



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

konkret

Journal für die implantologische Praxis



Quo vadis, Europa? Ziele und Personen der neuen EU-Kommission

Unter Federführung des BDIZ EDI
**20 Jahre Europäische
Konsensuskonferenz**

Seite 8

BDIZ EDI zufrieden
**Gelungene Premiere
von Curriculum Süd**

Seite 22

Abrechnungstipp BDIZ EDI
**Wann liegt eine Aus-
nahmeindikation vor?**

Seite 62

DER KÖNIG

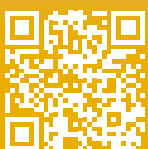
UNTER DEN BEGO-IMPLANTATEN

BEGO Semados® RSX^{Pro}



MACHEN SIE DEN ZUG IHRES LEBENS!

Das BEGO Semados® RSX^{Pro} Implantat ist mehr als nur ein Implantat. Es ist der Garant für Qualität, Zuverlässigkeit und erstklassige Ergebnisse. Mit seiner Vielseitigkeit und Anpassungsfähigkeit ist es die perfekte Lösung für eine Vielzahl von zahnmedizinischen Anwendungen. Entdecken Sie die Zukunft der Dentalimplantologie!



Neugierig?

<https://www.bego.com/de/koenig>

 **BEGO**

Unterstützung Ihrer Körperschaften?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Bundesärztekammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt hat soeben öffentlich erklärt, dass die PKV nicht bereit war, im mit der Ärzteschaft ausgehandelten Kompromiss eines GOÄ-Entwurfs die berechtigten Honorarforderungen der Ärzte zu akzeptieren, die von der Ärzteschaft bei vielen einzelnen Leistungspositionen belegt werden konnten.

Das ist der Geburtsfehler einer GOÄ, die zwischen Ärzteschaft und PKV konsentiert entstehen soll. Denn die PKV will bei Ärzten und Zahnärzten Honorarsteigerungen vermeiden wie der Teufel das Weihwasser, bei Beitragserhöhungen von saten 18 Prozent in 2025. Gleichzeitig stellt diese GOÄ, die noch zwischen PKV und Ärzten verhandelt wird, erneut den Nachweis für Staatsversagen dar. Das hatte Professor Drabinski schon 2022 festgestellt (siehe Beitrag in dieser Ausgabe).

Der Punktwert in der GOÄ wurde, ebensowenig wie der in der GOZ, seit Jahrzehnten von keinem Bundesgesundheitsminister an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst, Vergleichbar sind aber die durchgeführten Anhebungen der Gebührenordnungen, z. B. für Tierärzte (um 60 Prozent in 2023), die mehrfachen Anpassungen der Gebührenordnung für Rechtsanwälte und die Diätenerhöhungen für Abgeordnete. Das führt uns seit 2023 zur Klageführung seit 2023 von sechs Zahnärzten gegen das Bundesgesundheitsministerium vor dem Verwaltungsgericht Berlin. Die lapidare Replik des BMG ans Gericht: Diese Zahnärzte seien nicht klageberechtigt, weil sie alle Mitglieder eines Verbandes (des BDIZ EDI) sind und selbst nicht unmittelbar von Privatinsolvenz bedroht seien. Diese Argu-

mentation dokumentiert das oben genannte Staatsversagen. Denn in den Gebührenordnungen GOZ und GOÄ steht, die Punktwerte seien stets der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen und eben nicht erst dann zu erhöhen, wenn die Arzt- und Zahnarztpraxen von der Insolvenz bedroht sind.

Während die Berufsverbände der zahnmedizinischen und medizinischen Fachangestellten vehement mit ihren Mitgliedern protestieren, um die wirtschaftliche Lage ihrer Arbeitgeber zu verbessern, bleiben die ärztlichen und zahnärztlichen Proteste überschaubar. Angekündigte Großdemonstrationen führten nicht dazu, dass Praxen flächendeckend während dieser Demos geschlossen wurden. Gleichzeitig fordern jedes Jahr Beschlüsse der Gremien der Körperschaften und Verbände wie ein Mantra die Erhöhung des GOZ-Punktwertes, und bis zu deren Verwirklichung wird die Anwendung der freien Honorarvereinbarung als Silberstreif am Horizont gepriesen.

Ausweislich der Abrechnung in den Praxen wird § 2 GOZ aber nur von sehr wenigen zahnärztlichen Praxen und in Einzelfällen angewendet. Die Ärzteschaft geht längst einen anderen Weg und hat durch die Anwendung moderner medizinischer Verfahren eine Vielzahl von Analogpositionen benannt, die sie vielfach erfolgreich abrechnet und der Patient die Erstattung bekommt. Nota bene: bei Honorarvereinbarungen bleibt meist der Patient auf dem Großteil der „Mehrkosten“ sitzen, bei erstatteten Analogabrechnungen die PKV.

Wäre es nicht an der Zeit, dass auch zahnärztliche Körperschaften vermehrt Ana-

logiepositionen benennen und deren Anwendung dadurch fördern, dass eben diese Körperschaften bei gerichtlichen Auseinandersetzungen mit der PKV durch juristische Unterstützung in Musterprozessen die zahnärztliche Argumentation für die generelle Abrechnung neuer Leistungspositionen unterstützen?

Führen Sie in Ihrer Praxis die „Lappenoperation“ (GOZ 4090 bzw. 4100) bei der chirurgischen PAR-Behandlung noch genau so durch wie 1988? Produzieren Sie noch „schwarze Dreiecke“ zwischen Oberkiefer-Frontz-ähnen? Falls nein, wie rechnen Sie Ihre modernen chirurgischen Verfahren ab? Nach § 2 GOZ? Mit Analogieberechnung? Wer unterstützt Sie dabei?

Der BDIZ EDI hat Ihnen die aktuelle BDIZ EDI-Tabelle 2024 zur Verfügung gestellt! Dort finden sich Ratschläge zur Analogieberechnung bei PAR-Behandlungen und allen anderen zahnärztlichen Bereichen. Daneben gibt es die Analog-Tabelle mit Chairside-Leistungen, die breiten Anklang findet. Wenden Sie sich bei Erstattungsproblemen bei der Abrechnung von Analog-Positionen an unsere GOZ-Hotline. Der BDIZ EDI wird Sie bei geeigneten Abrechnungsfällen auch mit juristischen Argumenten unterstützen und Sie in Kürze bitten, uns dabei zu unterstützen, ein breites Meinungsbild einzuholen. Sie alle können mit Ihrer Meinung etwas bewegen!

Ihr

Christian Berger
Präsident



6 Jubiläum: 20 Jahre Experten Symposium in Köln



20 Gratulation an die Absolventen des Curriculum Implantologie



30 Rückblick und Ausblick – BDIZ EDI-Mitgliederversammlung 2024

Aktuell

Der BDIZ EDI feiert 20 Jahre Experten Symposium	6
20 Jahre Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI	8
Folge 3 aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage	12
Ersatzmaterial für Füllungen wegen Amalgamverbots	14
GOÄ-Reform zwischen Staatsversagen und Marktversagen	16
Die Erfolgsgeschichte geht weiter: 25 Jahre Curriculum Implantologie	20
Gelungene Premiere von Curriculum Implantologie Süd	22
Rückschau	26
Vorschau	27
Der BDIZ EDI gratuliert	28
Das BDIZ EDI-Jahr im Rückblick	30
Chefsache: zahnärztliche Dokumentation	36
Seit 50 Jahren Zahnärztin: BDIZ EDI-Vorstandsmitglied Dr. Renate Tischer	37
Social Media und BDIZ EDI	38

Aktuell Europa

Ziele und Personen der EU-Kommission 2024 bis 2029	40
Konferenz der Weltzahnärzteschaft in Istanbul	44
News-Ticker	46
EuGH bestätigt Geldbuße gegen Google	48
Wussten Sie schon, ...	50
Impressionen aus Skopje	52
Prüfung zum „Spezialist für Implantologie der EDA“	54
18. Europa-Symposium im hohen Norden	56

Abrechnung und Recht

Der MVZ GmbH-Geschäftsführer (Teil 2)	58
Umgang mit medizinisch notwendigen Leistungen	62

Fortbildung

Einsatz der Hangar-Technik bei vertikalem Knochendefekt im Oberkiefer Dr. Frank Zastrow	66
Snake-Technik als minimalinvasive Behandlung Dr. Cosmin Dima und Natalie Catrina	72

Events

Orale Geweberegeneration feiert Premiere in Düsseldorf	78
BioHorizons Camlog präsentiert sich im Jubiläumsjahr auf der EAO	79

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	80
---	----

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.



Ein Portfolio für nahezu
alle Anforderungen und
Präferenzen.



Casebook



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

Nutzen Sie die Synergien eines innovativen Produktportfolios für die Hart- und Weichgeweberegeneration mit der implantologischen Kompetenz und Kundennähe von Camlog.

- Knochenersatzmaterialien (allogen, porcin, bovin, bovin-Hyaluron und synthetisch)
- Membranen (porcin, bovin und synthetisch)
- Rekonstruktive Gewebematrix (porcin)
- Wundauflagen (porcin)

www.camlog.de/biomaterialien

patient28^{PRO}
Schützt Ihre Implantatversorgung

BioHorizons®, MinerOss®, Mem-Lok® und NovoMatrix® sind eingetragene Marken von BioHorizons.
CeraOss® ist eine eingetragene Marke der CAMLOG Biotechnologies GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

a perfect fit

camlog

Thema am 1. und 2. März 2025: Komplikationen in der Implantologie – warum ist es passiert?

Der BDIZ EDI feiert 20 Jahre Experten Symposium

Zum 20. Mal findet das Experten Symposium in Köln statt. Zu diesem Jubiläumssymposium am Sonntag, dem 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, dem 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.

Die Workshops finden am Samstag zwischen 12 und 18 Uhr statt. Aktuelles immer auf der Website des BDIZ EDI.

Jetzt Frühbucherrabatt nutzen

Der Frühbucherrabatt gilt nur bis 1. Dezember 2024 – jetzt bereits anmelden zum Jubiläumssymposium – es lohnt sich. Hier geht es zur Online-Anmeldung:

Frühbucher Mitglied: 270 €

Frühbucher Nichtmitglied: 380 €

Frühbucher Studenten: 110 €

Frühbucher ZÄ bis zum 5. Berufsjahr: 165 €

Mehr Information
und Anmeldung:





© shamm – stock.adobe.com

Workshop-Tag, 1.3.2025

Fehlervermeidung in der ästhetischen Zone versus Komplikationsmanagement
Priv.-Doz. Dr. Amely Hartmann, Filderstadt (Camlog)

Digitale Implantologie: Moderne Wege, wie wir heute schneller, besser und vorhersagbarer werden
Dr. Detlef Hildebrand, Berlin (MegaGen)

Workshop BEGO
TBA

Navigation in der Implantologie
Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Ansbach (Nobel Biocare)

Programm am Sonntag, 2.3.2025

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 (Prof. Dr. Neugebauer)
11.30 – 11.45	Kurzvortrag Komplikationen in der Full-Guided Implantologie Nikolaus Ernst (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 (Prof. Güth)
13.45 – 14.00	Kurzvortrag Lokalanästhesie-Schäden Ina Younan (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

20 Jahre Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI

Praxisleitfaden als Empfehlung für Behandler

Die zahnärztliche Praxis muss sich im Umgang mit wissenschaftlichen und technischen Innovationen, aber auch mit Versicherungen, neuen Richtlinien und Gesetzen täglich neuen Herausforderungen stellen. Zur Unterstützung gibt die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) des BDIZ EDI einmal im Jahr praxisnahe Empfehlungen zu einem Topthema der oralen Implantologie. Das Konsensuspapier wird als Praxisleitfaden an die Mitglieder versandt und ist online für alle abrufbar – in deutscher und in englischer Sprache. Alle Praxisleitfäden liefern umfassende Literatur zum jeweiligen Themenkomplex.

Die EuCC setzt sich aus einem internationalen Gremium zum jeweiligen Thema zusammen. Sie sucht und findet nach eingehender Diskussion und auf der Basis eines Arbeitspapiers, das die Uni Köln erstellt, einen Konsensus, der in den Praxisleitfaden mündet. Die zum Teil aktualisierten Papiere der vergangenen Jahre stehen

auf der Internetseite zum Download bereit und beinhalten die Themen: Umgang mit Komplikationen (2019), Update Periimplantitis (2020), Update Keramik in der Implantologie (2021), Update Kölner Risikoreferenzwert in der Implantatbehandlung (2022), Update kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate (2023) sowie der

derzeit aktuelle Praxisleitfaden „Update digitaler Workflow in der implantologischen Praxis“ (2024).

Die Redaktion stellt in diesem Beitrag die Papiere kurz vor. Sie stehen online unter diesem QR-Code:



2019: Umgang mit Komplikationen

Die Schlussfolgerung der 14. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) lautete wie folgt und wird 2025 aktualisiert werden: „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.“



2020: Update Periimplantitis

Bei der Definition der Periimplantitis unterschied die 15. Expertenrunde des Jahres 2020 zwischen der initialen, reversiblen Mukositis, der entzündlichen, gegenwärtig irreversiblen Periimplantitis und der apikalen Entzündung als Sonderform bei Zustand nach endodontischer Behandlung und/oder apikalem Granulom bzw. Burnt-Bone-Syndrome (sog. retrograde Periimplantitis). In der Diagnose erkannte die EuCC die Entzündungsmediatoren in der Sulkusflüssigkeit als Biomarker für die Periimplantitis und befand, dass der Biomarker zur Unterscheidung zwischen früher und später Erkrankung dienen kann. Bei der Definition der Periimplantitis unterschied die Expertenrunde zwischen der



Update Periimplantitis – periimplantäre Entzündungen und periimplantäre Erkrankungen

15. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) 2020 in Köln
22. Februar 2020

initialen, reversiblen Mukositis, der entzündlichen, gegenwärtig irreversiblen Periimplantitis und der apikalen Entzündung als Sonderform bei Zustand nach endo-

dentischer Behandlung und/oder apikalem Granulom bzw. Burnt-Bone-Syndrome (sog. retrograde Periimplantitis).

2021: Update Keramik in der Implantologie

Aus immunologischer und biologischer Sicht stellte die 16. EuCC fest, dass handelsübliche Titanimplantate, die entsprechend Herstellerangaben (Gebrauchsanweisung) inseriert werden, eine gute Osseointegration und Weichteil-Biokompatibilität sowie gute klinische Erfolge erzielen.

Für die einteiligen Keramikimplantate räumte sie frühere Bedenken aus. So sei das Risiko von Implantatfrakturen bei den derzeit im Handel erhältlichen Implantaten gering. Eine Überlastung in der frühen Einheilphase könne durch Schienen oder durch eine provisorische Versorgung ohne funktionelle Belastung vermieden werden.

Bei den zweiteiligen Keramikimplantaten hielt die EuCC 2021 fest, dass verschiedene Konstruktionen von Abutmentverbindungen zur Verfügung stehen, davon einige mit Metallkern. Das Konzept der metallfreien Implantatkonstruktionen werde indes aufgegeben. Die EuCC wies darauf hin, dass die Fixierung der Abutments ein spezielles Protokoll gemäß Herstellerangaben



Praxisleitfaden 2021 Update Keramik in der Implantologie

16. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC)
23. Februar 2021

erfordere, und stellte fest „Wissenschaftliche Belege für zweiteilige Implantate sind selten“.

Bei der Ästhetik punkteten laut EuCC die keramischen Abutments gegenüber den metallischen, vor allem bei Patienten mit dünnem Gewebephänotyp.

Die verringerte Biofilmadhäsion im Vergleich zu Titan werde zwar, basierend auf experimentellen Studien, hervorgehoben, jedoch, so das Papier, scheine die Oberflächentopografie die primäre Determi-

nante bei der Akkumulation von Biofilm zu sein, nicht die Wahl des Materials.

Suprakonstruktionen aus Zirkonoxid seien laut EuCC 2021 inzwischen gängig. Hier forderte sie bei Gerüsten mit keramischen Verblendungen als Implantat-Suprakonstruktion ein spezielles Design und geschulte Behandler, um Chipping zu vermeiden.

Aus Sicht der 16. EuCC gab es nur wenige mittel- oder langfristige Belege für die Verwendung von monolithischem Zirkonoxid.

2022: Update Kölner Risiko-Score

Nach einem einfachen ABC-System und visuell ansprechend in verschiedenen Farben dargestellt, soll der Behandler die Möglichkeit haben, die anstehende Implantatbehandlung zu bewerten, heißt es im 17. Praxisleitfaden der EuCC unter Federführung des BDIZ EDI. Die vier Teilbereiche:

1. Anamnese
2. Lokale Befunde
3. Chirurgie
4. Prothetik

Jeder Teilbereich beinhaltet eine zusammenfassende Bewertung. Die Bewertung erfolgt wie bei den Kriterien farblich in Grün, Gelb oder Orange entsprechend A-B-C (Always-Between-Complex).

