



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

konkret

Journal für die implantologische Praxis



35 Jahre BDIZ EDI
Wir starten durch

© peeradotl – stock.adobe.com

BDIZ EDI feiert Jubiläum
**20 Jahre
Experten Symposium**

Seite 20

BDIZ EDI mit neuem Grundkurs
**Curriculum Implantologie
jetzt auch im Süden**

Seite 24

Abrechnungstipp des BDIZ EDI
**Der Umgang mit
Chairside-Leistungen**

Seite 64



Stärken Sie die Widerstandskraft des Zahnfleisches

**Klinisch bestätigte
antibakterielle
Wirksamkeit^{1,2}**

**28x stärkere
Plaquereduktion²**

**80% der Verwender:innen
bestätigen ein angenehmes
Mundgefühl nach dem
Zähneputzen³**

**meridol® PARODONT EXPERT ist die Zahnfleischpflege mit System
für Patient:innen, die zu Parodontitis und Rezession neigen**

1 meridol® PARODONT EXPERT Zahnpasta, im Vergleich zu einer herkömmlichen Zahnpasta (1.000 ppm F-, NaMFP), nach 6 Monaten bei regelmäßiger Anwendung, Montesani, Sep. 2020, data on file.
2 meridol® PARODONT EXPERT Mundspülung, im Vergleich zu einer herkömmlichen Mundspülung (200 ppm F-, NaF), nach 6 Monaten mit 2x täglicher Anwendung, Montesani, Juni 2022, data on file.
3 Home Usage Test mit meridol® PARODONT EXPERT Zahnpasta, 143 Verwender:innen mit schweren Zahnfleischproblemen, Deutschland, 2022.
* Apotheken und Online.



Gratis Muster
für Patient:innen
bestellen

meridol®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —

35 Jahre BDIZ EDI: Wir starten durch!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

voller Stolz darf ich Ihnen verkünden, dass der BDIZ EDI in diesem Jahr seinen 35. Geburtstag feiert. Damit gehört der Verband sicherlich zu den renommierten in der Fachwelt der implantologischen Verbände und Fachgesellschaften. Wir können auf eine bewegte Geschichte blicken. 2001 haben wir den Tätigkeitsschwerpunkt (TSP) Implantologie vor dem Bundesverfassungsgericht durchgesetzt. 2012 und 2013 sind sechs Zahnärzte auf Initiative des BDIZ EDI gegen die GOZ 2012 vor das gleiche Gericht gezogen, 2015 haben wir einen alternativen Gesetzentwurf zum Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen an das Justizministerium gesandt. Wir haben ein GOZ-Kompendium herausgegeben und seit 2004 in jedem Jahr eine BDIZ EDI-Tabelle, die BEMA mit GOZ und GOÄ vergleicht. Ohne die Unterstützung unseres Justiziers Prof. Dr. Thomas Ratajczak, der von Anfang an an unserer Seite stand, hätten wir viele dieser Hürden nicht genommen.

Seit nunmehr über 25 Jahren vermittelt der BDIZ EDI in Kooperation mit der Uni Köln jungen und interessierten Zahnärztinnen und Zahnärzten die Grundlagen der Oralen Implantologie in einem Curriculum. Im Oktober starten Joachim Zöller und H. J. Nickeinig an der Uni Köln den 26. Kurs. Aufgrund der großen Nachfrage bieten wir ab September im Süden der Republik ein zweites Curriculum, das von Jörg Neugebauer und Markus Tröltzsch betreut wird. An den Standorten München, Landsberg und Ansbach finden die Präsenzveranstaltungen statt, es gibt aber auch Onlinekurse, die on demand abrufbar sein werden: moderne Wissensvermittlung im Mix. Ich freue mich sehr, Ihnen diese beiden wichtigen Fortbildungsbausteine für Ihre Assistentinnen und Assistenten und angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte ans Herz zu legen: Hohe Qualität, kleine Gruppen bei niedrigen Gebühren sind nach wie vor unsere Devise.

Kommen wir zu unserem „Eckpfeiler“ privat Zahnärztlicher Abrechnung. Viele Mitglieder fragen ungeduldig nach der BDIZ EDI-Tabelle 2024. Ich darf Ihnen mitteilen, dass sie fertig ist und dass sich das Warten gelohnt hat, weil wir im Doppelpack nicht nur die jährliche BDIZ EDI-Tabelle, sondern zusätzlich die ANALOG-

Tabelle 2024 mit Chairside-Leistungen an unsere Mitglieder verschicken werden. Letztere stellt eine erweiterte Hilfestellung zur Analogabrechnung dar mit weit mehr als 200 Leistungen und den dabei anzusetzenden Gebührenscheffeln. Ich hoffe, Sie nutzen beide Tabellen für Ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen. Denn eines zeigt die jährliche BDIZ EDI-Tabelle sehr deutlich: Die Schere zwischen BEMA und GOZ geht angesichts des seit über 65 Jahren stagnierenden Punktwerts in der GOZ immer weiter auseinander. Sage und schreibe 101 GOZ-Ziffern im 2,3-fachen Steigerungssatz sind inzwischen niedriger bewertet als im BEMA. Unsere Lösung heißt: Analogabrechnung! Eine Anleitung zur Analogabrechnung erhalten Sie ebenfalls in der ANALOG-Tabelle.

Der Vorstand hat in diesem Jahr weitere neue Fortbildungen beschlossen. Wir werden 2025 erstmals ein Gutachtercurriculum auflegen und auch ein Praxisführungscurriculum anbieten. Wir planen einen Abrechnungskongress online und natürlich bleiben auch die Webinare weiter aktuell. Mit der Abrechnungshotline mit Frau Salhoff und den Abrechnungstipps in jeder Ausgabe des *BDIZ EDI konkret* halten wir Sie im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung auf einem aktuellen Stand.

Unser Verband ist vor 35 Jahren gegründet worden als Antwort auf die GOZ 1988. Seither haben wir viele unterschiedliche Wege beschritten und nicht selten die Vorreiterrolle übernommen, um Gesetze und Verordnungen für Zahnärzte zu hinterfragen.

Wie Sie sehen, starten wir im 35. Jahr seit der Gründung des Verbandes auch mit neuen Formaten durch. Es lohnt sich – damals wie heute –, Mitglied im BDIZ EDI zu sein!

Ihr

Christian Berger
Präsident





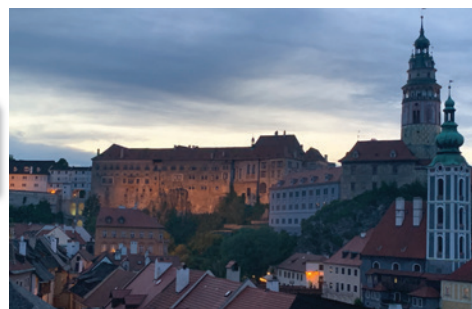
6

Lange erwartet – jetzt da:
Die BDIZ EDI Tabelle 2024



10

Neu: die ANALOG-Tabelle
mit Chairside-Leistungen



50

3. Internationaler Kongress
in Český Krumlov

Aktuell

Lange erwartet – jetzt da: die BDIZ EDI-Tabelle 2024	6
Neu: ANALOG-Tabelle 2024 mit Chairside-Leistungen	10
Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik	14
19. Experten Symposium in Köln, Teil 2	16
Der BDIZ EDI feiert Jubiläum: 20 Jahre Experten Symposium	20
Der Vorstand des BDIZ EDI zum 35. Geburtstag des Verbandes	22
Curriculum Implantologie – jetzt auch im Süden	24
Rückschau	26
Vorschau	27
Patientenbroschüre des BDIZ EDI neu aufgelegt	28
Der BDIZ EDI gratuliert	30
In memoriam: Prof. Dr. Dr. Peter Tetsch	32
Nachruf auf Dr. Peter Esser	34
Das Handbuch zum Approbationsrecht von Peter Knüpper – Rezension von Prof. Dr. iur. Walter Georg Leisner	35
34. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie	38

Aktuell Europa

CED-Stellungnahme: Nachhaltige Abfallwirtschaft in den Praxen	39
News-Ticker	40
Aktuelle EuGH-Entscheidung: Leitlinienpraxis	42
Entscheidung des EuGH: Gleichbehandlung für Grenzgänger	44
Wussten Sie schon, ...	45
Impressionen vom 17. Europa-Symposium	46
Save the Date: 18. Europa-Symposium im hohen Norden	48
3. Internationaler Kongress der vier Zahnärztekammern Tschechien, Österreich, Bayern und Sachsen	50

Dr. Philippe D. Ledermann verstorben	53
33. Internationales Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin	54
Professor Kebschull ist neuer Präsident der europäischen Parodontologen	56

Abrechnung und Recht

Abmahngefahren bei Zahnarztpraxen	58
Der Umgang mit Chairside-Leistungen	64

Fortbildung

Stackable Guides bei der Sofortversorgung von Zahnimplantaten – Vorteile der digitalen Prozeßkette nutzen Dr. Steffen Kistler, Siegfried Weis, Dr. Frank Kistler und Prof. Dr. Jörg Neugebauer	66
Implantate für den zahnlosen Kiefer Dr. Richard Mosch	71

Events

EuroPerio11: Virtueller Auftakt und Botschaftertreffen	76
Kongress für Zahntechnik & Zahnmedizin	77
Young ITI Meeting und Late Summer in the cITI in München	78

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	79
---	----

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.

Minimal invasiv. Maximal effizient.

VarioSurg 4

Ultraschall-Chirurgiesystem





Vergleich aller Leistungen in BEMA, GOZ, GOÄ mit Zeitwerten und Analogberechnung der neuen PAR-Leistungen

Lange erwartet – jetzt da: die BDIZ EDI-Tabelle 2024

Die Redaktion hatte die Tabelle 2024 bereits in der Ausgabe 1 dieses Jahres angekündigt. Zu früh, wie sich herausstellte, denn es galt gleichzeitig, die ANALOG-Tabelle fertigzustellen, und dabei ergaben sich auch für die BDIZ EDI-Tabelle Erweiterungen im Textteil. Natürlich gibt es auch 2024 eine BDIZ EDI-Tabelle, die Mitte Juli gedruckt und anschließend wie ihre Vorgängerinnen kostenfrei an die Mitglieder versandt werden wird. Für das Jahr 2024 hat der BDIZ EDI den Honorarumsatz/Stunde auf 390 Euro angehoben.

Da den „neuen“ BEMA-Leistungen in der Parodontologie die „alten“ Leistungsziffern der GOZ aus den Jahren 2012 bzw. 1988 gegenüberstehen, die nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard abbilden, hat der BDIZ EDI wieder konkrete Vorschläge der Analogberechnung der PAR-Leistungen für die Zahnärztinnen und Zahnärzte erarbeitet und zusammengeführt, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht gangbare Wege für die Praxis aufzeigen.

- Tabellenseite 22 erklärt den Weg der Analogberechnung und bewertet den Konsens für sechs Leistungen zwischen der Bundeszahnärztekammer und dem PKV-Verband. Alle BEMA-Leistungen, die der aktuellen leitlinienbasierten Bewertung folgen, werden als Analogleistungen beschrieben.
- Tabellenseiten 22–26 vergleichen die Honorare und bilden die konkreten Vorschläge von BDIZ EDI und Zahnärztekammern ab. In dieser Analogberechnung gibt es auch Vorschläge für all diejenigen PAR-Leistungen, für die bisher kein Konsens zwischen PKV-Verband und Bundeszahnärztekammer vorliegt.

Die Tabelle zeigt anschaulich, dass Zahnärzte bei vielen parodontologischen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz der GOZ 2012 verlangen oder überschreiten müssen, um für vergleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen aufgrund der neuen BEMA-Richtlinie bezahlen. Das geht nur mit abweichender Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ oder der Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ.

Die aktuelle BDIZ EDI-Tabelle zeigt auf, dass inzwischen 101 BEMA-Leistungen höher bewertet sind als die GOZ im 2,3-fachen Steigerungssatz. Selbst im 3,5-fachen GOZ-Satz sind 43 Leistungen niedriger bewertet als der BEMA.

Die Lösung des BDIZ EDI: Die analoge Berechnung mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für die vergleichbare Leistung ein vergleichbares Honorar bezahlen.

Bibliografie

BDIZ EDI-Tabelle 2024 – Wire-O-Bindung, 46 Seiten im Format 297 x 148 mm

- Enthält alle relevanten zahnärztlichen Abrechnungsleistungen im BEMA, der GOZ und der GOÄ
- Enthält konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung
- Enthält Zeitangaben in Minuten berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 390 Euro im BEMA sowie in den Steigerungsfaktoren von GOZ und GOÄ
- Ermöglicht den direkten Vergleich zwischen BEMA-Wert und GOZ/GOÄ im 2,3-fachen Steigerungssatz
- Basiert im BEMA auf dem vdek-Punktwert Bayern, 1. Quartal 2024
- Preis: 39 Euro zzgl. Versandgebühren – bestellbar im Onlineshop des BDIZ EDI: www.bdizedi.org
- Mitglieder erhalten die Tabelle kostenfrei zugesandt

QR-Code zum Shop:



Christian Berger dazu: „Auf politischer Ebene werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wenig bis nichts erreichen, das haben die vergangenen Jahrzehnte im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik gezeigt. Wir müssen uns andere Lösungen suchen und sie tatsächlich nutzen, um für das betriebswirtschaftliche Auskommen unserer Praxen zu sorgen. Dazu hat uns das Bundesverfassungsgericht 2013 sogar aufgefordert. Diesen Weg zeigt der BDIZ EDI. Unsere Tabelle macht es möglich, Zahnmedizin nach State of the Art mit angemessenen Honoraren anzubieten. Für den Praxisalltag bietet sie eine schnelle Orientierung im Leistungsdschungel von BEMA, GOZ und GOÄ.“

Seine Mitglieder wird der BDIZ EDI auch 2024 bei Erstattungsproblemen gebührenrechtlich und gutachterlich unterstützen, sofern sie den Empfehlungen folgen.

Mitgearbeitet an der Tabelle haben u. a. der Justiziar des BDIZ EDI, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, und die Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff. Die BDIZ EDI-Tabelle 2024 ist über den Onlineshop des BDIZ EDI zum Preis von 39 Euro bestellbar. Mitglieder erhalten ein Exemplar bis Ende Juli 2024 kostenfrei zugesandt.

AWU

Leistungsgruppen von BEMA, GOZ und GOÄ."

Seite 32

AWU

Leistungsbeschreibung	im BEMA nicht abgebildet	Zeitanlagen in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 390 EUR pro Stunde	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	3,5-fach	max. Zeit in Min.	GOÄ 1996	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	3,5-fach	max. Zeit in Min.
		GOZ 2012	2,3-fach	max. Zeit in Min.	EUR	max. Zeit in Min.	3,5-fach	max. Zeit in Min.	2,3-fach			EUR	max. Zeit in Min.	3,5-fach	max. Zeit in Min.
		Nr.													
Sinuslift durch externe Knochenfensterung		9120*	3000	398,07	59,7	590,54	90,9	1467a + 2386a + 2254a* + 413 GOZ	3025	405,53	62,4	617,72	94,9		
Spaltung/Spreizung von Knochensegmenten		9130*	1540	199,21	30,6	303,14	46,6	2710a + 2730a + 2254a*	3080	412,91	63,5	628,34	96,7		
Intraorale Knochenentnahme außerhalb des Aufbaubereiches		9140*	650	84,08	12,9	123,95	19,7	2255a*	1480	198,41	30,5	301,93	46,5		
Fixation/Stabilisierung des Augments durch Osteosynthesemaßnahmen		9150*	675	87,32	13,4	132,87	20,4	2284a	554	74,27	11,4	113,02	17,4		
Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien		9160*	330	42,69	6,6	64,96	10,0	2010*	379	50,81	7,8	77,32	11,9		
Entfernung im Knochen liegender Materialien		9170*	500	64,68	10,0	98,42	15,1	2651*	550	73,73	11,3	112,20	17,3		

ZUSCHLÄGE ZU BESTIMMTEN ZAHNÄRZTLICH-CHIRURGISCHEN LEISTUNGEN

Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

- Bei nichtstationärer Durchführung v. Leistungen mit Punktzahlen von 250 bis 449, oder zu den Leistungen 4090 oder 4130
- Bei nichtstationärer Durchführung v. Leistungen mit Punktzahlen von 500 bis 779
- Bei nichtstationärer Durchführung v. Leistungen mit Punktzahlen von 800 bis 1199
- Bei nichtstationärer Durchführung v. Leistungen mit Punktzahlen von 1200 und mehr

0500	400	442	420
0510	750	443	750
0520	1300	444	1300
0530	2200	445	2200

(VERTRAGS-PRIVAT-) LEISTUNGEN AUS GOÄ

Leistungsbeschreibung		Zeitanlagen in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 390 EUR pro Stunde	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	3,5-fach	max. Zeit in Min.	GOÄ 1996	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	3,5-fach	max. Zeit in Min.
		BEMA Stand 01.01.2023													
		Nr.													
Einrennen der Luxation des Unterkiefers		2680	12	15,08	2,3	2680	100	13,41	2,3	26,40	3,7				
Einrennen der alten Luxation des Unterkiefers		2681	45	56,53	8,7	2681	400	53,82	8,2	89,50	12,8				
Reposition eines Zahnes		2685	23	28,99	4,4	2685	200	26,90	4,0	40,80	6,2				
Anlegen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorricht. (z.B. Verbandplatte) an OK/UK		2700	39	49,09	7,5	2700	350	46,92	7,2	71,40	10,0				
Anlegen extraoraler Stütz-, Halte- oder Hilfsvorricht., Verbandplatte, Pelotte		2701	200	251,26	38,7	2701	1800	241,31	30,0	367,20	56,5				
Blutentnahme mit Spritze/Kanüle/Katheter aus der Vene		8250	5	6,29	1,0	250	40	5,36	0,8	8,16	1,3				
Knochenentnahme		2254	72	90,45	13,9	2254*	739	99,07	15,2	150,99	23,2				
Implantation von Knochen		2255	83	104,27	16,0	2255	1.800	98,41	30,5	301,93	46,5				
Freie Verpflanzung eines Knochens o. von Knochenanteilen (K.-spläne)		2254	165	207,29	31,9	2254*	739	99,07	15,2	150,99	23,2				
Einfache Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation		2381	42	52,76	8,7	2381*	370	59,07	15,2	89,50	12,8				
Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation		2382	83	104,27	16,0	2382*	739	99,07	15,2	150,99	23,2				
Neurolyse, als selbstständige Leistung		2583	103	129,40	19,9	2583*	924	123,87	19,1	189,50	29,0				
Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neuenbettung		2584	165	207,29	31,9	2584*	1.400	198,41	30,5	301,93	46,5				
Op. Verlagerung des OK bei Dysgnathie, je Kieferhälfte		2640	134	168,34	25,3	2640*	1.200	160,87	24,7	244,81	37,7				
Op. Verlagerung des UK bei Dysgnathie, je Kieferhälfte		2642	206	258,90	39,8	2642*	1.950	248,01	38,2	377,41	58,0				

* Gebührennummern lösen eine Zuschlaggrößen nach Nrn. 9000 – 9020 GOZ bzw. 442 – 446 GOÄ aus.

Seite 33

Nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

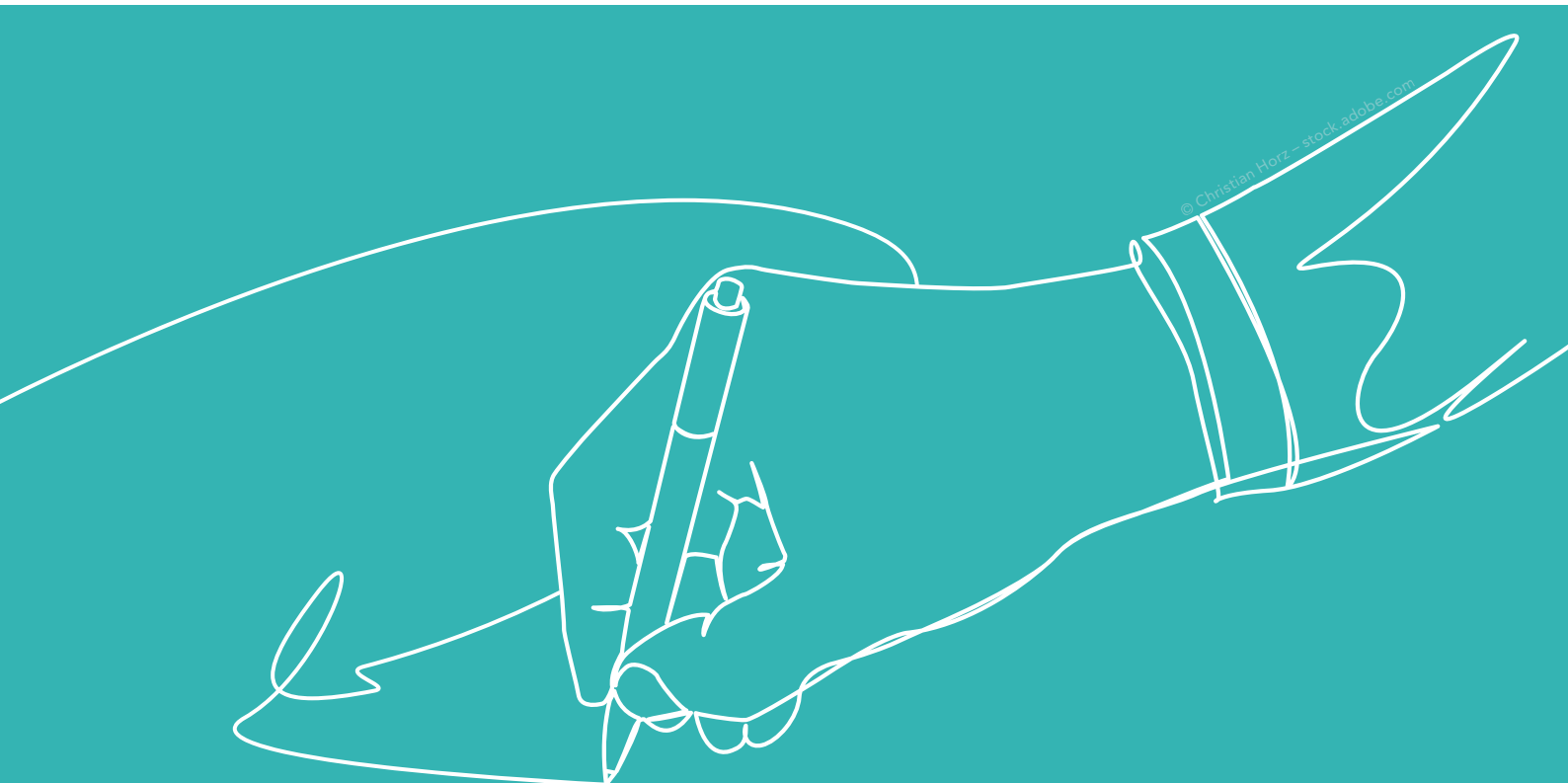
Abweichende Vereinbarung

Die „Abweichende Vereinbarung“ nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ hat strenge formale Regeln, ggf. sollten Behandler ihren Patienten ein erläuterndes Beiblatt mitgeben, denn die Vereinbarung selbst darf keinen zusätzlichen Text beinhalten.

Zu beachten:

- Die Abweichende Vereinbarung muss persönlich zwischen Zahnarzt/Zahnärztin und Patient abgesprochen werden, Praxismitarbeiter/-innen dürfen nur das Vorgespräch führen.
- In der Vereinbarung müssen die Gebührennummer, die Bezeichnung der Leistung, der Steigerungssatz und der sich daraus ergebende Euro-Betrag angegeben werden, das abgebildete Muster begnügt sich mit dieser Mindestangabe.
- Es ist zulässig, den Zahn/das Gebiet/die Region und die Anzahl der Leistungen anzugeben, weil dadurch die Berechnung des Gesamtbetrages für den Patienten transparent dargestellt und rechnerisch nachvollziehbar wird.
- Erforderlich sind die Unterschriften von Zahnarzt/Zahnärztin und Patient grundsätzlich auf demselben Schriftstück.
- Der Zahlungspflichtige/Patient muss eine Kopie bzw. Zweit-anfertigung der Vereinbarung erhalten. Das sollte auf geeignete Weise in der Patientenkartei dokumentiert werden.

Wie die Abweichende Vereinbarung aussehen kann, folgt zum Heraustrennen auf der folgenden Seite. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website <https://bdizedi.org/analog-tabelle/>.



VEREINBARUNG gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Zwischen

Herrn / Frau (Patient / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter)

Anschrift

und

Herrn / Frau (Zahnarzt)

Anschrift

Gemäß § 2 Absatz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) werden für folgende Leistungen die angeführten Gebühren vereinbart:

Zahn / Gebiet / Region	Gebührennummer	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	Anzahl	Betrag
Summe					

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen inöglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Dem Zahlungspflichtigen (oder dessen gesetzlichen Vertreter) wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Ort / Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger oder dessen gesetzlicher Vertreter

Ort / Datum

Unterschrift Zahnarzt / Zahnärztin





Abrechnungsempfehlungen zur Analogieberechnung

Neu: ANALOG-Tabelle 2024 mit Chairside-Leistungen

Die Analogabrechnung gewinnt infolge der jahrzehntelangen Nichtanpassung der GOZ an die wirtschaftliche Entwicklung und der Enttäuschung über die jahrzehntelange Nichtanhebung des Punktwertes rasch an Bedeutung. Viele Empfehlungen zur Analogieberechnung wurden seit dem Jahr 2012 publiziert. Der BDIZ EDI geht einen Schritt weiter und gibt erstmals seit über zehn Jahren eine völlig neu gefasste ANALOG-Tabelle mit Chairside-Leistungen heraus. Das Abrechnungsteam des BDIZ EDI hat über 200 Leistungen analogisiert und zudem eine Liste mit Chairside-Leistungen erstellt, die in den Praxen oftmals nicht angewendet werden.

Bisher gab kaum jemand Empfehlungen zu den bei der Analogabrechnung sinnvollerweise anzusetzenden Gebührensatzern. Diesen Schritt wagt jetzt der BDIZ EDI und gibt mit der neuen Tabelle eine erweiterte Hilfestellung zur Analogabrechnung zu weit mehr als 200 Leistungen und den dabei anzusetzenden Gebührensatzern. Die Tabelle ist als Empfehlung zu sehen. Der BDIZ EDI hat als Grundlage – wie in der BDIZ EDI-Tabelle 2024 – einen Mindesthonorarumsatzbedarf/Stunde von 390 Euro veranschlagt.

Für den vermehrten Einsatz der Analogabrechnung spricht zum einen die leidvolle Erfahrung mit der GOZ 2012. Diejenigen Leistungen, die zuletzt unter der GOZ 1988 häufig analog abgerechnet wurden, fanden Eingang in die neue GOZ mit jedenfalls annähernd die heutige Kostensituation respektierenden Bewertungen. Für den vermehrten Einsatz der Analogabrechnung spricht zum anderen, dass sie ein flexibles Instrument zur laufenden Anpassung der Zahnarzt Honorare an die allgemeine Kostenentwicklung bietet.

Aufgabenstellung

Die Aufgabe der Analogieberechnung besteht der Sache nach darin, anstelle des Verordnungsgebers, also des Bundesministeriums für Gesundheit, faktisch eine neue Gebührensatz zu schaffen. Dazu gehört deren Leistungsbeschreibung, die dann auch in der Abrechnung entsprechend erscheinen muss.

Die Gebührensatz ist der Sache nach eine abstrakte Rechtsnorm, die Analogziffer im Ergebnis also auch, nur mit dem Unterschied, dass sie durch den Zahnarzt selbst geschaffen werden darf. Für die Frage nach dem Ob der Analogieberechnung weist der BGH in seiner Entscheidung vom 13.05.2004 – III ZR 344/03 – auf einen entscheidenden Punkt hin: „Dem Arzt kann nicht angesonnen werden, sich in Fällen, in denen die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte wegen eines möglichen Regelungsdefizits Zweifel aufwirft, durch Abschluss einer Vereinbarung ein angemessenes Honorar zu sichern.“

Bibliografie

ANALOG-Tabelle 2024 mit Chairside-Leistungen

Wire-O-Bindung, 40 Seiten im Format 297 x 148 mm

- Enthält alle Abrechnungsempfehlungen des BDIZ EDI zur Analogberechnung und alle derzeit empfohlenen Chairside-Leistungen
- Enthält weit über 200 konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung in GOZ/GOÄ + alternativer Analogziffer
- Enthält Zeitangaben in Minuten berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 390 Euro im 1,0- und 2,3-fachen Steigerungssatz
- Preis: 29 Euro zzgl. Versandgebühren – bestellbar im Onlineshop des BDIZ EDI: www.bdizedi.org/shop/
- Mitglieder erhalten ein Exemplar kostenfrei zugesandt

QR-Code zum Shop:



Dies gilt insbesondere für die in den Gebührenordnungen bisher überhaupt nicht abgebildeten Aufklärungsleistungen, wie sie seit dem 26.02.2013 auch in den §§ 630c und 630e BGB enthalten sind.

Prüfschema

Der § 6 Abs. 1 GOZ erfordert, vereinfacht ausgedrückt, fünf Prüfschritte:

1. Handelt es sich um eine neue selbstständige Leistung, die in der GOZ oder im direkt geöffneten Abrechnungsbereich der GOÄ nicht enthalten ist?
2. Mit welcher bestehenden Leistung ist die neue Leistung nach ihrer Art vergleichbar?
3. Welche Kosten sind mit der neuen Leistung verbunden?
4. Wie viel Zeit erfordert die neue Leistung?
5. Welche Gebührenziffer ist danach als Grundlage für die Analogberechnung auszuwählen?

Seite 6

ABSCHNITT A

ALLGEMEINE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Honorarfindung nach Zeitaufwand ausgehend vom persönlichen Kostenfaktor pro Minute. Zum Beispiel: 390€ : 60 Minuten = 6,50€ pro Minute x 7 Minuten Arbeitszeit = 45,50€

Leistungsbeschreibung

Abschnitt A - Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Akupunktur durch Analgesieverfahren

Anamnese spezielle Erhebung einer mit zusätzl. Erörterung ther. Maßnahmen und untl. Aufklärung des Patienten, einschl. Dokumentation, je angel. 30 Min.

Anamnese umweltspezifisch mit zusätzl. Erörterung ther. Maßnahmen und untl. Aufklärung des Patienten, einschl. Dokumentation, je angel. 30 Min.

Anamnese ganzheitlich inkl. Erstberatung (Analyse), weit über 000 hinausgehend

Ärztliches Gespräch zur Motivierung bzw. Remotivierung Krankheitsaufklärung/Verhaltensinstruktion

Auswertung - Biologisch-zahnmedizinische und gesundheitlich-medizinische spezifischer Befund- und Anamneseunterlagen

Autogene Training - Anwendung/Übende Verfahren

Beratung zahnärztlich spezifisch und vertiefend im Zusammenhang mit umfangreicher Behandlung nach Anamnese

Büstenbiopsie intraoral zur zytologischen Frühdiagnostik

Computergestützte Auswertung zur Diagnose oder Planung der optisch-elektronischen Abformung

Diätplan, individuell, schriftlich

Domicum Anwendung (erhöhtes Haftungsrisiko - Haftpflichtschutz erfragen)

Ernährungsberatung professionell und Beratung

Ernährungsberatung individuell und zielführend (Dauer 45-60 Min.)

Ernährungsplan - Auswertung und Dokumentation eines (Dauer 30 Min.)

Ernährungstagebuch - Auswertung zusammen mit dem Patienten, inklusive einer ausführlichen Beratung über gesunde Ernährung (Dauer 30 Min.)

Extraorale Infiltrationsanästhesie

Extraorale Leitungsanästhesie

Extraorale Oberflächenanästhesie

Fotodokumentation (Intra-/extraorale Fotos) zur Diagnostik / Therapieplanung

Hypnoseanwendung (GOÄ 845 nicht geöffnet)

Lachgasanwendung Analgosedierung - (erhöhtes Haftungsrisiko-Haftpflichtschutz erfragen)

Laseranwendung als selbstständige Leistung (neben anderen als bei den in der GOZ 2012 genannten Leistungen - sofern die Anwendung nicht Bestandteil oder besondere Ausführung einer anderen ist)

Laseranwendung zur Kariesdiagnostik elektronisch, z.B. DIAGNOdent™, je Zahn

Laseranwendung zur Therapie gegen Herpes, Aphthe

Materialeistung

Mundgeruch - Halimetrie und Auswertung mittels technischer Verfahren - Gerät zur Bestimmung von Halitobis

Mundstrommessung (wenn medizinisch notwendig) - sonst § 2/3 Verlangensleistung

Ohnmacht oder Kollaps Hilfeleistung, je 15 Min.

Orthomokularer Substitution, Auswahl und Überwachung (Dauer mind. 20 Min.)

Ozonbehandlung z. B. Virusinfektion (Herpes) oder dergleichen

Pst - Erhebung Parodontaler Screening-Index, Erhebung des Parodontalbefundes, der Diagnose, Planung und Dokumentation

Pulsosymmetrie (GOÄ 602 nicht geöffnet)

Rauchentwöhnung

Sedierung - Anwendung von Lachgas (erhöhtes Haftungsrisiko-Haftpflichtschutz erfragen)

Sensibilitätstest eines Nervenzweiggebietes

Speichelttest, sofern nicht über GOÄ möglich

Speichelterapie

TENS Elektroanalgesie/-anästhesie mit Schwachstrom

Analogziffer	GOZ / GOÄ		2,3-fach		Alternative Analogziffer	
	max. Zeit in Min.	EUR	max. Zeit in Min.	EUR	GOZ / GOÄ in Min.	max. Zeit in Min.
A269a	0,88	0,46	26,81	04,07	7010a	44,99
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A250a	64,70
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A486a	64,70
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A603a	75,93
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A2397	34,97
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	120,65	18,34	A31a	26,23
A30a	52,46	08,04	1			

Die Hauptkriterien Art, Kosten und Zeit (2–4) sind gleichwertig (BGH, 23.01.2003 – III ZR 161/02 –). In der Praxis kann man diese Schritte nur ergebnisbezogen nachvollziehbar machen: Man ermittelt zuerst die angemessene Vergütung in Euro für den Regelfall (Steigerungsfaktor 2,3), rechnet diese durch Division mit dem Punktwert nach § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ (gesteigert ebenfalls mit dem Faktor 2,3) in die Punktmenge um und sucht dann nach geeigneten Gebührensätzen für die Analogie.

