle können dank umfangreicher Ausstattungsmöglichkeiten sowohl technisch als auch gestalterisch flexibel an die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Kund*innen angepasst werden.

Die Manufaktur bietet bei der Polsterung eine Auswahl von 29 Polsterfarben an. In der Individualausstattung ist eine Lackierung in allen RAL-Classic-Farben für den kompletten Behandlungsplatz oder die Teillackierung möglich.

Für noch mehr Komfort sind die Modelle der Easyklasse, wie alle Behandlungseinheiten von ULTRADENT, auch mit Soft-/Lounge-Polsterung erhältlich.

Auf der diesjährigen IDS präsentierte ULTRADENT die Easyklasse im ausdrucksstarken All-over-Look in einem von der Trendfarbe 2023 Digital Lavender inspirierten Lavendelton sowie in einem dynamischen Gelb. Die Farbgestaltung zeigte beispielhaft, welche optische und psychische Wirkung - von entspannend bis aktivierend - erzielt werden kann und wie Farben in der Praxis entsprechend eingesetzt werden können.

Die Vielfalt der technischen und gestalterischen Möglichkeiten kann im ULTRADENT Showroom im Münchner Süden besichtigt werden. Als Highlight kann auch die Produktion bei einem Besuch der Manufaktur live erlebt werden. Anruf genügt: +49 89 420992-71.

ULTRADENT
Dental-Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
www.ultradent.de

WER AUF DRAHT IST, WÄHLT DEN RETAINERHUB™ PRO, DEN OPTIMIERTEN BENDER 2

■ Mit dem RetainerHub™ Pro hält die automatische Produktion von Retainern Einzug in die kieferorthopädische Praxis. Diese Weltneuheit ermöglicht das Biegen von lingualen Retainern direkt am Stuhl, aufwendiges Erstellen und Versenden von Abformungen und Mastermodellen gehört hiermit der Vergangenheit an. Das volle Potenzial der intraoralen Daten kann ausgeschöpft und die Retainerproduktion von ihrem Praxisteam erledigt werden.

Vielseitig: Das Gerät biegt alle gängigen Drahttypen, sowohl runde als auch eckige.

Effizient: Die Entnahme des fertigen Retainers aus dem ergonomischen Ausgabefach erfolgt ohne Pinzette.

Zeitsparend: Direkt am Stuhl werden Retainer in einer statt in zwei Sitzungen automatisch gebogen und eingesetzt.

Wir haben die Drahtvielfalt für Sie erweitert. Gern prüfen wir auch Ihren Wunschdraht, ob er vom RetainerHub™ Pro gebogen werden kann - mit hoher Präzision in weniger als drei Minuten.

Wenn Sie eine Demonstration wünschen oder weitere Informationen benötigen, können Sie uns gerne per E-Mail unter swiss@mikrona.com oder telefonisch unter +41 56 4184545 kontaktieren.

Wir freuen uns darauf, Ihnen den RetainerHub™ Pro vorzustellen und Ihnen dabei zu helfen, Ihren Praxisalltag effizienter und produktiver zu gestalten. Ihr Mikrona Team.

MIKRONA
www.mikrona.com





NEUE DIGITALE BESTELLPLATTFORM

■ Wir präsentieren ein weiteres Highlight aus unserem digitalen Produktspektrum: *digital.dentaurum.de*. Auf dieser Bestellplattform können Sie einfach und schnell kundenspezifische Produkte und Dienstleistungen bestellen. Die Bestellplattform ist ab Sommer 2023 auch in vielen weiteren Ländern Europas verfügbar.

prime4me® Produkte und Dienstleistungen

Entdecken Sie prime4me® Aligner, das innovative Schienenkonzept für optimale Behandlungsergebnisse, prime4me® RETAIN3R, nach Kundenwunsch gefertigte 3D-Retainer, und prime4me® Modelldruck, Sockel- und Zahnkranzmodelle für die KFO.

