



konkret

Journal für die implantologische Praxis



Der Weg des BDIZ EDI 2023 Umzug und digitale Modernisierung des Verbandes

Webinare im ersten Halbjahr

**Der BDIZ EDI
informiert 2023**

Seite 6

Christian Berger bezieht Stellung

**GKV-FinStG und die
PAR-Behandlung**

Seite 14

Der Praxistipp von Kerstin Salhoff

**Berechnung der
Verbandplatte**

Seite 52

WE ARE RE:GENERATION

International Osteology Symposium

27-29 APRIL 2023
BARCELONA

HIGHLIGHTS

**Latest developments in
regenerative therapies**

Live surgeries

Hands-on workshops

Case session

Morning with master clinicians

Clinical round tables

Poster exhibition

Research networking day

Joint sessions with AAP and SEPA

SCIENTIFIC COMMITTEE

Pamela K. McClain, USA (Chair)

Istvan Urban, Hungary (Chair)

William V. Giannobile, USA

Franck Renouard, France

Frank Schwarz, Germany

Anton Sculean, Switzerland



osteology-barcelona.org
be part of #OsteologyBarcelona

Der Weg des BDIZ EDI



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2022 war in vielerlei Hinsicht bemerkenswert, allerdings nicht immer positiv konnotiert. Diverse Varianten des SARS-CoV-2-Virus halten uns nach wie vor in Atem. Auch wenn die Infektion mit COVID-19 nicht mehr den Schrecken zu verbreiten vermag, die sie im Jahr 2020 und 2021 entfaltet hat, sind wir zwar aus dem Größten raus, aber längst nicht auf dem Stand vor COVID. Wir werden mit SARS-CoV-2 und seinen Mutanten leben müssen.

Aber auch gesellschaftlich und wirtschaftlich hat die Pandemie Spuren hinterlassen. Zu zögerlich hat die Politik von Brüssel bis Berlin reagiert. Kritik müssen sich die Bundesgesundheitsminister Spahn und Lauterbach gleichermaßen gefallen lassen. Bei beiden vermissten und vermischen wir die notwendige Systematik im Umgang mit der Pandemie. Von Krisenmanagement keine Spur.

Auch dem Deutschen Bundestag fehlte es an Systematik im Umgang mit den gesundheitlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Uns Zahnärztinnen und Zahnärzte traf es hart. Erst kein Schutzschirm, dann die einrichtungsinterne Impfpflicht, die in ein unausgeglichenes Gesetz gegossen wurde, ohne dass die allgemeine Impfpflicht im Deutschen Bundestag zu Ende diskutiert wurde.

Die deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Selbstverwaltungen haben indes ihren Teil zur Eindämmung der Pandemie beigetragen. Wir haben angeboten, mit zu impfen, viele Zahnärztekammern haben eigens ein Curriculum aufgelegt. Dennoch zahlen wir deutlich mit an der Zeche eines verfehlten Krisenmanagements. Im Oktober hat der Bundestag mit der Mehrheit der Ampelkoalition das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) beschlossen. Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte bringt das Kostendämpfungsgesetz nichts Gutes: Fast alle vertragszahnärztlichen Leistungen werden ab 2023 der Budgetierung unterworfen sein. Aber auch die private Zahnheilkunde ist betroffen. Damit steht auch die neue PAR-Behandlung faktisch vor dem Aus, denn wie viel Sinn macht es für die Zahnarztpraxis, eine systematische und auf Nachhaltigkeit angelegte Behandlungsstrecke zu beginnen, wenn die Mittel nicht ausreichen?

Denn in der GOZ gibt es nichts Neues. Während die Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) erneut angehoben wurde, herrscht

bei uns seit 35 Jahren Stillstand. Wir im BDIZ EDI verfolgen seit vielen Jahren mit unserer BDIZ EDI-Tabelle einen eigenen Weg. Dazu gehört auch, immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir darüber nachdenken müssen, wie wir unsere Praxen aus dem GOZ-Schlamassel ziehen – denn, machen wir uns nichts vor: Der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber hat auch künftig kein Interesse an einer Punktwerthöhung bei GOZ und GOÄ. Meine Lösung dazu lautet: Analogabrechnung! Wie das gehen kann, habe ich Ihnen in der BDIZ EDI-Tabelle 2022 erläutert. Die Tabelle 2023 ist bereits in Arbeit.

Wir vom BDIZ EDI kümmern uns natürlich auch im Jahr 2023, das uns mit Inflation, Budgetierung und weiter mit GOZ-Stillstand heimsuchen wird, um Ihre Belange. Ab 2023 werden wir unsere Kräfte bündeln und es wird nur noch eine Geschäftsstelle in München geben. Wir werden viele Abläufe ressourcenschonend digitalisieren, aber natürlich bleibt unser wichtigster Punkt, unsere Mitglieder bestmöglich zu beraten, ihnen sinnvolle Abrechnungstipps an die Hand zu geben und eine qualitativ hochwertige Fortbildung anzubieten.

Ich möchte Sie herzlich zu unserem 18. Experten Symposium am 19. Februar 2023 in Köln einladen, das die kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantate auf den Prüfstand stellen wird. Ich freue mich auf Ihre Teilnahme.

Ich bedanke mich namens meiner Vorstandskolleginnen und -kollegen für die Unterstützung durch Ihr Interesse an unserer Arbeit und unseren Zielen.

Wir vom BDIZ EDI wünschen Ihnen ein friedliches Weihnachtsfest und einen guten Start ins Jahr 2023.

Ihr

Christian Berger
Präsident



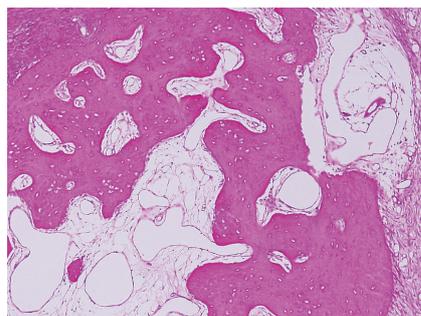
11

18. Experten Symposium:
Kurze, angulierte und durch-
messerreduzierte Implantate



48

BMG und GOZ
Fehlende Rechtstreue
Dr. Thomas Ratajczak



66

Hyaluronsäure in der
Parodontalchirurgie
Prof. Dr. Anton Sculean

Aktuell

Der BDIZ EDI informiert 2023	6
Bundesversammlung der BZÄK fordert Unterstützung des ambulanten Bereichs	8
18. Experten Symposium im Februar 2023 in Köln	11
Auswirkungen des GKV-FinStG und die Zukunft der Paro-Therapie	14
BDIZ EDI-Geschäftsstelle ab 2023 in München	18
Abschied von Brigitte Nötzel	20
Leuchtturmprojekt LAGP	22
Rückschau	24
Vorschau	25
100 Jahre IDS im März 2023	26
Der BDIZ EDI zeigt Flagge auf der 40. IDS in Köln	28
Der BDIZ EDI unterwegs: Bayerischer Zahnärztetag und id infotage dental	30
DGZMK mit neuer Führung	31
Wussten Sie schon, ...	32
Der BDIZ EDI gratuliert	34

Aktuell Europa

Ergebnisse der Jahresversammlung des CED 2022	36
News-Ticker	38
Kein Kopftuch am Arbeitsplatz?	40
31. Internationales Expertensymposium auf Fuerteventura	42
Rückblick: 15. Europa-Symposium in Karlsbad	44
16. Europa-Symposium und Giornate Veronesi	46

Abrechnung und Recht

Das BMG und die GOZ – eine Kurzanalyse	48
Der Praxistipp des BDIZ EDI: Berechnung der Verbandplatte	52

Fortbildung

Krestale Knochenneubildung durch ein Konzept des mikrostrukturierten Backtapers Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Steffen Kistler, Ingo K. Frank, Frank Kistler, Günter Dhom	54
Stark atrophierter Ober- und Unterkiefer: Rehabilitation mit minimalinvasiven Techniken Dr. Eduardo Anitua	58
Einsatz von Hyaluronsäure in der rekonstruktiven Parodontalchirurgie Prof. Dr. med. dent., Dr. h.c. mult. Anton Sculean, M.S.	66
Pharmakologie und medizinisch kompromittierte Patienten Dr. med. Dr. med. dent. Markus Tröltzsch	70

Events

BEGO GmbH: Schiffe zur IDS 2023	74
Evidenzbasierte Entwicklungen und Lösungen – BTI Day 2023	75

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	76
---	----

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.

Go beyond.



Die neue Surgic Pro2

Bedienbarkeit, Sicherheit, digitale Vernetzung: in diesen entscheidenden Feldern macht die neue Surgic Pro2 den großen Unterschied. Mit Funktionen, die dem Anwender ein effektives, zuverlässiges und komfortables Arbeitserlebnis vermitteln, stellt das neue chirurgische Mikromotor-System eine echte Innovation dar. Es gibt so viele gute Gründe für Surgic Pro2 – entscheiden Sie sich für den Fortschritt und gehen Sie mit Surgic Pro2 einen Schritt weiter.



1 Verbessertes Handling dank des neuen, noch kompakteren Mikromotors. Der optimierte Schwerpunkt ermöglicht ergonomisches und ermüdungsfreies Arbeiten.



2 Sicher und fehlerfrei in der Anwendung ist das leicht zu reinigende, flache Display. Das smarte Bedienfeld lässt sich in seiner Sensitivität einstellen und mit Handschuhen oder unter Benutzung von hygienischen Folien zuverlässig bedienen.



3 Alles unter Kontrolle für einen sicheren und reibungslosen Behandlungsablauf: eindeutige, intuitiv zu bedienende Symbolsprache auf dem Bedienfeld und große, kontraststarke Parameterdarstellungen in 10 Helligkeitsstufen.



4 Sicht wie unter Tageslicht bei minimaler Wärmeentwicklung mit der hochauflösenden Farb-LED. Blut, Zahnfleisch und andere Substanzen erscheinen in ihren tatsächlichen Farben für ein unverfälschtes Bild der Situation.



5 Gleichmäßiger und geräuscharmer Transport des Kühlmittels über das kompakte Pumpenmodul bei maximaler Individualisierung: fünf Leistungsstufen lassen sich individuell durch den Anwender einstellen.



6 Höchste Drehmomentpräzision durch das optimierte Kalibriersystem AHC: Sicherheit gegen überhöhte Drehmomente bei der Implantation.



7 Wann kann ein Implantat belastet werden? Das Osseointegrations-Messgerät Osseo 100+ gibt mehr Sicherheit in dieser Frage und lässt sich an Surgic Pro2 anbinden.



8 Erweiterte Möglichkeiten und Komfort durch die kabellose Anbindung mehrerer Geräte wie VarioSurg3, Osseo 100+, iPad mit Surgic Pro2 App und Fußsteuerung.

ONLINE SEMINAR

© Mathias Rosenthal – stock.adobe.com

Online-Fortbildungen im nächsten Jahr

Der BDIZ EDI informiert 2023

Der BDIZ EDI startet mit seinen Online-Fortbildungen in das Jahr 2023. Es geht so bunt weiter wie bisher und neben implantologischen Fortbildungen wartet viel Wissen auf Behandler und Praxisteam aus dem Bereich Abrechnung, Recht, Steuerrecht und natürlich zu neuen Gesetzen und Verordnungen.

Auch die Webinare des Fortbildungsprogramms 2022 waren heiß begehrt – bei Mitgliedern und Nichtmitgliedern. Die Aktion dient der Unterstützung der Mitgliedspraxen. Der BDIZ EDI will qualitativ hochwertige Fortbildungen anbieten, die an die gesamte Praxis adressiert sind. Es geht natürlich um die Orale Implantologie, aber darüber hinaus auch um Fragen zu Abrechnung und Recht, zu neuen Verordnungen und zu Themen, die die Ausrichtung der Praxis betreffen.

So geht's

Mit dem Online-Fortbildungsprogramm, das bereits Mitte Januar 2023 startet, hat der Vorstand die Fortbildung des BDIZ EDI in die richtigen Bahnen gelenkt – das beweisen die hohen Anmeldezahlen zwischen 250 und 400 pro Webinar. Insgesamt haben 17.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dem Programm teilgenommen. Die Webinare sind für Mitglieder kostenfrei, Nichtmitglieder zahlen 50 Euro. Pro Webinar gibt es zwischen 1 und 2 Fortbildungspunkte und natürlich ein Fortbildungszertifikat.

Im Anschluss an das Live-Webinar steht das Video im Seminar-Archiv zum nochmaligen Ansehen zur Verfügung.

Am Programm und vor allem an den Zeiten wird noch gefeilt. Die Webinare spiegeln die Themenvielfalt des BDIZ EDI wider. Wann die einzelnen Webinare stattfinden, wird immer aktuell auf der Internetseite des BDIZ EDI mitgeteilt und natürlich über den Newsletter des BDIZ EDI, für den sich Mitglieder und Nichtmitglieder anmelden können.

AWU

Information zu den Webinaren und mehr aktuell erhalten über den Newsletter:



Die Fortbildungsreihe im 1. Halbjahr 2023:



Ja, ich möchte künftig den BDIZ EDI-Newsletter erhalten:

Titel, Vorname, Nachname

E-Mail-Adresse



Online-Fortbildungsprogramm im 1. Halbjahr 2023

10.01.2023, 19 Uhr

Update zahnärztliche Abrechnung 2023
Referentin: Kerstin Salhoff

Anfang Februar, 19 Uhr

Steuerthema
Referent: Steuerkanzlei Dr. Schauer

07.03.2023, 13 Uhr

Interimsversorgungen und Langzeitprovisorien –
lückenlos berechnet
Referentin: Kerstin Salhoff

28.03.2023, 19 Uhr

Vorstellung Praxisleitfaden 2023, Update:
kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate
Referent: Prof. Dr. Jörg Neugebauer

April, 19 Uhr

Wie beeinflusst die Demografie die
implantologische Praxis?
Referent: Dr. Dr. Markus Tröltzsch

März/April, 19 Uhr

Rechtsthema Zahnarztrecht
Referent: Prof. Dr. Thomas Ratajczak

09.05.2023, 19 Uhr

DVT – besondere Befunde bei der Implantat-Planung
Referent: Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Mai/Juni, 19 Uhr

Weichgewebsmanagement für den
langfristigen Implantaterfolg
Referent: Prof. Dr. Stefan Fickl



Kerstin Salhoff
Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Prof. Dr. Stefan Fickl
Dr. Dr. Markus Tröltzsch

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



Bundesversammlung 2022



Bundesversammlung der BZÄK fordert Unterstützung des ambulanten Bereichs

„Wir brauchen Sicherheit!“

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fand am 4. und 5. November in München statt. Im Grußwort des Bayerischen Staatsministers für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek (CSU), dankte dieser der Zahnärzteschaft für ihren steten Einsatz, auch in der Pandemie. Er verwies zudem auf die aktuellen Krisen, u. a. die Energiekrise und Inflation, die auch die Kosten der Zahnarztpraxen trieben.

Erstmals sprach die Präsidentin des Weltzahnärzteverbandes FDI (World Dental Federation), Prof. Dr. Ihsane Ben Yahya (Marokko), zu den Delegierten. Prof. Dr. Ihsane Ben Yahya sprach in ihrem Grußwort davon, dass alle Länder individuelle Herausforderungen und Erfahrungen hätten, aber gemeinsam könnten Wissen und Best Practices geteilt und positive Veränderungen vorangetrieben werden, um allen eine optimale Mundgesundheit zu bieten. Die FDI sei stolz auf Deutschland als Mitgliedsland und sie begrüße die Bemühungen der BZÄK zur Förderung der Mundgesundheit und einer fortschrittlichen Zahnmedizin.

Der Vorsteher der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ), Dr. Klaus Sürmann, dankte für die Spendenbereitschaft zur Unterstützung der Ukrainehilfe sowie bei der letzten Flutkatastrophe und verwies auf die vielen HDZ Hilfsprojekte.



BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz (Mitte) übernahm die Ehrung des ehemaligen BZÄK-Vizepräsidenten Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (links) und des Flottenarztes a. D. Dr. Helfried Bieber.

Ehrung für Oesterreich und Bieber

BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz ehrte Prof. Dr. Dietmar Oesterreich für seine jahrzehntelangen Verdienste um den

zahnärztlichen Berufsstand mit der höchsten Auszeichnung der deutschen Zahnärzteschaft, dem Fritz-Linnert-Ehrenzeichen. Flottenarzt a. D. Dr. Helfried Bieber wurde mit der Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft in Gold ausgezeichnet.

Berichte der Präsidenten

In seinem politischen Bericht sprach Benz über die Krise als Chance. Die Zahnmedizin wäre am Pandemiebeginn quasi das „5. Rad am Gesundheitswagen“ gewesen, hätte sich jedoch auf ihre Hygieneexpertise besonnen und Vorbildliches geleistet. Nun stünden Gesellschaft wie auch Zahnärzteschaft vor neuen Herausforderungen, wie etwa hohe Teuerungsraten und die Energiekrise, die sich in den Praxen niederschlagen würden. Es sei sinnvoll, den stationären Sektor vor Überforderungen zu schützen, der ambulante Bereich sei jedoch vollständig vergessen worden, obwohl er einen zentralen Stellenwert bei der Versorgung der Bevölkerung habe. Investorenketten und Gesundheitskioske hätten bei der Politik anscheinend einen höheren Stellenwert als die berechtigten Sorgen und Nöte der Niedergelassenen. Dabei beruhe der Erfolg des deutschen Gesundheitswesens auch nach Ansicht der Bundesregierung ganz erheblich auf dem dichten Netz kleiner Praxen überall im Lande.

Weiterhin sprach Benz über den Wortbruch durch das GKV-FinStG: Durch die jetzt verabschiedete Fassung seien die Langzeitbehandlung der Parodontitis und damit das Patientenwohl in Gefahr. Weitere Schlagworte waren u. a. der Personalmangel und die adäquate Bezahlung des medizinischen Personals.

BZÄK-Vizepräsident Konstantin von Laffert forderte endlich einen zügigen Bürokratieabbau. Es gäbe kein Sonder-Entlastungspaket für Praxen wie für die Kliniken, aber es dürften nicht auch noch Sonderbelastungspakete entstehen oder bleiben. Die BZÄK habe viele realistische Vorschläge, die mehr Zeit für die Versorgung bedeuteten. Es fehle jedoch der Wille der Exekutive. Problematisch für alle Praxen sei vor allem die sog. EU-Medizinprodukteverordnung (MDR): Durch zu wenige Benannte Stellen komme die geforderte Rezertifizierung der Produkte nicht voran, das beträfe auch viele Dentalproduk-



Die Präsidenten der Bundeszahnärztekammer gaben ihren ersten Rechenschaftsbericht ab: (v. l. n. r.): Dr. Romy Ermler, Konstantin von Laffert und Prof. Dr. Christoph Benz.

te. Somit drohten Versorgungspässe, wenn Geräte in den Praxen nicht mehr benutzt werden dürften. Von Laffert sprach zudem über den europäischen Gesundheitsdatenraum EHDS, die Bemühungen um Nachhaltigkeit in der Praxis, den Fachkräftemangel, die Gefahren von iMVZ – er warnte vor den Gefahren drohender Überbehandlungen – sowie die Risiken von Alignershops mit Fernbehandlungen und Fehl- durch Selbstbehandlung.

Dr. Romy Ermler MBA, BZÄK-Vizepräsidentin, wies darauf hin, dass die Zahnmedizin ein energiebehafteter Beruf sei. Die Verschleppung der GOZ sei nicht mehr zu rechtfertigen. Die Honorierung der Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner sei bewusst dem freien Markt entzogen worden. Aber dann müsse der Staat auch dafür sorgen, dass sie zeitgemäß sei und perspektivisch bleibe. Dieser Verantwortung entziehe sich der Staat jedoch erfolgreich – seit 1988 und seit zwölf Gesundheitsministerinnen und -ministern.

Das GKV-FinStG habe zudem die Leistungen der systematischen Behandlung von Parodontitis gedeckelt. Der Gesundheitsminister habe damit den Pfad einer verlässlichen und zukunftsgerichteten Präventionspolitik verlassen. Mit Blick auf den beruflichen Nachwuchs müsse die Politik weiterhin aufgefordert werden, notwen-

dige Unterstützungsmaßnahmen auf den Weg zu bringen, damit es eine echte Stadt-Land-Gerechtigkeit geben könne. Wichtig wäre zudem die digitale Neugestaltung im Sinne von Verbesserung von Prozessen, eine funktionsfähige Telematikinfrastruktur etc.

Resolution und Leitantrag

In ihrem politischen Leitantrag forderten die Delegierten die Bundesregierung dazu auf, die Rahmenbedingungen für die zahnärztlichen Praxen zu verbessern. Dazu müssen die Gebühren der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen den Kostensteigerungen dauerhaft angepasst werden. Budgetierungen jedweder Art werden abgelehnt. Die selbstständige zahnärztliche Praxis muss gestärkt werden.

Weitere Beschlüsse wurden z. B. zur Anpassung des GOZ-Punktwertes, zur Kieferorthopädie in Zahnarztthand, zu Fachkräftemangel und Nachwuchsförderung, gegen die Vergewerblichung der Zahnheilkunde, zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf, für die Beendigung der Budgetierung der Parodontitisbehandlung sowie für eine Telematikinfrastruktur zum Nutzen der Anwender verabschiedet.

Am Rande

Von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach gab es für diese Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer kein Lebenszeichen – weder ein Gruß-

wort noch das Entsenden eines Staatssekretärs nach München. Er war beim Hartmannbund eingeladen und auch erschienen. BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz quittierte diesen Affront gegen das höchste Gremium der deutschen

Zahnärzte in einer Pressekonferenz mit der Feststellung: „Lauterbach hat eine merkwürdige Abneigung gegen ambulante Praxen!“.

RED/BZÄK-PM



ANZEIGE



Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

 **dentalautoren.de**

**Dentale
Schreibtalente
gesucht!**



OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de

Update 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 Federführung 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

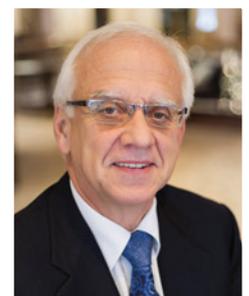
Christian Berger, Präsident BDIZ EDI

Ein wichtiger Eckpfeiler des BDIZ EDI ist die postgraduale Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich mit der Oralen Implantologie beschäftigen oder sich für diese Disziplin interessieren. Das Kölner Experten Symposium hat inzwischen Tradition. Konzentriert und kompakt werden wir nun zum 18. Mal Wissen vermitteln und mit den Teilnehmern diskutieren. Und auch 2023 bieten wir mit der Kombination aus Fortbildung und Karneval eine Besonderheit: Der Kölner Karneval feiert sein 200. Jubiläum und mit ihm feiert die älteste Karnevalsgesellschaft von Köln, die Grosse von 1823, mit ihrem Präsidenten, der gleichzeitig wissenschaftlicher Leiter unseres Symposiums ist. Seien Sie wieder dabei, wenn es heißt: tagsüber Fortbildung und abends Karneval in Köln. Nach einem sicher wieder hochinteressanten Fortbildungstag laden Sie der BDIZ EDI und Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller zur Sonntagssitzung in den Gürzenich ein.



Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, wissenschaftlicher Leiter

Mit dem 18. Experten Symposium 2023 stellen wir die kurzen und angulierten Implantate nach 2011 und 2016 erneut auf den Prüfstand. Damals ging es um die Praxisreife und um Vorteile und Grenzen. Jetzt widmen wir uns der Überprüfung und dem Update der kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantate. Angesichts der rasanten Entwicklung haben wir uns entschieden, das Thema erneut zu behandeln und unsere Empfehlungen zu aktualisieren. Halten die kurzen Implantate, was versprochen wird? Welche Prognosen haben Versorgungen mit kurzen und angulierten Implantaten? Kann man Patienten eine relativ einfache Versorgung ohne Augmentations anbieten, die dennoch langfristigen Erfolg verspricht? Dazu erstellt die Europäische Konsensuskonferenz unter Federführung des BDIZ EDI auch 2023 einen Praxisleitfaden. Gleichzeitig wird der 11. Praxisleitfaden aus dem Jahr 2016 aktualisiert. Dieses Symposium sollten Sie nicht verpassen: Wir bieten ein hochkarätiges Programm zu einem wichtigen Thema in der Oralen Implantologie.





18. EXPERTEN SYMPOSIUM DES BDIZ EDI



UPDATE: KURZE, ANGULIERTE UND DURCH- MESSERREDUZIERTE IMPLANTATE

Aktualisierung des
Praxisleitfadens
aus dem Jahr 2016

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 Implantate haben wir uns entschieden, das Thema erneut zu behandeln“, sagte der wissenschaftliche Leiter, Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, damals in seinem Vorwort. Halten die kurzen Implantate, was versprochen wird? Welche Prognosen haben Versorgungen mit kurzen und 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

Programm	
09.15 – 09.30	Begrüßung Christian Berger, Präsident, Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, wissenschaftlicher Leiter
09.30 – 10.15	Augmentation versus alternative Techniken Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Ansbach
10.15 – 10.30	Diskussion
10.30 – 11.15	Short implants – predictable alternative? Dr. Eduardo Anitua, Vitoria
11.15 – 11.30	Diskussion
11.30 – 12.00	Kaffeepause und Besuch der Dentalausstellung
12.00 – 12.45	Angulierte Implantate – eine echte Alternative im resorbierten Kiefer? Dr. Alexandros Manolakis, Thessaloniki
12.45 – 13.00	Diskussion
13.00 – 14.00	Mittagspause und Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 14.45	Was sagt die Literatur zu durchmesserreduzierten Implantaten? Priv.-Doz. Dr. Dr. Keyvan Sagheb, Mainz
14.45 – 15.00	Diskussion
15.00 – 15.45	Prothesenfixierung mit Mini-Implantaten – Erfahrungen aus der Praxis Prof. Dr. Friedhelm Heinemann, Greifswald
15.45 – 16.00	Diskussion
16.00 – 16.30	Kaffeepause und Besuch der Dentalausstellung
16.30 – 17.15	Feste Zähne an einem Tag – verlässliche Therapieoption? Dr. Ingo Frank, Landsberg am Lech
17.15 – 17.30	Diskussion
17.30 – 18.00	Update kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate – Ergebnisse der Europäischen Konsensuskonferenz 2023 Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech
18.00 – 18.30	Abschlussdiskussion

18. Experten Symposium

Update kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate

am 19. Februar 2023 in Köln

Information und Online-Anmeldung:

BDIZ EDI

Lipowskystraße 12
81373 München

Tel.: +49 89 720 69888
Fax: +49 89 720 69889
office@bdizedi.org
www.bdizedi.org



ANZEIGE

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



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

Schlumbohm GmbH & Co. KG

KnochenMühle

Knochenarbeit leichtgemacht



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

Tel.: 04324-89 29 - 0 www.schlumbohm.de



Interview über die Auswirkungen des GKV-FinStG und die Zukunft der Paro-Therapie

„Weniger BEMA bedeutet mehr GOZ“

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) tritt am 1. Januar 2023 in Kraft und bringt die Budgetierung fast aller vertragszahnärztlichen Leistungen mit sich. Auch die systematische und nachhaltige Parodontitistherapie gemäß S3-Leitlinie ist betroffen. Im Interview beantwortet Christian Berger, BDIZ EDI-Präsident, als Herausgeber der BDIZ EDI-Tabelle und als KZV-Vorsitzender in Bayern, die Fragen von Anita Wuttke.

Das Interview fand am 7. November 2022 als Webinar der Reihe „Der BDIZ EDI informiert 2022“ statt und trug den Titel: „Wo geht es hin mit dem GKV-FinStG und der Paro-Therapie?“

Herr Berger, in Fachkreisen wird viel über das neue Kostendämpfungsgesetz, das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, geredet. Nicht alles stimmt. Vielleicht können Sie uns als KZVB-Vorsitzender erklären, inwieweit die deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte davon betroffen sind?

Berger: Stand heute ist es schwer, die künftigen Auswirkungen der beschlossenen Kürzungen genau einzuschätzen, weil sie ja in der Zukunft liegen, aber höchstwahrscheinlich wird es zur Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe in den einzelnen KZV und dadurch zu Kürzungen in den Praxen kommen, im Bereich PAR möglicherweise zu erheblichen Kürzungen. Im Jahr 2022 war der Honorarumfang der PAR-Behandlung doppelt so hoch wie im Jahr 2021. Wenn das so in 2023 bleibt, rechne ich mit Kürzungen deutlich über zehn Prozent.

Sie sprechen von Budgetierung, als ginge es um eine Wiederholung. Gab es diese Situation schon einmal?

Ja, natürlich gab es auch bisher schon Budgetierung. Eine Budgetierung der Gesamtvergütung hatten wir in Deutschland viele

Jahre bis Ende 2020, auch wenn in den letzten sechs Jahren die Zahnärzte davon – zumindest in Bayern – nichts bemerkt haben. Hat in den ersten vier Jahren (2016–2020) der Rückgang der Karies dazu beigetragen, dass keinerlei Kürzungen notwendig wurden, so wurde in den letzten zwei Jahren (2020–2022) die Budgetierung abgeschafft – interessanterweise mit Hinweis auf die bestehende Pandemie. Nun wird trotz Pandemie die Budgetierung wieder eingeführt, nur mit dem Ziel von Einsparungen, gleichzeitig wird der Honoraranstieg begrenzt. Diese Einsparbemühungen und Honorarbegrenzungen wird jeder Zahnarzt, jede Praxis zu spüren bekommen. In der Folge wird auch jeder Patient darunter leiden, dass es für begrenzte Gelder auch nur begrenzte Leistungen geben kann.

Welche Leistungen fallen nicht unter die Budgetierung und welche Gründe gibt es dafür?

Die Ausnahmen kommen aus der Historie: Zahnersatz ist ein Festzuschuss-Modell, deshalb ist ZE nicht budgetiert, die Honoraranstiege werden aber geringer ausfallen als in den vergangenen Jahren. Ausnahme ist auch Individualprophylaxe IP/FU. Die einzige Ausnahme von der Budgetierung durch die Bundesregierung, die die KZBV erreicht hat, sind die PAR-Behandlungen bei § 22-Fällen, also Behinderte, Altersheime etc. Das macht bei-

The image shows two pages of the BDIZ EDI-Tabelle 2022. The top page displays data for the year 2022, and the bottom page displays data for the year 2021. Both pages list various dental services (Leistungsbeschreibung) and their corresponding reimbursement rates (Zuwendungen in Mio. berechnet nach Honorarersatz von 100 EUR). The tables include columns for service codes, descriptions, and various financial metrics.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2022 gibt konkrete Anzahlen in der GOZ, insbesondere im Bereich der neuen BEMA-Leistungen zur PAR-Behandlung.

spielsweise in Bayern aber nur 0,5 Prozent der PAR-Fälle aus 2022 aus. Aber auch dieses Honorar für § 22-Fälle muss aus dem Gesamtbudget bezahlt werden.

Auch die Versicherten werden von dem Kostendämpfungsgesetz betroffen sein, auch wenn Bundesgesundheitsminister Lauterbach in einem Liebe-Freunde-Brief an die Mitglieder der Regierungsfractionen behauptet, dass der GKV-Leistungskatalog umfänglich ohne Kürzungen erhalten bleibe. Ist das Augenwischerei angesichts der Zusatzbeiträge, den die Krankenkassen erheben können?