Neu ist eine Leistung nicht nur dann, wenn sie in GOZ oder GOÄ nicht beschrieben ist, sondern auch dann, wenn sie heute ganz anders ausgeführt wird als zu Zeiten ihrer Aufnahme, Beschreibung und Bewertung im Gebührenverzeichnis (BGH, 13.05.2004 – III ZR 344/03 –; OLG Düsseldorf, 27.09.2001 – 8 U 181/00 –).

Da die Zahnheilkunde in dem Jahrzehnt seit der GOZ 2012 große Fortschritte gemacht hat, könnte man heute – streng genommen – nahezu alle zahnärztlichen Leistungen analog abrechnen.

Als besonders prägnante Beispiele seien die Fortschritte in der Parodontologie und Endodontie genannt, aber auch in der Kieferorthopädie oder den Extraktions- und Osteotomietechniken hat sich sehr viel getan, ohne dass die damit verbundenen Fortschrittsinnovationen seit der GOZ 2012 auch nur ansatzweise berücksichtigt worden sind.

Art der Leistung

Bei der Art der Leistung steht „das Ziel der Leistung oder der Ablauf der Behandlung im Vordergrund“ (BGH, 23.01.2003 – III ZR 161/02 –). Konservierende Leistungen sind ihrer Art nach am ehesten mit den Leistungen aus Abschnitt C der GOZ vergleichbar (LG Saarbrücken, 12.02.2004 – 11 S 246/01 –). Aber es spricht nichts dagegen, ggf. auf Leistungspositionen in allen anderen, also auch den prothetischen oder kieferorthopädischen Abschnitten auszuweichen, wenn sonst das Gebot der Vergleichbarkeit bei Zeit- und Kostenaufwand nicht zu erfüllen ist und auch das Gebührenverzeichnis zur GOÄ keine sinnvollen Gebührensätze enthält.

Der Zeit- und Kostenaufwand

Wichtiger als die Art der Leistung sind Zeit- und Kostenaufwand. Unter Kostenaufwand sind die Praxiskosten, die mit der Leistung zwangsläufig verbunden, aber nicht gesondert abrechenbar sind, zuzüglich des sog. Unternehmerlohns und eines Gewinnanteils i. S. einer Vollkostenrechnung zu verstehen. In diese Kostenberechnung gehen nicht die Kosten von 1987 bzw. 2012, sondern die aktuellen Kosten, d. h. die Kosten der Jahre 2024 und später ein. Damit bietet die Analogabrechnung die Möglichkeit der laufenden Anpassung der Vergütung an die Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse.

Und so geht es ...

Zeitaufwand ist der Aufwand an Gesamtbehandlungszeit. Dazu zählen neben der Erbringung der eigentlichen Leistung auch die damit zusammenhängenden nicht gesondert abrechenbaren Nebenleistungen, z. B. Vorbereitungsleistungen, Hygienezeit, eingriffstypische Beratungsleistungen etc. Für die Auswahl der Gebührensätze orientiert man sich an Sätzen, welche in etwa dieselbe Punktmenge ergeben, die nach den Berechnungen zu Kosten- und Zeitaufwand erforderlich ist. Die Sätzensuche erstreckt sich zunächst nur auf die GOZ und, wenn man darin nicht fündig wird, auf die im Gebührenverzeichnis zur GOÄ nach § 6 Abs. 2 GOZ eröffneten Leistungsbereiche.

Wichtiger Hinweis

Die Aufnahme von Leistungen in die ANALOG-Tabelle mit Chairside-Leistungen besagt nichts über deren wissenschaftliche Anerkennung oder ihre zahnmedizinische Notwendigkeit im Einzelfall. Kriterium für die Aufnahme in die Liste ist lediglich, dass es sich dabei um zahnärztliche Leistungen handelt, die in den Gebührenverzeichnissen zur GOZ und GOÄ nicht beschrieben sind. Gegebenenfalls kommen noch zahntechnische Leistungen hinzu. Das ist i. d. R. in der Tabelle nicht gesondert aufgeführt, weil selbstverständlich.

In der ANALOG-Tabelle 2024 werden erstmals alle Abrechnungsempfehlungen des BDIZ EDI zur Analogberechnung und alle derzeit empfohlenen Chairside-Leistungen abgebildet. Einen wesentlichen Beitrag zu der Tabelle haben auch Kerstin Salhoff und ihre Mitarbeiterin Marina Böer aus Nürnberg geleistet.

Christian Berger
Präsident BDIZ EDI

axiom[®]X3

NEXT GENERATION OF IMPLANTS
FOR NEXT GENERATION OF IMPLANTOLOGISTS.



Axiom X3[®] –
Die Implantat-Technologie, die
Ihnen neue Welten öffnet.

Entdecken Sie neue Welten, um
besser auf die
individuellen Bedürfnisse Ihrer
Patienten eingehen zu können.

Profitieren Sie von einer
ganzheitlichen Lösung für ein
breites Spektrum an klinischen
Indikationen, die den wertvollen
Kieferknochen erhält.



anthogyr.de/next

Anthogyr
A Straumann Group Brand

Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik

Teil 2: Sachverhalt und Funktion der Gebührenordnungen

Mitglieder des BDIZ EDI fragen nach dem Stand der Klage vor dem Verwaltungsgericht Berlin, die von der Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak & Partner im September 2023 eingereicht worden ist. In loser Folge wird die Redaktion des *BDIZ EDI konkret* hier Auszüge aus der Feststellungsklage wiedergeben. In diesem zweiten Teil geht es um Sachverhalt und Funktion der Gebührenordnungen im deutschen Gesundheitswesen.

Sachverhalt

Das Begehren der Kläger richtet sich gegen die seit Jahrzehnten nur ganz unzulänglich erfolgte Berücksichtigung der fachlichen, technologischen und wirtschaftlichen Entwicklung in den für ihre Honorarberechnungen maßgeblichen Gebührenordnungen: Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Betrachtet man die Dinge sehr genau, herrscht bei der GOZ schon seit 1958 hinsichtlich der Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung im Wesentlichen Stillstand: Denn die zum 01.04.1965 in Kraft getretene GOZ 1965 basiert 1:1 auf den Vorschlägen des damaligen Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ) vom 17.03.1958. Der BDZ nannte sich 1990 in Bundeszahnärztekammer (BZÄK) um.

Funktion der Gebührenordnungen im deutschen Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen kennt für die akademischen Heilberufe vier allgemeine Gebührenordnungen:

- GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte vom 12.11.1982 i. d. F. der Bekanntmachung vom 09.02.1996 (BGBl. 1996 I, S. 210),
- GOP – Gebührenordnung für Psychotherapeuten vom 08.06.2000 (BGBl. 1000 I, S. 818),

- GOT – Gebührenordnung für Tierärzte vom 15.08.2022 (BGBl. 2022 I, S. 1401),
- GOZ – Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22.10.1987 (BGBl. 1987 I, S. 2316), in der Fassung vom 05.12.2011 (BGBl. I, S. 2661).

Diese vier Gebührenordnungen basieren auf nahezu wortlautidentischen Rechtsgrundlagen:

- für die GOÄ: § 11 BÄO (Bundesärzteordnung vom 02.10.1961),
- für die GOP: § 21 PsychThG (Psychotherapeutengesetz i. d. F. vom 15.11.2019),
- für die GOT: § 12 BTÄO (Bundes-Tierärzteordnung vom 17.05.1965)
- für die GOZ: § 15 ZHG (Zahnheilkundengesetz vom 31.03.1952).

BÄO und BTÄO sind – ungeachtet der Endung „-ordnung“ – ebenfalls Bundesgesetze i. S. des Art. 77 GG.

Im Bereich der Humanheilkunde spielt die GOZ naturgemäß keine Rolle, für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit von GOÄ und GOZ aber durchaus.

Die GOP stammt vom 08.06.2000. Sie ist für die Kläger nicht anwendbar. Dort gibt es aber dieselben Probleme wie bei GOÄ und GOZ. Sie wird im Rahmen dieser Klage nur am Rande be-

rücksichtigt werden. Erwähnt sei, dass sich die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach der GOÄ richtet (§ 1 Abs. 1 GOP).

GOÄ und GOZ sind nach dem Grundsatz der Einzelleistungsvergütung aufgebaut. Jeder (zahn-)ärztlichen Leistung wird eine bestimmte Punktzahl zugewiesen. Diese ergibt, nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ/GOZ multipliziert mit dem in § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ/GOZ genannten Punktwert und dann multipliziert mit dem im Rahmen des § 5 Abs. 1 Satz 1 GOÄ/GOZ bestimmbaren Steigerungsfaktor – unter Beachtung der Rundungsregeln in § 5 Abs. 1 Satz 4 GOÄ/GOZ – das (zahn-)ärztliche Honorar.

Für die Berechnung der Vergütung gilt also folgende Formel:

$$\text{Punktzahl} \times \text{Punktwert} \\ \times \text{Steigerungsfaktor} = \text{Vergütung}$$

Dieses Konzept der Einzelleistungsvergütung gilt auch für die GOP (über die Verweisung auf die GOÄ) und die GOT. Das Konzept der Einzelleistungsvergütung ist für private (zahn-)ärztliche Gebührenordnungen wesentypisch und ohne ernsthafte Alternative. In Österreich und der Schweiz wird dies genauso gehandhabt.

Die möglichen Steigerungsfaktoren liegen seit der GOÄ 1982/GOZ 1988 nach § 5 Abs. 1 Satz 1 GOÄ/GOZ im Bereich von 1,0 bis 3,5 (bei bestimmten technischen Leistungen bis 2,5), in der GOZ beim 1,0- bis 3,0-fachen Satz (§ 2 Abs 1 Satz 1 GOZ).

Als Normalwert (Schwellenwert) weist die GOZ seit 1988 und die GOÄ seit 1996 den 2,3-fachen Steigerungsfaktor aus (§ 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ/GOZ).

Über die Frage, unter welchen Bedingungen die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors zulässig ist, streiten sich seitdem vor allem die Beihilfebehörden vor den Verwaltungsgerichten. Viele Verwaltungsgerichte vertreten dabei eine sehr restriktive Auslegung des § 5 Abs. 1 Satz 1 GOÄ/GOZ.

Als pars pro toto für dieses Problem soll ein Auszug aus einer Entscheidung des VG München vom 28.03.2019 – M 17 K 17.5524 –, Rz. 51 dienen:

„Zwar sollte es nicht so sein, dass der Arzt bzw. Zahnarzt für die Begründung der Schwellenwertüberschreitung mehr Zeit aufwenden muss als für die eigentliche Behandlung.“

Ausführlich ärztliche Berichte oder gar Gutachten können daher nicht verlangt werden. Allerdings muss sich aus der gegebenen Begründung entnehmen lassen, weshalb bei den Patienten eine von der Masse der behandelnden Fälle abweichende Besonderheit vorlag und insbesondere, worin diese Besonderheit bestand (...). Die Begründung darf dabei nicht allgemein gehalten sein, sondern muss genügend Anhaltspunkte für einen Vergleich enthalten, bei dem deutlich wird, dass die Behandlungsschritte einen ungewöhnlich hohen Schwierigkeitsgrad aufwiesen, der deutlich über demjenigen lag, der durch die Regelspanne abgegolten wird (...). Allein wertende Schlussfolgerungen genügen grundsätzlich nicht, die Begründung muss auch einen nachvollziehbaren Tatsachenkern enthalten (...). Hierbei ist auch zu beachten, dass die Begründung allein vom behandelnden Zahnarzt selbst gegeben werden kann.“

Es sollte bekannt sein, dass Jura kein Teil des (Zahn-)Medizinstudiums ist und Arzt- und Zahnarztpraxen i. d. R. weder über eigene Rechtsabteilungen oder Experten im Gebührenrecht verfügen noch Statistiker vorhalten, mit deren Hilfe begründet werden könnte, „weshalb bei dem Patienten eine von der Masse der behandelnden Fälle abweichende Besonderheit vorlag“, sodass die Rechtsprechung die Behandler mit solchen Anforderungen an die Begründung der Steigerungsfaktoren systematisch strukturell überfordert.

RAT



19. Experten Symposium in Köln, Teil 2

„Zahnmedizin digital?“ mit dem BDIZ EDI

Im zweiten Teil unseres Beitrags zum Experten Symposium 2024 zum Thema „Zahnmedizin digital? – Aktuelle Möglichkeiten und Grenzen der digitalen Behandlungstherapie“ geht es um die chirurgischen, prothetischen und parodontologischen Aspekte des Themas. Generalsekretär des BDIZ EDI, Prof. Dr. Neugebauer, stellte am Ende des Symposiums die Ergebnisse des Konsensuspapiers der EuCC vor, die die Redaktion bereits in der Ausgabe 1/2024 veröffentlicht hat.



Digitales Vorgehen in der Parodontologie: Oder doch lieber von Hand? Prof. Dr. Stefan Fickl

„Die Paro ist noch sehr analog“, leitete Professor Fickl seinen Online-Vortrag ein. Er sei wohl mit der einzige, der bei dem Thema Digitalisierung in der Parodontologie ein bisschen Bremse. Er wisse auch, dass die Parodontologie häufig von systemischen Faktoren abhängt. Wichtig sei das digitale DVT für Diagnostik und Bestätigung des Therapieerfolgs. Natürlich machten die digitalen Vorgehen das Leben leichter bei Behandlung und Therapieoptionen. Wichtig sei insbesondere für Parodontologen die Vorhersagbarkeit. Dennoch stellte Fickl fest, dass insgesamt

betrachtet die digitalen Techniken aktuell wenig Einfluss auf die Parodontologie hätten. Man sehe indes eine deutliche Weiterentwicklung in dieser Disziplin durch ein besseres Verständnis des Biofilms und der Ätiologie der Parodontitis. Dabei stünden systemische und wenig invasive Ansätze im Vordergrund. Natürlich helfe die Digitalisierung bei der Diagnostik und Sicherung des Therapieergebnisses durch digitales Röntgen, und die digitale Chairside-Herstellung von Zahnersatz nehme den Druck, wenn es um Langzeitprovisieren gehe.

Digitales Vorgehen in der Prothetik: Quo vadis, Zahntechnik? Univ.-Prof. Dr. Daniel Edelhoff

Die Innovationsrate sei so hoch, dass man mit Studien im Bereich des digitalen Vorgehens in der Zahntechnik gar nicht mehr nachkomme. Lediglich bei Full-Arch-Scans sei die analoge Abformung noch im Vorteil, verdeutlichte der Referent eingangs. Einen Hinweis auf das Material wollte Edelhoff ebenfalls geben. Die Materialvielfalt und die -qualität wären ohne digitales Vorgehen so heute nicht vorhanden. Aber: Der 3D-Druck sei noch nicht ganz so weit, wie sich der Lehrstuhlinhaber für Zahnprothetik an der LMU das wünschen würde. Profitieren wir zeitlich? „Schon 2019 war es klar, dass die Zahntechnik zeitlich am meisten von Digitalisierung und digitalen intraoralen Aufnahmen profitiert!“ Weitere Vorteile habe man heute auch durch digitale Aufnahmen vom dynamischen System, also von Unterkiefer-

bewegungen ohne mechanische Limitation, was die Grundlage für den virtuellen Artikulator sei. Zum ersten Mal sei es durch instrumentelle Funktionsanalysen möglich, auch die Okklusionsanalyse gleichzuschalten (Kodroß et al.; *Int. J Comp Dent* 2020). Edelhoffs Blick in die Zukunft: Mit ein bisschen Routine ließe sich diese Aufnahme innerhalb einer halben Stunde schaffen. Von der digitalen Unterstützung bei der Bisshebung bis zum 3D-Druck von Kronen (Lithiumdisilikatkeramik), der Druck von Dentinkernkronen als interessante Option für die Zukunft, darüber den Schmelz drucken in einem Stück: monolithisch-bichromatisch. „Das bekommen Sie mit analoger Technologie auch in Zukunft nicht hin!“ Zum Abschluss zeigte Professor Edelhoff einen entsprechenden Versorgungsfall, den er auch publiziert hat (*Dental Dialogue*):



Einteilige digitale Totalprothetik im Oberkiefer – monolithisches Polymer – trifft auf mehrschichtiges Zirkonoxid mit Gradiententechnologie.

Was ist eine gute Zahnmedizin im Jahr 2024? Univ.-Prof. Dr. Florian Beuer MME

Für Professor Beuer ändert sich gerade die Landschaft in der Zahnmedizin komplett, „und wir merken es gar nicht so, und sind auch nicht gut vorbereitet!“ Diese provokante Aussage untermauerte er in seinem Vortrag, in dem es um gute Zahnmedizin im Jahr 2024 ging. Die Veränderungen heißen aus seiner Sicht Digitalisierung und Demografie. Seine These: „Wenn die Babyboomer aus den Praxen in 15 bis 20 Jahren raus sind, werden die heutigen Konzepte nicht mehr funktionieren.“

Wo sieht er den Platz der Zahnmedizin, wenn die Babyboomer aus den Praxen raus sind? Für „seine“ Prothetik sieht er zwei Themen: Demenz und Okklusion sowie Schlafapnoe, also der ganzheitliche Ansatz. Professor Beuer machte deutlich, dass es ihm um den biologischen Wert des Patienten gehe. Anhand eines Falles aus dem letzten Jahr, den er an der Charité zur vollen Patientenzufriedenheit ver-

sorgt hatte, kritisierte er, dass er den biologischen Wert des 42-jährigen Paro-Patienten durch die invasive Vorgehensweise dramatisch reduziert hätte. Die mikro-/minimalinvasive Zahnmedizin ist aus Sicht Beuers das, was man der nachwachsenden Zahnärztergeneration beibringen müsse. Er verwies auf ein 20 Jahre altes Papier zur mikroinvasiven Zahnmedizin aus der Paro-Chirurgie von Burkhardt und Lang et al., die gezeigt hätten, dass „wir eine deutlich bessere Rezessionsdeckung und Heilung haben, wenn wir mit dem Mikroskop arbeiten!“ Es gebe relativ wenige Daten über solche restaurativen Prozeduren – außer in der Endodontie. Sein Plädoyer für den Einsatz von Vergrößerungshilfen: „Wenn uns die Lupenbrille eine neue Welt eröffnet hat, eröffnet das Mikroskop eine neue Galaxie.“

Ein weiteres Anliegen: Zahnhartsubstanz sei heilig! Er sprach von der „Todesspirale“



des Zahnes bei der Vollkronenpräparation, was er anhand diverser Papiere auch untermauerte. Für ihn ist die additive Zahnheilkunde mittels neuer Technologie und ohne Beschleifen der Zahnhartsubstanz das Ziel.



Digitale Implantatchirurgie, Teil 1: Was macht der Roboter? Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Was bringt uns digitale Technologie in der Implantatchirurgie? Dazu befragte Dr. Dr. Markus Tröltzsch ChatGPT mit wenig überraschenden Antworten: bessere Präzision, bessere Planung, bessere Kommunikation und bessere Dokumentation. „Ich bin nicht der Meinung, dass digitale Technik alles Analoge ablösen wird, es ist eher komplementär“, so sein Statement. Bislang sei digitale Implantologie mit vollgeführter, schablonenbasierter Implantologie definiert worden. In der Wissenschaft sei das Fully-Guided, also das Schablonensystem, im Verhältnis zu Pilot-Guided, wo also nur ein Bohrer geführt wird, zu Freihand das präziseste System. Wer Freihand mache, selbst die versiertesten Behandler, werde seiner Meinung nach dann Rechtfertigungsdruck bekommen, wenn es

hinterher nicht passt. Ein Schritt weiter: die dynamische Navigation. Anhand der Literatur könne man sehen, dass mit der dynamischen Navigation, also linsen- und kameragestützt, eine schöne Präzision erreichbar sei (Wei et al.: Clin Oral Implants Res. 2021). Was ist am Ende besser? Nach Sichtung von systematischen Reviews, die es inzwischen gibt, zeige sich, dass die Abweichungen vergleichbar seien. Aber eigentlich interessant seien andere Messgrößen. Anhand einer Vergleichstafel aus diversen Studien zeigte Tröltzsch die Unterschiede zwischen dynamischer und Fully-Guided (statischer) Navigation mit komplementärem Ergebnis. In seiner Praxisklinik versuche er, die Vorteile beider Systeme mit einem eigenen „handgemachten“ System zu vereinen. Sein Fazit:



Durch Digitalisierung und Navigationstechniken ließen sich Abläufe vereinfachen, OP-Verfahren sicherer machen und Manpower einsparen.



Digitale Implantatchirurgie, Teil 2: Was macht der Roboter? Dr. Detlef Hildebrand

Digitale Implantatchirurgie war auch das Thema von Dr. Hildebrand, der Arbeitsabläufe in seiner Berliner Praxis in der digitalen Implantologie zeigte. Für ihn, der seit über 20 Jahren mit digitalen Systemen

arbeitet, geht es nicht ohne Navigationsbehelfe. Wo geht es hin? Die Planung sei der zentrale Bestandteil der Arbeit. Wichtig sei, es müsse vorhersagbarer und ohne aufwendigen Lernprozess umsetzbar sein.

Eine Technik, die aus komplexen Herausforderungen „einfach“ macht.



Bei den Navigationsgeräten sei das Herzstück die implementierte Planungssoftware, und damit das Herz jeder Navigation und Schablonentechnik. Ein möglicher Zukunftsschritt ist für ihn das anatomische Implantat, das, dreidimensional generiert aufgrund der 3D-Bildgebung, minimaltraumatisch in die Alveole geklopft wird. Inzwischen zählt er 50 Fälle in seiner Praxis, die mit dieser Methode behandelt wurden.

Digitale Planung und Umsetzung von implantatchirurgischen Eingriffen Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, M.Sc.


Führungsschablonen in der navigierten Implantologie verwendet Professor Nickenig seit 25 Jahren. Dennoch sei die Freihand-Implantation mit ca. 90 Prozent noch weitverbreitet, berichtet Nickenig. Bei 931 eigenen Patientenfällen sei im Follow-up folgendes Ergebnis herausgekommen: „Je tiefer die Lage des Mandibularkanal im posterioren UK-Seitenzahnbereich, desto stärker ausgeprägt ist der linguale Unterschnitt.“ (931 Fälle im Unterkieferseitenzahnbereich, Nickenig et al.) „Wenn wir mit dem Nerv, dem Mandibularkanal zweidimensional diese tiefe Nervregion sehen, müssen wir in 90 Prozent der Fälle mit einem Undercut-Kiefer rechnen.“ Dieser Bereich im Mundboden lasse sich nicht klinisch austasten. Die klinische Relevanz sei klar. „Wenn wir meinen, wir könnten

mit der Panoramaschichtaufnahme, dem OPG, noch ein schönes langes Implantat setzen, ist das eben nicht der Fall.“ Unter klinischen Bedingungen zeige sich 1 mm Positionsabweichung und 5 Grad Winkelabweichung bei Implantaten im Vergleich zu Freihand mit einer Abweichung von 3–4 mm und 15 Grad Winkelabweichung. Was sagt die klinische Bewährung zu 3D-basierten, digitalen Verfahren und Perspektiven nach Literaturrecherche? Kein Unterschied zwischen dynamischer und statischer Navigation (Struwe et al. 2023), Exaktheit der Verfahren der „Augmented Reality“ sei fast so günstig wie statische Navigation (Mai et al. 2023); wenig Unterschiede zwischen Full-Guided und navigierter Pilotbohrung (Schulz et al. 2023) und digitale Planung in Low Dose mit viel-



versprechenden Ergebnissen (Unger et al. 2023).

AWU



Der BDIZ EDI feiert Jubiläum: 20 Jahre Experten Symposium

Komplikationen in der Implantologie – warum ist es passiert?

Zum 20. Mal findet das Experten Symposium in Köln statt. Zu diesem Jubiläumssymposium am Sonntag, 2. März 2025, bietet der BDIZ EDI ein modifiziertes Konzept, das insbesondere auch an den Nachwuchs in der Implantologie gerichtet ist.

Neben der Expertenmeinung werden die Assistentinnen und Assistenten der Referenten ihre Fälle vorstellen und mit den Hauptreferenten und den Teilnehmenden diskutieren. Das Thema Komplikationen in der Implantologie steht damit nach 2019 erneut auf der Agenda.

Auch 2025 wird im Vorfeld des 20. Experten Symposiums die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI die Komplikationen in der Implantologie diskutieren. Die EuCC fasste im Konsensuspapier, dem damals 14. Praxisleitfaden, die Ergebnisse aus dem Jahr 2014 wie folgt zusammen:

Die Insertion von Zahnimplantaten ist eine zuverlässige Behandlungsmöglichkeit zur Wiederherstellung der Funktion und Ästhetik des Patienten. Eine sorgfältige Fallauswahl ist notwendig, wobei nicht nur die intraoralen Befunde allein berücksichtigt werden sollten. Aufgrund der großen Vielfalt der Implantatdesigns und der vorgeschlagenen chirurgischen und prothetischen Verfahren sollten die individuell vorgeschlagenen Parameter eingehalten werden, um Komplikationen zu vermeiden. Alle Verfahren sollten von Behandlern mit dem erforderlichen aktuellen Fachwissen und der erforderlichen Ausbildung durchgeführt werden.

Tags zuvor, am Samstag, 1. März 2025, warten in vier Workshops der Industriepartner neue technologische und wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse auf die Teilnehmenden. Erstmals neu im Programm ist ein Vortragsaward, der zum Abschluss des eintägigen Symposiums verliehen wird.

Das 20. Experten Symposium steht unter der bewährten wissenschaftlichen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller. Der Vizepräsident des BDIZ EDI ist seit vielen Jahren auch Präsident der ältesten Kölner Karnevalsgesellschaft „Die Grosse von 1823“. Auch zum 20-Jährigen gibt es für die Teilnehmenden die Einladung zur Grossen Sonntagssitzung in den Gürzenich. Das Experten Symposium findet zum zweiten Mal im Hotel Pullman in der Helenenstraße in Köln statt.

Save the Date

20. Experten Symposium des BDIZ EDI

Hotel Pullman in Köln

1.3.2025: Industrie-Workshops

2.3.2025: Symposium

Mehr Information und Anmeldung:





Programm am Sonntag

09.00 – 09.15	Begrüßung 20. Experten Symposium Christian Berger und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
09.15 – 10.00	Hauptvortrag Komplikationen aus rechtlicher Sicht Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Sindelfingen
10.00 – 10.45	Hauptvortrag Abweichungen von der 3D-Planung: Immer eine Komplikation? Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech
10.45 – 11.15	Kaffeepause Besuch der Dentalausstellung
11.15 – 11.30	Kurzvortrag Die Lernkurve der 3D-basierten Implantologie: Ist wirklich alles einfacher? Dr. Paul Henn, Doktorand von Prof. Dr. Neugebauer
11.30 – 11.45	Kurzvortrag Komplikationen in der Full-Guided Implantologie Nikolaus Ernst, Assistent von Prof. Dr. Dr. Schlegel
11.45 – 12.30	Hauptvortrag Demografie – was passiert? Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Ansbach
12.30 – 13.30	Mittagspause Besuch der Dentalausstellung
13.30 – 13.45	Kurzvortrag Vollkeramik auf Implantaten – ist stärker immer besser? Dr. Tobias Graf, Assistent von Prof. Güth
13.45 – 14.00	Kurzvortrag Lokalanästhesie-Schäden Ina Younan, Assistentin von Priv.-Doz. Dr. Hartmann
14.00 – 14.45	Hauptvortrag Komplikationsvermeidung in der Implantatprothetik Prof Dr. Jan Güth, Frankfurt am Main
14.45 – 15.15	Kaffeepause Besuch der Dentalausstellung
15.15 – 16.00	Hauptvortrag Warum neurophysiologische Veränderungen auf den Nerv gehen! Priv.-Doz. Dr. Amely Hartmann, Filderstadt
16.00 – 16.15	Kurzvortrag TBA Preisträger des vfwz
16.15 – 17.00	Hauptvortrag Komplikationen in der augmentativen Implantologie Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel, München
17.00 – 17.30	Diskussion, Ehrung, Vortragsaward Christian Berger und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller

Der Vorstand des BDIZ EDI zum 35. Geburtstag des Verbandes

Implantologie und mehr

Aus Anlass des 35. Geburtstags hat die Redaktion die Vorstandsmitglieder des BDIZ EDI befragt. Wie beurteilen sie die Arbeit des Verbandes?

Dr. Renate Tischer (Bad Salzungen)

Vorstandsmitglied seit 2001

Im 50. Jahr meiner zahnärztlichen Tätigkeit wird der BDIZ EDI 35 Jahre alt. Ich bin stolz, viele der Gründungsmitglieder persönlich zu kennen. Sie haben mich damals auf den Weg gebracht, die Implantologie bereits in den frühen 90er-Jahren in meiner Praxis erfolgreich zu etablieren. Damals wie heute ist der BDIZ EDI die Anlaufstelle aller implantologisch tätigen Zahnärzte. Seit 2001 selbst im erweiterten Vorstand tätig, sind wir immer bereit, alle Fragen, Probleme und Sorgen aller Kolleginnen und Kollegen zu beantworten.


Christian Berger (Kempten)

Präsident seit 2005; Vizepräsident von 2001 bis 2005

Ich bin von Anfang an dabei und habe es miterlebt, als die Implantologie 1988 gerade ihre wissenschaftliche Anerkennung erhalten hat. Heute ermöglichen unsere Curricula jeder Zahnärztin und jedem Zahnarzt, selbstständig und in eigener Praxis implantologisch tätig zu sein.

Seit 40 Jahren hat es keine Punktwertanhebung in der GOZ gegeben, und die Aufgabe des BDIZ EDI hat nun ihren Schwerpunkt in der Honorierung implantologischer Leistungen – auch im internationalen Vergleich. Mit unseren Tabellen weisen wir den Weg – weit über die Implantologie hinaus. Ich kenne keine andere Organisation von Zahnärzten, die sich innovativer und progressiver verhält.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (Köln)

Vizepräsident seit 2005

Ich schätze die Arbeit des BDIZ EDI für die Zahnärzte sehr hoch ein, weil er als einer der wenigen Verbände auch wissenschaftliche Statements erarbeitet. Seit 2006 erstellt die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI jährlich einen Leitfaden mit empfehlendem Charakter, um die Praxen in aktuellen Fragestellungen rund um die Implantattherapie zu unterstützen: Dabei geht es zum Teil weit über die Implantatchirurgie und Implantatprothetik hinaus bis in rechtliche Bereiche. Auch auf dem Gebiet der zahnärztlichen implantologischen Fortbildungen ist der Verband seit Jahren sehr erfolgreich. Nachdem in Köln bereits das 25. Curriculum durchgeführt wird, wird demnächst auch ein Curriculum in München etabliert werden.


Dr. Nathalie Khasin

Vorstandsmitglied seit 2017

Der Austausch mit europäischen Kolleginnen und Kollegen ist nicht nur spannend, sondern auch zielführend. Wir bieten den jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland und Europa die Möglichkeit, für wenig Geld und mit Lehrern, die mit Herzblut dabei sind – ich denke nur an den Kooperationspartner an der Uni Köln –, das Curriculum des BDIZ EDI zu durchlaufen und Implantologie zu erlernen!


Anita Wuttke

Pressereferentin seit 2007, Chefredakteurin von *konkret* und *EDI Journal* seit 2013

So breit aufgestellt ist kein anderer Verband im zahnärztlichen Bereich in Deutschland – und in Europa. Durch die Verbandsarbeit, die weit über Wissenschaft, Praxis, Abrechnung und Recht hinausgeht und bis nach Berlin,

Brüssel und Straßburg reicht, gibt es ein reiches Feld zu bestellen und viel zu tun im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit!

Prof. Dr. Jörg Neugebauer (Landsberg am Lech)

Generalsekretär seit 2021 und Vorsitzender des Qualitäts- und Registerausschusses seit 2004

Der Verband schafft seit 35 Jahren einen unglaublichen Spagat, weil eine erfolgreiche Implantologie nicht nur durch eine optimale Behandlung erreicht werden kann, sondern auch die berufspolitischen, versicherungsrechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen beachtet werden müssen, besonders in der Zusammenarbeit mit den Herstellern der Medizinprodukte.

**Prof. Dr. Thomas Ratajczak (Sindelfingen)**

Justiziar seit 1992

35 Jahre BDIZ EDI: Es gibt keinen Verband, der für die Zahnärzteschaft so viel geleistet hat – in so kurzer Zeit und so konzentriert!

**Dr. Stefan Liepe (Hannover)**

Geschäftsführer seit 2007 und Schriftführer seit 2009

35 Jahre BDIZ EDI ist für mich 35 Jahre gelebte Interessenvertretung für die Praxis mit hochwertiger, wissenschaftlich untermauerter Fortbildung, aber auch Hilfestellung bei Recht, Abrechnung oder wenn es in der Praxis Probleme gibt: All das ist für mich

35 Jahre kontinuierliche Arbeit für die implantologisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte.

**Dr. Dr. Markus Tröltzsch (Ansbach)**

Vorstandsmitglied seit 2021

Was den Verband für mich ausmacht, ist, dass er über den Tellerrand der deutschen Gesetzgebung und Verordnungsgebung hinausblickt. Viele EU-Verordnungen tangieren inzwischen die deutschen Zahnarztpraxen. Aktuelles Beispiel ist die seitens des Verbandes initiierte Klage von sechs Zahnärzten vor dem Berliner Verwaltungsgericht gegen das Bundesgesundheitsministerium und für eine Gleichbehandlung bei den Honorarordnungen und schließlich für die lange ausstehende GOZ-Punktwertanhebung.

