



© AIDAsign – stock.adobe.com/Sina Ettmer – stock.adobe.com

■ INTERVIEW

mit Dr. Romy Ermler,
Präsidentin der Bundes-
zahnärztekammer

■ ZERTIFIZIERUNG

Jahreskongress des German
Board of Orthodontics and
Orofacial Orthopedics (GBO)

■ BRANDENBURG

Die Schwerpunkte dieser
Ausgabe stammen aus dem
Landesverband Brandenburg

02

Smart Assist

**Für KFO-Praxen entwickelt.
Für die KI-Zukunft vorbereitet.**

- + Speziell für KFO-Workflows
- + Mehr Effizienz im Praxisalltag
- + Basis für künftige KI-Funktionen



Mehr erfahren unter: www.computer.forum

02

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN



Alle Jahre wieder gibt es in der Kieferorthopädie Über- und Fehlversorgung. Diesmal festgestellt von der Finanzkommission, die vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzt wurde, um Vorschläge zu erarbeiten, die das Finanzierungsdefizit in der GKV reduzieren sollen. Die Kieferorthopädie findet sich an erster Stelle der A* Kategorie (Einsparungen oder Einnahmen mit positiven Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung beziehungsweise Förderung der Eigenverantwortung bei mindestens gleichbleibendem Zugang und mindestens gleichbleibender Verteilungsgerechtigkeit). Also Verbesserung der Qualität und Einsparung, was will man mehr? Lesen Sie dazu meinen Leitartikel.

Ein weiteres brandaktuelles Thema, das uns auch unabhängig von den aktuellen gesundheitspolitischen Debatten unmittelbar betrifft: die Selbstbestimmung im Gebührenrecht. Im Interview stellt Dr. Dr. Alexander Raff die neue Fachausgabe Kieferorthopädie des Liebold/ Raff/ Wissing vor und stellt klar: „Die Selbstbestimmung im Gebührenrecht darf uns aus unseren Praxen, Händen und Köpfen nicht entgleiten, mit oder ohne GOZ-Reform“. Es geht um weit mehr als um technische Abrechnungsfragen. Es geht um die Frage, ob wir als freiberuflich tätige Heilberufler die inhaltliche und wirtschaftliche Verantwortung für unsere Behandlung weiterhin selbst definieren können oder ob diese schrittweise von außen vorgegeben wird. Gebührenrecht ist eben nicht bloß Verwaltung, sondern immer auch Ausdruck beruflicher Freiheit.

Dass unser Fach zugleich wissenschaftlich lebendig und inhaltlich hoch differenziert bleibt, zeigte wieder einmal der

Jahreskongress des German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics (GBO). Den ausführlichen Nachbericht lesen Sie ab Seite 40.

Ein besonderer Schwerpunkt dieser Ausgabe liegt zudem auf einem Thema, das fachlich, menschlich und rechtlich gleichermaßen hohe Aufmerksamkeit verlangt: Kindeswohlgefährdung. Der Beitrag „Zahngesund aufwachsen – Die wichtige Aufgabe von Zahnärztinnen und Zahnärzten zum Kinderschutz“ macht deutlich, dass Mundgesundheit ein elementarer Bestandteil gesunden Aufwachsens ist und dass gerade zahnärztliche Befunde Hinweise auf Vernachlässigung geben können. Zugleich zeigt der Beitrag, wie wichtig Sensibilität, Aufklärung und Zusammenarbeit mit Eltern, Betreuungspersonen und weiteren Akteuren sind. Ergänzt wird dieser Schwerpunkt durch den Beitrag „Kindeswohlgefährdung in der kieferorthopädischen Praxis aus rechtlicher Sicht“. Hier wird deutlich, dass Kinderschutz nicht nur eine Frage des moralischen Empfindens, sondern auch des rechtlich verantwortlichen Handelns ist.

Diese Ausgabe zeigt damit sehr eindrücklich, wie breit das Spektrum unserer beruflichen Verantwortung ist. Es reicht von gesundheitspolitischem Standing über gebührenrechtliche Selbstbehauptung bis hin zu wissenschaftlicher Weiterentwicklung und kinderschutzrechtlicher Verantwortung im Praxisalltag. All das gehört zu unserem Beruf. All das verlangt Aufmerksamkeit, Urteilskraft und Haltung.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

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
LEITARTIKEL**

Ist das Kunst
oder kann das weg?

**10
STELLUNGNAHME**

Referentenentwurf BStabG

**15
EINLADUNG**

Save the Date: BDK
Mitgliederversammlung
2026

**16
VORSTELLUNG**

Vorstellung des
Landesverband
Brandenburg

**18
PANORAMA**

Gesamtvorstand tagte
im Frühling in Berlin

20

Zahngesund aufwachsen

22

Fachausgabe Kieferorthopädie:
ein besonderer Service
für BDK-Mitglieder

24

„Die Selbstbestimmung im Gebühren-
recht darf uns aus unseren Praxen,
Händen und Köpfen nicht entgleiten,
mit oder ohne GOZ-Reform.“

**26
POLITIK**

„Nachgeben ist selten
die bessere Strategie“

**28
WIRTSCHAFT
& RECHT**

Kindeswohlgefährdung in der
kieferorthopädischen Praxis
aus rechtlicher Sicht

32

Von Aufstiegshilfen
(mit und ohne Holm) und
biowaffenfähigen Mullbinden

**34
WISSENSCHAFT**

EOS 2026
Distinguished Teacher

36

Wissenschaftliche
Wegmarken aus der
Göttinger Zeit

**40
FORTBILDUNG**

Jahreskongress des
German Board of Orthodontics
and Orofacial Orthopedics

52

GBO-Zertifizierung im inter-
universitären Kolloquium vorgestellt

54

EFOSA: Kieferorthopädie in Europa

55

PFÄ Symposium 2026: Gesundheit
erhalten - Krankheiten vorbeugen

56

AUS DEN LÄNDERN
Neujahrsempfang des BDK Nordrhein

58

Außerordentliche
Mitgliederversammlung

**60
MARKT**

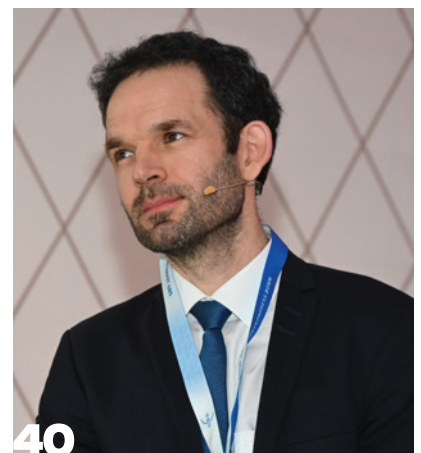
**66
IMPRESSUM
& INSERENTEN**



18



34



40

IST DAS KUNST ODER KANN DAS WEG?

WENN SPARPOLITIK VERSORGUNG ZERSTÖRT

Ein Beitrag von Dr. Hans-Jürgen Köning.



© Igor - stock.adobe.com

Dieser Leitartikel hat mehrere Versionen: Jedes Mal, wenn er fertig war, kam eine neue politische Vorgabe. Jetzt ist er fertig, da Redaktionsschluss ist! Das Verfahren ist jedoch noch nicht abgeschlossen.

Die Gesundheitspolitik des Bundesministeriums für Gesundheit steht erneut in Gefahr, ein altes Muster zu wiederholen: Finanzielle Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung sollen durch Eingriffe in funktionierende Versorgungsbereiche kaschiert werden. Der aktuelle Referentenentwurf/Kabinettsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beruht weitestgehend auf den 66 Vorschlägen der vom BMG beauftragten Finanzkommission, die am 30. März 2026 veröffentlicht wurden. Der Kommissionsvizechef Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach sagte in der FAZ: „Wir rechnen mit einem Shitstorm epischen Ausmaßes.“

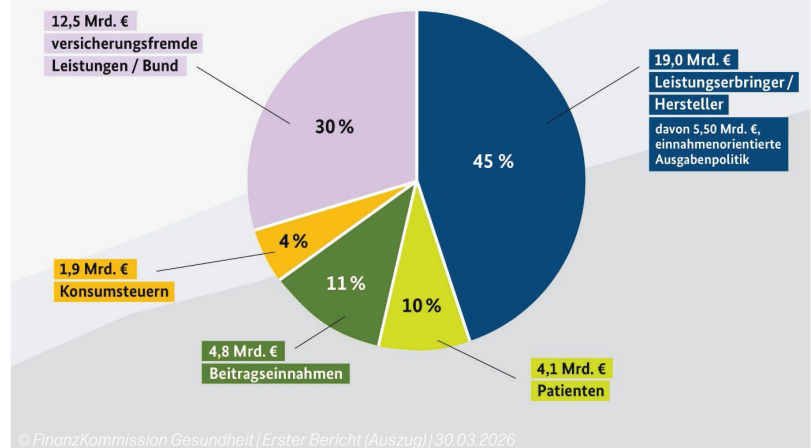
Die Infografik Empfehlung (Nr. 63) der Finanzkommission: „Die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, insbesondere die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden sollten adäquat aus Steuermitteln erfolgen.“ hat es nicht in den Referentenentwurf geschafft. Aber unser Finanzminister Lars Klingbeil hatte dazu eine Idee, oder wohl eher einen kleinen Taschenspielertrick: Der Bund will sich schrittweise stärker an den Gesund-

heitskosten für Grundsicherungsempfänger beteiligen, zunächst aber nur mit 250 Millionen Euro mehr. Im Gegenzug wird der allgemeine Bundeszuschuss an die GKV bis 2030 um jährlich zwei Milliarden Euro gekürzt: $250 - 2.000 = -1.750$ Euro. So wird dem System weiter Geld entzogen. Glaubt der Finanzminister, dass wir das nicht bemerken, oder war Mathematik nicht sein Lieblingsfach? Wie soll diese Summe jetzt noch zusätzlich weggespart werden? Wer Tortendiagramme lesen kann, weiß, wer am Ende die Zeche zahlt. Frau Warken sah im ersten Gesetzesentwurf (Referentenentwurf) ein Einsparvolumen von 20 Mrd. Euro. Im Regierungsentwurf sind es noch 16,3 Milliarden. Wie ein Shitstorm epischen Ausmaßes aussehen kann, konnte man bei der Verbändeanhörung am 20. April 2026 erleben. Hier konnte man erfahren, wie die „Leistungserbringer“ – ich spreche lieber über Leistungsträger – im Gesundheitswesen, die Krankenkassen, Gewerkschaften, Verbraucher- und Sozialverbände den Gesetzesentwurf einordnen. Alle die Zahnärzte betreffenden Eingriffe blieben unverändert im Kabinettsentwurf enthalten.

Die Zahnmedizin insgesamt gehört nach Darstellung von KZBV und BZÄK zu den ausgabenstabilsten Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr Anteil an den GKV-Gesamtausgaben ist über Jahre gesunken, obwohl die Versorgung modernisiert, präventionsorientiert weiterentwickelt und an wissenschaftliche Standards angepasst wurde. Wer dennoch erneut Sparmaßnahmen gegen diesen Bereich richtet, offenbart weniger Reformkraft als gesundheitspolitische Ratlosigkeit. Besonders gravierend sind die Gesetzesvorhaben für die Kieferorthopädie. Obwohl aktuelle Untersuchungen wie die DMS 6 und der BARMER-Report es widerlegen, wird wieder von Über- und Fehlversorgung gesprochen. Außerdem wird ein erhebliches Einsparpotenzial gesehen und so findet sich die Kieferorthopädie in der A*-Kategorie (positive Auswirkung auf die Qualität der Versorgung) der Empfehlungen der Finanzkommission wieder:

1. Fachzahnarztvorbehalt für die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen (Einsparpotenzial 2027: 30 Mio. Euro, später 60 Mio.)
2. Zusammenfassung der Leistungen der kieferorthopädischen Versorgung (bis 31.12.2027) zu Leistungskomplexen (Einsparpotenzial ab 2030 130 Mio. Euro)
3. Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität
4. Überprüfung der KIG (ggf. KIG 3 streichen)
5. evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgenaufnahmen sowie Panoramaaufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung (7 Mio. Euro Einsparpotenzial laut Finanzkommission bei 1/3 weniger Aufnahmen)

Verteilung der Belastung auf viele Schultern Einsparvolumen 2027 nach Quelle



Wenn man sich diese Forderungen anschaut, wird man sofort an Veröffentlichungen des Bundesrechnungshofes, des IGES-Instituts, der HKK oder zweier Kieferorthopäden aus Deutschland erinnert. Spannend wie diese Ideen es in die Finanzkommission geschafft haben. Mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie oder dem BDK wurde im Vorfeld nicht gesprochen.

Insgesamt sollen laut Finanzkommission 2027 110 Mio. Euro durch diese Maßnahmen eingespart werden. Man könnte bei dem geplanten Gesamteinsparvolumen fast von „Peanuts“ reden. Hier wird eine funktionierende Versorgungsstruktur aus vermeintlichem Sparpotenzial beschädigt.

Was bedeutet das nun für uns?

Die Kieferorthopädie ist Teil einer präventiven Zahnmedizin, die Fehlentwicklungen früh erkennt, funktionelle Beeinträchtigungen begrenzt und langfristige Schäden vermeiden hilft. Die Weiterbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie stellt einen besonders strukturierten Qualifikationsweg dar. Sie basiert auf den Heilberufsgesetzen der Länder sowie den Weiterbildungsordnungen der Landes Zahnärztekammern. Sie setzt eine mindestens dreijährige Weiterbildung in Vollzeit an genehmigten Weiterbildungsstätten unter der Aufsicht einer oder eines Weiterbildungsbefugten voraus. Prägend sind die tägliche klinische Tätigkeit sowie die strukturierte Behandlung einer großen Zahl unterschiedlicher, auch komplexer Fälle unter kontinuierlicher Supervision durch weiterbildungsbefugte Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte. Die Weiterbildung schließt mit einer Prüfung vor den Landes Zahnärztekammern ab und erfüllt die europarechtlichen Anforderungen an eine Fachzahnarzt Ausbildung gem. Art. 35 der Richtlinie 2005/36/EG. Berufsbegleitende Masterstudiengänge können ebenso wie langjährige praktische Tätigkeit mit regelmäßiger qualifizierter Fortbildung zu vertieftem kieferorthopädischem Wissen und

zusätzlichen praktischen Erfahrungen führen. Diese Qualifikationswege sollen hier nicht pauschal abgewertet werden. Die Weiterbildung zu FZÄ/A für Kieferorthopädie stellt jedoch die höchste Qualifikation in unserem Fachgebiet dar. Die Forderung der Kommission nach einem Abrechnungsverbot von kieferorthopädischen Behandlungen durch nicht weitergebildete Zahnärzte stellt einen Eingriff in die durch die Approbationsordnung vermittelte Berufsfreiheit dar, und hat erhebliche Auswirkung auf die Versorgungssituation. Sollten alle vertragszahnärztlichen Behandlungen nur noch von Fachzahnärzten erbracht werden dürfen, würde in vielen, vor allem ländlichen Gebieten die Versorgung aktuell komplett zusammenbrechen und auch sonst zu erheblichen Wartezeiten auf eine kieferorthopädische Behandlung führen. Ob dadurch 30 bis 60 Millionen Euro eingespart werden können, kann man bezweifeln.

Das Märchen vom großen Sparpotenzial durch Leistungskomplexe

Wer glaubt, die Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen führe zu nennenswerten Einsparungen, übersieht die Realität der kieferorthopädischen Versorgung. Diagnostische Leistungen sind bereits heute begrenzt, und ein erheblicher Teil der Behandlungsleistungen wird schon jetzt über die Komplexgebühren 119 und 120 abgegolten. Als Beispiel wird immer die sogenannte „Gratiszahnspange“ aus Österreich angeführt. Die Pauschale für eine Regelbehandlung mit MB vom Einsetzen des ersten Bracket bis zum Aushängen des ersten Retentionsgerätes betrug in Jahr 2025 4.587,00 Euro - exklusiv Retentionszeit. Wie durch diese Maßnahmen jährliche Einsparungen von 130 Millionen Euro erzielt und zugleich die Behandlungsqualität verbessert werden sollen, erschließt sich mir nicht. Die Überlegungen der Kommission, eine Ergebnisqualitätsmessung nach österreichischem Modell zu schaffen, erscheint im Hinblick auf den Auftrag der Kommission befremdlich. Ob eine solche Maßnahme geeignet ist, die Behandlungsqualität zu steigern, oder ob lediglich Problemfälle abgebrochen und aussortiert werden, mag zunächst dahingestellt sein. Jedenfalls aber ist die Einführung einer neuen „Kontrollinstanz“ nicht geeignet, Ausgaben zu sparen. Vielmehr würde in KZVen oder Krankenkassen weitere Verwaltungskosten und in den Praxen weiterer Bürokratieaufwand entstehen, ohne dass dem Ersparnisse gegenüberstünden. Das präventive und kurative Nutzen der kieferorthopädischen Behandlung im System der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit den Ergebnissen des Projekts EFAFU und der DMS 6 nachgewiesen. Wenn die Indikation für eine kieferorthopädische Behandlung in der GKV nun weiter eingeschränkt werden soll (Ausschluss der KIG 3), wird damit das Leistungsniveau für die deutschen Kinder und Jugendlichen abgesenkt, und weitere, zahnmedizinisch fraglos behandlungsbedürftige Zahn- und Kieferfehlstellungen werden der Eigenverantwortung der Familien zugewiesen. Ob dies sozialpolitisch tragbar ist, müssen die Entscheidungs-

träger für sich entscheiden. Die Einsparung von sieben Millionen Euro durch weitere Reduzierung der Röntgenbilder während einer kieferorthopädischen Behandlung kann nur dazu führen, dass eine leitliniengerechte Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht mehr möglich ist. Die heute durch die S2k-Leitlinie: Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik geforderten Röntgenbilder entsprechen der jetzt schon beschränkten Anzahl der Röntgenbilder während der Behandlung. Eine weitere Reduzierung würde zu erheblichen Risiken führen und sind damit nicht zu verantworten.

Das falsche Signal an die Praxen

Der Gesetzesentwurf sendet an alle kieferorthopädisch tätigen Praxen ein fatales Signal. Wer in Qualität, Fortbildung, Personal, Digitalisierung und langfristige Patientenbindung investiert, muss darauf vertrauen können, dass die politischen Rahmenbedingungen nicht willkürlich gegen gewachsene Versorgungsmodelle gekehrt werden. Genau diese Verlässlichkeit wird durch den Entwurf infrage gestellt. Das betrifft nicht nur die wirtschaftliche Seite, sondern auch die Attraktivität des Fachs für den Nachwuchs. Junge Kolleginnen und Kollegen brauchen Perspektiven, keine gesetzgeberischen Experimente, die Behandlungsmöglichkeiten und Praxisstrukturen von heute auf morgen entwerten. Wer Niederlassung und regionale Versorgung stärken will, darf keine Politik betreiben, die Unsicherheit systematisch vergrößert. Die Kieferorthopädie darf nicht zum Bauernopfer einer kurzatmigen Sparpolitik gemacht werden. Wer heute Strukturen zerschlägt, die sich im Alltag bewährt haben, wird morgen mit längeren Wegen, späteren Behandlungen und größerer regionaler Ungleichheit konfrontiert sein. Eine seriöse Gesundheitspolitik müsste genau das verhindern, statt es in Kauf zu nehmen.

Unser Auftrag

Für den BDK bleibt der Auftrag eindeutig: die kieferorthopädische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verteidigen, Qualität weiterzuentwickeln und politische Fehlentscheidungen klar zu benennen. Gleichzeitig müssen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Praxen in der aktuellen Weltlage in die Überlegungen einbezogen werden. Der vorliegende Referenten- und der Regierungsentwurf ist in seiner jetzigen Form nicht akzeptabel. Er steht nicht für Fortschritt, sondern für eine Politik der Verengung, die Patientenwohl und Versorgungsqualität aus dem Blick verliert. Wer Qualität will, muss intelligent steuern, statt grob zu streichen. Und wer gesundheitspolitische Verantwortung ernst nimmt, muss diesen Entwurf grundlegend unter Einbeziehung der Spezialisten aus den wissenschaftlichen Gesellschaften, der Selbstverwaltung und den täglich an der Versorgung teilnehmenden Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden korrigieren. ■

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

über **27.000 Artikel**
sensationell günstig einkaufen

Transbond™ & 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**®



Stellungnahme

zum

Referentenentwurf eines GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes (BStabG)

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden lehnt die vorgeschlagenen Änderungen insgesamt ab.

Die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Regelungen

- beruhen auf Empfehlungen der Kommission, die aktuelle Evidenz sowie wissenschaftliche Erkenntnisse zugunsten von Einzelmeinungen ignorieren
- erhöhen das Risiko von Unter- und Fehlversorgung durch Überpauschalierung und einer intendierten Beschränkung einer leitliniengerechten Behandlung
- würden zu einer Fehlsteuerung des bereits am intensivsten regulierten Bereichs der ambulanten Versorgung, dessen Ausgabensteigerung sogar unterhalb der Preiskomponente lag und damit nicht als Kostentreiber anzusehen ist, führen.

und würden damit die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht verbessern, sondern im Gegenteil verschlechtern.

Vorbemerkung

Die kieferorthopädische Versorgung gehört zu den am meisten regulierten und auf die wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung ausgerichteten Leistungsbereichen im deutschen Gesundheitswesen. Bereits heute sind durch das KIG-System nur noch schwerwiegende Zahnfehlstellungen bei Kindern und Jugendlichen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln. Geringgradige, gleichwohl aus zahnmedizinischer Sicht unzweifelhaft behandlungsbedürftige Zahn- und Kieferfehlstellungen sind ausgeschlossen. Die Behandlung Erwachsener ist nur in seltenen Ausnahmefällen möglich. Mit dem Katalog gem. § 29 Abs. 6 SGB V ist der Umfang der Regelversorgung noch einmal präzisiert worden. Jede einzelne Behandlung muss zahnmedizinisch und im Hinblick auf die Kosten geplant und durch die Krankenkassen genehmigt werden, wobei die Krankenkassen diese Behandlungsplanungen begutachten lassen können. Therapieänderungen und Verlängerungen bedürfen der Genehmigung der Krankenkassen. Leistungen, die über den genehmigten Behandlungsplan hinausgehen (z. B. Reparaturen), sind aktiv bei der Krankenkasse anzuzeigen. Eine solche Regelungsdichte ist nicht einmal bei den wenigen anderen genehmigungsbedürftigen Leistungsbereichen aufzufinden.

Gleichwohl werden – auf offensichtlich unvollständiger Informationsgrundlage – Über- oder Fehlversorgungen angenommen. Weder aktuelle Versorgungsforschung noch aktuelle Leitlinien werden dabei berücksichtigt. Auch bleibt unberücksichtigt, dass zurzeit das kieferorthopädische Modul



der 7. Deutschen Mundgesundheitsstudie vorbereitet wird, das auch longitudinale Beobachtungen der Versorgungssituation erlauben wird und damit eine zielgerichtete Steuerung erlaubt.

So wird beispielsweise unterstellt, es könnten 30 % der vor Behandlungsbeginn oder zur Verlaufskontrolle angefertigten Röntgenbilder eingespart werden. Tatsächlich stellt aber die im Jahr 2025 veröffentlichte S2k-Leitlinie „Ideale Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“¹ klar, dass die von der Kommission angesprochenen Orthopantomogramme und Fernröntgenseitenbilder zur kieferorthopädischen Basisdiagnostik gehören und – mit wenigen Ausnahmen – vor jeder Behandlung durchgeführt werden sollen, bzw. sollten (höchste bzw. zweithöchste Empfehlungsstufe). Ebenso wird die zweiphasige Behandlung, also die Behandlung mit zunächst losen und später mit festsitzenden Zahnsparren in einer S3-Leitlinie aus dem Jahr 2021² bei bestimmten Indikationen als vorzugswürdig angesehen. Offensichtlich waren diese nach dem Regelwerk der AWMF erstellten Leitlinien von hoher bzw. höchster Evidenzstufe bei der Erarbeitung der Vorschläge nicht bekannt. Sollten Leistungskürzungen in dem geforderten Maße erfolgen, wäre eine leitliniengerechte Behandlung und damit eine dem zahnmedizinischen Standard entsprechende Versorgung nicht mehr gewährleistet.

Weiter wird erwartet, durch eine Pauschalierung könne die Behandlungsdauer verkürzt und damit erhebliche Einsparungen generiert werden. Zwar adressiert der Referentenentwurf, dass bereits heute weitgehend Pauschalhonorare bestehen, übersieht aber, dass die wenigen verbleibenden Leistungen überwiegend frequenzbeschränkt sind und im Übrigen dem oben dargestellten Genehmigungsvorbehalt unterliegen.

Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass auch die in der Vergangenheit erhobenen Vorwürfe einer Überversorgung sich gerade nicht bestätigt haben. So hat im Jahr 2021 das kieferorthopädische Modul der bevölkerungsrepräsentativen 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie anhand epidemiologischer Erhebungen (Untersuchungen von Kindern) gezeigt, dass „im internationalen Vergleich bei Anwendung der Richtlinien (KIG) in Deutschland weder von einer Unter- noch von einer Überversorgung auszugehen“ ist. Auch der BARMER-Report 2024 kam aufgrund einer Analyse von Abrechnungsdaten zu dem Ergebnis, dass „die Gesamtinanspruchnahme tatsächlicher kieferorthopädischer Behandlung im Kindes- und Jugendalter [...] in der untersuchten Kohorte bundesweit bei etwa 55% [lag]. Im Hinblick auf aktuelle Zahlen zum epidemiologisch ermittelten Bedarf, der auf körperlichen Untersuchungen basierte, liegt dieser Wert im erwartbaren Bereich.“ (BARMER-Zahnreport 2024, S. 68).

Eine Verbesserung der Versorgung ist durch die beabsichtigten Maßnahmen keinesfalls zu erwarten. Vielmehr droht eine sowohl qualitative als auch quantitative Verschlechterung der Versorgung.