- A = Always = günstige Risikoeinschätzung, grüner Bereich
- B = Between = mittleres Risiko, gelber Bereich
- C = Complex = erhöhtes Risiko, orangefarbener Bereich



Die Ampelfarbe Rot bleibt ausschließlich der Risikoeinschätzung vorbehalten, bei der die Therapie möglicherweise nicht empfehlenswert erscheint (nicht mit Kontraindikation gleichzusetzen). In der Gesamtbewertung eines Patientenfalles gilt nach dem Kölner ABC-Risiko-Score:

- Sind alle vier Teilbereiche mit Grün bewertet, so handelt es sich um einen Patientenfall der Risikoeinschätzung „Always“.

- Sind mind. zwei der vier Teilbereiche mit Gelb bewertet, so erfolgt für die Gesamtsituation eine Risikoeinschätzung „Between“ für mittelschwer.
- Sobald vier Teilbereiche mit Gelb bewertet werden, handelt es sich um einen Patientenfall erhöhten Anspruchs, der mit „C“ für „Complex“ beschrieben wird. Derselbe Sachverhalt ist erfüllt, sobald mind. zwei der vier Teilbereiche eine Bewertung in Orange und Gelb erfahren haben.

2023: Update kurze, angulierte und durchmesser-reduzierte Implantate

Kurze Implantate

Nach der zweiten Überarbeitung hat sich die Definition der „Kurzen“ auch bei der 18. EuCC im Jahr 2023 nicht geändert. Nach wie vor beträgt die geplante intraossäre Länge ≤ 8 mm bei einem Durchmesser von $\geq 3,75$ mm.

Sie finden Anwendung zur Vermeidung von Knochenaugmentationen u. a. im Seitenzahnbereich bei teilbezahnten Patienten, aber auch für die Fixierung von herausnehmbaren Deckprothesen und als Einzelzahnersatz bzw. mehrgliedriger Zahnersatz im Frontzahnbereich. Laut EuCC gibt es keinen Unterschied mehr bei



den Erfolgsraten im Vergleich zu längeren und/oder dickeren Standardimplantaten mit Augmentationsverfahren. Neu ist die Indikation bei Sofortbelastung. Es gibt jetzt

Studien, die eine Sofortbelastung mit speziellem Behandlungskonzept bei der Verwendung von kurzen Implantaten positiv bewerten.

Angulierte Implantate

Neues gibt es auch im Umgang mit angulierten Implantaten. Sie werden inzwischen routinemäßig bei verblockten Rekonstruktionen zahnloser Kiefer eingesetzt. Die EuCC des Jahres 2023 hat sich darauf verständigt, dass sie als alternative Behandlungsoption zur Vermeidung von Hartgewebeaugmentationen die Primärstabilität bei längeren Implantaten für die Sofortbelastung erhöhen. Diese Behandlungskonzepte erfordern in den meisten Fällen vier Implantate im Unterkiefer sowie vier bis sechs Implantate im Oberkie-

fer. Aktuelle Beobachtungen zeigen indes Einschränkungen auf. „Trotz der positiven klinischen Ergebnisse ist die wissenschaftliche Diskussion über die klinische Relevanz der Entwicklung des marginalen Knochenlevels um angulierte Implantate nicht abgeschlossen“, fasst Prof. Dr. Neugebauer die Konsensfindung zusammen.

Durchmesserreduzierte Implantate

Hier unterteilt die Konsensuskonferenz in zwei Bereiche. Weiterhin werden die durchmesserreduzierten Implantate (DRI)

mit einem intraossären Durchmesser von < 3,5 mm für die Insertion bei reduzierter Knochenbreite definiert. Als Mini-Implantate (MDI) bezeichnet die EuCC Implantate mit einem Durchmesser von < 2,7 mm. Hier gibt es zum Vorgänger-Leitfaden aus dem Jahr 2016 keine Änderung.

2024: Update digitaler Workflow

Die EuCC des Jahres 2024 stellte die verschiedenen digitalen Verfahren zur Diagnose, zur chirurgischen Vorbereitung, zur digitalen Implantatplanung und zur prothetischen Rehabilitation auf den Prüfstand. Im Einzelnen behandelt wurden

- die digitale Diagnostik,
- digitale Abformung und Bildgebung,
- CAD/CAM-gestützte Transplantationstechniken,
- digital gesteuerte Implantatpositionierung,
- digitale Laborverfahren und
- künstliche Intelligenz (KI) in der oralen Implantologie.

Die Schlussfolgerungen der 19. EuCC: Die digitalen Technologien verbessern sich in der Implantologie mit guten klinischen Ergebnissen und Verbesserungen bei den

patientenbezogenen Ergebnissen (PROMs). Die spezifischen Parameter für die einzelnen Arbeitsabläufe müssen vom Behandler berücksichtigt werden.

Die Praxisleitfäden stehen auf der Webseite des BDIZ EDI zum Download zur Verfügung – sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache.



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

Teil 3: Bedeutung von GOÄ und GOZ

In loser Folge gibt die Redaktion des BDIZ EDI konkret hier Auszüge aus der Feststellungsklage wieder. In diesem dritten Teil geht es um die Bedeutung von GOÄ und GOZ.

Die Bedeutung von GOÄ und GOZ wird in der öffentlichen Meinung meist weit unterschätzt, weil man die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten von ihrem Anwendungsbereich herauszurechnen pflegt. Diesem Irrtum unterliegen auch Gerichte (s. z. B. BVerfG, 12.12.1984 – 1 BvR 1249/83 u. a. – Rz. 33, <https://juris.de/perma?d=BVRE100398509>).



GOÄ und GOZ sind die grundlegenden Gebührenordnungen. Sie gelten uneingeschränkt für

- Privat gegen Krankheit Versicherte,
- Beihilfeberechtigte Beamte,
- Selbstzahler,

aber auch für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soweit die Leistungen entweder durch gesetzliche Regelungen wie z. B. in

- § 27a SGB V: künstliche Befruchtung, übernommen werden nach § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V nur 50 Prozent der genehmigten Kosten und nur für drei Versuche (§ 27a Abs. 1 Nr. 2, 2. Hs. SGB V),
- § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V: Mehrkosten bei Zahnersatz (näher geregelt in den §§ 55 ff. SGB V),
- § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V: kieferorthopädische Behandlung von Erwachsenen (von bestimmten in Satz 7 angesprochenen Ausnahmefällen abgesehen),
- § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V: funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen,
- § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V: implantologische Behandlungen (von bestimmten im 2. Hs. angesprochenen Ausnahmefällen abgesehen),

von der Behandlungskostenübernahme durch die Krankenkassen ganz oder teilweise generell ausgeschlossen sind, oder

- Die Leistungen nach dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V von der Kostentragungspflicht der Krankenkassen im Einzelfall ausgeschlossen sind.

Den in der Öffentlichkeit bekanntesten Anwendungsfall des § 12 Abs. 1 SGB V im vertragsärztlichen Bereich bilden die sog. IGeL-Leistungen (IGeL= Individuelle Gesundheitsleistungen). Im vertragszahnärztlichen Bereich spricht man insoweit von „außervertraglichen Leistungen“.

IGeL-Leistungen sind nach GOÄ, außervertragliche Leistungen nach GOZ abzurechnen.

Je nach Fachgebiet bilden die IGeL-Leistungen einen erheblichen Anteil an den Praxiseinnahmen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) untersuchte 2019 in einer bundesweiten Umfrage unter gesetzlich Versicherten, wie häufig ihnen IGeL-Leistungen angeboten worden seien. Die Ergebnisse sind im WIdO-Monitor, Ausgabe 1/2019, veröffentlicht.



Der WIdO-Monitor schätzte für 2018 den Markt der IGeL-Leistungen auf ein „Umsatzvolumen von gut einer Milliarde Euro im Jahr“ (S. 12).

Nach dieser Untersuchung hat sich die Häufigkeit der angebotenen IGeL-Leistungen im Zeitraum von 2001–2018 wie folgt entwickelt: Mehr als jedem vierten Befragten GKV-Patienten sind im letzten Jahr IGeL angeboten oder in Rechnung gestellt worden.

Von 2001 bis 2018 haben sich die Angebote an die Versicherten verdreifacht.

Der vom Medizinischen Dienst Bund herausgegebene IGeL-Report 2023 enthält folgende Zahlen für die Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen (Seite 10):



2.074 Befragte gaben als Antwort auf die Frage, ob sie individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben:

- Von 1.939 IGeL haben 63 Prozent der Befragten diese Leistungen in Anspruch genommen.

Ein Großteil der IGeL ist in der GOÄ nicht abgebildet und wird analog abgerechnet, vielfach sogar, obwohl dies gebührenrechtlich eigentlich unzulässig ist, zu Pauschalhonorarsätzen.

Im BEMA-Z nicht enthaltene Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung sind nach GOÄ abzurechnen.

Die GOÄ ist schließlich auch – wie schon ausgeführt – die Abrechnungsgrundlage für die Leistungen der privaten Psychotherapie.

Aktuelle privat(zahn)ärztliche Gebührenordnungen sind also für die gesamte Bevölkerung von unmittelbarer Relevanz.

Der Mehrwert von privaten Krankenversicherern bezahlten privat(zahn-)ärztlichen Leistungen für das gesamte Gesundheitswesen wird regelmäßig vom PKV-Verband untersucht.



Die Zusatzversicherungen werden von gesetzlich Versicherten abgeschlossen, die sich auf diese Weise gegen Risiken absichern, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgedeckt sind, wie z. B. die kieferorthopädische Behandlung Erwachsener oder die Versorgung mit Dental-Implantaten.

Die aktuellen Zahlen für die Zusatzversicherungen zum sog. GKV-Schutz kann man mithilfe des interaktiven PKV-Zahlenportals in Erfahrung bringen.



Das Portal ist kostenlos nutzbar, bedarf aber einer Anmeldung. Für 2021 lauten die Zahlen:

Jahr	Personen mit ZV insg.	Personen mit ZV/ ambulante Leist.	Personen mit Zahn-ZV
2021	22.196.500	8.506.200	17.831.000

Mehr als ein Viertel der Gesamtbevölkerung hat solche Zusatzversicherungen abgeschlossen. Für deren Leistungsabrechnung gilt gegenüber den Patienten GOÄ und GOZ.

GOÄ und GOZ gelten auch in der Behandlung von stationären Krankenhauspatienten, sofern diese wahlärztliche Leistungen i. S. des § 17 KHEntgG in Anspruch nehmen.

GOÄ und GOZ gelten schließlich auch für den gesamten Markt der ästhetischen/kosmetischen (Zahn-)Medizin, ohne dass es auf das Vorliegen einer (zahn-)medizinischen Indikation ankommt (BGH, 23.03.2006 – III ZR 223/05 –, Rz.11, <https://juris.de/perma?d=KORE302902006>).



GOÄ und GOZ betreffen damit alle Bevölkerungsteile, gleichgültig, ob und wie gegen Krankheit abgesichert. Nicht die in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung geltenden Gebührenordnungen EBM und BEMA-Z, sondern GOÄ und GOZ sind die für das Gesundheitswesen grundlegenden Gebührenordnungen in Deutschland.

Das Statistische Bundesamt veröffentlichte am 31.08.2023 eine Untersuchung für das allerdings durch COVID-19 stark belastete Behandlungsjahr 2021.



Danach betrug der Einnahmenanteil „aus Kassenabrechnung“ 2021 bei

- Arztpraxen: 71,7 Prozent
- Zahnarztpraxen: 52,7 Prozent
- Psychotherap. Praxen: 90,1 Prozent

Durchschnittliche Einnahmen der Arztpraxen lagen danach bei 756.000€, der Zahnarztpraxen bei 791.000€ und der psychotherapeutischen Praxen bei 127.000€. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes werden in Deutschland rund 73 Millionen Versicherte von einer gesetzlichen Krankenkasse versorgt.

Die Einwohnerzahl Deutschlands betrug nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes am 31.03.2023 84.433.000 Personen. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind damit rund 86,45 Prozent versichert, folglich rund 13,55 Prozent nicht.

Der Leistungsanteil der Privathonorare liegt nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes bei den Ärzten bei 24,5 Prozent und bei den Zahnärzten bei 45,9 Prozent. Die Bedeutung der Privathonorare ist also für Ärzte groß, für Zahnärzte noch größer.

Die davon deutlich abweichende Situation bei den Psychotherapeuten dürfte damit zusammenhängen, dass sich Privatversicherte und Selbstzahler eher von nicht an der vertragspsychologischen Versorgung beteiligten Psychotherapeuten behandeln lassen.

RAT

PRESSEMEDLUNG

Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists



07.10.2024

Ersatzmaterial für Füllungen wegen Amalgamverbots ab 1. Januar 2025

Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen sucht Neuregelung der BEMA-Nr. 13 (Füllungen)

Das auf europäischer Ebene beschlossene Amalgamverbot tritt am 1. Januar 2025 in Kraft. Nun hat der BDIZ EDI aus KZV-Kreisen erfahren, wie der Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen gem. § 87 SGB V die entsprechende BEMA-Nr. 13, Füllungen, mit Stand Anfang Oktober 2024 neu regeln und leicht aufwerten will. Die Neuregelungen müssen ebenfalls zum 1. Januar 2025 in Kraft treten.

Dem Vernehmen nach sollen zwischen Bundes-KZV und den Krankenkassen folgende Vereinbarungen getroffen werden:

1. Die BEMA-Nrn. 13a bis 13d werden leicht aufgewertet.
2. Die BEMA-Nrn. 13e bis 13h entfallen ersatzlos.
3. Die Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 SGB V bleibt erhalten.

Mit der Abrechnung der Nr. 13 ist dann die Verwendung jedes ausreichenden, zweckmäßigen, erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterials abgegolten. Im Frontzahnbereich sind adhäsiv befestigte Füllungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. Füllungen in Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung gehen weiterhin über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus und bleiben zuzahlungspflichtig.

Im Seitenzahnbereich werden selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulkfil-Komposite Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung. In der Umsetzung würden plastische Füllungsmaterialien mit Selbstadhäsiven als im Seitenzahnbereich regelhaft innerhalb des Sachleistungsanspruchs zu erbringende Leistungen eingestuft. Auch hier gehen Füllungen in Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung weiterhin über die vertragszahnärztliche Versorgung hinaus und bleiben zuzahlungspflichtig.

Für Rückfragen: Anita Wuttke, Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Tel. 089/720 69 888 oder via E-Mail an wuttke@bdizedi.org

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) ist ein zahnärztlicher Berufsverband mit europaweit rd. 6.000 Mitgliedern. Kernaufgaben sind die professionelle Unterstützung seiner Mitglieder in Fragen des Rechts und der privatärztlichen Abrechnung sowie die hochkarätige Fortbildung im implantatchirurgischen und implantatprothetischen Bereich. Der BDIZ EDI übernimmt häufig die Vorreiterrolle, wenn es darum geht, Gesetze und Verordnungen für Zahnärzte zu hinterfragen.

Fon: +49-89-720 69 888
Fax: +49-89 720 69 889
office@bdizedi.org
www.bdizedi.org

JAI



ICH WILL DAS CITO MINI®

SCHMAL. SCHNELL. EINFACH.

Das Mini-Implantat von Dentaureum, speziell für Patienten mit geringem Knochenangebot zur Steigerung der Lebensqualität. Prothesenfixierung – effizient und wirtschaftlich. Sagen auch Sie ja!

CITO mini®

GOÄ

Der Bundesärztekammerpräsident zur GOÄ-Reform

Warnung vor dem Scheitern

Insbesondere in den Reihen der Facharztverbände wird die Kritik an der neuen GOÄ immer lauter. Nun reagiert die Bundesärztekammer (BÄK) auf die Lage: Kammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt räumt den Verbänden mehr Zeit für Rückmeldungen ein – und warnt vor einem Scheitern der Reform.

Reinhardt: „Die Arbeit mit der jetzigen GOÄ ist für die große Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte hoch unbefriedigend.“ Zuletzt hatten immer mehr Verbände von gefährlichen Verwerfungen berichtet, die sie im Gebührenordnungskatalog entdeckt haben wollen. Starke Kritik wurde auch an der kurzen Frist geäußert, inner-

halb derer die Verbände Rückmeldung an die BÄK geben sollten. Die Frist ist nun auf den 2. Oktober verschoben, informiert Reinhardt in einem Schreiben an die Verbände, das dem Ärztenachrichtendienst (änd) vorliegt.

Darin geht er auch auf häufig geäußerte Kritikpunkte ein – zum Beispiel auf die Tatsache, dass die Preise für die neue Gebührenordnung mit der PKV verhandelt werden mussten. Die Politik habe eine Einigung zwischen Ärzteschaft und Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur Vorbedingung für eine Novelle gemacht, erinnert Reinhardt. „Dieses Junktim wird uns seitdem von allen Gesundheitsministern und Parlamentariern unabhängig von der Parteizugehörigkeit entgegengehalten – bis heute. Angesichts der Tatsache, dass die GOÄ eine staatliche Verordnung ist, kann man dieses Junktim mit vollem Recht hinterfragen. Die Ärzteschaft hat es jedoch in den früheren Jahren akzeptiert. Zur vollen Wahrheit gehört,

dass die Ärzteschaft Anfang der 2000er-Jahre diesen Weg sogar selbst thematisiert hatte“, so der Kammerchef.