Dr. Detlef Hildebrand (Berlin)

Schriftführer von 2006 bis 2009; Generalsekretär von 2009 bis 2021; seit 2021 Mitglied im Vorstand

Der BDIZ EDI steht wie ein Fels in der Brandung für die implantologisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Wir, der BDIZ EDI, sind Interessenvertretung für die deutschen und europäischen Zahnärzte weit über die orale Implantologie hinaus. In Zeiten von Digitaler Zahnmedizin/Implantologie und zunehmendem Einsatz künstlicher Intelligenz ist es für uns Zahnärzte wirklich gut, den BDIZ EDI als berufspolitische Vertretung an der Seite zu wissen. Auf die nächsten 35 Jahre im Dienste der Implantologie ...

**Dr. Freimut Vizethum (Rauenberg)**

Vorstandsmitglied von 2006 bis 2013 und ab 2016; seit 2015 Strategie-Beauftragter

Wir befinden uns heute in einer Zeit fragiler Stabilität und sowohl gesellschaftlicher als auch gesundheitspolitischer Umwälzungen. Unvorhersehbarkeit, Risiken und steigende Haftungen beeinflussen mittelbar oder unmittelbar das Berufsumfeld des implantatchirurgisch und prothetisch tätigen Zahnarztes. Gerade da bedarf es einer leistungs- und handlungsfähigen Organisation, die sich als Berufsverband für die Interessen seiner Mitglieder engagiert und in die laufenden Diskussionen einbringt, um verbesserte und stabile Rahmenbedingungen im zunehmend bürokratisch determinierten Alltag über die Beteiligung an politischen Entscheidungen zu schaffen. Dafür setzt sich der Vorstand geschlossen und ambitioniert im Sinne seiner Verbandsmitglieder ein und wird dies auch in Zukunft tun!

Dr. Wolfgang Neumann (Philippsthal)

Schatzmeister seit 2016; Vorstandsmitglied seit 2013

Der BDIZ EDI liefert durch seine Rechtsberatung auch Rechtssicherheit in vielen Bereichen – von der privatärztlichen Abrechnung bis zur zahnärztlichen Dokumentation – um nur einige Beispiele zu nennen. Der Verband gibt praktische Hilfestellung, im Bereich der Abrechnung und Weiterbildung für alle Zahnarztpraxen; hier möchte ich die neuen Fortbildungsmöglichkeiten wie unser neues Curriculum Implantologie im Süden, Abrechnungskongress und Gutachter-Curriculum erwähnen. Hinzu kommt die neue BDIZ EDI-Tabelle, die GOZ mit BEMA vergleicht. Sie wird dieses Jahr um die Analog-Tabelle ergänzt. Diese Verbandstätigkeit hilft nicht nur implantologischen Praxen. Beim BDIZ EDI ist man immer „up to date“.



BDIZ EDI legt einen weiteren profunden Grundkurs Implantologie auf

Curriculum Implantologie – jetzt auch im Süden

Das Curriculum Implantologie des BDIZ EDI ist nicht nur für Einsteiger ein Muss. Der BDIZ EDI bietet seit 25 Jahren in Kooperation mit der Universität zu Köln das erfolgreiche Curriculum Implantologie an. Beginn von Kurs 26: 18. Oktober 2024. Zum ersten Mal startet am 27./28. September 2024 nun auch im Süden ein zweites Curriculum. Der Auftakt findet in Ansbach statt.



Jetzt anmelden

Für das Curriculum in Köln gibt es noch Restplätze. Das Curriculum im Süden kann ab sofort gebucht werden. Weitere Informationen immer aktuell auf der Internetseite des BDIZ EDI:

Curriculum Köln: <https://bdizedi.org/26-curriculum-implantologie/>

Curriculum Süd: <https://bdizedi.org/curriculum-sued/>





Der profunde Grundkurs Implantologie punktet mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen. Eine Besonderheit ist, dass auch Fortbildungsbausteine, die nicht beim BDIZ EDI erworben wurden, in das Curriculum des BDIZ EDI integriert werden können, wenn deren Wissenschaftlichkeit anerkannt ist. Die Vorteile:

- Moderne Wissensvermittlung im Mix
- Ideale Lernerfahrung durch hoch qualifizierte Leitung
- Großer Übungsanteil in den Workshops
- Unschlagbarer Preis

Die Termine finden pro Block einmal im Monat an zwei Tagen (Wochenende) statt. Das Curriculum Köln startet am 18. Oktober 2024, das Curriculum Süd am 27. September in Ansbach.

Das neue Curriculum im Süden steht unter Leitung von Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Dr. Markus Tröltzsch und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller und bietet fünf Module in Präsenz und drei Module online/on demand an. Dieses moderne Konzept ermöglicht es den Teilnehmenden, zeitlich selbst zu entscheiden, wann sie die Online-Veranstaltungen ansehen und lernen möchten. Während das Kölner Curriculum weiterhin an der Universität Köln stattfinden wird, unter bewährter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller und Prof. Dr. H.J. Nickenig, findet das Curriculum im Süden in Präsenz in München, Landsberg am Lech und Ansbach statt. Beide starten in Modul 1 mit den Grundlagen der Oralen Implantologie und beide enden nach acht Modulen mit einer Abschlussprüfung. Die erfolgreichen Absolventen erhalten ein Zertifikat, das die Basis darstellt, evtl. den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie anzustreben.

Wer Mitglied ist oder bei der Anmeldung zum Curriculum Mitglied wird, zahlt eine deutlich geringere Teilnehmergebühr. Es lohnt sich also, im Zuge der Teilnahme am Curriculum Mitglied im BDIZ EDI zu werden.

RÜCKSCHAU

Telemediengesetz wird zu Digitale-Dienste-Gesetz

Änderung im Impressum

Am 13. Mai 2024 ist das Telemediengesetz (TMG) außer Kraft getreten und vom Digitale-Dienste-Gesetz (DDG) abgelöst worden. Bisher ergab sich für Zahnärztinnen und Zahnärzte die Pflicht, auf ihrer Webseite ein Impressum einzubinden, aus § 5 TMG. Ab jetzt wird die Impressumspflicht im Digitale-Dienste-Gesetz in § 5 DDG geregelt. Um ggfs. mögliche Abmahnungen zu vermeiden, sollten die Änderungen zeitnah vorgenommen werden.

Quelle: IWW-Institut vom 10.5.2024

Bundeszahnärztekammer zur Europawahl

Zwölf Kernanliegen der BZÄK

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat ein Positionspapier verfasst, das sich an das neue EU-Parlament richtet und zwölf Kernanliegen definiert.

- Zukunft der EU-Gesundheitsunion – Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten wahren
- Überarbeitung des EU-Rechtsrahmens für Medizinprodukte dringend notwendig – Balance zwischen Patientensicherheit und Innovationsfähigkeit erhalten
- Digitalisierung im Gesundheitswesen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten gestalten
- Bürokratieabbau jetzt – Folgen europäischer Gesetzgebung besser abschätzen
- Antibiotikaresistenzen bekämpfen
- Sicherstellung der freien Berufsausübung im Patienteninteresse und Erhalt bewährter Strukturen der Selbstverwaltung
- Verabschiedung einer europäischen Charta der Freien Berufe
- Hohe Qualität der zahnmedizinischen Ausbildung sichern
- Fachkräftebedarf sichern, ohne Patientensicherheit zu gefährden
- Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln und Schutzausrüstung – Widerstandsfähigkeit stärken
- Freier Zugang zu zahnärztlicher Versorgung in der Europäischen Union
- Mundgesundheit in der EU durch konsequente Prävention verbessern.

Quelle: klartext der BZÄK vom 22.3.2024

Vertreterversammlung der apoBank

Sechs Prozent Dividende

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) zahlt ihren Mitgliedern für das Geschäftsjahr 2023 eine Dividende von sechs Prozent. Das beschloss die Vertreterversammlung der Genossenschaftsbank am 26. April 2024 in Düsseldorf. Damit stimmten die Vertreterinnen und Vertreter dem Vorschlag von Vorstand und Aufsichtsrat zu. Matthias Schellenberg, Vorstandsvorsitzender der apoBank: „2023 hat uns ein Rekordergebnis beschert und eine deutlich höhere Dividende möglich gemacht. Gleichzeitig stärken wir unsere Rücklagen und damit auch unser Kapital – und festigen so das Fundament für die weitere Entwicklung unserer Bank.“

Quelle: PM der apoBank vom 26.4.2024

Nicht mehr Teil des Ausweises

Separates Feld für Dokortitel

Der Bundesrat hat am 22. März 2024 der Verordnung zur Aktualisierung von Dokumentenmustern im Pass-, Ausweis- und ausländerrechtlichen Dokumentenwesen zugestimmt. Diese ändert die Angabe eines Dokortitels.

Durch die Verordnung des Bundesministeriums des Innern und für Heimat werden neue Muster für die Reisepässe, Dienst- und Diplomatenpässe, für den Personalausweis sowie für die Reiseausweise für Ausländer, Flüchtlinge und Staatenlose in die jeweiligen Verordnungen mit aufgenommen. Diese neuen Muster weisen ein separates Datenfeld für den Doktorgrad aus. Zu den bisher aufgetretenen Verwechslungen und Irrtümern hinsichtlich des Nachnamens soll es somit nicht mehr kommen. Bisher erfolgt die Eintragung eines Doktorgrades in Pässen und Ausweisen durch das Voranstellen der Abkürzung „Dr.“ vor dem Nachnamen. Dies führe bei Grenzkontrollen in anderen Staaten häufig zu Komplikationen, da die Abkürzung oft für einen Teil des Nachnamens gehalten wird, heißt es in der Verordnungsbegründung. Zudem sehe der Standard für Reisedokumente der internationalen Luftfahrtorganisation für das Datenfeld „Name“ keine weiteren Eintragungen als den Nachnamen vor.

Quelle: Plenarsitzung des Bundesrates am 22.3.2024, adp-Newsletter

VORSCHAU

Bundesinstitut soll Teile des RKI-Instituts übernehmen

Neuer Referentenentwurf zum BIPAM

Zur Zukunft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Teile des Robert Koch-Instituts in einem gemeinsamen Bundesinstitut gibt es einen neuen Referentenentwurf. Künftig soll das Gesetz zur Einrichtung eines „Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ (BIPAM) den Namen „Gesetz zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit“ tragen. Das geht aus einem Referentenentwurf hervor, der dem *Deutschen Ärzteblatt* vorliegt und offenbar zur Abstimmung an die anderen Ministerien in der Regierung geschickt wurde. Dabei handelt es sich um einen undatierten Referentenentwurf. Zuvor hatte es Mitte Oktober 2023 einen Entwurf gegeben, der den Titel „Gesetz zur Regelung der Nachfolge der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ trug und in der Fachöffentlichkeit deutlich kritisiert wurde. Aus Kreisen des Ministeriums hieß es, dieser sei „nicht final“ gewesen. Das neue Bundesinstitut soll zum 1. Januar 2025 eingerichtet werden.

Quelle: *Deutsches Ärzteblatt* vom 14.6.2024

Union im Deutschen Bundestag

Reform zur Finanzierung der PKV gefordert

Die Unionsfraktion im Bundestag fordert eine Reform der Finanzierung der privaten Krankenversicherung (PKV). Unter anderem brauche es stetigere Preisanpassungen, um Versicherte vor unnötig hohen Beitragssprüngen zu schützen. Seit über 15 Jahren habe der Gesetzgeber die rechtlichen Grundlagen der Tarifstruktur in der PKV nicht mehr verändert, kritisieren CDU und CSU in einem Antrag. Die Beitragsanpassungen würden deshalb „allein aufgrund langjährig überkommener Gesetze und Verordnungen durchgeführt“, heißt es darin. Aufgrund der aktuellen Gesetzeslage würden Versicherte meist unregelmäßige Beitragsanpassungen erhalten, die vor allem für nicht Beihilfeberechtigte mitunter im zweifeligen Bereich liegen könnten.

Quelle: *Deutsches Ärzteblatt* vom 14.6.2024

DKI-Frühjahrsumfrage zur Krankenhausreform

Krankenhäuser skeptisch

Die Krankenhäuser in Deutschland betrachten die Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform mit großer Skepsis. Nur noch sieben Prozent der Kliniken schätzen ihre wirtschaftliche Lage als gut ein. Die Krankenhausreform wird ihre Ziele mehrheitlich nicht erreichen und die Versorgung in Deutschland wird sich sogar verschlechtern, heißt es in der neuen Frühjahrsumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Danach bezeichnen nur noch sieben Prozent der Kliniken ihre wirtschaftliche Lage als „gut“ oder „sehr gut“, 61 Prozent hingegen als „schlecht“ oder „sehr schlecht“, heißt es in dem Index. Auf große Skepsis in den Häusern treffe die geplante Vorhaltefinanzierung. Drei Viertel der Kliniken erwarteten dadurch keinerlei wirtschaftliche Verbesserung. Lediglich rund ein Viertel der Krankenhäuser würde aktuell die Anforderungen bei fast allen, konkret bei 90 bis 100 Prozent der sie betreffenden Leistungsgruppen erfüllen, so die Untersuchung weiter. Der Index erfasst über eine standardisierte Onlinebefragung turnusmäßig die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Damit sollen die Öffentlichkeit für die Herausforderungen der Krankenhausversorgung sensibilisiert und Handlungsbedarfe für die Gesundheitspolitik aufgezeigt werden, heißt es.

Quelle: *Frühjahrsumfrage der DKI* vom 12.6.2024

BGH-Urteil zur GOÄ und GOZ

Gebührenordnung gilt auch für MVZ

Der Bundesgerichtshof hat in einem Urteil entschieden, dass die Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte auch für juristische Personen – und somit auch für MVZ – gilt. Mit Urteil vom 04.04.2024 (Aktenzeichen III ZR 38/23) hat er entschieden, dass die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für alle ambulanten beruflichen Leistungen von Ärzten gilt und somit auch für juristische Personen Anwendung findet. Somit müssen auch Krankenhaus-träger – soweit sie ambulante Leistungen erbringen – und insbesondere auch MVZ-Träger in Rechtsformen von juristischen Personen die Vorgaben der GOÄ beachten. Auch wenn die Entscheidung des BGH zur GOÄ ergangen ist, so gilt Gleiches für die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). „Der Anwendungsbereich der GOÄ und GOZ war bisher in der obergerichtlichen Rechtsprechung und juristischen Literatur umstritten, sodass die höchstrichterliche Klärung zu begrüßen ist. Zudem ist der Inhalt der Entscheidung uneingeschränkt zu befürworten und entspricht der bisher auch von der Zahnärztekammer Nordrhein vertretenen Rechtsauffassung“, heißt es von der ZÄK Nordrhein.

Quelle: *BGH Az.: III ZR 38/23; PM der ZÄK Nordrhein* vom 5.5.2024

Patientenbroschüre des BDIZ EDI neu aufgelegt

Implantate – auch etwas für mich?

Was Sie schon immer über Implantate wissen wollten, der BDIZ EDI informiert ausführlich in seiner aktualisierten Patientenbroschüre *Implantate – auch etwas für mich?*. In einfacher Sprache gehalten, werden die wichtigen Fragen rund um das Implantat beantwortet.



„Mit dieser Broschüre möchten wir Sie informieren, was ein Implantat ist, was es kann, wie es in den Mund gelangt, wie es gepflegt werden soll, aber auch welche Risiken es rund um Implantate gibt und wie sie verringert werden. So können Sie sich bereits vor dem Zahnarztbesuch einen guten Überblick verschaffen“, schreibt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger im Vorwort.

Gedacht ist die Broschüre für die Zahnarztpraxis zur individuellen Weitergabe an interessierte Patientinnen und Patienten. Auf der Rückseite der Broschüre ermöglicht ein Stempelfeld das Aufbringen des Praxisstempels, verbunden mit der freundlichen Aufforderung: Sprechen Sie uns an!

Die Besonderheit der Neuauflage ist das handliche A5-Format und die Möglichkeit, zwischen zwei Titelbildern zu wählen. Eine junge Frau und ein freundlicher, älterer Herr versprechen visuell Aufklärung

über die Frage, ob „Implantate auch etwas für mich“ sind. So können Behandlerin und Behandler spontan entscheiden – oder Patientin oder Patient wählen lassen. Die Inhalte sind natürlich identisch.

Nach der Einleitung, die allgemein auf die Herkunft, die Möglichkeiten und die Einheilung abzielt, geht es im Bereich „Implantologie“ um Voraussetzungen, Risiken, Behandlungserfolg, Problembehandlung, Mundpflege und Kontrolle. Auch zu den aktuellen Erstattungsmöglichkeiten gibt die Broschüre Auskunft.



Bibliografie

Patientenbroschüre des BDIZ EDI:
Implantate – auch etwas für mich?

A5-Format, 20 Inhaltsseiten,
4 Umschlagsseiten,
20 Abbildungen;
mit Feld für den Praxisstempel.

Bestellbar über den Shop des BDIZ EDI
auf www.bdizedi.org (Mindestbestell-
menge: 10 Stck):

Preis/Stück: Mitglieder 2,50 €;
Nichtmitglieder 3,00 €.

Die Mitglieder erhalten via Rund-
schreiben je ein Ansichtsexemplar.

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Juli bis September 2024 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

Juli



5. Juli

Dr. Herbert Beiter (Plochingen)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

6. Juli

Dr. Klaas Hansen (Lüneburg)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. Juli

Herr Joakim Aslanidis (Wetzlar)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

15. Juli

Dr. Harald Passow (Birkholz)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

18. Juli

Dr. Rainer Halves (Hameln)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

20. Juli

Dr. Jürgen Weber Branca**(Bern)**

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

21. Juli

Dr. Willibald Plössner (Bayreuth)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

26. Juli

Dr. Volker Tröltzsch (Ansbach)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

30. Juli

Dr. Dirk Bruns (Greifswald)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

August



2. August

Dr. Rainer Fischer (Zwenkau)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

3. August

Dr. Fritz Maier (Schongau)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

4. August

Dr. Robert Myska (München)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

5. August

Dr. Rudolf Präsl (Nürnberg)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

8. August

Dr. Klaus Harms (Oldenburg)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

10. August

Dr. Lorenz Bösch (Pforzheim)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

12. August

Dr. Harm Blazejak (Düsseldorf)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

12. August

Dr. Stefan Neumeyer**(Eschlkam)**

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

13. August

Dr. Hans Hromadnik (Frankfurt)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. August

Dr. Achim Herrmann (Pöcking)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

17. August

Dr. Bernd Waschul (Duisburg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. August

Prof. Dr. Jürgen Braunsteiner**(Essen)**

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

26. August

Peter Eichinger (Passau)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs



30. August

Dr. Christof Becker (Unna)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

16. September

Dr. Wolfgang Stoltenberg (Bochum)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

September



18. September

Agamemnon Panagiotopoulos (Hamburg)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

5. September

Dr. Jacek Jedynak (Paderborn)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. September

Dr. Rudolf Gottschild (Bad Harzburg)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

5. September

Dr. Guido Schröder (Heusenstamm)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. September

Dr. Marc Pape (Neuenburg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. September

Dr. Helmut Engels (Bonn)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

13. September

Gerhard Glatzki (Frankfurt)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. September

Dr. Werner Stermann (Hamburg)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

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.

In memoriam: Prof. Dr. Dr. Peter Tetsch

Wissenschaftler und Lehrer aus Leidenschaft

Prof. Dr. Dr. Peter Tetsch ist am 4. April 2024 verstorben. Mit großer Anteilnahme gedenkt der BDIZ EDI seinem Pioniergeist in der Implantologie. Er war Visionär und Akteur in der Oralen Implantologie und hat es mit großem Engagement und Einsatz vermocht, Zahnärztinnen und Zahnärzte zu inspirieren und zu motivieren.

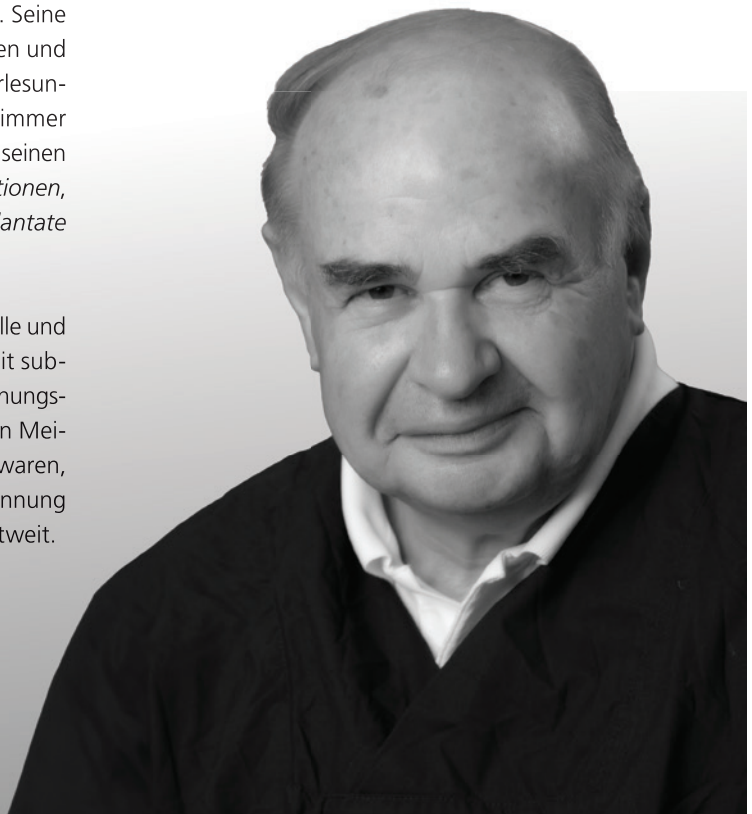
1984 übernahm Professor Tetsch den Arbeitskreis Implantologie in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Unter seiner Führung wuchs der Arbeitskreis zu einem Fachkreis, der gehört wurde.

Als engagierter Wissenschaftler und leidenschaftlicher Lehrer nahm Professor Tetsch die Implantologie in den Vorlesungsplan der Universität Mainz auf, lange bevor dies gemeinhin üblich wurde. Hier leitete er viele Jahre die Universitätspoliklinik für zahnärztliche Chirurgie, bevor er in einer großen Gemeinschaftspraxis in Münster tätig war. Er war Mentor und Inspiration für zahlreiche Studierende, Assistentinnen und Assistenten und leitete als gefragter Referent über 1.000 Fortbildungskurse. Seine Fähigkeit, Wissen zu vermitteln und andere für seine Ideen und Konzepte zu begeistern, war außergewöhnlich. Seine Vorlesungen waren didaktisch vorbildlich aufgebaut, sodass es immer ein Genuss war, ihm zuzuhören. Dies spiegelte sich auch in seinen bedeutsamen Monografien wie z. B. *Wurzelspitzenresektionen*, *Die operative Weisheitszahnentfernung* oder *Zahnimplantate wider*.

Mit der von ihm initiierten DFG-Studie zur „Verlaufskontrolle und Weiterentwicklung zahnärztlicher Implantate“, die er mit substanzieller finanzieller Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft ins Leben rief, setzte Professor Tetsch einen Meilenstein. Diese Studie, an der fünf Universitäten beteiligt waren, legte den Grundstein für die wissenschaftliche Anerkennung der Implantologie in Deutschland und letztlich auch weltweit.

Professor Tetsch gehörte zu den Großen seines Fachs. Sein Geist lebt weiter in den Menschen, die er unterrichtet, inspiriert und beeinflusst hat. Über die fachlichen Ratschläge hinaus gab er auch aufgrund von eigenen Lebenserfahrungen bei einem Glas Wein sehr persönliche und freundschaftliche Empfehlungen ab. Wir, seine Schüler, und der BDIZ EDI hatten das Glück, über viele Jahre immer wieder mit ihm gemeinsame Projekte verwirklichen zu dürfen. Wir werden ihn vermissen.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Vizepräsident des BDIZ EDI
für den Vorstand





Your choice

the individual approach

sic-invent.com



Nachruf auf Dr. Peter Esser

Ein Kenner der GOZ

Dr. Peter Esser ist am 29. März 2024 im Alter von 78 Jahren verstorben. Kolleginnen und Kollegen aus ganz Deutschland betrauern seinen Tod.

Dr. Peter Esser, geboren 1945 in Göttingen, studierte von 1965 bis 1970 Zahnheilkunde in Köln. Nach zweijähriger Assistenzzeit ließ er sich 1972 in eigener Praxis nieder, 1981 promovierte er zu einem Thema der Werkstoffkunde. Auch neben seiner Praxis-tätigkeit war er äußerst aktiv. Er war nicht nur acht Jahre lang Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein, Referate GOZ/ Gutachten, sondern von 1993 bis 1994 auch Lehrbeauftragter für das Fach „Berufskunde Zahnmediziner“ am Universitätszahn-klinikum der RWTH Aachen und Autor diverser Fachbücher. Seit 1978 war er Fortbildungsreferent und GOZ-Berater der ZA eG, die er am heimischen Küchentisch mitgegründet hat und deren Vorstandsvorsitzender er mehrere Jahre lang war.

Woche für Woche war es dem ausgewiesenen GOZ-Experten mit seiner Abrechnungskolumne „In puncto Abrechnung“ in der *dzw* eine Herzensangelegenheit, seinen zahnärztlichen Kolle-ginnen und Kollegen einen wertvollen und nutzwertigen ab-rechnungstechnischen Kompass an die Hand zu geben, um auf sicherem Kurs einen Weg durch die Untiefen der zahnärztlichen Abrechnung zu finden. Bei der zahnärztlichen Abrechnung mit all ihren Besonderheiten und vielfältigen Fallstricken verstand Dr. Peter Esser keinen Spaß – ob in BEMA, GOZ oder GOÄ. So wohl-wollend – und unterhaltsam – er die Zahnärzteschaft im Wochen-takt mit Rat und Tat in puncto Abrechnung unterstützte, so wenig zimperlich war sein Umgang mit Kostenerstatern, wenn er etwa einmal jährlich seine berühmt-berüchtigten Statistiken zum Nicht-erstattungsverhalten oder Abrechnungsbeanstandungen, sorg-fältig aufbereitet in Tabellen und Grafiken, zum Besten gab.

Ob er Formulierungsvorschläge für Erwiderungen wegen einer zu Unrecht erfolgten Erstattungsablehnung lieferte, immer blitzte in seinen Beiträgen der Abrechnungsrebell durch, der genüss-lich und mit feinem Sprachwitz sach- und fachkundig wirklich jedes Ablehnungsschreiben zerpfücken konnte und falsch verstan-dene oder falsch wiedergegebene Ablehnungsbegründungen zahnmedizinisch-fachlich richtigstellte.

Dr. Peter Esser war über viele Jahre, auch und insbesondere sei-tens des BDIZ EDI, ein geschätzter Fachautor der *dzw* von im-mensem Wissen, das er gerne mit seinen Berufskolleginnen und Berufskollegen teilte.

RED

Quellen: DZV, dzw



Das Handbuch zum Approbationsrecht – Rezension von Prof. Dr. iur. Walter Georg Leisner, FU Berlin

Peter J. Knüpper schlägt fachlich wie juristisch einen weiten Bogen

Im Rahmen seiner mit „Summa cum laude“ ausgezeichneten und jetzt in der *Schriftenreihe zum Gesundheitsrecht* des renommierten Verlags Duncker & Humblot/Berlin veröffentlichten Dissertation an der Freien Universität (FU) Berlin zum Thema „Zahnärztliches Approbationsrecht – Verfassungs-, verwaltungs- und europarechtliche Grundlagen und Perspektiven“ hat der langjährige Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK), Peter J. Knüpper, Maßstäbe gesetzt und einen ebenso aktuellen wie perspektivischen Beitrag zum zahnärztlichen Approbationsrecht geleistet.

Mehr noch: Die Arbeit stellt eine umfassende Darstellung des historischen Entwicklungsprozesses der zahnärztlichen Wissenschaft wie auch der zahnärztlichen Berufsausübung dar. Knüppers kompetente Untersuchung ist dabei, wie es das Bundesverfassungsgericht einmal formulierte, am Leitbild der Selbstverwaltung als zentralem Ordnungselement freiheitlicher Gesellschaften orientiert, aus Betroffenen Beteiligte zu machen und die Distanz zwischen dem Gesetzgeber und den Berufsträgern zu verkürzen.

Mit seinem gewählten Titel spannt der Autor einen, wie er selbst bemerkt, weiten Bogen. Dabei widmet er seine Untersuchung ordnend einem dogmatisch wie praktisch für die Rechtswissenschaft und die einschlägige Berufspraxis wesentlichen Thema, welches seine Bearbeitung von der Vergangenheit (Grundlagen) über die Gegenwart hin in eine Zukunftsbetrachtung lenkt (Perspektiven). Dabei bleiben seine Ausführungen – dies sei zu Beginn hervorgehoben und für juristische Dissertationen nicht selbstverständlich – aufgrund eines souveränen Umgangs mit Sprache und Fachsprache auch für den juristischen Laien lesbar und verständlich.

An den Beginn seiner Überlegungen stellt Prof. Knüpper einen allgemeinen Über-

blick zur Ausübung der Heilkunde und ihrer gesellschaftlichen Verortung, gefolgt von der Darstellung unterschiedlicher, seit dem Mittelalter vorwiegend staatlicher Kompetenzen zur Regelung der Berufsausbildung, des Inhalts von Prüfungsordnun-

gen und Verfahren der Berufszulassung. Die Rolle der zahnärztlichen Organisationen auf ihrem Weg zur berufsständischen, sog. funktionalen Selbstverwaltung wird dabei im Rahmen der Schilderung des sozioökonomischen Umfelds der Berufs-

Kurz-CV

Vita Peter J. Knüpper
geb. am 4.7.1954 in Mayen/Eifel

1960 – 1972	Schulzeit in Mayen, Abitur
1975 – 1980	Studium der Rechtswissenschaften, Publizistik und Politologie an der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
1980	Erstes Juristisches Staatsexamen
1983	Zweite Juristische Staatsprüfung
1983 – 1985	Geschäftsführer der Mainzer CDU-Stadtratsfraktion
1985 – 1987	Baureferent Stadt Mainz
1987 – 1992	Bürgermeister der Verbandsgemeinde Bernkastel-Kues
1992 – 1995	Erster hauptamtlicher Beigeordneter (Bürgermeister) der Stadt Koblenz
1995 – 2018	Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK)
2002 – 2007	Ehrenamtlicher Generalsekretär des Verbands Freier Berufe in Bayern (VFB)
seit 2003	Zugelassener Rechtsanwalt (Ratzel Rechtsanwälte PartG mbB, München)
2014 – 2021	Vorstand, Hinterbliebenenkasse der Heilberufe (HDH), München
seit 2023	Stiftungsrat der Maria und Ernst Keuser-Stiftung (Begabtenförderung)
Juni 2023	Promotion (Summa cum laude) zum Dr. iur., FU Berlin
Mai 2024	Bestellung zum Honorarprofessor der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)



wahl und Berufsausübung begleitend aufgezeigt. Prof. Knüpper, der seit mehr als zehn Jahren auch einen Lehrauftrag zur „Geschichte der Medizin/Zahnmedizin und Berufskunde“ an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München erfüllt, schlägt hier einen weiten sozialhistorischen und soziokulturellen Bogen. Er zeigt kompetent, wie sich wissenschaftliche Zahnheilkunde aus der Medizin, hier vor allem der Chirurgie, entwickelte und wie das heutige Berufsbild des akademischen Zahnarztes entstand. Im „Quellgebiet“ dieses Flusses werden auch naturwissenschaftliche, pharmakologische, methodische, technische und medizinische bzw. medizinethische Regionen erkundet.

Wissenschaft und Autonomie

Der Verfasser stellt eindrucksvoll dar, wie der „Flussverlauf“ durch wachsende Autonomie einer Profession, die sich heute durch Wissenschaft definiert, basierend auf Forschung und Lehre, im selben Maße jedoch auch durch berufliche Erfahrung und Praxis geprägt wird. Dass im Rahmen des schwierigen Professionalisierungsprozesses wirtschaftliche und politische Interessenverbände ebenso wie wissenschaftliche Fachgesellschaften und ab dem frühen 20. Jahrhundert Selbstverwaltungskörperschaften eine zentrale Rolle spielten, wird vertieft dargestellt. Dabei gelingt dem Autor als langjährigem Akteur

in der zahnärztlichen Selbstverwaltung auch der „Blick über den Tellerrand“ einer ausschließlich rechtswissenschaftlichen Bewertung in Richtung der Organisationslehre und Professionsforschung.

Ein freier, dennoch reglementierter Beruf

Im Fortgang seiner mehr als 360 Seiten umfassenden Dissertation, betreut von Univ.-Prof. Dr. iur. Helge Sodan (Fachbereich Rechtswissenschaft), Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht, setzt sich der Verfasser mit den rechtlichen Grundlagen der zahnärztlichen Approbation auseinander. Den Kern bildet die verfassungsrechtliche Frage, ob, wie weit

und unter welchen fachlichen Kriterien der Gesetz- und Ordnungsgeber in die Berufsfreiheit gem. Art. 12 Abs. 1 GG berufsregulierend eingreifen darf und welche Schutzrechte er dabei zu beachten hat.