Zu den Änderungsvorschlägen im Einzelnen:

1. Einführung § 87 Abs. 1d SGB V – Einführung von Leistungskomplexen

Soll das Leistungsniveau beibehalten werden, ist aufgrund der bereits heute bestehenden Pauschalierung und Frequenzbeschränkung eine Reduzierung von Leistungsmenge oder Behandlungsdauer in der erhofften Größenordnung nicht zu erreichen. Der Versuch, ein

¹ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-050>

² <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-038>



gesamtes Fachgebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in höchstens acht Vergütungsziffern abzubilden ist unrealistisch.

Besonders deutlich wird dies bei der Betrachtung des Leistungskomplexes 2. So sollen durch die Zusammenfassung zu einem Leistungskomplex in maximal drei „Schwierigkeitsgraden“ 18 bereits pauschalierte Indikationsgruppen und eine Vielzahl von Fehlstellungen integriert werden. Die Bandbreite der Pauschalen müsste in nur drei Stufen den behandlerischen Aufwand und die unterschiedlichen Behandlungsmethoden von Behandlungen einer vergrößerten Frontzahnstufe im späten Wechselgebiss (unter Einsatz von funktionskieferorthopädischen Geräten und anschließender Multibandapparatur) bis hin zur Behandlung behinderter Patienten mit Syndromerkrankungen abbilden. Es darf nicht übersehen werden, dass kieferorthopädische Behandlungen zulasten der GKV in allererster Linie Kinder und Jugendliche betreffen und eine erhebliche Mitwirkung erfordern. Sowohl unerwartete Wachstumsmuster, pubertäre psychische Einschränkungen etc. führen nicht selten zu unplanmäßigen Behandlungsverläufen, ohne dass dies durch den Behandelnden zu beeinflussen wäre. All dies müsste in die Pauschalen eingerechnet werden.

Eine pauschalierte Abgeltung aller vorstellbaren Sonderfälle in einem gesamten Fachgebiet ist unrealistisch und mit dem Grundsatz der Honorargerechtigkeit nicht vereinbar. Bei aus medizinischen Gründen außergewöhnlich umfangreicher oder langer Behandlung müssen Zuschläge zur Vergütung möglich sein. Darüber hinaus müssten auch weiterhin Einzelleistungen z. B. für Vertretungsfälle sowie Regelungen z. B. bei Behandlerwechsel u. Ä. geschaffen werden. Die Vorstellung, mit einer so geringen Anzahl von Leistungskomplexen eine mehrjährige Behandlung mit allen Eventualitäten abbilden zu können, ist realitätsfremd.

Nach hiesiger Auffassung ist das derzeit herrschende Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen vorzugswürdig. Es sei insoweit auch an die Empfehlungen der Honorarkommission erinnert:

„Grundsätzlich sollte die Leistungsdefinition dabei auf eine Differenzierung der Vergütung nach Schweregrad und Komplexität abzielen. So muss insbesondere die bedarfsgerechte Behandlung betreuungsintensiver Patientinnen und Patienten durch eine zielgenaue Vergütung gefördert werden. Sofern die Feststellung des Schweregrads oder der Betreuungsintensität vom Arzt selbst erfolgt, der die Vergütung erhält, ist jedoch dafür zu sorgen, dass dies überprüft werden kann. Wie in den vorangehenden Kapiteln dargestellt, führen Einzelleistungsvergütung tendenziell zu Überversorgung und Pauschalvergütungen tendenziell zu Unterversorgung. Die Empirie zeigt, dass gemischte Vergütungsformen die negativen Anreizwirkungen einzelner Vergütungsformen reduzieren können (s. Abschnitt 6.2.3.2). Es gilt daher, im Vergütungssystem einen Mittelweg zu finden und die verschiedenen Anreize auszutarieren. Dies bezieht sich nicht nur auf eine Mischvergütung aus Einzel- und Pauschalleistungen, sondern auch auf Kombinationsmöglichkeiten mit einer kontakt-unabhängigen Pauschale sowie qualitätsorientierten Vergütungselementen.“

Das in der kieferorthopädischen Versorgung bestehende Vergütungssystem ordnet sich zielgenau in diese Empfehlung ein. Es handelt sich um ein Mischsystem, das die Dauer der Behandlung aufgrund der Ausgestaltung der Pauschalpositionen 119/120 nicht mit Fehlanreizen belegt, da die Pauschalen gerade nicht abhängig von der Behandlungsdauer gezahlt werden. Vielmehr „belohnen“ bereits die jetzigen Pauschalen einen frühen Behandlungsabschluss, da in diesem Fall die restlichen Abschläge abgerechnet werden



können. Die beabsichtigte Überpauschalierung birgt ein erhebliches Risiko der Unter- oder Fehlversorgung.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass die vorgesehene Pauschalierung weder geeignet ist, das Leistungsgeschehen adäquat abzubilden. Sie ist im Hinblick auf den bereits bestehenden Pauschalierungsgrad sowie die hohe Regelungsdichte zur Genehmigung und Überprüfung der Leistungserbringung weiterhin nicht erforderlich, da bereits heute keine Fehlanreize auszumachen sind. Weitere Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität würden in dem heute schon stark geregelten System zu weiterem bürokratischem Aufwand bei den Leistungserbringern führen. Die Maßnahmen wären einzigartig im deutschen Gesundheitssystem und würden ein Versorgungssegment, dessen Ausgabenanteil an den Gesamtausgaben seit Langem rückläufig ist und sogar unter der durchschnittlichen Preissteigerung liegt, insbesondere zulasten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschränken.

Die ungewöhnlich hohe Regelungsdichte des Entwurfs trägt der Komplexität der Behandlung gerade bei Kindern und Jugendlichen nicht hinreichend Rechnung. Das SGB V hat bislang die Einzelheiten der Leistungsbeschreibungen und Bewertung aus gutem Grund den Selbstverwaltungspartnern überlassen, die im Rahmen Ihrer Entscheidungen sowohl auf internen als auch auf externen Sachverstand zurückgreifen können.

Der Änderungsvorschlag ist zu streichen, jedenfalls aber wäre den Partnern der Selbstverwaltung ein wesentlich größerer Entscheidungsspielraum einzuräumen, um die Versorgungserfordernisse fachkundig abzubilden.

Sollte es bei einer Umsetzung der Änderung bleiben, wäre darüber hinaus zu beachten, dass eine Pauschalvergütung über mehrere Jahre sich nicht in die vertragszahnärztliche Vergütungsstruktur und die hierzu bestehenden Regelungen (z. B. quartalsweise Abrechnung, Eigenanteilsregelung) einfügt. Die Leistungskomplexe sollten daher aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung herausgenommen und extrabudgetär vergütet werden.

2. Überprüfung der Kieferorthopädie-Richtlinien und Indikations- und Kontraindikationsliste Röntgen

Es ist davon auszugehen, dass der gemeinsame Bundesausschuss seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht auch ohne gesetzlichen Auftrag nachkommt. So hat der Innovationsausschuss beim gemeinsamen Bundesausschuss vor Kurzem den Ergebnisbericht des Projekts EFAFU erhalten, der sich auch mit dem KIG-System auseinandersetzt.

Beachtlich ist allerdings, dass der Referentenentwurf offenkundig mit dem Gedanken spielt, weitere Zahn- und Kieferfehlstellungen der Eigenverantwortung der Familien mit Kindern und Jugendlichen zu überstellen, wenn der Prüfungsauftrag ausdrücklich auf einen Ausschluss der KIG E3, T3, K3 und P3 erstreckt wird. Ebenso wie Fehlstellungen in den KIG 1 und 2 aus zahnmedizinischer Sicht unbedingt behandlungsbedürftig sind, gilt dies erst recht für Fehlstellungen der KIG 3. So hat das Projekt EFAFU gezeigt, dass Fehlstellungen der KIG E3 valide Auswirkungen auf das Auftreten von Plaque und Gingivitis haben, da die Mundhygiene erheblich eingeschränkt ist. Die KIG P3 hat valide Auswirkungen auf Gingivitis und Karies gezeigt. Fehlstellungen der KIG 3 aus dem Leistungskatalog zu entfernen, würde also das Risiko



für Karies, Parodontitis und in der Folge Zahnverlust erheblich erhöhen und die Erfolge der präventionsorientierten Zahnheilkunde, zu der auch die Kieferorthopädie gehört, gefährden. Hinzuweisen ist darauf, dass das KIG-System eine primär versicherungstechnische Abgrenzung zur Ressourcenallokation darstellt, aber nur bedingt die zahnmedizinischen Behandlungsbedarfe abbildet.

Der Referentenentwurf spielt also mit dem Gedanken an Leistungskürzungen zulasten von Kindern und Jugendlichen unter Inkaufnahme von erheblichen Nachteilen für die Zahngesundheit.

3. Änderung des § 28 Abs. 6 SGB V Beschränkung auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

Die dem Änderungsvorschlag zugrunde liegende Intention, die Qualität der kieferorthopädischen Versorgung zu erhöhen, wird begrüßt. Problematisch ist allerdings, dass der Vorschlag sogar die bei Fachzahnärzten für Kieferorthopädie angestellten, nicht weitergebildeten Zahnärzte von der Versorgung ausschließen will. Bei solchen Behandlungen ist allerdings fachzahnärztlicher Sachverstand durch den Praxisinhaber gewährleistet.

Die Regelung ist insgesamt unter Berücksichtigung der Versorgungslage zu überprüfen. Jedenfalls für bei Kieferorthopäden angestellte Zahnärzte sind Ausnahmen zu schaffen und ggf. ebenfalls für Zahnärzte, die ein zu bestimmendes Qualifikationsniveau nachweisen können.

Die Änderungsvorschläge, die auf unvollständigen Annahmen und überholten fachlichen Einzelmeinungen beruhen und erst aus sich heraus ein Risiko für Unter- und Fehlversorgung begründen, lehnen wir daher insgesamt ab.

Berlin, den 19. April 2026

BDK

MITGLIEDER- VERSAMMLUNG 2026

Wie in jedem Jahr findet die ordentliche Mitgliederversammlung des BDK im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie statt. So besteht die Möglichkeit, Berufspolitik und Fachliches optimal zu verknüpfen.

Die Mitgliederversammlung wird

**am Donnerstag, dem 1. Oktober 2026 um 15:30 Uhr
im Kongresshaus Baden-Baden, Augustaplatz 10,
76530 Baden-Baden, „Kongressaal II“ in der 2. Etage**

stattfinden.

Die Einladung und die Tagesordnung werden zu gegebener Zeit im internen Bereich der Homepage bereitgestellt. Hierüber werden Sie auch mit der Post aus Berlin informiert werden.

Wir sehen uns in Baden-Baden!



SAVE THE DATE

DIE SCHWERPUNKTE DIESER **BDK.INFO** STAMMEN AUS DEM

LANDESVERBAND BRANDENBURG

DER LANDESVORSITZENDE



Dr. Philipp Eigenwillig

- Seit über zehn Jahren in Brandenburg an der Havel niedergelassen
- Seit 2017 Beisitzer im BDK-Bundesvorstand
- 1. Beisitzer im Vorstand der DGKFO von 2020 bis 2025
- Mitglied der Kammerversammlung
- Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses KFO



DER STELLVERTRETENDE LANDESVORSITZENDE



Dr. Stefan Schütze

- Seit 2005 niedergelassener Kieferorthopäde in Potsdam
- Spezialgebiete: Erwachsenenbehandlung, Dysgnathieoperationen, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik sowie Kiefergelenkdiagnostik und -therapie
- Seit 2015 KZV-Gutachter für Kieferorthopädie
- KFO-Referent der KZV Brandenburg

WIR ÜBER UNS

Unser Verband ist mehr als eine Interessenvertretung. Wir fördern den fachlichen Austausch, begleiten berufspolitische Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene und bieten unseren Mitgliedern ein Netzwerk, das trägt. Mit einem Vorstand, der selbst aktiv in Praxis, Forschung und Lehre verwurzelt ist, wissen wir genau, welche Themen die Kolleginnen und Kollegen in Brandenburg täglich bewegen.

Als weiteres Vorstandsmitglied komplettiert Dr. Annett Heppner das Team.

Mehr Freiraum für Ihre KFO-Praxis
strukturiert, digital und effizient



ivoris[®] ortho

Die führende KFO-Software

Vom Ersttermin bis zum Therapieabschluss – mit
ivoris[®] ortho behalten Sie jederzeit den Überblick.

Für noch mehr Transparenz und Flexibilität im
Praxismanagement: die neue **webbasierte** Variante
des **Terminplaners** demnächst auf der **DGKFO**.

inklusive ivoris[®] **SMS** - senkt
die Ausfallquoten im Budget



Alle Neuigkeiten rund um ivoris[®] gibt es auf
unserer Webseite und auf Social Media.



Sie haben Fragen? Mailen Sie uns an info@ivoris.de.

GESAMTVORSTAND TAGTE IM FRÜHLING IN BERLIN

Ein Bericht von Dr. Agnes Römeth.



Dr. Christian Klarmann, Dr. Julia Tiefengraber, Dr. Katja Feyer, Dr. Anne-Katrin Döffinger, Dr. Berthold Fourné, Nadja Kaiser-Olejniczak, Dr. Stefan Buchholz, Dr. Frank Fietze, Dr. Katrin Nauert, Dr. Agnes Römeth, RA Stephan Gierthmühlen, Sabine Steding, Dr. Hans-Jürgen Köning, Dr. Mathias Höschel, Dr. Thomas Miersch und Prof. Dr. Dankmar Ihlow (v. l. n. r.).

Im Frühjahr trifft sich der Gesamtvorstand traditionell in Berlin. In der Regel entsendet jeder Landesverband eine Vertreterin oder einen Vertreter, doch in diesem Jahr konnten einige Landesverbände leider nicht teilnehmen.

Das Vorabendprogramm begann am Freitag mit einem Besuch in der Berliner Philharmonie. Dort erlebten die Teilnehmenden ein Konzert des renommierten

Pianisten Lang Lang, der Werke von Maurice Ravel sowie des Komponisten Hans Rott interpretierte. Am Samstag eröffneten der Bundesvorsitzende Dr. Hans-Jürgen Köning (Berlin) sowie Dr. Stephan Gierthmühlen die Sitzung. Ein zentrales Thema war die Weiterentwicklung des Formats „Young Ortho“. Während dieses früher als Kongress stattfand, ist es seit diesem Jahr unter dem

Titel „Young Ortho on Tour“ bundesweit unterwegs und besucht gezielt Weiterbildungsstätten. Der Auftakt erfolgte in Heidelberg (Baden-Württemberg), weitere Stationen sind unter anderem Aachen und Düsseldorf. Zudem wurde auf die verfügbaren Informationsmaterialien hingewiesen. Flyer, KIG-Tabellen und weitere Unterlagen können über die Geschäftsstelle per E-Mail bestellt werden und stehen den Landesverbänden auch für Mitgliederversammlungen sowie Werbemaßnahmen zur Verfügung. Ein besonderes Angebot für Mitglieder stellt das Azubi-Portal dar, über das Stellenanzeigen zur Personalsuche veröffentlicht werden können. Auch hierzu existiert entsprechendes Informationsmaterial. Inhaltlich standen insbesondere die HVM-Verteilungskonflikte in verschiedenen KZV-Bereichen im Fokus. Die Grundlohnsummensteigerung beträgt für das Jahr 2025 4,41 Prozent und für 2026 5,17 Prozent. Die AOK Berlin plant eine Steigerung um 4,78 Prozent. Im Berliner HVM ist eine vollständige Gleichbehandlung von Zahnärzten und Kieferorthopäden vorgesehen. In Hamburg sorgt ein HVM-Ausschuss mit Vertreterinnen und Vertretern aller Fachrichtungen für eine ausgewogene Verteilung unter den Kolleginnen und Kollegen.

Auch die anhaltenden Probleme mit Beihilfestellen wurden thematisiert. Dabei wurde betont, dass die Beihilfeverordnung nicht mit der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gleichzusetzen ist. Ein entsprechendes Rundschreiben der Bundeszahnärztekammer liegt hierzu vor. Als möglicher Hinweis auf Privatrechnungen wurde folgende Formulierung vorgeschlagen: „Versicherungsbestimmungen und Beihilfeverordnungen sind nicht Bestandteil der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bitte begleichen Sie Ihre Rechnung vollständig.“

Unterschiede zeigten sich auch im Umgang mit Gutachten. In Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wird die Steigerung des BEL bereits in den Behandlungsplänen berücksichtigt. Material-

und Laborkosten in Höhe von etwa 1.000 bis 1.500 Euro werden dort von den Krankenkassen regelhaft akzeptiert. In anderen Bundesländern hingegen kommt es häufig zu Kürzungen durch Gutachter, was insbesondere die Zusammenarbeit mit Fremdlaboren erschwert. Auch die Anzahl der Gutachter variiert erheblich zwischen den Bundesländern. So liegt sie in Rheinland-Pfalz mit rund 20 Gutachtern auf einem ähnlichen Niveau wie im deutlich größeren KZV-Bereich Nordrhein. In Baden-Württemberg sind insgesamt etwa 50 Gutachter tätig. Die sogenannten 100-Fall-Statistiken werden in der Mehrheit der KZVen veröffentlicht. In einigen weni-



gen Regionen fehlen diese jedoch, was die Kalkulationssicherheit für die Kolleginnen und Kollegen erschwert und potenziell disziplinarische Maßnahmen begünstigen kann.

Die nächste Sitzung des Gesamtvorstands wird vom Landesverband Nordrhein ausgerichtet und findet im Juni in Düsseldorf-Kaiserswerth statt. ■

ZAHNGESUND AUFWACHSEN

DIE WICHTIGE AUFGABE VON ZAHNÄRZTINNEN UND ZAHNÄRZTEN ZUM KINDERSCHUTZ

Ein Beitrag von Dr. Angela Bergmann und Dr. Pantelis Petrakakis.



Selbstporträt
des Patienten
vor der Behandlung.

„Guck mal, das sind meine gelben Zähne - und schwarze und graue!“ Simon (Name von den Autorinnen geändert) hat ein Selbstporträt gemalt. Auf dem Bild ist ein Kindergesicht mit gelben, grauen und schwarzen Vierecken im Mund zu sehen. „Meine Augen sind böse, weil ich mir nicht die Zähne geputzt habe“, erklärt Simon. Bei der zahnärztlichen Untersuchung ist er dann „total cool“, wie von ihm angekündigt. Man sieht sofort, warum: Er hat es geschafft, seine Zähne sind nicht mehr gelb und schwarz, sondern weiß. Und er würde nun immer seine Zähne putzen, kommentiert er zufrieden. Doch was ein kleiner Junge so selbstverständlich erklärt, hat eine lange Vorgeschichte.

Die Mundgesundheit wird laut der aktuellen S3-Kinderschutzleitlinie als ein elementarer Bestandteil der allgemeinen Gesundheit des Kindes bezeichnet.¹ Eine gute Mundgesundheit liegt gemäß Leitlinie unter anderem immer dann vor, wenn das Kind frei von Schmerzen ist und beschwerdefrei essen und sprechen kann. Die Ergebnisse deutscher Mundgesundheitsstudien zeigen, dass sich die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere im bleibenden Gebiss, stetig verbessert. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich, denn gesunde Zähne stellen bereits in der Kindheit die Weichen für ein gesundes Aufwachsen und für eine gesundheitliche Chancengleichheit.

Erkenntnisse aus den regelmäßig stattfindenden zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durch die Zahnärztlichen Dienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ZÄD) zeigen jedoch, dass bestimmte Kinder und Jugendliche nicht an der positiven Entwicklung der Mund- und Zahngesundheit teilhaben und zahnärztlich unter- bzw. unversorgt sind.

Kinderschutz in der Zahnmedizin

Die Begriffe Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung werden in der Kinderschutzleitlinie so definiert, dass sie durch ein „alleiniges oder in Kombination auf-

treten des Vorkommen von körperlicher, emotionaler Misshandlung, körperlicher, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von Null bis 18 Jahren“ geprägt sind.⁴ All diese Umstände münden letztendlich in eine Kindeswohlgefährdung, die gemäß § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) immer dann besteht, wenn die gegenwärtige Gefahr, der das Kind ausgesetzt ist, die hinreichende Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung des geistigen und leiblichen Wohls des Kindes erwarten lässt.² Die Vernachlässigung eines Kindes oder Jugendlichen stellt dabei einen Teilaspekt der Kindeswohlgefährdung dar, für welchen es keine allgemeingültige Definition gibt.¹ Sie findet entweder aktiv oder passiv statt und kann durch die Missachtung und Versagung der Lebensbedürfnisse des Kindes zu einer körperlichen und/oder emotionalen Mangelversorgung und sogar bis zum Tod des Kindes führen.³

Dentale Vernachlässigung (DV)

Laut S3-Kinderschutzleitlinie liegt eine DV immer dann vor, wenn Erziehungsberechtigte ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung vorenthalten, obwohl sie über die Art, das Ausmaß und die Bedeutung der Zahnerkrankungen ihres Kindes und den Nutzen der Behandlung informiert wurden. Grenzwerte, ab welchen eine DV anzunehmen ist, bestehen laut S3-Leitlinie jedoch nicht. Daher liegen keine zuverlässigen Daten für die Prävalenz einer DV vor. Ein systematischer Review gibt beispielsweise weltweite Prävalenzraten mit einer hohen Streuung von 34,0–56,0 Prozent an.⁴

Für die ZÄD bedeutet dies, dass immer dann der Verdacht auf eine DV besteht, wenn unter anderem gut sichtbare und großflächige kariöse Defekte, unbehandelte Fisteln, Abszesse, aber auch eine schlechte Mundhygiene bei der zahnärztlichen Untersuchung in der Kita oder in der Schule diagnostiziert werden. Auch eine nicht behandelte Karies eines einzelnen Milch- oder bleibenden Zahnes, auf welche die Erziehungsberechtigten bereits hingewiesen wurden, kann der Hinweis für eine DV sein.

In der zahnärztlichen Praxis können unter anderem folgende Situationen auf eine DV hinweisen:

1. Die Erziehungsberechtigten suchen mit ihrem Kind die Praxis nur für die Akutversorgung bei Schmerzen auf.
2. Die Erziehungsberechtigten nehmen Termine trotz eines (hohen) zahnärztlichen Behandlungsbedarfs gar nicht oder nur sporadisch wahr.

Was folgt daraus für die zahnärztliche Praxis?

Erfolgt bei einem Kind oder Jugendlichen trotz wiederholter, dokumentierter Hinweise und Aufklärungen über die dringende Notwendigkeit eines Behandlungsbedarfs über einen längeren Zeitraum keine oder eine nur unzureichende zahnärztliche Therapie oder nehmen die Erziehungsberechtigten Behandlungstermine nicht oder nur sporadisch wahr, besteht der Verdacht auf eine DV. Diese Form einer zahnmedizinischen



Es gibt keinen Grenzwert, bei dem sich auf eine dentale Vernachlässigung schließen lässt.

Nichtversorgung kann ein erster Hinweis auf eine Kindeswohlgefährdung sein.⁵⁻⁷ Die Zahnärzteschaft hat daher die wichtige Aufgabe, eine DV zu erkennen und Eltern bei der Therapie und Prävention zu unterstützen, um tragische Schicksale wie das von Simon zu verhindern. Zeigen alle eingeleiteten Maßnahmen keine Wirkung, sind die Zahnärzt/-innen dazu verpflichtet, das zuständige Jugendamt einzuschalten. Rechts- und Handlungssicherheit für die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und den Allgemeinen Sozialen Diensten gibt das im Jahr 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG). Ein Kernstück des BKisSchG ist das unter Artikel 1 des BKisSchG genannte „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG). Durch die Schaffung entsprechender Netzwerkstrukturen sollen die unter den §§ 3 und 4 genannten Akteure im Kinderschutz zum Wohle der Kinder gestärkt werden. Wie die Erfahrung zeigt, sind die Ursachen für DV vielfältig. Soziale oder kulturelle Gründe, Sprachbarrieren, Informationsdefizite, eine mangelnde Gesundheitskompetenz oder aber auch Zahnbehandlungsängste der Eltern können Ursachen für eine DV sein.⁸

Simons Geschichte

Wie viele Eltern, wollten auch Simons Eltern nur das Beste für ihr Kind. Aufgrund der kleinen Geschwister und der Berufstätigkeit beider Eltern war das Zähneputzen abends oft untergegangen. Mit dem Glauben, dass Milchzähne nicht so wichtig sind, gingen die Eltern erst spät zum Zahnarzt. Durch mehrere Aufklärungsgespräche mit den Eltern und in enger Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen und Erziehern sowie einer Zahnärztin konnte Simon schließlich geholfen werden. Ein neuer Anlauf bei einem Zahnarzt gelang und Simon konnte unter Lachgasanalgesie saniert werden. Simon hat nun drei weiße Kinderkronen, vier Füllungen, ein paar Lücken und neue gesunde bleibende Zähne. Er ist selbstbewusst und weiß, wie wichtig die regelmäßige Kontrolle beim Zahnarzt und das Zähneputzen sind. ■

Literatur



Jeder, der mit Abrechnung zu tun hat kennt ihn: den Liebold/Raff/Wissing.

FACHAUSGABE KIEFERORTHOPÄDIE:

EIN BESONDERER SERVICE FÜR BDK-MITGLIEDER

Ein Beitrag von Stephan Gierthmühlen.



© Viktor – stock.adobe.com

Der „Liebold/Raff/Wissing“ ist seit mehr als 60 Jahren DER Kommentar zur zahnärztlichen Abrechnung. Mit der neuen digitalen Fachausgabe Kieferorthopädie des Kommentars von Liebold/Raff/Wissing zu GOZ und BEMA steht nun ein Werk zur Verfügung, das nicht nur fachlich überzeugt, sondern auch Ausdruck eines ganz konkreten verbandlichen Servicegedankens ist. Denn diese Fachausgabe ist nicht einfach „auch“ für die Mitglieder des BDK interessant. Sie ist in ihrem Zuschnitt gezielt für die Bedürfnisse unseres Fachgebiets entwickelt und unter maßgeblicher Mitwirkung von Kolleginnen und Kollegen aus dem BDK mitgestaltet und inhaltlich mitgeprägt worden.