Eingeständnis der Nicht-Einigung

Die Verhandlungen mit der PKV liefen seit vielen Jahren in unterschiedlicher personeller Besetzung. „Deshalb ist es nun an der Zeit, zu einem Ergebnis zu kommen. Wir können der Politik (und auch unseren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen) nicht mehr vermitteln, dass weitere jahrelange Verhandlungen erforderlich sind. Diese Auskunft würde letztlich (und durchaus verständlich) nur als verkapptes Eingeständnis der Nicht-Einigung aufgefasst. Es ist auch absolut unrealistisch, von weiteren hingezogenen Verhandlungen bessere Ergebnisse zu erwarten“, warnt Reinhardt.

Deswegen seien in den letzten eineinhalb Jahren intensive Gespräche mit der PKV geführt worden. Es sei schlicht nicht mög-



lich gewesen, die 165 Verbände auch an diesen abschließenden Gesprächen zu beteiligen. „Das wäre weder mit einem realistischen Zeitplan noch mit dem Charakter finaler Gespräche vereinbar gewesen. Ich darf für mich in Anspruch nehmen, die Verbände über die letzten Jahre in einem früher nie gekanntem Ausmaß beteiligt zu haben. Gemeinsam haben wir ein Gebührenverzeichnis und arzteigene Bewertungen erarbeitet. Dies war nun der Ausgangspunkt und die Grundlage für unsere letzten Gespräche mit dem PKV-Verband. Wir haben die ärztlichen Positionen in diesen Gesprächen mit aller Entschiedenheit und der gebotenen Härte vertreten.“ Es liege jedoch in der Natur der Sache, dass am Ende solcher Gespräche ein Kompromiss stehen müsse. Im Ergebnis sei es aber gelungen, den im Jahr 2017 schon einmal dem Grunde nach konsentierten Prognoserahmen (plus 5,8 % +/- 0,6 %) zu erweitern und zu öffnen. „Für die ersten drei Jahre gehen beide Seiten nun von einem Anstieg des Gesamtvolumens von 13,2 % aus (rund 1,9 Mrd. Euro). Wichtig ist, dass dies kein Budget ist, sondern eine Prognose. Jede Rechnung, die auf Basis der neuen GOÄ rechtskonform gestellt wird, ist ab dem Zeitpunkt der Einführung voll zu bezahlen und auf Basis des Versicherungsvertrages zu erstatten“, betont der Kammerchef.

Grundlegender Charakter bleibt

Genauso wichtig sei, dass die BÄK alle Versuche habe abwehren können, den grundlegenden Charakter der neu entwickelten GOÄ zu verändern: „Aus einer von Abrechnungsausschlüssen und einem überholten und begrenzten Gebührenverzeichnis geprägten GOÄ wird nun eine GOÄ mit einem hochdifferenzierten, ärztlich entwickelten Gebührenverzeichnis. Auf Abrechnungsausschlüssen wird in einem Maße verzichtet, das viel Verantwortungsbewusstsein bei der Anwendung der GOÄ erfordern wird. Vor allem aber erhält mit der neuen GOÄ die ärztliche Zuwendung zum Patienten in Anamnese, Beratung und Untersuchung

endlich wieder den Stellenwert, den sie verdient.“

Gerade in Richtung der Fachärzte betont der Kammerpräsident, dass die GOÄ keine „Fachärztkapitel“ wie der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) habe. Für fast alle Arztgruppen gelte, dass sie Gebührennummern aus mehreren Kapiteln abrechnen könnten und sollten. Deswegen sei kein direkter Rückschluss aus einem Kapitel auf das wirtschaftliche Ergebnis einer Fachgruppe und erst recht nicht einer einzelnen Ärztin, eines einzelnen Arztes möglich. „Auch scheinbar auf der Hand liegende Vergleiche mit der bestehenden GOÄ und umso mehr mit dem EBM stimmen in vielen Fällen nicht, weil die teils völlig unterschiedliche Struktur der Verzeichnisse solche Vergleiche zu einer hochkomplexen Angelegenheit macht. Bitte melden Sie sich bei uns, bevor Sie hier zu möglicherweise unzutreffenden Schlussfolgerungen kommen“, bittet Reinhardt. Die Ärzteschaft stehe nun vor einer wichtigen Weichenstellung. An diesem Punkt gelte es, die Alternativen sorgfältig abzuwägen: „Die Arbeit mit der jetzigen GOÄ ist für die große Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte hoch unbefriedigend. Wer trotz-

dem hofft, alles könne so weitergehen wie bisher („Spatz in der Hand“), sollte sich nicht täuschen. Jenseits aller Diskussionen um eine Bürgerversicherung ist der politische Zuspruch für eine Einheitsgebührenordnung in den letzten Jahren kontinuierlich und parteiübergreifend gestiegen.“

Unabhängig davon, was noch in dieser Wahlperiode geschehen könne, seien die Parteien derzeit damit beschäftigt, ihre Wahlprogramme für die kommende Bundestagswahl zu entwerfen. „Wenn sich BÄK und PKV in diesem Herbst immer noch nicht geeinigt haben, wird in einem breiten politischen Spektrum auch derer, die eine Bürgerversicherung ablehnen, die Bereitschaft wachsen, sich Lösungen jenseits der GOÄ zu öffnen. Dazu kann eine Einheitsgebührenordnung ebenso gehören, wie eine Öffnung für einzelvertragliche Regelungen zwischen Versicherungsunternehmen und Ärztinnen und Ärzten oder Ärztegruppen.“ Was der Verlust einer verbindlichen privatärztlichen Gebührenordnung für den freien Beruf bedeuten würde, müsse nicht erst erläutert werden. Die Ärzteschaft habe nun die Möglichkeit, mit einer Einigung endlich wieder Bewegung in den politischen



Prozess für die GOÄ-Novellierung zu bringen. „Zuletzt ist parteiübergreifend die Erkenntnis gewachsen, dass nach jahrzehntelangem Stillstand Handlungsbedarf besteht. An einem gemeinsamen Vorschlag von BÄK und PKV, der zudem auch mit der Beihilfe abgestimmt wurde, kommt die Politik nicht leicht vorbei, zumal alle Sachargumente auf unserer Seite sind. Eine Einigung zeigt der Politik, dass die Ärzteschaft handlungs- und gestaltungsfähig ist. Dies stärkt unsere Mitwirkungsmöglichkeiten auch im weiteren Prozess einer GOÄ-Novellierung.“

Wenn eine neue GOÄ in Kraft tritt, können in der neuen Gemeinsamen Kommission mit der PKV die Auswirkungen beobachtet werden. „Wir können mit gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen und Vorschlägen zu Anpassungen der GOÄ reagieren – auf Basis Ihrer Rückmeldungen und ohne dass wir von PKV und Beihilfe überstimmt werden können. Dabei bleibt der Charakter der GOÄ als staatliche Verordnung und Wesensmerkmal unseres freien Arztberufs erhalten“, gibt Reinhardt den Verbänden zu denken.

Quelle: *adp-Newsletter*, änd vom 25.09.2024



Marktversagen und Staatsversagen im Gesundheitswesen?

In einer Analyse der GOÄ-Reform des Kieler Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Drabinski, Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), im Jahr 2022 hat sich die Redaktion in der Ausgabe 2/2022, Seite 20 ff., in diesem Zusammenhang mit Marktversagen und Staatsversagen im Gesundheitswesen auseinandergesetzt.

„Marktversagen im Gesundheitswesen kann durch private Akteure der Gesundheitswirtschaft ausgelöst werden. Private Akteure sind Unternehmen, Gemeinschaften und Interessenvertretungen, die nicht Teil der unmittelbaren oder mittelbaren (z. B. Selbstverwaltung) Staatsverwaltung sind. Marktversagen bedeutet, dass vor allem Preismechanismen des Marktes gestört sind und im Ergebnis Finanzmittel nicht optimal allokiert werden.“

Marktversagen

Ein Marktversagen könnte nach Meinung Drabinskis z. B. auf dem Markt der Vergütung privatärztlicher Leistungen (GOÄ) dann vorliegen, wenn der Vergütungsmechanismus zwischen Anbietern, das sind Ärzte vertreten durch die Bundesärztekammer (BÄK), und Nachfragern, das sind PKV-Patienten vertreten durch PKV-Unternehmen, keine kostendeckenden bzw. nicht ausreichend gewinnbringende Preise für die Anbieter bereitstellt. In der Folge steige die Wahrscheinlichkeit, dass auf dem PKV-Markt ärztliche Leistungen nicht mehr patienteneffizient angeboten werden können, da anhaltende Fehlvergütungen zu Ineffizienzen bei Behandlungsmenge und –qualität führten. Drabinski: „Liegt Marktversagen persistent vor, so kann es durch gesundheitspolitische Instrumente, d. h. durch Eingriffe des Staates, korrigiert werden.“

Staatsversagen

Staatsversagen im Gesundheitswesen wird durch Staatsakteure der (un)mittelbaren Staatsverwaltung ausgelöst. Staatsakteure sind der Gesetzgeber (z. B. Bundestag), die festgelegten exekutiven Organe (z. B. BMG, Bundesbehörden, direkt staatlich kontrollierte Unternehmen wie z. B. die gematik) sowie die diversen (gemeinsamen) Selbstverwaltungen auf Kostenträger- und Leistungserbringerseite. Zu einem Staatsversagen kann es kommen, wenn Staatsakteure auf den Gesundheitsmärkten wie Unternehmen zentralplanerisch tätig werden und sich daraus ein volkswirtschaftlicher Outcome zeigt, der ineffizienter ist als der Outcome einer marktwirtschaftlichen Koordination.

Für Drabinski liegt klar ein Marktversagen vor: Die Arbeit der privaten Verhandlungspartner habe zu keinem umgesetzten Ergebnis geführt. Eine bepreiste GOÄ-Novelle nach dem aktuellen medizinisch-technischen Stand liege auch nach über zehn Jahren Arbeit nicht vor. Dieses persistente Marktversagen könnte durch Eingriff des Staates, z. B. des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) behoben werden. Allerdings seien keine Absichten des BMG bekannt geworden, die zur Behebung beitragen könnten (Anm. d. Red: Die Aussage stammt aus dem Jahr 2022).

Fazit

Die GOÄ-Novelle ist für Professor Drabinski ein Paradebeispiel für simultanes Markt- und Staatsversagen. „Treffen beide Versagensbereiche wechselseitig aufeinander, so kann dieser doppelte Versagenszustand noch für längere Zeit fortauern. Aus Perspektive der Leistungsanbieter bedeutet dies, dass sie weiterhin nach einer veralteten GOÄ abrechnen und Kostensteigerungen bei Personal und Material praxisintern oder durch abrechnungstechnische Graubereiche refinanzieren müssen.“

Quellen: *BDIZ EDI konkret 2/2022*, änd-Nachrichtendienst



Ihre Top 6 Produkte Oralchirurgie



ab 349,00 €

zzgl. MwSt.

Menge	Nachlass
3-5	3% Nachlass
6-9	6% Nachlass
Ab 10 aufwärts	10% Nachlass



EthOss β -TCP Knochenregeneration

Die besondere Formel aus 65% β -TCP und 35% Kalziumsulfat ermöglicht die Steuerung der Viskosität von pastös bis fest und erlaubt ein Arbeiten ohne Kollagenmembran.



269,00 €

zzgl. MwSt.



EthOss – Degransulations Kit

Entfernt Granulationsgewebe schonend und gründlich ohne den Knochen abzutragen. Regt die Osteogenese an und vermeidet Ingression von Weichgewebe.



ab 149,00 €

zzgl. MwSt.



Root-Ex Wurzelentferner Set

Diese innovativen Harpunenstecker ermöglichen die minimalinvasive Entfernung von abgebrochenen Wurzelspitzen und Zahnfragmenten ohne operativen Eingriff.



159,00 €

zzgl. MwSt.



BloodSTOP®

Biokompatibles, natürliches, hautverträgliches und tierproduktfreies blutstillendes Wundpflaster. Verschließt die Wunde innerhalb kürzester Zeit mit einer transparenten gelartigen Schutzschicht. Inhalt: 24 x BloodSTOP IX blutstillendes Wundpflaster in der Größe 1,3 x 5 cm.

Aktionspreis

ab 75,75 €

zzgl. MwSt.



Safescraper® gebogen

Safescraper® gerade

Safescraper®

Die intraorale Gewinnung von kortikalen Knochenspänen gelingt mittels dem originalen Safescraper®-Twist sicher, einfach und schnell.

statt 369,00 €

pro Rolle 100 Stück

239,00 €

zzgl. MwSt.



TRI HAWK
FOR THE TRUE CONNOISSEUR

Tri Hawk Talon 10 + 12

Der TriHawk Talon 10 + 12 ist ein Einmalkronentrenner, der dank seines speziellen Schliffs sowohl horizontal als auch vertikal schneidet. Er besitzt eine außerordentliche Schneidleistung.



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



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



Preise zzgl. MwSt. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.
Angebot gültig bis 30.10.2024

zantomed
www.zantomed.de

Das 25. Curriculum Implantologie ist beendet

Gratulation an die Absolventen

Das 25. Curriculum Implantologie von BDIZ EDI und der Universität Köln ist im August 2024 mit einer Abschlussprüfung zu Ende gegangen. Zuvor hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer acht Module im Bereich der oralen Implantologie über einen Zeitraum von einem Jahr absolviert.



Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen des 25. Curriculum Implantologie an der Universität Köln mit Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller und Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig.

Seit mehr als 25 Jahren veranstaltet der BDIZ EDI in Kooperation mit der Uni Köln das Curriculum Implantologie. Der „Vater“ des Programms ist Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, den wir im Anschluss im Interview vorstellen.

Aufgrund der enormen Nachfrage wurden auch beim 25. Curriculum zwei Gruppen gebildet, damit der Lernerfolg in kleinen

Gruppen gewährleistet bleibt. Die Kursleiter: Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, M.Sc. und Prof. Dr. Dr. Matthias Kreppel.

Das 25. Curriculum Implantologie der beiden Kooperationspartner BDIZ EDI und Uni Köln markiert eine lange Erfolgsgeschichte. 750 Absolventen wurden in den vergangenen Jahren seit 2004 oral-

implantologisch ausgebildet. „Für die Wissensvermittlung sind neben theoretischen Präsentationen auch praktische Demonstrationen und das eigene Erfahren bei den praktischen Übungen oder der Patientenbehandlung wichtig“, erklärte anno 2004 Prof. Zöller. Der heutige Vizepräsident des BDIZ EDI war und ist für die Umsetzung der Unterrichtsziele und -inhalte verantwortlich und hat in den Jah-

ren bewiesen, dass dieser Weg erfolgreich beschritten wurde und wird.

Acht Module = ein Curriculum

Heute bietet das Curriculum acht Module in zweitägigen Kursen mit Hospitation und Supervision durch erfahrene Referenten an. Ziel ist die Praxisrelevanz.

Aus diesem Grund unterliegen die Unterrichtsmodule auch ständiger thematischer Aktualisierung. Nach erfolgreicher Hospitation und Supervision kann bei entsprechender Erfahrung die Prüfung zum „Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie“ abgelegt werden.

Keine Closed-Shop-Politik

Die Module sind einzeln buchbar und bereits absolvierte Module von anderen Anbietern können auf Nachweis auch integriert werden. Prof. Nickenig, der vor einigen Jahren übernommen und die Unterrichtsinhalte modernisiert hat, ist Ansprechpartner für alle Teilnehmer/-innen.

Die Referenten

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

RED/AWU

Die Absolventen des 25. Curriculum:

Hemin Authman M.Sc.	Dr. Hannah-Lea Koch
Yasmin Baneyaghili	Mira König
ZA Kawa Barakat	Roxana Kramer
Abdussalam Abdalla	Helena Samantha Krug
Abdussalam Bazuti	Karolina Marta Mastalerz
Charlotte Friederike Marianne Beckers	Javed Ur Rahman Matin
Juliane Elisabeth Bernhardine Beenen	Katharina Maria Meindorfer
Dr. med. dent. Christian Bouché	Michael Menges
Claudia Brock	Dr. Bahareh Norouzi Sedeh
Dr. med. dent. Christina Viktoria Elisabeth Commes	Dr. Aaron Nühlen
Dr. Michael Johannes Denzer	Georgios Papamargaritis
Schihab-Aldin Dib	Lucretia Pavlenko
Dr. med. dent. Franziska Dirks	Dr. Robert Christian Johannes Ramroth
Dr. Kim Yvonne Eckerth	Dr. Cabar Reyhan
Fatih Ercan	Ali Shahrour
Lea Antonia Fontani	Henrik Sluka
Dr. Moritz Franz	Carsten Sonnenburg
Dr. Leon Goldschmidt	Kristoffer Strübing
Thalia Genet Hampl	Dr. Philipp Turanli
Vera Hentgen	Jens Martin Vogel
Nicole Hirt	Victoria Wächter
Mark Pascal Jäger	Serra Simone Weber
Jasper John	Alice Wegener
Alexandros Karasmanes-Rodriguez	Dr. Lena Wepner
Moayad Kashkoul	Jan Zander
Dr. Sabrina Knopp	Dr. Verena Zurmühl

Start des 26. Curriculum Implantologie

Im Oktober beginnt das 26. Curriculum Implantologie. BDIZ EDI und Uni Köln haben aufgrund der großen Nachfrage – wie in den beiden zurückliegenden Jahren – eine zweite Gruppe eingerichtet. Das Kölner Curriculum ist bereits ausgebucht. Ende September ist erstmals das Curriculum-Süd in Ansbach an den Start gegangen.