Kurze Antwort: Ja! Zu Ihrer Frage nach den Zusatzbeiträgen: Die können Krankenkassen erheben, wenn sie – aus welchen Gründen auch immer – finanziell klamm sind. Zusatzbeiträge sind also für Krankenkassen unpopulär. Begründung für die Spargesetze ist das Defizit der GKV. Das beträgt ca. 20 Milliarden Euro, von denen aber mehr als die Hälfte aus dem Haushalt des Arbeitsministeriums stammen – Stichwort: versicherungsfremde Leistungen. Gleichzeitig sollen nun 8 Milliarden Euro den Krankenhäusern zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Die Zeche zahlen die ambulante Medizin, die Pharmaindustrie und eben die Zahnmedizin. Die Versicherten der GKV werden gleich doppelt betroffen sein: einerseits durch steigende Beiträge oder Zusatzbeiträge zur Krankenkasse, andererseits durch „faktische Leistungskürzungen“. Damit meine ich das, was die KZBV unter dem Motto zusammengefasst hat: „Für begrenzte Gelder kann es nur begrenzte Leistungen geben.“ Damit wir uns richtig verstehen: Das heißt nicht, dass Patienten bei Schmerzen nicht versorgt werden. Bei aufschiebbaren Behandlungen wird der Arzt oder Zahnarzt aber überlegen, ob ihm diese Leistungen auch in voller Höhe vergütet werden.

Wie sollen die Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte mit der neuen Situation ab 2023 umgehen?

Naja, wir müssen bereits jetzt mit dieser Situation umgehen. Wir haben die Praxen in Bayern schon vor Monaten dazu aufgerufen, so viele PAR-Behandlungen wie möglich schon 2022 zu beginnen. Für einen Behandlungsbeginn in 2022 wird es natürlich jetzt schon knapp, denn die Behandlungen müssen ja auch beantragt und genehmigt werden. Alle Abrechnungen dieser Behandlung sollten, soweit möglich, in 2022 eingereicht werden, da sind und bleiben die Behandlungen und die zugehörigen Honorare unbudgetiert. Nächstes Jahr wird jeder Vertragszahnarzt in jedem Einzelfall überlegen, ob bei diesem Patienten die PAR-Behandlung sofort notwendig ist oder ob sie z.B. durch regelmäßige PZR hinausgeschoben werden kann. Erst Mitte 2023 wird man absehen können, wie sich 2023 entwickelt.

Haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, die Budgetierung für ihren KZV-Bereich zu verhindern oder die Auswirkungen zu mildern?

Verhindern nein, die Auswirkungen mildern ja. Das werden die KZVen natürlich versuchen, denn sie sind ja ein Zusammenschluss von Zahnärzten mit dem Hintergrund, die Zahnärzte gegenüber den Krankenversicherungen und auch gegenüber dem Staat zu schützen. Wie man die Auswirkungen mildern kann, wird in den 17 KZVen jeweils gesondert zu betrachten und zu entscheiden sein. Wichtig sind dabei die unterschiedlichen geltenden Honorarverteilungsmaßstäbe, wichtig ist aber auch: Wie sind denn die Ausschüttungen der Gelder von der KZV an den Zahnarzt? Da gibt es deutschlandweit zwei Modelle: In Bayern ist es die Einzelleistungsvergütung: Der Zahnarzt erbringt seine Leistungen und diese Leistungen werden normalerweise in voller Höhe ausgezahlt. Normalerweise sage ich deshalb, weil es der Zahnarzt in Bayern gewohnt ist, die Leistungen zum vollen Punktwert ausgezahlt zu bekommen. Das können wir aber nur noch bis Ende 2022 garantieren.

Sie sind ja für die KZV Bayerns zuständig. Was raten Sie den bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzten ab 2023 in Bezug auf die Budgetierung, was raten Sie für die anderen KZV-Bereiche?

In die anderen KZV-Bereiche möchte ich mich nicht einmischen, und selbst für die KZV Bayerns bin ich mit Aussagen vorsichtig, zumal wir in Bayern im Dezember einen neuen Vorstand wählen. Aus meiner Sicht aus der Praxis kann ich aber sagen, dass die Praxis-EDV täglich eine Übersicht über die erbrachten Leistungen zeigt – auch im Vergleich zum Landesdurchschnitt des Vorquartals oder des Vorjahres. Dadurch erhält die Praxis eine Einschätzung im Hinblick auf drohende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und drohende Kürzungen. Anders als in den letzten sechs Jahren wird sich der Vertragszahnarzt wieder regelmäßig mit seinen Abrechnungszahlen beschäftigen müssen.

Es wird entscheidend davon abhängen, was die lokale KZV nun unternimmt. Wie sind dann meine Überschreitungen? Entsprechend müssen wir in den Praxen darauf reagieren.

Es geht in zahnärztlichen Kreisen die Angst um, dass mit der Budgetierung auch das Aus für die PAR-Behandlungsstrecke einhergeht. Können Sie das bestätigen oder widerlegen?

Die Bundes-KZV spricht ja von „einem schwarzen Tag für die Prävention in Deutschland“ und hat deutlich gemacht, dass die Ampelkoalition mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz das faktische Aus für die Parodontitistherapie einleitet. Tatsächlich werden rund 30 Millionen Patientinnen und Patienten, die an der Volkskrankheit Parodontitis leiden, damit faktisch eines Leistungsanspruches beraubt, der erst im Vorjahr in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen und von allen Beteiligten als ein Meilenstein für die Mund- und Allgemeingesundheit begrüßt wurde. Dass man in letzter Minute die Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung nun ausgenommen hat, ist nur ein Feigenblatt, um Wolfgang Eßer zu zitieren.

Ich habe es bereits beim Bayerischen Zahnärztetag gesagt: Es muss einfach mehr GOZ „entstehen“, wenn uns weniger BEMA bezahlt wird.

Macht diese systematische PAR-Behandlungsstrecke dann eigentlich noch Sinn?

Selbstverständlich, die systematische PAR-Behandlungsstrecke beruht ja nicht nur auf einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, sondern auch auf der hinterlegten Wissenschaft. Bedroht ist jetzt die PAR-Behandlung in der GKV – nicht, weil sie nicht wirkt oder schlecht ist, sondern wider besseres Wissen aus reinem Einsparwillen. Auf der anderen Seite haben wir die PAR-Behandlung in der GOZ und dort kämpfen wir weiterhin dafür, dass die PKV zumindest in derjenigen Höhe honoriert, die in der GKV bisher unumstritten war, und das auch bleibt.

Als BDIZ EDI-Präsident haben Sie in einer Pressemitteilung geraten, die PAR-Behandlung noch in diesem Jahr zu beginnen. Welchen Sinn macht das?

Das habe ich auch als KZVB-Vorsitzender in Bayern geraten und dabei bleibe ich auch, weil ich genau weiß, dass nur in einem parodontal gesunden Mund ideale Voraussetzungen für Implantate sind. Die systematische PAR-Behandlung ist also eine wichtige Voraussetzung für den Langzeiterfolg in der Implantologie.

Der BDIZ EDI kümmert sich im Abrechnungsbereich vorrangig um die privatärztliche Liquidation. Sie haben mit der BDIZ EDI-Tabelle in diesem Jahr einen, ich möchte mal sagen, revolutionären Ansatz gewagt im Bereich der Analogabrechnung, eben für die PAR-Behandlungsstrecke. Was haben Sie sich dabei gedacht und wie funktioniert das?

Das war keine Revolution, sondern eine Evolution, also die Anpassung einer bestehenden Gebührenordnung GOZ an neue wissenschaftliche Konzepte, die in diesem Fall in der GKV erstmals festgeschrieben wurden. Das einzig Revolutionäre war, dass erstmals jemand konkrete Vorschläge dafür in Stein gemeißelt hat, wonach ansonsten jeder Zahnarzt in der eigenen Praxis suchen musste, nämlich eine geeignete Analogposition zu finden.

Wie steht die Bundeszahnärztekammer zu Ihrem Vorgehen?

In der BZÄK bin ich Mitglied im GOZ-Strategieausschuss, der zusätzlich zum GOZ-Ausschuss berufen wurde. Die BZÄK hat das Modell nahezu komplett übernommen, aber wir sprechen ja von Analogberechnung, das ist keine heilige Kuh, sondern: Viele Wege führen nach Rom. Also jede Praxis, jeder Zahnarzt rechnet für sich selbst ab. Jeder muss die Analogziffer selbst auswählen und in die Rechnung schreiben. Der BDIZ EDI gibt hier Hilfestellung – von der Auswahl der Position über die Begründung bis hin zur Durchsetzung dieser Honoraranprüche.

Gibt es bereits Resonanz jener, die Ihren Weg umsetzen?

Wir sind auf einem guten Weg. Es gibt Resonanz aus dem Bundesgesundheitsministerium. Wir haben einen CSU-Abgeordneten mit unseren Problemen konfrontiert: „Zahnarzt stellt Rechnung mit Analogziffern, PKV will nicht bezahlen“. Daraufhin hat sich der Abgeordnete an das BMG gewandt in Form einer Kleinen Anfrage mit der Frage, wie man dieses Problem lösen könne. Woraufhin das BMG antwortete, dass keine Änderung der GOZ notwendig sei, weil jeder Zahnarzt ja für die Berechnung für neue Leistungen, die in die Gebührenordnung hineinkommen und unbestreitbar sind, die Möglichkeit der Analogberechnung habe. Dieses Zitat des BMG geben wir jetzt auch an jede PKV heraus, wenn sie bei der Erstattung Probleme macht.

Im BDIZ EDI berät Frau Salhoff die Zahnärzte und Patienten und wir werden, sobald das möglich und nötig ist, einen Präzedenzfall vor Gericht tragen und den Richter fragen, ob es bei Privat-

patienten unbillig oder Wucher sein kann, bei einer Analogberechnung ebenso viel Honorar oder nur verschwindend mehr zu berechnen, als die GKV für einen Sozialhilfeempfänger bezahlt.

Sehen Sie sich durch die Budgetierung, die ja auch die neuen BEMA-Leistungen betrifft, bestätigt auf Ihrem neuen Weg im GOZ-Bereich oder haben die Dinge nichts miteinander zu tun?

Der Weg des BDIZ EDI ist es seit Langem, deutlich zu sagen, dass die historischen Honorare aus 2012 nicht die Grundlage für die Anwendung der modernen Therapie des Jahres 2022 sein können. Durch die Budgetierung im BEMA wird dieser Weg umso wichtiger. Nochmal: Weniger BEMA heißt für mich: mehr GOZ. Es wird immer schwieriger, in Deutschland eine modern ausgerichtete Praxis allein mit GKV-Leistungen am Leben zu erhalten. Es braucht dazu zusätzlich die GKV-Patienten, die privatärztliche Leistungen oder Mehrkosten vereinbaren, und es braucht Privatpatienten, die leistungsgerecht honorieren und sich um die Erstattung bemühen.

Gibt es zum Abschluss einen guten Tipp für die Zukunft für Ihre Kolleginnen und Kollegen in Bezug auf

A. den Umgang mit der Budgetierung

B. dem Umgang mit der GOZ?

Naja, die Antworten werden nicht erfreuen. Es gilt für die Frage A: Schau, was zu machst, Vertragszahnarzt, und wie es Dir vergütet wird, und für Frage B: Lerne den Umgang mit dieser GOZ, lieber Kollege, eine Verbesserung durch eine neue GOZ bzw. durch eine Punktwertanhebung zeichnet sich nicht am Horizont ab.

Vielen Dank, Herr Berger, für das aufschlussreiche Gespräch!

Das Interview führte Chefredakteurin Anita Wuttke.

Das gesamte Interview wurde aufgezeichnet und steht im Archivbereich auf der Internetseite zur Verfügung: www.bdizedi.org/seminare



Christian Berger, BDIZ EDI-Präsident und KZV-Vorsitzender in Bayern.

ANZEIGE



GOLDwert.

Die einzigartige Rundum-Sorglos-Garantie für Implantatversorgungen

ersetzt Labor- & Materialkosten sowie Zahnarzhonorare

Neugierig?
www.bego.com/security-plus
 +49 421 2028-260



BDIZ EDI-Geschäftsstelle ab 2023 in München

BDIZ EDI goes Munich

Der BDIZ EDI konzentriert seine administrativen Aufgaben künftig auf das Münchner Büro, wo BDIZ EDI-Präsident Christian Berger sowie die Pressereferentin Anita Wuttke schon seit 2006 arbeiten. Nach dem altersbedingten Ausscheiden von Brigitte Nötzel bricht der Vorstand die Zelte in Köln ab. Das Münchner Büro wird ab 2023 die Geschäftsstelle des Verbandes übernehmen.

In München fanden bereits seit 2006 wichtige Besprechungen statt. Insbesondere die europäische und internationale Arbeit, Presse und Chefredaktion werden von hier gesteuert. Künftig ist die Geschäftsstelle auf der Theresienhöhe zentraler Dreh- und Angelpunkt des Verbandes.

Mit im Boot ist seit 2018 Helga Karanikas. Die ehemalige Assistentin des bayerischen Kammerpräsidenten übernimmt weite Teile der Mitgliederverwaltung und die Veranstaltungsorganisation.

„Wir fangen nicht bei null an, denn viele Aufgaben des BDIZ EDI hat unser Büro in München bereits seit Jahren übernommen, bzw. begleitet“, sagt Anita Wuttke. Die Journalistin betreibt ihre eigene Presseagentur und arbeitet seit vielen Jahren für unterschiedliche Verbände und Körperschaften im zahnärztlichen Bereich. 2022 hat sie sowohl den Kammerwahlkampf in Bayern als auch den KZV-Wahlkampf erfolgreich gemanagt. Für den BDIZ EDI ist sie seit 2013 Chefredakteurin von BDIZ EDI konkret und EDI Journal.

BDIZ EDI-Präsident Christian Berger freut sich auf die neuen Aufgaben in der Münchner Geschäftsstelle: „Wir haben die Verlagerung der Geschäftsstelle nach München seit Jahren vorbereitet und wir sind bereit. Dafür und für ihre Arbeit danken wir Brigitte Nötzel sehr herzlich. Natürlich müssen wir die diversen



In der Münchner Geschäftsstelle sind Pressereferentin Anita Wuttke und Mitarbeiterin Helga Karanikas tätig.

Aufgaben bündeln. Das wird uns mit modernen Möglichkeiten gelingen. Unser Verband weist eine hohe Fachkompetenz in allen Bereichen auf!“

Der BDIZ EDI setzt künftig ressourcenschonend auf die Digitalisierung, die insbesondere der Geschäftsführer des BDIZ EDI, Dr. Stefan Liepe, vorantreibt und umsetzt.

AWU



Die neue Geschäftsstelle kann auch für Besprechungen genutzt werden. Dafür wurde das Büro bereits in der Vergangenheit genutzt.



Die Geschäftsstelle liegt zwischen Harras und Theresienwiese.

Info

Ab 2023 ist die Geschäftsstelle des BDIZ EDI hier zu finden:

BDIZ EDI
Lipowskystraße 12
81373 München

Tel.: +49 89 720 69888
Fax: +49 89 720 69889
E-Mail: office@bdizedi.org

Auch die Abrechnungshotline ändert ihre Nummer:
Künftig ist Kerstin Salhoff dienstags von 8 bis 12 Uhr
über diese Nummer zu erreichen: Tel. +49 89 720 69883

3 Fragen an den BDIZ EDI

Welche Veränderungen wird es für die Mitglieder geben?

Berger: Die Mitglieder werden kaum etwas merken – bis auf die neue Telefonnummer. Bereits bisher hat das Münchner Büro, in dem ich meinen Schreibtisch habe, viele Aufgaben übernommen und sich peu a peu mit den verwaltungsaufwendigen Dingen beschäftigt. Unser Vorstandsmitglied Stefan Liepe ist ein Experte, was neue Medien und Digitalisierung betrifft. Bei ihm ist die digitale Modernisierung des BDIZ EDI in den besten Händen!

Was wird sich im administrativen Bereich des BDIZ EDI ändern?

Dr. Liepe: Wir arbeiten bereits seit Jahren an einem Umstrukturierungsprozess im BDIZ EDI. Dabei geht es um die Digitalisierung vieler Abläufe. Der wichtigste aktuelle Schritt ist der Umzug der Geschäftsstelle nach München. Wir haben bereits die Bank gewechselt und sind dabei, mit einer neuen Verbandssoftware künftig arbeitsintensive Abläufe, wie Rechnungsstellung und mehr, zu vereinfachen bzw. zu digitalisieren. Das wird auch deutlich zu Kosteneinsparungen führen. Die frei gewordenen Finanzmittel können wir dann in wichtige Projekte zur Unterstützung unserer Mitglieder im GOZ-Bereich stecken.

Welche Ziele verfolgt der BDIZ EDI in Zukunft?

Berger: Wir werden weiterhin unsere großen Fortbildungen in Präsenz anbieten: Experten Symposium in Köln, Europa-Symposium, Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie unsere Teilnahme an die Implantologie betreffenden Leitliniendiskussionen. Als emeritierter Universitätsprofessor wird sich unser Vizepräsident, Joachim Zöller, intensiver mit der Fortbildung und der wissenschaftlichen Diskussion für den BDIZ EDI beschäftigen können. Unsere Webinare sind mit insgesamt 17.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern seit 2020

ein unschlagbares Instrument, um die Mitglieder schnell und unkonventionell fortzubilden. Hier wird sich unser Generalsekretär Jörg Neugebauer deutlich mehr einbringen als bisher. Aufgrund der großen Nachfrage planen wir, ein weiteres Curriculum aufzulegen: Curriculum Süd. Ich persönlich werde mich wie bisher intensiv mit der privatärztlichen Abrechnung sowie GOZ und GOÄ beschäftigen. Wir suchen und finden Lösungswege, um den Mitgliedern ein betriebswirtschaftliches Auskommen für die Praxis aufzuzeigen bei einer GOZ, die seit 35 Jahren nicht verändert wurde.





BDIZ EDI-Geschäftsstelle zieht um

Abschied von Brigitte Nötzel

Brigitte Wilhelmine Nötzel ist eine „Institution“ im BDIZ EDI: Nicht nur Mitglieder kennen sie als kompetente, warmherzige Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle in Köln, die immer ansprechbar ist und durch ihre langjährige Erfahrung jede Frage beantworten kann. Jetzt geht sie in den Ruhestand.



Ein herzliches Dankeschön und einen Blumenstrauß überbrachte Vorstandsmitglied und Schatzmeister des BDIZ EDI, Dr. Wolfgang Neumann, stellvertretend für den gesamten Vorstand an Brigitte Nötzel. Die Bilder oben zeigen die ehemalige Geschäftsstelle in Köln-Porz, Brigitte Nötzel bei der Arbeit und ein Dankeschön aus dem Jahr 2012 nach der Gutachterkonferenz von Dr. Hans Hermann Liepe an Brigitte Nötzel und Alexandra Papke.

Am 1. Juni 2006 fing für Brigitte Nötzel aus St. Augustin ihr Leben mit den Implantologen an. Fortan arbeitete sie mit zwei weiteren Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle in Bonn-Bad Godesberg. Zuvor hatte die gelernte Rechtsanwältin als Assistentin für die Bundesgeschäftsstelle der CDU in Bonn, für die CDU-Pressestelle in Bonn, für das CDU-Wirtschaftsunternehmen Dico-Soft in Bonn und diverse Assistenzstellen gearbeitet – meist für die Leiter von Verbänden und Firmen in Bonn. Sie brachte also viel Erfahrung mit, um die Mitglieder des BDIZ EDI zu betreuen, telefonische und schriftliche Anfrage jedweder Coleur im Bereich der oralen Implantologie und den Angeboten des BDIZ EDI

zu beantworten. Im Juli 2006 erfolgte der Umzug in die neuen Büroräume in Bonn-Nord und seit Januar 2017 hielt sie dort alleine die Stellung und managte auch den Umzug im August dieses Jahres nach Köln.

Immer im Dienst

Brigitte Nötzel kennt den BDIZ EDI und die mit dem Berufsverband verbundenen Aufgaben in- und auswendig. Sie war viele Jahre die Ansprechpartnerin für den Erwerb und die Verlängerung des Tätigkeitsschwerpunkts Implantologie, für das Curriculum Implantologie. Sie fungierte als erste „Anlaufstation“ für Nachfragen zu Rechts- und Abrechnungsthemen, zu anstehenden Veranstaltungen des BDIZ EDI, die sie organisierte oder mitorganisierte, und hielt dem Vorstand den Rücken frei. Sie war für die Rechnungsstellung und die Buchhaltung, die Mitgliederverwaltung und die Verteilung eingehender Anschreiben, sei es von Bundesjustiz- oder Bundesgesundheitsministerium, G-BA, Universitäten und der Dentalindustrie oder Mitgliedern zuständig.

Sie arbeitete Hand in Hand mit der in München angesiedelten Pressestelle des BDIZ EDI und teilte ihr Wissen bereitwillig mit allen Mitarbeiterinnen. Mit Brigitte Nötzel endet eine Ära des BDIZ EDI. Die Geschäftsstelle wird künftig in München angesiedelt sein. „Der Vorstand bedankt sich herzlich für ihr langjähriges außerordentliches Engagement. Mit viel Verantwortungsgefühl und Einsatzbereitschaft hat sie die Geschäftsstelle in den vergangenen Jahren in Bonn und Köln alleine betreut. Dafür bedanken wir uns sehr herzlich“, sagt Christian Berger. Brigitte Nötzel geht in den wohlverdienten Ruhestand und wird ihre geschätzte Kompetenz in Projektarbeit weiter zur Verfügung stellen.

AWU

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

Deutschlandweit erste Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege

Leuchtturmprojekt LAGP

Als Leuchtturmprojekt bezeichnete Bayerns Staatsminister für Gesundheit und Pflege, Klaus Holetschek (CSU), die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (LAGP), die Ende Oktober der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Dabei ziehen drei Organisationen an einem Strang: die bayerischen zahnärztlichen Körperschaften, Landes Zahnärztekammer (BLZK) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB), die AOK Bayern und die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB).



Das Bild zeigt alle Beteiligten der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (LAGP) (v. l. n. r.): Sven Tschoepe, Hauptgeschäftsführer der BLZK, Dr. Rüdiger Schott, 2. Vorsitzender der KZVB, Dr. Cosima Rücker aus Amberg (Oberpfalz) als Vorstandsmitglied der LAGP, der Vertreter des BRK, Peter Krase, AOK Bayern, Ernst Binner aus Straubing, Gesundheitsminister Klaus Holetschek, Prof. (Univ.Lima) Dr. Peter Bauer, Zahnarzt und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung, BZÄK-Präsident Christoph Benz als Referent für Patienten und Versorgungsforschung der BLZK, BLZK-Präsident Christian Berger und Georg Sigl-Lehner, Präsident der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB).

Mit dieser Initiative wollen sie unter Schirmherrschaft des bayerischen Gesundheitsministers einen wichtigen Beitrag leisten, die Mundgesundheit von ambulant und stationär Pflegebedürftigen und Menschen mit Unterstützungsbedarf zu verbessern.

Als Ziele definierte BLZK-Präsident Christian Berger die Mundgesundheitskompetenz der professionell Pflegenden, der Pflegebedürftigen sowie der pflegenden Angehörigen zu fördern und eine flächen-

deckende präventive und therapeutische Versorgung durch niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte für diese Bürger zu koordinieren.

„Mundgesundheit in der Pflege ist ein zentrales Thema“, sagte Klaus Holetschek während der Vorstellung im Foyer des Staatsministeriums in München. „Wer aus seinem Umfeld erfährt, wie schwierig es ist, dies zu organisieren, kann nur dankbar sein, dass diese Initiative auf den Weg gebracht wurde.“ Man müsse jetzt auch

die politischen Rahmenbedingungen richtigstellen – nach Ansicht des Ministers sei das vor dem Hintergrund des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes besonders wichtig.

Mit im Boot ist auch das Bayerische Rote Kreuz (BRK), mit dessen Hilfe der Straubinger Zahnarzt Ernst Binner seit Jahren in einem Rettungswagen des BRK-Kreisverbandes Straubing-Bogen eine mobile ambulante zahnärztliche Versorgung für Pflegebedürftige im niederbayerischen Landkreis Straubing anbietet.

Die LAGP e.V. will als Schaltzentrale zur Koordination aller Beteiligten – der Pflegenden, Zahnärzte und Betroffenen – mit dem Ziel, „gemeinsam Zähne pflegen“ fungieren.

Erste Beiratsitzung

Der Beirat der LAGP soll den Austausch mit öffentlichen und privaten Organisationen und Stellen, die ebenfalls unmittelbar mit Themen der Mundgesundheit in der Pflege befasst sind, sicherstellen. In einer ersten Sitzung im Ministerium unter Leitung von Ministerialdirektorin Stephanie Jacobs wurde das prämierte Projekt von Ernst Binner nochmals erwähnt.

Die Finanzierungsfragen für die Projekte – insbesondere für Projekte wie die ambulante zahnärztliche Versorgung im Rettungswagen – sind noch offen. Das gab



Ernst Binner (2. v. l.) zeigt Staatsminister Holetschek, wie die mobile zahnärztliche Versorgung im Rettungswagen funktioniert. Mit dabei: Christian Berger, Dr. Rüdiger Schott und Peter Krase (AOK).

während der Sitzung Peter Krase von der AOK Bayern zu, auch wenn er bekundete, froh zu sein, dass es solche Initiativen gäbe. Für die LMU-Hochschulambulanz (Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie), die seit zehn Jahren in ihren Räumen Menschen mit schwersten kognitiven Behinderungen zahnärztlich behandelt, bestätigte Dr. Marc Auerbacher, dass die Arbeit defizitär sei, und forderte deren Anerkennung und die entsprechende Honorierung für die zahnärztliche Behandlung von pflegebedürftigen Menschen.

Der Präsident der Vereinigung der Pflegenden in Bayern, Georg Sigl-Lehner, setzt

viel Hoffnung in die Arbeit der LAGP. Bisher sei die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit hohem Pflegebedarf in Heimen an bürokratischen Hürden gescheitert. Ihm seien die Schulungsprojekte gemeinsam mit der BLZK ein großes Anliegen. Wie Christian Berger betonte, habe man die Initiative zwei Jahre lang vorbereitet. Es gebe diverse Projekte dieser Art in Deutschland. Das Modell der Landesarbeitsgemeinschaft sei jedoch neu.

AWU

Christian Berger (Vorstandsvorsitzender der LAGP und Präsident der BLZK):

„Mit der LAGP schließen wir eine Versorgungslücke, unter der unterstützungsbedürftige Menschen bisher buchstäblich zu leiden hatten. Wir koordinieren den akuten Bedarf mit einem zielgerichteten Angebot, das die Lebensqualität merklich steigert.“

**Dr. Cosima Rücker (Vorstandsmitglied der LAGP und
Vorstandsmitglied der BLZK):**

„Mit der LAGP haben wir dem Thema Mundgesundheit in der Pflege eine Plattform geschaffen, auf der wir alle Beteiligten zusammenbringen. So geben wir der Idee von einem gemeinsamen Vorstoß eine konkrete Struktur, von der alle profitieren.“

**Dr. Rüdiger Schott (Vorstandsmitglied
der LAGP und stv. Vorsitzender der KZVB):**

„Die positiven Auswirkungen der LAGP werden die Menschen sehr schnell spüren. Langfristig wird unsere Initiative auch positive volkswirtschaftliche Impulse haben. In einer alternden Gesellschaft ist die Gesundheit ein in jeder Hinsicht entscheidender Einflussfaktor.“

**Peter Krase (Stv. Vorstandsvorsitzender der LAGP und
Bevollmächtigter Leistungs- und Versorgungssteuerung bei der AOK Bayern):**

„Die AOK engagiert sich schon lange für das Thema Mundgesundheit in der Pflege. Die zahnmedizinische Versorgung in der Pflege ist Teil unseres Leistungskatalogs. Gemeinsam mit der LAGP legen wir die Basis für mehr Lebensqualität unterstützungsbedürftiger Menschen.“

**Georg Sigl-Lehner (Vorstandsmitglied der LAGP und Präsident der Vereinigung der
Pflegenden in Bayern):**

„Eine gute Mundgesundheit wirkt sich positiv auf das Allgemeinbefinden unterstützungsbedürftiger Menschen aus, sie sorgt für den Erhalt der Menschenwürde und eines insgesamt guten Gesundheitszustands. Das hat eine Hebelwirkung – auch für die Pflegenden.“



RÜCKSCHAU

Neue S2k-Leitlinie unter Beteiligung des BDIZ EDI

Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne



Es gibt eine neue S2k-Leitlinie zur Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne. Sie ist inzwischen in das Leitlinienregister der AWMF mit der Nummer 083-004 aufgenommen und damit online. Mit der Leitlinie, initiiert von DGZMK und DGMKG, soll dem Zahnarzt Hilfestellung bei der Erst- und Weiterversorgung dentaler Traumata nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand gegeben werden. Generell ist zu bemerken, dass die Evidenz aus klinischen Studien zum Versorgungsaspekt Zahntrauma niedrig bis sehr niedrig ist. Aus diesem Grund sind die von der Leitliniengruppe formulierten Empfehlungen als Therapie-Optionen bzw. Behandlungsvorschläge zu verstehen, deren Nutzen in weiteren Studien zu überprüfen ist. Behandlungsziele sind die Gewährleistung einer bestmöglichen und zeitnahen Versorgung dentaler Traumata, um Folgeschäden und Komplikationen zu minimieren und einen langfristigen Zahnerhalt zu ermöglichen. Obschon Zahntraumata in allen Altersgruppen auftreten, stellt die der Kinder und Jugendlichen mit noch im Wachstum befindlichen Gesichtsschädel- und Kieferknochen die entscheidende Zielgruppe dar. Denn hier sollten mindestens bis zum Abschluss des Kieferwachstums bei allen Therapieüberlegungen optimale Voraussetzungen für später notwendig werdende kieferorthopädische, prothetische und/oder implantologische Versorgungen geschaffen werden. Stellvertretend für den BDIZ EDI war Vorstandsmitglied Dr. Stefan Liepe an der Leitlinien-Diskussion beteiligt.

Quelle: AWMF

Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer

Bewusstsein für die Mundgesundheit wächst



Die Bevölkerung Deutschlands lebt im Vergleich zur Jahrtausendwende deutlich gesünder. So stieg der Nichtraucheranteil von 71,7 auf 81,1 Prozent, der Konsum reinen Alkohols pro Kopf und Jahr ging von 9,4 auf 7,9 Liter zurück und der jährliche Zuckerkonsum sank von 35,3 auf 32,5 Kilo. All diese Faktoren können sich positiv auf die Mundgesundheit auswirken. Gleichzeitig werden in Deutschland inzwischen deutlich mehr Mundpflegemittel (Zahnbürsten, Zahnpasta, Zahnseide und Interdentalbürsten) verwendet. Diese und weitere Zahlen zur Mundgesundheit, zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sowie zum zahnärztlichen Berufsstand finden sich in der aktuell erschienenen Ausgabe des *Statistischen Jahrbuchs* der Bundeszahnärztekammer. Das *Statistische Jahrbuch* 2021/2022 kann für 10,00 Euro zzgl. Versand über die BZÄK bestellt werden.

Quelle: BZÄK

Augmented Reality für angehende Zahnmediziner

Knochenumbau spielerisch

Es gibt eine neue App, die Prozesse des Knochenumbaus spielerisch vermittelt. Die Handykamera auf das Lehrbuch gerichtet, finden sich die Lernenden auf der Knochenoberfläche wieder, wo sie Zellen beim Knochenabbau helfen. Entwickelt wurde die App von Spiele-Entwicklern des ETH Game Technology Centers in Zusammenarbeit mit Bernd Stadlinger, Klinikdirektor der Klinik für Oralchirurgie am Zentrum für Zahnmedizin in Zürich und Mitglied des ETH AI Centers. Ziel



ist es, angehenden Zahnärztinnen und Zahnärzten die Prozesse des Knochenumbaus näherzubringen. Die App „AR Osteoclasts“ kann im App Store sowie im Google Play Store kostenlos heruntergeladen werden. Sie läuft auf Tablets und Smartphones.