Der Abschied von der bisherigen Loseblattsammlung mag manchem schwerfallen, das Nachsortieren wird aber wohl

niemand vermissen. Die neue Fachausgabe Kieferorthopädie, die nun als Online-Ausgabe die Nachfolge des bisherigen Loseblattwerks antritt, umfasst die für die kieferorthopädische Abrechnung maßgeblichen Bereiche BEMA, GOZ, Analogleistungen, GOÄ, Recht, Formulare, Sonstiges, Abkürzungen und Stichworte und bündelt sie in einer Form, die sich gezielt an den Bedürfnissen des Fachgebiets orientiert. Maßgeblich waren die praktischen Fragestellungen, die sich in kieferorthopädischen Praxen tagtäglich stellen, die typischen Konfliktlagen an den Schnittstellen von BEMA und GOZ sowie das Bedürfnis nach einer Kommentierung, die nicht allgemein bleibt, sondern den Besonderheiten der Kieferorthopädie wirklich gerecht wird. Besonders hervorzuheben ist, dass die Kommentierung der vertragszahnärztlichen Leistungen des

BEMA-Z nicht nur fortgeschrieben, sondern grundlegend überarbeitet und auch um Hinweise zur KFO-Richtlinie ergänzt wurde. Damit ist ein Fachkommentar entstanden, der die Abrechnungsrealität der Kieferorthopädie aus einer praktischen und fachlichen Perspektive erfasst und auf den aktuellen Stand von Zahnheilkunde und Rechtsprechung bringt.

Für den Verband ist diese Veröffentlichung deshalb auch ein Beispiel dafür, wie Mitgliederservice ganz praktisch aussehen kann: Der BDK bringt die Expertise seines Fachgebiets in ein maßgebliches Werk ein und sorgt damit dafür, dass die Mitglieder Zugang zu einem Arbeitsmittel erhalten, das auf ihre beruflichen Anforderungen zugeschnitten ist. Die neue Fachausgabe unterstützt damit nicht nur bei Einzelfragen der Abrechnung, sondern stärkt die Mitglieder insgesamt in einem Bereich, der für die wirtschaftlich und rechtlich sichere Praxisführung von erheblicher Bedeutung ist. Dass die Zusammenarbeit mit dem Asgard-Verlag, der den Liebold/Raff/Wissing verlegt, unmittelbar den Mitgliedern des BDK zugutekommt, zeigt sich auch ganz konkret: Für BDK-Mitglieder wird die Fachausgabe zu einem Vorzugspreis angeboten. Die Bestellmöglichkeit finden Mitglieder im internen Bereich der BDK-Homepage. Damit verbindet sich der fachliche Nutzen des Werkes mit einem unmittelbaren Vorteil der Mitgliedschaft. Aus Sicht des BDK ist die neue Fachausgabe deshalb weit mehr als ein Fachkommentar. Sie ist ein mitgestaltetes Angebot für die Mitglieder, ein Instrument zur Unterstützung im Praxisalltag und ein Service für unsere Mitglieder. ■

„Besonders hervorzuheben ist, dass die Kommentierung der vertragszahnärztlichen Leistungen des BEMA-Z nicht nur fortgeschrieben, sondern grundlegend überarbeitet und auch um Hinweise zur KFO-Richtlinie ergänzt wurde.“

ANZEIGE

MOVE TO WW KURSE

ZERTIFIZIERUNGSKURSE

FÜR EINSTEIGER inkl. **WV V-5L**

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

AUFBAUKURSE

24. Oktober 2026

**Interradikuläre Minischrauben im
Oberkiefer zur Klasse II-Korrektur**

Kurs mit praktischen Übungen
am Phantommodell

Düsseldorf

englisch

max. 60 Teilnehmer

ONLINE inkl. **WV V-5L**

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

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 UNTER
course.lingualsystems.de

Dr. Dr. Alexander Raff ist nicht nur berufspolitisch aktiver Zahnarzt und Arzt. Er ist unter anderem Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV Baden-Württemberg, Mitherausgeber, Namenspatron und Kommentator des wohl wichtigsten Kommentars zum zahnärztlichen Gebührenrecht in Deutschland. Wir haben mit ihm über die neue Fachausgabe Kieferorthopädie des Liebold/Raff/Wissing und natürlich auch über einige andere Dinge gesprochen.



„DIE SELBST- BESTIMMUNG IM GEBÜHREN- RECHT

DARF UNS AUS UNSEREN PRAXEN, HÄNDEN UND KÖPFEN NICHT ENTGLEITEN, MIT ODER OHNE GOZ-REFORM.“

Ein Interview mit Dr. Dr. Alexander Raff von Stephan Gierthmühlen.

Herr Dr. Dr. Raff, die nun digitale Fachausgabe Kieferorthopädie des Liebold/Raff/Wissing, über die wir ja auch in diesem Heft berichten, löst die gute alte Loseblattsammlung ab. Der Kommentar wird also - wie auch die Zahnmedizin insgesamt - digitaler. Welche Herausforderungen stellt die Digitalisierung der Zahnmedizin gebührenrechtlich an Zahnärztinnen und Zahnärzte und vielleicht auch an die Kommentatoren?

Auch Abrechnungsfragen werden heutzutage digital beantwortet. Das Nachschlagen in dicken Wälzern ist out! Deswegen gibt es den gesamten LRW auch schon lange im digitalen Abo. Nur die Sonderausgabe für die KFO hatte bislang diesen Sprung noch nicht gemacht, das ist ab sofort anders: Jetzt übernimmt die digitale Suchfunktion das ehemalige Blättern. Aber auch hier gilt: Je intelligenter die Suche, desto höhere Qualität zeichnet die Antwort aus. Wobei wir bei der künstlichen Intelligenz als Suchmodus angekommen wären. Gegenwärtig erscheint es mir immer noch so, dass ein

Mensch vom Fach, ein Zahnarzt, eine Kieferorthopädin als Kapitän im Meer von Informationen benötigt wird, die die KI so ausspuckt. Denn sie spuckt eben alles aus, Richtiges und Falsches. Nach wie vor braucht es das menschliche Verständnis bei der Beurteilung, welche Information aus seriöser Quelle stammt und welcher Information man besser nicht so ohne weiteres glaubt. Der LRW-Kommentar versteht sich in diesem neuen Spiel der KI als Hort der Seriosität. Im Redaktionsteam wird sehr genau beachtet, was KI-Anwendung für eine rechtssichere Abrechnung bedeutet. Gerade die Einzelfälle, die vom üblichen Standard abweichen, machen doch die Fragestellungen aus, bei denen die Qualität der Antwort vor deren Quantität, also deren pure Trefferhäufigkeit im Netz, geht.

PKV-Verband und Ärzte haben sich ja auf eine neue GOÄ verständigt, die wohl irgendwann im Laufe dieses Jahres auf den Weg gebracht und vermutlich 2028 in Kraft tre-

ten soll. Die Bundeszahnärztekammer hat bereits festgestellt, dass die neue GOÄ keine Grundlage für eine neue GOZ sein kann. Teilen Sie diese Auffassung?

Absolut! Der neue GOÄ-Entwurf taugt nicht als Vorlage für eine Reform der GOZ. Zahnheilkunde ist hochgradig patientenspezifisch in ihrer Durchführung. In der Zahnheilkunde gibt es immer sehr unterschiedliche Lösungen mit unterschiedlichen Qualitätsstufen und unterschiedlichem Patientenkomfort.

Das passt nicht zu einer neuen privaten Gebührenordnung, die keinen Platz mehr lässt für individuell angepasste Honorierung an die erbrachte Leistung. Ich sage nur: beschlossene Abschaffung des individuell festgelegten Steigerungssatzes, Abschaffung der Analogberechnungsmöglichkeit. Was eine freie private Gebührenordnung bislang seit 100 Jahren ausgezeichnet hat, wird einem das Behandlungsniveau sicher senken werdenden Durchschnittsdenken geopfert. Das Recht und die Chance, innerhalb eines vorgegebenen Rahmens das Honorar adäquat an die individuelle Schwierigkeit und die stattgehabten Aufwände anzupassen, werden dem Arzt genommen. Stattdessen drohen staatlich festgelegte Einheitssätze wie im EBM oder BEMA. Das bedeutet entmündigte Ärzte sowie entmündigte Patienten. Und ist zudem verbunden mit einem faktischen Weiterentwicklungsstopp des Faches, da Analogien nur noch, wenn von einem Staatskomitee geweiht, verwendet werden können sollen. Aus einem weiteren wichtigen Grund kann das Verfahren einer Neuanpassung der GOZ à la GOÄ nicht funktionieren: In der GOÄ sind tatsächlich beim Regelfaktor 2,3 die Leistungen deutlich besser gewertet als im EBM. Dieses Verhältnis gilt aber schon lange nicht mehr in der GOZ: Hier sind die Mehrzahl der GOZ-Honorierungen schlechter als das GKV-Honorar bei vergleichbarer Leistung. Ein Großteil der Leistungen muss mittlerweile in Honorarvereinbarungen mit dem Patienten individuell vereinbart werden, damit er BEMA-Niveau erreicht. Ein irrsinniger Zustand! Es müsste also vor einer Neugestaltung der GOZ zuerst einmal mindestens eine Verdopplung des Honorars für Privatleistungen her. Und wer kann an die Realisierung einer solchen Prämisse vor einer neuen GOZ gegenwärtig wirklich glauben?

Für die neue Fachausgabe wurde ja die gesamte BEMA-Kommentierung weitgehend überarbeitet. Schon deshalb dürfte es Sie ja schmerzen, dass der Gesetzgeber nun plant, die Vergütung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie auf den Kopf zu stellen. Oder gibt es noch andere Gründe?

Ich habe in vielen Jahren der Herausgeberschaft gelernt, dass nach der Kommentierung vor der Kommentierung ist. Halbwertzeiten sind im Gebührenrecht sehr unterschiedlich. Aber ja, auch unser Autorenteam wurde vom neuen Referentenentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz insbesondere zum Thema KFO voll überrascht. Schauen wir mal, was am Ende dabei herauskommt, unser Team steht mit dem Kommentatorengewehr bei Fuß. Dass also neu kom-

mentiert werden muss, schmerzt mich nicht, WAS aber neu kommentiert werden muss, das droht schmerzlich zu werden. Auch hier droht die leistungsfeindliche Pauschalisierung, ein All-inclusive-Paket der KFO. Und wieder wird es so sein, dass unterschiedliche Ansätze, Methoden und Materialien nicht wirklich gewürdigt werden. Siehe oben: entmündigte Ärzte, entmündigte Patienten.

Mich als in der Verantwortung stehenden langjährigen Standespolitiker treibt aber bei dieser Gesetzesreform noch ein weiterer Aspekt um: die Einführung des Prinzips divide et impera vonseiten der Politik nun auch in die Zahnheilkunde. Hier droht die Spaltung des Berufsstandes! Unter dem Deckmantel einer Qualitätssicherung soll der Beitragssatz stabilisiert werden – so ja der Name des Gesetzes –, indem Flaschenhälse in die Versorgungslandschaft integriert werden. Wenn wir beginnen, uns von Partikularinteressen leiten und uns spalten zu lassen, werden wir wie die Ärzteschaft geschwächt werden. Siehe GOÄ! Wichtig ist, dass wir unsere zahnärztliche Approbation und deren umfassende Bedeutung verteidigen und uns nicht von interessierten Kreisen kleinmachen lassen.

Wenn Sie einen Blick in die Zukunft riskieren, sagen wir in das Jahr 2035, wie könnte das zahnärztliche Gebührenrecht dann aussehen? Und wichtiger: Womit sollten Zahnärztinnen und Zahnärzte morgen anfangen, um ihre Praxis für die Zukunft fit zu machen?

Tja, die Frage nach der Glaskugel ... Die Selbstbestimmung im Gebührenrecht darf uns aus unseren Praxen, Händen und Köpfen nicht entgleiten, mit oder ohne GOZ-Reform. Um eine Praxis fit zu halten bzw. fit zu machen, kann ich nur raten: Die Zahnärztinnen und Kieferorthopäden müssen verstehen, dass sie selbst es sind, die das Gebührenrecht in seinen Strukturen und Prinzipien durchdringen müssen. Für Details gibt es geschulte Mitarbeiter, und die brauchen KI sowie einen guten Kommentar. Dass aber wirklich ALLES in einer Praxis, alle Behandlungsergebnisse, alle Zufriedenheiten von Patienten und Team, ja alle Sicherheit und Souveränität im Leben eines selbständigen Arztes schlicht und ergreifend davon abhängen, dass in der Praxis die erbrachten Leistungen konsequent und richtig abgerechnet werden, das ist eine Erkenntnis, die vielleicht in früheren, besseren Zeiten nicht ganz so wesentlich war wie heute. Es wird bei zunehmend informierten und anspruchsvollen Patienten sicherlich nicht einfacher, Erfolg zu haben. Anspruch und Qualität müssen aber finanziert werden! Ich hoffe, die junge Generation von Kolleginnen und Kollegen versteht das rechtzeitig in ihrer Berufsbiografie! ■

„NACHGEBEN IST SELTEN DIE BESSERE STRATEGIE“

Ein Interview mit Dr. Romy Ermler von Stephan Gierthmühlen.

Mit ihrer Wahl an die Spitze der Bundeszahnärztekammer hat Dr. Romy Ermler vor einigen Monaten eine neue Aufgabe innerhalb der zahnärztlichen Selbstverwaltung übernommen. Im Interview spricht sie über die berufspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre, die Zukunft der GOZ, den zunehmenden bürokratischen Druck auf die Praxen sowie über den Umgang mit privaten Kostenträgern.



Frau Dr. Ermler, zunächst noch einmal herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl, auch wenn dies nun schon ein paar Monate zurückliegt. Als Vizepräsidentin haben Sie den Kurs der Bundeszahnärztekammer in der letzten Amtsperiode bereits entscheidend mitgeprägt. Wie geht es nun weiter? Bleibt alles beim Alten oder werden Sie die Akzente neu setzen?

Wir bleiben in den Zielen konsequent – was gut funktionierte, behalten wir bei, anderes kommt auf den Prüfstand. Sich und seine Arbeitsweise immer wieder zu analysieren, zu prüfen, ob das nicht auch noch besser geht, ist immer wichtig, wenn man besser werden und kontinuierlich wachsen will. Weniger Bürokratie, der Umgang mit der GOZ, der Erhalt der Freiberuflichkeit, Prävention sind weiterhin unsere Leitplanken. Was Praxen heute spürbar entlastet, verlässliche Rahmenbedingungen für Personal und Investitionen schafft und Honorare, die moderne Zahnmedizin realistisch abbilden, sind unsere Kernthemen. Mir ist zusätzlich wichtig, dass die Selbstverwaltung geschlossen auftritt: fachlich stark, im Dialog konstruktiv fordernd – und klar, auf den Punkt. Kakophonie nach Draußen schadet nur.

Die neue GOÄ ist auf der Zielgeraden. Dies war ja unter der letzten Regierung Voraussetzung für die Arbeit an einer neuen GOZ. Geht es nun los? Wenn ja, womit rechnen Sie? Wird es auch in der GOZ demnächst einen „robusten Einfachsatz“ geben?

Dass die GOÄ vorankommt, ist – bei aller Kritik am Vorschlag – wichtig nach so vielen Jahrzehnten Stillstand. Der Gesetzgeber muss seiner Verpflichtung zur regelmäßigen Anpassung der Gebührenordnungen bei

allen Berufen gleichermaßen nachkommen. Und nicht willkürlich selektieren. Ob die Verlautbarung zur GOZ noch gültig ist, wird man sehen. Zahnmedizin hat sich fundamental verändert, ist heutzutage digitaler, präventionsorientierter, mit höheren Anforderungen an Hygiene, Dokumentation und Qualität, als das früher – 1988 – der Fall war.

Eine GOZ muss diese Realität abbilden und Planbarkeit schaffen. Der GOÄ-Entwurf kann und darf allerdings kein Vorbild für eine angepasste GOZ sein! Der aktuell diskutierte GOÄ-Vorschlag trägt die Handschrift einer Erstattungsordnung. Namentlich eine Abschaffung des bewährten Gebührenrahmens kommt für uns auf keinen Fall infrage! Der Gebührenrahmen erlaubt eine individuelle Bemessung nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand. Gerade unser sehr patientenindividuelles Leistungsspektrum mit seiner Vielzahl von Behandlungsalternativen lässt sich mit einer Festgebühr nicht abbilden. Nein, es wird definitiv keinen „robusten Einfachsatz“ bei einer neuen GOZ geben dürfen! Eine Novelle um jeden Preis wird die Bundeszahnärztekammer deshalb nicht mittragen.

Gerade in der Kieferorthopädie versuchen private Krankenversicherer und Beihilfestellen ja, immer mehr Leistungen als nicht abrechenbar zu deklarieren. Das Klima wird rauer. Was empfehlen Sie den Zahnärzten, sollte man nachgeben oder den Wert der zahnärztlichen Leistung verteidigen?

Nachgeben ist selten die bessere Strategie. Wenn Kostenträger Leistungen pauschal infrage stellen, trifft das die Praxen und die Patientinnen und Patienten hart. Schließlich haben diese extra die PKV gewählt, mit ihren Alleinstellungsmerkmalen.

Meine Empfehlung: professionell, dokumentationsicher und konsequent bleiben. Das heißt: klare Indikation, saubere Befund- und Verlaufsdokumentation, transparente Aufklärung und eine nachvollziehbare Begründung der Abrechnung.

Parallel müssen wir als Berufsstand die Spielräume für willkürliche Auslegung kleiner machen – mit verständlichen Leistungsbeschreibungen, abgestimmten Abrechnungsempfehlungen und einem klaren Austausch mit PKV und Beihilfe.

Die Bundeszahnärztekammer bietet viel Unterstützung zum Thema:

1. einen immer aktuellen Kommentar zur GOZ, der z. B. Kammern bei Gutachten unterstützt. Dieser Kommentar behandelt praxisrelevante Fragen zur GOZ-Anwendung und hilft, gerichtliche Streitigkeiten zu vermeiden.
2. die Sammlung von Stellungnahmen zu ausgewählten Einzelproblemen der GOZ, wichtig für die Anwendung der GOZ. Die Stellungnahmen fanden im Übrigen wiederholt in Entscheidungen von Gerichten Berücksichtigung.
3. Unsere Urteile-Datenbank bietet die Möglichkeit, nach Urteilen zur GOZ 2012 zu recherchieren, diese im Volltext einzusehen und herunterzuladen. Sie wird – nicht zuletzt durch die Meldung von Urteilen durch die Praxen – kontinuierlich ergänzt.

BZÄK und KZBV haben vor Kurzem einen überarbeiteten Katalog zum Bürokratieabbau vorgelegt. Das Thema beschäftigt die Praxen der Zahnärzte natürlich erheblich. Glauben Sie, dass die Bundesregierung tatsächlich Bürokratie abbaut und wie gelingt es, die zuständigen Ministerien und nachgeordneten Behörden dazu zu bringen, Zuständigkeiten aufzugeben?

In den Praxen ist die Belastungsgrenze erreicht – und vieles ist unnötig kompliziert. Vorgaben sind oft doppelt, schlecht abgestimmt und kosten Zeit, die für Behandlung fehlt. Unser aktualisierter Katalog mit der KZBV zeigt sehr konkret, was sich ohne Qualitätsverlust streichen oder vereinfachen lässt – und welche Regeln Versorgung sogar bremsen. Ob oder wie viel die Bundesregierung wirklich abbaut, entscheidet sich am Umsetzungswillen. Ich bin verhalten optimistisch. Behörden geben Zuständigkeiten nicht „einfach so“ ab. Deshalb brauchen wir verbindliche Vereinfachungsaufträge – und den Mut, Regeln zu streichen, statt neue aufzuschichten.

Zahnmedizin hat sich fundamental verändert, ist heutzutage digitaler, präventionsorientierter, mit höheren Anforderungen an Hygiene, Dokumentation und Qualität, als das früher – 1988 – der Fall war.

Wenn Sie einen Blick auf die Zukunft der Zahnmedizin wagen, was sehen Sie im Jahr 2040? Utopie oder Dystopie?

2040 kann beides sein – die Politik entscheidet heute, in welche Richtung es geht. Wir stehen bereit, den richtigen Weg zu zeigen. Wenn sie auf uns hört, dann sehe ich: mehr Prävention als Standard, mehr und einfachere digitale Prozesse, die wirklich entlasten, KI als Assistenz in Diagnostik und Planung. Wenn nicht, dann droht noch mehr Überregulierung, weiterwachsender Fachkräftemangel, wirtschaftlicher Druck auf Praxen und Fehlanreize, die Qualität ausbremsen.

Mein Anspruch ist: Wir gestalten das aktiv.

Wir wollen starke, freie Praxen, moderne Aus- und Weiterbildung und gute Rahmenbedingungen, die Qualität ermöglichen. Wir entscheiden leider nicht final, aber wir fordern mit guten Argumenten.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft an die Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden in einem Satz?

Sorry, ich brauche dafür drei: Zeigen Sie Haltung für Qualität – und zwar fachlich fundiert. Die wissenschaftliche Untermauerung mit dem KFO-Modul der DMS 6 haben Sie ja. Damit die Kieferorthopädie auch künftig verlässlich und fair vergütet bleibt. ■

Weitere Informationen
zur GOZ auf der
Internetseite der BZÄK:



KINDESWOHLGEFÄHRDUNG **IN DER KIEFERORTHO-** **PÄDISCHEN PRAXIS** **AUS RECHTLICHER SICHT**

WAS DARF, WAS SOLL,
WAS MUSS GETAN WERDEN?

Ein Beitrag von Stephan Gierthmühlen.



Kieferorthopäden sehen Kinder und Jugendliche häufig über Jahre hinweg, in regelmäßigen Abständen, in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und oft auch in Interaktion mit ihren Eltern. Der Eindruck, der sich in dieser Zeit vom Patienten und seiner Familie entwickelt, geht über eine bloße Momentaufnahme hinaus. Manchmal beginnt es mit einem unguuten Gefühl, manchmal fällt auf, dass Termine immer wieder nicht wahrgenommen werden, aus insuffizienter Mundhygiene wird orale Verwahrlosung. Spätestens wenn auffällige Verletzungen im Mund-, Gesichts- oder Halsbereich auftreten oder ein Kind insgesamt erkennbar vernachlässigt wird, stellt sich die schwierige Frage: Was kann ich, was darf ich tun? Darf ich darüber überhaupt mit Dritten sprechen? Oder verbietet mir die Schweigepflicht gerade das, was menschlich geboten erscheint? Die kurze Antwort lautet: Die Schweigepflicht gilt – aber nicht absolut. Zahnärztinnen und Zahnärzte unterliegen berufsrechtlich und strafrechtlich der Verschwiegenheitspflicht. § 203 StGB stellt das unbefugte Offenbaren fremder Geheimnisse ausdrücklich auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte unter Strafe. Die zahnärztliche Berufsordnung formuliert denselben Grundsatz: Über alles, was der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt in seiner Eigenschaft als Zahnärztin bzw. als Zahnarzt anvertraut oder bekannt geworden ist, ist gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren. Aber es gibt Ausnahmen! Grundsätzlich ist eine Tat, so auch der Geheimnisverrat nicht strafbar, wenn ein sog. rechtfertigender Notstand vorliegt, also eine akute Gefahr von einem Dritten abgewendet werden muss. Die Anforderungen an den rechtfertigenden Notstand sind aber eher hoch und gerade im Kinderschutz nicht angemessen. Um Kinder besonders zu schützen hat der Gesetzgeber mit § 4 KKG, dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, eine Regelung geschaffen, die ausdrücklich auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt. § 4 KKG sieht vor, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte, denen „in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder

Jugendlichen bekannt“ in einem abgestuften Interventionsverfahren tätig werden sollen. Sollen ist dabei weniger als Müssen, aber bedeutet, dass nur in Ausnahmefällen anders gehandelt werden kann. Wenn es um Kindeswohlgefährdung geht, ist also nicht nur moralisch, sondern auch rechtlich Handeln erforderlich.

Aber wann liegen denn „gewichtige Anhaltspunkte“ im Sinne dieses Gesetzes vor? Es geht nicht um bloße Gerüchte, nicht um ein unguutes Bauchgefühl ohne Tatsachengrundlage, aber auch nicht erst um gerichtsfeste Gewissheit. In der kieferorthopädischen Praxis können „gewichtige Anhaltspunkte“ insbesondere wiederkehrende, nicht plausibel erklärte Verletzungen im orofazialen Bereich sein, ausgeprägte Zeichen von Vernachlässigung, gravierende Hygienedefizite mit gesundheitlicher Relevanz oder ein Behandlungsverlauf, der erkennen lässt, dass das Kind trotz erkennbaren Bedarfs faktisch nicht versorgt wird. Nicht jeder kariöse Zahn, nicht jede versäumte Kontrolle und nicht jede schwierige Kommunikation mit Eltern ist Kinderschutzfall, aber die Summe von Beobachtungen kann ein Bild ergeben, das nicht ignoriert werden darf. § 4 KKG sieht dabei vor, dass zunächst grundsätzlich die Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten erörtert und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden soll, soweit dadurch der wirksame Schutz des Kindes nicht gefährdet wird. Der erste Schritt ist regelmäßig die eigene Klärung im Rahmen der Behandlung. Das bedeutet: genau hinsehen, sachlich nachfragen, Gesprächsangebote machen, nicht vorschnell etikettieren. Bei Kindern und Jugendlichen ist dabei besondere Sensibilität geboten. Fragen sollten offen, nicht suggestiv und nicht bedrängend gestellt werden. Gegenüber Sorgeberechtigten kann zunächst auf medizinische Notwendigkeiten, Risiken des Abwartens und Unterstützungsangebote hingewiesen werden. Ziel ist nicht die Konfrontation um ihrer selbst willen, sondern die Abwendung einer möglichen Gefährdung. Allerdings gilt auch hier die Grenze des Zumutbaren: Wenn das Gespräch mit den Sorgeberechtigten den

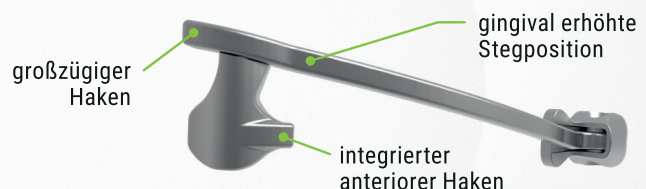
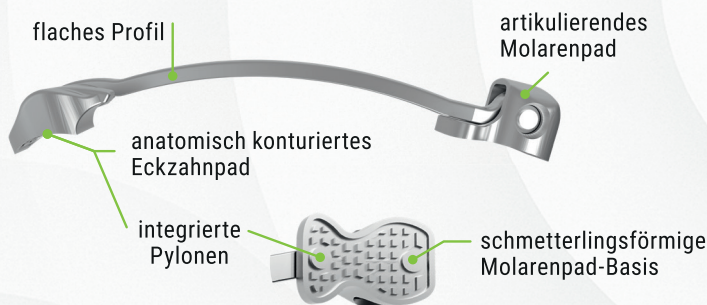
ANZEIGE



Zero Corrector™

Okklusionskorrektor für Klasse II-/III-Malokklusionen

kompatibel mit der Aligner- oder Multibrackettechnik



Weitere Infos
finden Sie hier:



Schutz des Kindes – oder auch die eigene Sicherheit des Behandelnden – gefährden könnte, etwa weil eine Eskalation, Einschüchterung oder Vertuschung naheliegt, darf und soll dieser Schritt unterbleiben.

