



BERUFSSTÄNDISCHE ALTERSVERSORGUNG

■ **ALTERS-
VERSORGUNG**
Das VZB in der Krise

■ **INNENPERSPEKTIVE**
Prof. Dr. Dr. Christian
Scherer und Thomas Schieritz
im Interview

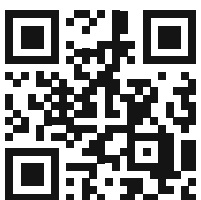
■ **BERLIN**
Die Schwerpunkte dieser
Ausgabe stammen aus dem
Landesverband Berlin

01

Smart Assist **Alles auf einmal können?** **Geht ganz leicht!**

- + Optimiert den digitalen Workflow
- + Erfasst Praxisdaten blitzschnell und präzise
- + Entlastet Ihr Team und schafft Freiräume

**SCHON
HEUTE IHR
KI-ASSISTENT
VON MORGEN**



Mehr erfahren unter: www.computer.forum

01 SEHR GEEHRTE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN



„IN BERLIN IST ALLES MÖGLICH.“

Dieses Zitat stammt von Ernst Reuter, dem ersten Berliner Nachkriegsbürgermeister. Er wollte damit die Widerstandskraft und Entschlossenheit der Stadt in schwierigen Zeiten unterstreichen.

Heute ist Berlin wieder Hauptstadt des wiedervereinigten Deutschlands, und es ist wieder alles möglich: Das Versorgungswerk vernichtet die Hälfte seines Anlagevermögens und die Senatsaufsicht hält sich raus, in der KZV werden Vorsitzende abgewählt, die Senatsaufsicht mischt sich ein und der Vorsitzende wird wieder eingesetzt. Fast der gesamte Vorstand der Zahnärztekammer wird ausgetauscht. In Berlin ist immer was los. Zu dem, was um die Krise im Versorgungswerk der Zahnärzte von Berlin, Brandenburg und Bremen (VZB) bekannt ist, lesen Sie in meinem Beitrag mit dem einen oder anderen Augenzwinkern und im Interview mit dem amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses des VZB, Thomas Schieritz.

Die Vorteile von berufsständischen Versorgungswerken unterstreicht Prof. Dr. Dr. Christian Scherer im Interview.

Vielleicht ist das eigentliche Signal, dass wir uns keine Illusionen mehr leisten können – weder über die Unfehlbarkeit unserer Institutionen noch über die Bequemlichkeit, Verantwortung zu delegieren. Professionalisierte Selbstverwaltung bedeutet, dass wir uns einmischen: in Versorgungswerken, Kammern, KZVen, Fachgesellschaften und Verbänden. Sie bedeutet, dass wir unsere eigenen Strukturen hinterfragen, dass wir junge Kolleginnen und Kollegen für die Niederlassung und für das Ehrenamt gewinnen und dass wir dort, wo Systeme versagen, Aufklärung und Konsequenzen einfordern, ohne das Kind mit dem Bade auszuschütten.

Das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Kontrolle, zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht, prägt derzeit nicht nur die Diskussion um Versorgungswerke. Es findet sich wieder in der gesundheitspolitischen Agenda der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die in Düsseldorf sehr deutlich gemacht hat, dass Reformdruck, Sparzwänge und Strukturveränderungen die ambulante Versorgung in den nächsten Jahren massiv prägen werden. Es zeigt sich in der Frage, wie wir als Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte unsere Weiterbildung, unsere Gebührenordnung und unsere Praxisstrukturen zukunftsfest gestalten – gemeinsam mit den Fachgesellschaften und innerhalb der Zahnärzteschaft. Und es spiegelt sich im Alltag jeder Praxis wider: in arbeitsrechtlichen Konflikten, in der Suche nach Nachfolgerinnen und Nachfolgern, in der Entscheidung für oder gegen die selbstständige Niederlassung und in der Frage, wie wir rechtlich und wirtschaftlich für Krankheit, Berufsunfähigkeit oder Tod vorsorgen.

Die Rente ist für manche von uns vielleicht nicht mehr „sicher“, aber sie ist gestaltbar. Unser Fach steht vor großen Herausforderungen, aber auch vor erheblichen Chancen – wissenschaftlich, berufspolitisch und in der Praxisentwicklung. Entscheidend wird sein, ob wir diese Entwicklungen passiv erdulden oder aktiv mitgestalten. Selbstverwaltung ist kein Privileg, das man konsumiert, sondern eine Aufgabe, der man sich stellt – gerade dann, wenn es unbequem wird. Der Berufsverband der Kieferorthopäden ist widerstandsfähig, entschlossen und mischt sich ein. Somit ist alles möglich!

Ihr Dr. Hans-Jürgen Köning ■



Fakten statt Meinung

Lohnt sich für KFO-Praxen die Umstellung auf Factoring?

Unser **kostenfreies Infopaket** bringt Klarheit. Ohne Risiko.

Kostenfrei
anfordern



Weitere Infos unter:
<https://www.abz-zr.de/infopaket>

Die ABZ-ZR GmbH in Bayern ist ein Gemeinschaftsunternehmen der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der ABZ eG. Im Bereich KFO-Factoring bietet die ABZ-ZR GmbH in Zusammenarbeit mit dem DZR durch das ABZ Kompetenzzentrum Kieferorthopädie deutschlandweit exklusive Factoringlösungen für KFO-Praxen an.

03 EDITORIAL

05 INHALT

06 VORSTELLUNG

Landesverband Berlin

08 PANORAMA

Berliner Garnelen
oder „Arm, aber sexy“

11

Ein Plädoyer für die
berufsständische Altersversorgung

14

„Ein Versorgungswerk
sollte und durfte sein Geld
so nicht anlegen“

16

Brücken zwischen Wissenschaft
und Praxis

18

Gemeinsam sind wir stark!

19

Herzlichen Glückwunsch
Prof. Dr. Rolf Hinz

20 POLITIK

Klare Worte: Nina Warken
bei „ÄrztelN“ in Düsseldorf

22

„Agenda für Arbeitnehmer“? –
Déjà-vu beim Wirtschaftsrat

24 WIRTSCHAFT & RECHT

Wenn Kritik krank macht

25

Tipps und Tricks
für Praxisgründer

28

Praxisabgabe oder
Praxisabwicklung?

29

Checkliste zur
Praxisabwicklung

34

Rechtliche Vorsorge
für den Schicksalsschlag

36 WISSENSCHAFT

Mechanismen der Migration
orthodontischer Minilimplantate

39 FORTBILDUNG

AEEDC Dubai

40

DGLO 2026:
Wissen. Exzellenz. Freude.

42

PFÄ Erwachsenenensymposium
Würzburg

49

Veranstaltungskalender 2026

50

Kick-off
„Young Orthodontists on Tour“

52

50. Jahrestagung der südbadischen
Zahnärzteschaft und 9. Spezialpodium
Kieferorthopädie – wissenschaftlicher
Austausch auf hohem Niveau

54 AUS DEN LÄNDERN

Mitgliederversammlung des BDK
Landesverbandes Nordrhein 2025

56

Ehrung der Zahnärztekammer
Niedersachsen für Kieferorthopäden

58

25 Jahre „Kieferorthopädische
Vortragsreihe“ in Hannover

59

Wissenschaftliches Symposium
anlässlich des 80. Geburtstages
von Herrn Prof. Dr. Dietmar Kubein-
Meessenburg

60

In memoriam
Prof. Dr. Hans Georg Sergl

62 MARKT

66 IMPRESSUM & INSERENTEN



DIE SCHWERPUNKTE DIESES BDK.INFO STAMMEN AUS DEM

LANDESVERBAND BERLIN

DER LANDESVORSITZENDE



Dr. Hans-Jürgen Köning

- Bundesvorsitzender des BDK
- Niedergelassen in Berlin-Lichtenberg von 1995 bis 2024
- Vertragsgutachter bis 2024
- Angestellter Kieferorthopäde seit 2025
- Mitglied der Vertreterversammlung der KZV Berlin
- Mitglied der Delegiertenversammlung von 2021 bis 2025



DIE STELLVERTRETENDE LANDESVORSITZENDE



Nadja Kaiser-Oljeniczak

- Niedergelassen in Berlin-Treptow
- Vertragsgutachterin

Der Vorstand wurde im Sommer 2025 neu gewählt und besteht neben den zwei Vorsitzenden noch aus zwei Beisitzern: Dr. Nicole Altner und Dr. Stephan Haubrich.

WIR ÜBER UNS

Die Berufspolitik in Berlin ist aktuell geprägt von Umbrüchen. Neuer Vorstand in der KZV in Berlin 2024, neuer Vorstand in der Zahnärztekammer Berlin 2026, kompletter Umbruch im Versorgungswerk.

Wir als BDK-Berlin stehen für die Interessen der Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in Berlin, die wir in kollegialer, konstruktiver Zusammenarbeit mit allen zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen durchsetzen wollen.

Wir sind für alle BDK-Mitglieder bei Problemen und Sorgen im allgemeinen Praxisalltag stets ansprechbar und unterstützen junge und „alte“ Praxen. Hier wird Ihnen geholfen!

NEW INNOVATION THE SMART BRACKET. IT EASY #CLICK SO RE

30
years
discovery®

discovery®
SMART sl

IT'S EASY #CLICK&GO!
SCHNELL & ZUVERLÄSSIG



Jetzt Kennenlern-Angebot anfordern:

E-Mail: verkauf@dentaurum.de

Telefon: + 49 72 31 / 803 - 210

- Hohe Passgenauigkeit
- Patentierte laserstrukturierte Basis
- 3D-CAD anatomisch geformte Bracketbasis
- Geringe Bauhöhe
- Großer Unterflügelbereich
- Häkchen im Pilzkopfdesign
- Mittenmarkierung



Dentaurum GmbH & Co. KG · Turnstr. 31 · 75228 Ispringen · Germany
Tel. +497231/803-0 · www.dentaurum.com · info@dentaurum.com

D
DENTAURUM
1886

BERLINER GARNELEN **ODER „ARM, ABER SEXY“**

DAS VZB IN DER KRISE

Ein Beitrag von Dr. Hans-Jürgen Köning



© 5ph – stock.adobe.com

Als der damalige regierende Bürgermeister Klaus Wowereit im Jahr 2003 Berlin mit den Worten „Berlin ist arm, aber sexy“ beschrieb, verlieh die Stadt ihm den offenen Hinweis auf leere Kassen, weil er sie gleichzeitig mit einem Augenzwinkern als kosmopolitische Metropole pries. Noch älter ist der Satz des CDU-Arbeitsministers Norbert Blüm, der 1986 im Bundestagswahlkampf die Bürger beruhigen wollte: „Die Rente ist sicher.“ Für die Kollegen in Berlin, Brandenburg und Bremen scheint derzeit, sieht man sich die Hiobsbotschaften aus dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) an, „arm“ deutlich näher zu liegen als „sicher“. Und es mag oberflächlich klingen, aber zwei Milliarden sind sexier, als eine Milliarde – jedenfalls bei einem Versorgungswerk.

Kapitalgedeckte Vorsorge – Pflicht und Risiko

Wir Zahnärzte sind, ebenso wie andere freie Berufe, also Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte usw. Pflichtmitglieder in unseren jeweiligen Versorgungswerken. Statt Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen, fließen unsere Pflichtbeiträge in ein kapitalgedecktes System, aus dem die Altersrenten finanziert werden. Zwar gibt es auch bei den Versorgungswerken – unterschiedlich ausgeprägt – Mechanismen der Umverteilung. Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung

(DRV), in der die Beiträge der noch berufstätigen sogleich an die Rentner ausgegeben werden (Umlagesystem), müssen die Versorgungswerke Rendite generieren, um die aktuellen und zukünftigen Renten zu finanzieren. Die Versorgungswerke sind damit viel näher an echten Versicherungen als an der DRV. Das System galt lange als attraktiv, weil unsere Renten dadurch spürbar höher ausfielen als die gesetzlichen und das ist auch heute noch so: Rentner im VZB erhielten 2023 im Schnitt 1.761,48 Euro im Monat, wie der *Tagesspiegel* berichtete. Das ist deutlich mehr als die Durchschnittsrente der DRV. Die Kehrseite: die Leistungen hängen vollständig von den Erträgen des Kapitalstocks ab.

Noch bis vor wenigen Jahren investierten die Versorgungswerke, auch das VZB überwiegend in sichere Staats- und Pfandbriefe. Allein Bundesanleihen brachten im Jahr 2000 noch um fünf Prozent Zinsen. Vollkommen ausreichend, um den Rechnungszins und satte Überschüsse zu produzieren. Mit dem Zeitalter der Krisen begann jedoch auch eine anhaltende Niedrigzinsphase, in der die Versorgungswerke höhere Risiken eingehen mussten, um die Renten zu erwirtschaften.

Eine lange Zeit schienen Immobilien die beste Wahl. Hohe Preise, niedrige Zinsen und die trügerische Sicherheit des „Betongoldes“ machten das Immobiliengeschäft bis zur Zinswende 2022 attraktiv. Mit höheren Zinsen, sinkenden Preisen und vor allem weniger Bedarf bei Büroimmobilien wurden deutschlandweit – beileibe nicht nur von den Versorgungswerken – Milliarden abgeschrieben. In vielen Fällen blieben aber zumindest die Immobilien selbst erhalten und lassen auf einen Wertzuwachs in der Zukunft hoffen – wenn es nicht allzu schlimm kommt.

Was haben Garnelen, PET-Flaschen und InsureTech mit Zahnärzten zu tun?

Für Garnelenzuchten, PET-Flaschen-Recyclinganlagen oder InsureTech-Start-ups gilt das leider nicht. Das Versorgungswerk Berlin investierte tatsächlich in solche Unternehmen. Allein in das InsureTech-Unternehmen Element, flossen mehr als 100 Millionen Euro, sodass das VZB am Ende mehr als 80 Prozent des Unternehmens hielt. Was InsureTech überhaupt ist? Natürlich ein Unternehmen, das mit modernen technologischen Möglichkeiten die Versicherungswirtschaft „umkrempeln“ will. Venture Capital für Disruptoren – eine wahrhaft sichere Anlageform. Elements meldete im Frühjahr 2025 Insolvenz an. Dagegen wirkt die Beteiligung an der Garnelenzucht „Hansegarnelen“ geradezu konservativ. Nachhaltige Produkte aus der Region und die Aquakultur ist nach eigenen Angaben sogar tierwohlgerecht. Um echte Berlin-Vibes zu spüren, müssten die Garnelen nur noch unverpackt verkauft werden. Was will man mehr? Rendite, zum Beispiel, keine Insolvenz!

Aber zum Glück war das Risiko ja diversifiziert, auch in den USA hielt man Beteiligungen: Zum Beispiel an rPlanet Earth, einem Unternehmen, das PET-Flaschen-Recycling betrieb, um –

schon wieder Berlin-Vibes – emissionsärmer Verpackungen produzieren zu können. Ach ja, auch rPlanet Earth meldete kürzlich Insolvenz an. Mit einigen Projektgesellschaften von Magna Real Estate, einem Immobilienentwickler komplettiert sich das Feld der insolventen Beteiligungen.

Nun sind Beteiligungen und selbst das Ausreichen von Venture Capital auch für Versorgungswerke nicht per se unzulässig. In zu großem Umfang aber ist das Risiko, wie das Beispiel des VZB zeigt, einfach zu groß. Das VZB ist derzeit mit neuem Personal und neuen Beratern dabei, das gesamte Portfolio neu zu bewerten. Der neue Vorsitzende des Verwaltungsausschusses Thomas Schieritz erklärte gegenüber dem rbb im Dezember 2025, er befürchte Verluste von bis zu 1,1 Milliarden Euro.

„So schlecht investieren, kann man doch wirklich nur mit Absicht.“ So wird die Anlagepraxis des Versorgungswerks in einem YouTube-Kanal „überfluss“ von finanzfluss.de beschrieben. Die Staatsanwaltschaft wird sich in den laufenden Ermittlungen genau hiermit beschäftigen.

Auswirkungen auf die Mitglieder

Wertminderungen in diesem Umfang bleiben nicht abstrakt. Die rund 10.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus Berlin, Brandenburg und Bremen, etwa 3.000 davon bereits im Ruhestand, werden die Auswirkungen zu tragen haben. Zuerst dürften die Leistungsversprechen für die Zukunft deutlich sinken. Die Rentenerwartung junger Kolleginnen und Kollegen wird deutlich sinken müssen. Realisieren sich die befürchteten Verluste ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass bereits erworbene Anwartschaften oder sogar Renten abgesenkt werden müssen. Auch wenn die Gerichte hierfür in der Vergangenheit hohe Hürden gesetzt haben – Anwartschaften und Renten unterliegen dem Eigentumsschutz gem. Art. 14 Grundgesetz – sind Kürzungen möglich, wenn nur so die Funktions- und Leistungsfähigkeit eines Versorgungswerkes erhalten werden kann. Der *Tagesspiegel* wusste von Kürzungsüberlegungen bis zu 50 Prozent zu berichten. Über Dynamisierungen, also Rentenerhöhungen, dürfte für Jahrzehnte nicht ernsthaft nachgedacht werden.

Wie dramatisch die Situation genau ist, wird voraussichtlich im Verlauf des Jahres 2026 bekannt werden. Man mag nun zynisch konstatieren, dass eine Rente aus dem Versorgungswerk für die meisten Zahnärztinnen und Zahnärzte ohnehin nur existenzsichernd, aber nicht lebensstandard-sichernd war. Altersvorsorge betreiben wir alle wohl nicht nur im Rahmen unserer Pflichtbeiträge. Gerade für die jungen Kolleginnen und Kollegen in Berlin wird dieses Thema aber in der Zukunft noch wichtiger werden. Und die Räume enger, wenn die Pflichtbeiträge, die maßgeblich aus den immer knapper werdenden Töpfen der Krankenkassen finanziert werden wollen, nur noch minimal verzinst werden. Schon jetzt kalkulieren viele Versorgungswerke die Anwartschaften nur mit einem Rechnungszins von etwas über zwei Prozent. Ob Berlin das wird halten können?

Wie konnte das passieren?

Als Betroffener fragt man sich natürlich unweigerlich, wie das Werk in eine solche Situation kommen konnte. Liest man von Krediten für einen Privatjet, den Mitinvestoren benötigten, um zu den gemeinsam gehaltenen Ferienresorts zu gelangen, wird man misstrauisch, ebenso, wenn sich der neu gewählte Vorsitzende des Verwaltungsausschusses in der *BILD*-Zeitung damit zitieren lässt, dass die Anlagepraxis seiner Vorgänger „unzulässig, unvernünftig und strukturell fehlgesteuert“ gewesen sei. War es Gier, war es Unvermögen? Natürlich muss man die aktuelle Berichterstattung auch vor dem Hintergrund lesen, dass in der Berliner Zahnärzteschaft ein Machtkampf tobt. Nicht nur um Ämter, sondern auch um die Deutungshoheit. Welche Gesetze verletzt, welche Pflichten versäumt wurden, werden wohl am Ende die Gerichte klären müssen. Anwälte sind auf allen Seiten eingeschaltet, auch die Staatsanwaltschaft ermittelt.

Ganz bitter ist in diesem Zusammenhang natürlich die Haltung der Berliner Senatsverwaltung, die sowohl die Rechts- als auch die Versicherungsaufsicht wahrnimmt. In der Welt wird die Behörde damit zitiert, das System der Versorgungswerke beruhe nun einmal darauf, „dass die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen ihre Versorgung eigenständig und selbst verwalten.“ Gerade dann, wenn wie in Berlin sowohl das geschäftsführende Organ des Versorgungswerks als auch die „interne Aufsicht“ – anders als in anderen Werken – ausschließlich mit Zahnärztinnen und Zahnärzten besetzt ist, ist diese Haltung doch arg sorglos. Genauso wenig, wie ein Banker sich in den Wurzelkanälen eines Prämolaren zurechtfindet, sind wir Zahnärzte qua Approbation dazu geeignet, Milliardenvermögen zu verwalten. Sowohl intern als auch extern bedarf es zuverlässiger Berater.

An dieser Stelle müssen wir Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte uns sicher auch ein Stück weit an die eigene Nase fassen. Warum haben wir nicht in die Satzung des Versorgungswerkes geschrieben, dass in Verwaltungsausschuss und im Aufsichtsausschuss neben den Zahnärztinnen und Zahnärzten auch Profis sitzen müssen? Warum haben wir nicht nach Stresstests nach Anlageformen, nach Bewertungsmechanismen gefragt? Warum haben sich nicht mehr Kolleginnen und Kollegen um einen Sitz in der Delegiertenversammlung, für einen Posten im Verwaltungs- oder Aufsichtsausschuss beworben. Die Antwort ist die gleiche, wie auf die Frage, ob eine Kollegin oder ein Kollege als Beisitzerin oder Beisitzer im Landesvorstand dabei sein möchte: Die Praxis, die Kinder, der Partner ... Selbstverwaltung bedeutet nun einmal auch selbst machen. Dabei darf man aber nie die eigenen Grenzen vergessen und – leider auch das ein in der Berufspolitik nicht selten anzutreffender Charaktermangel – muss die eigenen Interessen zurückstellen.

Was am Ende des Tages übrigbleibt ...

Dennoch bleibt bei solchen Verlusten und doch gewichtigen Anhaltspunkten für Versäumnisse, die weit über das einem ehrenamtlich tätigen Kollegium nachzusehende Maß hinausgehen, das dringende Bedürfnis nach Aufklärung. Und Wut darüber, dass vermutlich, vielleicht oder doch offenbar mit dem Geld der Kolleginnen und Kollegen so sorglos umgegangen wurde, dass die Rente am Ende nicht einmal mehr für die Beiträge der Krankenversicherung ausreicht.



Realisierten sich die befürchteten Verluste ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass bereits erworbene Anwartschaften oder sogar Renten abgesenkt werden müssen.

In den Ruf „Mehr Staat!“, der von einigen Bremer Kolleginnen und Kollegen prompt erscholl, möchte ich trotzdem nicht einstimmen. Die freien Berufe sind durchaus in der Lage für sich selbst zu sorgen – wenn die Freiheit sich auch auf die wirtschaftlichen und administrativen Aspekte der Tätigkeit bezieht. Engmaschige Überwachung im zahnärztlichen Alltag, von Wasserbeprobung bis Validierungszertifikate, passt mit dem doch plumpen Hinweis auf die Eigenständigkeit der freien Berufe nicht zusammen, wenn es darum geht, ehrenamtlich Tätigen als fachkundige Behörde auf die Finger zu sehen. In Berlin, Bremen und Brandenburg sind also die Renten nicht sicher, die Kolleginnen und Kollegen sind zumindest arm dran und sexy ist Berlin schon lange nicht mehr. Über Bremen und Brandenburg erlaube ich mir jedenfalls hierzu kein Urteil. ■

Prof. Dr. Dr. Christian Scherer ist Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und vielen BDK-Mitgliedern aus seinem langjährigen Engagement im Vorstand von BDK und KFO-Treuhand bekannt. Daneben ist Prof. Scherer aber auch Wirtschaftswissenschaftler und Mitglied des Leitenden Ausschusses des Altersversorgungswerks der Zahnärztekammer Niedersachsen. Wir haben mit ihm aus aktuellem Anlass über das System der berufsständischen Altersversorgung aus der „Innenperspektive“ gesprochen.

EIN PLÄDOYER FÜR DIE BERUFSSTÄNDISCHE ALTERSVERSORGUNG

Herr Prof. Scherer, warum braucht es aus Ihrer Sicht gerade jetzt ein Plädoyer für die berufsständische Altersversorgung?

Weil vieles, was lange als selbstverständlich galt, zunehmend erklärungsbedürftig wird. Die aktuelle Berichterstattung über Abschreibungen, Wertberichtigungen oder schwankende Jahresergebnisse von Versorgungswerken verunsichert viele Kolleginnen und Kollegen. Dabei wird häufig ausgeblendet, dass berufsständische Altersversorgung kapitalgedeckt organisiert ist und damit zwangsläufig den Schwankungen der Kapitalmärkte unterliegt. Ein Plädoyer ist deshalb notwendig, um einzuordnen, zu erklären – und auch offen über Risiken zu sprechen.

Was macht die berufsständische Altersversorgung aus Ihrer Sicht grundsätzlich attraktiv?

Der zentrale Vorteil liegt in der Kapitaldeckung. Die Beiträge der Mitglieder werden langfristig investiert, um aus Erträgen und Substanz die Renten zu finanzieren. Das unterscheidet uns grundlegend vom Umlagesystem der gesetzlichen Rentenversicherung. Für freie Berufe mit unternehmerischen Erwerbsbiografien ist das ein passender Ansatz. Er eröffnet Chancen auf höhere Leistungen, verlangt aber zugleich eine professionelle Steuerung der Risiken.

Welche Rolle spielt dabei die Selbstverwaltung?

Eine ganz entscheidende. Die Selbstverwaltung ist eine große Errungenschaft der freien Berufe. Entscheidungen über Beiträge und Leistungen werden nicht anonym auf politischer Ebene getroffen, sondern von gewählten Vertreterinnen und Vertretern des Berufsstands. Als Kieferorthopäde und Betriebswirt sehe ich darin einen klaren Vorteil: Man kann Strukturen schaffen, die zur Berufsrealität passen. Aber Selbstverwaltung bedeutet eben auch, dass wirtschaftliche Verantwortung nicht delegiert werden kann.

Aktuell wird viel darüber berichtet, dass Versorgungswerke Geld „verzocken“ würden. Wie bewerten Sie diese Entwicklung?

Zunächst einmal sachlich. Abschreibungen sind kein Fehlverhalten, sondern Bestandteil ordnungsgemäßer Rechnungslegung. Wer in Immobilien, Infrastruktur oder andere langfristige Anlageklassen investiert, muss Wertschwankungen des Investments im Marktgeschehen beobachten, fortschreiben und abbilden. Entscheidend ist nicht, *dass* abgeschrieben wird, sondern *warum*, in welchem absoluten Umfang und ob dies in einer langfristig tragfähigen Gesamtstrategie berücksichtigt ist.