Vorteile der Dentaurum Digital Bestellplattform

Alle Dentaurum Digital Produkte können mühelos und intuitiv bestellt werden. Dateien lassen sich einfach uploaden. Den aktuellen Status Ihrer Aufträge können Sie sich jederzeit anzeigen lassen. prime4me® RETAIN3R Design- und prime4me® Aligner Behandlungsvorschläge werden mit wenigen Klicks freigegeben. Bei auftragsbezogenen Fragen stehen unsere erfahrenen Supportmitarbeiter online zur Verfügung.



DENTAURUM GmbH & Co. KG

www.dentaurum.com

UMSATZAUSFALL BEI ERKRANKUNG ODER UNFALL - WAS DANN?



■ Der wirtschaftliche Erfolg der Praxis hängt maßgeblich von der Arbeitskraft der Ärztin/des Arztes ab. Fällt diese/r wegen eines Unfalls oder einer Krankheit länger aus, fällt auch ein Großteil des Verdienstes weg. Und nicht nur das: Praxisfixkosten (Gehälter, Miete, Betriebskosten, Kredite etc.) und private Lebenskosten müssen auch weiterhin bezahlt werden! Ein Krankentagegeld deckt für gewöhnlich nur das Nettoeinkommen ab. Doch können damit die Praxiskosten bezahlt werden?

Unser Spezialtarif zur Einkommensabsicherung hält einem in diesem Fall den Rücken frei und hilft, die wirtschaftliche Existenz zu sichern.

Die Highlights:

- volle Kosten- und Einkommensabsicherung
- Sicherheit ab dem ersten Tag bei Krankenhausaufenthalt
- Kündungsverzicht bei schweren Erkrankungen
- psychische Erkrankungen mitversichert
- Beitragsrabatt für BDk-Mitglieder

PS: Exklusiv bei uns: Berufshaftpflicht-Sondertarif bereits ab 285 Euro im Jahr!

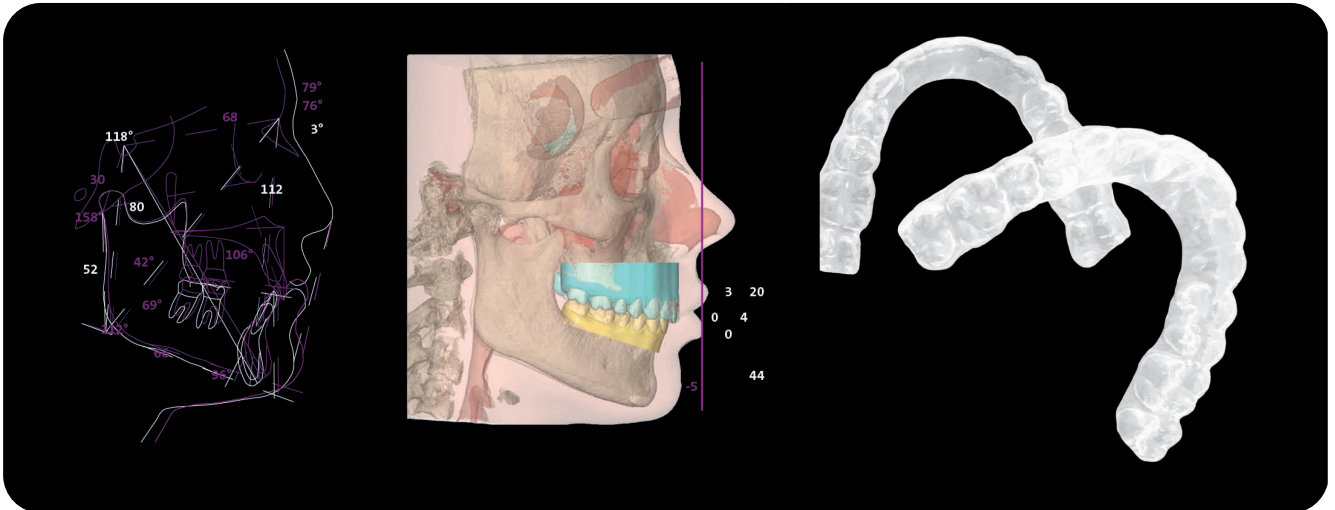
Dr. Rinner & Partner GmbH · www.dr-rinner.de