Quelle: Quintessenz

Neufassung der Bundeszahnärztekammer

GOZ-Kommentar aktualisiert

Die Bundeszahnärztekammer hat den GOZ-Kommentar neu gefasst. Die neue Version nebst einer Aktualisierungsübersicht sind online eingestellt unter: www.bzaek.de/goz/goz-kommentar.html

Quelle: BZÄK

VORSCHAU

Inflationsausgleichsprämie

Prämie bis zu 3.000 Euro möglich

Bundestag und Bundesrat haben der Befreiung von steuer- und sozial-abgabepflichtigen Zahlungen der Arbeitgeber zum Ausgleich der hohen Inflation bis zu einer Höhe von 3.000 Euro zugestimmt. Das neue Gesetz soll Arbeitgebern helfen, die gestiegenen Verbraucherpreise durch eine steuer- und sozialversicherungsfreie Sonderleistung an ihre Arbeitnehmer in Höhe von bis zu 3.000 Euro zu ermöglichen. Die Sonderleistung kann auch in Sachwerten erfolgen. Es werden alle Sonderleistungen des Arbeitgebers erfasst, die zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn geleistet werden. Das heißt, dass die Inflationsausgleichsprämie nicht für die Abgeltung von Überstunden, als Ersatz für das vereinbarte Weihnachtsgeld oder für sonstige Sonderzahlungen, auf die ein Anspruch besteht, herangezogen werden kann. Derartige Zahlungen bleiben, sofern sie dies auch vorher waren, weiterhin steuer- und sozialversicherungspflichtig. Der Zeitraum, in den die Zahlung – auch weniger als 3.000 Euro – erfolgen kann, bestimmt sich nach dem Verkündungstermin, dass das Gesetz noch vom Bundespräsidenten unterzeichnet und im Bundesgesetzblatt verkündet werden muss. Der Zeitraum beginnt am Tag nach der Verkündung und endet am 31. Dezember 2024.

Quelle: diverse

Ausblick auf 2023 mit dem BDIZ EDI

Wir sind wieder unterwegs

Sämtliche Präsenztermine sind bereits terminiert und im großen Wandkalender 2023 des BDIZ EDI, der dieser Ausgabe beiliegt, eingetragen. Bitte beachten Sie auch immer unsere Webseite unter „Veranstaltungen“. Die Webinare des 1. Halbjahres 2023 sind unter www.bdizedi.org/seminare eingetragen.

- | | |
|---------------------------|--|
| 19.02.2023: | 18. Experten Symposium des BDIZ EDI in Köln |
| 14.–18.03.2023: | IDS in Köln (BDIZ EDI: Halle 11,2, Stand O069) |
| 17./18.06.2023: | 16. Europa-Symposium als Kooperationspartner von OEMUS MEDIA AG in Valpolicella (Italien) |
| 30.06.2023: | 33. Gutachterkonferenz Implantologie im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie in Kiel |
| 27.10.–03.11.2023: | 32. Expertensymposium aus Universität und Praxis auf Fuerteventura |

Quelle: BDIZ EDI

Strukturelle Unterdeckung der GKV-Finzen

Nicht mit Bordmitteln zu bewältigen



Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist nach einigen goldenen Jahren jetzt in schwerem Fahrwasser. Das beschlossene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) trägt den Namen zu Unrecht, behebt es das Milliardendefizit doch nur kurzfristig. Die Hintergründe der tiefroten Zahlen stellt der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen auf einer AOK-Veranstaltung dar. Die Jahre 2015 bis 2019 sind für ihn „goldene Jahre der Gesundheitspolitik“, seinerzeit waren nämlich die beitragspflichtigen Einnahmen und die Ausgaben der Kassen im Einklang. Diese Zeit hat die Politik für zahlreiche ausgabenintensive Gesetze genutzt. 2019 deutete es sich laut Wasem bereits an, ab 2020 sei die Schere dann immer weiter zwischen Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten auseinandergegangen. Das habe auf der Ausgabenseite wenig mit COVID zu tun, schließlich sei dieser Kostenblock weitgehend über Bundesmittel finanziert worden, erläutert der Ökonom. Auf der Einnahmenseite habe man es aber durchaus mit den Folgewirkungen des reduzierten Wirtschaftswachstums zu tun. Mit dem Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben nehme die strukturelle Unterdeckung der GKV deutlich zu: von 30 Milliarden im Jahr 2019 auf 50 Milliarden in diesem Jahr. Aufgefangen habe dieses Defizit – neben einer merklichen Erhöhung der Zusatzbeiträge und einem Abbau der Kassenrücklagen – vor allem die Einführung eines Sonder-Bundeszuschusses. Wenn man den Sonderzuschuss streicht – wie mit GKV-FinStG geschehen – „dann hat man sofort ein zu stopfendes Loch“, sagt Wasem. Er machte klar, dass das im Oktober verabschiedete Gesetz nur auf „knappste Kante“ für 2023 genährt sei. Dauerhafte Regelungen seien daher dringend erforderlich.

Quelle: Presseagentur Gesundheit



100 Jahre IDS im März 2023

Bewährte und innovative Konzepte

Die IDS, Internationale Dental-Schau, in Köln meldet für die kommende Veranstaltung vom 14. bis 18. März 2023, dass sich nahezu alle relevanten Key Player in der Dentalbranche bereits angemeldet hätten. Insgesamt verzeichnet die IDS deutlich über 1.000 Aussteller sowie elf Länderbeteiligungen mit mehr als 400 vertretenen Unternehmen.

Die IDS 2023 will wieder das umfassende Spektrum der dentalen Welt – vom zahnärztlichen und zahntechnischen Bereich, Infektionsschutz und Wartung bis hin zu Dienstleistungen, Informations-, Kommunikations- und Organisationssystemen sowie Organisationsmitteln repräsentieren.

Analog oder digital abformen? Kronen- und Brückengerüste aus Metall oder Keramik? Verblendet oder monolithisch? Titan- oder Zirkonoxid- oder Kunststoffimplantate? Meistens schließen sich die Möglichkeiten nicht gegenseitig aus, sondern es etabliert sich ein Nebeneinander von bewährten und innovativen Verfahren. Genau darin steckt eine Vielfalt an Chancen für Praxis und Labor, heißt es in einer Pressemitteilung zur IDS 2023.

Quo vadis, Abformung

Beispielsweise kann die digitale Abformung im Bereich der Einzelzahnversorgung bis hin zu kleineren Brücken die konventionelle Abformung an Genauigkeit erreichen oder sogar übertreffen. Zeigen sich im Nachhinein Fehlstellen, so spricht ebenfalls vieles für „digital“: virtuelle Darstellung unmittelbar auf dem Bildschirm ansehen, nachscannen – fertig. Bei einer konventionellen Abformung dagegen lassen sich Fließbahnen, Fließfalten etc. nicht „mal eben“ mit geringem Aufwand korrigieren. Stattdessen wird eine komplette Wiederholungsabformung nötig. Das bedeutet eine erneute Wahl des Abformlöffels, Vorbereitung des Abformmaterials, Abwarten von Abbinde- und Desinfektionszeiten und eine nochmalige Modellherstellung. Die genannten Schritte fallen bei einer digitalen Abformung komplett weg. Das



macht die Kronen- und Brückentherapie schneller. Viele Patienten empfinden die digitale Abformung als angenehmer und freuen sich gegebenenfalls über eine reduzierte Anzahl von Sitzungen.

Jetzt das „Aber“: Was geschieht auf einem schwer einseharen Operationsfeld? Oder bei infragingival gelegenen Bereichen? Für diese Fälle bleibt die konventionelle Abformung unverzichtbar. Ebenso verhält es sich, wenn zu viele digitale Scans überlagert und gematcht werden müssten (z. B. Ganzkieferscan). Zur Vermeidung eines Risikos von Ungenauigkeiten bietet sich auch hier die konventionelle Abformung an.

Die bevorzugte Alternative dürfte sie auch im Falle beweglicher Schleimhautareale sein, insbesondere in der Totalprothetik. In Betracht zu ziehen sind darüber hinaus Aspekte der Hygiene

und Infektionskontrolle. Hier punktet die digitale Abformung, weil keine potenziell keimbelasteten Elastomere zu handeln sind (inkl. Desinfektion, ggf. Postversand zum Labor). Es müssen lediglich das Handstück des Intraoralscanners und das Bedienfeld desinfiziert werden. Generell ist selbstverständlich auch eine ökonomische Abwägung nötig, wobei unterschiedliche Anfangsinvestitionen und Verbrauchsmaterialien ins Gewicht fallen.

So lässt sich schlussfolgern: Auf absehbare Zeit bleibt es bei einem Nebeneinander von digitaler und analoger Abformung. Die digitale Variante wird jedoch ihr Indikationsgebiet voraussichtlich ausweiten und zukünftig häufiger zum Zuge kommen.

Digitaler Workflow

Doch geht im Anschluss nicht sowieso jeder Workflow ins Digitale über? Entweder arbeitet der Zahntechniker mit den Daten des Mundscans oder er scannt die Abformung und arbeitet auch in diesem Fall mit einem Datenpaket weiter. Da ist etwas dran, aber der Weg kann auch von der analogen Abformung zunächst über ein klassisches händisches Modell gehen. Oder das am Bildschirm erarbeitete virtuelle Modell wird bewusst im Kunststoffdruck in ein physisches umgewandelt, um ganz klassisch daraus einen feuerfesten Stumpf für die ästhetische Keramikschichtung herzuleiten (z. B. in der Inlay-Technik).

Fazit: Wie das analoge Abformen eine Fortsetzung im digitalen Design und der CAD/CAM-Herstellung finden kann, so kann auch das digitale Scannen auf ein physisches Modell führen – oder sogar auf gegossene Restaurationen bzw. Gerüste („Scan-to-cast“-Verfahren).

Genauso ergänzt sich Bewährtes und Innovatives praktisch in der gesamten Zahnheilkunde – beispielsweise in der Endodontie: digitale Tools für ein endodontisches Backward Planning vom 3D-Röntgenbild bis zur Bohrschablone (diese zwecks Einhaltung des Idealwinkels bei der Einführung von Feilen). Das ermöglicht ein planbares Vorgehen – und darüber hinaus ein arbeitsteiliges

Arbeiten. Der Spezialist kann digital planen, der Hauszahnarzt demgemäß die Wurzelkanalbehandlung durchführen.

Welche Variante aus der Vielzahl der Behandlungskonzepte den Vorzug bekommt, richtet sich naturgemäß nach der klinischen Ausgangssituation, dem Ziel und den Präferenzen von Patient, Zahnarzt und Zahntechniker. Zur Durchführung der Therapie gehören dann insbesondere die richtigen Produkte.

„Welche Produkte sich für eine bestimmte Praxis bzw. für ein bestimmtes Labor besonders gut eignen, vergleicht der Besucher der IDS 2023 direkt vor Ort in den Messehallen in Köln“, sagt Mark Stephen Pace, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI). „Ich bin gespannt, welche bewährten und innovativen Konzepte und Produkte auf der IDS auf besonderes Interesse stoßen und damit auch die Richtung von Forschung und Entwicklung für die nächsten Jahre bestimmen. Ich freue mich auch auf die einzigartige Atmosphäre, die uns 2023 zum Jubiläum ‚100 Jahre IDS‘ umgeben wird. Dieser runde Geburtstag lehrt uns auf der einen Seite Bescheidenheit angesichts des großen Fundaments, auf dem wir stehen, und macht uns auf der anderen Seite stolz, denn wir sind Teil von etwas Größerem – alle, die zur IDS 2023 kommen.“

RED/IDS 2023

Hinweis

Die IDS findet alle zwei Jahre in Köln statt und wird veranstaltet von der GFDI Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH, dem Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI). Durchgeführt wird sie von der Koelnmesse GmbH, Köln.

Nächster Termin: 14.–18. März 2023
Information, Tickets: www.ids-cologne.de



Der BDIZ EDI zeigt Flagge auf der 40. IDS in Köln

Treffpunkt Implantologie 2023

Wer den „Machern“ hinter der Verbandsarbeit begegnen oder sich mit den neuen Publikationen des Verbandes versorgen möchte, besucht den Stand des BDIZ EDI auf der IDS 2023 vom 14. bis 18. März 2023 in Halle 11.2, Gang O, Stand 69. Traditionell befindet sich der BDIZ EDI-Stand wieder gegenüber der Bundeszahnärztekammer.

Die Veranstalter feiern 100 Jahre IDS, und der BDIZ EDI ist natürlich auch diesmal wieder dabei! „Unser Treffpunkt Implantologie soll auch 2023 die Kompetenzen bündeln und zeigen, welche Unterstützung der BDIZ EDI dem implantologisch tätigen Zahnarzt in Deutschland, Europa und darüber hinaus geben kann“, sagt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger.

BDIZ EDI-Tabelle 2023 zum Mitnehmen

Am Stand werden die Big Points des Verbandes vorgestellt: Unterstützung bei Recht und Abrechnung mit Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak und seit 2020 die Abrechnungshotline des BDIZ EDI mit Kerstin Salhoff. Auch das Nachwuchsprogramm „We-want-you“, das sich an Berufseinsteiger der Implantologie richtet, gehört dazu. Der BDIZ EDI zeigt die Wege



in die Implantologie auf. Wichtiges Modul dabei ist das Curriculum Implantologie, von Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller konzipiert, das an der Uni Köln stattfindet. Zum Mitnehmen gibt es natürlich die aktuelle BDIZ EDI-Tabelle 2023, die GOZ und GOÄ mit BEMA vergleicht und auch den Zeitfaktor zur Dauer der Behandlung einbezieht.



Der Stand des BDIZ EDI vor Beginn der IDS 2021.



Die Standbetreuer an allen Tagen: Christian Berger, Anita Wuttke, Dr. Wolfgang Neumann, Helga Karanikas und Dr. Stefan Liepe (v. l.).



Immer wieder gerne: Foto-Shooting mit Besucherinnen aus Spanien.

Neu: Der Leitfaden „Update: kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate“

Anfang 2023 wird die European Consensus Conference (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI wieder online diskutieren und den 18. Praxisleitfaden für die implantologische Praxis auf den Weg bringen. Auf der IDS wird das Konsensuspapier, das den Umgang mit kurzen, angulierten, durchmesserreduzierten und Mini-Implantaten thematisiert, druckfrisch in deutscher und englischer Sprache erhältlich sein.

Die Erfolgstory geht weiter: die Webinare des BDIZ EDI

Bereits zu Beginn der Coronapandemie im Jahr 2020 bot der BDIZ EDI Online-Seminare mit hochkarätigen Referenten an, um die drängenden Fragen für die Zahnarztpraxen zu beantworten. Inzwischen haben sich rund 17.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer fortgebildet und sich dabei über das gesamte Spektrum dessen, was die Zahnarztpraxis interessieren sollte, informiert. Das diesjährige Programm „Der BDIZ EDI informiert 2023“ geht in die vierte Runde – weiterhin hochaktuell und informativ zu den Themen: (implanto-



Viele Gespräche fanden in der internationalen Lounge des BDIZ EDI statt. Hier mit Repräsentanten der kroatischen Zahnärztekammer, Dr. Davorin Simunovic und Präsident Dr. Hvroje Pezo (Mitte) ...

logische) Fortbildung – von Chirurgie bis Prothetik und Randaspekte wie der Einfluss von Vitamin D auf die Augmentation, Crystal Meth-Sucht als evtl. Kontraindikation für die Implantation, Funktionslehre und vieles mehr. Rechtliche Aspekte behandelt der Justiziar des BDIZ EDI, Prof. Dr. Ratajczak, Abrechnungsfragen Kerstin Salhoff. Weitere Themen sind steuerliche Neuerungen, strategische Ausrichtung etc.

Patientenbroschüren erhältlich

„Implantate – lange haltbar und lange schön“ – diese Patientenbroschüre ist der absolute Renner unter den Publikationen, die auch im Online-Shop des BDIZ EDI be-

stellt werden können. In einfacher Sprache mit reicher Bebilderung gibt sie dem Implantatpatienten Anleitung bei der sorgfältigen Mundhygiene.

Sie haben Fragen? Wir antworten gerne

Der Vorstand des Verbandes wird in wechselnder Besetzung vor Ort sein: Die Präsidenten Christian Berger und Prof. Dr. Joachim E. Zöllner sowie die Vorstandsmitglieder stehen gerne Rede und Antwort. Besuchen Sie den BDIZ EDI in Halle 11.2, Gang O, Stand 69.

AWU



... und in der deutschen Ecke mit BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz (2. v. l.) und FDI-Pastpräsident Dr. Gerhard Seeberger (3. v. l.).

Bayerischer Zahnärztetag und id infotage dental in München und Frankfurt am Main

Mit dem BDIZ EDI unterwegs



Betreute den BDIZ EDI-Stand beim Bayerischen Zahnärztetag: Chefredakteurin von EDI Journal und BDIZ EDI konkret, Anita Wuttke.



Dank an den Festredner: Der Biologe, Umweltpolitiker und Bestsellerautor Prof. Dr. Ernst Ulrich von Weizsäcker (Mitte) sprach über Energiewende, Klimaschutz und Kreislaufwirtschaft. Das Foto zeigt ihn mit den Gastgebern, Dr. Rüdiger Schott als stv. Vorsitzenden der KZVB (links) und BLZK-Präsident Christian Berger.



Auf der id infotage dental in Frankfurt am Main am Stand: (v.l.n.r.) Kerstin Salhoff, Schatzmeister Dr. Wolfgang Neumann und Helga Karanikas.

Der BDIZ EDI war mit Stand in den Ausstellungen des 63. Bayerischen Zahnärztetags vertreten und bei den id infotagen dental in München und Frankfurt am Main. Bei den id referierte die Abrechnungsexpertin des BDIZ EDI, Kerstin Salhoff, an jeweils einem Tag für eine Stunde über die EBZ – Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren. BDIZ EDI-Präsident Christian Berger eröffnete und leitete als Kammerpräsident in Bayern den Bayerischen Zahnärztetag mit rund 1.200 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Auch hier war der BDIZ EDI vertreten: mit Stand und mit den Vorstandsmitgliedern Dr. Stefan Liepe und Dr. Wolfgang Neumann auch als Moderatoren des wissenschaftlichen Programms.



Kerstin Salhoff referierte für den BDIZ EDI in der dental arena auf der id infotage dental in München, die zeitgleich mit dem Bayr. Zahnärztetag stattfand.



Immer im Thema, immer am Ball: Dr. Stefan Liepe (links) und Dr. Wolfgang Neumann moderierten mit beim Bayerischen Zahnärztetag.



Vor der Eröffnung: der Stand ist fertig – id infotage dental in Frankfurt am Main.

AWU



Thema des Vortrags der Abrechnungsexpertin: EBZ.

Prof. Wiltfang und Prof. Proff an der Spitze

DGZMK mit neuer Führung

Als neuer Präsident hat Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang (Uni Kiel) das Ruder der DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) übernommen. Er folgt damit turnusmäßig auf Prof. Dr. Roland Frankenberger (Uni Marburg), der nach Ende des Online-Kongresses „Kritisch hinterfragt: Ethik – Biologie – Sport“ verabschiedet wurde.

Auf der jüngsten Mitgliederversammlung wurde Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Regensburg, einstimmig zum neuen Präsident-elect gewählt.

Ziele der DGZMK-Präsidenten

Über die Ziele seiner Präsidentschaft hat Prof. Wiltfang klare Vorstellungen: „Wir haben im Rahmen der Pandemie erlebt, welch hohen Stellenwert die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung hat. Die Stärkung der Oralen Medizin innerhalb der Zahnmedizin, die Etablierung von Forschungsverbänden durch bessere Vernetzung innerhalb der Fachgesellschaften der DGZMK und die Verbesserung der Sichtbarkeit der DGZMK sollen Schwerpunkte meiner Präsidentschaft sein.“

Wiltfang erwartet gute Entwicklungsmöglichkeiten in der Seniorenzahnmedizin: „Nachdem die Prävention in der Zahnmedizin

sehr gute Fortschritte verzeichnen kann, sehe ich eine besondere Problematik in der Behandlung der älteren Patientinnen und Patienten. Der demografische Wandel zusammen mit dem medizinischen Fortschritt führt dazu, dass insbesondere diese Klientel für die zahnärztliche Praxis zu einer Herausforderung geworden ist. Die Alterszahnheilkunde gilt es hier besonders zu stärken. Weitere insbesondere wissenschaftliche Entwicklungspotenziale sehe ich im Bereich der Entzündungsmedizin sowie in dem Bereich Schlafmedizin. Speziell in diesen Bereichen konnte sich die Zahnmedizin bislang sehr gut entwickeln.“

Zu den besonderen Herausforderungen seiner Amtszeit darf der große Gemeinschaftskongress aller Fachgesellschaften 2025 zählen. Er freue sich darauf, dass sich dann die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in ihrer ganzen Bandbreite der fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit präsentieren werde.

Quelle: DGZMK-PM



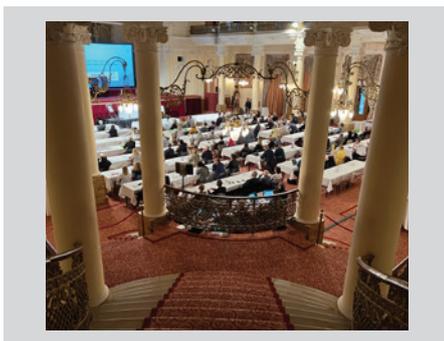
Der neue DGZMK-Vorstand (v. l.): Dr. Jens Baresel (Beisitzer), Prof. Dr. Anne Wolowski (Generalsekretärin), Priv.-Doz. Dr. Dietmar Weng (Vizepräsident), Prof. Dr. Dr. Peter Proff (Präsident-elect), Prof. Dr. Jörg Wiltfang (Präsident), Dr. Stefan Ries (Beisitzer), Dr. Dr. Markus Tröltzsch (APW-Vorsitzender).

Wussten Sie schon, ...



... dass der BDIZ EDI jedes Jahr ein Experten Symposium veranstaltet, das sich mit einem aktuellen Thema in der Implantologie beschäftigt? Gleichzeitig wird zum Thema auch ein Praxisleitfaden erstellt, den die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) diskutiert, aktualisiert und konsentiert. 2022 ging es um „Risikofaktor parodontale Erkrankungen“, 2023 steht eine weitere Aktualisierung des Praxisleitfadens „Kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate“ an.

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



... dass der BDIZ EDI jedes Jahr ein Europa-Symposium anbietet? 2022 war er Kooperationspartner des Zahnärztetags von Tschechien, Bayern, Österreich und Sachsen in Karlsbad, 2023 geht es im Juni vor die Tore Veronas: Hier ist der Verband Kooperationspartner der OEMUS MEDIA AG zum Thema Implantologie und Allgemeine Zahnheilkunde in Valpolicella.

Mehr dazu unter Veranstaltungen auf der Webseite:
<https://bdizedi.org/en/europe/>



... dass der BDIZ EDI die Qualitätsleitlinien Implantologie entwickelt und 2019 überarbeitet hat? Damit kann die Behandlerin/der Behandler die eigene Arbeit beurteilen.

Die Qualitätsleitlinie gibt es im Online-Shop des BDIZ EDI, für Mitglieder im Mitgliederbereich zum Download: <https://bdizedi.org/qualitaetsleitlinie/>



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

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Januar bis März 2023 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

Januar



1. Januar

Dr. Ivan Tresnak (Sand in Taufers)
zur Vollendung des 75. Lebensjahres

4. Januar

Dr. Ulrike Umstätter (Limburghof)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

5. Januar

Dr. Jürgen Kohler (Stuttgart)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

6. Januar

Dr. Norbert Struß (Freiburg im Breisgau)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

7. Januar

Dr. Gunther Becker (Lampertheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Dr. Heinz-Dieter Unger (Osnabrück)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

10. Januar

Dr. Bernward Melder (Koblenz)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

17. Januar

Dr. Thomas Sippel (Albstadt)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

20. Januar

Dr. Michael Kratschmayr (Baden-Baden)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

24. Januar

Dr. Curt Esswein, M.Sc., M.Sc. (Stuttgart)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

Dr. Dr. Marianne Hagen (Düsseldorf)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

31. Januar

Dr. Anton Schwarz, M.Sc. (Gunzenhausen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Februar



1. Februar

Dr. Thomas Otterbach (Bonn)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

3. Februar

Dr. Andre Schmitz, M.Sc. (Köln)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Axel Schwehr (Wien)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

13. Februar

Dr. Robert Wahler (Euerdorf)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

15. Februar

Dr. Angelika Lobbichler (Altötting)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

23. Februar

Dr. Thomas Borgstedt (Essen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

24. Februar

Dr. Cornelia Franz (Lehre)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

29. Februar

Dr. Hans-Joachim Habermehl
(Frankfurt am Main)
zur Vollendung des 75. Lebensjahres

März



2. März

Dr. Hans-Dieter Beyer (Mannheim)
zur Vollendung des 75. Lebensjahres

Dr. Gerhard Küpper (Bonn)

zur Vollendung des 70. Lebensjahres

3. März

Dr. Uwe Rugenstein (Hameln)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Ulrich Wild, M.Sc. (Stuttgart)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

8. März

Dr. Michael Paul (Landau)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

13. März

MDDr. Henri Diederich (Luxemburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres



15. März

Dr. Michael Wehr (Hannover)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

16. März

Dr. Hans-Joachim Früh (Kaiserslautern)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

17. März

Dr. Herbert Martin, M.A. (Balingen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

20. März

Dr. Gewalt Muhle, M.Sc. (Berlin)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

23. März

Dr. Kai Dröge (Leer)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Stephan Gomon

(Limbach-Oberfrohna)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

30. März

Dr. Theo Römer (Oststeinbek)
zur Vollendung des 75. Lebensjahres

31. März

Dr. Florian Mitterwald (Augsburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Kurt Reichle (Immenstaad)

zur Vollendung des 70. 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.



Ergebnisse der Jahresversammlung des CED 2022

© greens87 – stock.adobe.com

Weißbuch zahnärztliche Herausforderungen

Die europäischen Zahnärzte unter dem Dach des Council of European Dentists stellten während ihrer Jahresversammlung in Brüssel ein Weißbuch „zahnärztliche Herausforderungen“ vor. Unter anderem warnt der CED vor Gefährdung in der Versorgung mit zahnärztlichen Medizinprodukten in der EU, fordert eine sofortige Aktualisierung der Berufsqualifikationsrichtlinie und wehrt sich gegen sogenannte vereinfachte Anerkennungsverfahren von Nicht-EU-Zahnarztqualifikationen.

Am 18. November 2022 trafen sich die Mitglieds-, assoziierten Mitglieds- und Beobachterverbände des Council of European Dentists (CED) in Brüssel, Belgien, zu ihrer halbjährlichen Generalversammlung unter dem Vorsitz von CED-Präsident Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg.

Herausforderungen der Zahnmedizin

Der CED hat ein Weißbuch zu den Herausforderungen in der Zahnheilkunde verabschiedet, in dem auf die Notwendigkeit von Maßnahmen hingewiesen wird, die darauf abzielen, eine ausgewogene Verteilung von Zahnärzten und eine qualitativ hochwertige Mundgesundheitsversorgung für Patienten in ganz Europa sicherzustellen. Eine Personalplanung ist erforderlich, um das Ungleichgewicht der Verteilung von Zahnärzten zwischen und innerhalb der europäischen Länder anzugehen und die Entstehung medizinischer Unterversorgung zu vermeiden.

Eine hochqualifizierte Ausbildung von Zahnärzten ist entscheidend für die Lösung von Personalproblemen, und es ist zwingend erforderlich, dass die Bildungssysteme zur Wiederherstellung des Gleichgewichts beitragen, indem sie die richtige Anzahl von Zahnärzten ausbilden, die jedes Land benötigt. Zukünftige Zahnärzte müssen nicht nur mit dem Wissen und den Fähigkeiten ausgestattet sein, um eine qualitativ hochwertige Mundgesundheitsversorgung anzubieten, sondern auch mit den richtigen eSkills sowie Fachwissen in den Bereichen Management, Verwaltung und Rechtsangelegenheiten von Zahnarztpraxen. Während der Druck in Richtung mehr Delegation und Aufgabenverlagerung in der Zahnheilkunde zunimmt, auch von der Weltgesund-

Wahlergebnisse

Während der Plenarsitzung wählten die CED-Mitglieder einen neuen Schatzmeister und drei neue Vorstandsmitglieder für die Amtszeit 2022–2025. Als Schatzmeister wurde Dr. Ioannis Tzoutzas (Griechenland) gewählt. Dr. Charlotte Heuze (Frankreich), Dr. Katalin Nagy (Ungarn) und Dr. Miguel Pavão (Portugal) wurden zu Direktoren gewählt. Sie ergänzen den Vorstand des derzeitigen CED-Präsidenten Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg (Dänemark), Vizepräsidentin Dr. Anna Lella (Polen) und die weiteren Vorstandsmitglieder Dr. Henner Bunke (Deutschland) und Dr. Robin Foyle (Irland). Der neue CED-Vorstand übernahm seine Befugnisse am 19. November.

heitsorganisation (WHO) in ihrer globalen Mundgesundheitsstrategie, sind sich die europäischen Zahnärzte einig, dass die Delegation zahnärztlicher Aufgaben beim Zahnarzt liegen muss. Der Zahnarzt kann unter seiner direkten Aufsicht Aufgaben an andere entsprechend ausgebildete Teammitglieder delegieren.

Die allgemeine und orale Gesundheitsprävention sollte innerhalb der nationalen Gesundheitssysteme priorisiert und gefördert werden, um eine Kostensenkung zu gewährleisten, die Krankheitslast zu verringern und die öffentliche Gesundheit insgesamt zu verbessern.

CED White paper on workforce challenges for dentistry

Umsetzung der Medizinprodukteverordnung MDR

Der CED äußerte sich zutiefst besorgt über die Verzögerungen bei der Umsetzung der Medizinprodukteverordnung (MDR) 2017/745, insbesondere bei der Neuzertifizierung von Medizinprodukten, die auf das Fehlen von für die Zertifizierung zuständigen Benannten Stellen zurückzuführen sind. Im Rahmen der Umsetzung der neuen Verordnung müssen bis spätestens Mai 2024 alle auf dem Markt befindlichen Medizinprodukte neu zertifiziert werden. Ohne diese Rezertifizierung dürfen Medizinprodukte, auch wenn es sich um sichere und bewährte Medizinprodukte handelt, nach diesem Datum nicht mehr in Verkehr gebracht werden. Der CED warnte davor, dass ohne dringend notwendige Korrekturen des Gesetzgebers die Versorgung mit zahnmedizinischen Produkten gefährdet sei und Patienten keine zahnärztliche Versorgung mehr in der bewährten Form erhalten könnten. Laut Umfragen aus der Dentalbranche könnten zumindest bei einzelnen Unternehmen bis zu 35 Prozent des Dentalsortiments vom Markt genommen werden. Der CED fordert daher die Europäische Kommission und die zuständigen nationalen Gesundheitsministerien auf, die Benennung zu beschleunigen und die Zahl der Benannten Stellen zu erhöhen, Medizinprodukte, die nachweislich sicher sind, auf dem Markt zu belassen oder Übergangsfristen im Rahmen der Medizinprodukteverordnung zu verlängern.