„Wenn wir bereit sind, wachsam zu bleiben, uns qualifiziert einzubringen und auch unbequeme Entwicklungen offen anzusprechen, bleibt dieses zukunfts feste System weiterhin erfolgreich.“

Generell muss hierbei berücksichtigt werden, dass Berichte über Abschreibungen bei nicht fachkundigen Leserinnen und Lesern Unsicherheit erzeugen können. Ich vergleiche da mal den Terminus „Abschreibung“ in Finanzreportings mit einem vielleicht im Elterngespräch verwendeten Begriff „Gaumnachtsprengung“. In beiden Fällen reagiert die Leser- oder Zuhörerschaft möglicherweise reserviert bis verschreckt und es besteht weiterer Erläuterungsbedarf von fachlicher Seite. Umso wichtiger ist Transparenz. Es muss klar erklärt werden, wie Abschreibungen einzuordnen sind, welche Rücklagenmechanismen bestehen und welche tatsächlichen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu erwarten sind.

Was raten Sie den Kolleginnen und Kollegen, die sich um ihre Altersversorgung Sorgen machen?

Wir alle – gerade die jüngeren Kolleginnen und Kollegen – sollten sich klar machen, dass jede Art der solidarischen Altersversorgung nur existenzsichernd, aber nicht notwendigerweise lebensstandardsichernd sein kann. Private Vorsorge bleibt also zusätzlich notwendig. Aber natürlich sind die Renten der Versorgungswerke ein wichtiger Baustein der Altersversorgung. Es lohnt sich also, sich mit seinem Versorgungswerk zu beschäftigen: Wie funktioniert mein Werk, wie ist es aufgestellt? Um allein diese Frage zu beantworten und die berufsständische Versorgung wertschätzen zu können, sollte man sich zumindest ein wenig mit den unterschiedlichen Systemen der Altersversorgung beschäftigen.

Aber das beseitigt ja gerade aktuell nicht die Sorgen vor Rentenkürzungen, oder?

Bei der Einordnung von Abschreibungen und Wertberichtigungen hilft es sicher, wenn man sich nicht die absoluten Zahlen ansieht, sondern das Verhältnis zum Gesamtportfolio und dies auf greifbarere Größenordnungen überträgt. Nehmen wir zwei aktuelle Beispiele: In Berlin wird über Verluste in der Größenordnung von 1,1 Milliarden Euro berichtet. Bei einem Portfolio von ca. 2,2 Milliarden Euro reden wir also über ca. 50 Prozent. Das würde wohl jedem auch bei einem privaten Portfolio von, sagen wir, 100.000 Euro Sorgen machen. Dies ist jedoch eine besondere Situation.

Bei der Bayerischen Versorgungskasse mussten Berichte zufolge ca. 700 Millionen Euro abgeschrieben werden. Bei einem Gesamtportfolio von ca. 117 Milliarden handelt es sich dabei aber nur um 0,6 Prozent. Überträgt man dies auf unser 100.000 Euro-Portfolio hätte man sich also in der Größenordnung von 600 Euro verschlechtert. Das bringt wohl niemanden um den Schlaf.

Wird die Selbstverwaltung mit der Verantwortung für Vermögen in dieser Größenordnung nicht zunehmend überfordert?

Das ist sie nicht, aber die Tätigkeit wird anspruchsvoller, ja. Die Zinsrenditen sind niedriger als früher und in einem solchen Marktumfeld sind die Zielrenditen demgemäß schwerer zu erreichen. Die Kapitalmärkte sind volatiler, regulatorische Anforderungen komplexer und die öffentliche Aufmerksamkeit größer. Das führt jedoch zu keiner Überforderung der Selbstverwaltung, sondern war Anlass, dass sie weiter professionalisiert werden musste. Wir haben diese Professionalisierung in Selbstverwaltung schon bereits vor Jahren durchgeführt. Wer Milliardenvermögen steuert und langfristige Leistungszusagen verantwortet, braucht eben mehr als Engagement und guten Willen. Dies ist bei den Organmitgliedern der Versorgungswerke jedenfalls in Niedersachsen sicher gestellt. Auch die Landesregierung hat entsprechende Voraussetzungen an die Amtsinhaber formuliert und diese haben alle geforderten Nachweise ihrer Qualifikation leisten müssen. Gleichmaßen sind die den Vorständen zugeordneten Geschäftsführer, Finanzsachverständige, Aktuarien und Juristen durch ihre jeweilige Ausbildung, Spezialisierung und Berufserfahrung qualifiziert. Sie kommen aus der Wirtschaftsprüfung oder Finanzmathematik und haben langjährige Erfahrungen an den Kapitalmärkten, im Immobilienwesen oder der Verwaltung und stellen sicher, dass Entscheidungen fundiert auf fachlicher Grundlage in den Gremien analysiert und entschieden werden. Investitionsentscheidungen werden nicht von einer Einzelperson aus einem Bauchgefühl heraus getroffen, sondern sind eingebettet in langfristige Strategien.

Was bedeutet das konkret für die Arbeit in den Gremien?

Aus meiner betriebswirtschaftlichen Perspektive vor allem drei Dinge: erstens Wachsamkeit, zweitens kritische Beratung und drittens Qualifikation. Wachsamkeit heißt, Marktveränderungen frühzeitig zu erkennen und nicht auf vergangenen Erfolgen auszuruhen. Kritische Beratung bedeutet, Ex-

pertise sowohl extern als auch innerhalb der Versorgungswerke ernst zu nehmen und als Sparringspartner zu nutzen. Und Qualifikation heißt, dass Gremienmitglieder in der Lage sein müssen, komplexe wirtschaftliche Zusammenhänge zu verstehen und Entscheidungen auf Augenhöhe zu treffen. Die Versorgungswerke haben, anders als die Selbstverwaltung im Übrigen, nicht den Zeithorizont bis zur nächsten Kammer- oder auch nur Bundestagswahl im Blick. Sie müssen in Generationen, nicht in Legislaturperioden denken.

Was sollte man als Mitglied eines Versorgungswerkes sonst noch beachten?

Ich stelle in Gesprächen immer wieder fest, dass die Erwartungen an Rentenzahlungen aus einem berufsständischen Versorgungswerk mit denen aus einer Kapitallebensversicherung oder anderen Finanzmarktprodukten verglichen und dann als zu gering empfunden werden. Eine solche Gleichsetzung beruht auf einem fundamentalen Missverständnis. Die Beiträge zu einem Rentenversicherer, worunter auch ein Versorgungswerk fällt, stellen primär keine Einzahlungen in ein Renditeprodukt des Finanzmarktes mit vordefinierter Vertragslaufzeit und damit eingegrenzter Endausschüttung dar. Vielmehr sind die an ein Versorgungswerk gezahlten Beiträge sozusagen als eine „Versicherung gegen Langlebigkeit“ zu sehen. Diejenigen Mitglieder eines Versorgungswerkes, welchen ein biblisches Alter vergönnt ist, sind Nutznießer langjähriger Rentenzahlungen und sicherlich auch überproportionaler Renditen in Relation zu den von ihnen in den Vorjahren in das Versorgungswerk eingezahlten Beiträge. Wenn ein Mitglied dagegen früher ableben sollte als das mathematische Durchschnittsmitglied, dann belasten ihn die ausbleibenden Rentenzahlungen selbst nicht mehr, zumal die Hinterbliebenen weiterhin Zahlungen vom Versorgungswerk erhalten. Genau dies ist das Arbeitsprinzip eines Versorgungswerkes und Rentenversicherers und es unterscheidet sich deutlich von einem Kapitalmarktprodukt mit definierter Laufzeit. Die persönliche Rendite aus der Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk ergibt sich überwiegend aus der Länge der Inanspruchnahme der Rentenzahlungen. Insofern sollte die Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk idealerweise stets ein wegen seiner Konstanz sehr wichtiger, aber idealerweise nur zusätzlicher Baustein der persönlichen Absicherung im Alter sein.

Ihr persönliches Fazit?

Die berufsständische Altersversorgung ist ein starkes, eigenständiges System mit großen Vorteilen. Aber sie ist kein Selbstläufer. Kapitaldeckung bedeutet Chancen und Risiken. Selbstverwaltung bedeutet Gestaltungsspielraum und Verantwortung. Wenn wir bereit sind, wachsam zu bleiben, uns qualifiziert einzubringen und auch unbequeme Entwicklungen offen anzusprechen, bleibt dieses zukunfts feste System weiterhin erfolgreich. ■

CGM Z1.PRO

Dentalinformationssystem

Alle Abläufe, eine Software: Effizienz für Ihre KFO-Praxis

Lassen Sie sich jetzt beraten!



Erleben Sie, wie einfach Praxisorganisation sein kann! Mit CGM Z1.PRO fügen sich alle Arbeitsbereiche Ihrer modernen kieferorthopädischen Praxis nahtlos in nur einer Anwendung zusammen. Keine Brüche, keine Informationsverluste – stattdessen maximale Effizienz und reibungslose Abläufe.



cgm.com/dental-kfo



Der neue Vorsitzende des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerks der Zahnärztekammer Berlin (VZB), Thomas Schieritz, spricht im Interview offen über die anhaltende Krise des Versorgungswerks und die möglichen Konsequenzen für die Altersversorgung der Mitglieder.

„EIN VERSORGUNGS- WERK SOLLTE UND DURFTE SEIN GELD SO NICHT ANLEGEN“

Ein Interview mit Thomas Schieritz von Marlene Hartinger.



Herr Schieritz, Presseberichten zufolge umfassen die Vermögensverluste schätzungsweise eine Höhe von 1,1 Milliarden Euro. Gibt es aus Ihrer Sicht das Risiko, dass sich das Minus weiter erhöht?

Offiziell wurden zuletzt rund 2,2 Milliarden Anlagevermögen in der Bilanz 2023 ausgewiesen. Wir wissen heute: Tatsächlich hätten die Buchwerte vieler Beteiligungen und Ausleihungen längst abgeschrieben werden müssen.

Wir müssen derzeit mit einem Verlust von rund der Hälfte des Anlagevermögens rechnen – also etwa 1,1 Milliarden Euro zum Stichtag 31.12.2024. Die vollständige Neubewertung aller Beteiligungen durch Sachverständige ist derzeit noch nicht abgeschlossen, daher wäre es spekulativ, über mögliche höhere Verluste zu sprechen – es handelt sich um vorläufige Schätzungen. Das abschließende Ergebnis wird voraussichtlich im ersten Quartal 2026 vorliegen.

Sie bezeichnen die frühere Anlagepraxis als „unzulässig, unvernünftig und strukturell fehlgesteuert“. Welche konkreten Versäumnisse sehen Sie beim früheren Verwaltungsausschuss und welche Lehren ziehen Sie daraus für die künftige Governance des VZB?

Ganz grundlegend muss man sagen: Ein Versorgungswerk sollte und durfte sein Geld so nicht anlegen. Die Investitionen der Vergangenheit widersprachen häufig sowohl den VZB-Richtlinien als auch dem Landes- und Bundesrecht. Sie waren also schon formal unzulässig, darüber hinaus aber auch höchst unvernünftig. Zudem kam es offenbar auch zu massiven Interessenkonflikten. Derzeit laufen strafrechtliche Ermittlungen unter anderem wegen des Verdachts der Untreue und der besonders schweren Korruption. Statt das Geld sinnvoll breit gestreut und liquide anzulegen, flossen ab 2013 hohe Summen in einzelne Firmen und spezielle Immobilienprojekte. Außerdem hat das Versorgungswerk viele Kredite vergeben – oft ohne genügend Zinsen zu verlangen und ohne die Sicherheiten einzufordern, die nötig wären. Die meisten der Investments waren von Anfang an derart konstruiert, dass sie nie eine realistische Chance hatten, jemals Rendite abzuwerfen.

Das VZB wird künftig wieder regelkonform, sinnvoll und seriös investieren: Dafür zu sorgen, das ist unsere Aufgabe. Klar ist: Die Kontrolle hat in der Vergangenheit offenbar nicht funktioniert. Derzeit arbeiten wir aber an besseren Strukturen. Denn ein solcher Skandal darf nie wieder passieren. Wir brauchen mehr unabhängige Kompetenz bei den Entscheidungen und den Kontrollen – unter anderem deshalb hat das VZB bereits eine dafür wesentliche Satzungsänderung einstimmig verabschiedet.

Wenn Teile der Investments aus Ihrer Sicht gegen Richtlinien sowie Landes- und Bundesrecht verstoßen haben, wie erklären Sie sich, dass die zuständige Senatsverwaltung offenbar keine Einwände erhoben hat? Sehen Sie hier auch ein Versagen der Fachaufsicht?

Es spricht vieles dafür, dass über einen längeren Zeitraum hinweg ein systemisches Aufsichts- und Kontrollversagen vorgelegen hat. In den vergangenen Jahren gab es

„Statt das Geld sinnvoll breit gestreut und liquide anzulegen, flossen ab 2013 hohe Summen in einzelne Firmen und spezielle Immobilienprojekte.“

innerhalb der Vertreterversammlung („Parlament“ des Versorgungswerks) durchaus wiederholt kritische Nachfragen zur Anlagestrategie und zur Risikosteuerung. Diese wurden jedoch regelmäßig mit Verweis auf externe Prüfvermerke, auf angebliche interne Expertise sowie auf Verschwiegenheitspflichten zurückgewiesen. Dadurch blieb substantielle Kontrolle aus. Die maßgeblichen Kontrollinstanzen – die risikobewertende Bank, Wirtschaftsprüfer, Verwaltungsausschuss, Aufsichtsausschuss und die fachaufsichtsführende Senatsverwaltung – haben sich erkennbar auf die jeweils vorgelagerten Prüfungen verlassen, ohne zentrale Annahmen eigenständig oder stichprobenartig zu verifizieren. Weder die tatsächliche Risikoklassifizierung noch die Werthaltigkeit von Sicherheiten noch die Plausibilität von Due-Diligence-Gutachten oder internen Bewertungen wurden über Jahre hinweg ausreichend kritisch hinterfragt.

Erst durch einen externen Rechercheimpuls Anfang 2025 wurden zahlreiche Auffälligkeiten sichtbar, die den Verdacht schwerwiegender Interessenkonflikte, gravierender Managementfehler und erheblicher Fehlinvestitionen begründeten. Dass diese Risiken über Jahre hinweg weder erkannt noch wirksam adressiert wurden, lenkt den Blick zwangsläufig auf die strukturelle Leistungsfähigkeit der staatlichen Aufsicht über die berufsständischen Versorgungswerke. Es stellt sich die Frage, ob eine rein landesbezogene Fachaufsicht den zunehmenden personellen, fachlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen noch gerecht werden kann – oder ob es künftig einer spezialisierten, länderübergreifenden Aufsicht bedarf, um die Schutzpflichten des Staates gegenüber den Pflichtmitgliedern wirksam zu erfüllen.

Ob und in welchem Umfang hier auch ein aufsichtsrechtliches Versäumnis der zuständigen Senatsverwaltung vorliegt, ist nun zu prüfen. Klar ist jedoch: Ein funktionierendes Aufsichtssystem darf sich nicht allein auf formale Berichte und externe Atteste stützen, sondern muss auf jeder Ebene in der Lage sein, wesentliche Risiken eigenständig zu durchdringen und kritisch zu überprüfen.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

Priv.-Doz. Dr. Janka Kochel wurde im vergangenen Jahr sowohl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) als auch zur Beisitzerin im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) gewählt. Ein perfekter Anlass, mit ihr über die aktuellen Herausforderungen der Kieferorthopädie und ihre Perspektiven für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung des Fachs zu sprechen.

BRÜCKEN ZWISCHEN WISSENSCHAFT UND PRAXIS

Ein Interview mit Priv.-Doz. Dr. Janka Kochel von Lisa Heinemann.

Was war Ihr persönlicher Antrieb, Verantwortung im DGKFO-Vorstand zu übernehmen?

Mein Antrieb speist sich einerseits aus meiner eigenen beruflichen Biografie: Ich bewege mich seit vielen Jahren an der Schnittstelle zwischen universitärer Lehre und Forschung einerseits und der niedergelassenen Versorgung andererseits. Genau dort entstehen oft die größten Potenziale – aber auch Missverständnisse. Ich kenne die Anforderungen des Praxisalltags ebenso wie die universitären Strukturen – und sehe darin keinen Widerspruch, sondern eine große Chance. Im DGKFO-Vorstand möchte ich das Miteinander von wissenschaftlicher Exzellenz und versorgungsrelevanter Realität weiter unterstützen. Hier Verantwortung zu übernehmen, bedeutet für mich, diese beiden Welten enger miteinander zu verzahnen und den fachlichen Dialog strukturiert, respektvoll und praxisnah zu fördern.



Welche inhaltlichen oder strukturellen Impulse möchten Sie in Ihrer Amtszeit im DGKFO-Vorstand setzen?

Ich möchte mich dafür einsetzen, dass die DGKFO deutlich als fachliche und berufspolitische Brücke zwischen Hochschule und Niederlassung wahrgenommen wird. Dazu gehören transparente Entscheidungsprozesse, praxisnahe Leitlinienarbeit und Fortbildungsformate, die die Rahmenbedingungen in den Praxen berücksichtigen. Wissenschaft darf kein Selbstzweck sein – sie muss Orientierung geben und im Alltag umsetzbar bleiben. Wissenschaftliche Erkenntnisse sollten schnell und verständlich in der Praxis ankommen – und umgekehrt sollten praxisrelevante Fragestellungen in gleicher Weise in die universitäre Forschung zurückgespielt werden.

Auf welche drei Handlungsfelder sollte sich die DGKFO aktuell besonders konzentrieren?

Erstens auf die klare gesundheitspolitische Positionierung der Kieferorthopädie als medizinisch notwendige Versorgung, die unsere Rolle als Fachzahnärztinnen und -zahnärzte für Kieferorthopädie stärkt – auch gegenüber Politik, Kostenträgern und anderen Disziplinen. Zweitens auf zukunftsfähige, qualitätsgesicherte Aus- und Fortbildung, die die Digitalisierung, neue Versorgungsformen und Personalstrukturen realistisch abbildet und fachliche Verantwortung, nicht Marktmechanismen, in den Mittelpunkt stellt. Drittens auf aktive Vernetzung, insbesondere zwischen universitären Einrichtungen und niedergelassenen Praxen, um gegenseitiges Verständnis und fachliche Qualität langfristig zu sichern.

Woran messen Sie, ob die Arbeit der DGKFO in der Mitgliedschaft ankommt: Leitlinien, Fortbildung, Positionierungen, Vernetzung – was hat für Sie den größten Hebel?

Für mich kommt die Arbeit der DGKFO dann an, wenn Mitglieder spüren, dass ihre fachlichen und strukturellen Herausforderungen ernst genommen werden. Leitlinien und Stellungnahmen haben einen hohen Hebel, wenn sie Orientierung bieten und Rückhalt geben – gerade in Auseinandersetzungen mit Kostenträgern oder bei fachlichen Abgrenzungsfragen. Vernetzung und Fortbildung sind die Voraussetzung dafür, dass diese Inhalte auch gelebt und weiterentwickelt werden.

Wo sehen Sie in der KFO derzeit den größten Bedarf an klaren Standards?

Der größte Bedarf besteht dort, wo neue digitale Prozesse und künstliche Intelligenz auf bestehende Strukturen treffen. KI-basierte Diagnostik-, Planungs- und Monitoringtools werden unsere Versorgung in den kommenden Jahren deutlich verändern. Daher ist es wichtig, hier frühzeitig fachlich fundierte Standards zu definieren: Wie werden KI-gestützte Entscheidungen bewertet, überprüft und in die Therapie integriert? Sowohl für die Patientensicherheit als auch für die Verantwortung der Fachzahnärztinnen und -zahnärzte sind hier klare Regelungen zur Sicherung von Qualität und beruflicher Autonomie notwendig.

Nach dem Blick auf Ihre Ziele und Schwerpunkte innerhalb der DGKFO interessiert uns nun, wie Sie Ihre Expertise im breiteren zahnmedizinischen Kontext der DGZMK einbringen. Was bedeutet es ganz praktisch, im DGZMK-Vorstand Beisitzerin zu sein?

Ganz praktisch bedeutet es, die Belange der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte in dem zahnmedizinischen Dachverband sichtbar zu vertreten. Ich sehe meine Aufgabe auch darin, die Perspektive der spezialisierten Versorgung einzubringen und gleichzeitig gemeinsame Positionen innerhalb der Zahnärzteschaft mitzugestalten.

Welche Themen können Sie dort für die KFO platzieren?

Vor allem Themen, die gemeinsame Schnittmengen betreffen: Prävention, interdisziplinäre Behandlungsplanung, Digitalisierung sowie die Verzahnung von Universität und Praxis. Gerade hier kann die Kieferorthopädie wichtige Impulse geben – sowohl wissenschaftlich als auch strukturell.

Welche Schnittstellen zu anderen Disziplinen sind aus Ihrer Sicht aktuell am wichtigsten – fachlich und berufspolitisch?

Fachlich sind es die klassischen Schnittstellen zur Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie und Prothetik. Berufspolitisch geht es darüber hinaus um gemeinsame Positionen gegenüber Politik und Selbstverwaltung. Nur wenn wir hier geschlossen auftreten, können wir die fachliche Kompetenz der spezialisierten Zahnmedizin dauerhaft sichern.

Erleben Sie Themen, bei denen Kieferorthopädie und allgemeine Zahnheilkunde unterschiedliche Perspektiven vertreten, und wie gelingt es Ihnen, diese Unterschiede konstruktiv zu moderieren?

Unterschiedliche Perspektiven ergeben sich vor allem dort, wo der Zeitpunkt, die Indikation und die Zielsetzung einer kieferorthopädischen Behandlung unterschiedlich bewertet werden. Ein zentrales Thema ist die medizinische Notwendigkeit: Während in der Kieferorthopädie funktionelle, wachstumsbezogene und präventive Aspekte im Vordergrund stehen, wird die Therapie von Fehlstellungen in der allgemeinen Zahnheilkunde gelegentlich stärker unter ästhetischen Gesichtspunkten wahrgenommen. Aus meiner Sicht sind diese Unterschiede kein Ausdruck von Gegensätzen, sondern das Ergebnis unterschiedlicher fachlicher Schwerpunkte. Entscheidend ist, sie evidenzbasiert, respektvoll und auf Augenhöhe zu diskutieren. Konstruktiver Dialog gelingt dann, wenn die Kieferorthopädie ihre medizinische Verantwortung klar darstellt und gleichzeitig die interdisziplinäre Zusammenarbeit aktiv gestaltet – immer mit dem gemeinsamen Ziel einer funktionell stabilen, langfristig gesunden Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Vielen Dank für das Gespräch! ■



GEMEINSAM SIND WIR STARK!

Ein Beitrag von Hans-Jürgen Köning

Am 11.12.2025 fand wie in jedem Jahr die gemeinsame Vorstandssitzung der drei Fachverbände in der Zahnmedizin Berufsverband der Deutschen Oralchirurgen (BDO), Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) statt.

Es wurden von allen Verbänden die drängenden Themen adressiert und diskutiert. Besonderes Augenmerk wurde auf die Umsetzung der Musterweiterbildung in den Ländern gelegt. Einig waren sich alle Vertreter, dass in den Länderkammern gemeinsam für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung gekämpft werden und die Musterweiterbildung weitestgehend umgesetzt werden soll.

Nachdem der Deutsche Ärztetag im Mai 2025 der zwischen Bundesärztekammer und den privaten Krankenversicherungen abgestimmten GOÄneu zugestimmt hat, kann man davon ausgehen, dass die politische Prüfung und Abstimmung im vollen Gange sind. Bundesgesundheitsministerin Nina Warzen hat im Herbst 2025 angekündigt, einen Regelungsentwurf des Ministeriums bis Mitte 2026 vorzulegen; anschließend sind Kabinettsbeschluss und Bundesratsberatungen erforderlich. Verschiedene Einschätzungen sehen ein mögliches Inkrafttreten der neuen GOÄ zum 1.1.2027.

Das bedeutet, dass danach über eine neue GOZ verhandelt werden könnte. Diese völlig veraltete Gebührenordnung mit einem Punktwert von 1988 gehört reformiert. Sie muss sich der wissenschaftlichen Entwicklung in der gesamten Zahnmedizin und den aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen anpassen. Wie bisher wird die Bundeszahnärztekammer die Aufgabe übernehmen, die GOZ im Sinne der Zahnärzteschaft zu gestalten. Hier sind der neue Vorstand und besonders die neue Präsidentin Dr. Romy Ermler gefordert.

Damit die Besonderheiten unserer Fachgebiete in der neuen GOZ entsprechend berücksichtigt werden, fordern die drei Fachverbände eine kontinuierliche Einbeziehung in die Arbeit des GOZ-Ausschusses in der Bundeszahnärztekammer. Gleiches gilt für den Weiterbildungsausschuss. Die erfolgreiche Zusammenarbeit der Fachverbände mit der bisherigen Ausschussvorsitzenden führte in der Vergangenheit zu der breit akzeptierten Musterweiterbildungsordnung. Diese Kooperation sollte als Erfolgskonzept zukünftig im neu zu wählenden Weiterbildungsausschuss fortgeführt werden. ■

LIEBER PROF. DR. HINZ, LIEBER ROLF,

Am 1. Januar 2026 wurdest Du 98 Jahre alt. Zu diesem ganz besonderen Geburtstag möchte ich Dir persönlich, und im Namen der nordrheinischen Kieferorthopäden, von Herzen gratulieren. Dass ich diese Zeilen schreibe, erfüllt mich mit großer Dankbarkeit. Ich hatte das Glück, einen Teil meiner Assistenzzeit in Deiner Praxis und an der Universität Witten/Herdecke verbringen zu dürfen. Diese Zeit war prägend – fachlich, menschlich und in meiner Haltung zur Kieferorthopädie. Vieles von dem, was mich heute als Kieferorthopäden ausmacht, habe ich direkt oder indirekt von Dir gelernt.

Lernen ohne Schranken

Was dich immer ausgezeichnet hat, war Deine Großzügigkeit im Weitergeben von Wissen. Dein Fortbildungszentrum in Herne war für uns Assistenzärzte ein besonderer Ort: Die Türen standen offen, der Zutritt war selbstverständlich, das Lernen erwünscht. Wir durften zuhören, fragen, diskutieren – und vor allem von echten Hochkarätären unseres Fachs lernen, die dort ein- und ausgingen. Für junge Kolleginnen und Kollegen war das alles andere als selbstverständlich.

Du hast früh verstanden, dass gute Kieferorthopädie nicht im Elfenbeinturm entsteht, sondern im offenen Austausch. Dieses Denken hat Generationen geprägt – mich eingeschlossen.