JETZT MIT WARTEZIMMER: ETIMER

■ Sie wollen eine komfortable, innovative Terminverwaltung? Sie möchten Ihr Personal entlasten? Dann schauen Sie sich „eTimer“ an, unsere neue Terminplanungssoftware. Neue innovative Features machen die Software besonders vielseitig und komfortabel. Besonders wertvoll ist eine vielseitige und umfassende Ressourcenplanung, die Ärzte, Mitarbeiter, Räume etc. berücksichtigt. Dabei werden die Workflows der Praxis berücksichtigt. So kann es z.B. nicht mehr passieren, dass ein Termin inkl. Röntgen vergeben wird, wenn das Röntgengerät zu dem geplanten Termin nicht verfügbar ist. „eTimer“ besticht durch eine moderne SQL-Datenbank, eine optisch wertige und ansprechende sowie ergonomische Oberfläche, sodass die Anwendung einfach viel Spaß macht. „eTimer“ ist flexibel! Sie lässt sich an nahezu alle Praxiskonstellationen, Wünsche und Anforderungen individuell anpassen. Jetzt neu im „eTimer“: das Wartezimmer, die grafische Darstellung der Situation der Praxis in Echtzeit. Sie sehen immer, welcher Patient in der Praxis ist, seit wann, wo und wie lange.

Computer Forum GmbH · www.cf-computerforum.de





NEUE BEHANDLUNGSPHILOSOPHIE FÜR DIE ALIGNERTECHNIK

■ Mit FAS steht Anwendern der Alignertechnik ein neues Behandlungssystem zur Verfügung. Neben gängigen bildgebenden Diagnostiktools können in die FAS Behandlungsplanung – dem OcclusalDesign® – auch DVT sowie Aufzeichnungen der Rotationsbewegungen des Unterkiefers einbezogen werden. Im Unterschied zu den meisten gegenwärtigen Alignersystemen erfolgt die Behandlungsplanung bei FAS im realen „arc of closure“. Das heißt, beim Set-up wird nicht nur die statische Okklusion, sondern auch die individuellen Bewegungsmuster des Unterkiefers betrachtet. Dadurch erfolgt jeder weitere Planungsschritt stets auf Basis des aktuellen Ist-Zustands. Diese fortwährende Überprüfung des jeweils erreichten Zwischenziels ermöglicht das frühzeitige Erkennen und Beheben etwai-

ger Abweichungen. Darüber hinaus können mit der Funktion Stop & Go® Verifikationsschritte innerhalb einer Behandlungsphase vorgenommen werden. FAS Alignersystems arbeitet nicht ausschließlich mit KI, die eigentliche Fallplanung erfolgt durch ein Team aus geschulten Fachzahnärzten für Kieferorthopädie. Mit dem Wizard® steht im Rahmen des Auftragsportals ein Tool zur Verfügung, über das Behandler ihre Therapieziele detailliert definieren und an das Planungsteam übermitteln können. Über Chatfunktion kann jederzeit mit Fachkollegen im Planungszentrum in Kontakt getreten werden.

FORESTADENT Bernhard Förster GmbH
www.forestadent.com

CGM Z1.PRO KFO -

DIE IDEALE SOFTWARE FÜR IHRE KIEFERORTHOPÄDIE-PRAXIS

■ Alle Arbeitsbereiche der modernen Praxis in nur einer Anwendung - so werden Brüche und Informationsverluste durch manuelle Übertragungen verhindert. Und die Praxissoftware unterstützt das gesamte Team dabei, den bestmöglichen Job zu machen. Spezialisierte Module und eigene Lösungen für spezielle Behandlungen komplettieren die Praxissoftware und sorgen für eine bedürfnisorientierte Ausstattung der Praxis. CGM Z1.PRO bietet eine lückenlose Patientendokumentation, die im Zusammenspiel mit anderen Behandelnden und für eine optimale Behandlung unerlässlich ist. Daneben gilt es auch, die abrechnungsrelevanten Eigenheiten der einzelnen Spezialisten innerhalb der Praxissoftware bei gleichzeitig maximal nutzerfreundlicher Umsetzung der rechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen. Durch die Struktur von CGM Z1.PRO kann jede Praxis für sich eine individuelle Praxissoftware zusammensstellen. Über die normalen Abrechnungs- und Praxisorganisationsfeatures hinaus können alle Praxisschwerpunkte und Herausforderungen komplett digital abgebildet werden. Das spart Zeit und Ressourcen.