Treten gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung auf, handelt es sich also um eine sehr schwierige Situation, die wohl auch erfahrene Behandler vor große fachliche und psychologische Herausforderungen stellt. Hinzu kommt die Unsicherheit, vielleicht das Falsche zu tun. Hier gewährt das Gesetz aber ganz konkrete Hilfe. § 4 Abs. 2 KKG gewährt gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe einen Anspruch auf „Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft“. Es ist also möglich, sich bereits frühzeitig und anonym beraten zu lassen. Dort sitzen die Expertinnen und Experten, die schon in der Einschätzung unterstützen können, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegen könnte und welche Maßnahmen sinnvoll sind. Zu diesem Zweck dürfen die erforderlichen Daten übermittelt werden, allerdings sind die Daten vor einer solchen Übermittlung zu pseudonymisieren. Für die Praxis heißt das: Man kann und sollte sich frühzeitig fachkundigen Rat holen, ohne sofort den Namen des Kindes offenzulegen. Eine anonymisierte oder pseudonymisierte Fallberatung beim Jugendamt oder über eine Kinderschutzfachkraft ist häufig der sachgerechte Zwischenschritt zwischen bloßem Abwarten und personenbezogener Meldung.

Führt die eigene Klärung nicht weiter, scheidet sie aus oder bleibt sie erfolglos, kommt der nächste Schritt in Betracht: die formelle Information des Jugendamtes. § 4 Abs. 3 KKG erlaubt die Mitteilung an das Jugendamt, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich hält, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden. Die dafür erforderlichen Daten dürfen mitgeteilt werden. Die Betroffenen sollen grundsätzlich vorher darauf hingewiesen werden, es sei denn, auch dieser Hinweis würde den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen infrage stellen. Damit schafft das Gesetz gerade jene Rechtssicherheit, die in der Praxis so dringend benötigt wird. Wer unter den Voraussetzungen des § 4 KKG das Jugendamt informiert, handelt nicht „illoyal“ gegenüber der Familie und auch nicht „unbefugt“ im Sinne des Schweigepflichtrechts. Er nimmt eine gesetzlich vorgesehene Verantwortung wahr. Bei dringender Gefahr geht das Gesetz noch weiter: Für Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte bestimmt § 4 Abs. 3 Satz 3 KKG, dass sie unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach ihrer Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert. Das ist keine allgemeine Meldepflicht für jeden Verdacht. Es ist aber eine deutliche gesetzgeberische Erwartung: Bei dringender Gefahr darf nicht aus falsch verstandener Verschwiegenheit abgewartet werden. Auch der „mediale Eigenschutz“ sollte hier nicht unterschätzt werden. Niemand möchte wohl sein Bild neben dem schwarz umrandeten Bild eines Patienten unter der Schlagzeile „Er hätte es verhindern können!“ in einer Zeitung sehen. Von den Selbstvorwürfen, zu lange mit der Meldung gewartet zu haben, ganz zu schweigen.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Dokumentation. Sie ist gerade in solchen Ausnahmefällen kein bürokratisches Beiwerk, sondern Schutzinstrument – für das Kind, aber auch für die Praxis. Dokumentiert werden sollten konkrete Beobachtungen, nicht Wertungen. Also nicht nur: „Eltern kümmern sich nicht“, sondern konkrete Feststellungen und Befunde. Festzuhalten sind außerdem Gesprächsinhalte, Aufklärungsversuche, Hinweise auf Hilfsangebote, interne Abstimmungen, anonymisierte Beratungen und gegebenenfalls die Gründe, warum eine Information der Sorgeberechtigten vor Einschaltung des Jugendamtes unterblieben ist. Je nachvollziehbarer die Abwägung dokumentiert ist, desto besser lässt sich später erklären, warum gehandelt – oder zunächst nicht gehandelt – wurde.

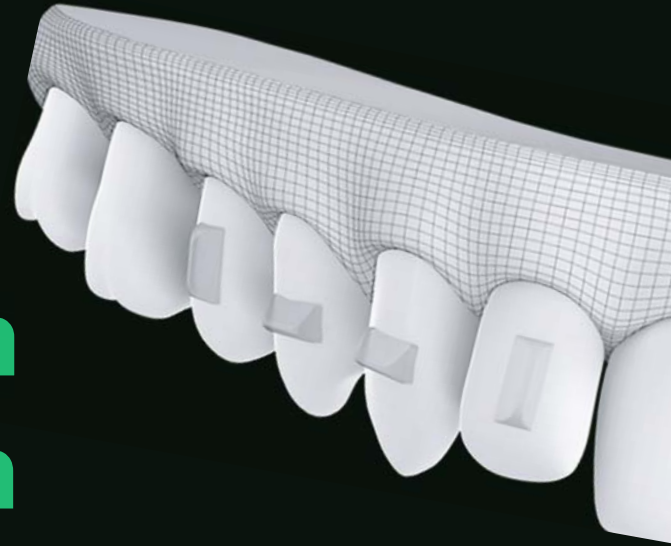
Für die Praxis empfiehlt sich ein einfacher innerer Prüfungsablauf:

- Was habe ich konkret gesehen oder erfahren?
- Handelt es sich um einzelne Auffälligkeiten oder um ein Muster?
- Gibt es eine plausible harmlose Erklärung?
- Kann ich die Situation mit dem Kind und den Sorgeberechtigten gefahrlos besprechen?
- Benötige ich eine anonymisierte Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft?
- Reichen Hilfsangebote aus, oder ist ein Tätigwerden des Jugendamtes erforderlich?
- Besteht sogar dringende Gefahr?

Diese Fragen ersetzen keine juristische Einzelfallprüfung, aber sie strukturieren eine Situation, in der Unsicherheit sonst leicht zu Untätigkeit führt. Im Zweifel gilt: Lieber einmal zu viel eine Beratung durch eine Fachkraft in Anspruch nehmen als einmal zu wenig.

Die vielleicht wichtigste Botschaft lautet deshalb: Kinderschutz verlangt keine kriminalistische Gewissheit. Er verlangt Aufmerksamkeit, Sorgfalt und eine verantwortliche Abwägung. Die kieferorthopädische Praxis muss weder vorschnell melden noch aus Angst vor der Schweigepflicht schweigen, wenn ein Kind erkennbar Schutz benötigt. Das Recht erwartet gerade keinen Rückzug hinter formale Verschwiegenheit, sondern ein abgestuftes Vorgehen: beobachten, dokumentieren, ansprechen, beraten lassen und – wenn erforderlich – das Jugendamt informieren. ■

Verabschieden Sie sich von Ungenauigkeiten und übernehmen Sie die Kontrolle.



Vorstellung der neuen Clarity™ Precision Grip Attachments: Entwickelt, um die Präzision und Vorhersagbarkeit Ihrer Aligner-Attachments zu optimieren. Diese revolutionäre Technologie wird Ihre Arbeitsabläufe für immer verändern.



Bereit für dieses
Spezial-Angebot?

NEU: Jetzt verfügbar!

Clarity™ Precision Grip Attachments

- Bereits geladenes Tray
- 3D-gedruckte Präzision
- Nur mit Clarity™ Alignern verfügbar
- Entwickelt, um wertvolle Zeit zu sparen
- aus voll ausgehärtetem Komposit
- keine Klebstoff-Überschüsse

Valde Miramur - juristische Stolpersteine im Praxisalltag

VON AUFSTIEGSHILFEN (MIT UND OHNE HOLM) UND BIOWAFFENFÄHIGEN MULL- BINDEN



Der „Leiterbeauftragte“ ist eine jener modernen Erscheinungen, bei denen man nicht mehr sicher ist, ob es sich um urbane Legende oder um eine tatsächlich existierende Verwaltungsvorschrift handelt. So bedauerlich es ist: Es gibt sie tatsächlich, die DGUV Information 208-016 „Die Verwendung von Leitern und Tritten“. Früher stellte man eine Leiter hin und stieg hinauf. Heute braucht die Leiter zunächst eine Gefährdungsbeurteilung, eine Sichtprüfung, eine Dokumentation der Sichtprüfung und – selbstverständlich – einen Beauftragten. Nicht irgendeinen. Eine „befähigte Person zur Prüfung von Arbeitsmitteln und überwachungsbedürftigen Anlagen“. Ja, wir reden immer noch über Leitern. Und natürlich Tritte. Wo der Unterschied ist? Wer bislang glaubte, ein Tritt sei einfach eine kleine Leiter, offenbart damit gefährliche Ahnungslosigkeit. Denn ein „Tritt“ ist definitionsgemäß kein „Aufstiegsmittel mit Holm“, sondern ein „Arbeitsmittel geringer Höhe mit begrenzter Standfläche“. Das muss man wissen. Sonst endet man womöglich mit einem Bußgeld – oder schlimmer: mit einer unvollständigen Dokumentation.

Überhaupt scheint die deutsche Bürokratie ein tiefes Misstrauen gegen jede Form spontaner Vernunft entwickelt zu haben. Anders ist der „Stecker-TÜV“ – oder im Amtsdeutsch die „wiederkehrende Prüfung ortsveränderlicher elektrischer Betriebsmittel“ kaum zu erklären. In den Praxen wandert ein externer Prüfdienst durch die Räume, bewaffnet mit Prüfgerät und ernster Miene, um Kaffeemaschine, Wasserkocher und Schreibtischlampe elektrisch zu exorzieren. Der Zahnarzt darf zwar täglich mit seinen Instrumenten am offenen Mund oder

gar dem offenen Parodont arbeiten - aber ob der Stecker des Druckers wirklich in Ordnung ist, das muss selbstverständlich ein zertifizierter Fremddienstleister feststellen.

Die jedenfalls aus Sicht der deutschen Bürokratie beschränkten Fähigkeiten des approbierten Zahnarztes zeigen sich in schöner Form auch im Bereich der Infektionshygiene. Zahnärzte lernen über Jahre hinweg aseptisches und steriles Arbeiten. Sie desinfizieren, sterilisieren, dokumentieren und validieren. Sie hantieren mit Blut, Aerosolen und Schleimhäuten. Doch in manchen Bundesländern traut man ihnen nicht einmal zu, eine Wasserprobe kontaminationsfrei in ein Röhrchen zu füllen. Dafür braucht es dann eigens geschulte Probenehmer. Wahrscheinlich Menschen mit besonderer Begabung im Umgang mit Schraubdeckeln.

Auch die Kontrolle von Verbandkästen und Erste-Hilfe-Kursen gehört inzwischen zur beliebten behördlichen Realsatire. Gewiss: Erste Hilfe ist wichtig. Aber die Frage drängt sich auf, welche konkrete infektiologische Katastrophe eigentlich von einem Verbandpäckchen ausgeht, dessen Haltbarkeitsdatum vor drei Monaten abgelaufen ist. Verwandelt sich Mull nach Fristablauf spontan in Biowaffenmaterial? Wird die sterile Kompresse über Nacht zur Petrischale samt Bakterienkultur? Man weiß es nicht.

Der Höhepunkt aber ist die Erstvalidierung fabrikneuer Thermodesinfektoren. Ein Kleindesinfektor wird von Fachfirmen geliefert, installiert, angeschlossen und technisch geprüft. Das Gerät kommt betriebsbereit in die Praxis, verfügt über ausgeklügelte Selbstdiagnoseprogramme - und wird anschließend behandelt, als hätte der Praxisinhaber es nachts aus Einzelteilen im Keller zusammengeschaubt.

Seit Jahrzehnten verspricht jede Regierung den großen Bürokratieabbau. Seit Jahrzehnten entstehen stattdessen neue Formulare, Nachweispflichten und Dokumentationsordner. Immerhin gibt es inzwischen das Portal Einfach machen! (einfach-machen.gov.de), in dem man ganz ohne bürokratische Hürden dem Ministerium für Digitalisierung und Staatsmodernisierung überbordende Bürokratie melden kann. Da das Portal aber gänzlich ohne einzureichende Dokumentationen oder Validierungsnachweise auskommt, hat es in der deutschen Bürokratie vermutlich keinerlei Nutzen. ■

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



EOS 2026

DISTINGUISHED TEACHER

Ein Interview mit Prof. Dr. Dr. Dirk Wiechmann von Lisa Heinemann.

Der Distinguished Teacher Award der European Orthodontic Society (EOS), einer der führenden Fachgesellschaften für Kieferorthopädie in Europa, ehrt jährlich Persönlichkeiten, die die kieferorthopädische Lehre nachhaltig prägen. Die Auszeichnung zählt zu den renommiertesten Preisen des Fachs und würdigt nicht nur wissenschaftliche Exzellenz, sondern vor allem ein außergewöhnliches Engagement in der Aus- und Weiterbildung. Besonders spannend ist das lebendige Konzept des Preises: Die ausgezeichneten Lehrkräfte halten im Rahmen der Ehrung zwei eintägige Vorlesungen an unterschiedlichen europäischen Universitäten. So wird die Auszeichnung selbst zu einem Impulsgeber für den fachlichen Austausch und trägt zugleich dazu bei, das akademische Netzwerk der Kieferorthopädie weiter zu stärken.

Bislang ging der Preis zweimal nach Deutschland: Im Jahr 2021 wurde Prof. Dr. Björn Ludwig ausgezeichnet, und seit diesem Jahr darf sich auch Prof. Dr. Dr. Dirk Wiechmann EOS Distinguished Teacher nennen. Aus Anlass dieser besonderen Ehrung haben wir mit Prof. Wiechmann gesprochen. Im Interview erzählt er, was diese Auszeichnung ihm persönlich

bedeutet und warum eine gute Lehre für die Zukunft der Kieferorthopädie unverzichtbar ist.

„Wissen macht den Unterschied“ – wie ich gelesen habe, ist das einer Ihrer Lieblingssätze. In diesem Jahr werden Sie mit dem EOS Distinguished Teacher Award ausgezeichnet, einer der bedeutendsten europäischen Ehrungen für die Lehre in der Kieferorthopädie – herzlichen Glückwunsch! Was bedeutet diese Anerkennung für Sie persönlich?

Als ich von Dr. Dirk Bister, dem Honorary Secretary der EOS, die Nachricht von der Auszeichnung bekam, war ich zuerst sehr überrascht und anschließend auch sehr stolz. Wie sie wissen, ist meine Passion die qualitativ hochwertige Kieferorthopädie mit besonderem Fokus auf der Lingualtechnik. Ich sehe diese Ehrung als Zeichen und Wegweiser für die Zukunft, insbesondere für unsere jüngere Generation. Noch nie zuvor hat die Lingualtechnik so eine große Bühne bekommen wie in den letzten Jahren. Dies liegt, wie ich meine, auch daran, dass es gelungen ist, diese Passion für eine qualitativ hochwertige Kieferorthopädie an die jungen Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben.

Welche Rolle spielt aus Ihrer Sicht eine fundierte Ausbildung für den langfristigen Behandlungserfolg in der Kieferorthopädie?

Wenn Sie mit einem langfristigen Behandlungserfolg ein schönes Behandlungsergebnis meinen, das langfristig stabil ist, so wird aktuell doch immer deutlicher, dass insbesondere die Langzeitstabilität entscheidend von der Qualität der Okklusion und Interdigitation am Ende der kieferorthopädischen Behandlung abhängt. Hans Pancherz hat diese Kausalität schon vor über 30 Jahren erkannt und nachhaltig postuliert. Eine fundierte, und ich möchte hinzufügen, vor allem eine fundierte klinische Ausbildung ist in meinen Augen das A und O, um im kieferorthopädischen Alltag hochklassige Behandlungsergebnisse erzielen zu können.

Die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie befindet sich aktuell in einer Phase des Wandels – wie beurteilen Sie die aktuellen Entwicklungen?

Veränderungen sind in meinen Augen auch immer eine Möglichkeit zur Verbesserung. Das primär universitäre Weiterbildungskonzept zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie



Prof. Dr. Dr. Wiechmann mit Dr. Julia Tiefengraber, Chefredakteurin des BDK.info.

hat sich bei uns und auch in vielen anderen europäischen Ländern etabliert. Die Möglichkeit zur parallelen Weiterbildung in Klinik und Praxis, wie sie in Deutschland umgesetzt wird, erscheint dabei als vorteilhafter komplementärer Ansatz, um den uns viele andere Länder beneiden. Eine Phase des Wandels sehe ich einzig und allein bei der versuchten und in einigen anderen Ländern sehr erfolgreich durchgesetzten Einflussnahme der Industrie auf die universitären Lehrinhalte. Mit einer qualitativ hochwertigen Ausbildung, insbesondere im alles entscheidenden Bereich der festsitzenden Techniken, hat das folglich dann nicht mehr viel zu tun. Als Weiterbildungsassistent würde ich mir da schon meine Gedanken machen, wenn ich in meiner Ausbildung nicht viel mehr lernen würde als ein Nichtfachzahnarzt in ein paar Wochenendkursen. Für uns Kieferorthopäden insgesamt sollte das eigentlich ein strategischer „No-Brainer“ sein, aber man wundert sich manchmal...

Wie wichtig ist Ihnen die Förderung des kieferorthopädischen Nachwuchses, und welche Ansätze halten Sie für besonders effektiv, um junge Kolleginnen und Kollegen nachhaltig zu unterstützen?

Wie Sie sicher wissen, bin ich neben meiner Niederlassung in Bad Essen auch Teilzeitmitarbeiter an zwei Universitätskliniken, nämlich der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universitätszahnklinik Bern. Beide Kliniken sind Mitglieder des NEBEOP Programms (Network of Erasmus Based European Orthodontic Postgraduate Programmes). Das Ziel dieses Netzwerks ist die Verbesserung und Vereinheitlichung der kieferorthopädischen Weiterbildung in Europa. Das halte ich für einen sehr guten Ansatz, denn eine qualitativ hochwertige Ausbildung ist sicher nicht nur der Schlüssel zu einer langfristig erfolgreichen Niederlassung, sondern auch zum Fortbestand unserer Fachdisziplin.

In diesem Jahr hielten Sie im Rahmen der EOS-Webinare anlässlich Ihrer Auszeichnung die „Distinguished Teacher Lecture“ mit dem Titel „Changes and opportunities in lingual orthodontics“. Welche entscheidenden Veränderungen haben die Lingualtechnik in den letzten Jahren am stärksten vorangebracht?

Neue Fertigungsmethoden im Rahmen der additiven Verfahren wie Selective Laser Melting (SLM) haben sich auch bei der Bracketherstellung bewährt. Sinnvoll ist diese Methode sicherlich nur bei einer weitestgehenden Individualisierung der festsitzenden kieferorthopädischen Apparatur. Im Rahmen einer ständig fortschreitenden Personalisierung (Individualisierung) der medizinischen Behandlungs- und Heilungsmethoden kann die Kieferorthopädie hier einen sichtbaren Beitrag leisten, der weit über den Bereich Zahnmedizin hinaus wahrgenommen werden wird.

Ich persönlich habe mich immer bemüht, die neuesten Erkenntnisse möglichst umfassend und verständlich auch in Form von wissenschaftlichen Publikationen weiterzugeben. Eine kleine Auswahl davon können sich die Leser ansehen, wenn sie in PubMed die Suchbegriffe „completely customised lingual appliances“ eingeben. In unserer Praxis in Bad Essen

haben wir mit unserem Team um Dr. Frauke Beyling in den letzten Jahren eine Menge Primärdaten, insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität von kieferorthopädischen Behandlungen, gesammelt. Die aktuell hohe wissenschaftliche Sichtbarkeit der Lingualtechnik hilft auch bei der korrekten fachlichen Einordnung von Behandlungsergebnissen, die aktuell mit von der Industrie zum Teil aggressiv vermarkteten kieferorthopädischen Apparaturen erzielt werden können.

Wo sehen Sie aktuell die größten Chancen, aber auch die Grenzen der Lingualtechnik im Vergleich zu anderen kieferorthopädischen Behandlungsmethoden?

Ich sehe vor allem Lösungen, die die Lingualtechnik der Kieferorthopädie und den weitergebildeten Behandlern anbietet. Zuallererst natürlich die biomechanischen Möglichkeiten einer festsitzenden Behandlung, gepaart mit maximaler Ästhetik; aber auch die deutlich geringere Abhängigkeit von der Mitarbeit des Patienten beim Einsatz festsitzender Apparaturen im Vergleich zu herausnehmbaren; und nicht zuletzt die weitergehenden Möglichkeiten beim Einsatz von vollständig individuellen lingualen Apparaturen (CCLA, completely customised lingual appliance) bei der nichtchirurgischen Korrektur skelettaler Abweichungen. Genau mit diesem Thema beschäftigt sich ein kürzlich in der Fachzeitschrift *Seminars in Orthodontics* erschienener Artikel.¹ Insgesamt ist das genau das, was unsere erwachsenen Patienten erwarten, wenn sie einen Fachzahnarzt aufsuchen.

Aber auch für die festsitzende Behandlung von Kindern und Jugendlichen bietet die Lingualtechnik für das immer größer werdende Problem der Demineralisationen eine nachhaltige Lösung an. Nach aktuellem wissenschaftlichem Stand treten Demineralisationen im Bracketumfeld bei Kindern und Jugendlichen, die mit lingualen Apparaturen behandelt wurden, zehnmal seltener auf und sind im Durchschnitt nur etwa ein Zehntel so stark ausgeprägt. Das bedeutet 100-mal weniger Kalziumverlust!

Ich muss immer schmunzeln, wenn ich wieder einen Artikel zum Thema Demineralisationen im Bracketumfeld, sogenannte „White Spot Lesions“, lese. Wenn die vielfach suggerierte Sorge der jeweiligen Autoren um unsere jüngeren Patienten ehrlich wäre, würden sie doch einfach die Brackets auf die andere Zahnseite kleben.

Welche Kompetenzen sollten Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden heute unbedingt mitbringen, um den gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen des Fachs gerecht zu werden?

Die einzige Kernkompetenz ist die uneingeschränkte Passion für das Fach Kieferorthopädie, alles andere ergibt sich zwangsläufig von selbst.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

Literaturhinweis

¹ Google Scholar open access: "Chances and opportunities of lingual orthodontics in the era of aggressively marketed aligners - Excellence and evidence in care"

Der Landesvorsitzende des BDK Schleswig-Holstein, Prof. Dr. Dankmar Ihlow, berichtet anlässlich des Symposiums zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg am 8. November 2025 über seine Göttinger Jahre.

WISSENSCHAFTLICHE WEGMARKEN AUS DER GÖTTINGER ZEIT

Bildergalerie



Literatur



Mit der Kieferorthopädie der UMG Göttingen verbindet mich bis auf den heutigen Tag ein seit Jahrzehnten bestehendes freundschaftlich-kollegiales Verhältnis, das auch in zahlreichen gemeinsamen Publikationen seinen wissenschaftlichen Niederschlag gefunden hat. So war es für uns alle eine besondere Freude und Ehre, dass uns der Direktor der Kieferorthopädie, Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty, anlässlich des Symposiums zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg bat, zu Ehren des Jubilars einen Vortrag zu halten. Dieser Bitte kamen fünf seiner ehemaligen Habilitanden: Prof. Dr. Ralf J. Radlanski, Prof. Dr. Andreas Jäger, Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly, Prof. Dr. Reza Khonsari und Prof. Dr. Dankmar Ihlow nach.

Im Laufe der gemeinsamen Jahre mit Prof. Kubein-Meesenburg an der UMG Göttingen entstanden zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, von denen ich einige im Rahmen meines Vortrags vorgestellt habe und die im Folgenden näher beleuchtet werden. Die im Text erwähnten Abbildungen können über den QR-Code abgerufen werden.

Die Arbeiten waren in dem besonderen Klima der großzügigen Freiheit in Wissenschaft, Forschung und Lehre möglich, das in der kieferorthopädischen Abteilung der Universität Göttingen herrschte. Damals waren in der Abteilung mehrere Physiker angestellt, welche die kieferorthopädischen Assistenten bei ihren Wissenschaftsvorhaben tatkräftig unterstützten. Ohne ihre Unterstützung und Mitarbeit wären so manche wissenschaftlichen Projekte auf dem hohen naturwissenschaftlichen Niveau nicht möglich gewesen. Darüber hinaus kamen der kieferorthopädischen Abteilung und ihren Assistenten bei ihren wissenschaftlichen Arbeiten die langjährigen Kontakte zur Anatomie Greifswald und zu deren Direktor Prof. Fanghänel in gegenseitiger Unterstützung zugute.

