

Aktuelles

Klasse III

Dr. Udo Windsheimer stellt eine Frühbehandlung einer skelettalen Klasse III mit Alignern vor.

Wissenschaft & Praxis ➤ Seite 6

Ziele

Im Interview spricht Dr. Hiba Sino über ihren ganz besonderen Weg zur Kieferorthopädie.

Praxis ➤ Seite 12

Kommunikation

Sabine Prohaska verrät, wie Sie Wissen in Ihrer Praxis weitergeben und sichern können.

Wirtschaft & Recht ➤ Seite 20

Veranstaltungen

Lesen Sie zwei exklusive Nachrichten: Angel Aligner™ Seaside Education Days und 15. Benefit-User-Meeting 2026.

Veranstaltungen ➤ Seite 22

Die „Mini-Mausefalle“ zur prä-prothetischen Molarenintrusion

Ein Beitrag von Dr. Lukas Droste und Prof. Dr. Benedict Wilmes.

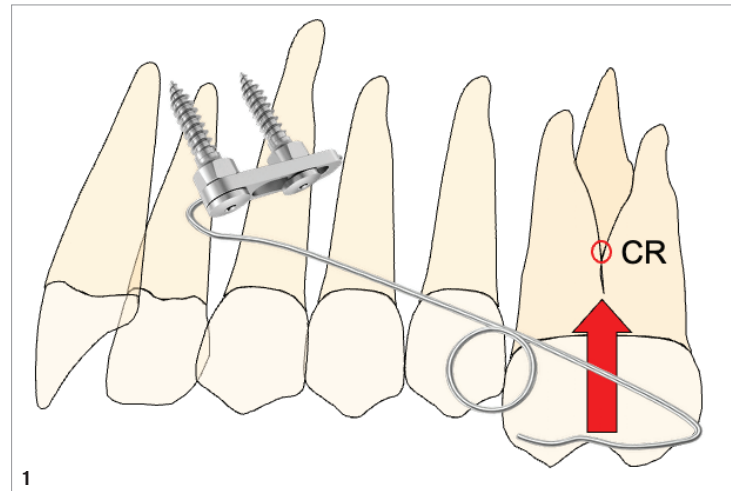


Abb. 1: „Mini-Mausefalle“-Apparaturdesign und -mechanik: Ein Hebelarm ist mit einer palatinalen Beneplate verbunden, die mittels zweier Miniimplantate fixiert ist. Das Widerstandszentrum (Center of Resistance, CR) des Molars sollte in Übereinstimmung mit dem wirkenden Kraftvektor sowie der angestrebten Zahnbewegung positioniert sein.

Einleitung

Elongierte Antagonistenzähne können die Versorgung dentaler Implantate mit prothetischen Suprakonstruktionen erschweren, da eine ausreichende Materialstärke zur

Gewährleistung einer zufriedenstellenden Frakturresistenz häufig nicht erreicht wird! Um eine okklusale Reduktion oder sogar die Extraktion von Antagonistenzähnen zu vermeiden, kann der vertikale Raum für die prothetischen

Suprakonstruktionen mithilfe kieferorthopädischer Maßnahmen vergrößert werden. Es ist jedoch zu beachten, dass die Intrusion elongierter Oberkiefermolaren eine kieferorthopädisch anspruchsvolle Therapie darstellt. Bei Verwendung konventioneller Apparaturen, wie Multibracket-Systemen, können unerwünschte Nebeneffekte wie die Extrusion benachbarter Zähne auftreten.² Zudem wird die Brackettierung multipler Verankerungszähne von vielen Patienten als unästhetisch und belastend empfunden. Zur Vermeidung dieser Effekte hat sich die sogenannte „Mini-Mausefalle“-Apparatur (MM, Abb. 1) als geeignete Mechanik zur Intrusion von Oberkiefermolaren ohne unerwünschte Nebeneffekte auf die Nachbarzähne erwiesen.^{3,4} Die MM besteht aus zwei Miniimplantaten im anterioren Gaumen zur Verankerung, einer verbindenden Beneplate sowie einem daran befestigten Hebelarm zur Molarenintrusion (Abb. 1+2): Die Mini-

Tiger Dental
Innovations in orthodontics

Die neue OrthoLox Familie

Tiger Dental GmbH
Allgäustraße 3, 6912 Hörbranz, Austria
Phone: +43(0) 5574 435043
Fax: +43(0) 5574 435043 50
office@tigerdental.com, www.tigerdental.com

implantate werden bevorzugt in der sogenannten T-Zone des anterioren Gaumens median oder paramedian (Abb. 4) inseriert.⁵⁻⁷ Zwei Fixierschrauben verbinden die Beneplate mit den Miniimplantaten. Ein an der Beneplate befestigter 0,8-mm-Edelstahldraht (oder TMA-Draht) fungiert als Hebelarm

➤ Seite 4

Das Beitragssatz-stabilisierungsgesetz

Fachgesellschaften und Berufsverbände bewerten die Auswirkungen des neuen Gesetzes auf Qualität, Qualifikation und Versorgung in der Kieferorthopädie.

Im Juli 2026 haben Bundestag und Bundesrat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken sprach in ihrer Bundestagsrede am 10. Juli 2026 von einem „Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen“ und erklärte: „Wir wollen künftig mit dem

Geld auskommen, das wir haben, und nur noch das bezahlen, was nutzt.“ In der Kieferorthopädie stoßen die neuen Regelungen jedoch auf ein geteiltes Echo. Welche Auswirkungen erwarten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen? Die KN hat führende Vertreterinnen und Vertreter des Fachs um ihre Einschätzung gebeten.

Prof. Dr. Bernd Koos,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V. (DGKFO):

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie bewertet die beschlossenen Neueregungen differenziert, insgesamt jedoch mit erheblicher Sorge. Die Ziele, die Qualität der kieferorthopädischen

Kurz notiert

Hitzewelle

Ausreichend trinken – möglichst zwei bis drei Liter am Tag – hilft dem Körper bei seinem natürlichen Abkühlungsprozess. (Quelle: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit)

ANZEIGE

Dentalline®

DGKFO-Aktion
vom 20.07. bis 30.10.2026

Entdecken Sie Top-Angebote und Neuheiten:

Tel.: +49 7231 9781-0 | info@dentalline.de | dentalline.de

➤ Seite 2

ANZEIGE

MasterCOIP
for Young Practitioners

**20.-22.11.2026
BERLIN**

MEHR ERFAHREN

Ormco | SPARK™

Das Beitragssatz- stabilisierungsgesetz

Prof. Dr. Bernd Koos,

Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kieferorthopädie e.V. (DGKFO):



← Seite 1

Versorgung zu sichern, die Indikationsstellung stärker wissenschaftlich zu fundieren und die begrenzten Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung effizient einzusetzen, sind grundsätzlich nachvollziehbar und zu befürworten. Qualitätssicherung, Evidenzorientierung und Wirtschaftlichkeit sind auch aus fachgesellschaftlicher Sicht unverzichtbare Bestandteile einer modernen kieferorthopädischen Versorgung.

Problematisch ist jedoch, dass im Rahmen eines primär finanzpolitisch motivierten Gesetzes tiefgreifende Strukturveränderungen in einem komplexen, überwiegend Kinder und Jugendliche betreffenden Versorgungsbereich beschlossen wurden, ohne die vorliegende umfassende wissenschaftliche Evidenz, insbesondere die Leitlinien und die DMS 6, zu berücksichtigen und ohne die DGKFO und die DGZMK als fachliche Berater von Anfang an aktiv miteinzubeziehen. Die Kieferorthopädie wird nicht nur punktuell angepasst. Vielmehr werden gleichzeitig die Zugangsqualifikation der Leistungserbringer, die Behandlungsrichtlinien einschließlich der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen, die radiologische Diagnostik und das gesamte Vergütungssystem neu geordnet. Das Gesetz sieht insbesondere einen Qualifikationsvorbehalt, eine Überprüfung der KFO-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bis Ende 2027 sowie die Einführung von vier pauschalierten Leistungskomplexen bis zum 30. Juni 2028 vor.

Ein solcher Systemwechsel darf aus Sicht der DGKFO nicht allein unter dem Gesichtspunkt kurzfristiger Einsparungen betrachtet werden. Entscheidend muss sein, ob die Neuregelungen langfristig zu einer medizinisch sinnvollen, qualitätsgesicherten und für alle Versicherten erreichbaren Versorgung führen. Effizienz darf nicht mit Pauschalierung oder Leistungsbegrenzung um jeden Preis verwechselt werden. Auch die Ausgangsthese, in Deutschland würden generell zu viele Kinder kieferorthopädisch behandelt, lässt sich wissenschaftlich nicht überzeugend begründen. Die bevölkerungsrepräsentativen Daten der DMS 6 weisen bei acht- und neunjährigen Kindern – abhängig vom verwendeten Index – bereits einen kieferorthopädischen Behandlungsbedarf von etwa 40 bis 44 Prozent aus. Bestimmte nur radiologisch sicher erfassbare Befunde waren dabei noch nicht berücksichtigt. Die Autoren kommen zudem zu dem Ergebnis, dass sich der

festgestellte Versorgungsbedarf weitgehend mit der Versorgungsrealität deckt und weder eine richtlinienspezifische Über- noch Unterversorgung anzunehmen ist.

Eine Weiterentwicklung der Versorgung ist daher sinnvoll. Sie muss aber evidenzbasiert erfolgen und darf nicht von einer politisch vorweggenommenen Annahme genereller Überversorgung ausgehen.

Auswirkungen für die kieferorthopädische Versorgung

Die Auswirkungen werden wesentlich davon abhängen, wie die gesetzlichen Vorgaben nun durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Bundesmantelvertragspartner konkret ausgestaltet werden. Das Gesetz lässt an entscheidenden Stellen erhebliche Spielräume.

1. Qualifikationsanforderungen

Positiv ist zunächst, dass der ursprünglich vorgesehene strikte Fachzahnarztvorbehalt im parlamentarischen Verfahren modifiziert wurde. Künftig können neben Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie auch Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einem als gleichwertig anerkannten Abschluss oder mit einer im Bundesmantelvertrag festgelegten ausreichenden praktischen Erfahrung GKV-Leistungen erbringen. Welche Abschlüsse als gleichwertig gelten und welche Art, Dauer und Qualität praktischer Erfahrung erforderlich sind, müssen KZBV und GKV-Spitzenverband festlegen; die Bundeszahnärztekammer erhält lediglich noch ein Stimmrecht.

Diese Öffnung vermindert das Risiko eines abrupten Wegfalls von Versorgungskapazitäten in bestimmten Regionen. Es muss aber unbedingt nochmals sorgfältig geprüft werden, ob hier auch ein Allokationsproblem besteht. Zugleich muss deutlich bleiben, dass die strukturierte Weiterbildung zur Fachzahnärztin beziehungsweise zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie das umfassendste und am verlässlichsten überprüfbare Qualifikationsmodell darstellt. Sie verbindet eine mehrjährige klinische Tätigkeit mit systematischer theoretischer Weiterbildung, Supervision und der Behandlung des gesamten Spektrums kieferorthopädischer Erkrankungen unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Entwicklungen. Hieran muss sich die Gleichwertigkeit orientieren.

Entscheidend wird weiter sein, dass die Kriterien für eine „ausreichende praktische Erfahrung“ nicht auf formale Mindestanforderungen, bloße Fallzahlen oder eine nicht näher überprüfte Selbstauskunft reduziert werden. Notwendig sind bundeseinheitliche, transparente und fachlich anspruchsvolle Kriterien, die den gebotenen

medizinischen Fachstandard sicherstellen. Diese sollten neben Dauer und Umfang der Tätigkeit auch die Breite des behandelten Spektrums, nachgewiesene Fortbildung, Kenntnisse in Diagnostik und Biomechanik, die Beherrschung möglicher Komplikationen sowie Aspekte der Ergebnisqualität berücksichtigen. Idealerweise können diese Kenntnisse auch noch schriftlich oder mündlich überprüft werden.

Das Gesetz enthält eine vierjährige Übergangsregelung und einen Bestandsschutz für bestimmte bereits erworbene beziehungsweise begonnene Masterstudiengänge. Das schützt bestehende Behandlungsverhältnisse und vermindert kurzfristige Versorgungsabbrüche. Eine Behandlung auf Fachzahnarztstandard lässt sich so jedoch nicht gewährleisten.

2. Überprüfung der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen

Die Überprüfung der bestehenden KFO-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist grundsätzlich zu begrüßen. Richtlinien müssen regelmäßig an den Stand der Wissenschaft und an neue diagnostische und therapeutische Erkenntnisse angepasst werden. Eine solche Überprüfung muss jedoch ergebnisoffen sein. Die Kieferorthopädischen Indikationsgruppen sind kein vollständiges klinisches Klassifikationssystem, sondern in erster Linie ein sozialrechtliches Instrument zur Allokation von Leistungen zulasten der Solidargemeinschaft. Der gemessene morphologische Schweregrad bildet nicht in jedem Einzelfall die funktionellen Folgen, das Progressionsrisiko, die individuelle Wachstumssituation, die Mundgesundheit oder die psychosoziale Belastung vollständig ab.

Besonders kritisch wäre daher eine rein fiskalisch motivierte Anhebung des für die GKV maßgeblichen Behandlungsbedarfsgrades. Eine schlichte Verschiebung der Leistungsgrenze würde den medizinischen Behandlungsbedarf nicht beseitigen, sondern lediglich die Finanzierung auf die Familien und damit die Bevölkerung verlagern. Davon wären insbesondere Kinder aus einkommensschwächeren Haushalten betroffen. Eine Reform darf deshalb nicht zu einer sozial selektiven Kieferorthopädie führen.

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft muss bei dieser Überprüfung mit ihrer klinischen, epidemiologischen und methodischen Expertise substantiell beteiligt werden. Erforderlich sind transparente Evidenzberichte, klar definierte patientenrelevante Endpunkte und eine angemessene Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungsphasen des Gebisses.

→ Seite 16

Aktion!

ab **2¹⁵ €**

-20%



ProSlide™ 4

passive self-ligating bracket

Entdecken Sie dieses „State of the Art“- Bracket mit zahlreichen durchdachten Verbesserungen.

ProSlide™ 4 Brackets bieten modernstes Design und Präzision durch ein Herstellungsverfahren auf höchstem Niveau.

Auch als **High-** und **Low Torque-Variante** erhältlich.

Jetzt online entdecken



Maximale Präzision

Verlässlicher Mechanismus mit Clip mit **maximaler mesio-distaler Breite** für eine größere Rotationskontrolle.



Flexibilität

Brackets ohne Hooks verfügen über einen **zweifachen vertikalen Slot** für die nachträgliche Anbringung von Hooks.



Sicherer Halt & Laser-Markierung

Eine anatomisch gestaltete Basis mit 80 Gauge-Mesh gewährleistet maximalen Halt.

Aktionspreise bis 31.12.2026



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

Mehr als **27.000 Artikel**
sensationell günstig!

jetzt bestellen unter

www.orthodepot.de



OrthoDepot®

Prof. Dr. Benedict Wilmes



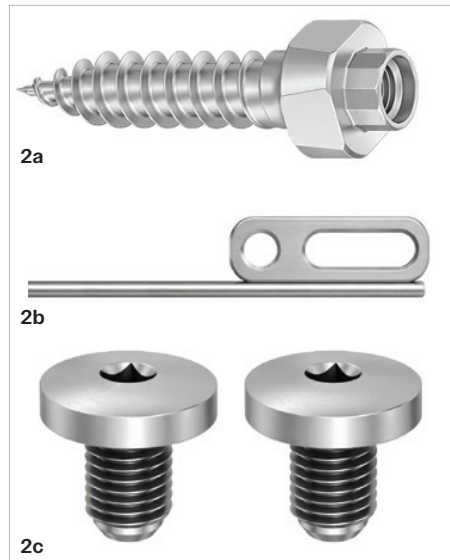
Literatur



Die „Mini-Mausefalle“ zur präprothetischen Molarenintrusion

(Alle Bilder: © Prof. Dr. Benedict Wilmes, Dr. Lukas Dorste)

Abb. 2a–c: Bestandteile der MM-Apparatur: Aus einer Titanlegierung bestehende Miniimplantate (Benefit System, PSM Medical) (a); Mitte: Beneplate mit 0,8 mm-Stahldraht zur paramedianen Insertion, wobei der Draht auf der linken Seite entfernt wurde (b); Fixationsschrauben zur Verbindung der Beneplate mit den kieferorthopädischen Miniimplantaten (c). – **Abb. 3:** Prätherapeutisches Panoramaschichtbild mit elongiertem Zahn 17 und fehlendem Antagonisten 47.



← Seite 1

und muss an die Position der Miniimplantate, die Gaumenkrümmung sowie die okklusale Oberfläche des Molars angepasst werden. Durch Aktivierung des Hebelarms nach kranial wird eine konstante Intrusionskraft erzeugt.⁷ Zur Vermeidung von Kippbewegungen

kann ein Transpalatinalbogen (TPA) eingesetzt werden, dann wird die Mechanik als klassische „Mausefalle“ bezeichnet.^{3,4} Wird wie bei der MM auf einen TPA verzichtet, ist eine engmaschige Kontrolle der Molarenbewegung erforderlich, um eine unerwünschte transversale Bewegung des Molars zu überwachen.

Behandlungsablauf

Eine 21-jährige Patientin benötigte ein dentales Implantat im Bereich des zweiten Unterkiefermolars rechts. Aufgrund unzureichenden vertikalen Platzes für eine prothetische Suprakonstruktion mit ausreichender Materialstärke wurde sie zur Intrusion des elongierten oberen

„Die MM besteht aus zwei Miniimplantaten im anterioren Gaumen zur Verankerung, einer verbindenden Beneplate sowie einem daran befestigten Hebelarm zur Molarenintrusion.“

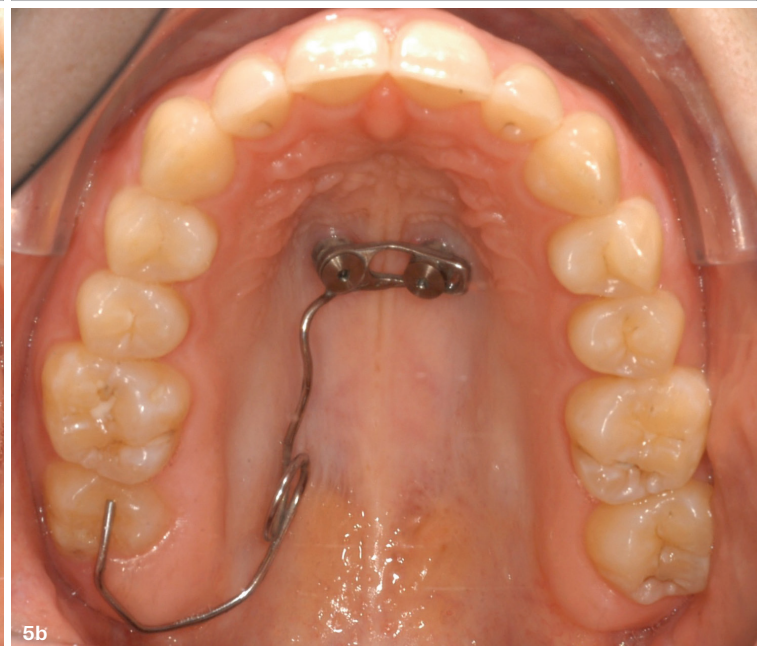
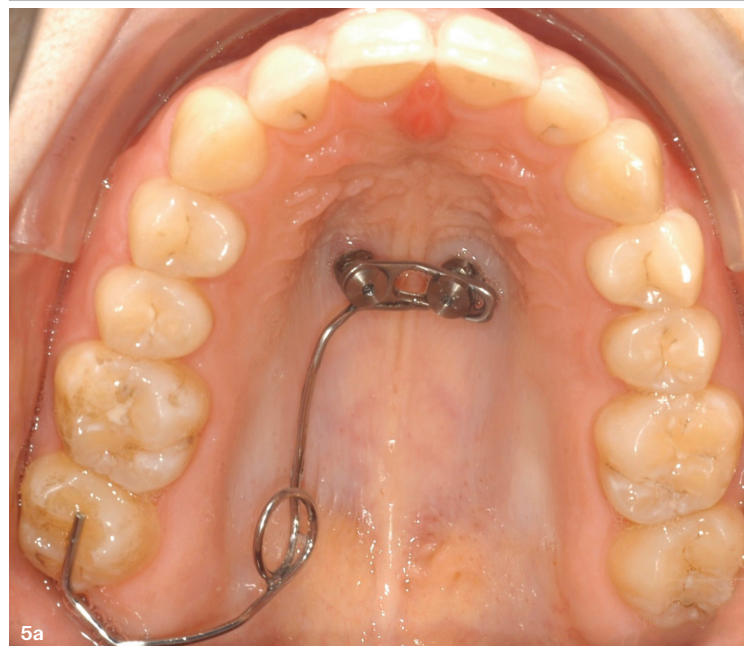
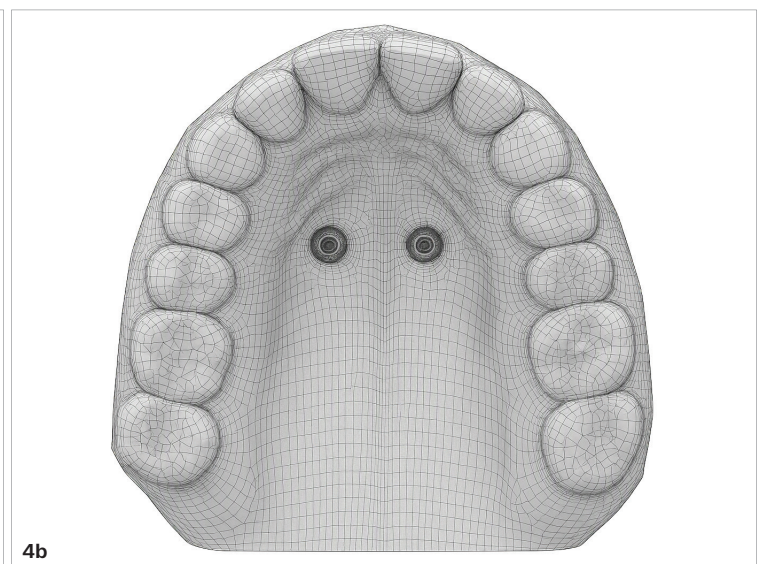
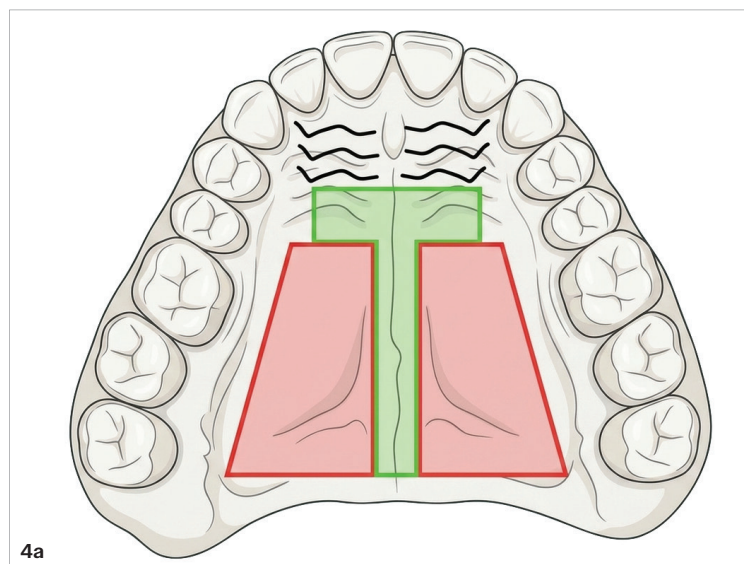


Abb. 4a+b: T-Zone: Empfohlene Insertionsregion posterior der Gaumenrugae (grün markierter Bereich); im posterioren und lateralen Bereich ist das maxilläre Knochenangebot unzureichend (a). In der T-Zone inserierte Miniimplantate (b). – **Abb. 5a+b:** Beginn der Molarenintrusion (a); erfolgreich intrudierter Zahn 17 (b).