CGM Dentalsysteme GmbH · www.cgm-dentalsysteme.de

SPARK ALIGNER DAYS 2023 IN GRASSAU

■ Am 14. und 15. Juli dreht sich im oberbayerischen Grassau alles um die Behandlung mit Alignern – bei den Spark Aligner Days der Firma Ormco. Noch gibt es wenige freie Plätze. Den Auftakt gibt Dr. Stefan Blasius, der die Kolleginnen und Kollegen in die vierte Dimension entführt: Sein Vortrag zur „Diagnostik und Behandlungsplanung in 4D“ stellt die Berechnung, Planung und Simulation einer gelenkachsenbezogenen Behandlungsplanung in den Fokus. Dr. Claudia Pinter diskutiert „Komplexe Aligner-Fälle“ und stellt Prinzipien für deren erfolgreiche Behandlung vor. Dr. Gabriele Gündel wird den „Aging Kiefer“, also die Prinzipien der Biomechanik, in den Mittelpunkt ihres Vortrags stellen, bevor Matthias Peper Einblicke in die Approver-Software gewährt. Neben diesem umfassenden Wissens-Input bietet das neue Veranstaltungskonzept in den Aktiv-Pausen nicht nur Gelegenheit, das Gehörte zu diskutieren, sondern auch bei gemeinsamer Aktivität an frischer Luft zu verinnerlichen. Um ein möglichst intensives Fortbildungserlebnis zu garantieren, ist die Teilnehmerzahl begrenzt. Sichern Sie sich einen der wenigen Restplätze direkt unter bit.ly/3MtAth5



Ormco Europe B.V. · www.ormco.de

NEUIGKEITEN AUS DEM HAUSE ORTHO PENTHIN

■ Herr ZTM Christopher Gremme aus Bochum verstärkt seit Mai 2023 das Ortho Penthin-Team. In seiner Funktion als Verkaufsleiter ist Herr Gremme u.a. für alle CAD/CAM-Anwendungen zuständig, insbesondere für den Resin 3D-Druck mit SprintRay, dem Scanner Medit Intraoral und den Tischscannern sowie die Bender 2 Retainer Biegemaschinen. Ortho Penthin verfügt außerdem seit Mai 2023 über ein digitales KFO-Showlabor in Herne, das Herr Gremme mitbetreut. Anfragen zu allen Fragen rund um die digitale KFO und Ihr KFO-Labor können Sie direkt an ihn unter der Mobilnummer +49 151 51022992 stellen.

Unser Portfolio umfasst u. a.:

- SprintRay 3D Resindrucker, Washer und Licht härtegeräte

- Medit kabellose oder kabelgebundene Intraoralscanner
- OnyxCeph 3D Software-Installation und Schulungen für Inhouse-Aligner
- Yoat Bender 2 Retainer Biegemaschine für CAD/CAM Inhouse-Retainer
- Raise 3D Filament 3D-Drucker
- Ortho Partner – „Genius System“, das klassische passiv selbstligierende Bracketsystem

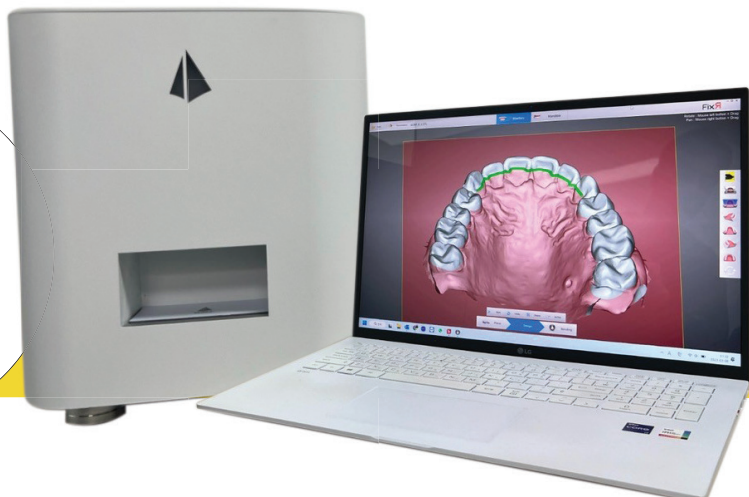
ortho Penthin GmbH · www.ortho-penthin.de