Zu den ausgewählten Arbeiten gehört die Modifikation der klassischen Serienextraktion nach Hotz. Seit Jahren ließ sich in der täglichen Praxis bei den sogenannten Ex-

traktionsfällen, besonders im Unterkiefer, beobachten, dass nach der initial empfohlenen Extraktionsreihenfolge, das heißt beginnend mit der Extraktion der unteren Milcheckzähne, die bleibenden unteren Eckzähne vor den 1. Prämolaren eruptieren, in deren Folge die eigentlich zu extrahierenden 1. Prämolaren in ihrem Durchbruch von den bleibenden Eckzähnen behindert wurden. Auch war der Zugang zu den Prämolaren erschwert. Auf der Grundlage langjähriger Beobachtungen in der Praxis entstand die Idee, die klassische Serienextraktion im Unterkiefer zu modifizieren [1]. Das heißt, es wurden anstelle der unteren Milcheckzähne die unteren 1. Milchmolaren initial extrahiert. Dies führte zur Änderung des Eruptionsverhaltens des jeweils bleibenden Eckzahnes und der 1. unteren Prämolaren (Abb. 1). Die Modifikation der klassischen Serienextraktion nach Hotz, zuerst die unteren ersten Milchmolaren zu extrahieren und nicht die unteren Milcheckzähne, führt zur Umkehrung der natürlichen physiologischen Eruptionsfolge von Eckzahn und Prämolare, sodass die ersten Prämolaren vor den unteren Canini eruptieren (Abb. 2+3). Diese Extraktionsmodifikation wurde nach zehnjähriger erfolgreicher Praktizierung nachuntersucht und konnte als probate Methode ergänzend für die Extraktionstherapie empfohlen werden. Die Ergebnisse der Nachuntersuchung wurden auf der Jahrestagung der DGKFO in Stuttgart im Jahr 2012 den kieferorthopädischen Kongressteilnehmenden vorgetragen. Die empirisch beobachtete Verkürzung der Multibandbehandlungszeit infolge der Modifikation der Serienextraktion bedarf einer weiteren Validierung. Deshalb muss in einer weiteren Studie, auch wegen der Komplexität bei einer Multibandbehandlung mit begleitenden Extraktionen, nach den Ursachen für diese Beobachtung sowohl in orthopädischer als auch in orthodontischer Hinsicht gesucht werden.

Ein weiteres Projekt war die Innovation eines neuen Instrumentes zur biomechanischen Kontaktpunktumgestaltung. Die Göttinger Universitätsklinik besaß zur damaligen Zeit eine große und bestens mit Fachleuten und Maschinen

ausgerüstete medizinisch-wissenschaftliche Werkstatt, die allen Abteilungen zur Verfügung stand. So war es möglich, mit deren Hilfe eine Innovation für ein neues Instrument nach dem Vorbild der Natur und mithilfe von Steinzeitgebissen, den so benannten KNI-„Stripper“, als Prototyp zu realisieren (Abb. 4). Die Abkürzung „KNI“ stand für die drei Erfinder Kubein-Nägerl-Ihlow. Die Idee zu dieser Innovation [2] entstand, nach der Untersuchung von steinzeitlichen Gebissen und der Entdeckung, dass die interdentalen Approximalkontakte teilweise konkav-konvex waren (Abb. 5). Das entsprach, physikalisch gesehen, einer Reihenschaltung von überschlagenen dimeren Ketten im Zahnbogen (Abb. 6). Die Natur hat in den Steinzeitgebissen unter Anwesenheit von Abrasivstoffen – denn die Steinzeitmenschen hatten nicht wie wir eine abrasivstofffreie, hochgereinigte Nahrung – diese konkav-konvexen Approximalkontakte spontan geschaffen und somit im Vergleich zu unseren heutigen konvex-konvexen Approximalkontakten eine natürliche physikalische Stabilität im Zahnbogen erzeugt, das heißt, die interdentalen Kontakte sind konvex-konkav und entsprechen einer überschlagenen dimeren Kette (Abb. 8). Unsere Approximalkontakte sind heutzutage, wie oben erwähnt, ausnahmslos konvex-konvexer Natur und damit physikalisch labil und entsprechen physikalisch gesehen somit einer gestreckten dimeren Kette (Abb. 7). Der ursprüngliche KNI-„Stripper“, der bereits deutschlandweit an Kliniken und in Praxen getestet wurde, wurde im Laufe der Jahre modifiziert und trägt heute die Bezeichnung IConCare. Wir haben darüber in dem Retentionsbuch „Kieferorthopädische Retention“ der Herausgeber Ihlow/Rudzki, ausführlich berichtet [3]. Derzeit laufen Verhandlungen mit der Fraunhofer-Gesellschaft mit dem Ziel, eine Firma zu finden, die das Instrument zur Produktionsreife weiterentwickelt, damit es vermarktet und allen Zahnärzten und Kieferorthopäden zur Verfügung gestellt werden kann. Denn die Methode der approximalen Schmelzreduktion (ASR), ist längst als probates Mittel in der Zahnmedizin etabliert und wird seit Jahren von Kieferorthopäden und Zahnärzten praktiziert, a) um bei geringen Zahnengständen Extraktionen zu vermeiden und b) bei der Aligner-Behandlung interdental, um den notwendigen Platz für die Bewegung der Zähne zu schaffen. Mit dem IConCare-Instrument kann neben der erforderlichen ASR gleichzeitig Stabilität im Zahnbogen durch die biomechanische approximale Kontaktpunktumgestaltung hin zu konvex-konkaven interdentalen Kontakten erzeugt werden, welche physikalisch stabiler sind als konvex-konvexe Kontakte und darüber hinaus die Möglichkeit bieten, die Verweildauer von permanenten Retainer-Maßnahmen im Gebiss deutlich zu verkürzen. Zudem lässt sich das Risiko für Engstandsrezidive im Unterkiefer reduzieren.

Ein weiteres Forschungsvorhaben der Kieferorthopädischen Abteilung der UMG Göttingen, befasste sich mit der Biomechanik der Mandibula (Abb. 9). Bevor auf die Göttinger Ergebnisse der überlagernden Wachstumsanalysen (Abb. 10-14) im Einzelnen eingegangen wird, zunächst einige Vorbemerkungen zu den biomechanischen Voraussetzungen: Unter Kraftschluss, also unter okklusal-artikulärer Kraftübertragung, koppeln sich die okklusal-artikulären Strukturen in den verschiedenen Funktionsrichtungen zu ebenen



Prof. Dr. Dankmar Ihlow

oder sphärischen Viergelenk- bzw. Kurvengetrieben. Das ist eine physikalische Realität [4]. Die besondere interaktive Beziehung zwischen pro- und retrusiven Getrieben in der Verriegelung der maximalen Verzahnung und gleichzeitig zentrischer Lage aller Gelenke des stomatognathen Systems ist ableitbar (Centric Occlusion = Centric Relation). Diese Kopplungen der jeweiligen anterioren und posterioren Führungen stellen ein biomechanisches Einheitssystem dar, das unter bestimmter Variation, zum Beispiel von Gelenkbahnneigung und Radius des Kiefergelenkes gegenüber einer unveränderten anterioren Führung, unter Funktionskonstanz Längenvariation zulässt (Kubein-Meesenburg et al. 1989).

Darauf aufbauend standen die theoretischen Wachstumsstreckungen im Mittelpunkt der Untersuchungen. Die beschriebene okklusal-artikuläre Funktion lässt sich als Wachstumsstreckung zeigen: erstens in der okklusalen Überlagerung (Abb. 10) auf der Okklusionsebene, zweitens als Überlagerung in der Koppel des Getriebesystems (Koppellänge gleich Abstand der unteren Inzisalkante zur kondylären Drehachse) und drittens als funktionelle Länge, die durch diese Koppellänge definiert wird. Bei Untersuchungen wurden mehrere theoretisch mögliche Wachstumsstreckungen identifiziert (Abb. 11). Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten für tiefe Bisse (Abb. 12) und für offene Bisse (Abb. 13) unterschiedliche Wachstumsstreckungen. Tiefe Bisse zeigen eine Wachstumsstreckung als Koppelstreckung, die der ersten Wachstumsstreckung entspricht. Offene Bisse hingegen besitzen eine Koppel- und eine Gestellstreckung, die der zweiten Wachstumsstreckung entspricht. Die biomechanischen Wachstumsstreckungen der Mandibula (Abb. 14) unterscheiden sich im horizontalen und vertikalen Wachstum voneinander: Bei horizontalem Wachstum verändert sich der Kondylus mehr in Koppelrichtung und bei vertikalem Wachstum wächst der Kondylus verstärkt nach kranial und streckt sich nach oben.

Ein weiterer Schwerpunkt im Rahmen dieser Untersuchung waren Messungen in vivo zur Analyse biomechanischer Asymmetrien des Parodontiums (Abb. 15). Der oben erwähnte Geist der wissenschaftlichen Freizügigkeit, der in der kieferorthopädischen Abteilung in Göttingen herrschte, führte unter anderem während des eigens für alle interessierten Teilnehmer geschaffenen Doktorandenseminars zum Austausch ihrer Ideen und in den regelmäßig durchgeführten wissenschaftlichen Diskussionsrunden der Abteilung dazu, dass auch die Frage der Engstandrezidive und ihrer möglichen Ursachen, nach erfolgter kieferorthopädischer Therapie, diskutiert wurde. Die simple Fragestellung als Arbeitshypothese lautete: Dort, wo eine Bewegung stattfindet, in diesem Fall die posttherapeutische Bewegung von harmonisch eingeordneten Zähnen in den Zahnbogen zu einem Engstandrezidiv, muss es eine Kraft geben, die ursächlich dafür ist. Wenn dem so ist, müsste sich diese Hypothese auch nachweisen lassen, indem diese vermutete Kraft messbar gemacht werden müsste. Also wurde diskutiert, wie diese Kraft gemessen werden könnte. Bis dato hatten nur Picton und Moss ähnliche Untersuchungen durchgeführt. Sie untersuchten Zahnbewegungen transversaler Art, also von bukkal nach lingual. Uns interessierte dagegen, was in anteriorer Richtung passiert, denn diese Zahnbewegungen führen zum frontalen Engstandrezidiv. Dazu entwickelten die Physiker der kieferorthopädischen Abteilung in Göttingen eine Apparatur (Abb. 15), welche die Zahnbewegungen von distal nach mesial und von mesial nach distal in vivo messen konnte [5]. Unsere In-vivo-Messungen ergaben den klinischen Beweis des Phänomens der sog. „mesialen Drift“ von Zähnen [6]. Die Untersuchungen zeigten, dass die Probanden mit natürlichen Lücken im statistischen Mittel sowohl nach mesial als auch nach distal symmetrische Drehwinkel-Schwellenwerte aufwiesen (Abb. 17), das heißt, eine symmetrische Zahnkipfung in beide Richtungen erfolgt, was auf eine Symmetrie des dentogingivalen Faserapparates hinweist. Anders fiel das Ergebnis für Zähne aus, die zu Gebissen mit primären frontalen Engständen gehörten. Diese zeigten bzgl. der Drehwinkel-Schwellenwerte und des Kippverhaltens eine statistisch signifikante Asymmetrie (Abb. 16), welche auf einen asymmetrischen dentogingivalen Faserapparat schließen lässt. In distaler Bewegungsrichtung trat die Zahnkipfung verzögert auf - aufgrund einer (wie angenommen) tatsächlich existierenden, nach mesial wirkenden Kraft im Faserapparat.

Ein weiteres erfolgreiches Projekt ist der Retentionskatalog (RK). Jede praktizierende Kieferorthopädin und jeder praktizierende Kieferorthopäde kennt das Problem: Rezidiv! Doch was tun, wenn die Ursachen sehr vielfältig sind? Offensichtlich scheint es allerdings zu sein, dass es unter anderem an der mangelnden, notwendigen Aufklärung und in deren Folge am Verständnis der Patienten und deren Eltern zu fehlen scheint. Aber auch in der Kollegenschaft sahen Prof. Kubein-Meesenburg und Ihlow Defizite. Diese Überlegungen führten zum Vorschlag von Prof. Kubein-Meesenburg, ein Instrument für die Aufklärung zu schaffen. Damit war die Idee für den Retentionskatalog (RK) [7] geboren und konnte in die Tat umgesetzt werden (Abb. 18). Unterstützung für die not-

wendige Publikation fanden wir beim BDK. Nachdem wir auf jegliches Honorar verzichteten, ließ der BDK das Handbuch zur klinischen Anwendung des Retentionskataloges (Abb. 19) drucken und verteilen zur Anwendung für Ärzte, Zahnärzte, Assistenten, Studenten und für das qualifizierte Praxispersonal [8]. Wir verwandten für unseren Retentionskatalog zwei Abbildungen von Prof. Little, den wir ihm bei einem Besuch in Heidelberg zum Geschenk machten (Abb. 20). Nachdem der Retentionskatalog in den Klinikalltag eingeführt und jahrelang in mehreren kieferorthopädischen Praxen und in der kieferorthopädischen Abteilung der Universitätsklinik Göttingen regelmäßig zur Anwendung gekommen ist, wurde eine groß angelegte Befragungsstudie zur Effizienz (Abb. 21) von Patienten und Eltern durchgeführt. Das Ergebnis war eindeutig positiv. Die klinische Anwendung des Retentionskataloges hat sich im Praxisalltag bewährt und konnte durch die umfangreiche Befragungsstudie validiert werden. Der Retentionskatalog hat sich zudem als geeignetes Instrument bewährt, um das in allen Praxen verpflichtende Qualitätsmanagement wirksam zu unterstützen und die Dokumentationspflicht zu erfüllen. Bei konsequenter Anwendung bietet er der Kollegenschaft darüber hinaus auch forensische Absicherung (Abb. 22).

Schließlich schlug sich die jahrelange Beschäftigung mit den Rezidiven (Abb. 25a+b) auch in der Geburtsstunde des Lehrbuches „Kieferorthopädische Retention“ nieder. Jahrelang beobachtete ich in meiner Praxis, aber auch an den Kliniken, in denen ich tätig war, Rezidive - vom leichten frontalen Engstand bis hin zu stark ausgeprägten Rezidiven, sowohl die Zahnstellung als auch die Bisslage betreffend. Beim Studium der einschlägigen Literatur fiel auf, dass es im deutschsprachigen Raum kein kompaktes Werk der kieferorthopädischen Retention gab. Also war die Idee geboren, ein umfassendes Lehrbuch der „Kieferorthopädischen Retention“ [3] zu schaffen. Anlässlich der Jahrestagung der DGKFO im Jahr 2011 in Dresden, nach dem Besuch der Semperoper, fand ein erstes konstituierendes Gespräch für dieses Buchprojekt mit Prof. Dr. Ingrid Rudzki, Prof. Dr. Jochen Fanghänel und mir bei einem kleinen Italiener am Ufer der Elbe statt (Abb. 23). Die Idee eines Lehrbuches fand unter den Kollegen großen Zuspruch, sodass aus der ursprünglichen Dreiergruppe das finale Autorenteam, bestehend aus sechs Professoren, entstand (Abb. 24). Nach Erscheinen des Lehrbuches der „Kieferorthopädischen Retention“ im Jahre 2017/2018, wurde Prof. Dr. Jörg Lisson, der Direktor der Kieferorthopädischen Abteilung der Universität Homburg, vom Deutschen Ärzteverlag gebeten und dafür gewonnen, die Buchbesprechung durchzuführen [DZZ; 2017;72]. Im Ergebnis dieser veröffentlichten Buchbesprechung konnte jeder Interessent nachlesen, um für sich einen umfassenden Einblick in dieses Werk zu erhalten. Prof. Lisson schrieb unter anderem:

„Hierzu nun also ein Buch, von dem man fragen muss, warum es noch nicht vorher geschrieben wurde. Kieferorthopädie gibt es nicht erst seit gestern, und auch die Antwort auf die Frage nach der geeigneten Retention wurde schon 1904 von Angle als Problem erkannt.“

Danksagung: (Abb. 26). ■



100 Jahre SCHEU-DENTAL

Danke, dass Sie Teil unserer Geschichte sind.

100 Jahre sind mehr als ein Jubiläum. Sie stehen für Menschen, Ideen und gemeinsame Erfolge. Für Vertrauen, das über Generationen gewachsen ist. Und für die Leidenschaft, die Dentalbranche immer wieder ein Stück weiterzubringen.

Gemeinsam mit unseren Kunden, Partnern und Mitarbeitenden blicken wir voller Stolz auf unsere Geschichte zurück – und mit genauso viel Leidenschaft in die Zukunft.

Spannendes aus 100 Jahren finden Sie unter www.scheu-dental.com/100-jahre

Der Kongress des German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics 2026 fand am 13. und 14. März in Bonn statt und behandelte das Leitthema „Kompensation oder Dekompensation – Strategien für komplexe Therapien“.

JAHRESKONGRESS

DES GERMAN BOARD OF ORTHODONTICS AND OROFACIAL ORTHOPEDICS

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

Prof. Dr. Michael Wolf und Dr. Gundi Mindermann begrüßten eingangs die zahlreich erschienenen Kongressteilnehmer und gratulierten Prof. Dr. Felix Kunz zur Übernahme des Ordinariats in Hannover. Zudem nutzten Sie den Moment, Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly für sein langjähriges Engagement für die Kieferorthopädie zu würdigen.

Im Anschluss folgte die Rolf-Fränkels-Ehrenvorlesung zum Thema: „Kompensation vs. Dekompensation – Verschieben moderne Verfahren die therapeutischen Grenzen“ von Prof. Dr. Dr. Till Köhne aus Leipzig, wobei er zunächst auf die historischen Wurzeln der funktionskieferorthopädischen Therapie einging. Prof. Dr. Dr. Rolf Fränkel, selbst gebürtiger Leipziger, habe die funktionelle Kieferorthopädie maßgeblich geprägt. Unter Bezugnahme auf grundlegende Wachstumskonzepte nach Enlow erläuterte der Referent die Kombination aus Knochenapposition und -resorption als zentrales Prinzip der



Abb. 1: Prof. Dr. Dr. Till Köhne aus Leipzig hielt die Rolf-Fränkels-Ehrenvorlesung zum Thema: „Kompensation vs. Dekompensation – Verschieben moderne Verfahren die therapeutischen Grenzen“.

kraniofazialen Entwicklung. Im weiteren Verlauf wurde die Wirkung funktionskieferorthopädischer Geräte auf das mandibuläre Wachstum differenziert betrachtet. Obwohl im Zuge der funktionskieferorthopädischen Therapie von Patienten mit einer basal sagittal distalen Kieferrelation oft eine Verlängerung der Strecke zwischen Kondylus und Gnathion beschrieben wird, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass es zu einer echten Unterkieferverlagerung gekommen sei. Eine systematische Übersichtsarbeit zu mandibulären Veränderungen bei Klasse II-Patienten habe ergeben, dass etwa zwei Drittel der Studien eine Verlängerung des Unterkiefers während der Behandlung nachweisen konnten, jedoch lediglich eine Studie eine signifikante Veränderung des SNB-Winkels zeigte. Zudem habe in randomisiert-kontrollierten Studien kein signifikant verstärktes Unterkieferwachstum im Vergleich zu unbehandelten Kontrollen nachgewiesen werden können, wobei ein Großteil der Untersuchungen vor dem pubertären Wachstumsschub durchgeführt wurde. In dieser Phase überwiege offenbar die dentoalveoläre Anpassung im Sinne einer passiven Bisshebung mit vorwiegend vertikalen Effekten, wohingegen während des Wachstumsspurts sowohl vertikale als auch sagittale Veränderungen erzielt werden können, so der Professor. Ein weiterer Schwerpunkt des Vortrags bildete die skelettale Verankerung: Mit Apparaturen wie Mesial- bzw. Distalslidern können Zahnbewegungen im Bereich mehrerer Millimeter erzielt werden, wobei nach De Felice et al. Mesialisierungen von etwa $4,5 \pm 2,2$ mm und Distalisierungen von etwa $2,4 \pm 1,7$ mm beschrieben seien. Neben funktionellen und morphologischen Aspekten thematisierte der Referent auch psychosoziale Faktoren. Flanze et al. seien im Rahmen einer 2023 veröffentlichten Studie zu dem Ergebnis gekommen, dass insbesondere postpubertäre Mädchen sensibler auf Gesichtsasymmetrien reagieren als Jungen, wobei die subjektive Wahrnehmung häufig nicht mit objektivierbaren Asymmetrien übereinstimme. Darüber hinaus weisen laut Vulink et al. (2008) und Collins et al. (2014) etwa zehn Prozent der Dysgnathiepatienten Auffälligkeiten im Sinne einer körperdysmorphen Störung auf, was insbe-

sondere im Hinblick auf die postoperative Zufriedenheit von Bedeutung sei. Abschließend wurden therapeutische Strategien diskutiert. Im Wechselgebiss sollte primär ein funktionskieferorthopädischer Ansatz verfolgt werden, auch wenn sich der Patient bereits in der Nähe oder leicht über dem Wachstumsgipfel befinde. Bei Prämolaren-Extraktionstherapien im Oberkiefer empfahl der Referent, dass ein vollständiger Lückenschluss vorzugsweise zunächst mit festsetzenden Teilbögen erfolgen sollte, bevor eine Weiterbehandlung mit Alignern erfolgen könne, um unerwünschte Kippbewegungen der Molaren zu vermeiden. Im Unterkiefer bewertete er Extraktionstherapien in Kombination mit Alignern eher kritisch. Den Abschluss bildete eine Fallvorstellung einer Patientin mit hemimandibulärer Hyperplasie, die mittels einseitiger Kondylektomie behandelt wurde. Diskutiert wurde hierbei auch der Ansatz, solche Eingriffe bereits im Jugendalter durchzuführen, um ein überschießendes Wachstum frühzeitig zu begrenzen.

Dann folgte ein Onlinevortrag von Prof. Dr. Dr. Bernd Lapatki aus Ulm zum Thema „Skelettal verankerte orthodontische Kompensation von Dysgnathien – Möglichkeiten, Mechanismen und Grenzen“. Zu Beginn stellte der Referent verschiedene Fallbeispiele von Angle-Klasse II- und -Klasse III-Patienten vor, bei denen sowohl kieferorthopädische als auch kieferchirurgische Therapieoptionen diskutiert wurden. Im Rahmen der präoperativen Vorbereitung könne die Dekompensation mithilfe eines Sliders sinnvoll sein, wobei laut Prof. Lapatki sogar Distalisationsstrecken von etwa 6-7 mm erreicht werden können. Zur grundsätzlichen Entscheidungsfindung zwischen rein kieferorthopädischem Vorgehen und kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Therapie diene weiterhin der „Envelope of discrepancy“ nach Proffit als Orientierung. Entscheidend sei hierbei vor allem die Inklination der Unterkieferinzisiven, da diese maßgeblich bestimme, ob eine dentoalveoläre Kompensation möglich sei. Außerdem sollten Faktoren wie Wachstumszeitpunkt und -muster sowie funktionelle Aspekte wie Abgleitbewegungen und Kiefergelenkzustand stets Beachtung finden. Als klinisches Beispiel zeigte der Referent die Behandlung eines Patienten mit einer Nichtanlage der Zähne 35 und 45. Bei diesem wurde ein Lückenschluss mit einer Multibracketapparatur und skelettaler Verankerung mittels Pin Regio 33/34 und 43/44 durchgeführt. Dabei



Abb. 2: Prof. Dr. Michael Wolf und Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty (v. l. n. r.).

wurde bewusst mit hoher Friktion, also ohne Doppelkabelmechanik, gearbeitet, um eine Mesialmigration der gesamten Unterkieferdentition zu erreichen. Ein weiteres Fallbeispiel zeigte einen Patienten im frühen Wechselgebiss mit frontalem Kreuzbiss. Die Therapie erfolgte zunächst mit einem Progenie-Aktivator, gefolgt von einem Twin-Block III. Ein weiterer zentraler Bestandteil des Vortrags war die Ulmer Frontretraktionsmechanik, eine semisegmentierte Mechanik mit hohem Zug zur Frontzahnretraktion. Diese bestehe aus einem Frontzahnsegment aus einem 0,017 x 0,025 SS-Bogen sowie einem Führungsbogen vom Eckzahn bis zum zweiten Molar und zusätzlich einem im Ulliy-Röhrchen verlaufenden posterioren Haken. Zwischen den Haken werde möglichst hoch im Vestibulum eine Feder eingespannt. Wichtig sei außerdem ein runder Overlaybogen als Führungsbogen



Abb. 3: Prof. Dr. Dr. Bernd Lapatki aus Ulm hielt einen Onlinevortrag.

im Oberkiefer von 15-25. Durch den approximalen Kontakt zwischen Eckzahn und erstem Prämolaren entstehe im Verlauf des Lückenschlusses ein Hypomochlion, welches letztlich zu einer Momentumkehr und somit zu einer Korrektur der Frontzahninklination führe, so der Referent. Anschließend ging Prof. Lapatki näher auf die Behandlung von Patienten mit einer Angle-Kl. III-Verzahnung ein. Diese beschrieb er als deutlich schwieriger, insbesondere aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten zur Distalisierung im Unterkiefer. Dennoch könne ein „Ulmer Unterkiefer-Slider“ die therapeutischen Möglichkeiten erweitern. Dieser bestehe aus zwei interradikulär zwischen 3/4 sowie 4/5 eingesetzten Pins, welchen kaudal ein nach distal zeigender Teilbogen angeschweißt ist. Am ersten Molar befindet sich ein Band, welchem ein ins Vestibulum ragendes Röhrchen angeschweißt ist, durch welches der Führungsbogen läuft und somit die Pins und den ersten Molar im Unterkiefer miteinander verbindet. Die Distalisierung des Molars erfolge dann über eine Feder, welche am Führungsbogen zwischen dem Band und den Pins durch eine Schraube fixiert und aktiviert werde. Nach initialer Distalisierung werde die distale Schraube entfernt, um die Bewegung des 1. Prämolaren zu ermöglichen. Die Distalisierung einer halben Prämolarenbreite dauere laut Prof. Lapatki etwa zwölf Monate - man müsse also geduldig sein.