Der zahnärztliche Beruf ist ein freier Beruf. Aber er ist, von der Berufswahl bis zur Beendigung der Berufsausübung, gesetzlich reglementiert, eingebettet im Gefüge nationaler und europäischer Regulierungen. Knüpper zeigt, welche subjektiven und objektiven Zulassungsvoraussetzungen bei Erteilung der Approbation bzw. Berufserlaubnis zu beachten sind. Ebenso werden Gesichtspunkte herausgearbeitet, aus welchen Gründen und in welchem Verfahren – bis hin zu einem Berufsver-



Zahnärztliches Approbationsrecht – Verfassungs-, verwaltungs- und europarechtliche Grundlagen und Perspektiven

364 Seiten, 2024

Autor: Peter J. Knüpper

Verlag: Duncker & Humblot, Berlin

ISBN 978-3-428-19000-3 (geb.): 99,90 €

ISBN 978-428-59000-1 (E-Book)

www.duncker-humblot.de

Schriften zum Gesundheitsrecht Band 73, Berlin 2024

bot – Widerruf oder Rücknahme der staatlichen Approbation in Betracht kommen. In diesem Zusammenhang setzt sich die Arbeit mit dem Verhältnis von Berufsrecht und Berufsgerichtsbarkeit auseinander. Dabei werden auch die Regelungen des Sozialversicherungsrechts und der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Berufsausübung (SGB V) auf den Prüfstand gestellt.

Die ZApprO als Ausgangspunkt

Das Bundesministerium für Gesundheit (BGM) hat 2019 nach langwierigen Diskussionen, hier vor allem mit den nach dem Zahnheilkundengesetz (ZHG) zustimmungspflichtigen Ländern, eine neue Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte erlassen, abgekürzt: ZApprO. Diese Rechtsverordnung regelt die Inhalte der Ausbildung an den Universitäten, die Prüfung und das Verfahren der Berufszulassung für Zahnärztinnen und Zahnärzte. Hätte der Ordnungsgeber aufgrund der fachlich begründeten massiven Kritik des Wissenschaftsrates (WR), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZM), des Medizinischen Fakultätentages (MFT) sowie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bereits viel früher eine Novellierung der noch aus dem Jahr 1956 stammenden Regelung vornehmen müssen? Zumal auch das BGM selbst in seinen Stellungnahmen zu parlamentarischen Anfragen im Deutschen Bundestag bereits seit Jahren von einem dringend notwendigen Anpassungsbedarf der Lehre aufgrund von Fortschritten in Wissenschaft und Forschung in der Zahnmedizin wie auch der Zahntechnik ausging. Nicht nur dem Verfassungsjuristen stellt sich die Frage, ob der Gesetz- und Ordnungsgeber seine Schutzpflicht zur Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften im Rahmen der monopolisierten und typisierten staatlichen Berufsausbildung für Zahnärzte hier verletzt hat. Der Antwort auf diese Frage muss die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG) zugrunde gelegt werden. Das gelingt Knüpper durch Erörterung

der Grundrechtsdimensionen auf Basis der materiellen Wertordnung des Grundgesetzes. Zumindest eine „Beobachtungspflicht“ treffe demnach den staatlichen Normgeber. Auch mit der europäischen Rechtsetzung und Rechtsprechung zur Berufsanerkennung und Berufsausübung setzt sich die Dissertation auseinander: So nimmt sie eine kritische Reflektion des Primär- und Sekundärrechts der Europäischen Union unter Berücksichtigung der Grundrechte-Charta (GRCh) und der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vor.

Perspektiven

Der Autor bleibt bei seinen Untersuchungen zu Fragen de lege lata nicht stehen, vielmehr entwickelt er auch Perspektiven für die Weiterentwicklung des Approbationsverfahrens, die eine Stärkung der funktionalen Selbstverwaltung zum Ziel haben. Dazu zählt die Übertragung der Funktion als Approbationsbehörde. Vorbild könnte das bewährte Modell im Land Niedersachsen sein. Dort hat der Landesgesetzgeber drei Heilberufekammern in Gestalt eines Zweckverbands (NiZZa) das Approbationsverfahren übertragen. Zugleich mahnt Knüpper den Gesetz- und Ordnungsgeber, seine Schutzpflichten in Bezug auf die (zahnärztliche) Berufsausübung ernst zu nehmen, z. B. durch konsequente Beobachtung der Weiterentwicklung des Fachgebietes Orale Medizin. Ebenso plädiert er dafür, die grundgesetzlich verbrieften und europarechtlich vertraglich verankerten Kompetenzen insbesondere in Bezug auf das Berufs(zulassungs-)recht nicht weiter auszuhöhlen.

Essenz langjährigen Wirkens in der zahnärztlichen Selbstverwaltung

Nach eingehender Durchsicht der vorgelegten Arbeit, verbleibt das Fazit: Ein gelungener Wurf! Bereits die Darstellung des Themas in seiner Breite findet sich im bisherigen wissenschaftlichen Schrifttum in keiner vergleichbaren Weise. Der Verfasser

arbeitet in konziser Art alle rechtlich relevanten Aspekte der zahnärztlichen Approbation sorgfältig ab. Dabei offenbart er einen Rückgriff auf ein sehr breites Schriftenverzeichnis, in dem alle wesentlichen Werke zu dieser Thematik vertreten sind. Die Untersuchung behandelt in verfassungsrechtlicher, verwaltungsrechtlicher und europarechtlicher Hinsicht die maßgeblichen Fragen. Dabei ist die Gewichtung der Themen untereinander, bei Hervorhebung der verfassungsrechtlichen Prüfungsmaßstäbe des Art. 12 GG (Berufsfreiheit) und Art. 5 GG (Wissenschaftsfreiheit), gelungen.

Knüppers Arbeit zeichnet dabei ihr wissenschaftlich unternommener Ansatz aus, der auch als Essenz langjähriger Arbeit des Autors in den zahnärztlichen Körperschaften, profunder Kenntnisse des Zahnarzt-Rechts, seiner Publikationen in der Fach- und Standespresse, hier eingeschlossen die Mitarbeit an Kommentaren zum Medizin- als auch zum Berufs- und Sozialversicherungsrecht, zu erkennen und zu würdigen ist. Wegen ihrer thematischen Alleinstellung, der Bearbeitung und der gefundenen Ergebnisse durch den Verfasser stellt die Arbeit zweifellos einen Gewinn sowohl für die zahnärztliche Selbstverwaltung in Deutschland als auch für die diesbezügliche wissenschaftliche Forschung im deutschen sowie europäischen Gesundheitsrecht dar.

Mit anderen Worten: Wer sich mit (zahnärztlichem) Approbationsrecht befasst, kommt an Knüpper nicht vorbei.

Prof. Dr. iur. Walter Georg Leisner
FU Berlin

34. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

Impressionen aus Dresden

Die 34. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie und in diesem Jahr in Kooperation mit der Landeszahnärztekammer Sachsen fand in 2024 und damit im 35. Jahr seit Gründung des BDIZ EDI in der sächsischen Landeshauptstadt Dresden statt.

Seit 34 Jahren findet meist im Juni/Juli die Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie und in Kooperation mit einer Zahnärztekammer an wechselnden Orten in Deutschland statt. Sie dient dem Austausch der zahnärztlichen Sachverständigen. Die sorgfältige Fortbildung der Gutachter im Bereich der Implantologie ist seit Jahren ein wesentlicher Aspekt der Verbandsarbeit des BDIZ EDI, weil unbeachtete gutachterliche Äußerungen zu heiklen Entwicklungen vor Gericht und zu ungewollten Problemen für die implantologische Versorgung und Abrechnung insgesamt führen können.

Was Gutachter tangieren muss

Der BDIZ EDI gehört der Konsensuskonferenz Implantologie an und bietet implantologischen Gutachtern ein ausgezeichnetes Forum, um den sicheren Umgang mit Recht und Gerichten zu lernen. In Dresden

beschäftigten sich die Referenten mit dem Umgang mit widersprüchlichen Aussagen in Leitlinien (Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg), dem Einfluss der Leitlinien auf Gerichtsurteile (RA Prof. Dr. Thomas Rajczak, Sindelfingen) der Verantwortung des Gutachters in der dentalen Implantologie (Prof. Dr. Dr. Matthias Schneider, Dresden) und natürlich mit implantologischen Themen aus Sicht des Gutachters: implantatgetragener Zahnersatz unter Berücksichtigung funktionstherapeutischer und schlafmedizinischer Erkenntnisse (Dr. Justus Hauschild, Isernhagen) sowie das Implantat im Fokus juristischer Auseinandersetzungen (Dr. Bernd Bremer, Neustadt). BDIZ EDI-Präsident Christian Berger moderierte die eintägige Konferenz, die in den Räumen der Landeszahnärztekammer Sachsen stattfand. Mehr über die Inhalte der Gutachterkonferenz folgt in der Ausgabe 3/2024.

RED



Prof. Dr. Dr. Matthias Schneider aus Dresden.



Prof. Dr. Jörg Neugebauer aus Landsberg am Lech.



Christian Berger moderierte die Gutachterkonferenz.

Stellungnahme des Council of European Dentists

Nachhaltige Abfallwirtschaft in den Praxen

Das Bewusstsein schärfen für Nachhaltigkeit bei Herstellern von Dentalprodukten und beim Berufsstand ist das Ziel des Council of European Dentists (CED). Das betreffe vor allem eine nachhaltige Abfallwirtschaft.

Abfallentsorgung und Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin war ein Hauptthema auf der Frühjahrstagung des Council of European Dentists (CED) Ende Mai in Athen. Einstimmig verabschiedeten die Delegierten eine Stellungnahme dazu. Ihr Plädoyer: Das Bewusstsein für Nachhaltigkeit vor allem bei Herstellern von Dentalprodukten sowie dem zahnärztlichen Berufsstand zu schärfen.

Eine nachhaltige Abfallwirtschaft, wie sie in vielen EU-Mitgliedstaaten bereits praktiziert werde, sei für den zahnärztlichen Bereich eine Notwendigkeit, heißt es dort. Zahnarztpraxen und Hersteller könnten damit ihren ökologischen Fußabdruck reduzieren und zu einer gesünderen Zukunft für alle beitragen. Durch Zusammenarbeit könnte die Umwelt geschützt und gleichzeitig den Patientinnen und Patienten EU-weit eine qualitativ hochwertige Zahnmedizin geboten werden.

Aufklärung notwendig

„Wenn wir zusammenarbeiten, können wir die Mundgesundheit und damit die allgemeine Gesundheit verbessern, die Anzahl der Behandlungen reduzieren und die Umweltverschmutzung durch Medikamentenrückstände und Reisen verringern“, heißt es in der Stellungnahme. Durch Aufklärung über gute Mundhygiene könnten viele Behandlungen vermieden und der Verbrauch von Zahnmaterialien verringert werden. „Alle Materialien, die wir nicht verwenden müssen, helfen uns, Abfall zu reduzieren“, heißt es dort weiter.

Hersteller spielten eine entscheidende Rolle bei der Förderung eines nachhaltigen Abfallmanagements in der Zahnmedizin, zeigte sich der CED überzeugt. Sie sollten sich auf die Entwicklung umweltfreundlicher und wiederverwertbarer Dentalprodukte konzentrieren. Und Zahn-

arztpraxen können etwa Umweltzertifizierungen erwerben, um ihr Engagement für verantwortungsvolles Abfallmanagement zu belegen. Dazu sollten entsprechende EU-Finanzierungen und nationale Subventionen gefördert werden, schlug der CED weiter vor.

Strategien zur Nachhaltigkeit dürften jedoch für Zahnarztpraxen keine erheblichen finanziellen und administrativen Belastungen mit sich bringen. Zahnärzte seien als Kleinunternehmen diesen Anforderungen nicht gewachsen. Übermäßige Bürokratie sei hier der falsche Ansatz und müsse vermieden werden, unterstrich der CED.

Quelle: Büro für Europaangelegenheiten der Bundeszahnärztekammer

NEWS-TICKER

Irish Dental Association kritisiert:

Zahnärztliche Vorsorge in Schulen Fehlanzeige

In Irland wurde 2023 mehr als 100.000 Kindern die zahnärztliche Vorsorge in der Schule verweigert, rügt die Irish Dental Association (IDA). Seit 2019 ging die Zahl dieser Untersuchungen um 31 Prozent zurück. „Der Health Service Executive (HSE) kommt seiner Pflicht zur angemessenen Versorgung der Patienten im Rahmen des Gesundheitsgesetzes nicht nach“, stellte der CEO der IDA, Fintan Hourihan, fest: „Über 50 Prozent der Schulkinder wurde im Rahmen dieses Programms der Zugang zu zahnärztlicher Versorgung verweigert, trotz eines Bevölkerungswachstums von 7,3 Prozent. Das entspricht einem Anstieg verpasster Termine um 31 Prozent seit 2019.“ Die Irish Dental Association fordert daher, dass dem öffentlichen zahnärztlichen Dienst sofort zusätzliche Ressourcen gewährt werden.

Quelle: PM der IDO vom 25.4.2024

Mon Espace Santé MES in Frankreich

Digitale Patientenakte funktioniert

In Frankreich nutzen mehr als 95 Prozent der Sozialversicherten die dortige digitale Patientenakte (Mon Espace Santé [MES], übersetzt „Mein Gesundheitsbereich“). Diese wurde im Januar 2022 eingeführt und ist eine Opt-out-Lösung, sodass Sozialversicherte aktiv widersprechen mussten.

Das berichtete David Sainati, stellvertretender Leiter der Abteilung für Digitalisierung im französischen Gesundheitsministerium. Versicherte könnten innerhalb eines Onlinebereichs auf ihre Daten zugreifen, auch Ärztinnen und Ärzte hätten Zugriff. Sainati erklärt sich die hohe Nutzungsrate einerseits mit der Opt-out-Regelung. Zudem habe der französische Staat ein Extrabudget von zwei Milliarden Euro zur Verfügung gestellt, um die Sozialversicherungsdaten abzugleichen und in ein neues System einzuspeisen. Wichtig für die Umsetzung sei aber vor allem eine Schnittstellenanpassung, weiß Sainati. Wenn am Tag X nicht alle Softwareanpassungen vorhanden seien, dann könnten Systeme nicht verzahnt werden. Deshalb habe es in Frankreich im Vorfeld der Einführung von MES eine Taskforce gegeben, die sich Sektor für Sektor angeschaut und die Herausforderungen für Nutzende genau geprüft habe. Das Ziel sei gewesen, das System kompatibel und homogen zu gestalten. Damit das Ganze auch finanziell funktioniere, gebe es einen neuen Finanzierungsmechanismus in Frankreich, berichtet Sainati weiter. So kauften Apotheker und Ärzte dem Staat Anwendungen zur Aktualisierung von Schnittstellen ab, die zwischen MES und ihren eigenen Systemen fungierten. Mit diesem Geld könnten die Systeme und Schnittstellen weiterentwickelt werden, erklärte Sainati.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Wut entlädt sich gegenüber Zahnärzten in UK

Patientenfrust bei Wartezeiten



Der Frust über exorbitant lange Wartezeiten auf Termine schürt in Großbritannien die Wut der Patienten gegenüber Zahnärztinnen und Zahnärzten. In einer Umfrage der Organisation Dental Protection mit über 1.300 britischen Zahnärzten gaben mehr als die Hälfte (57 Prozent) an, in den letzten 12 Monaten verbale oder körperliche Beschimpfungen oder Einschüchterungen durch Patienten oder deren Angehörige erlebt oder beobachtet zu haben. Fast zwei Drittel (64 Prozent) der Befragten meinten, die Vorfälle seien dem Frust über lange Wartezeiten auf Termine geschuldet; 59 Prozent glaubten, sie seien darauf zurückzuführen, dass der Patient nicht die Behandlung bekam, die er seiner Meinung nach brauchte. Von den betroffenen Zahnärztinnen und Zahnärzten räumten 58 Prozent ein, dass sich die erlebte oder beobachtete Gewalt, Missachtung und Wut auf ihre psychische Gesundheit ausgewirkt habe, über ein Drittel (37 Prozent) gab an, dass sie die Zunahme von Aggressionen und Einschüchterung durch Patienten dazu veranlasst habe, ihre Karriere in der Zahnmedizin zu überdenken. Fast ein Drittel der Zahnärzte (31 Prozent) ist außerdem der Meinung, dass Gewalt gegen Zahnärzte von der Polizei nicht ernst genommen wird.

Quelle: Dental Protection Umfrage 2023

British Dental Association meldet

Zuckersteuer zeigt Erfolg

Im April 2018 hat das Vereinigte Königreich eine Zuckersteuer auf Erfrischungsgetränke eingeführt. Gegenüber dem Weltzahnärzterverband FDI erklärte die British Dental Association (BDA) die Effekte – und warum sie für eine Ausweitung plädiert. Die Soft Drinks Industry Levy (SDIL) war 2016 angekündigt und im April 2018 in Kraft gesetzt worden. Die Abgabe gilt für zuckergesüßte Getränke (SSBs) und soll die Hersteller dazu ermutigen, ihren Zuckergehalt zu reduzieren und den Verbrauchern gesündere Optionen zu bieten. Wie die British Dental Association (BDA) jetzt gegenüber dem Weltzahnärzterverband FDI erklärte, hat die Maßnahme allein im Geschäftsjahr 2022/2023 umgerechnet 414 Millionen Euro eingebracht. 2021/2022 waren es 390 Millionen Euro, 2020/2021 knapp 350 Millionen Euro. Je nach Zuckergehalt des Getränks gibt es zwei Steuersätze: Der Normalatz beträgt 18 Pence (21 Cent) pro Liter gilt für Getränke mit einem Gesamtzuckergehalt zwischen fünf und acht Gramm pro 100 Milliliter. Der höhere Satz von 24 Pence (28 Cent) pro Liter gilt für Getränke mit einem Gesamtzuckergehalt von mindestens acht Gramm pro 100 Milliliter. Für Getränke mit einem Zuckergehalt von weniger als fünf Gramm pro 100 Milliliter wird keine Steuer erhoben.



Im November 2023 zeigte eine im *British Medical Journal* veröffentlichte Studie, dass die Zuckersteuer bei Minderjährigen zu 12,1 Prozent weniger Krankenhauseinweisungen wegen Zahnextraktionen geführt hatte. Besonders stark war der Effekt bei Kindern bis vier Jahre (28,6 Prozent). Angesichts dieses Erfolgs plädiert die BDA für eine Ausweitung der Abgabe, indem zum Beispiel Getränke auf Milchbasis, Kekse und Süßigkeiten ebenfalls besteuert und dadurch Verbraucher ermutigt werden, Produkte zu wählen, die für die Mund- und Systemgesundheit weniger schädlich sind. Die Maßnahme könne zudem dazu beitragen, die Umstellung von Lebensmitteln mit hohem Zuckergehalt voranzutreiben, ohne die Kosten für die Verbraucher zu erhöhen.

Quelle: PM der BDA

Bundeszahnärztekammer wendet sich an EU-Parlament

12 Kernforderungen aus Deutschland



Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wendet sich in einem Positionspapier an das neue EU-Parlament. Wie die BZÄK hervorhebt, hat die Bedeutung der Europäischen Union (EU) für den zahnärztlichen Berufsstand seit der letzten Europawahl vor fünf Jahren weiter spürbar zugenommen. Bereits heute würden viele für die Zahnärzteschaft wichtige Fragen nicht mehr auf nationaler Ebene, sondern in Brüssel und Straßburg entschieden, stellt sie in einem neu veröffentlichten Positionspapier fest. In den Kernforderungen geht es u. a. darum, die Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten für ihre Gesundheitssysteme zu wahren. Des Weiteren fordert die BZÄK eine rasche Überarbeitung des EU-Rechtsrahmens für Medizinprodukte. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen müsse zum Nutzen der Patienten sein und sollte zu einer verbesserten und bürokratiearmen Versorgung führen. Die BZÄK will eine stärkere Entbürokratisierung für die Zahnarztpraxen und eine konsequente Fortsetzung der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen. Die Therapie- und Entscheidungsfreiheit müsse europaweit geschützt werden – dazu warnte die BZÄK vor dem Aushöhlen der Qualität freiberuflicher Dienstleistungen zugunsten von Finanzinvestoren betriebenen Dentalketten. Die BZÄK fordert das Parlament auf, sich für die Europäische Charta der Freien Berufe einzusetzen für eine Standortbestimmung der Freiberuflichkeit auf europäischer Ebene. Weitere Themen beziehen sich auf den freien Zugang aller EU-Bürger zu zahnärztlicher Versorgung in der Europäischen Union und auf die Verbesserung der Prävention der Mundgesundheit im EU-Raum.

Quelle: Kernforderungen der Bundeszahnärztekammer



Aktuelle EuGH-Entscheidung

Leitlinienpraxis – von Europa lernen

Medizinische Leitlinien werden weltweit mit einer Schlagzahl produziert, dass man kaum noch erwarten kann, dass diese Leitlinien auch in der Praxis rezipiert werden können. Dabei ist zu beachten, wie weit z.B. die deutsche Rechtsprechung bereit ist, die im Ausland publizierte Leitlinie für die Frage, ob Behandlungsfehler oder gar grobe Behandlungsfehler vorliegen und es damit zur vollen Umkehr der Beweislast zum Nachteil der Behandlerseite kommt, anzuerkennen.

Erinnert sei an die Kontroverse zwischen dem Oberlandesgericht Koblenz in dessen Entscheidung vom 25.06.2014 – 5 U 792/13 – und dem Bundesgerichtshof in dessen Entscheidung vom 16.06.2015 – VI ZR 332/14 –, wo es um die Frage ging, ob ein normales deutsches Krankenhaus im Januar 2006 eine im Februar 2005 publizierte medizinische Leitlinie aus Kanada hätte beachten müssen. Das Oberlandesgericht hatte diese Frage bejaht, der Bundesgerichtshof sah das etwas differenzierter.

Wenn Leitlinien im Haftungsrecht so hoch wertgeschätzt werden, ist es umso wichtiger, dass die Leitlinien den Behandlungsstandard abbilden, der zum Zeitpunkt ihrer Verabschiedung anerkannt war i. S. von Evidenced Medicine/Evidenced Dentistry, und jeder Bias so weit als irgend mit vernünftigem Aufwand möglich ausgeschlossen wird.

Wer je an Leitlinien mitgewirkt hat, weiß aus eigener Anschauung, dass der wichtigste Einfluss-Bias auf den Inhalt von Leitlinien der human Bias ist.

Der Europäische Gerichtshof in Luxemburg (EuGH) hat zu dem Aspekt des human Bias in einer neuen Entscheidung vom 14.03.2024 – C-291/22 P – einige interessante Vorgaben für die Prüftätigkeit der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) aufgestellt. In dem beim EuGH anhängigen Verfahren ging es u. a. darum, wie die EMA Gutachter in Arzneimittelzulassungsverfahren auszuwählen hat.

Die Entscheidung betrifft das Spannungsverhältnis von beigezogenem Sachverstand und dessen Kontrolle und damit zugleich den Kernbereich jeder Leitlinie.

Im Verfahren ging es um eine von der Europäischen Kommission verweigerte Zu-

lassung für ein Medikament. Grundlage für die Ablehnung war ein Gutachten des EMA-Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) und einer von der EMA einberufenen Ad-hoc-Sachverständigengruppe. Der Pharmahersteller hatte vergeblich gerügt, einzelne Mitglieder der Sachverständigengruppe seien nicht unabhängig, sondern von Interessenkonflikten geprägt gewesen. Damit setzte sich der Hersteller vor dem EuGH durch.

Der EuGH geht auf das in Art. 41 der europäischen Grundrechtecharta verankerte Grundrecht auf eine gute Verwaltung ein. Dieses Grundrecht schließe das Recht jeder Person ein, dass ihre Angelegenheiten von den Organen, Einrichtungen und sonstigen Stellen der Europäischen Union unparteiisch behandelt werden. Das erfordere, ausreichende Garantien zu bieten, um jeden berechtigten Zweifel hinsichtlich etwaiger Vorurteile auszuschließen.

der den Einfluss neutralisieren, den das Mitglied, das sich in einem Interessenkonflikt befindet, in der Gruppe ausüben kann, noch die legitimen Zweifel an der Unparteilichkeit dieser Gruppe beseitigen, die darauf beruhen, dass das betreffende Mitglied zu den Debatten beitragen konnte.“

Der EuGH sieht die EMA in der Pflicht, die Interessenkonflikte selbst zu ermitteln und daraus Konsequenzen zu ziehen.

Wer Leitlinien, insbesondere Leitlinienreporte und die Statements zu Interessenkonflikten analysiert, sollte erwarten dürfen, dass sich jeder Leitlinienersteller an diese Vorgaben des EuGH hält und keine Leitlinien akzeptiert, bei deren Erarbeitung Personen mit Interessenkonflikten beteiligt waren. Das erfasst auch schon existierende Leitlinien. Diese sind, wenn die Mitwirkung Interessenkonflikt beladener Mitglieder eindeutig Einfluss hatte, zurückzuziehen, ansonsten zeitnah zu überarbeiten. Interessenkonflikt muss den kompletten Ausschluss von der Leitliniengruppe nach sich ziehen. Wenn das dazu führt, dass die Leitlinienerstellung nicht mehr so läuft wie bisher – dann ist das eben so.

Autor

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Fachanwalt für Sozialrecht,
Justiziar des BDIZ EDI
Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER
Rechtsanwälte mbB

Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg
i.Br. · Köln · Meißen · München ·
Sindelfingen

Posener Str. 1, 71065 Sindelfingen
Tel.: 07031-9505-27
(Sybill Ratajczak)
Fax: 07031-9505-99
ratajczak@rpmed.de
www.rpmed.de

Konkret zur EMA meint der EuGH, die Unparteilichkeit sei kompromittiert, wenn sich aus einer Ämterkollision ein Interessenkonflikt bei einem der Mitglieder des CHMP ergeben könne, und zwar unabhängig vom persönlichen Verhalten dieses Mitglieds. Ein solcher Verstoß könne zur Rechtswidrigkeit des am Ende des Verfahrens von der Kommission erlassenen Beschlusses führen. Die objektive Unparteilichkeit werde auch dann beeinträchtigt, wenn ein Sachverständiger, der sich in einem Interessenkonflikt befinde, zu der Sachverständigengruppe gehöre, die vom CHMP im Rahmen der Überprüfung konsultiert werde, die zum Gutachten der EMA und zum Beschluss der Kommission über den Zulassungsantrag führt. Der EuGH hält den Interessenkonflikt für ein objektives Ausschlusskriterium. Es kommt nicht darauf an, ob der Interessenkonflikt bekannt geworden ist. Besteht er, ist die Bestellung als Sachverständiger ausgeschlossen.

Wie erfährt die EMA davon? Der EuGH verlangt, dass die EMA Interessenkonflikte aktiv selbst untersucht, jedenfalls dann, wenn sie Hinweise auf Interessenkonflikte erhält. Diese Hinweise hatte hier der Pharmahersteller der EMA gegeben. Wäre die EMA den Hinweisen nachgegangen, hätte sie festgestellt, dass einer der beauftragten Sachverständigen bei einem Konkurrenzprodukt zu dem Arzneimittel des Zulassungsverfahrens bei der europäischen klinischen Phase-3-Studie „leitender Forscher“ war. Offenkundiger kann ein Interessenkonflikt kaum sein.

Der EuGH verlangt den sicheren Ausschluss des Einflusses bei Interessenkonflikten, nicht nur das Nichtabstimmen oder die stimmrechtslose Teilnahme an Beratungssitzungen.

Die Ausführungen, die der EuGH zu den Einwirkungskonflikten (human Bias) macht, sind für die Leitlinienerstellung genauso wichtig und interessant (Rz. 76–77):

„Hierzu ist festzustellen, dass die Meinungsäußerung der vom CHMP einberufenen Sachverständigengruppe einen potenziell entscheidenden Einfluss auf das Gutachten der EMA und mittels dieses Gutachtens auf den Beschluss der Kommission hat. Jedes Mitglied dieser Gruppe kann die vertraulichen Erörterungen und Beratungen in dieser Gruppe unter Umständen erheblich beeinflussen. Folglich entsteht dadurch, dass eine Person, die sich in einem Interessenkonflikt befindet, an einer vom CHMP einberufenen Sachverständigengruppe teilnimmt, eine Situation, die keine ausreichenden Garantien bietet, um jeden berechtigten Zweifel hinsichtlich etwaiger (...) auszuschließen.

Daher führt (...) ein Interessenkonflikt bei einem Mitglied der vom CHMP konsultierten Sachverständigengruppe zu einem wesentlichen Verfahrensfehler. Der Umstand, dass diese Sachverständigengruppe am Ende ihrer Erörterungen und Beratungen ihre Meinung als Kollegium zum Ausdruck bringt, beseitigt diesen Mangel nicht. Dieser Umstand kann nämlich we-

Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

© IRStone – stock.adobe.com

Gleichbehandlung für Grenzgänger

Grenzgänger in der EU müssen die gleichen sozialen Vergünstigungen erhalten wie gebietsansässige Arbeitnehmer, urteilte der Europäische Gerichtshof (EuGH) in der Rechtssache C-27/23.

Der Fall: Ein belgischer Arbeitnehmer arbeitet in Luxemburg und wohnt in Belgien. Als Grenzgänger unterliegt er der luxemburgischen Regelung über das Kindergeld und bezog es seit mehreren Jahren für ein in seinem Haushalt aufgrund gerichtlicher Entscheidung untergebrachtes Pflegekind. 2017 entzog ihm die Caisse pour l'avenir des enfants (CAE) de Luxembourg (Zukunftskasse Luxemburg) die Bezugsberechtigung für dieses Kindergeld. Sie ist der Auffassung, dass Kindergeld nur für solche Kinder zu zahlen sei, die zu dem Grenzgänger in einem direkten Verwandtschaftsverhältnis (eheliche, uneheliche oder Adoptivkinder) stünden. Aufgrund gerichtlicher Entscheidung untergebrachte Pflegekinder, die in Luxemburg wohnen, haben hingegen Anspruch auf ein solches Kindergeld, das an die natürliche oder juristische Person gezahlt wird, die das Sorgerecht für sie innehat.

Die luxemburgische Cour de cassation (Kassationsgerichtshof) fragte sich, ob die Vorschriften des luxemburgischen Sozialgesetzbuchs durch die Anwendung unterschiedlicher Anspruchsvoraussetzungen je nachdem, ob der Arbeitnehmer gebietsansässig oder gebietsfremd ist, eine indirekte Diskriminierung darstelle.

In seinem Urteil weist der Gerichtshof darauf hin, dass Grenzgänger im Hinblick

darauf, dass sie Steuern und Sozialabgaben im Aufnahmemitgliedstaat aufgrund der dort von ihnen ausgeübten unselbstständigen Erwerbstätigkeit entrichten, zur Finanzierung der sozialpolitischen Maßnahmen dieses Staats beitragen. Deshalb müssten ihnen die Familienleistungen sowie die sozialen und steuerlichen Vergünstigungen unter den gleichen Bedingungen zugutekommen können wie inländischen Arbeitnehmern.

Verstoß gegen Unionsrecht

Nach Ansicht des Gerichtshofs führt eine Regelung, wie die in Rede stehende, zu einer Ungleichbehandlung und verstößt gegen das Unionsrecht.

Die Regelung eines Mitgliedstaats, nach der gebietsfremde Arbeitnehmer im Unterschied zu gebietsansässigen eine soziale Vergünstigung für in ihrem Haushalt untergebrachte Pflegekinder, für die sie das Sorgerecht innehaben, die ihren gesetzlichen Wohnsitz bei ihnen haben und tatsächlich und dauerhaft bei ihnen wohnen, nicht erhalten können, stellt nämlich eine indirekte Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit dar.

Der Umstand, dass die Entscheidung über die Unterbringung von einem Gericht eines anderen Mitgliedstaats als dem Auf-

nahmemitgliedstaat des betreffenden Arbeitnehmers erlassen wurde, kann auf diese Feststellung keinen Einfluss haben.

Ebensowenig kann es darauf ankommen, so der Gerichtshof, ob der Grenzgänger selbst für den Unterhalt des in seinem Haushalt untergebrachten Pflegekinds aufkommt, wenn diese Voraussetzung nicht ebenfalls auf einen gebietsansässigen Arbeitnehmer, bei dem ein Pflegekind untergebracht ist, angewendet wird.

Hinweis

Im Wege eines Vorabentscheidungsersuchens können die Gerichte der Mitgliedstaaten in einem bei ihnen anhängigen Rechtsstreit dem Gerichtshof Fragen nach der Auslegung des Unionsrechts oder nach der Gültigkeit einer Handlung der Union vorlegen. Der Gerichtshof entscheidet nicht über den nationalen Rechtsstreit. Es ist Sache des nationalen Gerichts, über die Rechtssache im Einklang mit der Entscheidung des Gerichtshofs zu entscheiden. Diese Entscheidung des Gerichtshofs bindet in gleicher Weise andere nationale Gerichte, die mit einem ähnlichen Problem befasst werden.

Quelle: PM des EuGH in der Rechtssache C-27/23 EuGH vom 16. Mai 2024

Wussten Sie schon, ...

... dass der BDIZ EDI in diesem 35 Jahre alt wird? 1989 wurde der Verband ursprünglich als Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte (BDIZ) in Frankfurt am Main als Antwort auf die Nichtanhebung des GOZ-Punktwertes nach der damaligen GOZ-Novellierung gegründet. Gegründet wurde der Verband auch, um nach der wissenschaftlichen Anerkennung der jungen Disziplin Mitte der 80er-Jahre die Orale Implantologie für die Zahnarztpraxis zu erhalten. Gründervater Prof. (h.c.) Dr. Egon Brinkmann (†) hat mit einem Satz die Bedeutung des Verbandes geprägt: Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt sollte nach entsprechender Fortbildung die Möglichkeit haben, in eigener Praxis implantologisch tätig zu sein!