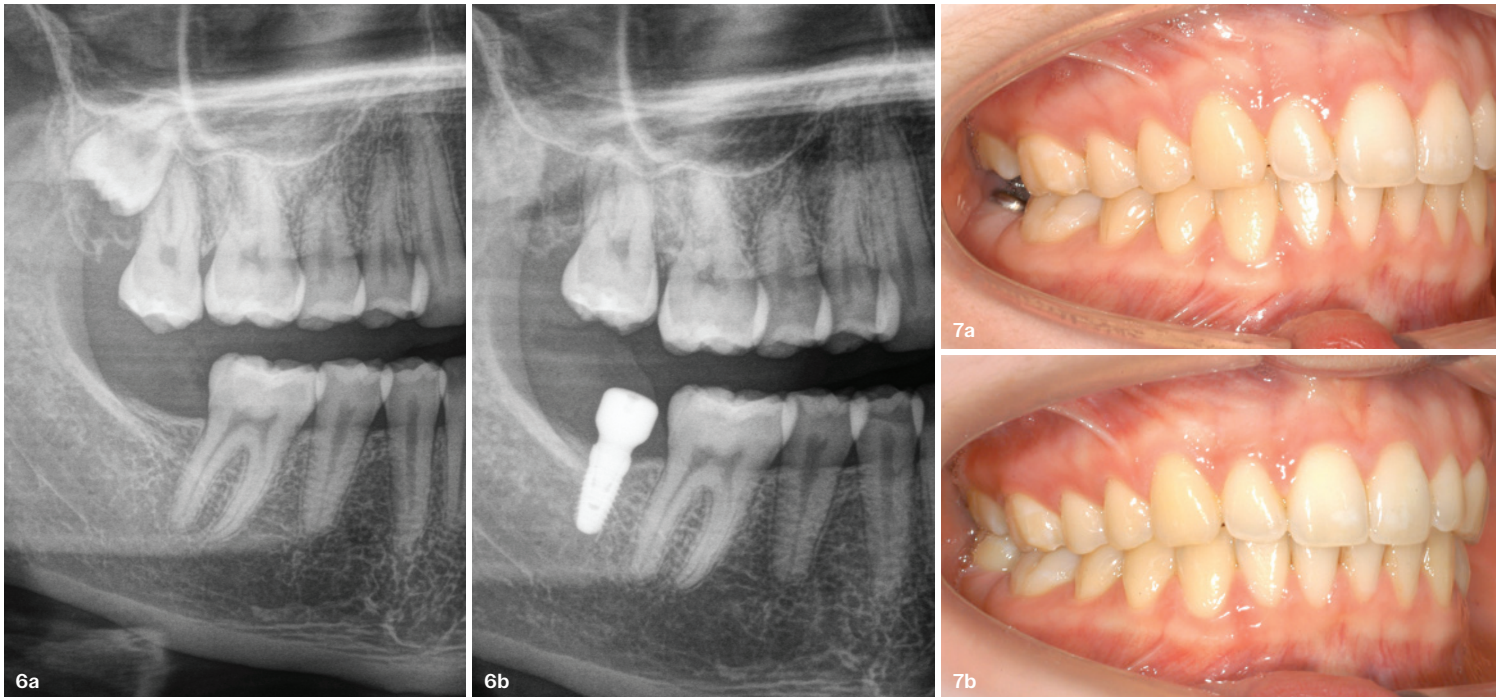


Abb. 6a+b: Prätherapeutische Ausgangssituation (a), postorthodontisches Behandlungsergebnis mit Implantat in Regio 47 (b). – **Abb. 7a+b:** Einheilabutment nach Insertion des dentalen Implantats Regio 47 (a); definitive prothetische Suprakonstruktion mit ausreichender Materialstärke im Bereich des zweiten Unterkiefermolars (b).

rechten zweiten Molars in die kieferorthopädische Therapie überwiesen (Abb. 3). Die Röntgenaufnahme zeigte einen nah an Zahn 17 liegenden oberen Weisheitszahn.

Im Anschluss wurden zwei Miniimplantate mit einem Durchmesser von 2 mm und einer Länge von 9 mm paramedian in der T-Zone des anterioren Gaumens inseriert (Abb. 4), um daran eine Beneplate mit einem 0,8-mm-Edelstahldraht als Hebelarm zu befestigen. Nach der Extraktion von Zahn 18 wurde eine Intrusionskraft von etwa 100 g aktiviert (Abb. 5).

Eine erfolgreiche Intrusion des Molars war nach vier Monaten deutlich zu erkennen (Abb. 5). Durch die kieferorthopädische Behandlung konnte ausreichend vertikaler Raum für die prothetische Rehabilitation Regio 47 geschaffen werden (Abb. 6+7).

Schlussfolgerung

Die MM erwies sich als geeignetes Instrument zur Intrusion elongierter Oberkiefermolaren. Im Vergleich zur ursprünglichen Mausefalle-Ap-

paratur, die zusätzlich einen Transpalatinalbogen umfasst, ist die MM kleiner dimensioniert. Dies führte zu einer höheren Patientenakzeptanz und erleichterte die Mundhygiene. Allerdings erfordert die Behandlung eine engmaschigere Kontrolle der Molarenbewegung sowie eine präzise Anpassung des Hebelarms an die gewünschte Zahnbewegungsrichtung. Die Verankerung im anterioren Gaumen erweist sich als überaus zuverlässig und ermöglichte einen komfortablen Zugang während der Therapie.



Dr. Lukas Droste



Prof. Dr. Benedict Wilmes

wilmes@german-ortho-academy.info
www.german-ortho-academy.info/DE

ANZEIGE

REGISTER
NOW!

9.

DGAO

CONGRESS 2026

12. | 13. + 14. NOVEMBER 2026 | KÖLN

Deutsche Gesellschaft
für Aligner Orthodontie
dgaao

ALIGNER IN ALLEN DIMENSIONEN

AHLERS, OLIVER | BOCK, JENS | CASCALES, RAÚL FERRANDO | CASTROFLORIO, TOMMASO | CHHATWANI, SACHIN | DRECHSLER, THOMAS | DUNCKER, URSULA | ELLOUZE, SKANDER | ERBE, CHRISTINA | HAUBRICH, JULIA | HANEL, BENJAMIN | HENNING, DANIELA | HERRMANN, HEIKE | JASTRAM, BEN | KNODE, VANESSA | KREDIG, CAROLIN | KREY, KARL-FRIEDRICH | LATKAUSKIENÉ, DALIA | OJIMA, KENJI | PALMA, SUSANA | PEPPER, MATTHIAS | PEYLO, STEPHAN | RADLANSKI, RALF J. | RATZMANN, ANJA | SCHUPP, WERNER | SCHWARZE, JÖRG | SCHWÄRZLER, ALEXANDER | SCUZZO, GIACOMO | SCUZZO, GIUSEPPE | SOLANO, BEATRIZ | SOLANO, PATRICIA | SONNENBERG, BORIS | WEINHOLD, JOACHIM | ZACH, MICHAEL | ZURAN, DIETMAR



VORKONGRESS: MODERNE ABRECHNUNG & TREATMENT PLANNING DGAO-KONGRESS.DE



Frühbehandlung einer skelettalen Klasse III mit Alignern

Ein klinischer Case Report von Dr. Udo Windsheimer, Amelie Windsheimer und Besart Lani über Clarity Aligners von Solventum, Clarity™ Aligners.

Die Behandlung der skelettalen Klasse III im Wachstumsalter stellt nach wie vor eine therapeutische Herausforderung dar. Insbesondere bei Patienten mit progenem Formenkreis und frontalem Zwangsbiss besteht ein funktioneller Therapiebedarf. Während klassische Frühbehandlungen häufig mit herausnehmbaren funktionskieferorthopädischen Geräten oder festsitzenden Multi-bracketapparaturen erfolgen, gewinnen Aligner-Systeme zunehmend an Bedeutung –

auch im Wechselgebiss. Präziser digitaler Workflow mit digitalem Scannen und digitaler Behandlungsplanung, gute Mundhygiene, hohe Ästhetik, verbesserte Compliance durch Visualisierung des Therapieziels sowie telemedizinische Betreuung eröffnen neue Möglichkeiten. Der vorliegende Case Report beschreibt die erfolgreiche Frühbehandlung einer Angle-Klasse III mit frontalem Kreuzbiss und Zwangsbiss unter Einsatz eines Aligner-basierten Therapiekonzeptes.

Ausgangsbefund

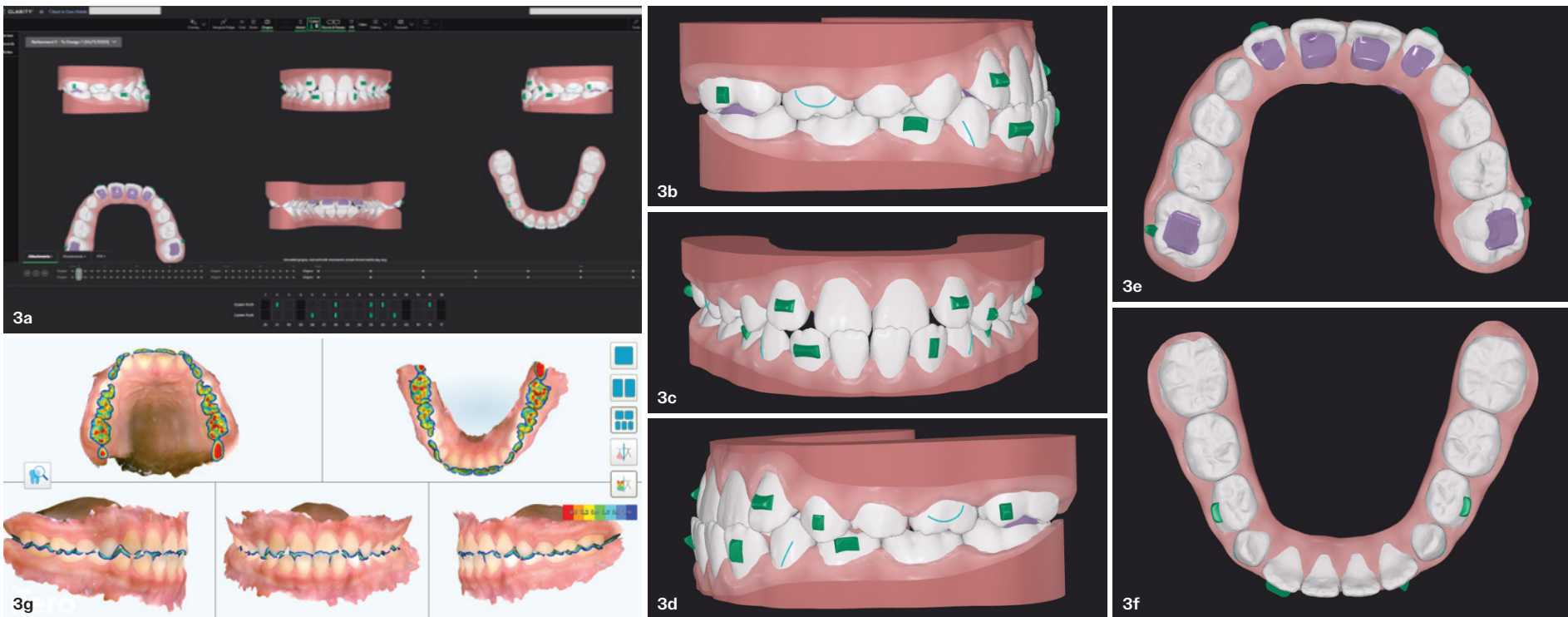
Anamnese und Erstvorstellung

Der Patient stellte sich am 3. Februar 2025 zur kieferorthopädischen Erstberatung vor. Allgemeinanamnestisch ergaben sich keine relevanten Besonderheiten.

Bereits klinisch zeigte sich ein frontaler Kreuzbiss im Bereich der Zähne 11 und 21 mit funktionellem frontalem Zwangsbiss mit anteriorem Vorschub des Unterkiefers beim

Abb. 1a–c: Extraorale Aufnahmen des Patienten vor Behandlungsbeginn. – **Abb. 2a–e:** Intraorale Aufnahme des Patienten vor Behandlungsbeginn.





„Das Clarity Portal ermöglicht die Auswahl zwischen den Clarity Alignern FLEX sowie FORCE, einem rigideren Aligner-Material mit minimal höherer Schichtdicke.“

Schlussbiss. Die habituelle Okklusion war nur unter Zwangsführung erreichbar.

Funktionelle okklusale Analyse

Das funktionelle Screening ergab:

- frontaler Zwangsbiss mit deutlicher Abweichung CO – CR
- Abrasionen in der Front

Zahnstatus und Entwicklungsstand

Der Patient befand sich in der Ruhephase des Wechselgebisses:

- bleibende Frontzähne im Ober- und Unterkiefer vollständig durchgebrochen
- Milchstützzone OK/UK vollständig vorhanden
- erste Molaren (6er) durchgebrochen
- zweite Molaren (7er) noch nicht in Eruption
- Weisheitszähne angelegt
- leicht verzögerte Dentition (Dentition tarda)

Die sagittale Abweichung manifestierte sich klinisch durch:

- frontalen Kreuzbiss 11-21/32-42

Diagnostische Maßnahmen

Zur vollständigen Befunderhebung wurde eine umfassende Anfangsdiagnostik durchgeführt:

- Orthopantomogramm (OPG)
- Fernröntgenseitenbild (FRS)
- Intraoralscan OK/UK in HIK
- intraorale und extraorale Fotodokumentation

Die zephalometrische Analyse bestätigte den prognen Formenkreis.

Therapieplanung

Auf Basis der Diagnostik wurde die Indikation zur kieferorthopädischen Frühbehandlung gestellt. Die Ziele der Behandlung wurden wie folgt festgelegt:

1. Überstellung des frontalen Kreuzbisses
2. Beseitigung des funktionellen Zwangsbisses nach ventral
3. Entlastung der Kiefergelenke
4. Harmonisierung der Frontzahnstellung
5. Frühzeitige sagittale Korrektur zur Wachstumslenkung

Die Behandlung wurde mit dem Clarity Aligner FLEX von Solventum durchgeführt. Das Clarity Portal ermöglicht die Auswahl zwischen den Clarity Alignern FLEX sowie FORCE, einem rigideren Aligner-Material mit minimal höherer Schichtdicke. In diesem Fall wurde bewusst das FLEX Material gewählt, da es sich um einen heranwachsenden Patienten handelt und die flexible Materialeigenschaft für diese Altersgruppe besonders geeignet ist. Die digitale Behandlungsplanung wurde mittels der herstellereigenen Software durchgeführt. Insgesamt wurden 20 aktive Aligner im Oberkiefer und Unterkiefer vorgesehen.

Digitale Planung und Biomechanik

Die virtuelle Set-up-Planung umfasste:

- sagittale Frontkorrektur mit Proklination 11, 21, Ausformung 12-22
- Rotations- und Torquekontrolle
- Klasse III-Elastics zur Kontrolle der UK-Ventralentwicklung
- erhöhte Trimline im OK/UK
- keine Bewegung der Milchstützzone im OK/UK

Zur Optimierung der Kraftübertragung wurden Clarity Precision Grip Attachments geplant und nach dem Bonding-Protokoll adhäsiv mit Grip Attachment Template geklebt.

Folgende Attachments wurden zur adhäsiven Befestigung vorgesehen:

- 12, 22, 42: Extrusionsattachments (Clarity Precision Grip)
- 32: Rotationsattachment (Clarity Precision Grip)

Abb. 3a–g: Initialer digitaler Scan mit digitalem Behandlungsplan.

ANZEIGE

SELF CHECK-IN TERMINAL

Mehr Zeit für Patienten.
Weniger Stress am Empfang.
iie systems entlastet Ihr Praxisteam.
Patienten checken sich selbst ein.

iie-systems präsentiert:
Schnellere Anmeldungen, entlastetes Personal und zufriedenere Patienten. Erleben Sie, wie unser System Ihren Praxisalltag einfacher und effizienter macht.

✓ **Weniger Wartezeiten:**
Schnelles, selbstständiges Check-In reduziert Patientenwartezeiten.

✓ **Entlastung Ihres Teams:**
Mehr Zeit für Ihr Personal, sich auf die Patientenbetreuung zu konzentrieren.

✓ **Nahtlose Integration:**
Einfache Anbindung an ivoris, ohne Systembrüche.

JETZT ANFRAGEN
Kostenlose Beratung – live Demo unverbindlich & kostenfrei

ii@ systems

Abb. 4a+b: Ausgangsdiagnostik: keph-
lometrische Auswertung (a), Orthopan-
tomogramm (b). – **Abb. 5a–d:** Clarity
Aligner neu mit Precision Grip Attach-
ments. – **Abb. 6:** Materialien zur Befes-
tigung der Grip-Attachments mit Über-
tragungschiene.

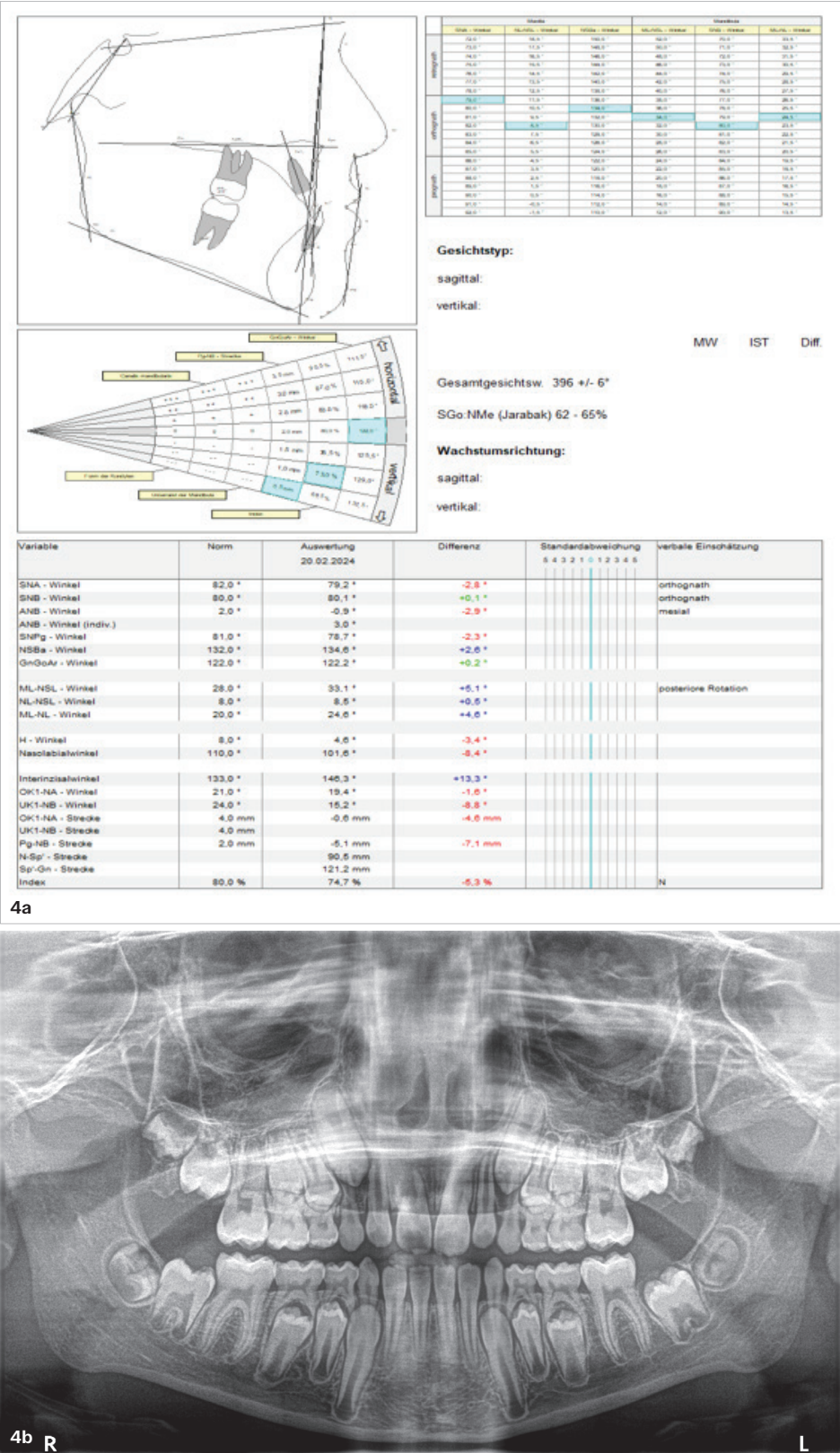


Abb. 7a–c: Zwischenergebnis nach
Aligner 10/20.

- 16, 63, 26, 74, 84: Verankerungsattachments (Clarity Precision Grip)
- laterale Bite Blocks an 16, 26
- Bite Ramps an 12 bis 22, um die anteriore Disklusion zu unterstützen.

