



konkret

Journal für die implantologische Praxis



Digitalisierung in der Zahnmedizin

Appell an Patienten
**Paro-Behandlungen
jetzt starten**

Seite 10

EU-Medizinprodukteverordnung
**Warten ist keine
Option**

Seite 46

Änderungen bei Arbeitsverträgen
**Das neue
Nachweisgesetz**

Seite 58

© peach_adobe - stock.adobe.com

Geistlich Bio-Oss Pen[®]

Bekannt, geschätzt
... und jetzt noch besser!

Kolben

Geringere Fertigungstoleranzen erlauben präzisere Stempelführung.

Schutz- und Filterkappe

Sicheres Abschrauben durch größeren Abstand zwischen Schutz- und Filterkappe.

Fingerauflage

Für noch mehr Kontrolle durch sicherere Führung des Kolbens.



Geistlich Biomaterials

Vertriebsgesellschaft mbH
Schöckstraße 4 | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9624-10
info@geistlich.de | www.geistlich.de

Bitte senden Sie mir die Broschüre zu:

- Produktkatalog
- Flyer Meta Technologies wird ein Teil der Geistlich Familie

Flaschengeist Budgetierung



Liebe Leserinnen und Leser,

diese Redensart ist das Leitmotiv aller Skeptiker: Trau, schau, wem! Schenke niemandem leichtfertig Vertrauen. Leider markiert sie traditionell das Verhältnis der deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte zu „ihren“ jeweiligen Bundesgesundheitsministern – oder -ministerinnen.

Zur direkten Konfrontation kommt es meist während der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer im Herbst. Soll man den Minister beklatschen oder ausbuhen? Die rhetorisch geschulten Politprofis wissen, wie sie das Auditorium für sich einnehmen können. Es wird gelobt: die hervorragende Arbeit der Ärzte und Zahnärzte an ihren Patienten, das hohe Vertrauen, das sie als Behandler genießen, die tollen Erfolge in der Mundgesundheit der deutschen Kinder. Und schon ist sie weg, die Beißhemmung.

Mit dem aktuellen Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach wird es sich ähnlich verhalten – allerdings ist fragwürdig, ob er zur Bundesversammlung kommt, die in diesem Jahr Anfang November in München stattfinden wird. Karl Lauterbach genießt inzwischen ähnliche „Sympathiewerte“ wie einst Amtsvorgänger Jens Spahn. Die niedergelassenen Gesundheitsberufe haben den SPD-Politiker schon immer mit Skepsis betrachtet, wegen seiner Forderungen nach der Bürgerversicherung. Jetzt ist der Beliebtheitsgrad in Bezug auf sein Pandemie-Management in den Keller gestürzt.

Aktueller Stein des Anstoßes ist ein neues Kostendämpfungsgesetz: das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG), mit dem Lauterbach die durch die Pandemie klamm gewordenen gesetzlichen Krankenversicherungen „stabilisieren“ will. Ärzte und Zahnärzte gehen auf die Barrikaden – zumindest sinnbildlich. Während die Ärzteschaft die Abschaffung der sogenannten Neupatientenregelung heftig kritisiert, die es Arztpraxen ermöglicht, neue Patienten ohne Vergütungsabzug, zum eigentlich mit den Krankenkassen vereinbarten Honorar, zu behandeln, lässt der Bundesgesundheitsminister die „Budgetierung“ der vertragszahnärztlichen Leistungen als wiedererwachten Flaschengeist für die

Zahnärzte entweichen. Die Empörung macht sich in Unterschriftenaktionen Luft. Persönliche Protestnoten von Zahnärzten aus allen Bundesländern erreichen zu Tausenden das BMG.

Die neuerlich geplante Budgetierung wird nicht nur von den Zahnärzte-Funktionären als besonders hinterhältig empfunden, weil erst vor einem Jahr mit großem Tamtam unter Beteiligung von BMG und G-BA die systematische Parodontalbehandlung mit neuen BEMA-Leistungen und entsprechend der PAR-Richtlinie eingeführt wurde. Das hochgelobte, langfristig angelegte Präventionskonzept liegt also, kaum ein Jahr alt, im Sterben, weil die begrenzten Mittel für den hohen Behandlungsbedarf bei Weitem nicht ausreichen.

Eigentlich ist das GKV-FinStG nicht unbedingt Thema des BDIZ EDI. Der Verband steht jedoch an der Seite von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und liefert einen aus fachlicher Sicht guten Grund, gegen das geplante Kostendämpfungsgesetz bzw. die Budgetierung vorzugehen. Unbehandelt verursacht die Parodontitis Zahnverlust und steht im Zusammenhang mit schweren Allgemeinerkrankungen im Bereich Herz-Kreislauf und Diabetes mellitus. Der BDIZ EDI appelliert entsprechend an die Patientinnen und Patienten, „bei Zahnfleischbluten die Paro-Behandlung noch in diesem Jahr zu beginnen“, solange „unbegrenzt“ Geld zur Verfügung steht!

Wer sich empört und als Zahnarzt und Patient betroffen ist, sollte etwas tun: Für die Petition gegen das neue Gesetz unterschreiben. Informationen in dieser Ausgabe!

Anita Wuttke
Chefredaktion



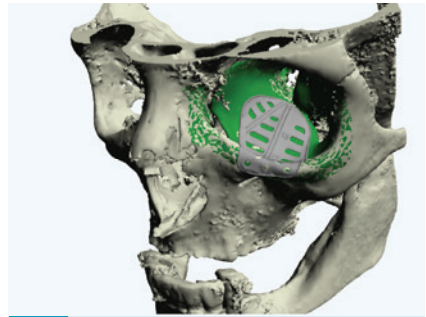
8

Analyse des GKV-FinStG:
Eine finstere Angelegenheit



24

Ein Verband mit Perspektiven:
Mitgliederversammlung
des BDIZ EDI



71

KI in der Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets

Aktuell

BDIZ EDI-Webinare im Überblick	6
Eine finstere Angelegenheit: Analyse des GKV-FinStG	8
Appell an Patienten: Noch in diesem Jahr Paro-Behandlung starten	10
Online Petition: 50.000 Unterschriften notwendig	14
Rückblick 32. Gutachterkonferenz: Wie hätten Sie sich entschieden?	16
Curriculum Implantologie: Gratulation an die Absolventen	18
24. Curriculum Implantologie	20
Rückschau	22
Vorschau	23
Mitgliederversammlung des BDIZ EDI in Frankfurt am Main: Ein Verband mit Perspektiven	24
18. Expertensymposium – Save the Date	28
BDIZ EDI startet Kombikurs: DTV/Strahlenschutz	30
Der BDIZ EDI gratuliert	32
31. Internationales Expertensymposium auf Fuerteventura	34
Zahnärzte im deutschen Kinofilm – Teil 2	38
Wussten Sie schon, ...	44

Aktuell Europa

Ziele des CED-Präsidenten: Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg bezieht Stellung für den Council of European Dentists	45
Warten ist keine Option: EU-Medizinprodukteverordnung (MDR)	46
BDIZ EDI bietet Formulare zur MDR zum Download	48
EuGH-Urteil: Spannungsfeld zwischen Antikorruption und Datenschutz	52
News-Ticker	54
Erste europäische Paro-Leitlinie auf der EUROPERIO vorgestellt	56

Abrechnung und Recht

Änderungen bei Arbeitsverträgen	58
---------------------------------	----

Fortbildung

Digitale Unterstützung durch Simulation – Bisslageänderungen beim parodontal geschädigten Zahnsystem Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Steffen Kistler, Dr. Ingo Frank, Jacqueline Meier, ZTM Siegfried Weiß, Dr. Frank Kistler und Prof. Dr. Günter Dhom	66
KI in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets	71

Events

Permadental: on-ship 2022 Münchener Forum für Innovative Implantologie	76
ESCI-Kongress 36. DGI-Kongress	77

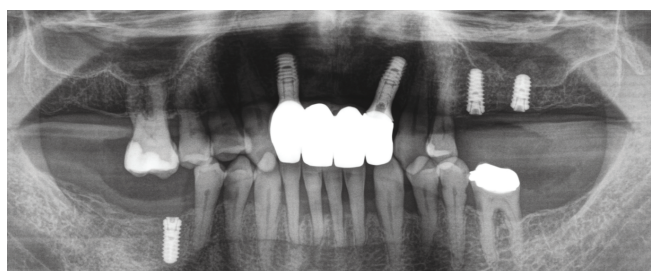
Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	78
---	----

Termine und Mitteilungen

Termine und Impressum	82
-----------------------	----

Hinweis: Die Redaktion des BDIZ EDI konkret verwendet aufgrund der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum. Im Sinne der Gleichbehandlung sind alle Geschlechter gemeint.



Fachbeitrag Prof. Dr. Jörg Neugebauer

EXZELLENZ IN DER
SOFORTVERSORGUNG

Straumann® TLX Implantatsystem Legendäres Tissue Level trifft auf Sofortversorgung.



FÜR SOFORTVER- SORGUNGSPROTO- KOLLE AUSGELEGT

Vollkonisches Implantat-
design für optimierte
Primärstabilität.



ERHALT DER PERIIMPLANTÄREN GESUNDHEIT

Geringeres Risiko einer
bakteriellen Besiedelung
und optimierte
Reinigungsfähigkeit.



EINFACHHEIT UND EFFIZIENZ

Dank des einzeitigen
Verfahrens mit einer
Versorgung auf Weich-
gewebeniveau kann die
Behandlungszeit effizienter
genutzt werden.

Das Design des Straumann® TLX Implantats berücksichtigt die biologischen Schlüsselprinzipien der Hart- und Weichgewebeheilung. Durch die Verlagerung der Implantat-Sekundärteil-Schnittstelle weg vom Knochen ist das Risiko für Entzündungen und Knochenresorption signifikant reduziert.

Informieren Sie sich bei Ihrem zuständigen Straumann Kundenberater oder besuchen Sie unsere Website unter www.straumann.de/tlx

Literatur auf der Website www.straumann.de/tlx

A0025/de/A/00 06/21

ONLINE SEMINAR

© Mathias Rosenthal - stock.adobe.com

Der BDIZ EDI informiert 2022

Die Webinare im Überblick

Einige der Webinare aus der Serie „Der BDIZ EDI informiert 2022“ waren und sind so aktuell, dass wir sie an dieser Stelle nochmals zur Verfügung stellen. Auf dem YouTube-Kanal des BDIZ EDI (BDIZ EDI Implantologie) können Sie erstmals oder nochmals in Ruhe angesehen werden. Dazu scannen Sie bitte jeweils den QR-Code.

Christian Berger, Präsident BDIZ EDI,
Präsident BLZK

Wege aus dem GOZ-Dilemma 1 – so geht's: Analogberechnung der PAR-Leistungen in der GOZ

Die PAR-Richtlinie wurde 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Jetzt gibt es im BEMA neue Leistungen für die systematische Parodontitis-Therapie. Leider werden die GOZ-Gebührensätze im Kapitel E (Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) den Leistungen der neuen Richtlinie im BEMA nicht gerecht, da sie nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard darstellen. Im Vortrag wird der neue Lösungsansatz, den die BDIZ EDI-Tabelle 2022 erstmals darstellt, vorgestellt: die Analogisierung der gesamten PAR-Behandlungstrecke mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für vergleichbare Leistungen ein vergleichbares Honorar bezahlen.



Kerstin Salhoff, Abrechnungsexpertin
der GOZ-Hotline des BDIZ EDI

Wege aus dem GOZ-Dilemma 2 – PAR-Analogleistungen sicher umgesetzt: auswählen, anlegen, abrechnen

Die BEMA-Abrechnung von PAR-Leistungen nach der S3-Leitlinie haben sich im Praxisalltag integriert. Aber wie sieht es in der GOZ aus? Eine Translation in die GOZ scheitert daran, dass die veraltete GOZ die Leistungen der PAR-Versorgungstrecke nicht enthält. Für alle Patienten, unabhängig vom Versichertenstatus, ein Behandlungskonzept zu integrieren, kann nur gelingen, wenn die Berechnung der neuen Leistungen auf dem anlogischen Wege vorgenommen wird. Die Umsetzung wird im Webinar von Kerstin Salhoff gezeigt.



Kerstin Salhoff

Aus HKP wird EBZ – das neue Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

Das neue „Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren“ (EBZ) soll Praxen und Krankenkassen gleichermaßen bei der Verwaltung entlasten und dem Patienten eine schnelle Inanspruchnahme der genehmigungspflichtigen zahnärztlichen Behandlungen ermöglichen, sofern die Technik digitale Behandlungspläne übermitteln kann. Pilotpraxen testen bereits seit Januar. Ab 01.07.2022 gelten die Änderungen für alle Praxen.

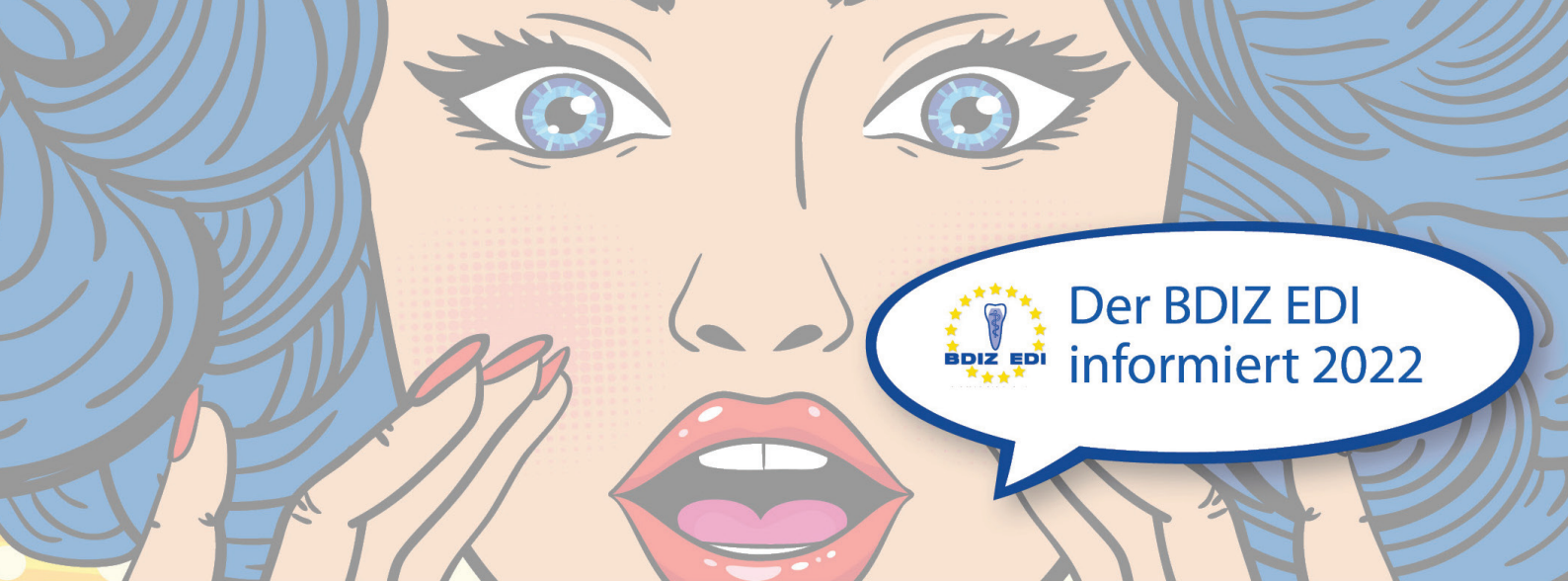


Info

Für Mitglieder stehen fast sämtliche Webinare 2021 und 2022 nochmals zum Ansehen zur Verfügung unter: <https://bdizedi.org/seminar-archiv/>

Das aktuelle Programm erhalten Sie unter: <https://bdizedi.org/seminare/>

AWU



Online-Fortbildungsprogramm im 2. Halbjahr 2022

20.09.2022, 19 Uhr

Die Begründung zahnärztlichen Handelns vor Gerichten
Referent: Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Justiziar des BDIZ EDI
2 Fortbildungspunkte

27.09.2022, 13 Uhr

Update GOZ 2022: News und Tipps
zu Leistungen aus dem Praxisalltag
Referentin: Kerstin Salhoff, Nürnberg
2 Fortbildungspunkte

Im Oktober 2022

Köln ABC-Risiko-Score 2022 - so bewerten Sie die
anstehende Implantatbehandlung richtig
Referent: Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg
2 Fortbildungspunkte

Im Oktober/November 2022

Weichgewebsmanagement für den
langfristigen Implantaterfolg
Referent: Prof. Dr. Stefan Fickl, Universität Würzburg
2 Fortbildungspunkte

→ Im Oktober/November 2022

Parodontologie, Implantologie und Ernährung
Referent: Dr. Maximilian Gärtner, Zahnarzt und
Ernährungsexperte
2 Fortbildungspunkte

→ Im November 2022

PRF als autologe Komponente zur Unterstützung der
Eigenregeneration in der Implantologie
Referent: Prof. Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati, Uni Frankfurt
2 Fortbildungspunkte

→ 13.12.2022, 19 Uhr

Rechtsprechungs-Update Zahnarztrecht
Referent: Prof. Dr. Thomas Ratajczak
2 Fortbildungspunkte



Kerstin Salhoff
Christian Berger
Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Prof. Dr. Stefan Fickl
Dr. Maximilian Gärtner

Die Seminarreihe „Der BDIZ EDI informiert!“ bildet das breite Spektrum der BDIZ EDI-Arbeit ab – von A wie Abrechnung bis Z wie zahnärztliche Dokumentation. Teilnehmende Mitglieder der Online-Seminare erhalten nach den speziell gekennzeichneten Vorträgen gegen Gebühr auch das Skript zugesandt. Termin verpasst? Jetzt den Newsletter über unsere Webseite abonnieren: www.bdizedi.org

Die Fortbildungspunkte werden gemäß den Leitlinien für Fortbildung von BZÄK, DGZMK und KZBV vergeben.

Die Online-Seminare sind kostenfrei für Mitglieder. Nichtmitglieder zahlen bitte 50 Euro. Jetzt Mitglied werden und von den tollen Seminarangeboten profitieren!



Anmeldung unter:
www.bdizedi.org/seminare





Analyse des GKV-FinStG

Eine finstere Angelegenheit

Man kann nicht behaupten, dass die Mitarbeiter des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) nicht rührig oder nicht pfiffig sind. Aber vielleicht sind sie auch mit schrägem Humor ausgestattet. Es dürfte kein Zufall sein, dass in der seitens des BMG gewählten Abkürzung für den bei Abfassung dieses Beitrags als Gesetzentwurf vom 05.08.2022 (BR-Drs. 366/22) vorliegenden, relativ bescheidene 76 Seiten umfassenden „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) die Abkürzung „GKV-FinStG“ gewählt wurde und darin bei unbefangener Lektüre das Wort „finster“ angedeutet wird.

„Finstern“ eignet sich durchaus als Charakterisierung der Ambitionen des GKV-FinStG. Noch selten wurde so unverhohlen seitens des Gesetzgebers der Versuch gemacht, den ambulanten zu Gunsten des stationären Sektors zu benachteiligen. Unter anderem deshalb ist das GKV-FinStG einer näheren Betrachtung wert.

Viele Eckpunkte des GKV-FinStG sind bereits bekannt und als Aufreger schon auf der Basis der Referentenentwürfe diskutiert worden. Bei den Ärzten ist es vor allem die Re-Budgetierung der durch das Terminservice-Versorgungsgesetz (TSVG) entbudgetierten Neupatienten. Erwartet werden dadurch Minderausgaben „in einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag“ (BR-Drs. 366/22, S. 5, 22).

Bei den Zahnärzten geht es um die Begrenzung des Anstiegs der Punktwerte (außer für Zahnersatz) für das Jahr 2023 auf höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte und für das Jahr 2024 höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einkommen im jeweiligen Jahr (§ 85 Abs. 2d SGB V-E) und zugleich die Begrenzung der Veränderungsrate der zahnärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 2023 auf höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate und für das Jahr 2024 auf höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einkommen

im jeweiligen Jahr (§ 85 Abs. 3a Satz 1 SGB V-E). Erwartet werden dadurch Minderausgaben für das Jahr 2023 in Höhe von rund 120 Millionen Euro und im Jahr 2024 in Höhe von rund 340 Millionen Euro (BR-Drs. 366/22, S. 6, 22). Das sind angesichts von Stand Ende 2020 47.697 Vertragszahnärzten immerhin 2.516 bzw. 7.128 €/Jahr – und das in Zeiten stark steigender Allgemeinkosten für Hygiene, Energie, Gehälter usw.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass die Vergütung für IP-Leistungen nach § 22 SGB V, für Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (§ 23a SGB V) und für bestimmte Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V) von der Begrenzung ausgenommen werden sollen (§ 85 Abs. 2c Satz 3 SGB V-E).

Zahnärzte überproportional belastet

Setzt man die Zahl der Vertragszahnärzte zur Zahl der Vertragsärzte (2021 ohne Psychologische Psychotherapeuten: 152.028) in Bezug, dann braucht man keinen Taschenrechner, um zu erkennen, dass die Zahnärzteschaft durch das GKV-FinStG überproportional belastet werden soll.

Große Sparmaßnahmen sind auch für den Arzneimittelbereich vorgesehen. Man erhofft sich davon Milliarden an Minderaus-

gaben. Abgebaut werden soll auch das Finanzpolster der gesetzlichen Krankenkassen.

Für den Krankenhausbereich wird dagegen nur vorgegeben, dass ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Das ist angesichts des bekannten und sich stetig verschlimmernden Problems, für den Krankenhausbereich überhaupt qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, entweder Ausfluss gesetzgeberischer Ignoranz gegenüber den Tatsachen des Pflegebereichs oder aber ein Alibi-versuch, um anzudeuten, der Krankenhausbereich müsse im GKV-FinStG irgendwie auch einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten.

Im Kern richtig ist die Feststellung des BMG, dass die Ausgabenzuwächse auch während der Corona-Pandemie weiterhin teils deutlich über vier Prozent pro Jahr liegen und „auch in den kommenden Jahren vor allem vom medizinisch-technologischen Fortschritt und der demografischen Alterung sowie steigenden Löhnen insbesondere aufgrund des Fachkräftemangels geprägt sein“ dürften. Diese Lücke würde nach Annahme des BMG zwischen Einnahmen und Ausgaben jedes Jahr zu einem Anstieg des Zusatzbeitragssatzes von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten führen (BR-Drs. 366/22, S. 1, 15).

Eigenbeteiligung wäre ein sinnvolles Instrument

Wie wäre es denn, wenn man wieder über die Dämpfung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nachdächte und statt der „Alles umsonst“-Mentalität Eigenbeteiligungen als Steuerinstrumente anpackte? Die Zahnärzteschaft hat es vorgemacht, dass man mit solchen Instrumenten nicht dazu kommt, die „Armen an ihren Zahnlücken“ erkennen zu können, wie der Vorwurf damals gelautet hatte.

Man könnte an vielen Stellen ansetzen, etwa dem flächendeckenden Missbrauch der Notfallversorgung als Tag- und Nachtsprechstunde. Viel Geld ließe sich sparen, würde der Gesetzgeber bei den Dokumentationspflichten eingreifen und diese auch mit Wirkung für die Haftungsrechtsprechung zurückfahren. Dann würde sehr viel Behandlungskapazität frei, die jetzt mit dem Ausfüllen von Formularen und anderem mehr vergeudet wird.

Stückwerk bei der Digitalisierung

Noch mehr ließe sich sparen, wenn es endlich eine einheitliche Konzeption von Digitalisierung im Gesundheitswesen gäbe, mit einheitlicher Datenerfassung und -nutzung. Die bisherigen Ansätze im DVG (Digitale-Versorgung-Gesetz – 2019) und DVPMG (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz–2021) sind Stückwerk, dem keine in sich konsistente Vorstellung eines

digitalen Gesundheitswesens zugrunde liegt. Das aktuelle Tohuwabohu um den Konnektorenaustausch für die Telematikinfrastruktur stellt die Kompetenz der entscheidungsbefugten Behörden infrage.

Eine elektronische Patientenakte nützt nur, wenn sie vollständig ist. Opt-out und Opt-in sind kostenträchtige Irrwege, an deren Ende der konkrete Patient zu Schaden kommt. Wenn für den Behandler nicht klar ist, dass die Daten des Patienten aktuell und valide, sprich vollständig sind, führt am üblichen kostenträchtigen und zeitintensiven Diagnosemarathon kein Weg vorbei.

Man sollte meinen, die Probleme mit den Gesundheitsdaten während der Corona-Pandemie hätten auch dem engagiertesten Datenschützer gezeigt, dass Gesundheitsschutz im Zweifel Vorrang haben muss. Dass wir in Deutschland lieber mit Impfen zuwarten, bis wir Studiendaten aus Israel haben, weil die Durchführung solcher Studien in Deutschland am Datenschutz scheiterte, ist ein Armutszeugnis. Dass dieses Zuwarten folgenlos für nicht frühzeitig geimpfte Patienten geblieben ist, können nur die größten Optimisten annehmen.

Es wäre also an der Zeit, zu prüfen:

- Was brauchen wir?
- Was wollen wir?
- Was können wir uns leisten?
- Womit darf die Solidargemeinschaft belastet werden?

Stattdessen wird erneut Stückwerk abgeliefert. Das GKV-FinStG betrifft nur die Jahre 2023 und 2024. Warum nicht mehr? 2025 sind Bundestagswahlen!

Aber in diesem Stückwerk wird der Krankenhausbereich ausgespart. Es ist in den letzten Monaten viel von Ambulantisierung die Rede. Das GKV-FinStG zeigt in eine andere Richtung.

RAT

Autor

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,
Fachanwalt für Sozialrecht, Justiziar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB Rechtsanwälte
Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg im Breisgau ·
Köln · Meißen · München · Sindelfingen

Posener Straße 1, 71065 Sindelfingen
Tel.: +49 7031 9505-27 (Sybill Ratajczak)
Fax: +49 7031 9505-99
E-Mail: ratajczak@bdizedi.org
syr@rped.de



© Sona – stock.adobe.com

Geplante Budgetierung für zahnärztliche Leistungen gefährdet Patientenbehandlung

Appell an Patienten: Noch in diesem Jahr Paro-Behandlung starten

Der BDIZ EDI fordert die Patientinnen und Patienten auf, notwendige Parodontitisbehandlungen noch in diesem Jahr zu beginnen. Der Grund: Im nächsten Jahr könnte eine systematische Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen durch Kürzungen verunmöglicht werden.

Schuld ist das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, mit dem er ab 1. Januar 2023 die Budgetierung der vertragszahnärztlichen Leistungen wieder einführen will. Dabei geht es um die Beschränkung des Anstiegs der Punktwerte für das Jahr 2023 und für 2024 und eine Begrenzung der Gesamtausgaben für zahnärztliche Behandlungen. 460 Millionen Euro würden so für die Behandlung der Patientinnen und Patienten in Deutschland fehlen.

Der Behandlungsbedarf in Deutschland ist nachgewiesen hoch: Jeder zweite Erwachsene leidet an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis. Das erst im Vorjahr in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführte Präventionskonzept ist massiv gefährdet. Mit ihm soll die Volkskrankheit Parodontitis systematisch und mit großen Erfolgsaussichten behandelt werden. Bis

Ende 2022 stehen dafür unbegrenzt Mittel zur Verfügung, die mit Einführung der Budgetierung begrenzt werden sollen.

Dazu BDIZ EDI-Präsident Christian Berger: „Es gibt viele Gründe für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie deren Patientinnen und Patienten, gegen das geplante Kostendämpfungsgesetz vorzugehen. Stark gestiegene Hygienekosten, Nachwuchsprobleme bei der Niederlassung aufgrund von Bürokratie und hohen Kosten, steigende Personalkosten, um nur einige zu nennen. Für uns Implantologen ist ein wichtiger Grund, dass wir bei akuter und chronischer Parodontalerkrankung die Implantate nicht einsetzen können. Zuerst muss die Parodontitis behandelt sein!“

Das Erfolg versprechende neue Präventionskonzept stellt ein Meilenstein in der Parodontistherapie dar und basiert auf einer systematischen und langfristig an-

gelegten Behandlung. Unbehandelt verursacht die Parodontitis hingegen Zahnverlust und steht im Zusammenhang mit schweren Allgemeinerkrankungen im Bereich Herz – Kreislauf und Diabetes mellitus. „Mit der Budgetierung im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wird dieser neue Therapieansatz ad absurdum geführt“, sagt Christian Berger.

Der BDIZ EDI steht an der Seite von Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Deutscher Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in ihrer Kritik am geplanten Gesetz. Derzeit laufen Unterschriftenaktionen, Protestaktionen und eine Petition gegen die Kürzungen, die massiv die Zahnärztinnen und Zahnärzte und damit die Patientinnen und Patienten in Deutschland betreffen.

AWU

Meinungen zum GKV-FinStG

„Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)** lehnt die mit dem vorgelegten Entwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vorgesehene Wiedereinführung einer strikten Budgetierung, die zudem durch eine Begrenzung von Punktwertsteigerungen flankiert wird, ab. Die geplanten Maßnahmen sind nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Nachweislich geht vom zahnärztlichen Versorgungsbereich keinerlei Ausgabendruck aus: Seit 2000 wurde der Anteil der Ausgaben der Krankenkassen für zahnärztliche Leistungen von knapp 9 auf fast 6 Prozent in 2021 gesenkt, und nach Abschaffung der Budgetierung in 2012 wurde der eingeräumte Gestaltungsspielraum genutzt, um der Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung Rechnung zu tragen. Zugleich hat die KZBV die Versorgung präventionsorientiert fortentwickelt, den zahnärztlichen Leistungskatalog im Einvernehmen mit Kassen und Patientenvertretung an den Stand der Wissenschaft angepasst und die Mundgesundheit auch für vulnerable Gruppen mit speziellem Behandlungsbedarf kontinuierlich verbessert.“ Vorstandsvorsitzender Dr. Wolfgang Eßer: „Die strikte Budgetierung wird de facto zu Leistungskürzungen bei den Versicherten führen, mit fatalen Folgen für die Mund- und Allgemeingesundheit der Bevölkerung.“

Kritik kommt auch von der **Bundesärztekammer (BÄK)**: „Gespart wird hier v. a. am politischen Gestaltungswillen der Verantwortlichen. Statt eines schlüssigen Gesamtkonzeptes (...), präsentiert die Politik nur Stückwerk“, sagt der BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt. Exemplarisch stehe dafür nach Ansicht der BÄK die ebenfalls geplante extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten in Arztpraxen. Ursprünglich sei sie mit dem Ziel eingeführt worden, die Patientenversorgung zu sichern. Nach Ansicht der BÄK brauche es einen höheren Bundeszuschuss für die GKV. Sie fordert diesen in Höhe von fünf Milliarden Euro (statt geplanter zwei Milliarden) für den Gesundheitsfonds ein. Für die Folgejahre brauche es dann einen „regelmäßig dynamisierten ausreichenden Bundeszuschuss“. Außerdem regt die BÄK die Einführung eines ermäßigten Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel an.

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** befürchtet die Streichung von mindestens 20.000 Stellen, wenn ab 2024 Tausende Mitarbeitende nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden können. Für diese ist der Gesetzentwurf ein „Schlag ins Gesicht“, klagt DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß. „Zudem würde alles, worauf sich die Selbstverwaltung in schwierigen Verhandlungen mittlerweile geeinigt hat, über den Haufen geworfen.“

Auch die **Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)** erklärt in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf, die Sparmaßnahmen schwächen das Arzneimittelversorgungssystem, da die Maßnahmen über den Anteil dieses Bereichs an der Ausgabensteigerung der GKV hinausgehe. Insbesondere die Apotheken seien keinesfalls als Kostentreiber aufgefallen, so ist ihr Anteil an den GKV-Ausgaben laut ABDA in den letzten 20 Jahren von 3,0 v. H. auf 1,9 v. H. gesun-

ken. Die Erhöhung des GKV-Abschlags der Apotheken führe je Apotheke zu einem durchschnittlichen Verlust von 6.500 Euro pro Jahr, der nicht über andere Wege ausgeglichen werden könne. Gleichzeitig sei der Festbetrag nie angepasst worden, obwohl sich der Kostendruck auf die Apotheken durch steigende Lohn- und Lebenshaltungskosten verschlechterte und Einkaufskonditionen beim Großhandel und zusätzliche bürokratische gesetzgeberische Maßnahmen aktuell massiv verschärfe.

Die **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)** bemüht in ihrer gemeinsamen Erklärung mit dem Bundesverband der niedergelassenen Diabetologen (BVND) die Wissenschaft: „Studien weisen darauf hin, dass Parodontitis und Diabetes sich gegenseitig negativ beeinflussen. Ein chronisch erhöhter Blutzuckerspiegel begünstigt die Entstehung einer Parodontitis. Wenn der Blutzuckerspiegel schlecht eingestellt ist, kommt es vermehrt zu Ansammlungen entzündungsauslösender Stoffe im Mund, die wiederum Infektionen auslösen. Durchblutungsstörungen führen außerdem zu einer schlechteren Immunabwehr und Wundheilung. Umgekehrt kann eine Parodontitis durch die chronische Entzündung zu einer Insulinresistenz und damit einer Verschlechterung der Blutzuckereinstellung sowie Komplikationen führen. Kurz: Ist ein Diabetiker gut eingestellt, trägt er kein erhöhtes Risiko im Vergleich zu einem Nichtdiabetiker und eine erfolgreiche Parodontitis-Behandlung wirkt sich positiv auf den Diabetes aus.“

Fachärzte werfen Lauterbach Wortbruch bei der Neupatientenregelung vor. Dabei geht es um die geplante Abschaffung der TSVG-Regelung zu Neupatienten. Gesundheitsminister Karl Lauterbach wolle die Uhr zurückdrehen und ignoriere Fakten, schimpft etwa der Berufsverband der Dermatologen. „Wir werden unsere Patienten darüber aufklären, dass die Politik die Verantwortung dafür trägt, wenn es zu Aufnahmestopps für Neupatienten und längeren Wartezeiten kommen wird“, sagte der Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD), Dr. Ralph von Kiedrowski.

„Die Bundesregierung hat unter Federführung von Minister Karl Lauterbach ein Spargesetz zur Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Kran-

kenversicherung beschlossen, das die ambulante Versorgung erneut mit Deckelungen abstruft, statt sie wie im Koalitionsvertrag versprochen zu stärken“, meldete sich auch Dr. Markus Dreck vom Berufsverband der niedergelassenen Magen-Darm-Ärzte zu Wort. Die geplante „Rücknahme der Entbudgetierung in der Versorgung von Neupatienten“ werfe erneut einen „großen Schatten auf die ambulante Versorgung“. Patienten müssten sich auf „lange Wartezeiten und Wartelisten“ einstellen, prognostizierte auch Dreck. „Das ist keine Stärkung der ambulanten Medizin, sondern ein Vertrauensbruch, mit dem die Politik Patienten und Praxen einmal erneut im Regen stehen lässt.“

RED

Der **GKV-Spitzenverband** sieht darin eine „vertane Chance“, die „kurzfristige Sonderfinanzierung zu beenden und zu einer soliden und nachhaltigen Finanzierung zu kommen“, heißt es in einem Pressestatement der Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, Uwe Klemens und Dr. Susanne Wagemann. Nach Ansicht der GKV handle es sich um

eine „einseitige Belastung der Beitragszahlenden“, denn auch die Liquiditätsreserven im Gesundheitsfonds sowie auf Kassenseite stammten aus deren Portemonnaies. Zudem stelle die vorgesehene Abführung von vier Milliarden Euro aus den Kassenreserven „einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwaltenden gesetzlichen Krankenversicherung dar“.