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



„Volles Haus“ beim ersten von acht Fortbildungskursen in Ansbach/Mittelfranken

Gelungene Premiere von Curriculum Implantologie Süd

28 junge Zahnärztinnen und Zahnärzte aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Berlin und Nordrhein-Westfalen starteten am 27. und 28. September 2024 in das erste Curriculum Implantologie Süd. Das Wochenende mit Einführung und Workshops fand im mittelfränkischen Ansbach statt – organisiert vom BDIZ EDI, durchgeführt von Kursleiter Dr. Dr. Markus Tröltzsch aus Ansbach und unter Beteiligung von acht renommierten Implantat- und Materialherstellern sowie einem Abrechnungsdienstleister aus Deutschland. Das seit 25 Jahren erfolgreiche Kölner Curriculum startet am 18. Oktober 2024 – ausgebucht – in die nächste Runde.



Die orale Implantologie ist inzwischen einer der wichtigsten Bereiche der Zahnmedizin. Der BDIZ EDI bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten die Möglichkeit, das

nötige Wissen strukturiert zu erlernen. Das Curriculum ist sehr gut geeignet für Anfänger, aber auch für Fortgeschrittene, um die orale Implantologie aktiv zu be-

treiben bzw. um sich vertiefend mit der Disziplin zu beschäftigen. Von den Grundlagen über die Chirurgie, Prothetik und Fragestellungen zur Demografie, Medi-

zin, Biologie und Mechanik umfassen die acht Kursmodule das gesamte Spektrum des Wissens rund um die Implantologie.

Die Historie

Das bisherige Curriculum Implantologie des BDIZ EDI ist seit 25 Jahren fester Bestandteil in der postgradualen Fortbildung des BDIZ EDI. Die Kurse, die aus acht Modulen bestehen und über einen Zeitraum von einem Jahr durchlaufen werden können, finden seit 25 Jahren in Kooperation mit der Universität zu Köln unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller statt.

Neu im Süden

Aufgrund der hohen Nachfrage bietet der BDIZ EDI nun erstmals zusätzlich zum Kölner Curriculum auch einen Kurs im Süden Deutschlands an, der von Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Jörg Neugebauer und Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg aus der Gemeinschaftspraxis Dres. Tröltzsch in Ansbach und Vorstandsmitglied im BDIZ EDI, auf der Basis des erfolgreichen Kölner Curriculums konzipiert und weiterentwickelt wurde.

Acht Module

Die Teilnehmenden durchlaufen acht Module, die sich in jeweils zweitägigen Präsenzveranstaltungen in Ansbach und München, und in Online-Module aufteilen. Die renommierten Referenten Prof. Dr. Daniel Edelhoff, Lehrstuhlinhaber für Prothetik an der Ludwig-Maximilians-Universität, Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel, Gutachterreferent der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, und Dr. Dr. Markus Tröltzsch werden die weiteren Live-Module Prothetische Konzepte, Sofortimplantation und Sofortbelastung, Diagnostik und Fallplanungen sowie Augmentation und komplexe Implantation leiten.

Diverse weitere in Fachkreisen namhafte Referentinnen und Referenten beleuchten eine Vielzahl an chirurgischen, medizinischen, zahnärztlichen, chemischen und

physikalischen Aspekten rund um die orale Implantologie in Online-Seminaren, die sich die Teilnehmenden zur Vorbereitung auf die Abschlussveranstaltung auch on demand ansehen können. So geht es beispielsweise um biologische und mechanische Themen, um die individuelle Fallplanung und natürlich um den Umgang mit verschiedenen Implantatsystemen. Dazu sind auch die wichtigsten Implantat- und Materialhersteller aus Deutschland und Europa mit an Bord. Bereits in Modul 1 konnten sich die Teilnehmenden mit den unterschiedlichen Systemen auseinandersetzen.

Einer der erfahrenen Teilnehmer, der schon über sechs Jahre implantologische Erfahrung gesammelt hat, lobte insbesondere die Vielfalt der dargestellten Systeme und die Möglichkeit, sich mit ihnen in kleinen Gruppen und in aller Ruhe zu beschäftigen. Als Vertreter der Industrie bewertete Markus Knabel von der Firma Camlog den Auftakt als äußerst gelungenen Start und sieht hier eine neue Referenz für Fortbildung gesetzt.

Save the Date

Das Curriculum Implantologie Süd 1 endet am Wochenende des 23./24. Mai 2025 in



Vesna Heins aus Bonn ist Teilnehmerin des Curriculum Implantologie.

Testimonial

Beim ersten Modul im Hotel „Das Hürner“ in Ansbach bestätigte die Teilnehmerin Vesna Heins, angestellte Zahnärztin aus Bonn, das moderne Konzept aus Präsenz- und Online-Veranstaltungen: „Als voll berufstätige Mutter zweier kleiner Kinder ist es superpraktisch, zu wissen, wenn ich vor Ort bin, dann ist es hands-on, und wenn es ums theoretische Lernen geht, dann kann ich das auch zu Hause machen, so wie ich das möchte und wie es für mich in meine Work-Life-Balance passt!“

Ansbach mit den Abschlussarbeiten der Teilnehmenden. Bereits im September 2025 startet Curriculum 2 – wieder unter Leitung von Dr. Dr. Markus Tröltzsch, der mit der Akzeptanz dieses ersten Kurses hochzufrieden ist: „Wir vom BDIZ EDI sind begeistert von diesem erfolgreichen Auftakt. Das Konzept der modernen Wissensvermittlung im Mix aus Präsenz und online und der große Übungsanteil in den Workshops kommt bei den Kolleginnen und Kollegen an!“

AWU



Dr. Dr. Markus Tröltzsch eröffnet das Curriculum Süd.



Volle Konzentration am Eröffnungstag.

Impressionen vom Auftakt des 1. Curriculum Süd in Ansbach

Ein gelungener Start für das erste Curriculum Süd in Ansbach: 28 Teilnehmer hatten am 27. und 28. September die Möglichkeit, an Hands-on-Workshops von acht führenden Implantat- und Materialherstellern sowie einem namhaften Abrechnungsservice teilzunehmen. Der BDIZ EDI bietet damit nun auch im Süden Deutschlands einen umfassenden Einführungskurs in die Implantologie an, der durch einen hohen Praxisanteil besticht. Die im ersten Modul erlernten praktischen Grundlagen sollen den Teilnehmern als Fundament für die kommenden theoretischen Module dienen. Teilnehmerin Ilke Aydin-Demirel zeigte sich begeistert: „Als Anfänger finde

ich es total nett, dass ich (...) Hands-on-Workshops machen und viel lernen kann. Hier gibt es eine sehr gute Kommunikation untereinander.“ Dr. Dr. Markus Tröltzsch leitete die Veranstaltung. Neben ihm war auch BDIZ EDI-Präsident Christian Berger vor Ort, der in seiner Ansprache die Gleichwertigkeit der beiden Curricula in Köln und Süd hervorhob. Das zweite Präsenzmodul „Diagnostik und chirurgische Techniken“ findet am 8. und 9. November erneut in Ansbach statt.

MIF

Fotos: Medical Media Sight



Christian Berger und Markus Tröltzsch im intensiven Austausch.



Abrechnungsexpertin Anja Schulte-Frankenfeld genießt den Kaffee nach ihrem Vortrag.



Interessierte Teilnehmende verfolgen die Vorträge am Anführungstag.



Worum geht es, wie läuft es ab, was ist wichtig? Kursleiter Dr. Dr. Markus Tröltzsch erläutert den Ablauf.



Presschefin Anita Wuttke übergibt die Teilnehmerunterlagen.

Gut gelaunte Repräsentanten der Dentalindustrie



Die Tröltzsch-Brüder – beide Referenten des Curriculum – im Austausch.



Hands-on-Workshops in kleinen Gruppen.



Das Curriculum Süd-Maskottchen.



Welche Materialien benötigt der implantologisch tätige Zahnarzt?

RÜCKSCHAU

BGH-Urteil zu Zahnersatz

Nur Unterschrift des Patienten nötig

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 2. Mai 2024 entschieden, dass Zahnärzte für ihren Vergütungsanspruch keinen unterschriebenen Heil- und Kostenplan von gesetzlich versicherten Patienten benötigen. In vorherigen Instanzen wurde die Klage der Zahnärztin abgewiesen. Das Landgericht Berlin argumentierte, die Unterschrift sei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erforderlich. Das Kammergericht Berlin verneinte dies zwar, lehnte den Anspruch jedoch mit der Begründung ab, ein Schriftformerfordernis ergebe sich aus § 8 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z). Der BGH stellte klar, dass es für Zahnersatzbehandlungen kein gesetzliches Schriftformerfordernis nach dem BMV-Z gibt. Die Kosten müssen vorab durch einen Heil- und Kostenplan festgelegt und von der Krankenkasse geprüft werden, was ausreichende Transparenz und Schutz vor übereilten Entscheidungen gewährleistet. Dabei gilt es nach wie vor zu beachten: Wenn ein Patient die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung selbst trägt, muss der Zahnarzt den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform über die voraussichtlichen Kosten informieren. Das kann zum Beispiel durch die Übergabe einer ausgedruckten Kostenaufstellung geschehen. Dies ist gesetzlich in § 630c Abs. 3 BGB geregelt.

Quellen: DZR vom 4.7.2024, Az. III ZR 197/23

Initiative proDente

Dr. Ermler an der Spitze



Die proDente-Mitgliederversammlung hat am 4. September erneut Dr. Romy Ermler, Dr. Markus Heibach und Klaus Bartsch in den Vorstand der Initiative gewählt. Dr. Romy Ermler, Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer, wurde abermals zur Vorstandsvorsitzenden gewählt.

Quelle: proDente

Aktuelles Urteil des Sozialgerichts Marburg

Wirtschaftlichkeit bei PAR

Zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit einer Parodontitisbehandlung müssen Zahnärzte die Einhaltung der Parodontitis-Richtlinie dokumentieren. Das hat das Sozialgericht Marburg nun in einem Urteil klargestellt. Nach der alten Richtlinie war ein aktuelles Röntgenbild nicht zwingend erforderlich, solange die Dokumentation die Gründe dafür deutlich machte. Im Fall eines Zahnarztes aus Hessen fehlte es jedoch an dieser klaren Dokumentation. Er hatte im zweiten Quartal 2021, noch vor Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie, eine Parodontitisbehandlung abgerechnet. Die Prüfungsstelle beanstandete das Fehlen aktueller Röntgenbilder und kürzte das Honorar um 347,30 Euro. Der Zahnarzt argumentierte, er habe aus Strahlenschutzgründen auf die Röntgenaufnahmen verzichtet, da sie medizinisch nicht notwendig gewesen seien und die Therapie ordnungsgemäß durchgeführt worden sei. Das Sozialgericht Marburg akzeptierte diese Argumentation nicht. Es stellte fest, dass die alte PAR-Richtlinie „aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate)“ Röntgenaufnahmen verlangte und diese als untergesetzliche Norm für Zahnärzte verbindlich sei. „Die Einhaltung der Behandlungsrichtlinien sind Voraussetzung einer wirtschaftlichen Parodontitisbehandlung. Ein Vertragszahnarzt hat die Dokumentation so zu führen, dass die erbrachten Leistungen für einen Zahnarzt nachvollziehbar sind. Aus ihnen muss auch die Einhaltung der Behandlungsrichtlinien hervorgehen“, heißt es in dem Marburger Urteil. Zur Begründung erklärten die Richter, dass die Prüfungsgremien in der Regel von der Richtigkeit der Dokumentation auszugehen haben. Damit beruhe die Abrechnung im Wesentlichen auf den Angaben des Vertragszahnarztes. „Im Umkehrschluss muss sich dieser aber an seiner eigenen Dokumentation festhalten lassen und ist ihm der Einwand, er habe die Leistungen, zu deren Dokumentation er verpflichtet ist, zwar nicht dokumentiert, aber dennoch erbracht, abgeschnitten.“

Nach der neuen PAR-Richtlinie sind Röntgenaufnahmen nur noch „in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation“ erforderlich (§ 3 Abs. 2). Das Argument des Zahnarztes, wegen des Strahlenschutzes sei dies als „Stand der medizinischen Erkenntnisse“ heranzuziehen, akzeptierte das Sozialgericht nicht. Maßgeblich sei immer die im Abrechnungszeitraum geltende Richtlinie. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss sei das Problem der Strahlenbelastung auch bei Verabschiedung der alten Richtlinie sicherlich bekannt und bewusst gewesen.

Quellen: adp-Newsletter, Urteil SG Marburg vom 12.6.2024, Az.: S 12 KA 218/23

VORSCHAU

KBV und KZBV mit wichtigen Informationen für (Zahn-)Arztpraxen

Die ePA kommt

Die neue elektronische Patientenakte („ePA für alle“) kommt. Ab dem 15. Januar 2025 wird sie für alle gesetzlich Versicherten Realität. Zur Vorbereitung auf die elektronische Patientenakte ab 2025 stellt die KBV zahlreiche Informationsangebote bereit. „Wir wollen die Praxen bei der Einführung und Nutzung der Akte bestmöglich unterstützen“, sagte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner. Erste neue Materialien sind online verfügbar. Eine neue Auflage der *PraxisInfoSpezial* enthält Basiswissen rund um die elektronische Patientenakte (ePA). Darin wird unter anderem erläutert, welche medizinischen Daten Praxen künftig einpflegen müssen, wie der Zugriff auf die ePA erfolgt und welche Informations- und Dokumentationspflichten Ärzte und Psychotherapeuten haben. Auch Fragen, ob eine Einsichtnahme bei jedem Patientenkontakt routinemäßig notwendig ist oder welche Widerspruchsmöglichkeiten Versicherte haben, werden beantwortet. Mit der ePA kommt nach der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem E-Rezept eine weitere neue Anwendung der Telematikinfrastruktur auf die Praxen zu. Noch hat kein Hersteller sein neues ePA-Modul vorgestellt. Nach den Plänen des BMG muss die Industrie die Praxen bis zum 15. Januar 2025 ausstatten. Dann beginnt zunächst eine vierwöchige Pilotphase in Modellregionen. Verlaufen die Tests reibungslos, soll der bundesweite Roll-out erfolgen. Als Starttermin strebt das Ministerium den 15. Februar an.

Hinweis

Die Nutzung der ePA bleibt nach wie vor freiwillig. Versicherte können zwar jederzeit widersprechen, auch nach dem 15. Januar 2025, jedoch müssen sie es aktiv tun – deshalb Opt-out-Verfahren. Eine bereits angelegte Akte wird nach Eingang des Widerspruchs wieder gelöscht.

Quelle: KVB vom 6.9.2024

Elektronische Patientenakte ePA

Start im Januar 2025

Die elektronische Patientenakte ePA soll am 15. Januar 2025 verpflichtend eingeführt werden. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die gematik geben in einer Videoaufzeichnung Einblicke in die ePA für alle. Neben Praxistipps wird die ePA in einem fiktiven zahnärztlichen System demonstriert. Über den QR-Code gibt es die Videoaufzeichnung.