Zusätzlich wurde eine intermaxilläre Klasse III-Mechanik mit Gummizügen integriert. Dafür wurden Buttons an 55, 65 adhäsiv mit Cut-out bukkal 55, 65 befestigt und Hooks im Aligner an 73, 83 mit Verankerungs-Attachments an 16, 26 und 74, 84 eingepflanzt.

Klinischer Ablauf

Einsetzen der ersten Aligner

Vor der Eingliederung erfolgten: eine professionelle Zahnreinigung der Zähne 16-26, 36-46, die Entfernung von Konkrementen, eine fluoridfreie Politur der Labialflächen der Zähne, die für die Clarity Precision Grip Attachments vorgesehen waren, sowie ein präzises Bonding der Clarity Precision Grip Attachments gemäß des step by step Bonding-Protokolls.

Der Patient erhielt außerdem Chews zur Verbesserung der Adaptation, detaillierte Hygieneinstruktionen, eine Tragevorgabe von 22 Stunden täglich, die Vorgabe, alle sieben Tage die Schienen zu wechseln (alle 20 Aligner wurden dem Patienten mitgegeben), sowie eine Instruktion zum Tragen der Klasse III-Gummizüge (3/16 Medium) nachmittags und nachts. Die Betreuung wurde zusätzlich telemedizinisch über Dental Monitoring begleitet. Wöchentliche Scans ermöglichten eine engmaschige Verlaufskontrolle.





Abb. 8a-f: Endergebnis.

„Nach 20 Wochen zeigte sich die vollständige Überstellung des frontalen Kreuzbisses. Die Front war ausgeformt, der frontale Zwangsbiss aufgelöst und ein physiologischer Overbite und Overjet hergestellt.“

ANZEIGE



ZWP ONLINE

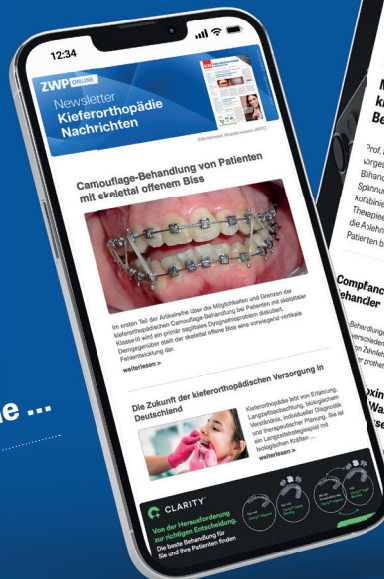
www.zwp-online.info/newsletter

Hol dir dein #insiderwissen!

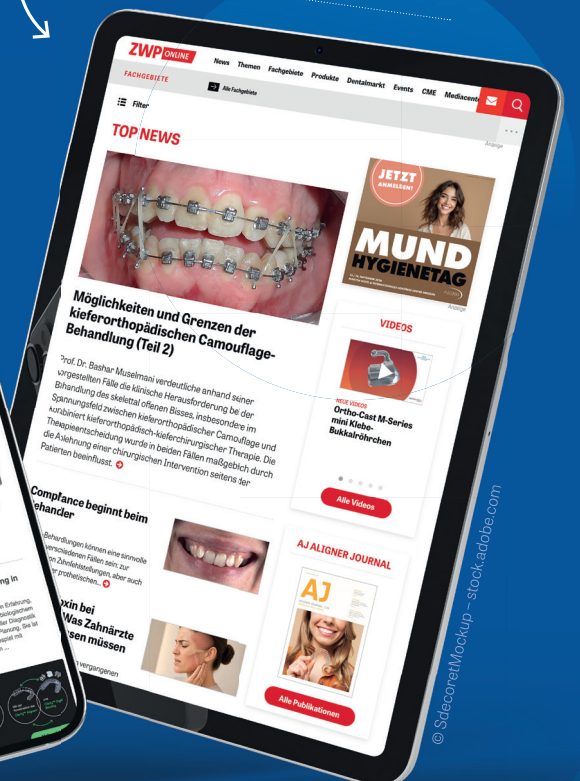
Alle **Kieferorthopädie-News** auf einen Klick.



Mit dem
Newsletter
Kieferorthopädie ...

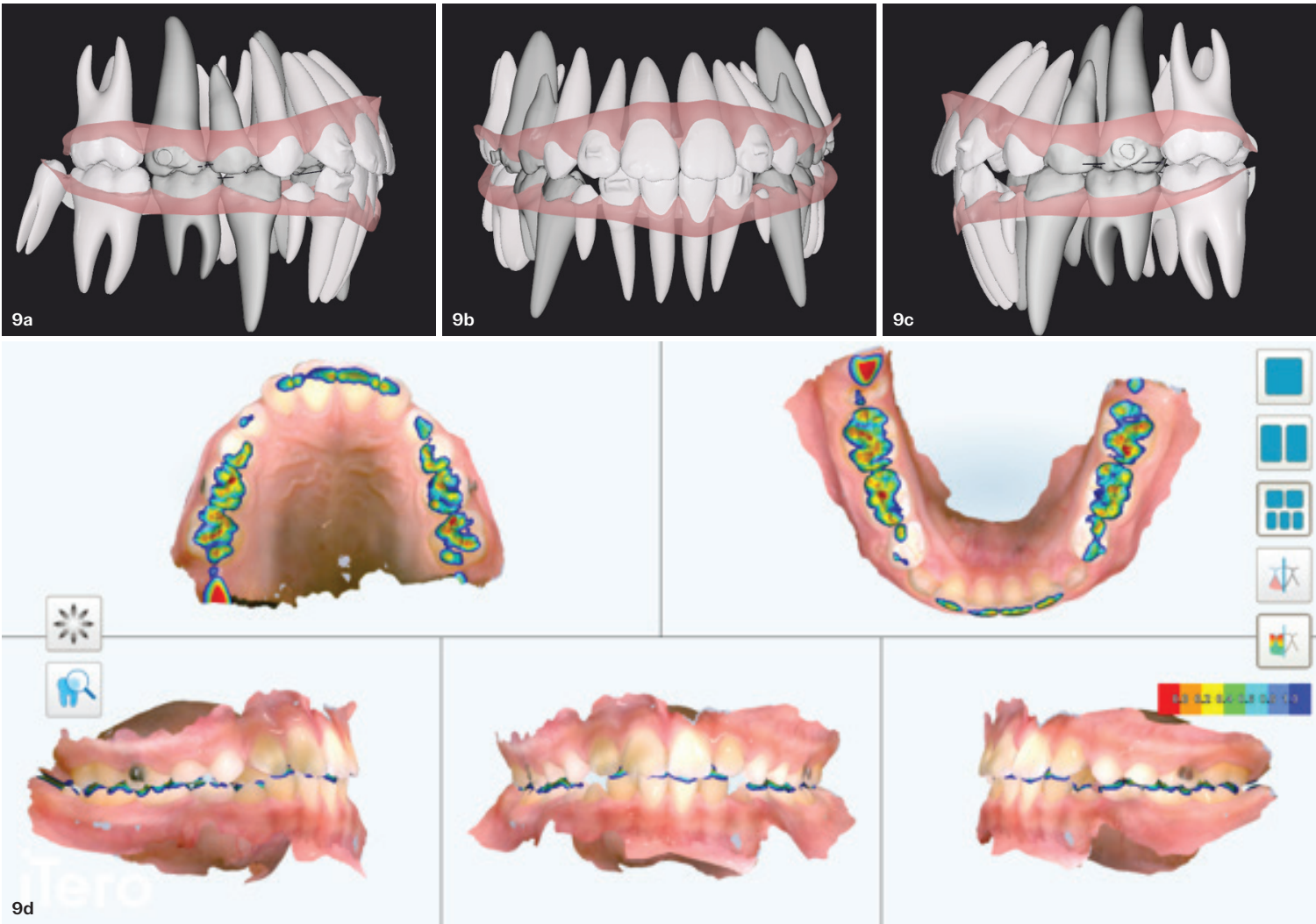


... und einem eigenen
Kieferorthopädie-Bereich
auf ZWP online



© Sidecore/Mockup - stock.adobe.com

Abb. 9a–d: Digitaler Scan zur Planung der Feinkorrekturen mit digitalem Behandlungsplan.
(Alle Bilder: © Dr. Udo Windsheimer)



Komplikationen und Management

Nach ca. zwölf Wochen lösten sich ein Attachment an Zahn 16, 12 und ein Button. Diese wurden sofort wiederbefestigt.

Therapieverlauf

Die Compliance des Patienten war sehr gut. Er trug die Elastics konsequent. Die Aligner saßen präzise und es wurden keine relevanten Tracking-Verluste verzeichnet. Nach 20 Wochen zeigte sich die vollständige Überstellung des frontalen Kreuzbisses. Die Front war ausgeformt, der frontale Zwangsbiss aufgelöst und ein physiologischer Overbite und Overjet hergestellt. Die sagittale Relation hatte sich deutlich verbessert.

Abschlussphase

- Nach Erreichen der aktiven Ziele wurden nach 20 Wochen:
- sämtliche Clarity Precision Grip-Attachments entfernt
 - Buttons für die Klasse III-Elastics entfernt
 - passive Aligner zur Stabilisierung und Retention eingesetzt

Die aktive Frühbehandlung konnte im November 2025 abgeschlossen werden. Die Gesamtdauer der Behandlung betrug ca. sechs Monate.

Diskussion

Die Frühbehandlung einer Angle Klasse III im Wechselgebiss verfolgt primär das Ziel, funktionelle Störungen frühzeitig zu eliminieren und ungünstige Wachstumsentwicklungen zu beeinflussen und Kreuzbisse zu überstellen. Der vorliegende Fall demonstriert mehrere zentrale Aspekte:

- effektive Überstellung eines frontalen Kreuzbisses mit Alignern
- Entlastung des Kiefergelenkes
- Kombination aus Aligner-Therapie und intermaxillärer Mechanik
- digitale Fernüberwachung zur Optimierung der Effizienz

Besonders bemerkenswert ist die Behandlungsdauer von lediglich sechs Monaten bei gleichzeitig guter Stabilität des Ergebnisses. Die 2. Phase des Wechselgebisses konnte ohne Probleme erfolgen. Aligner im Wechselgebiss werden häufig kritisch diskutiert. Dieser Fall zeigt jedoch, dass bei sorgfältiger Indikationsstellung und präziser digitaler Planung eine effektive sagittale Korrektur möglich ist. Die Kombination aus Grip Attachments und Klasse III-Gummizügen ermöglichte eine kontrollierte dentoalveoläre Bewegung mit funktioneller Stabilisierung.

Schlussfolgerung

Die frühe interzeptive Behandlung einer Klasse III mit frontalem Zwangsbiss kann erfolgreich mit einem Aligner-basierten Konzept der Clarity Aligner durchgeführt werden.

- Voraussetzungen sind:
- exakte kieferorthopädische Diagnostik
 - strukturierte digitale Behandlungsplanung
 - Verlaufskontrolle (klinisch/virtuell)
 - gute Compliance

Der hier dargestellte Fall belegt, dass auch im Wechselgebiss eine effiziente, ästhetische und funktionell wirksame Therapie möglich ist – mit kurzer Behandlungsdauer und stabiler Überstellung des Kreuzbisses.



Dr. Udo Windsheimer
Orthocenter – Fachzentrum für Kieferorthopädie
info@kfo-crailsheim.de
www.kfo-crailsheim.de

ANZEIGE

Hartmetall-Finierer
Zur Entfernung von Kleberresten
nach dem Debonding

NEU

d
dentalline.de



Gemeinsam für eine moderne kieferorthopädische Frühbehandlung

mykie® steht für ein ganzheitliches Behandlungsprinzip in der myofunktionellen Kieferorthopädie. Im Mittelpunkt steht nicht nur die Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen, sondern vor allem die Behandlung ihrer Ursachen. Durch die Förderung einer gesunden Atmung, Zungenfunktion und Kieferentwicklung wird das natürliche Wachstum unterstützt und die Grundlage für langfristig stabile Behandlungsergebnisse geschaffen.

Angel Aligner™ KiD erweitert die Möglichkeiten der kieferorthopädischen Frühbehandlung durch speziell für Kinder entwickelte Features. Dazu zählen der Tongue Guide und die Tongue Crib zur Unterstützung myofunktioneller Therapieansätze, der angelHook™ zur Protraktion sowie das Mandibular Advancement Protokoll für eine gezielte Wachstumslenkung. Damit lassen sich funktionelle und skelettale Behandlungsziele bereits im Wechselgebiss effektiv begleiten.

Die Partnerschaft von mykie® und Angel Aligner™ vereint myofunktionelle Therapie mit moderner Aligner-Technologie zu einem ganzheitlichen Behandlungskonzept. Gemeinsam schaffen beide Partner eine innovative Lösung für die kieferorthopädische Frühbehandlung. Ziel ist es, Kindern eine gesunde Entwicklung und nachhaltige Behandlungsergebnisse zu ermöglichen.



Erfahren Sie mehr über www.mykie.de
oder unter www.angelaligner.com

Weitergehen, auch wenn es schwierig wird:

Der besondere Berufsweg einer Kieferorthopädin

Ein Interview mit Dr. Hiba Sino von Katja Kupfer.



Abb. 1: Seit 2019 führt Dr. Hiba Sino ihre eigene Praxis in Alzenau.

Es gibt Lebensgeschichten, die nicht mit einem Plan beginnen, sondern mit einem Einschnitt. Bei Dr. Hiba Sino war es die Flucht. Mit elf Jahren kam sie nach Deutschland – in ein Land, dessen Sprache sie nicht sprach und dessen Schulalltag ihr völlig fremd war. Heute ist sie Fachzahnärztin für Kieferorthopädie, Praxisinhaberin und wissenschaftlich ausgezeichnet. Doch selbstverständlich war daran nichts. Ihr Weg war kein gerader. Er bestand aus Zweifeln, Lernphasen, Rückschlägen und der Entscheidung, trotzdem weiterzumachen. Wir sprachen mit Dr. Hiba Sino über Förderung, fachliche Neugier, den Mut zur eigenen Praxis und darüber, warum Herkunft kein Hindernis sein muss, aber oft ein zusätzlicher Antrieb ist.

Mit elf Jahren in ein neues Land zu kommen, heißt auch, vieles neu lernen zu müssen: Sprache, Schule, Regeln. Welche Herausforderungen waren in dieser Zeit besonders prägend, gerade mit Blick auf Schule und Sprache?

In Deutschland begann für mich ein neues Kapitel meines Lebens. Es war nicht nur ein neues Land, sondern ein völlig anderes System. Plötzlich begann alles bei null. Besonders herausfordernd war die neue Sprache. Bis zu unserer Ankunft hatte ich ausschließlich Arabisch und Kurdisch gesprochen. Arabisch lernte ich in der Schule in Syrien, die ich bis zur sechsten Klasse besucht hatte. Im Vergleich zur deutschen Sprache ist es ein anderes Alphabet mit einer anderen Schreibrichtung.

In Syrien war ich die Jahrgangsbeste, und hier konnte ich mich anfangs kaum verständigen.

Dieser Wandel war für mich sehr schwer. Ich erinnere mich an Nächte, in denen ich geweint habe, weil ich das Gefühl hatte, trotz großer Anstrengung meine bisherigen Leistungen nicht zu erreichen. Hinzu kam, dass ich Englisch und später ab der neunten Klasse auch Latein lernen musste. Bis zur zehnten Klasse bedeutete das, kontinuierlich sprachlich aufzuholen. Das verlangte viel Disziplin und Durchhaltevermögen.

In Fächern wie Mathematik fand ich schneller Halt, gute Noten haben mir Mut gemacht. Gleichzeitig habe ich früh gemerkt, wie stark Bewertungen von sprachlicher Präzision abhängen. Ein Satz eines Lehrers ist mir bis heute im Gedächtnis geblieben: „Frau Sino, Sie sind erst seit zwei Jahren in Deutschland, da erwarten Sie doch nicht die Note 1.“ Obwohl ich inhaltlich alles richtig beantwortet hatte, gab es Punktabzüge wegen der Formulierung. Das war nachvollziehbar, aber emotional sehr ernüchternd. Zugleich habe ich früh Verantwortung übernommen. Da ich die Sprache schneller lernte als meine Eltern und die Älteste von vier Kindern bin, habe ich häufig bei Elternsprechtagen und schulischen Gesprächen für meine Eltern gesprochen. Ich habe erklärt, übersetzt und vermittelt, nicht nur für mich, sondern auch für meine Geschwister. Diese Rolle hat mich geprägt. Sie hat mich schneller erwachsen gemacht und mir ein starkes Pflichtbewusstsein gegeben.

Rückblickend war die Sprache meine größte Hürde und zugleich meine wichtigste Lektion. Dranzubleiben, auch wenn man müde ist, und sich nicht entmutigen zu lassen, wenn der Weg länger ist als bei anderen.

Trotz des späten Einstiegs in das deutsche Bildungssystem haben Sie Abitur und Zahnmedizinstudium in Regelstudienzeit abgeschlossen. Was hat Ihnen dabei besonders geholfen?

Rückblickend haben mir vor allem konsequente Disziplin, ausgeprägte Zielstrebigkeit und ein starkes familiäres Fundament geholfen. Ich war schon immer leistungsorientiert und im besten Sinne ungeduldig. Wenn ich mir etwas vornehme, arbeite ich systematisch und ohne Ablenkung darauf hin. Eine Schlüsselrolle spielte meine Familie, besonders meine Mutter. Sie war in Syrien Lehrerin und hat Bildung nie als Nebensache betrachtet, sondern als Tor zu Freiheit, Selbstbestimmung und Würde. Dieser Gedanke war bei uns zu Hause präsent, nicht als Druck, sondern als Haltung. Lernen ist Verantwortung, aber auch Chance. Meine Herkunft hat dieses Bewusstsein zusätzlich geschärft. Als Kurdin gehöre ich in Syrien zu einer Minderheit, der oft Rechte und Perspektiven verwehrt bleiben. Für meine Eltern war deshalb früh klar, dass ihre Kinder in einem Land aufwachsen sollen, in dem Leistung zählt und Zukunft möglich ist. Dieses Vertrauen in die Möglichkeit von Aufstieg hat mich geprägt und zugleich den Anspruch geweckt, diese Chance auch zu nutzen.

Und schließlich hat mir meine Fluchterfahrung eine innere Stabilität gegeben, die später vieles eingeordnet hat. Die Reise nach Deutschland war extrem belastend, mit monatelangen Zwischenstationen, Unsicherheit, schlechten Unterkünften und gefährlichen Etappen. Besonders die Überfahrt über das Mittelmeer war ein Einschnitt, denn unser Boot hatte einen Mo-

torschaden, und wir waren zeitweise in akuter Lebensgefahr. Wenn man solche Momente erlebt hat, verändert sich der Blick auf spätere Herausforderungen. Prüfungen sind schwer, ja, aber sie sind zu meistern.

All das hat in mir die Haltung geformt, nicht zu klagen, sondern zu handeln. Ich hatte früh ein klares Ziel vor Augen, Zahnärztin zu werden. Diese Kombination aus innerem Antrieb, familiärer Wertebasis und innerer Stärke hat mich durch Abitur und Studium getragen.

Bereits während Ihres Studiums wurden Sie in die Begabtenförderung der Hans-Böckler-Stiftung aufgenommen, eine frühe Anerkennung. Was hat diese Förderung in Ihnen verändert, fachlich oder im Blick auf sich selbst? Welche Bedeutung hatte diese Förderung für Ihren weiteren Berufsweg?

Die Aufnahme war für mich ein Wendepunkt, fachlich, persönlich und auch existenziell. Ich wurde von Lehrkräften vorgeschlagen, die meine Entwicklung über Jahre begleitet haben. In den naturwissenschaftlichen Fächern, insbesondere in Mathematik, gehörte ich zu den Jahrgangsbesten. Teilweise durfte ich Aufgaben erklären und Lösungsansätze vorstellen. Das hat mein Selbstvertrauen gestärkt.

Gleichzeitig war die Förderung weit mehr als ein Titel. Sie eröffnete mir überhaupt erst die realistische Möglichkeit, zu studieren. Mit meinem damaligen Aufenthaltstitel hatte ich keinen Anspruch auf BAföG, und unsere familiären Mittel waren begrenzt. Eine eigenständige Studienfinanzierung wäre für mich nicht möglich gewesen.

Das Stipendium war daher keine Kür, sondern Voraussetzung. Es gab mir finanzielle Sicherheit und das klare Signal, dass meine Leistungen wahrgenommen und unterstützt werden. Dafür empfinde ich bis heute große Dankbarkeit.



„Rückblickend war die Sprache meine größte Hürde und zugleich meine wichtigste Lektion. Dranzubleiben, auch wenn man müde ist, und sich nicht entmutigen zu lassen, wenn der Weg länger ist als bei anderen.“

Abb. 2a+b: Blick in die kieferorthopädische Praxis in der Hanauer Straße 90 in Alzenau.



2023 erhielten Sie den Jahresbestpreis der DGKFO für eine wissenschaftliche Arbeit aus der Praxis. Worum ging es in der ausgezeichneten Publikation, und welchen Praxisnutzen ziehen Sie daraus bis heute? Wann merken Sie im Praxisalltag, dass Forschung mehr ist als Theorie?

Die Arbeit untersuchte, ob standardisierte Multibrackettherapien unabhängig von der Ausgangslage der Schneidezähne automatisch zu normgerechten Ergebnissen führen. Das Ergebnis war eindeutig: Die Ausgangsneigung der Frontzähne beeinflusst das Behandlungsergebnis stärker, als man im Alltag oft annimmt.

Für meine praktische Arbeit bedeutet das weniger Standarddenken und mehr individuelle Planung. Therapieziele werden differenzierter definiert, die Mechanik konsequent an der Ausgangssituation ausgerichtet. Dass Forschung mehr ist als Theorie, merke ich dann, wenn ein Fall trotz Standardvorgehen nicht wie erwartet verläuft. Dann liefert sie die Grundlage, um gezielt nachzusteuern.

Am letzten Abend vor der Eröffnung zog ein heftiges Unwetter über Alzenau. Regenwasser lief durch Balkontüren und Fenster in die frisch renovierten Räume. In diesem Augenblick hatte ich kurz das Gefühl, mir bricht alles weg. Ich habe geweint, mich dann gefasst und gemeinsam mit Familie und Freunden bis tief in die Nacht gearbeitet. Am nächsten Morgen haben wir wie geplant eröffnet.

Rückblickend war das mein „Kein-Zurück-mehr“-Moment: Selbstständigkeit heißt, dass Unvorhergesehenes passiert und dass man trotzdem Verantwortung übernimmt und handlungsfähig bleibt. Gleichzeitig hat mich diese Nacht in meiner Entscheidung bestärkt: Die Praxis war kein spontaner Schritt, sondern das Ergebnis eines bewussten Weges. Ich wollte eine eigene, moderne Praxis aufbauen und habe diesen Traum Schritt für Schritt verwirklicht.

Viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte empfinden den Schritt in die Selbstständigkeit als Hürde. Was davon ist real und

Teilweise entsteht die Angst aus dem Gefühl, allein davorzustehen. Gerade wenn man, wie ich, keinen familiären „Praxisfahrplan“ mitbekommt, ist die Selbstständigkeit ein Sprung ins Unbekannte. Ich musste mir vieles selbst erschließen: rechtliche Rahmenbedingungen, betriebswirtschaftliche Fragen, Personalthemen, Abrechnung, Prozesse. Meine Familie hat mich dabei unterstützt, keine Frage. Aber die endgültigen Entscheidungen und die Verantwortung lagen bei mir. Fachlich hatte ich eine solide Basis. Die größten Herausforderungen lagen jedoch im Organisatorischen. Viele Rollen gleichzeitig zu übernehmen, oft in Bereichen außerhalb der Zahnmedizin, auf die das Studium kaum vorbereitet.

Besonders deutlich wurde das beim Umzug der Praxis in eine neue Immobilie im Jahr 2023: Das Gebäude war ein Rohbau, und ich war plötzlich Behandlerin, Bauherrin, Projektleiterin und Koordinatorin. Grundrissplanung, Materialauswahl, Terminpläne, Abstimmungen mit mehreren Gewerken und das parallel zum laufenden Praxisbetrieb. Diese Mehrfachbelastung war anspruchsvoll, weil sie ständige Priorisierung und sehr klare Kommunikation erfordert.

Ihr Schwerpunkt liegt auf Kindern, Angstpatienten und Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Was bedeutet diese Ausrichtung konkret für Ihren Praxisalltag und was lernt man in diesen Behandlungen über Geduld und über sich selbst?

Diese Ausrichtung verlangt eine besonders achtsame und individuelle Behandlung. Wir nehmen uns Zeit, erklären jeden Schritt verständlich und schaffen eine Atmosphäre, in der sich Patientinnen und Patienten sicher fühlen. Dazu gehören auch angepasste Abläufe und ein ruhiger Rahmen, immer mit dem Ziel, Überforderung zu vermeiden und Vertrauen aufzubauen. Gerade in diesen Behandlungen lernt man viel über Geduld und über sich selbst. Fortschritt entsteht häufig in kleinen

Sie haben sich mit 30 Jahren für die eigene Praxis entschieden. Gab es einen Moment, in dem Sie dachten: Jetzt gibt es kein Zurück mehr?

Ja, diesen Moment gab es. Ich habe die Praxis zum 1. Juli 2019 übernommen. Direkt danach standen Sommerferien und Renovierung an. Unter Zeitdruck haben wir alles vorbereitet, neuer Boden, Malerarbeiten, vieles in Eigenleistung, weil die Wiedereröffnung unmittelbar bevorstand.

was vor allem Angst? Was waren rückblickend die größten fachlichen und organisatorischen Hürden in dieser Phase?

Viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte erleben den Schritt in die Selbstständigkeit als große Hürde und ein Teil dieser Sorge ist vollkommen berechtigt. Real sind vor allem die finanzielle Verpflichtung und die Verantwortung für das Personal und die Patienten. Das ist eine Entscheidung mit Tragweite, die man nicht leichtfertig treffen sollte.

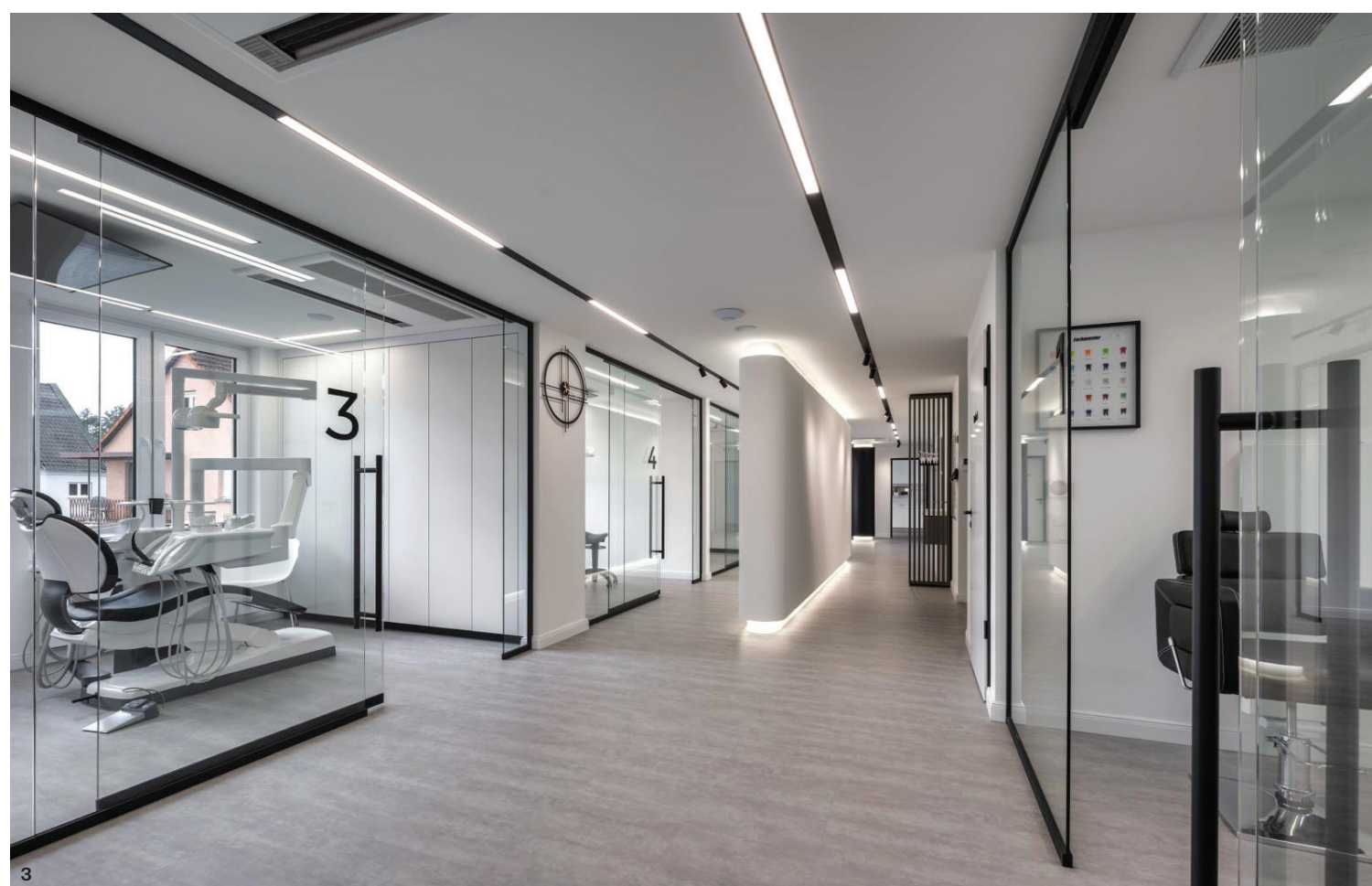


Abb. 3: Die klare Architektur, das durchdachte Lichtkonzept und die reduzierte Materialwahl spiegeln den fachlichen Anspruch der Praxis wider: strukturiert, funktional und bis ins Detail geplant.

„Selbstständigkeit heißt, dass Unvorhergesehenes passiert und dass man trotzdem Verantwortung übernimmt und handlungsfähig bleibt.“



4

Schritten, und das Tempo gibt nicht der Terminplan vor, sondern der Mensch. Für mich ist das eine tägliche Erinnerung daran, präzise zu arbeiten und gleichzeitig aufmerksam zu bleiben, mit dem Blick dafür, dass Kieferorthopädie nicht nur Ästhetik bedeutet, sondern vor allem Funktion, Gesundheit und Lebensqualität.

Neben Ihrer fachlichen und unternehmerischen Tätigkeit engagieren Sie sich humanitär. Wie lässt sich dieses Engagement mit dem Berufsalltag vereinbaren? Ist dieses Engagement für Sie Ausgleich oder Verpflichtung?

Für mich ist es in erster Linie Verantwortung. Ein Teil meiner Familie lebt noch in der kurdischen Heimat. Wenn man sieht, wie fragil Sicherheit und Versorgung sein können, bleibt man nicht unberührt. Vereinbaren lässt sich das mit dem Berufsalltag vor allem über klare Strukturen und realistische Grenzen. Ich engagiere mich so, dass es neben der Praxis dauerhaft machbar bleibt: häufig, indem ich in meinem Umfeld finanzielle Unterstützung organisiere und gezielt weiterleite, damit vor Ort Grundbedürfnisse wie Lebensmittel abgesichert werden können. Gleichzeitig endet Verantwortung für mich nicht an Landesgrenzen. Deshalb unterstütze ich auch Vereine hier in der Region, weil gesellschaftlicher Zusammenhalt dort beginnt, wo man lebt und arbeitet. Ob Ausgleich oder Verpflichtung? Für mich ist es eher eine Haltung. Es gibt mir Sinn und Erdung und es ist die logische Konsequenz aus dem, was ich erlebt habe. Wenn man die Möglichkeit hat, zu helfen, sollte man sie nutzen, menschlich wie beruflich.

Wenn Sie heute auf junge Kolleginnen und Kollegen blicken, die am Anfang stehen. Was wird ihnen aus Ihrer Sicht zu selten ehrlich gesagt?

Der schwierigste Teil der Selbstständigkeit ist oft nicht die Zahnmedizin, sondern alles, was daneben dauerhaft mitläuft. Selbstständigkeit bedeutet Gestaltungsspielraum, ja, aber sie ist

vor allem eine Entscheidungs- und Verantwortungskultur für Zahlen, Abläufe, Qualität und ganz besonders für Menschen. Gerade das Thema Team wird häufig unterschätzt. Mitarbeitende zu finden, einzuarbeiten, zu halten, Konflikte fair zu lösen, Ausfälle aufzufangen und gleichzeitig eine gute Atmosphäre zu sichern – darauf bereitet einen das Studium kaum vor. Man behandelt nicht „nur“ Patientinnen und Patienten, man führt eine Praxis und damit vor allem ein Team. Und genau an diesem Punkt wird es in der Realität oft anspruchsvoll, organisatorisch und menschlich, nicht fachlich. Wer sich jedoch früh Strukturen aufbaut, sich Unterstützung holt und bereit ist, in Führung und Kommunikation zu wachsen, kann das sehr gut meistern. Entscheidend ist, ehrlich zu prüfen, ob man nicht nur die Behandlung, sondern auch die Arbeitgeberrolle übernehmen möchte. Denn am Ende läuft vieles bei einem selbst zusammen.

Noch eine Frage zum Schluss. Viele Menschen mit Umwegen im Lebenslauf erzählen später von Stärke. Gab es auf Ihrem Weg auch Momente, in denen Sie das Gefühl hatten, einfach nur noch zu funktionieren, und wie haben Sie da wieder zu sich selbst zurückgefunden?

Ja, solche Momente gibt es. Phasen, in denen man unter hoher Belastung schlicht nur noch funktioniert. Personalmangel, organisatorische Baustellen, finanzielle Entscheidungen. Verantwortung hat dann keine Öffnungszeiten; sie läuft im Kopf weiter, manchmal bis in schlaflose Nächte hinein.

Ein besonders prägender Moment war kurz vor der Eröffnung meiner neuen Praxisräume. Die Feier war geplant, Einladungen waren verschickt, Kolleginnen und Kollegen, sogar der Bürgermeister der Stadt Alzenau hatten zugesagt. Und einen Tag davor bin ich mit starken Schwindelanfällen im Krankenhaus gelandet, vermutlich stressbedingt. Ich erinnere mich an diesen einen Gedanken, der sich ständig wiederholte: Morgen ist die Eröffnung, das kann ich nicht

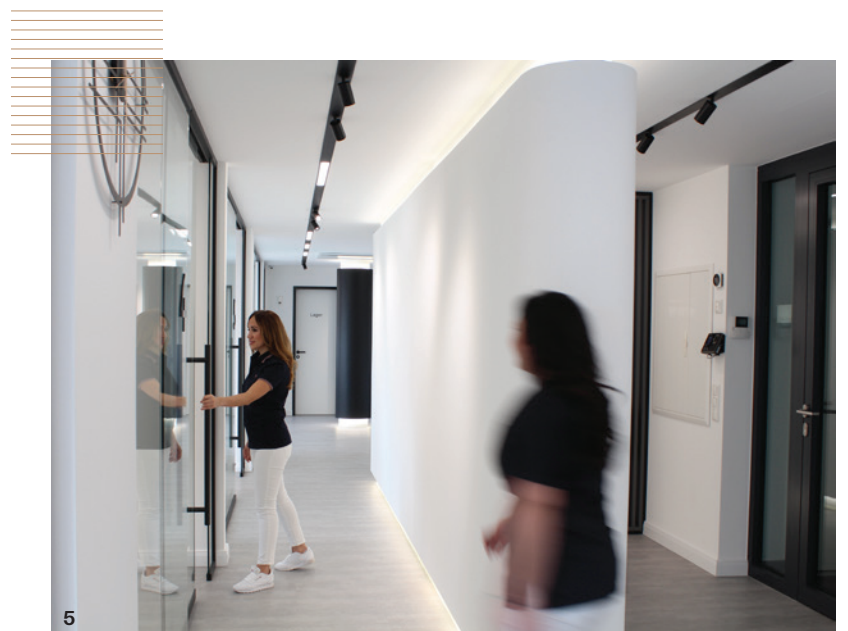
einfach absagen. In solchen Augenblicken wird sehr deutlich, wie schnell man über die eigenen Grenzen geht.

Wieder zu mir selbst finde ich, indem ich bewusst Gegenräume schaffe. Vor allem im Urlaub, ich reise gezielt weg, gewinne Abstand, schalte wirklich ab und sortiere meine Gedanken. Dieses Reset ist für mich kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit, damit ich langfristig gesund und leistungsfähig bleibe und mit Klarheit und neuer Energie zurückkehre.

Vielen Dank, Frau Dr. Sino, für das offene Gespräch und die persönlichen Einblicke in Ihren beruflichen und menschlichen Weg.

Abb. 4: Blick in den Wartebereich.
Abb. 5: Moderne trifft auf Präzision.

Alle Bilder: © Dr. Hiba Sino



5

Das Beitragssatz-stabilisierungsgesetz

Prof. Dr. Bernd Koos,

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie e.V. (DGKFO):



← Seite 2

3. Radiologische Diagnostik

Das Gesetz verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss außerdem, bis Ende 2027 evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationslisten für Fernröntgen- und Panoramaaufnahmen in der Kieferorthopädie zu beschließen. Es wurde im Gesetzgebungsverfahren dabei völlig ignoriert, dass gerade in diesem Bereich eine hohe Evidenz aufgrund der aktuellen S2k-Leitlinie der AWMF „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“ bereits existiert, die einen klaren interdisziplinär abgestimmten fachlichen Referenzrahmen definiert. Es besteht also kein diagnostischer Regelungs- oder Erkenntnisraum, der durch pauschale gesetzliche Positiv- und Negativlisten geschlossen werden müsste. Leider fand die oben genannte AWMF-Leitlinie im ersten Bericht der Finanzkommission keine Berücksichtigung.

Die DGKFO unterstützt selbstverständlich das Ziel, ionisierende Strahlung nur bei rechtfertigender Indikation und mit möglichst geringer Exposition einzusetzen. Jede radiologische Untersuchung muss einen konkreten diagnostischen oder therapeutischen Erkenntnisgewinn erwarten lassen.

Starre Positiv- oder Negativlisten können die individuelle Indikationsentscheidung nicht ersetzen und müssen einen Handlungskorridor offenlassen. Ob eine Aufnahme erforderlich ist, hängt unter anderem von der Art der Fehlstellung, der Wachstumssituation, möglichen Zahnverlagerungen oder Nichtanlagen, skelettalen Asymmetrien, parodontalen Risiken, Vorfunden und der geplanten Therapie ab. Eine evidenzbasierte Liste sollte deshalb als strukturierte Entscheidungshilfe ausgestaltet werden, nicht als schematisches und dogmatisches Verbot diagnostisch notwendiger Untersuchungen.

Entscheidende Herausforderungen und Handlungsbedarf

Die größte fachliche Herausforderung sieht die DGKFO in der vorgesehenen Umstellung der Vergütung auf pauschalierte Leistungskomplexe.

Bis zum 30. Juni 2028 sollen die bisherigen Einzelleistungen vier Komplexen zugeordnet werden: Behandlungen vor Beginn der zweiten Zahnwechselphase, sonstige Behandlungen Minderjähriger, Behandlungen Erwachsener und Leistungen zur Feststellung des Behandlungsbedarfs. Sämtliche einem Komplex zugeordneten Leistungen sollen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer mit einer Gesamtpunktzahl bewertet werden. Gleichzeitig wurde auf eine ursprünglich erwogene Unterteilung nach bis zu drei Schweregraden ausdrücklich verzichtet.

Gerade diese fehlende Differenzierung ist problematisch. Kieferorthopädische Behandlungen unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades, der notwendigen Behandlungsdauer, des diagnostischen und therapeutischen Aufwandes, der erforderlichen Kontrollen und des Komplikationsrisikos. Eine einfache dentoalveoläre Korrektur ist weder medizinisch noch wirtschaftlich mit einer ausgeprägten skelettalen Dysgnathie, einer Durchbruchsstörung, multiplen Nichtanlagen, einer kraniofazialen Anomalie oder einer interdisziplinär zu behandelnden Fehlbildung vergleichbar.

Erhalten sehr unterschiedliche Behandlungsfälle dieselbe Pauschale, können problematische Fehlanreize entstehen. Wirtschaftlich leichter kalkulierbare Fälle könnten bevorzugt, besonders komplexe Patientinnen und Patienten dagegen gemieden oder nur unzureichend abgebildet werden. Auch längere, durch Wachstum, verzögerten Zahnwechsel, Erkrankungen oder notwendige Therapieanpassungen bedingte Verläufe könnten zum finanziellen Risiko der behandelnden Praxis werden.

„Wissenschaftliche Evaluation ja – verpflichtende individuelle Erfolgskontrolle nein!“

Prof. Dr. Bernd Koos (DGKFO)

Die Vergütungssystematik muss deshalb den tatsächlichen Versorgungsaufwand angemessen berücksichtigen. Aus Sicht der DGKFO sind zumindest definierte Zuschläge für besonders komplexe Behandlungen erforderlich. Dazu gehören beispielsweise kraniofaziale Anomalien, ausgeprägte skelettale Fehlstellungen, Durchbruchsstörungen, multiple Nichtanlagen, interdisziplinäre Behandlungen, unerwartete Wachstumsverläufe, Behandlungsübernahmen und medizinisch begründete Verlängerungen.

Ebenso wichtig ist eine belastbare Qualitätssicherung. Ergebnisqualität darf nicht allein anhand eines formal erreichten Behandlungsabschlusses bewertet werden. Zu berücksichtigen sind unter anderem die medizinische Indikationsqualität, funktionelle und morphologische Behandlungsergebnisse, unerwünschte Wirkungen, parodontale und dentale Gesundheit, Behandlungsabbrüche, Stabilität und Retention sowie patientenberichtete Ergebnisse. Wissenschaftliche Evaluation ja – verpflichtende individuelle Erfolgskontrolle nein!

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie begrüßt ausdrücklich eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation der neuen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen. Eine solche Evaluation kann wichtige Erkenntnisse darüber liefern, ob die Leistungskomplexe die Versorgungsrealität angemessen abbilden, ob komplexe Behandlungsfälle weiterhin bedarfsgerecht versorgt werden und welche Auswir-

kungen auf Behandlungsdauer, Qualität, Zugang, regionale Versorgung und administrative Belastung entstehen.

Kritisch zu unterscheiden ist hiervon jedoch eine verpflichtende Kontrolle des individuellen Behandlungsergebnisses. Das Gesetz verlangt einerseits vier Jahre nach Einführung der Leistungskomplexe einen gemeinsamen Bericht von KZBV und GKV-Spitzenverband über die Auswirkungen der Reform. Andererseits sollen im Bundesmantelvertrag Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität geregelt werden. Insbesondere der zweite Regelungsauftrag ist bislang inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Es bleibt offen, welche Behandlungsergebnisse erhoben werden sollen, zu welchem Zeitpunkt sie zu bewerten sind, welche Referenzwerte gelten, wie biologische und patientenbezogene Einflussfaktoren berücksichtigt werden und welche vergütungs- oder prüfrechtlichen Folgen sich daraus ergeben könnten.

Eine wissenschaftliche Evaluation muss auf repräsentativen Daten, definierten Studienprotokollen, geeigneten Vergleichsgruppen, langfristigen Beobachtungszeiträumen und einer

sachgerechten Risikoadjustierung beruhen. Sie darf nicht durch eine flächendeckende bürokratische Einzelfallprüfung ersetzt werden. Gerade kieferorthopädische Behandlungsergebnisse werden neben der fachgerechten Diagnostik und Therapie wesentlich durch Wachstum, individuelle biologische Reaktionen, Mundhygiene, Mitarbeit, Trageverhalten, Terminwahrnehmung und familiäre Unterstützung beeinflusst. Ein morphologisches Endergebnis kann deshalb nicht ohne Weiteres als isolierter Qualitätsindikator des Behandlers interpretiert werden.

Hinzu kommt eine grundlegende behandlungsrechtliche Problematik. Der zahnärztliche Behandlungsvertrag verpflichtet nach § 630a BGB zur fachgerechten Behandlung entsprechend dem anerkannten fachlichen Standard. Geschuldet wird grundsätzlich kein bestimmter medizinischer Erfolg. Eine individuelle Ergebniskontrolle ändert diese Rechtsnatur nicht automatisch. Würde jedoch die vollständige Vergütung oder die vertragszahnärztliche Anerkennung einer Behandlung von einem vorab definierten Behandlungsergebnis abhängig gemacht, entstünde eine systemwidrige Annäherung an eine werkvertragliche Erfolgsverantwortung. Dem Behandler würden damit auch solche Ergebnisabweichungen zugerechnet, die durch Wachstum, biologische Variabilität oder mangelnde Mitwirkung verursacht werden und trotz fachgerechter Behandlung nicht sicher beherrschbar sind.