Der **Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH)** sieht Deutschland als Pharmastandort durch die Sparmaßnahmen weiter gefährdet. Auch das verlängerte Preismoratorium könne bei steigenden Produktionskosten die Marktrücknahme von Arzneimitteln zur Folge haben. Dr. Hubertus Cranz, Hauptgeschäftsführer des BAH, prognostiziert, dass die Solidaritätsabgabe wenig zielführend sein werde.“ Diese laufe ebenfalls dem Ziel einer Standortstärkung zuwider.

„Die **Pharmaindustrie** hat die Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verursacht! Ihr Anteil an den Gesamtausgaben lag im letzten Jahrzehnt stabil bei 16 Prozent“, klagt der Präsident des Verbandes der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa), Han Steutel. Die Änderungen des AMNOG bezeichnet er als „Mautsystem für innovative Arzneimittel“, das die Marktrücknahme von Arzneimitteln riskiere.

Nach Redaktionsschluss ...

... hat der Bundesrat eine Herausnahme der neuen Parodontitis-Therapiestrecke aus der Budgetierung befürwortet, die der Gesetzentwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vorsieht. Damit folgte die Länderkammer heute den Empfehlungen ihres Gesundheitsausschusses und leitet nun die Stellungnahme an die Bundesregierung weiter.



ORAL RECONSTRUCTION
FOUNDATION



ORAL RECONSTRUCTION INTERNATIONAL SYMPOSIUM

13.-15. OKTOBER 2022 | MÜNCHEN, DEUTSCHLAND



Information und Registrierung:
<https://symposium2022.orfoundation.org>

7. CAMLOG
ZAHNTECHNIK-
KONGRESS

Samstag, 15. Oktober 2022
[www.faszination-
implantatprothetik.de](http://www.faszination-implantatprothetik.de)

Founding Sponsors:

camlog



**biohorizons
camlog**

Oral Reconstruction Foundation
Margarethenstrasse 38 | 4053 Basel | Schweiz

„Online-Petition“ zur Erhöhung des GOZ-Punktwertes

50.000 Unterschriften notwendig

34 Jahre Stillstand bei der Gebührenordnung Zahnärzte endlich beenden – so fordert eine Gruppe von standespolitisch erfahrenen Zahnärzten um Dr. Rüdiger Schott und Dr. Claus Durlak aus Bayern. Der BDIZ EDI unterstützt die Petition zur Erhöhung des GOZ-Punktwertes. Den Petitionslink gibt es indes noch nicht, weil der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags Nachbesserungen bei der Begründung fordert.



Die beiden Hauptpetenten fordern die gesamte Dentalfamilie in Deutschland auf, die Petition zu unterstützen. Die Online-Petition wurde am 9. Juni 2022 eingereicht und wartet nun auf Freigabe durch den Petitionsausschuss. Inhalt der Petition: Der Verordnungsgeber – die Bundesregierung – wird aufgefordert, den seit 34 Jahren unveränderten Punktwert der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) von 5,64241 Cent endlich der wirtschaftlichen Realität anzupassen.

In der Begründung der Petition heißt es: „Realität ist, dass in dem Zeitraum von 1990 bis 2021 allein die Preise für Kraftstoffe um 139 Prozent, für Strom um rund 134 Prozent und der Verbraucherpreisindex um 66 Prozent gestiegen sind.

Obwohl die Notwendigkeit einer Punktwertenerhöhung von der Zahnärzteschaft und ihren Repräsentanten seit Jahrzehnten gut begründet gefordert wird, blieben die Bemühungen auf politischer Ebene fruchtlos – im Gegensatz zu den Honorarordnungen anderer freier Berufe wie Architekten, Ingenieure, Tierärzte oder Rechtsanwälte, deren Erhöhung die Bundesregierung in dieser Zeit mehrfach beschlossen hat.“

Diese einseitig auf die GOZ gerichtete politische Verweigerungshaltung könne nicht dauerhaft ohne Folgen für die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte wie auch für die PKV- und Beihilfe berechtigten Patienten und deren zeitgemäßer zahnmedizinischer Versorgung bleiben.

Das macht nach Angaben der Leistungsvergleich zwischen BEMA (gesetzliche Krankenversicherung) und GOZ (Privatleistungen) deutlich. Mittlerweile sind mehr als 93 Leistungen von 164 vergleichbaren Leistungen im BEMA besser bewertet als beim 2,3-fachen Satz in der GOZ.

„Die Online-Petition soll den nunmehr 34-jährigen Punktwertstillstand in der GOZ endlich beenden“, sagt der Hauptpetent Dr. Rüdiger Schott. Denn dieser betreffe eben nicht nur alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und die Praxisangestellten, sondern auch die privatversicherten und die beihilfeberechtigten Patienten und viele weitere Leistungsträger von der Zahntechnik bis hin zur Dentalindustrie.

Appell an die gesamte Dentalfamilie Deutschlands

Damit die Petition Erfolg hat und ein Signal an die politischen Entscheidungsträger senden kann, ist für die Petenten die Unterstützung der gesamten „Dentalfamilie“ notwendig. Dazu müssen mindestens 50.000 Unterstützer die Petition unterzeichnen. Bei Erreichen dieses Quorums erhalten die Petenten Gelegenheit, das Anliegen in einer öffentlichen Anhörungssitzung des Petitionsausschusses darzustellen.

Petition noch nicht online

Die Unterstützung kann online, aber auch per Fax oder Unterschriftenliste erfolgen, weitere Informationen dazu gibt es auf der Internetseite des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestags: <https://www.bundestag.de/petitionen>.

Da es den Link zur GOZ-Petition noch nicht gibt, wird der BDIZ EDI, der diese Aktion natürlich unterstützt, über den Verlauf online informieren und auch den direkten Link weitergeben, sobald die Petition auf dem Portal steht. Im Übrigen ist einer der Petenten für den BDIZ EDI kein Unbekannter. Der Kieferorthopäde Dr. Claus Durlak war 2012/2013 einer der sechs Kläger, die auf Initiative des BDIZ EDI Verfassungsklage gegen die GOZ 2012 in Karlsruhe erhoben haben.

Weitere Petition bereits online

Der BDIZ EDI unterstützt auch die bundesweite Petition „Rettet die zahnärztliche Grundversorgung – keine Honorarkürzung für Zahnärzte“. Es geht um die Ablehnung der Budgetierung der vertragszahnärztlichen Leistungen im geplanten „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG)“ von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Im Wortlaut: „Das Kabinett hat am 27.07.2022 einen Gesetzentwurf zur ‚Stabilisierung der GKV-Finzen‘ beschlossen. Laut des Entwurfs soll das Honorar für die zahnärztliche Versorgung gekürzt und insgesamt sogar gedeckelt werden.“

Das bedeutet, dass die Krankenkassen weniger für die Versorgung der Patienten beim Zahnarzt bezahlen und sogar ein festes Budget festlegen, ab dessen Überschreitung die Zahnärzte nichts mehr für die Behandlung von Patienten bezahlt bekommen!

Das hat zur Folge, dass man als gesetzlich Versicherter noch länger auf einen Termin warten muss, da Zahnärztinnen und Zahnärzte nur noch eine begrenzte Menge Geld von den Krankenkassen pro Jahr bezahlt bekommen.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte müssten die Patienten also umsonst behandeln, wenn das Budget „verbraucht“ ist.



Die Petition GOZ-Punktwerterhöhung von Dr. Rüdiger Schott (links) und Dr. Claus Durlak.

Außerdem müssen die Zahnärztinnen und Zahnärzte noch höhere Zusatzkosten von den Patienten verlangen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten, da auch sie mit Inflation und steigenden Kosten für Energie, Material und Personal kämpfen. (...) Nach Preissteigerungen in fast jedem Bereich, die wir nicht an unsere Patienten weitergegeben haben. (...) Bitte unterschreiben Sie diese Petition, wenn Sie auch in Zukunft eine bezahlbare zahnärztliche Grundversorgung erhalten wollen. Denn niemand soll ein Jahr auf einen Termin warten oder 80 Kilometer in die nächstgelegene Praxis fahren müssen.“

Die Petition hatte bei Redaktionsschluss über 10.000 Unterschriften, 50.000 sind notwendig, damit der Petent – ein Zahnarzt aus Baden-Württemberg – sein Anliegen dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags vortragen kann.

RED/AWU

Zur Petition



Jeder, der sich mit dem Anliegen identifizieren kann, hat noch die Möglichkeit, die Petition zu unterstützen:

<https://www.openpetition.de/petition/online/rettet-die-zahnaerztliche-grundversorgung-keine-honorarkuerzung-fuer-zahnaerzte>



Rückblick auf die 32. Gutachterkonferenz Implantologie

Wie hätten Sie entschieden?

Einmal im Jahr lädt der BDIZ EDI die zahnärztlichen Sachverständigen zur Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie ein – 2022 fand die eintägige Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Landes Zahnärztekammer Hessen in Frankfurt am Main statt.



Gab tiefe Einblicke in die Leitlinienarbeit der AWMF:
Prof. Dr. med. Ina Kopp aus Marburg.

Seit über 30 Jahren treffen sich die zahnärztlichen Sachverständigen einmal im Jahr auf Einladung des BDIZ EDI zur Gutachterkonferenz Implantologie. Seit über 30 Jahren findet sie zudem im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt, in der sich Fachgesellschaften und Berufsverbände zusammengeschlossen haben, um gemeinsam zu arbeiten. So sind die Indikationsklassen Implantologie entstanden.

Die jährliche Gutachterkonferenz dient dem Austausch der Gutachter. Im diesjährigen Programm griff der BDIZ EDI das Thema Leitlinien und Richtlinien erneut auf. Christian Berger begrüßte die Gutachterinnen und Gutachter gemeinsam mit Dr. Michael Frank für die gastgebende Landes Zahnärztekammer im Zahnärzthaus in Frankfurt. Durch das Programm führte der Vorsitzende des Gutachterausschusses des BDIZ EDI, Dr. Stefan Liepe.

Intensive Diskussion

„Wie hätten Sie entschieden?“, fragte Prof. Dr. Olaf Winzen, Vorstandsmitglied der LZÄK Hessen, anhand von diversen gutachterlichen Stellungnahmen und bezog das Auditorium ein. An verschiedenen Fragen, Befunden und den mitgelieferten Bildern oder Röntgenaufnahmen aus erstellten Gutachten diskutierten die Teilnehmer. Die Beurteilungen und Begründungen aus den Gutachten wurden anschließend vorgestellt und die Folgen der Gutachten besprochen.

Wissenswertes über die Endodontie als Alternative zum Implantat lieferte Dr. Gabriel Magnucki aus Bassum. Er zeigte anhand von 10-Jahres-Überlebenskurven, dass endodontisch behandelte Zähne vergleichbare Raten zu Implantaten aufweisen – auch bei revidierten Zähnen. Aber: Anatomische Anomalien können

den Behandler vor besondere Herausforderungen stellen, da diese oftmals mit diagnostischen Schwierigkeiten verbunden seien. Er gab praktische Hinweise für Diagnostik und Therapie der häufigeren (z. B. 3-wurziger oberer Prämolare) und selteneren (z. B. 4-wurziger oberer Molar) Anomalien.

BDIZ EDI-Präsident Christian Berger stellte den Lösungsansatz des BDIZ EDI als Antwort auf die neuen BEMA-Leistungen für die systematische Parodontitis-Therapie vor. „Leider werden die GOZ-Gebührenscheffern im Kapitel E (Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) den Leistungen der neuen Richtlinie im BEMA nicht gerecht, da sie nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard darstellen“, so Berger. Der Ansatz des BDIZ EDI: die Analogisierung der gesamten PAR-Behandlungstrecke mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für

vergleichbare Leistungen ein vergleichbares Honorar bezahlen. Dieser Weg ist in der neuen BDIZ EDI-Tabelle 2022 dargestellt (siehe auch BDIZ EDI konkret 2/2022). BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak vertiefte das Thema in Richtung Gutachter mit der gutachterlichen Überprüfung der Analogabrechnung.

Inside AWMF

Einen tiefen Blick in die Arbeit der AWMF-Leitlinien ermöglichte Prof. Dr. Ina B. Kopp aus Marburg. Per Definition seien Leitlinien Entscheidungshilfen, die auf Grundlage einer systematischen Sichtung der Evidenz und Abwägung von Nutzen und Schaden alternativer Vorgehensweisen konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität enthalten. „Explizit sind sie daher abzugrenzen von Richtlinien oder dem fachlich gebotenen Standard.“ Für die gutachterliche Tätigkeit seien sie dennoch relevant und würden in haftungsrechtlichen und auch sozialrechtlichen Fragen regelmäßig herangezogen.

Das leidenschaftliche Plädoyer der Leiterin des AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement: „Vertrauenswürdige Leitlinien stellen eine wesentliche Wissensgrundlage für gutachterliche Entscheidungsprozesse dar. Ihre Anwendbarkeit muss aber im Einzelfall überprüft werden.“ Ergänzend ging Prof. Dr. Dr. Knut A. Götz aus Wiesbaden auf die Relevanz der Leitlinien für die Gutachten ein. Der Past-Präsident der DGI ist seit 2022 Mitglied der Sachverständigenkommission beim IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen). Der Tipp von beiden im Umgang mit Leitlinien: Die Leitlinie nicht googeln, sondern immer über die AWMF-Seite suchen.

Dr. Stefan Liepe beendete die eintägige Gutachterkonferenz nicht ohne Ausblick auf die 33. Konferenz, die 2023 in Kiel und in Kooperation mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein stattfinden wird.

AWU



Die Referenten der Gutachterkonferenz v. l. n. r.: Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Prof. Dr. Olaf Winzen, Dr. Michael Frank, Christian Berger, Dr. Stefan Liepe, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Prof. Dr. Dr. Knut Grötz und Dr. Gabriel Magnucki.

Das 23. Curriculum Implantologie ist beendet

Gratulation an die Absolventen

Das 23. Curriculum Implantologie von BDIZ EDI und der Universität Köln ist im Juli 2022 mit einer Abschlussprüfung zu Ende gegangen. Zuvor hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer acht Module im Bereich der oralen Implantologie über einen Zeitraum von einem Jahr absolviert.

Angesichts der anhaltenden Coronapandemie stellten die Kurse einen hohen organisatorischen Aufwand dar. Die Kurse fanden teils online und teils in kleine Gruppen aufgeteilt und räumlich getrennt statt.

Das 23. Curriculum Implantologie der beiden Kooperationspartner BDIZ EDI und Uni Köln markiert eine lange Erfolgsgeschichte. 650 Absolventen wurden in den vergangenen Jahren seit 2004 oralimplantologisch ausgebildet.

„Für die Wissensvermittlung sind neben theoretischen Präsentationen auch praktische Demonstrationen und das eigene Erfahren bei den praktischen Übungen oder der Patientenbehandlung wichtig“, erklärte anno 2004 Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale

Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Der heutige Vizepräsident des BDIZ EDI war und ist für die Umsetzung der Unterrichtsziele und -inhalte verantwortlich und hat in den Jahren bewiesen, dass dieser Weg erfolgreich beschritten wurde und wird.

Acht Module = ein Curriculum

Heute bietet das Curriculum acht Module in zweitägigen Kursen mit Hospitation und Supervision durch erfahrene Referenten an. Ziel ist die Praxisrelevanz. Aus diesem Grund unterliegen die Unterrichtsmodule auch ständiger thematischer Aktualisierung. Nach erfolgreicher Hospitation und Supervision kann bei entsprechender Erfahrung die Prüfung zum „Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie“ abgelegt werden.



Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen des 23. Curriculum Implantologie an der Universität Köln mit Prof. Dr. H. J. Nickenig.

Die Absolventen des 23. Curriculum:

	Eleonora Elisa	Angioni
Dr.	Jennifer	Anritter
	Archanah	Arjunan
cand. med. dent.	Samira	Arzt
	Bilge	Atay-Sahin
	Polina	Bardina
	Philipp Peter Christian	Bartels
	Marina Julia	Bialas
Dr.	Viktoria	Bosch
Dr.	Justin	Brosig
Dr.	Hendrik	Desinger
	Jana	Dohmen
	Tobias	Drefahl
	Jana	Flatten
Dr.	Marius	Grubenbecher
	Leonie	Grundmann
	Jade-Shanice	Heidemann
Dr.	Malin	Janson
Dr.	Gesa	Jenniches
	Nataliia	Kibenko
	Arda	Kizilkan
	Esra	Macit
	Christina	Marr
	Ann-Christin	Nolting
Dr.	Sun-Ha	Park
Dr.	Marc Alexander	Poelder
	Katharina	Rabehl
	Maryam	Ramezani Moghaddam
Dr.	Niklas	Reisenauer
	Maximilian	Reuber
	Puyan	Rezaei
Dr.	Richard	Schmidt
	Karl	Seelbach
	Daut	Shishani
Dr.	Anna Sophia	Spatz
	Mathias	Tönsmann
Dr.	Lisa	Trippe
Dr.	Daniel	Vigano

Keine Closed-Shop-Politik

Die Module sind einzeln buchbar und bereits absolvierte Module von anderen Anbietern können auf Nachweis auch integriert werden. Professor Dr. Hans-Joachim Nickenig, M.Sc., der vor einigen Jahren übernommen und die Unterrichtsinhalte modernisiert hat, ist Ansprechpartner für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Die Referenten

Die Referenten sind seit Jahren nicht nur implantologisch tätig, sondern präsentieren die Unterrichtseinheiten mit Videos und Live-Patientendemonstrationen. Zu jedem Kurs wird ein praktischer Teil angeboten, in dem zumeist mit realitätsnahen Übungsmodellen oder Humanpräparaten anstelle der üblichen Kunststoffkiefer gearbeitet wird. „Die Unterrichtseinheiten vermitteln immer die Zusammenhänge zwischen prothetischen und chirurgischen Gesichtspunkten, auch wenn sich die Hauptthemen auf die eine oder andere Fachrichtung konzentrieren“, so Zöller. „Durch eine begrenzte Teilnehmerzahl – darauf legen sowohl der BDIZ EDI als auch das Kooperationssteam der Hochschule wert – ist der intensive Erfahrungsaustausch mit den Referenten gewährleistet.“

RED/AWU

Start des 24. Curriculum Implantologie

Im Oktober startet das 24. Curriculum Implantologie. BDIZ EDI und Uni Köln haben aufgrund der großen Nachfrage – wie im vergangenen Jahr – eine zweite Gruppe eingerichtet.

Es ist also noch möglich, sich in der Geschäftsstelle des BDIZ EDI bei Frau Nötzel anzumelden: office@bdizedi.org

Mehr Informationen auch auf der Internetseite des BDIZ EDI: www.bdizedi.org/curriculum

Programm der acht Module

© Tom Bayer – stock.adobe.com

24. Curriculum Implantologie

Das Curriculum Implantologie des BDIZ EDI ist nicht nur für Einsteiger ein Muss. Der BDIZ EDI bietet in Kooperation mit der Universität zu Köln einen tiefen Grundkurs in die Implantologie, der mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen punktet. Pandemiebedingt werden Online-Seminare dort eingebaut, wo Ablauf und Inhalt des Curriculums dies erlauben. Ein ausgeklügeltes Hygienekonzept und Abstandsregeln an der Universität zu Köln mit zeitlicher und räumlicher Aufteilung der Teilnehmenden in kleine Gruppen sorgen für die notwendige Sicherheit bei den Präsenzveranstaltungen.

Eine Besonderheit ist, dass auch Fortbildungsbausteine, die nicht beim BDIZ EDI erworben wurden, in das Curriculum integriert werden können, wenn deren Wissenschaftlichkeit anerkannt ist.

Die Vorteile:

- Hohe Qualität
- Kleine Gruppen (max. 20 – 25 Personen)
- Niedrige Gebühren.

Die Teilnehmer werden über alle acht Module hinweg durch das Kölner Team (Prof. Dr. Dr. J. E. Zöllner, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc., Prof. Dr. Dr. Kreppel, Frau Krumbach und Frau Nötzel) begleitet.

Ein aktuelles Skript zu jedem Modul sorgt dafür, dass der sogenannte „rote Faden“ nicht verloren geht. Die Module bauen systematisch aufeinander auf, sodass der Teilnehmer im Verlauf des Curriculums vom einfachen Standardprotokoll bis hin zu 3D-gestützten Augmentationstechniken, moderner Implantatprothetik sowie Nachsorge und Komplikationsmanagement ein komplexes Gesamtpaket Implantologie für die Praxis erhält.

Um den berufsbegleitenden Charakter der Fortbildungsreihe zu unterstützen, werden

bestimmte Vorlesungsblöcke interaktiv als Webinare absolviert. Dies bezieht sich nur auf die Erarbeitung theoretischer Fortbildungsinhalte. Workshops und Ähnliches finden in Präsenz statt.

Einstieg leicht gemacht

Damit der Einstieg in die Implantologie leicht gemacht wird, werden bewusst auch scheinbar selbstverständliche Dinge wie Protokolle, unterschiedliche Implantatsysteme, erforderliche Instrumentensätze, einfache und spezielle Diagnostik sowie implantatprothetische Versorgungskonzepte dargestellt.

Die begleitenden Workshops ermöglichen das nachfolgende implantatchirurgische und -prothetische Training. Neben den vorgesehenen Live-OPs können nach gemeinsamer Vorbereitung auch Fälle der Teilnehmer unter deren Assistenz von einem Kölner Referenten im Rahmen der Live-OP operiert werden. Zur Ergänzung des Lerneffektes in der Gruppe finden regelmäßig Fallpräsentationen von Fällen der Teilnehmer statt. Gegen Ende des Curriculums werden die erlernten Techniken am Humanpräparat trainiert.

Die Integration aktueller Themenbereiche und Therapiemethoden (3D-gestützte Operationen, Führungsschablonen, Integration von 3D-Druck und digitaler Abformung, Knochenaufbereitung mittels Ultraschall, CAD/CAM-Technologien zur Knochenregeneration etc.) runden das Bild des praxisorientierten Curriculums ab. Zur Abschlussprüfung wird von jedem Teilnehmer ein implantatprothetischer und/oder implantatchirurgischer Patientenfall präsentiert und zur Diskussion gestellt.

RED

Info

Die Kurse finden jeweils statt:

1. Tag – Freitag
14.00 – 18.30 Uhr
2. Tag – Samstag
09.00 – 17.00 Uhr

Anmeldung:

Geschäftsstelle
des BDIZ EDI
Frau Nötzel
office@bdizedi.org
Tel. 02203 8009339



Die acht Module im Curriculum Implantologie

Modul 1

14./15.10.2022

Grundlagen der Implantologie

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc.

- Anatomie und Histologie des stomatognathen Systems
- Allgemeine Diagnostik in der Implantologie
- Aufklärung
- Kölner ABC-Risiko-Score

+ externe Referenten: Prof. Dr. Weischer, Essen: Komplikationen und rechtliche Aspekte in der Implantologie
C. Berger (Präsident BDIZ EDI): Hygiene + Dokumentation, GOZ

Modul 2

02./03.12.2022

Indikationen, Diagnostik und Fallplanungen

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc., Prof. Dr. Dr. Kreppel

- Risikopatienten und Monitoring
- Indikationsbeschreibungen
- Vermeidung von Fehlpositionierungen
- Blutgerinnungskompromitt, Patienten

+ Workshop I:
Chirurgische und Prothetische Protokolle „Implantatsystem“
+ externer Referent:
Dr. habil. Gehrke: *Implantate als Basis prothetischer Versorgungskonzepte I + II*

Modul 3

10./11.02.2023

Implantatsysteme, Instrumente, Erweiterte Diagnostik

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc.

- Informationen zur Schnittbilddiagnostik
- Grundlage zur 3D-Diagnostik
- Führungsschablonen / Führungshülsen
- Welches Implantat? Systemvergleich

+ Workshop II:
3D-Workshop mit interaktiver Planung.
Demo unterschiedlicher Instrumentensets
Fallpräsentationen der Teilnehmer I

Modul 4

24./25.03.2023

Implantatprothetik I + minimalinvasive Eingriffe

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc., Prof. Dr. Dr. Kreppel

- Moderne Zahnextraktion
- Implantatprothetik (Instrumente, Abdrücke, Aufbauten)
- Minimalinvasive Eingriffe (Flapless Surgery, 3D Bone Splitting, Sinuslift)
- Notfälle in der zahnärztlichen Praxis

+ Workshop III:
Chirurgische und Prothetische Protokolle Instrumentensets
Modifiziertes Bone Splitting mittels Piezosurgery (mectron)
Fallpräsentationen der Teilnehmer II

Modul 5

12./13.05.2023

Augmentation I – regionaler Knochen

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc.

- Ungünstige Biomechanik vs. Augmentation
- Sofortimplantation
- Sinusbodenelevation

+ Workshop IV:
Training Sinusbodenelevation am Modell- und Tierpräparat
Übung Customized Bone Regeneration

+ externe Referenten:
Dr. S. Reinhardt: *Spezielle Augmentationstechniken und Komplikationsbewältigung*
Dr. Dr. Bonsmann: *Sinuslift – Indikationen und Komplikationen*
P. Marke: *Customized Bone Regeneration*
Fallpräsentationen der Teilnehmer III

Modul 6

16./17.06.2023

Implantatprothetik II + Weichgewebsmanagement

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc.

- Antibiotikatherapie
- Implantatfreilegung und Weichgewebekorrekturen
- Implantatprothetik II: Zähne und Implantate
- Implantatprothetik III: Herausnehmbarer ZE

+ Workshop V:
Hart- und Weichgewebsmanagement – Übungen am Schweinekiefer
+ externer Referent:
Priv.-Doz. Dr. A. Happe: *Weichgewebetchniken I, II bei Augmentation, Implantation und Freilegung*
Fallpräsentationen der Teilnehmer IV
Klausur

Modul 7

30.06./01.07.2023

Augmentation II – Knochenferntransplantation + Distraction

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc.

- Beckenkammaugmentation
- Grundlagen und Ergebnisse der Distractionsosteogenese
- Implantatprothetik Frontzahn

+ Praktische Übungen am Humanpräparat, Training der erlernten Operationstechniken

+ externer Referent:
Prof. Dr. J. Neugebauer: *Anguliert gesetzte Implantate, Grundlagen und Ergebnisse der Beckenkammaugmentation und Nervalateralisation*
Fallpräsentationen der Teilnehmer IV

Modul 8

14./15.07.2023

Recall – Komplikationsbewältigung – Zukunftsperspektiven

Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig, M.Sc., Prof. Dr. Dr. Kreppel

- Recall
- Periimplantitis-Therapie
- Der Implantologe vor Gericht
- Keramik-Coating von Implantaten

+ externer Referent:
Dr. Steveling: *Kurze Implantate – wissenschaftliche Grundlagen und klinische Langzeitergebnisse – 5 Jahre klinische Erfahrung mit Profile-Implantaten*

Curriculum online

Auf der Internetseite des BDIZ EDI finden sich weitere Informationen zum Curriculum: www.bdizedi.org/curriculum/

Abschlussprüfung

RÜCKSCHAU

Neue Coronavirus-Variante BA.2.75

Mutation weniger potent

Die Virusvariante BA.2.75 dominiert aktuell in Indien und könnte bald auch in Deutschland eine Rolle spielen. Eine neue Studie zeigt jedoch, dass die Mutation offenbar weniger potent ist als BA.4 und BA.5. Nach der ersten Identifizierung in einer Ende Mai 2022 entnommenen Probe ergab die genomische Überwachung bis Mitte Juli 2022 einen raschen Anstieg der Omikron-Unterlinie BA.2.75 auf mehr als 30 Prozent der sequenzierten SARS-CoV-2-Infektionen in Indien. Darüber hinaus wurden in zahlreichen Ländern weltweit Fälle von BA.2.75-Infektionen gemeldet. Am 15. Juli 2022 hat das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten die BA.2.75-Unterlinie zu einer Variante von Interesse erhoben. Im Vergleich zur elterlichen BA.2-Linie von SARS-CoV-2 unterscheidet sich das Spike-Protein von BA.2.75 in neun Aminosäureresten und der Rezeptorbindungsdomäne. Durch die Beeinflussung entscheidender Epitope können Mutationen in diesen Domänen einen Wachstumsvorteil durch eine verringerte Anfälligkeit für SARS-CoV-2-neutralisierende Antikörper verschaffen. Forschende der Universitätsklinik Köln und der Berliner Charité untersuchten in einer Studie darum die Antikörpersensitivität von BA.2.75 im Vergleich zu vorherrschenden Omikron-Sublinien.

Quelle: *zm online*

Neue S2k-Leitlinie für die Zahnmedizin

Behandlungsempfehlung nach Organtransplantation



Die neue S2k-Leitlinie soll eine sichere Entscheidungsfindung zahnärztlicher Behandlungen von Kindern und Erwachsenen vor und nach Organtransplantationen unterstützen. Bei der zahnärztlichen Behandlung von Patienten vor einer Organtransplantation, in der akuten immunsupprimierten Phase nach der Organtransplantation und im Langzeitverlauf bestehen häufig Unsicherheiten vonseiten der Zahnärztinnen und Zahnärzte der Transplantationszentren und der Patienten. Nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) wurde federführend durch die Arbeitsgemeinschaft für Oral- und Kieferchirurgie (AGOKi) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) eine S2k-Leitlinie entwickelt mit dem Ziel, durch konsensbasierte Handlungsempfehlungen allen beteiligten Behandlern Sicherheit in der Entscheidungsfindung zahnärztlicher Behandlungen vor und nach der Organtransplantation zu geben. Es wird unter anderem thematisiert, wie eine zahnärztliche Sanierung vor der Transplantation aussehen sollte, was in puncto Immunsuppression zu beachten ist und welcher Schutz bei einer zahnärztlichen Behandlung vor und nach der Transplantation nötig ist.

Quelle: AWMF

Paul-Ehrlich-Institut wertete Daten zu Corona-Impfstoff aus

Post-Vac selten



Ein neuer PEI-Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts beschreibt auch Long COVID-ähnliche Gesundheitsstörungen infolge der COVID-19-Impfung, das „Post-Vac-Syndrom“. Ergebnis: es ist deutlich seltener als befürchtet. „Post-Vac“ stellt dabei keine definierte Bezeichnung einer Erkrankung dar, erklärt das PEI in seinem aktuellen Sicherheitsbericht. Der Begriff meine stattdessen „offenbar verschiedene Beschwerden, wie sie auch mit Long COVID in Verbindung gebracht werden. Häufig fehlen allerdings wichtige klinische Informationen, sodass die diagnostische Sicherheit oft nicht beurteilt werden kann.“ Das PEI führte zum Stichtag 06.07.2022 eine Recherche in seiner Nebenwirkungsdatenbank durch. Dabei wurden folgende MedDRA Preferred Terms (PTs) ausgewertet:

- Chronic Fatigue Syndrome,
- Post Vaccination Syndrome,
- Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome und
- Post-Acute COVID-19 Syndrome

Ergebnis: Die Recherche lieferte bei bis zum 30.6.2022 verabreichten 182.717.880 Impfdosen in Deutschland kumulativ 472 Ereignisse im Zusammenhang mit einer Impfung gegen COVID-19. 42 Fallmeldungen enthielten mehr als einen der oben genannten PTs. Die Mehrzahl der Meldungen bezog sich auf Comirnaty, den in Deutschland am häufigsten verwendeten Impfstoff. Mehrheitlich erhielt das Paul-Ehrlich-Institut die Meldungen von den betroffenen Patienten.

Quellen: Paul-Ehrlich-Institut, *zm online*

VORSCHAU

Startschuss für die Sechste Deutsche
Mundgesundheitsstudie

5.000 Menschen auf den Zahn gefühlt



Der deutschen Bevölkerung wird – nach acht Jahren – bereits zum sechsten Mal wieder gründlich in den Mund geschaut: Am 4. Oktober fällt der Startschuss für die Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS6) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) – eine international anerkannte wissenschaftliche Studie mit rund 5.000 Teilnehmenden. Wie steht es um die Zahngesundheit in Deutschland? Wie entwickeln sich Karies und Zahnbetterkrankungen? Welche Einflüsse haben soziale Faktoren? Wie entwickelt sich die Mundgesundheit im Lebensverlauf? Darauf und auf viele weitere Fragen will die Studie Antworten liefern. Zu diesem Zwecke werden ab Oktober vier Studienteams parallel durch ganz Deutschland reisen und an 90 Orten zufällig ausgewählte Personen zahnmedizinisch untersuchen und sozialwissenschaftlich befragen. Alle erhobenen Daten sind datenschutzrechtlich geschützt. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind wesentlicher Teil der zahnmedizinischen Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Durch die hohe Qualität und Aussagekraft der Ergebnisse stoßen diese nicht nur in Deutschland auf großes Interesse, sondern sind weltweit anerkannt und geschätzt.

Weitere Infos unter <https://www.idz.institute/dms6>

Quellen: IDZ, BZÄK, KZBV

Neue DFG-Forschungsgruppe entwickelt:

Maßgeschneiderte zahnmedizinische Implantate

An haltbareren, besonders gut passenden Zahnimplantaten arbeitet die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) mit dem Laser Zentrum Hannover e.V. (LZH). Dabei wollen die Wissenschaftler Titanimplantate mit einer innovativen Gitterstruktur additiv fertigen. Die individuell auf den jeweiligen Körper angepassten Implantate sollen für eine gute Verträglichkeit beim Patienten sorgen und lange funktionsfähig bleiben. Im Rahmen der interdisziplinär zusammengesetzten Forschungsgruppe 5250 erforscht das LZH die reproduzierbare Fertigung von Implantaten aus Ti6Al-4V mit einstellbarer, gradierter Porosität. Beteiligt sind Wissenschaftler von der TU Dortmund, dem Laser Zentrum Hannover e.V., der Hochschule Reutlingen, der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der Universitätsmedizin Rostock und der Leibniz-Universität Hannover. Sprecher der Gruppe ist Professor Dr.-Ing. Frank Walther von der TU Dortmund.

Quelle: Deutsches Gesundheitsportal

Fachdental und mehr mit dem BDIZ EDI

Veranstaltungen 2022/23

Sämtliche Termine und mit dem BDIZ EDI sind für dieses Jahr terminiert. Der BDIZ EDI wird mit Stand jeweils vor Ort dabei sein.

Fachdental Leipzig: abgesagt

Fachdental Südwest in Stuttgart: 14./15.10.2022

63. Bayerischer Zahnärztetag in München: 20.–22.10.2022

id infotage dental München: 21./22.10.2022

id infotage dental Frankfurt am Main: 11./12.11.2022

Expertensymposium für regenerative Zahnheilkunde auf Fuerteventua: 28.10–03.11.2022

18. Experten Symposium in Köln: 19.02.2023

IDS in Köln: 14.–18.03.2023

(BDIZ EDI: Halle 11.2, Stand O069)

Quelle: BDIZ EDI



Mitgliederversammlung des BDIZ EDI in Frankfurt am Main

Ein Verband mit Perspektiven

In jeder Krise steckt auch eine Chance: die hat der BDIZ EDI während der zweieinhalb Jahre andauernden Coronapandemie genutzt. Mit seinen Online-Seminaren erreicht er unkompliziert und schnell alle Mitglieder und interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie das gesamte Praxisteam. Die Online-Fortbildungsserie „Der BDIZ EDI informiert“ zeigt im dritten Jahr der Pandemie, wie flexibel der Verband auf neue Gesetze und Regelungen reagiert. Ein weiteres Highlight in diesem Jahr: die BDIZ EDI-Tabelle 2022 mit Analogpositionen für die PAR-Behandlung in der GOZ.