Quelle: gematik vom 19.9.2024

Bündnis Gesundheit mit Forderungen an die Bundesregierung

Doppelte demografische Herausforderung

Durchschnittsalter und Behandlungsbedarf der Bevölkerung steigen. Gleichzeitig scheiden demnächst viele Beschäftigte altersbedingt aus dem Gesundheitswesen aus. Gegen diese demografische Krise fordert die Vertreterschaft von ca. vier Millionen Beschäftigten des Gesundheitswesens die Bundesregierung auf, der Sicherung der Gesundheitsversorgung Priorität beizumessen. Alle Politikbereiche müssen einbezogen werden. Das Bündnis Gesundheit hat ein an das Bundeskanzleramt adressiertes Maßnahmenpapier entwickelt, das am 19.9.2024 vorgestellt wurde. Es skizziert drei Handlungsfelder:

- Fachkräftesicherung
- patientengerechte Versorgungsstrukturen und -steuerung
- nachhaltige Finanzierung

Das Bündnis ist ein Zusammenschluss der in der Versorgung tätigen Gesundheitsberufe, dem auch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) angehört. Mit Blick auf die Herausforderungen sei es gemeinsames Ziel, den Standard der Gesundheitsversorgung in Deutschland aufrechtzuerhalten. Deutschland steuere auf eine demografische Krise zu, die bereits in drei bis fünf Jahren zu tiefen Einschnitten des Leistungsniveaus führen kann. Dem Thema Gesundheit müsse eine neue, angemessene Bedeutung eingeräumt werden, umso mehr, als mit Klimawandel, Kriegen, Migration und potenziellen Pandemien zusätzliche Herausforderungen anstünden. „Es reicht nicht, Maßnahmen und Reformen auf das Gesundheitssystem zu beschränken. Die Herausforderungen haben eine Größenordnung erreicht, die nur durch übergeordnete Schwerpunktsetzung und Koordination geschultert werden können“, heißt es in der Verlautbarung. Die Forderungen:



Quelle: PM der BZÄK vom 19.9.2024

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

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

Oktober



5. Oktober

Dr. Roman Krammer (Amberg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

12. Oktober

Dr. Bruno Spindler (Oppenau)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. Oktober

Dr. Bart van de Voort (Linnich)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

24. Oktober

Dr. Otto Tatge (Oldenburg)

zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

26. Oktober

Dr. Ralf Richter (Kelkheim)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

29. Oktober

Dr. Georg Bach (Freiburg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

30. Oktober

Dr. Johannes Beckmann (Köln)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

November



2. November

Dr. Niels Never (Hamburg)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

5. November

Dr. Marika Halbach-Spielau (Kevelaer)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. November

Dr. Ulrike Heiden (Karlsruhe)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

11. November

Dr. Martin Heinkele (Freiburg)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

15. November

Dr. Peter Dietrich (Augsburg)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

18. November

Dr. Manfred Lehnen (Köln)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

18. November

Dr. Martin Bertram (Karlsruhe)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

18. November

Dr. Heimo Mangelsdorf (Nürnberg)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

19. November

Dr. Harald Fahrenholz (Wien)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

21. November

Dr. Wolfgang Ungermann (Rothenburg)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

21. November

Dr. Jens Dreißig (Dinkelsbühl)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. November

Dr. Siegfried Ruck (München)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

25. November

Dr. Norbert Kromer (Nürnberg)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

30. November

Dr. Fritz Chluba (Oberriexhingen)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs



Dezember



2. Dezember

Dr. Reinhard Schneider (Baden-Baden)
zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

7. Dezember

Dr. Paul Möllers (Emsdetten)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

9. Dezember

Dr. Stephan Hausknecht (Würselen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

12. Dezember

Dr. Christian Eschrich (München)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

14. Dezember

Jochen Muenk (Hildesheim)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

15. Dezember

Dr. Teut-Achim Rust (Solingen)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

20. Dezember

Johann Ullmann (Sachsenheim)
zur Vollendung des 90. Lebensjahrs

22. Dezember

Klaus Goldschmidt (Lingen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

25. Dezember

Prof. Dr. Jörg Neugebauer (Reichling)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

26. Dezember

Edgar Großimlinghaus (Eschweiler)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

26. Dezember

Dr. Uwe Steinhaus (Krefeld)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. Dezember

Dr. Peter Beckmann (St. Wendel)
zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

28. Dezember

Heinz Kreil (Rotthalmünster)
zur Vollendung des 75. 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 „halb-runden“ Jahrestagen.

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

Rede des Präsidenten des BDIZ EDI anlässlich der Mitgliederversammlung 2024 in Dresden



Rückblick und Ausblick des BDIZ EDI

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

2025 soll die Budgetierung von zahnärztlichen Leistungen enden, so steht es im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Bis Ende des Jahres muss das Budget 2025 für die zahnärztliche Versorgung der GKV-Versicherten reichen – das wird es nicht.

Für Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach stehen wir aber sehr weit unten auf seiner To-do-Liste. Die Krankenhausreform, sein ambitioniertestes Unterfangen, verursacht weitere Milliardenbelastungen. Lauterbach spricht von 50 Milliarden für den Transformationsfonds. Das wird den Verhandlungsspielraum der Zahnärzteschaft auch nach Auslauf der Budgetierung aller Voraussicht nach weiter einschränken.

Warum spreche ich überhaupt über GKV und Budgetierung? Weil es auch die PAR-Strecke für die systematische Behandlung der Parodontitis betrifft, die seit 1.7.2021 gemäß S3-Leitlinie neue BEMA-Leistungsziffern vorhält. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese Leistungen als selbstständige Leistungen deklariert und bewertet. Ein richtiger Schritt in die richtige Richtung, aber leider fehlt eine adäquate GOZ. Leider entsprechen die „alten“ Leistungsziffern der GOZ aus 2012/1988 nicht mehr dem aktuellen leitlinienbasierten Standard. Das ist genau das Dilemma, das wir mit der BDIZ EDI-Tabelle seit Jahren beschreiben: Der privatversicherte Patient wird immer mehr zum Patienten zweiter Klasse. Und bei dieser Parodontistherapie wird das am Erstattungsverhalten der Versicherungen bei Analogleistungen überdeutlich.



1. Damit möchte ich zur BDIZ EDI-Arbeit überleiten, denn wir reagieren auf verschiedenen Wegen auf das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und auf die Auswirkungen auch auf die GOZ – das ist unser Schwerpunktthema! Das Wichtigste vorab: Die neue BDIZ EDI-Tabelle, die Sie Ende Juli erhalten haben, zeigt für die PAR-Behandlung in der GOZ einen Weg auf, den wir mit der Tabelle seit 2023 erfolgreich beschreiten. Es ist neben § 2 Abs. 1 GOZ die Analogabrechnung.
2. Wir haben erstmals mit der Tabelle 2022 den „neuen“ parodontologischen Leistungen Analogpositionen gegenübergestellt. Seit 2024 haben wir das auf alle parodontologischen Leistungen ausgedehnt. Die Tabelle 2024 zeigt zudem anschaulich, dass wir 101 GOZ-Ziffern im 2,3-fachen Steigerungssatz haben, die niedriger bewertet werden als der BEMA. Die Schere geht immer weiter auf: Wir haben inzwischen auch 43 Leistungen im 3,5-fachen Satz, die niedriger sind als der BEMA.
3. Unsere Begründung und die einiger Kammern ist die folgende: Da die Wissenschaft mit der neuen S3-Leitlinie eine wertvolle Grundlage zur Parodontitistherapie geliefert und der G-BA mit der BEMA-Richtlinie deutlich höhere Vergütungen bei GKV-Versicherten festgesetzt hat als in der Vergangenheit, wird auch beim Privatpatienten dieser systematische Therapieablauf als Gesamtkonzept leitliniengemäß umzusetzen sein, um eine dem State of the Art der GKV gleichwertige Behandlung zu gewährleisten. Der Bundesgerichtshof führte dazu schon 2004 aus: „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).
4. Unsere neue Analog-Tabelle mit Chairside-Leistungen als Ergänzung zur BDIZ EDI-Tabelle enthält mehr als 200 Leistungen aus allen Kapiteln der GOZ, für die wir bewusst niedrige Steigerungsfaktoren vorgeschlagen haben, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten. Wir werden bei Auseinandersetzungen mit der PKV den betroffenen Mitgliedern bei der Durchsetzung ihrer berechtigten Honoraransprüche helfen.
5. Wir Zahnärzte in Deutschland haben in den vergangenen Jahrzehnten im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik wenig bis nichts erreicht und werden das wohl auch in Zukunft nicht.

Unser Verband ist vor 35 Jahren als Antwort auf die GOZ 1988 gegründet worden. Seither haben wir viele unterschiedliche Wege beschritten – bis hin zum Bundesverfassungsgericht. Wie Sie sicher wissen, haben sechs Zahnärzte (hauptsächlich aus dem Vorstand) auf Initiative des BDIZ EDI und mit Unterstützung unseres Justiziaris – an dieser Stelle, danke, Thomas Ratajczak, für die unglaubliche Vorarbeit – Klage beim Verwaltungsgericht Berlin eingereicht. Die Mühlen mahlen langsam, denn das Bundesgesundheitsministerium schöpft alle zeitlichen Möglichkeiten aus. Doch letztlich – und wir hoffen noch in der Amtsperiode von Lauterbach – muss das BMG Stellung beziehen.

Bereits 2022 haben wir uns entschlossen, rechtliche Schritte gegen den Gesetz-/Verordnungsgeber einzuleiten, wegen Ungleichbehandlung bei den Honorarordnungen und wegen 65 Jahre Stillstand beim GOZ-Punktwert. Wir beklagen die jahrzehntelange Nichtbeachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 15 ZHG durch Nichtanpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte. Die Bundesregierung hat scheinbar keine Probleme, die Gebührenordnung für Tierärzte regelmäßig an die Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse anzupassen, zuletzt zum 01.10.2022. Auch die Juristen erhalten nun wieder eine Honorarerhöhung. Diese Ungleichbehandlung verletzt den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und die Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte (Art. 12 Abs. 1 GG).



Liebe Mitglieder,

Ihr BDIZ EDI hilft und unterstützt Sie in Sachen Abrechnung also auf drei Ebenen: betriebswirtschaftlich, politisch und rechtlich! Meine Ausführungen und die dazugehörigen Papiere finden Sie auf unserer Website und als Schwerpunktthema im neuen BDIZ EDI konkret. Nicht vergessen zu erwähnen möchte ich die Abrechnungshotline mit Kerstin Salhoff, die wir unseren Mitgliedern seit 2017 anbieten und die jeden Dienstag von 8 bis 12 Uhr ihre Abrechnungsfragen beantwortet. Frau Salhoff und ihre Mitarbeiterin haben mit mir an der Analogtabelle gearbeitet.

Mit der BDIZ EDI-Tabelle 2024 und der Analog-Tabelle mit Chairside-Leistungen zeigen wir den Praxen einen Weg für ihr betriebswirtschaftliches Auskommen. Bitte nutzen auch Sie alle die Möglichkeiten, die wir damit eröffnen.

Fortbildung

Auch im Bereich Fortbildung nimmt der BDIZ EDI Fahrt auf. Dazu wird Ihnen Joachim Zöller gleich mehr berichten. Vielleicht ein Satz zum Curriculum Implantologie in Köln. Das 25. Curriculum wird demnächst beendet sein und für das 26. haben wir bereits eine große Interessentenschar.

Das Curriculum ist eine Erfolgsgeschichte mit inzwischen insgesamt fast 1.000 Teilnehmer/innen, die den Kurs erfolgreich absolviert haben und von denen über 80 Prozent nach wie vor Mitglied im BDIZ EDI sind. Mehr dazu und von unserem jüngsten Unterfangen, dem Curriculum Süd, das Ende September stattfand, von Joachim Zöller.

Kommunikation

Um Geld und Ressourcen zu sparen, informieren wir Sie regelmäßig über den Newsletter des BDIZ EDI. Sofern Sie ihn abonniert haben, werden Sie regelmäßig mit Nachrichten zur Situation und natürlich über Online- und Präsenzveranstaltungen informiert. Derzeit sind ca. 2.300 unserer Mitglieder im Verteiler. Wenn Sie den Newsletter nicht bekommen, wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle.



Konsensuskonferenzen

Der BDIZ EDI beteiligt sich nicht nur an den Konsensuskonferenzen Implantologie, sondern sitzt auch in den Leitlinienkonferenzen von DG Paro, DGI, DGZMK, um mit der fachlichen Kompetenz der breit aufgestellten Implantologie mitzuarbeiten. Für uns ist es wichtig dabei zu sein, um ggf. einer falschlaufenden Entwicklung gegensteuern zu können. Beispiel: Okklusion.

Gutachter-Arbeit

Wir hatten jüngstens unsere 34. Gutachterkonferenz Implantologie im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei unserem Kooperationspartner der Landeszahnärztekammer Sachsen und insbesondere bei Kammerpräsident Dr. Thomas Breyer und seinem Stab bedanken, ebenso bei der KZV Sachsen, in deren Räumen wir tagen.

Europa-Arbeit

Im Mai 2024 war der BDIZ EDI bei dem Vier-Kammer-Treffen, bestehend aus den Zahnärztekammern aus Tschechien, Sachsen, Bayern und Österreich, in Český Krumlow aktiv dabei. Dazu demnächst mehr im BDIZ EDI konkret. Das Europa-Symposium fand in diesem Jahr in Split statt und hat gezeigt, dass wir feine, kleine Symposien mit hochwertigen Vorträgen und renommierten Referentinnen und Referenten veranstalten können. Für 2025 planen wir, am 20. Juni nach Stockholm zu gehen.

In diesem Jahr feiern wir 35 Jahre BDIZ EDI. Dazu haben wir die Gründungsmitglieder eingeladen, sich mit uns hier in Dresden zu treffen. Ich darf sehr herzlich den Kollegen Werner Hotz begrüßen, der zu den Gründungsmitgliedern gehört. Ich freue mich persönlich sehr, Sie bei uns zu haben. Leider haben wir im April erfahren, dass ein weiteres Gründungsmitglied verstorben ist: Dr. Hans-Joachim Foet. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Ausblick

Anfang März nächsten Jahres findet das 20. Experten Symposium statt, anschließend die IDS 2025. Für uns ist es wichtig, dabei zu sein, um unsere Arbeit auch einem breiteren Publikum vorzustellen. Es ist für uns wichtig, bei dieser großen Dental-Schau Präsenz zu zeigen, sei es, um uns international mit unseren assoziierten Partnerverbänden vor- und darzustellen oder um den BDIZ EDI als wichtigen Gesprächspartner in den Bereichen Implantologie, Abrechnung und Recht im Spiel zu halten.

Publikationen, Internet, Soziale Netzwerke

Erlauben Sie mir einen Hinweis auf unsere Internetseite und den Newsletter, mit dem wir Sie brandaktuell insbesondere über neueste Nachrichten und über die Webinare informieren. Nutzen Sie diesen Wissensvorsprung und abonnieren Sie den Newsletter über unsere Internetseite, falls Sie das noch nicht getan haben. Sie erhalten wertvolle Hinweise über aktuelle und hilfreiche Vorlagen zum Herunterladen und natürlich viel Wissenswertes über Abrechnungs- und Rechtsthemen.

Ein Tipp: Nutzen Sie auf jeden Fall den Zugang zum Mitgliederbereich. Nur über diesen Weg können Sie die Webinare nochmals ansehen, wichtige Formulare oder Checklisten herunterladen und die Urteile-Datenbank nutzen.

Wir sind inzwischen auf fast allen Kanälen der sozialen Medien präsent: Facebook, Instagram, Twitter und YouTube – wir würden uns freuen, wenn Sie uns auch hier folgen würden!

Vorstand

Unsere Vorstandsmitglieder haben auch im abgelaufenen Geschäftsjahr mit viel Herzblut und Engagement mitgearbeitet, um die Information und unsere Empfehlungen an Sie weiterzugeben. Dafür möchte ich mich herzlich bedanken: bei Joachim Zöller, Jörg Neugebauer, Detlef Hildebrand, Stefan Liepe, Wolfgang Neumann, Freimut Vizethum, Renate Tischer, Nathalie Khasin und seit 2021 Markus Tröltzsch, der nicht nur ein gefragter internationaler Referent ist, sondern der auch mit seinen Ideen bei uns für frisches Blut sorgt.



Vielen Dank für Eure Mitarbeit!

Das gilt ebenso für alle, die in unseren Ausschüssen mitarbeiten, nicht zuletzt auch unseren Kassenprüfern.

Mitgliederstand

Wir haben, Stand 29.06.2024, 2.288 Mitglieder insgesamt. Es wird sehr deutlich, dass viele Mitglieder der ersten Generation dabei sind, die also mehr als 20, ja 30 Jahre in den Praxen stehen, aber auch Mitglieder, die peu a peu ihre Praxen aufgeben. Die meisten bleiben dennoch beitragsfrei im Verband, was uns sehr freut. Das ist ein klares und deutliches Statement für den Verband und seine Arbeit.

Auf der anderen Seite benötigen wir den Nachwuchs, um auch in Zukunft nach innen und außen stark zu bleiben und um auf neue Gesetze, Regulierungen und Verordnungen reagieren zu können. Ich möchte an Sie appellieren, mitzuhelfen, dass wir auch in Zukunft stark bleiben. Sprechen Sie Ihren Nachwuchs in der Praxis an, zeigen Sie ihnen, was wir zu leisten imstande sind. Das haben wir in dieser Zeit ja auch bewiesen. Ich bedanke mich herzlich bei Ihnen für Ihr Erscheinen heute hier in Dresden.

Am Ende möchte ich mich bei den Mitarbeiterinnen des BDIZ EDI bedanken: Frau Karanikas in München und Frau Salhoff, die die Abrechnungshotline betreut. Und ich möchte mich bei Frau Wuttke bedanken, die seit vielen Jahren unsere Pressearbeit macht, sich um die Europaangelegenheiten kümmert und als Chefredakteurin unsere Magazine BDIZ EDI konkret und EDI Journal betreut.

Herzlichen Dank allen, die heute hier erschienen sind, und allen Mitgliedern, die uns im Vorstand mit ihrem Feedback den Rücken stärken.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ihr



Christian Berger
Präsident



infotage 2024 **FACHDENTAL**

*total dental.
regional.
persönlich.*

*Die wichtigsten Fachmessen für
Zahnmedizin und Zahntechnik
in den Regionen.*

08.-09.11.2024
Frankfurt

**Jetzt
Ticket
sichern!**



[www.infotage-fachdental.de/
frankfurt](http://www.infotage-fachdental.de/frankfurt)



BDIZ EDI-Checklisten nach wie vor begehrt

Chefsache: zahnärztliche Dokumentation

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren BDIZ EDI: Bereits vor der Corona-Pandemie hatte der BDIZ EDI die zahnärztliche Dokumentation zur Chefsache erklärt. 2020/2021 bot der Verband ein Webinar zum gleichlautenden Thema an. Im Mitgliederbereich des Internetauftritts gibt es die Checklisten zum Herunterladen. Sie zeigen übersichtlich, wie zahnärztliche Dokumentation funktioniert.