Eine solche erfolgsbezogene Vergütungs- oder Sanktionslogik könnte zudem unerwünschte Versorgungswirkungen haben. Besonders komplexe Fälle, Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit oder ungünstigen biologischen Voraussetzungen könnten als wirtschaftliches und prüfrechtliches Risiko angesehen werden. Dies würde gerade jene Patienten benachteiligen, die eine besonders intensive und individualisierte Versorgung benötigen.

Die DGKFO fordert daher eine klare gesetzliche beziehungsweise bundesmantelvertragliche Abgrenzung:

Die Evaluation muss auf die Qualität und die Auswirkungen des Versorgungssystems gerichtet sein. Sie darf nicht zu einer pauschalen individuellen Erfolgshaftung des Behandlers führen. Behandlungsergebnisse dürfen nur auf wissenschaftlicher Grundlage, risikoadjustiert und unter Berücksichtigung von Ausgangsbefund, Behandlungsziel, Wachstum, biologischen Faktoren und Patientenmitwirkung bewertet werden. Ein bestimmtes individuelles Behandlungsergebnis darf weder zur Voraussetzung des Vergütungsanspruchs gemacht noch isoliert als Grundlage für Sanktionen verwendet werden.

Sinnvoll wäre es zudem, die Evaluation nicht allein als gemeinsamen Bericht der beiden Vertragspartner auszugestalten, sondern durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution unter Einbeziehung der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Versorgungsforschung und der Patientenvertretung durchführen zu lassen. Nur so können die Auswirkungen der Reform methodisch belastbar, transparent und ohne einseitige fiskalische oder vergütungspolitische Interessen bewertet werden.

Zusammenfassende Bewertung

Die DGKFO unterstützt eine evidenzbasierte Modernisierung der kieferorthopädischen Versorgung. Wir begrüßen das Ziel hoher Qualifikation, einer wissenschaftlich begründeten Diagnostik und einer stärkeren Orientierung an der Ergebnisqualität.

Wir warnen jedoch davor, medizinische Qualität primär über Leistungsausschlüsse und undifferenzierte Pauschalen steuern zu wollen. Eine Reform ist nur dann erfolgreich, wenn sie

- den tatsächlichen epidemiologischen Behandlungsbedarf berücksichtigt,
- eine flächendeckende und sozial gerechte Versorgung erhält,
- komplexe Behandlungsfälle angemessen abbildet,
- wissenschaftliche Expertise verbindlich einbezieht und
- ihre Auswirkungen frühzeitig, unabhängig und anhand patientenrelevanter Kriterien überprüft.

Das zentrale Ziel muss auch künftig sein, jedem behandlungsbedürftigen Kind und Jugendlichen unabhängig vom Wohnort und von den finanziellen Möglichkeiten der Familie den Zugang zu einer fachlich qualifizierten, individuellen und wissenschaftlich fundierten kieferorthopädischen Behandlung zu ermöglichen.

Eine evidenzbasierte Modernisierung der Kieferorthopädie ist richtig. Sie darf jedoch nicht zu einer verdeckten Rationierung aus Gründen der Kostenproblematik im Gesundheitssystem führen. Besonders die pauschale Vergütung unabhängig von Schweregrad und Behandlungsdauer birgt die Gefahr, dass komplexe Fälle benachteiligt werden. Qualität, Erreichbarkeit und der medizinische Bedarf der Kinder müssen Vorrang vor kurzfristigen Einsparzielen haben.

Dr. Hans-Jürgen Köning,

1. Bundesvorsitzender des Berufsverbands der Deutschen Kieferorthopäden (BDK):



Aus Sicht des BDK ist das Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein tiefgreifender Eingriff in die Strukturen der kieferorthopädischen Versorgung. Wir bewerten insbesondere die Einführung von Leistungskomplexen sehr kritisch, weil sie der klinischen Realität

„Wir bewerten insbesondere die Einführung von Leistungskomplexen sehr kritisch, weil sie der klinischen Realität unseres Fachs nicht gerecht wird.“

Dr. Hans-Jürgen Köning (BDK)

unseres Fachs nicht gerecht wird. Kieferorthopädie lebt von patientenorientierter Diagnostik, anomaliebezogener Therapieplanung und qualitätsgesicherter Behandlung. Wer hier mit Vereinfachung und Pauschalierung arbeitet, riskiert Fehlsteuerungen zulasten der Patientenversorgung.

Die KZBV und der GKV-SV stehen in den nächsten 18 Monaten vor einer Mammutaufgabe. Positiv bewerten wir, dass die KZBV für die neu gegründete Arbeitsgruppe ausdrücklich kieferorthopädische Expertise eingebunden hat. Die anstehenden Beratungen lassen damit weiterhin Gestaltungsspielräume, die nun dringend genutzt werden müssen, um fachliche Qualität, Versorgungssicherheit und eine leitliniengerechte kieferorthopädische Behandlung in der vertragszahnärztlichen Versorgung wirksam zu sichern.

Dr. Volker Breidenbach,

2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Linguale Orthodontie (DGLO):



„Hier droht die Gefahr einer Zweiklassenmedizin.“

Dr. Volker Breidenbach (DGLO)

Die DGLO bewertet die im Rahmen des GKV-Stabilisierungsgesetzes vorgesehenen Änderungen grundsätzlich positiv, sofern sie zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität in der Kieferorthopädie beitragen.

Für die Versorgung insgesamt erwartet die Fachgesellschaft allerdings tiefgreifende Veränderungen, die zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität führen können, insbesondere, weil durch die Kom-

plexleistungen keine differenzierten Bewertungen der jeweiligen heterogenen Fallschweren möglich sind. Hier droht die Gefahr einer Zweiklassenmedizin. Begrüßt wird das politische Signal, den Qualitätsanspruch in der kieferorthopädischen Behandlung stärker zu betonen. Dabei muss aber ab sofort zwingend die wissenschaftliche Expertise der fachlich zugeordneten Fachgesellschaften miteinbezogen werden, und entsprechende wissenschaftliche Evidenz, wie in den Leitlinien und der DMS 6 dargestellt, muss Berücksichtigung finden. Dazu zählt aus Sicht der DGLO insbesondere die Hervorhebung der besonderen Qualifikation fachzahnärztlich ausgebildeter Kieferorthopäden. Besonders die Lingualtechnik steht für eine qualitativ hochwertige Behandlung, die ein hohes Maß an Spezialisierung und Ausbildung erfordert. Im Übrigen verweisen wir auf das Statement der DGKFO, dem wir uns vollumfänglich anschließen.

Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski,

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO) und der EurAsian Association of Orthodontists (EAO):



Die deutschen Krankenkassen übernehmen keine Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, die mit Aligner-Schienen durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund beobachtet die Deutsche Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO) die Entwicklung, muss diese geplanten Änderungen aber nicht bewerten oder kommentieren.

„Dort, wo die Kieferorthopädie frei von politischer Einflussnahme ist, sehen wir beeindruckende Entwicklungen auf einem höheren Level, das die Potenziale mehr ausschöpfen kann, als es in Deutschland im Durchschnitt der Fall ist.“

Prof. Dr. Dr. Ralf J. Radlanski (DGAO, EAO)

Als Präsident der EurAsian Association of Orthodontists (EAO) beobachte ich, dass sich die kieferorthopädischen Behandlungen in den Ländern, die in unserer Gesellschaft vertreten sind, sehr unterschiedlich darstellen: Dort, wo die Kieferorthopädie frei von politischer Einflussnahme ist, sehen wir beeindruckende Entwicklungen auf einem höheren Level, das die Potenziale mehr ausschöpfen kann, als es in Deutschland im Durchschnitt der Fall ist. Ob davon immer alle Patienten wirklich profitieren können, ist ein anderer Aspekt, der im deutschen Gesundheitssystem auch nicht gelöst worden ist.

Unabhängig davon wünsche und hoffe ich, dass trotz möglicher Leistungskürzungen oder Facharztvorbehalte alle medizinisch notwendigen Behandlungen durchgeführt werden können. Die Bedeutung kieferorthopädischer Behandlungen für eine allgemeine Gesundheit ist vielfach nachgewiesen worden. Aus meiner Sicht kritisch ist vor allem der Punkt der Qualität der kieferorthopädischen Behandlung. Kieferorthopädie ist komplex, weil hier in Entwicklungs- und Wachstumsvorgänge eingegriffen werden muss, die Jahre dauern. Fehler in der Diagnostik und in der Behandlung lassen sich nur schwer oder kaum korrigieren. Für deren Vermeidung braucht es eine gründliche, lange Ausbildung und viel Erfahrung. Beides hat seinen Preis.

Aligner-Behandlung:

Die Abrechnung im Fokus behalten

Ein Beitrag von Dipl.-Kffr. Ursula Duncker,
Jana Christlbauer und Nadine Gippner.

„Die Rentabilität einer Aligner-Behandlung lässt sich durch die Inhouse-Fertigung für kleine und mittlere Fälle im eigenen Praxislabor signifikant steigern.“



Die Therapie mit Aligner-Schienen ist etabliert, doch in der Abrechnung steckt oft mehr Dynamik als gedacht. Fremd- oder Eigenlabor, Workflow, GOZ-Positionen, Erstattungsfragen. Wer hier nicht genau hinsieht, verschenkt schnell Honorar.

Der Markt der Aligner-Anbieter ist groß und wächst weiterhin, auch die Digitalisierung schreitet in diesem Bereich rasant voran. Die Therapiemöglichkeiten bei der Aligner-Behandlung werden stetig erweitert. Es gibt nach wie vor Aligner-Schienensysteme, die im Fremdlabor hergestellt werden, aber auch Aligner-Schienen, die im Eigenlabor gefertigt werden. Zudem gibt es Aligner-Behandlungen, bei denen nicht nur das „Endprodukt Aligner-Schiene“, sondern auch „der gesamte Workflow“ digital im Eigenlabor durchgeführt wird. Diese Entwicklung zeigt, wohin die Reise geht – es bleibt auf jeden Fall spannend!

Durch die unterschiedlichen Systeme und Vorgehensweisen ergeben sich beim Behandler häufig zahlreiche Fragen bezüglich der Abrechnung: Ist die Wahl dieser Therapieform eine Kassen- oder Privatleistung? Mit welchen Gebührenpositionen erfolgt die Abrechnung und wie sieht die korrekte Abrechnung der Laborleistungen aus? Wird die Aligner-Behandlung von den Erstattungsstellen erstattet? Diesen Fragen unserer Kunden haben wir uns gestellt. Die umfassende Fachbroschüre *ALIGNER Abrechnung* liefert Antworten und dient als wertvoller Leitfaden. „Schritt für Schritt“ wird darin die angemessene und vollständige Aligner-Abrechnung erläutert. Viele interessierte Kunden entscheiden sich sogar für das zweistündige Webinar, worin live über die Aligner-Abrechnung gesprochen wird und die Fachbroschüre inklusive ist. Nachfolgend werden einige Themenpunkte aufgegriffen, um den Blick zu erweitern:

Medizinische Notwendigkeit längst geklärt

Selbstverständlich handelt es sich bei der Behandlung mit Aligner-Schienen um ein medizinisch anerkanntes Verfahren. Das wurde bereits 2010 mit einer Stellungnahme der DGKFO geklärt. Seitdem hat sich die Behandlung mit Alignern etabliert. Trotzdem fordern zahlreiche Erstattungsstellen (wie private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen) nach wie vor einen Nachweis darüber, dass eine Aligner-Behandlung nicht teurer ist als eine Multibandbehandlung. Der Nachweis kann leicht erbracht werden.

Diverse Aligner-Anbieter auf dem Markt

Seit vielen Jahren bieten diverse Aligner-Anbieter ihre Aligner-Schienen im Fremdlabor an. Diese unterscheiden sich im Tragekonzept (die meisten Anbieter liefern eine Schiene pro Kiefer, die ca. eine bis zwei Wochen getragen wird), in der Preisstruktur und im Service. Dabei werden die Schienen für „verschiedene Behandlungsoptionen“ oder als „Pakete“ angeboten. Für die im Fremdlabor gefertigten Schienen werden häufig Rabattstaffelungen gewährt, die sich an der eingereichten Fallanzahl pro Jahr orientieren. Wichtig ist hier für die Praxis, dass die durch das Fremdlabor ausgestellte Rechnung „1:1“ an den Patienten weitergegeben wird.

Sorgfältige Planung und Erläuterung sind das A und O

Nach der Erstberatung sollte ein Termin zur Anfangsdiagnostik vereinbart werden – womöglich ist diese Maßnahme sogar für dieselbe Sitzung geplant. Wichtig ist hierbei, dass die Diagnostik und Planerstellung (vor der Leistungserbringung) in einem Kostenvoranschlag schriftlich vereinbart wird, damit Patienten wissen, worauf sie sich einlassen. Nach der Durchführung und Auswertung der diagnostischen Maßnahmen erfolgt dann die Behandlungsplanung. Der Aligner-Behandlungsplan sollte dann mit dem Patienten und (bei minderjährigen Patienten) mit den Eltern vorab in Ruhe besprochen werden.

Den Patienten sollte dabei empfohlen werden, den Privatplan bei der Erstattungsstelle einzureichen und deren Feedback abzuwarten. Dadurch ist eine Kostenklärung vor dem Behandlungsbeginn möglich, die die Transparenz erhöht. Die Aligner-Behandlung sollte erst dann begonnen werden, wenn der Patient den Behandlungsplan unterschrieben hat.

Die Tücke liegt oft im Detail

Die Kenntnis über sämtliche Abrechnungspositionen ist zwingend erforderlich, damit die Aligner-Behandlung rentabel bleibt und die Behandler ihren wohlverdienten Umsatz vollständig berechnen.

Es gibt einige Abrechnungspositionen, von denen diverse Erstattungsstellen behaupten, sie seien nicht berechnungsfähig, obwohl sie einfach nur nicht erstattungsfähig oder nicht beihilfefähig sind. Daher ist die Kenntnis dieser wichtigen Begriffe mit ihren drei unterschiedlichen Rechtsgrundlagen das Basiswissen einer jeden Abrechnungskraft. Zum Beispiel sind viele Erstattungsstellen und sogar Praxen der Meinung, die Attachments seien nicht berechnungsfähig. Dem ist aber nicht so, denn sie sind definitiv nach GOZ 6100 analog berechnungsfähig. Hier wird oft wohlverdienter Umsatz verschenkt, wenn man dies einfach so hinnimmt! Diesen Ablehnungen kann mit einschlägigen Berechnungsbeweisen begegnet werden.

Wirtschaftlichkeit der Aligner-Behandlung

Es sollte bei der Anfertigung der Aligner-Schienen Wert auf ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen der Beauftragung eines Fremdlabors und der Herstellung im Eigenlabor gelegt werden. Die Rentabilität kann erhöht werden, in dem sich die Praxisinhaber dafür entscheiden, die Aligner-Schienen für kleine (und ggf. mittlere) Fälle im Eigenlabor zu fertigen. Das ergibt Sinn.

Eine vollständige Honorar- und Laborabrechnung sollte bei der Aligner-Behandlung stets im Fokus stehen. Wir bieten zu diesem Thema diverse Hilfestellungen in Form einer umfangreichen Fachbroschüre und einem zweistündigen Webinar an. Auch eine individuelle Beratung, in der zu dem individuellen Behandlungskonzept der Praxis gemeinsam die Abrechnung erarbeitet wird, kann vereinbart werden. Im Vordergrund steht dabei immer eine transparente, faire und wirtschaftliche Abrechnung. Mit den genannten Werkzeugen ist die Umsetzung ein Kinderspiel.

Dipl.-Kffr. Ursula Duncker



Dipl.-Kffr. Ursula Duncker
KFO-Management Berlin
info@kfo-abrechnung.de
www.kfo-abrechnung.de

Der ASR Gold Standard

Intensiv Ortho-Strips® System

NEU



“Best Practice” der approximalen Schmelzreduktion (ASR)

1. Öffnen



Intensiv Ortho-Strips System,
ultra-fine, Orange 8 µm

2. Reduzieren + Kontrolle

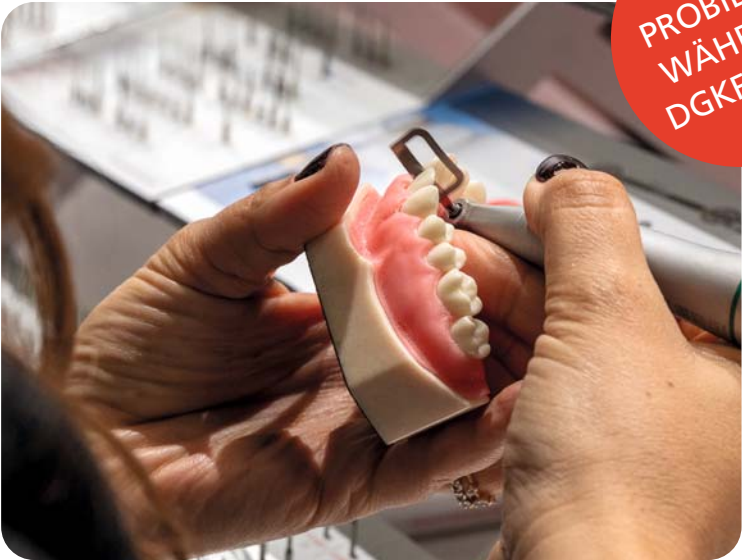


Intensiv Ortho-Strips System,
medium-coarse, Gold 50 µm Intensiv IPR-DistanceControl
manuelles Metallinstrument

3. Polieren



Intensiv Ortho-Strips System,
extra-fine, Gelb 15µm



PROBIEREN
WÄHREND
DGKFO 2026



Jahrestagung 2026 in Baden-Baden
30. September – 3. Oktober 2026
Intensiv Messestand UG-09

Intensiv OST400Set05/6
Intensiv Ortho-Strips®
System Pat. EP 15201863.6



Intensiv Swingler ® Pat. EP 2754406B1



20%
RABATT



Intensiv IPR-DC





Erfahrungswissen durch Teilen bewahren

Ein Beitrag von Sabine Prohaska, Inhaberin des Beratungsunternehmens seminar consult prohaska.

Das in einer Organisation vorhandene Wissen muss geteilt werden, damit es die gewünschte Wirkung entfaltet. Dies gilt insbesondere für das Erfahrungswissen, das in den Köpfen der Mitarbeitenden gespeichert ist und sich einer Dokumentation in Datenbanken entzieht. „Wie können wir das in unserer Organisation vorhandene Wissen erhalten und dafür sorgen, dass es nutzbar bleibt?“ Diese Frage beschäftigt aktuell viele Unternehmen, denn in ihnen werden die Organisations- und Projektstrukturen fluider, verändern sich die Teams rascher und wechseln die Mitarbeitenden häufiger ihre Rollen. Zudem scheiden aufgrund des demografischen Wandels vermehrt Know-how-Träger aus ihnen aus. Deshalb gewinnt außer dem Thema Wissensspeicherung auch das der Wissensweitergabe und -zirkulation an Bedeutung.

Technik allein ist nicht die Lösung

Viele Unternehmen reagieren auf diese Entwicklung mit Investitionen in technologische Lösungen wie Lernplattformen, E-Learning-Angebote und Wissensdatenbanken. Dahinter steckt die Annahme: Wenn das vorhandene Wissen systematisch erfasst und gespeichert wird, bleibt es der Organisation erhalten. Diese Perspektive greift zu kurz. Denn zumindest das sogenannte Erfahrungswissen, auch implizites Wissen genannt, das im Arbeitsalltag entsteht, ist eng an Personen geknüpft und lässt sich anders als das sogenannte explizite Wissen (siehe Grafik) nicht ohne Weiteres erfassen, dokumentieren und digitalisieren.

Weitergabe von Erfahrungswissen erfordert Interaktion

Beim impliziten Wissen handelt es sich unter anderem um das im Arbeitsalltag gesammelte Wissen über informelle Prozesse und schnellere Wege zum Ziel, praktische Kniffe zum Steigern der Effizienz sowie Netzwerke in- und außerhalb der Organisation. Hierzu zählen auch erfahrungsbasierte, intuitive Einschätzungen gewisser Situationen sowie damit verknüpfte Entscheidungslogiken, die auch bei einer hohen Komplexität ein rasches, zielorientiertes Entscheiden und Handeln ermöglichen.

„Führungskräfte spielen eine zentrale Rolle beim Wissensmanagement sowie Wissensauf- und -ausbau.“

Explizites Wissen ≙ People to Document	Implizites Wissen ≙ People to People
Kodifizierbares Wissen kann • beschrieben werden • dokumentiert und gespeichert werden Formen der Wissensweitergabe u. a. • Anleitungen • Prozesshandbücher • Interne Wikis	Verhaltensorientiertes Wissen Anwendungsorientiertes Wissen Kann nur begrenzt schriftlich weitergegeben werden Formen der Wissensweitergabe • Dialogische Verfahren u.a. • Coaching / Mentoring • Lessons
Je komplexer eine Anforderung ist, umso mehr implizites Wissen muss in der Regel übertragen werden.	

Grafik: Explizites Wissen versus implizites Wissen

Quelle: seminar consult prohaska

Dieses Erfahrungswissen in den Köpfen der Mitarbeitenden ist stets kontextgebunden. Es lässt sich zudem oft nur schwer verbalisieren, weshalb es sich den klassischen Dokumentationsansätzen entzieht und nur bedingt in Datenbanken speichern lässt. Deshalb erfolgt seine Weitergabe primär in der sozialen Interaktion: in Gesprächen, beim gemeinsamen Arbeiten, durch Beobachtung, Feedback und Reflexion. Das heißt wiederum, dass die Weitergabe weniger eine technologische als eine soziale und kulturelle Herausforderung ist.

Geteiltes Wissen geht nicht verloren

Viele Organisationen befürchten zu Recht, dass mit dem Ausscheiden von Mitarbeitenden wertvolles Erfahrungswissen verloren geht. Doch dieses Wissen geht nur verloren, wenn das Know-how der Personen, die das Unternehmen verlassen, zuvor nicht ausreichend geteilt wurde.

Generell gilt: Wenn ein erfolgsrelevantes Wissen nur in den Köpfen einzelner Mitarbeitender existiert, entsteht dadurch ein strukturelles Risiko – ein Risiko, das sich nicht nur bei Kündigungen, sondern auch bei längeren, zum Beispiel krankheitsbedingten Abwesenheiten und internen Wechseln zeigt. Was häufig als „kritisches Wissen“ bezeichnet wird, ist faktisch jedoch oft nur ein unzureichend geteiltes Wissen. Die Herausforderung besteht also darin, dieses Wissen frühzeitig zu identifizieren und zu entpersonalisieren, indem man es im Team teilt.