Lehrer, Mentor, Vorbild

Du warst nie ein Lehrer, der fertige Antworten verteilt hat. Du hast Fragen gestellt. Hast hinterfragt. Hast uns ermutigt, selbst zu denken, Dinge zu prüfen, Neues zuzulassen – ohne das Bewährte leichtfertig über Bord zu werfen. Deine oft zitierten Ratschläge, „das Alte zu bewahren und Überholtes über Bord zu werfen“ oder „machste nix, weißte nix“, waren bei Dir keine Floskeln, sondern gelebte Praxis.

Ich erinnere mich an viele Situationen, in denen ein klinischer Fall plötzlich zu einer grundsätzlichen Diskussion wurde. Und an Gespräche, die mit Kieferorthopädie begannen und bei Lebensweisheiten endeten. Anekdoten gäbe es viele –



Prof. Dr. Rolf Hinz und seine Familie.



jede einzelne steht für Deine Neugier, Deine Klarheit und vor allem Deinen feinen, manchmal sehr trockenen Humor.

Ein Lebenswerk mit Strahlkraft

Was Du in fast sieben Jahrzehnten geschaffen hast, ist beeindruckend: die frühe Einführung der Multiband-Technik, Dein Einsatz für kieferorthopädische Frühbehandlungen („Kieferorthopädie ist Prophylaxe“), die Weiterentwicklung der Mundvorhofplatte, die Elasto-KFO, unzählige Geräte, Systeme, Lehrmittel und Publikationen. Später Dein Engagement für die Schlafmedizin – einschließlich der Kinderschlafmedizin – lange bevor dieses Thema breite Aufmerksamkeit bekam.

Herne wurde durch Dich zu einem Zentrum der Kieferorthopädie. Du wurdest zu einem der bekanntesten Kieferorthopäden Deutschlands, zu einem echten Star der KFO im Ruhrgebiet – ohne je die Bodenhaftung zu verlieren.

Persönlicher Dank

Lieber Rolf, ich verdanke Dir persönlich sehr viel, fachlich, menschlich und in meiner Haltung zum Beruf. Du hast mir gezeigt, dass Kieferorthopädie mehr ist als Technik und Abrechnung: Sie ist Haltung, Verantwortung, Neugier und lebenslanges Lernen.

Herzliche Glückwünsche – und ein Blick nach vorn

Zu Deinem 98. Geburtstag gratulieren wir Dir von Herzen. Mit großem Respekt blicken wir auf Dein Lebenswerk – und mit ehrlicher Freude auf das, was noch kommt. Wir freuen uns auf Deinen 100. Geburtstag, bei dem ich dann die ein oder andere Anekdote erzählen werde.

Dr. Veit Stelte, Mülheim an der Ruhr ■

KLARE WORTE: NINA WARKEN BEI „ÄRZTEIN“ IN DÜSSELDORF

Ein Beitrag von Dr. Agnes Römeth

Nachdem Gesundheitsministerin Nina Warken am 31.10.2025 einen gelungenen Auftritt bei der konstituierenden Kammerversammlung der Bundeszahnärztekammer hatte, stand sie beim Format „ÄrzteIN“ am 17.11.2025 in Düsseldorf der Leiterin der Wirtschaftsredaktion der *Rheinischen Post*, Dr. Antje Höning Rede und Antwort.



Dr. Agnes Römeth, Bundesgesundheitsministerin Nina Warken und Dr. Julia Tiefengraber (v. l. n. r.).

Das Format „ÄrzteIN“ besteht seit 2011 und ist ein Eventformat der Rheinischen Post Mediengruppe. Es richtete sich an Vertreterinnen und Vertreter aus der Ärzteschaft und dem Gesundheitswesen mit dem Gedanken, die Vernetzung zwischen Ärzten, Apothekern und Zahnärzten sowie der Politik zu fördern. Zwei Mal im Jahr wird eine Politikerin oder ein Politiker aus der Landes- oder Bundespolitik eingeladen. In früheren Veranstaltungen waren unter anderem Jens Spahn, Hermann Gröhe, Karl-Josef Laumann oder Karl Lauterbach als Gäste anwesend. Aus Sicht der Kollegenschaft konnte man deutlich erkennen, dass Nina Warken neue Impulse für die Gesundheitspolitik gibt. Sie berichtete über aktuelle Reformvorhaben und stellte sich den Fragen der anwesenden Ärztinnen und Ärzte. Für den Berufsverband der Kieferorthopäden (BDK) bot der Austausch wertvolle Einblicke in politische Prioritäten und strukturelle Herausforderungen.

Bevor Sie sich den inhaltlichen Themen zuwandte, berichtete die neue Ministerin über ihren persönlichen Hintergrund. Sie sei Mutter von drei Kindern und vertrete den Wahlkreis Odenwald – Tauber. Allerdings, so verriet sie humorvoll, sei sie völlig unbegabt im Fechten. Sie betonte ausdrücklich die Bedeutung ihres privaten Netzwerks: Der Vater ihrer Kinder und ihre Mutter seien ihre größte Unterstützung, ohne die ihr Ministeramt nicht möglich wäre.

Frauen in Politik und Beruf gab sie den Tipp, einfach „Ja“ zu sagen und sich neuen Aufgaben zu stellen. Sie erklärte, für wie wichtig sie die politische Teilhabe von Frauen halte, und stellte klar, es gebe noch immer zu wenige Mandatsträgerinnen. Viele Frauen zögerten unnötig. Sie sieht grundsätzlich deutliche Verbesserungen der Rahmenbedingungen für berufstätige Mütter, aber auch weiterhin strukturellen Anpassungsbedarf. Dann wurde es fachlich. Sehr kritisch äußerte sie sich zum Cannabisgesetz: Sie halte das Gesetz für schlecht und ist überzeugt, man hätte es „nicht gebraucht“.

Die Apothekenreform zählt neben der Krankenhausreform zu ihren prioritären Projekten. Apotheken sollen grundsätzlich geschützt werden. Zweigstellen könnten aber in Zukunft auch Apotheken ohne Apotheker sein, wenn ausreichende Fachkompetenz der PTA nachgewiesen werden könne.



Bundesgesundheitsministerin Nina Warken und Dr. Antje Hönig, Rheinische Post (links).

Die Zuzahlung zu Medikamenten könne nach 20 Jahren Preisstabilität angehoben werden. Deutschland sei eines der wenigen Länder, in denen die gesetzliche Krankenkasse Medikamente überhaupt bezahle. Zu Preisen und Lieferengpässen verwies sie auf internationalen Druck, insbesondere aus den USA, und auf komplexe Produktionsketten.

Im Primärarztsystem sah sie große Chancen, aber auch viele offene Detailfragen: Hausärzte dürften nicht zum Flaschenhals werden. Fachärzte wünschen digitale Vorabklärungen. Dabei sei Steuerung notwendig, müsse aber niedrigschwellig für Patienten bleiben.

Bei der Versorgungssicherheit schätzte sie die Nachwuchsprobleme realistisch ein. Besonders eindrücklich sprach sie über die Zukunft der ambulanten Versorgung, da ca. 40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte über 60 seien und zu wenige junge Kolleginnen und Kollegen sich für die Selbstständigkeit entscheiden. Die Bürokratie und die Dokumentationslast machten Niederlassung unattraktiv. Man müsse auch über neue Instrumente diskutieren, die dies ändern könnten, unter anderem Landarztstipendien, eine Landarztquote und mehr Flexibilität in Praxisstrukturen. Ministerin Warken betonte mehrfach: „Wir brauchen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.“

Zu den notwendigen Sparmaßnahmen erklärte sie, dass man auf die Sparvorschläge der Kommission warte, bevor konkrete Entscheidungen getroffen würden. Sie stellte aber konkret infrage, ob die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft tragbar seien. Die Debatte müsse sachlich geführt werden und werde zunehmend relevanter für die langfristige Finanzstabilität. Die politische Situation fasste sie pointiert zusammen: „Egal, wo man hin fasst – Sparziele und Veränderungen treffen überall auf Gegenwehr.“ Das

System sei breit aufgestellt, aber nur begrenzt anpassungsfähig. Reformen erforderten Pragmatismus und Geduld.

Nina Warken präsentierte sich in Düsseldorf als entschlossene, klare und dialogorientierte Gesundheitsministerin. Sie sprach offen über Reformdruck, Versorgungsherausforderungen und politische Konfliktfelder und zeigte gleichzeitig große Wertschätzung für die niedergelassene Fachärzteschaft. Für den BDK ist Warken eine politisch relevante Ansprechpartnerin, die den Austausch sucht und strukturelle Verbesserungen gestalten will.

Im Anschluss an das Interview stand sie für persönliche Fragen zur Verfügung und nahm mit Interesse zur Kenntnis, dass in der Bundeszahnärztekammer von 139 Delegierten 11 Kieferorthopäden sind. ■

ZUR PERSON - NINA WARKEN

Name: Nina Warken

Geboren: 1979 in Bad Mergentheim

Familienstand: verheiratet,

Mutter von drei Kindern

Wahlkreis: Odenwald – Tauber (Baden-Württemberg)

Ausbildung: Juristin

Politische Funktionen:

seit 2013 (mit Unterbrechung) Mitglied des Deutschen Bundestages

bis 2025 Parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

seit 2025 Bundesministerin für Gesundheit
Bundesvorsitzende der Frauen Union

„AGENDA FÜR ARBEIT- NEHMER“? – DÉJÀ-VU BEIM WIRTSCHAFTSRAT

Manchmal genügt ein Blick ins Archiv. Bereits im September 2025 hatte der Wirtschaftsrat der CDU vorgeschlagen, die Zahnmedizin vollständig aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herauszulösen. Schon damals war die Resonanz bemerkenswert einhellig: breite Kritik aus Fachwelt, Politik und Medien. Die Argumente – soziale Schieflage, Gefährdung präventiver Strukturen, ordnungspolitische Verkürzung – sind bekannt. BDK und DGKFO hatten bereits im September in einer gemeinsamen Presseerklärung deutlich gemacht, dass eine solche Ausgliederung einen gesundheitspolitischen Irrweg darstellt. Die zahn- und kieferorthopädische Versorgung

ist integraler Bestandteil einer präventionsorientierten Gesundheitsstrategie. Sie isoliert zu betrachten, greift zu kurz – fiskalisch wie fachlich. Im Januar kam der Vorstoß erneut, diesmal im Kleide einer „Agenda für Arbeitnehmer“. Wer sich die Inhalte dieses Papiers ansieht – reine Arbeitgeberpositionen – denkt unwillkürlich an sprachpolitische Volten im Stile Orwells.

In der Sache bleibt es beim bekannten Muster: Die GKV solle sich auf „existenzielle Risiken“ beschränken; zahnmedizinische Leistungen könnten eigenverantwortlich organisiert werden. Dass die Zahnmedizin innerhalb der GKV gerade durch Prävention, langfristige Planung und vergleichsweise stabile Kostenentwicklung auffällt, wird dabei eher randständig behandelt. Ebenso die Tatsache, dass kieferorthopädische Behandlungen überwiegend Kinder und Jugendliche betreffen – also gerade jene Versichertengruppe, deren sozial ausgewogener Zugang politisch regelmäßig betont wird. Dass Zahn- und Kieferfehlstellungen erhebliche Auswirkungen auf die allgemeine Mundgesundheit und damit auch auf die Folgekosten im Gesundheitswesen haben, hat der Wirtschaftsrat übersehen. Oder wollte der Wirtschaftsrat künftige Krankheitslast und erhebliche Folgekosten bewusst in Kauf nehmen? Das ist gesundheitspolitischer Rückschritt und ökonomisch kontraproduktiv zugleich.

Die Reaktionen ließen nicht lange auf sich warten. Überregionale Medien erinnerten an die bereits im Herbst geäußerten Einwände. Gesundheitspolitiker verschiedener Fraktionen äußerten sich skeptisch bis ablehnend. Reformbedarf bei der GKV-Finanzierung? Unbestritten. Die selektive Herauslösung eines funktionierenden Versorgungsbereichs? Kaum konsensfähig. Die Bundesgesundheitsministerin wies den Vorstoß postwendend zurück: „Die Forderung, Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen, wird nicht umgesetzt.“

So nah können Orwell und Shakespeare beieinander liegen: eine „Agenda für Arbeitnehmer“ oder viel Lärm um nichts. ■



© Pete – stock.adobe.com

Die Pressemitteilung von BDK
und DGKFO ist hier zu finden:



Ihr **All-in-One-Shop**

über 27.000 Artikel
sensationell günstig einkaufen

3M™ Transbond™



3M™ Forsus™



 solventum

3M Health Care ist jetzt Solventum.

jetzt inklusive
über **12.000 Artikel**
für **Praxis** und **Labor**



jetzt bestellen unter

www.orthodepot.de



 **Ortho Depot®**

Valde Miramur – juristische Stolpersteine im Praxisalltag

WENN KRITIK KRANK MACHT

In manchen Situationen überlegen selbst erfahrene Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, ob sie gerade Teil einer sozialexperimentellen Studie geworden sind: Das Mitarbeitergespräch ist ordentlich vorbereitet. Die Kritik: sachlich, berechtigt, nicht einmal besonders scharf. Kein Gebrüll, kein Donnerhall, keine juristischen Kampfbegriffe. Man sitzt sich gegenüber, vielleicht sogar mit Kaffee. Und dann – dramaturgisch perfekt getimt – steht der Mitarbeiter auf. Nicht wütend. Nicht laut. Sondern mit jener existenziellen Schwere, die man sonst nur aus Arztserien kennt. Der Satz fällt langsam, mit Nachdruck: „Dieses Gespräch hat mich krank gemacht.“

Abgang. Tür. Stille. Das nächste Lebenszeichen folgt nicht etwa in Form einer E-Mail oder eines klärenden Anrufs, sondern – klassisch deutsch – per Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Sechs Wochen. Kein Kommentar. Kein Gruß. Nur ein Formular mit Stempel. Valde miramur – man wundert sich sehr.

Die ärztliche Krankschreibung – heiliger als der Praxisstempel

Der erste Impuls ist menschlich: Das kann doch nicht ernst gemeint sein. Der zweite Impuls ist juristisch fatal: Dagegen muss man doch etwas machen können. Kurzfassung: Nein. Meist nicht. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung genießt im Arbeitsrecht einen Beweiswert, der irgendwo zwischen Bundesverdienstkreuz und Naturgesetz liegt. Wer sie angreifen will, braucht mehr als ein ungutes Bauchgefühl und ein gutes Gedächtnis an den Gesprächsverlauf.

Der zeitliche Zusammenhang – Kritik rein, Krankmeldung raus – ist zwar psychologisch interessant, rechtlich aber unerquicklich banal. Allein daraus lässt sich nichts gewinnen. Auch der Umstand, dass das Gespräch angeblich „krank gemacht“ hat, ändert daran wenig. Das Arbeitsrecht kennt keine Diagnose „akute Kritikintoleranz“. Etwas anderes gilt nur in Fällen, in denen sich der Arbeitnehmer ungeschickter verhalten hat: Wenn Krankheit angekündigt wird („Dann bin ich eben krank“), wenn sie als Druckmittel benutzt wird oder wenn sich Atteste widersprechen. Aber auch hier gilt: Der Beweiswert wackelt selten – und fällt noch seltener.

„Während der Krankheit darf man ja nicht kündigen!“

Nun stellt sich natürlich die Frage, ob ein solcher Mitarbeiter im Team zu gebrauchen ist. Meistens wird der Gedanke

gleich verworfen – während der Krankheit darf man ja nicht kündigen, oder? Doch. Darf man. Der Mythos ist erstaunlich langlebig, wird aber nicht wahrer, je öfter er wiederholt wird. Eine Kündigung während einer Krankschreibung ist grundsätzlich zulässig. Krankheit ist kein Kündigungsbannkreis, kein arbeitsrechtlicher Winterschlaf, kein magischer Schutz-mantel. Was allerdings nicht erlaubt ist: die Kündigung wegen der Krankheit. Und genau hier liegt die Sollbruchstelle. Wer kündigt, weil der Mitarbeiter krank ist – oder weil er es wagt, krank zu sein – verstößt gegen das Maßregelungsverbot. Die Justiz reagiert darauf ähnlich humorlos wie auf unbezahlte Sozialversicherungsbeiträge.

Entscheidend ist nicht der Zeitpunkt, sondern das Motiv. Gab es vor der Krankmeldung bereits handfeste Gründe? Dokumentierte Pflichtverletzungen? Nachhaltige Störungen des Vertrauensverhältnisses? Dann kann eine Kündigung auch mitten in der sechswöchigen Funkstille rechtmäßig sein. Und natürlich hat der Vorteile, wer peinlich genau darauf geachtet hat, dass sein Praxisteam weniger als zehn Mitarbeiter (nach Vollzeitstellen) umfasst, wer im personellen Luxus schwelgt, wird sich noch über die Anforderungen des Kündigungsschutzgesetzes Gedanken machen müssen. Wer allerdings aus gekränktem Stolz, eskalierender Fassungslosigkeit oder innerem Racheimpuls handelt, darf sich auf ein arbeitsgerichtliches Lehrstück freuen – inklusive Nebenrollen für Richter, Zeugen und Anwälte. Das Arbeitsrecht ist in solchen Momenten unerquicklich nüchtern. Es interessiert sich nicht für Absurditäten, sondern für Aktenlage.

Fazit

Nein, die Situation ist nicht alltäglich. Sie ist eher etwas für die Kategorie „erzählt man später bei Fortbildungen“. Die Krankschreibung bleibt aber in aller Regel unangreifbar. Der Kündigungsmythos ist Unsinn – aber gefährlicher Unsinn. Oder in der Sprache des Praxisalltags: Man darf kündigen. Man darf sich wundern. Man darf innerlich mit den Augen rollen. Man darf nur nicht kündigen, weil jemand krank ist – selbst wenn die Krankheit auffällig pünktlich zur Kritik erschienen ist. Also bitte: erst denken, dann handeln. ■

VON DER GRÜNDUNGSDIEE BIS HIN ZUR ERFOLGREICHEN PRAXIS

TIPPS UND TRICKS FÜR PRAXISGRÜNDER

Ein Beitrag von Ulrice Krüger und Claudia Trebess, Beraterinnen bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank)

Eine eigene Praxis zu gründen, gehört zu den einschlägigsten Entscheidungen auf dem Berufsweg. Sie eröffnet die Chance, die Patienten nach eigenen Vorstellungen zu betreuen und fachliche sowie unternehmerische Schwerpunkte zu setzen. Gleichzeitig ist die Gründungsphase von vielen strukturellen und finanziellen Herausforderungen geprägt. Wer diesen Weg gehen möchte, sollte sich besonders zur Anfangszeit mit den grundsätzlichen Möglichkeiten und individuellen Präferenzen auseinandersetzen, um erfolgreich in die Selbstständigkeit zu starten.

Aktuelle Marktentwicklungen

Schon seit geraumer Zeit zeigt sich ein deutlicher Trend: Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner entscheiden sich in der Regel für die Übernahme einer bestehenden Praxis anstelle einer kompletten Neugründung. Etwa neun von zehn Existenzgründungen sind Praxisübernahmen. Dieser Weg hat auch viele Vorteile – neben einer vollständigen Infrastruktur spielen auch vorhandenes Personal und Patientenstamm eine entscheidende Rolle. Im Gegenzug nimmt die Zahl der Neugründungen kontinuierlich ab und lag zuletzt bei acht Prozent aller Existenzgründungen, wie eine Studie der apoBank zeigte.

Der Grundstein: Die richtige Praxisform finden

Die meisten Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner entscheiden sich auch für eine Einzelpraxis, aber die Wahl der passenden Praxis beginnt bei der eigenen Motivation. Wer gründen möchte, sollte sich im Vorfeld die Fragen stellen: Wie möchte ich meine Praxis führen, im Team oder allein? Möchte ich die gesamten Prozesse selbst gestalten? Oder brauche ich mehr Austausch vor den unternehmerischen Entscheidungen?

Je nach Antwort kann einerseits die klassische Einzelpraxis eine gute Basis bilden. Wer andererseits von Beginn an die Verantwortungen und Kosten teilen möchte, findet sich

© masterzphotofo – stock.adobe.com



„Besonders im ersten Jahr sollten finanzielle Puffer berücksichtigt werden, da ein stabiler Liquiditätsfluss in der Kostenplanung unverzichtbar ist. Ein Finanzierungsplan für einen Zeitraum von zehn Jahren schafft hier Sicherheit. Er bietet nicht nur eine Übersicht über die Gesamtkosten, sondern sollte ebenfalls aufzeigen, wo in Zukunft Rücklagen gebraucht werden, damit eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt wird.“

in größeren Strukturen, wie der Gemeinschaftspraxis oder MVZ wieder. Die Entscheidung für die passende Praxisform legt den Grundstein für die weitere Planung, denn sie bestimmt, wie die Praxis organisiert wird, welche Investitionen notwendig sind oder wie sich die Zusammenarbeit langfristig entwickeln soll.

Wenn es um Gestaltungsfreiraum und Eigenverantwortung geht, bleibt die klassische Neugründung eine attraktive Niederlassungsform. Besonders zur Anfangszeit bietet sie die Möglichkeit, zentrale Prozesse selbst zu steuern und so die volle Verantwortung für grundlegende Entscheidungen zu übernehmen. Ob es darum geht, die Infrastruktur der Praxis genau zu bestimmen, die eigenen Mitarbeiter auszuwählen oder sich selbst einen Patientenstamm aufzubauen – bei einer Neugründung liegt alles in der Hand der Praxisinhaber. Doch sie ist auch die teuerste Art, sich mit einer kieferorthopädischen Praxis niederzulassen: Laut einer apoBank-Analyse für den Zeitraum 2022 bis 2024 lagen die durchschnittlichen Investitionen für die Neugründung einer Einzelpraxis bei rund 840.000 Euro.

Die Übernahme einer Einzelpraxis ist mit das beliebteste Modell in Deutschland und steht im Vergleich zur Neugründung hoch im Kurs, denn eine bereits etablierte Praxis bietet einige Vorteile. Die Ärzte finden einen festen Patientenstamm vor und haben die Möglichkeit, bestehendes Personal zu übernehmen. Die vorhandene Infrastruktur kann je nach Vorstellung auch ein Vorteil gegenüber der Neugründung sein. Gleichzeitig bleibt immer noch Raum für die individuelle Weiterentwicklung der Praxis. Im Schnitt zahlen Kieferorthopäden gut 370.000 Euro für die Übernahme der Praxis und

weitere 250.000 Euro für die Praxisinvestitionen. Das sind insgesamt rund 620.000 Euro und damit deutlich weniger als bei einer Praxisneugründung. Dabei fallen wesentliche Anteile auf Modernisierung und Umbauten – je nach Präferenzen der Gründer.

Vorausschauend planen

Ein bis drei Jahre – so lange im Voraus sollte sich jeder Zahnarzt Gedanken über Praxiskauf und Finanzierung machen. Dies inkludiert Fragen bezüglich des Standorts und der Größe der Praxis, sowie des fachlichen Schwerpunkts. Die sechststelligen Summen im oberen Bereich erfordern auch eine vorausschauende Finanzierung. Kredite gut zu planen, zahlt sich aus, um die hohen Investitionskosten in der Anfangsphase zu decken und daneben auch Personal- und Betriebskosten sowie private Aufwendungen realistisch abzubilden. Besonders im ersten Jahr sollten finanzielle Puffer berücksichtigt werden, da ein stabiler Liquiditätsfluss in der Kostenplanung unverzichtbar ist. Ein Finanzierungsplan für einen Zeitraum von zehn Jahren schafft hier Sicherheit. Er bietet nicht nur eine Übersicht über die Gesamtkosten, sondern sollte ebenfalls aufzeigen, wo in Zukunft Rücklagen gebraucht werden, damit eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt wird.

Zukunftsorientiert denken

Eine Praxisgründung ist der Beginn eines kontinuierlichen Prozesses, denn die Praxis braucht ständige Weiterentwicklung. Ein Finanzierungsplan sollte auch die ersten möglichen Maßnahmen berücksichtigen, die sich die neue Praxischefin oder der Praxischef wünschen. Das könnte beispielsweise die Digitalisierung verschiedener Praxisbereiche sein. So schaffen eine moderne Online-Website und ein digitaler Terminvergabeplaner die Möglichkeit, neue Kundenstämme zu

erschließen und Abläufe effizient zu gestalten. Auch die digitale Verwaltung der Rezeptvergabe, der Dienstpläne und ein digitales Bestellsystem für Medikamente können das Praxispersonal erheblich entlasten, was in Zeiten des Fachkräftemangels sehr nützlich sein kann.

Eine weitere Chance bietet das Marketing: Mit einer richtigen Marketingstrategie und einem Markenkonzept, das individuell auf die Praxis abgestimmt ist, können Spezialisierungen der Praxis hervorgehoben und die Neuerschließung von Kunden durch einschlägige Mundpropaganda gefördert werden. Das Zusammenwirken von moderner Technologie und gutem Marketing bildet das Fundament moderner und zukunftsorientierter Praxen.

Mit professioneller Beratung Stolperfallen vermeiden

Auf dem Weg zu einer eigenen Praxis kann es durchaus einige Risiken und Stolperfallen geben, die aber mit der richtigen Vorbereitung und den richtigen Partnern minimiert und umgangen werden können. Bereits bei der Suche nach einer passenden Praxis, bei der Standort und Größe eine entschei-

dende Rolle spielen, kann beispielsweise eine Praxisbörse behilflich sein. Ist eine Praxis gefunden, können Berater der apoBank bei der Wertermittlung unterstützen und prüfen, ob die Praxis zu den eigenen individuellen Vorstellungen passt.

Jeder Praxisgründer folgt seinem eigenen Weg und es gibt keine Standardgründung, aber sie ist immer der Beginn eines kontinuierlichen Prozesses, deshalb sollte sie sorgfältig vorbereitet werden. Sie ist die Basis für die Weiterentwicklung, und ein erfolgreicher Start ist der Grundstein für eine erfolgreiche Praxisführung. ■

ANZEIGE

ZERTIFIZIERUNGSKURSE

FÜR EINSTEIGER inkl. WiV V-SL

mit praktischen Übungen am Typodonten

10. – 11. Oktober 2026

 **Paris**
 französisch

30. – 31. Oktober 2026

 **Frankfurt am Main**
 deutsch

13. – 14. November 2026

 **Frankfurt am Main**
international
 englisch



 **ONLINE** inkl. WiV V-SL

Für Kieferorthopädinnen/-en mit Erfahrung
in der Anwendung vollständig
individueller lingualer Apparaturen

27. März 2026

 **ONLINE** Zertifikierungskurs
 englisch

11. September 2026

 **ONLINE** Zertifikierungskurs
 englisch

ANWENDERTREFFEN

4. – 5. Dezember 2026

deutsches und internationales
WIN Anwendertreffen
+ ABO CRE-Score Kurs
für deutsche Hochschulen

 **Frankfurt am Main**  deutsch/englisch

12. Dezember 2026

französisches
WIN Anwendertreffen

 **Paris**  französisch

ALLE KURSE AUCH UNTER



www.lingualsystems-win.de/courses

PRAXISABGABE ODER PRAXISABWICKLUNG?