„Die Abrechnungssoftware ist von Rechts wegen nebensächlich“, klärt Prof. Dr. Ratajczak auf. „Die abrechenbaren Leistungen folgen der Behandlung und nicht umgekehrt!“ Konkret: Die abrechenbaren Leistungen müssen sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben und nicht die Behandlung aus der Abrechnungsdokumentation.

Was muss in der Patientenakte dokumentiert werden? Wie ausführlich muss die Dokumentation sein? Wie werden nachträgliche Änderungen im Arzthaftungsprozess beurteilt? Diese und weitere nach wie vor drängende Fragen beantwortet der BDIZ EDI mit den Checklisten online.

Sie ist die wichtigste Grundlage im (Zahn-)Arzthaftungsprozess: die Behandlungsdokumentation. Sieben Jahre nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes beobachtet BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak nach wie vor, dass der richtige Umgang mit der Dokumentation bei vielen niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten noch nicht angekommen ist. Aus diesem Grund bietet der BDIZ EDI eine Checkliste rund um die zahnärztliche Dokumentation: Information, Hintergrund, Expertenmeinung und Checklisten zur Verwendung in der Praxis.

Was gehört zur Behandlungsdokumentation, was in die Abrechnungsdokumentation? Was muss in der Patientenakte gespeichert sein und was gehört nicht hinein? Vor Gericht erfährt der Sinfelfinger Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht häufig, wie unbeholfen und unzulänglich das Thema in den Praxen behandelt wird. Dabei ist die zahnärztliche Dokumentation mit § 630f BGB längst Teil der Rechtsprechung. Und es ist nach Meinung Ratajczaks nicht damit getan, mit einer entsprechenden Abrechnungssoftware zu dokumentieren.

Checklisten finden

Unter www.bdizedi.org

- > Mitglieder
- > Exklusiv für Mitglieder

sind die Checklisten zu finden – oder noch einfacher: QR-Code scannen. Sie müssen als Mitglied angemeldet sein!



Seit 50 Jahren Zahnärztin: BDIZ EDI-Vorstandsmitglied Dr. Renate Tischer

Powerfrau aus Bad Salzungen

Dr. Renate Tischer war nach der innerdeutschen Wende eine der ersten Zahnärztinnen im östlichen Teil Deutschlands, die sich nicht nur die eigene Praxis in Bad Salzungen aufgebaut haben, sondern die die orale Implantologie als damals noch junge zahnärztliche Disziplin erlernt und in die Praxis integriert hat.

In der ehemaligen DDR gab es keine Zahnarztpraxen in der heutigen Form. Dr. Tischer arbeitete an der Uni in der Traumatologie und operierte Gesichtsverletzungen. Kaum war die Wende vollzogen, gründete sie die eigene Zahnarztpraxis und holte sich das Wissen über die orale Implantologie, die Anfang der 90er-Jahre auch noch in den Kinderschuhen steckte, in die eigene Praxis. So kam sie mit dem Vater des BDIZ EDI, Professor (h.c.) Egon Brinkmann, in Kontakt und scheute sich nicht, zum „Vater“ der Implantologie, Per-Ingmar Branemark, nach Schweden zu fahren, um zu lernen.

Seit 2001 ist Dr. Tischer im Vorstand des BDIZ EDI aktiv. Damals ging es im BDIZ auch um den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie, den der Verband gegen den Willen der damaligen Zahnärztekammern vor dem Bundesverfassungsgericht durchgesetzt hat. Der Tätigkeitsschwerpunkt gehört heute in den zahnärztlichen Disziplinen zu den Zertifizierungen, die ein hohes Maß an Können voraussetzen, und die Zertifizierung muss alle fünf Jahre erneut beantragt werden. Damals versuchte die Zahnärztekammer Dr. Tischer den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie wieder abzuerkennen. Gemeinsam mit dem damaligen Vorsitzenden des BDIZ musste sie einen Rechtsstreit gegen die Zahnärztekammer führen, den sie auch gewonnen hat.

2003 stellte sie sich erfolgreich dem Prüfungsausschuss der EDA und wurde Spezialistin der Implantologie. Seit vielen Jahren gehört sie selbst dem Prüfungsausschuss von BDIZ EDI und EDA an und bewertet die Fälle der Anwärterinnen und Anwärter auf den Spezialisten-Titel.



In den Anfangszeiten des BDIZ hat die Zahnärztin aus Bad Salzungen die Studiengruppe des Verbandes in Thüringen aufgebaut und betreut. Heute arbeitet sie gemeinsam mit Tochter Kristin-Theres in der gemeinsamen Praxis, bringt ihre breite Erfahrung auch weiterhin in den BDIZ EDI ein und beweist, dass sie eine Powerfrau ist – damals wie heute.

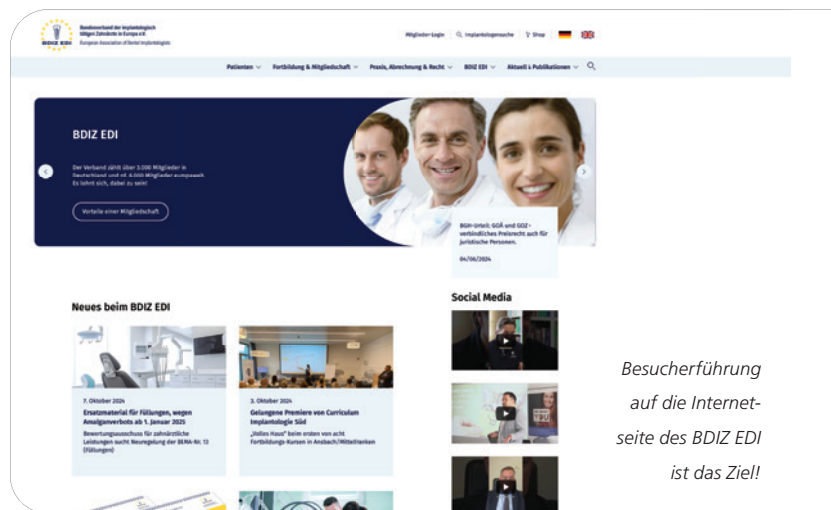
AWU

Social Media und BDIZ EDI

Story, Beitrag und Reel

Die Nutzung der sozialen Netzwerke nimmt beim BDIZ EDI immer mehr an Fahrt auf. Auf dem YouTube-Kanal des BDIZ EDI stehen Webinare, Interviews und Kurzbeiträge zu den vielfältigen Themen, die der Verband behandelt. Um den Social-Media-Auftritt für Leser und Follower abzurunden, möchte die Redaktion an dieser Stelle aufzeigen, welchen Wirkungsgrad der Verband über Instagram und Facebook erreicht und wie auch die Internetseite eingebunden wird.

Anhand eines Zeitraums von Mitte August bis Mitte September zeigen wir an dieser Stelle, welche Themen der BDIZ EDI behandelt. Die auf Instagram gezeigten Videos werden auch mit dem YouTube-Kanal verknüpft.



Besucherrführung auf die Internetseite des BDIZ EDI ist das Ziel!

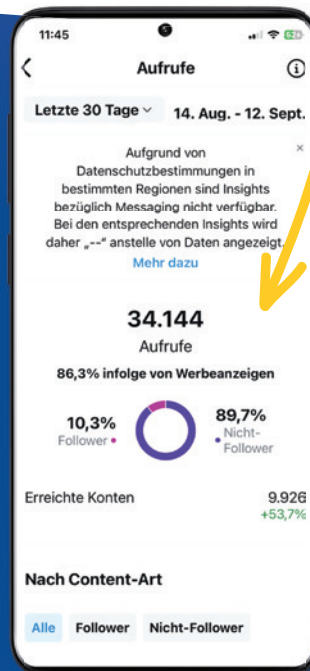
Die bezahlten Anzeigen auf Social Media (Instagram und Facebook) der vergangenen Wochen und Monate.

Die Aufrufe insgesamt innerhalb des angegebenen Zeitraums – also bezahlte und redaktionelle Beiträge.

Es wird deutlich, dass 86,3 Prozent der Aufrufe infolge von Werbeanzeigen erfolgt sind.

Erreicht haben wir fast 90 Prozent Nicht-Follower, wenn es um die bezahlten Anzeigen auf Social Media (Instagram und Facebook) geht.

Die Dauer-Werbung macht bezüglich der gewonnenen Follower durchaus Sinn!



In der Zwischenzeit haben sich die Aufrufe auf ca. 36.000 erhöht, und auch die Follower wachsen stetig. Zum Vergleich: Bei Facebook hat der BDIZ EDI inzwischen fast 1.000 Follower. Der Facebook-Auftritt markierte 2010 auch den Start des Verbandes in den sozialen Netzwerken. In der Zwischenzeit erreicht der Verband seine Mitglieder über den E-Mail-Newsletter, der regelmäßig versandt wird, um über

Neues, wie z. B. Abrechnungs-Webinare, Inhalte von Symposien und Curricula, zu informieren. Falls Sie das noch nicht tun: Bitte folgen Sie Ihrem Verband auf Social Media und besuchen Sie regelmäßig die Internetseite, denn die Infos gibt es nirgendwo schneller.

AWU

Hier finden Sie den BDIZ EDI

Internet:	www.bdizedi.org
Facebook:	bdizediorg
Instagram:	@bdiz_edl
X:	@BDIZEDI
YouTube:	BDIZ EDI Implantologie

Dass die Story fast 50 Prozent Interaktion erreicht hat, liegt an der Frequenz der Postings. Story wird zwei- bis viermal wöchentlich von uns bedient.

Interaktion bedeutet weiterleiten, aber insbesondere auch den eingestellten Link zur Website anklicken.

Klicks auf die Curricula-Info der Internetseite im Zeitraum:

Über den Slide oben:	401 Aufrufe
Curriculum Köln:	294 Aufrufe
Curriculum Süd:	384 Aufrufe
Pressemeldung Curri:	164 Aufrufe



Ziele und Personen der EU-Kommission 2024 bis 2029

Wohlstand, Sicherheit und Demokratie

Vor der Konferenz der Fraktionsvorsitzenden des Europäischen Parlaments legte EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen die Ziele der neuen Kommission dar und stellte ihre Vizepräsidentinnen und -präsidenten vor sowie die von ihr vorgeschlagenen EU-Kommissare. Bis die Kommissare ihr Amt aufnehmen können, wird das EU-Parlament das Personaltableau bis November auf Herz und Nieren prüfen.

Inhaltlich präsentierte die EU-Kommissionspräsidentin ihre Kernprioritäten für die kommenden fünf Jahre. Sie drehen sich um Wohlstand, Sicherheit und Demokratie vor dem Hintergrund der Wettbewerbsfähigkeit der EU im digitalen und ökologischen Wandel, der sich gerade vollzieht. „Wir haben die engen und starren Zuständigkeitskorridore abgeschafft. Dies ist eine der wichtigsten Empfehlungen des Draghi-Berichts.“

Sechs Prioritäten

Sechs Punkte stellte von der Leyen vor: die Stärkung der technologischen Souveränität, der Sicherheit und Demokratie, den Aufbau einer wettbewerbsfähigen, dekarbonisierten Kreislaufwirtschaft – und eines fairen Übergangs für alle, die Entwicklung einer Industriestrategie, bei der Innovation und Investitionen im Mittelpunkt stünden. Des Weiteren zählte sie die Stärkung des europäischen Zusammenhalts und der Regionen auf und damit die Unterstützung für die Menschen in Europa, ihre Kompetenzen zu stärken und das Sozialmodell zukunftsfest zu machen. „Und es geht darum, alles dafür zu tun, dass Europa seine Interessen durchsetzt und in der Welt eine Führungsrolle einnehmen kann. Und das spiegelt sich in den Titeln der sechs Exekutiv-Vizepräsidenten und Vizepräsidentinnen (EVPs) wider“, sagte sie.

Die neue Struktur der EU-Kommission sieht vor, dass die Kommissare die gleiche Verantwortung haben müssten, sich für die gemeinsamen Prioritäten einzusetzen. Für von der Leyen bedeutet dies, dass die Zusammenarbeit im Zentrum steht. So erklärte

sie, dass es keine zusätzliche Ebene von Vizepräsidenten geben wird. In der ersten Kommission von der Leyens leiteten eine Reihe von Exekutiv-Vizepräsidenten Gruppen von Vizepräsidenten und Junior-Kommissaren.

Während die zweistufigen Vizepräsidenten abgeschafft werden, soll die Präsidentin die Exekutiv-Vizepräsidenten weiterhin für eine Gruppe von Kommissaren in einem bestimmten Politikbereich verantwortlich machen. Dennoch gelang es von der Leyen, die Zahl der Kommissions-Vizepräsidenten in ihrem neuen Kollegium zu verdoppeln.

Als weiteren Fokus ihrer Arbeit sieht die Kommissionspräsidentin eine gut austarierte Balance: Sei es nach Geschlecht, den Themenschwerpunkten oder Geografie. Das vorgeschlagene Kollegium weist elf Frauen auf, was einer Quote von 40 Prozent entspricht. Die EU-Kommissionspräsidentin hatte in den vergangenen Wochen nach den ersten Nominierungen aus den Mitgliedsländern versucht, den Frauenanteil der EU-Kommissare zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund will sie ihre Nominierung der sechs EVPs verstanden wissen. „Hier haben wir vier Frauen und zwei Männer. Drei stammen aus Mitgliedstaaten, die vor dem Fall des Eisernen Vorhangs beigetreten sind, und drei aus Mitgliedstaaten, die nach der Wiedervereinigung Europas hinzugekommen sind. Aus dem Baltikum, Skandinavien und Osteuropa. Minister und Ministerpräsidenten. Sie haben unterschiedliche Hintergründe. Aber alle eint das gemeinsame Ziel, und das ist, Europa stärker zu machen.“



Die sechs Exekutiv-Vizepräsidenten

Von der Leyen überraschte mit ihrer Entscheidung, die Rumänin Roxana Mînzatu und die Finnin Henna Virkkunen für die Vizepräsidentschaft vorzuschlagen. Damit erhielten drei Amtsinhaber weniger wichtige Positionen. Zwei von ihnen gelten als Veteranen der Kommission: der Slowake Maroš Šefčovič und der Litauer Valdis Dombrovskis. Auch die Kroatin Dubravka Šuica wurde zurückgestuft.



Teresa Ribera aus Spanien von der Fraktion der Sozialisten (national: PSOE) wird Exekutive Vizepräsidentin für den grünen und digitalen Wandel. Damit ist die derzeitige Ministerin für ökologischen Wandel auch für die Wettbewerbspolitik zuständig. Sie soll Europa auf Kurs halten, die Ziele des europäischen Grünen-Deals zu erreichen. Die Wirtschaft soll dekarbonisiert und gleichzeitig industrialisiert werden.



Henna Virkkunen wird Exekutiv-Vizepräsidentin für Sicherheit, Demokratie und Werte. Die der EVP-Fraktion angehörige Finnin soll für Digitales und disruptive Technologien verantwortlich sein und sich mit den Aspekten der inneren und äußeren Sicherheit befassen, mit den Grundlagen der Demokratie und Rechtsstaatlichkeit.



Stéphane Séjourné soll für Wohlstand und Industriestrategie zuständig sein. Der Franzose ist Renew-Mitglied im Parlament und gehört national den Unabhängigen an. Er wird zugleich für die Industrie, KMUs und den Binnenmarkt zuständig sein und soll die Rahmenbedingungen schaffen, dass die europäischen Unternehmen weiter Erfolg haben – von Investitionen und Innovation, über wirtschaftliche Stabilität bis hin zu Handel und wirtschaftlicher Sicherheit.

erreichen. Die Wirtschaft soll dekarbonisiert und gleichzeitig industrialisiert werden.

Kaja Kallas aus Estland erhält die Außen- und Sicherheitspolitik. Die Estin aus der Renew-Fraktion soll die Brücke zwischen der europäischen Innen- und Außenpolitik schlagen. Laut von der Leyen soll sie sicherstellen, dass „wir eine geopolitische Kommission bleiben“.



Roxana Mînzatu wird als Exekutiv-Vizepräsidentin für Fachkräfte, Kompetenzen und Vorausschau zuständig sein. In ihrer Verantwortung: Kompetenzen, Bildung und Kultur, hochwertige Arbeitsplätze und soziale Rechte vor dem Hintergrund einer schwierigen Demografie. Sie kommt aus Rumänien und gehört der EVP an.



Raffaele Fitto wird Exekutiv-Vizepräsident für Kohäsion und Reformen. Seine Nominierung ist im Parlament nicht unumstritten. Der Italiener gehört der rechtskonservativen EKR (Europäische Konservative & Reformer) an. Er soll zur Modernisierung Europas beitragen und die Kohäsions- und Wachstumspolitiken stärken.