Nach einer kurzen Pause folgte ein Vortrag von Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty aus Göttingen zum Thema: „Komplexe Therapieentscheidung bei komplexen Patientenfällen - Funktion VOR Kompensation“. Einleitend wurde anhand einer Eye-Tracking-Studie aus Göttingen von Mai et al. (2025) die Relevanz dentofazialer Auffälligkeiten für die soziale Wahrnehmung dargestellt. Dabei habe sich gezeigt, dass insbesondere Frontzahnfehlstellungen die Aufmerksamkeit der Betrachter stark auf die Mundregion lenken und sich negativ auf die emotionale Bewertung auswirken. Nach kieferorthopädischer Therapie sei dieser Effekte deutlich weniger negativ ausgefallen. Im weiteren Verlauf hob Prof. Meyer-Marcotty vier funktionelle Aspekte hervor, die für die Therapieentscheidung von besonderer Bedeutung seien: die Zungenfunktion, der Mundschluss, die okklusale Funktion sowie die Atmung. Im Zusammenhang mit der Zungenfunktion wurde der Einsatz von palatinalen Spikes über einen Palatinalbogen im Oberkiefer vorgestellt. Dies führe durch Umlenkung der Zunge neben einer funktionellen Entlastung der Front auch zu einer transversalen Erweiterung im Molarenbereich. Die vorgestellten Studien zeigten unter anderem eine Verbesserung des Overbites sowie dentoalveoläre Anpassungen bei einer Tragedauer von mehreren Monaten. Ein weiterer Schwerpunkt des Vortrags lag auf der präoperativen Vorbereitung dysgnathiechirurgischer Fälle. Prof. Meyer-Marcotty erläuterte, dass eine anterior gerichtete Rotation der Maxilla im Vorfeld dazu beitragen könne, die Okklusion im Rahmen einer bimaxillären Operation besser einzustellen und einen stabilen Schlussbiss zu erreichen. Wenn die Zielokklusion bereits kurz nach der Operation stabil ist, kann auf eine längere



Abb. 4: Blick in den voll besetzten Kongresssaal während der Veranstaltung.



Abb. 5: Priv.-Doz. Dr. med. dent. Isabel Knaup und Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ali Modabber von der Uniklinik RWTH Aachen hielten einen Vortrag über die kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie. – **Abb. 6:** Prof. Dr. Christian Kirschneck diskutierte in seinem Vortrag die Entscheidungsfindung zwischen einer kieferorthopädischen Therapie und einem kombiniert kieferorthopädisch-chirurgischen Vorgehen.





Seit 2015
70.000+
Behandlungen mit A6

In den Aligner
integrierte okklusale
Blöcke mit
variabler Höhe

4
Generationen der
A6-Innovation

A6 Mandibular Advancement Solution



Zwei kieferorthopädische Behandlungsphasen in einer einzigen kombiniert!

Mit der Einführung der A6-Mandibulären-Protrusionslösung setzte Angel Aligner™ einen Meilenstein. Diese optimiert die Behandlung, indem die Ausformung und die Korrektur der okklusalen Beziehung gleichzeitig erfolgen.

Dieser integrierte Ansatz kann die klinische Effizienz steigern, die Behandlungsdauer verkürzen und einen neuen, effektiveren Weg zur Korrektur einer Klasse II bieten.

Die A6-Lösung wurde speziell für heranwachsende Patienten mit einer retrognathen Klasse II Malokklusion entwickelt.

Angel Aligner™ Aligner sind patientenspezifische Medizinprodukte der Klasse II (CE-Zertifikat Nr.: G15 125090 0002 Rev. 00, ISO-Zertifikat Nr.: Q5 125090 0001 Rev. 00) für die dentale Versorgung, ausschließlich für medizinisches Fachpersonal vorgesehen und dienen der Zahnbewegung im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen. Zertifikatsinhaber ist Shanghai EA Medical Instruments Co., Ltd. Hergestellt von Wuxi EA Bio-Tech Co., Ltd. oder Wuxi EA Medical Instruments Technologies Limited.

 angel aligner™

Im weiteren Verlauf hob Prof. Meyer-Marcotty vier funktionelle Aspekte hervor, die für die Therapieentscheidung von besonderer Bedeutung seien: die Zungenfunktion, der Mundschluss, die okklusale Funktion sowie die Atmung.

Splintphase verzichtet werden, da die Okklusion selbst als stabilisierendes Element fungiert. Im Kontext des Mundschlusses wurde insbesondere die Rolle des Musculus mentalis hervorgehoben. Dieser entspringt im Bereich der anterioren Mandibula und setzt in der Haut des Kinns an. Bei inkompetentem Mundschluss zeigt sich häufig eine kompensatorische Überaktivität des Muskels. In diesem Zusammenhang stellte Prof. Meyer-Marcotty die funktionelle Genioplastik nach Proffit als therapeutische Option vor, die nicht nur ästhetische, sondern auch funktionelle Verbesserungen ermöglichen kann. Zur Veranschaulichung moderner Planungsmöglichkeiten wurden dreidimensionale Simulationen unter Verwendung von Facescan und DVT gezeigt. Diese ermöglichen eine detaillierte Analyse und Planung von skelettalen Bewegungen sowie deren Auswirkungen auf Weichgewebe und Okklusion. Im Bereich der okklusalen Funktion wurde eine Studie von Nähri et al. vorgestellt, die einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Malokklusion und der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte. Dabei wurde deutlich, dass insbesondere bei erwachsenen Patienten ein hoher Behandlungsbedarf besteht und funktionelle

Einschränkungen häufig mit psychosozialen Belastungen einhergehen. Anhand klinischer Fallbeispiele verdeutlichte Prof. Meyer-Marcotty die Bedeutung funktioneller Zusammenhänge weiter. Bei einem erwachsenen Patienten mit Klasse II/2 und ausgeprägtem Tiefbiss bestand ein erhöhtes Risiko für Paro-Endo-Läsionen im Frontzahnbereich. Die Therapie umfasste eine Proklination und Intrusion der Frontzähne sowie eine anschließende dysgnathiechirurgische Korrektur. Ein weiteres Fallbeispiel zeigte eine Patientin mit asymmetrischem Schädelwachstum infolge einer frühkindlichen Problematik. Der Referent wies darauf hin, dass entsprechende Schädeldeformitäten im Kindesalter teilweise mittels Helmtherapie behandelt werden können, während ausgeprägte Fälle eine interdisziplinäre Therapie erfordern. Unbehandelte asymmetrische Entwicklungen können im weiteren Verlauf zu einseitigen Kreuzbissen und später zu ausgeprägten Laterognathien führen. Abschließend wurde die Bedeutung der Atmung als weiterer funktioneller Faktor hervorgehoben, der in einem nachfolgenden Vortrag vertieft behandelt wurde. Prof. Meyer-Marcotty endete den Vortrag mit dem Hinweis, dass Innovationen in der Therapie häufig

durch interdisziplinäre Zusammenarbeit entstehen und neue diagnostische sowie therapeutische Ansätze insbesondere an den Schnittstellen verschiedener Fachgebiete entwickelt werden.

Im Anschluss referierten Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ali Modabber (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie) und Priv.-Doz. Dr. med. dent. Isabel Knaup (Kieferorthopädie) von der Uniklinik RWTH Aachen über die kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie und stellten dabei den Stellenwert der interdisziplinären Planung und Vorbereitung für den Behandlungserfolg sowie die langfristige Stabilität in den Mittelpunkt. Aus chirurgischer Sicht orientiert sich die Planung der skelettalen Verlagerungen konsequent an den Stabilitätskriterien nach Proffit, ergänzt durch die aktualisierte Stabilitätspyramide nach Haas et al. Dabei wurde hervorgehoben, dass Vorverlagerungen des Ober-



Abb. 7: The „Young Experts“: Dr. Bernard Wiechens, Dr. Anja Quast, Dr. Jonas Schmid und Dr. Franziska Lang (v. l. n. r.).

kiefers bis etwa 5 mm ohne Impaktion als stabil gelten, während größere Verlagerungen bis etwa 7-8 mm durch zusätzliche posteriore Impaktion ermöglicht werden können, da sich hierdurch die effektive Weichgewebsspannung reduziert. Im Rahmen der chirurgischen Techniken wurde die Le-Fort-I-Osteotomie detailliert dargestellt. Bei der chirurgisch unterstützten Gaumennahterweiterung wurde die Notwendigkeit der Osteotomie des Processus pterygoideus betont, da andernfalls eine unerwünschte V-förmige Expansion resultiert. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass eine Kürzung der Nasenscheidewand erforderlich ist, um postoperative Septumdeviationen zu vermeiden. Bei der Unterkieferchirurgie wurde die sagittale Spaltung mit einer Modifikation vor dem Foramen mandibulae diskutiert. Der Vorteil dieser Technik bestehe darin, dass der Ansatz des Musculus pterygoideus medialis im knochentragenden Segment verbleibe und somit funktionell günstiger wirke. Auch die Osteosynthese wurde differenziert betrachtet. Das Fazit der Referenten: Eine sehr rigide Fixation mit bikortikal verschraubten Platten führt zu einer primär dentalen postoperativen Adaptation. Demgegenüber ermögliche eine weniger rigide Fixation mit dünneren Titanplatten ein funktionelles Zeitfenster von etwa vier bis sechs Wochen vor vollständiger Ossifikation, in dem eine muskuläre und funktionelle Nachsteuerung erfolgen könne. Ein wesentlicher Bestandteil des Vortrags war die digitale Planung. Der vorgestellte Workflow umfasst die Integration von DVT-Daten, intraoralen Scans und virtueller Operationssimulation einschließlich Weichgewebssprognose. Ergänzend wurde die splintfreie Chirurgie mittels patientenspezifischer Implantate vorgestellt, bei der individuell gefertigte Bohrschablonen und Platten die Positionierung des Oberkiefers übernehmen. Ein entscheidender Vorteil bestehe laut dem Referenten darin, dass die Positionierung unabhängig vom Unterkiefer und den Kiefergelenken erfolge. Zudem könnten die Schraubenpositionen bereits präoperativ so geplant werden, dass die Zahnwurzeln sicher umgangen würden. Anschließend erläuterten die Referenten das Aachener Vier-Stufen-Konzept aus kieferorthopädischer Sicht, bestehend aus gemeinsamer Zieldefinition, chirurgischer Planung, kieferorthopädischem Set-up und abschließender Patientenaufklärung. Entscheidend sei hierbei die präoperative Dekompensation der Zahnstellungen, auch wenn dies initial zu einer Verschlechterung der Okklusion führe. Dentale Probleme wie Mittellinienverschiebungen sollten bereits präoperativ korrigiert werden, um intraoperative Rotationen zu vermeiden, so die Referenten. Anhand von Fallbeispielen wurde das Vorgehen verdeutlicht. Bei mandibulärer Retrognathie wurde durch Extraktion eines Prämolaren eine größere sagittale Stufe geschaffen, wodurch eine ausreichende Verlagerungsstrecke erreicht wurde und in der Folge auch eine zusätzliche Vorverlagerung der Maxilla erforderlich war. Beim frontal offenen Biss wurde betont, dass dieser während der Dekompensation nicht geschlossen werden sollte. Dies könne durch skelettale Verankerung, beispielsweise mittels palatinaler Miniplatten, sichergestellt werden. Auch asymmetrische Fälle, insbesondere bei einseitiger kondylärer Hyperplasie, diskutierten die Referenten. Hier erfolgt präoperativ eine SPECT/

CT zur Beurteilung der Wachstumsaktivität. Ziel der kieferorthopädischen Vorbehandlung ist es, insbesondere bei jüngeren Patienten die Ausbildung eines Kreuzbisses zu verhindern und unter Umständen eine spätere Kondylektomie zu vermeiden. Ein mandibuläres Shaving kann sinnvoll direkt im Rahmen der bimaxillären Operation erfolgen, da durch die Mobilisation ein verbesserter Zugang bei gleichzeitig geschontem Nervverlauf gegeben ist. Anhand radiologischer Verläufe wurde die Umsetzung der Planung demonstriert. Prä- und postoperative Panoramaaufnahmen zeigten die stabile osteosynthetische Versorgung nach bimaxillärer Umstellungsosteotomie. Ergänzend wurde die Therapie transversaler Dysgnathien dargestellt, bei denen insbesondere die bimaxilläre Verlagerung eine zentrale Rolle spielt. Postoperativ wurde ein strukturiertes Protokoll vorgestellt mit Nahtentfernung nach etwa 14 Tagen, initial flüssiger und anschließend schrittweise aufgebauter Kost sowie einer eingeschränkten Kaubelastung über mehrere Wochen. Ergänzend wurde ein kieferorthopädisches Nachsorgekonzept mit regelmäßigen Kontrollen und intermaxillären Gummizügen beschrieben. Zur Sicherung der Stabilität wurde ein entsprechendes Protokoll mit maximaler präoperativer Dekompensation, Auswahl stabiler Operationsverfahren, frühzeitigem Splintenzug und funktioneller Retention vorgestellt. Im Fazit betonten Dr. Knaup und Prof. Modabber die entscheidende Bedeutung der engen interdisziplinären Zusammenarbeit, der präzisen Planung sowie der strukturierten prä- und postoperativen Führung für ein langfristig stabiles Behandlungsergebnis. Anschließend ging der wissenschaftliche Teil des Tages in die Abendveranstaltung auf der Godesburg über.

Im Vortrag des zweiten Tages stellte Prof. Kirschneck die Entscheidungsfindung zwischen einer kieferorthopädischen Therapie und einem kombiniert kieferorthopädisch-chirurgischen Vorgehen in den Mittelpunkt. Dabei betonte er eingangs, dass eine chirurgische Lagekorrektur der Kieferbasen nur dann in Betracht gezogen werden sollte, wenn sie tatsächlich alternativlos ist. Insbesondere bei Grenzfällen gestalten sich die Entscheidungsfindung häufig schwierig, da sowohl funktionelle als auch ästhetische Aspekte in komplexer Weise miteinander interagierten. Ein zentrales Konzept stelle dabei die dentoalveoläre Kompensation dar, bei der Zahnstellungen skelettale Diskrepanzen ausglich. In diesem Zusammenhang bedeute Dekompensation das gezielte Aufheben dieser Anpassungsmechanismen, um die Zähne vor einer operativen Therapie in ihre korrekte, nicht kompensierte Position zu überführen. Dies sei insbesondere für die chirurgische Planung essenziell. Dennoch unterstrich Prof. Kirschneck, dass der kieferorthopädische Anspruch grundsätzlich zunächst konservativ sein sollte, das heißt, dass vorrangig eine Therapie ohne operative Intervention anzustreben ist. Gerade bei Klasse III-Anomalien ergebe sich eine besondere Herausforderung, da die Wachstumstendenz des Unterkiefers häufig nur schwer prognostizierbar sei. Aus diesem Grund könne die definitive Entscheidung für oder gegen eine operative Therapie oftmals erst zu einem späten Zeitpunkt oder sogar erst nach einer längeren kieferorthopädischen Vorbehandlung getroffen werden. Weiterhin erklärt

Im Fazit betonten Dr. Knaup und Prof. Modabber die entscheidende Bedeutung der engen interdisziplinären Zusammenarbeit, der präzisen Planung sowie der strukturierten prä- und post-operativen Führung für ein langfristig stabiles Behandlungsergebnis.

Prof. Kirscheck, dass im Sinne einer personalisierten Medizin in der modernen Kieferorthopädie zunehmend versucht wird, individuelle Entscheidungsmodelle zu entwickeln, die eine reproduzierbare und objektivierbare Therapieplanung ermöglichen. Die zentrale Fragestellung laute hierbei, welche Zahnstellung langfristig stabil sei und somit als therapeutisches Ziel definiert werden solle. Daraus ergebe sich ein systemischer diagnostischer Workflow, der verschiedene Ebenen der Analyse integriere. Den ersten Schritt bilde die Gesichtsanalyse, wobei dem Weichgewebe eine zunehmend größere Bedeutung in der Therapieplanung zukomme. Die Beurteilung erfolge unter anderem anhand der True Vertical Line nach Arnett, die eine Referenz zur Einschätzung der Weichteilrelationen liefere. Alternativ könne das klassische Kieferprofilfeld nach A. M. Schwartz herangezogen werden. Ein wesentlicher Aspekt sei dabei die sogenannte ästhetische Reserve, die beschreibe, in welchem Ausmaß Veränderungen der Frontzahninklination die Lippenposition und damit das Profil beeinflussen könnten. Auch der Mentolabialwinkel spiele aus chirurgischer Sicht eine wichtige Rolle in der ästhetischen Bewertung. Der Holdaway-Winkel erlaube insbesondere bei Klasse III-Patienten eine Einschätzung, wie stark das Weichteilprofil bereits kompromittiert sei. Werte unter sechs beziehungsweise vier Grad weisen auf eine kritische Situation hin, insbesondere wenn zusätzlich ein negativer Wits-Wert und reklinierte Unterkieferinzisiven vorlie-



Abb. 8: Dr. Ramtin Davoudi-Pour gab in seinem Vortrag spannende Einblicke in Struktur, Anspruch und Philosophie der GBO-Zertifizierung. – **Abb. 9:** Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs referierte zu dem Thema „Grenzfälle im adulten Gebiss – Behandlung mit einer individuellen Apparatur“.

gen, so Prof. Kirschneck. Im zweiten Schritt erfolge die Analyse im Sinne des „Envelope of Discrepancy“. Hierbei würden die biologischen Grenzen der Zahnbewegung berücksichtigt, insbesondere die Dicke der kortikalen Knochenlamelle, die Nähe der Wurzeln zur Lamelle sowie das Auftreten von Fenestrationen. Die Risikoabschätzung umfasse dabei die Beurteilung der alveolären Knochenstärke, des Gingivabiotyps, der Wurzelposition sowie der individuellen Rezessionsanfälligkeit. Gleichzeitig sei die Identifikation bestehender dentoalveolärer Kompensationen von großer Bedeutung. Klassisch erfolge dies anhand der ANB-Linie nach Steiner, während die anteriore Grenze nach Hasund eine weiterentwickelte Betrachtung darstelle, da sie zusätzlich die Beziehung der Linie Pogonion zur NB-Linie einbeziehe. Der IMPA-Winkel diene hierbei als wichtiger Parameter zur Beurteilung der Unterkieferinzisiven. Werte unter 85 Grad wiesen bereits auf eine ausgeprägte Kompensation hin, bei der eine

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.



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

align™

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

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

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

weitere dentale Camouflage in der Regel nicht mehr möglich sei. Der dritte diagnostische Schritt umfasse die funktionelle Analyse. Hierbei werde insbesondere die Diskrepanz zwischen habitueller Okklusion und zentrischer Kondylenrelation untersucht. Zusätzlich spiele die vertikale Kieferrotation eine entscheidende Rolle, die unter anderem mittels des ODI nach Kim beurteilt werde, wobei niedrige Werte auf eine offene Bissrelation hinwiesen. Auch die mandibuläre Rotation, beschrieben durch Winkel wie ML-NL oder SN-MP, sei relevant. Werte über 36 Grad im SN-MP-Winkel deuten zunehmend auf eine chirurgische Indikation hin, so der Referent. Auf morphologischer Ebene stelle der Hasund-Harmonieraum ein zentrales Konzept dar. Dabei zeige sich, dass sagittale Diskrepanzen grundsätzlich besser kompensierbar seien als vertikale Abweichungen. Träfen jedoch sagittale und vertikale Fehlstellungen kombiniert aufeinander, bewege man sich außerhalb der sogenannten „Wolke“ in Richtung der vier Operationsquadranten, was die Wahrscheinlichkeit einer chirurgischen Therapie deutlich erhöhe. Ergänzend werde die Relation zwischen anteriorer und posteriorer Gesichtshöhe berücksichtigt, wobei die ML-NSL idealerweise etwa doppelt so groß sei wie die NL-NSL zuzüglich 13,5 Grad. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Entscheidungsfindung seien statistische Entscheidungsmodelle. Dabei komme dem Weichgewebe das größte Gewicht zu, da es maßgeblich die ästhetische Wahrnehmung bestimme. Die Studie von Stellzig-Eisenhauer aus dem Jahr 2002 zeige, dass durch Anwendung eines entsprechenden mathematischen Modells bei Klasse III-Patienten eine etwa 92-prozentige Wahr-

lichkeit für eine korrekte Klassifikation zwischen chirurgischer und konservativer Therapie erreicht werden könne. Auch neuere Arbeiten wie die Studie von Eslami aus dem Jahr 2018 bestätigten die Bedeutung multivariater Ansätze. Insgesamt wird deutlich, dass es sich weniger um eine starre Entscheidungsgrenze als vielmehr um eine mehrdimensionale Entscheidungsfläche handelt, unterstrich Prof. Kirschneck. In diesem Kontext gewinne auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz zunehmend an Bedeutung. KI-basierte Modelle böten das Potenzial, auf Grundlage großer Datenmengen evidenzbasierte Therapieentscheidungen zu unterstützen und zu objektivieren. Dennoch bleibe die klinische Erfahrung unverzichtbar, da KI vor allem Korrelationen erkenne, jedoch keine kausalen biologischen Zusammenhänge abbilde. Abschließend stellte der Referent eine klinische Score-Logik für Klasse III-Fälle vor, die eine vereinfachte Übertragung der statistischen Modelle in den klinischen Alltag ermögliche. In der anschließenden Fallvorstellung zeigte sich, dass bei Grenzfällen unterschiedliche Modelle zu leicht divergierenden Ergebnissen führen können, beispielsweise eine Position knapp außerhalb der Hasund-Wolke bei gleichzeitig stärkerer OP-Tendenz nach dem Modell von Stellzig-Eisenhauer. Als zentrale Botschaft lässt sich festhalten, dass die Entscheidungsfindung stets auf einer Kombination aus ästhetischen, funktionellen und morphologischen Parametern beruhe, wobei insbesondere die gleichzeitige Ausprägung sagittaler und vertikaler Abweichungen einen entscheidenden Einfluss auf die Indikation zur chirurgischen Therapie haben.



Abb. 10a+b: Dr. Gundi Mindermann gratuliert Dr. Theresa Jilek (**a**) und Dr. Andreas Detterbeck (**b**) zur GBO-Zertifizierung.

Im Rahmen der „Young Experts“-Session folgte der Vortrag „Teilautomatisierte Evaluation der präoperativen Dekompensationsqualität vor kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Therapie - Möglichkeiten Set-up-basierter Therapien“ von Dr. Franziska Lang. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie sich die Qualität der präoperativen Dekompensation optimieren lässt. Anhand eines strukturierten Studiendesigns wurde untersucht, ob Set-up-basierte Apparaturen gegenüber konventionellen Systemen Vorteile bieten. Die Ergebnisse zeigten, dass mit linguale Apparaturen im Vergleich zu vestibulären Systemen niedrigere ABO-Scores erreicht wurden und diese sowohl hinsichtlich der Effizienz der Dekompensation als auch im Behandlungsergebnis überlegen waren. Als weiterer Beitrag der „Young Experts“-Session folgte der gemeinsame Vortrag von Dr. Anja Quast und Dr. Bernard Wiechens aus Göttingen mit dem Titel „Präzisere Therapieentscheidungen durch digitale quantitative Diagnostik bei komplexem kieferorthopädischem Behandlungsbedarf“. Zu Beginn stellte Dr. Quast den diagnostischen Ansatz vor, bei dem DVT-Daten, intraorale Scans und Facescans kombiniert werden, um ein möglichst umfassendes, dreidimensionales Modell für die Therapieplanung zu generieren. Ziel sei es, auf dieser Grundlage differenziertere und präzisere Entscheidungen treffen zu können. Anhand einer Studie wurde gezeigt, dass bei asymmetrischen Patienten unterschiedliche Asymmetrietypen unterschieden werden können, die jeweils spezifische Strategien der präoperativen Dekompensation erfordern. Dabei wurden unter anderem Rolling-, Translation- und Yawing-Typen beschrieben, die sich sowohl in ihrer morphologischen Ausprägung als auch in den therapeutischen Konsequenzen unterscheiden. Eine weitere vorgestellte Untersuchung verdeutlichte, dass eine unzureichende präoperative Dekompensation dazu führen kann, dass postoperativ keine optimale skelettale und weichgewebige Symmetrie erreicht wird. In diesem Zusammenhang wurde auch auf den möglichen Nutzen dynamischer Verfahren wie der Videostereofotogrammetrie hingewiesen, die als 4D-Facescans zusätzliche Informationen zur Weichgewebefunktion liefern können, beispielsweise hinsichtlich des Lippenschlusses. Im zweiten Teil des Vortrags ging Dr. Wiechens auf funktionelle und interdisziplinäre Aspekte ein. Anhand einer Studie zur Bewertung des oropharyngealen Atemwegsvolumens wurde gezeigt, dass sich der posterior airway space nach maxillomandibulärer Vorverlagerung vergrößern kann. Es wurde jedoch die Frage aufgeworfen, inwieweit solche statischen Befunde tatsächlich Aussagen über das Risiko einer obstruktiven Schlafapnoe erlauben. Hier wurde das polygrafische Monitoring mittels PAT als Möglichkeit dargestellt, funktionelle Veränderungen objektiv zu erfassen und postoperativ zu kontrollieren. Darüber hinaus wurden weitere digitale diagnostische Verfahren vorgestellt.



Abb. 11: Dr. Michael Sostmann, Dr. Julia Tiefengraber und Prof. Dr. Rainer Schweska-Polly (v. l. n. r.).