In seinem Rückblick vor der Mitgliederversammlung in Frankfurt wies BDIZ EDI-Präsident Christian Berger auf zwei Katastrophen mit globalen Auswirkungen hin: die anhaltende Coronapandemie und auf den russischen Angriffskrieg in der Ukraine. Der BDIZ EDI habe mit seinen assoziierten Partnerverbänden aus Europa eine Solidaritätserklärung für die Menschen im Allgemeinen und die Gesundheitsberufe in der Ukraine abgegeben und auch dazu aufgerufen, die Hilfsorganisationen zu unterstützen. „Unser Vorstandskollege Markus Tröltzsch hat zudem mehrere Hilfstransporte in die Ukraine organisiert.“

Drei aktuelle Themen sprach Berger aus zahnärztlicher Sicht in Bezug auf die Bundespolitik an.

„1. Wir Zahnärzte dürfen inzwischen nach entsprechender Fortbildung gegen das Coronavirus impfen. Wir sind also in die Corona-Impfverordnung aufgenommen

worden. Der BDIZ EDI begrüßt es, dass wir mit der 5. Verordnung zur Änderung der Corona-Impfverordnung eigenverantwortlich und nach entsprechender Fortbildung Coronaimpfungen durchführen dürfen. Derzeit ist die Nachfrage nach Impfterminen zwar gering, doch das kann sich angesichts der hohen Inzidenzzahlen und mit Beginn des Herbstes schnell wieder ändern.

2. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht für Pflege- und Gesundheitspersonal ist verfassungskonform. Das hat das Bundesverfassungsgericht Ende Mai entschieden. Die Begründung: Der Schutz vulnerabler Gruppen wiegt schwerer als die Beeinträchtigung der Grundrechte für die betroffenen Gruppen.

3. Seit 1.7.2021 gibt es mit der PAR-Richtlinie neue BEMA-Leistungsziffern, um für GKV-Patienten eine Parodontitis-therapie gemäß S3-Leitlinie und BEMA-Richtlinie. Der Gemeinsame Bundesaus-

schuss (G-BA) hat diese Leistungen als selbstständige Leistungen deklariert und bewertet. Ein richtiger Schritt in die richtige Richtung. Allerdings entsprechen die ‚alten‘ Leistungsziffern der GOZ aus 2012/1988 nicht mehr dem aktuellen leitlinienbasierten Standard. Das ist genau das Dilemma, das wir mit der BDIZ EDI-Tabelle seit Jahren beschreiben: Der privatversicherte Patient wird immer mehr zum Patienten zweiter Klasse. Und mit dieser Parodontitistherapie mit neuen BEMA-Leistungen wird es überdeutlich.“

Wege aus dem GOZ-Dilemma

Überleitend zur BDIZ EDI-Arbeit nannte Christian Berger gleich zu Beginn die neue BDIZ EDI-Tabelle. Das Besondere: die 2022er Tabelle zeige einen neuen Weg anhand der PAR-Behandlung in der GOZ auf. Der neue Ansatz zielt auf die Analogabrechnung. „Wir haben den neuen parodontologischen Leistungen Analogpositionen gegenübergestellt. In der Tabelle

stellen wir Ihnen zwei Versionen zur Verfügung: einmal der Vorschlag der Bundeszahnärztekammer, die die neuen aktuellen leitlinienbasierten Leistungen überwiegend als Analogberechnung beschreibt, und unsere Version bzw. die Version von BDIZ EDI und der Bayerischen Landes-zahnärztekammer (BLZK). Wir gehen in der Analogberechnung deutlich weiter. Die Tabelle zeigt anschaulich, dass wir Zahnärzte bei vielen parodontologischen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz der GOZ 2012 verlangen oder sogar überschreiten müssen, um für vergleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen aufgrund der neuen BEMA-Richtlinie bezahlen.

Unsere Lösung: Wir haben analoge Berechnungen mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren verwendet, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten. Eines muss uns klar sein: Wir haben in den vergangenen Jahrzehnten im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik wenig bis nichts erreicht. Und werden das wohl auch in Zukunft nicht. Unser Verband ist 1989 als Antwort auf die GOZ 1988 gegründet worden. Seither haben wir viele unterschiedliche Wege beschritten – bis hin zum Bundesverfassungsgericht. Jetzt ist es an der Zeit, dass wir unseren Mitgliedern Lösungen bieten, um einen Weg aus dem GOZ-Dilemma zu finden. Ich habe diesen Weg bereits mehrfach vorgestellt und auch in Aussicht gestellt, dass wir unsere Mitglieder bei Erstattungsproblemen unterstützen. Das ist unser Schwerpunktthema in diesem Jahr.“

Experten Symposium und EuCC

2022 fand nach Bergers Aussage wieder das Experten Symposium live und in Köln statt. Die 17. Europäische Konsensuskonferenz habe – diesmal online – den Praxisleitfaden „Update Kölner ABC-Risiko-Score“ zur Risikoeinschätzung vor der Implantatbehandlung erstellt. Der Leitfaden geht den Mitgliedern in Kürze zu;

er ist zudem im BDIZ EDI konkret 2/2022 abgedruckt. Der Termin für das 18. Experten Symposium steht ebenfalls fest.

Webinare „Der BDIZ EDI informiert“

Seit Pandemiebeginn laufen die Online-Seminare. „Der BDIZ EDI informiert“. Berger kündigte den Start ins 2. Halbjahr 2022 mit Informationen im Bereich Abrechnung an, es geht um rechtliche Fragen, um hochwertige zahnärztliche Fortbildung. „Seit Pandemiebeginn bis Ende 2021 hatten wir sage und schreibe 12.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Inzwischen dürften wir an die 15.000er-Grenze herankommen, denn auch in diesem Jahr erfreut sich unser spannendes Webinarprogramm großer Beliebtheit.“ Der BDIZ EDI führe die Fortbildungsreihe weitgehend mit eigenen Mitteln durch. „An dieser Stelle möchte ich allen, die im Vorstand mitarbeiten, sei es als Referent, als Moderator oder als Organisator im Hintergrund, danken: Explizit möchte ich Stefan Liepe, Wolfgang Neumann, Jörg Neugebauer, Freimut Vizethum und unseren Justiziar Thomas Ratajczak nennen. Besonderer Dank gebührt Anita Wuttke, die die Reihe konzipiert, organisiert und mitmoderiert.“

Curricula

Im Oktober 2021 geht das 24. Curriculum Implantologie von BDIZ EDI und Uni Köln an den Start. Das Curriculum sei eine Erfolgsgeschichte mit inzwischen insgesamt fast ca. 800 Teilnehmer/-innen, die den Kurs erfolgreich absolviert haben und von denen über 80 Prozent nach wie vor Mitglied im BDIZ EDI sind, so Berger.

Kommunikation

Um Geld und Ressourcen zu sparen, informiere der BDIZ EDI regelmäßig über seinen Newsletter. „Sofern Sie ihn abonniert haben, werden Sie regelmäßig mit Nachrichten zur Situation und natürlich über Online- und Präsenzveranstaltungen

informiert“, erinnerte Berger. Derzeit seien ca. 2.300 Mitglieder im Verteiler.

Honorierung

Die Hotline des BDIZ EDI zu privat-zahnärztlichen Abrechnungsfragen wurde 2017 eingerichtet. Berger informierte, dass sie inzwischen stark frequentiert werde. Zusätzlich gebe es Praxistipps zu Fragen der Abrechnung im BDIZ EDI konkret.

Konsensuskonferenzen

Der BDIZ EDI beteiligt sich nicht nur an den Konsensuskonferenzen Implantologie, sondern sitzt auch in den Leitlinienkonferenzen von DG Paro, DGI, DGZMK, um mit der fachlichen Kompetenz der breit aufgestellten Implantologen mitzuarbeiten. „Für uns ist es wichtig, dabei zu sein, um ggf. einer falsch laufenden Entwicklung gegensteuern zu können“, erklärte der BDIZ EDI-Präsident.

Gutachter-Arbeit

Die 32. Gutachterkonferenz Implantologie fand wenige Stunden vor der Mitglieder-versammlung in Frankfurt statt. Berger wies darauf hin, dass sie zum ersten Mal unter der Leitung von Dr. Stefan Liepe durchgeführt wurde, der seit 2022 der Vorsitzende des Gutachterausschusses ist.

Europa-Arbeit

Im Mai 2022 fand das 15. Europa-Symposium gemeinsam mit den Zahnärztekammern aus Tschechien, Sachsen, Bayern und Österreich in Karlsbad statt. Als Referenten für den BDIZ EDI dabei: Christian Berger und Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller.

IDS 2023

Im März 2023 findet zum 100. Mal die Internationale Dental-Schau in Köln statt. Der BDIZ EDI werde wieder dabei sein, informierte Christian Berger. Dort Präsenz zu zeigen, sei für den BDIZ EDI ein

Muss, um sich international mit den assoziierten Partnerverbänden zu präsentieren und vor allem, um den BDIZ EDI als wichtigen Gesprächspartner in den Bereichen Implantologie, Abrechnung und Recht im Spiel zu halten.

Publikationen, Internet, soziale Netzwerke

Christian Berger wies darauf hin, dass der Newsletter des BDIZ EDI mit immer aktuellen Nachrichten und Ankündigungen der Webinare über die Internetseite des BDIZ EDI abonniert werden kann. Er legte den Mitgliedern nahe, auf jeden Fall den Mitgliederzugang auf der Internetseite zu nutzen. „Nur über diesen Weg können Sie die Webinare nochmals ansehen, wichtige Formulare oder Checklisten herunterladen und die Urteile-Datenbank nutzen. Berger erwähnte die Präsenz des BDIZ EDI auf den Kanälen der sozialen Netzwerke wie Facebook, Instagram, Twitter und YouTube und bat die Mitglieder, dem BDIZ EDI hier zu folgen!“

Vorstand

Christian Berger ließ die Arbeit des Vorstandes während der Pandemie nicht unerwähnt: „In der anhaltenden Coronazeit haben unsere Vorstandsmitglieder mit viel Herzblut und Engagement mit-

gearbeitet, um die Information und unsere Empfehlungen an Sie weiterzugeben. Dafür möchte ich mich herzlich bedanken: bei Joachim Zöller, Jörg Neugebauer, Detlef Hildebrand, Stefan Liepe, Wolfgang Neumann, Freimut Vizethum, Renate Tischer, Nathalie Khasin und seit Kurzem dabei: Markus Tröltzsch. Vielen Dank für Eure Mitarbeit!“

Mitgliederstand

Der BDIZ EDI weist einen Mitgliederstand von 2.300 Personen auf – das ist trotz des Zugewinns an Mitgliedern 2020 und 2021, besonders durch die Webinarreihe und das Curriculum, ein kleiner Rückgang, der dem demografischen Faktor geschuldet ist. Berger: „Es wird sehr deutlich, dass viele Mitglieder der ersten Generation dabei sind, die also mehr als 20, ja 30 Jahre in den Praxen stehen, aber auch Mitglieder, die peu a peu ihre Praxen aufgeben. Die meisten bleiben dennoch im Verband, was uns sehr freut. Das ist ein klares und deutliches Statement für den Verband und seine Arbeit. Auf der anderen Seite benötigen wir den Nachwuchs, um auch in Zukunft nach innen und außen stark zu bleiben und um auf neue Gesetze, Regulierungen und Verordnungen reagieren zu können. Ich möchte an Sie appellieren mitzuhelfen, dass wir auch in Zukunft

stark bleiben. Sprechen Sie Ihren Nachwuchs in der Praxis an, zeigen Sie Ihnen, was wir zu leisten imstande sind. Das haben wir in dieser Zeit ja auch bewiesen!“

Am Ende seiner Ausführungen bedankte sich der BDIZ EDI-Präsident bei den Mitarbeiterinnen des BDIZ EDI: Brigitte Nötzel in Köln, Helga Karanikas in München und Kerstin Salhoff, die die Abrechnungshotline betreut.

Fortbildung

Seit Jahren ist Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller für die wissenschaftliche Ausrichtung des Verbandes verantwortlich: dazu gehört die Suche nach geeigneten Themen und Referenten für Experten Symposium, Europäische Konsensuskonferenz und das Jahressymposium. Der BDIZ EDI-Vizepräsident ist nicht nur Initiator, sondern auch verantwortlicher Leiter der Curricula Implantologie. Inzwischen ist Curriculum 23 mit zwei Kursen beendet. Curriculum 24 startet im Oktober. Die Teilnehmer seien hochzufrieden mit den praxisnahen modular aufgebauten Curricula des BDIZ EDI, berichtete Zöller. „Während früher Kollegen teilgenommen haben, die 1.000 Implantate und mehr gesetzt hatten, haben wir heute überwiegend Berufsanfänger“, zeigte er den aktuellen Trend auf. Als Geheimnis des Erfolgs sieht Prof. Zöller die



Der Vorstand legte in Frankfurt Rechenschaft über die Arbeit im vergangenen Jahr ab.

einheitliche Lehrmeinung in den Curricula, die für Berufsanfänger wichtig sei.

Für den BDIZ EDI-Vizepräsidenten sind die Curricula und das Experten Symposium in Köln Aushängeschilder des BDIZ EDI. Der von der Europäischen Konsensuskonferenz erarbeitete jährliche Praxisleitfaden sei wegweisend und wegbereitend. Der Vizepräsident kündigte an, dass sich das nächste und damit 18. Experten Symposium am 19. Februar 2023 dem Thema: „Update kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate“ widmen werde. Mit der Kombination Experten Symposium und Europäische Konsensuskonferenz berücksichtige der BDIZ EDI wissenschaftliche Erkenntnisse jedes Jahr neu. Aktuell sei der Praxisleitfaden aus dem Jahr 2012, Kölner ABC-Risiko-Score zur Implantatbehandlung, aktualisiert worden und als Praxisleitfaden 2022 erhältlich. Insgesamt betrachtet bewertete Zöller die Bedeutung der Europäischen Konsensuskonferenz des BDIZ EDI als Nummer 1 auf europäischer Ebene und inhaltlich nicht immer in Übereinstimmung mit Leitlinien.

Leitfäden geben mehr Spielraum

Generalsekretär Prof. Dr. Jörg Neugebauer ließ seinen Bericht schriftlich verlesen, da er wegen einer internationalen Veranstaltung nicht dabei sein konnte. Er bezog sich auf

die Europäische Konsensuskonferenz und den Q&R-Ausschuss, dessen Vorsitzender er ist. Bei der Arbeit in Letzterem gehe die Tendenz inzwischen weg von Materialtestungen und hin zu Konzepten – auch zusätzlich zu den Leitlinien. „Unsere Praxisleitfäden geben deutlich mehr Spielraum als die Leitlinien“, stellte er heraus. Wie nachhaltig dabei die Arbeit des BDIZ EDI sei, zeigte er anhand der Indikationsklassen Implantologie auf, die sich seit Jahren kaum verändert hätten.

Der Vorsitzende des Gutachterausschusses, Dr. Stefan Liepe, bedankte sich bei Dr. Michael Frank als Präsident der Landeszahnärztekammer Hessen beim diesjährigen Kooperationspartner der Gutachterkonferenz in Frankfurt. Er kündigte die 33. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz für 2023 an, die am 1. Juli mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein stattfinden werde.

Digitalisierung im BDIZ EDI

Als Schriftführer und Geschäftsführer sprach Liepe vom Umstrukturierungsprozess, den der BDIZ EDI derzeit mit der Digitalisierung vieler Abläufe und mit dem Umzug der Geschäftsstelle nach München vollziehen würde. „Unsere Mitarbeiterin Brigitte Nötzel geht Ende des Jahres in den wohlverdienten Ruhestand, und der Vor-

stand hat beschlossen, den Standort Köln aufzulösen.“ Man habe zudem die Bank gewechselt – von der Commerzbank zur Apo-Bank. Mit der neuen Verbandssoftware sollen künftig Rechnungen und mehr digital erfasst werden können. Liebe stellte für die Zukunft Kosteneinsparungen in Aussicht.

Finanzen

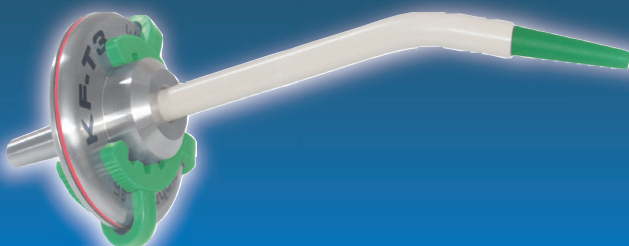
Schatzmeister Dr. Wolfgang Neumann stellte den Haushalt vor und nannte mit der IDS 2019 einen der größten Ausgabenposten. Um die von Geschäftsführer Dr. Stefan Liepe erwähnte Digitalisierung finanzieren zu können, habe man Rücklagen in Höhe von 60.000 Euro gebildet, was auch der coronabedingten Reduktion von Reisekosten des Vorstandes geschuldet sei. Nach Vorstellung des Haushaltsplans für 2023 und dem Bericht des Rechnungsprüfers Dr. Maximilian Grimm, der eine solide Haushaltsführung bescheinigte, erteilte die Mitgliederversammlung dem Vorstand einstimmig Entlastung und genehmigte den Haushaltsplan 2023. Seit einigen Jahren werden nach Vorgaben des Vorstandes Rückstellungen vorgenommen, um große Projekte (juristische Schritte im Bereich der GOZ, Publikationen wie die neue BDIZ EDI-Tabelle etc.) finanzieren zu können.

AWU

ANZEIGE

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



Optimale Gewinnung von autologen Knochenspänen während des Absaugens mit dem Titan KnochenFilter **KF-T3**

KnochenMühle

Knochenarbeit leichtgemacht



Leichte Zerkleinerung von autologen Knochenblöcken und Erzeugung von körnigen Knochenspänen für eine optimale Knochenneubildung mit der **KM-3**



Save the Date: kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate

18. Experten Symposium im Februar 2023 in Köln

Das 18. Experten Symposium findet am Sonntag, 19. Februar 2023, in Köln statt. Auf dem Programm steht ein State of the Art von kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten. Bereits im Jahr 2016 hat sich der BDIZ EDI dieses Themas gewidmet, nun stehen neue Erkenntnisse im Mittelpunkt des eintägigen Symposiums.

Gleichzeitig wird auch der Praxisleitfaden aus dem Jahr 2016 aktualisiert. Am 6. Februar 2016 stellte die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) unter Feder-

führung des BDIZ EDI abschließend fest: „Die Anwendung von kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten bei reduziertem Knochenangebot

stellt heute, bei Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter, eine verlässliche Therapieoption im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Implantaten mit Standarddimensionen in Kombination mit augmentativen Verfahren dar. Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler müssen eine angemessene Ausbildung erhalten haben, um für den jeweiligen Patienten die bestmögliche Therapieform zu wählen.“

Gelten die Aussagen nach wie vor oder müssen sie grundlegend überarbeitet werden? Welchen Stellenwert haben „die Kurzen“ im Vergleich zu augmentativen Verfahren? Im Februar in Köln ist die Therapieoption zum dritten Mal auf dem Prüfstand: 2011 ging es um die Praxisreife, 2016 um die Abwägung der Vorteile und Grenzen. „Angesichts der rasanten Entwicklung im Bereich der kurzen Implan-



Save the Date**18. Experten Symposium
des BDIZ EDI**

Update kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate

Sonntag, 19. Februar 2023, im Hotel Dorint/Heumarkt in Köln

angulierten Implantaten? Kann man Patienten eine relativ einfache Versorgung ohne Augmentation anbieten, die dennoch langfristigen Erfolg verspricht?

Das Symposium findet wieder im Hotel Dorint am Heumarkt statt. Die Teilnehmergebühr für Mitglieder wird reduziert. Wer sich für den bisherigen Praxisleitfaden zum Thema interessiert, wird fündig auf der Website des BDIZ EDI: www.bdizedi.org/praxisleitfaden

**Immer aktuelle Infos dazu unter
www.bdizedi.org/Fortbildung**

Der Kölner Karneval feiert im Übrigen in der Session 2022/23 200 Jahre Karneval in Köln. Vorrangig geht es dabei um den 200. Geburtstag der ältesten Kölner Karnevalsgesellschaft, „die Grosse von 1823“,

deren Präsident Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller ist.

AWU



Der Leitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz aus dem Jahr 2016.

ANZEIGE

ESSEN

FORUM FÜR INNOVATIVE IMPLANTOLOGIE

4. November 2022
Essen – ATLANTIC Congress Hotel

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.essen-forum.de

**Jetzt
anmelden!**

DVT/Strahlenschutz mit Aktualisierung der Fachkunde + Implantologie

BDIZ EDI startet Kombikurs im Oktober

Der BDIZ EDI bietet wieder einen Spezialkurs zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz in Kombination mit einem DVT-Kurs an. Bekanntlich sind Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland verpflichtet, ihre Fachkunde mindestens alle fünf Jahre zu aktualisieren. Der Kurs startet am 21. Oktober 2022 an der Universität zu Köln und wird von einem renommierten Implantologen geleitet.

Der DVT-Fachkundekurs richtet sich nicht nur an Zahnärztinnen und Zahnärzte, die eine Anschaffung eines DVT in Betracht ziehen, sondern ist auch jenen zu empfehlen, die eine eigenständige Indikationsstellung und Befundung von DVT durchführen möchten. Entsprechend lässt sich die Kooperation mit Radiologen oder anderen DVT-Betreibern so gestalten, dass die Verantwortung und somit auch die Patientenführung beim Behandler bleibt und der Patient, evtl. lediglich zur physischen Erstellung des DVT, eine andere Institution aufsuchen muss.

Der Fachkundekurs im Strahlenschutz in der Zahnmedizin zur weiterführenden Technik der digitalen Volumentomografie hat einen festen Inhaltskatalog, der vom Gesetzgeber vorgegeben ist (Aktualisierung gem. § 48 StrlSchV und Spezialkurs zum Erwerb der Fachkunde DVT: § 47 StrlSchV). Durch die langjährige Erfahrung der Referenten auf dem Gebiet der dreidimensionalen Diagnostik zur Nutzung für den gesamten Behandlungs-

ablauf der Implantattherapie, und nicht nur zur Erstellung von 3D-Bohrschablonen, werden die theoretischen Anforderungen durch zahlreiche praktisch relevante Fallbeispiele erläutert.

Termine: Teil 1 am Freitag, 21.10.2022;
Teil 2 wird bekannt gegeben

Kursleiter: Prof. Dr. Hans Joachim Nickenig, M.Sc.
und Prof. Dr. Dr. Matthias Kreppel
Kursort: Interdisziplinäre Poliklinik
für Orale Chirurgie und Implantologie
sowie Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
der Universität zu Köln

Kerpener Straße 62
50937 Köln

Die Kursgebühr beträgt 574 Euro für BDIZ EDI-Mitglieder und 665 Euro für Nichtmitglieder und beinhaltet die aufbereiteten Daten für die Dokumentation von 25 Untersuchungen, die zwischen den beiden Terminen unter der Anleitung der Referenten befundet werden müssen, und ein Skript zur Vorbereitung auf die Klausur.

AWU



Anmeldung



Da der Kurs nur eine begrenzte Teilnehmerzahl erlaubt, ist eine rasche Anmeldung sinnvoll.

Programm und Anmeldeformular:
<https://bdizedi.org/kombikurs-dvt-strahlenschutz-implantologie/>

conical

plattform

IT'S MY CHOICE.

Entscheiden Sie jederzeit individuell und flexibel, welche Abutmentvariante für Ihren Patienten die beste ist – conical oder platform.

Mehr Informationen →



FACHTAGE
IMPLANTOLOGIE
2022



WISSEN
VERBINDET

7. FACHTAG IMPLANTOLOGIE

5. November 2022 | Universität Jena

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Oktober bis Dezember 2022 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

Oktober



2. Oktober

Bernd Thelemann (Wolfen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

7. Oktober

Dr. Ingo Scheile (München)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

8. Oktober

Ulrich Leicht (Meppen)

zur Vollendung des 70. Lebensjahres

11. Oktober

Dr. Anton Hugo (Schweinfurt)

zur Vollendung des 85. Lebensjahres

13. Oktober

Dr. Detlef Hildebrand (Berlin)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

20. Oktober

Dr. Andreas Meiß, MSc (Ravensburg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

21. Oktober

Dr. Pieter Jacob (Berlin)

zur Vollendung des 75. Lebensjahres

25. Oktober

Dr. Heinz Scheuer (Bruchsal)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

29. Oktober

Dr. Andreas Meschenmoser (Stuttgart)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

31. Oktober

Dr. Michael Pampel (Coburg)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Dr. Holger Schmidt (Löbau)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

November



8. November

Dr. Jan-Christoph Künstler (Borken)

zur Vollendung des 70. Lebensjahres

9. November

Dr. Michael Ferchland (Hadamar)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

10. November

Thomas Bartsch (Berlin)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

12. November

Dr. Kay Pehrsson (Herne)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

14. November

Dr. Matthias Herrmann (Weidenberg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

16. November

Jochen Dahlinger (Lahr)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

18. November

Gerlinde Günther-Vernen (Eschwege)

zur Vollendung des 70. Lebensjahres

21. November

Dr. Martin Oppermann (Erlangen)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

25. November

Dr. Fritz E. Preusse (Möln)

zur Vollendung des 75. Lebensjahres

27. November

Dr. Dr. Helmut Hildebrandt (Bremen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel

(München)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

28. November

Dr. Dr. Jan Peter Schulz (Hannover)

zur Vollendung des 75. Lebensjahres

Dezember



7. Dezember

Dr. York Seifert (Ingolstadt)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Rolf Zechner (Hechingen)

zur Vollendung des 75. Lebensjahres

9. Dezember

Dr. Torsten Bettin (Hildesheim)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

12. Dezember

Dr. Dr. Irina Brzenska, MSc (Berlin)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres



18. Dezember

Ralf Meyrahn (Garmisch-Partenkirchen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

21. Dezember

Dr. Michael Schmiz (Neuburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

28. Dezember

Dr. Thomas Leibig (München)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

30. Dezember

Prof. Dr. Dr. Frank Palm (Konstanz)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Thomas Stöter, MSc (Hannover)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

Sollten Sie als Mitglied des BDIZ EDI die Veröffentlichung Ihres Geburtstages nicht wünschen, senden Sie bitte eine Mitteilung an die Geschäftsstelle des BDIZ EDI: office@bdizedi.org

Die Veröffentlichung erfolgt ab dem 60. Geburtstag und wiederholt sich bei runden beziehungsweise „halbrunden“ Jahrestagen.

Aufgrund der DSGVO-Bestimmungen wird der BDIZ EDI von besagten Mitgliedern die Zustimmung einholen.



31. Internationales Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin

Implantatbehandlungen bei schwierigen Patientensituationen

Eine Woche Fortbildung winkt auch in diesem Jahr wieder: Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller lädt zu seinem 31. Internationalen Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin nach Fuerteventura ein. Im Robinson Club Esquinzo Play dreht sich vom 28. Oktober bis 4. November alles um Implantatbehandlungen bei schwierigen Patientensituationen.

Zunehmend müssen sich Behandler mit älteren Patienten und ihren multiplen Allgemeinerkrankungen beschäftigen. Daneben bestehen auch viele lokale anatomische Schwierigkeiten des Hart- und Weichgewebes und damit erhöhte Risiken; besonders auch dann, wenn nach Jahren nicht nur die Zähne, sondern zwischenzeitlich auch die einst gesetzten Implantate verloren gegangen sind. Dies stellt die Zahnmedizin vor besondere Aufgaben. Die Diagnostik und die Behandlung dieser schwierigen Situationen sollen in dem 31. Expertensymposium umfassend beleuchtet und Ratschläge für die implantologische Praxis gegeben werden.

Auch in diesem Jahr sind neben den „alten Hasen“ unter den Referenten wieder viele neue Gesichter dabei, sodass ein abwechslungsreiches und hochkarätiges Programm mit zahlreichen Workshops erwartet werden kann. Das Konzept bleibt zum 31. Mal: „Mens sana in corpore sano“ – verbunden mit einem umfangreichen Sport- und auch gesellschaftlichen Programm.

Es sind maximal 36 Fortbildungspunkte möglich.

Reiseorganisation und Anmeldung

Reisebüro Garthe & Pflug GmbH
Heike Garthe
Triftstr. 20, 60528 Frankfurt am Main
Tel.: +49 9677 367-0
Fax: +49 9677 367-27
hgarthe@reisebuero-gup.de
www.experten-symposium.de

Veranstaltungsräume:

Die wissenschaftlichen Vorträge und Workshops finden im Kongresszentrum des Robinson Club Esquinzo Playa statt.

Wissenschaftliche Vorträge und Workshops :

Die Teilnahme an den Veranstaltungen und Workshops muss täglich bestätigt werden. Workshops finden häufig als Parallelveranstaltungen statt. Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den Workshops kann auf das Curriculum Implantologie des BDIZ EDI anerkannt werden.

ZOE

Freitag, 28.10.2022

21:00 Uhr Begrüßung/Registrierung (im WellFit)

Samstag, 29.10.2022

8:30 – 13:00 Wissenschaftliche Vorträge

8:30 s.t. Begrüßung und Eröffnung des 31. Symposiums
Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Köln8:35 – 9:00 Gesundheitsstandort Köln und NRW
Henriette Reker, Köln
Oberbürgermeisterin9:00 – 9:20 Pinsel trifft Bohrer – Zahnärzte in der Kunst des 20. Jahrhunderts
Univ.-Prof. Dr. Axel Karenberg, Kerstin Klemm, Köln9:20 – 10:00 Kunst im Zeichen der Gesundheit (Teil 1): Erkenntnisse aus Psychologie und Neurowissenschaften zum salutogenetischen Potenzial der Kunst
Prof. Dr. Marc Schipper, Armin Lühder, Bremen10:00 – 10:30 **Vorstellung der Industriepartner**11:00 – 11:30 Erfolgsbestimmende Faktoren des Langzeiterfolges in der Implantologie
Dr. Ralf Masur, Bad Wörlshofen11:30 – 12:00 Der Risiko-Score: Update 2022
Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln12:00 – 12:35 High End-Sofortimplantation! Was ist in der Praxis wirklich möglich?
Prof. Dr. Garbot Tepper, Wien12:35 – 13:00 KI in der Implantologie und in der Implantatprothetik – Erste Erfahrungsberichte
Dr. Volker Knorr, Eislingen/Fils16:00 – 19:00 **Workshop 1:**
3D-Planungsseminar – praxisnah und anspruchsvoll
Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln**Workshop 2:**
Wie setzt man ein Sofortimplantat wirklich? Wertvolle take-home messages!
Prof. Dr. Garbot Tepper, Wien**Sonntag, 30.10.2022**

8:30 – 13:00 Wissenschaftliche Vorträge

8:30 – 9:10 Implantologischer Zahnersatz versus endodontische Zahnerhaltung – wie kommt man zu Langzeiterfolgen?
Prof. Dr. Anselm Petschelt, Dr. Andreas Peschelt, Dr. Johannes Petschelt, Dr. Friedemann Petschelt, Lauf9:10 – 9:40 Die digitale Implantologie – geführte Augmentation und Insertion in der klinischen Routine
Prof. Dr. Dr. Alexander Schramm, Dr. Michael Weiß, Ulm9:40 – 10:00 Vorhersagbare Augmentationstechnik ohne Membran? Ein Paradigmenwechsel mit EthOss?
Dr. Kianusch Yazdani, Münster10:00 – 10:30 Photodynamik in der Parodontitis- und Periimplantitistherapie im Rahmen des APTC-Behandlungskonzepts
Univ.-Prof. Dr. Andreas Braun, Aachen11:00 – 11:40 Ästhetische und funktionelle Rehabilitation nach Frontzahntrauma
Prof. Dr. Fouad Houry, Olsberg11:40 – 12:00 Dentinostic – Zahnarzt-Diagnose per App: das Potenzial, Angstpatienten und andere Zahnarzt-Scheue medizinisch zu versorgen
Dr. Tina Mandel, Peter Mandel, Köln12:00 – 12:20 Analogabrechnung der PAR-Richtlinie in der GOZ
Christian Berger, Kempten12:20 – 12:40 Regenerative Verfahren – wie reagieren die privaten Kostenträger?
Sabine Schmidt, Stuttgart12:40 – 13:00 Rechnen Sie schon die Privatleistungen nach der neuen PA Strecke ab oder verschenken Sie Geld?
Dr. Aynur Durali, Bielefeld16:00 – 19:00 **Workshop 1:**
Die Abrechnung regenerativer und augmentativer Maßnahmen – wie reagieren die privaten Kostenträger?
Sabine Schmidt, Stuttgart**Workshop 2:**
KI in der Implantatprothetik – Anwendungen und Hands-on
Dr. Volker Knorr, Eislingen/Fils*Täglich nach Absprache, Terminliste liegt aus Tea time mit Thomas*
Thomas Müller, Walldorf16:00 – 19:00 **Workshop 1:**
3D-Planungsseminar – praxisnah und anspruchsvoll
Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln**Workshop 2:**
Wie setzt man ein Sofortimplantat wirklich? Wertvolle take-home messages!
Prof. Dr. Garbot Tepper, Wien

Montag, 31.10.2022

8:30 – 13:00	Wissenschaftliche Vorträge
8:30 – 9:00	Update Sinuslift – Techniken, Komplikationsmanagement und Tipps und Tricks aus der täglichen Praxis Dr. Stefan Reinhard, Münster
9:00 – 9:30	Implantatprothetik im zahnlosen Oberkiefer – die S3-Leitlinie in der täglichen Praxis umgesetzt Dr. Martin Gollner, Bayreuth
9:30 – 9:50	Das Potenzial von 3D-Planungsprogrammen zum Erhalt oder der Ausformung des Emergenzprofils bei der Sofortversorgung von Implantaten mit präfabrizierten Langzeitprovisoren Dr. Uwe Jaenisch, Hohen Neuendorf
9:50 – 10:10	Der zeitgemäße implantologische Workflow – individualisiert, biologisiert, digitalisiert und atraumatisch Prof. Dr. Fred Bergman, Viernheim
10:10 – 10:30	Ist Implantologie immer gleich? – Vom Bewegungsmuffel zum Spitzensportler Dr. Arne König, Mainz
11:00 – 11:30	Navigation in der Implantologie Prof. Dr. Florian Beuer, Berlin
11:30 – 12:00	Periimplantäre Gewebestabilität – eine Frage des korrekten Zeitpunktes? Implantologische Konzepte in der ästhetischen Zone. Dr. Frederic Hermann, MSC., Zug
12:00 – 12:30	Dentaler Druck in der eigenen Praxis. Geht es auch noch ohne? Dr. Gerhard Werling, Bellheim
12:30 – 13:00	AO-Summit 2022 – internationale Bewertung von Navigation, Keramikimplantaten und Implantataufbauverbindungen Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg
13.30 – 15.30	Sport: Tennis, Spinning, Segeln, Surfen
16:00 – 19:00	Workshop 1: Update Sinuslift – Techniken, Komplikationsmanagement und Tipps und Tricks aus der täglichen Praxis Dr. Stefan Reinhard, Münster Workshop 2: 3D-Implantologie mit SICAT: so günstig, so flexibel, so einfach wie nie Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg, Felix Uckert, Berlin
16:00 – 19:00	Workshop 1: 3D-Planungsseminar – praxisnah und anspruchsvoll Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln Workshop 2: Wie setzt man ein Sofortimplantat wirklich? Wertvolle take-home messages! Prof. Dr. Garbot Tepper, Wien