Abb. 1: Verkaufsleiter Ortho Penthin, Herr ZTM Christopher Gremme.

Abb. 2: Retainer Biegemaschine.



01



02

SEA LOVE KFO 2023: ABZ ZR WIDMET SICH AM TEGERNSEE DER ZUKUNFT DER KIEFERORTHOPÄDIE

■ Nach der gelungenen Premiere im vergangenen Jahr waren die Erwartungen hoch, und es sei vorweggenommen: SEA LOVE KFO, der Kongress der ABZ-ZR, hielt diesen nicht nur Stand, sondern übertraf sie deutlich. Die neue Location am Tegernsee trug hierzu ebenso bei wie das phantastische Programm, das Dr. Moritz Förstch gemeinsam mit ABZ-ZR-Geschäftsführer Tassilo Richter zusammengestellt hatte. Dies zeigte sich bereits am Vorabend des Kongresses, als Technologie-Investor Frank Thelen in seiner Keynote zur KI die Teilnehmer begeisterte. Beim Kongress gab sich das who is who der KFO-Referenten die Klinke in die Hand, die sich allesamt der Zukunft der Kieferorthopädie widmeten – fachlich, in Fragen des Personalmanagements sowie der Abrechnung. In die Zukunft gedacht ist auch das neueste Projekt der ABZ-ZR, das GF Tassilo Richter am Tegernsee vorstellte: Der ABZ-Factoring-Navigator, eine Schnittstelle vom ABZ-Factoring zu Ivoris, die besseres Zahlungsmanagement, schnelleren Zugriff auf alle benötigten Dokumente sowie eine problemlosere, flexible und maximal effiziente Abrechnung ermöglicht. SEA LOVE KFO wird 2024 in die Fortsetzung gehen – den Factoring-Navigator können Sie ab sofort nutzen. Sprechen Sie uns gern an!



ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH · www.abz-zr.de

ALIGN DACH SUMMIT 2023: KFO-FACHWISSEN ZUR FÖRDERUNG DER DIGITALEN TRANSFORMATION



■ Align Technology konnte am 28. und 29. April knapp 400 Kieferorthopäden und Praxismitarbeiter aus Deutschland, Österreich, Liechtenstein und der Schweiz beim Align DACH Summit 2023 in München begrüßen. Für das Thema der Veranstaltung – „Mit kieferorthopädischem Fachwissen auf die Pole-Position“ – bot die Motorworld München den passenden Rahmen. Das Programm sollte die teilnehmenden Kieferorthopäden und ihre Praxisteams dabei unterstützen, eine digitale kieferorthopädische Praxis aufzubauen, die exzellente Patientenerfahrungen und Behandlungsergebnisse liefert. Programminhalte waren Themen wie der Aufbau klinischer Kompetenz und Praxisentwicklung. Die eingeladenen klinischen Referenten klärten in ihren Vorträgen über Themen wie die Vorteile einer frühen kieferorthopädischen Behandlung mit dem Invisalign System oder die Invisalign Behandlung für Teenager auf. Dabei standen die Möglichkeiten, die sich kieferorthopädischen Praxen bei der Behandlung heranwachsender Patienten mit transparenten Alignern bieten, im Fokus.

Align Technology · www.invisalign.com

MIT NEUEM TRIOCLEAR™ ALIGNERSYSTEM NOCH SCHNELLER ZUM ZIEL



■ Das optimierte Alignersystem TrioClear™ schafft mit nur zwei Schienen Zahnbewegungen bis zu 0,6 mm – in nur 14 Tagen und steht ausschließlich Zahnarzt- und kieferorthopädischen Praxen zur Verfügung. Mit zwei Alignern je Set und einer Stärke von 0,5 mm (weich) sowie 0,7 mm (hart) beeindruckt TrioClear™ aufs Neue.