RECHTZEITIG DENKEN, SORGFÄLTIG HANDELN

In der jüngeren Vergangenheit erreichen den BDK vermehrt Anfragen von Kolleginnen und Kollegen, die sich am Ende ihres Berufslebens mit der Abgabe oder Abwicklung ihrer kieferorthopädischen Praxis befassen, wenn sich auch nach langer Suche keine Nachfolgerin bzw. kein Nachfolger findet. Das ist für die Betroffenen persönlich enttäuschend – und aus Sicht unseres Berufsstandes insgesamt bedauerlich.

Natürlich hängt der Erfolg der Suche nach einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger von verschiedenen Faktoren ab. Ein wichtiger – wenn auch vielleicht mitunter überschätzter – Faktor ist natürlich der Standort. Praxen in Metropolregionen ziehen mehr Interessenten an als Praxen „auf dem platten Land“. Rein wirtschaftlich betrachtet muss aber das „platte Land“ wahrlich kein Standortnachteil sein. Die erhoffte höhere Lebensqualität in der Großstadt muss regelmäßig mit wesentlich mehr Konkurrenz erkauft werden. Ist man allein auf weiter Flur, kann das Berufsleben auch leichter sein. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Zustand der Praxis. Lässt man die Praxis ab dem 55. Lebensjahr langsam auslaufen – „Scanner? Den neumodischen Kram braucht doch niemand. Und die Schränke sind 2002 maßgefertigt worden.“ – macht man den jungen Kolleginnen und Kollegen die Entscheidung, vielleicht doch lieber neu zu gründen, einfach. Das Brautpaar muss für die Hochzeit schön gemacht werden, das gilt auch für die Praxisabgabe.

Gleichzeitig beobachten wir, dass viele jüngere Kolleginnen und Kollegen die Entscheidung für die Selbstständigkeit heute später treffen als frühere Generationen oder sich bewusst für andere Formen der Berufsausübung entscheiden. Die Gründe hierfür sind vielfältig: wirtschaftliche Unsicherheiten, zunehmende regulatorische Anforderungen, der Wunsch nach planbaren Arbeitszeiten oder die vermeintliche Sicherheit einer Anstellung. Diese Entwicklungen sind nachvollziehbar – sie sollten jedoch nicht den Blick darauf verstellen, welche Chancen und Freiheiten die eigene

Praxis nach wie vor bietet. Die selbstständige Tätigkeit ermöglicht nicht nur ein hohes Maß an fachlicher Autonomie, sondern auch die eigenverantwortliche Gestaltung von Praxisorganisation, Behandlungskonzepten und Arbeitsabläufen. Sie erlaubt es, medizinische Qualität, wirtschaftliche Vernunft und persönliche Vorstellungen in Einklang zu bringen. Nicht zuletzt ist die inhabergeführte Praxis ein zentraler Pfeiler der freiberuflichen Kieferorthopädie und damit Ausdruck eines Berufsverständnisses, das auf Eigenverantwortung, persönlicher Leistung und unmittelbarer Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten beruht. Unseren jüngeren Kolleginnen und Kollegen kann man nur empfehlen: Denkt auch über eine Niederlassung in eigener Praxis nach! Es braucht ein wenig Mut, aber wir lassen Euch nicht allein. Ohnehin gibt es viele verschiedene Konstruktionen, wie eine Praxisübernahme gestaltet werden kann: Von der echten Übernahme von einem Tag auf den anderen über wechselseitige Anstellungsmodelle bis hin zur „Übergangs-BAG“, also der gemeinsamen Praxisführung für einen definierten Zeitraum.

Unabhängig davon gilt jedoch: Nicht jede Praxis lässt sich übergeben, und nicht jede Übergabe gelingt. Wo eine Abgabe ausscheidet, rückt die geordnete Praxisabwicklung in den Fokus. Gerade dieser Schritt wird häufig unterschätzt. Rechtliche, wirtschaftliche, abrechnungsbezogene und organisatorische Fragen greifen ineinander, Fristen sind zu beachten, und Entscheidungen lassen sich nicht beliebig aufschieben. Um Kolleginnen und Kollegen hierbei zu unterstützen, stellt der BDK eine kompakte Checkliste zur Praxisabwicklung zur Verfügung, die Sie auf den folgenden Seiten und natürlich auch im internen Bereich der Homepage finden. Sie soll helfen, den Überblick zu behalten, typische Fallstricke zu vermeiden und die notwendigen Schritte strukturiert anzugehen – rechtzeitig, informiert und mit der gebotenen Sorgfalt. Jedenfalls, wenn es nicht anders geht. ■

Praxisabwicklung ohne Nachfolger – Ein Leitfaden für Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden



Stand 10/2025

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Suche nach einem geeigneten Nachfolger für die eigene Praxis ist heute eine große Herausforderung. Trotz intensiver Bemühungen bleibt dieser Wunsch nicht immer erfüllbar. In solchen Fällen ist eine strukturierte und rechtssichere Abwicklung der Praxis unerlässlich. Diese Broschüre soll Ihnen als umfassender Leitfaden dienen, um alle notwendigen Schritte bei der Schließung Ihrer Praxis zu planen und umzusetzen.

1. Praxisräume und Inventar

a) Praxisräume

Ein zentraler Faktor bei der Planung der Praxisaufgabe ist der Mietvertrag. Die Laufzeit und Kündigungsfristen bestimmen maßgeblich den wirtschaftlich sinnvollen Zeitpunkt der Schließung. Mietverträge verursachen nicht nur erhebliche Kosten, sondern weisen häufig auch lange Laufzeiten auf. Die Kündigung von Mietverträgen muss in der Regel schriftlich erfolgen. Ob weitere Anforderungen (z.B. Zugangsfristen, Einschreiben) bestehen, ergibt sich aus dem Mietvertrag.

Wichtig: Die Räumlichkeiten müssen zum Ende des Mietverhältnisses geräumt übergeben werden. Prüfen Sie auch, ob vertragliche Rückbauverpflichtungen bestehen – etwa der Rückbau von Einbauten oder technischen Installationen.

b) Inventar

Das Inventar kann – sofern es noch nutzbar ist – verkauft werden. Hierbei können auch Dentaldepots unterstützend tätig werden. Ist ein Verkauf nicht möglich, kann eine Spende an Hilfsorganisationen sinnvoll sein, um Lager- und Entsorgungskosten zu vermeiden.

Achtung: Bei der Entsorgung von Arzneimitteln, Chemikalien oder ähnlichen Stoffen ist auf eine fachgerechte Entsorgung zu achten. Informieren Sie sich über die jeweils geltenden Vorschriften.

c) Röntengeräte

Für Röntengeräte gelten besondere Regelungen nach dem Elektro- und Elektronikgerätegesetz (ElektroG). Ob eine Entsorgung durch den Praxisinhaber erfolgen muss oder ob eine Rücknahmepflicht des Herstellers besteht, hängt dabei vom Datum des Inverkehrbringens ab:

- Geräte vor dem 13.08.2005 (sog. „historische Altgeräte“): Der Besitzer ist für die ordnungsgemäße Entsorgung verantwortlich.
- Geräte nach dem 13.08.2005: Der Hersteller muss eine zumutbare Rückgabemöglichkeit schaffen und die Geräte zurücknehmen.



2. Personal

Personalkosten stellen einen wesentlichen Teil der laufenden Praxiskosten dar. Eine rechtzeitige Planung der Kündigungen ist daher essenziell. Die gesetzlichen Kündigungsfristen gemäß § 622 BGB richten sich nach der Dauer der Betriebszugehörigkeit:

- 2 Jahre: 1 Monat zum Monatsende
- 5 Jahre: 2 Monate zum Monatsende
- 8 Jahre: 3 Monate zum Monatsende
- 10 Jahre: 4 Monate zum Monatsende
- 12 Jahre: 5 Monate zum Monatsende
- 15 Jahre: 6 Monate zum Monatsende
- 20 Jahre: 7 Monate zum Monatsende

Sowohl die Kündigung als auch die einvernehmliche Auflösung von Arbeitsverhältnisses bedürfen der Schriftform.

Hinweis: Sobald die Schließung bekannt wird, ist damit zu rechnen, dass Mitarbeitende mit kürzeren Kündigungsfristen sich frühzeitig neu orientieren. Dies kann den Praxisbetrieb in der Übergangszeit beeinflussen. Planen Sie daher ein „Ausschleichen“ der Tätigkeit ein – etwa durch den Verzicht auf Neuaufnahmen ab einem bestimmten Zeitpunkt.

3. Behandlungsverträge und Patientendokumentation

a) Beendigung der Behandlungsverträge

Die Behandlungsverträge mit den Patienten müssen rechtzeitig beendet werden. Zwar gibt es keine festen Fristen, jedoch sollte die Information so früh erfolgen, dass Patienten ausreichend Zeit haben, sich eine neue Behandlungspraxis zu suchen.

Empfehlung: Spätestens mit der Quartalsrechnung des vorletzten Quartals – also etwa zwei Monate vor der geplanten Schließung – sollte auf die bevorstehende Aufgabe der Praxis hingewiesen werden.

Tipp: Wenn es gelingt, Kolleginnen oder Kollegen für die Weiterbehandlung zu gewinnen, ist dies für die Patienten besonders hilfreich.

b) Behandlungsdokumentation

Die Pflicht zur Aufbewahrung der Behandlungsunterlagen bleibt auch nach der Praxisschließung bestehen. Die Unterlagen müssen sicher gegen Schäden und unbefugten Zugriff aufbewahrt werden. Eine digitale Archivierung ist zulässig, sofern sie den Datenschutzanforderungen entspricht.

Wichtig: Die Übergabe der Unterlagen an Patienten oder deren Erziehungsberechtigte ist mit Risiken verbunden und sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen – und stets schriftlich dokumentiert werden. Auch bei Übergabe an Dritte (z. B. Nachbehandler) ist eine schriftliche Vereinbarung erforderlich, die das Rückforderungsrecht der Originalunterlagen einschließt.

Hinweis: Ein Zugriff auf die Altkartei durch einen Nachbehandler ist nur mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des Patienten zulässig.



4. Abwicklung sonstiger Verträge

Sobald der Zeitpunkt der Praxisschließung feststeht, müssen alle laufenden Verträge – etwa für Wartung, Leasing, Telefon, Internet oder Versicherungen – fristgerecht und ggf. formgerecht gekündigt werden. Zur Sicherheit empfiehlt sich auch hier die schriftliche Kündigung. Achten Sie auf die Fristen zur Kündigung Ihrer TI. Die SMB-C muss gesperrt und ggf. die TI-Komponenten zurückgesandt werden.

Empfehlung: Legen Sie frühzeitig ein Verzeichnis aller Verträge mit Kündigungsfristen und Laufzeiten an. Manche Verträge haben lange Kündigungsfristen (z. B. 12 Monate zum Jahresende).

5. Nachhaftung und Versicherungsschutz

Da Schadenersatzansprüche auch Jahre nach der Praxisschließung geltend gemacht werden können – in Einzelfällen bis zu 30 Jahre – ist der Abschluss einer Nachhaftungsversicherung dringend zu empfehlen. Prüfen Sie, ob eine solche bereits in Ihrem bestehenden Versicherungsvertrag enthalten ist oder separat abgeschlossen werden muss.

6. Rückgabe der vertragszahnärztlichen Zulassung

Wenn Sie vertragszahnärztlich tätig sind, muss die Zulassung zurückgegeben werden. Die Rückgabe wird zum Ende des auf die Erklärung folgenden Quartals wirksam.

Hinweis: Die Sanktionen bei Nichterfüllung des Versorgungsauftrags (z. B. Entziehung der Zulassung) verlieren mit der Rückgabe an Bedeutung. Auch die Disziplinargewalt der KZV endet mit dem Ende der Zulassung.

Empfehlung: Informieren Sie die Krankenkassen über die Beendigung Ihrer Tätigkeit und übermitteln Sie – wenn möglich – Patientenlisten, um einen reibungslosen Behandlerwechsel zu ermöglichen.

7. Mitteilungen an Behörden u.a.

Der Wechsel in den Ruhestand sollte rechtzeitig bei allen relevanten Stellen angezeigt werden:

- Zahnärztekammer
- Finanzamt
- Weitere Institutionen (z. B. Versicherungen, Vereine)

Haben Sie Ihre Berufstätigkeit aufgegeben, besteht die Möglichkeit, Ihre Mitgliedschaft im BDK als außerordentliche Mitgliedschaft zu einem deutlich abgesenkten Beitrag fortzusetzen. Damit unterstützen Sie den Berufsverband und damit die nächste Generation Kieferorthopäden. Wenn Sie Unterstützung bei einzelnen Schritten benötigen, steht Ihnen der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden gerne beratend zur Seite.

Ihr

BDK-Team



Checkliste zur Praxisabwicklung

Vorbereitungsphase

- Mietvertrag prüfen (Laufzeit, Kündigungsfrist, Rückbauverpflichtungen)
- Kündigungsfristen für Personal prüfen (§ 622 BGB)
- Verträge sichten und Kündigungsfristen feststellen (Wartung, Leasing, Telekommunikation, Versicherungen etc.)
- Beendigungszeitpunkt festlegen

Umsetzungsphase

- Verträge kündigen (zur Sicherheit schriftlich mit Zugangsnachweis)
- Personal informieren (Abwanderungstendenzen beachten)
- Krankenkassen über Praxisaufgabe informieren (ggf. mit Patientenlisten)
- Patienten informieren (spätestens mit vorletzter Quartalsrechnung)
- Behandlungsdokumentation sicher archivieren (digital oder physisch)
- Nachhaftungsversicherung abschließen
- Zulassung zurückgeben (wirksam zum übernächsten Quartalsende)
- Inventar verwerten oder (fachgerecht) entsorgen
- Ruhestand bei Kammer, Finanzamt und Verbänden etc. anzeigen

Die Zukunft der Behandlung jüngerer Patienten mitgestalten



STUFE 1

STUFE 8

STUFE 16

STUFE 24

STUFE 32

Maßgefertigter
3D-Druck für die
individuelle Anatomie
des Patienten

Praktisches
Griffstück
für einfaches
Einsetzen und
Herausnehmen

Die
Gaumenabdeckung
mit individuell
abgestimmter Dicke
für die individuellen
Bedürfnisse der
Patienten

Glatte linguale
Oberfläche
für optimalen
Patientenkomfort

Neu: Das Invisalign® Palatal Expander System

Ein alternativer, klinisch wirksamer¹ Ansatz der skelettalen Expansion
unterstützt durch maßgefertigten 3D-Druck.



align™

➤ Erfahren Sie mehr auf [Invisalign.com](https://www.invisalign.com)

¹ Basierend auf Daten aus einer klinischen US-IDE-Studie (IDE = Investigational Device Exemption) an mehreren Standorten (n = 29 Probanden, Alter 7-10 Jahre) zur Expansionsbehandlung mit Invisalign® Palatal Expandern. Daten bei Align Technology gespeichert; Stand: 30. Oktober 2023

© 2025 Align Technology, Inc. Invisalign, das Starflower Logo sowie weitere Bezeichnungen sind Handels- bzw. Dienstleistungsmarken von Align Technology, Inc. 000172-DE-DE-A

 **invisalign®**
Transforming smiles, changing lives.

RECHTLICHE VORSORGE FÜR DEN SCHICKSALS- SCHLAG

TOD, BERUFSUNFÄHIGKEIT UND SCHEIDUNG ALS RISIKEN IN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN PRAXIS

Ein Beitrag von Dr. Kai Ensenbach, Rechtsanwalt und Notar bei CausaConcilio – Rechtsanwälte und Notare am Standort Kiel.

Der Schritt in die Selbstständigkeit ist für viele Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden der Inbegriff der beruflichen Selbstverwirklichung, ob in der eigenen Praxis, als Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft oder dergleichen. Mit Gründung oder Praxisübernahme ist jedoch nicht nur der medizinische Versorgungsauftrag verbunden, sondern eine Vielzahl neuer vertraglicher Verpflichtungen, begonnen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über die Miete der Praxisräume bis hin zu Lieferanten, Dienstleistern und natürlich etwaigen Mitgesellschaftern der Berufsausübungsgemeinschaft. Dieses Gesamtgefüge reagiert empfindlich auf einschneidende Lebensereignisse, die jedoch – gerade aus der persönlichen Sphäre – jederzeit eintreten können. Dazu zählen nur beispielhaft Krankheit oder gar Tod der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers, Scheidung und Berufsunfähigkeit. Solche Ereignisse können ohne ausreichende rechtliche Vorsorge dieses Gefüge unmittelbar bedrohen und in der Folge dann auch das persönliche wirtschaftliche Fundament.

Todesfall

Der plötzliche Tod der Praxisinhaberin bzw. des Praxisinhabers trifft nicht nur die Familie, sondern auch die Mitarbeitenden, Patienten und Mitgesellschafter. Er stellt eine der größten Belastungsproben für die Strukturen einer Praxis dar.

In einer Gesellschaft, gleich ob dies eine Berufsausübungsgemeinschaft, eine Gemeinschaftspraxis oder eine MVZ-Struktur ist, führt der Tod der Gesellschafterin bzw. des Gesellschafters ohne anderslau-

tende Regelung dazu, dass die Erben in die Gesellschaft eintreten. Diese sind in der Regel weder approbiert noch mit den rechtlichen und wirtschaftlichen Besonderheiten der Praxis vertraut, zudem gegebenenfalls sogar noch untereinander zerstritten. Als Gesellschafter können sie nun allerdings gleichwohl Stimmrechte ausüben und hindern damit regelmäßig in der Phase, in der schnelle und klare Entscheidungen erforderlich wären. Hinzu kommt, dass die vertragszahnärztliche Zulassung nicht vererbt werden kann, sodass die Erben zwar weiterhin am wirtschaftlichen Ergebnis der Praxis beteiligt sind, es aber mangels Tätigkeit in der Praxis an einer wirtschaftlichen Grundlage für die Beteiligung fehlt. Zudem stehen in diesem Fall vertragsarztrechtliche Probleme bevor.

Hier erlauben gesellschaftsrechtliche Regelungen eine Sicherung der Praxis. Insbesondere eine klare Regelung zum Ausscheiden der verstorbenen Gesellschafterin bzw. des verstorbenen Gesellschafters schafft Sicherheit für die Mitgesellschafter. Die Erben erhalten dann einen Abfindungsanspruch nach einer klar definierten Bewertungsmethode, die Streit über den Praxiswert möglichst vermeiden soll.

In einer Einzelpraxis ist die Situation nur auf den ersten Blick einfacher. Verstirbt die Praxisinhaberin bzw. der Praxisinhaber, ist die Praxis zwar faktisch unmittelbar beendet, da die vertragszahnärztliche Zulassung nicht vererbbar ist und damit der medizinische Versorgungsauftrag endet. Einige Vertragsverhältnisse werden durch den Tod allerdings nicht weiter berührt. Hier zeigt sich die über den Tod der Praxisinhaberin bzw. des Praxisinhabers erteilte Vorsorgevollmacht als besonders wichtiges Instrument. Denn die Erben treten zwar die sog. Gesamtrechts-

nachfolge an, übernehmen also ohne jeden Zwischenschritt alle Rechte und Pflichten. Ihnen fehlt es aber tatsächlich am Zugriff. Entweder können sie die Erbfolge mindestens bis zur Eröffnung eines etwaigen Testaments, häufig sogar bis zur Erteilung eines Erbscheins, nicht nachweisen, oder die Erbfolge ist sogar nicht eindeutig. Hier vergehen mindestens Wochen, häufig sogar Monate, handlungsunfähig. Sinnvoll sind hier Regelungen, die auch die Verwertung der Praxis sicherstellen, also ausdrücklich eine Abgabe der Praxis an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger erlauben. Steht die Praxis über mehrere Monate still, hat sich zumindest der immaterielle Wert in der Regel verflüchtigt. Auch über testamentarische Regelungen kann dabei nachgedacht werden.

Krankheit und Berufsunfähigkeit

Uneingeschränkt ebenso und vielleicht sogar noch mehr stellt auch die plötzliche Krankheit, welche der Kieferorthopädin oder dem Kieferorthopäden die Berufsausübung über längere Zeit oder gar dauerhaft unmöglich macht, eine erhebliche Belastungsprobe für die Praxis dar. Ohne klare Vorsorgevollmacht droht auch hier schnell eine faktische Handlungsunfähigkeit, vor allem in der Einzelpraxis. Vertragspartner, KZV und Kammern verlangen eindeutige Vertretungsbefugnisse. Privat erteilte Vollmachten lassen diese häufig nicht genügen. Besonders sensibel sind der Zugriff auf die Praxis-IT und die Patientendaten, die ohne eindeutige Vollmacht auch datenschutzrechtlich problematisch sind. Empfehlenswert ist hier eine eigenständige Praxisvollmacht, die ausschließlich den beruflichen Bereich betrifft und klar definiert, welche Entscheidungen umfasst sind. Die Vertreterin bzw. der Vertreter darf allerdings aufgrund der Vollmacht keine heilberuflichen Leistungen erbringen, sodass, wenn möglich, auch eine zahnärztliche Vertreterin oder ein zahnärztlicher Vertreter benannt werden sollte, der den Praxisbetrieb fachlich absichern und sowohl gegenüber Patienten als auch Mitarbeitern Kontinuität gewährleisten kann.

In der BAG ist zwar der Fortbestand der Praxis durch den oder die Partner gewährleistet, aber auch hier sollte für den Katastrophenfall „Krankheit“ vorgesorgt werden. Im Gesellschaftsvertrag sollten Regelungen zur Vertretung im Krankheitsfall, zur Kostenverteilung für eine externe Vertreterin bzw. einen externen Vertreter und zu den Auswirkungen längerer Krankheit auf die Gewinnverteilung enthalten sein.

Scheidung

Während Tod und Krankheit unmittelbar den Praxisbetrieb betreffen, stellt die Scheidung eine der größten wirtschaftlichen Bedrohungen für die Stabilität der Praxis dar, zumal sie für die Mitgesellschafter zum ungewollten Einblick Dritter in die Interna der Praxis führen kann.

Ohne Ehevertrag leben die Eheleute im Güterstand der Zugewinnsgemeinschaft, dem gesetzlichen Güterstand. Das bedeutet, dass die Praxis oder der Anteil an der Praxis zwar alleiniger Vermögensgegenstand eines Ehepartners bleibt, sowohl in der Ehe als auch nach der Ehe. Allerdings entsteht



**„Gute Vorsorge
verhindert keine Krise.
Gute Vorsorge hält die
Krise beherrschbar.“**

mit Beendigung der Ehe ein Anspruch auf Ausgleich des Zugewinns. Die Ehepartnerin oder der Ehepartner, die oder der während der Ehe dauer einen höheren Zugewinn im eigenen Vermögen erzielt hat, muss die Differenz des höheren Zugewinns zur Hälfte ausgleichen. Dieser Ausgleich ist in Geld zu erfüllen und in voller Höhe sofort mit Ehescheidung fällig. Dies kann schnell erhebliche Liquiditätsprobleme verursachen, die die betroffene Person im Einzelfall so stark in finanzielle Bedrängnis bringen kann, dass diese einen Verkauf und damit ihr Ausscheiden erwägen könnte.

Des Weiteren muss für den Zugewinnausgleich der Praxiswert als Anfangsvermögen und als Endvermögen der Ehegattin oder des Ehegatten bewertet werden. Hier gelangen plötzlich Interna nach außen, ohne dass Mitgesellschafter darauf Einfluss hätten. Gesellschaftsvertragliche Regelungen gestalten sich in der Regel schwierig, da man eine Partnerin oder einen Partner nicht „nur wegen der Scheidung“ verlieren will. Durchaus üblich ist beispielsweise die Vereinbarung, dass verheiratete Partnerinnen und Partner Eheverträge schließen müssen, aufgrund derer die Praxis in etwaige Streitigkeiten nicht einbezogen wird.

Der Ehevertrag ist kein Ausdruck von Misstrauen, sondern ein Instrument rationaler Risikosteuerung. Regelungsmöglichkeiten erstrecken sich hier vom Güterstand der Gütertrennung über die modifizierte Zugewinnsgemeinschaft, indem die Praxis von der Berechnung des Zugewinns ausgenommen wird, über die Bewertungsmethode bis zumindest hin zu Zahlungsmodalitäten.

Fazit

Tod, Krankheit und Scheidung sind keine theoretischen Risiken, sondern reale Einschnitte, die jede Praxis treffen können. Wer sich mit diesen Szenarien frühzeitig auseinandersetzt, schützt nicht nur das eigene Lebenswerk, sondern auch Familie, Mitgesellschafter und Mitarbeiter. Gute Vorsorge drückt sich hier in den Instrumenten des Gesellschaftsvertrages, der Vorsorgevollmacht, eines Testaments und ggf. eines Ehevertrages aus. Gute Vorsorge verhindert keine Krise. Gute Vorsorge hält die Krise beherrschbar. ■

MECHANISMEN DER MIGRATION ORTHO- DONTISCHER MINI- IMPLANTATE

Eine Zusammenfassung der Arbeit „Micro finite element analysis of continuously loaded mini-implants – a micro-CT study in the rat tail model“¹ von Dr. Robert Kerberger, Priv.-Doz. Giulia Brunello, PhD, und Prof. Dr. Kathrin Becker.