Dienstag, 01.11.2022

8:30 – 13:00	Wissenschaftliche Vorträge
8:30 – 8:50	Implantatbehandlungen bei schwierigen Patientensituationen mit extrakurzen Implantaten ohne Augmentation Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, Wien
8:50 – 9:20	KI-Diagnostik und moderne Therapie Prof. Dr. Falk Schwendicke, Berlin
9:20 – 9:40	Feste Zähne an einem Tag mit Copa Sky Dr. Ingo Frank, Landsberg
9:40 – 10:00	Komplexe Sinusliftfälle Dr. Claudia Schoenebeck, Düsseldorf
10:10 – 10:30	Wie viel Individualität braucht der Patient? Klinische Erfahrungen mit semiindividuellem Gingivaformer Dr. Sebastian Schiel, Augsburg
11:00 – 11:20	Schwierige Patienten mit Titanunverträglichkeit – Prävalenz, Diagnostik und Relevanz für den Implantologen Dr. Lars Börner, Berlin
11:20 – 11:40	Bone Level Keramikimplantate in einer 3-Jahre-Beobachtung – aktueller Zwischenbericht Dr. Jochem Mellinghoff, Ulm
11:40 – 12:00	Kommunikationspsychologie in der Praxis Bianca Rieken, Dortmund
12:20 – 12:40	Hat COVID-19 einen Einfluss auf die Implantattherapie? Dr. Sigurd Hafner, München
12:40 – 13:00	Rhinoplastik – State of the Art Dr. Dr. Susanne Herrmann-Frühwald, Stuttgart
16:00 – 19:00	Workshop 1: Die Kunst der Kommunikation: Techniken und Formulierungen für den Praxisalltag Bianca Rieken, Dortmund Workshop 2 Keramikimplantologie mit dem Z-Systems-System Dr. Lars Börner, Dr. Jochen Mellinghoff



Mittwoch, 02.11.2022

8:30 – 13:00	Wissenschaftliche Vorträge
8:30 – 8:50	Wann ist eine vertikale Alveolarfortsatzdistraktion indiziert? Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
8:50 – 9:50	Erfolgsdemenz – Es gibt keine Helden! Wen der liebe Gott strafen will, dem schenkt er 15 Jahre anhaltenden Erfolg Dr. Bernhard Saneke, Wiesbaden
9:50 – 10:10	Das Limit der Funktionstherapie als ein Limit der Implantation Dr. Christian Koenecke, Bremen
10:10 – 10:30	Effiziente Patientenkommunikation in der Zahnarztpraxis – Mit digitalen Workflows Patientenbindung steigern, Rentabilität maximieren & Mitarbeiter entlasten Thilo Mann, Düsseldorf
11:00 – 11:20	Memento mori – Strategien zur erfolgreichen Praxisübergabe Dr. Freimut Vizethum, Rauenberg
11:20 – 11:40	Implantatprothetische Erste Hilfe Dr. Wolfram Bücking, Wangen
11:40 – 12:00	Boost your Business Anne Thalinger, Holzgerlingen
12:00 – 12:20	Freie Arztwahl in Europa – Zahntourismus in Europa Dr. Dr. Klaus Ständer, Traunreut
12:20 – 12:40	Die Praxisstrategie und betriebswirtschaftliche Abrechnung waren noch nie zuvor so maßgeblich für den Praxiserfolg Melanie Langmaack, Hamburg
12:40 – 13:00	Kunst im Zeichen der Gesundheit (Teil 2) – Artful Coaching: Integrierte künstlerische und psychologische Ansätze der Selbstreflexion und Professionalisierung Prof. Dr. Marc Schipper, Armin Lühder, Bremen
13:30 – 15:30	Workshop 1 Von der Zahn-Extraktion bis zur Implantat-Freilegung Dr. Arne König, Mainz
16:00 – 17:30	Workshop 1a: Charly in der Zahnarztpraxis Anne Thalinger, Holzgerlingen
17:30 – 19:00	Workshop 1b: Meine Zahnarztpraxis läuft! Gewinnsteigerungspotenzial in der Zahnarztpraxis mit einfachen Mitteln Dr. Aynur Durali, Bielefeld
16:00 – 19:00	Workshop 2: Die minimalinvasive Trickkiste für den schwierigen Patienten Dr. Sigurd Hafner, Dr. Ingo Frank, Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Donnerstag, 03.11.22

8:30 – 11:00	Workshop 1: Effiziente Patientenkommunikation in der Zahnarztpraxis – Mit digitalen Workflows Patientenbindung steigern, Rentabilität maximieren & Mitarbeiter entlasten Thilo Mann, Düsseldorf
8:30 – 11:00	Workshop 2a: Schnittstelle analog und digital. Der praxisrelevante Workflow von Planung und Chirurgie zur prothetischen Versorgung mit praktischen Übungen. Prof. Dr. Fred Bergmann, Viernheim
10:00 – 12:30	Workshop 2b (am Strand): „Teach on the beach – Funktionsdiagnostik“ Dr. Christian Koenecke, Bremen
11:00 – 13:30	Workshop 1: Vergleich Standard- zu kurzen Implantaten in Bezug auf funktionelle Belastung Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, Wien
11:00 – 13:30	Workshop 2: KI-Diagnostik und moderne Therapie Prof. Dr. Falk Schwendicke, Berlin
13.30 - 15.30	Sport: Tennis, Spinning, Segeln, Surfen
13:30 – 17:00	Workshop 1: Implantatprothetik im zahnlosen Oberkiefer – Ein Praxisplanungskonzept für den ästhetisch-funktionellen Erfolg Dr. Martin Gollner, Bayreuth
13:30 – 15:30	Workshop 2a: Sofortretention von Unterkiefertotalprothesen mit dem ATLAS-System Dr. Wolfram Bücking, Wangen
15:30 – 18:30	Workshop 2b: Schritt-für-Schritt Workshop: Von der Theorie zur Strategie. Methoden, Beispiele, Tipps. Und was hat es mit der betriebswirtschaftlichen Abrechnung von Leistungen auf sich? Melanie Langmaack, Hamburg
Ab 19:30	White – BBQ-Abend mit Überraschungen
20:00 – 20:30	Fortbildung als Präsenzveranstaltung unter Berücksichtigung des Homöopathischen Einsatzes von CZHFOH in einer D6 Dr. Ulrich Fürst, Attnang-Puchheim, Österreich
21:00 – 22:00	Diskussion im Kollegenkreis

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin: Filmzahnärzte 1964 bis 2018

Zahnärzte im deutschen Kinofilm – Teil 2

Filmische Porträts von Zahnärzten stellen ein bedeutendes Bildarchiv dar. Sie fangen wissenschaftliche und technische Entwicklungen ein, geben zwischenmenschliche Interaktionen wieder und reflektieren gesellschaftliche Bewertungen. Damit spiegeln sie das „Image“ des Berufsstandes – im Sinne des optischen wie des gesellschaftlichen Bildes.

Bislang hat diese Welt an der Grenze von Realität und Fiktion im Rahmen einzelner Dissertationen eine gewisse Aufmerksamkeit gefunden [Gerhards, 1991; Riescher, 2001; Petzke, 2009]. Zunächst interessieren bei einer vertieften Analyse cineastischer Darstellungen banale Fakten: Woher stammen die Produktionen, wann sind sie entstanden, welchen Filmgenres sind sie zuzuordnen? Dann folgt das Zahnmedizinische: Wo wird was wie diagnostiziert oder therapiert? Ist die Schilderung authentisch? Ferner sind Gender- und Statusaspekte zu beachten, und betrachtet man alle erreichbaren Filme zusammen, folgen die wichtigsten Punkte: Wie wurde das mediale Image über die Jahrzehnte konstruiert? Welche Kontinuitäten, welche Brüche

sind nachweisbar? In sechs Zeitperioden und zwei Teile gegliedert, versucht der vorliegende Beitrag Antworten auf diese Fragen zu finden.

BRD und DDR (1964–1989)

Mitte der 1960er-Jahre entwickelten sich Kino und Zahnheilkunde in unterschiedliche Richtungen. Die Zahnmedizin brach durch technische Innovationen wie Turbine (ab ca. 1965), Laser (nach 1970) und OP-Mikroskop (seit 1975) zu neuen Ufern auf [Strübig, 1979]. Dagegen begann zu beiden Seiten des Eisernen Vorhangs ein regelrechtes Kinosterben – nicht nur, aber auch



Abb. 4: Stadtgespräch (1995), Standbild. Ursprünglich ZDF-Produktion. Regie Rainer Kaufmann, August Zirner als Zahnarzt. © Buena Vista International / Mit freundlicher Genehmigung von Herbert Klemens, Filmbild Fundus.

Nr.	Titel	Jahr	Regisseur
4-1	Und sowas muss um acht ins Bett	1964	Werner Jacobs
4-2	Alfons Zitterbacke (DEFA)	1966	Konrad Petzold
4-3	Kinderarzt Dr. Fröhlich	1971	Kurt Nachmann
4-4	Wenn die prallen Möpfe hüpfen	1973	Ernst Hofbauer
4-5	Eva und Adam (DEFA)	1973	Horst E. Brandt
4-6	Nelken in Aspek (DEFA)	1976	Günter Reisch
4-7	Der kleine Zauberer (DEFA)	1977	Erwin Stranka
4-8	Einer muß die Leiche sein (DEFA)	1978	Iris Gusner
4-9	Deutschland bleiche Mutter	1979	Helma Sanders-Brahms
4-10	Nicki* (DEFA)	1979	Günther Scholz
4-11	Aber Doktor (DEFA)	1980	Oldrich Lipský
4-12	Der Keiler von Keilsberg (DEFA)	1980	Peter Hill
4-13	Die Pinups und ein heißer Typ	1981	Yoel Silberg u. a.
4-14	Gemischter Salat – French Dressing (verschollen)	1981	Erwin Kneihsl
4-15	Frevel (verschollen)	1981	Peter Fleischmann
4-16	Die Olympiasieger	1983	Herbert Achternbusch
4-17	Super	1983	Adolf Winkelmann
4-18	Die lieben Luder (DEFA)	1983	Helmut Krätzig

Tabelle 4: Spielfilme mit Zahnarzt-Motiv (1964–1989) (DEFA = Deutsche Film AG; * Zahnärztin)

durch die Konkurrenz Fernsehen. Beide deutsche Staaten setzten unterschiedliche Strategien ein, um die Filmwirtschaft zu unterstützen [Faulstich, 2005; Müller, 2016].

Auch in diesen zweieinhalb Jahrzehnten blieb die Quote von knapp einem Leinwandzahnarzt pro Jahr konstant (Tab. 4). Vor allem im bundesrepublikanischen Kino kam es allerdings zu einem erschütternden Niedergang der Figur. Sie tauchte nahezu ausschließlich in Schmierkomödien und Schlagerfilmchen, Softpornos und Nonsenskrimis auf: der Zahnarzt als „Vater der Klamotte“. Eine willkommene Ausnahme innerhalb dieses deprimierenden Ensembles bietet „Deutschland bleiche Mutter“ von Helma Sanders-Brahms; der Filmtitel spielt auf ein gleichnamiges Gedicht von Bertolt Brecht an mit der Zeile „Wie haben deine Söhne dich zugerichtet“. Die Regisseurin erzählte 1979 in einer Retrospektive die tragische Liebesgeschichte von Lene und Hans,

die kurz vor Beginn des Krieges heiraten und ein Kind zeugen. Als Hans endlich aus der Gefangenschaft heimkehrt, entspricht seine selbstbewusste Partnerin nicht mehr dem konservativen Bild, das er von seinem „Frauchen“ hat. Sie verliert den nachfolgenden Beziehungskampf und schließlich auch ihr Gesicht, filmisch ausgedrückt durch das Auftreten einer Fazialisparese. Um das Fortschreiten der vermeintlich odontogenen Lähmung zu verhindern, werden ihr in einer bedrückend langen Szene nach Infiltrationsanästhesie fachmännisch alle Zähne entfernt. Filmwissenschaftler sehen in der Protagonistin das Abbild des durch NS-Zeit und Krieg verstümmelten Deutschlands [Sanders-Brahms, 1981]. Mit gleichem Recht kann man die Extraktions-Szene als erschreckenden Höhepunkt eines Emanzipationsdramas deuten; als dokumentarisches Zeitbild, in welchem einer Frau im wahrsten Sinne des Wortes die Zähne gezogen werden und der männliche Zahnarzt als Erfüllungsgehilfe des Patriarchats agiert.

Im DDR-Kino fand die Zahnarzt-Rolle eine interessante Nische. Nicht weniger als 3 Kinderfilme präsentieren eine solche Figur, mit „Nicki“ im Jahr 1979 sogar eine weibliche [Schenk, 1994].

Trotz der Vielzahl beschaffbarer Filme fällt das Fazit zu diesem Zeitabschnitt knapp aus. Der Zahnarzt besetzt fast durchgängig eine Nebenrolle, die vornehmlich der Erheiterung der Kinobesucher dient. Er erscheint so weit an den Rand der Handlung gedrängt, dass allgemeine Aussagen zum vorherrschenden Typus, zur Authentizität oder zu dramaturgischen Funktionen kaum möglich sind. Auffällig bleibt allerdings, dass bei realiter gut 20 Prozent approbierten Zahnärztinnen in West- und über 50 Prozent in Ostdeutschland [Groß, 2019] lediglich eine weibliche Filmfigur zu registrieren ist.

Wiedervereinigtes Deutschland (1990–2005)

Nach der Zäsur von 1989/1990 kamen die Leinwandhelden kaum mehr auf Filmrollen daher, sondern traten in digitaler Form auf. Die DEFA als einzige Filmgesellschaft der DDR war wie diese selbst Geschichte. Auf die Konkurrenz von Videos und elektronischen Medien stellten sich die Filmtheater durch neue Architektur und ein globalisiertes Angebot ein [Trümper, 2006]. Die Digitalisierung begann auch die Zahnmedizin gravierend zu verändern [Davidowitz/Kotick, 2011]: Grundlagenforschung war bedeutender denn je, die Bedürfnisse der Patienten, der zahn-

medizinische Fächerkanon wie auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wandelten sich erheblich.

Weiterhin traten Filmzahnärzte als Zugaben zu Gesellschaftsatiren, Familientragödien, Thrillern und sogar einem Horrorfilm auf (Tab. 5). Allerdings war nach den Entgleisungen zuvor ein neuer Realismus eingekehrt (Abb. 4), zudem erfuhr das Klischee des angeblich mehr als wohlhabenden Berufsstandes deutliche Risse. Die Quote von fast einer Rolle jährlich blieb konstant, dennoch wurde alles ein wenig weiblicher. In 13 Produktionen waren immerhin eine Zahnmedizinstudentin und vier Zahnärztinnen zu sehen; Hannelore Elsner, Ulrike Folkerts und Doris Dörrie (Abb. 5) zählen zu den prominentesten. Großstädtisch, professionell, einfühlsam und fast immer mit Assistenz – so präsentierten sich die Kolleginnen wie ihre meist in Nebenrollen agierenden Kollegen. Auch die Extraktion erlebte filmisch eine Renaissance unter perfekten hygienischen und Anästhesie-Bedingungen: Mundschutz, Handschuhe und Schutzbrille gehörten infolge von Hepatitis B- und AIDS-Infektionen [Hardie, 1983; Modarresi-Tehrani, 2000] ab sofort zur üblichen Kostümierung wie einstmals der Rückenschluss-Kittel. Regisseure bemühten sich nun aktiv und in fast dokumentarischer Weise darum, dem Kinopublikum die erreichten Standards zu demonstrieren. Doch längst standen männliche wie weibliche Leinwand-Figuren im Schatten der Fernsehkonkurrenz: Mehr als 20 Zahnärzte kann man in TV-Filmen und -serien dieses Zeitraums nachweisen [Petzke, 2009].

Nr.	Titel	Jahr	Regisseur
–	Der Streit um des Esels Schatten (DEFA)	1990	Walter Beck
5–2	Schramm	1993	Jörg Buttgerit
5–3	Stadtgespräch	1995	Rainer Kaufmann
5–4	Die Apothekerin	1997	Rainer Kaufmann
5–5	Zurück auf Los*	2000	Pierre Sanoussi-Bliss
5–6	Suck my Dick*	2001	Oskar Roehler
5–7	Mutti – der Film*	2002	Klaus Purkart u. a.
5–8	Halbe Treppe	2002	Andreas Dresen
5–9	Frau fährt, Mann schläft*	2004	Rudolf Thome
5–10	Mädchen Mädchen 2 – Loft oder Liebe*	2004	Peter Gersina
5–11	Glück auf halber Treppe	2005	Thomas Jacob
5–12	Check it out (verschollen)	2005	Michael Stelzer

Tabelle 5: Spielfilme mit Zahnarzt-Motiv (1990–2005) (DEFA = Deutsche Film AG; * Zahnärztin bzw. Studentin)

Im 21. Jahrhundert (2006–2018)

Das neue Jahrtausend bot dem Kino-Zahnarzt immer weniger Raum auf der großen Leinwand (Tab. 6). Dies ist zum Teil der fortbestehenden Popularität der TV-Kollegen geschuldet; doch selbst die zuvor stets gehaltene Quote von einem Werk pro Jahr bricht für die Kinoproduktionen deutlich ein (vier in 15 Jahren). Ähnliches kann von der Geschlechterverteilung behauptet werden: Imponierten die ersten fünf Jahre des 21. Jahrhunderts noch mit einem erstaunlich hohen Anteil an Zahnmedizinerinnen (5/8) (Abb. 6), dominieren in den folgenden wieder die männlichen Kollegen des Faches das Kinogeschehen (3/4) – auch wenn die einzige Hauptrolle des filmischen Quartetts von einer Schauspielerin geboten wird.

Die Mehrzahl der neuesten Produktionen kann dem Genre des Dramas zugeordnet werden, der Rest besticht durch heiteren Duktus. Die Profession selbst ist selten der Ursprung der Verwicklungen – nur in „Was bleibt“ befeuert das finanzielle Wagnis einer eigenen Praxis den übergeordneten Konflikt. In den übrigen vier Werken ist dagegen eine Schilderung der beruflichen Tätigkeit als Stigma kennzeichnend: als Routine, die schwer von der Hand geht; als Teil eines Alltags, den man besser hinter sich lässt; ja sogar als Essenz eines erstarrten Lebens, aus dem es auszubrechen gilt. Besonders in „Lügen und andere Wahrheiten“ peinigen unzufriedene Patienten die bereits gestresste Zahnärztin soweit, dass es zu Zwischenfällen bei der Behandlung kommt (sie rutscht mit dem Bohrer ab). Die Doktorin erleidet aufgrund des Malheurs einen Nervenzusammenbruch und muss mithilfe eines Rettungssanitäters beruhigt werden.

Die Zahnmedizin scheint den Leinwandkollegen also kaum ein erfülltes Berufsleben zu bescheren. Abgesehen von diesem faden Beigeschmack gelingt es den Filmemachern immer wieder, die schmerz- und angstbelegte Komponente der zahnärztlichen Behandlung für dramaturgische Zwecke zu instrumentalisieren. Wenig überraschend mutiert zumeist der Bohrer zum Objekt der Angst: Der Fachmann aus „Schneeflöckchen“ wird sogar von zwei in seine Praxis platzenden Gaunern mit dem eigenen Instrument gefoltert. Auch die einschüchternde Natur der Ex-



Abb. 5: Zurück auf Los! (2000), Standbild. © Filmproduktion GmbH in Zusammenarbeit mit dem ZDF. Regie Pierre Sanoussi-Bliss, Doris Dörrie als Zahnärztin. © Pro-Fun / Mit freundlicher Genehmigung von Herbert Klemens, Filmbild Fundus.

traktion nutzt der Zahnarzt in „So viel Zeit“, um eine wirkmächtige Drohung an einen Kontrahenten zu zischen: „[sonst] ... zieh ich dir jeden Zahn einzeln ohne Betäubung.“ Diese absichtliche Inszenierung der zahnärztlichen Behandlung als Moment des Schauderns scheint einer Tradition des US-amerikanischen Kinos entlehnt [Mariño, 2017], die zögernd Eingang in die deutsche Kinolandschaft gefunden hat.

Dennoch bleiben die fiktiven Kollegen, ihre Behandlungsräume und Instrumentarien in einem authentischen Licht dargestellt, stets mit Augenmerk auf Hygiene und Detailtreue. Die Therapien nehmen keinen großen Raum ein: In kurzen Sequenzen sehen die Zuschauer zwei Kariesbehandlungen, einmal wird ein prothetisches Vorgehen mittels Anpassung einer Krone angedeutet. In „Schneeflöckchen“ schließlich erscheint ein Patient, der mit einem zirkulärem Lippen- und Wangenabhalter wartet – was auf die bevorstehende professionelle Zahnreinigung hindeutet.

Nr.	Titel	Jahr	Regisseur
6-1	Was bleibt*	2012	Hans-Christian Schmid
6-2	Lügen und andere Wahrheiten	2014	Vanessa Jopp
6-3	Schneeflöckchen	2017	Adolfo J. Kolmerer, William James
6-4	So viel Zeit	2018	Philipp Kadelbach

Tabelle 6: Spielfilme mit Zahnarzt-Motiv (2006–2018) (* Zahnärztin)



Abb. 6: Mädchen, Mädchen 2 – Loft oder Liebe (2004), Standbild. Regie Peter Gersina, Karoline Herfurth als angehende Zahnärztin. © Constantin Film / Mit freundlicher Genehmigung von Herbert Klemens, Filmbild Fundus.

Zusammengefasst: Die letzten 15 Jahre haben die Zelluloid-Zahnärzte erneut verwandelt. Der deutliche Rückgang an Produktionen ist – neben der Konkurrenz durch den Fernsehfilm – auch dem Aufkommen immer aufwendigerer Fernseh- wie Streaming-Serien zu schulden. Ebenso scheint der frühere Boom an Leinwandzahnärztinnen abzuebben. Diese Entwicklung kann angesichts der recht überschaubaren Filmzahl allerdings auch als historische Abweichung verstanden werden, die sich in den kommenden Jahren wieder einpendeln wird.

Schlussbetrachtung

Über mehr als ein Jahrhundert Kinogeschichte zeigten und zeigen Zahnärzte kontinuierlich Präsenz. Bekannte und weniger bekannte Regisseure haben sich der Figur gewidmet, etliche berühmte Schauspielerinnen und Schauspieler sie verkörpert. In allen filmischen Erscheinungsformen zusammen – also deutsche TV-Produktionen eingeschlossen – entstanden mehr als 100 dieser Charaktere. Männliche wie weibliche Filmzahnärzte traten in nahezu allen Genres auf, ihr bevorzugtes Leinwand-Biotop stellte die Komödie dar, ohne dass ihr Handeln oder gar ihre Behandlungen, abgesehen von der Stummfilmzeit, ein erheiterndes Element enthielten. Am häufigsten wirkten sie als Nebendarsteller, dann oft in Ausübung ihrer Profession. Aufgrund ihrer vielseitigen dramaturgischen Verwendbarkeit kann man sie ohne Übertreibung als „wichtigste Nebenrolle in der deutschen Kinogeschichte“ bezeichnen.

Fortschritte der Zahnheilkunde spiegeln sich durchaus in fiktionalen Repräsentationen, allerdings oft mit erheblichen Latenzzeiten. Über den betrachteten Zeitraum stehen konservierende und chirurgische Optionen etwa gleichgewichtig im Vordergrund. Prothetik und Prophylaxe wurden marginalisiert, Kieferorthopädie und Kieferchirurgie ignoriert – auch weil die Eigenesetzlichkeiten des Films gegenüber den Erfahrungen der medizinischen Praxis die Oberhand behielten.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, haben Scriptwriter und Regisseure Zahnärztinnen lange die Kinopräsenz verweigert: in der NS- wie in der Nachkriegszeit, im Westen wie im Osten, obwohl ihr Anteil im wahren Leben ständig stieg. Erst seit Mitte der 1990er-Jahre sind Filmzahnärztinnen Normalität geworden. Fazit: Filme reflektieren nicht nur bestimmte Versatzstücke aus der Wirklichkeit, sie erzeugen auch ihre eigene Realität und prägen kraft der Macht ihrer Bilder und Geschichten das Image einer Berufsgruppe. Alles in allem wirken die fiktiven Therapeuten professionell und authentisch – und punkten damit bis heute beim Kinopublikum.

Der in Heft 2/2022 begonnene Überblick zur Darstellung des zahnärztlichen Berufsstandes in deutschen Spielfilmen wird in dieser Ausgabe fortgesetzt und abgeschlossen.

Literatur unter www.bdizedi.org/news

Dennis Henkel¹, Andreas Petzke², Axel Karenberg¹, Joachim Zöllner³

¹ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Uniklinik Köln und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

² Zahnarztpraxis, Josef-Schregel-Straße 31, 52349 Düren

³ Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Kontakt

Prof. Dr. med. Axel Karenberg

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Uniklinik Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 20
50931 Köln

Tel.: +49 221 4785266
ajg02@uni-koeln.de

Echte Knochenregeneration

ethoss®

Grow Stronger

SAFER

keine menschlichen
oder tierischen Zellen

SIMPLER

keine Kollagen-
membranen
notwendig

STRONGER

wird vollständig durch
körpereigenen Knochen
ersetzt - bis zu 50 %
innerhalb von 12 Wochen



Artikelnummer:
ETH0005 349,00 €
Inhaltsmenge: 3 x 0,5 ml
ETH0010 499,00 €
Inhaltsmenge: 3 x 1,0 ml

Jetzt Demo-Termin mit
unserem Außendienst
vereinbaren:



Zantomed GmbH
Ackerstraße 1 · 47269 Duisburg
info@zantomed.de · www.zantomed.de

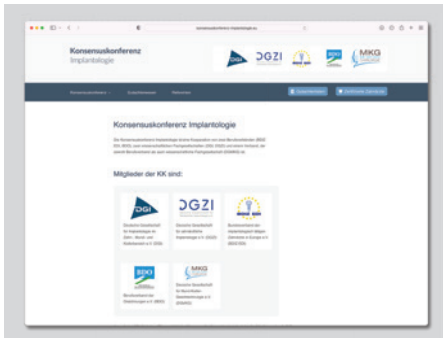


Tel.: +49 (203) 60 799 8 0
Fax: +49 (203) 60 799 8 70
info@zantomed.de



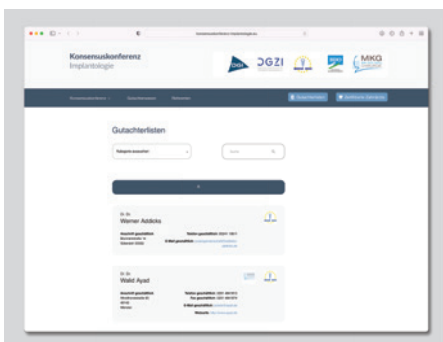
zantomed
www.zantomed.de

Wussten Sie schon, ...



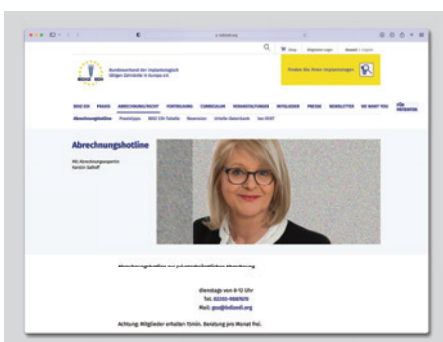
... dass der BDIZ EDI Partner in der Konsensuskonferenz Implantologie ist? Der Berufsverband arbeitet aktiv in der KK mit und hat beispielsweise in der Zeit, als der BDIZ EDI den Vorsitz inne hatte, die Indikationsklassen Implantologie federführend überarbeitet.

Mehr dazu: www.konsensuskonferenz-implantologie.eu/



... dass alle Gutachter des BDIZ EDI auf der Website der Konsensuskonferenz Implantologie einsehbar sind? Die Gutachter sind mit den jeweiligen Logos der Fachgesellschaft bzw. des Berufsverbandes, bei der/dem sie Mitglied sind, gekennzeichnet.

Mehr dazu: <https://www.konsensuskonferenz-implantologie.eu/gutachterlisten/>



... dass unsere Abrechnungshotline immer dienstags von 8 bis 12 Uhr erreichbar ist? Mitglieder erhalten 15 Min./Monat freie Beratung durch Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff, die die Hotline betreut. Nichtmitglieder erhalten einmalig 10 Min. Beratungszeit. Darüber hinaus wird eine Gebühr fällig.

Telefonhotline: +49 2203 9887670
oder schneller via Mail an: goz@bdizedi.org

Mehr dazu: <https://bdizedi.org/abrechnungshotline/>



Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg bezieht Stellung für den Council of European Dentists

Ziele des CED-Präsidenten

Anlässlich des Jahresberichts 2021 des Council of European Dentists (CED) bezog Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg, Dänemark, Stellung zu den kommenden drei Jahren seiner Präsidentschaft.

„Ich bin glücklich, stolz, aber auch demütig über das Vertrauen, das mir die CED-Mitglieder entgegengebracht haben, indem sie mich für die kommenden drei Jahre zum Präsidenten ernannt haben. Dies gibt mir die Möglichkeit, die Zahnmedizin und die Mundgesundheit als integrierte Teile der allgemeinen Gesundheit weiter zu fördern und die alten und neuen Herausforderungen anzugehen, denen sich unser Beruf stellen muss.

Die Themen, mit denen sich der CED in den nächsten Monaten befassen wird, sind eng mit den Bestrebungen der Europäischen Union verbunden, den zentralen politischen und administrativen Institutionen in und um Brüssel, einschließlich des Gesundheitswesens, mehr Macht zu übertragen. Im Moment haben wir ein offenes Fenster in unserer Kommunikation mit der Europäischen Kommission, insbesondere wenn es um die zahnärztliche Ausbildung geht.

Bei der künftigen Überarbeitung der Berufsqualifikationsrichtlinie müssen wir eine angemessene klinische Ausbildung der jungen Zahnärzte als Schlüssel zur Patientensicherheit sicherstellen. Dentalmaterialien und -geräte müssen sicher, einfach zu handhaben und in Zukunft auch ökologisch nachhaltig sein. Wir müssen einen Weg in eine amalgamfreie Zukunft finden, die für den Patienten zahlbar ist, ohne eine Herausforderung für die Zahnmedizin zu sein.

In Bezug auf das CED-Engagement in der europäischen Arena freuen wir uns auf eine noch engere Zusammenarbeit mit

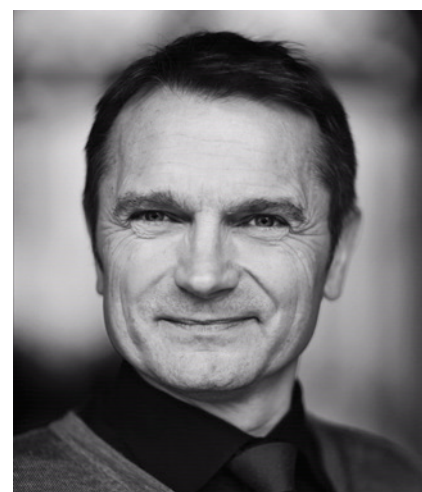
der EMA und dem ECDC. Die Beziehungen zu den beiden EU-Organen wurden in den letzten Jahren und während der COVID-19-Pandemie gestärkt, was es uns ermöglichte, unser Wissen über Infektionskontrolle in der Zahnmedizin zu teilen und zu zeigen, dass Zahnarztpraxen sicher sind.

Wir werden auch weiterhin eine enge Beziehung zu anderen Interessengruppen haben, die in der EU-Politik aktiv sind, unter anderem zu Themen über antimikrobielle Resistenzen, die ‚stille Pandemie‘. Als Teil der Koalition für Impfungen werden wir in Zusammenarbeit mit Ärzten, Patienten und Interessengruppen einen wissenschaftlich fundierten Ansatz für die Impfung sowohl gegen COVID-19 als auch gegen andere übertragbare Krankheiten fördern.

Trotz unserer vergangenen Erfolge blicken wir natürlich immer in die Zukunft. Abgesehen von der weiteren Arbeit an den bereits genannten Themen müssen wir die Entwicklung des teilweisen Zugangs zum Beruf des Zahnarztes, die Auswirkungen der Unternehmenszahnmedizin und die Umsetzung von eHealth-Initiativen und die damit verbundene Behandlung sensibler Patientendaten verfolgen.

Attraktivität des Berufs steigern für die junge Generation

Darüber hinaus werden wir uns mit gesellschaftlichen Trends befassen, die sich auf die Gesundheit und die Mundgesundheit auswirken, wie die alternde Bevölkerung in Europa und vulnerabler Patientenkate-



gorien. Darüber hinaus erfordert das Aufkommen neuer Technologien die Entwicklung neuer Fähigkeiten, insbesondere digitaler Fähigkeiten, und neuer Behandlungsmethoden.

Wir erleben auch einen Rückgang der Attraktivität der Zahnmedizin als freien Beruf für die jüngere Generation, wo wir Erwartungen für eine andere Work-Life-Balance und eine Präferenz sehen, in größeren Praxen gegenüber einzelnen zu arbeiten.

All dies wird uns zwingen, neue Wege zu finden, um die Zahnmedizin zu organisieren, das zahnärztliche Personal zu integrieren und mit anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten. Diese Herausforderungen bieten sich als Chance, unseren Beruf zu verbessern und die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patienten weiterhin zu schützen.“

Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg
CED-Präsident



EU-Medizinprodukteverordnung (MDR)

Warten ist keine Option

Auf der Sitzung der Minister für Beschäftigung, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz der EU Mitte Juni stand die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) auf der Agenda der Gesundheitsminister der EU-Mitgliedstaaten. Die Probleme mit der Implementierung der Anforderungen an Medizinprodukte sind drückend. Die Ankündigung von EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides, bis Ende 2022 Lösungen zu präsentieren, ist für Hersteller und die einschlägigen Verbände keine Option.

„Es ist gut, dass die EU-Kommission und die Mitgliedstaaten die Sorgen der Kliniken, Ärzte und Ärztinnen sowie Medtech-Unternehmen ernst nehmen und pragmatische Lösungen anstreben. Aber: Warten ist keine Option! Wir brauchen jetzt konkrete Lösungen und Maßnahmen und können nicht bis zum nächsten Sachstandsbericht der EU-Kommission im Dezember 2022 warten“, kommentiert Dr. Marc-Pierre Möll, Geschäftsführer und Vorstandsmitglied des mächtigen deutschen Verbandes Medizintechnologie (BV-Med) das Ergebnis der Sitzung.

Erst 1.000 MDR-Zertifikate ausgestellt

Der BV-Med begrüßt, dass die EU-Kommissarin Stella Kyriakides in der EPSCO-Sitzung die Probleme erkannt sowie benannt hat und sich insgesamt 18 Mitgliedstaaten zu Wort gemeldet haben, um sich für pragmatische Lösungen auszusprechen. Es seien erst 1.000 MDR-Zertifikate ausgestellt, so die Kommissarin. Bis zum Ende der Übergangsfrist im Mai 2024 würden aber rund 24.000 Zertifikate auslaufen. Man müsse schnell und entschieden handeln, die Hersteller müssten Anträge stellen,

die Kommission müsse aber auch dafür sorgen, dass genügend Kapazitäten seitens der Benannten Stellen zur Verfügung stehen. Kyriakides verwies auf diskutierte Lösungen: Benannte Stellen entlasten; Fokus auf MDR-Zertifizierungen; Übergang für Hersteller erleichtern; mit Hybrid-Audits arbeiten. Die Kommission würde die Entwicklungen der MDR beobachten und Ende des Jahres in der nächsten Sitzung ein Update geben. „Wir brauchen jetzt aber keine Ankündigungen, sondern europaweit harmonisierte und pragmatische Lösungen unter Einbindung der Medizinprodukte-Industrie, wie von Österreich angeregt“, so Möll. „Hier steht die Kommission in der Verantwortung – und zwar jetzt, nicht erst im Dezember 2022.“

Der BV-Med unterstützt die Ausführungen des Vertreters Irlands und des deutschen Staatssekretärs Dr. Thomas Steffen, dass die EU-Kommission europaweite Lösungen koordinieren und für Vereinfachungen und Entbürokratisierungen sorgen muss. „Diese konkreten Maßnahmen brauchen wir aber jetzt. Wir brauchen Aktionen, keine Ankündigungen“, fordert Möll.