Wissenserwerb und -weitergabe erfolgt primär im Alltag

Ein verbreiteter Irrtum ist zudem, ein Wissenserwerb bzw. individuelles und kollektives Lernen erfolge primär über formale Personalentwicklungsmaßnahmen wie Seminare oder Trainings. Diese sind zweifellos wichtige Elemente des Wissensauf- und -ausbaus in einer Organisation, doch in ihnen findet nur ein Bruchteil der Kompetenzentwicklung statt. Der überwiegende Teil erfolgt informell im Arbeitsprozess unter anderem durch eine kollegiale Zusammenarbeit, ein gemeinsames Problemlösen und den Austausch von Erfahrungen.

„Kurze, strukturierte Reflexionsrunden nach dem Abschluss von Projekten und Erreichen von Meilensteinen helfen, das implizite Wissen zu externalisieren und damit dokumentierbar zu machen.“

Deshalb lautet die zentrale Fragestellung, wenn es um den Erhalt und Ausbau von Wissen geht, nicht „Wie organisieren wir Trainings?“, sondern „Wie fördern bzw. ermöglichen wir das Lernen im Arbeitsalltag?“. Wie zukunfts-fähig die Lernkultur eines Unternehmens und wie lernfähig dieses ist, zeigt sich primär in der Qualität der Zusammenarbeit. Indikatoren hierfür sind:

- Wird das Fragen und Nachfragen aktiv gefördert?
- Werden Erfahrungen offen geteilt?
- Gibt es Foren, um Fehler konstruktiv zu reflektieren?
- Lernen die Mitarbeitenden systematisch voneinander?

Diese Aspekte sind eng mit der Führungsarbeit verknüpft.

Führung als Schlüssel zur Wissenszirkulation

Führungskräfte spielen eine zentrale Rolle beim Wissensmanagement sowie Wissensauf- und -ausbau. Sie beeinflussen maßgeblich, ob das vorhandene Wissen in ihrem Team geteilt oder als persönlicher Besitz verstanden und zurückgehalten wird. Wenn Führungskräfte selbst ihr Wissen nicht (soweit möglich) teilen, weil sie es als eine Quelle ihrer Macht verstehen, und selbst keine Fragen stellen, weil sie

sich nicht auch als Lernende begreifen, spiegelt sich dies auch im Verhalten ihrer Teammitglieder wider. Dann bleibt das Wissen fragmentiert und personengebunden.

Umgekehrt können Führungskräfte durch ihr Verhalten in ihrem Umfeld gezielt eine Kultur des Wissensaustauschs fördern; zum Beispiel durch ein aktives Einfordern von Reflexion, das Sichtbarmachen von Lernprozessen, das Zulassen von Unsicherheit und Fehlern und eine Wertschätzung des Wissensaustauschs.

Den Wissensaustausch im Arbeitsalltag fördern

Die gute Nachricht ist: Ein effektiver Wissenstransfer erfordert keine umfassenden Programme und komplexen Systeme. Oft entfalten

schon kleine Interventionen im Alltag eine große Wirkung.

Ein erster Ansatz hierfür ist, Erfahrungen systematisch sichtbar zu machen. Kurze, strukturierte Reflexionsrunden nach dem Abschluss von Projekten und Erreichen von Meilensteinen helfen, das implizite Wissen zu externalisieren und damit dokumentierbar zu machen. Leitfragen wie

- „Was hat gut funktioniert?“ oder
- „Was würden wir beim nächsten Mal anders machen?“

fördern die gemeinsame Lernreflexion.

Ein zweiter Hebel liegt im bewussten Nutzen des Erfahrungswissens. Erfahrene Mitarbeitende können ihr Wissen an Kollegen gezielt weitergeben – etwa im Rahmen einer gemeinsamen Projektarbeit oder schlicht mittels How-to-do-Tipps im Arbeitsalltag.

Ein dritter Ansatz liegt im Etablieren einer offenen Fragekultur. In Organisationen, in denen Fragen als Zeichen von Interesse und Lernbereitschaft wertgeschätzt werden, entsteht ein deutlich höherer Wissensfluss. Die Führungskräfte haben diesbezüglich eine Vorbildfunktion: Wenn sie sich selbst als Lernende präsentieren, die Fragen stellen, signalisieren sie damit ihrem Umfeld, dass ein Nichtwissen akzeptiert und nicht als Schwäche interpretiert wird und ein Lernen (voneinander) erwünscht ist.



„Die gute Nachricht ist: Ein effektiver Wissenstransfer erfordert keine umfassenden Programme und komplexen Systeme.“

Das Wissen als kollektive Ressource verstehen

Die zentrale Botschaft lautet: Wissen entfaltet seinen Wert durch eine aktive Nutzung und Weitergabe. Organisationen, die Wissen primär als eine zu archivierende Ressource betrachten, unterschätzen die Bedeutung der sozialen Interaktion. Erst wenn das Wissen im Team zirkuliert, wird es anschlussfähig, weiterentwickelbar und wirksam. Dies erfordert eine entsprechende Gestaltung der Arbeits- und Kommunikationsprozesse und eine Führung, die den Gedanken-, Ideen- und Erfahrungsaustausch fördert.

Den hieraus resultierenden Changebedarf können Führungskräfte ermitteln, indem sie das eigene Team systematisch unter Wissensaspekten betrachten. Folgende Fragen sind hierbei hilfreich:

1. Welches Erfahrungswissen existiert im Team? Welche Themen und Prozesse sind stark durch individuelles Know-how geprägt?
2. Wer verfügt über dieses Wissen? Gibt es Schlüsselpersonen, die zentrale Wissensbestände tragen?
3. Wie robust ist das System bei Ausfällen? Bleibt das Team handlungsfähig, wenn Personen kurzfristig fehlen?
4. Wie wird das Wissen geteilt? Gibt es hierfür etablierte Formate oder erfolgt der Austausch eher zufällig?
5. Welche Maßnahmen könnten den Wissenstransfer verbessern? Wo und wie lassen sich Austausch, Reflexion oder gemeinsame Lernprozesse gezielt stärken?

Eine solche Reflexion macht sichtbar, wie viel Wissen implizit im System bereits vorhanden ist und wie dieses noch effektiver genutzt werden könnte.

Zukunftsfähigkeit durch Wissenszirkulation steigern

In einer von rascher Veränderung geprägten Arbeitswelt ist die Wissenszirkulation ein entscheidender Wettbewerbsfaktor. Technische Lösungen können die Wissensspeicherung und -weitergabe zwar unterstützen, sie ersetzen aber nicht die soziale Dimension des Lernens. Die zentrale Säule eines nachhaltigen Wissensmanagements ist nicht die Speicherung des vorhandenen Know-hows, sondern der Aufbau einer kollegialen Zusammenarbeit, bei der auch ein reger Erfahrungs- und Informationsaustausch erfolgt.



Sabine Prohaska

office@seminarconsult.at
https://www.seminarconsult.at



Erfolgreiche Premiere der Angel Aligner™ Seaside Education Days auf Sylt

Vom 11. bis 13. Juni 2026 fanden die Angel Aligner™ Seaside Education Days in Wenningstedt auf Sylt statt.



Dirk Wolter, General Manager Central Europe.

Die mehrtägige Fortbildungsveranstaltung bot Teilnehmenden aus der gesamten DACH-Region ein abwechslungsreiches Programm mit praxisnahen Fachvorträgen rund um die moderne Aligner-Kieferorthopädie. Zahlreiche Referenten präsentierten aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, klinische Behandlungsstrategien sowie innovative digitale Lösungen für den Praxisalltag. Das Fortbildungsprogramm wurde durch viele interessante klinische Behandlungsbeispiele von Dr. Julia Haubrich, DDr. Bärbl

Reistenhofer, Dr. Jörg Schwarze, Dr. Boris Sonnenberg, ZTM Matthias Peper und ZT Florian Gau ergänzt. Dr. Jörg Schwarze referierte über die strategische Behandlungsplanung mit Angel Aligner™ sowie über die Nutzung spezieller Angel Features zur vorhersagbaren Durchführung von Klasse II Behandlungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten. Im Vortrag „The Power of angelButton™“ stellte Dr. Julia Haubrich die klinischen Vorteile der KI-gestützten Positionierung vor. Darüber hinaus erläuterte sie

die optimierte Attachment-Positionierung sowie die Auswahl geeigneter Trimlines in Kombination mit dem angelButton™. ZTM Matthias Peper, von TP Solution, widmete sich dem Thema optimierter Stagingprotokolle mit Angel Aligner™. Dabei gab er wertvolle Einblicke in das Verständnis und die Optimierung des iOrtho™ Stagings bei Grenzfällen. Zudem stellte er die neuesten Features und deren Einsatzmöglichkeiten im Alltag eines TPS-Technikers vor und betonte die Bedeutung einer strukturierten Kommuni-

„Die direkte Interaktion mit den Teilnehmenden ermöglichte einen intensiven fachlichen Austausch über moderne Behandlungstechniken und digitale Lösungen für kieferorthopädische Praxen. So konnten die Teilnehmenden nicht nur ihr theoretisches Wissen erweitern, sondern auch zahlreiche praxisorientierte Lösungsansätze für ihren klinischen Alltag mitnehmen.“



ZT Florian Gau, Clinical Advisor bei Angel Aligner.



Vortrag von Dr. Julia Haubrich, Köln.



Vortrag von Dr. Jörg Schwarze, Köln.



Vortrag von ZTM Matthias Peper, Köln.



Vortrag von DDr. Bärbl Reistenhofer und Dr. Sophie Filipitsch, Wien.



Vortrag von Dr. Boris Sonnenberg, Stuttgart.

kation mit dem iOrtho™ Design-Team. Am zweiten Veranstaltungstag präsentierte Clinical Advisor ZT Florian Gau die neuesten Entwicklungen rund um Angel Aligner™. Im Rahmen einer Live-Demonstration zeigte er aktuelle Updates der iOrtho™ Software sowie neue Aligner-Features und erläuterte deren praktische Anwendung im klinischen Alltag. Dr. Boris Sonnenberg sprach zum Thema „Klasse II Distalisation mit Angel Aligner™“. Im Fokus standen klinische Protokolle für Distalisationsbehandlungen, die Fragestellung „TADs or No TADs?“ sowie die erweiterten Behandlungsmöglichkeiten mit Angel Aligner™ Pro. Dr. Bärbl Reistenhofer und Dr. Sophie Filipitsch präsentierten ihre Erfahrungen bei der Behandlung vertikaler Diskrepanzen und gaben wertvolle Einblicke in die Therapie tiefer und offener Bisse. Darüber hinaus stellten sie klinische Präferenzen sowie Best-Practice-Konzepte für den Einsatz variabler Trimlines mit Angel Aligner™ vor. Die direkte Interaktion mit den Teilnehmenden ermöglichte einen intensiven fachlichen Austausch über moderne Behandlungstechniken und digitale Lösungen für kieferorthopädische Praxen. So konnten die Teilnehmenden nicht nur ihr theoretisches Wissen erweitern, sondern auch zahlreiche praxisorientierte Lösungsansätze für ihren klinischen Alltag mitnehmen.

Angel Aligner™ bietet Kieferorthopäden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen in verschiedenen Regionen an. Einen Überblick über alle Veranstaltungen sowie die Möglichkeit zur direkten Anmeldung bietet die Education App sowie die offizielle Angel Aligner™ Website. Die App ist sowohl im Apple App Store als auch im Google Play Store verfügbar.



Referenten der Seaside Education Days und
Mitarbeiter von Angel Aligner™.

Angel Aligner™ Events

Nehmen Sie teil an den neusten Entwicklungen in der Alignertechnologie und registrieren Sie sich für unsere Fortbildungsveranstaltungen.

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

Events, Fortbildungskurse und Kongressteilnahmen

- ▶ **Genf, Schweiz** (Französisch) | 28. August 2026 (09:30–18:00 Uhr): Efficiencie maximale en orthodontie par aligneurs: stratégie thérapeutique, biomécanique et maîtrise des flux de travail.
Referent: Dr. Philippe Van Steenberghe
- ▶ **Nizza, Frankreich** | 10.–12. September 2026: September 2026: Teilnahme am Kongress Prime Aligner Summit.
- ▶ **Zürich, Schweiz** | 17. September 2026: Teilnahme am Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Aligner Orthodontie (SGAO).
- ▶ **Frankfurt am Main, Deutschland** | 18. September 2026 (11:00–16:00 Uhr): Die Stärke von Angel Aligner™ für die Behandlung bei Kindern und Teenagern nutzen.
Referentin: Dr. Julia Haubrich
- ▶ **Baden-Baden, Deutschland** | 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 Latkauskienė und Dr. David González Zamora
- ▶ **Düsseldorf, Deutschland** | 9. Oktober 2026 (11:00–16:00 Uhr): Die Stärke von Angel Aligner™ für die Behandlung bei Kindern und Teenagern nutzen.
Referentin: Dr. Julia Haubrich
- ▶ **Interlaken, Schweiz** | 29.–30. Oktober 2026: Teilnahme am Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie (SGK).
- ▶ **Köln, Deutschland** | 13.–14. November 2026: Teilnahme am Kongress der Deutschen Gesellschaft für Aligner Orthodontie (DGAO).
- ▶ **Monaco** (Englisch) | 3.–6. Dezember 2026: 4. Angel Aligner™ Internationaler iMasterkurs
Referenten: Dr. Skander Ellouze und Dr. Pedro Costa Monteiro
- ▶ **Sevilla, Spanien** (Englisch) | 4.–6. März 2027: 3. Europäisches Angel Aligner™ Symposium: Where Innovation Meets Clinical Mastery
Mit 12 internationalen Referenten



Jetzt die
Education App
herunterladen!



Eventkalender 2026

 angel aligner™

Angelalign Technology (Germany) GmbH
care.de@angelaligner.com • www.angelaligner.com

15. Benefit-User-Meeting 2026 in Düsseldorf

Internationale Expertise und neue Impulse für die moderne Kieferorthopädie

Ein Nachbericht von Dr. Lukas Droste.



(Alle Bilder: © Prof. Dr. Benedict Wilmes)

Abb. 1: Prof. Dr. Benedict Wilmes, Dr. Claudia Pinter und Dr. Chris Chang machen den Auftakt zur Veranstaltung (v.l.n.r.). – **Abb. 2a–c:** Prof. Dr. Benedict Wilmes und Dr. Claudia Pinter präsentierten im Vorkongress ein Update zur „Benefit for Aligner Technique“ (BAT). – **Abb. 3:** Dr. Chris Chang aus Taiwan referierte über die wesentlichen klinischen Indikationen für Miniimplantate. – **Abb. 4:** Prof. Dr. Stella Chaushu aus Israel erläutert in ihrem Beitrag, wie sich die Prognose impaktierter Zähne anhand diagnostischer Kriterien zuverlässig einschätzen lassen.

Über 500 Kieferorthopädinnen und -orthopäden aus nahezu 50 Ländern folgten am 19. und 20. Juni 2026 der Einladung von Prof. Dr. Benedict Wilmes zum 15. Benefit-User-Meeting auf die Düsseldorfer Königsallee. Teilnehmende aus Europa, Asien, dem Nahen Osten, Afrika, Nord- und Südamerika sowie Australien unterstrichen einmal mehr den globalen Charakter der Veranstaltung. Bereits der Vorkongress am Freitag bot ein hochkarätiges wissenschaftliches Programm: Prof. Dr. Benedict Wilmes präsentierte gemein-

sam mit Dr. Claudia Pinter ein Update zur „Benefit for Aligner Technique“ (BAT) und zeigte eindrucksvoll, wie die Aligner-Therapie durch die Kombination mit Slidern und Expandern weit aus effektiver und stressärmer für Patient/-innen und Behandler/-innen wird. Interessant war der Schlagabtausch zwischen Wilmes und Pinter insbesondere bzgl. der Synchronisation von Slider und Aligner und der von Dr. Pinter praktizierten Gaumennahterweiterung ohne Trema. Im Anschluss stellte Dr. Chris Chang (Taiwan) unter dem Titel „My six key applications of miniscrews“ seine wesentlichen kli-

nischen Indikationen für Miniimplantate vor und verdeutlichte anhand zahlreicher Fallbeispiele deren vielseitige Einsatzmöglichkeiten. Er zeigte unzählige „Hot Tips“ zur Frontintrusion bei Gummymile und Molardistalisierung im Aligner-Fall. Der erste Kongresstag endete traditionell mit dem Get-together im Hotel Kö59, das bei Livemusik, Snacks und Getränken Raum für intensiven fachlichen Austausch und internationales Networking bot. Der Samstag stand ganz im Zeichen des 15. Benefit-User-Meetings und fokussierte sich am Vormittag auf das Management impaktierter

Abb. 5a+b: Dr. Sophie Ylinen (a) und Dr. Maximilian Küffer (b) zeigten Tipps und Tricks bei der Anwendung von konventionellen und CAD/CAM-Beneslidern.



Zähne und am Nachmittag auf die besten Mechaniken zur Molarendistalisierung. Nach der Begrüßung durch Kongresspräsident Prof. Wilmes eröffnete Prof. Dr. Stella Chaushu (Israel) als die weltweite Koryphäe bzgl. Zahnverlagerung die Vormittagssession und zeigte, wie sich die Prognose impaktierter Zähne anhand diagnostischer Kriterien zuverlässig einschätzen lässt. Dr. Chris Chang knüpfte mit praxisnahen Tipps zur Behandlung impaktierter Zähne an und präsentierte viele effiziente klinische Strategien. So empfiehlt er zum Beispiel, dass der Kieferorthopäde selbst die verlagerten Zähne freilegen sollte, um a) die Beweglichkeit und b) die optimale Zugrichtung zu checken. Dr. Sinan Hamadeh (Deutschland) stellte mit „Canine first“ sein Behandlungskonzept zur Einordnung verlagelter Eckzähne mithilfe von skelettaler Verankerung vor. Seiner Meinung nach sollten zur Einordnung verlagelter Zähne nicht die Nachbarzähne zur Verankerung rekrutiert werden, da es dabei zu ausgeprägten Nebenwirkungen wie Intrusion der Nachbarzähne bzw. Kippung von Molaren kommt. „Canine First“ bedeutet, dass der Eckzahn zunächst mithilfe von palatinalen Miniimplantaten in die Okklusionsebene gezogen wird, um anschließend nur für eine kurze Zeit eine Multibracket-Apparatur oder Aligner zum Finishing einzusetzen.

Nach der Kaffeepause stellte Dr. Miguel Hirschhaut (Venezuela) das Management impaktierter Zähne aus Sicht eines Praktikers vor und zitierte aus vielen seiner AJO-Artikel zu diesem Thema. Prof. Wilmes widmete sich anschließend den besonders anspruchsvollen ankyloierten, impaktierten Zähnen und diskutierte therapeutische Möglichkeiten zur Einordnung wie die PDL-Distraktion sowie den Lückenschluss mittels Mesialslider nach Extraktion eines ankyloierten Zahnes. Prof. Ravi Nanda wurde zur Einleitung der Diskussionsrunde von einem Kongress in Südfrankreich zugeschaltet. Er erläuterte klassische biomechanische Konzepte zur Einordnung von verlagerten oberen Eckzähnen wie die Piggyback-Technik mit



Am Nachmittag war die zentrale Fragestellung, wie eine optimale Mechanik zur Distalisierung oberer Molaren je nach Kasuistik gestaltet werden kann. Dr. Udo Windsheimer (Deutschland) beleuchtete seine Strategien zum Einsatz von

ten Apparaturen und skelettaler Verankerung wurde als zentraler Baustein moderner Therapieprotokolle hervorgehoben. Den Abschluss des Meetings bildete die fast schon legendäre Benefit-Party auf dem Canoo-Boot am Rheinufer. In entspannter Atmosphäre mit Flying Buffet, Cocktails, Livemusik und WM-Übertragung bot sich den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Gelegenheit, das tolle Meeting Revue passieren zu lassen. Die Vorfreude auf das 16. Benefit-User-Meeting am 23. und 24. April 2027 ist bereits geweckt.

Abb. 6: Höhepunkt jedes User Meetings ist die Round-Table-Diskussion. – **Abb. 7:** Die Aussteller freuten sich wie immer über sehr viele Kontakte interessierter Kieferorthopäde/-innen. **Abb. 8:** Neben den Vorträgen gab es Hands-on-Stationen, bei denen man die Insertion im Gaumen üben konnte. **Abb. 9:** Benefit Party am Samstag: Sänger Giovanni Costello begeisterte alle Gäste und sorgte auch dank Cocktails und Sonnenuntergang für eine einmalige Stimmung auf dem Canoo Boot.

„Nach der Begrüßung durch Kongresspräsident Prof. Wilmes eröffnete Prof. Dr. Stella Chaushu (Israel) als die weltweite Koryphäe bzgl. Zahnverlagerung die Vormittagssession und zeigte, wie sich die Prognose impaktierter Zähne anhand diagnostischer Kriterien zuverlässig einschätzen lässt.“

einer Umgebungsbiegung für den verlagerten Zahn. Der Abschluss und Höhepunkt der Vormittags-Session war die sich anschließende Round-Table-Diskussion unter der Leitung des international wohl bekanntesten Ortho-Podcasters Dr. Farooq Ahmed, welche live bei Instagram gestreamt wurde. Gemeinsam mit den Referierenden wurden zentrale Fragestellungen diskutiert: Welche impaktierten Zähne können eingeordnet werden und welche sollten extrahiert werden? Welche biomechanischen Konzepte eignen sich für die Extrusion, wie können dentale Nebenwirkungen vermieden werden? Und wie kann mit ankyloierten Zähnen sinnvoll umgegangen werden? Der intensive Austausch verdeutlichte die entscheidende Rolle biomechanischer Grundlagen für den Behandlungserfolg. Als Konsens der Expertenrunde wurde klargestellt, dass bei der Einordnung verlagelter Zähne sehr engmaschig kontrolliert werden sollte und bei erkennbarem Verankerungsverlust unmittelbar skelettale Verankerung zum Einsatz kommen muss, um ausgeprägte Komplikationen wie schiefe Okklusionsebenen und Resorptionen von Verankerungszähnen zu vermeiden.