... dass der BDIZ EDI am 2. März 2025 sein 20. Experten Symposium veranstaltet? Das Konzept von Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, zu einem aktuellen Thema in der Oralen Implantologie ein Symposium mit Expertenmeinungen anzubieten – übrigens immer am Karnevalssonntag in Köln –, hat sich während der vergangenen zwei Jahrzehnte bewährt. Gleichzeitig sucht und findet die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI vorab einen Konsensus zu dem jeweiligen Thema des Symposiums. Der daraus entstehende Praxisleitfaden dient als Handlungsempfehlung für die implantologische Praxis. So hat der BDIZ EDI im Laufe der Zeit 20 Praxisleitfäden in deutscher und englischer Sprache erstellt – und viele der Themen mehrfach aktualisiert.

... dass der BDIZ EDI in diesem Jahr auf den Abschluss seines 25. Curriculum Implantologie zusteuert, das er in Kooperation mit der Universität zu Köln veranstaltet? Auf diese Weise haben fast 1.000 junge und angehende implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte diesen Einsteigerkurs in acht Modulen und über einen Zeitraum von einem Jahr erfolgreich durchlaufen. Das erfolgreiche Curriculum des BDIZ EDI wird inzwischen auch erfolgreich in weiteren europäischen Ländern von assoziierten Partnerverbänden „nachgebaut“. Am 18. Oktober startet das 26. Curriculum Implantologie an der Uni Köln. Das Pendant im Süden startet am 27. September in München, Landsberg am Lech und Ansbach.



Treffen der Gründungsmitglieder zum 20. Geburtstag des BDIZ EDI.



Volles Haus beim Experten Symposium des BDIZ EDI.



Die Absolventinnen und Absolventen des 24. Curriculum Implantologie an der Uni Köln.

Impressionen vom 17. Europa-Symposium

Ein spannendes Thema unter südlicher Sonne: Today's implantology – what is new, what is reliable? Das 17. Europa-Symposium in Split hatte es in sich: mit Themen rund um implantatprothetische und implantatchirurgische Fragestellungen, gespickt mit DEM Thema derzeit: künstliche Intelligenz und ihr sinnvoller Einsatz in der Zahnmedizin. Die Referenten kamen aus Deutschland (Dr. Dr. Markus Tröltzsch und Dr. Amely Hartmann), Kroatien (Dr. Hrovje Starčević und Dr. Juraj Brozović), Tschechien (Prof. Dr. Roman

Šmucler) und Albanien (Dr. Erion Cerekja) und lieferten ein Feuerwerk des implantologischen Wissens. Zum Auftakt überbrachte Dr. Deni Milevčić als Vorstandsmitglied der Kroatischen Zahnärztekammer die Grüße der Kroatischen Zahnärztekammer. BDIZ EDI-Präsident Christian Berger moderierte den Fortbildungstag, an dem viele deutsche Zahnärztinnen und Zahnärzte teilnahmen. Tags zuvor konnten sich die Teilnehmer in einem Workshop über Neuheiten im Bereich digitaler Workflow mit Dr. Dr. Tröltzsch informieren.



Der BDIZ EDI bedankt sich für die Unterstützung bei den Sponsoring-Partnern Nobel Biocare und bfs. Inhalte der Fortbildung folgen in Ausgabe 3/2024.

AWU



Eröffneten das 17. Europa-Symposium in Split:
Dr. Deni Milevčić und Christian Berger.



Dr. Juraj Brozović referierte über Knochentransplantation.



Dr. Dr. Markus Tröltzsch fokussierte die digital unterstützte Chirurgie.



Langjährige Freunde: Dr. Liepe, Dr. Šimunović und Dr. Neumann.



Der pittoreske Hafen von Split.



Videoproduktion mit Vorwort von Dr. Dr. Tröltzsch



Priv.-Doz. Dr. Amely Hartmann über digitale Augmentationstechniken.



Prof. Dr. Roman Šmuciler stellte KI in Medizin und Zahnmedizin vor.



Dr. Erion Cerekja sprach über prothetische Lösungen auf Implantaten.



Volle Aufmerksamkeit für die moderne Implantologie.



Dr. Hrvoje Starčević stellte die Sofortimplantation in den Mittelpunkt.



Save the Date im Juni 2025

18. Europa-Symposium im hohen Norden

Das Europa-Symposium des BDIZ EDI wird 2025 in Stockholm stattfinden. Zum ersten Mal ist Skandinavien, genauer Schwedens Hauptstadt Stockholm, das Ziel des eintägigen Kongresses des BDIZ EDI, der damit den Austausch von implantologisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten in Europa fördert.

Referenten aus ganz Europa werden vortragen – darunter natürlich auch Vorstandsmitglieder des BDIZ EDI. Kongresssprache ist Englisch. Inhalt werden implantatchirurgische und implantatprothetische Themen sein.

Stockholm – damals und heute

Stockholm, dessen altschwedischer Name sich aus „stock“ (Baumstamm oder Pfahl) und „holm“ (kleine Insel) zusammensetzt, hat inzwischen 1,59 Millionen Einwohner und ist die größte Stadt in Skandinavien. Sie hat eine in das 11. Jahrhundert zurückreichende Besiedelungsgeschichte und ist seit 1643 Residenz des Königs.

Wasser macht etwa 30 Prozent der Stadtfläche aus. Die Stadt bezieht ihr Trinkwasser aus dem Mälaren, und die hohe Wasserqualität erlaubt es, mitten in der Innenstadt Lachse zu angeln. Die Stadt erstreckt sich über 14 Inseln, die durch 53 Brücken verbunden sind. Ein großer Teil der Stadt besteht aus Waldregionen.

Die Stelle, an der heute Stockholm steht, wird zum ersten Mal vom isländischen Dichter und Sagenschreiber Snorri Sturluson (1179–1241) erwähnt: Er beschreibt in der Ynglingasaga eine Pfahlbarriere über die heutige Wasserstraße Norrström, die er Stokksunda nannte. Bei Ausgrabungen in den späten 1970er-Jahren kamen Überreste von Wasserpfählen zum Vorschein, die aus dem 11. Jahrhundert stammen und diese Aussage stützen. Außerdem wird von Snorri auch ein Befestigungsturm aus dem

12. Jahrhundert erwähnt, der sich dort befunden haben soll, wo seit 1580 das königliche Schloss steht.

Ein Schutzbrief für das Fogdö-Kloster, ausgestellt im Juli 1252, ist das älteste überlieferte Dokument, in dem Stockholm erwähnt wird, wörtlich als Stokholm. In der Erik-Chronik (schwedisch: Erikskrönikan), die zwischen 1320 und 1335 kompiliert wurde, steht, dass der Gründer Stockholms, der Regent Birger Jarl, um das Jahr 1250 eine Festung bauen wollte, um den Mälarsee vor Piratenplünderungen zu schützen.

Die strategische und wirtschaftliche Bedeutung der Stadt machte Stockholm zu einem wichtigen Machtfaktor in den Auseinandersetzungen zwischen den dänischen Königen der Kalmarer Union und der nationalen Unabhängigkeitsbewegung im 15. Jahrhundert. Mit dem Einzug Gustav Wasas 1523 und dem Aufbau einer starken Königsmacht entwickelte sich Stockholm auch zu einer wichtigen Residenzstadt. Neben dem Bürgertum begann nun auch der königliche Hof, das Stadtbild zu prägen. Im 17. Jahrhundert stieg Schweden zur Großmacht auf. Dies spiegelte sich auch in der Entwicklung der Stadt Stockholm wider – von 1610 bis 1680 versechsfachte sich die Einwohnerzahl. In den Jahren 1713 und 1714 wurde Stockholm von der Pest heimgesucht. Nach dem Ende des Großen Nordischen Krieges und der damit verbundenen Gebietsverluste im Jahr 1721 stagnierte die Entwicklung der Stadt. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts nahm die wirtschaftliche Bedeutung Stockholms weiterhin ab. Norrköping wurde zur größten Manufakturstadt und Göteborg entwickelte sich



aufgrund seiner günstigen Lage am Kattegat zum wichtigsten Exporthafen Schwedens. Erst in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts übernahm Stockholm wieder eine führende Rolle in der Wirtschaft des Landes. Einerseits wurde eine Reihe wichtiger Industriebetriebe gegründet, andererseits entwickelte sich Stockholm zu einem wichtigen Handels- und Dienstleistungszentrum sowie zu einem Verkehrsknotenpunkt.

Sehenswürdigkeiten

Das Stockholmer Stadtbild und seine Architektur sind von der besonderen Lage der Stadt an den Ufern des von Westen nach Osten verlaufenden Ausflusses des Mälaren, dem in nordsüdlicher Richtung verlaufenden Höhenrücken der Gletschermoräne und der zentralen Stadtinsel mitten im Strom geprägt. Im Stadtgebiet gibt es zahlreiche kleine Parks, unter anderem den Tegnér-lunden, der im Werk Astrid Lindgrens vorkommt. Die Altstadt auf der Stadtinsel (Stadsholmen) weist noch immer das mittelalterliche Straßennetz mit den von Nord nach Süd über die Insel verlaufenden Straßen (Österlånggatan und Västerlånggatan) und schmalen, zum Wasser abfallenden Gässchen auf.



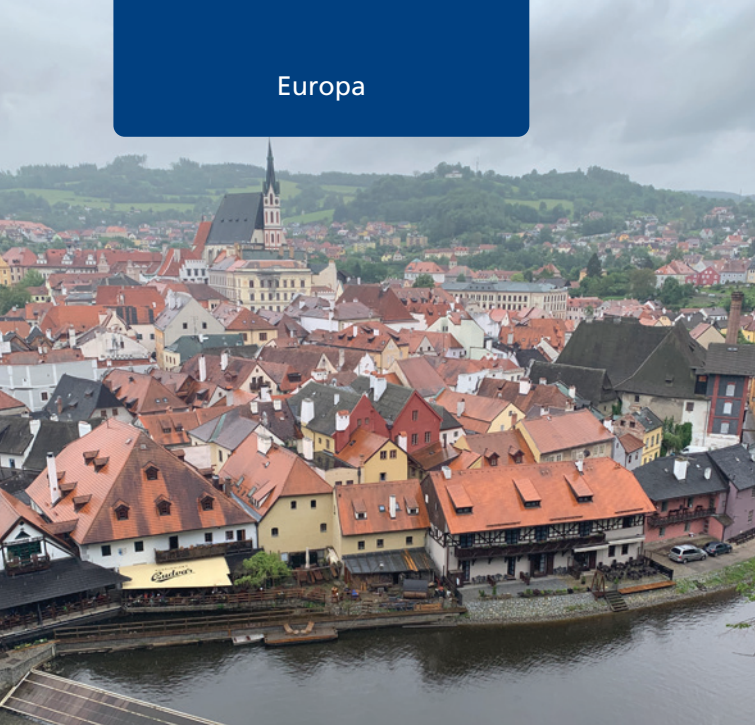
Warum Europa-Symposium?

Wir müssen uns täglich den Herausforderungen des Praxisalltags stellen. Zweifellos haben die Innovationen in der Oralen Implantologie ihre Ursprünge im wissenschaftlichen Fortschritt und finden sich in den Produkten wieder, die die Dentalindustrie entwickelt hat. Die Forderung aus den Praxen und von den Patienten nach neuen Produkten und Prozessen sowie nach verbesserten Therapiemöglichkeiten gipfelt in der Marktvietalt mit vielen neuen Anwendungen – von neuen Ansätzen bei der Knochenaugmentation und neuen Möglichkeiten der Digitalisierung bis hin zu neuen Materialien.

Es ist angesichts der Tatsache, dass wir uns bei der Implantattherapie bereits auf einem sehr hohen Niveau mit hohen Erfolgsquoten bewegen, alles andere als einfach, nach immer besseren Ergebnissen und kürzeren Behandlungszeiten zu trachten. Die Natur hat uns Grenzen gesetzt. Vor diesem Hintergrund ist es für implantologisch tätige Zahnärzte umso wichtiger, sich fortwährend fortzubilden, um sich zum Wohl ihrer Patienten und ihrer Praxen auf den neuesten Stand der wissenschaftlichen und technischen Innovationen und Materialien zu bringen. Training und Fortbildung müssen Schritt halten mit der Entwicklung.

Aus diesem Grund stellt der BDIZ EDI den fachlichen Austausch innerhalb Europas in den Fokus. Zum inzwischen 18. Mal richtet der BDIZ EDI sein Europäisches Symposium aus – zum ersten Mal in Skandinavien. „Der Ausgangspunkt für die großartigen Unternehmungen liegt oft in kaum wahrnehmbaren Gelegenheiten“, wusste schon Demosthenes (384 bis 322 v. Chr.). Dieses Zitat ist charakteristisch für die 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 und damit den fachlichen Austausch innerhalb Europas intensiviert. Das 18. Europa-Symposium in Kroatien bietet dafür das beste Beispiel und wird einmal mehr zeigen, dass und wie implantologisch tätige Zahnärzte aus ganz Europa voneinander profitieren können.

Christian Berger
Präsident BDIZ EDI



3. Internationaler Kongress der vier Zahnärztekammern Tschechien, Österreich, Bayern und Sachsen

Treffen in Böhmen

Das Treffen hat bereits Tradition: Vor historischer Kulisse in Český Krumlov in Südböhmen fand der diesjährige internationale Kongress der vier (Landes-)Zahnärztekammern aus Tschechien, Österreich, Bayern und Sachsen statt. In den beiden Jahren zuvor war die Stadt Karlsbad Treffpunkt der vier Zahnärztekammern. Der BDIZ EDI war auch bei dieser dritten länderübergreifenden Begegnung dabei.

Im Beisein von Hauptmann Pavel Klíma, Magister der Region Südböhmen für das Schulwesen, eröffnete Gastgeber Prof. Dr. Roman Šmucler, der Präsident der Tschechischen Zahnärztekammer, den eintägigen Kongress, der traditionell von Referierenden aus Tschechien, Deutschland und Österreich bestritten wird. Šmucler bezeichnete die Stadt Český Krumlov an der Moldau als hervorragenden Ort, um diese länderübergreifende Begegnung zu beherbergen. Die Kooperation der Zahnärztekammern sei vor dem Hintergrund der Beitrittsverhandlungen Tschechiens zur Aufnahme in den Euro-Raum von besonderer Bedeutung.

Zur Eröffnung entboten die Repräsentanten der Zahnärztekammern ihre Grußworte: Dr. Christoph Meissner, Vizepräsident der Sächsischen Kammer, und stellvertretend für die im Stau steckenden Präsidenten aus Bayern und Österreich,

Christian Berger als Pastpräsident der BLZK und Dr. Ernst-Michael Reicher aus dem Burgenland. Während die vier Präsidenten in einer politischen Zusammenkunft aktuelle Themen diskutierten – nun auch mit dem BLZK-Präsidenten Dr. Frank Wohl und seiner österreichischen Kollegin Dr. Birgit Vetter-Scheidl –, startete auch der Kongress.

Zum Auftakt beschäftigte sich MDDr. Patrik Pauliška aus Prag mit der vertikalen Präparation von festsitzendem Zahnersatz anhand eigener Fälle und untermauerte mit seinem Vortrag die „Renaissance der biologisch orientierten Präparationstechnik (BOPT)“ nach Ignazio Loi, der 2013 einen neuen Ansatz zur prothetischen Versorgung parodontal gesunder Zähne mittels der vertikalen oder auslaufenden Präparation vorgestellt hatte. Bei der BOPT ist das Entfernen des anatomischen Austrittsprofils des Zahnes oder vorhan-

dener Präparationsgrenzen das Ziel, was die Gestaltung eines Präparationsbereichs erlaubt, in dem sich der Kronenrand nach koronal verschieben lässt.

MDDr. Martin Košťál aus Trutnov (Tschechien) behandelte die präendodontische Präparation, die über die Kavum-/Kanalzugangsöffnung einer fachgerechten Wurzelkanalbehandlung dient. Ineffiziente Aufnahmen führten häufig zu Fehldiagnosen, mahnte er. Im Zweifel helfe das Anfertigen einer digitalen Volumentomografie bei der Planung des korrekten Zugangs zum Wurzelkanalsystem. Bei aller technologischer Unterstützung sollten die möglichen Anomalien des Wurzelkanalsystems bekannt sein. Letztlich müsste man auch mit gesundem Menschenverstand eine Abwägung treffen. Košťál, der in seiner Praxis nach eigenen Angaben eine Erfolgsrate von 92 Prozent bei der Wurzelkanalbehandlung aufweisen kann,



sieht die möglichen Ursachen einer fehlerhaften Trepanation im Unterschätzen der Basisparameter. „Den guten Endodontologen erkennt man daran, dass er nicht vom Protokoll abweicht“, so sein Fazit.

Prof. Dr. Karl Glockner, Leiter der klinischen Abteilung für Zahnerhalt, Parodontologie und Zahnersatzkunde an der Universitätsklinik in Graz, stellte vor dem Hintergrund des Amalgamverbots durch die EU ab 1. Januar 2025 die unbefriedigende Suche nach Ersatzmaterialien dar. 30 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung habe noch Amalgamfüllungen im Mund. Für Kompositfüllungen müsse man im Vergleich den drei- bis fünffachen Zeitaufwand rechnen. Für ihn wird daher der Glasionomerzement zur echten Alternative mit der Einschränkung, dass die Haltbarkeit nur bei drei bis fünf Jahren liege.

Der digitale Workflow in der Implantologie nach prothetischen Konzepten lautete der Vortragstitel des einzigen Referenten aus Deutschland, Christian Berger aus Kempten. Der Präsident des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) stellte den aktuellen Praxisleitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz vor, der jedes Jahr unter Federführung des BDIZ EDI Handlungsempfehlungen zu einem aktuellen Thema in der Oralen Implantologie gibt: Der digitale Workflow sei im Februar 2024 aktualisiert worden. Der Praxisleitfaden

behandelt von der digitalen Diagnostik, der digitalen Abdrucknahme und Bildgebung bis zu CAD/CAM-gestützten Augmentationstechniken und digital gesteuerter Implantatpositionierung auch die digitalen Laborverfahren mit Digitaldruck, CAD/CAM-Aufbauten und CAD/CAM-gestützten Suprakonstruktionen. Erstmals sei auch die KI im Praxisleitfaden bedacht. Anhand eigener Fälle zeigte Berger den Weg der prothetisch orientierten Fallplanung auf. „Jeder Fall ist ein kombinierter Fall: von der prothetisch orientierten Fallplanung zur Implantatchirurgie.“

Nach dem Vortrag von Magister Alexandra Košťálová über Ernährungsprobleme bei Schulmahlzeiten in Tschechien stellte MUDr. Pavel Hyšpler aus Prag seine 15-

jährige klinische Erfahrung im Umgang mit L-PRF (Leukozyten und plättchenreiches Fibrin) vor. Aus seiner Erfahrung mit der vestibulären Augmentation bei der Ridge Preservation mit Einsatz von ausschließlich PRF (plättchenreiches Fibrin), also autologes Thrombozytenkonzentrat, das zur Regeneration von Weichgewebe und Knochen eingesetzt wird, habe sich nach fünf Jahren zwar stabiles Gewebe gezeigt. Die Hoffnung, dass sich die Membranen in Knochen verwandeln, hätte sich nicht erfüllt: Weichgewebe ja, aber keine Knochenbildung. Anders seine Erfahrung mit L-PRF, das er heute beim transkrestalen Sinuslift einsetzt. Hyšpler bestätigte, dass sich das neu gebildete Gewebe tatsächlich als Knochen herausgestellt habe. Seine Schlussfolgerung für das Auditorium: L-PRF sei eine kostengünstigere Methode als der Einsatz von Kollagenmembranen und habe einen wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzen. Auf der anderen Seite bestehe die Notwendigkeit für qualifiziertes Personal. Er betonte abschließend, dass es sich bei PRF nicht um ein Blutderivat handle, sondern um autologes Gewebe. Diese Unterscheidung sei für Zahnarztpraxen wichtig.

Mit Spannung erwartet wurde der Vortrag von MUDr. Roman Šmucler, CSc, der über die realistische Anwendung der künstlichen Intelligenz in der Zahnheil-



Begrüßung der Präsidenten mit Prof. Dr. Roman Šmucler (links) und dem Past-Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Christian Berger (Mitte).



MDDr. Patrik Pauliška



MDDr. Martin Košťál



Prof. Dr. Karl Glockner



Christian Berger



MUDr. Pavel Hyšpler



Prof. Dr. Roman Šmucler

kunde referierte. Der tschechische Kammerpräsident hält den Vorsitz in der Arbeitsgruppe „Digitale Zahnheilkunde und KI“ der europäischen Regionalorganisation ERO in der Federation Dentaire Internationale (FDI), und darüber hinaus arbeitet er gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Falk Schwendicke (LMU München) in der FDI-Arbeitsgruppe, die sich weltweit mit KI

beschäftigt. Šmucler betonte, dass sich durch KI der bedeutendste strukturelle Wandel in der Zahnmedizin der vergangenen 100 Jahre vollziehe. Das umfasse ChatGPT, Telemedizin, Marketing, KI-kontrollierte medizinische Dokumentation bis hin zur selbstständigen Implantation durch Roboter. Er äußerte die Befürchtung, dass sich in Zukunft eine Schere

aufmachen werde zwischen Praxen, die die KI einsetzen, und jenen, die es nicht tun. Die Entwicklung der KI sei indes generell extrem rasant, weil die Systeme lernfähig seien und sich selbst optimierten. Aktuell arbeite das EU-Parlament an der Regulierung der KI für verschiedene Risikogruppen. Für die Zahnarztpraxis nannte er als aktuelle Trends den Einsatz in der Administration, im Marketingbereich durch Chatbots, Röntgenscreening und erste Befundung, Experimente in der Diagnostik und bei den digitalen Modalitäten. „Die Robotertechnik und die KI werden die Planung und die Abläufe in der Praxis komplett verändern“, schloss er.

Nach den Zukunftsaussichten im Bereich KI entführte der Historiker Ondřej Lee Stolička zum Abschluss des Kongresses das Publikum in die reiche Vergangenheit von Český Krumlov und der Geschichte der Adelsfamilie Rosenberg in der Renaissance. Der Kongress fand in der ehemaligen Jesuitschule, dem heutigen Hotel Růže, statt.

AWU



Dr. Philippe D. Ledermann verstorben

Ein Pionier der oralen Implantologie

Mit großer Trauer nimmt der BDIZ EDI den Tod von Dr. Philippe D. Ledermann aus Bern zur Kenntnis. Er ist am 17. März 2024 in Bern verstorben. Für seine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der oralen Implantologie wurde er 2009 mit der Ehrenmedaille des BDIZ EDI geehrt.

Ledermann gehörte zu den Pionieren der oralen Implantologie und hat mit großem persönlichen Einsatz und eigenen Entwicklungen diese Disziplin maßgeblich geprägt. Auf seine Studien und Entwicklungen geht die nach ihm benannte Ledermannschraube zurück. Gemeinsam mit André Schroeder war er an der Entwicklung der ITI-Systeme beteiligt.

Sein besonderes Interesse galt der Frage nach der Osseo- und Mukosaintegration bei enossalen Implantaten. Seine innovativen Aktivitäten führten zur Entwicklung des Ha-Ti-Implantationskonzeptes und der Verbesserung der Ledermannschraube. Als Praktiker, der er war, bemühte er sich intensiv um die Suprakonstruktion. Wesentliche Impulse für prothetische Konstruktionen gingen von ihm aus. In zahlreichen Publikationen, Seminaren, Kursen, Vorlesungen und einer Monografie hat Dr. Ledermann nicht nur wissenschaftliche Akzente gesetzt, sondern auch wesentlich zur praktischen Weiterbildung in der zahnärztlichen Implantologie beigetragen.

Zahlreiche nationale und internationale Ehrungen waren die Folge seines verdienstvollen Wirkens. Im Rahmen der Jubiläumsfeier zum 20. Geburtstag des BDIZ EDI erhielt Dr. Philippe D. Ledermann aus Bern die Ehrenmedaille des BDIZ EDI 2009 für seine jahrzehntelange herausragende Arbeit auf dem Gebiet der oralen Implantologie und damit für sein Lebenswerk. Der Namensgeber der Ledermannschraube konnte als erster den Nachweis erbringen, dass die Sofortbelastung im Unterkieferfrontbereich annähernd die gleiche Erfolgsquote erreicht wie die Spätbelastung.

Er war musisch begabt und hat neben seiner Arbeit als implanto-logisch tätiger Zahnarzt und seinen Entwicklungen auch Jura studiert. Nun ist er im Alter von 79 Jahren in Bern gestorben. Unsere Gedanken sind bei seiner Gattin Marina und den Angehörigen. Wir werden Dr. Philippe D. Ledermann ein ehrendes Andenken bewahren.

Christian Berger
für den Vorstand des BDIZ EDI





33. Internationales Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin

„Chirurgische und prothetische Komplikationen“

Zum 33. Mal veranstaltet Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller sein Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin auf der Kanareninsel Fuerteventura. Vom 25. Oktober bis 1. November 2024 dreht sich im Robinson Club Esquinzo Playa alles um chirurgische und prothetische Komplikationen.



Aus Fehlern lernen! Diese alte Weisheit gilt auch in der Implantologie. Die Aufarbeitung der chirurgischen und prothetischen Komplikationen bringt die Referierenden dazu, sich intensiv mit dem behandelten Fall auseinanderzusetzen. Somit können die Teilnehmenden besonders in vertrauter Runde intensiv diskutieren. „Negative Erfahrungen zur Vermeidung weiterer Fehler müssen nicht selbst gemacht werden, wenn Erkenntnisse vorliegen, wie der Behandler effektiv mit solchen Problemen umgehen kann“, sagt Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller.

Mehr als 40 Referenten werden diese Thematik unter der Sonne des Südens im Robinson Club Esquinzo Playa, Fuerteventura, für etwa 300 Teilnehmende ausführlich beleuchten und viele Tipps für die Praxis geben. Hier ein Auszug aus dem Vortragsprogramm (ohne Workshops):

Vorläufiges Programm

33. Expertensymposium – „Chirurgische und prothetische Komplikationen“

25. Oktober – 1. November 2024, Robinson Club Esquinzo Playa, Fuerteventura

Vorträge

Frühe Komplikationen in der Weich- und Hartgewebsschirurgie – von Ursache bis Lösung

Univ.-Prof. Dr. Dr. Peer Kämmerer, Mainz

Komplikationen bei der geführten Implantologie

Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Reichling

Langzeiterfahrungen aus 20 Jahren Implantologie – aus Misserfolgen gemeinsam lernen

Dr. Ralf Masur, Bad Wörishofen

Der xHya-Faktor für permanente Optimierung

Dr. Alexander Müller-Busch, Ingolstadt

Biologische Komplikationen, Ursachen und Vermeidbarkeit

Dr. Lars Börner, Berlin

Pleiten, Pech und Pannen – Herausforderungen in der Implantologie

Dr. Martin Gollner, Bayreuth

Wie wahrscheinlich ist der multiple Implantatverlust? – Das Cluster-Phänomen

Dr. Rebecca Rosen, Wien

Gibt es eine verlässliche Diagnostik der präklinischen Periimplantitis? Mit welchen therapeutischen Konsequenzen?

Prof. Dr. Ralf Rößler, Luxembourg

Implantatverlust und klinische und radiologische Ergebnisse nach der chirurgischen Periimplantitistherapie

Dr. Alex Solderer, Zürich

Laser-Chirurgie, Softlaser, antimikrobielle photodynamische Therapie und Hyaluronsäure – Strategien zur Therapie und Vermeidung von Periimplantitis und chirurgischen Komplikationen

Dr. Sigurd Hafner, München

Treatment of Peri-implantitis: New frontiers.

Dr. Lucrezia Paternó Holtzman, Rom

Wann und warum ein Implantat im zahnlosen Kiefer besser ist als kein Implantat?

Univ.-Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

Der dentale Druck ... die unterschätzte Revolution in der Zahnmedizin?

Dr. Gerhard Werling, Landau

Kann partikuliertes Dentin als biologisches Knochenersatzmaterial Komplikationen in der Implantologie verhindern?

Priv.-Doz. Dr. Dr. Jochen Weitz, Augsburg

Implantatprothetische Erste Hilfe

Dr. Wolfgang Bücking, Wangen im Allgäu

Update Sofortimplantation in der ästhetischen Zone: Was wissen wir und wie weit können/sollen wir gehen

Dr. Peter Randelzhofer, München

Komplikationen und Lösungen im Rahmen der Sinusbodenelevation

Prof. Dr. Fred Bergmann, Viernheim

Zustand nach odontogener/iatrogener Sinusitis maxillaris und maximaler Kieferatrophy – alternative Versorgungsmöglichkeiten mittels patientenspezifischer Implantate

Priv.-Do. Dr. Dr. Matthias und Agnes Zirk, Köln

Update AWB – 2-teilige Bonelevel-Implantate aus Keramik

Dr. Dr. Franz-Jochen Mellinghoff, Ulm

Biologische Lösungen in der Zahnmedizin

Dr. Kianusch Yazdani, Münster

Die Rolle des Zahnarztes in der Früherkennung von Tumoren der Gesichtshaut

Dr. Dr. Sebastian Schiel, Augsburg

Okklusion auf Zähnen und Implantaten: was wissen wir und was glauben wir?

Prof. Dr. Florian Breuer, Berlin

Die subkrestale Implantation – ein 10-Jahres-Follow-up

Dr. Volker Knorr, Eisingen/Fils

Teach on the beach – Schnellkurs Funktionsdiagnostik für Implantologen

Dr. Christian Köneke, Bremen

Gottesgeschenk, Staatsaufgabe oder Ware? Gesundheit im Wandel der Zeit

Prof. Dr. med. Axel Karenberg, Köln

Resiliente Städte

Henriette Reker, Oberbürgermeisterin der Stadt Köln

Zusätzlich

Aktualisierungskurs im Strahlenschutz (Fachkunde und Kenntnisnachweis)

Dr. Friedhelm Weber, Hamm und Jochen Völkening, Stewede

Informationen und Anmeldung über
info@reisebuero-gup.de

Reisebüro Garthe & Pflug GmbH
Triftstraße 20
60528 Frankfurt am Main
Tel.: +49 69 677367-0

Blick auf die European Federation of Periodontology (EFP)

Professor Kebschull ist neuer Präsident der europäischen Parodontologen

Mit Prof. Dr. Moritz Kebschull steht erneut ein renommierter Wissenschaftler aus der deutschen parodontologischen Community als Präsident an der Spitze der European Federation of Periodontology (EFP). Als Zusammenschluss von 38 nationalen Gesellschaften für Parodontologie von Argentinien bis Australien verfolgt die EFP eine globale Agenda zur Förderung des Bewusstseins für die Parodontologie und die Bedeutung der parodontalen Mundgesundheit.



Kebschull ist als EFP-Präsident Nachfolger von Dr. Darko Božić (Universität Zagreb, Kroatien). Nach Prof. Lavinia Flores-de-Jacoby, Prof. Dr. Jörg Meyle und Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen (2018, Universität Bonn) übernimmt damit nun ein weiterer in Deutschland (und den USA) ausgebildeter und auch lange Jahre in Bonn (unter anderem im DFG-Forschungsprojekt zur Parodontologie) aktiver Wissenschaftler die EFP-Präsidentschaft. Der mit dem renommierten Miller-Preis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausgezeichnete Kebschull ist aktuell in Großbritannien tätig und dort Inhaber des Lehrstuhls für Restaurative Zahnheilkunde an der Universität Birmingham. Dort arbeitet er unter anderem mit Prof. Dr. Iain Chapple zusammen, für den er 2023 auch ein großes Fachsymposium anlässlich seiner Emeritierung ausrichtete. Außerdem hat Kebschull eine außerordentliche Professur an der Columbia University (USA) inne.

Preisgekrönte Forschung

In seiner preisgekrönten translationalen Forschung untersucht er die Zusammenhänge zwischen den klinischen Merk-

malen und den molekularen Grundlagen von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und anderen systemischen Krankheiten. In Birmingham leitet er ein umfangreiches Portfolio an extern finanzierten Forschungsprogrammen, darunter ein Modul des vom National Institute for Health and Care Research (NIHR) finanzierten Birmingham Biomedical Research Centre.

Vorstandsmitglied der Fachgesellschaften und des EFP-Exekutivkomitees

Als Vorstandsmitglied der britischen und der deutschen nationalen Gesellschaft und als Mitglied des EFP-Exekutivkomitees in den vergangenen drei Jahren hat Professor Kebschull die Entwicklung von evidenzbasierten klinischen Praxisleitlinien für die Behandlung von Parodontalerkrankungen in Europa, Großbritannien und Deutschland vorangetrieben. Dabei orientierte er sich für die EFP an der in Deutschland von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) etablierten Verfahrensweise für das Erstellen von medizinischen Leitlinien.

Drei große Aufgaben für die Präsidentschaft

Für seine Präsidentschaft hat sich Moritz Kebschull drei Aufgaben gestellt, die er mit Priorität verfolgen und mit denen er den globalen Einfluss der EFP als weltweit größter wissenschaftlicher Organisation der Parodontologie weiter stärken will. So will er die Führungsrolle der EFP bei der Entwicklung von Leitlinien im Bereich der Zahnheilkunde ausbauen, Wege für die Ausbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Parodontologie eröffnen und die wissenschaftliche Parodontologie durch die Förderung junger, international mobiler Forscher vorantreiben.

Quelle: PM der EFP vom 17.4.2024



WARUM IST ES PASSIERT? KOMPLIKATIONEN IN DER IMPLANTOLOGIE

SYMPOSIUM Sonntag
02. MÄRZ 2025
WORKSHOPS Sa. 1. März 2025

IN KÖLN

JETZT ANMELDEN

www.bdizedi.org/produkt/save-the-date-20-experten-symposium/



Das
20. Expertensymposium
findet Karnevalssonntag statt.
Somit ergibt sich die Möglichkeit,
Kölns letzte Karnevalssitzung
der Session im Gürzenich
zu erleben.