CED Statement on implementation of Medical Devices Regulation

Punkt 5.3.1 des Anhangs V der Berufsqualifikationsrichtlinie bleibt obsolet und kann Patienten gefährden.

Die CED-Delegierten nahmen die Veröffentlichung des Berichts über „Mapping and Assessment of Developments for Sectoral Professions under Directive 2005/36/EC – the Profession of Dental Practitioner“ zur Kenntnis, der von Spark Legal Network für die Europäische Kommission durchgeführt wurde. Die europäischen Zahnärzte fordern seit vielen Jahren eine Aktualisierung der Liste der Studienfächer im Anhang V.3/5.3.1 der Berufsqualifikationsrichtlinie und äußern nun ihre Enttäuschung über die nicht berücksichtigten Ergebnisse der Studie, alle Empfehlungen, die der CED in seiner Entschliebung vom November 2020 vorgebracht hatte. „Anhang V ist eindeutig veraltet: Er verwendet nicht die korrekte Terminologie und spiegelt nicht die konkreten Fähigkeiten, Kompetenzen und Kenntnisse wider, die erforderlich sind, um mit den ständig wachsenden Anforderungen der Zahnheilkunde und der Mundgesundheit in modernen europäischen Gesellschaften Schritt zu halten“, heißt es darin. Die europäischen Zahnärzte fordern daher die Europäische Kommission auf,

Anhang V.3/5.3.1 der Berufsqualifikationsrichtlinie unverzüglich zu aktualisieren, zumindest in Übereinstimmung mit den CED-Vorschlägen. Zumindest würde die Aktualisierung der aufgeführten Themen eine aktuellere Relevanz für die aktuelle zahnmedizinische Ausbildung gewährleisten. Ein Versäumnis der Europäischen Kommission, jetzt zu handeln, gefährde die Qualität der aktuellen zahnärztlichen Ausbildung und könne Patienten gefährden.

Revised CED Resolution on Annex V.3/5.3.1 of Directive 2005/36/EC (PQD)

Anerkennung von zahnmedizinischen Qualifikationen aus Nicht-EU-Staaten

Nach Berichten über gesetzliche Regelungen und Verwaltungsverfahren in einigen EU-Mitgliedstaaten bezüglich des Zugangs zum Zahnarztberuf mit außerhalb der EU erworbenen Qualifikationen verabschiedeten die CED-Delegierten eine Erklärung, in der sie betonen, dass in jedem Fall ein vollständiges Anerkennungsverfahren durchgeführt werden müsse, das die Feststellung der Qualifikation des Zahnarztes gemäß den geltenden EU-Anforderungen ermögliche.

CED Statement on recognition of dental qualifications

RED

Info

Der Council of European Dentists (CED) ist ein europäischer gemeinnütziger Verband, der über 340.000 praktizierende Zahnärzte aus 33 nationalen Zahnärzterverbänden und -kammern aus 31 europäischen Ländern vertritt. Seine Hauptziele sind die Förderung hoher Standards der Mundgesundheit und einer effektiven, auf Patientensicherheit ausgerichteten Berufspraxis in ganz Europa, auch durch regelmäßige Kontakte mit anderen europäischen Organisationen und EU-Institutionen.

NEWS-TICKER

Pilotprojekt in Großbritannien

Apotheken stellen Rezepte aus

2023 startet in England ein Pilotprojekt des Nationalen Gesundheitsdienstes NHS. Es ermöglicht Apotheken, Rezepte auszustellen. Offizielle loben die Maßnahme als „Gamechanger“. Zunächst nehmen nur Apotheken am dem Projekt teil, die direkt an Versorgungszentren angegliedert sind. Das Projekt sei eine gute Gelegenheit für die Apotheker, ihre Arzneimittel-Expertise unter Beweis zu stellen, befindet David Webb, pharmazeutischer Leiter beim NHS England. Er erwartet zudem einen positiven Effekt für die in den kommenden Jahren anstehenden Verhandlungsrunden zur Änderung der Rahmenbedingungen für den Berufsstand. Bis es so weit ist, müssen die Pharmazeuten beweisen, dass sie durch die Versorgung von chronisch kranken Menschen, in der Akutversorgung sowie bei der Prävention helfen können, den allgemeinmedizinischen Bereich des NHS zu entlasten. Alle Details zur konkreten Umsetzung des Projekts sind noch nicht bekannt, so ist unklar, welche Indikationsgebiete konkret von dem Service umfasst sein sollen, schreibt *The Pharmaceutical Journal (PJ)*. Fest steht hingegen, dass die Apotheker eine Weiterbildung absolvieren müssen, um ein sogenannter selbstständiger Verschreiber werden zu können. Wie die deutsche Publikation *Pharmazeutische Zeitung* berichtet, behandeln die kostenfreien Kurse, von denen der NHS ab Herbst rund 3.000 Stück anbietet, folgende Inhalte: Unterstützung von Patienten von der Diagnose bis zur Verschreibung, Beratung und Nachsorge sowie Vorbereitung von Apothekern auf die Bereitstellung klinischer Versorgung. Das Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) wertete das Projekt als „Engagement des NHS für die Entwicklung der Apothekenbelegschaft“.

Quellen: *The Pharmaceutical Journal*, UK, zm

European Centre for Disease
Prevention and Control (ECDC)

Corona-Update

Für Mitte November meldete die ECDC weiterhin rückläufige Trends bei den COVID-19-Fallraten auf EU-Ebene – einschließlich bei Personen ab 65 Jahren und bei den Sterberaten. Krankenhaus- und Intensivindikatoren seien entweder stabil geblieben oder gesunken. Die Aufnahme der zweiten Auffrischungsimpfung ist in den meisten Ländern und Zielgruppen weiterhin relativ gering. Für die ECDC bleibt es notwendig, die epidemiologische Situation weiter zu beobachten, insbesondere angesichts des zunehmenden Anteils der BQ.1-Variante. Die EU-weite Melderate von COVID-19-Fällen bei Personen ab 65 Jahren ging im Vergleich zur Vorwoche um 23 Prozent zurück. Die Gesamtmeldequote (für alle Altersgruppen) ging um 21 Prozent zurück. Zu beachten sei allerdings, dass Fallprognosen aufgrund geänderter Testkriterien und Meldeverfahren als zunehmend unzuverlässig gelten. Alle aktuellen Prognosen, insbesondere Fallprognosen, seien somit mit Vorsicht zu genießen.

Quelle: ECDC

Oral Health Foundation, UK

Rekordhoch bei Mundkrebs

Laut neuer Ergebnisse sind die Fälle von Mundkrebs im Vereinigten Königreich auf ein Rekordhoch gestiegen. Die von der Oral Health Foundation gesammelten Daten zeigen, dass im vergangenen Jahr bei 8.864 Menschen in Großbritannien die Krankheit diagnostiziert wurde. Diese Zahl ist im Vergleich zu vor zehn Jahren um 34 Prozent gestiegen. Die Ergebnisse sind Teil des neuen State of Mouth Cancer UK Report 2022 und wurden zeitgleich mit dem Mouth Cancer Action Month im November veröffentlicht. Jeder dritte Mundkrebs (33 Prozent) wird auf der Zunge gefunden und fast jeder vierte (23 Prozent) wird auf den Mandeln entdeckt. Andere Stellen, die auf Mundkrebs untersucht werden sollten, sind die Lippen, das Zahnfleisch, die Innenseite der Wangen sowie der Boden und der Gaumen. Die Überlebensraten bei Mundkrebs haben sich in den letzten 20 Jahren kaum verbessert. Einer der Hauptgründe dafür ist, dass viel zu viele Mundkrebserkrankungen zu spät diagnostiziert werden. Mehr als die Hälfte (53 Prozent) aller Mundkrebserkrankungen werden im Stadium IV diagnostiziert – dem Stadium, in dem der Krebs am weitesten fortgeschritten ist.

Quelle: *Oral Health Foundation*, UK

ECDC soll EU-weit koordinieren

Teamwork in Gesundheitskrisen

Das Europäische Parlament hat seine finale Zustimmung für eine engere Zusammenarbeit bei Gesundheitskrisen wie der Coronapandemie auf EU-Ebene gegeben. Die Abgeordneten stimmten Anfang Oktober mit großer Mehrheit für eine zuvor mit den EU-Staaten gefundene Regelung, wie das Parlament mitteilte. Die EU-Gesundheitsbehörde ECDC soll sich künftig enger mit der EU-Kommission, den Behörden der EU-Staaten, Einrichtungen der EU und internationalen Organisationen abstimmen. Dafür soll das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) etwa koordinieren, wie Daten – beispielsweise zur Infektionslage – erhoben und auf EU-Ebene verbreitet werden. Außerdem soll die Europäische Kommission einen EU-weiten Gesundheitsnotstand ausrufen können. „Durch stößt sie verstärkte Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten an und ermöglicht, dass zügig Gegenmaßnahmen getroffen und Vorräte von medizinischen Gütern angelegt werden“, hieß es. Darüber hinaus beobachtet das ECDC künftig das Gesundheitswesen der Mitgliedstaaten, so das EU-Parlament. Den neuen Regeln zufolge soll die Behörde künftig beurteilen, ob die EU-Staaten in der Lage sind, Krankheitsausbrüche zu erkennen, zu verhindern und darauf zu reagieren. Das ECDC soll auch auf Krankheiten hinweisen und Empfehlungen für die Mitgliedstaaten aussprechen. Die EU-Staaten müssen dem Vorhaben formell noch zustimmen.

Quelle: *finanzen.net*

Orale Bakterien unterdrücken Zellaktivität

Virenschutz wird löchrig



Forscher der University of Louisville, School of Dentistry und ihre Kollegen haben Details darüber entdeckt, wie Proteine, die von oralen Epithelzellen produziert werden, den Menschen vor Viren schützen, die durch den Mund in den Körper eindringen. Sie fanden auch heraus, dass orale Bakterien die Aktivität dieser Zellen unterdrücken können, was die Anfälligkeit für Infektionen erhöht. Die Proteinfamilie, bekannt als Interferon-Lambdas, die von Epithelzellen im Mund produziert werden, dienen dazu, Menschen vor Virusinfektionen zu schützen, aber das orale Bakterium *Porphyromonas gingivalis* reduziert die Produktion und Wirksamkeit dieser wichtigen Verteidiger an vorderster Front. „Unsere Studien identifizierten bestimmte pathogene Bakterienarten, *P. gingivalis*, die Parodontitis verursachen, die Interferonproduktion vollständig unterdrücken und die Anfälligkeit für Virusinfektionen stark erhöhen können“, sagte Juhi Bagaitkar, Assistenzprofessorin in der Abteilung für orale Immunologie und Infektionskrankheiten der UofL. „Diese residenten oralen Plaquebakterien spielen eine Schlüsselrolle bei der Regulierung antiviraler Reaktionen.“ Der Mund ist oft ein Tor in den Körper für Viren, die den Magen-Darm-Trakt und die Lunge infizieren, wie SARS-CoV-2, das menschliche Immunschwächevirus (HIV), *Herpes simplex*- und krebserregende Viren wie das humane Papillomavirus (HPV). *P. gingivalis*, ein weitverbreitetes orales Bakterium, das Parodontitis verursacht, wurde mit zahlreichen anderen Krankheiten in Verbindung gebracht, darunter Alzheimer und rheumatoide Arthritis. Jüngste klinische Studien haben gezeigt, dass die Immunsuppression bei Patienten mit Parodontitis die Anfälligkeit für HIV, *Herpes simplex* und HPV erhöhen kann.

Quelle: *University of Louisville, USA*

Literatur: Carlos J. Rodriguez-Hernandez, Kevin J. Sokoloski, Kendall S. Stocke, Himabindu Dukka, Shunying Jin, Melissa A. Metzler, Konstantin Zaitsev, Boris Shpak, Daonan Shen, Daniel P. Miller, Maxim N. Artyomov, Richard J. Lamont, Juhi Bagaitkar. Microbiome-mediated incapacitation of interferon lambda production in the oral mucosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2021; 118 (51): e2105170118
DOI: 10.1073/pnas.2105170118



Aktuelles EuGH-Urteil betrifft Ungleichbehandlung und unternehmerische Freiheit

Kein Kopftuch am Arbeitsplatz?

Eine interne Unternehmensregel, die das sichtbare Tragen religiöser, weltanschaulicher oder spiritueller Zeichen verbietet, stellt keine unmittelbare Diskriminierung dar, wenn sie allgemein und unterschiedslos auf alle Arbeitnehmer angewandt wird. Das entschied der Europäische Gerichtshof (EuGH) mit Urteil vom 13. Oktober 2022.

Nach Ansicht des Gerichtshofs der Europäischen Union sind die Religion und die Weltanschauung als ein Diskriminierungsgrund anzusehen, da sonst der durch das Unionsrecht, insbesondere die Richtlinie 2000/78, vorgesehene allgemeine Rahmen für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf beeinträchtigt würde.

Diesem Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Union lag ein Fall aus Frankreich zugrunde; in diesem betont der Unionsgerichtshof jedoch zugleich, dass das Unionsrecht es einem nationalen Gericht bei der Beurteilung der Rechtfertigung einer mittelbaren Diskriminierung nicht verwehrt, im Rahmen der Abwägung der widerstreitenden Interessen denen der Religion oder der Weltanschauung größere Bedeutung beizumessen als denen, die sich u. a. aus der unternehmerischen Freiheit ergeben, soweit sich dies aus seinem innerstaatlichen Recht ergibt. Die Abwägung dürfte in Deutschland aufgrund der hier grundgesetzlich verbrieften Religionsfreiheit nicht identisch sein mit der hier vom Unionsgerichtshof für Frankreich vorgenommenen.

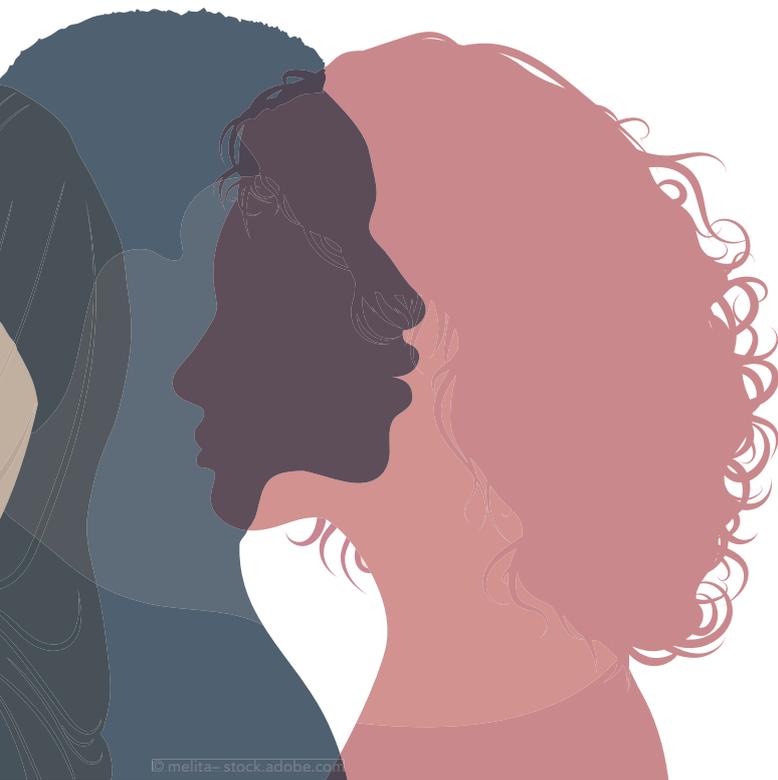
Der Fall

Seit 2018 stehen sich L.F., eine Muslimin, die das islamische Kopftuch trägt, und S.C.R.L., eine Gesellschaft, die Sozialwohnungen verwaltet, in einem Rechtsstreit gegenüber. In diesem Rechtsstreit geht es darum, dass eine Initiativbewerbung von L.F. um ein

Praktikum nicht berücksichtigt wurde, weil sie während eines Gesprächs angegeben hatte, dass sie sich weigere, ihr Kopftuch abzunehmen, um der bei S.C.R.L. geltenden und in ihrer Arbeitsordnung niedergelegten Neutralitätspolitik nachzukommen. Einige Wochen später erneuerte L.F. ihre Bewerbung um ein Praktikum bei S.C.R.L. und schlug vor, eine andere Kopfbedeckung zu tragen, was ihr mit der Begründung verweigert wurde, dass in den Geschäftsräumen von S.C.R.L. keine Kopfbedeckung erlaubt sei, sei es eine Mütze, eine Kappe oder ein Kopftuch. L.F. zeigte daraufhin bei der für die Bekämpfung der Diskriminierung zuständigen unabhängigen öffentlichen Einrichtung eine Diskriminierung an und erhob sodann beim französischsprachigen Arbeitsgericht von Brüssel eine Unterlassungsklage: Damit rügte sie, dass kein Praktikumsvertrag geschlossen worden sei, was ihrer Ansicht nach unmittelbar oder mittelbar auf ihrer religiösen Überzeugung beruhe, und warf S.C.R.L. somit vor, gegen die Bestimmungen des allgemeinen Antidiskriminierungsgesetzes verstoßen zu haben.

Diskriminierung am Arbeitsplatz?

Das mit der Klage befasste Arbeitsgericht hat dem Gerichtshof der Europäischen Union daraufhin die Rechtsfrage zur Vorabentscheidung vorgelegt, ob die in der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Be-



schäftigung und Beruf¹ verwendeten Begriffe „Religion oder ... Weltanschauung“ als zwei Facetten ein und desselben geschützten Merkmals oder vielmehr als zwei verschiedene Merkmale anzusehen sind. Zudem möchte es vom Gerichtshof wissen, ob das in der Arbeitsordnung von S.C.R.L. niedergelegte Verbot, ein konnotiertes Zeichen oder Bekleidungsstück zu tragen, eine unmittelbare Diskriminierung wegen der Religion darstellt.

In seinem jetzt verkündeten Urteil führt der Unionsgerichtshof aus, dass Art. 1 der Richtlinie 2000/78 dahin auszulegen ist, dass die darin enthaltenen Begriffe „Religion oder ... Weltanschauung“ einen einzigen Diskriminierungsgrund darstellen, der sowohl religiöse als auch weltanschauliche oder spirituelle Überzeugungen umfasst. Er weist insoweit darauf hin, dass nach seiner Rechtsprechung der Diskriminierungsgrund „der Religion oder der Weltanschauung“ von dem Grund „der politischen oder sonstigen Anschauung“ zu unterscheiden ist.

Unter besonderer Bezugnahme auf die Urteile „G4S Secure Solutions“² sowie „Wabe und MH Müller Handel“³ führt der Unionsgerichtshof aus, dass eine Bestimmung in einer Arbeitsordnung eines Unternehmens, die es den Arbeitnehmern verbietet, ihre religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen, welche diese auch immer sein mögen, durch Worte, durch die Kleidung oder auf andere Weise zum Ausdruck zu bringen, gegenüber Arbeitnehmern, die ihre Religions- und Gewissensfreiheit durch das sichtbare Tragen eines Zeichens oder Bekleidungsstücks mit religiösem Bezug ausüben möchten, keine unmittelbare Diskriminierung „wegen der Religion oder der Weltanschauung“ im Sinne des Unionsrechts darstellt, wenn diese Bestimmung allgemein und unterschiedslos angewandt wird. Da jede Person eine Religion oder religiöse, weltanschauliche oder spirituelle Überzeugungen

haben kann, begründet eine solche Regel nämlich, sofern sie allgemein und unterschiedslos angewandt wird, keine Ungleichbehandlung, die auf einem Kriterium beruht, das untrennbar mit der Religion oder der Weltanschauung verbunden ist.

Der Unionsgerichtshof legte dar, dass eine interne Regel wie die bei S.C.R.L. angewandte indessen eine mittelbar auf der Religion oder der Weltanschauung beruhende Ungleichbehandlung darstellen kann, wenn sich erweist – was zu prüfen Sache des Arbeitsgericht ist –, dass die dem Anschein nach neutrale Verpflichtung, die sie enthält, tatsächlich dazu führt, dass Personen mit einer bestimmten Religion oder Weltanschauung in besonderer Weise benachteiligt werden.

Der Gerichtshof der Europäischen Union ergänzt, dass eine Ungleichbehandlung keine mittelbare Diskriminierung darstellen würde, wenn sie durch ein rechtmäßiges Ziel sachlich gerechtfertigt wäre und die Mittel zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich wären. Dabei reicht allerdings der bloße Wille eines Arbeitgebers, eine Neutralitätspolitik zu betreiben – auch wenn er an sich ein legitimes Ziel darstellt – für sich genommen nicht aus, um eine mittelbare Ungleichbehandlung wegen der Religion oder der Weltanschauung sachlich zu rechtfertigen, da eine sachliche Rechtfertigung nur bei Vorliegen eines wirklichen Bedürfnisses des Arbeitgebers festgestellt werden kann, das er nachzuweisen hat.

Schließlich führt der Unionsgerichtshof aus, dass das Unionsrecht es einem nationalen Gericht bei der Beurteilung der Rechtfertigung einer mittelbaren Diskriminierung nicht verwehrt, im Rahmen der Abwägung der widerstreitenden Interessen denen der Religion oder der Weltanschauung größere Bedeutung beizumessen als denen, die sich u. a. aus der unternehmerischen Freiheit ergeben, soweit sich dies aus seinem innerstaatlichen Recht ergibt.

Der den Mitgliedstaaten eingeräumte Wertungsspielraum kann insoweit jedoch nicht so weit gehen, dass es ihnen oder den nationalen Gerichten erlaubt wäre, einen der in Art. 1 der Richtlinie abschließend aufgeführten Diskriminierungsgründe in mehrere Gründe aufzuspalten, da sonst der Wortlaut, der Kontext und der Zweck dieses Grundes infrage gestellt würden und die praktische Wirksamkeit des allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf beeinträchtigt würde.

RED

¹ OJ 2000, L 303, p. 16

² ECJ judgment of 14 March 2017, *G4S Secure Solutions*, C-157/15

³ ECJ judgment of 15 July 2021, *WABE and MH Müller Handel*, C-804/18 and C-341/19



31. Internationales Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin

Rekordbeteiligung auf Fuerteventura

Ein Feuerwerk an Innovationen im Bereich der Medizin und Zahnmedizin prasselte auch in diesem Jahr auf die weit über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nieder, die nach Fuerteventura gekommen waren: Teilnehmerrekord, Ausstellerrekord und dazu so viele Referenten wie nie zuvor.



Vorbereitung auf den Workshop: Prof. Dr. Jörg Neugebauer.

Das 31. Expertensymposium für regenerative Verfahren behandelte das Thema Implantatbehandlungen bei schwierigen Patientensituationen, und die Vielfalt der angebotenen Vorträge lockte angestammte und neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Club Esquinzo Playa auf Fuerteventura. Gastgeber Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller weiß mit seinem Programm zu überzeugen – auch in diesem Jahr mit einem abwechslungsreichen und hochkarätigen wissenschaftlichen Programm, dazu zahlreichen Workshops und einem umfangreichen Rahmenprogramm mit viel Sport- und Freizeitmöglichkeiten.

Kunst und Zahnmedizin

Die Oberbürgermeisterin der Stadt Köln, Henriette Reker, zeigte als Referentin Aspekte rund um den Gesundheitsstandort Köln und NRW auf. Das Programm hatte nicht nur implantologische Themen. So ermöglichten Univ.-Prof. Dr. Axel Karenberg und Kerstin Klemm von der Uni Köln einen Blick auf den Zahnarzt in der Kunst des 20. Jahrhunderts. Ähnliches gab es von Prof. Dr. Marc Schipper und Armin Lühder aus Bremen, die zur Kunst im Zeichen der Gesundheit Erkenntnisse aus Psychologie und Neurowissenschaften zum salutogenetischen Potenzial der Kunst referierten.



Volles Haus beim wissenschaftlichen Programm.



Die Vorträge waren nicht ausschließlich auf die Implantologie fixiert.

Implantologie und mehr

Im implantologischen Bereich ging es um die Vorstellung des Kölner ABC-Risiko-Score 2022 (Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln), High End-Sofortimplantation (Prof. Dr. Garbot Tepper, Wien), KI in der Implantologie (Dr. Volker Knorr, Eislingen), erfolgsbestimmende Faktoren des Langzeiterfolgs (Dr. Ralf Masur, Bad Wörishofen), um die Referenten nur des ersten Tages zu nennen. So wartete von Samstag bis Mittwoch täglich ein Programm mit wissenschaftlichen Vorträgen und interessanten Neuerungen im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung, beispielsweise stellte BDIZ EDI-Präsident Christian Berger die Analogabrechnung der PAR-Richtlinie in der GOZ vor. Daneben wurden neue Diagnostik-Apps vorgestellt, Strategien zur erfolgreichen Praxisübergabe (Dr. Freimut Vizethum, Rauenberg), es ging um Zahntourismus in Europa (Dr. Dr. Klaus Ständer, Traunreut): Von Samstag bis Mittwoch: Vorträge bis 13 Uhr, danach Sport und anschließend am Nachmittag diverse Workshops zur Wahl. Donnerstag war ein reiner Workshop-Tag, der zum Abschluss der Fortbildungswoche mit dem Highlight, dem White-BBQ-Abend, endete. Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller hat mit seinem Expertensymposium einmal mehr ein Füllhorn an unterschiedlichen Themen mit vielen innovativen Aspekten über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgeschüttet. Die Fortbildungswoche unter kanarischer Sonne wird von Jahr zu Jahr größer und beliebter.



Workshops vertieften das am Vormittag Gehörte.

AWU

31. Internationales Expertensymposium
für regenerative Verfahren
in der Zahnmedizin

**Implantatbehandlungen bei
schwierigen Patientensituationen**

36 Zertifizierungspunkte

Programm



Die Weiße Nacht hat Tradition auf Fuerteventura.

Tschechisch-Bayerisch-Sächsisch-Österreichischer Zahnärztetag mit dem BDIZ EDI

Im Rückblick: 15. Europa-Symposium in Karlsbad

Der BDIZ EDI hat im Mai 2022 als Kooperationspartner am Tschechisch-Bayerisch-Sächsisch-Österreichischen Zahnärztetag teilgenommen, der in Karlsbad, Tschechien, stattfand. Als Referent vertrat Vizepräsident Prof. Dr. Dr. Joachim Zöllner den BDIZ EDI.

Durch die Coronapandemie konnte die Veranstaltung der Zahnärztekammern zwei Jahre lang nicht stattfinden. Im Mai 2022 hat es dann endlich geklappt. Veranstaltungsort war das altehrwürdige tschechische Karlsbad (Karlovy Vary). Der altösterreichisch geprägte Kurort im Nordwesten der Tschechischen Republik bot mit dem Grandhotel Pupp eine würdige Kulisse für den Zahnärztetag. Wesentlicher standespolitischer Inhalt waren gegenseitige Informationen über die verschiedenen Systeme der Verrechnung zahnärztlicher Leistungen, woraus die Erkenntnis gezogen werden konnte, dass sich das österreichische System der Abdeckung von Basisleistungen durch die soziale Krankenversicherung kombiniert mit einem weitgehenden Privatbereich deutlich von den Systemen in Deutschland und Tschechien unterscheidet.

Im Festakt stellten die Präsidenten ihre jeweilige Kammer vor: doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc. als Präsident der ČSK, Christian Berger, Präsident der BLZK, Prof. Dr. Klaus W. Böning, Vizepräsident LZKS und Prim. MR Dr. Sven Orechovsky als Vorstandsmitglied der ÖZÄK.

Außerdem bot der zweitägige Kongress Gelegenheit, offene Fragen aus der bilateralen Zusammenarbeit zu besprechen. Der Zahnärztetag wurde mit spannenden Fachvorträgen aus allen teilnehmenden Ländern fortgesetzt. Die beiden BDIZ EDI-Präsidenten traten mit ihren Vorträgen auf. Insgesamt behandelte der Fortbildungsteil die moderne Implantologie, die Parodontaltherapie im Ländervergleich, Laser, Botulinumtoxin in der modernen Zahnheilkunde und Gesichtschirurgie sowie Autotransplantation von Zähnen und das Thema künstliche Intelligenz.

Fortbildung

BDIZ EDI-Vizepräsident Prof. Dr. Dr. Joachim Zöllner referierte über die Implantatchirurgie. Für eine erfolgreiche implantatprothetische Versorgung sei eine der wichtigsten Voraussetzungen eine patientenorientierte Implantatchirurgie. Als Voraussetzungen nannte er die genaue Diagnostik und Planung unter Berücksichtigung der Erwartungen der Patienten. Als chirurgische Maßnahmen befasste sich Zöllner in seinem Vortrag mit der Augmentation bei unzureichendem Knochenangebot, die navigierte Implantat-



Vorstellung der Kammerpräsidenten zum Auftakt des gemeinsamen Zahnärztetags, darunter: Christian Berger für die BLZK.



BDIZ EDI-Vizepräsident Prof. Dr. Dr. Joachim Zöllner referierte über den Kölner CCARD.



Mit dabei für den BDIZ EDI: Dr. Wolfgang Neumann und Dr. Stefan Liepe.

insertion und eine adäquate Weichgewebsschirurgie. In den letzten Jahren seien eine Reihe von neuen Verfahren konzipiert worden. Im Vortrag ging er auf die Differentialindikationen der verschiedenen Augmentationsverfahren mit hohen Erfolgsquoten ein. Die Auswahl des Augmentationsverfahrens richte sich vor allem nach der Defektgröße und der Defektgeometrie.

Hierzu wurde vom BDIZ EDI im Praxisleitfaden aus dem Jahr 2013 eine einfache, therapieorientierte Defektklassifikation für Regelfallversorgungen entwickelt. Anhand von Beispielen werden Empfehlungen – als Leitfaden – für verschiedene etablierte Therapieverfahren für die jeweilige Defektklasse abgegeben. Dabei sollen auch die Risiken aufgezeigt werden. Des Weiteren stellte Zöller neben der schablonengeführten Implantation auch die notwendigen Weichgewebstechniken zur Schaffung einer ausreichenden Attached Gingiva vor.

Als Fazit der Veranstaltung bekundeten die Kammerpräsidenten aus Bayern, Sachsen, Tschechien und Österreich, diesen Kongress zu wiederholen. Inzwischen wird der Termin bereits Wiederholungen dieser interessanten Veranstaltung sobald wie möglich anstreben.

RED



Blick von oben auf Karlsbad.



KÖLN
14.–18.03.2023

14. März 2023: Fachhändlertag
40. Internationale Dental-Schau

inklusive **IDScconnect**

**SHAPING THE
DENTAL FUTURE**



Koelnmesse GmbH · Messeplatz 1 · 50679 Köln · Deutschland
Telefon +49 1806 773577* · ids@visitor.koelnmesse.de

*(0,20 Euro/Anruf aus dem dt. Festnetz; max. 0,60 Euro/Anruf aus dem Mobilfunknetz)

16. Europa-Symposium und Giornate Veronesi

Implantologie und moderne Zahnheilkunde

Implantologie und moderne Zahnheilkunde stehen am 16. und 17. Juni 2023 in Valpolicella, Italien, auf der Tagungsordnung. In Kooperation mit dem 16. Europa-Symposium des BDIZ EDI bieten die Giornate Veronesi – sozusagen unter der Sonne Italiens – hochkarätige wissenschaftliche Vorträge, Seminare und Table Clinics sowie ein abgerundetes Rahmenprogramm.



Zugang zur VILLA QUARANTA TOMMASI WINE HOTEL & SPA in Valpolicella/ Italien.



Wie Speed-Dating – das Format der Workshops.



Relaxen am Abend in schöner Atmosphäre.