Die nominierten Kommissare

Maroš Šefčovič aus Slowenien erhält zwei Aufgaben: Er wird Kommissar für Handel und wirtschaftliche Sicherheit, was auch die Zollpolitik umfasst. Zudem ist er für interinstitutionelle Beziehungen und Transparenz vorgesehen. In dieser Funktion wird er direkt an die EU-Kommissionspräsidentin berichten. Er gehört zur Fraktion der Sozialisten.



Valdis Dombrovskis von der EVP-Fraktion erhält ebenfalls zwei Aufgaben. Der Lette wird Kommissar für Wirtschaft und Produktivität sowie Kommissar für Implementierung und Vereinfachung. Auch er wird direkt an von der Leyen berichten.



Dubravka Šuica wird Kommissarin für den Mittelmeerraum. Sie soll eng mit Kaja Kallas und vielen anderen Kommissaren zusammenarbeiten, um gemeinsame Interessen mit dieser Region zu entwickeln. Šuica stammt aus Kroatien und gehört der EVP an.





Olivér Várhelyi ist als Kommissar für Gesundheit und Tierschutz nominiert. Der Ungar wird für den Aufbau der Europäischen Gesundheitsunion zuständig sein, den Kampf gegen Krebs fortsetzen und die Gesundheitsvorsorge stärken. Er gehört den Patrioten im EU-Parlament an.



Wopke Hoekstra aus den Niederlanden wird Kommissar für Klima, Netto-Null-Emissionen und sauberes Wachstum. Zu seinem Aufgabenbereich gehören die Implementierung der Klimaziele und Klimaanpassung, die Klimadiplomatie und Dekarbonisierung. Und er wird auch für Steuern zuständig sein. Auch er gehört der EVP an.



Andrius Kubilius aus Litauen (EVP) ist als Kommissar für Verteidigung und Raumfahrt vorgesehen. Er soll sich für die Entwicklung der Europäischen Verteidigungsunion einsetzen und für die Steigerung der Investitionen und industriellen Kapazitäten in diesem Bereich.



Marta Kos aus Slowenien (Renew) soll Kommissarin für Erweiterung werden – auch zuständig für die östliche Nachbarschaft der EU. Sie wird sich für die Unterstützung der Ukraine einsetzen und die Arbeit am Wiederaufbau fortsetzen und soll den Kandidatenländern helfen, sich auf den Beitritt vorzubereiten.



Jozef Sikela wird Kommissar für internationale Partnerschaften. Der Tscheche (Unabhängige Liberale) wird die Arbeit an Global Gateway leiten und soll sicherstellen, dass Europa Partnerschaften abschließt, die in eine gemeinsame Zukunft investieren, die für beide Seiten von Vorteil sind.



Costas Kadis aus Zypern ist als Kommissar für Fischerei und Ozeane nominiert. Er soll diesen Sektor resilienter, wettbewerbsfähiger und nachhaltiger aufstellen und wird den ersten Europäischen Pakt für die Ozeane vorstellen.

Maria Luíz Albuquerque wird EU-Kommissarin für Finanzdienstleistungen und die Spar- und Investitionsunion. Ihre Arbeit umfasst die Vollendung der Kapitalmarktunion, und sie soll sicherstellen, dass auch private Investitionen mehr als bisher Produktivität und Innovation treiben. Die Portugiesin gehört der EVP an.



Hadja Lahbib aus Belgien (Renew-Fraktion) übernimmt Vorsorge und Krisenmanagement. Dies ist ein weiteres neues Portfolio, das sich mit Resilienz, Vorsorge und Katastrophenschutz befassen soll. Sie wird die Anstrengungen der EU-Kommission bei Krisenmanagement und humanitärer Hilfe koordinieren.



Magnus Brunner (EVP) wird Kommissar für Inneres und Migration. Der Österreicher wird sich zudem um die Implementierung des Asyl- und Migrationspakts kümmern – aber auch um die Stärkung der Grenzen und die Entwicklung einer neuen Strategie der inneren Sicherheit.



Jessika Roswall aus Schweden übernimmt als EU-Kommissarin für Umwelt, Wassersicherheit auch die Kreislaufwirtschaft. Hier geht es um den Schutz der Umwelt und dem Bewusstsein, dass eine nachhaltig intakte Wirtschaft ohne intakte Umwelt nicht funktioniert. Sie gehört der EVP-Fraktion an und soll sich auch für einen nachhaltigen Umgang mit Wasser einsetzen.



Piotr Serafin wird Kommissar für Haushalt, Betrugsbekämpfung und öffentliche Verwaltung. Der Pole soll direkt an von der Leyen berichten und sich insbesondere auf die Vorbereitung des nächsten langfristigen Haushaltsplans konzentrieren.



Dan Jørgensen aus Dänemark (S&D-Fraktion) wird EU-Kommissar für Energie und Wohnungswesen. Seine Arbeit soll dazu beitragen, die Energiepreise zu senken. Er kümmert sich um Investitionen in saubere Energie und wird der erste Kom-



missar für Wohnungsbau sein und soll alle Aspekte berücksichtigen: von der Energieeffizienz über Investitionen bis hin zum Bauwesen.



Ekaterina Zaharieva aus Bulgarien wird EU-Kommissarin für Start-ups, Forschung und Innovation. Forschung und Innovation, Wissenschaft und Technologie sollen in den Mittelpunkt der EU-Wirtschaft gestellt werden. Die EVP-Angehörige soll dazu beitragen, dass die EU mehr investiert und die Gelder stärker auf strategische Prioritäten und bahnbrechende Innovationen konzentriert werden.



Michael McGrath wird EU-Kommissar für Demokratie, Justiz und Rechtsstaatlichkeit. Dem Irren wurde die Verantwortung übertragen, den Europäischen Schutzschild für Demokratie voranzubringen. Er wird auch die Arbeit im Bereich der Rechtsstaatlichkeit, der Korruptionsbekämpfung und des Verbraucherschutzes leiten.



Apostolos Tzitzikostas aus Griechenland (EVP) wird für nachhaltigen Verkehr und Tourismus verantwortlich sein und zudem für die Mobilität von Gütern und Personen als wesentliche Sektoren für die Wettbewerbsfähigkeit und der Verbindungen zwischen Menschen in Europa

sowie eine Grundbedingung für erfolgreiches regionales Wirtschaften.



Christophe Hansen aus Luxemburg (EVP) wird Kommissar für Landwirtschaft und Ernährung. Er hat die Aufgabe, die Empfehlungen des Agrarberichts mit Leben zu füllen und die Empfehlungen des Strategischen Dialogs umzusetzen. Auf der Grundlage des Strategischen Dialogs soll

er in den ersten 100 Tagen des Mandats eine neue Vision für Landwirtschaft und Ernährung in Europa entwickeln.



Glenn Micallef aus Malta ist zum EU-Kommissar für Generationengerechtigkeit, Kultur, Jugend und Sport berufen worden. Der Abgeordnete der EVP-Fraktion soll sich um die richtige Balance in einer Gesellschaft kümmern.



Nach der Vorstellung der von der EU-Kommissionspräsidentin nominierten Kandidatinnen und Kandidaten wird sich das EU-Parlament in einer Bestätigungsanhörung mit den Vorschlägen beschäftigen – allerdings erst, wenn alle nationalen Bestätigungen vorliegen. Die Ernennung von Kos ist noch nicht abgeschlossen. Sie wurde zur zweiten Wahl, nachdem von der Leyen Ljubljana davon überzeugt hatte, den ursprünglichen Kandidaten Tomaž Vesel durch eine Frau zu ersetzen, was zu Spannungen zwischen Regierung und Opposition führte. Ihre offizielle Bestätigung durch Slowenien lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

AWU

Quellen: EU-Kommission, EURAKTIV

Konferenz der Weltzahnärzteschaft in Istanbul

Sechs Grundsatzserklärungen verabschiedet

Der Weltverband der Zahnärzteschaft (World Dental Federation, FDI) tagte vom 9. bis 14. September 2024 in Istanbul. Ergebnisse des Treffens sind acht angenommene Grundsatzserklärungen, unter anderem zu künstlicher Intelligenz in der Zahnmedizin, Mundgesundheit bei Patientinnen und Patienten mit speziellen Bedürfnissen sowie in Zusammenhang mit nichtübertragbaren Krankheiten oder zur Reduktion des Zuckerkonsums. In eine zweite Amtszeit im FDI-Ausschuss für Wissenschaft (Science Committee) wurde der Deutsche Prof. Dr. Falk Schwendicke gewählt.



Auf dem FDI World Dental Congress 2024 in Istanbul, Türkei, hielt die FDI ihre Parla-mentssitzungen ab und traf während der Generalversammlung wichtige Entscheidungen.

Die Generalversammlung (GA) ist das oberste gesetzgebende und leitende Organ der FDI. Die Generalversammlung trifft sich einmal im Jahr und legt FDI-Richtlinien, den strategischen Plan, Missionen sowie Ziele fest und überwacht den Fortschritt bei der Umsetzung.

Darüber hinaus genehmigt die Generalversammlung das Jahresbudget, legt den Jahresbeitrag der ordentlichen Mitglieder fest, nimmt Berichte des Rates entgegen und ergreift die erforderlichen Maßnahmen dazu und wählt ordentliche, assoziierte und unterstützende Mitglieder, Ausschuss- und Ratsmitglieder sowie den Sprecher der GA.

In diesem Jahr haben die stimmberechtigten Mitglieder der GA in Istanbul folgende Beschlüsse gefasst:

Anträge auf Mitgliedschaft

Angenommener Antrag der Libanesischen Zahnärztekammer – Tripoli auf reguläre Mitgliedschaft

Angenommener Antrag der Société Congolaise des odontologues, stomatologues et chirurgiens maxillofaciaux, Antrag auf reguläre Mitgliedschaft

Die Wahlergebnisse neu ernannter Mitglieder des Rates

- Dr. Mauricio Montero (Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica)
- Dr. Sophie Dartevelle (Zahnärztekammer Frankreich)
- Dr. William Cheung (Hong Kong Zahnärztekammer)
- Prof. Elham Kateeb (Palästinensische Zahnärztekammer)
- Prof. S. M. Balaji (Zahnärztekammer der Seychellen)
- Dr. Anna Lella (Polnische Ärzte- und Zahnärztekammer sowie die polnische Zahnärzte Gesellschaft)
- Asst. Prof. Duygu Ilhan (Türkische Zahnärztekammer)

Sprecher

- Dr. Stephen Liew (Australische Zahnärztekammer)

Verbindungs- und Unterstützungsausschuss für Mitglieder

- Dr. Irene Marron-Tarrazzi
(Amerikanische Zahnärztekammer)

Ausschuss für Praxisangehörige

- Dr. Doniphan Hammer
(Französische Zahnärztekammer)
- Dr. Hiroyuki Hirano
(Japanische Zahnärztekammer)

Ausschuss für zahnärztliche Fortbildung

- Prof. Jun Tsuruta
(Japanische Zahnärztekammer)
- Dr. Antonio Estrada Valenzuela
(Asociación Dental Mexicana Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas, A.C.)
- Dr. Antonio Roma Torres
(Ordem dos Médicos Dentistas – Portugiesische Zahnärztekammer)
- Prof. Tianmin Xu
(Chinesische Zahnärztekammer)

Wissenschaftsausschuss

- Prof. Dr. Falk Schwendicke
(Bundeszahnärztekammer)
- Dr. Wendy Thompson
(Britische Zahnärztekammer)
- Prof. Dr. Kivanç Bektaş Kayhan
(Türkische Zahnärztekammer)

Ausschuss für öffentliche Gesundheit

- Dr. Louisa Nokukhanya Makwakwa
(Südafrikanische Zahnärztekammer)
- Prof. Youn-Hee Choi
(Koreanische Zahnärztekammer)
- Assoc. Prof. Simona Dianišková
(Slowakische Zahnärztekammer)
- Prof. Islam Tarek Abbas Hassan
(Zahnärztekammer Ägyptens)
- Prof. Chun-hung Chu
(Hong Kong Zahnärztekammer)

Neue Grundsatzserklärungen

Die Grundsatzserklärungen der FDI, in denen die Position der FDI zu Themen von Interesse innerhalb der Mundgesundheitsgemeinschaft detailliert dargelegt wird,

werden durch Konsultation, Diskussion und Konsens zwischen führenden Experten der Zahnärzteschaft aus der ganzen Welt zusammengestellt. In diesem Jahr verabschiedete die Generalversammlung acht Grundsatzserklärungen:

- Künstliche Intelligenz in der Zahnmedizin
- Reduzierung des Zuckerkonsums
- Karies in der frühen Kindheit
- Spezialzahnheilkunde
- Mundgesundheit und nichtübertragbare Krankheiten

- Ethik in der Zahnheilkunde
- Zahntechnischer Labortechniker
- Laser in der Zahnheilkunde

Die neu verabschiedeten Grundsatzserklärungen werden in Kürze auf der FDI-Website zur Einsichtnahme verfügbar sein und im International Dental Journal veröffentlicht.

Quelle: FDI, Bundeszahnärztekammer vom 19.09.2024

Kampagne zum Welttag der Mundgesundheit

Die FDI stellte ihre Kampagne „A Happy Mouth is...A Happy Mind“ während der Generalversammlung in Istanbul vor. Die Kampagne zum Welttag der Mundgesundheit (WOHD) 2025 wurde am 12. September während des FDI-Weltzahnärztkongresses in Istanbul offiziell gestartet. Dies ist das zweite Jahr der Kampagne 2024–2026 „Ein glücklicher Mund ist...“, deren Ziel es ist, dauerhafte und positive Veränderungen herbeizuführen, indem sie Menschen über die entscheidende Rolle aufklärt, die ein gesunder Mund in unserem Leben spielt.

Mit diesem prägnanten Slogan möchte die FDI die Mundgesundheit vereinfachen und einen leichteren Zugang ermöglichen, indem die Vorteile im Voraus klar und deutlich erklärt werden, ohne auf zusätzliche Erklärungen angewiesen zu sein.

Von der Mund-Körper-Verbindung zur Mund-Geist-Verbindung

Jedes Jahr der dreijährigen Kampagne konzentriert sich auf ein bestimmtes Thema, das mit den globalen Gesundheitsentwicklungen im Einklang steht, insbesondere nach der Verabschiedung der WHO-Resolution zur Mundgesundheit im Jahr 2021.

Im Jahr 2024 lautete das Thema „Ein glücklicher Mund ist ein glücklicher Körper“ und betonte den starken Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit.

Im Jahr 2025 verlagert sich der Fokus auf die Mund-Geist-Verbindung mit dem Slogan „Ein glücklicher Mund ist...Ein glücklicher Geist“.

Ziel dieser Kampagne ist es, das Bewusstsein dafür zu schärfen, wie sich eine mangelhafte Mundgesundheit negativ auf die Lebensqualität auswirken kann, und die Bedeutung eines gesunden Mundes für das psychische Wohlbefinden hervorzuheben.

Die Kampagne soll beispielsweise hervorheben, wie die Erhaltung eines gesunden Mundes zum allgemeinen Glück beitragen kann, da Mund, Körper und Geist miteinander verbunden sind und die Pflege der Zähne und des Zahnfleisches das allgemeine Wohlbefinden erheblich verbessern kann. Tatsächlich könne ein gesunder Mund die positive Einstellung, das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen stärken und letztendlich die Lebensqualität verbessern. Andererseits könne eine schlechte Mundgesundheit es schwierig machen, Kontakte zu knüpfen, die Auswahl an Nahrungsmitteln einschränken und zu Stress und Ängsten führen – allesamt unerlässlich für einen glücklichen Geist, so heißt es in der Verlautbarung.

Für 2025 kehrt Toothie mit einer neuen Kampagne zurück, die im Rhythmus eines Beats gestaltet ist und bei dem Musik eine zentrale Rolle bei den Kampagnenaktivitäten spielt. Das Ziel? Jeden zum Lächeln zu bringen – von innen und außen! Dieser neue kreative Ansatz soll ein vielfältiges Publikum fesseln und die weitreichende Wirkung der Kampagne fortsetzen, indem er die Menschen dazu ermutigt, ihrer Mundgesundheit Priorität einzuräumen und gemeinsam den Welttag der Mundgesundheit zu feiern.

Am Ende der Kampagnen haben Teilnehmende möglicherweise sogar die Chance, einen WOHD-Award zu gewinnen, wie die ‚Champions‘ der diesjährigen Kampagne. Mehr dazu: <https://www.worldoralhealthday.org/world-oral-health-day-awards>

NEWS-TICKER

Frankreich bereitet Gesetz vor

Gewalt gegen Ärzte soll ins Strafgesetzbuch



Körperliche und verbale Übergriffe auf das Gesundheitspersonal werden in Frankreich künftig stärker geahndet und um den Straftatbestand der Beleidigung erweitert. Der Plan zur Sicherheit von Gesundheitsfachkräften wird derzeit vom Senat behandelt. Das Gesetz besteht aus drei Hauptartikeln: Artikel 1 erhöht die Strafen für Gewalt gegen das Personal von Gesundheitseinrichtungen. Angriffe, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als acht Tagen führen, werden mit einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren und einer Geldbuße von 75.000 Euro bestraft. Attacken, die keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, werden mit drei Jahren Freiheitsstrafe und 45.000 Euro Geldbuße sanktioniert. Erhöht werden auch die Strafen für den Diebstahl medizinischer Ausrüstung in einer Gesundheitseinrichtung: Darauf stehen künftig eine Freiheitsstrafe von fünf Jahren und eine Geldbuße von 75.000 Euro.