1. Hintergrund und Zielsetzung

Orthodontische Miniimplantate (OMI) haben sich als zuverlässige Form der skelettalen Verankerung etabliert. Sie erweitern das Behandlungsspektrum und ermöglichen zahlreiche therapeutische Konzepte, unabhängig von der Patientenadhärenz. Lange Zeit wurde angenommen, dass OMI unter orthodontischer Belastung stationär stabil bleiben. In den letzten Jahren zeigten jedoch sowohl klinische als auch präklinische Studien, dass kontinuierliche Kräfte zu einer geringen, aber messbaren Migration von Miniimplantaten im Knochen führen können.^{2,3} Dieses Phänomen widerspricht auf den ersten Blick klassischen Konzepten der Knochenbiologie wie dem Wolffschen Gesetz oder der Mechanostat-Theorie, nach denen mechanische Belastung primär Knochenaufbau induzieren sollte.^{4,5} Die zugrunde liegenden biologischen und biomechanischen Mechanismen der Implantatmigration sind bislang nicht vollständig geklärt. Insbesondere ist unklar, wie lokale mechanische Spannungen im periimplantären Knochen mit zeitlich veränderlichen Remodellingprozessen interagieren. Vor diesem Hintergrund verfolgte die vorliegende Studie die folgenden Ziele:

1. die lokalen Spannungen im Knochen um kontinuierlich belastete OMI mithilfe einer Mikro-Finite-Element-Analyse (Mikro-FEA) zu quantifizieren und
2. den Zusammenhang zwischen diesen Spannungen und dem lokalen Knochenremodelling longitudinal zu analysieren, um die Mechanismen der Implantatmigration besser zu verstehen.

Die zentrale Hypothese der Autoren war, dass die frühe Implantatmigration weniger einer physiologischen, adaptiven Knochenantwort auf mechanische Belastung entspricht,

sondern vielmehr einem heilungs- und traumabedingten Remodellingprozess nach chirurgischer Implantation unter zusätzlicher Dauerbelastung ähnelt.

2. Studiendesign und Methodik

2.1 Tiermodell und Versuchsaufbau

Die Studie führte zusätzliche Auswertungen von mikro-CT und Finite-Elemente-Analysen an Daten aus einem Tierversuchsprojekt durch.² Die Untersuchungen wurden an 61 adulten weiblichen Wistar-Ratten durchgeführt. In jede Ratte wurden zwei individuell gefertigte Titan-Miniimplantate (Ti-6Al-4V) in einen einzelnen Schwanzwirbel inseriert. Die Implantate wurden mittels einer Nickel-Titan-Kontraktionsfeder miteinander verbunden und unmittelbar nach Insertion kontinuierlich belastet. Die Tiere wurden randomisiert vier Belastungsgruppen zugeordnet:

- 0 N (Kontrollgruppe, keine Belastung)
- 0,5 N (niedrige Belastung)
- 1,0 N (mittlere Belastung)
- 1,5 N (hohe Belastung)

Die Kraftniveaus wurden an das Tiermodell angepasst und entsprechen – skaliert – klinisch relevanten Belastungen orthodontischer Miniimplantate beim Menschen.

2.2 Bildgebung und Bildverarbeitung

Alle Tiere wurden mittels In-vivo-mikro-CT unmittelbar postoperativ sowie nach ein und zwei Wochen gescannt. Ein Teil der Tiere wurde zusätzlich nach vier, sechs und acht Wochen untersucht. Die Auflösung betrug 15,6 µm isotrope Voxelkantenlänge. Um die für Metallimplantate typischen Artefakte zu minimieren, wurde ein zuvor validiertes Korrekturverfahren

für periimplantäre Grauwerte angewendet.⁶ Die Implantate wurden entlang ihrer Längsachse ausgerichtet, und die Feder wurde aus den Datensätzen entfernt, um die Analyse der periimplantären Knochenstrukturen zu ermöglichen.

2.3 Definition periimplantärer Volumina

Analog zu etablierten Konzepten aus der Implantatprothetik wurden neun periimplantäre Volumes of Interest (VOI) definiert, unterteilt in:

- proximal, lateral und distal,
- jeweils in top, middle und bottom.

Diese VOI erstreckten sich bis maximal 1 mm vom Implantat entfernt und deckten sowohl kortikale als auch trabekuläre Knochenanteile ab (Abb. 1).

2.4 Mikro-Finite-Element-Analyse

Auf Basis der Mikro-CT-Daten wurden lineare elastische Mikro-FEA-Modelle erstellt. Der Knochen wurde als isotropes Material mit einem Elastizitätsmodul von 10 GPa modelliert, das Titanimplantat mit 105 GPa.⁸ Die mechanische Belastung wurde entsprechend der jeweiligen Gruppe am Implantatkopf simuliert. Besonderes Augenmerk lag auf der realistischen Modellierung der frühen Heilungsphase: Da initial keine vollständige funktionelle Knochen-Implantat-Verbindung angenommen werden kann, wurden Kontaktbereiche entfernt, in denen Zugspannungen aufgetreten wären. Als primärer Parameter wurden mittlere und maximale Von-Mises-Spannungen innerhalb der einzelnen VOI berechnet.

2.5 Analyse des Knochenremodellings

Das Knochenremodelling wurde longitudinal durch den Vergleich aufeinanderfolgender Mikro-CT-Scans analysiert. Nach präziser 3D-Registrierung wurden Knochenverlust (nur im Ausgangsscan vorhandener Knochen) und Knochenneubildung (nur im Folgescan vorhandener Knochen) quantifiziert. Veränderungen wurden sowohl absolut als auch relativ zur Ausgangsknochenmenge berechnet.

2.6 Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte mittels linearer gemischter Modelle, wobei Belastung und Zeit als fixe Effekte und das Tier als Zufallseffekt berücksichtigt wurden. Signifikanztests erfolgten über Likelihood-Ratio-Tests, gefolgt von Tukey-Post-hoc-Tests bei Bedarf.

3. Ergebnisse

3.1 Lokale Spannungsverteilung

Die Mikro-FEA zeigte, dass die höchsten mechanischen Spannungen konsistent im proximalen oberen VOI, also im Bereich des Implantathalses in Belastungsrichtung, auftraten (Abb. 2). Weitere Spannungsmaxima fanden sich in lateralen mittleren und distalen unteren Regionen. Unabhängig von der VOI-Lokalisation zeigte sich ein einheitliches zeitliches Muster:

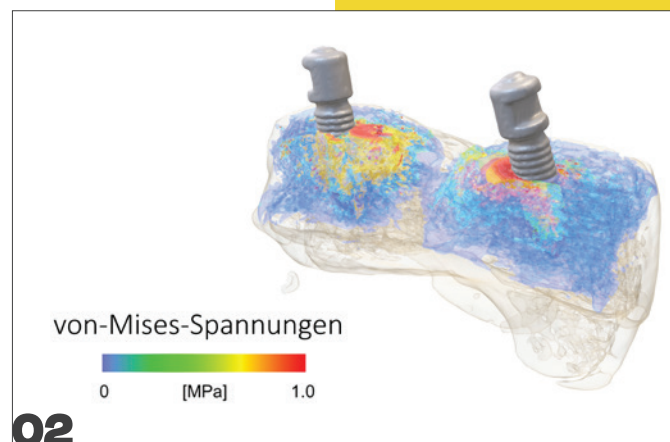
- Die Spannungen nahmen in den ersten zwei Wochen zu,
- erreichten ihr Maximum um Woche 2
- und nahmen anschließend wieder ab.

Die höchsten Spannungen wurden erwartungsgemäß in der 1,5-N-Gruppe beobachtet. Die absoluten Spannungswerte lagen überwiegend unter 30 MPa, was deutlich unterhalb klassischer Frakturschwellen für Knochen liegt.



01

Abb. 1: Darstellung der neun periimplantären Volumes of Interest (VOI).



02

Abb. 2: Repräsentatives Mikro-FEA-Modell. Spannungen sind farblich gekennzeichnet.

3.2 Knochenremodelling

Der Knochenumbau folgte einem klaren zeitabhängigen Muster:

- In allen Gruppen wurde initialer Knochenverlust innerhalb der ersten zwei Wochen beobachtet,
- anschließend kam es zu einer Netto-Knochenzunahme bis Woche 8, besonders ausgeprägt in den höher belasteten Gruppen.

Dieses biphasische Muster – frühe Resorption, gefolgt von Konsolidierung – zeigte sich in nahezu allen VOI, wobei Ausmaß und Dynamik je nach Region variierten (Abb. 3). Die Zeit war der dominanteste Einflussfaktor, während der Effekt der Kraft regional unterschiedlich ausgeprägt war.

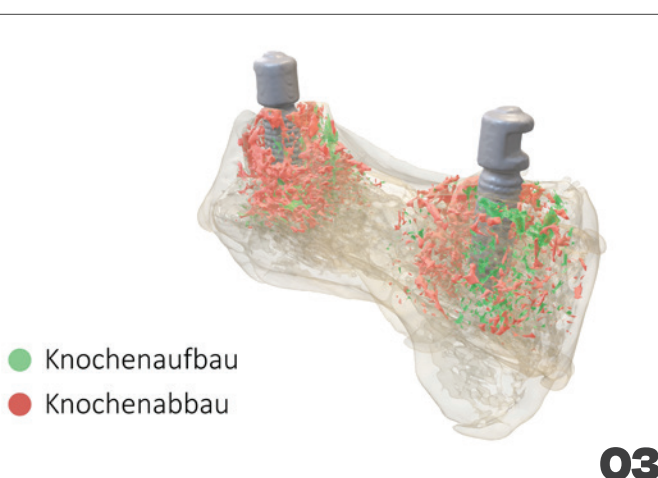


Abb. 3: Lokaler Knochenumbau um zwei kontinuierlich belastete Mini-implantate.

3.3 Zusammenhang zwischen Spannung und Remodelling

Die Analyse der Spannungsverteilungen in Bereichen mit Knochenverlust bzw. Knochenneubildung zeigte, dass:

- frühe hohe Spannungen überwiegend mit Knochenresorption assoziiert waren,
- spätere Phasen niedrigerer Spannungen mit Knochenaufbau korrelierten.

Dies unterstützt die Annahme, dass die frühe Implantatmigration durch eine Kombination aus chirurgischem Trauma und kontinuierlicher Belastung begünstigt wird, während spätere Knochenneubildung zur Stabilisierung beiträgt.

4. Diskussion und klinische Einordnung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Reaktion des periimplantären Knochens auf unmittelbare Dauerbelastung nicht primär den Regeln der klassischen mechanoadaptiven Knochenremodellierung folgt. Vielmehr ähnelt das beobachtete Ver-

halten einem traumabezogenen Heilungsprozess, bei dem initiale Resorption – möglicherweise ausgelöst durch Mikrotraumata, lokale Ischämie und Osteozytenapoptose – dominiert, wie es in früheren experimentellen Arbeiten beschrieben wurde.⁹⁻¹³ Diese Ergebnisse sind auch kongruent mit früheren histologischen Beobachtungen der Arbeitsgruppe, die eine ausgeprägte inflammatorische Phase bei den belasteten Implantaten in der frühen Heilungsphase zeigten.¹⁴

Die später einsetzende Knochenneubildung kann als Konsolidierungsphase interpretiert werden, die die weitere Implantatmigration begrenzt. Diese zeitliche Dynamik erklärt auch, warum die Migrationsgeschwindigkeit der OMI im Verlauf abnimmt, wie in früheren Arbeiten der Autorengruppe gezeigt wurde.² Für die klinische Praxis bedeutet dies:

- Eine gewisse frühe Migration von Miniimplantaten unter kontinuierlicher Belastung ist biologisch erklärbar und nicht zwangsläufig ein Zeichen von Implantatversagen,
- hohe initiale Kräfte können die frühe Migration verstärken,
- nach abgeschlossener Osseointegration ist eine relevante Migration wahrscheinlich nicht mehr möglich.

5. Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass kontinuierlich und sofort belastete orthodontische Miniimplantate eine zeitabhängige Kombination aus frühem Knochenabbau und späterer Knochenkonsolidierung induzieren. Die höchsten lokalen Spannungen treten früh auf und korrelieren mit initialer Resorption und Implantatmigration. In der Folge überwiegt der Knochenaufbau, was die Stabilisierung des Implantats begünstigt.

Diese Ergebnisse liefern ein biomechanisches und biologisches Erklärungsmodell für die klinisch beobachtete Implantatmigration und unterstreichen die Bedeutung der frühen Heilungsphase nach Implantatinserterion unter Belastung. Ob es auch bei verzögerter Belastung zu einer Implantatmigration kommen kann, ist wissenschaftlich noch nicht erforscht. ■

KONTAKT

Prof. Dr. Kathrin Becker

Charité – Universitätsmedizin Berlin
+49 30 450562-522

Dr. Robert Kerberger

Charité – Universitätsmedizin Berlin
+49 30 450562-575

Literatur



Priv.-Doz. Giulia Brunello

Universitätsklinikum Düsseldorf
Charité – Universitätsmedizin Berlin
+49 30 450562-522

Die weltweit größte jährliche wissenschaftliche Zahnärztekongferenz und -ausstellung

AEEDC DUBAI

Ein Beitrag von Dr. Agnes Römeth.

Zwischen dem 19. und 21. Januar 2026 traf sich die internationale Dentalwelt in Dubai zur AEEDC. Die jährlich stattfindende Fachkonferenz mit begleitender Ausstellung hat sich über drei Jahrzehnte hinweg als größte wissenschaftliche Veranstaltung ihrer Art etabliert.

Ortho by AEEDC – schillernde Veranstaltung in der besonderen Atmosphäre des Orients

Neben dem allgemein zahnärztlichen und chirurgischen Programm bot „Ortho by AEEDC“ am 19. und 20. Januar 2026 ein eigenständiges, international ausgerichtetes Programm für die Kieferorthopädie. An zwei Kongresstagen standen moderne Behandlungskonzepte im Mittelpunkt, von CAD/CAM-gestützten Workflows über Aligner-Therapien bis hin zu komplexen Erwachsenenfällen sowie Therapiekonzepten bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Nichtanlagen.

Das Programm wurde von zahlreichen renommierten internationalen Referenten geprägt. Unter anderem waren Dr. Vittorio Cacciafesta aus Italien, Dr. Gabriel Dolci aus Brasilien, Dr. Rana El Ghatam aus Bahrain und Dr. Jing Feng aus China angereist. Für die Vereinigten Arabischen Emirate waren Dr. Nameer Al-Taai und Prof. Mohammed Al-Shalabi als Chairmen verschiedener Sessions auf der Bühne. Deutschland war vertreten durch die Hochschullehrer Prof. Dr. Bernd Lapatki aus Ulm und Prof. Dr. Benedict Wilmes aus Düsseldorf. Dr. Rana El Ghatam beeindruckte mit Fällen zur Behandlung schwerer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Gesichtsdeformationen und zog daraus das positive Fazit: „Orthodontics can change smiles, craniofacial orthodontics can transform lives.“ Dr. Jing Feng präsentierte mehrere Patientenbeispiele von Aligner-Behandlungen aus einer chinesischen Hochschule. Dr. Vittorio Cacciafesta aus Mailand referierte über komplexe Erwachsenenfälle und zeigte Ergebnisse linguale Behandlungen sowie seine persönliche Anwendung von TADs. Prof. Bernd Lapatki widmete sich dem Thema Nichtanlagen und den passenden kieferorthopädischen Lösungen mit oder ohne Lückenschluss. Prof. Dr. Benedict Wilmes hielt unter anderem einen Vortrag über die von ihm



Stephan Förster (Forestadent), Dr. Agnes Römeth und Dr. Vittorio Cacciafesta (v.l.n.r.).



entwickelte Behandlungsmethode mit implantatgestützten, gefrästen Geräten, insbesondere Slidern, die er selbst digital designt und anschließend in verschiedenen Laboren fertigen lässt.

Auch die Posterausstellung zeigte Beiträge aus Deutschland: Aus der Klinik für zahnärztliche Prothetik der Universität Marburg präsentierte Dr. Matthias Karl gemeinsam mit Dr. Mohamad Zahalka von der Firma Alpha Gate Forschungsergebnisse unter dem Titel „Effect of a Unique Implant Macro-Design on Reducing post-surgical Bone Loss“.

Neben dem wissenschaftlichen Programm beeindruckte die große Dentalausstellung mit internationalen Herstellern und Händlern. Aus Deutschland waren unter anderem das Familienunternehmen FORESTADENT aus Pforzheim, deren Firmeninhaber Stephan Förster persönlich internationale Kundschaft betreute, sowie Hammacher Dental aus Solingen vertreten. Letztere präsentierten hochwertige Instrumente und Zangen, die seit mehr als 100 Jahren in Deutschland produziert werden. Universitäten und Kongressanbieter aus aller Welt nutzten die Ausstellung, um für Postgraduate-Programme, Fortbildungen und kommende Kongresse wie das Greater New York Dental Meeting oder den CADEX-Kongress in Almaty, Kasachstan, zu werben.

Der AEEDC-Kongress in Dubai bietet eine wertvolle Gelegenheit für den internationalen fachlichen Austausch und den direkten Dialog zwischen Referenten, Praktikern und Wissenschaftlern aus aller Welt. Doch angesichts der aktuellen Ereignisse in der Golfregion ist derzeit ungewiss, ob und wann der nächste AEEDC-Kongress in gewohnter Form stattfinden kann. Unser Mitgefühl gilt allen Kolleginnen und Kollegen sowie den Menschen vor Ort, die von der gegenwärtigen Situation betroffen sind. ■

DGLO 2026: WISSEN. EXZELLENZ. FREUDE.

Ein Beitrag von Dr. Claudia Obijou-Kohlhas.

Am 30. und 31. Januar 2026 fand im Hotel KÖ59 in Düsseldorf die 19. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie (DGLO) statt. Unter dem Motto „Wissen. Exzellenz. Freude.“ hatte der Tagungspräsident Dr. Sinan Hamadeh zu einem spannenden und abwechslungsreichen Programm eingeladen. Insgesamt kamen 170 Teilnehmende aus den verschiedensten Ländern angereist, um sich über die Weiterentwicklungen in der Lingualtechnik zu informieren und mit Fachkollegen auszutauschen. Parallel zu den Vorträgen präsentierten zehn Dentalaussteller zwei Tage lang zum Anfassen nah ihre besten Produkte.

Das absolute Highlight am ersten Kongresstag war der von Prof. Dr. Dr. Dirk Wiechmann präsentierte Vorkongresskurs zum Thema „Finishing in der Lingualtechnik.“ Der von der EOS zum „Distinguished teacher of the year“ gekürte Referent überzeugte durch Tipps zur Anwendung der richtigen Torque-Bögen in der Finishingphase der VILA-Apparatur (vollständig individualisierte linguale Apparatur) und gab viele weitere hervorragende Hinweise für ein stabiles und erfolgreiches Behandlungsergebnis.

Parallel zum Vorkongresskurs fand wie jedes Jahr ein praxisorientierter Ganztageskurs für die Zahnmedizinischen Fachangestellten statt. Vom 3D-Scan über die digitale Fotografie bis zum Typodontkurs von Dr. Volker Breidenbach bekamen die 25 Teilnehmenden ein perfektes Input für die Assistenz in der lingualen Kieferorthopädie.

Mit großer Begeisterung begrüßten die Kongressteilnehmenden die Übergabe der Urkunde zum Ehrenmitglied der DGLO an Prof. em. Dr. Rainer Schwestka-Polly durch die erste Vorsitzende der Fachgesellschaft Frau Dr. Martina Bräutigam. Als langjähriges DGLO-Mitglied und Leiter des Masterstudiengangs für Linguale Kieferorthopädie an der Medizinischen Hochschule Hannover erhielt er vom Publikum Standing Ovations.



Abb. 1: Die DGLO 2026 bot auf Einladung von Tagungspräsident Dr. Sinan Hamadeh ein vielfältiges Programm.



Abb. 2: Ein Highlight war der von Prof. Dr. Dr. Dirk Wiechmann geleitete Vorkongresskurs.

Erfreulicherweise wurden drei Mitglieder der DGLO im Rahmen der Zertifizierungen durch ihre eingereichten Fälle geehrt.

Die auf die Lingualtechnik spezialisierten Hochschulen Münster (Leiterin Frau Prof. Dr. Ariane Hohoff), Aachen (Herr Prof. Dr. Michael Wolf), Jena/Düsseldorf (Herr Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs) glänzten mit wissenschaftlich fundierten Vorträgen zum Thema Lingualtechnik. Besonders hervorzuheben sind die jungen Nachwuchswissenschaftler Dr. Franziska Lang aus Aachen und der mehrfach preisgekrönte Münsteraner Oberarzt Dr. Jonas Schmid, die vorbildlich die Zukunft der Lingualtechnik repräsentierten.

Einen Blick über den Tellerrand gab es mit dem herausragenden Keynote-Speaker Rangar Yogeshwar, der uns auf eine Reise in die durch globale Transformation massiv veränderte Welt unserer Enkelkinder mitnahm.

Neu war, dass der Preis für den besten Vortrag in Praxis und Hochschule unterteilt wurde. Für seinen fantastischen klinischen Vortrag erhielt Dr. Christian Thaller den Praxispreis und für seinen hervorragenden wissenschaftlichen Vortrag bekam Dr. Jonas Schmid den Hochschulpreis (jeweils 500 Euro).

Die nächste DGLO-Tagung wird am 26. bis 27. Februar 2027 unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Michael Wolf und Prof. Collin Jacobs ebenfalls in Düsseldorf stattfinden. Save the Date und freuen Sie sich auf ein tolles wissenschaftliches Programm! ■

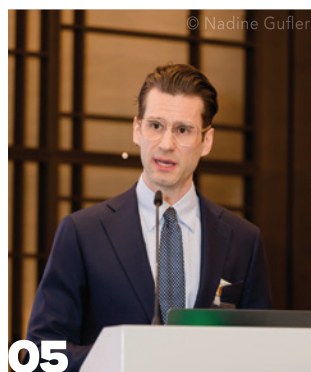
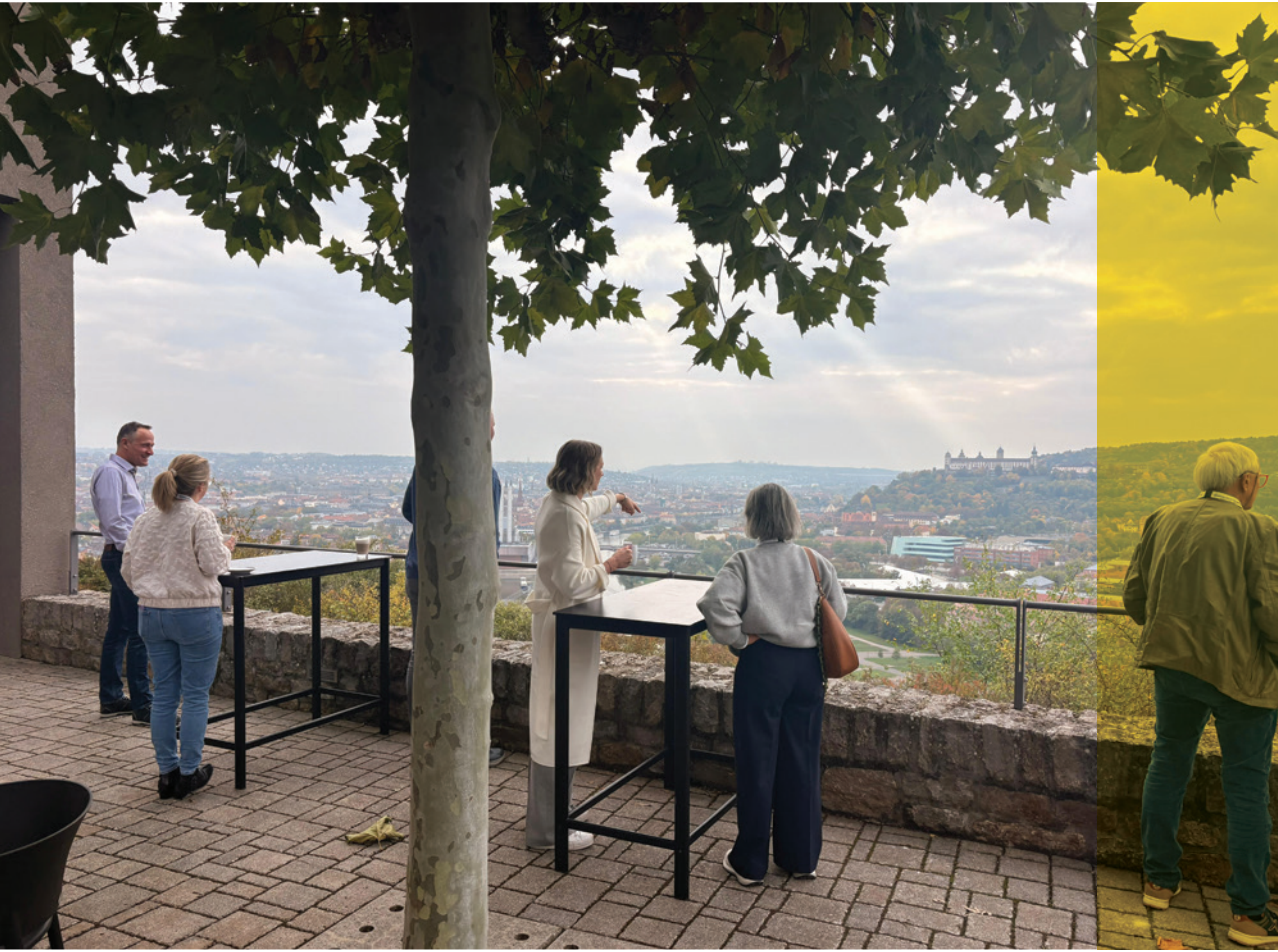


Abb. 3: Keynote-Speaker Rangar Yogeshwar. – **Abb. 4:** Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs. – **Abb. 5:** Dr. Jonas Schmid. – **Abb. 6:** Prof. Dr. Michael Wolf. – **Abb. 7:** Applaus für Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly, Ehrenmitglied der DGLO. – **Abb. 8:** Die wissenschaftlich fundierten Vorträge stießen bei den Teilnehmenden auf großes Interesse. – **Abb. 9:** Dr. Martina Bräutigam (erste Vorsitzende), Dr. Sinan Hamadeh (Schatzmeister), Dr. Volker Breidenbach (zweiter Vorsitzender) und Dr. Christian Thaller (Schriftwart) (v. l. n. r.). – **Abb. 10:** Prof. Dr. Thomas Stamm, Prof. Dr. Ariane Hohoff und Dr. Peter Kohlhas (v. l. n. r.). – **Abb. 11:** Dr. Julia Tiefengraber, Dr. Nathalie Thelen-Sattler und Dr. Ines Graf (v. l. n. r.). – **Abb. 12:** Dr. Claudia Obijou-Kohlhas und Dr. Peter Kohlhas (Past-Präsident der DGLO) mit Dr. Harim Kim, die für die Tagung aus Südkorea angereist war.





PFÄ ERWACHSENEN- SYMPOSIUM WÜRZBURG

NEUE ERWACHSENENKIEFERORTHOPÄDIE AUF DEM PRÜFSTAND

Ein Nachbericht von Lara Brune.