Eine wissenschaftliche Studie bestätigt, dass „durch die Verwendung einer Abfolge von Alignern mit progressiver Stärke, die ausgeübten Kräfte erheblich reduziert werden und ein relativ konstanter Belastungsanstieg für jeden einzelnen Einstellungsschritt gewährleistet wird“. Der Wechsel im Sieben-Tage-Rhythmus zwischen den individuell angefertigten weichen und harten Alignern sorgt für vorhersehbare kieferorthopädische Kräfte, Komfort, Hygiene und Sicherheit. Neu ist auch, dass die Aligner aus einem dreifach geschichteten, Bisphenol-A-freien und CE-zertifizierten Material bestehen. Die erweiterte Abdeckung der Gingiva bringt neben den zahnmedizinischen Vorteilen, z. B. bei Zähnen mit kurzer Kronenhöhe, auch ästhetische Pluspunkte.



Permadental GmbH · www.permadental.de

IMPRESSUM

BDK.INFO

31. Jahrgang - Ausgabe 2/2023
Erscheinungsweise 4 x jährlich,
Auflage 3.250 Exemplare

HERAUSGEBER

Berufsverband der
Deutschen Kieferorthopäden e.V.
1. Bundesvorsitzender:
Dr. Hans-Jürgen Köning
2. Bundesvorsitzende:
Sabine Steding

BDK-Bundesgeschäftsstelle,
Mauerstraße 83-84, 10117 Berlin
Tel.: +49 30 275948-43
Fax: +49 30 275948-44
info@bdk-online.org

CHEFREDAKTION

Dr. Hans-Jürgen Köning (V.i.S.d.P.)
Dr. Gundi Mindermann

REDAKTION

Christin Hiller
Stephan Gierthmühlen

REDAKTIONSANSCHRIFT

OEMUS MEDIA AG
BDKinfo
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

VERLAG

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
info@oemus-media.de
www.oemus.com

Vorstand:
Ingolf Döbbecke (Vorsitzender),
Lutz V. Hiller

DRUCK

Silber Druck oHG
Otto-Hahn-Straße 25
34253 Lohfelden

ANZEIGEN

OEMUS MEDIA AG
Stefan Reichardt
Tel.: +49 341 48474-222
reichardt@oemus-media.de

ANZEIGENDISPOSITION

OEMUS MEDIA AG
Lysann Reichardt
Tel.: +49 341 48474-208
l.reichardt@oemus-media.de

Es gelten die Preise der Mediadaten 2023.

ART DIRECTION/GRAFIK

OEMUS MEDIA AG
Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn
Tel.: +49 341 48474-139
a.jahn@oemus-media.de



INSERENTEN

ABZ-ZR	4
Advanced Orthodontics Näpflein	BEILAGE
Align	59
BDK	35
CGM	11
Computer Forum	2
Dentaurum	41
Dentsply Sirona	37
Dr. Rinner & Partner	BEILAGE
DW Lingual Systems	13
FORESTADENT	29
Kerr	67
Mikrona	68
Ortho Penthin	BEILAGE
Permadental	45
Straumann Group	49
Ultradent Dental-Medizinische Geräte	53

Nutzungsrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. 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 Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Editorische Notiz: (Schreibweise männlich/weiblich/divers): Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängige Nennung der Genderbezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf alle Gendergruppen.

SPARK™ ALIGNER DAYS

LETZTE PLÄTZE SICHERN



14.-15. JULI 2023



DAS ACHENTAL,
GRASSAU IM CHIEMGAU



DR. GABRIELE
GÜNDEL

DR. CLAUDIA
PINTER

DR. STEFAN
BLASIUS

MATTHIAS
PEPER



**JETZT
REGISTRIEREN**

Einfach: Individuell!

Sichern Sie sich eine individuelle und unverbindliche Offerte.
Kontaktieren Sie uns gerne unter swiss@mikrona.com.