Wenn es im Winter kalt, dunkel und grau ist, dann ist es Zeit, an die Sonne Italiens und eine Fortbildungsveranstaltung mit dem besonderen italienischen Flair zu denken – die Giornate Veronesi!

Im Kongress-Ressort VILLA QUARANTA TOMMASI WINE HOTEL & SPA in Valpolicella, Italien, haben Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie deren Teams die Gelegenheit, das Angenehme mit dem Nützlichen zu verbinden. Das wissenschaftliche Programm ist breit gefächert. Neben dem Schwerpunktthema Implantologie gibt es wieder ein durchgängiges Programm Allgemeine Zahnheilkunde sowie ein interessantes Team-Programm. Die Kongresssprache ist Deutsch.

Die Giornate Veronesi bieten viel Raum für Referentengespräche und den kollegialen Austausch. Neben dem Fachprogramm geben dazu vor allem das Get-together am Freitag sowie die Dinnerparty mit Wein und Musik am Samstagabend ausreichend Gelegenheit.

Da die Veranstaltung auf dem berühmten Weingut der Familie Tommasi stattfindet, liegt es natürlich nahe, den Kongressteilnehmern bereits am Donnerstagabend zusätzlich die Möglichkeit zu geben, sich im Rahmen eines Weinseminars zum „Fachmann“ auch auf diesem Gebiet ausbilden zu lassen.

Der BDIZ EDI-Ansatz

„Der Ausgangspunkt für die großartigsten Unternehmungen liegt oft in kaum wahrnehmbaren Gelegenheiten.“ Demosthenes' Satz aus seinen philippischen Reden ist bezeichnend für die Geschichte der Europa-Symposien des BDIZ EDI. Aus den kleinen Anfängen und Gelegenheiten ist ein Ansatz geworden, der das Miteinander europäischer Zahnmediziner über Ländergrenzen hinaus wachsen lässt. Mit dem Kooperationspartner OEMUS MEDIA AG bietet der BDIZ EDI das nunmehr 16. Europa-Symposium. Es zeigt einmal mehr, wie implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte länderübergreifend voneinander profitieren können.

RED

Information

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.giornate-veronesi.info

MinerOss® A – die allogene Alternative zu autologen Transplantaten



Die Pflichtangaben finden Sie unter
www.camlog.de/mineross-a-angaben

MinerOss® A ist ein aus menschlichem Spenderknochen hergestelltes Allograft. Es bietet eine hervorragende Alternative zur Knochenentnahme bei Patienten:

- Natürliche Knochenzusammensetzung – mineralisiertes humanes Kollagen
- Hohe biologische Regenerationsfähigkeit und natürliches Remodelling^{1,2}
- Osteokondutive Eigenschaften unterstützen den kontrollierten Gewebeumbau

www.camlog.de/mineross-a

patient28PRO
Schützt Ihre Implantatversorgung

¹ Solakoglu et al. Clin Implant Dent Relat Res. 2019, 21, 1002-1016.

² Wen et al. J Periodontol. 2020 Feb;91(2):215-222.

MinerOss® A wird von C+TBA hergestellt. BioHorizons® und MinerOss® sind eingetragene Marken von BioHorizons. Sie sind aber unter Umständen nicht in allen Märkten eingetragen. Alle Rechte vorbehalten.

a perfect fit

camlog



In Sachen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die fehlende Rechtstreue des Bundesgesundheitsministeriums



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@rpmed.de
(Sybill Ratajczak)
Fax.: +49 7031 9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

Einleitung

Zum 01.01.2023 wird die GOZ 2012 elf Jahre, die GOZ 1988 35 Jahre, die GOÄ 1996 27 Jahre und die GOÄ 1982 40 Jahre alt.

Befasst man sich inhaltlich näher mit den beiden Gebührenordnungen, dann brachten die Änderungen 1996 respektive 2012 keine strukturellen Neuerungen in den Gebührenverzeichnissen oder der Vergütung. Man darf durchaus mit Fug und Recht behaupten, dass die aktuell geltenden Gebührenordnungen der Ärzte und Zahnärzte in ihrem Wesenskern seit 35 bzw. 40 Jahren unverändert sind. Man kann sich sogar durchaus die berechnete Frage stellen, ob die Passivität des Verordnungsgabers nicht schon seit 1965 anhält.

Über derartigen Unbill können sich die deutschen Tierärzte nicht beklagen. Deren Gebührenordnung (GOT) wurde gerade erst zum 01.10.2022 geändert mit Erhöhungen. Die letzte Erhöhung der GOT gab es 2017 mit pauschal 12 Prozent.

Die Erhöhungen 2022 fielen in der GOT beachtlich aus. Ich habe in der folgenden Tabelle allgemeine und speziell für die Zahnmedizin interessante Gebührenpositionen der GOT 2022 den Gebührenziffern der GOT 2020, die inhaltlich weitgehend den Gebührenziffern der GOZ 2017 entsprechen, gegenübergestellt.

Es geht mir dabei nicht darum, zu zeigen, wie veterinärzahnmedizinische im Vergleich zur humanzahnmedizinischen Behandlung vergütet wird. Die Steigerungs-

sätze sollten beachtet werden, wobei es im Bereich der Wurzelresektion zu einer Gebührenermäßigung kam.

Besonders bemerkenswert an der neuen GOT ist die Gebührenposition 3: Dokumentation aufgrund gesetzlicher Vorgaben, bewertet mit 11,20 € im Einzelsatz, steuerbar bis zum Faktor 3,0 (§ 2 Abs. 1 GOT).

Die GOT kennt nur für die Grundleistungen eine Beschränkung auf den einfachen Steigerungsfaktor, wenn es sich um landwirtschaftlich genutzte Tieren handelt, die der Erwerbstätigkeit ihres Halters dienen, sofern die Leistungen während der regulären Sprechstunden erbracht werden (Allgemeine Bestimmung zum Teil A des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ). Unter die Grundleistungen fallen in der nachstehenden Tabelle die Gebührenziffern bis einschließlich GOP 44.

Angegeben sind die Einzelsätze.

Die GOT 2022 ist das Ergebnis eines im wesentlichen rechtstreuen Verordnungsgabers. Es handelt sich bei der GOT natürlich ebenso wie bei GOÄ und GOZ um eine Rechtsverordnung der Bundesregierung. Federführend ist allerdings das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, für GOÄ und GOZ ist federführend das Bundesministerium für Gesundheit.

Es gibt keinen Anlass, auf die Tierärzte neidisch zu sein, aber umso mehr Anlass, zu fragen, wieso sich das Bundesministerium für Gesundheit seinen gesetzlichen Pflichten so beharrlich verweigert.

GOT 2020	GOP	GOT 2020	GOT 2022	Veränderung in %
Beratung im einzelnen Fall ohne Untersuchung (auch schriftlich oder fernmündlich)	1	7,04 €	11,26 €	59,94 %
Eingehende Anamnese	2	19,24 €	30,78 €	59,98 %
Dokumentation	3		11,20 €	
Allgemeine Untersuchung mit Beratung Pferd	4	19,24 €	30,78 €	59,98 %
Allgemeine Untersuchung mit Beratung Rind	5	12,84 €	20,54 €	59,97 %
Allgemeine Untersuchung mit Beratung Mastschwein	7	9,62 €	15,39 €	59,98 %
Bestandsuntersuchung Pferd	42	32,07 €	38,16 €	18,99 %
Bestandsuntersuchung Rind	44	32,07 €	38,16 €	18,99 %
Entfernung von geringfügigem Zahnstein, manuell, ohne Politur	931	12,84 €	20,54 €	59,97 %
Entfernung von Zahnstein und Belägen, mit Scaling und Politur	932	44,89 €	61,97 €	38,05 %
Entfernung von Zahnstein und Belägen mit Scaling und Politur, kompliziert	933	76,97 €	108,82 €	41,38 %
Zahnextraktion	951	6,41 €	10,26 €	60,06 %
Zahnextraktion Pferd	952	22,46 €	35,94 €	60,02 %
Zahnextraktion Rind	953	12,84 €	15,75 €	22,66 %
Zahnextraktion kompliziert	955	26,65 €	41,04 €	54,00 %
Zahnextraktion kompliziert, Pferd	956	160,34 €	180,94 €	12,85 %
Zahnfüllung einfach	942	38,48 €	61,57 €	60,01 %
Zahnfüllung kompliziert	943	64,14 €	102,59 €	59,95 %
Wurzelbehandlung	944	19,24 €	30,78 €	59,98 %
Wurzelbehandlung kompliziert, einwurzeliger Zahn	945	57,72 €	67,50 €	16,94 %
Wurzelbehandlung kompliziert, mehrwurzeliger Zahn	946	76,97 €	90,00 €	16,93 %
Wurzelresektion einwurzeliger Zahn	959	96,20 €	76,96 €	-20,00 %
Wurzelresektion mehrwurzeliger Zahn	960	102,63 €	82,10 €	-20,00 %

Die Rechtsgrundlagen für GOÄ, GOT und GOZ

Die drei Gebührenordnungen haben alle ihre Rechtsgrundlage in Bundesgesetzen. Die Texte dieser Gesetze sind nahezu identisch:

§ 11 BÄO	§ 12 BTÄO	§ 15 ZHG
Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.	(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für tierärztliche Leistungen einschließlich der Preise und Preisspannen für vom Tierarzt angewandte Arzneimittel in einer Gebührenordnung zu regeln. Dabei ist den berechtigten Interessen der Tierärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen. Die Vorschriften der Deutschen Arzntaxe sind zu berücksichtigen.	Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen



© Masterlevsha/Shutterstock.com

folgt. Seitdem hat sich die Notwendigkeit ergeben, die GOT erneut an den veterinärmedizinischen Erkenntnisstand sowie an die wirtschaftlichen Gegebenheiten anzupassen. Die Anpassung soll auf der Grundlage eines von dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft initiierten Forschungsprojektes („Prüfung der finanziellen und strukturellen Auswirkungen hinsichtlich der Angemessenheit der Gebührensätze der Gebührenordnung für Tierärzte [GOT]“) durchgeführt werden, dem ein Vorschlag der Bundestierärztekammer zum Leistungskatalog zugrunde liegt. Die Anpassung umfasst die vollständige Überarbeitung der GOT einschließlich der Neustrukturierung der tierärztlichen Leistungen (Anlage zur GOT) und Neubestimmung der einfachen Gebührensätze“ (BR-Drs. 247/22 vom 25.05.2022, S. 1).

sich dieselben Probleme. Tierarztpraxen geht es nicht strukturell anders als Arzt- und Zahnarztpraxen.

Ein wichtiger Unterschied besteht allerdings (auch er nachzulesen auf S. 1 der Begründung):

„Betroffen sind Bund, Länder, Gemeinden oder andere öffentlich-rechtliche Stellen, soweit sie für tierärztliche Leistungen nach § 3 Absatz 1 GOT die Kosten übernehmen. Da der Umfang dieser Fälle der Kostenübernahme statistisch nicht erfasst und auch anderweitig nicht bekannt ist und da überdies auch die Anzahl der Fälle nicht bekannt ist, in denen tierärztliche Leistungen nach der o.g. Regelung in Anspruch genommen worden sind, können keine Angaben zu Mehrbelastungen der öffentlichen Haushalte gemacht werden.“

Das zuständige Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft weiß nicht wirklich, welche Mehrausgaben die neue GOT für die öffentliche Hand mit sich bringen wird. Es weiß nur, wie sich aus Seite 3 des Verordnungsentwurfs ergibt, dass sich für „Bürgerinnen und Bürger“, die tierärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, durch die Gebührenerhöhungen entsprechende Mehrkosten ergeben. Diese können jedoch nicht beziffert werden. Gleiches gilt für die Wirtschaft (gewerbliche Tierhaltungsbetriebe).

Wenn man sich die vorstehende Tabelle genauer ansieht, entdeckt man viele Gebührenerhöhungen von 2017 auf 2022 um rund 60 Prozent. Wenn Ärzte und Zahnärzte 60 Prozent Gebührenerhöhung für den langen Inflationsausgleich fordern, gilt dies als unverschämt. Der Unterschied liegt offenbar darin, dass die öffentliche Hand die Mehrkosten von Gebührenanpassungen bei den Beamtenbeihilfen sehr genau kalkulieren kann. Sind diese Mehrkosten ihr nicht opportun (und wann sind schon Mehrkosten der öffentlichen Hand opportun), dann gibt es keine Gebührenanpassungen.

Das ist Rechtsbruch!

Der entscheidende Satz unterscheidet sich nur durch die Worte Ärzte/Tierärzte/Zahnärzte, ansonsten ist er identisch.

Der Verordnungsgeber ist verpflichtet, den „berechtigten Interessen“ Rechnung zu tragen! Das nicht zu tun, ist eine Verletzung des Grundsatzes der Rechtstreue, der nicht nur die Bürger trifft, sondern auch den Normsetzenden. Der Gesetzgeber muss sich an seine eigenen Gesetze ebenso halten wie der Bürger!

Als Vorbild für ein Tätigwerden des Bundesgesundheitsministeriums können die einleitenden Worte in der Begründung zum Entwurf der GOT 2022 dienen:

„Die letzte umfassende Novellierung der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) ist unter Anpassung an den veterinärmedizinischen Erkenntnisstand im Jahr 1999 er-

Die GOT wurde 2022 umfassend nach 22 Jahren erneuert. In GOZ und GOÄ warten wir darauf seit 35 bzw. 40 Jahren. In der Zwischenzeit war der Verordnungsgeber der GOT aber nicht untätig geblieben. Nennenswerte Erhöhungen der Gebührensätze gab es 2008 und 2017. Grundlegend erneuert wurde 2022 nur die Systematik der Gebührensätze – weniger die Gebührensätze selbst.

Weiter heißt es einleitend zur GOT: „Der alternativ mögliche Nichterlass der Verordnung würde die Novellierung der GOT, die seit dem Jahr 2007 geplant ist, weiter hinauszögern und die Festlegung von angemessenen Gebühren für die tierärztlichen Leistungen verhindern.“

Die hier verwendeten Begrifflichkeiten Tierärzte/Ärzte/Zahnärzte sind austauschbar. In allen Gebührenordnungen stellen

TS: Die Nr. 1 vom Weltmarktführer*



*nach Stückzahl

**je TS SA Implantat, zzgl. MwSt.

- ⦿ Wenn es kompliziert wäre - wäre es nicht die Nr.1
- ⦿ Wenn die Qualität nicht stimmen würde - wäre es nicht die Nr. 1
- ⦿ Wenn es zu teuer wäre - wäre es nicht die Nr. 1
- ⦿ Und weil es die Nr. 1 ist, können auch Neu-Kunden direkt von unseren effizienteren Produktionskosten profitieren!



✉ bestellung@osstem.de

☎ +49 (0)6196 777 5501

🌐 www.osstem.de

Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff mit dem Praxistipp

Wie wird die Verbandplatte bei chirurgischem Eingriff berechnet?

Schienen als Verband- oder Verschlussplatten nach GOÄ-Nr. Ä 2700 werden zum mechanischen Verschluss und/oder zur Kompression einer Wunde, z. B. Nachblutungsgefahr, meist im oralchirurgischen Bereich eingesetzt. Diese Leistung beschreibt also „bedeckende, abschirmende oder formende“ Hilfsteile als intraorale Elemente, ganz im Gegensatz zur Ä2701 GOÄ, die eindeutig extraorale Elemente subsumiert. Verbandplatten nach Nrn. 2700 und 2701 werden zur Wundversorgung und zum Wundschutz zur Sicherstellung der Nahrungsaufnahme bei einer Vielzahl von zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen in der Mundhöhle benötigt.

Indikationen sind z. B. die Entfernung von palatinal retinierten Zähnen im Oberkiefer, Versorgung der eröffneten Kieferhöhle bei Zahnentfernungen (Mund-Antrum-Verbindung) in Einzelfällen wie z. B. bei Blutgerinnungsstörungen, operative Entfernung von Geschwülsten (z. B. Papillomatose am Gaumen), Schlotterkammexzision, Entfernung von Exostosen (z. B. Torus palatinus), Vestibulumplastik mit sekundärer Epithelisation, Schleimhautplastik und Schleimhauttransplantation in der präprothetischen Chirurgie, Eingriffe bei Patienten mit medikamentös induzierten Blutungsneigungen (z. B. Marcumar), Eingriffe bei Patienten mit hämorrhagischen Diathesen etc.

Eine Verbandplatte wird in der Regel auf einem zuvor gewonnenen Modell des Kiefers im Tiefziehverfahren hergestellt. Verstärkungen durch Autopolymerisat und Halteelemente können angebracht werden. Verbandsplatten nach Nr. 2700 sind nach entsprechender Anweisung zur Durchführung der Mundhygiene vom Patienten selbst einzubringen und zu entfernen.

GOZ 2700

Mit der Leistung nach Nr. 2700 wird das Anlegen von intraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen am Ober- oder Unterkiefer beschrieben. Auch das Einbringen eines Hypomochlions bei Kiefergelenksluxation (Anlegen einer ... Vorrichtung bei Kieferklemme) oder die Eingliederung eines Monoblocks zur posttraumatischen funktionellen Behandlung der Mundöffnung bei Kiefergelenkfrakturen werden mit dieser Leistung beschrieben.

GOZ 2701

Weitergehende Maßnahmen werden mit Nr. 2701 beschrie-

ben. Hierunter ist das Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen beschrieben und das intraorale Anlegen einer Verband- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen.

Intraorale Verbandsplatten nach Nr. 2701 sind selten erforderlich, können aber z. B. bei präprothetischen oder anderweitig indizierten Vestibulumplastiken mit oder ohne Schleimhauttransplantationen in Betracht kommen, wenn die Verbandplatte mit Knochenschraube(n) fixiert werden muss.

Ä2700

Die Gebührennummer Ä2700 ist generell zu berechnen für jede Art von Behandlungsmittel mit dem Charakter einer Stütz-, Halte- oder Hilfsfunktion, auch für eine Verbandplatte oder eine Verschlussplatte oder eine Pelotte.

Die Verbandplatte nach GOÄ 2700 ist im Abschnitt „IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aufgeführt und gemäß §6 (2) GOZ dem Zahnarzt ausdrücklich und uneingeschränkt zugänglich.



Bitte beachten

Abrechnung PKV-Patient: GOÄ 2700 + Abformmaterial + Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ

Abrechnung GKV-Patient: BEMA-Nr. GOÄ 2700, zuzüglich Material- und Laborkosten.
Beachten Sie strikt die Richtlinien und das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGBV.

Bei einer chirurgischen Maßnahme, die nicht zur Vertragsleistung gehört, muss auch die Verbandplatte mit dem Versicherten privat nach § 8 Abs. 7 BMV-Z vereinbart werden.



Auch unterschiedliche Interpretationen und Vorgaben der jeweiligen Landes-KZVen sind zu beachten, wobei Sie bitte nach den Vorgaben Ihrer zuständigen KZV die Abrechnung vornehmen:

- a) Abrechnung direkt über die konservierend-chirurgische Abrechnung oder
- b) über das Kieferbruchformular (wie bei einer Aufbisschiene)

Gegebenenfalls anfallende zahnärztliche Leistungen des BEMA und des geöffneten Teils des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind zusätzlich abrechenbar.

Auslagen, wie Praxisverbrauchsmaterial (Abformmaterialien, Kunststoff, Draht, weitere Schienungs- und Fixationselemente), Versandkosten an das gewerbliche Labor sind ebenso berechnungsfähig

wie auch die zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten z. B. für Stütz-, Halte- und Hilfsvorrichtungen oder Schienen/Schienungen).

KSA

ANZEIGE

FairWhite

hochfest - primärstabil - präparierbar

Das bewährte Keramikimplantat mit zwei Austrittsprofilen



So gelingt Ihr Keramikimplantologie Einstieg



Schulter

Parallel

Zwei Austrittsprofile!
Hier Vorteile sehen!



Krestale Knochenneubildung durch ein Konzept des mikrostrukturierten Backtapers

Ein Beitrag von Jörg Neugebauer^{1,3,4}, Steffen Kistler¹, Ingo K. Frank¹, Frank Kistler¹, Günter Dhom^{2,3}

Das Implantatdesign wird immer wieder weiterentwickelt, damit die Erfolgsquoten optimiert und Risiken minimiert werden. Es zeigen aber nicht alle Entwicklungen einen Vorteil, da mit manchen Systemänderungen auch nachteilige Effekte auftreten können. Daher ist eine Symbiose von verschiedenen Faktoren besonders am Übergangsbereich von Knochen zu Weichgewebe notwendig, um eine langzeitstabile und risikofreie periimplantäre Hart- und Weichgewebssituation zu erreichen.

Der Langzeiterfolg enossaler Implantate wird durch die Stabilität des periimplantären Knochenniveaus bestimmt. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Ansätze des Implantatdesign im krestalen Bereich stark verändert.²² Ging man zu Beginn der modernen Implantologie davon aus, dass sich ein transgingivales Design mit einer weiten Entfernung der Aufbauanschlussstelle vom Knochenniveau vorteilhaft zeigt, ist heute bekannt, dass der mikrostrukturierte Anteil wesentlich für die Ausbildung der Osseointegration und die Stabilität des Knochenniveaus ist.^{7,26} Somit wurden die Bereiche des polierten Randes am Implantat zunehmend verkleinert und der raue Anteil je nach Konzeption der Implantat-Aufbau-Verbindung extendiert. Die ersten Systeme mit einer solchen rauen Oberfläche wurden wegen des Risikos des Ausbildens einer Periimplantitis kritisch beurteilt, da eine raue Oberfläche als Prädiktionsfaktor für eine mikrobiologische Besiedlung gesehen wurde.³ Es hat sich aber gezeigt, dass das Periimplantitisrisiko nicht alleine von der Rauigkeit der Oberfläche bestimmt wird, sondern auch von der dreidimensionalen Struktur. So zeigen Implantate mit einer substraktiv hergestellten gestrahlten oder gestrahl-geätzten Oberfläche weniger biologische Komplikationen als Implantate mit einer additiven Oberfläche durch Beschichtung oder anodischer Oxidation.^{1,9}

Durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Ausbildung der Osseointegration wurden die Implantatoberflächen weiterentwickelt, da man erkannt hat, dass eine Mikrostrukturierung zur verbesserten Knocheneinheilung führt. Somit wird auch der mechanistische Ansatz, dass lange und großvolumige Implantate günstiger für den Langzeiterfolg sind, verlassen. Dies hat auch dazu geführt, dass die Einheilzeiten nicht mehr von der Lokalisation mit Ober- und Unterkiefer differenziert werden, sondern die Stabilität im jeweiligen Knochenlager relevant ist. Im Laufe der

Jahre hat sich auch gezeigt, dass die Anforderungen des Bindegewebes an die Mikrostrukturierung der Oberfläche und des Knochens unterschiedlich sind. Die Knochenzellen benötigen eine dreidimensionale, mikro und nanoporige Mikrostrukturierung, während das subepitheliale Weichgewebe eher eine zweidimensionale raue Mikrostrukturierung für die Adhäsion benötigt. Allerdings kann sich der Knochen auch auf dieser nur zweidimensional ausgeprägten mikrostrukturierten Oberfläche anlagern, da die Osteoblastenausläufer sich in den Poren ansetzen können. Zum anderen benötigt das subepitheliale Bindegewebe eine rauere Struktur zu Adhäsion im Vergleich zum Epithel. Neben dem geringen Potenzial einer Knochenanlagerung an eine glatte Implantatoberfläche führt dies auch zu einem Epitheltiefenwachstum, sodass eine tiefere periimplantäre Weichgewebstasche bei Implantaten mit einem polierten Implantatanteil beobachtet

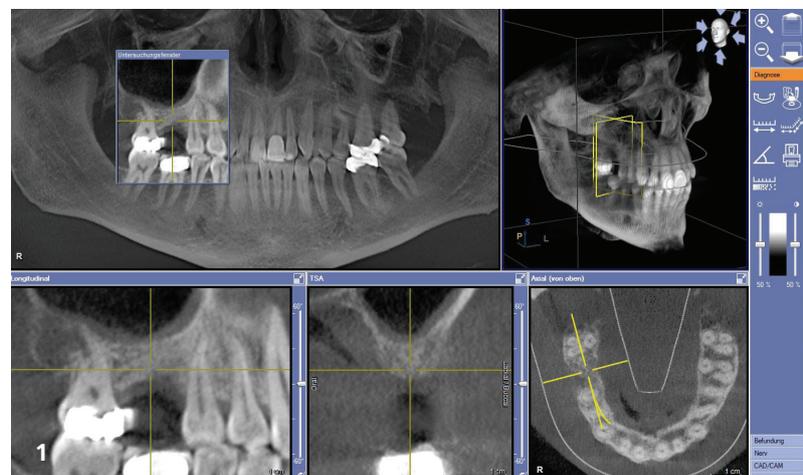


Abb. 1: DVT zur präoperativen Bestimmung des qualitativen und quantitativen Knochenangebotes.

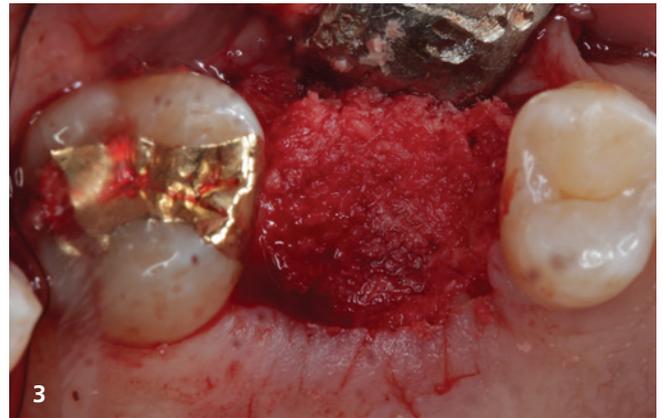
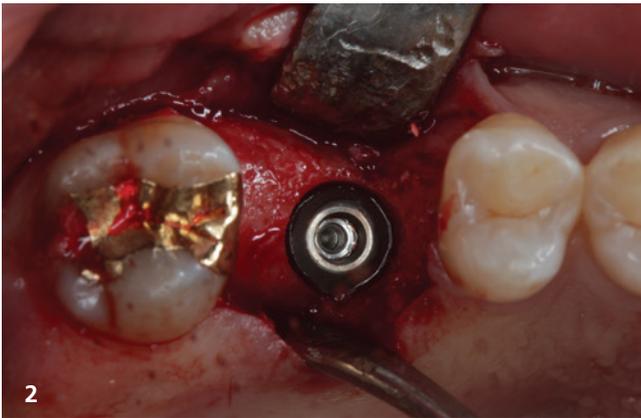


Abb. 2: Subkrestale Positionierung des kurzen Implantates (copaSKY, D5 L5, 2 mm, bredent medical, Senden). – **Abb. 3:** Überschichtung der offenen Bereiche des Implantatlagers mit den bei der Implantatbettaufrbereitung gesammelten Knochenspänen

wird, insbesondere wenn diese epi-oder sogar subkrestal gesetzt werden.

Durch selbstschneidende Implantate, die mit einer Gewebedichte-orientierten Knochenaufbereitung eingesetzt werden, kann auch im spongösen Knochenlager eine Verkürzung der Phase zum Erreichen der Osseointegration von den klassischen drei bis vier Monaten erreicht werden.²⁰ Diese Überlegungen zeigen sich auch in den positiven Ergebnissen bei der Anwendung von durchmesserreduzierten oder kurzen bzw. ultrakurzen Implantaten. Mit diesem modernen Implantatdesign ist auch der in der Literatur postulierte Verlust an Stabilität nach 2 bis 4 Wochen nicht mehr gegeben, wie verschiedene Studien gezeigt haben. So kann eine Sofortversorgung erfolgen, die auch zu einem früheren Remodelling und einer stabileren Ausprägung der Osseointegration führt. Da bei einem solchen Vorgehen das Trauma an der Gingivalmanschette durch das wiederholte Wechseln der Prothetikkomponenten reduziert wird, ist ein stabileres peri-implantäres Knocheniveau zu erwarten.²⁴

Mit der Entwicklung der konischen Implantat-Aufbau-Verbindung alternativ zur weiteren Verbreiterung der internen Steckverbindungen wurde das sogenannte Plattform-Switch propagiert, um ein stabileres Knocheniveau zu erreichen.¹³ Die tierexperimentellen Grundlagenstudien wurden damals aber noch mit zylindrischen Implantaten mit einem 90°-Winkel und einem maschinieren Rand durchgeführt, die epikrestal gesetzt wurden.^{19,25} Die Kombination dieser Faktoren führte je nach Implantatdesign zu widersprüchlichen Ergebnissen, die intensiv diskutiert wurden. Als alleiniger Vorteil des Plattform-Switchs wurde der kleinere Durchmesser im Durchtrittsprofil des Aufbaus angenommen. Hier zeigen sich zwei Effekte, zum einen die Anlagerung des Weichgewebes auf der Implantatoberkante, sodass sich bei einer Kompression des Weichgewebes durch Abgleiten des Speisebolus zu keinem Ablösen des epithelialen Attachments kommt. Der weitere Vorteil zeigt sich in einer höheren Ausbildung des Weichgewebes über dem Knocheniveau, sodass durch die höhere Stärke des Weichgewebes eine bessere Ernährung des Gewebes angenommen wird.^{8,10}

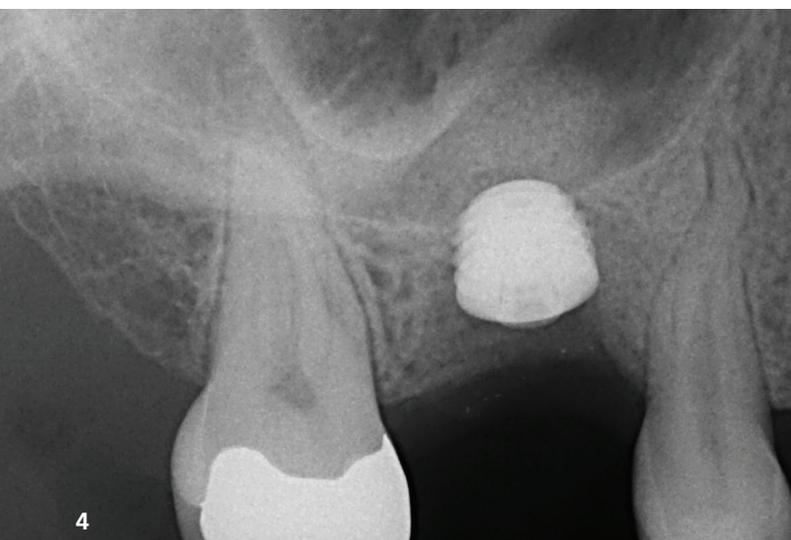


Abb. 4: Röntgenkontrolle des minimalinvasiv durchgeführten internen Sinusliftes. **Abb. 5:** Reizlose Weichgewebsverhältnisse zwei Wochen nach Freilegung bei tiefer Implantatposition.



Abb. 6: Herstellung einer Zirkonoxidkrone auf einen präfabrizierten Hochleistungspolymeraufbau (Sky elegance Abutment, bredent medical, Senden). – **Abb. 7:** Verklebte Hybridkrone mit idealtypischer Konfiguration des Emergenz-Profils.

Die Dynamic der Kaukräfte führt zu hohen Belastungen der Implantat-Aufbau-Verbindung und des Implantalhalses. Besonders bei Implantatsystemen mit einer innen liegenden Rotationssicherung und konischer Verbindung wird im krestalen Bereich eine ausreichende Wandstärke für die Stabilität des Implantates benötigt.¹³ Dies resultiert häufig in einer Stufe oder einem geringer ausgeprägten Gewindedesign. Zudem zeigt sich die Atrophie in der Regel so, dass der Kieferkamm krestal deutlich schmaler wird und somit augmentative Maßnahme zur Ausbildung eines ausreichenden Knochenlagers notwendig werden.