Bereits im Oktober des vergangenen Jahres fand das diesjährige Symposium zur Erwachsenenkieferorthopädie im Schlosshotel Steinburg in Würzburg statt. Die Veranstaltung wurde durch den Vorsitzenden des Berufsverbands der Deutschen Kieferorthopäden (BDK), Dr. Hans-Jürgen Köning, eröffnet. In seiner Einlei-

tung sprach er Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty seinen Dank für die wissenschaftliche Leitung des Symposiums sowie der Geschäftsstelle des BDK für die organisatorische Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung aus. Im Anschluss leitete Prof. Meyer-Marcotty thematisch in das Symposium über und stellte die Frage, ob kieferorthopädische



Abb. 1a: Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty.

Behandlungen im Erwachsenenalter andere diagnostische und therapeutische Ansätze erfordern als bei Kindern und Jugendlichen. Er bekräftigte, dass dies zutrefte, und hob die Bedeutung des fachlichen Austauschs und der interdisziplinären Diskussion im Rahmen der diesjährigen, klein gehaltenen Teilnehmergruppe hervor. Zudem unterstrich er die Besonderheit des Formats, welches vollständig ohne Sponsorengelder realisiert wurde.

Priv.-Doz. Dr. Felix Kunz präsentierte den ersten Vortrag des Symposiums zum Thema: „Einfluss der Schneidezahnstellung auf das Operationsausmaß bei kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlungen“. Im Zentrum stand die Bedeutung der prächirurgischen dentalen Dekompensation für die Effektivität skelettaler Verlagerungen im Rahmen orthognathor Operationen. Zu Beginn erläuterte Dr. Kunz die dentale Dekompensation bei Klasse II- und Klasse III-Anomalien. Bei Klasse II wiesen laut Potts et al. 2009 zu Therapiebeginn 53 Prozent der Patient/-innen einen Labialstand der Oberkieferfront auf, der in 89 Prozent der Fälle durch Retrusion korrigiert wurde. Ein Steilstand lag bei 47 Prozent vor, wobei 75 Prozent im Verlauf eine Protrusion zeigten. Im Unterkiefer standen 58 Prozent der Frontzähne labial; 42 Prozent wurden retrudiert, 58 Prozent protrudiert. Steil stehende UK-Frontzähne (42 Prozent) wurden in 93 Prozent der Fälle protrudiert. Potts et al. (2009) konnten zeigen,



dass bei unzureichender Dekompensation die skelettale Verlagerung durchschnittlich nur etwa zur Hälfte des idealen Ausmaßes durchgeführt werden kann. Bei Klasse III zeigten sich entsprechend Troy et al. 2009 zu Behandlungsbeginn bei 79 Prozent labial stehende OK-Frontzähne; 46 Prozent wurden retrudiert, 54 Prozent weiter protrudiert. Ein Steilstand (21 Prozent) wurde in 86 Prozent der Fälle protrudiert. Die UK-Front zeigte bei 12 Prozent einen Labialstand, der zur Hälfte retrudiert wurde. Ein Steilstand lag bei 88 Prozent vor, wobei 90 Prozent protrudiert wurden. Dr. Kunz betonte, dass eine vollständige dentale Dekompensation Voraussetzung für eine ideale skelettale Korrektur sei. Besonders ein Labialstand der UK-Front in Klasse II und der OK-Front in Klasse III maskiere die eigentliche Skelettfehlstellung. Gezielte Extraktionen, insbesondere der OK-4er, könnten hier einen signifikanten Beitrag leisten. Ein weiterer Schwerpunkt war die Bedeutung eines ausreichenden Operationsausmaßes für funktionelle und ästhetische Ergebnisse. Größere skelettale Verlagerungen zeigten nach Zaghi et al. 2016, die bei Klasse II-Patient/-innen eine durchschnittliche maxilläre Vorverlagerung um 9 mm und eine mandibuläre um 10,2 mm untersuchten, deutliche Verbesserungen des Apnoe-Hypopnoe-Indexes, der Sauerstoffsättigung und der Tagesmüdigkeit (Epworth Sleepiness Scale). Auch die ästhetische Wahrnehmung profitiert erheblich. Studien wie die Eyetracking-Untersuchung von Prof. Meyer-Marcotty et al. (2010) zeigen, dass Patient/-innen mit Klasse III-Anomalien signifikant negativer hinsichtlich Attraktivität bewertet werden. Dr. Kunz verwies auf das Basler Gesichtsmodell, welches mittels 3D-Scans statistische Durchschnittsgesichter generiert und den höchsten Attraktivitätswert für ein gerades oder leicht retrusives Mittelgesicht beschreibt (A. M. Schwarz). Zur Lebensqualität berichtete er über Yi et al. 2019, die eine signifikant eingeschränkte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität zu Behandlungsbeginn feststellten. Während der prächirurgischen Dekompensation könne sich diese zunächst verschlechtern, im Gesamtverlauf jedoch deutlich verbessern. Dr. Kunz the-



Notwendigkeit einer patientenzentrierten Abwägung zwischen minimal-invasivem Vorgehen und umfassender funktionell-ästhetischer Korrektur. Eine frühzeitige interdisziplinäre Kooperation und realistische Indikationsstellung seien essenziell für stabile und ästhetisch überzeugende Behandlungsergebnisse.

Nach einer kurzen Kaffeepause folgte der Vortrag von Dr. Horst Kares zum „Stellenwert der zahnärztlichen Schlafmedizin in der Kieferorthopädie“. Die zahnärztliche Schlafmedizin (ZSM) gewinnt in der Kieferorthopädie zunehmend an Bedeutung und befasst sich im interdisziplinären Verbund zwischen Zahnarzt/-innen, Kieferorthopäde/-innen, HNO-Ärzt/-innen und Schlafmediziner/-innen mit Prävention, Diagnostik und Therapie schlaf-

Abb. 2: Prof. Dr. Dirk Wiechmann. – **Abb. 3:** Dr. Hans-Jürgen Köning.

bezogener Atmungsstörungen (SBAS) wie primärem Schnarchen und obstruktiver Schlafapnoe (OSA). Ergänzend werden assoziierte orale Befunde und funktionelle Störungen wie Schlafbruxismus, craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD), orofaziale Schmerzen, nicht kariöse Zahnhartsubstanzverluste und Störungen der oralen Befeuchtung erfasst. Kieferorthopädische Maßnahmen besitzen insbesondere im Kindes- und Jugendalter präventives Potenzial. Gaumennahterweiterungen oder funktionelle Geräte können wachstumsbedingte Engstände im Oberkiefer korrigieren und damit die anatomischen Bedingungen der oberen Atemwege verbessern. Angesichts der steigenden Prävalenz schlafbezogener Atemwegsstörungen gewinnt das Screening durch Kieferorthopäden an Relevanz, da Symptome wie Schnarchen, Bruxismus, CMD, Mundtrockenheit oder Tagesmüdigkeit häufig frühzeitig in der Praxis sichtbar werden. Die physiologischen Funktionen des Schlafs sind vielfältig und essenziell für neurokognitive, immunologische und emotionale Prozesse (De Fabro CD et al. 2020). Chronischer Schlafmangel betrifft rund 40 Prozent der Bevölkerung und kann die Schmerzschwelle senken – mit besonderer Bedeutung für Patient/-innen mit orofazialen Schmerzen, CMD oder Bruxismus. Ein zentrales Krankheitsbild stellt die COMISA dar, die Komorbidität von Insomnie und OSA, von der etwa 40 bis 55 Prozent der OSA-Patient/-innen betroffen sind (Bahr et al. 2018). Sie führt zu erhöhter Krankheitslast, schlechteren Therapieergebnissen und erhöhter Mortalität. Typische orale Befunde, die auf eine Schlafstörung hindeuten können, umfassen „nicht kariöse Zahn-

matisierte zudem die Grenzen der Dekompensation. Neben limitiertem Knochenangebot komme es häufig zu einer deutlichen Reduktion der bukkalen und lingualen Knochendicke und -höhe, insbesondere auf Apexhöhe (Yao et al. 2020). Weitere Einschränkungen ergeben sich durch Platzmangel, vorausgegangene Extraktionen, muskuläre Dysbalancen wie erhöhten Lippentonus, Zungenfehlfunktionen und mangelnde Compliance. Zur Verbesserung des Dekompensationsausmaßes nannte er myofunktionelle Therapie, Logopädie sowie gezielte Extraktionen mit adäquater Verankerung. So zeigte sich bei Extraktion der oberen 4er eine signifikant bessere Retrusion der OK-Front ($-9,09^\circ \pm 6,77^\circ$) im Vergleich zur Non-Extraktionsgruppe ($+1,09^\circ \pm 2,97^\circ$). Auch das chirurgische Operationsausmaß (Δ ANB, Δ Wits, Δ Overjet) war nach Extraktion deutlich größer. Abschließend betonte Dr. Kunz die

bezogener Atmungsstörungen (SBAS) wie primärem Schnarchen und obstruktiver Schlafapnoe (OSA). Ergänzend werden assoziierte orale Befunde und funktionelle Störungen wie Schlafbruxismus, craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD), orofaziale Schmerzen, nicht kariöse Zahnhartsubstanzverluste und Störungen der oralen Befeuchtung erfasst. Kieferorthopädische Maßnahmen besitzen insbesondere im Kindes- und Jugendalter präventives Potenzial. Gaumennahterweiterungen oder funktionelle Geräte können wachstumsbedingte Engstände im Oberkiefer korrigieren und damit die anatomischen Bedingungen der oberen Atemwege verbessern. Angesichts der steigenden Prävalenz schlafbezogener Atemwegsstörungen gewinnt das Screening durch Kieferorthopäden an Relevanz, da Symptome wie Schnarchen, Bruxismus, CMD, Mundtrockenheit oder Tagesmüdigkeit häufig frühzeitig in der Praxis sichtbar werden. Die physiologischen Funktionen des Schlafs sind vielfältig und essenziell für neurokognitive, immunologische und emotionale Prozesse (De Fabro CD et al. 2020). Chronischer Schlafmangel betrifft rund 40 Prozent der Bevölkerung und kann die Schmerzschwelle senken – mit besonderer Bedeutung für Patient/-innen mit orofazialen Schmerzen, CMD oder Bruxismus. Ein zentrales Krankheitsbild stellt die COMISA dar, die Komorbidität von Insomnie und OSA, von der etwa 40 bis 55 Prozent der OSA-Patient/-innen betroffen sind (Bahr et al. 2018). Sie führt zu erhöhter Krankheitslast, schlechteren Therapieergebnissen und erhöhter Mortalität. Typische orale Befunde, die auf eine Schlafstörung hindeuten können, umfassen „nicht kariöse Zahn-



Abb. 4: Dr. Horst Kares. – **Abb. 5:** Dr. Thomas Drechsler (links) und Prof. Dr. Dirk Wiechmann.

hartschmerzverluste, Attritionen, Infraktionen, Höckerfrakturen, keilförmige Defekte, Zungen- und Wangenimpressionen, hypertrophe Kaumuskelatur, Gingivarezessionen, Parodontalprobleme sowie funktionelle Auffälligkeiten wie eine Angle-Klasse II/1 oder eine retrognathe Kieferrelation“ (Lobbezoo et al. 2013, 2018). CMD sind eng mit schlafmedizinischen Aspekten verknüpft, da Triggerpunkte der Kaumuskelatur durch nächtlichen Schlafbruxismus ausgelöst oder verstärkt werden können. Rund ein Drittel der CMD-Patient/-innen weist zusätzlich OSA oder Insomnie auf. Schlafbruxismus wird derzeit nicht als pathologische Störung, sondern als potenziell harmloses Verhalten klassifiziert, kann jedoch mit strukturellen Schäden und myofaszialen Beschwerden assoziiert sein. Untersuchungen legen nahe, dass er protektive Funktionen erfüllen kann, etwa im Hinblick auf Atemwegsstabilisierung, Speichelflusssteigerung bei Reflux oder Stressregulation. Bei Kindern bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen SB, Schnarchen und Mundatmung; nach Adeno- oder Tonsillektomie sinkt die SB-Häufigkeit signifikant. Auch primäres Schnarchen sollte nicht unterschätzt werden, da es bei Erwachsenen mit Tagesschläfrigkeit und bei Kindern mit kognitiven Defiziten verbunden ist. Ein erheblicher Anteil entwickelt im Verlauf eine OSA, die zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im mittleren Lebensalter zählt. Die Ätiologie ist multifaktoriell; etwa 70 Prozent der Betroffenen weisen mindestens einen nicht anatomischen Faktor wie ineffektive Dilatator-muskeln oder instabile Atemregulation auf. Die Diagnostik erfolgt standardisiert über Polysomnografie. Therapeutisch stehen Gewichtsreduktion, Alkoholkarenz und Lagerungstherapie zur Verfügung, wobei CPAP/APAP, chirurgische Maßnahmen und Unterkieferprotrusionsschienen (UPS) die höchste Evidenz besitzen. Entscheidend ist eine individuelle Titrierung der UPS. Kieferorthopädische Inter-



Abb. 6: Dr. Thomas Miersch, Dr. Monika Köning und Dr. Hans-Jürgen Köning (v. l. n. r.).

ventionen wie die Gaumennahterweiterung zeigen im Kindesalter vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich Verbesserung des Apnoe-Hypopnoe-Indexes. Im Erwachsenenalter ist die Evidenz begrenzt. Die ZSM erweitert das diagnostische



Abb. 7: Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty, Dr. Thomas Drechsler, Priv.-Doz. Dr. Felix Kunz, Dr. Julia Tiefengraber und Dr. Hans-Jürgen Köning (v. l. n. r.).



Abb. 8: Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty, Dr. Horst Kares und Dr. Julia Tiefengraber (v.l. n. r.).

und therapeutische Spektrum der zahnärztlich-kieferorthopädischen Praxis erheblich. Eine fundierte schlafmedizinische Ausbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind essenziell, um die Versorgungs- und Lebensqualität der Patient/-innen nachhaltig zu verbessern.



Abb. 9: Sabine Steding (links) und Gabi Obermeyer.

Den dritten Vortrag des Symposiums hielt Prof. Dr. Dirk Wiechmann, der unter dem Titel „Lingualtechnik 2025 – eine Positionsbestimmung“ einen umfassenden Überblick über aktuelle Entwicklungen und klinische Erkenntnisse gab. Grundlage seiner Ausführungen bildete eine systematische Analyse von insgesamt 42 Studien mit eigenen Patient/-innen aus der Praxis in Bad Essen seit 1999. Ein besonderer Schwerpunkt des Vortrags lag auf der Behandlung in der Transversale. Wiechmann betonte, dass eine alleinige Expansion im OK häufig nicht ausreiche und durch eine zusätzliche Kompression im UK ergänzt werden sollte, um harmonische transversale Verhältnisse zu erzielen. Er gab praktische Hinweise zur korrekten Aktivierung von Lingualbögen für Expansion und Kompression und zeigte typische Fehlerquellen auf. So führe eine reine posteriore Expansion regelmäßig zu einer unerwünschten Abflachung im Bereich der Frontzähne; deutlich günstiger sei es, den vorgebogenen Standardbogen abschnittsweise zwischen 3-3 mit der Aderer-Zange aufzubiegen. Im Kontext komplexerer Behandlungsstrategien thematisierte Wiechmann die Klasse III-Kompensation durch Prämolarenextraktion im UK, sowie die Herausforderung die Frontzahninklination präzise zu kontrollieren. Dabei diskutierte er die Frage, wie viel körperliche Retraktion der UK-Front sinnvoll und knöchern überhaupt realisierbar ist. Anhand radiologischer Daten stellte er die knöcherne Apposition des Alveolarknochens auf der oralen Seite dar, die bei einer Retraktion der UK-Front als Gruppe mittels Lingualtechnik möglich wird – ein Prozess, den Anton Sculean als „Paradigm shift“ beschrieben hat. Wiechmann betonte hier die Bedeutung der gleichmäßigen Bewegung der Zähne als Gruppe, um gute Ergebnisse zu erzielen. Ergänzend stellte er die Studie von Ho-Jin Kim zur „Recovery bone formation on radiographic palatal bone dehiscences after incisor retraction“ vor, um dieses Remodelling-Phänomen auch im OK zu veranschaulichen. Wiechmann unterschied klar zwischen Compensation vs. Retraction + Remodelling einerseits und Decompensation + Remodelling andererseits und illustrierte die jeweiligen biomechanischen Anforderungen. Ein weiterer zentraler Punkt war die Problematik „oversized bracket slots“, deren starke Variabilität, teils sogar innerhalb desselben Lots, die Torquekontrolle erheblich beeinträchtigen könne. Das WIN-System weise mit maximal 0,4 Prozent oversize eine außergewöhnlich hohe Präzision auf. Besonders eindrücklich war die videobasierte Darstellung von einligierten Frasaco-Zähnen, anhand derer die Retraktionsbewegung lingual versus vestibulär mit Honig am Vollbogen simuliert wurde. Der Vergleich verdeutlichte die deutlich höhere Präzision der Lingualtechnik. Abschließend zeigte Dr. Wiechmann mehrere Fälle von dentoalveolärer Klasse II-Korrektur bei Erwachsenen, die klassischerweise als OP-Fälle eingestuft würden, jedoch mittels Lingualtechnik erfolgreich ohne chirurgischen Eingriff behandelt werden konnten. Die anschließende Fragerunde entwickelte sich zu einer lebhaften Diskussion, die die Relevanz des Themas sowie das große Interesse der Teilnehmenden widerspiegelte.

Nach der Mittagspause präsentierte Dr. Thomas Drechsler seinen Vortrag unter dem Titel „Hinterm Horizont geht's

weiter - Wo sind die Grenzen der Aligner-Therapie?“ und gewährte dabei interessante Einblicke in seine volldigitalisierte Praxis. Er hob die Vorzüge aktueller Technologien hervor, darunter Dental Monitoring mit dem Feature, STL-Dateien aus Handyfotos zu erstellen sowie die KI-gestützte Rezeptionistin „Luna“, die Telefonate selbstständig bearbeitet. Weiter betonte Drechsler die Vielseitigkeit der Aligner-Therapie. Als Beispiel nannte er u.a. die Möglichkeit der Verankerung auf Prothesenzähnen von Alignern. Ein Vergleich aktueller Trends wie Direktdruckverfahren (Graphy) versus tiefgezogene Systeme (Invisalign) wurde vorgestellt, wobei er auf die bei Graphy potenziell laborabhängigen Allergieprobleme hinwies - in manchen Laboren könnten noch Restmonomere nicht ausreichend entfernt sein. John Morten wird von Drechsler zitiert: „It's not just a piece of plastic, it's technology.“ Ein zentrales Thema waren die Grenzen der Aligner-Therapie: Drechsler zeigte ein farbcodiertes Diagramm, das die Bewegungen nach ihrem Behandlungserfolg klassifizierte. Demnach gelingen unkontrollierte Kippung, OK-Inzisivenrotationen und kontrollierte Kippung sehr gut, während UK-Frontzahnrotation, UK-Prämolarenrotation, UK-Frontinrusion plus Kippung mittelmäßig, absolute Extrusion und Wurzeltorque jedoch sehr schwer realisierbar sind. Die Erfahrung des Behandlers sei bei der Therapieplanung entscheidend. Eine Überkorrektur sei bei der Aligner-Planung notwendig. Die Integration von DVT in den Workflow verbessere die Behandlungsplanung und ermögliche die Erkennung gefährdeter Zähne, wodurch iatrogene Rezessionen, beispielsweise durch gezieltes ASR, vermieden werden können. Allgemein sei der Einsatz von Gummizügen in Kombination mit Alignern oft notwendig und sinnvoll; konkrete Anwendungsfälle wur-

den demonstriert. Beim Lückenmanagement seien häufig zusätzliche Apparaturen erforderlich, insbesondere bei translatorischen oder körperlichen Zahnbewegungen; hier könne die Kombination mit Teil-Multibandapparaturen als Lösungsansatz dienen. Offene Bisse lassen sich gut mit Alignern kor-



10A



10B



10C



10D

Abb. 10a-e: Kollegialer Austausch in den Pausen zwischen den Vorträgen.

rigieren, während tiefe Bisse nahezu unmöglich zu behandeln seien.

Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty schloss die Fortbildung mit dem Vortrag „Neue Techniken bei neuen Patienten? – Das Potential der Erwachsenenorthopädie für die Praxis“. Er verknüpfte zentrale Erkenntnisse aus parodontal-kieferorthopädischen Kombinationstherapien, der Dysgnathiechirurgie und der Schlafmedizin und zeigte die zunehmende Relevanz interdisziplinärer Behandlungsstrategien in der modernen Erwachsenenkieferorthopädie auf. Zu Beginn betonte er, angelehnt an Korkhaus, dass Kieferorthopädie eine gegenständliche Wissenschaft sei, deren Ausübung ein tiefgreifendes Verständnis biologischer und biomechanischer Grundlagen voraussetze. Apparaturen könnten nicht sinnvoll konstruiert werden, ohne diese Grundlagen zu kennen, gleichzeitig sei die Kieferorthopädie ohne solche Geräte nicht praktikabel. Dieses Spannungsfeld bilde die Basis moderner Erwachsenenorthopädie. Ein häufiges Behandlungsanliegen erwachsener Patient/-innen stellen gingivale Rezessionen dar. Neue digitale Verfahren ermöglichen eine hochpräzise, dreidimensionale Erfassung und Quantifizierung von Rezessionen und gingivalen Margenveränderungen (Gkantidis et al., 2024). Dies verbessert Diagnostik, Verlaufskontrolle und Planung orthoparodontaler Kombinationsfälle erheblich. Laurensen et al. (2020) dokumentierten, dass die orthodontische Verlagerung der Wurzelposition in Richtung des alveolären Enveloppenzentrums konsistent zu einer Reduktion der Rezessionstiefe führt und die Klassifikation nach Miller verbessert – mit positiver Prognose für die anschließende mukogingivale Chirurgie. Damit wird die Notwendigkeit eng abgestimmter interdisziplinärer Therapieplanung zwischen Parodontologie und Kieferorthopädie unterstrichen. Gleichzeitig zeigt eine französische Querschnittsstudie (Saloux et al., 2022) deutliche Defizite im Wissen, in der Einstellung und in der klinischen Praxis gegenüber orthoparodontalen Maßnahmen. Der Umgang mit kombinierten Erkrankungsbildern bleibt damit eine zentrale Herausforderung. Meyer-Marcotty forderte eine verstärkte Fortbildung zum Ausbau einheitlicher Behandlungsstandards. Im nächsten Abschnitt thematisierte er die steigende Bedeutung interdisziplinärer Therapien bei Dysgnathiepatient/-innen. Digitale Planungsprozesse ermöglichen heute präzise, fazialorientierte Simulationen und verbessern die Prognostizierbarkeit von Weichgewebsveränderungen sowie die Kommunikation zwischen Kieferorthopädie, MKG-Chirurgie und HNO-Heilkunde. Die präoperative Kieferorthopädie definiert die sagittalen und vertikalen dentalen Relationen, während die operative Phase auf die Einstellung einer Klasse I-Okklusion und die Korrektur der maxillomandibulären Relation abzielt. Postoperativ erfolgt die dreidimensionale Feineinstellung. Die aktuelle S3-Leitlinie weist darauf hin, dass die kombinierte Behandlung einer Klasse III-Malokklusion nicht nur Okklusion und Ästhetik verbessert, sondern auch psychosoziale Parameter und die Mastikation. Ein wei-



terer Schwerpunkt ist die zahnärztliche Schlafmedizin. Unterkieferprotrusionsschienen stellen eine wesentliche Therapieoption bei OSA dar. Die S3-Leitlinie zu kieferorthopädischen Anomalien und Atmungsstörungen zeigt, dass kieferorthopädische Behandlungen – insbesondere bei Klasse II – positive Effekte auf den Airway Space haben können. Ein OSA-Screening und die Anwendung der Epworth Sleepiness Scale optimieren die Diagnostik bei Dysgnathiepatient/-innen. Aufgrund der Korrelationen zwischen Dysgnathieausmaß, respiratorischen Indizes und oropharyngealen Volumina sei eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung essenziell. Zum Abschluss widmete sich Meyer-Marcotty der Parodontitis als systemrelevanter und zunehmend früh auftretender Erkrankung. Nur rund vier Prozent der 35- bis 44-Jährigen zeigen parodontal gesunde Verhältnisse, während 17,5 Prozent eine Stadium-II- bis -IV-Erkrankung aufweisen, etwa 14 Millionen Betroffene in Deutschland (Jordan, 2025). Eine parodontal stabile Ausgangssituation bleibt Voraussetzung jeder erwachsenenkieferorthopädischen Therapie. Im Resümee hob er hervor, dass die moderne Erwachsenenorthopädie durch digitale Präzision, biologische Nachhaltigkeit und Interdisziplinarität geprägt ist. Neue Techniken eröffnen neue therapeutische Möglichkeiten und tragen maßgeblich zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Praxis bei.

Schließlich bedankte sich Herr Professor Meyer-Marcotty bei den Teilnehmern und Mitorganisatoren der Veranstaltung und gab bekannt, dass das nächste Symposium am 31.10.2026 im gewohnten Rahmen stattfinden wird. ■

SAVE THE DATE

PFÄ-SYMPOSIUM ZUR ERWACHSENEN-KIEFERORTHOPÄDIE
WANN? 31.10.2026
WO? SCHLOSSHOTEL STEINBURG IN WÜRZBURG

EVENTS 2026

Hier finden Sie die wichtigsten Fortbildungstermine 2026 für die Kieferorthopädie – kompakt im Überblick und mit QR-Codes für weitere Informationen.

1

Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie (ÖGKFO)

54. Internationale Fortbildungstagung

7.-12.3.2026

Kitzbühel, Deutschland

www.oegkfo.at/kitz-2026



2

German Board of Orthodontics (GBO)

XXXI. GBO-Jahreskongress 2026

13./14.3.2026

Bonn, Deutschland

german-board.de/kongress



3

European Orthodontic Society (EOS)

Annual Congress

7.-11.6.2026

Dublin, Irland

www.eoseurope.org



4

Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)

98. Jahrestagung

30.9.-3.10.2026

Baden-Baden, Deutschland

2026.dgkfo-vorstand.de/



5

American Association of Orthodontists (AAO)

Annual Congress

1.5.-3.5.2026

Orlando, USA

annualsession.aaoinfo.org



6

Berufsverband Deutscher Kieferorthopäden (BDK)

PFÄ-Symposium

31.10.2026

Würzburg, Deutschland

kfo-symposium.com



KICK-OFF „YOUNG ORTHODONTISTS ON TOUR“

GELUNGENER AUFTAKT IN HEIDELBERG



Dr. Moritz Försch (2. v. l.), Stephan Gierthmühlen (3. v. l.), Dr. Christopher Lux (4. v. l.) und Dr. Thomas Miersch (5. v. l.) mit Young Orthodontists.