**BDIZ EDI
Fortbildung
& im Anschluss
Karneval***

BDIZ EDI
Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
Lipowskystr. 12 · D-81373 München
Telefon 089 / 720 69 888
Fax 089 / 720 69 889
office@bdizedi.org

www.bdizedi.org



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

INHALT

- Einleitung
- Urheberrecht am Lichtbild und an Lichtbildwerken
- Lizenzen
- Lizenzvereinbarung
- Tipps für die Praxis zum Umgang mit Bildlizenzen
- Gefahrenquelle Drittrechte
- Eigene Bilder
- Abmahnung
- Reaktion auf die Abmahnung

Achtung: Urheberrecht

Abmahngefahren bei Zahnarztpraxen

Einleitung

Kaum eine Zahnarztpraxis leistet es sich heute noch, weder in den sozialen Medien noch im Internet präsent zu sein. Ganz im Gegenteil findet man reich bebilderte Internetseiten und Blogs in den verschiedenen Social-Media-Kanälen, die von den Praxen eifrig bespielt werden. Und gerade bei den Blogs ist das Bild zur oft schon alleinigen Botschaft geworden.

Das ist alles kein Thema, solange man nur Bilder verwendet, die man selbst geschossen hat. Aber die sind selten so professionell aufbereitet, dass das beim flüchtigen Scroll über die Seite den erhofften Wow-Effekt auslöst. Also holt man sich professionelle Bilder von Bild Providern und denkt sich, dann sei doch eigentlich alles in Ordnung.

Aber selbst die Bilder, die man selbst geschossen hat, können Probleme bereiten, wenn man z. B. bei der Gelegenheit ein urheberrechtlich geschütztes Werk mit ablichtet und ins Internet stellt. Berühmtes Beispiel hierfür ist der Streit um die urheberrechtliche Zulässigkeit der Ablichtung eines Raumes mit urheberrechtlich geschützter Fototapete im Hintergrund (diese Frage könnte, nebenbei bemerkt, in absehbarer Zeit beim Bundesgerichtshof im Verfahren I ZR 35/24 geklärt werden).

Es gibt genügend Fotografen, die sich auf Providerplattformen tummeln und ihre Bilder ggf. lizenzgebührenfrei zur Veröffentlichung zur Verfügung stellen, die sich später aber darum kümmern, ob diese Bilder

auch nur unter den Bedingungen der gebührenfreien Lizenz genutzt werden.

Wird dagegen verstoßen, erfolgt eine Abmahnung wegen Verstoßes gegen das Urheberrechtsgesetz mit strafbewehrter Unterlassungserklärung und – nicht zu vergessen – für den minimalen Aufwand durchaus „saftiger“ Anwaltsrechnung der den Fotografen vertretenden Anwaltskanzlei.

Das ist ein lukratives Betätigungsfeld für Abmahnanwälte – und deshalb sollte eine Zahnarztpraxis, die im Internet und auf Social-Media-Kanälen unterwegs ist, die wichtigsten Dinge zur Bildnutzung im Internet kennen, entweder, um das Unbill zu verhindern, oder um nachträglich rechtzeitig vorbeugend zu agieren oder sich zur Wehr setzen zu können.

Urheberrecht am Lichtbild und an Lichtbildwerken

Fotos sind grundsätzlich urheberrechtlich geschützt. Sie einfach zu kopieren und für eigene Zwecke zu veröffentlichen, kann eine Urheberrechtsverletzung darstellen. Das deutsche Recht unterscheidet etwas umständlich zwischen Lichtbildwerken und Lichtbildern. Lichtbildwerke sind in § 2 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes über Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (Urheberrechtsgesetz – Abkürzung: UrhG) ausdrücklich genannt. Lichtbilder werden als Begriff in § 72 UrhG genannt.

Lichtbilder werden nach § 72 Abs. 1 UrhG grundsätzlich wie Lichtbildwerke geschützt.

Lichtbildwerke unterscheiden sich von Lichtbildern dadurch, dass sie eine persönliche geistige Schöpfung darstellen. Insbesondere müssen sie Individualität und Gestaltungshöhe aufweisen. Sie müssen eine individuelle Betrachtungsweise oder künstlerische Aussage des Fotografen zum Ausdruck bringen, die sie von der lediglich gefälligen Abbildung abhebt. Lichtbildwerke zeichnen sich im Allgemeinen dadurch aus, dass sie über die gegenständliche Abbildung hinaus eine Stimmung besonders gut einfangen, in eindringlicher Aussagekraft eine Problematik darstellen, den Betrachter zum Nachdenken anregen. Das kann z. B. durch die Wahl des Motivs, des Bildausschnitts oder der Perspektive, durch die Verteilung von Licht und Schatten, durch Kontrastgebung, Bildschärfe oder durch die Wahl des richtigen Moments bei der Aufnahme zum Ausdruck gebracht werden. Demgegenüber zählen diejenigen alltäglichen Bilder, die rein handwerklich das Fotografierte abbilden, nicht zu den Lichtbildwerken. Dazu gehört z. B. regelmäßig die sogenannte Gegenstandsphotografie, die darauf abzielt, die – nicht „gestellte“ – Vorlage möglichst unverändert naturgetreu wiederzugeben (KG Berlin, 28.03.2012 – 24 U 81/11 –, Rz. 46).

Lichtbildern fehlt diese kreative Gestaltungshöhe, was aber für die Schutzwirkung in den Fällen, um die es hier geht, von wenig praktischer Relevanz ist. Allerdings müssen auch Lichtbilder die Anforderungen des § 2 Abs. 2 UrhG erfüllen, also „persönliche geistige Schöpfungen“ sein. Das festzustellen, kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Nicht jedes Bild ist per se urheberrechtlich geschützt. In diesem Beitrag geht es aber nur um Fotos, die durch das UrhG geschützt sind.

Ein erheblicher Unterschied zwischen Lichtbildwerken und Lichtbildern besteht in der Schutzdauer. Sie beträgt für Lichtbildwerke 70 Jahre nach dem Tod des Urhebers (Fotografen; § 64 UrhG), dagegen für Lichtbilder (nur) 50 Jahre nach Entstehung des Fotos (§ 72 Abs. 3 UrhG).

Lizenzen

Es ist weitgehend bekannt, dass man fremde Bilder nicht einfach für die eigene Homepage verwenden darf, sondern dass man dafür eine Lizenz braucht.

Wenig bekannt ist aber, dass es nicht „die“ Lizenz gibt, sondern dass man sich die Lizenzbedingungen sehr genau durchlesen muss, um zu wissen, was man mit dem gebührenfrei oder gebührenpflichtig erworbenen Bild überhaupt anfangen darf.

Verkompliziert wird das Ganze noch dadurch, dass sich viele Provider von Lichtbildern und Lichtbildwerken vorbehalten, ihre Lizenzbedingungen später zu ändern, und die Beachtung der dann geänderten neuen Bedingungen zur Grundlage der Lizenzerteilung machen. Das bedeutet in der Praxis, dass ein Bild, das am 5.1.2023 erworben wurde, am 25.5.2024 nicht mehr zwingend weiterbenutzbar sein muss.

Die Verwertung eines urheberrechtlich geschützten Bildes steht allein dem Urheber zu (§ 15 UrhG). Er darf bestimmen, ob und wie sein Werk zu veröffentlichen ist (§ 12 Abs. 1 UrhG). Er hat das Recht auf Anerkennung seiner Urheberschaft am Werk. Er kann bestimmen, ob das Werk mit einer Urheberbezeichnung zu versehen und welche Bezeichnung zu verwenden





© Masterlevsha/Shutterstock.com

Den Text des § 13 Satz 1 UrhG muss man wörtlich nehmen. Der Urheber hat das Recht auf Anerkennung seiner Urheberschaft „am Werk“. „Am Werk“ bedeutet, dass die Bildkennzeichnung neben oder auf dem Bild angebracht werden darf, aber nicht „im Bild“, in dem man die Bilddatei entsprechend ergänzt. Das wäre eine urheberrechtlich zustimmungsbedürftige Veränderung des Bildes.

Der Nachweis muss „am Bild“ angebracht werden und sichtbar sein. Die Frage, ob ein „Aufklappen“ des Nachweises, wenn der Mauszeiger über das Bild fährt, ausreicht, ist höchststrichterlich noch nicht entschieden. Ich rate von einer solchen Lösung aber ab, weil die Urheberschaft ohne weiteres Zutun erkennbar sein soll, also auch dann, wenn man sich für das Bild nicht weiter interessiert. Sinn des vom Urheber zu bestimmenden Urheberrechtshinweises ist u. a., ihm künftige Folgeaufträge zu ermöglichen und weitere Verbreitungsmöglichkeiten zu eröffnen. Eine bessere Lösung besteht darin, den jeweiligen Image-Container (in der Programmiersprache HTML = `` ``) direkt mit einem dauerhaft sichtbaren Hinweis in einer ästhetisch ansprechenden Schriftart zu versehen.

Lizenzvereinbarung

Was dann im Image-Container inhaltlich stehen muss, hängt von der Lizenzvereinbarung ab, in der Regel aber wenigstens der Bildautor.

Regelmäßig wird zusätzlich verlangt, dass nicht nur der Bildautor genannt, sondern

auch der Bild-Provider und oftmals auch, dass auf den Bildprovider verlinkt wird.

Ist eine Verlinkung erforderlich, erfolgt diese sinnvollerweise im Impressum. Dazu steht meist ebenfalls etwas in den Lizenzbedingungen.

Eine typische Bildkennzeichnung wäre z. B. „© A. Mustermann – bildprovider.de“. Angegeben wird der Bildautor (Fotograf) und der Bildprovider, von dem die Lizenz zur Veröffentlichung stammt.

Die Schwierigkeit der Arbeit mit urheberrechtlich geschützten Bildern besteht in der Lizenzvereinbarung.

Typischerweise wird diese, wenn man im Internet passende, vielleicht sogar kostenfreie Bilder findet, weder gelesen noch gar heruntergeladen, ausgewertet und archiviert.

Es gibt Bildlizenzen, die eine uneingeschränkte private und gewerbliche Nutzung der Bilder gestatten, andere gestatten nur die private oder nur die gewerbliche Nutzung, dann kann es sein, dass z. B. für die Verwendung der Bilder auf Social-Media-Kanälen andere Bedingungen gelten als für die Verwendung auf einer Internetseite (Homepage).

Kostenfreie Bildlizenzen findet man bei den sog. Creative-Commons-Lizenzen (CC-Lizenzen). Die Lizenzverträge werden von der Creative Commons (CC) angeboten, einer gemeinnützigen Organisation, die 2001 in den USA gegründet wurde und mittlerweile auch mit einem Internetauftritt in Deutschland vertreten ist (de.creativecommons.net).

CC-Lizenzen sind Lizenzen von Fotografen, die sich dazu entschieden haben, ihre Werke von jedermann verwerten zu lassen, ohne dass sie ausdrücklich um Erlaubnis gefragt werden müssen.

Aber auch hier gilt, dass man die Lizenzbedingungen nicht ignorieren darf.

den ist (§ 13 UrhG). Er darf insbesondere auch bestimmen, ob und wie das Werk der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird (§ 19a UrhG). Letzteres ist bei im Internet oder Social Media veröffentlichten Bildern i. d. R. der Knackpunkt.

Gegen § 13 UrhG wird vielfach verstoßen – und hier kommen die Lizenzbedingungen vor allem zum Tragen.

Die Vorschrift hat folgenden Wortlaut:

„Der Urheber hat das Recht auf Anerkennung seiner Urheberschaft am Werk. Er kann bestimmen, ob das Werk mit einer Urheberbezeichnung zu versehen und welche Bezeichnung zu verwenden ist.“

Die aus Nutzersicht weitreichendste Lizenz ist die CC0-Lizenz. Bilder mit dieser Lizenz dürfen beliebig kopiert und verändert werden, ohne den Urheber nennen oder um Erlaubnis fragen zu müssen. Die sogenannten gemeinfreien Bilder dürfen kommerziell verwendet werden.

Bilder mit CC BY-Lizenz dürfen kommerziell verwertet und frei verarbeitet werden. Voraussetzung ist, dass der Bildautor und der Lizenzgeber genannt und verlinkt werden. Falls Änderungen am Bild vorgenommen wurden, ist darauf hinzuweisen.

Ähnlich ist die Situation bei CC-BY SA-Lizenzen. Die Besonderheit besteht im Share-Alike-Modul (SA). Es bedeutet, dass ein verändertes Bild unter derselben Lizenz veröffentlicht werden muss wie das Original.

Bei einer CC BY-ND-Lizenz ist eine Veränderung des Bildmaterials i. d. R. verboten. Bilder, die eine CC BY-NC-Lizenz, eine CC BY-NC-SA-Lizenz oder eine CC BY-NC-ND-Lizenz haben, ist gemeinsam, dass sie nicht kommerziell genutzt werden dürfen, also für eine Praxishomepage oder einen Praxisblog per se nicht infrage kommen.

Man muss leider darauf hinweisen, dass nicht jede Lizenz, die eine CC0-Lizenz zu sein behauptet, eine ist. Das Internet ist bekanntlich zwar kein rechtsfreier, aber ein rechtlich schwieriger Raum. Derjenige, der die Bilder unter einer CC0-Lizenz anbietet, muss nicht zwangsläufig ihr Urheber sein.

Das heißt, beim Erwerb von CC0-Lizenzen sollte man Vorsicht walten lassen.

Gibt es keine Bilder unter passender (und sicher erscheinender) CC-Lizenzierung, dann bleiben nur die kommerziellen Bildprovider.

Bei diesen entscheidet der Lizenzvertrag, was damit angestellt werden darf.

Und den gilt es

- herunterzuladen,
- zu lesen,
- zu verstehen und
- auszuwerten.

Dieselbe Mühe muss man sich auch bei CC-Lizenzen machen!

Tipps für die Praxis zum Umgang mit Bildlizenzen

Die Verwendung kommerzieller Bilder und die Abwehr von Risiken, die daraus entstehen können, erfordern Struktur und Systematik.

Am besten legt man eine Excel-Tabelle an (falls einem der Umgang mit Datenbankprogrammen zu schwer fällt), in der für jedes auf der Homepage/den Social-Media-Kanälen verwendete Bild mindestens festgehalten wird:

- Bildname,
- Bildurheber,
- Bildprovider,
- Lizenzbedingungen (was wird gestattet),
- Datum des Lizenzerwerbs,
- Datum der erstmaligen Nutzung der Lizenz (Bild wird online gestellt).

Das ist zugegebenermaßen eine Fleißarbeit, aber notwendig. Abmahnungen verursachen schon genug Ärger. Wenn man sie dann nicht kontern kann, weil man keine Unterlagen mehr findet, ist das doppelte Ärgernis. Nicht jeder Bildprovider existiert für immer, sodass man ggf. bei diesem später noch mal nachfragen kann, noch hat man in wettbewerbsrechtlichen Abmahnverfahren die Zeit, umfangreich zu recherchieren, wie denn wohl alles damals gewesen sein dürfte, als man das Bild ins Netz stellte.

Gefahrenquelle Drittrechte

Tückisch kann es werden, wenn man Bilder erwirbt, die Personen zeigen. Das Lizenzrecht am Bild ist die Berechtigung, das Bild zu verwenden. Der Bildverwendung

kann aber durchaus das Persönlichkeitsrecht der abgebildeten Person(en) entgegenstehen. Die Lizenz besagt nichts darüber, ob die Person eingewilligt hat, fotografiert und zum Gegenstand kommerzieller Nutzung zu werden.

Wenn man die beliebten Bilder von Personen kauft, sollte man unbedingt prüfen, ob die Lizenzbedingungen sich dazu auslassen – oder im Einzelfall nachprüfen, wie es damit bestellt ist.

Das ist leider mühsam.

Eigene Bilder

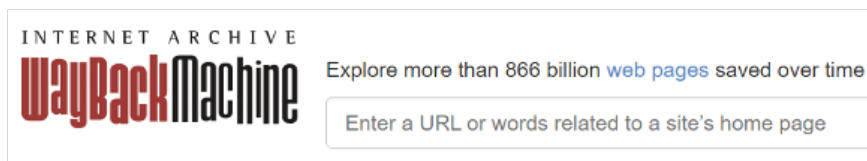
Wenn es auf der Homepage authentisch sein darf, kann man sich als Alternative überlegen, nur eigene Bilder zu verwenden (muss aber auch da bei Personenbildern aufpassen). Ob man die selbst schießt oder einen Fotografen damit beauftragt, ist zwar nicht gleichgültig, aber sich mit dem Fotografen auf eine Verwertung seiner Bilder zu einigen, ist ungleich einfacher, als Rechtsstreite um die Bildverwertung zu führen.

Selbst schießen ist die einfachste Methode. Beim Fotografen ist zu beachten, dass die mit ihm vereinbarte Vergütung nach § 32 Abs. 1 und 2 Satz 2 UrhG angemessen (redlich) sein muss. Das ist sie nur, wenn sie die Interessen des Fotografen neben den Interessen des VerwerTERS gleichberechtigt berücksichtigt (BGH, 07.10.2009 – I ZR 38/07 –, Rz. 22). Das kann u. U. relevant werden, wenn als Folge der Bilder die Homepage/der Blog „durch die Decke“ gehen. Aber wenn so was passiert, gebietet es schon der Anstand, den Fotografen am Erfolg teilhaben zu lassen.

Abmahnung

Es gibt Datenbanken, die Abmahnanwälte kennen, mit denen sich überprüfen lässt, ob Lizenzbedingungen verletzt wurden. Eine von diesen ist z. B. INTERNET ARCHIVE WAYBACK MACHINE. Es handelt sich dabei um eine auf Spendenbasis arbeitende

Internetsuchmaschine, die Webseiten automatisch archiviert. Klickt man <https://wayback-api.archive.org> an, findet man folgenden Eintrag →



Der Eintrag erklärt schon, was die Seite macht. Das Archiv umfasst mittlerweile mehr als 866 Milliarden Webseiten.

Das Problem einer Abmahnung kann man also nicht dadurch einfach lösen, dass man die inkriminierten Bilder schnell löscht. Man muss versuchen, den Abmahnfall zu vermeiden.

Es ist schon aus diesem Grund hilfreich, wenn man in der Excel-Datei festhält, wann man die Bildlizenz erworben und wann man sie genutzt hat.

Dazu kommt die Anwaltsrechnung und die Unterlassungserklärung.

Reaktion auf die Abmahnung

Man sollte aufgrund einer Abmahnung nicht in Panik verfallen. Es nützt auch wenig, auf die Abmahnhyänen zu schimpfen. In der Regel mahnen gerade bei Bildern die Bildautoren über Anwaltskanzleien ab. Die sich bei Abmahnvereinen stellenden rechtlichen Fragen stellen sich dann nicht.

Die gestellten Fristen sind i. d. R. kurz, meist nur eine Woche. Es ist also intensive Arbeit angesagt. Zu klären sind:

- Liegt ein Verstoß gegen das UrhG vor?
- Wo wird das Bild verwendet?
- Soll das Bild weiter verwendet werden?
- Mit welchem Inhalt soll ggf. eine Unterlassungserklärung abgegeben werden?

Die Unterlassungserklärungen, die Abmahnanwälte vorlegen, sind oft viel zu weitgehend.

Eins sollte klar sein: Ohne vernünftige anwaltliche Beratung kommt man an dieser Stelle nicht weiter.

Deshalb: Vorbeugen ist auch hier besser als heilen.

Typisches Beispiel einer Abmahnung:

hiermit zeigen wir an, dass wir die rechtlichen Interessen von Herrn _____ vertreten.

Ordnungsgemäße Bevollmächtigung wird anwaltlich versichert.

Gegenstand unserer Beauftragung ist die Verletzung von Urheberrechten unserer Mandatschaft. Unsere Mandatschaft ist Urheber der nachfolgenden Fotografie:

1. Unterlassung

Wegen der unterlassenen Urhebernennung steht unserer Mandatschaft gem. § 97 UrhG ein Unterlassungsanspruch gegen Sie zu. Um ein gerichtliches Verfahren zu vermeiden, können Sie die Vermutung der Wiederholungsgefahr ausräumen, indem Sie sich gegenüber unserer Mandatschaft zur Unterlassung verpflichten und für den Fall einer Zuwiderhandlung eine ausreichend hohe Vertragsstrafe versprechen (sogenannte staftbewehrte Unterlassungserklärung). Bitte beachten Sie, dass lediglich das Einstellen der rechtsverletzenden Handlung nicht ausreichend ist. Wir haben diesem Schreiben eine Unterlassungserklärung beigelegt, die Sie nutzen können, aber nicht müssen.

2. Auskunft

Weiterhin haben Sie unserer Mandatschaft gem. §§ 242, 259, 260 BGB Auskunft insbesondere über den Umfang der Verwendung der Fotografie ohne Urheberbenennung sowie die Herkunft des verwendeten Bildmaterials zu erteilen. Sie haben dabei umfassende und geordnete Angaben zu machen:

- über den Zeitpunkt, zu dem das oben genannte Bildmaterial ins Internet eingestellt bzw. wieder entfernt wurde sowie
- über die Herkunft (Quelle) des von Ihnen vervielfältigten und öffentlich zugänglich gemachten Bildmaterials

3. Anerkennung Schadensersatz dem Grund nach

Bereits jetzt haben wir Sie aufzufordern, die Verpflichtung zum Schadensersatz dem Grunde nach ausdrücklich innerhalb der oben gesetzten Frist anzuerkennen.

ARENA BERLIN
28 & 29 JUNI 2024

DIGITAL DENTISTRY SHOW

VERPASSEN SIE
+ NICHT DAS FESTIVAL
DER DIGITALEN
ZAHNHEILKUNDE
IN BERLIN

JETZT KOSTENFREI ANMELDEN

WWW.DDS.BERLIN

WWW.DDS.BERLIN



in Zusammenarbeit mit



Digital
Dentistry
Society

Zahntechnische Leistungen rechtssicher umsetzen

Der Umgang mit Chairside-Leistungen

Viele Praxen haben die Chairside-Leistungen inzwischen auf dem Schirm und setzen deren Berechnung auch um. Dennoch besteht nach wie vor Beratungsbedarf, denn nicht alle Leistungen werden dokumentiert und somit vollständig berechnet. Hier verschenkt die Praxis ansehnliche Beträge.

Im Rahmen der Abrechnungshotline des BDIZ EDI gehört dieses Thema unter die Top Ten der Fragen. Die eingehenden Fragen offenbaren Unsicherheiten bezüglich des Leistungstextes und der Preisgestaltung. Im hektischen Praxisalltag werden viele „Handgriffe“ als selbstverständlich angesehen (das machen wir immer so), weshalb oftmals nicht das volle Honorarpotenzial ausgeschöpft wird. Auch ohne eigenes Labor werden täglich mehrfach zahntechnische Leistungen am Behandlungsstuhl erbracht, doch werden sie oft nicht oder nur unvollständig berechnet. Fast jede Praxis erbringt Chairside-Leistungen. Eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Preise ist ebenso zwingend notwendig.

Vereinzelt kommen leider immer noch Einwände wie z. B. „Wir haben kein Eigenlabor oder eigenen Zahntechniker, also muss ich keine zahntechnischen Leistungen abrechnen, schließlich bekomme ich

die Rechnung von unserem Fremdlabor“ oder „Das machen wir schon immer so, ich habe doch die GOZ-Ziffer schon berechnet“. Diese Einschätzungen sind falsch!

Die vielen Leistungen reichen weit über die wohlbekannte „Individualisierung eines konfektionierten Löffels“ hinaus. Nur ein Beispiel: Wer nur das GOZ-Honorar berechnet, verzichtet auf das notwendige Honorar für die zeitaufwendige Tätigkeit der Individualisierung des Löffels am Behandlungsstuhl. Mit der GOZ-Ziffer 5170 ist nur die Abformung abgegolten, das Individualisieren des Löffels ist zusätzlich nach § 9 GOZ berechenbar. Vielmehr ermöglicht die Individualisierung des Löffels erst die korrekte Abdrucknahme.

Was sind Chairside-Leistungen?

Es erstaunt mich, dass mir im Jahr 2024 (zum Glück nur von sehr wenigen Praxen), diese Frage gestellt wird. Kurzum: Der Name ist von dem englischen Wort „chair“, also Stuhl, und „side“, neben dem Stuhl, abgeleitet. Bereits seit dem Jahr 1990, als die Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen vom Verband der Zahntechniker-Innung (VDZI) ins Leben gerufen wurde, fließen diese Leistungen in meine Abrechnungsempfehlungen ein und werden in der modernen Zahnmedizin stets erweitert und dabei die Preise aktualisiert.

Es handelt sich dabei um zahntechnische Leistungen, die im Eigenlabor oder direkt am Behandlungsstuhl erbracht werden.

Alle Leistungen zahntechnischer Natur, die von der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt oder der ZFA erbracht werden und von der GOZ-Gebühr nicht erfasst sind, können zusätzlich als zahntechnische Leistung gemäß § 9 GOZ berechnet werden.

Für die Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen ist es nicht entscheidend, ob die zahntechnischen Leistungen neben dem Patienten (direkt am Behandlungsstuhl), im Behandlungszimmer nebenan oder im Praxislabor durchgeführt werden.

Warum ist es notwendig, Chairside-Leistungen zu berechnen?

Das GOZ-Honorar im durchschnittlichen Faktor deckt oft nicht den Stundensatz der Praxis. Durch die allgemeine Inflation hat sich seit 1988 das Honorar für zahnärztliche Leistungen bis heute um knapp 109 Prozent entwertet; allein die vergangenen drei Jahre haben mit ca. 16 Prozent nochmals gravierend dazu beigetragen.

Die zusätzlich vollständige Berechnung von Chairside-Leistungen ist daher ein Muss. Bei Chairside-Leistungen monieren die Kostenerstatter nur in wenigen Fällen – und nur einzelne Leistungen –, was häufig an der Formulierung der Leistungsbeschreibung liegt und dann als Doppelberechnung ausgelegt wird, oder mit der Begründung „durch GOZ-Ziffer bereits abgegolten“ den Erstattungsschreibern zu entnehmen ist.



Sicher haben auch Sie bemerkt, dass selbst die Desinfektion von Abdrücken inzwischen nur noch bei einer Versicherungsgesellschaft zu Rückfragen führt, während noch vor der Pandemie viele Kostenerstatter diese Maßnahme als „selbstverständlich und abgegolten“ erachtet haben und die Erstattung verweigerten.

Selbstverständlich sind Chairside-Leistungen nicht nur bei PKV-Patienten, sondern auch im Rahmen von gleich- und andersartigen Versorgungen mit dem GKV-Patienten gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z zu vereinbaren. Das BEL II findet nur im Rahmen des FEZ-Systems bei Regelversorgungen Anwendung.

Chairside-Leistungen werden von den Kostenträgern i. d. R. ohne Erstattungsprobleme akzeptiert, was den Patienten zugute kommt.

Somit ist die Erstattungssituation durch den Kostenerstatter für den Patienten deutlich aussichtsreicher als bei einer Honorarvereinbarung mit Faktoren über den 3,5-fachen Steigerungssatz.

Eine „Standardbegründung“ bei Überschreitung des Schwellenwertes, also dem 2,3-fach Satz der GOZ, wird nicht mehr von Beihilfestellen akzeptiert und stets eine personenbezogene, individuelle Begründung gefordert, was einen erheblichen Zeitaufwand in der Verwaltung und Abrechnung mit sich bringt.

Faktorsteigerung und Honorarvereinbarung

Selbstverständlich sind weitere Möglichkeiten der Honoraroptimierung, wie z. B. die Faktorsteigerung und die Honorarvereinbarung, zur Sicherung Ihres wirtschaftlichen Erfolgs notwendig geworden! Auch wenn die Forderung nach einer Novellierung der GOZ und GOÄ lauter wird, auf eine Anpassung des GOZ-Punktwertes kann keine Praxis warten! Mehr als 50 Leistungen aus dem BEMA liegen über dem 3,5-fachen Faktor und sind so-

mit nur in Verbindung mit einer Honorarvereinbarung adäquat zu berechnen.

Achten Sie darauf, dass Ihre Praxis wirtschaftlich arbeitet und dass die prothetische Arbeit verkäuflich bleibt. Patienten vergleichen Preise mit denen von Mitbewerbern? Gut so, denn Qualität bestimmt den Preis. Nach einer aktuellen Kalkulation sind Sie in der Lage, Ihr Preis-Leistungs-Kriterium abzuwägen, um dem Patienten einen fairen Therapieplan zu erstellen, der auch erfolgreich zur Ausführung gelangt.

Chairside-Leistungen – § 9 GOZ

Der § 9 GOZ beschreibt die Berechnungsgrundlage der zahntechnischen Leistungen: „Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen“.

- Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind = Auslagenersatz.
- Auch nach dem BGB § 670 stellen zahntechnische Leistungen Aufwendungen dar, die als Kosten an den Patienten weiterzugeben sind.

Zusammenfassung

- Die Leistungen sind nicht nur einem zahntechnischen gewerblichen oder Praxislabor vorbehalten.
- Diese Leistungen dürfen separat zur GOZ berechnet werden, wenn diese nicht durch die jeweilige GOZ-Ziffer und deren Leistungsbeschreibung bereits abgegolten sind. Wichtig ist daher die Kenntnis der Leistungsinhalte der jeweiligen GOZ-Position, um eine Doppelberechnung zu vermeiden.

- Nicht alle zahnärztlichen Tätigkeiten sind durch den GOZ-Leistungsinhalt abgegolten.
- Nicht alle Chairside-Leistungen lösen eine explizite GOZ-Ziffer aus.
- Umsatzeinbußen gilt es zu vermeiden. Verzichten Sie nicht auf die Berechnung von zahntechnischen Leistungen, die im „kleinen Labor“ bzw. am Behandlungsstuhl („chairside“) erbracht werden.
- Hier werden in jedem Jahr ansehnliche Beträge verschenkt. Nutzen Sie dieses Honorarpotenzial!
- Die im Sprechzimmer erbrachten zahntechnischen Leistungen müssen bei der Berechnung für eine transparente Rechnungslegung übersichtlich sein und dokumentiert werden.
- Grundsätzlich ist die Berechnung von zahntechnischen Maßnahmen an Werkstücken im GOZ-Kommentar der BZÄK empfohlen.
- Verzichten Sie auf den umständlichen Versuch, über erhöhte Steigerungssätze mit langwierigem Begründungsprozedere den Honorarverlust aufzufangen.
- Erstattungsprobleme sind nicht immer vermeidbar, wenn in einzelnen Versicherungsverträgen (durch versicherungsinterne Sachkostenlisten) zahntechnische Leistungen begrenzt sind.

Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org



Stackable Guides bei der Sofortversorgung von Zahnimplantaten

Vorteile der digitalen Prozesskette nutzen

Ein Beitrag von Dr. Steffen Kistler, Siegfried Weis, Dr. Frank Kistler und Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Mit sogenannten Stackable Guides, mehrteiligen Implantatschablonen, können die Vorteile der digitalen Prozesskette genutzt werden, um effizient und reproduzierbar Implantate auch in komplexen Fällen, zum Beispiel bei der Sofortimplantation mit Sofortversorgung, einzusetzen.

Die Anwendung der geführten Implantatinserterion in Kombination mit der 3D-Diagnostik und der Überlagerung von intraoralen Scan-Daten hat in den letzten Jahrzehnten bedeutende Fortschritte gemacht.^{4,8} Während es in der Anfangszeit der Anwendung der Bohrschablonen darum ging, eine bessere Implantatposition

für die spätere prothetische Versorgung zu erreichen, konnten in den letzten Jahren minimalinvasivere Operationstechniken entwickelt und die zahntechnischen Abläufe bei der Sofortversorgung optimiert werden.^{5,16} Eine innovative Methode, die dabei zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die Verwendung von „Stackable Guides“

(mehnteiligen Schablonen) bei der Sofortversorgung, bei der nicht nur die Implantate geführt eingebracht, sondern auch die vorbereitete prothetische Versorgung mit Referenzen genau fixiert werden kann.⁶ Durch die verschiedenen Schablonen kann eine Fixierung der Schablonen auch bei der Sofortversorgung gesichert

Präoperative Diagnostik

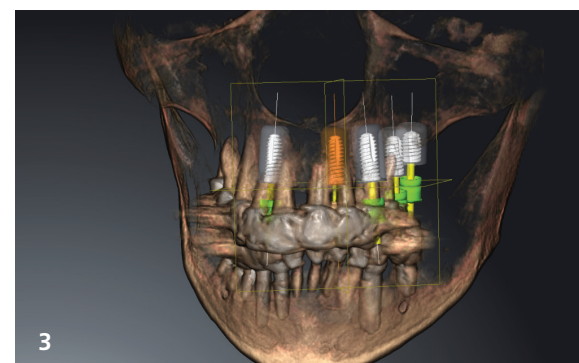
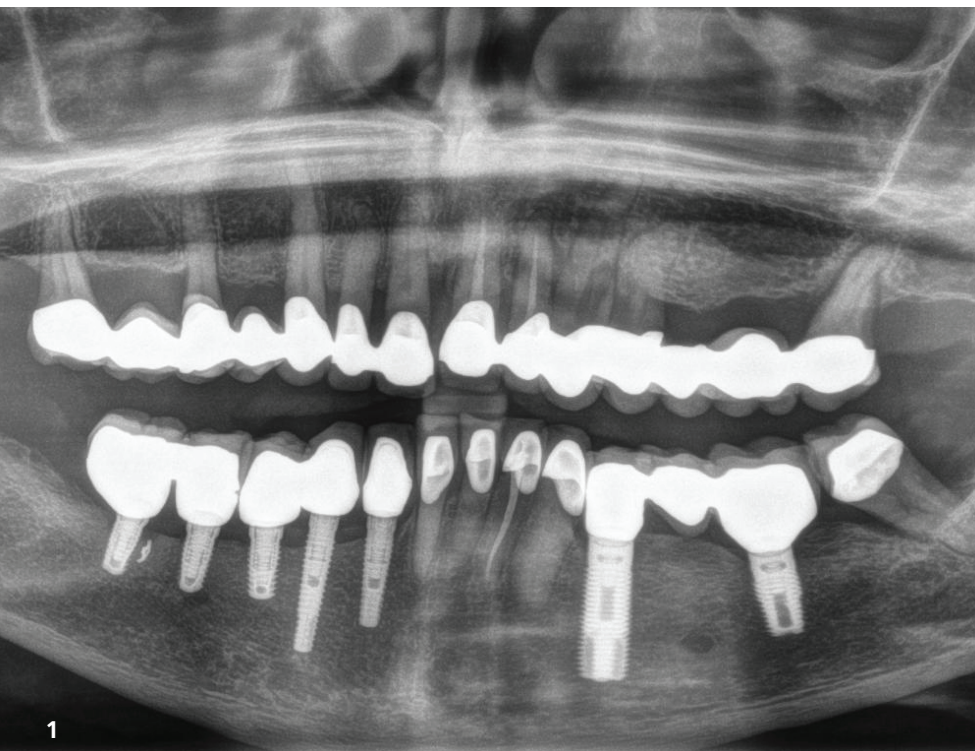


Abb. 1: Ausgangsdiagnostik mit OPG (Orthophos, Dentsply Sirona) bei Lockerung der Brücke von 21 nach 27. – **Abb. 2:** Intraoralscan (Itero, Align Technology) nach Entfernung des Zahnes 27. – **Abb. 3:** DVT mit initialer Implantatplanung (Sicat 2.3, Sicat).

werden, da diese sonst nach der Zahnentfernung aufgrund der Veränderung der klinischen Befunde nicht immer gegeben ist.¹ Diese Technik bietet zahlreiche Vorteile in Bezug auf Präzision, Effizienz und Patientenkomfort.