Bei Implantaten mit Platform-Switch zeigt ein rechtwinkeliges oder gar ausladendes scharfkantiges krestales Implantatdesign aber keinen Vorteil für die Stabilität des Implantatkörpers, da der äußere Anteil von den lateralen Krafteinleitungen nicht weiter belastet wird. Zudem erhöht dies die Anforderungen an die Breite des horizontalen Knochenangebots. Bei geringen Implantatdurchmessern mit scharfkantigem Implantatdesign können die Kaufkräfte sogar zu Druck auf den kortikalen Knochen führen, was in der Regel zu dessen Abbau führt.²¹

Bei einer Verjüngung des Implantalhalses wird die mechanische Stabilität des Implantatkörpers nicht oder nur unwesentlich beeinflusst, aber die Friktion zum ortsständigen Knochen reduziert. Diese kann mit zunehmendem Durchmesser stärker ausgeprägt

werden, wodurch auf dem sogenannten „Backtaper“ die Möglichkeit entsteht, Knochenspäne aufzulagern und die Osseointegration zu unterstützen.⁶

Da die Oberflächenstruktur für die Anlagerung des subepithelialen Bindegewebes und des Knochens in der Übergangszone von großer Bedeutung ist, sollte das Backtaper somit mit einer rauen feinporigen Struktur versehen sein, die sich am besten durch eine Säureätzung erreichen läßt.¹¹ Somit besteht die Möglichkeit, dass sich je nach Positionierung des Implantats nicht nur das Weichgewebe anlagern, sondern auch Knochen auf dem Backtaper bilden kann.¹² Diese Knochenneubildung ermöglicht gerade bei einem abgeschrägten Kieferkamm, dass keine Nivellierung auf ein Knochenplateau notwendig wird und somit alle vertikalen Anteile des Kieferkamms erhalten werden.

Im Rahmen einer Multicenter-Studie konnte festgestellt werden, dass bei der Positionierung eines Implantats mit Backtaper darauf zu achten ist, dass der Startpunkt des Backtapers auf jeden Fall subkrestal positioniert wird, um eine stabile Auflagerung von Knochenspänen zu ermöglichen.¹⁷ In einer Vergleichsstudie mit 48 Implantaten mit einer Nachbeobachtungszeit von bis zu 3,3 Jahren konnte bei den Implantaten, die diese Anforderung erfüllten, ein Knochenwachstum von $0,8 \pm 0,851$ mm über alle Implantate beobachtet werden. Implantate, bei denen der mikro-



Abb. 8: Eingesetzte Abutmentkrone vor dem Verschluss des Schraubenkanals. – **Abb. 9:** Eingliederte Abutmentkrone mit Gestaltung des periimplantären Sulkus durch Zirkonoxidkeramik.

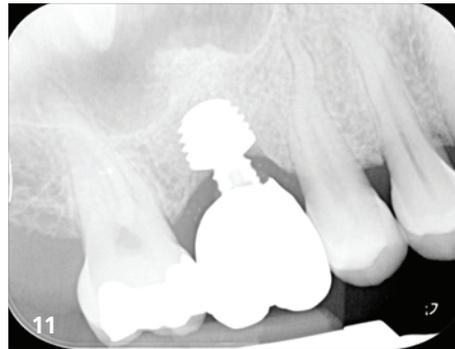


Abb. 10: Röntgenkontrolle der eingesetzten Krone mit weiterer Konsolidierung des Knochenträgers durch den internen Sinuslift. – **Abb. 11:** Verlaufskontrolle 4,8 Jahre nach Versorgung mit Ausbildung des Knochens auf der Oberkante des Backtapers.

strukturierte Backtaper oberhalb des marginalen Knochniveaus positioniert wurde, zeigten einen leichten Knochenabbau von $0,3 \pm 0,626$ mm wie bei Standardimplantaten üblich.⁴

Die individuelle subkrestale Positionierung muss bei der Implantatplanung und Auswahl des Implantatkörpers berücksichtigt werden, da diese Positionierung dazu führt, dass die Implantate näher als bei einer epikrestalen Positionierung an die anatomisch relevanten Strukturen gesetzt werden.¹⁵ Sofern mit einem System mit Bohrerstopps gearbeitet wird, muss mit einem kürzeren Bohrerstopp gearbeitet werden, damit das Implantat tiefer inseriert werden kann. Praktisch heißt dies: Für das Setzen eines 10 mm-Implantats wird ein Bohrerstopp für ein 12 mm-Implantat verwendet. So kann der Startpunkt des Backtapers in der richtigen Position leicht subkrestal gesetzt werden.⁵

Diskussion

Die dentalen Implantate haben sich in den letzten 50 Jahren deutlich weiterentwickelt und sind in ihrer Anwendung sehr zuverlässig geworden. Da es aber immer wieder nicht zu idealen Ergebnissen kommt, wurden in der Vergangenheit verschiedene Konzepte der Optimierung des transgingivalen Implantatdesigns verfolgt.¹⁸ Jedoch ergeben sich mit einem neuen Design auch weitere Produkteigenschaften, die wieder neue Probleme aufwerfen. So zeigen die Entwicklungen für die Anwendung an einem abgeschrägten Kieferkamm ein idealtypisch oder ein beidseitiges abgeschrägtes oder sogenanntes scalloped Halsdesign.^{16,23} Diese Implantate haben sich aufgrund der Gewindesteigung nur schwierig in der korrekten Position platzieren lassen. Zum Ausgleich dieser Problematik wurde bei diesen Systemen mit einer feinen Gewindesteigung reagiert, die aber einen zu kleinen Raum innerhalb der Gewindeflanken zeigt und somit die Einlagerung einer funktionellen Knochenstruktur mit der Ausbildung von Havers'schen Kanälen für die Ernährung der Osteonen nicht ermöglicht.² Daher ist neben dem Halsbereich auch das Gewindeprofil besonders bei kurzen Implantaten relevant, das aber auch nicht zu tief ausgeprägt sein darf, da sonst eine Periimplantitis-therapie kaum noch erfolgreich erbracht werden kann, da sich das Granulationsgewebe nicht mehr entfernen lässt.¹⁴

Klinische Relevanz

Weiterentwicklungen sind in der Implantologie auch heute noch wichtig und optimieren das Ergebnis der Therapie, wenn die Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung und von wissenschaftlichen Studien klinisch relevant auf das Implantatdesign sowie die chirurgische und prothetische Anwendung übertragen werden. Wie die klinische Erfahrung und erste wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, scheint der mikrostrukturierte Backtaper in Kombination mit der subkrestalen Insertion der Implantate eine Möglichkeit zu sein, nicht nur den Knochenabbau zu verhindern, sondern sogar eine Knochenneubildung zu erreichen, die das Implantat umschließt.¹⁷ Diese Ergebnisse müssen durch weitere wissenschaftliche Studien bestätigt werden.



Kontakt

Prof. Dr. Jörg Neugebauer^{1,3,4}
 Dr. Steffen Kistler¹
 Dr. Ingo Frank¹
 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

Stark atrophierter Ober- und Unterkiefer: Rehabilitation mit minimalinvasiven Techniken

Ein Beitrag von Eduardo Anitua, D.D.S., M.D., Ph.D.

Mit Zahnimplantaten werden inzwischen vorhersehbar hohe Erfolgsraten bei der Rehabilitation des vertikal oder horizontal mehr oder weniger schwer atrophierten Alveolarkamms erzielt – ob mit Einzelkronen, Brücken oder prothetischen Komplettlösungen.¹⁻³ Die Fortschritte in der Entwicklung von Implantaten resultierten in vielseitigen Lösungen für alle nur denkbaren klinischen Problemstellungen, die sich durch eine hohe Effizienz bei geringerer Komplexität und Morbidität als konventionelle Methoden auszeichnen.^{4,5} Sehr viele Patienten haben bereits von einer Implantatbehandlung profitiert, und ihre Zahl steigt täglich weiter an.⁵

Doch wie bei allen restaurativen Ansätzen kommt es auch hier zu Misserfolgen, aufgrund mechanischen Versagens (Fraktur von Komponenten oder Implantaten) oder entzündlicher Prozesse (Periimplantitis), was überwiegend der Fall ist.^{6,7} Nach einer fehlgeschlagenen Implantatbehandlung erhöht sich meist durch den Knochendefekt – entstanden durch die Entzündung oder die dadurch notwendig gewordene Entfernung des Implantats – die Komplexität für eine Neubehandlung, besonders bei schweren Knochenatrophien mit geringem Restknochenvolumen.⁸⁻¹⁰

Insbesondere in diesen letzteren Fällen gewinnen minimalinvasive Techniken erheblich an Bedeutung.¹¹⁻¹⁴ Im Oberkiefer ist unter Verwendung von kurzen und extrakurzen Implantaten und mit einem transkrestalen Sinuslift eine Implantatinsertion auch noch in den extremsten Situationen möglich, wodurch besondere Maßnahmen zum Restknochenaufbau und hochkomplexe operative Eingriffe vermieden werden können.¹¹⁻¹⁴ Ultrakurze und extrakurze Implantate sowie die Platzierung von Implantaten über dem Mandibularkanal (wobei dieser als Verankerung dient) können eine Alternative sein.¹⁵⁻¹⁷

Bei einem horizontalen Knochendefekt können schmale Implantate mit reduzierter Plattform und geringerem Durchmesser verwendet werden.^{18,19} Wenn die Atrophie im Ober- oder Unterkiefer bereits extrem weit fortgeschritten ist, müssen unter Umständen alle diese Techniken gemeinsam eingesetzt werden. So auch in dem hier vorgestellten klinischen Fall, in dem in beiden Kiefern ein vertikaler und horizontaler Knochendefekt vorlag. Hier kamen mehrere minimalinvasive Verfahren zum Einsatz – bei der Insertion der Implantate wie bei deren restaurativer Versorgung.

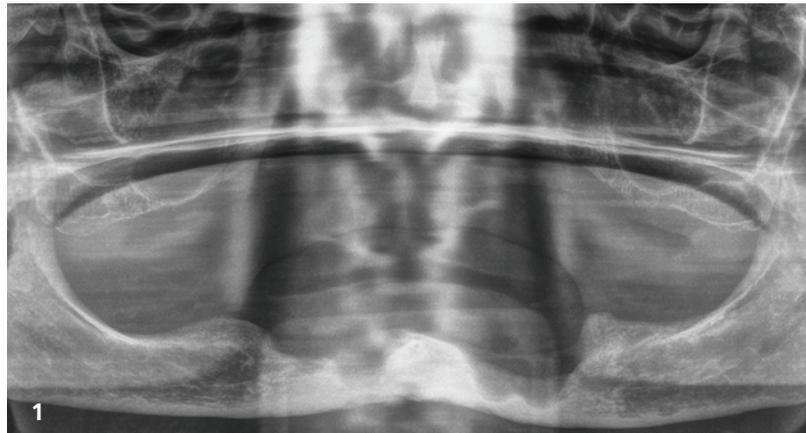


Abb. 1: Röntgenbild der Ausgangssituation mit Knochendefekten im Unterkiefer aufgrund einer Periimplantitis und verringertem Knochenvolumen im Oberkiefer.

Der Fall

Eine 72-jährige Patientin stellte sich mit dem Wunsch nach einer implantatgetragenen Versorgung vor. Unter ihrer früheren implantatgetragenen Unterkieferprothese hatte sich eine Periimplantitis entwickelt. Nach dem Versagen der Implantate hatte der vertikale Knochenabbau im Unterkiefer weiter zugenommen. Im Oberkiefer hatte langjährige Zahnlosigkeit ebenfalls zu einer starken Knochenresorption geführt. Auf dem Röntgenbild der Ausgangssituation ist der Knochendefekt im Unterkiefer zu erkennen. Er war so weit fortgeschritten, dass er bereits teilweise die Stabilität des Basalknochens gefährdete. Der Knochenschwund im Oberkiefer war ebenfalls erkennbar (Abb. 1). Nach dem Herausnehmen der oberen und unteren Teilprothese zeigte



Abb. 2 und 3: Klinische Aufnahmen der Ausgangssituation. Herausnehmbare Totalprothesen in Ober- und Unterkiefer. – **Abb. 4 und 5:** Intraorale Ausgangssituation ohne die Prothesen. Ohne den Zahnersatz werden der vertikale anterosuperiore Defekt und der interokklusale Abstand deutlich und illustrieren den Höhenverlust im Ober- und Unterkiefer.

sich klinisch der vertikale Knochenabbau in beiden Kiefern – insbesondere der anteroinferiore Defekt im Unterkiefer (Abb. 2–5).

Für die weitere Diagnostik wurde eine digitale Volumentomografie (DVT) angefertigt, um das Restknochenvolumen zu bestimmen und Möglichkeiten zur Rehabilitation der Patientin zu evaluieren. Bei der dreidimensionalen Rekonstruktion des Unterkiefers waren mehrere Defekte im interforaminalen Bereich zu beobachten, die teilweise bis zum Basalknochen reichten und somit auch die strukturelle Integrität des Unterkiefers beeinträchtigten. Im vierten Quadranten war zudem der N. dentalis betroffen, der in den Bereichen mit der stärksten Knochenresorption frei lag und nur von Weichgewebe bedeckt wurde

(Abb. 6 und 7). Der Querschnitt durch die am stärksten betroffenen Bereiche zeigte, dass nur noch wenige Millimeter Restknochenhöhe vorhanden waren (Abb. 8 und 9).

Nach gestellter Diagnose wurde die Insertion von Implantaten geplant. In Bereichen mit größerer Knochenhöhe wurde die Insertion von extrakurzen und schmalen Implantaten geplant, während in den Bereichen mit stärkerer horizontaler Resorption Implantate mit reduzierter Plattform und einem Durchmesser von 3,0 mm vorgesehen wurden (Abb. 10–12).

Nach dem Setzen konnten vier der sechs Implantate sofort mit einem Gelenksteg belastet werden, weil bei der Insertion eine

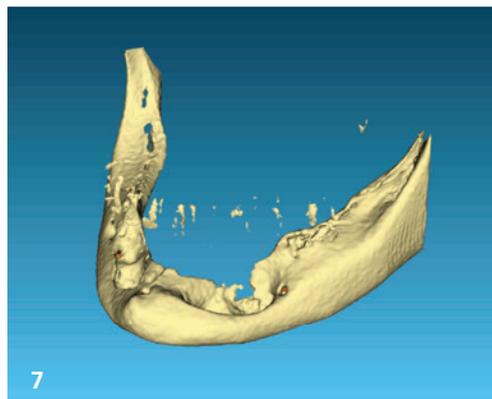
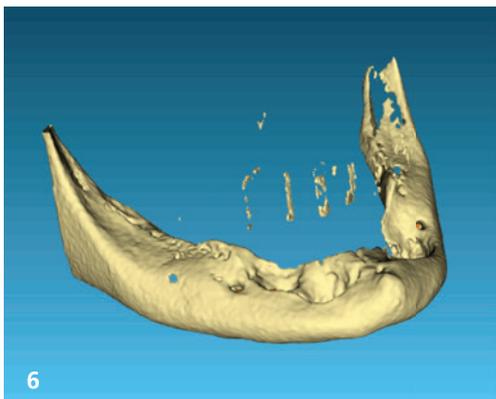


Abb. 6 und 7: Dreidimensionale Darstellung des Unterkiefers mit besonderer Hervorhebung der am stärksten involvierten Bereiche.

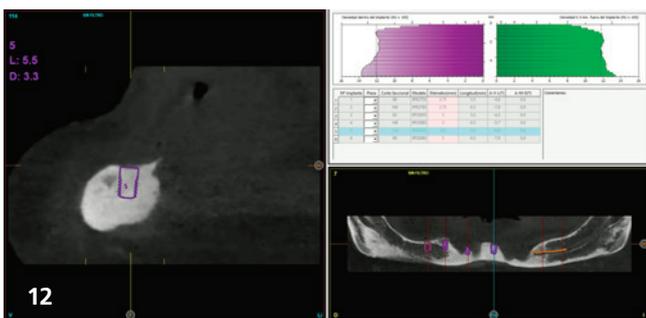
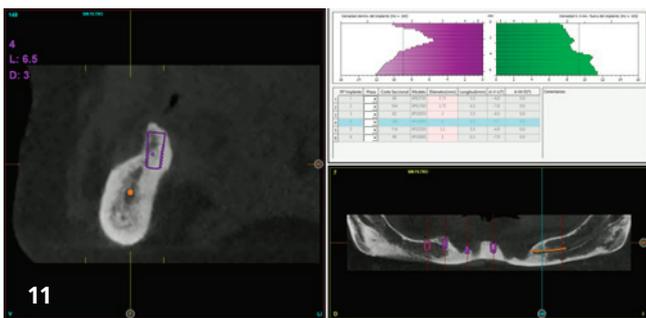
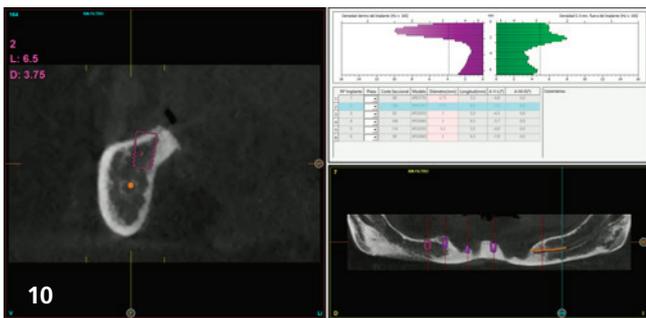
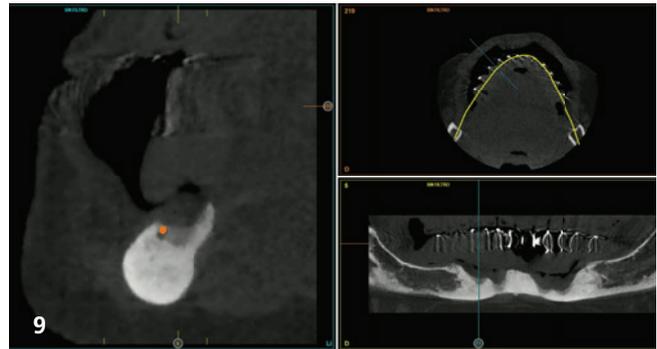
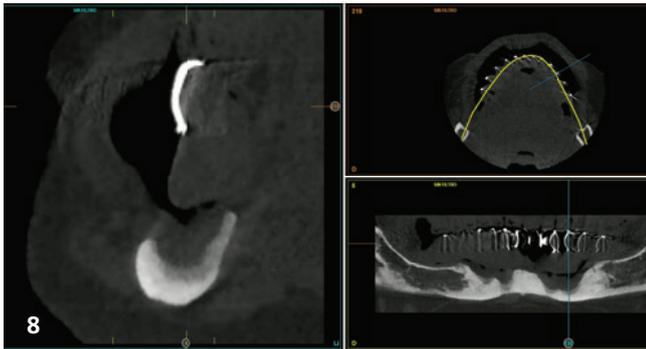


Abb. 8 und 9: Durch die Periimplantitis verursachte Resorption in den Defektbereichen mit Beteiligung des Mandibularkanals im vierten Quadranten, der jetzt direkt unter dem Weichgewebe verläuft. – **Abb. 10–12:** Planung der extrakurzen und schmalen Implantate im Unterkiefer mit reduzierter Plattform (3,0 mm).

ausreichende Primärstabilität (> 20 Ncm) erzielt wurde und es möglich war, die beiden Implantate mit einem geringeren Eindrehmoment (die am weitesten distal stehenden) erst in einer zweiten Phase zu belasten. Die nach diesem Konzept gestaltete Prothese konnte bereits zwölf Stunden nach der Operation eingegliedert werden (Abb. 13–15).

Nachdem die erste Versorgung des Unterkiefers abgeschlossen war, folgte die eingehendere Untersuchung des Oberkiefers. Im diagnostischen DVT war eine extreme Atrophie in Höhe und Breite im Bereich, der der Prämaxilla entspricht, zu beobachten. Teilweise betrug die Kammbreite nur noch 2 mm und die Höhe zwischen 3 und 4 mm. Um in diesem Bereich direkt implantieren zu können, wurden ein Sinuslift durchgeführt und extrakurze Implantate mit schmaler Plattform verwendet (Abb. 16 und 17).

Für den Sinuslift wurde die von unserer Studiengruppe beschriebene Technik angewandt,²⁰ bei der sämtliche Bohrungen biologisch geführt erfolgen.^{21–22} Mit Bohrern zunehmenden Durchmessers wurde ein Implantatstollen geschaffen und der Sinusboden mit einem speziellen frontschneidenden Bohrer perforiert. Mit einem solchen Bohrer lässt sich die basale Kortikalis der Kieferhöhle entfernen, ohne die innere Membran, die sie bedeckt, zu beschädigen. Die Schneidklingen des Bohrers sind vorn kreisförmig auf der Achse angeordnet und auf einem Zylinder ohne Schneidfunktion montiert. Mit diesem Konzept kann man ausschließlich in apikaler Richtung bohren, ohne die nasale Membran zu beschädigen.

Nach Darstellung der Kieferhöhlenwand wird diese mit einem speziellen Instrument vorsichtig angehoben und abgelöst, um das Implantat einzusetzen. Je nachdem, wie viel Knochenvolumen in diesem Bereich geschaffen werden soll, kann zuvor entweder ein Augmentat eingesetzt werden (meist autologer Knochen, der durch Bohren mit Endoret-PRGF gewonnen wird, autologes Fibrin oder Biomaterial) oder direkt das Implantat, wobei die Spitze des Implantats die dargestellte Höhe bis zur Knochenneubildung erhält. Im übrigen Oberkiefer werden kurze und extrakurze Implantate für die Seitenzahnbereiche und diameterreduzierte Implantate (3,0 mm) für die Bereiche mit geringerer Knochenbreite gewählt (Abb. 18–21).

Auf diese Weise lässt sich ein minimalinvasiver Ansatz für die Implantatbehandlung im gesamten Oberkiefer realisieren, ohne auf traditionelle Augmentations- und Regenerationstechniken zurückgreifen zu müssen, was nur die Patientenmorbidity und die Zahl der notwendigen erforderlichen chirurgischen Eingriffe erhöht hätte.

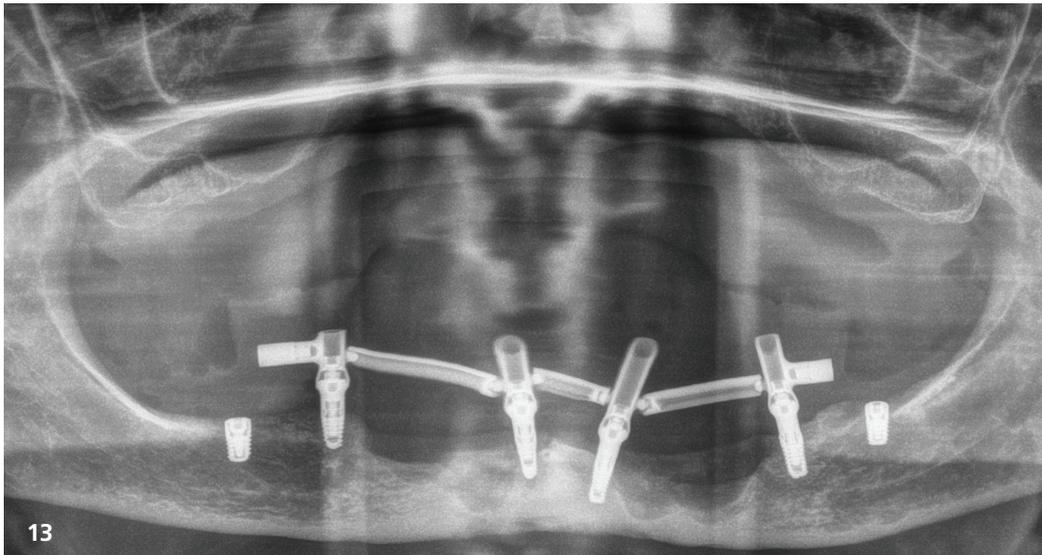


Abb. 13: Panoramaaufnahme mit der sofortbelasteten Prothese auf den vier Implantaten im Frontzahnbereich mit angeschlossenen Gelenkstegen.

Alle im Oberkiefer gesetzten Implantate wurden nach der Insertion in zwei Phasen belastet, zunächst mit einem Provisorium auf Gelenkstegen. Fünf Monate später folgte die zweite Phase mit Eingliederung einer Prothese mit progressiver Belastung für den Oberkiefer, ebenfalls auf Gelenkstegen wie das erste Provisorium. Gleichzeitig wurde auch eine neue provisorische Versorgung für den Unterkiefer angefertigt, die die in der ersten Phase nicht belasteten Implantate mit den anderen, belasteten Implantaten verblockte (Abb. 22–24). Diese Versorgung blieb einige Monate lang im Mund, um die Okklusion zu stabilisieren.

Sechs Monate nach Beginn der zweiten Phase wurde mit der Anfertigung der definitiven Versorgung begonnen. Dazu wurde ein Wax-up auf Grundlage der von der provisorischen Versorgung übertragenen Parameter erstellt und verschraubt. Dieses Wax-up wurde intraoral für den endgültigen Zahnersatz angepasst (Abb. 25 und 26). Nach Abschluss der Anpassungen wurde die endgültige, jeweils dreiteilige, Versorgung für den Oberkiefer und den Unterkiefer fertiggestellt. Dies ergab ein vorteilhaftes biomechanisches Verhalten in Okklusion und verringerte die Belastung des Knochens, die bei einer rigiden einteiligen Versorgung aufgetreten wäre (Abb. 27 bis 29).

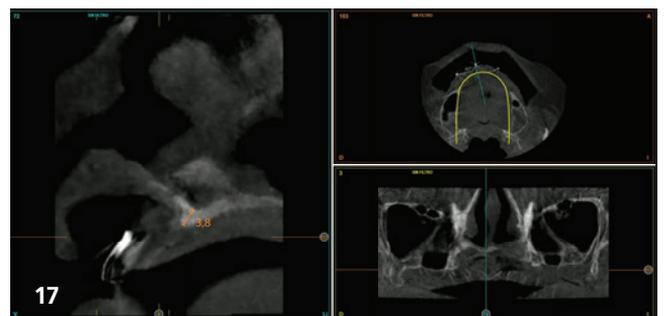
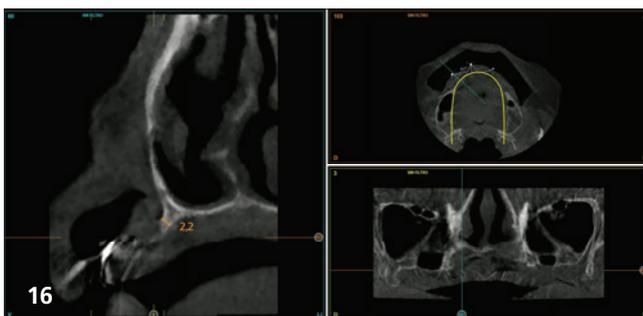


Abb. 14 und 15: Ansichten mit der sofortbelasteten Unterkieferprothese. – **Abb. 16 und 17:** Die Planungen für den Oberkiefer. In einigen Bereichen, wie dem hier ausgewählten, ist eine Breite von weniger als 3 mm und eine Länge von etwa 3–4 mm zu beobachten, sodass ein extrakurzes Implantat mit Sinuslift geplant wurde.

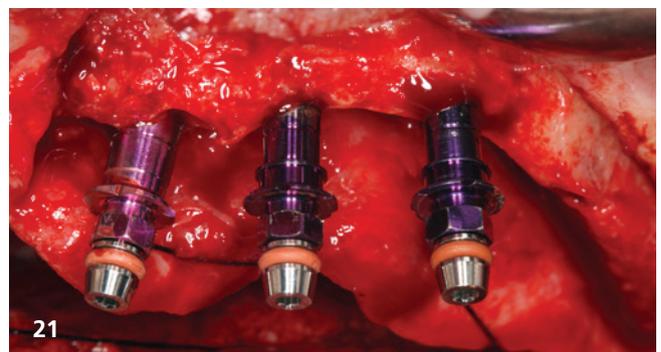
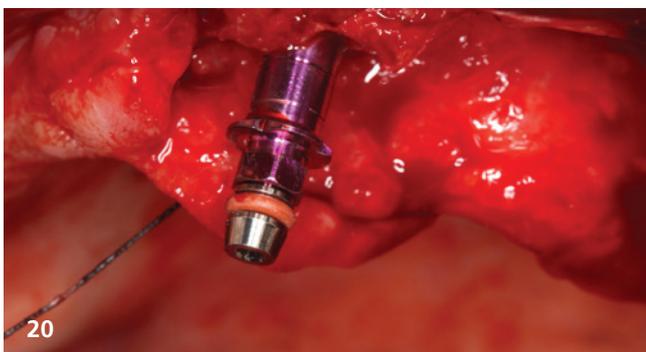
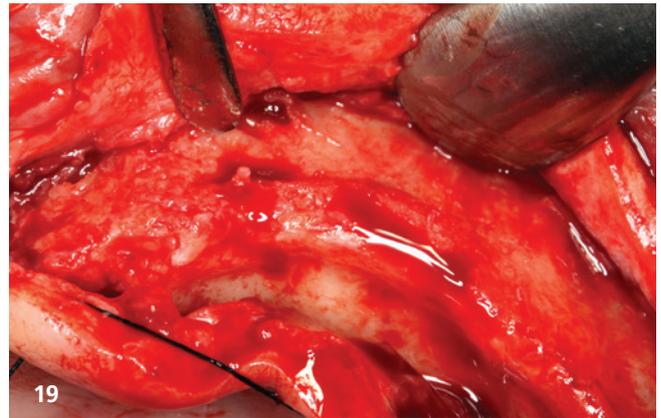
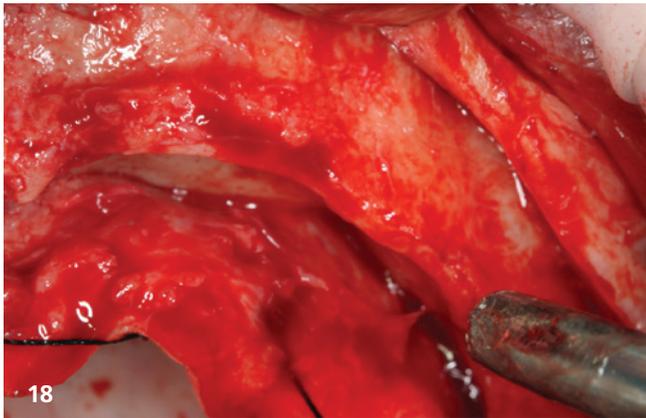


Abb. 18 und 19: Alveolarkamm mit angehobenem Lappen vor der Insertion der Implantate. Es ist ein extremer Knochenschwund zu beobachten, der praktisch über seine gesamte Ausdehnung einen scharfkantigen Alveolarkamm hinterlassen hat. – **Abb. 20 und 21:** Durchmesserreduzierte Implantate mit reduzierter Plattform. Der Restknochen wird vollständig geschont, ohne dass zuvor Maßnahmen zur Knochenaugmentation erforderlich gewesen wären. – **Abb. 22 und 23:** Stufenweise Belastung in Ober- und Unterkiefer.