Das digitale Axiogramm ermöglicht die Analyse von Kiefergelenkbewegungen, während sich funktionelles Settling mithilfe von T-Scan-Systemen untersuchen lässt. Ergänzend wurde die optoelektronische Mastikationsanalyse genannt, die teilweise KI-gestützt erfolgt und zusätzliche Informationen zur funktionellen Bewertung liefern kann. Abschließend wurde betont, dass quantitative digitale Instrumente eine wertvolle Ergänzung der klassischen Diagnostik darstellen und insbesondere bei komplexem kieferorthopädischem Behandlungsbedarf zu einer individualisierten Therapieplanung beitragen können. Der letzte Vortrag des „Young-Experts“-Forums wurde von Dr. Jonas Schmid aus Münster gehalten und widmete sich der Frage der chirurgischen versus nichtchirurgischen Kreuzbisskorrektur in der Erwachsenenorthodontie. Bereits zu Beginn wurde deutlich, dass es sich hierbei weniger um ein klar standardisiertes Vorgehen als vielmehr um ein Spannungsfeld zwischen verschiedenen Therapiephilosophien handelt. Schmid stellte zunächst die klassischen Therapieoptionen gegenüber. Auf der einen Seite stehen chirurgisch unterstützte Verfahren wie die SARPE oder die segmentierte Maxilla (two-piece), auf der anderen Seite nichtchirurgische Ansätze wie die dentoalveoläre Kompensation sowie implantatgestützte Expansionskonzepte, verdeutlichte der Referent. Die zentrale klinische Herausforderung liege dabei in der Entscheidung, wann eine rein dentale Korrektur ausreichend sei und ab welchem Punkt eine skelettale Erweiterung notwendig werde. In diesem Zusammenhang griff er eine häufig zitierte Grenze von etwa 5 mm transversaler Diskrepanz auf, die in vielen klinischen Diskussionen als Entscheidungsgrundlage herangezogen wird. Interessanterweise zeigte Schmid anhand der Literatur, dass diese Schwelle keineswegs evidenzbasiert abgesichert ist. Vielmehr geht sie im Wesentlichen auf eine Expertenmeinung von Betts zurück. Auch eine viel zitierte Übersichtsarbeit von Suri unterstreicht, dass unter Kieferorthopäden

und Chirurgen kein wirklicher Konsens hinsichtlich der Indikationsstellung für eine SARPE besteht. Damit wird deutlich, dass ein Großteil der klinischen Entscheidungsfindung weiterhin auf Erfahrungswerten basiert.

Im weiteren Verlauf ging Dr. Schmid auf diagnostische Aspekte ein, insbesondere auf die Bedeutung der Suturmaturation nach McNamara beziehungsweise deren moderne bildgebende Klassifikation. Die Idee, anhand des Reifestadiums der Gaumennaht zwischen chirurgischer und nichtchirurgischer Expansion zu differenzieren, erscheint theoretisch sinnvoll, bleibt jedoch in der praktischen Umsetzung ebenfalls nicht frei von Unsicherheiten, erklärte der Referent. Ein zentraler Punkt des Vortrags war die kritische Betrachtung der tatsächlichen Effekte der SARPE. Anhand aktueller systematischer Reviews wurde gezeigt, dass der Anteil der echten skelettalen Expansion geringer ist als häufig angenommen. Ein erheblicher Teil der Breitenzunahme sei dentoalveolär bedingt, insbesondere durch Kippungen der Molaren. Damit relativiere sich der vermeintlich rein skelettale Charakter dieses Verfahrens. Auch die Komplikationen wurden offen adressiert. Dr. Schmid referierte, dass die Literatur eine nicht unerhebliche Komplikationsrate von rund 22 Prozent beschreibt, darunter Blutungen, Schmerzen, Infektionen, Gingivarezessionen, Sensibilitätsstörungen bis hin zu schwerwiegenden Problemen wie Nekrosen oder Zahnverlust. Zusätzlich sei die Stabilität der Ergebnisse limitiert: Systematische Übersichtsarbeiten berichten über ein dentales Rezidiv von etwa 20 Prozent, so Dr. Schmid. Besonders interessant waren die eigenen Arbeiten von Schmid. In einer Studie aus dem Jahr 2022 wurde die transversale Korrektur mittels SARPE mit rein kieferorthopädischer dentoalveolärer Kompensation verglichen. Dabei zeigte sich, dass beide Ansätze unterschiedliche Wirkmechanismen besitzen, die erzielbaren Veränderungen im Unterkiefer jedoch ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Eine weitere, neuere Studie aus seiner Arbeitsgruppe untersuchte Gingivarezessionen und konnte keine signifikanten Unterschiede zwischen chirurgischen und nichtchirurgischen Verfahren nachweisen. In seinen Schlussfolgerungen plädierte Schmid für eine differenzierte Indikationsstellung. Eine SARPE sollte vor allem dann in Betracht gezogen werden, wenn eine maximale skelettale Expansion im Oberkiefer erforderlich sei. Gleichzeitig betonte er jedoch, dass die dentoalveoläre Kompensation das Therapiespektrum sinnvoll erweitert und insbesondere in Grenzfällen eine valide Alternative darstellt. Entscheidend sei zudem, den Unterkiefer stärker in die Therapieplanung einzubeziehen, anstatt die Entscheidung ausschließlich am Oberkiefer festzumachen. Insgesamt

hinterließ der Vortrag den Eindruck, dass die klassische Dichotomie „chirurgisch versus nichtchirurgisch“ zu kurz greift. Vielmehr geht es um eine individualisierte Therapieentscheidung, bei der skelettale, dentale und funktionelle Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden müssen.

Im Anschluss folgte die Fallpräsentation von Dr. Ramtin Davoudi-Pour, der im vergangenen Jahr selbst die Board-Zertifizierung der GBO erfolgreich abgeschlossen hat. Bereits die Einleitung machte deutlich, dass es sich hier nicht nur um die Vorstellung eines einzelnen klinischen Falls handelte, sondern gleichzeitig um einen Einblick in Struktur, Anspruch und Philosophie der GBO-Zertifizierung. Der präsentierte Fall behandelte die Thematik der Eckzahnverlagerung in Kombination mit einer Aplasie – eine klinische Konstellation, die sowohl diagnostisch als auch therapeutisch anspruchsvoll sei und sich daher gut für eine strukturierte Board-Darstellung eigne. Zu Beginn stellte Davoudi-Pour die Gliederung einer typischen GBO-Fallmappe vor. Diese folge einem klar definierten, sehr systematischen Aufbau, der weit über eine klassische Fallvorstellung hinausgehe. Neben der vollständigen Anamnese umfasst sie detaillierte extra- und intraorale Fotodokumentationen, eine umfassende Modellanalyse – zunehmend auch digital anhand von 3D-Modellen – sowie die vollständige radiologische Diagnostik inklusive OPG und Fernröntgenseitenbild, verdeutlichte Dr. Davoudi-Pour. Darauf aufbauend werde eine präzise Problemliste, die Definition der Behandlungsziele und eine strukturierte Therapieplanung erarbeitet. Besonders betont wurde die Notwendigkeit, auch Alternativtherapien und differenzialtherapeutische Überlegungen darzustellen. Im weiteren Verlauf werde der gesamte Behandlungsablauf lückenlos dokumentiert, inklusive Zwischendiagnostik, Verlaufsdarstellung und abschließender Bewertung. Auch die Retentionsphase sowie gegebenenfalls Nachkontrollen seien Bestandteil der



Präsentation. Den Abschluss bildete eine kritische Epikrise mit Einordnung des eigenen Falls in die aktuelle Literatur. Dadurch werde deutlich, dass es sich nicht nur um eine Dokumentation, sondern um eine reflektierte wissenschaftlich-klinische Aufarbeitung handle. Ein interessanter Exkurs widmete sich der Frage nach der Bedeutung der GBO-Zertifizierung. Dr. Davoudi-Pour stellte heraus, dass diese ein zusätzliches, unabhängiges Qualitätsniveau darstellt, das über die reguläre Fachzahnarztausbildung hinausgeht. Sie gelte als eine der höchsten Qualifikationsstufen für niedergelassene Kieferorthopäden in Deutschland und sei vergleichbar mit etablierten Board-Systemen in den USA, wo solche Zertifizierungen seit Jahrzehnten als Qualitätsnachweis dienen. Besonders hervorgehoben wurde der Aspekt der kontinuierlichen Qualitätskontrolle, da im Rahmen der Zertifizierung und Rezertifizierung eigene Fälle systematisch aufgearbeitet und kritisch hinterfragt werden müssen. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Übersicht der verschiedenen Qualifikationsstufen gezeigt - vom Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt über den Fachzahnarzt bis hin zum GBO-Diplomate. Dabei wurde deutlich, dass sich die GBO-Zertifizierung vor allem durch den hohen Anspruch an klinische Dokumentation, Fallselektion und wissenschaftliche Reflexion auszeichnet. Sie verlangt nicht nur Erfahrung, sondern auch die Fähigkeit, eigene Therapieentscheidungen evidenzbasiert zu begründen und kritisch zu hinterfragen. Insgesamt vermittelte der Vortrag weniger eine isolierte Falllösung als vielmehr ein strukturiertes Verständnis dafür, wie komplexe kieferorthopädische Fälle auf höchstem Niveau analysiert, dokumentiert und bewertet werden sollten - ganz im Sinne des abschließenden Leitgedankens: Evidenz trifft Praxis.

Den Abschluss des Kongresstages bildete der Vortrag von Prof. Collin Jacobs, der seit dem 1. Oktober nicht mehr an der Universität Jena tätig ist, sondern nun in Düsseldorf arbeitet. Bereits der Titel „Grenzfälle im adulten Gebiss - Behandlung mit einer individuellen Apparatur“ ließ erkennen, dass der Fokus auf komplexen, interdisziplinären Fällen im Erwachsenenbereich lag. Prof. Jacobs spannte gleich zu Beginn einen konzeptionellen Bogen mit einem zentralen Leitsatz: Form follows function - und in der Kieferorthopädie bedeute dies zwangsläufig auch, dass Ästhetik der Funktion folgt. Diese Denkweise zog sich als roter Faden durch alle präsentierten Fälle und unterstrich die Priorität funktioneller Stabilität als Grundlage jeder ästhetischen Rehabilitation. Im weiteren Verlauf wurden verschiedene klinische Grenzfälle vorgestellt, die die Bandbreite moderner Erwachsenenkieferorthopädie eindrucksvoll widerspiegeln. Besonders eindrücklich war ein Fall mit stark elongierten Zähnen im Bereich 13 und 23, bei dem eine gezielte Intrusion mittels Minipins in Kombination mit einer Lingualtechnik durchgeführt wurde. Hier zeigte sich exemplarisch, wie präzise biomechanische Kontrolle und ästhetische Apparaturen miteinander kombiniert werden können. Ein weiterer Fall thematisierte die Nichtanlage der Zähne 12 und 22. In diesem Zusammenhang wurde ausdrücklich betont, dass vor einer möglichen Entscheidung zur Lückenöffnung und implantologischen Versorgung - oder alternativ einer Lückenschlussstrategie - stets

eine enge Abstimmung mit dem Implantologen erfolgen sollte, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Lückengröße und der prothetischen Planung. Die Komplexität interdisziplinärer Behandlung wurde auch durch unerwartete Ereignisse während der Therapie verdeutlicht: So wurde eine Patientin vorgestellt, die während der laufenden Behandlung einen E-Roller-Unfall erlitt, was letztlich zum Verlust des Zahnes 37 führte und eine Anpassung des gesamten Therapiekonzepts notwendig machte. Weitere Fälle beleuchteten funktionelle und parodontale Aspekte. Bei Patienten mit ausgeprägten Frontabrasionen wurde die Notwendigkeit einer Bisshebung vor prothetischer Versorgung hervorgehoben. Gleichzeitig wurde diskutiert, dass kieferorthopädische Maßnahmen auch bei parodontal kompromittierten Patienten möglich seien - vorausgesetzt, die Taschentiefe liege im moderaten Bereich (bis etwa 5 mm) und es bestehe keine aktive Entzündung mit Blutung. Ein besonders interessanter Aspekt war die Diskussion funktioneller Zusammenhänge: Laut vorgestellter Literatur gibt es nur zwei Verzahnungsformen, die eindeutig mit CMD assoziiert sind - der einseitige Kreuzbiss sowie der Deckbiss. Diese Erkenntnis wurde anhand klinischer Beispiele unterstrichen, etwa bei einer Patientin mit einseitigem Kreuzbiss und vorangegangener endodontischer Behandlung im Frontzahnbereich. Auch ernährungsbedingte Schädigungen fanden Eingang in die Fallauswahl. Ein Patient mit anterior offenem Biss und deutlich deformierten Frontzähnen zeigte massive Schmelzverluste infolge übermäßigen Konsums von Energydrinks. Mit einem pH-Wert von etwa 2,3 - vergleichbar mit orthophosphorhaltigen Ätzmitteln - und zusätzlich haftenden Zuckerverbindungen führen diese Getränke zu einer besonders schnellen Demineralisation der Zahnhartsubstanz, so Prof. Jacobs. Ein weiteres klinisches Phänomen sei der sogenannte „X-Effekt“. Hier wurde ein pragmatisches Vorgehen empfohlen: Entfernung des Retainers, eine sechswöchige Ruhephase und anschließend eine gezielte linguale Einzelzahn-Torque-Korrektur. Auch Grenzfälle in der skelettalen Diskrepanz wurden diskutiert. Bei Patienten mit umgekehrter sagittaler Frontzahnstufe wurde betont, dass zunächst geprüft werden sollte, ob ein Kopfbiss aktiv eingenommen werden kann. Ist dies möglich, bestehe unter Umständen die Chance, auf eine chirurgische Intervention zu verzichten und eine rein kieferorthopädische Therapie durchzuführen. Prof. Jacobs griff abschließend noch einmal die zentralen Botschaften auf: Der Behandlungserfolg in komplexen Fällen hängt maßgeblich von der interdisziplinären Zusammenarbeit ab - von der Diagnostik bis zur Retention. Individuelle Planung sei der Schlüssel zu funktionellen und ästhetischen Ergebnissen, wobei insbesondere die Lingualtechnik aufgrund ihrer Präzision eine wichtige Rolle in der Vorbereitung komplexer prothetischer Rehabilitationen einnehmen könne. Gleichzeitig wurde deutlich, dass auch komplexe Einzelzahnbewegungen heute kontrolliert möglich sind und einen entscheidenden Beitrag zur funktionellen und ästhetischen Rehabilitation leisten.

Damit endete ein inhaltlich dichter Kongresstag, der vor allem durch die Verbindung von evidenzbasierter Medizin und klinischer Erfahrung geprägt war. ■

GBO-ZERTIFIZIERUNG IM INTERUNIVERSITÄREN KOLLOQUIUM VOR- GESTELLT

Ergänzend zum GBO-Jahreskongress hielt Dr. Ramtin Davoudi-Pour am 17. April 2026 an der Universitätsklinik Bonn im Rahmen des Interuni-Kolloquiums der Universitätskliniken Aachen, Bonn, Düsseldorf und Köln einen Vortrag über das German Board of Orthodontics and Orofacial Orthopedics (GBO). Die von Prof. Dr. Dr. Christian Kirschneck und Dr. Davoudi-Pour geleitete Veranstaltung richtete sich vor allem an die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten der beteiligten Kliniken.

Im Mittelpunkt standen der Aufbau, die Zielsetzung und die Zertifizierungslogik des GBO. Der Vortrag bot einen vertieften Einblick in die Anforderungen an eine strukturierte Fallaufarbeitung, die Beurteilungskriterien sowie typische Stolpersteine bei der Erstellung einer GBO-Fallpräsentation. Deutlich wurde dabei, dass eine überzeugende Darstellung nicht allein auf der klinischen Behandlung beruht, sondern ebenso auf einer klaren diagnostischen Herleitung, einer stringenten Argumentation und der wissenschaftlichen Einordnung des therapeutischen Vorgehens. Anhand eines konkreten Falls wurden die zentralen Elemente einer solchen Präsentation nachvollziehbar gemacht. Dabei ging es vor allem um die Frage, wie komplexe kieferorthopädische Behandlungsverläufe systematisch dokumentiert und fachlich reflektiert werden können. Der Vortrag vermittelte damit nicht nur praktische Hinweise für die Vorbereitung eigener GBO-Fälle, sondern unterstrich auch den hohen Anspruch der Zertifizierung als Instrument qualitätsgesicherter und evidenzbasierter Kieferorthopädie.

Die Veranstaltung stieß bei den Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten auf großes Interesse und eine durchweg positive Resonanz. Die lebhafteste Diskussion, die über den offiziellen Teil hinaus andauerte, unterstrich die hohe Relevanz des Themas. Insgesamt verdeutlichte die Veranstaltung erneut die Bedeutung interuniversitärer Formate für den fachlichen Austausch, die Qualitätssicherung und die nachhaltige Förderung des kieferorthopädischen Nachwuchses. ■



Dr. Ramtin Davoudi-Pour, seit 2025 zertifiziertes Mitglied des GBO, präsentierte im Rahmen des diesjährigen GBO-Jahreskongresses seine Zertifizierungsfälle. Aufbauend auf diesen Erfahrungen stellte er die Inhalte der Zertifizierung später im Interuni-Kolloquium der Universitätskliniken Aachen, Bonn, Düsseldorf und Köln vor. Die Chefredakteurin des BDK.info, Dr. Julia Tiefengraber, gratulierte ihm zur erfolgreich abgeschlossenen Zertifizierung.

Wie würden Sie diesen Patienten behandeln?

Klinischer Fall:

Dieser Patient ist nicht zufrieden mit seinem Lächeln, da seine Frontzähne gekippt sind und seine Seitenzähne außerhalb des Zahnbogens stehen.

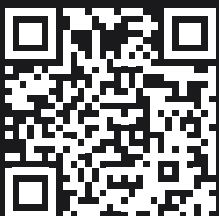
Schauen wir genauer hin

- Klasse II Division 2
- Tiefbiss
- Engstand
- Bolton Diskrepanz
- Mittellinienabweichung



Von Herausforderungen hin zu Lösungen

Finden Sie die beste Behandlungs-Option für Sie und Ihre Patienten



Erfahren Sie, wie Ihre Praxis davon profitieren kann!
Registrieren Sie sich hier: go.solventum.com/FtCDEad

EFOSA: KIEFER- ORTHOPÄDIE IN EUROPA

Ein Beitrag von Prof. Dr. Bart Vande Vannet, Université de Lorraine, Nancy (Frankreich).

Während der EFOSA-Frühjahrstagung in Malta trafen sich die Mitglieder des Rates, um die bevorstehende EFOSA-Generalversammlung (GAM) vorzubereiten, die am 8. Juni 2026 in Dublin während der Konferenz der European Orthodontic Society (EOS) stattfand.

Die Frühjahrstagung bot Gelegenheit, die Tagesordnung der Generalversammlung zu besprechen, die laufenden Aktivitäten der EFOSA zu überprüfen und die Teilnahme der nationalen kieferorthopädischen Gesellschaften zu koordinieren. Zu den wichtigsten Themen gehörten aktuelle Informationen zu Bildungsinitiativen, die Zusammenarbeit zwischen europäischen kieferorthopädischen Verbänden und die strategische Planung für zukünftige EFOSA-Projekte. Besonderes Augenmerk wurde auf die Gewährleistung einer effizienten und produktiven Generalversammlung in Dublin gelegt, bei der Vertreter der Mitgliedsgesellschaften zusammenkommen werden, um die Aktivitäten des vergangenen Jahres zu überprüfen, aktuelle Herausforderungen in der kieferorthopädischen Ausbildung und Praxis in Europa zu diskutieren und Prioritäten für die kommenden Jahre festzulegen. Die Ratsmitglieder diskutierten auch Möglichkeiten zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen der EFOSA und anderen internationalen kieferorthopädischen Organisationen, insbesondere im Zusammenhang mit dem EOS-Kongress, der eine wichtige Plattform für den fachlichen Austausch und die Zusammenarbeit bietet.

Die Frühjahrstagung in Malta spielte daher eine wichtige Rolle bei der Organisation und Strukturierung der bevorstehenden EFOSA-Generalversammlung in Dublin. Weitere Informationen über die EFOSA und ihre Aktivitäten finden Sie auf der EFOSA-Website: <https://www.efosa.eu>. ■



RA Stephan Gierthmühlen (Geschäftsführer des BDK und EFOSA Legal Counsel), Melissa Disse (EFOSA President), Prof. Dr. Bart Vande Vannet (EFOSA Vice President), Dr. Arti Hindocha (EFOSA Secretary) und Prof. Dr. Dr. Christian Scherer, (EFOSA Treasurer, v. l. n. r.).

EUROPEAN FEDERATION OF ORTHODONTIC SPECIALISTS ASSOCIATIONS (EFOSA)

Die EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) ist der europäische Dachverband der kieferorthopädischen Fachgesellschaften. Sie vertritt die Interessen von Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie auf europäischer Ebene und setzt sich für hohe Qualitätsstandards in der Behandlung, Ausbildung und Forschung ein. Ein zentrales Anliegen der EFOSA ist es, die Bedeutung einer qualifizierten kieferorthopädischen Versorgung hervorzuheben und die Patientensicherheit zu stärken. Dazu fördert sie den fachlichen Austausch zwischen den Mitgliedsländern und arbeitet eng mit europäischen Institutionen zusammen. Für den Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) ist die EFOSA ein wichtiger Partner, um gemeinsame berufspolitische Ziele im europäischen Kontext zu vertreten.



PFÄ SYMPOSIUM 2026: GESUNDHEIT ERHALTEN - KRANKHEITEN VORBEUGEN

WAS KANN DIE KIEFERORTHOPÄDIE FÜR DEN ERWACHSENEN PATIENTEN LEISTEN?

Am 31. Oktober 2026 laden wir erneut zum Symposium zur Erwachsenenkieferorthopädie „Prävention - Funktion - Ästhetik“ nach Würzburg auf Schloss Steinburg ein. In der besonderen Atmosphäre hoch über den Weinbergen Würzburgs bietet die Veranstaltung einen ebenso inspirierenden wie fachlich hochkarätigen Rahmen für den interdisziplinären Austausch rund um aktuelle Fragestellungen der Erwachsenenbehandlung. Seit mittlerweile mehr als zehn Jahren hat sich dieses Symposium mit den speziellen Patientenanforderungen in der Erwachsenentherapie etabliert. Das Symposium bietet in einem kleinen Rahmen sehr gute Möglichkeiten, sich miteinander auszutauschen und neue Therapiestrategien zu diskutieren.

Unter dem diesjährigen Leitthema „Gesundheit erhalten - Krankheiten vorbeugen - Was kann die Kieferorthopädie für den erwachsenen Patienten leisten?“ widmet sich das Symposium einem zentralen Anliegen moderner Kieferorthopädie: dem Beitrag unseres Fachgebiets zur langfristigen Gesundheitserhaltung, funktionellen Stabilität und nachhaltigen Prävention bei erwachsenen Patientinnen und Patienten.

Zahn- und Kieferfehlstellungen gehören neben Karies und Parodontalerkrankungen zu den häufigsten Gesundheitsbeeinträchtigungen der Mundhöhle. Vor diesem Hintergrund wird offensichtlich, dass die Behandlung Erwachsener weit mehr erfordert als nur ästhetische Zahnkorrekturen. Gefragt sind differenzierte Konzepte, die funktionelle, parodontale und chirurgische und allgemein(zahn-)medizinische Aspekte

miteinbeziehen und die Kieferorthopädie als Teil eines interdisziplinären Therapieverständnisses begreifen. Genau hier setzt das PFÄ-Symposium an: Renommiertere Referentinnen und Referenten beleuchten aus unterschiedlichen Perspektiven, welche Möglichkeiten die moderne Erwachsenenkieferorthopädie bietet - und wo ihre Grenzen liegen.

Freuen Sie sich auf spannende Vorträge von:

- Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichert - PA und KFO
- Dr. Bruno Imhoff - CMD und KFO
- Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty - Dysgnathie Therapie
- Prof. Dr. Dr. Rüdiger Zimmerer - Aktuelles aus der Kiefergelenkchirurgie
- Prof. Dr. Andrea Stellzig-Eisenhauer - Interdisziplinäre Erwachsenenkieferorthopädie

Mit seinem klaren fachlichen Fokus, hochrangigen Referentinnen und Referenten und dem besonderen Ambiente von Schloss Steinburg steht das PFÄ Symposium 2026 erneut für hochwertige Fortbildung und lebendigen kollegialen Austausch. Die Teilnehmenden erwartet ein Kongresstag, der wissenschaftliche Aktualität, klinische Relevanz und inspirierende Diskussionen auf besondere Weise miteinander verbindet. ■

Weitere Informationen





Nordrhein-Westfalen

AUS DEN LÄNDERN



RA Stephan Gierthmühlen
vor dem Auditorium.

NEUJAHRSEMPFANG DES BDK NORDRHEIN

IM SIGNAL IDUNA PARK BEIM BVB

Ein Beitrag von Dr. Nathalie Gebhardt.

Am 5. Februar 2026 lud der BDK Nordrhein gemeinsam mit dem BDK Westfalen-Lippe zum Neujahrsempfang nach Dortmund ein. Veranstaltungsort war die VIP-Loge der bfs im Signal Iduna Park, eine besondere Location, von der aus sich das gesamte lichtdurchflutete Stadion überblicken ließ.

Nach einem kurzen Get-together eröffnete Dr. Ramtin Davoudi-Pour aus dem Vorstand des BDK Nordrhein mit seiner Begrüßung den fachlichen Teil des Abends. Im Mittelpunkt standen Leitlinien im Allgemeinen sowie im Speziellen die S2k-Leitlinie zum Thema „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“.

Rechtsanwalt Stephan Gierthmühlen beleuchtete das Thema Leitlinien aus juristischer Perspektive. Leitlinien dienen als Orientierung und spiegeln den aktuellen wissenschaftlichen Standard der Behandlung wider. Es wurde deutlich, dass Behandlerinnen und Behandler grundsätzlich die Freiheit besitzen, im individuellen Fall eigenverantwortlich zu entscheiden. Eine Abweichung von Leitlinien stellt daher kein Problem dar, vorausgesetzt, sie ist fachlich begründet und sorgfältig in der Patientenakte dokumentiert. Eine nachvollziehbare Dokumentation ist essenziell, vor allem wenn es zu

Streitigkeiten kommt, aber auch um Standardunterschreitungen zu vermeiden. Als zweiter Referent sprach Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotti, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Göttingen. In seinem Vortrag erläuterte er anschaulich den aufwendigen Entwicklungsprozess einer Leitlinie, der auf umfassender Literaturrecherche beruht, und die daraus resultierende hohe wissenschaftliche Evidenz einer solchen Leitlinie. Anhand konkreter Patientenfälle verdeutlichte er zentrale Aspekte der Leitlinie „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“, insbesondere die Bedeutung einer umfassenden Diagnostik vor Behandlungsbeginn, die keinesfalls ausgelassen werden darf.