Beneslidern in der Aligner-Behandlung, während Dr. Sophie Ylinen diskutierte, in welchen Fällen sie den Beneslider mit und wann ohne Klasse II-Elastics verwendet. Dr. Rafal Brandt (Polen) zeigte seine Version des Beneslidars, bei dem die ersten Prämolaren mit Tubes versehen werden, um auch eine bukkale Kraft zur Distalisierung der 6er applizieren zu können. Insbesondere bei stark rotierten 6ern scheint dies eine interessante Alternative zum klassischen Beneslider zu sein. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der zunehmenden Digitalisierung kieferorthopädischer Apparaturen: Dr. Paul Seung-Woo Yoo (Deutschland) zeigte den Wandel des Beneslidars von analogen zu vollständig digitalen Workflows auf. Ergänzend diskutierte Dr. Maximilian Küffer (Schweiz) in seinem Vortrag („Slide or screw?“) die Vor- und Nachteile zwischen Beneslider (Gleitmechanik) und Distalizer (Schraubmechanik). Das 15. Benefit-User-Meeting zeigte eindrucksvoll, wie sich klassische kieferorthopädische Techniken und digitale Innovationen zunehmend miteinander verzahnen. Insbesondere die Kombination aus Alignern, CAD/CAM-basier-

boeld Communication • congress@bb-mc.com • www.benefit-user-meeting.de

ANZEIGE

KFO-Abrechnung mit Gütesiegel

oprím

- Qualifizierte Personalauswahl
- Persönliche Kundenbetreuung
- Bester Kundennutzen

zo solutions AG
DIE KFO-ABRECHNUNGSPROFIS

Tel. +41(0)784104391
info@zosolutions.ag
www.zosolutions.ag

Professionell · Kompetent · Partnerschaftlich

Smartes Aufgabenmanagement

Aktive Einbindung von Patienten entlastet das Praxisteam.



Die Lösung: Aufgaben intelligent an Patienten übertragen

iie-systems verfolgt in der Praxisorganisation einen innovativen Ansatz. Dabei werden administrative Aufgaben gezielt an die Patienten übertragen. So werden Prozesse automatisiert und strukturiert gesteuert und damit transparent und nachvollziehbar.

Funktionsweise des Systems

Im Rahmen einer automatischen Aufgabensteuerung erhalten Patienten definierte Aufgaben und können diese digital sowie zeitlich flexibel bearbeiten. Beispiele sind Check-in, Terminbestätigungen bzw. -verschiebungen oder das Nachreichen der Gesundheitskarte (Abb. 1).

Eine transparente Statusübersicht ermöglicht dem Praxisteam jederzeit die Nachverfolgung des Bearbeitungsstatus. Dadurch werden Rückfragen sowie manuelle Zwischenschritte minimiert.

Patienten werden nicht überfordert, sondern erkennen vielmehr einen klaren persönlichen Nutzen. Die Teilnahme ist freiwillig, das heißt der Patient entscheidet selbst, ob und welche digitalen Angebote er in Anspruch nehmen möchte.

Ausgewählte Praxisbeispiele

Digitaler Check-in

Ist-Zustand:

Patienten melden sich an der Rezeption an. Das führt zu Wartezeiten, erhöhtem Arbeitsaufkommen und Stress an der Anmeldung für alle Seiten.

Lösung:

Patienten checken per QR-Code selbstständig ein. Eine Weiterleitung an die Rezeption erfolgt nur dann, wenn die Gesundheitskarte im laufenden Quartal noch nicht eingelesen wurde (Abb. 2).

Ergebnis:

Entlastung der Anmeldung und reduzierte Wartezeiten.

Intelligentes Terminmanagement

Ist-Zustand:

Patienten erhalten in der Praxis einen Folgetermin – idealerweise mit automatischer Terminbestätigung. Sollte zeitlich etwas dazwischenkommen, müssen sie sich zur Vereinbarung eines neuen Termins telefonisch oder per E-Mail in der Praxis melden. Dies führt zu einer erhöhten Auslastung der Telefonleitungen und bindet erhebliche Mitarbeiterressourcen.

Lösung:

Patienten erhalten automatisierte Bestätigungen und Erinnerungen. Bei Bedarf können Termine eigenständig und rund um die Uhr online verschoben werden (Abb. 3).

Ergebnis:

Reduzierung telefonischer Anfragen und deutlich effizientere Terminplanung.

Versäumte Termine (No-Shows):

Ist-Zustand:

Patienten, die nicht zu ihrem Termin erschienen sind, müssen bzgl. eines neuen Termins identifiziert und aktiv kontaktiert werden. Ansonsten drohen Umsatzverluste sowie verlängerte Behandlungszeiten infolge mangelnder Therapiekontrolle.

Lösung:

Automatisierte Erinnerungen und alternative Terminangebote sorgen für eine strukturierte Nachverfolgung (Abb. 4).

Ergebnis:

Verbesserte Terminauslastung und Transparenz.

No-Shows bei zeitintensiven Terminen

Ist-Zustand:

Vor allem Termine mit einem hohen Einsatz an Personal- und Stuhlressourcen verursachen bei Nichterscheinen des Patienten erhebliche Probleme in Form von Zeitverlust, Stress und Umsatzeinbußen. Zudem werden wertvolle



Der Alltag in kieferorthopädischen Praxen ist in hohem Maße von administrativen Aufgaben geprägt. Terminorganisation, Patientenkommunikation, Nachfordern von Unterlagen etc. binden wertvolle personelle Ressourcen, was nicht selten zu ineffizienten Abläufen führt.

Das Problem im Praxisalltag

- hoher Verwaltungsaufwand bindet qualifizierte Mitarbeiterzeit
- wiederholte Nachfragen kosten Zeit und erzeugen unnötigen Stress
- Prozesse sind vielfach manuell organisiert und damit fehleranfällig
- Fachpersonal übernimmt Tätigkeiten außerhalb seiner Fachkompetenz

Die Folgen sind überlastete Teams und ineffiziente Praxisabläufe.

WELCHE AUFGABEN WERDEN AUTOMATISCH ERSTELLT?

Versäumte Termine

- Patienten erhalten automatisch am Folgetag eine Erinnerungs-E-Mail
- Direkt aus der E-Mail heraus neuer Termin buchbar
- Praxis sieht sofort, wen sie telefonisch kontaktieren muss

Selbstbucher-Termine

Diese Termine sind besonders für DentalMonitoring-Anwender relevant.

- Automatische Termineinträge über die Schnittstelle zu iie-systems
- Wird ausgelöst, sobald ein SOS-Termin angefordert wird
- Praxis prüft anschließend, ob der Termin tatsächlich gebucht wurde

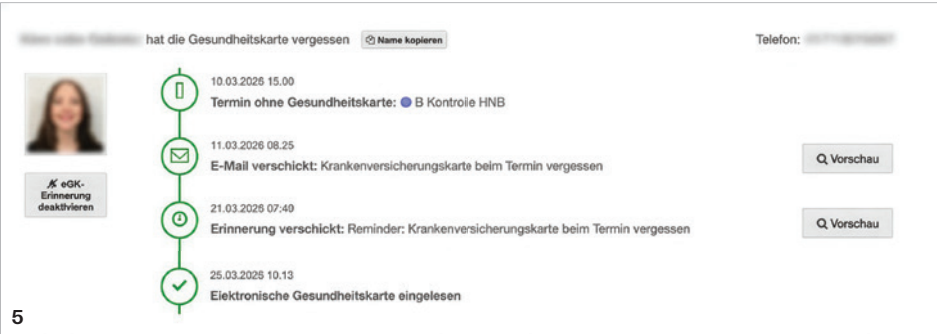
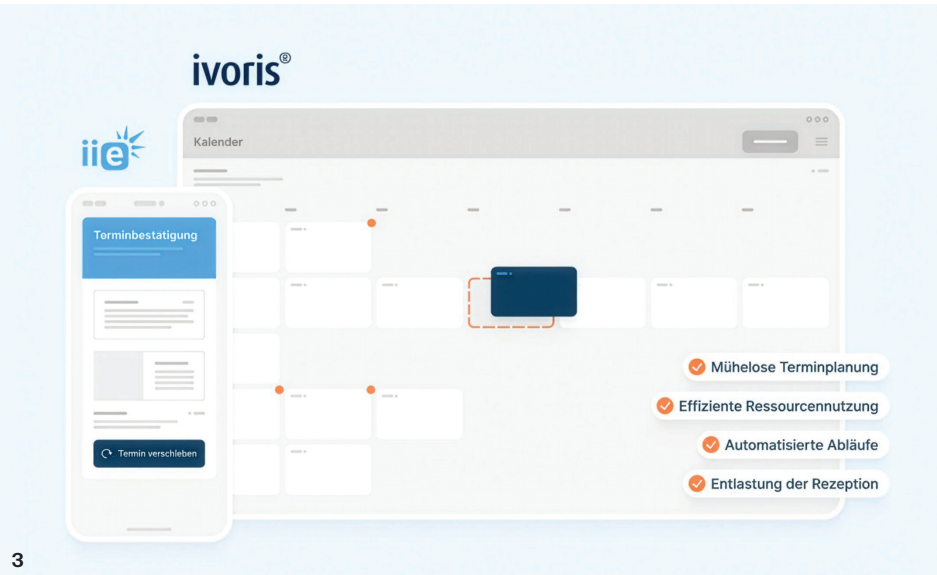
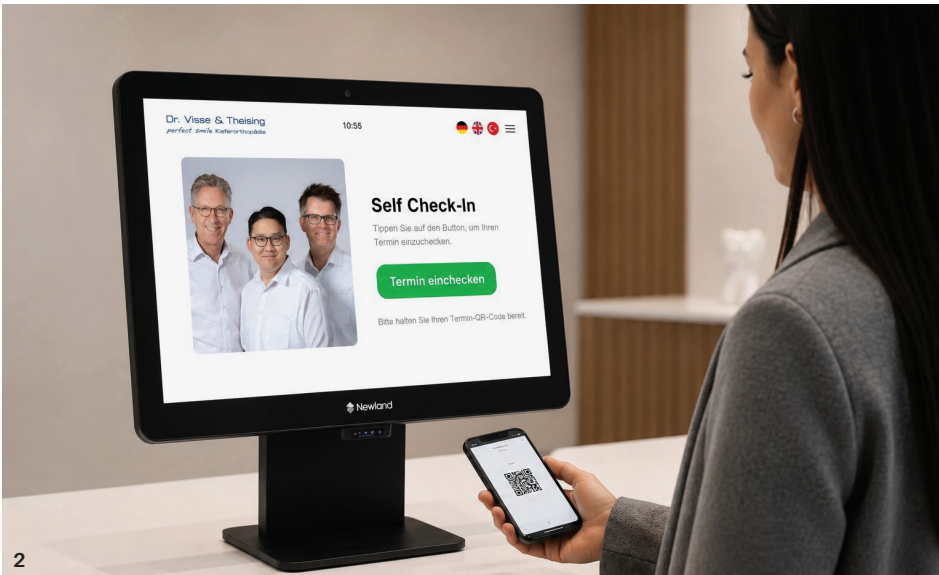
Terminbestätigungen

- Für bestimmte Terminarten kann eine Vorab-Bestätigung durch den Patienten angefordert werden
- Besonders sinnvoll bei längeren Terminen ab 60 Min. (z. B. Bebänderung, Attachments)
- Praxis sieht auf einen Blick, welche Termine bereits bestätigt sind

Gesundheitskarte vergessen

- Patienten werden automatisch am nächsten Tag erinnert, die Karte mitzubringen
- Alle Informationen transparent und jederzeit einsehbar
- Kein Stress mehr bei kurzfristigen Anfragen am Quartalsende

1



Behandlungskapazitäten blockiert, da diese Termine nicht anderweitig vergeben werden können.

Lösung:

Bei zeitintensiven Behandlungen wie Bänderungen oder Beratungen kann eine aktive Bestätigung durch den Patienten eingefordert werden.

Ergebnis:

Höhere Planungssicherheit für die Praxis.

Gesundheitskarte beim Behandlungstermin vergessen

Ist-Zustand:

Erscheinen Patienten ohne Versichertenkarte zum Termin, kann die Praxis die erbrachten Leistungen nicht direkt gegenüber der KZV

abrechnen. Es muss ein Ersatzverfahren eingeleitet oder eine Liste der Patienten geführt werden, bei denen im laufenden Quartal noch keine Karte eingelesen wurde. Dies ist mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden und bindet wertvolle Personalressourcen, die an anderer Stelle fehlen.

Lösung:

Patienten, bei denen im laufenden Quartal die Versichertenkarte noch nicht eingelesen wurde, werden im Rahmen der Terminerinnerung zwei Tage vor dem Termin automatisch darauf hingewiesen, die Karte zum Behandlungstermin mitzubringen (Abb. 5).

Wird sie trotz Erinnerung nicht vorgelegt, erfolgt am nächsten Tag eine automatisierte E-Mail mit der Aufforderung, die Karte unver-

züglich nachzureichen. In diese Mail ist auch ein Video integriert, mit dem über die Konsequenzen einer nicht eingereichten Karte (z.B. Privatrechnung) informiert wird.

Sofern auch daraufhin keine Reaktion erfolgt, wird nach zehn Tagen eine abschließende Erinnerung zum Einreichen der Versichertenkarte versendet (Abb. 6).

Ergebnis:

Patienten vergessen seltener, ihre Versichertenkarte zum Termin mitzubringen bzw. reichen diese zeitnah nach. So entfallen aufwendige telefonische Nachfassaktionen zum Quartalsende, und eine vollständige und fristgerechte Abrechnung der Leistungen und Abschläge wird sichergestellt.

Die aktive Einbindung von Patienten bietet Vorteile für alle Beteiligten. Das Praxisteam verspürt eine deutlich reduzierte administrative Belastung und kann so den Fokus auf medizinisch relevante Tätigkeiten richten, was wiederum zu Entspannung und Entlastung im Praxisalltag führt. Die Praxisleitung profitiert von den effizienteren Prozessen, der optimierten Planbarkeit sowie höheren Wirtschaftlichkeit. Während die Patienten positiv auf die klaren und transparenten Abläufe, die zeitliche Flexibilität sowie die Wertschätzung durch die aktive Einbindung reagieren.

Fazit

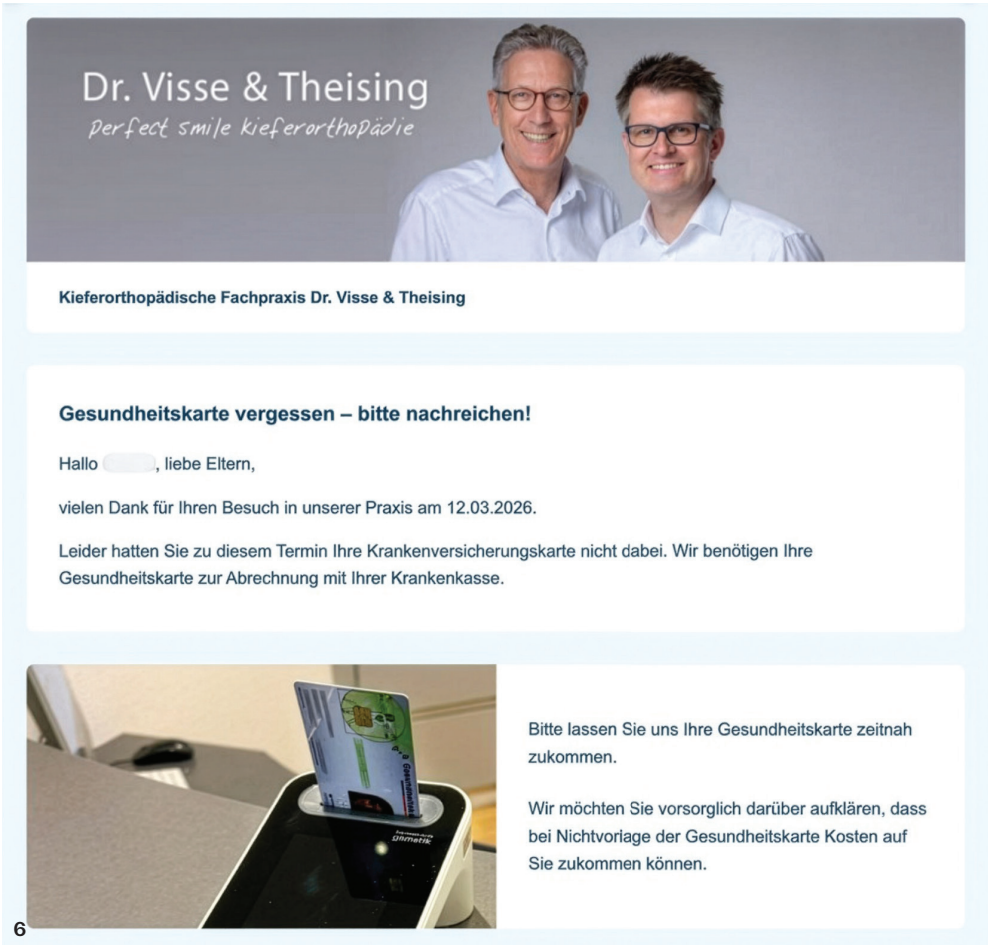
Ein abgestimmtes Aufgabenmanagement, das Patienten aktiv in die Erledigung der Aufgaben einbezieht und automatisch läuft, ohne dass die Mitarbeiter in den Prozess eingreifen müssen, bietet für jede Praxis immense Vorteile. Die transparente Aufgabenhistorie zeigt jederzeit den aktuellen Status. Somit kann sich das Praxisteam gezielt auf die noch offenen Aufgaben konzentrieren, die in der Regel nur einen Bruchteil der Gesamtaufgaben ausmachen. Insofern ist ein smartes patientenzentriertes Aufgabenmanagement ein hocheffizienter Ansatz, der ganz wesentlich zur Optimierung administrativer Prozesse in der Kieferorthopädie beiträgt. Gerade vor dem Hintergrund zunehmender Ressourcenknappheit besteht damit die Möglichkeit, sich wieder stärker auf die eigentliche Behandlung fokussieren zu können.

Beratungstermin

Sie möchten mehr zum smarten Aufgabenmanagement und den weiteren Anwendungen von iie-systems wissen? Nicole Weinrich und Nathalie Krüger vom Anwendersupport beraten Sie gerne ausführlich und unverbindlich. Buchen Sie Ihren persönlichen Beratungstermin am besten ganz bequem online.



Dr. Michael Visse
Fachzahnarzt für KFO
Gründer von iie-systems GmbH & Co. KG
info@iie-systems.de
www.iie-systems.de



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

Neu bei dentalline: Hartmetall- Finierer

Mit Spezialbeschichtung gegen ein Zusetzen der Schneiden.

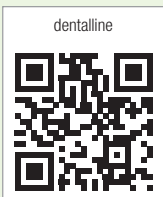
Neue Hartmetall-Finierer zur Entfernung von Kleberresten nach dem Debonding ergänzen ab sofort das Sortiment von dentalline. Die neuen Instrumente sind mit einer speziellen TiN-Beschichtung versehen. Diese Vergütung härtet und glättet die Oberfläche der Instrumentenköpfe, wodurch weniger Reibungswärme entsteht und somit die Gefahr des Zusetzens der Schneiden durch abgetragene Kunststoffreste deutlich verringert wird. Darüber hinaus weisen die Hartmetall-Finierer eine Kreuzverzahnung auf, welche für einen ruhigen Instrumentenlauf sorgt und damit die Spannzange des Winkelstückmotors schont. Flache Schneidkanten minimieren zudem die Riefenbildung auf dem Zahnschmelz.

Dentalline®



© dentalline

Die Hartmetall-Finierer können mehrfach wiederaufbereitet werden und verfügen über ein goldfarbenes Arbeitsteil zur leichteren Identifizierung. Sie sind mit einem RA-Schaft ausgestattet, wobei eine optimale Drehzahl von 30.000/min (Zylinder rund) bzw. 40.000/min (Eiform) empfohlen wird. Erhältlich sind die Instrumente mit den Kopfformen Zylinder rund (Kopflänge 4,2 mm) sowie Eiform (Kopflänge 3,5 mm oder 4,2 mm).



dentalline GmbH & Co. KG
www.dentalline.de

Medit und perma3D stärken digitale Workflows in der Praxis

Permamental und seine digitale Marke perma3D bauen ihre Zusammenarbeit mit dem Intraoralscanner-Hersteller Medit weiter aus.



Die digitale Abformung hat sich in allen Bereichen der Zahnmedizin etabliert. Dennoch zeigt die Praxis: Der Erfolg digitaler Prozesse hängt nicht allein von der eingesetzten Hardware ab. Entscheidend sind effiziente Abläufe, ein gut geschultes Team sowie ein verlässlicher Partner für Support und Workflow-Management. Vor diesem Hintergrund intensivieren Medit und perma3D ihre langjährige Zusammenarbeit. Ziel ist es, Zahnärzte und Praxisteams bei der Einführung und Optimierung digitaler Prozesse umfassend zu unterstützen.

Digitale Prozesse ganzheitlich gedacht

„Der Intraoralscanner ist heute nur ein Baustein eines erfolgreichen digitalen Workflows“, erklärt Jens van Laak, führender IOS-Experte bei Permamental. „Erst wenn Datenerfassung, Planung, Kommunikation und zahntechnische Umsetzung nahtlos ineinandergreifen, lassen sich die Potenziale der Digitalisierung vollständig ausschöpfen.“ Über perma3D erhalten Praxen daher nicht nur Zugang zu den aktuellen Medit-Scannerlösungen, sondern auch zu Schulungen, technischem Support und individueller Beratung rund um digitale Behandlungsabläufe.

Moderne Scanner für unterschiedliche Anforderungen

Medit zählt weltweit einem der führenden Anbieter von Intraoralscannern. Die aktuellen Systeme – darunter der Medit i900M, i900C und i700W – bieten eine intuitive Bedienung, hohe Präzision und flexible Einsatzmöglichkeiten in Prothetik, Implantologie, Kieferorthopädie sowie bei Chairside- und All-on-X-Versorgungen. Besonderes Augenmerk liegt auf der Anwenderfreundlichkeit. So fördert der Medit i900M mobiles Scannen mit iPad oder Laptop und eignet sich insbesondere für Praxen mit mehreren Behandlungszimmern.

Unterstützung beim Einstieg in die Digitalisierung

Ein zentraler Bestandteil der Kooperation ist die praxisnahe Begleitung von Zahnärzten und Teams durch perma3D. Dazu gehören:

- Schulungen für Behandler und Mitarbeiter,
- Unterstützung bei digitalen Behandlungsabläufen,
- technischer After-Sales-Support,
- Beratung zur Workflow-Optimierung sowie
- Hilfe bei der Integration digitaler zahntechnischer Prozesse.

Vom Scan bis zur fertigen Versorgung

Durch die Anbindung an die digitalen Fertigungszentren der Modern Dental Europe in Deutschland oder im Ausland und die langjährige zahntechnische Expertise von Permamental können auf Wunsch durchgängige digitale Prozessketten realisiert werden – von der intraoralen Datenerfassung über die Planung bis zur fertigen prothetischen Versorgung. Ergänzt werden die Scannerlösungen durch die immer aktuellere Plattform „Medit Link“, die Funktionen für Datenaustausch, Workflow-Management und die digitale Kommunikation zwischen Praxis und Labor bereitstellt.