Diskussion

Bei der Versorgung von Patienten mit starker horizontaler Kamm-atrophie muss für eine erfolgreiche Osseointegration mit günstiger Prognose das Implantat im bukkalen und im lingualen/palatalen Bereich von mindestens 1 mm Knochen umgeben sein.^{23–26} Die auf 3 mm verkleinerte Implantatplattform ermöglicht es, ohne zusätzliche Regenerationsmaßnahmen zum Knochenaufbau ein solches Knochenvolumen zu erhalten.²³

Bei einer schweren kombinierten vertikalen und horizontalen Atrophie ist die Verwendung kurzer und schmaler Implantate

ebenfalls eine sehr gut vorhersehbare Möglichkeit, Patienten minimalinvasiv zu rehabilitieren. Kurze und extrakurze Implantate sind eine sichere Option für die Rehabilitation von Ober- und Unterkiefer mit einer vertikalen Kammatrophie – eine Alternative zur komplexen Knochenaugmentation mit langfristigen Überlebensraten von über 98 Prozent.^{27–31} Auch bei schmalen Implantaten liegt die Überlebensrate laut veröffentlichten Studien zwischen 90 und 94 Prozent. Wenn man jedoch die Überlebensrate dieser Implantate selbst vor der der verwendeten Expansions- oder Regenerationstechniken trennt, die in der Regel mit der Verwendung dieser Implantate einhergeht, ist die Rate höher und erreicht in einigen Studien 100 Prozent.^{32–35}

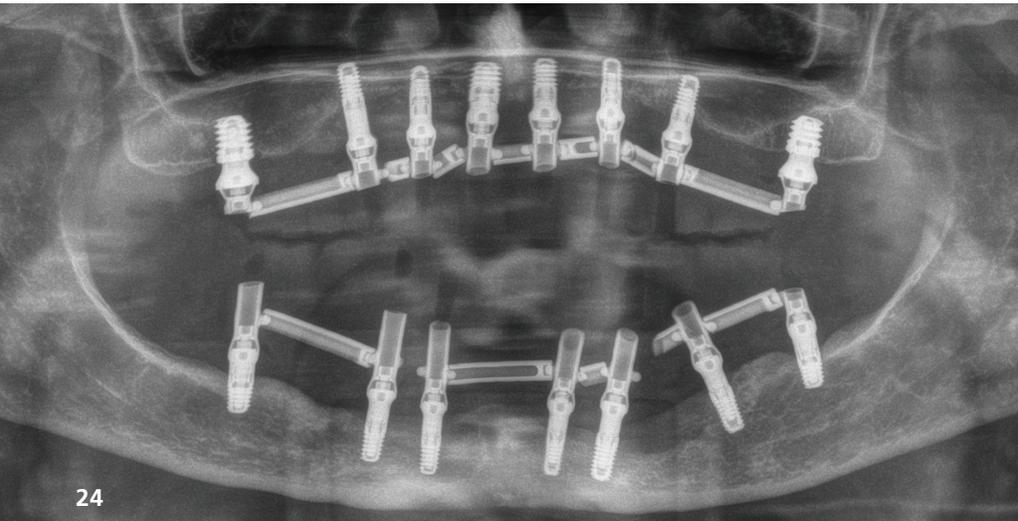


Abb. 24: Röntgenbild mit der Prothese mit progressiver Belastung in situ. Die Konstruktion mit vorgefertigten Stegen ermöglicht es, Prothesen schnell und effizient herzustellen und bei Bedarf Änderungen an den Strukturen und den Prothesen selbst vorzunehmen. – **Abb. 25 und 26:** Wax-up-Einprobe zur Anpassung der Okklusion und der ästhetischen Parameter vor der Fertigstellung des Zahnersatzes. – **Abb. 27 und 28:** Fertigstellung der beiden dreigeteilten Versorgungen.

24



25



26



27



28

Im vorliegenden Fall wurde neben der Insertion von kurzen, extrakurzen und schmalen Implantaten auch ein Sinuslift durchgeführt. Diese Technik ermöglicht zusammen mit einem neuartigen Insertionsprotokoll, das von unserer Studiengruppe entwickelt wurde,²⁰ die Behandlung in diesem Bereich auch in Fällen mit einem Restalveolarkamm von weniger als 10 mm Knochenvolumen (die bei den bisherigen Veröffentlichungen zum Sinuslift als Minimum vorausgesetzt wurde).^{36–37} Mit diesem neuen Ansatz und den extrakurzen Implantaten können kritische Situationen mit hervorragenden Ergebnissen bewältigt werden, wie der beschriebene Fall zeigt.

Abschließend sollte noch auf die Reversibilität dieser Implantatbehandlungen hingewiesen werden. Im beschriebenen Fall haben wir speziell im Unterkiefer beobachtet, wie durch verloren gegangene Implantate entstandene Defekte die Integrität des Unterkiefers beeinträchtigt und die Rehabilitation des Patienten gefährdet haben. Immer wenn eine Implantatbehandlung durchgeführt wird, muss man auch an die künftige Entwicklung denken und damit an die Auswirkungen, die die Implantate auf den Knochen haben werden, falls die Behandlung fehlschlägt oder ein Implantat ersetzt werden muss. Wenn man möglichst wenig Knochenvolumen in Anspruch nimmt, ist auch die Gefahr eines

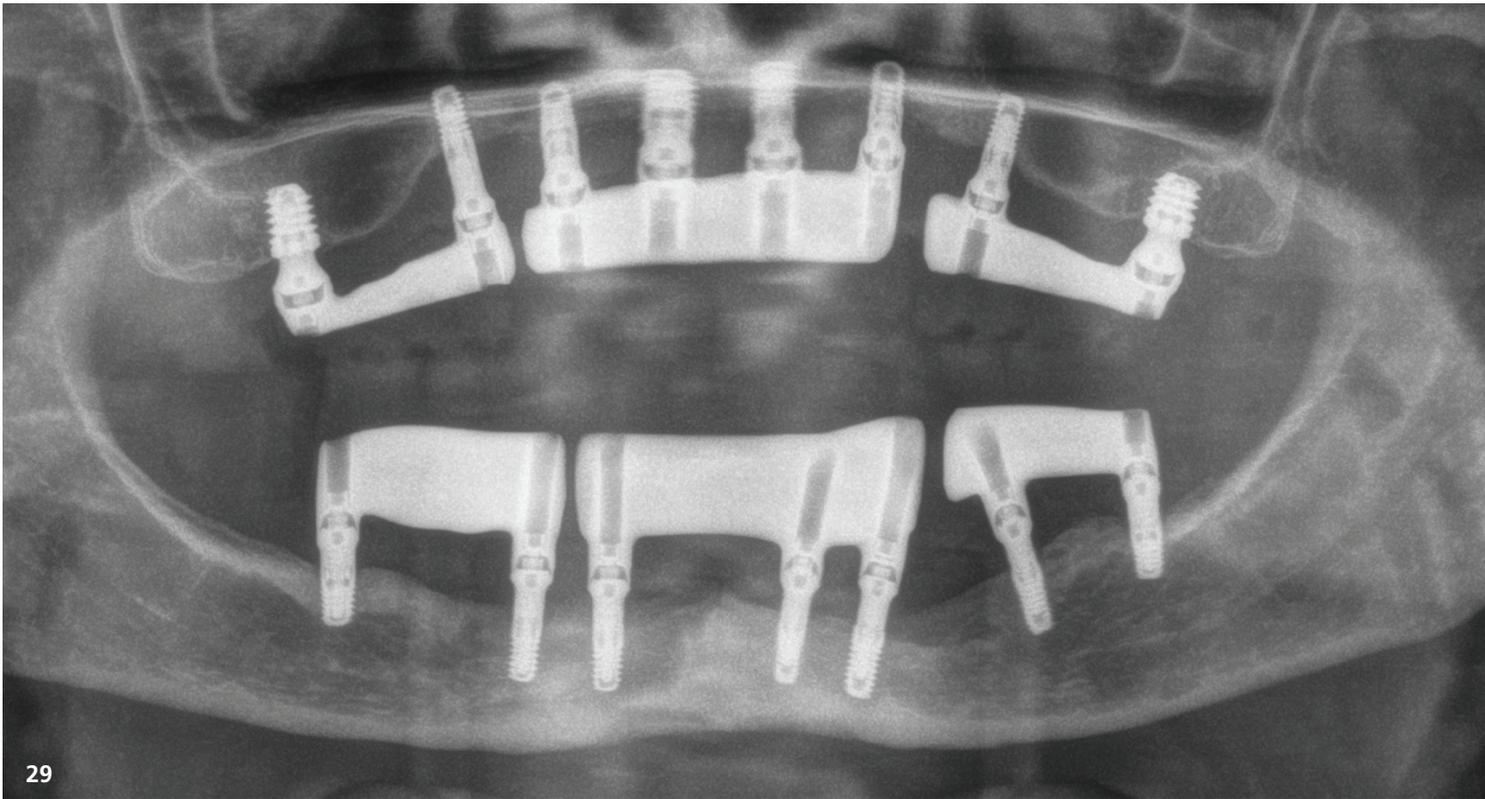


Abb. 29: Abschlussröntgenbild der Patientin bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr mit der definitiven Versorgung. Die Dreiteilung der beiden Hybridprothesen verbessert die Knochenflexion (im Unter- wie im Oberkiefer) während der Kaubewegungen.

schwerwiegenden Fehlers wesentlich geringer, falls die Behandlung wiederholt werden muss. Aus unserer Sicht sollte dies eine selbstverständliche Erwägung bei allen Implantatbehandlungen sein.^{38–39}

Schlussbetrachtungen

Fälle von schwerer gemischter Knochenatrophie nehmen in der klinischen Praxis beständig zu. Immer häufiger werden minimal-invasive Techniken zu ihrer Behebung herangezogen und liefern gute Langzeitergebnisse. Wenn man mit allen bekannten Maßnahmen vertraut ist, die zur erfolgreichen Bewältigung dieser Herausforderung eingesetzt werden, und wenn man bei der Planung stets größte Sorgfalt walten lässt, wird man auch zuverlässig bessere Ergebnisse erzielen. Wenn durch kürzere und schmalere Implantate möglichst viel Knochensubstanz erhalten bleibt, ist auch sichergestellt, dass im Bedarfsfall eine erneute Behandlung möglich ist.



Kontakt

Dr. Eduardo Anitua

Privatpraxis für orale Implantologie,
 Instituto Eduardo Anitua, Vitoria, Spanien
 Klinischer Forscher, Fundación Eduardo Anitua, Vitoria, Spanien
 Universitäres Institut für regenerative Medizin und orale Implantologie – UIRMI (UPV/EHU-Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Spanien

Fundación Eduardo Anitua
 C/ José María Cagigal, 19
 01007 Vitoria-Gasteiz, Álava
 Spanien
 +34 945 160653
 eduardo@fundacioneduardoanitua.org.

GIORNATE VERONESI

**IMPLANTOLOGIE UND
ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE**

**16./17. JUNI 2023
VALPOLICELLA (ITALIEN)**

**OEMUS
EVENT
SELECTION**

**JETZT
ANMELDEN!**



www.giornate-veronesi.info

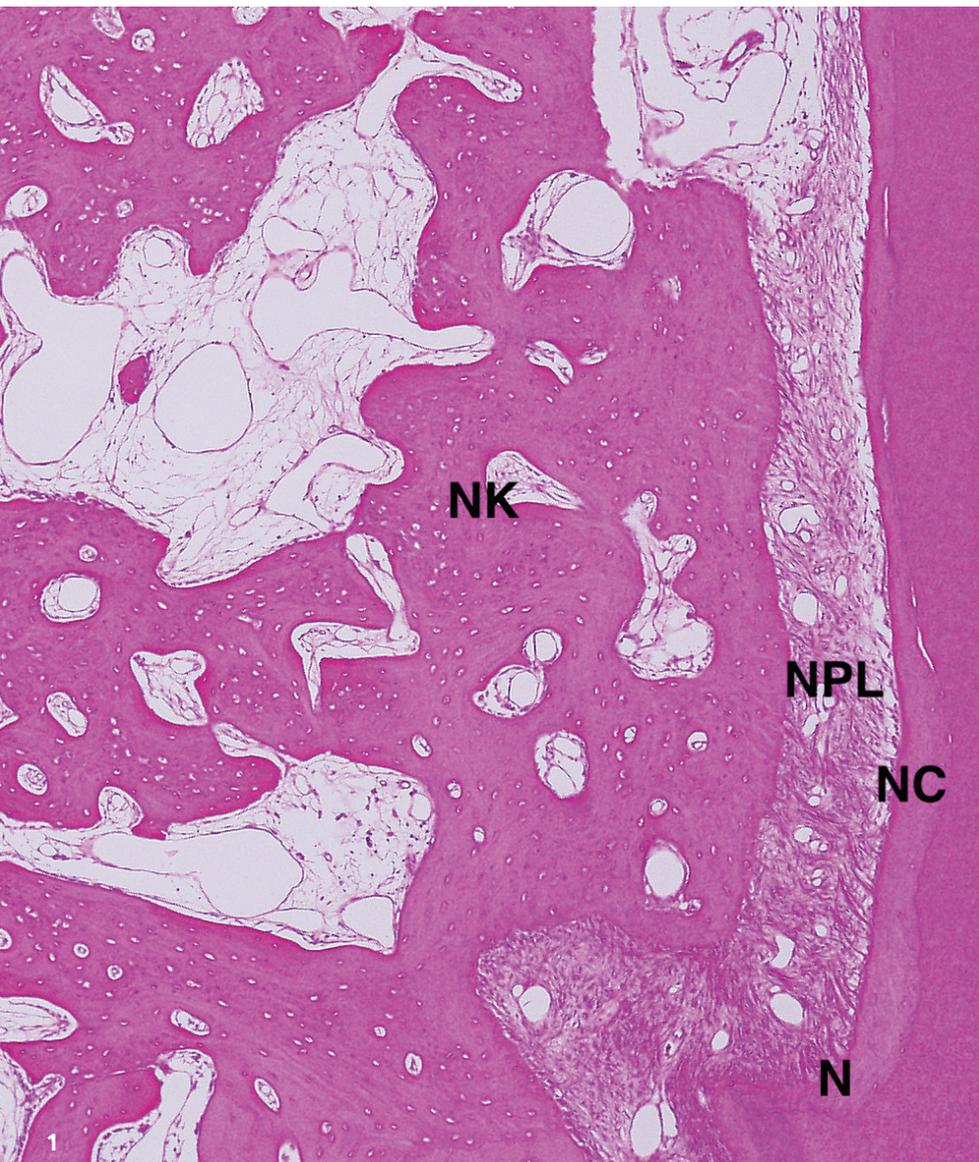
© Komina/Shutterstock.com



Einsatz von Hyaluronsäure in der rekonstruktiven Parodontalchirurgie

Ein Beitrag von Prof. Dr. med. dent., Dr. h.c. mult. Anton Sculean, M.S.

Die Rekonstruktive Parodontaltherapie fasst alle Therapiemethoden zusammen, welche eine vorhersehbare Neubildung von zahntragenden Strukturen (d. h. Wurzelzement, Desmodont und Alveolarknochen) ermöglichen. Neueste Ergebnisse aus präklinischen und klinischen Studien haben vor Kurzem erkennen lassen, dass die zusätzliche Applikation von Hyaluronsäure im Rahmen der Parodontalchirurgie die Wundheilung positiv beeinflusst und die Regeneration parodontaler Strukturen fördert. Der vorliegende Beitrag fasst in einem kurzen Überblick die wichtigsten Erkenntnisse zur Anwendung von Hyaluronsäure in der Rekonstruktiven Parodontalchirurgie zusammen.



Wissenschaftlicher Hintergrund

Hyaluronsäure ist ein anionisches, nicht-sulfatiertes Glykosaminoglykan, die praktisch in allen Geweben vorkommt und eine wichtige Rolle bei der Wundheilung spielt. Neueste Ergebnisse aus Zellkulturstudien konnten zeigen, dass Hyaluronsäure eine sehr hohe Biokompatibilität besitzt, die Proliferation und Migration von parodontalen und gingivalen Fibroblasten fördert, die Angiogenese positiv beeinflusst und das Blutkoagulum stabilisiert (Asparuhova et al. 2019). Histologische Daten aus präklinischen Studien lieferten den Beweis, dass die Anwendung einer quervernetzten Hyaluronsäure in der chirurgischen Therapie von intraossären und Rezessionsdefekten die Regeneration von Desmodont, Wurzelzement und Knochen fördert (Shirakata et al. 2021a und b; Abb. 1).

Vor Kurzem wurde sogar ein positiver Effekt der quervernetzten Hyaluronsäure in Klasse III-Furkationen gezeigt, wobei

Abb. 1: Das histologische Bild zeigt die Regeneration parodontaler Strukturen in einem intraossären Defekt nach Behandlung mit einer quervernetzten Hyaluronsäure (hyaDENT BG, REGEDENT). N: die Kerbe zeigt den tiefsten Punkt des Defekts während des chirurgischen Eingriffs, NC: neues Wurzelzement, NPL: neues Desmodont, NB: neuer Knochen.



Abb. 2: Tiefe Klasse II-Rezession in der UK-Front. Eine ausgeprägte Gingivitis und ein Höhenverlust der interdentalen Papille sind erkennbar. – **Abb. 3:** Multiple Klasse I-Rezessionen in der OK-Front beeinträchtigen das ästhetische Erscheinungsbild.

eine vollständige Regeneration (d. h. komplette Schließung des Defekts) nicht erreicht werden konnte (Shirakata et al. 2022).

Klinische Anwendung

Aufgrund der vorher erwähnten biologischen Eigenschaften wurde die quervernetzte Hyaluronsäure (hyaDENT BG,

REGEDENT) in der rekonstruktiven Parodontalchirurgie von intraossären Defekten und von singulären und multiplen Rezessionen angewendet (Pilloni et al. 2019, 2021, Guldener et al. 2020, Lanzrein et al. 2020).

So führte die Anwendung einer quervernetzten Hyaluronsäure im Rahmen der

Rekonstruktiven Parodontalchirurgie von intraossären Defekten und Klasse I-Rezessionen zu signifikanten Reduktionen der Sondierungstiefen, Gewinne von klinischem Attachment und Deckung von Rezessionen (Pilloni et al. 2019, 2021). Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie konnten zeigen, dass die Behandlung von Miller-Klasse I-Rezessionen mit



Abb. 4: Präparierter Tunnel im Bereich von 41 und 31. – **Abb. 5:** Präparierter Tunnel im Bereich von 14–11. – **Abb. 6 und 7:** Applikation der quervernetzten Hyaluronsäure auf die Wurzeloberfläche und in den Defekt. – **Abb. 8 und 9:** Das SGBT wurde mit Umschlingungsnähten an den Zahnhälften fixiert. – **Abb. 10:** Eine zweite Schicht der quervernetzten Hyaluronsäure wurde auf das SGBT appliziert. – **Abb. 11:** Lateral geschlossener Tunnel im Bereich von 41. – **Abb. 12:** Koronal mobilisierter und geschlossener Tunnel im Bereich 14–12.



Abb. 13: Das klinische Bild ein Jahr nach der Therapie zeigt eine fast komplette Deckung der Rezession. Durch den Gewinn befestigter Gingiva ist die Durchführung von Mundhygienemaßnahmen deutlich verbessert. – **Abb. 14:** Ein Jahr nach der Therapie wurde eine komplette Deckung der OK-Rezessionen und eine Verbesserung des ästhetischen Erscheinungsbildes erreicht.

einem koronalen Verschiebelappen und Anwendung von Hyaluronsäure in einer höheren Reduktion der Rezessionstiefen und häufigere komplette Deckung der Rezessionen resultiert, verglichen mit der alleinigen Anwendung des koronalen Verschiebelappens (Pilloni et al. 2019).

In weit fortgeschrittenen Rezessionen mit einem bereits vorhandenen Verlust von interproximalem Knochen und dünnem Gingivaphänotyp scheint die Kombination von Hyaluronsäure (hyaDENT BG, REGEDENT) und einem subepithelialen palatinalen Bindegewebsstransplantat (SBGT) im Rahmen verschiedener Variationen der Tunneltechnik Ergebnisse zu liefern, die bis vor Kurzem sehr schwer zu erreichen waren (Guldener et al. 2020, Lanzrein et al. 2020).

Da in diesen klinischen Situationen, durch die großflächige Präparation des Tunnels, eine stärkere Blutung entstehen kann, führt die Applikation von Hyaluronsäure zu einer Stabilisierung des Blutkoagulums und damit einer positiven Beeinflussung der Wundheilung (Abb. 2–14). Die Ergebnisse von zwei kürzlich veröffentlichten Fallstudien konnten zeigen, dass die Kombination von Hyaluronsäure und einem

SBGT mit verschiedenen Variationen der Tunneltechnik in einer komplikationsfreien Heilung und einer exzellenten Deckung von singulären und multiplen Rezessionen im Ober- und Unterkiefer führt (Guldener et al. 2020, Lanzrein et al. 2020; Abb. 13 und 14).

Schlussfolgerung

Die vorhandene wissenschaftliche und klinische Evidenz zeigt, dass die Anwendung der quervernetzten Hyaluronsäure die parodontale Wundheilung und Regeneration fördert und dadurch neue Möglichkeiten in der Rekonstruktiven Parodontalchirurgie öffnet.

Infos zum Autor



Kontakt

**Prof. Dr. med. dent., Dr. h.c. mult.
Anton Sculean, M.S.**
Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstrasse 7, 3010 Bern, Schweiz
Tel.: +41 31 6322577
anton.sculean@zmk.unibe.ch

OSTSEE KONGRESS



www.ostseekongress.com

**15. NORDDEUTSCHE
IMPLANTOLOGIETAGE**

19./20. MAI 2023

ROSTOCK-WARNEMÜNDE

**JETZT
ANMELDEN!**

**OEMUS
EVENT
SELECTION**

Pharmakologie und medizinisch kompromittierte Patienten

Ein Beitrag von Anne Kummerlöwe

Ogleich es sich bei der Oralchirurgie um ein klar umfasstes Teilgebiet der Zahnmedizin handelt, sind die Tätigkeitsfelder des Fachzahnarztes für Oralchirurgie unheimlich facettenreich. Nicht selten landen Patienten mit komplexer medizinischer Vorgeschichte auf dem Behandlungsstuhl. Daraus ergeben sich bisweilen Hürden, die, wenn unerkannt, für erhebliche Schwierigkeiten – nicht nur während des unmittelbaren Eingriffs, sondern auch im Nachgang, sorgen könnten. Durch interdisziplinäre Konsultation zwischen Zahn- und Humanmedizin erhöhen sich perspektivisch die Chancen einer zahnärztlich-chirurgischen Therapie ohne Stolpersteine und daraus resultierende Komplikationen.

Dr. Dr. Markus Tröltzsch (Fachzahnarzt für Oralchirurgie & Facharzt für MKG-Chirurgie, Ansbach) referiert gemeinsam mit seinem Bruder Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Tröltzsch (Zahnarzt & Facharzt für MKG-Chirurgie & Plastische Operationen, Ansbach) in Seminaren und Workshops zur Wichtigkeit der kernkompetenzübergreifenden (zahn)medizinischen Aus- und Weiterbildung. Warum eine Zusammenarbeit über die Grenzen einer fachwissenschaftlichen Disziplin hinaus von großem Nutzen sowohl für den zahnärztlichen Behandler als auch Patienten ist, erklärt er im Interview.

Herr Dr. Tröltzsch, würden Sie sagen, dass das Thema Pharmakologie in der Oralchirurgie beziehungsweise Zahnmedizin generell nicht ausreichend gelehrt und demzufolge auch nicht zur Genüge beherrscht wird?

Mein Bruder Matthias und ich hatten anfänglich auch „nur“ den Wissensstand eines Zahnarztes, bevor wir schließlich auch in die Humanmedizin gegangen sind. Erst dann haben wir verstanden, wie weitreichend dieses Gebiet tatsächlich ist. Somit haben wir größtes Verständnis für die Situation in der Zahnmedizin. Wenn Sie gar nicht wissen, was Sie nicht wissen, haben Sie es mit einem Umstand zu tun, der sehr schwer einzuschätzen ist. Stellen Sie sich vor, Sie befinden sich in einem ganz kleinen Raum. Die Tür zum nächsten Raum ist jedoch hinter Tapete versteckt. Diese müssen Sie also zunächst einmal finden – nur, um dann wiederum festzustellen, dass sich hinter eben dieser Tür noch ein großer Ballsaal befindet.

Man sollte auch den demografischen Wandel nicht außer Acht lassen. Auf die immer weiter steigende medizinische Kompromittierung der Patienten werden Zahnärzte im Studium nicht vorbereitet, weil es in der Studienordnung in solch einem Ausmaß nicht vorgesehen ist. In vielen medizinischen Bereichen

geht es inzwischen um eine neue Approbationsordnung. Die, mit der wir bisher gearbeitet haben, ist um die 50 Jahre alt. Als diese festgelegt wurde, war vielleicht das mechanistische Denken mehr im Vordergrund. Viele Zusammenhänge, die wir inzwischen kennen, waren damals noch unbekannt. Und diese Studienordnung hat ja 50 Jahre lang gut funktioniert. Aber es ist schon so, dass sie als Zahnarzt während ihrer Ausbildung viel mehr Zeit im Studenten- oder Technikkurs verbringen, als sich Wissen der Pharmakologie anzueignen. Das heißt rein vom Ausbildungsstand, den ein Zahnarzt von der Universität mitbringt, ist er im Vergleich zum Humanmediziner pharmakologisch einfach viel schlechter ausgebildet. Zahnärzte müssen allerdings auch nicht täglich die komplette Bandbreite der Pharmakologie anwenden. Aber wir müssen in der Zahnmedizin unbedingt in der Lage sein, sehr vieles zu erkennen. Wenn der Patient mit Listen von 20 Medikamenten kommt, muss ich als Zahnarzt einschätzen können, inwieweit sich dieser Fakt auf meinen Alltag auswirken wird. Zudem braucht man Wissens- und Variationsbreite beim Einsatz von Antibiotika oder Analgetika.



Welche Rolle spielen hierbei Allergien und Überreaktionen – beispielsweise gegen die gängigen Antibiotika Clindamycin und Penicillin?

Man muss nach der Indikation entsprechend entscheiden, was gangbar ist. Ein Makrolid wäre hier eine Alternative. Ein weiteres relativ sicheres Antibiotikum, was man problemlos geben könnte, wäre das Tetracyclin. Das ist zwar schon etwas veraltet und man gibt das auch kaum noch, weil es viele Resistenzen gab. Inzwischen ist aber durch die lange Nichtnutzung die Situation wieder deutlich besser, aber das hat zum Beispiel mit den beiden Stoffgruppen von Clindamycin und Penicillin gar nichts zu tun. Zunächst muss aber vom Hausarzt festgestellt werden, ob diese Allergien wirklich vorliegen. Häufig ergibt sich nach Medikamenteneinnahme eine Unverträglichkeitsreaktion, welche nur als Allergie interpretiert wird. Dieser Unterschied ist enorm wichtig – vor allem im Notfall. Gerade die Penicilline sind die Antibiotika mit den häufigsten allergischen Reaktionen, aber auch gleichzeitig die Antibiotika, bei welchen am häufigsten fälschlicherweise eine Allergie diagnostiziert wird. Allergien müssen also unbedingt durch Testungen festgestellt werden. Dabei sollten dann auch nicht nur ein oder zwei Medikamente getestet werden, denn häufig ist man nicht nur auf diese Antibiotika allergisch, sondern auch auf weitere. Viele Patienten haben sogenannte Kreuzallergien und benötigen auch unbedingt

einen Allergiepass, denn wenn diese mal einen Unfall haben sollten und z. B. bewusstlos eingeliefert werden, weiß ohne Pass keiner von den Allergien.

Ist es für einen Zahnmediziner möglich, eine Krankheit oder einen Umstand zu erkennen, wenn dieser bis dato noch völlig unbekannt ist?

Es gibt verschiedene Erkrankungen, die sich tatsächlich in der Mundhöhle oder im Kopf oder Hals manifestieren können, die möglicherweise woanders noch nicht aufgefallen sind. Dazu gehören zum Beispiel Lymphome. Diese äußern sich zumindest in einem niedrigen zweistelligen Prozentbereich erstmalig durch Schwellungen im Kopf und Hals. Man kann unter Umständen auch einen Diabetes oder zumindest die Symptome dafür in der Mundhöhle feststellen, wenn die Wundheilung beispielsweise nicht so ist, wie sie eigentlich hätte sein sollen. Eine Immunkompromittierung kann man durchaus in der Mundhöhle feststellen. Es gibt auch Erkrankungen in der Speicheldrüse, die primär durch Mundtrockenheit auffallen können, und maligne oder gastrointestinale Erkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, welche durch Erosionen im Mund auffallen. Beim Gorlin-Goltz-Syndrom kann es passieren, dass die Basaliome auf der Haut noch gar keinem aufgefallen sind, sondern nur die Keratozysten. Es gibt also viele Erkrankungen, bei denen dem Zahnarzt auf-

Analgetikum	Indikation	Maximaldosis pro Tag/Cave
Ibuprofen 400 mg 1-1-1	leichte Schmerzen	2.400 mg
Ibuprofen 800 mg 1-1-1	mittlere bis starke Schmerzen	Erreicht! Kombination z. B. mit Metamizol
Metamizol 20 Tropfen 1-1-1 (500 mg Tbl. 1-1-1)	starke Schmerzen	max. 4 g! Allergien/Agranulozytose
Tramal 50–100 mg 1-1-1 Tilidin 50–100 mg 1-1-1	stärkste Schmerzen, Kombination stärkste Schmerzen, Kombination	Übelkeit, 400 mg/Tag Abhängigkeit, 600 mg/Tag
Paracetamol 500 mg 1-1-1	z. B. bei Schwangeren	max. 2 g/Tag verschreiben, Maximaldosis bei 4 g/Tag nach Gewicht
Paracetamol Saft gewichtsadaptiert	Kinder	

Analgesie in der zahnärztlichen Praxis: N. Moser, N. Lohse, P. Kauffmann, M. Tröltzsch, M. Tröltzsch, Quintessenz 2013; 64(7):875–880

Antibiotikum	Indikation	Beachten/Kontraindikation
Penicillin V, Mega 1-1-1 Kinder: gewichtsadaptiert	Kinder, leichte Fälle mit vorbeugendem Charakter	Allergien
Amoxicillin 1.000 mg 1-1-1	Standardantibiotikum	Allergien
Amoxicillin 875 mg + Clavulansäure 125 mg 1-1-1	schwere Infektionen, Patient nicht gesund (z. B. Diabetes), Antibiose mit β -Lactam-Antibiotikum zeigt nach 3 Tagen keine Wirkung	Allergien, Schwangerschaft
Clarithromycin 500 mg 1-0-1	Ausweichpräparat bei Allergie	Allergien
Clindamycin 600 mg 1-0-1	Ausweichpräparat bei Allergie	Allergien, Schwangerschaft, Darmerkrankungen

Odontogene Infektionen – Pathologie, Therapie, Komplikationen und Differenzialdiagnosen Teil 2: Therapie. M. Tröltzsch, N. Lohse, T. Aung, P. Santander, M. Tröltzsch, Quintessenz 2014; 65(2):189–196

	Acetylsalicylsäure	Metamizol	NSAID	Paracetamol	Aminopenicillin	Lincosamide	Makrolidantibiotika	Nitroimidazol	Penicillin	Tetracyclin	SPMM in LA
Acetylsalicylsäure	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Antidepressiva	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Antidiabetika	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Antihypertonika	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Antikuagulanzen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Antipsychotika	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Carbamazepin	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Cyclosporin	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diuretika	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Herzglykoside	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kontrazeptiva, oral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kortikoide	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Methotrexat	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Phenytoin	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Statine	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Urikosurika	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ keine Wechselwirkungen

■ Wechselwirkungen

■ toxische Reaktion

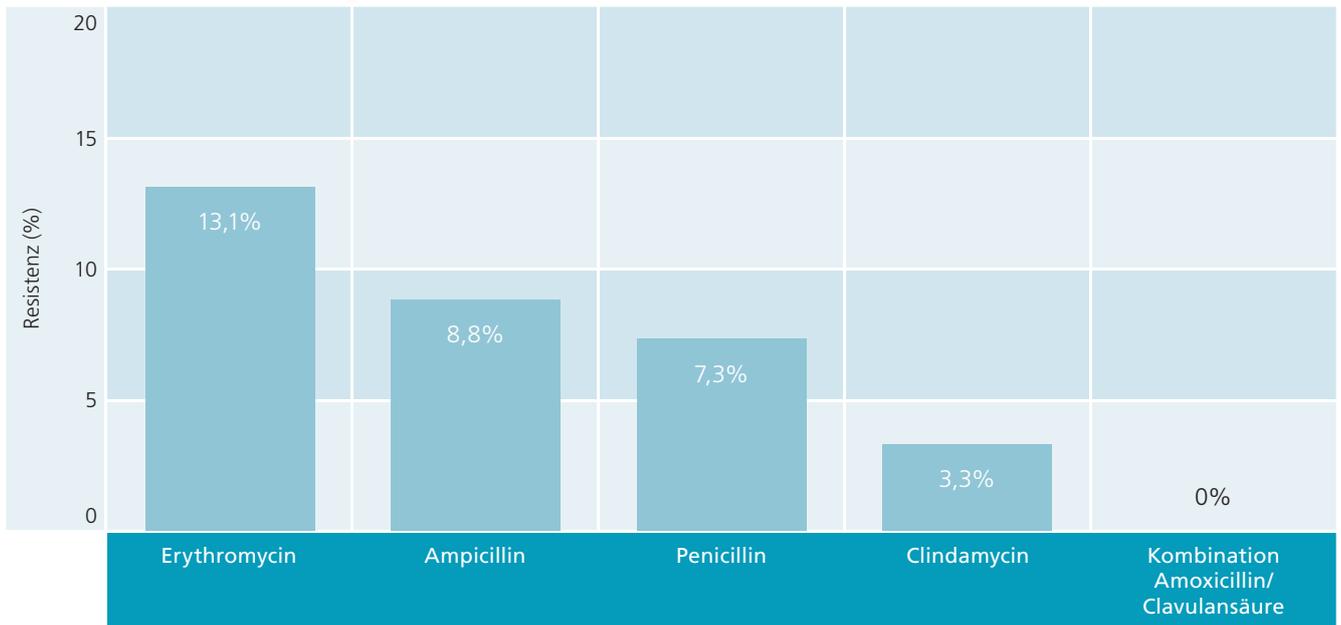
fallen kann, dass etwas nicht stimmt, um dann jemanden hinzuzuziehen, mit dessen Wissensstand die weitere Diagnostik durchgeführt werden kann. Wenn Sie Informationen nicht weitergeben und Ihnen entgeht etwas Wichtiges, können Probleme entstehen, für die Sie dann verantwortlich sind, weil Sie die Problematik nicht entsprechend weitergegeben haben.