BV-Med schlägt „Zertifikate unter Auflagen“ vor

Der BV-Med hat bereits in der Woche vor der Sitzung drei Lösungsansätze vorgestellt, um die Probleme bei der Umsetzung der MDR anzugehen:

- **Mehr Kapazitäten:**

Ausbau der Ressourcen bei den Benannten Stellen; Beschleunigung der Notifizierung weiterer Benannter Stellen.

- **Sinnvoller Einsatz der vorhandenen Kapazitäten:**

Pragmatische Überführung der „Legacy Devices“ (Bestandsprodukte unter den alten MDD-Richtlinien) durch Zertifikate unter Auflagen; Ausnahmeregelungen für Nischenprodukte; ausreichende Ressourcen für Innovationen.

- **Mehr Zeit:**

Verschiebung der Fristen, falls die Maßnahmen nicht ausreichen sollten.

Laut BV-Med sind die Kapazitätsengpässe das Hauptproblem bei den Benannten Stellen. Immer häufiger werden Anträge von Herstellern mangels Kapazität abgelehnt oder bestehende langjährige Verträge aufgekündigt. Die durchschnittliche Dauer der Zertifizierung beträgt rund 18 Monate. Bei einer Übergangsfrist bis Mai 2024 bedeute das, dass allerspätestens im dritten Quartal 2022 die unternehmerischen Entscheidungen getroffen werden müssten, welche Medizinprodukte vom Markt genommen werden. „Wenn wir nicht politisch aktiv werden, gefährden wir die Gesundheitsversorgung und verlieren in Deutschland und Europa geschätzt 10 Prozent der Unternehmen, insbesondere kleine und mittelständische, 30 Prozent Bestandsprodukte und die Kraft von Innovationen. Deshalb brauchen wir jetzt Lösungen!“

Quelle: devicemed.de

Standpunkt des BDIZ EDI



Bereits vor der Corona-Pandemie forderte der BDIZ EDI immer wieder den Aufschub des Inkrafttretens der EU-Medizinprodukteverordnung. Dazu hatte der BDIZ EDI auch die medizinprodukteherstellende Industrie befragt. Die überwältigende Mehrheit der teilnehmenden Dentalfirmen an der Umfrage sah der MDR mit gemischten Gefühlen entgegen. Die Befürchtungen sind inzwischen Realität geworden: zu wenige Benannte Stellen (früher TÜV), kompliziertes Zertifizierungsverfahren. Das führt dazu, dass Firmen ihre Produkte wegen der MDR vom Markt nehmen. In der Umfrage des BDIZ EDI 2019 kündigten dies über 45 Prozent der teilnehmenden Hersteller von Medizinprodukten an! Und auch die Veränderung der Produktpalette in Reaktion auf die MDR kündigten 56

Prozent der Hersteller an. Wohlgermerkt war das 2019 vor Inkrafttreten. Die Situation dürfte sich deutlich verschärft haben. Leider wurde aufgrund der Pandemie nur ein Aufschub von einem Jahr gewährt. Seit 26. Mai 2021 ist die europaweite Verordnung in Kraft. Marktbeobachter und der Dentalsektor sehen die MDR als Innovationsbremse. Das wird sich auch in den Zahnarztpraxen und ultimativ auf die Behandlung der Patienten auswirken. Unseren Befürchtungen zufolge – und damit sind wir nicht alleine – werden kleine und mittelständische Medizinproduktehersteller und Hersteller von Nischenprodukten nicht mehr lange durchhalten, wenn sich politisch nichts ändert.

Christian Berger, Präsident



BDIZ EDI bietet Formulare zur MDR zum Download

Was muss die Zahnarztpraxis beachten?

Die Europäische Medizinprodukteverordnung MDR trat am 25. Mai 2017 in Kraft und löste das bisher geltende Medizinproduktegesetz (MPG) und die europäische Vorgängerin Medical Device Directive (MDD) am 26. Mai 2021 ab. Die Redaktion zeigt in diesem Übersichtsbeitrag auf, was sich für Zahnarztpraxen verändert. Der BDIZ EDI informiert seit 2019 über die MDR und stellt als Service für seine Mitglieder die notwendigen Formulare interaktiv und zum Herunterladen im Online-Bereich der Internetseite zur Verfügung.

Die MDR regelt die Herstellung und Verarbeitung von Medizinprodukten. Sie dient der Sicherheit, Eignung und Leistung von Medizinprodukten bzw. deren Zubehör sowie der Gesundheit und dem erforderlichen Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten. Im Vergleich zum MPG sieht die Verordnung erhöhte Anforderungen an das Inverkehrbringen und die Überwachung von Medizinprodukten in der Europäischen Union vor.

Wesentliche Änderungen in der Zahnarztpraxis:

- Aufbau eines Risikomanagementsystems (Art. 10 Abs. 2, Anhang I Nr. 3)
- **Verlängerung der Aufbewahrungspflichten** für Dokumentationen auf mind. 10 Jahre und bei implantierbaren Produkten auf 15 Jahre (Art. 10 Abs. 5 MDR, Anhang XIII Nr. 4)
- Benennung einer **verantwortlichen Person** (Sicherheitsbeauftragter Art. 15)
- **Chargenrückverfolgbarkeit** (Art. 25)
- Konkrete **Erfassung aller im Medizinprodukt verbleibenden Stoffe**, systematische Erfassung sämtlicher Chargen und Zuordnung zur Patientenarbeit
- Anpassungen bei den Konformitätserklärungen (Art. 52 Abs. 8, Anhang XIII Nr. 1)
- Klinische Bewertung und klinische Nachbeobachtung der Medizinprodukte nach dem Inverkehrbringen (Art. 83, Anhang XIV Teil A und B)
- System der Aufzeichnung und Meldung von Vorkommnissen, Überwachung nach Inverkehrbringen (Art. 83, Art. 87 MDR)

Medizinprodukte in der Zahnarztpraxis

In der Zahnarztpraxis kommt eine Vielzahl von unterschiedlichen Medizinprodukten zum Einsatz, die je nach Zuordnung unterschiedlichen Anforderungen unterliegen.

Als „**Medizinprodukte**“ gelten gemäß Art. 2 Nr. 1 MDR Instrumente, Apparate, Geräte, Software, ein Implantat, Reagenzien, Materialien oder andere Gegenstände, die zur Anwendung im oder am Menschen bestimmt sind und ihre Wirkung vorwiegend auf physikalischem Wege (nicht durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel) erreichen.

„**Zubehör eines Medizinprodukts**“ bezeichnet gemäß Art. 2 Nr. 2 MDR einen Gegenstand, der zwar an sich kein Medi-

zinprodukt ist, aber vom Hersteller dazu bestimmt ist, zusammen mit einem oder mehreren bestimmten Medizinprodukten verwendet zu werden, und der speziell dessen/deren Verwendung gemäß seiner/ihrer Zweckbestimmung(en) ermöglicht oder mit dem die medizinische Funktion des Medizinprodukts bzw. der Medizinprodukte im Hinblick auf dessen/deren Zweckbestimmung(en) gezielt und unmittelbar unterstützt werden soll.

„Implantierbares Medizinprodukt“

bezeichnet gemäß Art. 2 Nr. 5 MDR ein Medizinprodukt, auch wenn es vollständig oder teilweise resorbiert werden soll, das dazu bestimmt ist, „durch einen klinischen Eingriff“

- ganz in den menschlichen Körper eingeführt zu werden oder
- eine Epitheloberfläche oder die Oberfläche des Auges zu ersetzen und nach dem Eingriff dort zu verbleiben.

Als implantierbares Produkt gilt auch jedes Produkt, das dazu bestimmt ist, durch einen klinischen Eingriff teilweise in den menschlichen Körper eingeführt zu werden und nach dem Eingriff mindestens 30 Tage dort zu verbleiben.

Klassifizierung von Medizinprodukten

Wie bisher werden Medizinprodukte unter Berücksichtigung ihrer Zweckbestimmung und der damit verbundenen Risiken in die Klassen I, IIa, IIb und III eingestuft. Wenn das betreffende Produkt dazu bestimmt ist, in Verbindung mit einem anderen Produkt angewandt zu werden, werden die Klassifizierungsregeln auf jedes Produkt gesondert angewendet. Die Klassifizierung erfolgt gemäß Anhang VIII der MDR. Die wichtigsten in der Zahnarztpraxis zum Einsatz kommenden Medizinprodukte stehen zusammengefasst im Mitgliederbereich der BDIZ EDI-Website.

Medizinprodukte der Klassen IIa, IIb und III müssen neben der CE-Kennzeichnung

auch die Nummer der Benannten Stelle aufweisen, die ein Konformitätsbewertungsverfahren für das betreffende Medizinprodukt durchgeführt hat. Medizinprodukte der Klasse I müssen lediglich die CE-Kennzeichnung tragen.

„CE-Konformitätskennzeichnung“ oder „CE-Kennzeichnung“ bezeichnet eine Kennzeichnung, durch die ein Hersteller angibt, dass ein Produkt den einschlägigen Anforderungen genügt, die in der MDR oder in anderen Rechtsvorschriften der Union über die Anbringung der betreffenden Kennzeichnung festgelegt sind.

Mit Ausnahme von Sonderanfertigungen oder Prüfprodukten tragen alle Medizinprodukte eine CE-Konformitätskennzeichnung, Anhang V der MDR.

Für die Zahnarztpraxis ist zunächst die Unterscheidung zwischen serienmäßig hergestellten Medizinprodukten und Sonderanfertigungen wichtig.

Serienmäßig hergestellte Medizinprodukte

In der Zahnarztpraxis werden zum größten Teil Medizinprodukte verwendet, die serienmäßig von Dritten hergestellt werden. Die Hersteller dieser Medizinprodukte nehmen die Einteilung in die Klassen vor.

Zahnärztliche Sonderanfertigungen

„Sonderanfertigung“ bezeichnet laut Art. 2 Nr. 3 MDR ein Produkt, das speziell gemäß einer schriftlichen Verordnung der aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation nach den nationalen Rechtsvorschriften zur Ausstellung von Verordnungen berechtigten Person angefertigt wird, die eigenverantwortlich die genaue Auslegung und die Merkmale des Produkts festlegt, das nur für einen einzigen Patienten bestimmt ist, um ausschließlich dessen individuellem Zustand und dessen individuellen Bedürfnissen zu entsprechen. Die Methode der

Herstellung ist dabei nicht relevant. Auch mittels CAD/CAM hergestellter Zahnersatz stellt eine Sonderanfertigung dar.

Sonderanfertigungen sind beispielsweise:

- festsitzender Zahnersatz
- herausnehmbarer Zahnersatz
- Schienen

Serienmäßig hergestellte Produkte, die angepasst werden müssen, um den spezifischen Anforderungen eines berufsmäßigen Anwenders zu entsprechen, und Produkte, die gemäß den schriftlichen Verordnungen einer dazu berechtigten Person serienmäßig in industriellen Verfahren hergestellt werden, gelten jedoch nicht als Sonderanfertigungen.

Keine Sonderanfertigungen sind beispielsweise:

- konfektionierte Zähne
- industriell hergestellte Geschiebeteile
- Implantatteile

Sonderanfertigungen sind in der Regel Medizinprodukte der Klasse I oder der Klasse IIa. Lediglich Abutments werden von einigen Herstellern derzeit als implantierbare Medizinprodukte, chirurgisch invasiv, in die Klasse IIb eingestuft.

Risikomanagementsystem

Anhang I (Nr. 3) MDR sieht für Hersteller die Einführung eines Risikomanagementsystems vor. Dies bedeutet für die Zahnarztpraxis, die Sonderanfertigungen herstellt, dass ein entsprechendes Risikomanagementsystem eingeführt und fortlaufend dokumentiert werden muss.

Ein Risikomanagementsystem besteht aus:

- Risikomanagementplan (Risikomanagementakte, Ergebnis der ersten Risikoanalyse)
- Risikoanalysen (Produktgruppen, Lebensphasen des Produktes, Risikominimierung)
- Plan zur Überwachung und Sicherheitsbericht (Produktbeobachtung)

Hinweis: Reparaturen und Erweiterungen sind zwar keine Neuanfertigungen. Dennoch muss hinsichtlich der Materialien, die im Rahmen der Reparatur und Erweiterung neu eingebracht wurden, eine Dokumentation und Rückverfolgbarkeit gewährleistet sein.

Verantwortliche Person

Hersteller, also damit auch Zahnarztpraxen, in denen Sonderanfertigungen hergestellt werden, verfügen in ihrer Organisation über mindestens eine Person mit dem erforderlichen Fachwissen auf dem Gebiet der Medizinprodukte, die für die Einhaltung der Regulierungsvorschriften verantwortlich ist. Aufgaben und Verantwortung stehen in der Übersicht im Online-Bereich. Die Aufgaben der für die Einhaltung der Regulierungsvorschriften verantwortlichen Person gehen deutlich über die Aufgaben des bisherigen Sicherheitsbeauftragten für Medizinprodukte gemäß § 30 Medizinproduktegesetz (MPG) hinaus. Hier ist insbesondere das System der Aufzeichnung und Meldung von Vorkommnissen, Überwachung nach Inverkehrbringen hervorzuheben.

Diese Aufgabe kann zum einen dem Praxisinhaber, aber auch dem Zahntechniker im eigenen Praxislabor übertragen werden. Kleinst- und Kleinunternehmen, d. h. solche Unternehmen, die weniger als 50 Personen beschäftigen und deren Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 10 Mio. Euro nicht übersteigt, sind nicht verpflichtet, eine für die Einhaltung der Regulierungsvorschriften verantwortliche Person zur Verfügung zu haben; sie müssen aber dauerhaft und ständig auf eine solche Person zurückgreifen können. Das bedeutet, dass externe Dienstleister die Funktion der Verantwortlichen Personen für Klein- und Kleinunternehmen vollständig übernehmen können.

Rückverfolgbarkeit

Gemäß Art. 25 MDR müssen sämtliche Wirtschaftsakteure eines Medizinproduktes (Hersteller, bevollmächtigter Vertreter, Importeur, Händler) für die Identifizierung innerhalb der Lieferketten sorgen. Für die Zahnarztpraxis bedeutet dies, dass zusammen mit Händlern und Importeuren sowie Herstellern oder ihren Bevollmächtigten ein angemessenes Niveau

der Rückverfolgbarkeit von Produkten erreicht werden muss. In dem Zeitraum von zehn Jahren (bei implantierbaren Produkten von 15 Jahren) muss gegenüber der zuständigen Behörde angegeben werden können:

- Von wem wurde welches Produkt bezogen?
- An wen wurde welches Produkt abgegeben?

Dies erfordert demnach nicht nur eine konkrete Erfassung aller im Medizinprodukt verbleibenden Materialien, sondern auch ein System der Chargenrückverfolgung unter Zuordnung zu der jeweiligen Patientenarbeit.

Konformitätserklärung

Die bisherige Dokumentation der Konformitätserklärung für Sonderanfertigungen muss an die neuen Vorgaben der MDR angepasst werden. So müssen neben Namen und Anschrift des Herstellers alle Fertigungsstätten angegeben werden. Zudem wurde die Aufbewahrungszeit für die Dokumentation von fünf auf zehn Jahre erhöht. Bei implantierbaren Medizinprodukten gilt eine Aufbewahrungszeit von 15 Jahren. Auch Anforderungen an die Inhalte sind online abrufbar.

Inverkehrbringen von Medizinprodukten überwachen

Hersteller, also damit auch Zahnarztpraxen, in denen Sonderanfertigungen hergestellt werden, müssen für jedes Medizinprodukt ein System zur Überwachung nach dem Inverkehrbringen planen, einrichten, dokumentieren, anwenden, instand halten und auf den neuesten Stand bringen.

Hierfür ist gemäß Art. 84 und Art. 86 MDR ein

- Plan zur Überwachung nach dem Inverkehrbringen,
 - regelmäßig aktualisierter Bericht über die Sicherheit
- erforderlich. Gemäß Anhang XIV Teil A und B der MDR ist zudem eine klinische



Die MDR beeinflusst alle Bereiche, in denen Medizinprodukte eingesetzt werden – auch die digitale robotergestützte Mikrochirurgie.

Bewertung und klinische Nachbeobachtung der Medizinprodukte nach dem Inverkehrbringen durchzuführen. Die klinische Bewertung soll dabei für jedes Medizinprodukt geplant, kontinuierlich durchgeführt und dokumentiert werden. Die klinische Nachbeobachtung nach dem Inverkehrbringen soll eine fortlaufende Aktualisierung der klinischen Bewertung sein. Hierbei sollen die Methoden und Verfahren für das proaktive Sammeln und Bewerten klinischer Daten beschrieben werden.

Vorkommnisse müssen überwacht und gemeldet werden

Die MDR sieht ein System der Aufzeichnung und Meldung von Vorkommnissen, Überwachung nach Inverkehrbringen vor. Im System der Aufzeichnung und Meldung von Vorkommnissen, Überwachung nach

Inverkehrbringen wird festgehalten, wie

- Vorkommnisse erfasst und bewertet,
- schwerwiegende Vorkommnisse gemeldet,
- ggf. Rückrufe durchgeführt bzw. über Maßnahmen informiert werden.

Die maximal mögliche Meldefrist von schwerwiegenden Vorkommnissen (entspricht bisherigem meldepflichtigem Vorkommnis) wurde gemäß Art. 87 Abs. 2 MDR von 30 Tagen auf 15 Tage reduziert. Im Falle einer schwerwiegenden Gefahr für die öffentliche Gesundheit ist eine Meldung nach spätestens zwei Tagen nach Kenntnis des Herstellers erforderlich. Im Falle des Todes oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist eine Meldung nach spätestens zehn Tagen erforderlich.

MDR-Formulare online

Der BDIZ EDI macht, wie im Artikel beschrieben, im Mitgliederbereich der Internetseite www.bdizedi.org die notwendigen Formulare zugänglich.

Die PDFs sind interaktiv, also auch elektronisch ausfüllbar. Dazu gehört ein Risikomanagementplan, die Konformitätserklärung, die Bestellung der verantwortlichen Person, die Vorlage eines Meldesystems, Überwachungsplan und Risikoanalyse. Dazu eine ausführliche Übersicht über die neuen Anforderungen.

RED

ANZEIGE

4 Formen – 1 System nur ein Chirurgie-Set für alle Formen



Sichere
Chirurgie
und weniger
Instrumente



FairOne

FairTwo

FairWhite
Schulter

FairWhite
Parallel

EUGH-U

ormationen +++ Nachrichten +++

© Zerbor – stock.adobe.com

Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

Im Spannungsfeld zwischen Antikorruption und Datenschutz

Datenschutz steht bekanntlich in einem ständigen Spannungsfeld mit anderen öffentlichen Interessen. Der EuGH hat sich in einem aktuellen Urteil damit beschäftigt, inwieweit die beiden Bereiche von Korruptionsbekämpfung und Datenschutz in Einklang zu bringen und welche Faktoren hier abzuwägen sind. Zusätzlich beschäftigte sich der EuGH damit, wann auch bei der Veröffentlichung von indirekt sensiblen Daten der Art. 9 DSGVO zur Anwendung kommt.

Veröffentlichung von sensiblen Daten

Bei dem Urteil (EuGH, Urteil vom 01.08.2022 – EuGH Aktenzeichen C-184/20) handelt es sich um eine Vorlagesache des Litauischen Obersten Gerichtshofs, dem Vilniaus apygardos administracinis teismas (Regionalverwaltungsgericht Vilnius, Litauen).

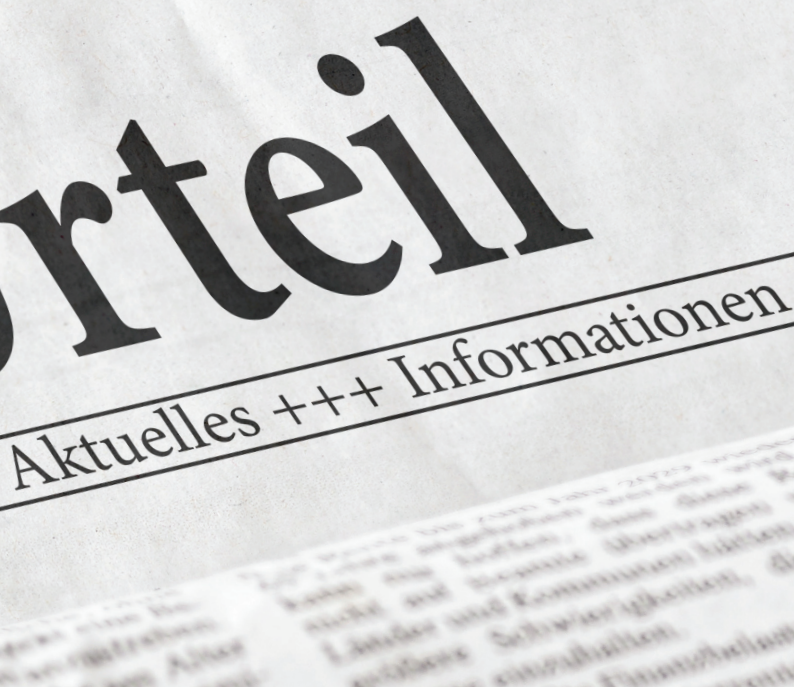
Dieser wollte vom EuGH die Frage beantwortet wissen, ob eine uneingeschränkte Veröffentlichung von personenbezogenen Daten des Leiters einer Umweltschutzorganisation überhaupt datenschutzrechtlich gem. Art. 6 und Art. 9 DSGVO gerechtfertigt sein kann bzw. wie umfangreich eine solche Verarbeitung sein darf. Nach litauischem Recht muss der Behördenleiter einer Behörde, die mit öffentlichen Mitteln finanziert wird, persönliche Informationen an die Ethikkommission weiterleiten, welche dann auf der Homepage der Kommission veröffentlicht werden.

In diesem Falle kam es unter anderem zur indirekten Veröffentlichung sensibler Daten. Der Name des Lebenspartners des Betroffenen wurde bekannt gegeben, wodurch Rückschlüsse auf die sexuelle Orientierung des Betroffenen möglich wurden.

Kern der Problemstellung war die Frage, inwieweit eine Veröffentlichung von personenbezogenen Daten erforderlich ist, um das Ziel der Antikorruption und Transparenz zu verfolgen.



© Knopp-Pictures – stock.adobe.com



Abwägung zwischen Transparenz und Datenschutz

Zu den veröffentlichten Daten gehörten unter anderem der Name des Behördenleiters, der Name des Ehepartners, die Tätigkeiten der betroffenen Person und seiner Angehörigen sowie jegliche Zuwendungen über einen Gegenwert von 3.000€. Betroffen ist in diesem Falle somit nicht nur der Behördenleiter selbst, sondern auch ihm nahestehende Personen.

Der EuGH stellt in seiner Abwägung ausführlich die beiden entgegenstehenden Interessen in diesem Fall dar: die Korruptionsbekämpfung und den Schutz personenbezogener Daten. Bezüglich des Eingriffs durch die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten kommt er zu dem Ergebnis, diesen als schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte auf Achtung des Privatlebens und auf Schutz der personenbezogenen Daten der betroffenen Personen anzusehen. Hiergegenüber stellt der EuGH jedoch auch klar, dass die Korruptionsbekämpfung in der Union von großer Bedeutung ist. Er hat darauf hingewiesen, dass Korruption „eine Bedrohung der Rechtsstaatlichkeit, der Demokratie und der Menschenrechte darstellt, die Grundsätze verantwortungsbewussten staatlichen Handelns, der Billigkeit und der sozialen Gerechtigkeit untergräbt, den Wettbewerb verzerrt, die wirtschaftliche Entwicklung behindert und die Stabilität der demokratischen Institutionen und die sittlichen Grundlagen der Gesellschaft gefährdet“.

Hierbei sind folgende Abwägungskriterien im Einzelfall von besonderer Bedeutung:

- Die Korruptionsdichte des einzelnen betroffenen Landes.
- Die Stellung des Betroffenen und die Verantwortung im Umgang mit öffentlichen Mitteln.

Was wurde entschieden?

Der EuGH kommt bei seiner Abwägung zu dem Ergebnis, dass umfassende Veröffentlichungen auf der Website der Ethikkommission insbesondere nicht durch Art. 6 Abs. 1 lit. c und Abs. 3 der DSGVO im Licht der Art. 7, 8 und 52 Abs. 1 der Europäischen

Grundrechte-Charta gerechtfertigt sind. Eine Veröffentlichung von personenbezogenen Daten dürfe sich nur auf die für die Korruptionsbekämpfung relevanten Daten wie selbstständige Tätigkeiten und die juristischen Personen, an denen die betroffene und ihr nahestehende Personen als Teilhaber oder Gesellschafter beteiligt sind, beziehen. Dieses Ergebnis wird im Wesentlichen mit der Tragweite einer Veröffentlichung im Internet und dem Grundsatz der Datenminimierung des in Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO begründet.

Bei seiner Entscheidung hatte der EuGH in einer zweiten Frage zu beantworten, ob auch bei indirekter Veröffentlichung von sensiblen Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO die Verarbeitung an den strengeren Voraussetzungen dieser Vorschrift gemessen werden muss. Diese Frage stellt sich in vorliegendem Fall deshalb, weil der Betroffene in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt und bei Veröffentlichung des Namens seines Lebenspartners von jedermann auf seine sexuelle Orientierung geschlossen werden könnte. Hier hat der EuGH eindeutig zugunsten eines umfassenden Schutzes der personenbezogenen Daten des Betroffenen entschieden und stellt klar, dass auch „Daten, aus denen mittels gedanklicher Kombination oder Ableitung auf die sexuelle Orientierung einer natürlichen Person geschlossen werden kann, unter die besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 95/46 und Art. 9 Abs. 1 der DSGVO fallen“.

EuGH steckt die Abwägungsgrenzen ab

Der EuGH macht im Urteil deutlich, dass auch bei der Korruptionsbekämpfung der Datenschutz großen Einfluss hat und steckt die Grenzen für eine Abwägung beider Interessen ab. Auch wird deutlich, dass der Begriff der sensiblen Daten für den EuGH weit zu verstehen ist, sodass diese auch geschützt werden, wenn nicht auf den ersten Blick deutlich wird, dass es sich um solche handelt.

Quellen: Dr. Datenschutz, Intersoft Consulting Services

Info

Das Urteil ist in deutscher Sprache hier zugänglich:



NEWS-TICKER

Verwaltung, Gesundheitssystem und Kriminalitätsbekämpfung

Spanien Vorreiter der Digitalisierung



Verwaltung, Gesundheitssystem oder Kriminalitätsbekämpfung: Die Digitalisierung ist in Spanien weit fortgeschritten. Als nächstes sollen die unzähligen Kleinunternehmen im Land davon profitieren. Doch es gibt auch Schattenseiten. Manche sehen sich abgehängt und beklagen eine zunehmende digitale Kluft. Steuerzertifikate und Meldebescheinigungen, die man sich umgehend bei der Behörde herunterlädt – ohne Schlange stehen zu müssen und ohne Bearbeitungszeiten. Selbstständige passen ihre Rentenbeiträge über die Website der Sozialkasse an, Bürgerinnen und Bürger überwachen die Auftragsvergabe der Behörden über ein staatliches Datenportal. Die Kommission der Europäischen Union stellt Spanien ein gutes Zeugnis aus: Zwar stehe das Land in der Digitalisierung noch hinter den baltischen und skandinavischen Staaten. Doch es liege deutlich vor den großen EU-Staaten Deutschland, Frankreich und Italien. Und auch im staatlichen Gesundheitssystem sind die Patientendaten von allen Spanierinnen und Spaniern digital erfasst. Es war ein schrittweiser Prozess, der vor 15 Jahren eingeleitet wurde. Inzwischen gibt es die elektronische Gesundheitskarte, eine App, Rezepte werden auf einem Server hinterlegt, auf den die App zugreift. Ein Patient geht mit seinem Smartphone zur Apotheke, öffnet die App und bekommt seine Medizin. Als besonders vorteilhaft erwies sich die Digitalisierung für das staatliche Gesundheitssystem vor allem bei den Impfkampagnen. 82 Prozent der Spanier sind mittlerweile doppelt geimpft, 87 Prozent der über 50-Jährigen und 92 Prozent der über 60-Jährigen haben auch eine Auffrischungsimpfung. Die statistische Erfassung der Impfungen war dank der elektronischen Erfassung der Patientendaten kein Problem: Es gibt ein staatliches Impfregeister. Spanien liegt bei der Versorgung mit High-Speed-Anschlüssen weit vorne, trotz der großen Unterschiede zwischen der Versorgung in den Städten und auf dem Land.

Quelle: Deutschlandfunk

Gegen fremdfinanzierte MVZ:
Appell an die Politik

Deutschlands Zahnmedizin auf Spitzen-niveau



KZBV, BZÄK und die Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer appellierten dringend an die Politik, Maßnahmen gegen versorgungsfremd finanzierte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzuleiten, da Berufsaufsichtsbehörden wie die Zahnärztekammern nicht über Durchgriffsrechte verfügen. „Zahnmedizin ist kein Gewerbe“, mahnt BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz. „Die Zahnmedizin in unserem Lande ist international auf Spitzen-niveau – und das ohne Fremdkapital, welches nur zu Umsatzdruck, Über- und Fehlversorgung und somit Qualitätsverlust führen wird. Zahnmedizin ist persönliche Dienstleistung am und für den Menschen und keine Fließbandarbeit.“ Ein einstimmiger Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von Ende Juni sowie mehrere Erhebungen zum Thema bekräftigen die Forderungen von BZÄK und KZVB nach dringendem gesetzgeberischem Handlungsbedarf. Darüber wird ein verpflichtendes Register für MVZs sowie die Angabe von gesellschaftsrechtlichen Eigentümerstrukturen direkt auf Praxisschild und Website gewünscht, um mehr Transparenz und Patientenschutz zu schaffen.

Quelle: IWW-Institut

Save the Date: FDI-Weltkongress der Zahnärzte

2023 live in Sydney



„Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass der FDI World Dental Congress nach vier langen Jahren vom 24. bis 27. September 2023 in Sydney, Australien, von Angesicht zu Angesicht zurückkehrt. Wir freuen uns, dieses Treffen gemeinsam mit unserem Mitglied, der Australian Dental Association, auszurichten und Sie in der Küstenmetropole Sydney – der größten Stadt Australiens – begrüßen zu dürfen“, lautet die Ankündigung auf der Internetseite der Federation Dentaire Internationale (FDI). Der Kongress soll den Stand der Wissenschaft in der Zahnmedizin durch ein wissenschaftliches Programm, interaktive Foren und eine zahnmedizinische Ausstellung voranbringen. Der weltgrößte internationale Zahnärzterverband wird also 2023 entsprechend mit seinem Weltkongress wieder live zu erleben sein.

Quelle: FDI

Zahnmedizinstudentin in Saudi-Arabien verurteilt

34 Jahre für ein paar Likes?

Die saudische Studentin Salma al-Shihab wurde zu einer langen Gefängnisstrafe verurteilt, weil sie kritische Beiträge auf Twitter geteilt hatte. Sie ist kein Einzelfall. Während sich das Königreich gesellschaftlich öffnet, wird es politisch immer autoritärer. Die 24-Jährige, die zurzeit im englischen Leeds Zahnmedizin studiert, war zu Besuch in der Heimat, als sie verhaftet wurde. Nun wurde sie zu 34 Jahren Haft verurteilt und zusätzlich mit einer ebenfalls 34 Jahre dauernden Ausgangssperre belegt. Sollte sie ihre Strafe bis zum Ende verbüßen müssen, wird sie 92 Jahre alt sein, bis sie sich das nächste Mal frei bewegen darf. Shihabs Vergehen, so geht aus der von ESOHR, einer saudischen Menschenrechtsorganisation, eingesehenen Urteilschrift hervor, lag darin, dass sie auf Twitter kritische Meldungen zur Verhaftung von Frauenrechtlerinnen in ihrer Heimat geteilt hatte.

Quelle: NZZ

Zahnmedizin im National Health Service (NHS)

NHS-Vertrag für Zahnärzte unattraktiv

Der Zugang zur NHS-Zahnmedizin ist seit der Gründung des Gesundheitsdienstes 1948 problematisch. Die kostenlose Behandlung wurde 1951 eingestellt, weil sie als unerschwinglich galt. Seitdem gibt es ein subventioniertes System, bei dem ein Teil der Patienten einen Beitrag zu den Kosten leistet. Parallel dazu hat sich ein starker privater Markt entwickelt, den ungefähr jeder Erwachsene in Anspruch nimmt. Es ist somit die Entscheidung des Zahnarztes, in welchem Maß er NHS-Leistungen erbringt. Die meisten NHS-Zahnärzte im Vereinigten Königreich sind selbstständig und nicht direkt beim Gesundheitsdienst angestellt. Wenn sie ihren NHS-Vertrag nicht erfüllen, wird das Geld, das sie erhalten haben, zurückgefordert. Der derzeitige NHS-Vertrag ist für Zahnärzte unattraktiv, da ihre Arbeit nicht fair entlohnt wird. Sparmaßnahmen drücken ebenfalls auf die Budgets, und dann kam die Pandemie, die einen Rückstau von Patienten mit einer sich verschlechternden Mundgesundheit verursachte. Diese Kombination von Faktoren scheint mehr Zahnärzte dazu veranlasst zu haben, die Praxis zu verlassen –



die Zahl der NHS-Patienten ging im letzten Jahr um 10 Prozent zurück. Für die British Dental Association (BDA) steht die NHS-Zahnmedizin „nach einem Jahrzehnt der Unterinvestition an einem Wendepunkt.“ Nach einem Jahrzehnt „brutaler Kürzungen“ seien allein für die Wiederherstellung des Finanzierungsniveaus von 2010 zusätzliche 880 Millionen Pfund pro Jahr erforderlich. „Das Finanzministerium scheint sich nicht wirklich verpflichtet zu haben, in die Zahnmedizin zu investieren“, sagte der BDA-Vorsitzende Eddie Crouch. „Die Patienten lassen sich die Zähne entfernen, weil es billiger ist, als die Zähne zu retten. Das ganze System ist auf gesundheitliche Ungleichheit ausgerichtet, und das muss sich dringend ändern.“

Quelle: BBC-Recherche

EFP veröffentlicht Leitlinie zur Behandlung von Parodontitis im Stadium IV

Erste europäische Paro-Leitlinie

Zum Start der weltweit führenden Parodontologenkonzferenz, der EuroPerio 10 in Kopenhagen, legt die European Federation of Periodontology (EFP) die erste europäische Leitlinie zur Behandlung von Parodontitis im Stadium IV vor. Das teilen EFP und die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) in einer gemeinsamen Pressemitteilung mit.