Was sind Stackable Guides?

Stackable Guides sind speziell angefertigte, mehrteilige Schablonen, die für eine geführte Implantatinserterion auf Basis eines radiologischen dreidimensionalen Datensatzes und eines digitalen Scans des Kiefers sowie der digitalen Rekonstruktion der angestrebten prothetischen Versorgung erstellt werden. Die einzelnen Teile der Schablone werden übereinander gestapelt, daher der Name „Stackable Guides“.⁶ Jeder Teil der Schablone erfüllt eine spezifische Funktion während verschiedener Phasen des Eingriffs.

Vorgehen bei der Verwendung von Stackable Guides

Da die Konstruktion einer Stackable Guide relativ aufwendig ist, sollte die prinzipielle Abschätzung der Implantatplanung zunächst anhand der genauen Analyse des vorhandenen Knochenangebotes und der angestrebten prothetischen Versorgung erfolgen. Sind die anatomischen und prothetischen Voraussetzungen für eine Sofortversorgung gegeben, erfolgt ein Export der Röntgendaten im Dicom-Format und des Intraoralscans sowie der Prothetikonstruktion aus dem CAD/CAM-System im STL-Format, damit diese im Planungsprogramm eingelesen werden können.

Dazu erfolgt neben der genauen Positionierung der Implantate nach den anatomischen und prothetischen Aspekten die Festlegung des Designs für die basale Führungsschiene, die später mit Fixationschrauben, sogenannten Anchor Pins, am Kieferkamm fixiert wird.^{7,13} Die basale Führungsschiene muss so definiert werden, dass es bei der Extraktion der Zähne zu keinen Kollisionen der Instrumente mit der Schablone kommt. Die basale Schiene

Planung und Konstruktion Stackable Guide

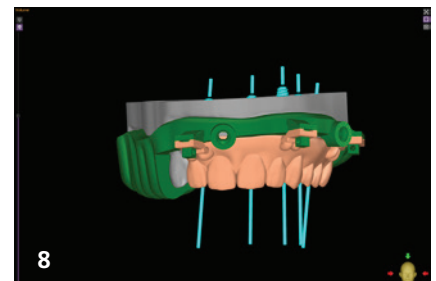
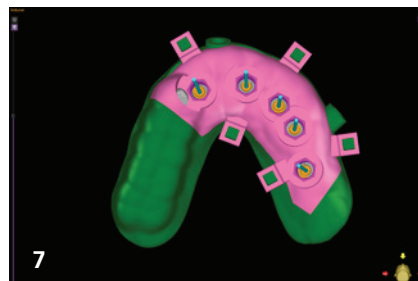
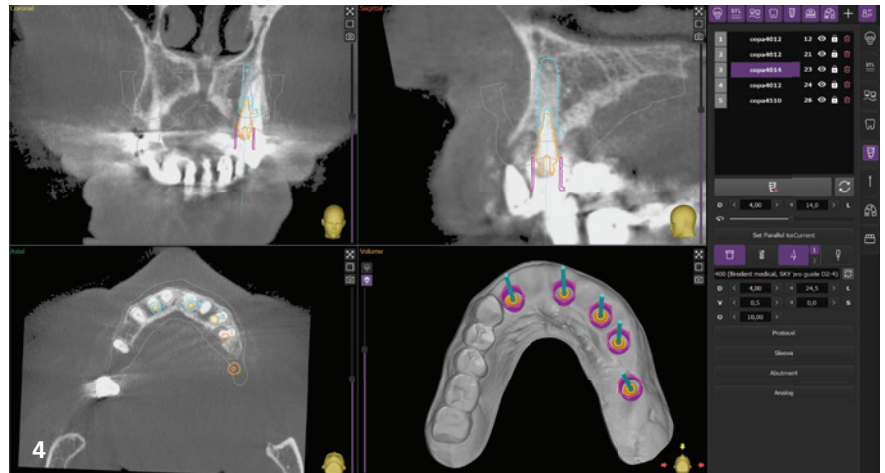


Abb. 4: Definitive Implantatplanung nach Entscheidung der Anwendung einer Stackable Guide. – **Abb. 5:** Konstruktion der basalen Schablonen nach Definition der Implantatpositionen (ImplaStation, ProDigiDent). – **Abb. 6:** Konstruktion der Fixierungsschablone zur Positionierung der basalen Schablone. – **Abb. 7:** Konstruktion der Führungsschablone für Aufnahme der Masterhülsen. – **Abb. 8:** Konstruktion des Provisoriums mit Fixierung an basaler Schablone.

erhält mindestens drei Zapfen, um die weiteren Schienen lagegenau aufnehmen zu können. Damit die basale Schiene genau positioniert werden kann, wird eine weitere Schiene konstruiert, die auf den zu extrahierenden Zähnen aufsitzt. Damit ist die Grundlage für die exakte Positionierung der weiteren Schiene und der Fixierung des Provisoriums gelegt. Entsprechend der Planung der Implantate wird dann die Bohrschablone mit den

Führungen für die basale Schiene und die genaue Position der Bohrhülsen konstruiert. Dabei müssen die Positionen der Fixationsschrauben überprüft werden, damit es zu keiner Kollision der Implantate kommt. Als letzter Schritt wird der STL-Datensatz der Konstruktion der prothetischen Versorgung überlagert und die Führungselemente ergänzt. Somit besteht die Stackable Guide aus drei Schablonen und einem Provisorium für die Sofortver-

Herstellung der Stackable Guide

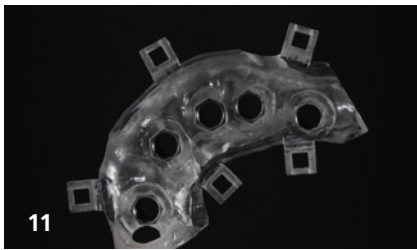
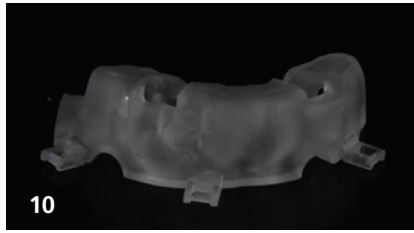
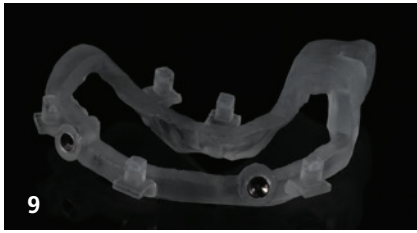


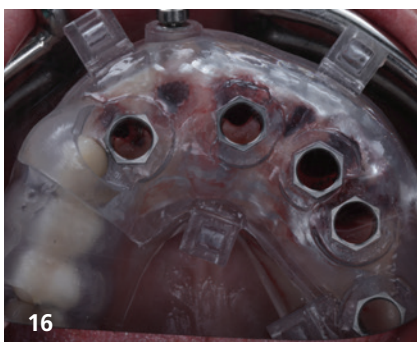
Abb. 9: Aus PMMA gefräste basale Schablone mit Bohrhülsen für Fixierungspins (pro Guide, bredent medical). – **Abb. 10:** Fixierungsschablone mit Öffnungen zur Positionskontrolle auf den zu entfernenden Zähnen. – **Abb. 11:** Navigationsschablone mit fixierten Masterhülsen (pro guide, bredent medical) für das ausgewählte Implantatsystem. – **Abb. 12:** Gedrucktes Provisorium vor Entfernung der Stützstrukturen.

sorgung. Diese vier Datensätze werden aus dem Planungsprogramm als STL-Daten exportiert und können je nach Materialauswahl gedruckt oder gefräst werden.

Bei der Verwendung der Stackable Guides ist die festgelegte Reihenfolge der Anwendung genau zu berücksichtigen.⁷ Da in der Regel noch Zähne entfernt werden

müssen, können zunächst nur die basale und die Positionierungsschiene einprobiert werden. Sofern sich die Positionierungsschiene exakt platzieren lässt, kann die basale Schiene mit den Fixationsschrauben fixiert werden. Im Anschluss wird die Positionierungsschiene abgenommen und die Entfernung der Zähne oder des Zahnersatzes kann erfolgen. Im weiteren Verlauf wird dann die eigentliche statische Navigationsschablone eingesetzt und das für das jeweilige Implantatsystem konzipierte Instrumentenset für die Implantatbettaufrichtung verwendet. Nach der exakten Positionierung der Implantate wird die Navigationsschablone wieder abgenommen und die Sekundärteile für die Aufnahme der vorbereiteten prothetischen Versorgung eingesetzt. Dann kann das Provisorium auf der basalen Schablone eingesetzt und die Titanzyylinder verklebt werden. Als letzter Schritt werden die Fixationsschrauben der basalen Schiene entfernt und die Halteschrauben der Titanzyylinder gelöst, damit das Provisorium definitiv ausgearbeitet werden kann. Nach Erreichen der Osseointegration kann dann

Klinische Anwendung



die definitive prothetische Versorgung erfolgen.

Vorteile von Stackable Guides

Durch die Verwendung von Stackable Guides werden die Erfahrungen der geführten Implantatinserterion mit einer präzisen Insertion der Implantate unter prothetischen Aspekten konsequent genutzt.⁴ Dies reduziert das Risiko von Fehlpositionierungen und Komplikationen, besonders bei der definitiven prothetischen Versorgung.^{11,12} Durch die frühe Belastung der Implantate kommt es zu einem intensiveren und frühen Remodelling, das die Qualität der Osseointegration verbessert.¹⁰ Da die Implantate nach den prothetischen Anforderungen gesetzt wurden, sind auch die Sekundärteile exakt präoperativ aus-

gewählt. Somit vereinfacht sich die intraoperative Logistik und die Abutments müssen später nicht mehr ausgetauscht werden. Somit kann der Vorteil des One-Abutment-One-Time-Konzepts ideal genutzt werden, um ein langzeitstabiles Knochenniveau zu erhalten.¹⁵

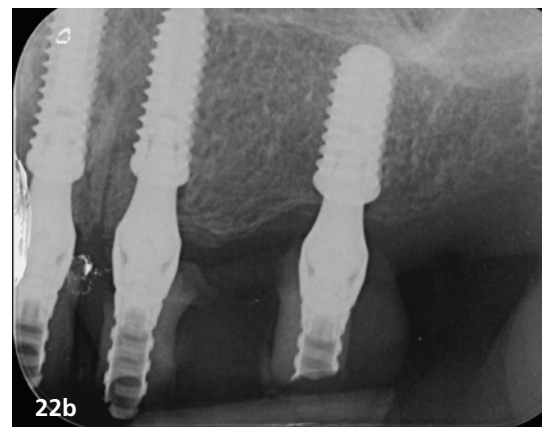
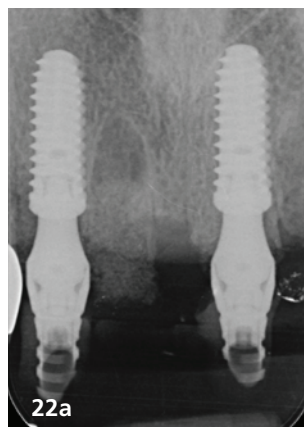
Da die Position der Implantate im Voraus geplant und durch die Schablonen genau festgelegt wird, kann die Operationszeit erheblich verkürzt werden, da keine intraoperativen Anpassungen notwendig sind.¹⁴ Dies trifft besonders auf das Anpassen des Provisoriums zu, das ohne Stackable Guides oftmals nur mit groben anatomischen Landmarken eingepasst werden konnte. Besonders entfallen durch die Stackable Guides die Korrekturen der Bisslage, da das Provisorium ohne Ab-

weichungen eingegliedert werden kann. Dies reduziert die Belastung für den Patienten und das medizinische Personal durch eventuell längere zahntechnische Anpassungen am Ende der Operation. Somit kann eine Versorgung mit einem ästhetisch und funktionell idealen Ergebnis unmittelbar nach der Operation erreicht werden.¹⁶

Nachteile und Herausforderungen

Bei der Betrachtung der Vorteile des Verfahrens muss auch der Aufwand für die Planung und Herstellung von Stackable Guides berücksichtigt werden. Dies erfordert den Einsatz spezifischer Software, bei deren Anwendung die individuelle Lernkurve nicht unterschätzt werden darf.⁹

Abb. 13: Ausgangsbefund von nicht erhaltungswürdiger Versorgung von 12 nach 25. – **Abb. 14:** Positionierung der Fixationsschablone mit der basalen Schablone. – **Abb. 15:** Basale Schablone mit Fixationspins nach der Zahnentfernung. – **Abb. 16:** Fixierte Navigationsschablone zur geführten Implantation (pro guide, bredent medical). – **Abb. 17:** Geführte Implantatinserterion über Navigationsschablone (copaSKY, bredent medical). – **Abb. 18:** Eingesetzte Abutments mit Titanzylinder zur Aufnahme des Provisoriums. – **Abb. 19:** Positionsgenau fixiertes Provisorium vor Einkleben der Titanzylinder. – **Abb. 20:** Mit der basalen Schablone eingeklebtes Provisorium. – **Abb. 21:** Ausgearbeitetes Provisorium am Ende der Operation nach Entfernung der basalen Schablone. – **Abb. 22a & b:** Röntgenkontrolle der subkrestal gesetzten Implantate mit den Brückenabutments (copaSKY, bredent medical). – **Abb. 23:** Kontrolle der Versorgung am ersten postoperativen Tag mit geringer Schwellung des Weichgewebes.



Definitive Prothetische Versorgung

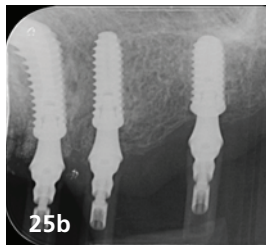
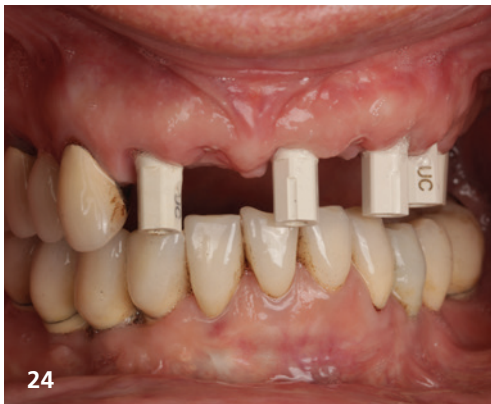


Abb. 24: Vorbereitung des finalen intraoralen Scans mit Scan-Bodies auf Abutmentniveau. – **Abb. 25a & b:** Röntgenkontrolle des Mock-ups während der prothetischen Phase. – **Abb. 26:** Definitive Versorgung mit zahnanaloger Ausformung des Weichgewebes und der Brückenpontics.

Literatur



Je nach Struktur der Praxis können diese Arbeitsschritte an spezialisierte Labors ausgelagert werden. Auch bedeutet die Anwendung der verschiedenen Schablonen ein genau vorgegebenes Vorgehen, damit die Vorteile vollständig genutzt werden können. Bei der Auswahl des Materials und der Verankerung der Schablonen zueinander werden neben Kunststoffzapfen auch Magnete oder eine basale Schablone aus Metall empfohlen.^{2,3}

Hier hat sich aber gezeigt, dass Magnete eine gerade intraoperativ geringe Fixierung erlauben und es leicht zum Lösen der weiteren Schablonen kommen kann. Die Herstellung einer basalen Schiene aus Metall ist sehr aufwändig, und bei behutsamem Vorgehen ist die Stabilität einer gedruckten basalen Schablone ausreichend.

Schlussfolgerung

Stackable Guides stellen eine bedeutende Innovation in der Sofortimplantation mit Sofortversorgung dar. Sie bieten zahlreiche Vorteile hinsichtlich Präzision, Effizienz

und Patientenkomfort, bringen jedoch auch Herausforderungen mit sich, insbesondere in Bezug auf Kosten und technologische Anforderungen. Die Stackable Guides sind inzwischen in den ersten 3D-Planungsprogrammen integriert, wodurch die Anwendung vereinfacht und der Planungsaufwand reduziert wird. Auch darf man die Lernkurve bei der Anwendung der Stackable Guides nicht vernachlässigen. Da sich durch die ideale Vorbereitung die Behandlungszeit besonders für das Anpassen des Provisoriums bei einer Full-Arch-Sofortversorgung deutlich reduziert, wird dieses Protokoll nun favorisiert.

Kontakt

Dr. Steffen Kistler
Siegfried Weis
Dr. Frank Kistler

Praxis Dr. Bayer und Kollegen
Landsberg am Lech



Kontakt

Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Praxis Dr. Bayer und Kollegen
Landsberg am Lech

Steinbeis-Hochschule, Berlin,
Transfer-Institut Management
of Dental and Oral Medicine,
Ludwigshafen am Rhein

Universität Köln, Medizinische
Fakultät, Knlink und Poliklinik
für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie, Poliklinik für
Orale Chirurgie und Implantologie,
Plastische und Ästhetische Chirurgie

neugebauer@implantate-
landsberg.de
www.implantate-landsberg.de

Ein schneller Weg zur erfolgreichen Behandlung

Implantate für den zahnlosen Kiefer

Ein Beitrag von Ass.-Prof. Dr. Richard Mosch und Prof. Dr. Constantin von See

Die konservative Therapie eines stark kompromittierten Gebisses kann bedeuten, so viele natürliche Zähne wie möglich zu erhalten. Wenn dies aber nur mit hohem Aufwand und bei unsicherer Prognose möglich ist, tendieren viele Patienten heutzutage zu einer implantologischen Behandlung des (nach Extraktion der Restzähne) zahnlosen Kiefers. Dabei kann wiederum ein konservatives Vorgehen gewählt werden in dem Sinne, dass nur die nach Studienlage geforderte Mindestzahl von Implantaten inseriert wird: vier im Unterkiefer, vier bis sechs im Oberkiefer.



Abb. 1: Die klinische Situation bei Erstvorstellung des Patienten.

Einleitung

„Ich möchte wieder richtig beißen können.“ Diesen Satz hört jeder, der im dentalen Bereich arbeitet, mehrmals pro Tag. Damit artikulieren die Patienten aber mehr als nur den Wunsch nach der Möglichkeit zur Nahrungszerkleinerung. Neben suffizienter Bezahnung sollte der Zahnersatz optisch nicht von echten Zähnen zu unterscheiden sein (Wittneben et al. 2018). Die Ästhetik sollte bei festsitzendem und herausnehmbarem implantatgetragenen Zahnersatz dem Patienten wieder ein verbessertes (Selbst-)Erscheinungsbild geben, wobei die Erwartungen nicht immer erfüllt werden können (Goiato et al. 2012). Für den behandelnden Zahnarzt muss die herzustellende Arbeit möglichst einfach zu handhaben sein bei möglichst konsistenten Ergebnissen und geringen Kosten.

Dentale Implantate können aufgrund ihrer Variabilität mit verschiedenen Aufbauten kombiniert werden und so eine große Anzahl an Indikationen bzw. prothetischen Anforderungen abdecken. Die vorliegende Fallbeschreibung erläutert dies ausgehend vom Beispiel einer vollständigen Rehabilitation und Versorgung eines Patienten mit Leerkiefer (post extractionem).

Fallbeschreibung

Im Mai 2016 wurde der Patient zum ersten Mal am Zahnambulatorium der Danube Private University, Krems, vorgestellt. Der zu dem Zeitpunkt 58-jährige Patient gab an, dass seine Zähne locker seien. Anamnestisch waren keine allgemeingesundheitlichen Auffälligkeiten zu erkennen und der Patient konnte der Asaklassifikation 1 zugeordnet werden (Fitz-Henry 2011). Bei der Inspektion der Mundhöhle ergab der Mundschleimhautbefund keinerlei Auffälligkeiten. Der Parodontale Screening-Index (PSI) wurde im 2. und 5. Sextanten mit Grad 4 angegeben, was einer Parodontitis Grad 4 geschuldet war. Der Knochen war hier bereits deutlich zurückgegangen, mit einem geschätzten radiologischen Verlust von über 80 Prozent (Papapanou et al. 2018).

Die Molaren des Ober- und Unterkiefers sowie die zweiten Prämolaren fehlten zum

Zeitpunkt des Ersttermins bereits und die ersten Prämolaren wiesen bereits einen Lockerungsgrad von 2 im Oberkiefer respektive Lockerungsgrad 3 im Unterkiefer auf. Die Unterkieferbrücke von 34 auf 43 war zwar klinisch stabil (Abb. 1). Um alle vier Pfeiler (34, 33, 32 und 43) zeigte sich jedoch radiologisch ein starker Knochentrückgang. So wurden sie als nicht erhaltungswürdig eingestuft. Die Oberkieferzähne wiesen ebenfalls bereits einen Lockerungsgrad von 2 bis 3 auf, wobei die Oberkieferreckszähne im Vergleich zu den anderen einen besseren Halt zeigten. Radiologisch erhärtete sich diese Vermutung im Sinne von vertikalem Knochentrückgang. Der um die Zähne liegende Knochen war nur noch zu 40 Prozent vorhanden.

Im OPTG waren radiologisch keine Hartgewebsunterbrechungen diagnostizierbar. Die Knochenstruktur war homogen. Die Kieferhöhlen waren pneumatisiert und zeigten keine pathologischen Auffälligkeiten. Gemäß der Röntgenaufnahme bestand bei Exzision keine Gefahr einer Mund-Antrum-Verbindung. Die Oberkieferzähne wiesen mehrere Aufhellungen auf, die auf radikuläre Zysten deuteten. Mehrere Zähne waren mit Füllungen versorgt, teilweise Amalgam, teilweise Komposit. Der Unterkiefer wies radiologisch ebenfalls solitäre Knocheneinbrüche um die Wurzeln der verbliebenen Zähne auf.

Nach Aufklärung des Patienten wurde eine chirurgisch-implantologische Herangehensweise gewählt. Hierzu konnten alle im Kiefer verbliebenen Zähne entfernt werden, zunächst im Oberkiefer (Zeitpunkt: Oktober 2016, Abb. 2). Vier Wochen später wurden die Brücke im Unterkiefer getrennt und die verbliebenen Zähne entfernt. Während der Ausheilung des Knochens wurde der Patient mit einer Übergangsprothese versorgt.

Eingehend auf den Patientenwunsch wurde eine konventionelle Behandlung ange-

strebt. Im Oberkiefer wurde vor der Implantation eine vollständige Ausheilung des Knochens abgewartet (Esposito et al. 2010). Im April 2017 wurden dann insgesamt sechs Implantate mit einem Durchmesser von 4,0 mm (SICace, SIC invent, Basel, Schweiz) an den Positionen 16, 13, 11, 21, 23 und 26 inseriert. Alle Implantate konnten mit einer Primärstabilität von 25 Ncm eingebracht werden (Abb. 3 und 4).

In Regio 26 wurde im Vorfeld vestibulär ein Knochenaufbau im Sinne einer Aufla-

gerungsplastik durchgeführt. Dazu wurde autologes Knochenmaterial verwendet, das zuvor im Zuge der Extraktionen gesammelt worden war (Knochensammler: SafeScraper Twist, Zantomend GmbH, Duisburg, Deutschland).

Die Abdeckschrauben wurden inseriert und handfest angezogen, der Mukoperiostlappen mit 4/0-Nahtmaterial spannungsfrei vernäht und der Patient konnte zufrieden entlassen werden. Die Heilung verlief komplikationslos. Eine neue Übergangslösung wurde volldigital gefräst hergestellt. Diese konnte durch das zahntechnische Labor subtraktiv aus einem provisorischen Prothesenkunststoff hergestellt werden. Zwei Monate später wurde der Unterkiefer mit vier Implantaten mit den Dimensionen $\varnothing 4,0 \times 9,5$ mm (SICace, SIC invent, Basel, Schweiz) versorgt. Die Implantate konnten komplikationslos mit einer Primärstabilität von 30 Ncm eingebracht werden (Abb. 5).

Die Implantate in Regio 33 und 43 heilten geschlossen ein, die Implantate Regio 36 und 46 offen. Der Mukoperiostlappen Regio 33 und 43 wurde mittels Einzelknopfnähten verschlossen. Eine konventionelle Belastung wurde sowohl im Unter- als auch im Oberkiefer angestrebt (Söhningen 2018). Nach komplikationsloser Osseointegration der Implantate konnte mit der prothetischen Suprakonstruktion begonnen werden (Abb. 6). Der Oberkiefer wurde über einen Steg stabilisiert (Abb. 7–11), der Unterkiefer über Locatoren.

Die Stegprobe konnte anprobiert werden und wurde anschließend mit Modellierkunststoff (Pattern Resin, GC, Tokio, Japan) intraoral verblockt (Abb. 8).

Der Steg wurde individuell gefräst. Aufgrund der großen Spanne und der nicht einheitlichen Einschubachse der Implantate wurde auf einen individuellen Steg mittels Zementierung auf Standardabutments (SIC invent, Basel, Schweiz) zurückgegriffen (Abb. 9). Nach entsprechender vertikaler und horizontaler Kieferrelations-

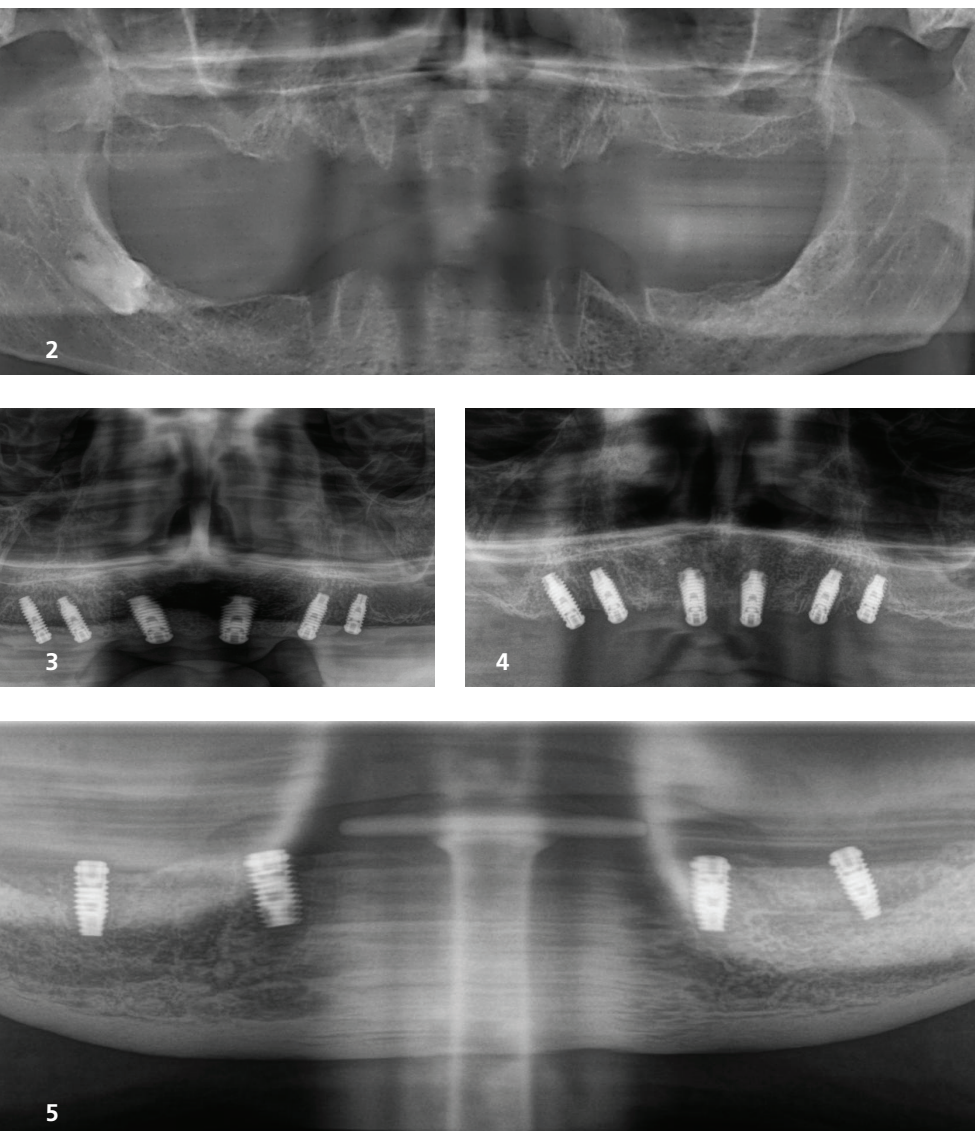


Abb. 2: Die Leersituation im Oberkiefer nach Exzision der verbliebenen, nicht erhaltungswürdigen Restzähne. – **Abb. 3:** Die sechs Oberkieferimplantate nach der Insertion. – **Abb. 4:** Die sechs Oberkieferimplantate bei der Kontrolle nach sechs Wochen. – **Abb. 5:** Das Röntgenbild des Unterkiefers zwei Monate nach der Implantation.

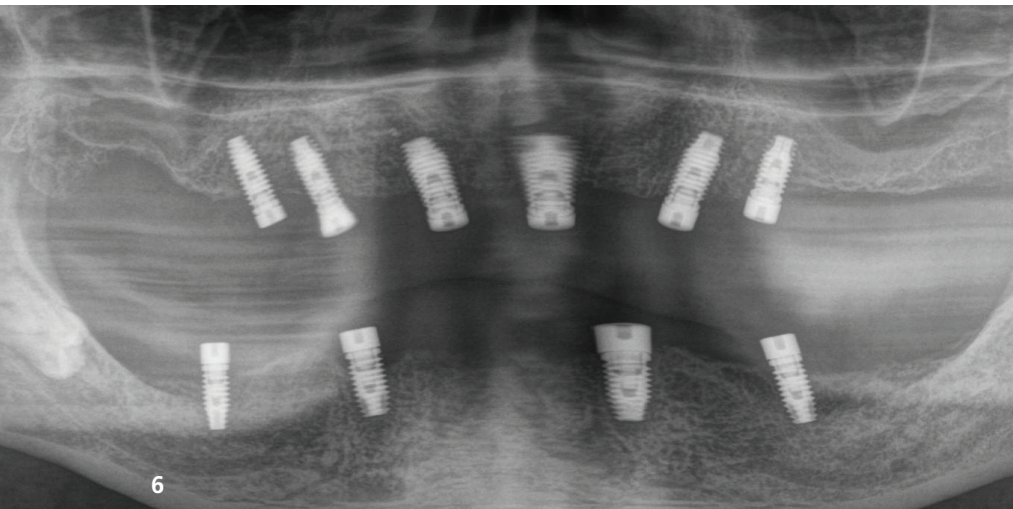


Abb. 6: Die Röntgenkontrollaufnahme sechs Monate post implantationem.

bestimmung konnte eine finale Wachs-anprobe durchgeführt werden. Schlussendlich wurde der Steg über die entsprechenden Abutments zementiert, auf diese Weise final eingebracht und problemlos inseriert (Abb. 10).

Im Zuge dessen wurden die Locatoren in die zu diesem Zeitpunkt bereits bestehende Prothese eingearbeitet. Auch hier kam es zu keinen Komplikationen. Nachdem die Passung der beiden Totalprothesen überprüft war, wurde die Okklusion

finiert, und der Patient konnte zufrieden entlassen werden (Abb. 12 und 13). Beim Follow-up nach einem Jahr wurden keine nennenswerten Störungen festgestellt (Abb. 14).

Nach 1½ Jahren mussten die Retentions-einsätze der Locatoren zum ersten Mal getauscht werden. Der Patient ist weiterhin sehr zufrieden mit den Prothesen.

Diskussion

Am ernsthaftesten zu diskutieren ist in den Augen des Autors weder die Art der Arbeit noch ihre Entstehung. Eines der größten Themata ist hier die alio loco unterbliebene parodontale Diagnostik im Frühstadium der Erkrankung und deren Behandlung. Trotz vorhandener Daten ist Parodontaltherapie in manchen mitteleuropäischen Ländern nicht Bestandteil der Leistung. Die daraus entstehende Problematik zeigt der Patientenfall deutlich.