Wie reagiert man adäquat auf eventuelle pharmakologische Wechselwirkungen?

Als Behandler müssen wir in Kontakt mit dem verschreibenden Humanmediziner sein, ob das nun der Kardiologe oder der Hausarzt ist, und diesen dann um eine Beurteilung bitten. Über eine Verschreibung entscheidet einzig derjenige, der verschrieben hat. Als MKG- und Oralchirurg fasse ich im Kooperationsregime nicht an, was jemand anderes begonnen hat. Plus: Jeder Zahnarzt, der Ibuprofen verschreibt, muss prüfen, ob der Patient auch Aspirin 100 (ASS) einnimmt. Ibuprofen darf erst (mindestens) eine Stunde nach dem Aspirin verabreicht werden – gern auch später –, da beide Medikamente um die gleiche Bindungsstelle konkurrieren. Nimmt man Ibuprofen zuerst, kann es sein, dass ASS die Wirkung verliert. Außerdem können durch eine dauerhafte Wechselwirkung Leber und Nieren beeinträchtigt werden, Thrombosen und Ulzera auftreten. In der Pharmakologie gibt es tatsächlich ein paar Fallstricke, die vielen Zahnärzten gar nicht bewusst sein können, weil diese einfach nicht zu den alltäglichen Aktivitäten gehören.

Sie haben, gemeinsam mit Ihrem Bruder und dem Kollegen Priv.-Doz. Dr. Dr. Philipp Kauffmann, ein Buch veröffentlicht: Medizin in der täglichen zahnärztlichen Praxis.

Richtig, und im kommenden Jahr wird dieses dann auch auf Englisch erscheinen. Das Buch war tatsächlich ein Megaprojekt, das uns fast vier Jahre beschäftigt hat. Begonnen hatte alles mit einigen redaktionellen Fachbeiträgen, die mein Bruder und ich in der Sektion, „Medizinisches Wissen für Zahnärzte“ veröffentlicht haben. Chefredakteur des Quintessenz Journal war Prof. Frankenberger, der die Idee zur Sektion hatte. Herr Wolters, damaliger Verantwortlicher beim Quintessenz Verlag, kam schlussendlich mit dem Wunsch auf uns zu, aus diesen Artikeln ein Buch zu machen, weil er befürchtete, dass das ganze Wissen sonst verloren ginge. Zunächst waren wir uns nicht schlüssig, ob wir so etwas überhaupt leisten können, aber man hat da sehr an uns geglaubt und Unterstützung geleistet. Und schließlich haben wir zusammen mit Philipp Kaufmann in extremer Kleinarbeit dieses Buch zusammengestellt. Rückblickend kann ich gar nicht in Worte fassen, wie sehr wir uns freuen, dass das Projekt wirklich umgesetzt wurde. Wir bekommen auch liebe Rückmeldungen von Kollegen, denen das Konzept des Buches gefällt. Es handelt sich um eine Art Nachschlagewerk, in dem man themenspezifisch unkompliziert mal einen Artikel nachblättert und nicht das Buch lesen muss, wie es bei Medizinbüchern normalerweise der Fall ist. Es findet sich zum Beispiel auch das Thema Wechselwirkung wieder. Dazu sind im Buch nicht nur Artikel, sondern auch Ta-



Eckert AW, Maurer P, Wilhelms D, Schubert J. Keimspektren und Antibiotika bei odontogenen Infektionen – Renaissance der Penicilline? Mund-Kiefer-Gesichtschir 2005; 9:377–383.

bellen und Übersichten – alles, was man kurzfristig auf einen Blick, zu einem bestimmten Thema benötigt. So ist das ganze Buch konstruiert und funktioniert offenbar ganz gut in diese Richtung.

Darf ich Sie abschließend um eine Take-away-Message bitten?

Immer und unmittelbar die bereits vorliegende medizinische Anamnese eines Patienten anschauen und sicherstellen, dass man auch etwas damit anfangen kann. Und jeder, der einen Patienten operiert, ist für diesen auch im Nachgang verantwortlich. Operieren und um 17 Uhr in die Work-Life-Balance gehen, würde dem Patientenbefinden nicht gerecht. Wer operativ tätig ist, bleibt auch nach der Operation zuständig. In unserer Praxis (in Ansbach) erhält jeder Patient ein Merkblatt mit Telefonnummern aller unserer Operateure, sodass auch am Abend und am Wochenende jemand erreichbar ist, sollten Probleme oder Fragen auftreten. Das ist bisher auch nicht einmal aktiv missbraucht worden. Sicher, es waren mal Anrufe dabei, die im Nachhinein betrachtet nicht nötig gewesen wären. Und doch muss ich klar sagen, dies ist die Art Anrufe, die ich eigentlich erhalten möchte, denn offensichtlich ist da jemand verunsichert. Ein Patient ist operiert worden. Profan gesagt, ist in ihn hineingeschnitten worden. Jetzt hat er Schmerzen. Die Wunde blutet nach oder er glaubt nur, dass dem so ist, und bekommt Angst. Oder der Patient fühlt sich einfach nicht richtig wohl. Gibt man ihm eine Möglichkeit, sich zu informieren – ein Sicherheitsnetz –, dann ist der Patient viel entspannter und Komplikationen können abgefangen werden, bevor es wirklich welche werden.

Herr Dr. Tröltzsch, ich bedanke mich für das interessante Interview.



Kontakt

Dr. med. Dr. med. dent. Markus Tröltzsch
 Arzt, Zahnarzt
 Fachzahnarzt für Oralchirurgie
 Facharzt für Mund-, Kiefer- und
 Gesichtschirurgie
 Maximilianstraße 5
 91522 Ansbach
 conference@dr-troeltzsch.de

Infos zur Person



BEGO GmbH

BEGO Schiffe zur IDS 2023

Anlässlich der 40. Internationalen Dental-Schau (IDS) vom 14. bis 18. März 2023 in Köln haben BEGO Kunden erneut die Möglichkeit, während ihres Messeaufenthalts auf exklusiven Hotelschiffen in unmittelbarer Nähe zur Messe direkt auf dem Rhein zu übernachten. Der Bremer Dentalspezialist ist auf der IDS mit einem mehr als 500 Quadratmeter großen Messestand in Halle 10.2 (Stand M010/N019) vor Ort und präsentiert das breite Leistungsportfolio „Von der Wurzel bis zur Krone“.

Im kommenden Jahr wartet die Weltleitmesse der Dentalbranche mit einer „Jubiläumsausgabe“ auf: Gefeierte wird die 40. IDS und gleichzeitig ihr 100. Geburtstag. Ein weiteres Highlight, auf das sich BEGO Kunden freuen dürfen, ist die Möglichkeit, während der IDS erneut auf exklusiven Hotelschiffen in unmittelbarer Nähe zur Messe und zur Kölner Innenstadt direkt auf dem Rhein zu übernachten.

„Schon jetzt ist bei uns die Vorfreude groß, unsere Kunden auch bei der IDS 2023 mit unserem einzigartigen Leistungsangebot von der Implantologie bis zur Prothetik, einem tollen Messeauftritt und zudem mit einem Aufenthalt auf unseren Kundenshippen zu begeistern“, so Kirsten Penning, Verkaufsleiterin National bei BEGO.

Die beiden exklusiv für BEGO Kunden buchbaren Hotelschiffe MS River Diamond und MS Serenade 1 sind erstklassige Unterkünfte mit professionellem Service in einer warmen und eleganten Atmosphäre. Das Angebot umfasst neben der Übernachtung in einer komfortablen und geräumigen Außenkabine und einem

reichhaltigen Frühstücksbüfett auch den Eintritt zur IDS (inkl. ÖPNV-Ticket). Optional kann auch ein Abendbüfett gebucht werden.

Wer sich für den 13. bis 18. März 2023 direkt einen der begehrten Plätze auf den Hotelschiffen sichern möchte, findet die Möglichkeit hierzu ab sofort unter www.bego.com

Die exklusiven BEGO Kundenshippen laden zur IDS 2023 erneut dazu ein, einen spannenden Messetag in angenehmer Atmosphäre ausklingen zu lassen.

Kontakt

BEGO GmbH & Co. KG
 Wilhelm-Herbst-Straße 1
 28359 Bremen
ids-ships@bego.com
www.bego.com

Infos zum Unternehmen



Schnell sein
und direkt Kabine
sichern!



BTI DAY
SAVE THE DATE

Frankfurt
Hilton Hotel THE SQUIRE am Flughafen
22.04.2023

Infos zum Unternehmen



BTI Deutschland GmbH

Evidenzbasierte Entwicklungen und Lösungen – BTI Day 2023

Am 22. April 2023 laden das Team von BTI Deutschland und Prof. Dr. Eduardo Anitua, Inhaber und Leiter von BTI, zum inzwischen bereits 7. BTI Day nach Frankfurt am Main ins Hilton Frankfurt Airport „THE SQUIRE“ ein. Stattfinden werden gewohntermaßen hochkarätige Vorträge sowie aktuelle Workshops sowohl aus medizinischen sowie praxisorganisatorisch relevanten Bereichen. Ganz klar bereits ein Termin für den Kalender des kommenden Jahres.

Der BTI Day ist eine eintägige Fortbildungsveranstaltung, bei der Mediziner und medizinisches Fachpersonal mehr über wissenschaftlich belegte Lösungen für einfache und komplexe implantologische Fälle lernen und sich zu Vorteilen zur Arbeit mit BTI in der Praxis und neuesten Entwicklungen informieren können. Der Kongress richtet sich sowohl an Zahnmediziner als auch an Zahntechniker.

Die Liste der Referenten kann sich sehen lassen – neben Prof. Dr. Eduardo Anitua (Vitoria, Spanien), dessen englischsprachige Vorträge natürlich simultan ins Deutsche übersetzt werden, werden sprechen: Dr. Christoph Wenninger aus München, Dr. Andreas und Dr. Friedemann Petschelt aus Lauf an der Pegnitz, Dr. Dirk Duddeck aus Berlin, ZA Dirk Rosenthal aus Gerns-

heim, Prof. Dr. Liviu Steier aus Pennsylvania, USA, und Priv.-Doz. Dr. Paul Weigl aus Frankfurt am Main. Dr. Babak Saidi aus Neuss wird den BTI Day moderieren. Für Zahntechniker und interessierte Zahnärzte findet am Nachmittag als Parallelprogramm ein Prothetik-Workshop mit Hands-on-Kurs statt.

Für all diese Veranstaltungen sind insgesamt acht Fortbildungspunkte, gemäß der DGZMK/BZÄK-Richtlinien, vorgesehen.

Begleitend zum Kongress finden zwei separat buchbare Kurse statt. So zum Beispiel ein ganztägiger Abrechnungsworkshop für ZMF mit Frau Doreen Unglaube (Berlin), welche unter anderem zu den Themen Explantation, Implantation und augmentative Verfahren, PRGF®, Protru-

sionsschienen, Diagnose und Therapiemittel von Schlafapnoe und Rhoncho-pathie sowie Versicherungsschreiben zur Erstattung referieren wird. Ergänzt wird dies durch einen Blutentnahmekurs mit der Referentin Karen Schiller.

Weitere Informationen erhalten Sie unter: bti-biotechnologyinstitute.com

Kontakt

BTI Deutschland GmbH
Mannheimer Straße 17
75179 Pforzheim
Tel.: +49 7231 42806-0
info@bti-implant.de

Argon Dental

Dauerhafte Ästhetik in der Implantologie

Infos zum Unternehmen



Wie stellt man sich Nachhaltigkeit in der Implantologie vor? Diese Frage hat sich Argon Dental bereits vor Jahrzehnten gestellt und sie beantwortet. An erster Stelle steht der langzeitstabile Erhalt nicht nur des Implantats, sondern vor allem des umgebenden Hart- und Weichgewebes. Der Implantathersteller kann dies mit seinem Design entscheidend beeinflussen. Beim System K3Pro besticht so z. B. die Optimierung für die subcrestale Insertion, um dem Weichgewebe Freiraum zu geben, was bei einem zweiteiligen Implantat eine unerschütterliche mikrobewegungsfreie konische Abutmentverbindung erfordert – Check! Ebenso wichtig ist die Nachhaltigkeit des Knochenaufbaus. Gemeinsam mit dem Partner, Deutsches Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG), bietet Argon mit Osteograft ausschließlich allogenes Augmentationsmaterial mit Arzneimittelzulassung aus dem deutschen Organspenderprogramm an. Denn nur eine artgleiche Matrix ge-

währleistet histologisch nachweisbaren rückstandsfreien Umbau in durchvaskularisierten ortsständigen Knochen und damit dauerhafte Stabilität – Check! Gleichfalls entscheidend: Die Patienten wünschen sich Zähne, keinen bloßen Zahnersatz. Ein konisches subcrestales Implantatsystem sollte deshalb mit modernster Prothetik für höchste ästhetische Ansprüche versorgt werden können, die zugleich einfach im Handling für Zahnarzt und Zahntechniker bleiben muss. Die neue XP-Line für K3Pro – digitalisiert und optimiert für 2 mm subcrestale Positionierung – Check!

Kontakt

Argon Dental
Vertriebs GmbH & Co. KG
Tel.: +49 6721 3096-0
info@argon-dental.de

Nachhaltiges Implantieren mit dem Stable Tissue Concept und Argon Dental – Check bestanden!

SigmaGraft

Regenerative Komplettlösung

SigmaGraft, Inc. ist ein Anbieter von regenerativen Komplettlösungen für zahnärztliche Eingriffe – von Granulaten und Knochen-Kollagen-Kompositen bis hin zu Membranen. InterOss® ist ein natürliches Hydroxylapatit-Knochenaufbaumaterial, das in einem bewährten mehrstufigen Reinigungsverfahren hergestellt wird. Als Resultat bleibt lediglich die Knochenzusammensetzung übrig. Das sterilisierte Granulat ist als Ampulle oder Spritze erhältlich und für den einmaligen Gebrauch bestimmt. InterOss® Collagen ist ein anorganischer Hydroxylapatit-Kollagen-Verbundstoff, der zu 90 Prozent aus Rindergranulat und zu 10 Prozent aus Kollagenfasern besteht. Dieses hochgereinigte Kollagen wird in Block- und Pfropfenform gegossen und erleichtert die Anpassung des InterOss®-Granulats an die defekte Stelle. Dies ermöglicht eine außergewöhnliche Handhabung und einfache Anwendung. InterCollagen® Guide ist eine aus Porzellan gewonnene resorbierbare Kollagenmembran, die in Verbindung mit einem Transplantatmaterial als Barriere bei der gesteuerten Knochenregeneration dient. Sie schränkt das Eindringen von schnell proliferierenden, nicht osteogenen Zellen in den Knochendefekt ein, während gleichzeitig das Einwachsen langsam wachsender, knochenbildender Zellen ermöglicht wird.

Weitere Informationen über diese Produkte finden Sie auf unserer Website unter: www.sigmagraft.com



Infos zum Unternehmen



Kontakt

SigmaGraft, Inc.
Tel.: +1 714 5250112
Tel.: +1 888 4990114
(toll free)
www.sigmagraft.com

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

NSK

Spezialwinkelstück für das Einsetzen von Zygoma-Implantaten



Im Falle von ausgeprägtem Knochenschwund im Oberkiefer, hervorgerufen durch das langjährige Tragen von Prothesen, Tumorerkrankungen oder schwere Parodontitis, und wenn sich ein Kieferknochenaufbau als nicht opportun erweist, kommen herkömmliche Implantate nicht infrage. Abhilfe schaffen sogenannte Zygoma-Implantate, die im Jochbein (lat.: Os zygomaticum) gesetzt werden. Die bis zu ca. 5 cm langen Spezialimplantate können dort mit ausreichender Stabilität platziert werden, um festsitzenden Zahnersatz im Oberkiefer zu tragen. Für diese Spezialistenanwendung hat der japanische Traditionshersteller NSK ein Winkelstück entwickelt, welches den anatomischen Anforderungen bei der Implantatbettpräparation und beim Setzen solcher Implantate gerecht wird: Mit dem speziell abgewinkelten SGX-E20R Winkelstück (20: 1) ist ein weitaus besserer Zugang gewährleistet, wodurch dem Operateur bestmögliche Unterstützung gegeben wird.

Infos zum Unternehmen



Kontakt

NSK Europe GmbH
Tel.: +49 6196 77606-0
www.nsk-europe.de

Permadental

Digital hergestellte Prothetik erfüllt Patientenwünsche

Der Patientenwunsch nach bezahlbaren Prothesen, die es ermöglichen, wieder problemlos und ohne Hemmungen zu lachen, zu sprechen, zu essen und zu kauen, wird jetzt noch einfacher erfüllbar. Mit der Kombination aus bereits etablierten klinischen Protokollen und einer exakt planbaren digitalen Herstellung bietet Permadental mit EVO fusion prothetische Lösungen, die besonders auf Wünsche von Senioren eingehen und für mehr Lebensqualität im Alter sorgen.

EVO fusion-Versorgungen werden in Deutschland bei MD3D Solutions in Emmerich hergestellt. Jeden Monat werden dort – ein Jahr nach Einführung – bereits Hunderte EVO fusion-Prothesen produziert und an Praxen in ganz Europa versandt. Jede einzelne Prothese ist mit einer Drei-Jahres-Garantie ausgestattet. Für Patienten und Praxen sind die auf Basis der späteren definiti-

ven EVO fusion-Prothesen geprinteten Try-In ein echter Gamechanger. Sie können auf Patientenwunsch sogar zur „Anprobe“ mit nach Hause genommen werden. Patienten können so die Testversion ganz in Ruhe ausprobieren. Eventuelle Anpassungen werden später mit einem Re-Scan in die finale Versorgung überführt. Permadental hat sich auf die Patientenwünsche eingestellt und hält für interessierte Praxisteams einen umfassenden EVO fusion-Katalog bereit, kostenlos bestellbar unter: kurzelinks.de/EVO-fusion

Infos zum Produkt



Kontakt

Permadental GmbH
Tel.: +49 2822 7133-0
www.permadental.de



orangedental

Intraoral 3D-Scanner FUSSEN jetzt auch als Cartversion

Durch die gestiegene Nachfrage konnte orangedental seine Einkaufskonditionen erheblich verbessern und hat sich deshalb entschlossen, diese Preisvorteile direkt an seine Kunden weiterzugeben. Durch eine signifikante Preissenkung kann orangedental den Intraoral 3D-Scanner zu einem Aktionspreis von 14.900 € (zzgl. MwSt.) anbieten. Fragen Sie nach einem individuellen Angebot und Sie werden erstaunt sein, wie günstig digitale Abdrücke sein können.

Durch die VDDS Schnittstelle zur byzz® Nxt Software wird der IO-Scanner komfortabel in Ihren Praxisablauf integriert und nach kurzer Zeit unentbehrlich werden. Schnelligkeit und Präzision zeichnen den leichten und kompakten FUSSEN Scanner besonders aus. Selbstverständlich ist die Scannerspitze sterilisierbar und eine integrierte Heizung verhindert das Beschlagen.

Das FUSSEN CART (optional) ist eine elegante, mobile Lösung mit integriertem 24" All-in-one PC mit Touchscreen. Durch die autarke Stromversorgung ist das CART mobil und kann in allen Behandlungszimmern jederzeit flexibel eingesetzt werden. orangedental Produkte stehen für Innovation und Zuverlässigkeit auf höchstem Qualitätsniveau. Die orangedental 365-Tage-Hotline sowie das 13-köpfige Technikteam gewährleisten einen außergewöhnlichen Service.



Für weitere Informationen oder Ihr persönliches Preisangebot fragen Sie bitte Ihr Dentaldepot oder kontaktieren Sie uns direkt!

Kontakt

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

Bicon

Das Kurzimplantat mit Mehrwert!

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. Scannbare Abdruck- und Einheilpfosten, Fräsröhringe und komplette Restaurationen können digital geplant und individuell bearbeitet werden. Die Suprakon-



struktionen können wahlweise verschraubt oder zementiert werden. Bei Patienten mit komprimierten Knochenverhältnissen setzen viele Implantologen bereits auf Bicon als erfolgreiche Behandlungsergänzung und Erweiterung ihres Therapiekonzeptes

Infos zum Unternehmen



Kontakt

Bicon Europe Ltd.
Tel.: +49 6543 818200
www.bicon.de.com

Erfolgreiches Knochenwachstum durch EthOss® Kombinationslösung

Grow Stronger als Leitbild

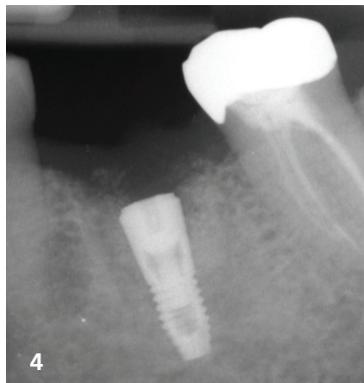
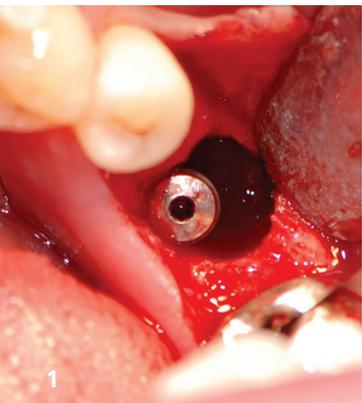


Abb. 1: Ausgedehnter intraossärer Defekt mit vestibulärer Ausdehnung Implantation Regio Zahn 36. – **Abb. 2:** Defektdeckung mit EthOss. – **Abb. 3:** Zahnfilm Implantat Regio 36 postoperativ. – **Abb. 4:** Zahnfilm Implantat Regio 36 nach dreimonatiger Heilphase. – **Abb. 5:** Zahnfilm Implantat Regio 36 Follow-up zwei Jahre nach Versorgung.

Wussten Sie, dass es schon um 1911 Studien an Kriegsverletzten gab, in denen eindrücklich dargestellt werden konnte, dass die Anwesenheit von Calciumsulfat im Defektgebiet einen signifikanten Zuwachs der Vaskularisierung erzielt und dadurch insbesondere komplizierte Frakturen einen besseren Heilungsverlauf nahmen? Nun setzen wir in unserer Disziplin eine frische Wunde – da ist eine Hypervaskularisierung schon eine großartige Sache. Will sagen: Die Grundbausteine waren bekannt und gut dokumentiert, nur in der Kombination wie bei EthOss® war dies neu. Das war mir von Anfang an sehr sympathisch.

Die durch das Calciumsulfat beschleunigte Angiogeneese, also das Einwachsen von Blutgefäßen aus allen Richtungen, sorgt für eine verstärkte zelluläre Versorgung des Areals. Die Stützfunktionen des β -Tri-calciumphosphats hilft dabei, das Volumen für den notwendigen Zeitraum der Knochenregeneration aufrechtzuerhalten und sorgt damit für eine stabile Knochenneubildung. Als Resultat erhalten wir zunehmend eigenen Knochen, der das Ersatzmaterial dauerhaft ersetzt.

Entsprechend meiner Behandlungsphilosophie begrüße ich die vollständige Resorption eines Materials sehr. Nach 18 bis 22 Monaten ist bei EthOss® das eingebrachte Material komplett verschwunden und das Implantat somit nur noch von eigenen Knochen umgeben. In meinen Augen ist das der Idealzustand, den eine Knochenregeneration erreichen kann.

Zahnarztpraxis Dr. Hollay
 Implantologie und digitale Zahnheilkunde
 Albert-Roßhaupter-Straße 94
 81369 München
 Tel.: +49 89 7607260
 info@dr-hollay.de

Zantomed GmbH
 Ackerstraße 1
 47269 Duisburg
 Tel.: +49 203 607998-0
 info@zantomed.de

Infos zum Unternehmen



Planmeca

Der neue Patientenstuhl

Planmeca Pro50™ Chair

Planmecas weltweit führende Palette an zahnmedizinischen Geräten wird um einen neuen Patientenstuhl erweitert. Der Planmeca Pro50™ Chair kombiniert Funktionalität, Flexibilität und zukunftssichere Details in einem schönen und zeitlosen Design. Er ist die ideale Wahl für zahnmedizinisches Fachpersonal, das einen robusten und doch leichten Patientenstuhl wünscht, und bietet ultimativen Komfort für Praxisteam und Patienten gleichermaßen.



Der Planmeca Pro50™ Chair ist ein moderner und zeitloser Patientenstuhl mit allen leichten und schönen Details, für die die Planmeca-Produkte bekannt sind. Die im Stuhl eingebauten Motoren für medizinische Anwendungen gewährleisten einen geräuschfreien Betrieb und damit eine ruhige Arbeitsumgebung für das Praxisteam und eine entspannende Behandlungserfahrung für den Patienten. Der Stuhl ist aus langlebigem Aluminium gefertigt und besitzt eine komfortable Polsterung, die in zahlreichen freundlichen und ansprechenden Farben erhältlich ist.

Der Planmeca Pro50™ Chair bietet einen weiten Höhenverstellungsbereich, der eine Anpassung der Sitzhöhe von 390 bis 890 mm erlaubt. Damit ist der Stuhl für unterschiedliche Benutzer und Arbeitsstile geeignet und ermöglicht zahnmedizinischem Fachpersonal jeder Körpergröße das Arbeiten im Sitzen oder Stehen. Der kleine Gerätefuß lässt viel Bewegungsraum für zwei Paar Beine sowie den Fußschalter des Stuhls und weitere Geräte. Dank der schlanken, schmalen Rückenlehne kann das Praxisteam nahe an den Patienten herankommen – und zwar immer in der ergonomischsten Arbeitsposition.

Beim Arbeiten mit einem Schrank oder Tray in der 12-Uhr-Position sorgt der einzigartige Hubmechanismus des Stuhls dafür, dass die Entfernung zwischen der Kopfstütze und dem Schrank in jeder Höhe immer gleich bleibt und die Behandlungsleuchte auch bei Veränderung der Stuhlhöhe nicht neu angepasst werden muss. Da sich der Stuhl nach hinten neigen lässt, gewährleistet er beim Wechseln von der Sitzposition in die Rückenlage eine optimale Patientenpositionierung. Außerdem bietet der Stuhl eine optionale mobile Basis, sodass er bei Bedarf problemlos in einen anderen Behandlungsraum transportiert werden kann.

Der Planmeca Pro50™ Chair verfügt über eine einklappbare Beinablage und erleichtert damit den Ein- und Ausstieg sowie ermöglicht die Sitzposition mit Blickkontakt – eine Funktion, die bei Patientengesprächen besonders geschätzt wird. Um Patienten aller Formen und Größen gerecht zu werden, beträgt das maximale Patientengewicht 185 kg.

Wie alle Planmeca-Produkte hat auch der Planmeca Pro50™ Chair eine garantiert lange Lebensdauer. In Verbindung mit dem zeitlosen Design und der robusten Metallkonstruktion stellt er damit eine wirklich zukunftssichere Investition dar.

„Planmeca gehört bereits seit einem halben Jahrhundert zu den wichtigsten Akteuren der Dentalindustrie und wir haben jahrzehntelange Erfahrung in der Konstruktion und Fertigung von Patientenstühlen. Wir hören genau auf das Feedback unserer Kunden und optimieren unsere Produkte entsprechend laufend. Die Entwicklung und Herstellung unserer Produkte erfolgt unter einem Dach in unserem Hauptsitz in Finnland. Dadurch haben wir mehr Flexibilität in unseren Prozessen und können unser Portfolio laufend um neue Produkte erweitern“, sagt Tuomas Jurvanen, Vice President für Behandlungseinheiten von Planmeca.

Kontakt

Tuomas Jurvanen
Vice President, Dental Care Units,
Planmeca Oy
Tel.: +358 20 7795-866
tuomas.jurvanen@planmeca.com

Infos zum Unternehmen



Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
Januar 2023				
20./21.01.2023	ITI Kongress Schweiz 2023	Engelberg Schweiz	www.events.iti.otg/congressswitzerland	INTERPLAN
27./28.01.2023	14. MKG Update	Wiesbaden Deutschland	www.mkg-update.com	
März 2023				
10.–12.03.2023	Curriculum Implantology	Düsseldorf Deutschland	www.dgmk.de/veranstaltungen/	DGMKG
11.–15.03.2023	ImpAct Zürs Austria 2023	Zürs Österreich	www.dgoi.info/wintersymposium/	DGOI
14.–18.03.2023	IDS	Köln Deutschland	www.ids-cologne.de	Koelnmesse GmbH

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 · Melanie Herrmann · Telefon: +49 341 48474-200
E-Mail: m.herrmann@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.