Die neue Leitlinie ergänzt die im Jahre 2020 publizierte S3-Leitlinie zur Behandlung der Parodontitis der Stadien I bis III. Sie beinhaltet Empfehlungen zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittener Parodontitis, die im November in einem Clinical Guideline Workshop der EFP unter der Federführung von Prof. David Herrera, Madrid, konsentiert wurden und bei dem auch zahlreiche deutsche Expertinnen und Experten aus allen Bereichen der Zahnmedizin vertreten waren.

„Eine alleinige systematische Parodontistherapie reicht in schweren Parodontitisfällen nicht aus, um die Dentition zu stabilisieren. Daher ist in der Regel für die orale Rehabilitation eine umfassende multidisziplinäre Behandlung notwendig, die auch prothetische, implantologische und/

oder kieferorthopädische Maßnahmen beinhaltet“, erklärt Prof. Moritz Kepschull, Birmingham, Mitglied des Workshop-Organisationskomitees der EFP und Leitlinien-Beauftragter der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO).

Die klinische Diagnose einer fortgeschrittenen Parodontitis (Stadium IV) umfasst fünf Komponenten:

1. Beurteilung des Schweregrades der parodontalen Destruktion und der Beeinträchtigungen der Ästhetik, der Kau- und Sprachfunktion.
2. Ermittlung der Anzahl der Zähne, die aufgrund von Parodontitis verloren gegangen sind.
3. Bestimmung, welche verbleibenden Zähne erhalten werden können.

4. Bewertung aller oralen Faktoren, die den Erhalt von Zähnen und/oder das Setzen von dentalen Implantaten erschweren oder begünstigen können, wie zum Beispiel Zahnlücken oder das Knochenangebot.

5. Beurteilung der Gesamtprognose des Patienten, einschließlich der Wahrscheinlichkeit eines Fortschreitens oder Wiederauftretens der Erkrankung, unter Berücksichtigung von Risikofaktoren wie Rauchen und Diabetes.

„Dieser detaillierte Diagnoseprozess ist entscheidend, da er es uns ermöglicht, einen multidisziplinären Behandlungsplan auf der Grundlage dessen zu entwerfen, was technisch und biologisch machbar sowie kostengünstig ist, und dabei die Präferenzen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen“, erklärt Prof. Maurizio Tonetti von der Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China, Mitautor der Leitlinie.

DG PARO wird die Empfehlungen in deutsche Leitlinie überführen

Wie bereits bei der im Jahr 2020 publizierten S3-Leitlinie zur Behandlung der Parodontitis der Stadien I bis III wird die DG PARO in einem Adolopment-Verfahren die Originalempfehlungen der neuen EFP-Leitlinie durch eine Expertengruppe auf ihre Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem hin überprüfen und in Deutschland implementieren.



EuroPerio 2022 in Kopenhagen.

RED

Osstem TS III Implantat Das meistverkaufte System weltweit seit 2017

OSSTEM[®]
IMPLANT



◉ Wir machen den Unterschied:

- ◉ Kundennähe die man spürt
- ◉ Zielgerichteter Service
- ◉ Faire Preise

Neben Implantaten und anderen hochwertigen und innovativen Produkten, zu einem attraktiven Preis, ist unser oberstes Ziel, unseren Kunden einen individuellen und höchstmöglichen Service anzubieten um den Erfolg für Patienten wie Behandler sicherzustellen. Dabei steht der Leitsatz, "Verlässlichkeit schafft Vertrauen", bei Osstem Implant stets im Vordergrund.

Unser Unternehmen hat ein Gesicht, lernen Sie uns doch mal kennen.

 JETZT ONLINE
INFORMIEREN



✉ bestellung@osstem.de

☎ +49 (0)6196 777 5501

🌐 www.osstem.de

OSSTEM[®]
IMPLANT

Änderungen bei Arbeitsverträgen zum 01.08.2022 – Das neue Nachweisgesetz



Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Justitiar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwälte
Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg i.Br. ·
Köln · Meißen · München · Sindelfingen

Posener Straße 1
71063 Sindelfingen
Tel.: +49 7031 9505-27
E-Mail: syr@rprmed.de
(Sybill Ratajczak)
Fax.: +49 7031 9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rprmed.de

INHALT

- Einführung
- Anwendungsbereich
- Die Nachweispflichten gegenüber Arbeitnehmern
- Nachweispflicht gegenüber Praktikanten
- Änderungsnachweis
- Übergangsvorschrift
- NachwG ist zwingendes Recht
- Bußgeldvorschriften
- Fazit

Einführung

Es gibt Gesetzesinhalte, von denen weiß man nur, dass es sie gibt. Aber selbst Anwälten fällt es mitunter schwer, zu sagen, wo genau denn das steht. Eines dieser Gesetze ist das „Gesetz über den Nachweis der für ein Arbeitsverhältnis geltenden wesentlichen Bedingungen (Nachweisgesetz – NachwG)“.

Das Gesetz stammt vom 20.07.1995, wurde nur einmal 2014 geändert und hatte den angenehmen Nebeneffekt, mit weniger als zwei DIN A4-Seiten Text auszukommen.

Zum 01.08.2022 ändert sich das als Folge des „Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2019/1152 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019 über transparente und vorhersehbare Arbeitsbedingungen in der Europäischen Union im Bereich des Zivilrechts“.

Es handelt sich um die Umsetzung einer der vielen sinnentleerten Maßnahmen der Europäischen Union, deren einziges Ergebnis auf noch mehr Bürokratie und noch mehr Gängelung für Unternehmer hinausläuft. Wenn man bedenkt, wie schwierig es geworden ist, zahnärztlichen Nachwuchs für die Aufgabe des zahnärztlichen Unternehmers und Arbeitgebers zu begeistern, dann kann man sich bei diesem Gesetz einmal mehr beim ständig Bürokratieabbau versprechenden, aber das Gegenteil verursachenden Gesetzgeber bedanken.

Warum muss man sich mit dem NachwG befassen? Unter anderem deshalb, weil § 4 Abs. 2 NachwG für Verstöße ein Bußgeld bis zu 2.000 € androht.

Die nachstehende Ausarbeitung klammert die für die zahnärztliche Behandlungstätigkeit mutmaßlich irrelevante Erbringung der Arbeitsleistung der Mitarbeiter außerhalb Deutschlands an vier aufeinanderfolgenden Wochen aus. Hier gibt es in § 2 Abs. 2 und 3 NachwG zusätzliche Nachweispflichten, auf die hier nicht eingegangen werden soll.

Anwendungsbereich

Das NachwG gilt für fast alle Arbeitsverhältnisse. Die früher in § 1 NachwG enthaltene Ausnahme für befristete Arbeitsverhältnisse von maximal einem Monat Dauer wurde gestrichen. Nur Praktikanten, die nach § 22 Abs. 1 Satz 1 Mindestlohngesetz nicht als Arbeitnehmer gelten, sind davon ausgenommen. Das betrifft vor allem Schüler im Rahmen sog. Bogy-Praktika, Praktika zur Orientierung für eine Berufsausbildung oder ein Studium und berufs- bzw. studienbegleitende Pflichtpraktika.

Das Gesetz unterscheidet zwischen Arbeitsverträgen, die am 01.08.2022 oder später beginnen, und Arbeitsverträgen, die vor dem 01.08.2022 schon bestanden haben.

Für die Neuverträge ab dem 01.08.2022 gelten die Pflichten des NachwG sofort, für die Altverträge erst, wenn der Arbeitnehmer die Informationen anfordert. Die dazu in § 5 NachwG enthaltenen Fristen von sieben Tagen bzw. einem Monat sind für die Praxis absehbar zu kompliziert. Gleiches gilt für die in § 2 Abs. 2 Satz 3 NachwG enthaltenen Fristen.

Deshalb der dringende Rat: Alles, was nach NachwG erforderlich ist, gehört in den Arbeitsvertrag. Die Vorstellung, hier mit

gesonderten Nachweisen zu arbeiten, von denen dann später unklar ist, wann und ob sie dem Arbeitnehmer ausgehändigt wurden, erzeugt nur vermeidbaren Stress.

Die Nachweispflichten gegenüber Arbeitnehmern

Das NachwG kannte bisher zehn Nachweispflichten gegenüber normalen Arbeitnehmern und sieben gegenüber Praktikanten.

Ab 01.08.2022 sind es 15 Nachweispflichten für normale Arbeitnehmer. Für Praktikanten ändert sich dagegen nichts.

Dass diese Nachweispflichten nur sinnvoll im Arbeitsvertrag erfüllt werden können, wurde bereits angesprochen. Die Nummerierung der Zwischenüberschriften bezieht sich im Folgenden auf den Text des § 2 Abs. 1 Satz 2 NachwG. Viele Vorgaben sind aus sich heraus verständlich. Andere werden ausführlich kommentiert. Der nachstehende erste Abschnitt „1. Name und Anschrift der Vertragsparteien“ betrifft also § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 NachwG. Dieses System wird beibehalten.

1. Name und Anschrift der Vertragsparteien

Das ist in Arbeitsverträgen eine Selbstverständlichkeit. Ein Arbeitsvertrag ist ein Vertrag zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer – die werden typischerweise im Eingangsrum mit vollem Namen und voller Anschrift bezeichnet. Beim Arbeitnehmer gehört der Vorname dazu, bei Einzelpraxen auch der Vorname des Inhabers.

2. Zeitpunkt des Beginns des Arbeitsverhältnisses

Das ist in Arbeitsverträgen auch eine Selbstverständlichkeit. Das Arbeitsverhältnis beginnt am (Datum). Kann das Datum nicht angegeben werden, weil z. B. die Einstellung einer neuen ZFA davon abhängt, dass sie die Prüfung besteht, dann schreibt man „zum (Datum), sofern die

Prüfung zur ZFA ... bestanden wird“. Wenn auch das noch nicht geht, weil erst noch ein Umzug erfolgen muss, dann umschreibt man den gedachten Arbeitsbeginn so konkret wie möglich.

In den Fällen, in denen der Beginn des Arbeitsverhältnisses zunächst nicht taggenau angegeben werden kann, empfiehlt es sich allerdings, am Tag der tatsächlichen Arbeitsaufnahme diesen Tag festzuhalten, am sinnvollsten durch Eintrag in alle Ausfertigungen des Arbeitsvertrages, also auch die des Arbeitnehmers. Ansonsten muss man die Nachweispflichten des § 2 Abs. 1 Satz 3 NachwG beachten und dem Arbeitnehmer binnen eines Monats einen Nachweis über den tatsächlichen Arbeitsbeginn aushändigen.

Es ist also deutlich einfacher, sich **stets** auf ein **fixes Datum als Beginn** festzulegen.

3. Angabe des Enddatums oder der vorhersehbaren Dauer bei befristeten Arbeitsverhältnissen

Bei befristeten Arbeitsverhältnissen sollen Beginn und Ende des Arbeitsverhältnisses im Vertrag festgehalten werden. Also z. B.: Beginn des Arbeitsverhältnisses: 01.08.2022 – Ende des Arbeitsverhältnisses: 31.12.2022.

Diese Regelung darf nicht mit der Frage verwechselt werden, ob die Befristung des Arbeitsverhältnisses im konkreten Einzelfall überhaupt zulässig ist. Derzeit enthält § 14 Abs. 2 Satz 1 TzBfG (Teilzeit- und Befristungsgesetz) eine höchstzulässige Befristungsdauer ohne sachlichen Grund bis zu zwei Jahren. Mit sachlichem Grund ist eine darüber hinausgehende Befristung zulässig. Beispiele für einen sachlichen Grund enthält § 14 Abs. 1 TzBfG.

Ist der Arbeitsvertrag zweckbefristet, z. B. bis zur Rückkehr einer schwangeren Arbeitnehmerin in ihre Arbeitsstellung, kann naturgemäß kein Enddatum angegeben werden. Da sich diese Zeit durch Mutterschutz und Elternzeit zu verlängern pflegt, gibt man statt des Enddatums den Zweck an („Vertretung bis zur Rückkehr von Frau A“).

4. Angabe des Arbeitsorts oder Hinweis, dass der Arbeitnehmer an verschiedenen Orten beschäftigt werden oder seinen Arbeitsort frei wählen kann

Die gesetzliche Normalvorstellung lautet:





© Masterlevsha/Shutterstock.com

den maßgeblichen Kriterien sozial weniger schutzwürdiger Mitarbeiter gekündigt wird, um einen freien Arbeitsplatz zu schaffen.

Ist – bei Zahnarztpraxen eher die Ausnahme – Homeoffice vereinbart oder zumindest als Option vorgesehen, dann ist das einzutragen. Zu beachten ist, dass das NachwG auch für Ehegattenarbeitsverhältnisse gilt.

5. Kurze Charakterisierung oder Beschreibung der vom Arbeitnehmer zu leistenden Tätigkeit

Das sollte im zahnärztlichen Bereich keine Probleme aufwerfen: ZFA, ZMV, DH, Abrechnung, Prophylaxe, Stuhlassistenz, ...

6. Dauer der Probezeit

Ist eine Probezeit vereinbart, ist im Arbeitsvertrag die Dauer der Probezeit anzugeben. Also z. B.: Die Probezeit beträgt sechs Monate und endet am (Datum).

7. Arbeitsentgelt

§ 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 NachwG verlangt, den Arbeitnehmer über „die Zusammensetzung und die Höhe des Arbeitsentgelts einschließlich der Vergütung der Überstunden, der Zuschläge, der Zulagen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderer Bestandteile des Arbeitsentgelts, die jeweils getrennt anzugeben sind, und deren Fälligkeit sowie die Art der Auszahlung“ zu informieren. Dabei ist auch jeweils die Währung anzugeben.

Aus meiner Beratungstätigkeit weiß ich, dass in vielen Praxen nur der Steuerberater weiß, was eigentlich als Bestandteil

des Arbeitsentgelts alles bezahlt wird. Wenn es nicht ganz einfache Strukturen sind, hilft es, in den Arbeitsvertrag eine Tabelle mit diesen Punkten aufzunehmen, sodass man sicher nichts vergisst (wobei die nachstehende Tabelle nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt).

Monatliches Grundgehalt	
Umsatzbezogene Vergütungszuschläge	
Vermögenswirksame Leistungen	
Überstundenvergütung	
Sonstige Zuschläge (z. B. für den Notdienst)	
Zulagen (z. B. für die Ausübung bestimmter Zusatztätigkeiten, etwa in der innerbetrieblichen Ausbildung oder Abrechnung)	
Riester-Rente, Entgeltumwandlung	
Prämien (z. B. Anwesenheitsprämien, besondere Leistungen, Zugehörigkeit zur Praxis)	
Sonderzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Jubiläumsgeld)	
Zuschuss zur betrieblichen Altersversorgung	
Dienstwagen, Dienstfahrrad	
Diensthandy	
Fahrtkostenzuschuss	
Essenzuschuss	
Zuschüsse zum (betrieblichen) Gesundheitsmanagement/Fitnesskurse und dgl.	
Art der Auszahlung	bar oder Banküberweisung

8. Arbeitszeit

Die vereinbarte Arbeitszeit ist ebenso anzugeben wie „vereinbarte Ruhepausen und Ruhezeiten sowie bei vereinbarter Schichtarbeit das Schichtsystem, der Schichtrythmus und Voraussetzungen für Schichtänderungen“.

Wenn also in die Arbeitszeit feste Ruhepausen (Kaffeepause, Mittagspause) eingebaut sind, sind diese anzugeben. Bei Praxen, insbesondere größeren MVZ, die Schichtarbeit praktizieren, liegt auf der Hand:

- das Schichtsystem,
- den Schichtrhythmus und
- die Voraussetzungen für Schichtänderungen anzugeben.

Schichtsysteme in Praxen dürften in der Regel nur Zwei-Schicht-Systeme sein. Unter Schichtrhythmus versteht man Frühschicht/Spätschicht/Nachtschicht. Die Voraussetzungen für Schichtänderungen müssen angegeben und dafür zunächst einmal definiert werden. Das ist vermutlich der schwierigste Part dieser Bestimmung.

9. Informationen bei Arbeit auf Abruf

Bei Arbeit auf Abruf nach § 12 TzBfG muss angegeben werden:

- a) die Vereinbarung, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen hat,
- b) die Zahl der mindestens zu vergütenden Stunden,
- c) der Zeitrahmen, bestimmt durch Referenztage und Referenzstunden, der für die Erbringung der Arbeitsleistung festgelegt ist, und
- d) die Frist, innerhalb derer der Arbeitgeber die Lage der Arbeitszeit im Voraus mitzuteilen hat.

10. Überstunden

Überstunden dürfen bisher schon nur angeordnet werden, wenn diese Option überhaupt vereinbart ist. Neu hinzukommt nun, dass die Voraussetzungen, unter denen Überstunden angeordnet werden dürfen, zu definieren sind.

11. Urlaub

Die Dauer des jährlichen Erholungsurlaubs ist anzugeben.

12. Fortbildung

Zu informieren ist über den Umfang des Anspruchs auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildungen, sofern ein solcher Anspruch besteht. Der Anspruch kann sich aus Individual- oder Kollektivvertrag oder aus Gesetz (z. B. Bildungszeitgesetz Baden-Württemberg, Bildungsurlaubsgesetz Berlin) ergeben.

13. Betriebliche Altersversorgung

Wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer eine betriebliche Altersversorgung über einen externen Versorgungsträger zugesagt hat, sind Name und Anschrift dieses Versorgungsträgers in der Niederschrift bzw. dem Arbeitsvertrag anzugeben.

Eine Nachweispflicht besteht nicht, wenn der Versorgungsträger zu dieser Information verpflichtet ist. Pensionsfonds, Pensionskassen und Lebensversicherungsunternehmen müssen nach den §§ 234k ff. VAG (Versicherungsaufsichtsgesetzes) in Verbindung mit der VAG-Informationspflichtenverordnung den Versorgungsanwärtern bei Beginn des Versorgungsverhältnisses unter anderem auch Namen und Anschrift der Versorgungseinrichtung zur Verfügung stellen.

14. Kündigung

Am meisten Kopfzerbrechen bereitet momentan die komplett neue Informationspflicht zur Kündigung. Nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 NachwG ist der Arbeitnehmer zu informieren über „das bei der Kündigung des Arbeitsverhältnisses von Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzuhaltende Verfahren, mindestens das Schriftformerfordernis und die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage; § 7 des Kündigungsschutzgesetzes ist auch bei einem nicht ordnungsgemäßen Nachweis der Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage anzuwenden.“

Die Regelung ist unklar und widersprüchlich gefasst. Entweder ist über das Verfahren oder nur „mindestens“ über verschiedene Verfahrensaspekte zu unterrichten.

Je nach Organisation der Arbeitgeberseite kann die Einschaltung des **Betriebsrats** notwendig werden. Ist der Arbeitnehmer schwerbehindert, ist das **Integrationsamt** vor Ausspruch der Kündigung einzuschalten.

Die **Kündigungsfristen** bestimmen sich nach § 622 BGB. Man kann es bei diesen belassen, kann aber auch die für den Arbeitgeber geltende Kündigungsfristverlängerung in Abhängigkeit von der Betriebszugehörigkeit auch für Kündigungen durch den Arbeitnehmer vereinbaren. In jedem Fall ist bei vereinbarter **Probezeit** auf die kurze Zweiwochenfrist des § 622 Abs. 3 BGB hinzuweisen. Hingewiesen werden muss auch auf das **Schriftformerfordernis** der Kündigung (§ 623 BGB). Schriftform bedeutet Papier + zwei Unterschriften (Arbeitgeber/Arbeitnehmer) auf derselben Urkunde (§ 126 Abs. 2 BGB).

Die elektronische Form ist sowohl bei der Kündigung (§ 623 Satz 2 BGB) als auch generell für die Erfüllung der Nachweispflichten ausgeschlossen. Das ist für die Praxen, die **papierlos** arbeiten, ein Problem. Für die Personalakten kommt man bis auf Weiteres um Papier nicht herum.

Der Hinweis auf § 7 KSchG entlastet den Arbeitgeber. Wenn ein Arbeitnehmer sich gegen eine arbeitgeberseitige Kündigung wehren will, muss er nach § 4 KSchG grundsätzlich innerhalb von drei Wochen dagegen Klage zum Arbeitsgericht erheben. Die Bezugnahme auf § 7 KSchG stellt klar, dass eine auf Verletzung der Nachweispflichten gestützte Kündigungsschutzklage auch innerhalb dieser Drei-Wochen-Frist zu erheben ist, sonst ist die Kündigung von Anfang an als rechts-wirksam zu behandeln

„§ __ Vertragsdauer, Kündigung

1. Der Vertrag beginnt am ____ und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

2. Es wird eine Probezeit von sechs Monaten vereinbart (§ 622 Abs. 3 BGB). Die Probezeit endet damit am ____ . Während der Probezeit kann das Arbeitsverhältnis von jeder Vertragspartei mit einer Kündigungsfrist von zwei Wochen gekündigt werden.

3. Nach Ablauf der Probezeit finden auf die ordentliche Kündigung des Vertrages die Fristen des § 622 BGB Anwendung. Die Vertragspartner vereinbaren, dass die Kündigungsfristverlängerungen des § 622 Abs. 2 BGB auch für Kündigungen durch Frau A gelten.

4. § 622 BGB hat bei Abschluss des Arbeitsvertrages folgenden Wortlaut: „§ 622 BGB Kündigungsfristen bei Arbeitsverhältnissen

(1) Das Arbeitsverhältnis eines Arbeiters oder eines Angestellten (Arbeitnehmers) kann mit einer Frist von vier Wochen zum Fünfzehnten oder zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.

(2) Für eine Kündigung durch den Arbeitgeber beträgt die Kündigungsfrist, wenn das Arbeitsverhältnis in dem Betrieb oder Unternehmen

1. zwei Jahre bestanden hat, einen Monat zum Ende eines Kalendermonats,
2. fünf Jahre bestanden hat, zwei Monate zum Ende eines Kalendermonats,
3. acht Jahre bestanden hat, drei Monate zum Ende eines Kalendermonats,
4. zehn Jahre bestanden hat, vier Monate zum Ende eines Kalendermonats,
5. zwölf Jahre bestanden hat, fünf Monate zum Ende eines Kalendermonats,
6. 15 Jahre bestanden hat, sechs Monate zum Ende eines Kalendermonats,
7. 20 Jahre bestanden hat, sieben Monate zum Ende eines Kalendermonats.

(3) Während einer vereinbarten Probezeit, längstens für die Dauer von sechs Monaten, kann das Arbeitsverhältnis mit einer Frist von zwei Wochen gekündigt werden.

(4) Von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Regelungen können durch Tarifvertrag vereinbart werden. Im Geltungsbereich eines solchen Tarifvertrages gelten die abweichenden tarifvertraglichen Bestimmungen zwischen nicht tarifgebundenen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, wenn ihre Anwendung zwischen ihnen vereinbart ist.

(5) Einzelvertraglich kann eine kürzere als die in Absatz 1 genannte Kündigungsfrist nur vereinbart werden,

1. wenn ein Arbeitnehmer zur vorübergehenden Aushilfe eingestellt ist; dies gilt nicht, wenn das Arbeitsverhältnis über die Zeit von drei Monaten hinaus fortgesetzt wird;
2. wenn der Arbeitgeber in der Regel nicht mehr als 20 Arbeitnehmer ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten beschäftigt und die Kündigungsfrist vier Wochen nicht unterschreitet.

Bei der Feststellung der Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer sind teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 20 Stunden mit 0,5 und nicht mehr als 30 Stunden mit 0,75 zu berücksichtigen. Die einzelvertragliche Vereinbarung länger als der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Kündigungsfristen bleibt hiervon unberührt.

(6) Für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitnehmer darf keine längere Frist vereinbart werden als für die Kündigung durch den Arbeitgeber.“

5. Das Recht zur außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des Vertrages nach § 626 BGB aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

6. Frau A wird gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 NachwG auf ihre Rechte hingewiesen, sich gegen eine Kündigung zur Wehr zu setzen:

6.1 Frau A muss, falls sie die ordentliche Kündigung für sozial ungerechtfertigt oder aus anderen Gründen für rechtsunwirksam hält, nach § 4 Satz 1 KSchG innerhalb von drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung Klage beim Arbeitsgericht auf Feststellung erheben, dass das Arbeitsverhältnis durch die Kündigung nicht aufgelöst ist.

6.2 Kündigt der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis und bietet er Frau A im Zusammenhang mit der Kündigung die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses zu geänderten Arbeitsbedingungen (Änderungskündigung) an, so kann Frau A nach § 2 KSchG dieses Angebot unter dem Vorbehalt annehmen, dass die Änderung der Arbeitsbedingungen nicht sozial ungerechtfertigt ist (§ 1 Abs. 2 Satz 1 bis 3, Abs. 3 Satz 1 und 2 KSchG). Diesen Vorbehalt muss Frau A dem Arbeitgeber innerhalb der Kündigungsfrist, spätestens jedoch innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Kündigung erklären.

6.3 Im Falle des § 2 KSchG (Änderungskündigung) ist gem. § 4 Satz 2 KSchG innerhalb von drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung Klage beim Arbeitsgericht auf Feststellung zu erheben, dass die Änderung der Arbeitsbedingungen sozial ungerechtfertigt oder aus anderen Gründen rechtsunwirksam ist.

6.4 Sollte sich Frau A gegen eine außerordentliche Kündigung wehren wollen, ist die Klage nach § 13 Abs. 1 Satz 2 KSchG ebenfalls innerhalb von drei Wochen nach Zugang der schriftlichen Kündigung auf Feststellung zu erheben, dass das Arbeitsverhältnis durch die außerordentliche Kündigung nicht aufgelöst ist.

6.5 Soweit die Kündigung der Zustimmung einer Behörde bedarf, läuft die Frist zur Anrufung des Arbeitsgerichts erst von der Bekanntgabe der Entscheidung der Behörde an Frau A ab (§ 4 Satz 3 KSchG).

6.6 Eine auf Verletzung der Nachweispflichten nach dem Nachweisgesetz gestützte Kündigungsschutzklage ist ebenfalls innerhalb der Drei-Wochen-Frist des § 4 KSchG zu erheben, da ansonsten die Kündigung als von Anfang an rechtswirksam gilt (§ 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14, 2. Halbsatz NachwG, § 7 KSchG).

6.7 Auf die Regelungen über die Zulassung verspäteter Klagen in § 5 KSchG und die verlängerte Anrufungsfrist in § 6 KSchG wird ausdrücklich hingewiesen.

7. Die Klage gegen eine ordentliche Kündigung setzt idR voraus, dass das Arbeitsverhältnis mindestens sechs Monate ungekündigt bestanden hat (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KSchG) und der Betrieb nach § 23 Abs. 1 KSchG in den Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes fällt.

8. Wird das Arbeitsverhältnis mit Frau A wegen dringender betrieblicher Erfordernisse nach § 1 Abs. 2 Satz 1 KSchG gekündigt und erhebt Frau A bis zum Ablauf der Frist des § 4 Satz 1 KSchG keine Klage auf Feststellung, dass das Arbeitsverhältnis durch die Kündigung nicht aufgelöst ist, hat Frau A mit dem Ablauf der Kündigungsfrist Anspruch auf eine Abfindung. Der Anspruch setzt den Hinweis des Arbeitgebers in der Kündigungserklärung voraus, dass die Kündigung auf dringende betriebliche Erfordernisse gestützt ist und Frau A bei Verstreichenlassen der Klagefrist die Abfindung beanspruchen kann (§ 1a KSchG).

9. Zuständiges Arbeitsgericht ist bei Abschluss dieses Arbeitsvertrages das Arbeitsgericht ____ .

10. Die Abkürzungen bedeuten: BGB = Bürgerliches Gesetzbuch; KSchG = Kündigungsschutzgesetz; NachwG = Nachweisgesetz. Diese Gesetze liegen in der Praxis aus.“

Angesichts der Unwägbarkeiten, die § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 NachwG mit sich bringt, empfehle ich eine umfassende Information, die wie vorstehend angegeben lauten könnte. Dabei muss man sich hüten, den Text einfach gedankenlos abzuschreiben bzw. zu kopieren, ohne zu prüfen, ob er für den konkreten Mitarbeiter überhaupt passt.

Der Arbeitnehmer heißt im Muster auf Seite 62 „Frau A“. Ich empfehle typischerweise, in Verträgen keine seelenlosen Gattungsbezeichnungen, sondern die Namen der Vertragspartner zu verwenden. Das ist für mich eine Frage des Respekts. Im vorstehenden Muster heißt die Praxis „Arbeitgeber“. Das habe ich so belassen, um die Strukturen nicht mit Abkürzungen zu überladen.

15. Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen

Sofern anwendbar, ist wie bisher schon ein „in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sowie Regelungen paritätisch besetzter Kommissionen, die auf der Grundlage kirchlichen Rechts Arbeitsbedingungen für den Bereich kirchlicher Arbeitnehmer festlegen“, in den Arbeitsvertrag aufzunehmen. Neu ist lediglich der Hinweis auf kirchenrechtliche Arbeitsbedingungen. Die dürften in Zahnarztpraxen nur ganz ausnahmsweise zur Anwendung kommen.

Im Regelfall lautet der Text bei einer Zahnarztpraxis:

„§ __ Anwendbare Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen

Auf das Arbeitsverhältnis sind keine Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen anwendbar.“

Auch hier der dringende Rat: Bevor Sie davon ausgehen, dass kein Tarifvertrag zur Anwendung kommt, fragen Sie bitte

ihren Steuerberater, ob sich die Praxis nicht doch an Entgelttarifverträgen orientiert.

Bei größeren Einheiten, insbesondere im MVZ-Bereich, wird dagegen deutlich mehr anzugeben sein.

Die Nachweispflichten gegenüber Praktikanten

Die Nachweispflichten gegenüber Praktikanten haben sich nicht verändert. Insofern bestimmt § 2 Abs. 1a Satz 1 NachwG:

„Wer einen Praktikanten einstellt, hat unverzüglich nach Abschluss des Praktikumsvertrages, spätestens vor Aufnahme der Praktikantentätigkeit, die wesentlichen Vertragsbedingungen schriftlich niederzulegen, die Niederschrift zu unterzeichnen und dem Praktikanten auszuhändigen. In die Niederschrift sind mindestens aufzunehmen:

1. *der Name und die Anschrift der Vertragsparteien,*
2. *die mit dem Praktikum verfolgten Lern- und Ausbildungsziele,*
3. *Beginn und Dauer des Praktikums,*
4. *Dauer der regelmäßigen täglichen Praktikumszeit,*
5. *Zahlung und Höhe der Vergütung,*
6. *Dauer des Urlaubs,*

7. ein in allgemeiner Form gehaltener Hinweis auf die Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf das Praktikumsverhältnis anzuwenden sind.“

Für die Übermittlung dieser Nachweise auf Anforderung sind nach § 2 Abs. 1a Satz 2 NachwG die gestuften Fristen des § 2 Abs. 1 Satz 3 NachwG zu beachten.

Änderungsnachweis

§ 3 NachwG bestimmt, wann eine Änderung wesentlicher Arbeitsbedingungen die Nachweispflicht auslöst. Dabei ist auch hier dringend zu empfehlen, dass bei dieser Gelegenheit der bestehende Arbeitsvertrag „runderneuert“ wird und diese Nachweispflichten in den Arbeitsvertrag integriert und erfüllt werden.

§ 3 NachwG differenziert zwischen vertraglichen Änderungen (Klassiker: Gehaltserhöhung) und Änderungen in auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren externen Regelungen (Tarifverträge etc.). Nur für erstere sind die Nachweispflichten zu erfüllen:

„Eine Änderung der wesentlichen Vertragsbedingungen ist dem



Arbeitnehmer an dem Tag, an dem sie wirksam wird, spätestens jedoch innerhalb der Fristen des § 1 Absatz 1 Satz 4 nach der Änderung in Textform (§ 126b BGB) mit einem Übermittlungs- oder Empfangsnachweis für den Arbeitgeber mitzuteilen. Satz 1 gilt nicht bei einer Änderung der auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren gesetzlichen Vorschriften, Tarifverträge, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sowie Regelungen paritätisch besetzter Kommissionen, die auf der Grundlage kirchlichen Rechts Arbeitsbedingungen für den Bereich kirchlicher Arbeitgeber festlegen.

Übergangsvorschrift

Für Stress sorgen kann die Übergangsvorschrift in § 5 NachwG. Sie gilt für alle Arbeitsverhältnisse, die schon vor dem 01.08.2022 bestanden haben. Danach ist dem Arbeitnehmer auf sein Verlangen spätestens am siebten Tag nach Zugang der Aufforderung beim Arbeitgeber die Niederschrift mit den Angaben nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 10 auszuhändigen; die Niederschrift mit den übrigen Angaben nach § 2 Absatz 1 Satz 2 ist spätestens einen Monat nach Zugang der Aufforderung auszuhändigen.

Stellen Sie sich vor, welchen Aufwand Sie betreiben müssen, wenn Ihre Mitarbeiter diese Informationen anfordern. In der Urlaubszeit?

Die Bundesregierung hat in ihren Gesetzentwurf zum Aufwand für die Unternehmen und Bürger ausgeführt (BT-Drs. 20/1636 vom 02.05.2022, S. 2):

„Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht ein geschätzter einmaliger Zeitaufwand von 44.000 Stunden und ein jährlicher Zeitaufwand von rund 14.000 Stunden.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht ein geschätzter Umstellungsaufwand von rund 8,72 Millionen Euro sowie ein jährlicher geschätzter Erfüllungsaufwand von rund 4,9 Millionen Euro.

Eine Kompensation des Erfüllungsaufwands („One in, one out“-Regel) ist nicht erforderlich, weil es sich um eine 1:1-Umsetzung einer EU-rechtlichen Vorgabe handelt.“

Na dann. Ist ja nur Bürokratie.

NachwG ist zwingendes Recht

Nach § 6 NachwG kann von den Vorschriften dieses Gesetzes nicht zuungunsten des Arbeitnehmers abgewichen werden.

Bußgeldvorschriften

§ 4 NachwG sanktioniert Verstöße gegen das Gesetz mit einem Bußgeld bis zu 2.000€ für den einzelnen Verstoß. Der Text hat folgenden Wortlaut:

*„(1) Ordnungswidrig handelt, wer
1. entgegen § 2 Absatz 1 Satz 1 eine in § 2 Absatz 1 Satz 2 genannte wesent-*

liche Vertragsbedingung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig aushändigt,

2. entgegen § 2 Absatz 2, auch in Verbindung mit Absatz 3, eine dort genannte Niederschrift nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig aushändigt oder

3. entgegen § 3 Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig macht.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu zweitausend Euro geahndet werden.“

In der Begründung heißt es:

„Im Rahmen der Bußgeldbemessung soll bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse gemäß § 17 Absatz 3 Satz 2 Halbsatz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) die wirtschaftliche Situation von KMU besonders einbezogen werden.“ (BT-Drs. 20/1636 vom 02.05.2022, S. 28). Die meisten Zahnarztpraxen sind KMUs.

Na dann, mal sehen, ob das mehr Verständnis für die Situation von KMUs bei der Umsetzung des Gesetzes mit sich bringen wird.

Fazit

Überflüssiges Gesetz, aber leider seit 01.08.2022 zu beachten.

Der Beitrag wird fortgesetzt.