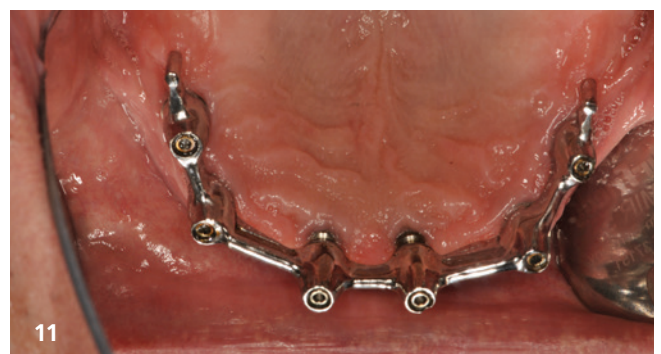
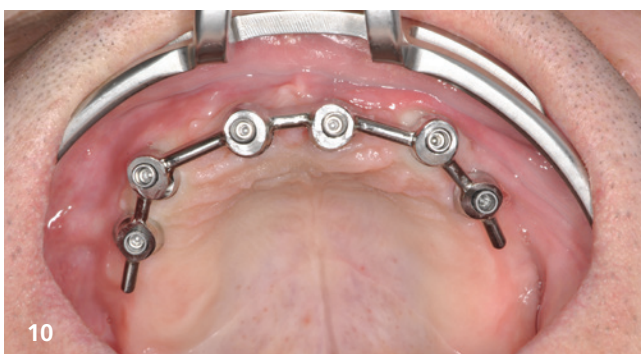


Abb. 7: Die getrennte Stegversorgung zur Anprobe. – **Abb. 8:** Die intraorale Verblockung des Stegs. – **Abb. 9:** Der Steg mit Standardabutments auf dem Modell ... – **Abb. 10:** ... und am selben Tag im Mund des Patienten. – **Abb. 11:** Die intraorale Kontrolle des Stegs sechs Monate nach Einsetzen in den Mund.



Abb. 12: Die fertige Prothese. – **Abb. 13:** Die fertige Prothese nach der Eingliederung

Aufgrund des hohen PSI und des hohen Lebensalters des Patienten bei gleichzeitiger suffizienter superfizieller Zahnpflege liegt die Vermutung nahe, dass die Parodontaltherapie nicht effizient genug oder gar nicht verfolgt wurde.

Aufgrund der Kariesfreiheit der beim Ersttermin vorhandenen Restbezahnung hätte die Möglichkeit einer festsitzenden Brücke mit verkürzter Zahnreihe bestanden. Angesichts der bestehenden Zahnreihe von 14 bis 24 hätte der Patient sich für eine erhaltende, jedoch zeitlich begrenzte Maßnahme entscheiden können. Die Anzahl der Zähne hätte sich hierzu geeignet (Kourkouta et al. 2007). Jedoch sprachen der starke Lockerungsgrad und die ungünstige Verteilung der Zähne, lediglich bis zum ersten Prämolare, gegen diesen Erhaltungsversuch. Im Unterkiefer standen beispielsweise, recht asymmetrisch, drei im dritten Quadranten einem einzigen im vierten Quadranten gegenüber. Im Oberkiefer lag ein starker vertikaler Knochenrückgang vor (siehe oben).

Auch hatten sich die Wünsche des Patienten in den letzten Jahren verändert. Mit-

terweile rangierte für ihn eine möglichst zeiteffiziente Versorgung ganz oben auf der Prioritätenliste. Dies ist typisch für eine Tendenz der letzten zehn Jahre. Um dem Wunsch nach mehr Tempo nachzukommen, hat sich der Trend zunehmend hin zur Extraktion und sofortigen Implantation entwickelt (Altintas et al. 2016).

Wichtig zu erwähnen sind die Notwendigkeit der optimalen Patientencompliance und ein komplikationsloses Einheilen der Implantate. Der Belastungszeitpunkt wird weiterhin diskutiert. Zwar wird bei Sofortbelastung eine hohe Erfolgsrate erreicht. Dennoch stellen die aktuellen Reviews immer wieder die Frage nach der Beständigkeit, je nach Bohrprotokoll (Gallardo et al. 2019). Da zu diesen generellen Vorbehalten im hier dargestellten Fall eine schwere parodontale Vorschädigung des Gebisses und eine damit einhergehende gesteigerte orale Immunabwehr sowie eine daraus resultierende Entzündungsgefahr kamen, wurde eine konventionelle Belastung bevorzugt.

Die notwendige Anzahl der Implantate zur Versorgung des kompletten Oberkiefers

wird in der Literatur zwischen vier und sechs Implantaten angegeben. Im Unterkiefer ist eine Mindestanzahl von vier Implantaten gefordert. Es wird hier darauf hingewiesen, dass dies die Mindestforderung an Implantaten, in optimaler Verteilung, ist (Morton et al. 2018). Diese optimale Verteilung wurde im vorliegenden Falle durch Backward-Planning unter Verwendung von präoperativen DVT-Daten erreicht. Dieses Vorgehen lieferte als Ergebnis eine Bohrschablone mit den codierten Implantatpositionen. In der Planungsphase wurde des Weiteren auf eine konische Implantatform verzichtet, da dreidimensional ausreichend ossäre Stabilisierung der Implantate erwartet werden konnte und somit keine Notwendigkeit der zusätzlichen Primärstabilität durch konische Implantate gefordert war (Kim et al. 2021).

Die auf die Implantate aufgebrachte Prothetik sollte in diesem Kontext auch Erwähnung finden. Im Oberkiefer wurde aufgrund der besseren Reinigungsfähigkeit und der höheren Patientenzufriedenheit eine Stegversorgung angestrebt (Elsyad et al. 2019). Der Unterkiefer musste in diesem Fall mit Locatoren versorgt werden, da der Platzbedarf im Molarenbereich eine Versorgung mittels Steg unmöglich machte. Diese Entscheidung wurde durch eine digitale Vorplanung bestärkt. Dabei wurde der Versuch unternommen, den Zahnbogen gleich mit aufzustellen. Es zeigte sich, dass der Platz für eine Krone mit Implantat zu gering gewesen wäre. Oder es hätte eine starke Lingualisierung der Implantatachse mit entsprechend schlechtem ästhetischen Outcome in Kauf genommen werden müssen. Dies lehnten sowohl der behandelnde Arzt als auch der Patient aber ab. Damit erschien eine Versorgung mittels Steg praktisch ausgeschlossen.

Auf magnetische Locatoren wurde in diesem Fall deswegen verzichtet, weil die Abnutzung und die mangelnde Abzugskraft der magnetischen Halteelemente immer wieder Anstoß zu Diskussionen geben (Chung et al. 2004). Teleskopie-



Abb. 14: Die Kontrolle 1½ Jahre post implantationem anlässlich des Austauschs der Locatoren.

rende Halteelemente wären aufgrund der guten Pflegbarkeit und Langlebigkeit gegenüber festsitzender Prothetik eine Alternative gewesen, wurden jedoch aus Kosten- und Platzgründen nicht verwendet (Mori et al. 2019). Bei der hier gewählten Versorgung erwies es sich als besonders günstig, dass der Patient die Interimsprothese für den Unterkiefer nach Einarbeitung der Locatoren als definitive Versorgung weiterverwenden konnte. Bei der Wahl des Implantatsystems wurde in diesem Falle Wert auf Langzeitdokumentationen gelegt (Nilius et al. 2024), außerdem auf eine Innensechskant-Verbindung zum Abutment (Bagegni et al. 2021). Denn diese hat sich als Abutmentverbindung gegenüber dem Außenhexagon bewährt (Siadat et al. 2019). Da die Kiefer des Patienten eine ausreichende vertikale Knochenhöhe boten bzw. an 26 eine erfolgreiche Augmentation mit autologen Knochenspänen möglich war, fiel die Entscheidung für Implantate mit zylindrischer Form (SICace); andernfalls hätte man auf konische Implantate zurückgreifen können (z. B. SICtapered, SIC invent, Basel, Schweiz).

Schlussfolgerung

Selbst wenn noch Restbezahnung vorhanden ist, kann sich eine komplette Extraktion mit anschließender implantologischer Behandlung des entstandenen Leerkiefers als ein gangbarer Weg erweisen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine ungünstige Verteilung der natürlichen

Zähne und/oder eine parodontale Verschädigung eine Versorgung unter Einbeziehung ebendieser natürlichen Zähne als Pfeiler langwierig machen und die Prognose beeinträchtigen.

Gerade Patienten mit dem Wunsch nach einem definitiven Resultat in einer nicht zu langen und dabei gut vorhersagbaren Zeitspanne werden die implantologische Behandlung bevorzugen. Von Vorteil sind dabei naturgemäß ein gutes Knochenangebot (nicht zu weicher Knochen/D3 oder D4) und eine ausreichende vertikale Restknochenhöhe. Wo dies nicht der Fall ist, empfiehlt sich eine Augmentation. Bei der Verwendung von zylindrischen Implantaten ist hierbei darauf zu achten, dass sie bei vertikal kompromittierter Situation mit gleichzeitiger Augmentation eine geringere Primärstabilität als konische Implantate aufweisen.

Noch wichtiger erscheint mit Blick auf den vorliegenden Fall der Hinweis, von vorneherein immer zuerst an eine adäquate Parodontalprophylaxe bzw. Parodontitisbehandlung zu denken. Nach Erfahrung

des Autors rückt dies aus unterschiedlichen Gründen zuweilen zu sehr in den Hintergrund (z. B. Zuschussregelungen der Krankenkassen innerhalb des jeweiligen Gesundheitswesens). Dabei könnte bei stärkerem Fokus auf die parodontale Gesundheit statt einer möglichst gering invasiven implantologischen Behandlung häufiger eine minimalinvasive konventionelle Behandlung erfolgen bzw. später noch so mancher stabile natürliche Zahn jahrelang als Pfeiler dienen. Für den betroffenen Patienten stellt dies nicht selten ein psychologisches Plus dar.

Kommt es zur Implantation, so kann aufgrund der Erfahrung des Autors das hier skizzierte Verfahren unter Verwendung der eingesetzten Implantate – richtige Indikation natürlich vorausgesetzt – eine gute ästhetische und funktionelle Lösung für den Leerkiefer darstellen.

Ass.-Prof. Dr.
Richard Mosch



Prof. Dr.
Constantin
von See



Literatur



Kontakt

Ass.-Prof. Dr. Richard Mosch
Leitender Oberarzt im Zentrum
digitale Technologien
und CAD/CAM



Kontakt

Prof. Dr. Constantin von See
Direktor Zentrum Forschung
Digitale Technologien
in der Zahnmedizin und CAD/CAM,
Leiter Abteilung Radiologie

Danube Private University, Krems an
der Donau, Österreich

info@dp-uni.ac.at
www.dp-uni.ac.at

EuroPerio11: Virtueller Auftakt und Botschaftertreffen

Am 3. Juni 2024 fiel der virtuelle Startschuss für die EuroPerio11, den weltweit führenden Kongress für Parodontologie und Implantologie, und läutete den Countdown bis zum Hauptevent ein.

Drei führende klinische Experten für Parodontal- und Implantatchirurgie analysierten die Ergebnisse der auf der EuroPerio10 in Kopenhagen 2022 durchgeführten Live-Operationen. Die Teilnehmer erlebten hautnah die spannenden Momente im Operationssaal und bewunderten die Präsentation erstklassiger klinischer Verfahren durch die Experten ihres Fachs.

Mit über 2.000 Anmeldungen zog die Veranstaltung große Aufmerksamkeit auf sich. 1.050 Teilnehmer verfolgten das Event live, was das immense Interesse und die Vorfreude auf die EuroPerio11 unterstreicht. Die Auftaktveranstaltung betonte zudem die Bedeutung des kommenden Kongresses, der vom 14. bis 17. Mai 2025 in Wien, Österreich, stattfinden wird.

Anton Sculean, Vorsitzender der EuroPerio11, ermutigte Zahnmediziner zur Teilnahme: „Die EuroPerio ist der weltweit führende Kongress für Parodontologie und Implantologie. Sie bietet ein reichhaltiges und abwechslungsreiches wissenschaftliches Programm inklusive Live-Operationen, interaktiven Sitzungen und vielem mehr. Mit über 150 hochkarätigen Referenten aus der ganzen Welt, die zu den renommiertesten Spezialisten ihres Fachs gehören, ist sie der ideale Ort, um Freunde und Kollegen zu treffen und die neuesten Informationen auszutauschen. Auf der Ausstellung werden die neuesten Produkte und Technologien präsentiert, während die Posterausstellung über 1.000 neue Veröffentlichungen auf diesem Gebiet vorstellt. Zusammengefasst lässt sich

sagen, dass die EuroPerio11 der Place to be ist.“

Parallel dazu trafen sich die EuroPerio11-Botschafter in Wien, um ihre Aufgaben und Strategien zur Förderung des Kongresses innerhalb ihrer Mitgliedsgesellschaften zu besprechen. Insgesamt engagieren sich 30 Botschafter, darunter Vollmitglieder und assoziierte Mitglieder, in dieser Initiative. Zusätzlich wird eine Gruppe von acht internationalen Botschaftern die Veranstaltung in ihren jeweiligen Regionen fördern. Die Botschafter spielen eine entscheidende Rolle bei der Sicherstellung eines breiten Engagements und einer hohen Teilnehmerzahl an der EuroPerio11.

Mia Rakić, Vorsitzende der Botschaftergruppe, betonte deren Bedeutung: „Die EuroPerio-Botschafter sind von zentraler Bedeutung für die Promotion der Veranstaltung in ganz Europa. Ihr Engagement und ihre Bemühungen in jeder Mitgliedsgesellschaft sind der Schlüssel zum Erfolg des Kongresses. Wir sind dankbar für ihren Einsatz und Enthusiasmus.“

Die EuroPerio11 verspricht, ein herausragendes Ereignis im Bereich der Parodontologie zu werden, das unvergleichliche Lern- und Netzwerkmöglichkeiten bietet. Die Anmeldung und Einreichung von Beiträgen für die EuroPerio11 wird am 2. September 2024 eröffnet. Merken Sie sich diesen Termin vor und bereiten Sie sich auf eine außergewöhnliche Veranstaltung vor, die die Zukunft der Parodontologie und Implantologie prägen wird!



Auftaktveranstaltung der EuroPerio11.



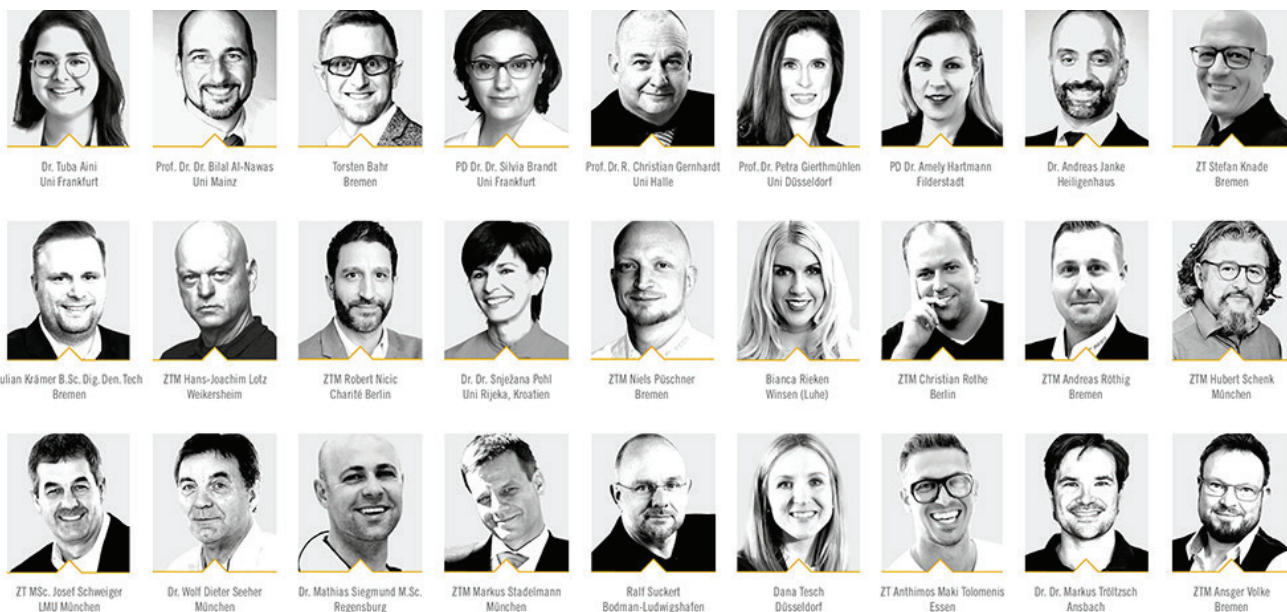
1.050 Teilnehmer verfolgten das Event live.



Ergebnisse der EuroPerio10 in Kopenhagen 2022 wurden analysiert.

Kontakt

European Federation
of Periodontology (EFP)
<https://www.efp.org>



BEGO DIALOGUE

Kongress für Zahntechnik & Zahnmedizin

Vom 19. bis 21. September 2024 lädt BEGO zu ihrem Kongress „BEGO DIALOGUE“ nach Bremen ein. Unter dem Aspekt „Wir bringen Zahnmediziner/-innen und Zahntechniker/-innen an einen Tisch“ findet aufs Neue eine erfolgreiche Veranstaltung des Bremer Dentalspezialisten BEGO statt. Das Programm spannt sich über drei Tage und wird in Bremen ausgerichtet. „Wir freuen uns, rund 30 renommierte Referent/-innen für unseren Kongress gewonnen zu haben, die praxisrelevante Themen für Zahnmediziner und Zahntechniker bereithalten, und gemeinsam mit ihnen an einen Tisch zu kommen“, so Thomas Stahl, Director Global Marketing der BEGO. Stahl weiter: „Wir möchten mit unserem Programm den fachlichen Austausch fördern, aber auch beide Welten näher zusammenbringen und die Möglichkeit, in den Dialog zu kommen.“ So wird es neben übergreifenden Vorträgen wie „Analoge und digitale Implantatprothetik – Wo stehen wir?“ von Prof. Dr. Petra Gierthmühlen, Uni Düsseldorf, oder „3D-Druck in der zahnärztlichen Prothetik“ von Priv.-Doz. Dr. Dr. Silvia Brandt und Dr. Tuba Aini, Uni Frankfurt, auch Vorträge geben, die den Fokus Zahnmedizin bzw. Zahntechnik haben. Weiterhin wird es



informative Vorträge zu aktuellen Themen geben wie „Wirkungsvolle Personalführung in der Praxis“ von Bianca Rieken oder „Flucht nach vorn – den Herausforderungen von Budgetierung, Inflation & Fachkräftemangel mutig begegnen“ von Dr. Andreas Janke.

Für den weiteren Dialog zwischen allen Teilnehmer/-innen lädt die Abendveranstaltung am Freitag in der Alten Werft, ein. Weitere Informationen zu den BEGO DIALOGEN sind unter www.bego.com/dialoge zu finden.

BEGO Implant Systems



BEGO DIALOGUE



Kontakt

BEGO
Unternehmensgruppe
Tel.: +49 421 2028-240
www.bego.com/dialoge

Young ITI Meeting und Late Summer in the cITI in München

Zukunft der Implantologie

Die Deutsche Sektion des ITI (International Team for Implantology) lädt Zahnärzte sowie Zahntechniker zum Young ITI Meeting und zum Late Summer in the cITI, zwei renommierte Veranstaltungen, die sich auf die neuesten Entwicklungen und Innovationen in der Implantologie konzentrieren, nach München ein.

Das „Atlas“ im Münchner Werksviertel ist fürs ITI der perfekte Ort für ein innovatives und abwechslungsreiches Programm.

Die Veranstaltung, die am 11. und 12. Oktober 2024 stattfindet, steht im Zeichen der Zukunft der Implantologie. Durch die Zusammenführung dieser beiden Formate präsentiert das ITI ein zweitägiges Event, das sowohl junge Fachleute als auch erfahrene Experten anspricht. Nach Aussage der Chairwoman der Deutschen ITI Sektion, Dr. Anne Bauersachs, knüpft man damit an das erfolgreiche Format aus dem letzten Jahr an. Demzufolge biete die Veranstaltung auch in diesem Jahr ein spannendes Programm mit erstklassigen Vorträgen und interaktiven Workshops. Abgestimmt auf seine individuellen Bedürfnisse, kann sich jeder Workshopteilnehmer sein Kongressprogramm zusammenstellen. Am Nachmittag des ersten Tages stehen die Präsentationen der neuen Young ITI Teammitglieder Dr. Pauline Gutmann und Dr. Frank Spitznagel auf dem Programm. Beide sind Preisträger des ITI Open Mic, dem von der ITI Sektion Deutschland ins Leben gerufenen Speaker Contest für Nachwuchsreferenten. Gutmann, Gewinnerin des Publikumspreises, spricht über „Hybridprothetik – noch State of the Art?“, während Spitznagel, Gewinner des Contests, praxisnahe Einblicke in den digitalen Workflow in der Implantologie gibt.

Am zweiten Kongresstag beginnt vor den drei Fight Sessions Dr. Malin Stradling mit ihrem Vortrag „Die Qual der Materialwahl in der festsitzenden Implantatprothetik“. Die darauf folgenden Fight Sessions bieten die Gelegenheit spannender Diskussionen

und kontroverser Debatten zu verschiedenen Themen. Die Fight Sessions im Einzelnen: 1. Autologe/Allogene Schalenteknik vs. CAD/CAM-Techniken, 2. Keramik vs. Titan/Roxolid, 3. Vitamin-D-Screening ist wichtiger als perioperative Antibiose vs. perioperative Antibiose ist wichtiger als Vitamin-D-Screening. Abschließend zeigen Prof. Dr. Jan-Frederik Güth und Dr. Kay Vietor in ihrem Vortrag den Weg in die digitale Zukunft der Implantologie auf.

Neueste Trends in der Implantologie

An beiden Tagen startet die Veranstaltung mit einem Sidekick. Mit einem inspirierenden Vortrag von Benedikt Böhm, International Managing Director des Skitourenausrüsters Dynafit, wird der erste Tag eröffnet. Der Extrembergsteiger Böhm teilt seine Erfahrungen und Erkenntnisse in mitreißenden Vorträgen, in denen er Bezüge zwischen der Berg- und Geschäftswelt herstellt. Seine Geschichten sind authentisch und er vermittelt wertvolle Einsichten in beide Welten. Am zweiten Tag spricht zu Beginn der Diplompsychologe, kognitive Verhaltenstherapeut, psychologische Berater und Autor Jens Corssen. Er zeigt, wie man mit Selbst-Coaching, Teambuilding und Beziehungsmanagement ein glückliches und erfolgreiches Leben führen kann.

Die Veranstaltung richtet sich laut ITI an Fachleute, die ihr Wissen erweitern und

sich über die neuesten Trends und Technologien in der Implantologie informieren möchten. Neben dem fachlichen Austausch bietet das Event reichlich Gelegenheit zum Networking mit führenden Experten und Kollegen aus der Branche. Pauline Gutmann betont, dass das Young ITI Team junge Kollegen verstärkt in das ITI einbinden möchte, damit sie sich besser vernetzen und gegenseitig unterstützen können. Das Young ITI Meeting findet zusammen mit Late Summer in the cITI im Atlas im Münchner Werksviertel statt und bietet eine inspirierende Umgebung für ein abwechslungsreiches Programm. Es beinhaltet nicht nur fachliche Programmpunkte, sondern auch einen Abend voller kulinarischer Höhepunkte, Networking und einen entspannten Austausch im „The Resi“ am Münchner Viktualienmarkt. Dieser Abend bildet ebenso einen perfekten Abschluss des ersten Kongresstages wie den idealen Einstieg in den zweiten Tag.

Kontakt

**ITI International Team
for Implantology**
ITI Sektion Deutschland

Tel.: +49 761 4501888
germany@itisection.org
www.iti.org/web/germany

Digital vernetzte Implantatbehandlung

NSK hat das chirurgische Mikromotorsystem Surgic Pro weiterentwickelt, welches nun als Surgic Pro2 erhältlich ist. Surgic Pro2 ermöglicht eine Bluetooth-Anbindung des Osseointegrations-Messgeräts Osseo 100+ und via Link-Set eine Anbindung zum Ultraschall-Chirurgiesystem VarioSurg3. Die Installation einer Anwendung und die Verbindung eines iPads mit dem Steuergerät ermöglichen die Echtzeitanzeige detaillierter Eingriffsdaten. Behandlungsparameter von Surgic Pro2 und auch Daten von Osseo 100+ können auf dem iPad angezeigt und gespeichert werden. Durch die Rückverfolgbarkeit der patientenspezifischen Behandlungsdaten lässt sich die Implantatbehandlung individuell auf den einzelnen Patienten anpassen. Die Geräte Surgic Pro2 und VarioSurg3 lassen sich kabellos und hygienisch durch eine gemeinsame Fußsteuerung bedienen. Aber auch ohne Anbindung an weitere Geräte bietet Surgic Pro2 Vorteile für den Behandler: Der Mikromotor ist kurz, leicht und ergonomisch, mit einer hochauflösenden LED als Lichtquelle im Mikromotor lässt sich wie unter Tageslicht arbeiten, das Pumpenmodul arbeitet leise und das Anbringen des Spülschlauchs ist handlich. Die Bedienung von Surgic Pro2 ist einfach und intuitiv, daher wird ein Umstieg vom Vorgängermodell auf Surgic Pro2 leichtfallen.

Profitieren Sie von den aktuellen Sparpaketen in der Get it! Aktion



Kontakt

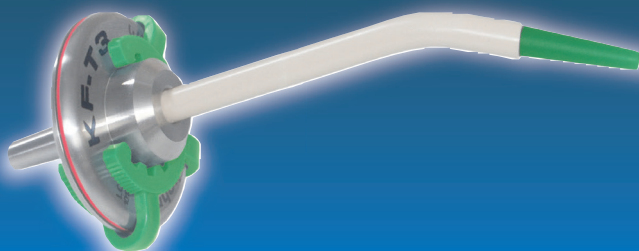
NSK Europe GmbH
Tel.: +49 6196 77606-0
www.nsk-europe.de

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

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

Präzisionsimplantate für individuelle Bedürfnisse

medentis medical präsentiert das ICX-DIAMOND®-Implantat, welches sowohl auf Bonelevel (BL) als auch auf Tissue Le-

vel (TL) eine individuelle Anpassung an die verschiedenen Knochengegebenheiten ermöglicht. Das bewährte Gewindedesign und die Vorteile einer polierten Schulter bieten optimale Voraussetzungen für erfolgreiche Implantationen. Die Produktreihe umfasst das ICX-Premium Bonelevel (BL), ICX-Active MASTER BL sowie das ICX-Premium Tissue Level TL und ICX-Active MASTER TL, die alle dieselbe Innengeometrie (Ø außer 3,3 mm) besitzen. Dies macht es möglich, weiterhin mit den Ihnen vertrauten Systemkomponenten zu arbeiten und die Vorteile des

modernen Implantatsystems zu nutzen. ICX-DIAMOND®-Implantate vereinen die Vorteile von technisch reinem Titan mit der Festigkeit von Ti6Al-4V ELI, wobei die Kombination aus Festigkeit und hervorragender Körpervträglichkeit von Reintitan Grad 4KV genutzt wird. Darüber hinaus verfügt die Produktreihe über eine hydrophile und mikrostrukturierte Oberfläche, die für Anwender überzeugende Eigenschaften bietet.



Kontakt

medentis medical GmbH
Tel.: +49 2641 9110-0
www.medentis.com

70-jähriges Jubiläum der Marke Straumann

Von der Gründung im Jahr 1954 bis hin zu den neuesten Entwicklungen in der Implantologie und der digitalen Zahnmedizin ist die Geschichte von Straumann von bedeutenden Meilensteinen geprägt, die die Dentalindustrie beeinflusst haben. In den 1950er-Jahren leistete Straumann bedeutende Beiträge zur Erforschung von Legierungen für die Osteosynthese. In den 1970er-Jahren trat das Unternehmen mit der Einführung des ersten Straumann-Dentalimplantats in die Dentalimplantologie ein. Das ITI, International Team for Implantology, das sich zum weltweit führenden wissenschaftlichen Dentalnetzwerk entwickelt hat, wurde gegründet. Es folgte in den 1990er-Jahren der Börsengang. Der Zeitraum von 2014 bis 2024 ist geprägt von bedeutenden Fortschritten in verschiedenen Behandlungsbereichen, gekennzeichnet durch die Einführung innovativer Produkte, die die Straumann-Qualität verkörpern und neue Standards bei Behandlungsprotokollen und langfristigen klinischen Erfolgen setzen. Mehr Infos finden Sie unter www.straumann.com/de/de/discover/70-years-straumann.

Quelle: Straumann GmbH Deutschland



Kollagen-Portfolio von Geistlich

Als eines der ersten Unternehmen im Bereich der Regenerativen Zahnmedizin hat Geistlich die MDR-Zertifizierung für seine Kollagen-Produktpalette erhalten. Dies umfasst die gesamten Produktlinien von Geistlich Bio-Gide®, Geistlich Fibro-Gide® und Geistlich Mucograft®. Mit der Zulassung dieser Produkte für die Knochen- und Weichgeweberegeneration nimmt das Schweizer Unternehmen eine Vorreiterrolle in der Branche ein.

Geistlich hat für seine etablierten Produktlinien Geistlich Bio-Gide®, Geistlich Fibro-Gide® und Geistlich Mucograft® die MDR-Zertifizierung (Medical Device Regulation) der Benannten Stelle TÜV SÜD Product Service GmbH erhalten und erfüllt damit die neuen EU-Vorschriften. Trotz der erhöhten und anspruchsvolleren Qualitäts- und Evidenzanforderungen der MDR wurden alle Indikationen für diese Produkte bestätigt, die eine Vielzahl regenerativer Verfahren umfassen. Ärztinnen und Ärzte können somit auf ein komplettes Sortiment an Kollagenprodukten zurückgreifen, das ihren hohen Ansprüchen an Qualität und Therapiesicherheit entspricht.

Vorreiter in medizinischer Regeneration, erweitertes Indikationsspektrum

Geistlich Fibro-Gide® ist das erste nicht aktive Medizinprodukt tierischen Ursprungs der Klasse III, das von der TÜV SÜD Product Service GmbH nach MDR zertifiziert wurde. Besonders erfreulich ist die MDR-Zertifizierung für Geistlich Mucograft®, das nun auch für die Indikation außerhalb des Mundes im Gesichtsbereich zugelassen ist.

Verpflichtung zu höchsten Qualitätsstandards und Patientensicherheit

Diego Gabathuler, CEO, sagt: „Mit der MDR-Zertifizierung lange vor Ablauf der offiziellen Übergangsfrist unterstreichen wir unsere Verpflichtung zu höchsten Qualitätsstandards und Patientensicherheit, die wir gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten leben.“ Mit seinen vier Tochtergesellschaften und zahlreichen Vertriebspartnern in Europa engagiert sich Geistlich seit Jahrzehnten für das Wohl der Patientinnen und Patienten auf dem Kontinent und treibt die medizinische Regeneration voran.

Kontakt

Geistlich Pharma AG
Tel.: +41 41 4925555
info@geistlich.com
www.geistlich-pharma.com

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
Juli				
26.7.–27.7.2024	20. Jahreskongress der DGOI	Hamburg	https://www.dgoi.info/veranstaltungs kalender/	DGOI
September				
12.9.–14.9.2024	DGZMK/APW-Jahrestagung 2024	Düsseldorf	https://www.dgzmk-apw-kongress.de/hauptprogramm	DGZMK
19.9.–21.9.2024	6. Schweizer Implantat Kongress – Implantat-gesundheit	Bern	https://implantatstiftung.ch/kongress/	SGI, SSOS, SSP, SSRD
20.9./21.9.2024	Konstanzer Forum für Innovative Implantologie	Konstanz	https://konstanzer-forum.de/	OEMUS MEDIA AG
20.9./21.9.2024	Leipziger Forum für Innovative Implantologie	Leipzig	https://leipziger-forum.info/	OEMUS MEDIA AG
20.9./21.9.2024	Hamburger Forum für Innovative Implantologie	Hamburg	https://hamburger-forum.info/	OEMUS MEDIA AG

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
(BDIZ EDI) · Lipowskystraße 12 · 81373 München · Telefon: +49 89 72069888
Fax: +49 89 72069889 · 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. Stefan Liepe (LIE), Kerstin Salhoff (KSA)

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
E-Mail: abo@oemus-media.de

Redaktion:

OEMUS MEDIA AG · Dr. Alina Ion · Telefon: +49 341 48474-141
E-Mail: a.ion@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 GmbH & Co. KG · 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), Lipowskystr. 12, 81373 München. Sie können jederzeit der Nutzung Ihrer Daten unter unten stehender Anschrift widersprechen. Ihre Daten werden zum Zweck der Mitglieder-verwaltung 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!) _____



BDIZ EDI · Lipowskystr. 12 · 81373 München
Fon +4989 72069888 · Fax +4989 72069889
office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Per Fax an +4989 72069889

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 €

PERFEKTION BIS INS KLEINSTE DETAIL

Die Semados® Esthetic Line



Die Semados® Esthetic Line von BEGO

Revolutionieren Sie Ihre Arbeit mit unserem innovativen, konkaven Design. Entwickelt, um ästhetische Perfektion und langfristige Stabilität in der dentalen Prothetik zu gewährleisten, unterstützt Sie die Semados® Esthetic Line bei anspruchsvollen Weichgewebsmanagement und der Gestaltung harmonischer Emergenzprofile. Profitieren Sie von intuitiver Farbcodierung, präzisen Abformsystemen und unserer umfassenden BEGO Security Plus Garantie. Mit der Semados® Esthetic Line erreichen Sie herausragende Ergebnisse, die Vertrauen schaffen und Ihre Patient:innen begeistern.



Überzeugen Sie sich selbst!
<https://www.bego.com/de/perfektion>