Zum Abschluss stellte die Firma Ormco, welche gemeinsam mit bfs Sponsor der Veranstaltung war, in einem kurzen Beitrag ihr Spark-Aligner-System vor.

Der Abend klang bei einem gemeinsamen Essen aus, das reichlich Gelegenheit für kollegialen Austausch und Networking beider Landesverbände bot. Ein rundum gelungener Abend mit hochkarätigen Referenten in außergewöhnlicher Atmosphäre, der bei allen Teilnehmenden den Wunsch nach einer Wiederholung weckte. ■



01



02



03



04



05

Abb. 1: Der Landesvorstand Nordrhein: Dr. Ramtin Davoudi-Pour, Dr. Silke Eikerling, Dr. Agnes Römeth, Bundesvorsitzender Dr. Hans-Jürgen Köning und Dr. Julia Tiefengraber (v.l.n.r.). – **Abb. 2:** Dr. Julia Tiefengraber (links) und Dr. Agnes Römeth. – **Abb. 3:** Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty. – **Abb. 4:** Dr. Jens Ostheimer. – **Abb. 5:** RA Stephan Gierthmühlen (links) und Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty.

AUSSERORDENTLICHE MITGLIEDERVERSAMMLUNG

DES BDK NORDRHEIN IM APRIL

Ein Beitrag von Dr. Silke Eikerling und Dr. Agnes Römeth.

Die Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden sowie kieferorthopädisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Nordrhein sind weiterhin erheblich von Einbehalten durch den aktuellen HVM betroffen. Vor diesem Hintergrund lud der BDK Nordrhein am 20. April zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung mit Gästen in das Lindner Hotel Seestern in Düsseldorf ein. Bereits für das Jahr 2024 zeigte sich in Nordrhein eine im Vergleich zur allgemeinen Zahnärzteschaft deutlich höhere Betroffenheit innerhalb der Kieferorthopädie: Während rund 66 Prozent der Kieferorthopäden von Einbehalten betroffen waren, lag der Anteil bei den Zahnärzten bei lediglich etwa einem Prozent. Auch für das Jahr 2025 zeichnen sich erneut erhebliche Einbehalte ab.

Durch den Abend führte Dr. Julia Tiefengraber als Moderatorin der Veranstaltung.

Dr. Agnes Römeth erläuterte in ihrem Vortrag ausführlich das korrekte Vorgehen beim Einlegen eines Widerspruchs sowie die dabei zu beachtenden Besonderheiten. In der Vergangenheit seien hierbei häufig Fehler gemacht worden, wodurch zahlreiche Widersprüche unwirksam gewesen seien und betroffene Kolleginnen und Kollegen keine weiteren rechtlichen Möglichkeiten mehr gehabt hätten, gegen die Einbehalte vorzugehen. Zugleich machte sie deutlich, dass ein Verzicht auf den Widerspruch faktisch den vollständigen Verzicht auf sämtliche Einbehalte bedeute und gegenüber der KZV als Zustimmung zum derzeitigen Vorgehen gewertet werden könne.



Abb. 1: Dr. Moritz Briegleb.

Abb. 2: Dr. Mathias Höschel.

Abb. 3: Dr. Silke Eikerling.

Abb. 4: Dr. Julia Tiefengraber, Björn Papendorf und Thomas Vaczi gemeinsam mit Dr. Agnes Römeth (v.l.n.r.).



04

Als Gast der Veranstaltung war zudem die Kanzlei KWM Law vertreten, die allen BDK-Mitgliedern sowie den anwesenden Gästen eine rechtliche Vertretung im Widerspruchsverfahren anbot. Mit Herrn Björn Papendorf und Herrn Thomas Vaczi nahmen zwei renommierte Medizinrechtler an der Veranstaltung teil, stellten sich persönlich vor und erläuterten in einem Kurzvortrag die Besonderheiten des nordrheinischen HVM.

Im weiteren Verlauf des Abends referierte Dr. Moritz Briegleb über die Entwicklung der Kieferorthopädie anhand der Veröffentlichungen der KZBV. Demnach sank der Anteil der Kieferorthopädie am Gesamtabrechnungsvolumen zwischen 2003 und 2023 von 9,1 Prozent auf 8,5 Prozent (KZV-Jahrbuch 2024, Abb. 3.4). Damit wächst die Kieferorthopädie deutlich langsamer als andere Bereiche der Zahnmedizin. Zur Frage der KZV Nordrhein, weshalb insbesondere in Nordrhein die Zahl der abgerechneten BEMA-Position 5 um etwa fünf Prozent angestiegen sei, führte Dr. Briegleb mehrere Ursachen

an. Seit 2015 steigen die Einwohnerzahlen in Deutschland kontinuierlich an, wodurch sich auch die Zahl gesetzlich versicherter Personen erhöht habe. Zusätzlich sei ein Anstieg der Kinder- und Jugendlichenanzahlen sowie der Schulanfänger zu verzeichnen. Darüber hinaus stellte er fest, dass die in Nordrhein abgerechneten Zahlen der BEMA-Position 5 eng mit den Entwicklungen anderer KZV-Bereiche korrelieren und damit dem bundesweiten Durchschnitt laut KZBV-Jahrbuch entsprechen.

Abschließend gab Dr. Mathias Höschel einen Ausblick auf die gesundheitspolitischen Entwicklungen sowie die Arbeit der Finanzkommission Gesundheit. Angesichts der derzeitigen Umstrukturierungen im Gesundheitssystem, die auch mit Unsicherheiten für unseren Berufsstand verbunden seien, unterstrich Dr. Höschel die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit zwischen BDK und DGKFO, um gemeinsame Positionen auch überregional wirksam vertreten zu können.

Gemeinsames Ziel bleibe es, die Kieferorthopädie nachhaltig zu stärken und bestehende sowie künftig geplante Budgetierungen möglichst abzuwehren. ■

ANZEIGE

Mit KFO-Kompetenz wirtschaftlich steuern und strukturiert organisieren:

Werden Sie **KFO-Praxismanager*in**

www.kfo-abrechnung.de



6-tägige Online-Fortbildung
Sichern Sie sich Ihren Platz für
Kursbeginn im September **2026**



Scan Me

EFFIZIENTE WORKFLOWS MIT SMART ASSIST

■ Personalmangel kostet KFO-Praxen jeden Tag Behandlungszeit, belastet das Team und führt zu Umsatzverlusten. Entscheidend ist deshalb nicht nur, wie viele Mitarbeitende verfügbar sind, sondern wie effizient die Praxis organisiert ist. Genau dafür wurde Smart Assist entwickelt: als zentrales Workflow-Element, das Abläufe vereinfacht, Teams spürbar entlastet und KFO-Praxen zukunftssicher aufstellt.

Im Praxisalltag summieren sich viele Routineaufgaben: Stammdaten, Anamnesen, Einverständniserklärungen, Terminorganisation und Dokumentation. Smart Assist vernetzt diese Prozesse zu einem durchgängigen Workflow. Das spart Zeit, reduziert Unterbrechungen und schafft mehr Freiraum für Patienten und Behandlung.

Besonders groß ist der Nutzen dort, wo Routineaufga-

ben viel Zeit binden: Wenn Patienten Daten und Erklärungen selbst erfassen, wird die Rezeption entlastet. Wenn Dokumentation und tägliche Abläufe einfacher werden, profitiert das gesamte Team. Alle zentralen Funktionen lassen sich schnell und intuitiv direkt im Behandlungskontext nutzen.

Der große Vorteil: Smart Assist optimiert nicht nur heutige Abläufe, sondern schafft zugleich die Basis für die KI-Zukunft der Praxis. Denn KI bringt erst dann echten Nutzen, wenn sie fest in bestehende Prozesse eingebunden ist – sicher, nachvollziehbar und praxisnah.



Jetzt Beratungstermin
Smart Assist vereinbaren.

Computer Forum GmbH
www.computer.forum

STRATEGISCHE PARTNERSCHAFT FÜR EIN ERWEITERTES PRODUKTPORTFOLIO

■ Die bewährte Zusammenarbeit zwischen OrthoDepot und Dentaaurum erreicht eine neue Dimension. Ab sofort steht Kieferorthopäden im OrthoDepot-Onlineshop ein deutlich erweitertes Sortiment hochwertiger Dentaaurum-Produkte zur Verfügung. Die Partnerschaft zwischen dem OrthoDepot und dem traditionsreichen Hersteller Dentaaurum wird konsequent ausgebaut. Praxen und Labore profitieren künftig von einem umfassenden Angebot, das keine Wünsche offenlässt. Im Mittelpunkt der Sortimentserweiterung steht das gesamte Drahtprogramm von Dentaaurum. Ob Edelstahl draht, Nickel-Titan oder Beta-Titan – sämtliche Legierungen und Dimensionen sind ab sofort über den Onlineshop bestellbar. Die bewährte Dentaaurum-Qualität trifft damit auf die unkomplizierte Bestellabwicklung von OrthoDepot. Besonders erfreulich für die kieferorthopädische Praxis: Das komplette Dehnschraubenprogramm inklusive der beliebten Hyrax- und Variety-Systeme ist nun erhältlich. Von der Standardschraube bis zur Spezialanwendung deckt das Sortiment alle klinischen Anforderungen ab. Abgerundet wird die Produktpalette durch den bekannten KFO-Kunststoff Orthocryl® von Dentaaurum. Seit über 60 Jahren stellen Zahntechniker Zahnspangen aus diesem Kunststoff her. Das Kaltpolymerisat ermöglicht

eine rationelle Kunststofftechnik mit großer Verarbeitungsbreite in der Kieferorthopädie. Damit bietet OrthoDepot seinen Kunden eine echte One-Stop-Shopping-Lösung für den kieferorthopädischen Praxisalltag. Wie von OrthoDepot gewohnt, überzeugen auch die neuen Dentaaurum-Produkte durch attraktive Preisgestaltung. Die Kombination aus Premiumqualität und dem erweiterten Sortiment macht OrthoDepot als verlässlichen Partner für die Praxis jetzt noch attraktiver.

OrthoDepot GmbH
www.orthodepot.de





UNSER **3D-RETAINER** PASST GENAU

- + 3D Design und gefräste Präzision
- + Hohe Biokompatibilität durch Titan
- + Optimale Passform in allen drei Ebenen
- + Liegt lingual komplett flächig an
- + 24 Monate Gewährleistung



Mehr Informationen

IVORIS® WORKSHOPS STÄRKEN PRAXEN - NEUE ENTWICKLUNGEN

IM TERMINMANAGEMENT IN PLANUNG

■ Die Computer konkret AG bietet auch dieses Jahr wieder ivoris® Workshops für Kieferorthopädiepraxen an. Ziel ist es, das Praxisteam anwendungsorientiert bei der Optimierung ihrer Abläufe zu unterstützen und die Nutzung der Dentalsoftware ivoris® weiter zu vertiefen. Neben Einblicken in Funktionen erhalten die Teilnehmenden wertvolle Tipps & Tricks zur effizienten Gestaltung von Praxis-Workflows. Die Workshops finden in den Niederlassungen in Falkenstein und München statt und bieten Raum für Austausch mit Expertinnen und Experten sowie anderen Anwenderinnen und Anwendern.

Ein zentraler Bestandteil moderner Praxisorganisation ist ein zuverlässiges Terminmanagement. ivoris® unterstützt Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden dabei mit integrierten Kommunikationsmöglichkeiten, etwa durch den Versand von Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail. Diese automatisierten Prozesse tragen dazu bei, Ausfallquoten zu reduzieren und die Patientenzufriedenheit nachhaltig zu verbessern.

Parallel dazu arbeiten wir an der Weiterentwicklung des Terminmanagements: Eine neue webbasierte Variante des ivoris® Terminplaners ist aktuell in Vorbereitung. Die Lösung wird im kommenden Messeherbst erstmals vorgestellt und soll Praxen künftig noch mehr Flexibilität bei der Organisation ihrer Termine bieten.

Die Anmeldung zu den Workshops ist ab sofort möglich.

Computer konkret AG
www.ivoris.de/workshop



Unsere Termine

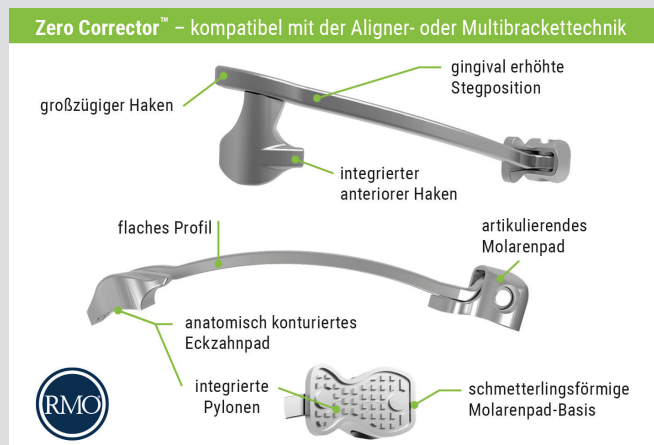
in München
22. Juli - ivoris® ortho
23. Juli - ivoris® dent

in Falkenstein
16. September - ivoris® dent
17. September - ivoris® ortho

ZERO CORRECTOR™

■ Bei dentalline ist DE-exklusiv der neue Zero Corrector™ von RMO® erhältlich. Der Klasse II-/III-Okklusionskorrektor weist ein durchdachtes biomechanisches Design auf, das im Vergleich zu bereits am Markt befindlichen Apparaturen in signifikanten Details optimiert wurde. So verfügt die Apparatur über eine gingival erhöhte Stegposition, wodurch die Kraft näher am Widerstandszentrum appliziert und die körperliche Bewegung der Eckzähne gefördert wird. Das anatomisch geformte Eckzahnpad erweitert durch einen integrierten anterioren Haken zudem die Behandlungsoptionen, während der großzügig gestaltete Haken am Steg die Einhängen von Gummizügen erleichtert.

Der äußerst flach gestaltete Zero Corrector™ verfügt über ein artikulierendes Molarenpad. Es sorgt für eine verbesserte Rotation und Aufrichtung der Molaren, während Überrotationen verhindert werden. Für ein präzises Positionieren und einfaches Entfernen von Kleberresten wurde die Molarenpadbasis in Schmetterlingsform gestaltet. Wie die Basis des Eckzahnpads weist auch sie Pylonen auf, die eine



zuverlässige Haftung gewährleisten. Der Zero Corrector™ wird in verschiedenen Varianten in sechs Größen angeboten.

dentalline GmbH & Co. KG
www.dentalline.de



DENTAURUM CMD-SEMINAR: DAS KAUORGAN IN FUNKTION UND DYSFUNKTION

■ Nach dem erfolgreichen Auftakt im vergangenen Jahr führt Dentaurum das praxisorientierte Seminar zu Diagnostik, Screening und Therapie funktioneller Störungen in der Kieferorthopädie fort. Dr. Mariam Seyfang und Priv.-Doz. Dr. Daniel Hellmann werden im Seminar „Das Kauorgan in Funktion und Dysfunktion – Was für die kieferorthopädische Praxis wirklich wichtig ist!“ wertvolles Wissen zu craniomandibulären Dysfunktionen (CMD) vermitteln. Step 1 wird am 6. und 7. November und Step 2 am 27. und 28. November 2026 in Augsburg stattfinden.

Das Ziel: kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten und Kieferorthopäden einen Leitfaden für den klinischen Alltag geben – von der Anamnese über das CMD-Screening bis hin zu sinnvollen Vorbehandlungsstrategien. Im Seminar liegt ein Fokus auf der Relevanz moderner Konzepte zur Diagnostik und Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD) für die kieferorthopädische Behandlung. Die Teilnehmer erhalten einen „roten Faden“ zum klinischen Umgang mit funktionellen Auffälligkeiten. Es werden praxisorientierte Untersuchungs- und Behandlungsstrategien vorgestellt, darunter Schienenthera-



pien, Heimübungsprogramme, neuromuskuläre Behandlungsansätze bei Klasse II-Dysgnathien sowie Aspekte der Heilmittelverordnung und Abrechnung erweiterter Funktionsdiagnostik. Im praktischen Teil werden zentrale diagnostische Verfahren für den Praxisalltag, wie das CMD-Screening vor kieferorthopädischer Therapie, die klinische Funktionsanalyse und manuelle Strukturanalyse sowie die Kieferrelationsbestimmung für eine mögliche Vorbehandlung mit Schienen erlernt.

Jetzt anmelden:
www.dentaurum.de/cmdseminar

DENTAURUM GmbH & Co. KG
www.dentaurum.com



PERFEKT AUSGEBILDETE KFO-PRAXISMANAGER/-INNEN ENTLASTEN DIE PRAXISLEITUNG

■ KFO-Management Berlin ist einer der Vorreiter für KFO-Praxismanagement und bietet eine speziell auf den Bereich „KFO“ ausgerichtete Praxismanager/-in-Fortbildung an, die in diesem Jahr zehnjähriges Jubiläum feiert.

Praxismanagement auf höchstem Niveau: Die durch uns top ausgebildeten Fachkräfte überzeugen durch Loyalität, gelebte Identifikation und außergewöhnliches Engagement. Sie sind der Rückhalt für Praxisinhaber/-innen, damit diese sich voll und ganz auf ihre Patienten konzentrieren können. Auch im Frühjahr 2026 war unsere sechstägige Online-Fortbildung wieder ein voller Erfolg, geprägt von einem intensiven und bereichernden Austausch. Die interaktive Arbeit in kleinen Gruppen fördert den lebendigen Dialog. Gratulation an alle Teilnehmenden zu dieser wertvollen Qualifizierung! Hervorragende Google-Bewertungen spiegeln die hohe Qualität von KFO-Management Berlin wider und bestätigen das Referentinnen-Team darin, dass inhaltliche Ausrichtung und Konzept unserer KFO-Fortbildungen vollends überzeugen. Exklusiv in 2026: Wegen der hohen Nachfrage bieten wir unsere besondere Fortbildung im Herbst ein zweites Mal an! Nutzen Sie Ihre Chance und informieren Sie sich über Inhalte und Termine auf www.kfo-abrechnung.de. Mit uns bleiben Sie am Ball!

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



KFO-Management Berlin
www.kfo-abrechnung.de



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

Genf (Französisch) | 28. August 2026 (09:30-18:00 Uhr):
Efficiency maximale en orthodontie par aligneurs: stratégie thérapeutique, biomécanique et maîtrise des flux de travail
Referent: Dr. Philippe Van Steenberghe

Webinar | 02. September 2026 (18:00-19:30 Uhr):
Innovative kieferorthopädische Lösungen für Kinder:
Die frühzeitige Dentalbehandlung transformieren
Referent: ZT Florian Gau

Zürich | 17. September 2026: Teilnahme am Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Aligner Orthodontie (SGAO)

Frankfurt | 18. September 2026 (11:00-16:00 Uhr): Die Stärke von Angel Aligner™ für die Behandlung bei Kindern und Teenagern nutzen
Referent: Dr. Julia Haubrich

Baden-Baden | 1.-3. Oktober 2026: Teilnahme am Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)

Ajaccio, Corsica (Englisch) | 2.-3. Oktober 2026:

Optimize your treatments with Angel Aligner™: Clinical Strategies and Case Analysis

Referenten: Dr. Dalia Latkauskiene und Dr. David González Zamora

Düsseldorf | 9. Oktober 2026 (11:00-16:00 Uhr) Die Stärke von Angel Aligner™ für die Behandlung bei Kindern und Teenagern nutzen

Referent: Dr. Julia Haubrich

Köln | 13. November 2026: Teilnahme am Kongress der Deutschen Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO)



Jetzt die Education App herunterladen!



Angelalign Technology (Germany) GmbH

Wankelstraße 60, 50996 Köln
care.de@angelaligner.com



3D-GEDRUCKTE ATTACHMENTS SORGEN FÜR EFFIZIENZ

UND PLANBARKEIT

■ Mit dem Clarity™ Portal und zugehörigen Lösungen trägt Solventum (ehemals 3M Health Care) zu reibungslosen Abläufen in der Praxis bei. Potenzielle Fehlerquellen werden reduziert und Ergebnisse vorhersagbar - für mehr Effizienz und Planbarkeit im Praxisalltag. Bei Aligner-Behandlungen machen speziell die Clarity™ Precision Grip Attachments den Unterschied. Als Teil des Clarity™ Aligner Portfolios werden diese im 3D-Druckverfahren gefertigt und im Übertragungstray geliefert. Geklebt wird in einem Schritt - mit minimalen Überschüssen und praktisch ohne Abweichungen in Position und Form. Das ist ein Vorteil gegenüber der herkömmlichen Attachment-Herstellung, bei der es aufgrund von voluminösen Überschüssen, Luft einschließen & Co. zu Ungenauigkeiten kommen kann. Die mögliche Folge: Verlängerte Behandlungszeiten und zusätzliche



Refinements. Über die Auswirkungen des Einsatzes von Clarity™ Precision Grip Attachments berichtet Dr. Mark Causey von Causey + Hall Orthodontics: „Clarity™ Precision Grip Attachments are cleaner and result in less flash. This makes them more effective, and they offer better tracking.“ Ihm zufolge minimiert die präzise Passung der Aligner unerwünschte Bewegungen, zudem werden insgesamt weniger Attachments benötigt.

Da viele Arbeitsschritte delegierbar und Abläufe standardisierbar sind, entstehen darüber hinaus zusätzliche Kapazitäten in der Praxis, die sich effizient nutzen lassen.

Solventum Germany GmbH

www.solventum.com

Weitere Informationen:



SEA LOVE KFO 2026: INNOVATION UND COMMUNITY AM TEGERNSEE

■ Vom 23. bis 26. April traf sich die kieferorthopädische Community zum fünften Kongressjubiläum am malerischen Tegernsee. Bei Kaiserwetter lockte die ausverkaufte Veranstaltung knapp 200 Teilnehmende an und bot in entspannter Atmosphäre die perfekte Plattform für intensives Networking fernab des Praxisalltags. Das vielseitige Fachprogramm gab einen umfassenden Überblick über aktuelle Trends und die technologische Zukunft der Branche. Den Auftakt machte eine inspirierende Keynote über mutige Teamführung. In den fachlichen Schwerpunkten ging es u. a. um lebenslange Behandlungsoptionen durch moderne Lingualtechnik, komplexe klinische Verankerungskonzepte und den lückenlosen digitalen Workflow inklusive 3D-Druck. Auch der Einsatz von DSGVO-konformer KI in der Diagnostik wurde intensiv beleuchtet. Ergänzt wurde das Programm durch praxisnahe Impulse zu rechtssicheren Verträgen, wirtschaftlicher Liquiditätssicherung, strategischer Vermögensstruktur sowie wertvollen Tipps für die GOZ-Abrechnung und eine exakte Dokumentation.

Das Rahmenprogramm bildete den idealen Ausgleich zur Fortbildung: Bei strahlendem Sonnenschein genossen die Teilnehmenden eine Rundfahrt auf dem Tegernsee, bevor der traditionelle Trachtenabend mit Livemusik im Hotel Überfahrt das Event stimmungsvoll abrundete. Fachlich hochkarätig und menschlich familiär – die SEA LOVE KFO hat auch 2026 wieder Maßstäbe gesetzt. Darum heißt es schon jetzt: Save the Date. Der nächste Kongress findet vom 29. April bis 2. Mai 2027 statt.

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



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

NEUE IMPULSE FÜR DIE FRÜHE INTERZEPTIVE KIEFERORTHOPÄDIE

■ Mit dem Invisalign® Palatal Expander System stellt Align Technology eine digital gestützte, herausnehmbare Lösung zur frühen Gaumennahterweiterung bei Kindern im Alter von sieben bis zehn Jahren vor. Die im 3D-Druck gefertigte Apparatur kommt ohne Metall, Schrauben oder manuelle Aktivierung aus und ermöglicht eine schrittweise Erweiterung des Zahnbogens durch leichte, kontinuierliche Kräfte. Eingesetzt wird das System unter anderem bei Kreuzbiss, Engstand oder offenem Biss und kann mit Invisalign First™ Alignern kombiniert werden, um eine durchgängige kieferorthopädische Frühbehandlung zu ermöglichen. Der belgische Kieferorthopäde Dr. Emmanuel Dumu berichtete auf dem Invisalign Live in London von positiven Erfahrungen mit dem System. Besonders überzeugten ihn der höhere Komfort für Kinder und Eltern, die einfache Handhabung sowie die guten klinischen Ergebnisse. Anstelle festsitzender Metallapparaturen setzt das System auf herausnehmbare Expander, die regelmäßig gewechselt werden und eine

bessere Hygiene ermöglichen. Gleichzeitig sei die Mitarbeit der jungen Patienten entscheidend für den Behandlungserfolg. Dr. Dumu sieht das volle Potenzial vor allem in einem phasenbasierten Ansatz: Nach der Expansion folgt häufig eine Behandlung mit Invisalign First zur gezielten Zahnkorrektur. „Wenn wir zunächst die Gaumennahterweiterung durchführen und anschließend die Zähne ausrichten, ist eine spätere Behandlung möglicherweise gar nicht mehr notwendig oder deutlich einfacher“, so Dr. Dumu.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.invisalign.de/ortho/invisalign-palatal-expander.

Align Technology GmbH
www.aligntech.com



IMPRESSUM**BDK.INFO**

34. Jahrgang – Ausgabe 2/2026
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	47
Angelalign Technology (Germany) GmbH	43
CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH	33
Computer Forum GmbH	2
dentalline GmbH	29
DENTAURUM GmbH	61
DW Lingual Systems GmbH	23
ivoris	17
Kerr GmbH	67
KFO Management Berlin	59
Mikrona Group AG	68
OrthoDepot GmbH	9
SCHEU-DENTAL GmbH	39
Solventum Dental Solutions	31
Solventum Dental Solutions	53
DENTAURUM GmbH	BEILAGE
Ortho Penthin GmbH	BEILAGE

Nutzungsrecht:

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

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

Die neuen SparkTM Retainer

Entwickelt, damit
das strahlende
Lächeln bleibt



SPARKTM

ORTHORA 200

Jetzt Ihre massgeschneiderte
Behandlungseinheit konfigurieren!

germany@mikrona.com +49 331 740 38 28



Für Details