Mit der Auftaktveranstaltung der neuen Reihe „Young Orthodontists on Tour“ ist in Heidelberg ein überzeugender Start gelungen. Zielgruppe waren Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sowie junge Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie – und genau auf deren Fragen, Unsicherheiten und Entscheidungswege war das Programm zugeschnitten.

Den Auftakt bildete die Begrüßung durch Prof. Dr. Christopher Lux, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie an der Universität Heidelberg. In seiner Eröffnung betonte er die Bedeutung eines frühen Austauschs zwischen universitärer Ausbildung und beruflicher Praxis. Gerade in einer Phase, in der viele junge Kolleginnen und Kollegen vor grundlegenden beruflichen Weichenstellungen stehen, seien Formate notwendig, die Orientierung bieten, Erfahrungen teilen und den Blick über den Tellerrand der Weiterbildung hinaus ermöglichen.

Im anschließenden Grußwort betonte Dr. Thomas Miersch, dass der BDK gezielt dort präsent sein wolle, wo der Nachwuchs ausgebildet wird – an den Universitätsstandorten. Es gehe nicht um abstrakte Berufspolitik, sondern um konkrete Unterstützung in einer sensiblen Karrierephase: beim Übergang von der Weiterbildung in die berufliche Selbstständigkeit oder Anstellung, bei rechtlichen Fragen und beim Aufbau belastbarer Netzwerke.

Einen ersten inhaltlichen Schwerpunkt setzte Geschäftsführer Stephan Gierthmühlen mit seinem Vortrag „Wege nach der Weiterbildung“. Im Mittelpunkt standen die klassischen Optionen nach Abschluss der Weiterbildung: Anstellung, Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder die Gründung einer eigenen Praxis. Anhand praxisnaher Beispiele wurden die jeweiligen Vor- und Nachteile beleuchtet – von wirtschaftlichen Risiken und Gestaltungsspielräumen über rechtliche Rahmenbedingungen bis hin zu Fragen der

persönlichen Lebensplanung. Deutlich wurde, dass es keinen „Königsweg“ gibt, wohl aber typische Fallstricke, die sich mit guter Vorbereitung vermeiden lassen. Besonders lebendig wurde es im anschließenden Beitrag „My Start-up-Story“ von Dr. Moritz Försch. Offen und selbstkritisch berichtete er von seiner eigenen Praxisgründung: von Entscheidungen, die sich im Rückblick als richtig erwiesen haben, von Aspekten, die im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen haben – und auch von Fehlern, aus denen er gelernt hat. Ein zentrales Fazit seines Erfahrungsberichts war die Bedeutung eines funktionierenden Netzwerks. Der fachliche und persönliche Austausch, insbesondere über den Berufsverband, habe ihm in der Startphase Sicherheit gegeben und wertvolle Unterstützung geboten.

Mit der „Safari durch den Paragrafendschungel“ griff Stephan Gierthmühlen anschließend ein Thema auf, das vielen jungen Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden Respekt einflößt: das Recht in der Kieferorthopädie. In kompakter Form gab er einen Überblick über die wichtigsten rechtlichen Grundlagen – vom Berufsrecht über den Behandlungsvertrag bis hin zu Abrechnung und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen. Der Fokus lag dabei bewusst auf praxisnahen Hinweisen: Welche Fehler sind besonders häufig? Wo lauern rechtliche Risiken im Alltag? Und an welchen Stellen lohnt es sich, frühzeitig fachkundigen Rat einzuholen?

Den Abschluss bildete ein gemeinsamer Blick auf die Frage: Wofür braucht man eigentlich – auch als junge Kieferorthopädin und junger Kieferorthopäde – einen Berufsverband? Vorgestellt wurde die Arbeit des BDK als berufspolitische Interessenvertretung der Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden. Thematisiert wurden die Bedeutung von Geschlossenheit und einer starken gemeinsamen Stimme gegenüber Politik, Selbstverwaltung und Kostenträgern ebenso wie die Rolle des Verbands als Netzwerk und Unterstützungsplattform – gerade für junge Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung und Gründungsphase.

Das Fazit der Kick-off-Veranstaltung fiel durchweg positiv aus: eine informative, kurzweilige und zielgruppengerechte Veranstaltung, die genau dort ansetzte, wo der Bedarf bei Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten besonders groß ist. Young Orthodontists on Tour hat damit einen überzeugenden Auftakt erlebt – Fortsetzung folgt. Stay tuned! ■



Stephan Gierthmühlen, Dr. Moritz Försch, Dr. Christopher Lux und Dr. Thomas Miersch (v. l. n. r.)

ANZEIGE

FRÜHJAHRSRABATTE

gültig vom 2. März bis 24. April 2026

Aligner Care Essential Kit

Das Praxis-Plus für Ihre Patienten

NEU

BEST-SELLER!

PT K Bracket

Passiv selbstligierendes MIM-Metallbracket



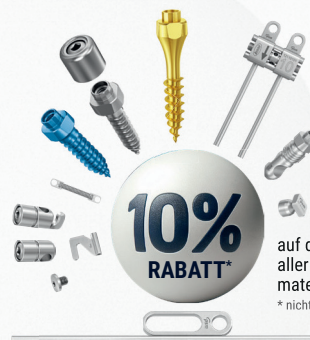
Dentalline®



Energy Chain™

Spule 4,7 m

5+1 gratis



auf die Listenpreise
aller Pins & Verbrauchsmaterialien
* nicht mit anderen Rabatten kombinierbar



NEU

3-Layer FLEX

Tiefziehfolie zur Alignerherstellung



Weitere dentalline-
Frühjahrsangebote
gibt es hier:



50. JAHRESTAGUNG DER SÜDBADISCHEN ZAHNÄRZTESCHAFT UND 9. SPEZIALPODIUM KIEFERORTHOPÄDIE

WISSENSCHAFTLICHER AUSTAUSCH AUF HOHEM NIVEAU

Ein Beitrag von Dr. Claudia Obijou-Kohlhas und Cornelia Schwarz



Von Links: Prof. Dr. Christopher J. Lux (Heidelberg), Prof. Dr. Britta A. Jung (Freiburg), Prof. Dr. Dr. Bernd Lapatki (Ulm) und Prof. Dr. Bernd Koos (Tübingen).

Am 17.4.2026 wird im Confer-tainment-Center des Europa-Parks in Rust die 50. Jahrestagung der südbadischen Zahnärztinnen und Zahnärzte stattfinden – und in dessen Rahmen das 9. Spezialpodium Kieferorthopädie.

Initiiert wurde das Format auf Anregung der Fachgruppen durch die Bezirkszahnärztekammer (BZK) Freiburg, namentlich unter maßgeblicher Mitwirkung ihres stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Georg Bach. Ziel war und ist es, zusätzlich zum zahnmedizinischen Hauptprogramm – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Elmar Hellwig – auch vertiefende Angebote für spezialisierte Kolleg/-innen zu schaffen.

Während die Jubiläumstagung insgesamt unter dem Motto „Schmerzfälle, Notfälle und Unfälle – Das Unvorhersehbare meistern“ steht, geht es beim Spezialpodium Kieferorthopädie gelassener zu. Von der Dysgnathiechirurgie (Schramm/Lapatki, Ulm) über die Behandlung des Tiefbisses (Lux, Heidelberg) und die Ulmer dia.mand (Lapatki, Ulm) geht es zu den Grenzen, Limitationen und Chancen der Aligner-Technik (Koos, Tübingen).

Die Qualität des Symposiums lässt sich am besten mit einem Rückblick auf

die Vergangenheit beschreiben. Im vergangenen Jahr versammelten sich rund 130 kieferorthopädisch interessierte Kolleg/-innen im „Salla Bianca“ des Veranstaltungszentrums, um sich dort über aktuelle Forschungsschwerpunkte, diagnostische Verfahren und therapeutische Konzepte auszutauschen. Unter der Moderation von Dr. Martin Leupolz präsentierten die Leiter/-innen der vier kieferorthopädischen Universitätskliniken Baden-Württembergs Einblicke in ihre wissenschaftliche Arbeit.

Prof. Dr. Britta A. Jung (Universität Freiburg) stellte die diagnostische Aussagekraft bildgebender Verfahren in den Mittelpunkt und zeigte, welche Rolle die radiologische Analyse für die moderne Kieferorthopädie spielt. Sie verglich in diesem Zusammenhang die Hybrid-GNE mit der konventionellen GNE und resümierte, dass die dentalen Nebeneffekte bei der skelettal gestützten Hybrid-GNE bei älteren Patient/-innen geringer sind.

Prof. Dr. Christopher J. Lux (Universität Heidelberg) beschäftigte sich mit den klinischen und biologischen Aspekten der Extraktion erster Molaren und stellte praxisorientierte Handlungsempfehlungen vor. Bei einer schweren MIH (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisations-Erkrankung) empfahl der Referent die symmetrische oder asymmetrische Extraktion der 6er, um eine langjährige Kons-Behandlung und dauerhafte Überempfindlichkeiten zu vermeiden. Anhand der Einteilung der Zahnreifestadien nach Demirjian (1973) beschrieb Prof. Lux, wie Behandler/-innen den richtigen Extraktionszeitpunkt finden können, um die Erfolgsquote für einen spontanen Lückenschluss zu steigern. Wird die Extraktion der ersten Molaren zum richtigen Zeitpunkt durchgeführt, können gezielt Prämolaren nach distal und 7er nach mesial wandern und gleichzeitig frontale Engstände und Bisslagekorrekturen durchgeführt werden.

Prof. Dr. Dr. Bernd Lapatki (Universität Ulm) ging der Frage nach, inwieweit digitale Superpositionstechniken bei Kiefer- und Gesichtsmodellen über die rein illus-

trative Darstellung hinaus diagnostisch und therapeutisch nutzbar sind. Er beschrieb den derzeit schnell voranschreitenden technologischen Fortschritt in der Kieferorthopädie als „Transitionsphase“, in der die bisher etablierten Verfahren durch neue, digitale Innovationen ersetzt werden. Während das Intraoralscanning in den kieferorthopädischen Praxen weitgehend etabliert und für die Kieferorthopädie in seinen Augen ausreichend genau ist, sieht er das Facescanning wegen der hohen Anschaffungskosten und der geringen Verbreitung zum jetzigen Zeitpunkt primär für wissenschaftliche Anwendungen als relevant an.

Mit der komplexen Thematik craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD) und deren Einordnung im kieferorthopädischen Kontext befasste sich Prof. Dr. Bernd Koos (Universität Tübingen). Er machte gleich zu Beginn seines Vortrages darauf aufmerksam, dass vor jeder kieferorthopädischen Behandlung zumindest eine „Minimaldiagnose“ bei Verdacht auf eine CMD aus forensischen Aspekten durchgeführt werden sollte. Liegen beim CMD-Kurzbefund zwei oder mehr positive Befunde vor, so empfahl er im Anschluss, eine ausführliche Funktionsanalyse in Form einer instrumentellen Funktionsanalyse oder einer manuellen Strukturanalyse durchzuführen. Bildgebende Verfahren wie PSA, DVT oder MRT befürwortete der Referent als weitere diagnostische Hilfsmittel, insbesondere bei den von ihm beschriebenen Sonderfällen posttraumatisch entstandener Dysgnathien und Juveniler Idiopathischer Arthritis (JIA).

Die lebhaften Diskussionen, die sich teils bis in die Pausen hinein fortsetzten, belegten eindrucksvoll das große Interesse und die fachliche Tiefe der Veranstaltung. Referent/-innen und Themen versprechen auch in diesem Jahr eine spannende und vielfältige Tagung. Wer mehr über die 50. Jahrestagung der südbadischen Zahnärztinnen und Zahnärzte erfahren oder sich direkt anmelden möchte, findet weitere Informationen unter www.fortbildung-rust.de. ■



Abb. 1: Prof. Dr. Dr. Bernd Lapatki.

Abb. 2: Prof. Dr. Christopher Lux.

Abb. 3: Prof. Dr. Britta Jung.

Abb. 4: Prof. Dr. Bernd Koos.



Nordrhein-Westfalen

MITGLIEDERVERSAMMLUNG

DES BDK LANDESVERBANDES NORDRHEIN 2025

Ein Beitrag von Dr. Nathalie Gebhardt



Abb. 1: Dr. Mathias Höschel, Dr. Julia Tiefengraber, Dr. Agnes Römeth und Stefan Gierthmühlen (v. l. n. r.).

Am 6. November 2025 fand die Mitgliederversammlung des Berufsverbands Deutscher Kieferorthopäden (BDK), Landesverband Nordrhein, im 25hours Hotel in Düsseldorf statt. Rund 50 Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden aus ganz Nordrhein folgten der Einladung und nutzten die Gelegenheit zum fachlichen Austausch und zur kollegialen Begegnung. Zu Beginn ließ die Landesvorsitzende Dr. Agnes Römeth im Namen des gesamten Vorstands das vergangene Jahr Revue passieren. Besonders hob sie den außergewöhnlichen Erfolg des BDK bei den Kammerwahlen hervor: Mit dem besten Wahlergebnis der Verbandsgeschichte konnte der Einfluss der Kieferorthopädie in der berufspolitischen Landschaft weiter gestärkt werden.

Großer Dank ging zudem an die stellvertretende Landesvorsitzende Dr. Julia Tiefengraber. Neben ihren regulären Aufgaben im BDK organisierte sie im vergangenen Jahr mehrere Fortbildungen zu Themen wie Dental Monitoring sowie einen Ladies-Round-Table gemeinsam mit Dr. Wibke Lindemann. Alle Veranstaltungen waren ausgebucht und fanden großen Anklang. Im Anschluss präsentierte Dr. Ramtin Davoudi-Pour seinen Bericht als Kassenwart und gab einen Überblick über die finanzielle Entwicklung des Landesverbands.

Stephan Gierthmühlen, Geschäftsführer des BDK und Rechtsanwalt, informierte in seinem Vortrag umfassend über den Honorarverteilungsmaßstab



02



03



04



05

Abb. 2: Dr. Agnes Römeth blickte zu Beginn auf ein erfolgreiches Verbandsjahr zurück und unterstrich den historischen Wahlerfolg des BDK bei den Kammerwahlen. – **Abb. 3:** Stephan Gierthmühlen informierte die Teilnehmenden über den Honorarverteilungsmaßstab der KZV Nordrhein. – **Abb. 4:** Mitglieder des BDK. – **Abb. 5:** Ein besonderer Programmpunkt war die Ehrung von Dr. Heiko Gerken (links). Die Laudatio hielt Dr. Mathias Höschel (rechts).

der KZV Nordrhein – ein Thema, das die Kieferorthopädie aktuell intensiv beschäftigt und im Anschluss an den Vortrag für angeregte Diskussionen sorgte.

Zum Abschluss wurde ein besonderes Mitglied des Verbands geehrt: Dr. Heiko Gerken erhielt eine Auszeichnung für seine langjährigen Verdienste und sein außergewöhnliches Engagement im BDK. Die persönliche und bewegende Lau-

datio von Dr. Mathias Höschel, der von vielen Jahren vertrauensvoller Zusammenarbeit berichtete, hinterließ bei allen Anwesenden einen bleibenden Eindruck.

Der Abend fand schließlich in entspannter Atmosphäre in der Rooftop-Bar des Hotels seinen Ausklang – mit vielen guten Gesprächen, Blick über Düsseldorf und dem Gefühl einer starken, engagierten Gemeinschaft. ■



Niedersachsen

EHRUNG DER ZAHNÄRZTE- KAMMER NIEDERSACHSEN FÜR KIEFERORTHOPÄDEN

Im Rahmen der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen wurden am 7. November 2025 Frau Kollegin Sabine Steding, Herrn Kollegen Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly und Herrn Kollegen Dr. Horst Rabe die silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft verliehen. Diese besondere Auszeichnung wurde für eine langjährige Arbeit für die Kolleginnen und Kollegen im Rahmen der Arbeit der Zahnärztekammer vergeben.

Frau Kollegin Steding war 15 Jahre im Vorstand der Zahnärztekammer tätig. In dieser Zeit konnten für die Kolleginnen und Kollegen wegweisende Entscheidungen zugunsten der Kieferorthopädie erreicht werden. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung im Bereich Kieferorthopädie. Durch ihre intensive Arbeit, vor allem auch auf Bundesebene, ist die Musterweiter-

bildungsordnung verabschiedet worden. Zentrales Anliegen von Frau Kollegin Steding war immer, eine qualitativ hochwertige Kieferorthopädie zu sichern, eine verlässliche Zukunft für die jungen Kolleginnen und Kollegen zu schaffen und die Sicherung der Praxen in einem sich immer weiter verändernden Umfeld zu garantieren. Zahlreiche weitere Aufgabenbereiche fielen in ihr Ressort, die sie ausfüllte. Wegweisend in Deutschland hat Frau Kollegin Steding gemeinsam mit Prof. Schwestka-Polly, Frau Kollegin Dr. Gundi Mindermann und engagierten Kolleginnen und Kollegen das Network of Erasmus Based European Orthodontic Programmes (NEBEOP) in Niedersachsen etabliert, dies hat zu europaweiter Anerkennung geführt.

Die Zusammenarbeit der Zahnärztekammer Niedersachsen mit der Medizinischen Hochschule Hannover war dabei einmalig in Deutschland. Unter der Leitung



Abb. 1a+b: Die Geehrten Dr. Horst Rabe, Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly und Sabine Steding mit dem Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen Dr. Henner Bunke (v. l. n. r.) (a). Dr. Henner Bunker überreicht die silberne Ehrennadel der Zahnärztekammer Niedersachsen an Sabine Steding (b).

von Prof. Schweska-Polly wurde das NEBEOP-Programm in Niedersachsen zertifiziert und viele Kolleginnen und Kollegen haben erfolgreich das Programm durchlaufen. Der Erfolg der Zusammenarbeit von Hochschule und Praxis war vor allem der intensiven Arbeit von Prof. Schweska-Polly zu verdanken. Er motivierte die teilnehmenden Praxen und sorgte dafür, dass gemeinsame Vorlesungen und wissenschaftliches Arbeiten das hohe Qualitätsniveau sicherten. Seine Arbeit im Fachzahnarztprüfungsausschuss und im Ermächtigungsausschuss zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie der Zahnärztekammer über die gesamte Dienstzeit war immer von großer Kollegialität geprägt.

Herr Kollege Rabe war lange Jahre Mitglied im Ermächtigungsausschuss zur Weiterbildung und war auch zeitweise Weiterbildender im NEBEOP-Programm. Ebenso war er langjährig in Ausschüssen und Körperschaften der zahnärztlichen Selbstverwaltung tätig.

Für die Geehrten sprach Prof. Schweska-Polly die Dankesworte. Im Namen der Geehrten bedankte sich Herr Prof. Dr. Schweska-Polly bei Präsident Bunke, den Mitgliedern des Kammervorstandes und der Kammerversammlung für die Auszeichnung. Allen Ausgezeichneten sei das gemeinsame Voranbringen des Faches Zahnmedizin mit seinen einzelnen Disziplinen ein wesentliches Anliegen.

Für Prof. Dr. Schweska-Polly sei die enge Zusammenarbeit zwischen Zahnärztekammer Niedersachsen und damit insbesondere mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und der Hochschule mit ihren Mitarbeitenden von maßgeblicher Bedeutung für Krankenversorgung, Lehre und Forschung. Eine enge Kooperation zwischen Praxis und Wissenschaft stellt für ihn einen Schlüssel für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Faches dar. Gerade spezielle „Leuchtturmprojekte“ der Klinik für Kieferorthopädie der Medizinischen Hochschule seien nur durch diese enge Kooperation zwischen der Hochschule, der Zahnärztekammer Niedersachsen und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden möglich gewesen:

Ein Beispiel ist die Etablierung und Durchführung der „Kieferorthopädischen Vortragsreihe“ des Zahnärztlichen Fortbildungszentrums der Zahnärztekammer Niedersachsen. Diese Reihe wurde im Jahre 2000 inauguriert – mit Prof. Dr. Schweska-Polly als wissenschaftlichem Leiter. Ab 2010 war Frau Dr. Mindermann wissenschaftliche Leiterin und seit 2025 liegt die wissenschaftliche Leitung in den Händen von Frau Kollegin Steding und Herrn Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty. Das Bestehen der „Kieferorthopädischen Vortragsreihe“ wird ausdrücklich von der Universitätsmedizin Göttingen und der Medizinischen Hochschule Hannover unterstützt.

Ein zweites Beispiel ist die Akkreditierung und dann ab 2006 die Durchführung des weiterbildenden und berufs begleitenden Studienganges „Lingual Orthodontics“ mit dem Abschluss „Master of Science“. Mit Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Dirk Wiechmann kam der Klinische Direktor aus der Praxis mit Teilzeit-Tätigkeit an der Hochschule und der wissenschaftliche Direktor mit Prof. Dr. Schweska-Polly aus der Hochschule.

Ein drittes Beispiel ist das seit 2008 auch wieder gemeinsam strukturierte, akkreditierte und durchgeführte Programm zur Weiterbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie an der Medizinischen Hochschule Hannover gemäß der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen unter der Schirmherrschaft der European Orthodontic Society im Sinne des „Network of Erasmus Based European Orthodontic Programmes (NEBEOP)“. Dieses Programm ist bis 2029 zertifiziert. Auch hier ist der Schlüssel die enge Kooperation von Praxis und Hochschule mit Lehrenden aus der Praxis und der Hochschule, der Krankenversorgung in Praxis und Hochschule und der Forschung mit Autorentams aus Praxis und Hochschule. Das Programm passt bestens zu den Vorgaben der neuen Weiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer. An diesen Beispielen wird deutlich, dass in Niedersachsen eine gelebte enge Kooperation zwischen Praxis und Hochschule mit Gewinn für alle Beteiligten bestens etabliert ist. ■



Abb. 2: Prof. Dr. Schweska-Polly bedankte sich im Namen der Geehrten für die Auszeichnung. – **Abb. 3:** Dr. Michael DeCassan, Dr. Gundi Mindermann, Sabine Steding, Prof. Dr. Rainer Schweska-Polly und Dr. Michael Sostmann (v. l. n. r.).



Niedersachsen

25 JAHRE „KIEFERORTHOPÄDISCHE VORTRAGSREIHE“ IN HANNOVER

Am 21.11.2025 moderierte Prof. Rainer Schweska-Polly die Jubiläumsvorlesung im Rahmen der kieferorthopädischen Fortbildungsreihe. Er ist der Initiator dieser in Niedersachsen etablierten Veranstaltungsreihe. Jeweils an vier Freitagabenden im Winterhalbjahr treffen sich die Kolleginnen und Kollegen in der Zahnärztekammer Niedersachsen in Hannover. Ziel der Reihe mit jeweils einem gemeinsamen Themenschwerpunkt über vier aufeinanderfolgende Veranstaltungen hinweg ist es, Fortbildung auf hohem Niveau für die Praxis anzubieten. Im Laufe der Jahre las sich die Referentenliste wie ein „Who's who“ der deutschen Kieferorthopädie. In Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer hat sich die Fortbildungsreihe fest etabliert. Obwohl Niedersachsen ein Flächenland ist und die Veranstaltungen regelmäßig im Winterhalbjahr an Freitagabenden stattfinden, belegt die über Jahre hinweg konstant hohe Teilnehmerzahl die große Beliebtheit der Reihe und die sorgfältige Auswahl der Themen. Die gute Zusammenarbeit von Hochschule, Zahnärztekammer und Berufsverband sichert auch künftig den Fortbestand der kieferorthopädischen Fortbildungsreihe in Niedersachsen. ■





Niedersachsen

Wissenschaftliches Symposium anlässlich des 80. Geburtstages von Herrn Prof. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg

ZAHN- UND KIEFERFEHL- STELLUNGEN IM KINDES- UND ERWACHSENENALTER

VIER JAHRZEHNTE KIEFERORTHOPÄDISCHE FOR- SCHUNG FÜR LEHRE UND KRANKENVERSORGUNG

Ein Beitrag von Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty

Am Samstag, dem 8. November 2025, richtete Herr Prof. Dr. med. dent. Philipp Meyer-Marcotty als Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie mit seinem Team das wissenschaftliche Symposium „Aus dem Vergangenen in die Zukunft – kieferorthopädische Entwicklungen der letzten 40 Jahre in Göttingen“ anlässlich des 80. Geburtstages seines Vorgängers, Herrn Prof. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg, an der Universitätsmedizin Göttingen aus. Es wurden Forschungsergebnisse zu gesundheitlichen Aspekten der Kieferorthopädie (wann/ warum eine Korrektur von Zahnfehlstellungen im Kindesalter indiziert ist), funktionelle Zusammenhänge von Zahnfehlstellungen und aktuelle Fortschritte in der kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Therapie von Kieferfehlstellungen im Erwachsenenalter vorgestellt.

Prof. Kubein-Meesenburg führte über drei Jahrzehnte äußerst erfolgreich die Klinik in Lehre, Krankenversorgung und Forschung. Seine Habilitanden und Wegbegleiter reisten aus ganz Deutschland an und beleuchteten als renommierte Referentinnen und Referenten, wie wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrung zu modernen Behandlungsansätzen führen.



Referenten des Symposiums: Hintere Reihe – Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty (Göttingen); Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald); Priv.-Doz. Dr. Henning Dathe (Göttingen); Prof. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg (Göttingen/Regensburg); Prof. Dr. Dr. Peter Proff (Regensburg); Prof. Dr. Dr. Ralf Radlanski (Berlin); Prof. Dr. Andreas Jäger (Bonn); Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly (Hannover); vordere Reihe – Priv.-Doz. Dr. Anja Ratzmann (Greifswald); Prof. Dr. Dankmar Ihlow (Bad Schwartau/Göttingen); Prof. Dr. Ingrid Rudzki (München); Prof. Dr. Reza Konsari (Hamburg/Göttingen).