Permamental GmbH • www.permamental.de

AURALIS™ Keramikbrackets

OrthoDepot erweitert sein Portfolio um das ästhetische Bracket-System von G&H Orthodontics.

Mit den neuen AURALIS™-Keramikbrackets von G&H Orthodontics erweitert OrthoDepot sein Sortiment um ein modernes Premium-Bracket für höchste ästhetische und funktionelle Ansprüche. Die aus hochreiner polykristalliner Aluminiumoxidkeramik gefertigten AURALIS™-Brackets überzeugen durch ihr fast transparentes Erscheinungsbild und fügen sich so unauffällig und harmonisch ein. Gleichzeitig sorgt das widerstandsfähige Keramikmaterial für eine hohe Stabilität im klinischen Alltag.

Abgerundete Konturen und ein komfortables Low-Profile-Design erhöhen den Tragekomfort für den Patienten und reduzieren Irritationen der Weichgewebe. Präzise gefertigte Slots ermöglichen eine exakte Kraftübertragung und unterstützen einen effizienten Behandlungsverlauf. Die speziell entwickelte Bracketbasis gewährleistet eine zuverlässige Haftung während der Behandlung und ermöglicht gleichzeitig ein sicheres Debonding am Therapieende.

Mit einem Einstiegspreis ab nur 3,65 Euro pro Bracket bieten die AURALIS™-Keramikbrackets ein hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis für Praxen, die Wert auf Ästhetik, Qualität und Wirtschaftlichkeit legen.



Die Brackets sind in den gängigen Systemwerten und unterschiedlichen Set-Varianten ab sofort über den OrthoDepot-Onlineshop (www.orthodepot.de) erhältlich.

Mit dem neuen „All-in-One“-Shop bietet OrthoDepot heute über 27.000 Produkte für die moderne Kieferorthopädie. Dabei stehen hochwertige Markenprodukte, attraktive Preise, eine einfache Online-Bestellabwicklung sowie eine besonders schnelle Lieferung im Mittelpunkt. So erhalten Praxen alles aus einer Hand – zuverlässig, wirtschaftlich und serviceorientiert.

OrthoDepot GmbH • www.orthodepot.de

Goldstandard der approximalen Schmelzreduktion

Die approximale Schmelzreduktion (ASR/IPR) ist ein bewährtes, minimalinvasives Verfahren zur Schaffung von Platz während kieferorthopädischer Behandlungen.



Bereits eine Schmelzreduktion von jeweils 0,15 mm an mehreren Approximalflächen kann insgesamt bis zu 1,2 mm Platz für kontrollierte Zahnbewegungen schaffen. Mit den neuen Intensiv-Ortho-Strips Central Gold wird die Schmelzreduktion jetzt noch effizienter, sicherer und präziser. Nach dem Öffnen der Kontaktpunkte mit dem Ortho-Strips-Opener (Orange) ermöglicht die Gold-Körnung (50 µm, mittel/grob) einen rascheren Schmelzabtrag und hinterlässt eine gleichmäßig feine Oberflächenstruktur. Anschließend wird der Schmelz mit dem Ortho-Strips-Polisher (gelb) poliert.

Das Intensiv IPR System folgt einem klar strukturierten Dreischritt-Konzept: 1. Öffnen der Kontaktpunkte mit dem Opener Orange, 2. Schmelzreduktion mit den Ortho-Strips Gold und gleichzeitig kontinuierliche Kontrolle der Distanzen in Kombination mit Intensiv IPR DistanceControl sowie 3. Politur mit dem Ortho-Strips-Polisher Gelb.

Das Intensiv IPR System kann während der DGKFO 2026 in Baden-Baden direkt am Intensiv-Messestand an Zahnmodellen getestet werden. Für weitere Informationen, Kommentare und Bestellungen bitte per E-Mail an customer.care@intensiv.ch.



Günter Smailus
CEO Intensiv SA
Swiss Dental Products
www.intensiv.ch

ANZEIGE



ZWP ONLINE

www.zwp-online.info/newsletter

Wir zeigen Zähne

#täglich
#unabhängig
#transparent



© deagreetz – stock.adobe.com

Wenn Brackets Spuren hinterlassen

White-Spot-Prävention als Bestandteil moderner KFO-Konzepte.



Festsitzende Apparaturen ermöglichen heute hochpräzise kieferorthopädische Behandlungen. Gleichzeitig stellen sie Patientinnen und Patienten vor besondere Herausforderungen bei der Mundhygiene. Brackets, Bögen und andere kieferorthopädische Elemente schaffen zusätzliche Retentionsstellen für Plaque und erschweren die effektive Reinigung der Zahnoberflächen. Die Folge können Demineralisationen des Schmelzes, sogenannte White-Spot-Läsionen, sein. Eine aktuelle Metaanalyse aus dem Jahr 2025 berichtet von einer White-Spot-Prävalenz bei kieferorthopädisch behandelten Patientinnen und Patienten von rund 55 Prozent.¹ Präventionsmaßnahmen sollten deshalb von Beginn an integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts sein.

White Spots sind mehr als ein ästhetisches Problem

White-Spot-Läsionen gelten als frühe klinische Zeichen einer Schmelzdemineralisation. Sie entstehen durch wiederholte

Säureangriffe auf die Zahnoberfläche und zeigen sich häufig als kreidig-weiße, opake Bereiche rund um Brackets und andere schwer zugängliche Areale. Dabei handelt es sich keineswegs nur um ein kosmetisches Problem. White Spots stellen die erste sichtbare Stufe einer kariösen Läsion dar. Werden sie nicht rechtzeitig erkannt oder präventiv verhindert, können sie sich zu manifesten Kariesläsionen entwickeln. Und auch nach erfolgreicher kieferorthopädischer Behandlung bleiben die Veränderungen häufig sichtbar und können das ästhetische Gesamtergebnis beeinträchtigen. Hierbei besonders relevant: Die ersten Schmelzveränderungen entstehen häufig bereits in den ersten Monaten der Behandlung. In einer klinischen Untersuchung wiesen 38 Prozent der Patientinnen und Patienten nach sechs Monaten mit festsitzender Apparatur mindestens eine White-Spot-Läsion auf. In der Kohorte mit zwölfmonatiger Behandlungsdauer lag der Anteil bei 46 Prozent.²

KFO-Patient/-innen als Risikogruppe

Die Entstehung von White Spots ist eng mit einer erhöhten Plaqueakkumulation verbunden. Festsitzende Apparaturen erschweren die tägliche Mundhygiene erheblich und begünstigen die Ansammlung kariogener Biofilme. Gleichzeitig befinden sich viele kieferorthopädische Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter. Obwohl sie zunehmend Verantwortung für ihre Mundhygiene übernehmen, werden schwer zugängliche Bereiche rund um Brackets und Bögen häufig nicht ausreichend gereinigt. Für die kieferorthopädische Praxis bedeutet dies: Kariesprävention sollte nicht als begleitende Maßnahme betrachtet werden, sondern als integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts. Ziel moderner Präventionsstrategien ist nicht die Behandlung bereits entstandener White Spots, sondern die Vermeidung von Demineralisationen von Beginn an.³

Prävention beginnt mit dem Einsetzen der Apparatur

Eine erfolgreiche White-Spot-Prävention basiert auf mehreren Bausteinen. Dazu gehören eine frühzeitige Mundhygieneinstruktion, regelmäßige Motivation der Patientinnen und Patienten, fluoridhaltige Zahnpasten sowie engmaschige Kontrollen während der gesamten Behandlungsdauer.

Ergänzend kann eine Intensivfluoridierung dazu beitragen, die Widerstandsfähigkeit des Zahnschmelzes gegenüber Säureangriffen zu erhöhen. Fluoride fördern die Remineralisation initial geschädigter Bereiche und unterstützen die Bildung einer säureresistenteren Zahnoberfläche. Systematische Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass topische Fluoridanwendungen zur Prävention von Demineralisationen und White-Spot-Läsionen während kieferorthopädischer Behandlungen beitragen können.⁴

Intensivfluoridierung als ergänzender Baustein

Ein bewährter Ansatz ist die regelmäßige Anwendung von elmex® gelée. Das hochkonzentrierte Fluoridgel enthält Aminfluorid und Fluorid in einer Konzentration von 12.500 ppm. Durch die intensive Fluoridierung wird die Remineralisation des Zahnschmelzes unterstützt und dessen Widerstandsfähigkeit gegenüber kariogenen Säuren erhöht.

Die Aminfluorid-Technologie zeichnet sich durch ihre gute Benetzung der Zahnoberfläche aus. Dadurch kann Fluorid effizient an den Zahnschmelz angelagert werden und zur Bildung eines Schutzdepots beitragen. Als Ergänzung zur täglichen Mundhygiene kann die Intensivfluoridierung insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Karies- und Demineralisationsrisiko einen zusätzlichen präventiven Nutzen bieten.

Praktischer Nutzen für die kieferorthopädische Praxis

Für Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden bietet die Intensivfluoridierung die Möglichkeit, Prävention strukturiert in den Behandlungsablauf zu integrieren. Sie ergänzt bestehende Maßnahmen der Mundhygienekontrolle und unterstützt eine in-

dividuelle Risikosteuerung während der gesamten Behandlungsdauer.

Besonders relevant ist dabei die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Mit elmex® gelée steht für die Intensivfluoridierung eine Maßnahme zur Verfügung, die bis zum 18. Lebensjahr verordnungs- und erstattungsfähig ist. Damit lässt sich Prävention nicht nur fachlich sinnvoll, sondern auch praxisnah in bestehende Versorgungskonzepte integrieren.

Fazit

White-Spot-Läsionen gehören zu den häufigsten unerwünschten Begleiterscheinungen kieferorthopädischer Behandlungen mit festsitzenden Apparaturen. Die hohe Prävalenz und das frühe Auftreten während der Behandlung verdeutlichen die Bedeutung einer konsequenten Prävention. Neben einer strukturierten Mundhygiene und regelmäßiger Motivation der Patientinnen und Patienten kann die Intensivfluoridierung ein wichtiger Baustein moderner Präventionskonzepte sein.

Ziel bleibt dabei, Demineralisationen gar nicht erst entstehen zu lassen und so das ästhetische und funktionelle Behandlungsergebnis langfristig zu sichern.



CP GABA GmbH
www.cpgabaprofessional.de

ANZEIGE



WERDEN SIE AUTOR*IN
KN Kieferorthopädie Nachrichten

Ihre Ansprechpartnerin:
Lisa Heinemann
l.heinemann@oemus-media.de
Tel.: +49 341 48474-326



OEMUS MEDIA AG

www.oemus.com

ATUA® Mini Brackets – bewährt im Praxisalltag, jetzt einfach kennenlernen

Mit dem ATUA®-Starterpaket erhalten interessierte Praxen die Möglichkeit, das Bracketsystem unkompliziert und zu attraktiven Konditionen kennenzulernen.

Die Wahl des passenden Bracketsystems ist eine langfristige Entscheidung. Neben einer präzisen Zahnbewegung spielen eine zuverlässige Verarbeitung, ein angenehmes Handling und hoher Patientenkomfort im Praxisalltag eine entscheidende Rolle.

Die ATUA® Mini Brackets von Ortho Organizers haben sich bereits in zahlreichen kieferorthopädischen Praxen bewährt. Durch ihr kompaktes Mini-Design bieten sie einen hohen Tragekomfort für Patienten, während die präzise gefertigte Slotgeometrie eine zuverlässige Drahtführung und kontrollierte Zahnbewegungen unterstützt. Integrierte Torque- und Angulationswerte sowie eine konturierte Bracketbasis sorgen für reproduzierbare Behandlungsergebnisse und eine sichere Haftung.

Erhältlich sind die ATUA® Mini Brackets in den Slotgrößen .018 und .022 sowie in den Systemen MBT und Roth. Gefertigt aus hochwertigem Edelstahl, überzeugen

gen sie durch ihre robuste Verarbeitung und eine gleichbleibend hohe Qualität.

Um interessierten Praxen die Möglichkeit zu geben, das System unter realen Praxisbedingungen kennenzulernen, bietet Ortho Organizers ein attraktives Starterpaket an. Dieses umfasst fünf Behandlungsfälle, von denen lediglich zwei berechnet werden. Ergänzend können acht Packungen NiTi-Rundbögen nach Wahl bestellt werden, wobei ebenfalls nur vier Packungen berechnet werden. Das Starterpaket mit fünf Fällen ATUA® Mini Brackets und acht Packungen NiTi-Rundbögen ist für insgesamt 36 Euro erhältlich. So können Praxen das System im eigenen Workflow testen und sich auf Basis praktischer Erfahrungen ein Bild von den ATUA® Mini Brackets machen.

Das Angebot richtet sich an Praxen, die bisher noch nicht mit den ATUA® Mini Brackets arbeiten, und ist einmalig pro Praxis erhältlich.



Unser Starterpaket zum Testen**

ATUA BRACKETS:
5 FALL BESTELLEN - NUR 2 BEZAHLEN.
FÜR 24,40 €

+ NITI RUND-BÖGEN:
8 PACK NACH WAHL* BESTELLEN -
NUR 4 BEZAHLEN.
FÜR 11,60 €

*Das Angebot bezieht sich auf Bögen des Herstellers IMD
**Angebot nur für Kunden, die das Bracket noch nicht kennen

**8 PACK BÖGEN + 5 FALL BRACKETS
= 36,00 €**

Angebot gilt nur einmal pro Praxis.

World Class Orthodontics • www.ortho-organizers.de

Sonderaktion zur DGKFO-Jahrestagung

dentalline wartet mit attraktiven Preisnachlässen auf und präsentiert zahlreiche Produktneuheiten.

Ob bewährte Lösungen oder innovative Neuheiten: Im Rahmen seiner aktuellen Sonderaktion anlässlich der DGKFO-Jahrestagung in Baden-Baden stellt dentalline nicht nur seine Produkthighlights vor. Der Dentalanbieter mit umfassendem Sortiment wartet zudem mit attraktiven Einkaufskonditionen auf.

Zero Corrector™

Für die Klasse II-/III-Okklusionskorrektur steht der neue Zero Corrector™ von RMO® zur Verfügung. Dieser punktet mit einem durchdachten biomechanischen Design, das sich im Vergleich zu anderen Geräten in signifikanten Details unterscheidet. Der Zero Corrector™ verfügt z. B. über eine gingival erhöhte Stegposition zum verbesserten Kraftansatz, ein perfekt konturiertes Eckzahnpad mit integriertem Haken oder eine Molarenpad-Basis in Schmet-

terlingsform. Die Apparatur wird zu Therapiebeginn eingesetzt, bevor frei wählbare Aligner oder Bracketsysteme zum Einsatz kommen.

TELESCOPIC ADVANCER DUAL M2

DE-exklusiv bietet dentalline den neuen TELESCOPIC ADVANCER DUAL M2 von Leone an. Der Nachfolger des beliebten Schnarchtherapiegeräts mit Zweifach-Aktivierungsoption bietet eine größere Innengewindeschraube, ist widerstandsfähiger und weist noch bessere mechanische Eigenschaften auf.

bmx® I PLUS Gaumennahtspreizer

Eine neue Minischrauben-verankerte GNE-Apparatur wird mit dem bmx® I PLUS Gaumennahtspreizer von PSM Medical gezeigt, dessen Innovationen DE/A-exklusiv von dentalline vertrieben werden. Herzstück des Geräts ist

eine für den digitalen Workflow designte Doppelteleskopschraube, die durch ihr optimales Verhältnis von Größe und Dehnweg bestens zur Gaumennahterweiterung geeignet ist, auch bei schmalem Oberkiefer.

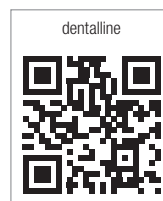
BT2 & ACTIVA

Zwei innovative Neuheiten werden mit dem BT2 Tiefbiss-Korrektor und ACTIVA Aktivator für Druckfedern vorgestellt. Der auf die Innenflächen der oberen mittleren Schneidezähne zu klebende BT2 ist ein palatinaler Aufbiss, der aufgrund seines speziellen Designs mit patentierter Krümmung zur effektiven Behandlung ausgeprägter skelettaler Tiefbisse eingesetzt wird. Bei ACTIVA handelt es sich um ein cleveres Tool zur Reaktivierung von Druckfedern. Statt auf den Bogen gekrimpt zu werden, wird es um diesen herum positioniert, sodass die Gleitbewegungen erhalten bleiben.

Neben diesen Neuheiten wird dentalline am **Stand EG-54** zahlreiche weitere Innovationen präsentieren, z. B. die Key-Ties™ und Opti-Ties™ Ligaturen von RMO®, Hartmetall-Finierer mit Spezialbeschichtung, pastenlose Prophylaxepolier, die sterilisierbaren ASR-Strips 2.0 von Oscident, das blue®m Aligner Care Essential Kit, etc. Und natürlich ist dentalline's Bestseller-SL-Bracket PT K dabei, das durch sein hochpräzises, flexibles Design schon viele überzeugt hat.

Die Sparangebote der dentalline-Sonderaktion zur DGKFO gelten bis 30. Oktober 2026.

dentalline GmbH & Co. KG
www.dentalline.de



Zur DGKFO-Jahrestagung in Baden-Baden wartet dentalline mit zahlreichen Produktneuheiten auf. Im Rahmen einer bereits gültigen Sonderaktion können Praxen und Labore bis 30. Oktober 2026 von attraktiven Preisnachlässen profitieren.

KN Impressum

Verlagsanschrift

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

Herausgeber

Torsten R. Oemus

Vorstand

Ingolf Döbbecke
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Torsten R. Oemus

Chefredaktion

Katja Kupfer
Tel.: +49 341 48474-327
kupfer@oemus-media.de

Redaktionsleitung

Lisa Heinemann, B.A.
Tel.: +49 341 48474-326
l.heinemann@oemus-media.de

Fachredaktion Wissenschaft

Prof. Dr. Axel Bumann (V.i.S.d.P.)
Tel.: +49 30 200744100
ab@kfo-berlin.de

Projektleitung

Stefan Reichardt (verantwortlich)
Tel.: +49 341 48474-222
reichardt@oemus-media.de

Produktionsleitung

Gernot Meyer
Tel.: +49 341 48474-520
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition

Lysann Reichardt (Anzeigendisposition/-verwaltung)
Tel.: +49 341 48474-208
Fax: +49 341 48474-190
l.reichardt@oemus-media.de

Abonnement

abo@oemus-media.de

Art Direction

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

Grafik

Josephine Ritter
Tel.: +49 341 48474-144
j.ritter@oemus-media.de

Druck

Dierichs Druck+Media GmbH & Co. KG
Frankfurter Straße 168, 34121 Kassel

Die KN Kieferorthopädie Nachrichten erscheint regelmäßig als Monatszeitung. Bezugspreis: Einzel exemplar: 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 75,- € ab Verlag inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: +49 341 48474-0. Die Beiträge in der KN Kieferorthopädie Nachrichten sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlages. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. 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 Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. 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.

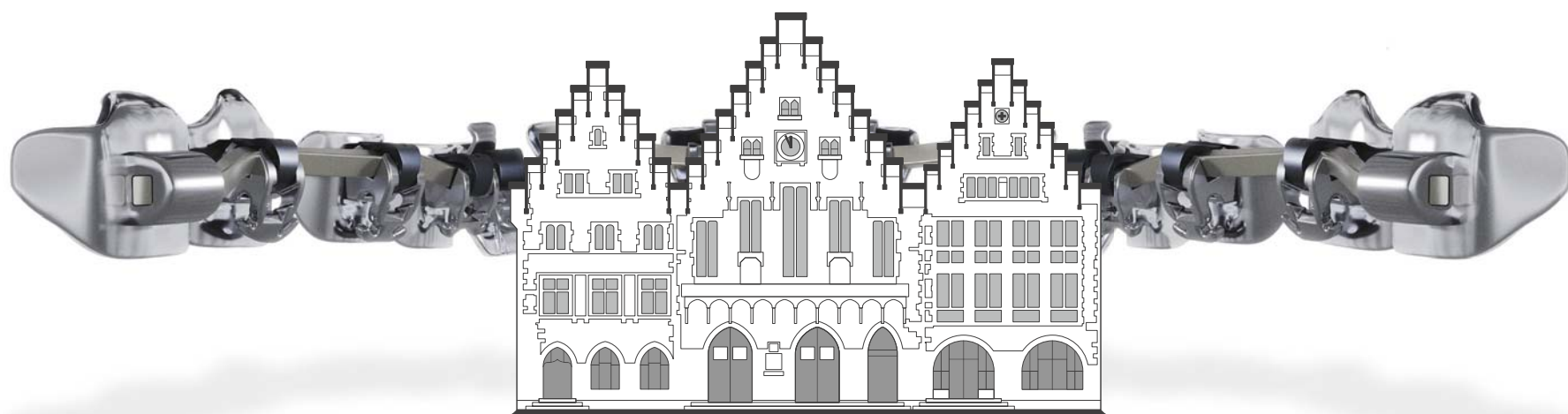
Einsatz von KI: Unsere Redaktion schreibt für Menschen, von Menschen. Wir nutzen künstliche Intelligenz unterstützend, zum Beispiel für Recherche, Transkriptionen oder Entwürfe. Alle veröffentlichten Inhalte werden jedoch von qualifizierten Redakteurinnen und Redakteuren erstellt, überprüft und auf Fakten kontrolliert. Fachjournalistische Verantwortung und Qualität stehen für uns an erster Stelle.

www.kn-aktuell.de

KN als E-Paper



MOVE TO
WW
KURSE



FRANKFURT AM MAIN

WIN ZERTIFIZIERUNGSKURS international

Für Einsteiger
Mit praktischen Übungen am Typodonten · inkl. WIN V-SL

WIN ANWENDERTREFFEN deutsch + international

+ ABO CRE-Score Kurs für deutsche Hochschulen
Referenten: Dr. Patrick F. Foley DDS, MSD · Dr. Yann Janssens

13.–14. NOVEMBER 2026

DIRK WIECHMANN

HILTON FRANKFURT CITY CENTRE

ENGLISCH



4.–5. DEZEMBER 2026

DIRK WIECHMANN

HILTON FRANKFURT CITY CENTRE

DEUTSCH/ENGLISCH



Jetzt direkt anmelden

Alle Kurse unter: course.lingualsystems.de



DW Lingual Systems GmbH