ANZEIGE

Praxisnachfolger für Praxis mit Schwerpunkt Implantologie gesucht

Zahnarzt/Zahnärztin mit Interesse oder Erfahrung in Implantologie für bestens eingeführte **Praxis in Augsburg mit Schwerpunkt Implantologie** gesucht. Cityrandlage mit hervorragender ÖPNV-Anbindung, reichlich Parkplätze vorhanden. Gerne zunächst als Praxisgemeinschaft für 1 bis 2 Jahre, danach Übernahme. Ich bin seit 1986 implantologisch tätig, deshalb großer Patientenstamm für die Nachsorge. Seit 15 Jahren All-on-4-Versorgungen, als **Kompetenzzentrum und Excellence Center für All-on-4 qualifiziert**. Alle gängigen Implantatsysteme vorhanden, auch Zusammenarbeit mit Überweisern. Weitere Schwerpunkte sind hochwertiger ästhetischer ZE und PAR.

info@dr-kempter.info oder +49 171 7951517

BADISCH

FORUM FÜR INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.badisches-forum.de

9./10. Dezember 2022
Baden-Baden – Kongresshaus

Jetzt
anmelden!

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau

© May_Lana/Shutterstock.com

Bisslageänderungen beim parodontal geschädigten Zahnsystem

Digitale Unterstützung durch Simulation

Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Steffen Kistler, Dr. Ingo Frank, Jacqueline Meier, ZTM Siegfried Weiß, Dr. Frank Kistler, Prof. Dr. Günter Dhom

Die Implantatversorgung von Patienten mit parodontal geschädigten Zähnen stellt in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung dar, um ein langzeitstabiles Ergebnis zu erreichen. Besonders die Patientenakzeptanz ist für ein ausdauernde Motivation des Patienten wichtig. Neben dem bestmöglichen Erhalt der vorhandenen Zähne stellt sich auch die Frage des Zeitpunktes der Implantation, des Einheilmodus und der späteren prothetischen Versorgung. Gerade bei Parodontalerkrankungen, aber auch durch nicht behandelte Zahnfehlstellungen kann nach der Zahnentfernung das Verlangen des Patienten nach einer Optimierung der funktionellen und ästhetischen Situation das zahntechnische und prothetische Behandlungsteam herausfordern. Die Simulation des prothetischen Ergebnisses erfolgt in der Regel durch ein Mock-up. Dies kann durch die Simulation mittels digitaler Technologien visualisiert werden. Sofern die Visualisierung für eine Entscheidungsfindung nicht ausreicht, kann das Design durch CAD/CAM-Technologien in Mock-ups umgesetzt werden, damit auch eine funktionelle Testphase ermöglicht wird.

Bei generalisierten parodontalen Befunden ist auch bei konsequenter Durchführung der Erhaltungstherapie bei fortschreitenden Knochenabbau eine prothetische Versorgung notwendig.¹ Hier finden gerade zur Vermeidung von Brückenrestorationen auf den vorgeschädigten natürlichen Pfeilerzähnen implantatprothetische Konzepte Anwendung.³ Besonders propagiert werden in den letzten Jahren die sog. „Komplett-

sanierungen“ mit der Insertion einer reduzierten Implantatanzahl mit einer zirkulären Brücke.¹⁷ Dies bedeutet für den Patienten jedoch, dass die vorhandene Restbezahnung entfernt werden muss, was teilweise aufgrund der Wertigkeit der verbliebenen Pfeiler den Patienten schwierig zu vermitteln ist bzw. aufgrund der stabilen parodontalen Befunde medizinisch nicht indiziert sein kann. Dies bedeutet auch in der Regel eine sehr

umfangreiche Therapie, die einen hohen wirtschaftlichen Einsatz erfordert. Durch den Ersatz nur weniger Zähne mit kurzspannigen Implantatbrücken können weitere Zähne erhalten und zudem durch eine gesicherte vertikale Bisslage stabilisiert werden.⁴ Je nach weiterer Prognose der Restbezahnung können dann weitere Implantate notwendig werden, sodass bei dieser sukzessiven Therapie mehr Implantate notwendig werden, als dies für

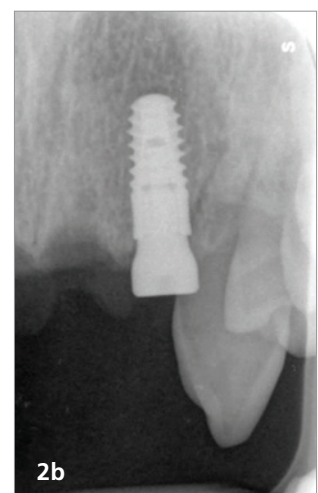
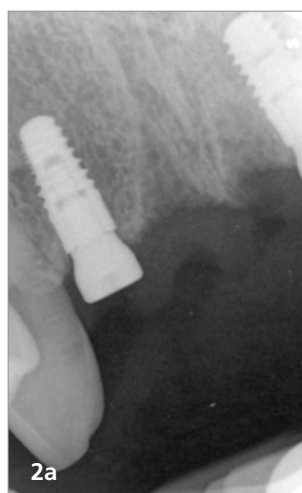


Abb. 1: OPG bei chronischer Parodontitis mit nicht mehr erhaltungsfähigen Zähnen 12-22. – **Abb. 2a und b:** Röntgenkontrolle nach Sofortimplantation mit eingesetzten Gingivaformern (narrowSky D3,5 L10, bredent medical).

eine Komplettversorgung notwendig gewesen wäre. Alternativ können nach erfolgreich durchgeführter Parodontaltherapie die verloren gegangenen Zähne auch mit Klebebrücken oder durch eine Stabilisierung mittels einer Drahtbogen-schiene erfolgen.⁸ Diese Optionen hängen vom jeweiligen Behandlungsspektrum und der Patientenmitarbeit ab.

Implantatinsertion im parodontal geschädigten Zahnsystem

Bei der implantatprothetischen Behandlung von parodontal geschädigten Zahnsystemen findet sehr häufig die Sofortimplantation Anwendung, da die vorhandenen Zähne nur noch eine geringe Verankerung im Alveolarfortsatz zeigen und so durch die Sofortimplantation das vorhandene Knochenangebot optimal ausgenutzt werden kann. Es zeigt sich auch durch die Vermeidung von großflächigen Lappenpräparationen, dass die postoperative Morbidität des Patienten gering ausfällt.¹⁸ Dazu ist eine detaillierte Diagnostik notwendig, die je nach anatomischen Befunden für die Implantatinsertion mit einer Anwendung einer Navigationsschablone, Orientierungsschablone oder auch Freihand erfolgen kann. Gerade bei der Sofortimplantation mit weit fortgeschrittener Atrophie kann mit der Freihandinsertion ein prothetisch gutes Ergebnis erreicht werden, da die Pilotbohrung im Bereich der Wurzelspitze des extrahierten Zahnes positioniert wird, und es können Kosten für die Herstellung der Navigationsschablone eingespart werden.¹⁶ Bei relativ gut erhaltenem Alveolarfortsatz ist eine Positionierung der Pilotbohrung an der oralen Wand der Alveole unter Berücksichtigung der Neigung der Alveole zur apikalen Basis notwendig.¹⁷ Da bei einer Freihandaufbereitung es leicht zu einer Abweichung der Implantatachse nach vestibulär kommen kann, ist bei diesen Befunden die Anwendung mit einer Navigationsschablone zu empfehlen.¹¹ Bei bereits fehlenden Zähnen sollte eine Simulation der angestrebten prothetischen Versorgung durch ein



Abb. 3: Kontrolle der Implantate vor der Abdrucknahme bei stabilem Weichgewebe.

Mock-up erfolgen, damit eine bestmögliche Positionierung der Implantate unter prothetischen Aspekten erfolgt.¹²

Je nach verwendeter Aufbereitungstechnik und dem zur Verfügung stehenden Implantatdesign kann auch bei reduzierter Knochenqualität mit der Sofortimplantation eine ausreichende Primärstabilität für eine transgingivale Einheilung oder gar Sofortversorgung erreicht werden. Bei einer Sofortversorgung im teilbezahnten Kiefer muss sichergestellt sein, dass es nicht zu Laterotrusionskontakten kommt. Gerade nach parodontal bedingten Zahnwanderungen oder auch durch genetisch bedingte Zahn- bzw. Kieferanomalien lassen sich diese potenziellen Okklusionsrisiken nicht immer vermeiden und es droht ein Implantatverlust.⁹ Um den Behandlungsumfang jedoch aus wirtschaftlicher Sicht auch reduziert zu halten, kann auch eine Frühbelastung nach sechs Wochen erfolgen, sodass initial keine Sofortversorgung zwingend notwendig ist.

Prothetische Versorgung mit Bisslageänderung

Die provisorische oder initiale prothetische Versorgung orientiert sich normalerweise an den vorliegenden Befunden der Zahnstellung, da die verloren gegangene Situation wiederhergestellt werden soll.

Gerade bei den Komplettrestaurationen streben die Patienten dann eine Versorgung nach idealen Parametern an, die in der Regel durch die zahntechnische Anpassung einfach zu erreichen ist. Liegen aber im teilbezahnten Kiefer abnorme Situationen wie ein einseitiger frontaler Kreuzbiss oder Palatinalstand einzelner Zähne vor, ist das Anliegen des Patienten nachvollziehbar, dies mit einer neuen Versorgung mit einem physiologischen Verlauf zu kompensieren. Dies bedeutet jedoch für den Patienten und den Zahn-techniker eine hohe Anpassungsphase, da gerade Patienten im fortgeschrittenen Alter über Jahrzehnte an ihre Fehlstellung adaptiert sind. Zur Simulation des angestrebten Ergebnisses ist ein Mock-up notwendig, damit die ästhetische und funktionelle Akzeptanz durch den Patienten abgeklärt werden kann.⁵ Ferner bietet das Mock-up dem Zahn-techniker die Möglichkeit, die zahntechnische Umsetzbarkeit des angestrebten Ergebnisses mit der dazu notwendigen Konstruktion der Abutments zu überprüfen.¹⁵

Vorteile der digitalen Technologien

Im Vergleich zum konventionellen Wax-up bietet die CAD/CAM-Technologie wesentliche Vorteile, da die Stellungen der Kronen einfach am PC modifiziert werden

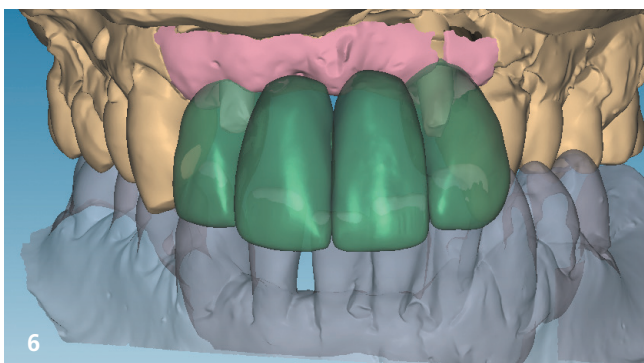
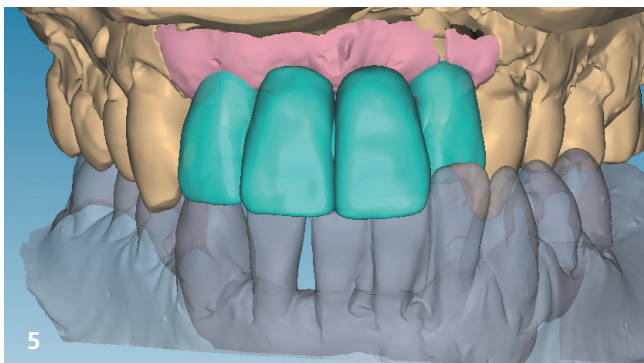
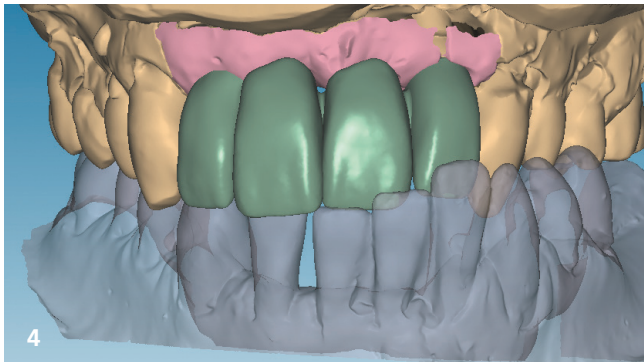


Abb. 4: Konstruktion des Mock-ups entsprechend der zuvor extrahierten Zähne. – **Abb. 5:** Mock-up mit Überstellung lediglich des Zahns 22 (exocad). – **Abb. 6:** Mock-up mit Überstellung aller Frontzahnkronen. – **Abb. 7:** Einprobe des Mock-ups (breCAM.multiCOM, bredent, Senden) entsprechend der zuvor extrahierten Zähne. – **Abb. 8:** Einprobe des Mock-ups mit Zahn 22 im Kreuzbiss. – **Abb. 9:** Einprobe des Mock-ups mit sagittaler Stufe von 21 und 22.

können.¹³ So ist es möglich, unterschiedliche Varianten zu konstruieren, die zunächst dem Patienten als Bilder gezeigt werden. Im ersten Schritt kann mit einem geringen Aufwand das angestrebte Ergebnis simuliert werden. Reicht diese Visualisierung dem Patienten nicht aus, kann in der weiteren Abfolge das Design als Kunststoffprovisorium oder Mock-up kostengünstig umgesetzt werden. Mit diesen kann eine Einprobe erfolgen, und besonders im ästhetischen Bereich erfährt der Patient eine Darstellung des möglichen prothetischen Endergebnis-

ses.¹⁴ Mit solchen Mock-ups kann auch die Sprachfunktion und der Einfluss der Umstellung der Zahnposition auf die extraorale Physiognomie und besonders des Lippenschlusses beurteilt werden.

Gerade in Frontzahnücken kann die Verankerung des Mock-ups zur Überprüfung der Sprachfunktion anhand der Nachbarzähne mit sog. „Auflageschalen“ erfolgen, die je nach Stellung der Nachbarzähne auch in der definitiven Versorgung als Veneers konzipiert werden können. Da bei diesen CAD/CAM-hergestellten Mock-

ups auf die sonst typische Gaumenplatte der Wachsaufstellung verzichtet werden kann, können Einschränkungen bei der Lautbildung frühzeitig erkannt und entsprechend korrigiert werden.¹⁵ Somit ist eine bestmögliche funktionelle Überprüfung des angestrebten prothetischen Ergebnisses möglich. Nach Verabschiedung des vom Patienten optimal erkannten Designs können diese Daten für die weitere Konstruktion genutzt werden. Erst dann erfolgt die kostenintensive Herstellung von individuellen Abutments. Für die finale Rekonstruktion empfiehlt sich zunächst



Abb. 10: Einprobe der individuellen CAD/CAM-gefertigten Abutments. – **Abb. 11:** Eingesetzte Brücke mit individualisiertem Gingivaprofil. – **Abb. 12a und b:** Röntgenkontrolle nach Eingliederung der aus ZrO_2 -Keramik hergestellten Brücke. – **Abb. 13:** Harmonisches Profil der Oberlippe nach Umstellung des Zahnbogens durch eine Implantatbrücke.

auch wieder die Herstellung eines CAD/CAM-Provisoriums aus Kunststoff, da hier die Anpassungen leicht möglich sind und der Patient sich an die neue Bisslage adaptieren kann. Bei einem Kunststoffprovisorium können notwendige Einschleifmaßnahmen leicht erbracht und palatinale Artikulationshindernisse können ebenfalls abgetragen oder durch Kunststoff einfach angepasst werden. Zeigt sich der Patient mit der neuen Versorgung nach einer Testphase von mehreren Wochen zufrieden, wird das klinisch optimierte Provisorium durch einen weiteren Intraoralscan wieder digitalisiert. Dieser Datensatz dient dem Zahntechniker nach einer Überlagerung im Konstruktionsdatensatz zur idealen Herstellung der finalen Suprakonstruktion. Hier können die verschiedenen Materialien zur Gerüst- oder monolithischen Suprakonstruktion Anwendung finden.

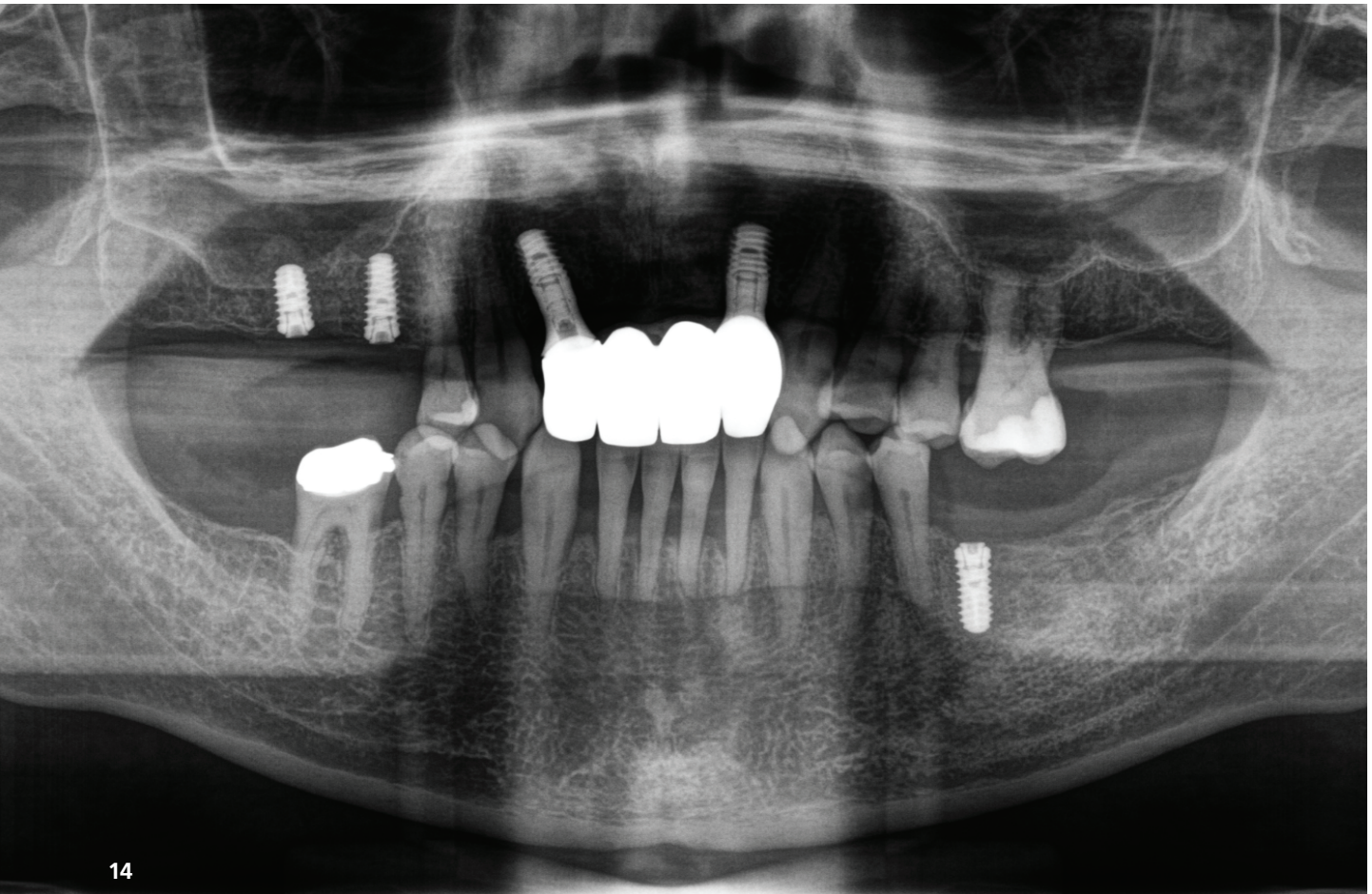
Da bei Patienten mit einem vertikalen Attachmentverlust die Kronen teilweise sehr lang werden, kann durch das Auftragen von gingivafarbenem Verblendmaterial die Kronenlänge angepasst werden. Besonders die individuelle Gestaltung der verschiedenen Farbtöne erfordert eine individuelle Anpassung der Farben, die in einer engen Abstimmung mit dem Zahntechniker und dem Patienten erfolgen muss.

Diskussion

Durch eine patientenindividuelle Therapieplanung – sowohl im chirurgischen als auch prothetisch-zahntechnischen Ablauf – ist es heute möglich, die Erwartungshaltungen der Patienten bestmöglich zu erfüllen. Dies erfordert neben der Abwägung des idealen Zeitpunktes der Zahnextraktion und Implantation auch

die Entscheidung, ob eine aufwendige prothetische Versorgung in der Osseointegrationsphase durch eine Sofortversorgung gewählt wird oder dies mit einem einfachen provisorischen Ersatz durch eine Tiefziehfolie, bei der die fehlenden Zähne mit Kunststoff aufgefüllt wurden, erreicht werden kann.⁶ Die Möglichkeiten der dreidimensionalen Diagnostik erlauben heute eine genaue Beurteilung des vorhandenen Knochenangebotes, sodass der Umfang der Augmentation im Vorfeld bestimmt werden kann, ohne dass größere Mobilisationen des Weichgewebes notwendig werden.¹⁹

Besonders der zahntechnisch-prothetische Behandlungsablauf hat sich durch die Anwendung von CAD/CAM-Technologien deutlich vereinfacht. Hergestellte Mock-ups werden als monolithische Einstück-Werkstücke hergestellt und können



14

Abb. 14: Kontroll-OPG drei Jahre nach prothetischer Versorgung mit stabilen parodontalen Befunden und weiterer Implantation im Seitenzahnbereich.

so für eine naturnahe Simulation des Endergebnisses genutzt werden.¹² Dies ermöglicht im Vergleich zu einer Wachsaufstellung mit einer Gaumenplatte besonders eine dezidierte Beurteilung der Sprachfunktion, die nicht durch die Gaumenplatte, die die Wachsaufstellung trägt, irritiert ist. Nach Definition des finalen Designs kann dieses aufgrund der für die Mock-up-Herstellung verwendeten Daten genutzt werden, und die CAD/CAM-Technologie ermöglicht auch eine kosteneffektive Herstellung eines weiteren Provisoriums, das gerade bei umfangreichen Veränderungen der Bisslage eine weitere Adaptationsphase des Patienten ermöglicht. Je intensiver der Patient im Rahmen des Behandlungsablaufes in die verschiedenen Optionen eingebunden wird, desto höher erscheint die subjektive Akzeptanz des erreichten Ergebnisses.² Gerade bei schwierigen zahntechnisch-prothetischen Versorgungen ermöglicht die Anwendung von CAD/CAM-Technologien eine Vereinfachung des Arbeitsablaufes, was zu einer effektiven Behandlung und einer bestmöglichen Patientenzufriedenheit führen kann.¹⁰



Kontakt

Prof. Dr. Jörg Neugebauer^{1,3,4}
 Dr. Steffen Kistler¹
 Dr. Ingo Frank¹
 Jacqueline Meier¹
 ZTM Siegfried Weiß¹
 Dr. Frank Kistler¹
 Prof. Dr. Günter Dhom^{2,3}

- 1 Praxis Dr. Bayer und Kollegen, Landsberg am Lech
- 2 Praxis Prof. Dhom und Kollegen, Ludwigshafen/Rhein
- 3 Steinbeis-Hochschule, Berlin, Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine
- 4 Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln



Infos zum Autor



Literatur

Künstliche Intelligenz als Schlüsselfaktor?

KI in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets

Künstliche Intelligenz (KI) gilt über fast alle Branchen hinweg als einer der Schlüsselfaktoren für die künftige Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands und Europas. Auf Basis des Stands der Technik zeigt sich, dass für eine reproduzierbare Herstellung von patientenspezifischen Implantaten (PSI) das Zusammenspiel von medizinischer Bildgebung, Implantatdesign und Fertigungstechnologie mittels Methoden des maschinellen Lernens unabdingbar ist. So kann eine automatisierte, qualitativ hochwertige und somit nachhaltige und kosteneffiziente Patientenversorgung sichergestellt werden. Im Interview stellt Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, sein aktuelles EU-gefördertes Forschungsprojekt „DigiMed“ vor und geht auf die Vorteile des Einsatzes von KI für die (Zahn-)Medizin ein.

Herr Prof. Smeets, der Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) wird in der Medizin schon seit einigen Jahren erprobt. Wie ist der Stand in der Oralchirurgie bzw. Zahnmedizin und welche Vorteile hat der Einsatz von KI?

In der Radiologie und Zahnmedizin ist die KI mittlerweile sogar klinisch erprobt. Es gibt einige Unternehmen, die ihre medizinische Software als Medizinprodukt für die Unterstützung der Ärzte zur Diagnostik im klinischen Alltag integriert haben. Somit kann ein „standard of care“ gewährleistet werden, da weniger übersehen wird. Auch für den Patienten wird die Diagnostik nachvollziehbarer aufgrund der farblichen Interaktion von KI und Bild. Des Weiteren kommt es zur Zeitersparnis, da oftmals ein Befund automatisch erstellt wird.

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) leiten Sie derzeit das Projekt „DigiMed – Digitale Wertschöpfungsketten für die Medizintechnik anhand der additiven Fertigung patientenspezifischer gesichts-chirurgischer Implantate“. Bitte stellen Sie dieses Projekt vor.

Die Vision des Projekts „DigiMed“ ist es, Bildgebungsdaten aus der Diagnostik zu nutzen und diese mittels KI automatisiert in ein jeweils dem individuellen Fall angepasstes Implantatdesign zu überführen und zusätzlich die automatisierte Fertigung und Dokumentation der patientenspezifischen Implantate (PSI) zu realisieren. Die neue Technologie kommt zunächst bei patientenspezifischen Gesichtsimplantaten zum Einsatz, die für einen frakturierten Orbitaboden – etwa

nach Unfällen – erstellt werden, und wird in den kommenden Monaten u. a. auch für die Generierung von 3D-gedruckten Trinkplatten bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, implantologischen Bohrschablonen, Splinte für Dysgnathieoperationen, CMD-Schienen und für Modelle nach Operationen bei Schädeldefehlbildungen angewendet.

Ebenfalls präklinisch etabliert sind 3D-gedruckte individuelle patientenspezifische



Abb. 1: Resorbierbare 3D-gedruckte patientenspezifische Osteosyntheseplatte auf Magnesiumbasis.

sche resorbierbare Osteosyntheseplatten (Abb. 1) aus Magnesium. Darüber hinaus wird aktuell aktiv an der Entwicklung 3D-gedruckter Gesichtsepithesen aus Silikon (Abb. 2), sensorunterstützter Helme (intelligente Helme) für die Therapie von Schädelfehlbildungen (Kopforthesen) und perspektivisch an dem „3D-Druck von Blut“ (Bioprinting) geforscht. Ein Bruch der Augenhöhle (Orbitaboden) gehört zu den häufigsten Gesichtsverletzungen und erfolgt in der Regel infolge einer punktuellen Gewalteinwirkung auf das Auge. Typisch sind Schlag- oder Sportverletzungen. Ebenso kann ein solcher Bruch infolge eines schweren Zusammenpralls mit einer anderen Person oder einem Gegenstand entstehen. Bei einer schweren Verletzung ist die Operation und der Einsatz von Titanimplantaten zur Stabilisierung der Augenhöhle angezeigt. Durch die in der Regel schwere Zugänglichkeit der Augenhöhle für die Behandlung ergibt sich ein besonderer Bedarf an patientenspezifischen Lösungen, um eine hohe Passgenauigkeit der Implantate und ein Einbringen des Implantats während der Operation möglichst ohne manuelle Anpassungen zu gewährleisten. Eine wesentliche Hürde für den Einsatz von PSI in diesem Bereich ist die aktuell sehr lange Vorlaufzeit von bis zu zehn Tagen von der Diagnose bis zur Bereitstellung des Implantats. Dies liegt an der aufwendigen Abfolge von Einzelschritten in der Implantatentstehung. Nach dem Stellen der Diagnose und der Auswertung der CT-Aufnahmen des Patienten muss zunächst manuell ein Rekonstruktionsmodell des verletzten Orbitabodens erstellt werden, aus dem das Implantatdesign abgeleitet und gefertigt wird. Bis das PSI eingesetzt werden kann, vergehen nach heutigem Stand der Technik zehn Tage von der Bildgebung bis zur Operation.

Die im Projekt „DigiMed“ angestrebten Forschungsarbeiten zielen daher auf eine nachhaltige Verbesserung der Patientenversorgung mit individuell angepassten Orbitabodenimplantaten ab. Hierzu ist es essenziell, den langsamen und von vielen manuellen Einzelschritten geprägten Entstehungsprozess durch Entwicklung maßgeschneiderter digitaler Bildgebungs-, Design- und Fertigungsstrategien nachhaltig zu verbessern und diese zu einer durchgängigen digitalen Wertschöpfungskette zusammenzuführen.

Zunächst erfolgt eine KI-basierte und automatische Erstellung von Rekonstruktionsmodellen und Implantatgeometrien aus den Bildgebungsdaten. Diese Daten können direkt zur Erstellung des PSI mittels additiver Fertigung (AM, engl.: additive manufacturing) genutzt werden. Die Fertigungsparameter werden dabei automatisch an die individuellen Implantatgeometrien angepasst. Hierdurch soll eine Reduktion von Kosten und Dauer des Prozesses um bis zu 40 Prozent und eine Erhöhung der Implantatqualität um bis zu 30 Prozent erzielt werden. Insgesamt wird erwartet, den Zeitraum von der Diagnostik bis zum Einsatz des PSI um bis zu 50 Prozent von zehn auf fünf Tage zu verringern. Zur Validierung wird die gesamte Wertschöpfungskette von der Diagnostik bis zum PSI am Pro-

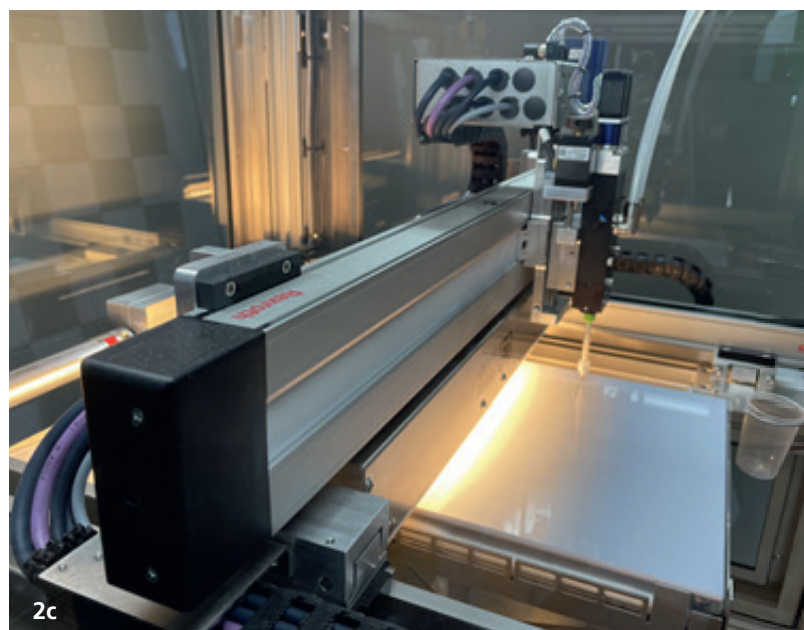
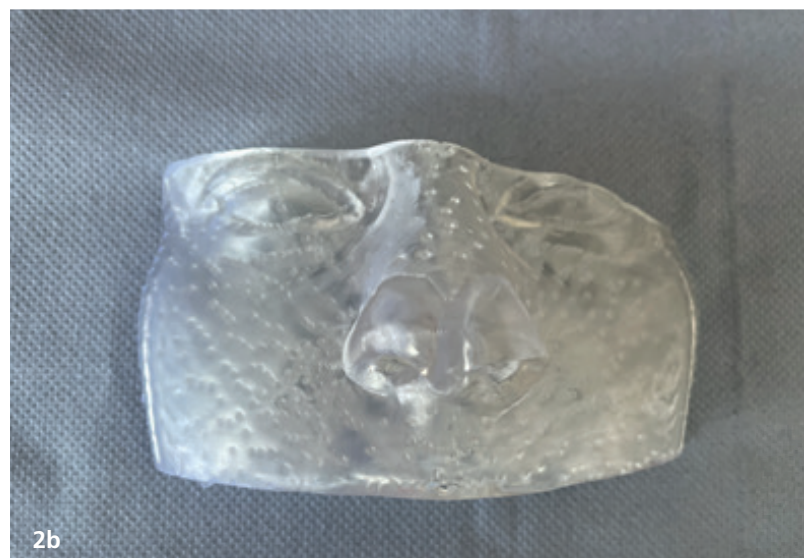
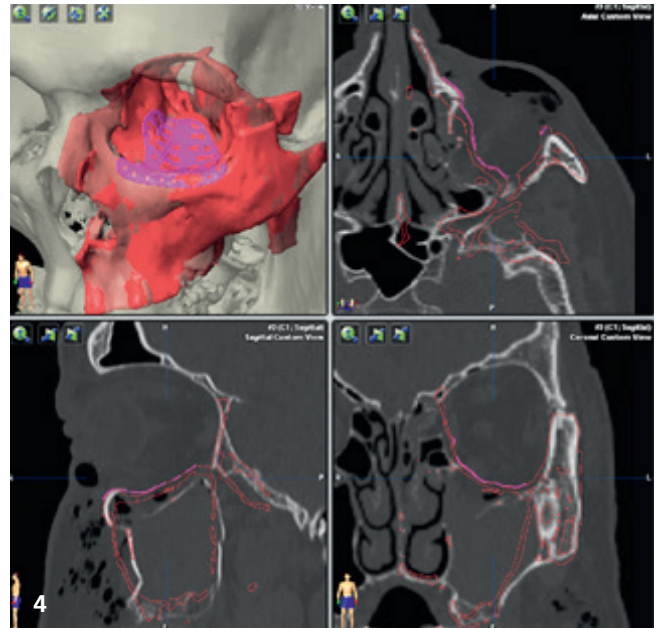


Abb. 2a–2c: 3D-gedruckte Gesichtsepithesen.

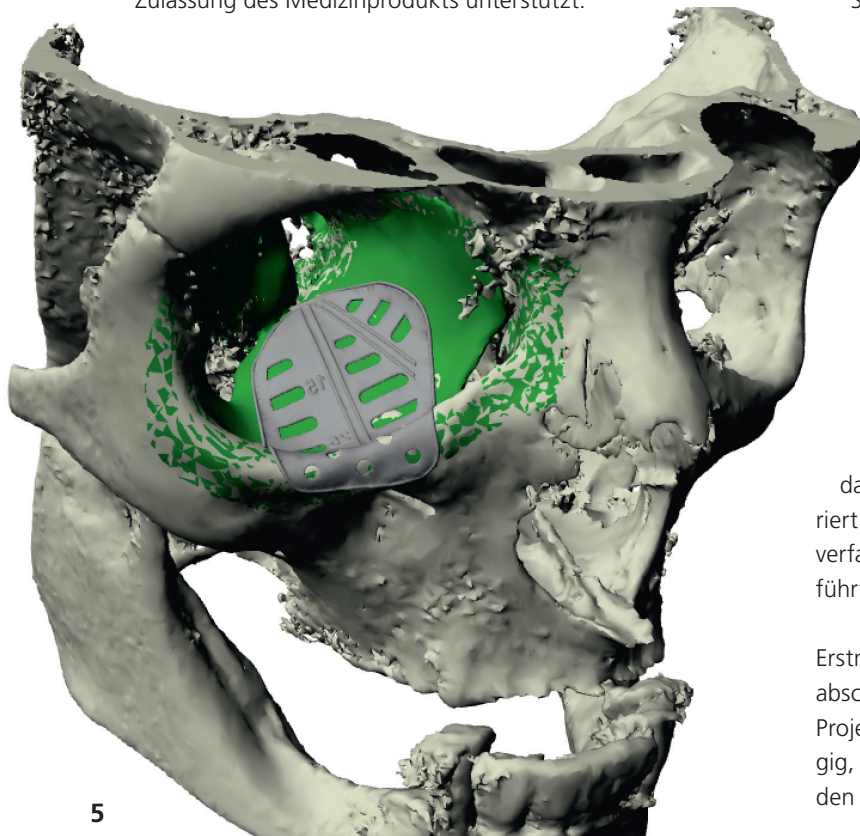


Abb. 3: PSI (Patientenspezifisches Implantat) zur Rekonstruktion des Orbitabodens. – **Abb. 4:** Planung des PSI (pink dargestellt) anhand des CT-Datensatzes in axialer, sagittaler und koronarer Ebene.



jektende einmal mit erarbeitet und schlussendlich in die durchgängige Prozesskette integriert (Abb. 7).

