



## Christian Berger, Kempten

Präsident des BDIZ EDI • Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

**Im Herbst 2007** hat die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Neuorientierung der postgradualen Fort- und Weiterbildung beschlossen. Diese Weichenstellung, die auch Auswirkungen auf die dentale Implantologie haben wird, ist notwendig, um angesichts der bevorstehenden Entwicklung gewappnet zu sein. Obwohl nicht für geregelte Studiengänge wie die Zahnmedizin gedacht, will die deutsche Politik die europäische Hochschulreform (Stichwort: Bologna-Prozess) auch in Medizin und Zahnmedizin „umsetzen“. Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen in den EU-Mitgliedsstaaten müssen sich danach bis spätestens 2010 neu organisieren und die Studiengänge in zweistufige Systeme mit Bachelor- und Master-Abschlüssen überführen. Die Zahnärzteschaft reagiert aber auch auf die von der EU-Kommission vorgelegte eigene Dienstleistungs-Richtlinie für den Gesundheitsbereich. Bereits für 2008 will der zuständige Kommissar Marcos Kyprianou erreichen, dass EU-Mitgliedsstaaten in die Pflicht genommen werden können, insbesondere die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Dienstleistungen auf dem Gesundheitssektor liberaler zu regeln.

Freiwillig und selbstbestimmt soll die zahnärztliche Fort- und Weiterbildung weiterentwickelt werden, heißt es in dem Beschluss der BZÄK. Zukünftige Systeme im Bereich der postgra-

dualen Fortbildungs- und Weiterbildung sollen möglichst liberal und flexibel sein. Basierend auf dem Bologna-Prozess kommen für die Zahnmedizin nur weiterbildende postgraduale Master-Qualifikationen infrage, die grundsätzlich sowohl in Vollzeit als auch berufsbegleitend erworben werden können. Jetzt ist es an der Zeit darüber nachzudenken, wie das künftige Programm modularisiert werden soll. Durch das momentan verwirrend große Angebot von Masterstudiengängen – unterschiedlichster Qualität und Provenienz – verwischt derzeit zunehmend die klare Trennung von Fort- und Weiterbildung. Schwerpunkte, Spezialisierung, Mastergrade, Tätigkeitsschwerpunkte und Fachzahnarztqualifikationen machen für den Patienten die tatsächliche Qualifizierung nicht mehr deutlich. Aber auch der Zahnarzt steht vor einer unübersehbaren Fülle von Angeboten. Für ihn wird es ebenfalls schwierig, seiner Situation und der Bedarfslage seiner Praxis angemessene Qualifizierungsangebote auszuwählen. Die Bundeszahnärztekammer hat mit der Verabschiedung des „Modularen Systems der postgradualen Fort- und Weiterbildung“ von BZÄK, DGZMK und VHZMK einen ersten Schritt hin zu mehr Transparenz vollzogen. Die Staatsexamens-Abschlüsse in Deutschland sowie bereits vorhandene Weiterbildungsgänge mit Fachzahnarzt-Abschluss bieten sich dazu an, den Fort- und Weiterbildungsbereich in einem

gemeinsamen, modularen System zu gestalten. Angestrebt werden Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualifizierungsangeboten und erworbenen Qualifikationen. Ziel des Modells ist es, eine wechselseitige durchlässige Anrechenbarkeit in der postgradualen Fort- und Weiterbildung zu regeln, wobei die klassische Weiterbildung erhalten bleiben soll. Der „Fachzahnarzt“ soll als höchste Stufe der postgradualen Qualifizierung nicht nur erhalten, sondern weiter gestärkt werden. Darauf lässt sich aufbauen. Auch der BDIZ EDI wird sich mit dem Thema Masterstudiengang beschäftigen und wahrscheinlich noch 2008 gemeinsam mit der Universität Köln einen eigenen europäischen „Master of Implantology“ anbieten und dabei dem Wunsch der Mitglieder des BDIZ EDI nach einer Qualifikation mit großem praktischen Anteil entsprechen. Natürlich müssen zahnärztliche Leistungen und zahnärztliche Qualifikationen bezahlbar bleiben, sie müssen aber auch bezahlt werden. Ordentliche Leistung muss ordentlich honoriert werden. Für 2008 ist die Vorlage einer neuen GOZ durch das Ministerium geplant. Alles was bisher zu hören und zu lesen war, lässt für die Implantologie nichts Gutes hoffen. Der BDIZ EDI wird sich so gut und so weit er kann in die Beratung der neuen GOZ einbringen, seine Mitglieder frühzeitig und kompetent informieren und seine Publikationen wie das Abrechnungshandbuch in Kürze überarbeitet vorlegen.



## Dr. Dr. Hans-Peter Ulrich, Lübeck

Präsident der DGMKG • Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.

**Die Konferenz der** implantologischen Praktiker innerhalb der DGMKG hat ein eindeutiges Votum für sichere und gesicherte Verfahren ergeben und zugleich ihr hohes fachliches Engagement bekräftigt.

Planung, Eingliederungsoperation, chirurgische Lagerkonditionierung und Weichteilmanagement stellen hohe Anforderungen an die chirurgische Kompetenz. Praxistauglichkeit, Langzeiterfolg, geringe Sekundärmorbidität und somit Verlässlichkeit und Vorhersagbarkeit stehen bei der Wahl implantologischer Konzepte eindeutig im Vordergrund. Die bislang nachgewiesenen hohen Langzeiterfolge beziehen sich ausschließlich auf konservative Therapieprotokolle mit Spätimplantation, Spätbelastung und längerer Einheildauer.

Die Effektivität von „Innovationen“ bedarf einer kritischen Relativierung unter dem Aspekt des klinischen Langzeiterfolges und nicht unter Marketinggesichtspunkten.

Beschleunigte Verfahren von Früh- oder Sofortbelastung werden daher, abgesehen von der Anwendung im Bereich des interforaminalen Unterkiefers, zurückhaltend beurteilt. 3-D-Diagnostik und CT-gestützte Planungsverfahren sind hilfreich und können in partnerschaftlicher Kooperation mit Prothetikern ästhetische Versorgung vereinfachen und Versorgungsstrategien an das effektiv nutzbare Knochenangebot anpassen.

Bei günstigen Voraussetzungen sind minimal-invasive Techniken oder die transgingivale Einbringung möglich. Trotz Navigationschirurgie

und stereolithografischer Schablonentechnik dominieren bei der Planung und Implantateingliederung der chirurgische Sachverstand und die einwandfreie Umsetzung der operativen Maßnahmen an Knochen und Weichteilen.

Nach über 30-jähriger Erfahrung mit enossalen Implantaten stehen neben der erheblich erweiterten Indikationsbreite auch die Beherrschung der periimplantären Erkrankungen zur Diskussion. Klinisch manifeste Entzündungen zeigen sich häufig erst nach einer Verweildauer von sieben bis zehn Jahren. Dabei ist davon auszugehen, dass die Oberflächengestaltung für die Manifestation und das Fortschreiten von Lager-schäden einen wesentlichen Teilfaktor darstellen wird.