Zum Abschluss unterstrich Prof. Meyer-Marcotty nochmals den hohen Stellenwert aktueller Forschung für die Lehre und Krankenversorgung in dem Fachgebiet der Kieferorthopädie. Die Veranstaltung fand großen Zuspruch, sodass durch die knapp 100 Teilnehmenden von nah und fern abschließend noch eine Zuwendung von mehr als 3.000 Euro an die Kinderpalliativstation gesammelt werden konnte. ■



Rheinland-Pfalz

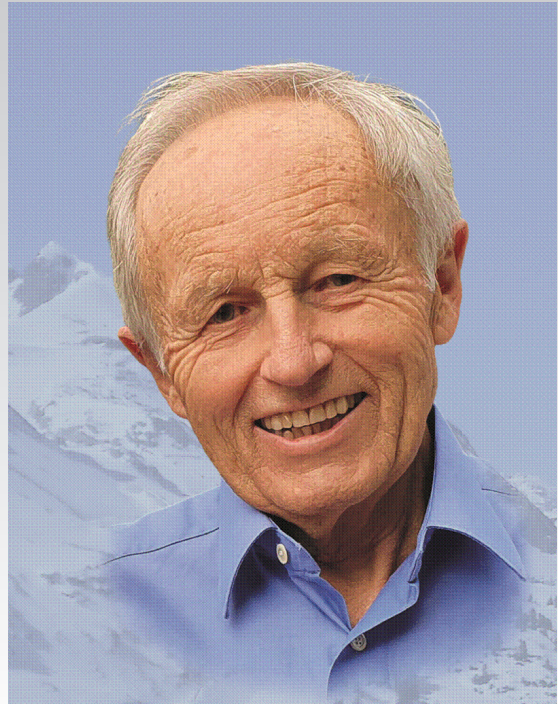
IN MEMORIAM

PROF. DR. HANS GEORG SERGL

Mit großer Traurigkeit mussten wir erfahren, dass Herr Prof. Dr. Hans Georg Sergl am 5. Januar dieses Jahres verstorben ist. Unser tief empfundenes Mitgefühl gilt seiner Frau sowie seinen Töchtern mit ihren Familien.

Prof. Sergl wurde am 7. April 1936 in München geboren, er absolvierte das Abitur am humanistischen Wilhelmsgymnasium in München und studierte anschließend ebendort an der Ludwig-Maximilians-Universität Zahnmedizin. Seine kieferorthopädische Facharztausbildung erlangte er unter Prof. Heinrich Paschke und Prof. Annette Fleischer-Peters an der Universitätsklinik Erlangen. Sinnbildlich für seinen ausgeprägten Wissensdurst und sein fachübergreifendes wissenschaftliches Interesse absolvierte er hier ein Zweitstudium der Psychologie. In den Jahren 1971 bis 1974 war Prof. Sergl als Oberarzt an der Georg-August-Universität Göttingen tätig. Dies war für den heimatverbundenen Bayer nun fast schon „hoher Norden“. Er faltete eine Deutschlandkarte und strebte eine Ordinarius-Stelle in der südlichen Hälfte Deutschlands an. Im Jahre 1974 gelang ihm dies, und er übernahm den Lehrstuhl für Kieferorthopädie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz von seinem Vorgänger Prof. Karl Franz Nawrath. Hier in Mainz prägte Prof. Sergl eine Ära. In dieser außerordentlich produktiven Zeit erfolgten über 100 wissenschaftliche Veröffentlichungen, er war Herausgeber des Buches *Psychologie/Psychosomatik in der Zahnheilkunde* sowie Autor des ersten umfassenden deutschsprachigen Buches über *Festsitzende Apparaturen in der Kieferorthopädie*. Noch heute – 35 Jahre nach Erscheinen – ist dieses Buch ein Standardwerk in der Kieferorthopädie. Prof. Sergl war Präsident der „European Orthodontic Society“ und ist Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie sowie weiterer Fachgesellschaften. Auch nach seiner Emeritierung im Jahre 2001 blieb Prof. Sergl auf den verschiedenen Parkettböden seines Wirkens aktiv. Er bildete sich auf dem Gebiet der Traumforschung fort, und parallel folgten weitere kieferorthopädische Veröffentlichungen.

Im Jahr 2017 betrat Prof. Sergl Neuland und veröffentlichte zwei Bücher über Glaubensfragen und darüber, wie religiöse Gotteserfahrungen mit einem rational-naturwissenschaftlichen Weltbild vereinbar sind.



Noch in seinem letzten Lebensjahrzehnt besuchte er einige kieferorthopädische Praxen seiner früheren Schüler und verfolgte interessiert die Behandlungsabläufe und reflektierte gemeinsam mit den Kollegen den heutigen Stand. Erst in den letzten Lebensmonaten setzte ein zunehmend schwächer werdendes Herz diesem Wissensdurst Grenzen. Gestatten Sie mir – einem ehemaligen Weiterbildungsassistenten – nach der Würdigung seiner herausragenden akademischen Leistungen nun ein paar persönliche Worte:

Seiner bescheidenen Art folgend, hat Prof. Sergl die Trauerrede anlässlich seiner Beerdigung am 15. Januar eigenhändig verfasst, so konnte er vermeiden, dass Lobhuldigungen ausgesprochen werden, die ihm möglicherweise unangenehm gewesen wären. Hier in diesen Zeilen kann ich sie ihm leider nicht ersparen, und ich hoffe, er sieht es mir nach.

Hans Georg Sergl war ein Mensch für den zweiten Blick, kein oberflächlicher „Smalltalker“, sondern ein tiefgründiger Gesprächspartner, dessen Wort prägnant und weise war. Er hörte aufmerksam zu und vermochte es, sich in sein Gegenüber hineinzuversetzen. Er ließ uns teilhaben an seiner Weitsicht, die weit über den kieferorthopädischen Horizont hinaus ging. Dabei war er eine dieser Führungspersönlichkeiten, die leise sein konnten. Zugleich war er ein verschmitzter Junge, der Humor liebte. Seine Verbundenheit zur Familie war stets spürbar, und wir Assistenten hatten das Gefühl, auch ein wenig Teil seiner Familie zu sein. Für all dies sind wir unendlich dankbar! Die Kieferorthopädie in Deutschland verliert mit seinem Tod einen ihrer Protagonisten, einen außerordentlichen Menschen, und es tröstet uns die Zuversicht auf ein Wiedersehen! ■

Georg Zöller, Kaiserslautern



Seaside Education Days auf Sylt

11. - 13. Juni 2026 | Sylt, Deutschland

Erleben Sie die moderne Welt der Aligner-Kieferorthopädie in inspirierender Umgebung auf Sylt bei den Seaside Education Days. Zahlreiche Referenten vermitteln praxisrelevante Themen und aktuelle Entwicklungen rund um die Aligner-Therapie.

Die Veranstaltung bietet eine ideale Fortbildungsmöglichkeit, um Ihr Fachwissen zu vertiefen, sich auszutauschen und praxisrelevante Erkenntnisse zu gewinnen.

Nehmen Sie teil an den neusten Entwicklungen in der Aligner-Technologie und registrieren Sie sich für die Seaside Education Days auf Sylt!

Besuchen Sie auch: angelaligner.com/de

Angelalign Technology (Germany) GmbH | Wankelstraße 60 | 50996 Köln

Tel.: +49 221 828 289 15 | care.de@angelaligner.com



Jetzt registrieren!

SEA LOVE KFO 2026 – DER KFO-KONGRESS FEIERT JUBILÄUM!



BDK.info 1.26

■ Seit fünf Jahren bringt das Format hochkarätige Referenten, wertvolles Fachwissen und kollegialen Austausch an einen der schönsten Orte Deutschlands – den Tegernsee. Vom 23. bis 26. April 2026 findet der Kongress erneut im 5-Sterne-Resort Althoff Seehotel Überfahrt statt.

Ein besonderes Highlight in diesem Jahr: Der Kongress eröffnet mit einer inspirierenden Keynote der Reserve-Astronautin, Pilotin, Ingenieurin und Dozentin Nicola Winter. Mit Ihrer großen Leidenschaft für das Fliegen, Disziplin und Zielstrebigkeit hat sie es zum Mitglied der Astronauten-Reserve geschafft – und ihre Erkenntnisse versprechen wertvolle Impulse, die auch in der KFO-Branche Anwendung finden.

Weitere hochkarätige Referenten sind unter anderem Dr. Julia Garcia Baeza, Prof. Dr. Benedict Wilmes, Heike Herrmann, Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs, Dr. Peter Schicker, Dr. Mareike Simon, Dr. Oliver Liebl, Tassilo Richter, Sebastian Kierer, Reinhard Pfingsten und Dr. Seung-Woo Yoo. Durch das Programm führt

Hauptmoderator Dr. Moritz Försch gemeinsam mit Gastgeber Tassilo Richter.

Der SEA LOVE KFO Kongress verbindet Wissen, Inspiration und Netzwerk – eine einzigartige Kombination in gelungener Atmosphäre. Ob bei „traditioneller“ Schifffahrt auf dem Tegernsee oder dem bayerischen Abend der ABZ mit dem Deutsch-Italo-Popschlager-Duo Die LAMAS – es entstehen unzählige Möglichkeiten, um in entspanntem Umfeld zu netzwerken und sich auszutauschen.

Mit praxisnahen Inhalten, inspirierenden Impulsen und 16 Fortbildungspunkten ist der SEA LOVE KFO Kongress 2026 ein fester Termin für alle Kieferorthopäden.

Jetzt anmelden unter: www.sealovekfo.de



ABZ Kompetenzzentrum Kieferorthopädie
www.abz-zr.de/kfo

NEUZUGANG BEI DER PREMIUM-BRACKETFAMILIE DISCOVERY®: DISCOVERY® SMART SL – DAS PASSIV SELBSTLIGIERENDE BRACKET VON DENTAURUM.



■ Mit discovery® smart sl erweitert Dentaaurum die Premium-Bracketfamilie discovery® um eine zukunftsorientierte Lösung: ein passiv selbstligierendes Bracket mit einfachem Handling, hoher Materialqualität und zuverlässiger Funktion. Das Öffnen des Deckels gelingt durch eine intuitive Drehbewegung mit dem speziell entwickelten Öffnungsinstrument.

#CLICK&GO – Einfach. Schnell. Intuitiv.

Dank des Öffnungs- und Schließmechanismus lässt sich der Deckel durch Schieben von inzisal/okklusal mühelos schließen. Ein spürbares „CLICK“ signalisiert das sichere Einrasten – „GO“ steht für schnelle Bogenwechsel und reduzierte Chairtime. Das passive Low Friction Bracket minimiert Reibung und ermöglicht kontrollierte Kräfte für effiziente, sanfte Zahnbewegungen. Die patentierte laserstrukturierte und anatomisch geformte Basis mit FDI-Kennung sorgt für einfaches Handling und sicheren Halt am Zahn. Hygienisch im Blister verpackt, durchläuft es einen mehrstufigen Reinigungsprozess. Weitere Informationen unter www.dentaaurum.de/lp/deu/discovery-smart-sl-bracket.aspx.

DENTAURUM GmbH & Co. KG
www.dentaaurum.com



* Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Anbietern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

DENTALLINE FRÜHJAHRSAKTION

■ Mit attraktiven Preisnachlässen auf zahlreiche Artikel seines umfangreichen Sortiments wartet dentalline im Rahmen seiner traditionellen Frühjahrsaktion auf. Ob Bögen, Brackets oder Bukkalröhrchen, Dehn- und GNE-Schrauben für die analoge wie digitale Fertigung, Pins und Verbrauchsmaterialien für die skelettale Verankerung, Zangen, Instrumente, Elastomere oder Bonding-Artikel – entdecken Sie Top-Angebote und sparen Sie bares Geld beim Einkauf Ihrer Praxis- und Laborbedarfe. Lernen Sie darüber hinaus Produktneuheiten wie die 3-Layer FLEX Tiefziehfolie aus dem Hause Leone für die Herstellung von Alignern, das Oscident Strips 2.0 System zur approximalen Schmelzreduktion oder das blue[®]m Aligner Care Essential Kit, das Praxen ihren Patienten zum ersten Aligner-Set überreichen können, kennen. Die dentalline Frühjahrsaktion ist bis zum 24. April 2026 gültig. Ein entsprechender Angebotsflyer kann auf dentalline.de eingesehen oder heruntergeladen werden.

Dentalline GmbH & Co. KG
<https://dentalline.de>



The flyer features the Dentalline logo at the top. Below it, there are images of various dental products including PSM Medical pins, brackets, and instruments. A central graphic shows a 10% discount on pins and consumables, and a 5% discount on instruments. A smiling woman wearing a headset is shown on the right side. At the bottom, it says 'Frühjahrsaktion gültig vom 2. März bis 24. April 2026' and provides a service hotline number: +49 7231 9781-0.

ANGEL ALIGNER™ EVENTS

■ Wir freuen uns, Sie zu einer Reihe von Angel Aligner™ Veranstaltungen sowie auf unseren Messestand bei Fachausstellungen einzuladen. Als einer der weltweit führenden Anbieter transparenter Aligner-Technologie mit über 20 Jahren Erfahrung arbeiten wir kontinuierlich an innovativen und digitalen Lösungen, um die Behandlungsergebnisse sowohl für Patienten als auch Kieferorthopäden zu verbessern. Mit dem Angel Aligner™ System können moderate bis komplexe Malokklusionen im Wechsel- oder bleibenden Gebiss gelöst werden. Nutzen Sie die Gelegenheit, bei bevorstehenden Veranstaltungen mehr über unsere Behandlungslösungen zu erfahren und sich mit Fachkollegen auszutauschen.

Events, Fortbildungskurse und Kongressteilnahmen

Kitzbühel | 7.-12. März 2026: Teilnahme am Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Kieferorthopädie.

Köln | 18. März 2026 (18:00-21:00 Uhr): Optimierung von Klasse II-Behandlungen: Klinische Strategien und praxisnahe Behandlungsbeispiele. Referent: Dr. Jörg Schwarze

Kiel | 17. April 2026 (11:00-16:00 Uhr): Effiziente Distalisierung in Ober- und Unterkiefer: Neue Ansätze mit Angel Aligner™. Referent: Dr. Boris Sonnenberg

Salzburg | 24./25. April 2026: Teilnahme am Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin.

Bad Sobernheim | 24.-26. April 2026: Teilnahme am Beyond Braces Kongress.

Würzburg | 8. Mai 2026: Teilnahme am KI-Symposium der KFO-IG.

Webinar | 20. Mai 2026 (18:00-19:30 Uhr): Mastering the Aligner Workflow. Referent: ZT Florian Gau

Dresden | 29. Mai 2026 (11:00-16:00 Uhr): Innovative Lösungen innerhalb des Angel Aligner™ iOrtho™ Systems.

Referent: ZT Florian Gau

Wien | 29. Mai 2026 (11:00-16:00 Uhr): Moderne Aligner-Orthodontie: Wie Materialien und Tools die Behandlungspraxis prägen.

Referent: Dr. Dietmar Zuran

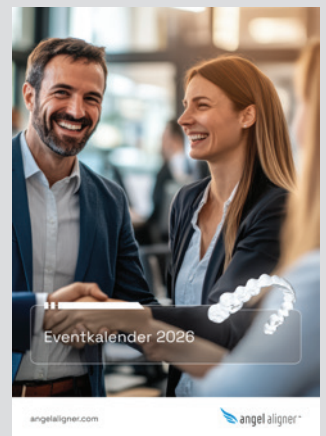
Sylt | 11.-13. Juni 2026: Seaside Education Days auf Sylt
 Referenten: Dr. Julia Haubrich, Dr. Baerbl Reistenhofer, Dr. Boris Sonnenberg, Dr. Jörg Schwarze, ZTM Matthias Peper, ZT Florian Gau

Düsseldorf | 19./20. Juni 2026: Teilnahme am BENEFIT User Meeting.



Angelalign Technology (Germany) GmbH
 Wankelstraße 60, 50996 Köln
care.de@angelaligner.com

Jetzt die Education App herunterladen!



ETCHFREE BONDING: EFFIZIENZ, FEUCHTIGKEITSTOLERANZ UND SCHMELZSCHUTZ IM MODERNEN BONDING

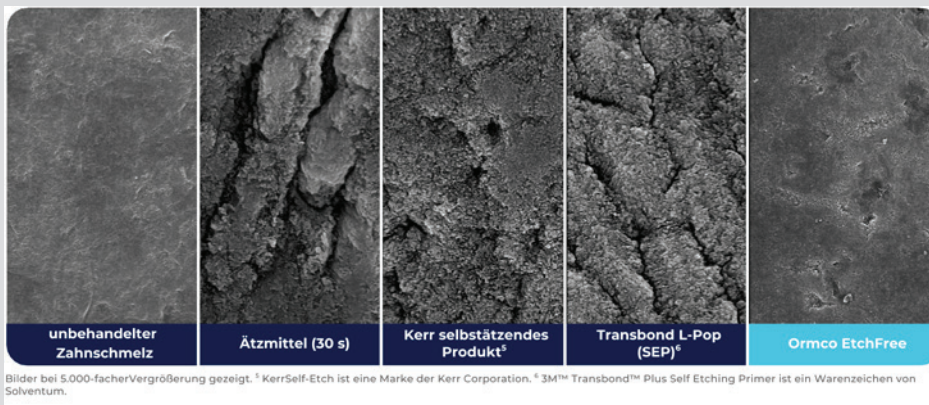
■ Ormco EtchFree Bonding eliminiert vollständig die Säureätzung und reduziert damit Technikempfindlichkeit sowie potenzielle Schmelzschäden im Vergleich zu klassischen Verfahren. Das System ist vollständig feuchtigkeitstolerant und bietet stabile Haftwerte auch unter nassen Bedingungen –

ein entscheidender Vorteil im klinischen Alltag, insbesondere bei eingeschränkter Feuchtigkeitskontrolle.

Durch den Wegfall von Ätzen, Spülen und Trocknen wird der Bonding Workflow deutlich verkürzt, was sowohl Zeit spart als auch die Wahrscheinlichkeit feuchtigkeitsbedingter Debonds

reduziert. Gleichzeitig sorgt die chemische Bindung an Kalzium für eine zuverlässige Haftung, während die Schmelzoberfläche geschont und das Risiko von White-Spots minimiert wird.

Für moderne KFO-Praxen bietet EtchFree damit eine klar strukturierte, sichere und effiziente Alternative zur traditionellen Ätztechnik.



Ormco

www.ormco.de/kontakt

CGM Z1.PRO KFO-BOGENSCHEMA

■ Zu einem erstellten KFO-Plan kann – direkt im Planungsteil zur feststehenden Apparatur – ein sogenanntes Bogenschema geplant werden. Dieses ermöglicht eine strukturierte und vorausschauende Planung der Behandlung, indem die voraussichtlich verwendeten Bögen sowie gegebenenfalls weitere relevante Besonderheiten dokumentierbar sind.

Mit Speichern des Schemas wird es unmittelbar in der Z1.PRO-Karteikarte im Dokumentenfenster angezeigt.

Die Pflege und Aktualisierung des Bogenschemas kann automatisiert erfolgen, indem der Verbrauch der verwendeten Bögen über die Z1.PRO-Materialverwaltung gebucht wird. Dies geschieht durch das Abscannen des jeweiligen Bogens – das vereinfacht die Dokumentation und gewährleistet eine präzise Verfolgung des Materialverbrauchs. Innerhalb des Bogenschemas können manuelle Eintragungen zum Behandlungsverlauf vorgenommen werden: So lassen sich spezifische In-

formationen oder Abweichungen, die während der Behandlung auftreten können, festhalten.

Ein grünes Häkchen, das neben dem jeweiligen gewechselten Bogen angezeigt wird, signalisiert auf einen Blick, dass der Bogen eingesetzt wurde und dass bisher alles ordnungsgemäß verlaufen ist. Bei abweichenden Situationen, wie der Verwendung eines anderen Bogens oder unerwarteter Verläufe in der Behandlung, lässt sich der automatisierte Eintrag im Bogenschema manuell überstimmen.

Zugunsten der Individualisierung können alle in der Praxis verwendeten Bogensysteme in der Konfiguration individuell hinterlegt werden.

**CompuGroup Medical
Deutschland AG**

<http://cgm.com/dentalsysteme>



Dok.	Info	Archiv	Druck	Termin	Opg/Foto	Notiz	Doku+	Bg-Schema
07.04.24	✓	12.12.24	✓	08.07.25	!			
Sentalloy 0.014	Sentalloy 0.018	Niti 0.016 x 0.022 SST	SST 0.016 x 0.022	SST 0.017 x 0.025	Niti 0.020 x 0.032	Niti 0.230 x 0.033	Niti 0.018 x 0.226	
TPA	GNE	Verlauf unplanmäßig						
Sentalloy 0.014	Sentalloy 0.018	Niti 0.016 x 0.022 SST	SST 0.016 x 0.022	SST 0.017 x 0.025	Niti 0.020 x 0.032	Niti 0.230 x 0.033	Niti 0.018 x 0.226	

ALIGN TECHNOLOGY FÜHRT INVISALIGN® SYSTEM ZUR MANDIBULÄREN PROTRUSION MIT OKKLUSALEN BLÖCKEN FÜR DIE SKELETTALE UND DENTALE KORREKTUR EIN



■ Align Technology hat kürzlich das neue Invisalign®-System zur mandibulären Protrusion mit okklusalen Blöcken vorgestellt. Die speziell entwickelten okklusalen Blöcke kommen bei ausgewählten Formen der Klasse II-Malokklusion zum Einsatz. Sie positionieren den Unterkiefer dauerhaft in einer vorverlagerten Position, während parallel gezielte Zahnbewegungen zur Korrektur von Zahnfehlstellungen durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um Aligns erstes transparentes Aligner-System, das über fest integrierte okklusale Blöcke

verfügt und dadurch eine kontrollierte sowie gut planbare Vorverlagerung des Unterkiefers erlaubt. Die okklusalen Blöcke erhöhen die strukturelle Stabilität und bewirken eine vertikale Abstützung. Insbesondere bei tiefem Biss der Klasse II kann so eine frühzeitige Unterkiefervorverlagerung gefördert und die Effizienz der Behandlung gesteigert werden. Das Invisalign®-System zur mandibulären Protrusion mit okklusalen Blöcken ist in erster Linie für heranwachsende Patienten im späten Wechselgebiss oder frühen bleibenden Gebiss (10 bis 16 Jahre) vorgesehen. Durch die gezielte Nutzung des natürlichen Wachstumspotenzials in der präpubertären und pubertären Phase unterstützt das System eine wirksame Korrektur von Klasse II-Malokklusionen. Dadurch werden eine verbesserte Kieferrelation und Okklusion, eine Optimierung der Gesichtsästhetik sowie nachhaltige funktionelle Vorteile erreicht. Weitere Informationen oder Schulungstermine finden Sie unter www.invisalign.com.

Align Technology GmbH
www.aligntech.com



SMART ASSIST - WO INTELLIGENTE PRAXIS- ORGANISATION BEGINNT

■ Im Praxisalltag bleibt oft zu wenig Zeit für das, was Ihnen wirklich am Herzen liegt: Ihre Patienten. Smart Assist ist der weiterentwickelte Nachfolger unseres bewährten Touch Panels - und wird zum digitalen Mitdenker, der Routineaufgaben übernimmt und Ihren Praxisalltag spürbar leichter macht. Smart Assist ist zugleich der Beginn unserer KI-Zukunft - aus diesem Modul entsteht Ihr zukünftiger KI-Assistent, der Sie im Praxisalltag noch gezielter unterstützt. Während Sie behandeln, erfasst Smart Assist Ihre Praxisdaten nahezu in Echtzeit, strukturiert Informationen und übersetzt sie in klare, nachvollziehbare Schritte für Ihr Team. So entsteht ein nahtloser Workflow, der Behandlungen, Dokumentation und Teamkommunikation intelligent verbindet. Mit Smart Assist organisieren Sie den Informationsfluss in Ihrer Praxis: Abläufe greifen ineinander, Aufgaben sind übersichtlich vernetzt, und jeder im Team weiß, was als Nächstes dran ist. Die Technik passt sich Ihren Abläufen an - nicht umgekehrt.

Was Sie spüren? Mehr Leichtigkeit im Tag, weniger Zettel, weniger Nachfragen - und mehr Raum für das, was Ihren Beruf ausmacht: konzentrierte Behandlung, persönliche Gespräche, echte Zuwendung zum Patienten.

Smart Assist - entwickelt für Praxen, die täglich ihr Bestes geben und sich eine Digitalisierung wünschen, die entlastet. Entdecken Sie jetzt Smart Assist.

Computer Forum GmbH
www.computer.forum



IMPRESSUM

BDK.INFO

34. Jahrgang - Ausgabe 1/2026
Erscheinungsweise 4 x jährlich,
Auflage 3.250 Exemplare

HERAUSGEBER

Berufsverband der
Deutschen Kieferorthopäden e.V.
1. Bundesvorsitzender:
Dr. Hans-Jürgen Köning (V. i. S. d. P.)
Dr. Julia Tiefengraber
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. Julia Tiefengraber

REDAKTION

Dr. Agnes Römeth
Lisa Heinemann
Stephan Gierthmühlen

REDAKTIONSANSCHRIFT

OEMUS MEDIA AG
BDK.info
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
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Torsten R. Oemus

DRUCK

Silber Druck GmbH & Co. KG
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 2026.

ART DIRECTION/GRAFIK

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

Lisa Greulich
Tel.: +49 341 48474-328
l.greulich@oemus-media.de



INSERENTEN

ABZ GmbH	4
Align Technology GmbH	33
Angelalign Technology (Germany) GmbH	61
CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH	13
Computer Forum GmbH	2
dentalline GmbH	51
Dentaurum GmbH	7
DW Lingual Systems GmbH	27
Kerr GmbH	67
Mikrona Group AG	68
Orthodepot GmbH	23

BEILAGE

BEILAGE

BEILAGE

BEILAGE

BEILAGE

Carl Martin GmbH	
DGÄZ e.V.	
IOS - Hannover	
Ortho Penthin GmbH	
Prof. Dr. Benedict Wilmes	

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 Verfasseramen 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.

Die revolutionäre **ätzfreie** Klebelösung

Reduzieren Sie klinische Schritte und steigern Sie die Effizienz Ihres Bondings – ohne Säureätzung, mit Ormco **etchfree**

Kein Ätzen, Abspülen, Trocknen oder Warten

Vollständige Feuchtigkeitstoleranz

Deutlich weniger Debonds¹



Jetzt mehr erfahren!

Orthora 200

Jetzt Ihre massgeschneiderte
Behandlungseinheit konfigurieren!

germany@mikrona.com +49 331 740 38 28



Für Details



MIKRONA+



reddot design award