Mit der Umsetzung der digitalen Prozesse geht die Entlastung von Personalressourcen bei der Diagnose, der Implantatvorbereitung und -fertigung sowie Operationsplanung einher. Der schnelle Transfer der Ergebnisse in die Anwendung wird durch die Entwicklung einer zertifizierungskonformen Dokumentation im Hinblick auf eine spätere Zulassung des Medizinprodukts unterstützt.



5

Welche Ziele hat sich das Projekt gesetzt?

Das übergeordnete Ziel des EFRE Projekts DigiMed ist es, eine nachhaltige Sicherung der Patientenversorgung mit individuell angepassten Implantaten (Abb. 3) zu erreichen. Dieses soll durch unabhängige FuE zur Erkenntnisgewinnung im Forschungsverbund von IAPT (Fraunhofer-Einrichtung für Additive Produktionstechnologien), UKE und HSU (Helmut-Schmidt-Universität) realisiert werden. Das Ergebnis des Vorhabens beläuft sich auf eine prototypische durchgehend digitale Wertschöpfungskette für patientenspezifische Implantate (PSIs; Abb. 4 und 5) aus der Gesichtschirurgie, die KI-basiert erzeugt und mittels additiver Fertigung hergestellt werden.

Der Hauptfokus des Projekts liegt aktuell auf Gesichtsimplantaten. Wie lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse auf die Kiefer- und Oralchirurgie übertragen?

Im Rahmen dieses Projekts wird daher die notwendige Datenbasis geschaffen, um aus Bildgebungsdaten Rekonstruktionsmodelle zu erstellen. Mit diesen können dann druckfähige Datensätze mittels KI-Algorithmus generiert werden, welche anschließend mittels additiver Fertigungsverfahren (3D-Druck) in patientenspezifische Implantate überführt werden können (Abb. 6).

Erstmals wird solch eine Wertschöpfungskette entwickelt und abschließend demonstriert. Der Erfolg und das Ergebnis des Projekts sind wiederum von einzelnen Teilergebnissen abhängig, die einzeln, teilweise aufeinander aufbauend, erarbeitet werden (Abb. 7).

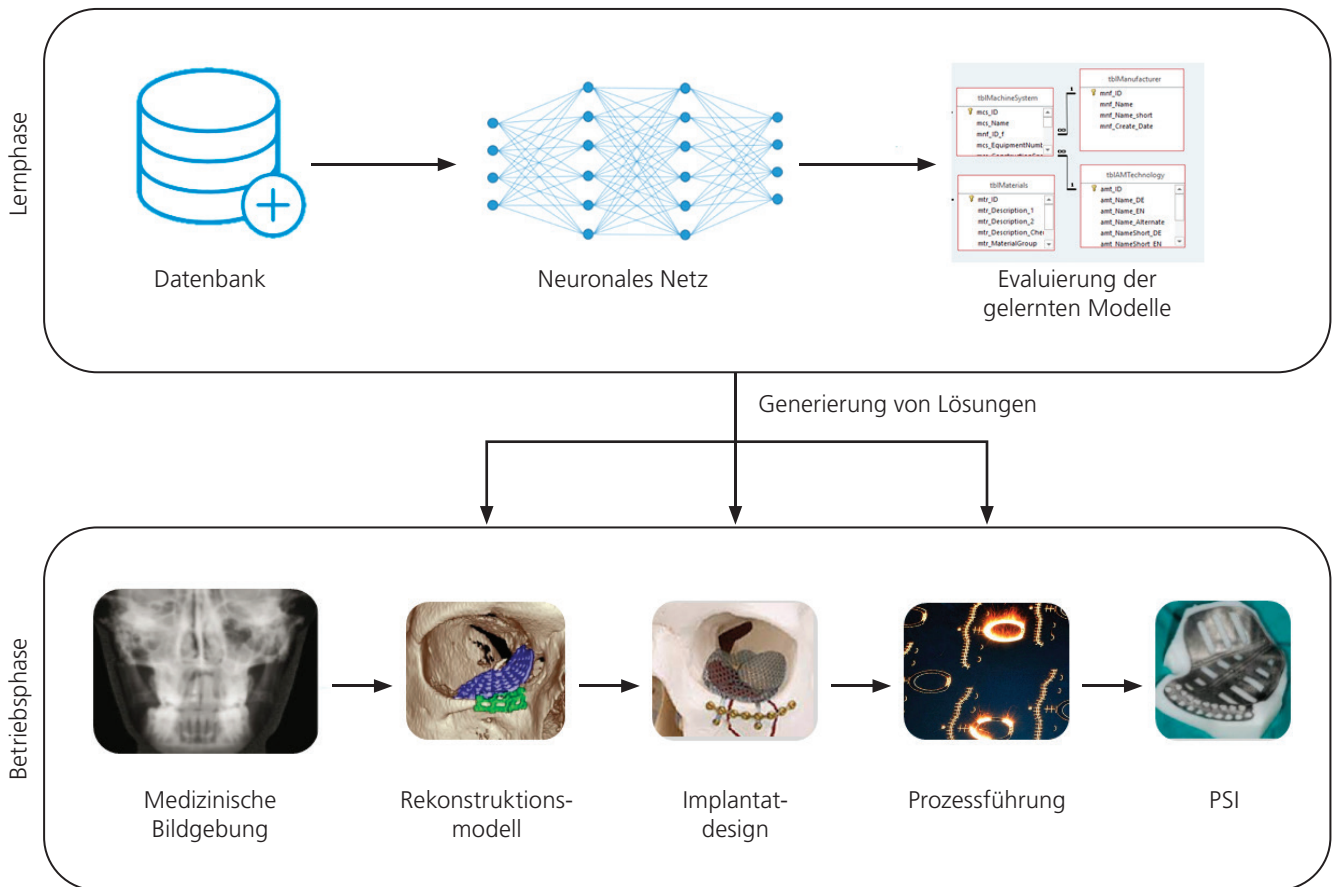


Abb. 6: Digitaler Workflow: In der Lernphase wird mittels der von CTs gespeisten Datenbank mithilfe der KI ein Algorithmus programmiert, der in der Betriebsphase eigenständig anhand der Bildgebung ein PSI konstruiert. Dieses wird im Anschluss im 3D-Druckverfahren hergestellt.

ANZEIGE

Ihr erster navigierter Implantatfall mit dem

BEGO Guide Starterpaket

EINFACH. SICHER. IMPLANTIEREN.

Hier wartet Ihr volles Erfolgspaket auf Sie: <https://guide.bego.com>

GARANTIERT EIN VOLLES

ERFOLGSPAKET

Ihr Starterpreis

€ 399,-

zzgl. MwSt.

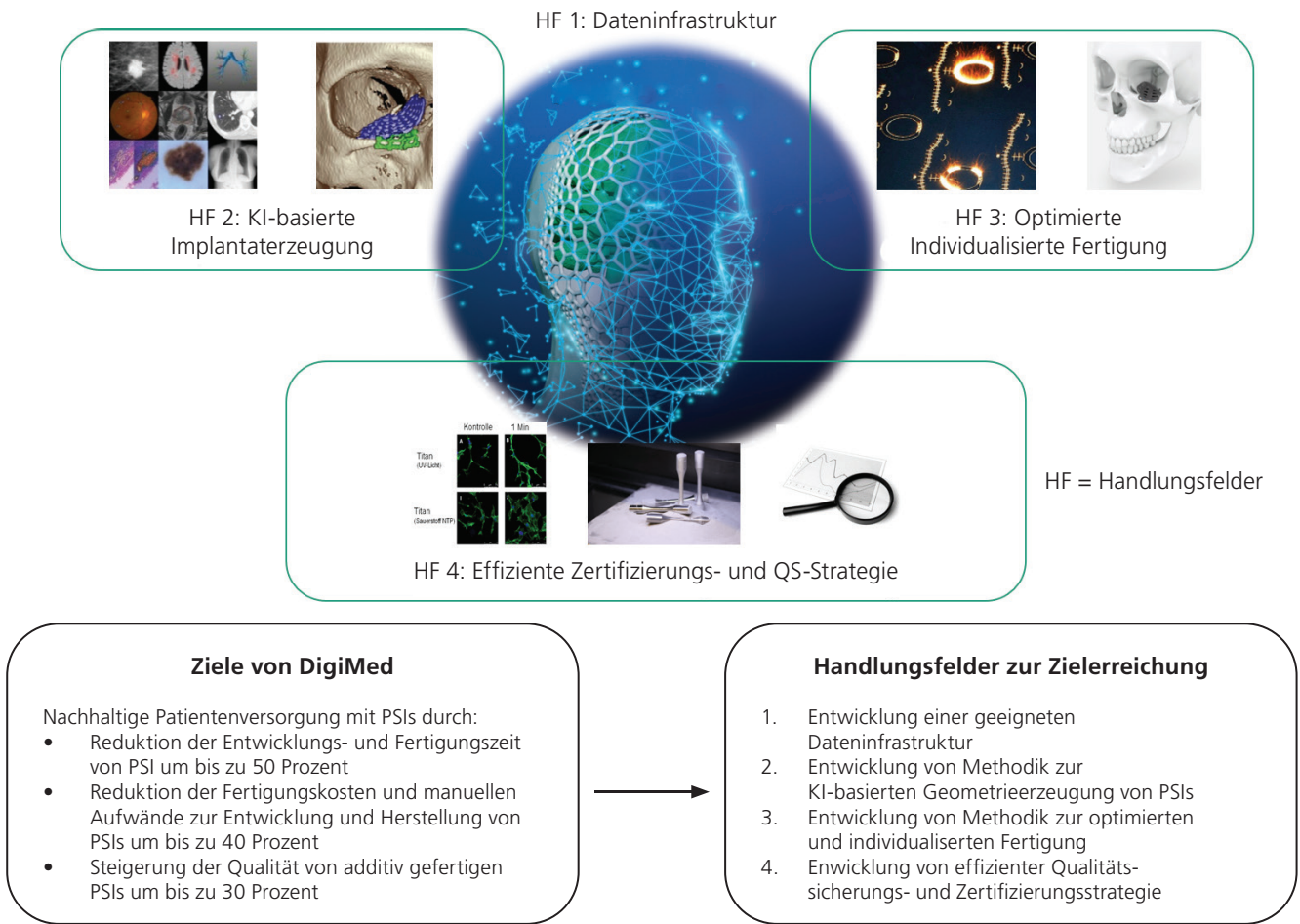


Abb. 7: Ziele von „DigiMed“ sowie die vier essenziellen Handlungsfelder zum Erreichen des optimalen digitalen Workflows.

Wie wird KI die Oralchirurgie und Zahnmedizin in Zukunft insgesamt verändern können?

Die KI wird die MKG-Chirurgie/Oralchirurgie/Zahnmedizin einheitlicher machen und Prozesse optimieren. Sie wird menschliche Fehler korrigieren können und somit die Planungen genauer, reproduzierbarer und schneller machen.

Herr Prof. Smeets, herzlichen Dank für das Gespräch.



Kontakt

Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Sektion „Regenerative Orofaziale Medizin“
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 r.smeets@uke.de


**OSSTEM-HIOSSEN
MEETING**

IN EUROPE

28 - 29.10.2022

Auditorium del Massimo, Rom



Presseinformation, Stand 8.9.2022

Platz sichern: „Osstem-Hiossen Meeting in Europe“ führt nach Rom

Am 28. und 29. Oktober findet der diesjährige europäische Implantologie-Kongress in Rom statt. Mehr als 20 namhafte Wissenschaftler und Praktiker bitten zum fachlichen Dialog. „Ich freue mich darauf, mit den Teilnehmern Wissen und Neuigkeiten auszutauschen – bei meinem Vortrag und auch abends bei einem Drink auf der Terrasse“, so Univ.-Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas aus Mainz. MKG-Chirurgie, Knochen- und Weichgewebsmanagement, EBM, aber auch Hygiene und Infektiologie sind seine Themenfelder. Für die Referenten besteht die Attraktivität der Veranstaltung insbesondere in der Möglichkeit, intensiv über Implantatkonzepte zu diskutieren. Implantate mit hydrophiler Oberfläche (SOI-Implantate) seien spannende Entwicklungen. Weitere Veranstaltungselemente

werden Live-OP, Hands-on-Kurse und zahlreiche Networking-Möglichkeiten sein. Nach Stückzahlen ist Osstem Implants der Weltmarktführer. Beim „Osstem-Hiossen Meeting in Europe“ wird die Unternehmensphilosophie erlebbar: Kundennähe, Zuwendung, Dialog, ein offenes Ohr, Verbindlichkeit und faire Preise.

Mehr Information und die Anmeldung zum „Osstem-Hiossen Meeting in Europe“ erhalten Sie unter:

Tel.: +49 6196 777-5501
www.osstem.de/events.php



Münchener Forum für Innovative Implantologie:

Fortbildung kompakt und praxisnah

Das Münchener Forum für Innovative Implantologie findet am 14. Oktober zum zweiten Mal am neuen Standort – den Design Offices München Macherei – statt. Renommiertere Referenten von Universitäten und aus der Praxis werden mit den Teilnehmern aktuelle Trends und Herausforderungen der Implantologie diskutieren. Nach dreizehn Jahren und dem inzwischen erworbenen Ruf, eine besonders hochkarätige Fortbildungsveranstaltung zu sein, gibt es seit 2021 neben dem Veranstaltungsort eine Reihe weiterer Neuerungen. Die Erfahrungen der letzten beiden Jahre haben gezeigt, dass die zahnärztliche Präsenzfortbildung, also der direkte Austausch mit Experten, den Fachberatern der Industrie und unter den Kollegen selbst, auch angesichts vielfältiger digitaler Alternativen nicht wirklich zu ersetzen ist. Die wissenschaftlichen Leiter und der Veranstalter OEMUS MEDIA AG hatten sich daher schon Ende 2020 Gedanken über die künftige Ausrichtung des Münchener Forums gemacht und nach Lösungen gesucht, wie die

Eintagesveranstaltung noch besser, kompakter und praxisnaher werden kann. Neben digitalen oder hybriden Lösungen spielte dabei auch das Thema Work-Life-Balance eine wichtige Rolle. Am 14. Oktober erleben die Teilnehmer beim Münchener Forum für Innovative Implantologie ein spannendes Veranstaltungsformat in modernen Räumlichkeiten, das mit der Übertragung einer Live-OP in den Tagungssaal, einem Workshop, Table Clinics und hochkarätigen Vorträgen genau diesen Herausforderungen gerecht wird. Die wissenschaftliche Leitung liegt in den Händen von Prof. Dr. Herbert Deppe und Prof. Dr. Dr. Florian Stelzle/beide München. Letzterer wird auch die Live-OP durchführen, die am Freitagvormittag aus seiner Praxis in den Tagungssaal und auf ZWP online übertragen wird.

OEMUS MEDIA AG
www.muenchener-forum.de



Dentalpoint AG

Zeramex am ESCI-Kongress



© SCStock – stock.adobe.com

Fakten und nochmals Fakten. Beim 2. European Congress for Ceramic Implant Dentistry, der wahrscheinlich die höchste Dichte an Experten im Bereich Keramikimplantologie europaweit aufweist, wird es um Fakten gehen. Und Zeramex ist auch mit dabei. Dr. Jens Tartsch und Kollegen konnten für die dreitägige Veranstaltung der European Society for Ceramic Implantology (ESCI), die vom 20. bis 22. Oktober auf dem schönen Landgut Bocken bei Zürich (Schweiz) stattfindet, namhafte Referenten gewinnen und haben ein einzigartiges Programm zusammengestellt. Beleuchtet werden alle relevanten Aspekte – von den Möglichkeiten und Grenzen des Materials Zirkondioxid über die biologischen Hintergründe bis hin zum fachgerechten klinischen Einsatz der Keramikimplantate. Auch der soziale Austausch beim Willkommensempfang und Galadinner wird für tolle Stimmung

sorgen. Darüber hinaus wird am 20. Oktober am Zeramex-Standort in Spreitenbach ein kleines, aber wichtiges Jubiläum gefeiert – „5 Jahre Zeramex XT“. Zu den Programm-Highlights gehören u. a. ein Vortrag von Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser sowie eine Produktionsbesichtigung, bei der man die Fertigung des Keramikimplantats Zeramex XT live erleben kann. Und natürlich ist auch hier für einen Austausch mit Kollegen bei einem gemütlichen Apéro gesorgt.

Infos zum Unternehmen



Dentalpoint AG – Zeramex
www.zeramex.com

Am 1. Adventswochenende in Hamburg

36. DGI-Kongress

Auf dem 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Implantologie steht die biologische Basis der Implantologie im Mittelpunkt. Unter dem Motto „Biologie – unser Kompass in der Implantologie“ findet der diesjährige Kongress vom 24. bis 26. November 2022 im Congress Center Hamburg statt. Dabei geht es entlang des implantologischen Therapieablaufs um die Frage, welche Behandlungsergebnisse jeweils mit unterschiedlichen Herangehensweisen möglich sind und welche Probleme mit verschiedenen Therapiekonzepten am besten gelöst werden können. Das Themenspektrum reicht von der Augmentation der Hartgewebe über das Weichgewebemanagement bis zu den digitalen Arbeitsprozessen und der Materialwahl. Ebenso

fragen die Kongressorganisatoren Experten nach den Alternativen zur Implantatversorgung in bestimmten Indikationen. Neben den Zahnärzten soll auch das zahnmedizinische Fachpersonal auf seine Kosten kommen. Im Assistenz-Forum am Kongress-Samstag geht es um Praxisorganisation, Fehlermanagement und Patientenbetreuung. Hinzu kommt ein ganztägiger Fachkurs zum Thema Instrumentenaufbereitung in der Implantologie nach dem Medizinproduktegesetz.

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.dgi-kongress.de

Quelle: DGI e.V.



DGI
Deutsche Gesellschaft
für Implantologie

36. DGI-Kongress
24. - 26. Nov 2022
CCH Hamburg

BIOLOGIE
unser Kompass
in der Implantologie

orangedental

Vollautomatische KI-Befundung

Vollautomatisierte Unterstützung bei der Befundung sowie Archivierung von 3D-DVT- und 2D-Röntgenaufnahmen durch künstliche Intelligenz: Diagnocat ist Leader seiner Branche und lässt – dank KI – die Wünsche in der Automatisierung dentaler Diagnosen wahr werden.



Registrierung für
7-Tage-Testversion

byzz[®] Suite KI
powered by **Diagnocat** **NEU**

Green X jetzt mit 2D/3D KI-Befundungsassistent

Vollautomatisiert durch künstliche Intelligenz

Testen Sie selbst!
Anmeldung für kostenlosen Probezugang.
Testen Sie Diagnocat anhand von Fallbeispielen.

orangedental
premium innovations

3D VTO

Sie machen Ihre Röntgenaufnahme ganz normal, speichern diese automatisch in der byzz[®]Nxt-Software von orangedental ab und senden aus der byzz[®]Nxt Ihre 2D- oder 3D-Aufnahme an den Diagnocat Server. In zwei bis vier Minuten werden vollautomatisiert genaue Diagnosevorschläge aus den 2D- und 3D-Aufnahmen generiert und ein PDF-Befundbericht zur Überprüfung, Ergänzung und Freigabe zur sofortigen Aufklärung des Patienten erstellt. Dadurch wird enorm viel wertvolle Arbeitszeit bei der Diagnose und Befundung gespart. Durch die schnelle und präzise Unterstützung bei der nachfolgenden Überprüfung durch den Behandler ist die Genauigkeit und Vollständigkeit bei der Befundung nachweislich höher. Die Verpflichtung, alle röntgenbestrahlten Bereiche zu befunden, wird so unterstützt bzw. erleichtert. Das System beinhaltet die Expertise einer Vielzahl erfahrener Behandler und lässt aufgrund der KI-Programmierung und Deep-Learning-Algorithmen den Erfahrungsschatz stetig anwachsen. Sie profitieren somit durch eine elektronische Zweitmeinung, die besonders bei der dentalen Fokussuche und unklaren Befunden eine wertvolle Unterstützung darstellt. Darüber hinaus wird Ihr diagnostisches Wissen stetig erweitert. Alle Berichte werden in der CE-zertifizierten und DSGVO-konformen Cloud sicher gespeichert und können auf jedem Gerät angezeigt werden. Das automatische Segmentieren der einzelnen Strukturen aus dem DVT-Volumen (Weichgewebe, Maxilla, Mandibula, Atemwege, Nerv und einzelne Zähne) und die Möglichkeit, diese dann präzise mit digitalen Abdrücken zu überlagern, sind weitere Highlights dieser Technologie. Dies ermöglicht eine einfache und formgenaue Erstellung von 3D-Modellen (STL) für die digitale Planung in der MKG-Chirurgie, KFO, Implantologie und Integration in VTO- und Implantatplanungssoftware.

Infos zum Unternehmen



Die Vorteile für Sie liegen auf der Hand: enorme Zeitersparnis, steigende Genauigkeit und vieles mehr. Sie möchten es ausprobieren? Kein Problem! Einfach QR-Code scannen und die 7-Tage-Testversion ausprobieren.

Kontakt

orangedental GmbH & Co. KG
Tel.: +49 7351 47499-0
www.orangedental.de

Dr. Kenneth S. Serota ist das neue Gesicht der gemeinnützigen CleanImplant-Initiative in Nordamerika.

CleanImplant Foundation jetzt mit Vertretung in New York City

Die non-profit CleanImplant Foundation mit Sitz in Berlin (Deutschland) gibt bekannt, dass sie seit 1. September 2022 mit einer eigenen Repräsentanz in New York City (USA) vertreten sein wird. Als Repräsentant der Foundation in Nordamerika agiert Dr. Kenneth S. Serota, Toronto (Kanada).

Ab sofort wird er von New York aus die Informationskampagne der gemeinnützigen Stiftung für hochwertige Implantate weiter vorantreiben. „Wir freuen uns sehr, dass Dr. Serota als überzeugender Botschafter unserer Initiative nun einer breiten Öffentlichkeit in Nordamerika das Problem vermeidbarer werkseitiger Verunreinigungen von Medizinprodukten näherbringen wird. Gemeinsam mit ihm werden wir deutlich mehr Zahnärzte sowie dort ansässige Implantathersteller erreichen und sie für eine rückstandsfreie Implantatoberfläche als unverzichtbares Qualitätskriterium sensibilisieren können“, erklärt Dr. Dirk Duddeck, Managing Director und Head of Research von CleanImplant.

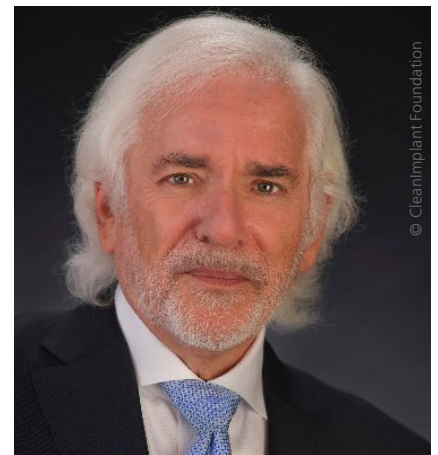
Dr. Serota repräsentiert die CleanImplant Foundation in Nordamerika bei wichtigen Messen und Kongressen. Als Referent wird er nicht nur Kollegen über die Studienergebnisse der CleanImplant Foundation, deren klinische Relevanz und die juristischen Folgen bei Verwendung minderwertiger Implantate aufklären. Er wird auch Ansprechpartner für nordamerikanische Implantathersteller sein, die sich mit den Ergebnissen der aktuellen CleanImplant Qualitätsbewertungstudie befassen müssen. „Von der Mission der Clean-

Implant Foundation und dem hohen wissenschaftlichen Anspruch der Studien bin ich zutiefst überzeugt“, so Dr. Serota. „Während meiner gesamten wissenschaftlichen Laufbahn war ich fasziniert von der Integration aller zahnmedizinischen Disziplinen. Erst die Symbiose aller Fachrichtungen ermöglicht eine umfassende und patientengerechte Versorgung, die sich stets an den höchsten wissenschaftlichen Standards orientiert. Es ist mir eine große Freude und natürliche Verpflichtung, nicht nur meinen Kollegen, sondern auch den zahlreichen Herstellern in den USA die CleanImplant Foundation als „Partner in Science“ näherzubringen.“

Dr. Kenneth Serota absolvierte sein Studium der Zahnmedizin an der Universität Toronto in Kanada. Nach Promotion erwarb er den Master of Medical Sciences am Harvard-Forsyth Dental Center in Boston (USA). Er ist Gründer des ROOTS-Endodontie-Forums sowie des interdisziplinären NEXUS-Forums und war Lehrbeauftragter an der Universität Toronto.



Text und Bildmaterial



CleanImplant Ambassador Dr. Kenneth S. Serota, Toronto (Kanada), ist seit 1. September 2022 das neue Gesicht der non-profit Foundation in Nordamerika mit offizieller Repräsentanz in New York City (USA).

Weitere Informationen

Barbara Sonntag
CleanImplant Foundation
Corporate Media Relations
Tel.: +49 30 2000-30190
Sonntag@CleanImplant.org

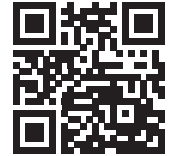
Die unabhängige CleanImplant Foundation wurde als Non-Profit-Organisation 2016 in Berlin gegründet. In Kooperation mit renommierten Universitäten koordiniert die Stiftung regelmäßig weltweite Quality Assessment-Studien von Zahnimplantaten und zeichnet nach einem strengen Peer-Review-Verfahren besonders saubere Typen mit dem „Trusted Quality“ Siegel aus. CleanImplant zertifiziert zudem Implantologen sowie zahnmedizinische Zentren und erhöht auf diese Weise das Vertrauen von Zuweisern und Patienten. Weitere Informationen: <https://www.cleanimplant.org>



Bicon Europe

Das Kurzimplantat mit Mehrwert!

Infos zum Unternehmen



Seit nunmehr 37 Jahren bietet das Bicon-System nationalen und internationalen Zahnärzten nicht nur breit gefächerte Lösungen, sondern auch sehr gut kalkulierbare Resultate. Das System ermöglicht Zeitersparnis, da aufwendige Knochenaufbau- und Augmentationsverfahren nicht notwendig sind und die Prothetik nachweislich in nur wenigen Sekunden eingesetzt ist. Auch die Patienten wissen das schonende Verfahren zu schätzen. Das Bicon System bietet umfangreiche Komponenten für den digitalen Workflow. Scanbare Abdruck- und Einheimpfosten, Fräsrohlinge und komplette Restaurationen können digital geplant und individuell bearbeitet werden. Die Suprakonstruktionen können wahlweise verschraubt oder zementiert werden. Bei Patienten mit komprimierten Knochenverhältnissen setzen viele Implantologen bereits auf Bicon als erfolgreiche Behandlungsergänzung und Erweiterung ihres Therapiekonzeptes.

Kontakt

Bicon Europe Ltd.
Tel.: +49 6543 818-200
www.bicon.de.com

Zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung erwägen

Lokalantibiotikum in Gelform



In vielen Fällen reicht die konventionelle Parodontistherapie (Scaling and Root Planing/SRP) allein nicht aus, um eine Ausheilung entzündlicher Reaktionen in aktiven Taschen zu erzielen. Gemäß der evidenzbasierten Empfehlung in der S3-Leitlinie der EFP können lokal applizierte Antibiotika mit anhaltender Freisetzung, zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung in Stufe 2, erwogen werden.¹ Das Lokalantibiotikum Ligosan® Slow Release von Kulzer ergänzt die konventionelle nichtchirurgische Standardtherapie bei Parodontitis. Als Lokalantibiotikum in Gelform (Wirkstoff Doxycyclin) wirkt es schonend. Getreu dem Motto: Gezielt und zuverlässig am Wirkort. Für Patienten bedeutet dies eine geringe systemische Doxycyclinbelastung. Dem Zahnarzt ermöglicht es eine unkomplizierte Behandlung, da das Gel einmalig appliziert wird und resorbierbar ist.

¹ Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III. Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP); Stand Dezember 2020.

Weitere Vorteile der einfachen Applikation und komfortablen Handhabung von Ligosan® Slow Release:

- Es muss anschließend nicht entfernt werden
- Direkte und einmalige Applikation aus der praktischen Zylinderkartusche (ausreichend für ca. vier Parodontaltaschen)
- Praktische unkomplizierte Einmalgabe
- Kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffs über mindestens zwölf Tage
- Biologisch abbaubar zu Milch- und Glykolsäure
- Sicherheit über die geringe systemische Belastung für den Patienten
- Kontrollierte Compliance

Infos zum Unternehmen



Kontakt

Kulzer GmbH
Tel.: 0800 4372522
www.kulzer.de

18. EXPERTEN SYMPOSIUM DES BDIZ EDI

SAVE
THE
DATE

UPDATE: KURZE, ANGULIERTE UND DURCHMESSERREDUZIERTER IMPLANTATE

Aktualisierung des Praxisleitfadens
aus dem Jahr 2016

Sonntag
19. Februar 2023

Hotel Dorint | am Heumarkt in Köln
Pipinstraße 1 | 50667 Köln

FORTBILDUNG &



JAHRE KÖLNER KARNEVAL



Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
European Association of Dental Implantologists

BDIZ EDI

Mühlenstr. 18 · D-51143 Köln

Telefon 02203 / 80 09 339

Fax 02203 / 91 68 822

office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
Oktober 2022				
14./15.10.2022	Fachdental Südwest	Messegelände Stuttgart Deutschland	https://www.messe-stuttgart.de/fachdental-suedwest/	Landesmesse Stuttgart GmbH
20./22.10.2022	63. Bayerischer Zahnärztetag	The Westin Grand München	https://bayerischer-zahnaerztag.de/	BLZK Bayerische Landes- zahnärztekammer
21./22.10.2022	id infotage dental München	MOC Veranstaltungszentrum Hallen 1+2 Deutschland	https://infotage-dental.de/	LDF GmbH
November 2022				
11./12.11.2022	id infotage dental Frankfurt am Main	Messe Frankfurt Deutschland	https://infotage-dental.de/	LDF GmbH
24./26.11.2022	DGI-Kongress	CCH Hamburg Deutschland	https://dgi-kongress.de/	

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
(BDIZ EDI) · Mühlenstraße 18 · 51143 Köln · Telefon: +49 2203 8009339
Fax: +49 2203 9168822 · E-Mail: office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Chefredaktion:

Anita Wuttke V.i.S.d.P. (AWU) · BDIZ EDI · Telefon: +49 89 72069888
E-Mail: wuttke@bdizedi.org

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (ST)

Redaktion BDIZ EDI:

Christian Berger (BER), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (ZOE),
Dr. Detlef Hildebrand (HIL), Prof. Dr. Jörg Neugebauer (NEU),
Dr. Wolfgang Neumann (WNE), Prof. Dr. Thomas Ratajczak (RAT),
Dr. Renate Tischer (RTI), Dr. Stefan Liepe (LIE), Kerstin Salhoff (SAL)

Verlag:

OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Telefon: +49 341 48474-224 · Fax: +49 341 48474-290
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de · Internet: www.oemus.com

Leserservice:

OEMUS MEDIA AG · Isabell Schumann · Telefon: +49 341 48474-450
E-Mail: schumann@oemus-media.de

Anzeigen und PR:

OEMUS MEDIA AG · Stefan Thieme · Telefon: +49 341 48474-224
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de

Anzeigendisposition:

OEMUS MEDIA AG · Lysann Reichardt · Telefon: +49 341 48474-208
E-Mail: l.reichardt@oemus-media.de

Art Direction/Grafik:

Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn · Lisa Greulich, B.A.

Druck:

Silber Druck oHG · Otto-Hahn-Straße 25 · 34253 Lohfelden

Erscheinungsweise:

4 x im Jahr

Bezugspreis:

Einzelheft 7,- Euro, Jahresabo 24,- Euro jeweils inkl. Versand.
BDIZ EDI konkret kann direkt beim Verlag abonniert werden. ISSN: 18623727

Urheber-/Verlagsrecht:

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Alle in dieser Veröffentlichung enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren nach bestem Wissen erstellt und von ihnen und dem Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt überprüft. Gleichwohl sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Daher erfolgen alle Angaben ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Verlags oder der Autoren. Sie garantieren oder haften nicht für etwaige inhaltliche Unrichtigkeiten (Produkthaftungsausschluss). Die in Texten genannten Präparate und Bezeichnungen sind zum Teil patent- und urheberrechtlich geschützt. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises bzw. des Zeichens[®] oder [™] darf nicht geschlossen werden, dass kein Schutz besteht. Alle namentlich gezeichneten Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Sie muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen.



Die geschäftsmäßige Verarbeitung Ihrer angegebenen Kontaktdateninformationen für dieses Formular erfolgt nach Art.6 (1) f. DSGVO an den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI), Mühlenstr. 18, 51143 Köln. Sie können jederzeit der Nutzung Ihrer Daten unter unten stehender Anschrift widersprechen. Ihre Daten werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung und der Information der Mitglieder – nicht für werbliche Zwecke – verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.bdizedi.org > Datenschutzerklärung

Profitieren auch Sie von einer Mitgliedschaft im BDIZ EDI

Ja, ich interessiere mich für eine Mitgliedschaft im BDIZ EDI. **Bitte kontaktieren Sie mich.**

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Homepage _____

Geburtsdatum _____ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit _____ Curriculum Implantologie seit _____

absolviert bei _____ verliehen von (Bitte Zertifikat in Kopie beifügen!) _____

Per Fax an +49 2203 9168 822

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- Niedergelassener Zahnarzt 345,00 €
- Assistenz Zahnärzte, Berufsanfänger bis zum fünften Jahr nach der Approbation (das iCAMPUS-Programm übernimmt diesen Mitgliedsbeitrag zwei Jahre lang) 172,50 €
- Familienmitglieder/Mehrfachmitgliedschaft aus einer Praxis für die Zweitmitgliedschaft 172,50 €

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- Kooperative Mitglieder (nicht niedergelassene Zahnärzte und Zahntechniker) 165,00 €
- Studenten der Zahnmedizin beitragsfrei
- Fördernde Mitglieder (z. B. Firmen etc.) 530,00 €



BDIZ EDI · Mühlenstr. 18 · 51143 Köln
 Fon +49 2203 8009 339 · Fax +49 2203 9168 822
 office@bdizedi.org · www.bdizedi.org



WIR SIND IHR ANSPRECHPARTNER FÜR IMPLANTAT- VERSORGUNGEN

Der Mehrwert für Ihre Praxis: Als Komplettanbieter für zahntechnische Lösungen beliefern wir seit Jahrzehnten renommierte Zahnarztpraxen, Implantologen und implantologisch tätige Praxen.