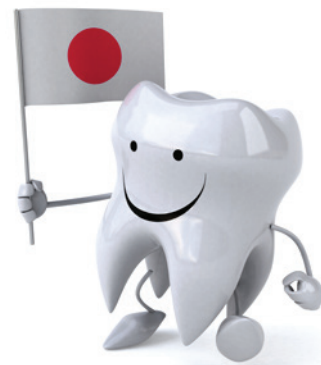
Artikel 2 weitet die Straftat der Beleidigung auf alle Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen und freiberuflichen Angehörigen der Gesundheitsberufe aus. Beleidigungen werden dabei mit einer Geldstrafe von 7.500 Euro geahndet. Artikel 3 ermöglicht dem Arbeitgeber, im Falle von Gewalt oder Drohungen gegen einen seiner Angestellten mit dessen Einverständnis als Nebenkläger aufzutreten und Strafanzeige zu erstatten. In Frankreich werden täglich etwa 65 stationär oder ambulant tätige Gesundheitsberufler Opfer verbaler oder körperlicher Angriffe am Arbeitsplatz – häufig auch in Zahnarztpraxen.

Quelle: zm, Ausgabe 14/2024

Medikament in Japan im Test

Zähne wachsen lassen

Ein neues Medikament aus Japan soll Zähne nachwachsen lassen. Nach erfolgreichen Studien am Tier wird es nun am Menschen getestet, meldet das Schweizer Radio SRF. „Das Ziel des neuen Medikaments ist, fehlende Zähne wiederherzustellen und das nicht mit einer Prothese, sondern endogen im Körper des Patienten selbst, sagt Michael Bornstein, Forschungsleiter vom Zahnmedizinischen Institut des Universitären Zentrums Basel (UZB). Die Wirkung: Der Mechanismus wirkt hauptsächlich über verschiedene Messenger zwischen den Zellen, die Informationen weitergeben. Das Forschungsteam der Kyoto University hat erkannt, dass das Protein USAG-1 das Wachstum der Zähne begrenzt. Wenn dieses Protein blockiert würde, könnte das Wachstum neuer Zähne ermöglicht werden, so die Überlegung der Forschenden.



Das Medikament soll hauptsächlich bei Kindern zur Anwendung kommen, die von einer Agenesie betroffen sind. In diesen Fällen könne das Medikament eben gezielt eingreifen und stimulierend für die Entwicklung dieser Zahnanlage wirken, sagt Bornstein. Die Wirkung des Präparats sei bei Patientinnen und Patienten über 40 Jahre eher gering, so Bornstein. „In diesem Alter ist die Anlage für das Wachstum von Zähnen nicht mehr vorhanden und man muss andere Ansätze finden, wie beispielsweise die Implantation von Stammzellen.“ Man versuche aber, in der Forschung natürliche Methoden als Alternativen zu den herkömmlichen Implantaten zu finden.

Quelle: SRF Schweiz vom 4.6.2024

EVP im EU-Parlament

ENVI-Ausschuss soll aufgeteilt werden

Der Ausschuss für Umwelt und Gesundheit des EU-Parlaments, der in der letzten Legislaturperiode stark ausgelastet war, soll aufgeteilt werden. Nach den EU-Wahlen will die größte Fraktion des Parlaments, die Europäische Volkspartei, die Struktur ändern, um der wachsenden Zahl von Gesetzen Rechnung zu tragen, die den Ausschuss für Umwelt und Gesundheit (ENVI) passieren. Obwohl die Angelegenheit noch nicht zu „100 Prozent geklärt ist“, sieht die EVP einen „wachsenden Konsens zwischen den Vorsitzenden der verschiedenen Fraktionen“ und erwartet eine Entscheidung in Kürze. Die Aufteilung würde einen vom ENVI getrennten „Ausschuss für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit“ nach sich ziehen, der weiterhin für die Umwelt- und Klimagesetzgebung zuständig wäre. Andere Parteien sind dem Vernehmen nach nicht zuversichtlich, dass sich eine Aufspaltung bewerkstelligen lässt.

Quelle: euractiv vom 2.7.2024



© Pzess609 – stock.adobe.com

Mammakarzinom-Patientinnen mit Knochenmetastasen

Kiefernekrosen häufiger und später

Kiefernekrosen (ONJ) bei der Behandlung von Knochenmetastasen mit Bisphosphonaten oder Denosumab treten im Mittel bei 8,8 Prozent der Frauen mit Mammakarzinom auf. Dieser Prozentsatz ist deutlich höher als bislang in der internationalen Literatur genannt. Solche Nebenwirkungen traten häufiger unter Denosumab als unter Bisphosphonaten auf. Eine Arbeitsgruppe um Dr. Christine Brunner von der Medizinischen Universität Innsbruck hat diese Ergebnisse der ersten flächendeckenden Erhebung einer Nebenwirkung in der Langzeittherapie von Mammakarzinom-Patientinnen mit Knochenmetastasen im *Journal of Clinical Oncology* publiziert.



© Sebastian Kaulitzki – stock.adobe.com

Die Forscher analysierten 639 Frauen mit Mammakarzinom und Knochenmetastasen, die ein Mal pro Monat mit einer antiresorptiven Therapie behandelt wurden. 292 Frauen erhielten Denosumab, 255 Bisphosphonate und 92 Bisphosphonate und Denosumab sequenziell. Eine ONJ trat bei 56 Frauen (8,8 Prozent) auf, und zwar bei 11,6 Prozent der mit Denosumab, bei 2,8 Prozent der mit Bisphosphonaten und bei 16,3 Prozent der mit beiden Wirkstoffen behandelten Patientinnen. Als weiterer Risikofaktor wurde eine längere Behandlungsdauer identifiziert. Bei den Frauen mit ONJ dauerte es bis zum Auftreten der Nebenwirkung im Median 4,6 Jahre unter Denosumab allein, 8,4 Jahre unter Bisphosphonaten mit anschließender Denosumab-Gabe und 5,1 Jahre bei alleiniger Bisphosphonat-Therapie.

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer zahnmedizinischen Vorbehandlung von Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs vor Beginn der Therapie. Darüber hinaus sollten sie regelmäßig zahnärztlich nachuntersucht werden, um eine optimale Zahnpflege zu gewährleisten und erste Anzeichen und Symptome einer Kiefernekrose bereits frühzeitig zu erkennen.

Quellen: Medscape vom 12.9.2024, *Journal of Clinical Oncology*

Urteil in der Rechtssache C-48/22P Google und Alphabet gegen die EU-Kommission

EuGH bestätigt Geldbuße gegen Google

Der Europäische Gerichtshof hat die Geldbuße von 2,4 Milliarden Euro, die gegen Google wegen Missbrauchs seiner beherrschenden Stellung durch Begünstigung des eigenen Preisvergleichsdienstes verhängt wurde, bestätigt. Gleichzeitig weist der EuGH die Rechtsmittel von Google und Alphabet zurück.

Hintergrund

2017 verhängte die EU-Kommission eine Geldbuße von etwa 2,4 Mrd. Euro gegen Google, weil das Unternehmen seine beherrschende Stellung auf mehreren nationalen Märkten für Online-Suchdienste missbraucht habe, indem es den eigenen Preisvergleichsdienst gegenüber denjenigen der Wettbewerber begünstigt habe. Da das Gericht diesen Beschluss im Wesentlichen bestätigte, legten Google und Alphabet ein Rechtsmittel beim Gerichtshof ein. Dieser weist das Rechtsmittel zurück und bestätigt damit das Urteil des Gerichts.

Darum geht es

Mit Beschluss vom 27. Juni 2017 stellte die Kommission fest, dass Google in 13 Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums auf seiner Seite für allgemeine Suchergebnisse die Ergebnisse seines eigenen Preisvergleichsdienstes gegenüber denjenigen konkurrierender Preisvergleichsdienste bevorzugt habe. Google präsentierte die Suchergebnisse seines Preisvergleichsdienstes an oberster Stelle und – mit attraktiven Bild- und Textinformationen versehen – hervorgehoben in „Boxen“. Die Suchergebnisse konkurrierender Preis-

vergleichsdienste erschienen dagegen nur an nachrangiger Stelle in Form blauer Links und konnten deshalb – anders als die Ergebnisse des eigenen Preisvergleichsdienstes – von Ranking-Algorithmen auf den allgemeinen Suchergebnisseiten von Google herabgestuft werden.

Die Kommission gelangte zu dem Ergebnis, dass Google seine beherrschende Stellung auf den Märkten für allgemeine Online-Suchdienste und für spezielle Warensuchdienste missbraucht habe, und verhängte daher eine Geldbuße in Höhe von 2.424.495.000 Euro, für die Alpha-



bet als Alleingesellschafterin von Google in Höhe von 523.518.000 Euro gesamtschuldnerisch haftet.

Kommissionsbeschluss angefochten

Google und Alphabet fochten den Beschluss der Kommission vor dem Gericht der Europäischen Union an. Mit Urteil vom 10. November 2021 wies das Gericht die Klage im Wesentlichen ab und bestätigte insbesondere die Geldbuße.

Das Gericht hielt es dagegen nicht für erwiesen, dass das Verhalten von Google auch nur potenzielle wettbewerbswidrige Auswirkungen auf den Markt für allgemeine Suchdienste hatte. Daher erklärte es den Beschluss für nichtig, soweit die Kommission darin auch in Bezug auf diesen Markt eine Zuwiderhandlung gegen das Verbot des Missbrauchs einer beherrschenden Stellung festgestellt hatte.

Google und Alphabet haben daraufhin ein Rechtsmittel beim Gerichtshof eingelegt, mit dem sie beantragen, das Urteil des Gerichts aufzuheben, soweit ihre Klage

abgewiesen wurde, und den Kommissionsbeschluss für nichtig zu erklären.

EuGH: Missbräuchliche Ausnutzung

Mit dem Urteil vom 10. September 2024 weist der Gerichtshof das Rechtsmittel zurück und bestätigt damit das Urteil des Gerichts. Der Gerichtshof weist darauf hin, dass das Unionsrecht nicht das Vorliegen einer beherrschenden Stellung selbst beanstandet, sondern nur deren missbräuchliche Ausnutzung.

Konkret sind Verhaltensweisen von Unternehmen in beherrschender Stellung verboten, die den Leistungswettbewerb beschränken und somit geeignet sind, einzelnen Unternehmen und Verbrauchern zu schaden. Dazu gehören Verhaltensweisen, die durch den Einsatz anderer Mittel als denen eines Leistungswettbewerbs die Aufrechterhaltung oder die Entwicklung des Wettbewerbs auf einem Markt behindern, auf dem der Grad des Wettbewerbes gerade wegen der Anwesenheit eines oder mehrerer Unternehmen in beherrschender Stellung bereits geschwächt ist.

Zwar kann, so der Gerichtshof, nicht generell davon ausgegangen werden, dass ein beherrschendes Unternehmen, das seine eigenen Waren oder Dienstleistungen günstiger behandelt als diejenigen seiner Wettbewerber, unabhängig von den Umständen des Einzelfalls ein vom Leistungswettbewerb abweichendes Verhalten an den Tag legt. Im vorliegenden Fall hat das Gericht jedoch zu Recht festgestellt, dass das Verhalten von Google in Anbetracht der Merkmale des Marktes und der spezifischen Umstände des Falles diskriminierend ist und nicht dem Leistungswettbewerb entspricht.

Hinweis

Gegen ein Urteil oder einen Beschluss des Gerichts kann beim Gerichtshof ein auf Rechtsfragen beschränktes Rechtsmittel eingelegt werden. Das Rechtsmittel hat grundsätzlich keine aufschiebende Wirkung. Ist das Rechtsmittel zulässig und begründet, hebt der Gerichtshof die Entscheidung des Gerichts auf. Ist die Rechtsache zur Entscheidung reif, kann der Gerichtshof den Rechtsstreit selbst entscheiden. Andernfalls verweist er die Rechtssache an das Gericht zurück, das an seine Entscheidung über das Rechtsmittel gebunden ist.

Quelle: PM des EuGH vom 10.9.2024

Zum Urteil

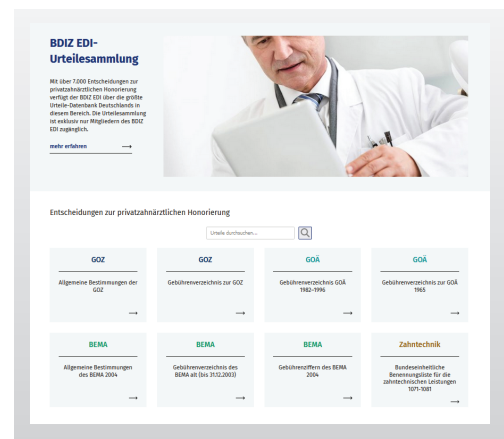
Urteil des Gerichtshofs in der Rechtssache C-48/22 P | Google und Alphabet / Kommission (Google Shopping)



Wussten Sie schon, ...

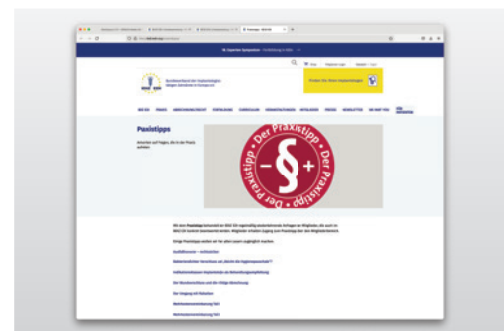
... dass der BDIZ EDI mit weit über 7.000 Entscheidungen über die größte Urteilsdatenbank zur privatärztlichen Honorierung, zu BEMA und zum Zahnarztrecht Deutschlands verfügt? Die Urteilsammlung ist exklusiv nur Mitgliedern des BDIZ EDI zugänglich. Das Nachschlagewerk für den implantologisch tätigen Zahnarzt und Behandler dient der Unterstützung im Umgang mit den Kosten-erstattem. Nach Suchbegriffen und Gebührenpositionen sortiert und damit am Bedarf der Anwender orientiert, hat der Justiziar des Verbandes, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, die Gerichtsurteile zusammengestellt und ausgewertet, darunter auch Instanzenentscheidungen: Diese lassen erkennen, ob seitens der Kostenerstatter zitierte Entscheidungen inzwischen von höheren Instanzen aufgehoben wurden und insofern keine Rechtsgültigkeit mehr besitzen.

Mehr dazu: <https://bdizedi.org/bdiz-edi-urteilsammlung/>



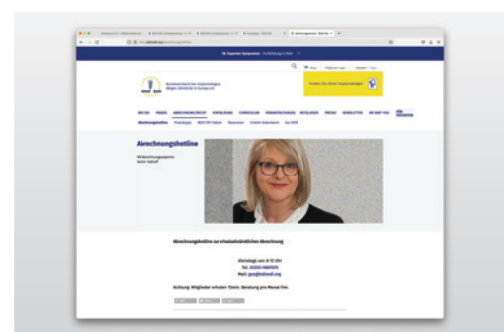
... dass der Praxistipp regelmäßig im BDIZ EDI konkret unter der roten Rubrik „Abrechnungstipp & Recht“ erscheint und wiederkehrende Anfragen von Mitgliedern aufgreift, die unsere Abrechnungshotline konsultieren? Hier fassen wir den jeweiligen Themenkomplex in der Übersicht zusammen und geben natürlich die erwarteten Antworten. Der Praxistipp erscheint auch online.

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



... dass unsere Abrechnungshotline immer dienstags von 8 bis 12 Uhr erreichbar ist? Mitglieder erhalten 15 Min./Monat freie Beratung durch Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff, die die Hotline betreut. Nichtmitglieder erhalten einmalig 10 Min. Beratungszeit. Darüber hinaus wird eine Gebühr fällig. Hotline: +49 2203 9887670 oder schneller via Mail an goz@bdizedi.org

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



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

Impressionen aus Skopje

„The profession first“ war das Motto des 3. oralchirurgischen und implantologischen Kongresses des Albanischen Verbandes für Implantologie (AIAM) und EDI of Macedonia, assoziierter Partnerverband des BDIZ EDI seit 2017. Auf Einladung von Dr. Fisnik Kasapi, Präsident von EDI Macedonia, und Dr. Daniela Veleska-Stevkovska, Präsidentin des oralchirurgischen Verbandes, war Präsident Christian Berger als Repräsentant des BDIZ EDI und Referent bei dem zweitägigen Kongress in Skopje dabei. Sein Vortrag: Digitaler Workflow in der Implantologie auf der Basis prothe-

tischer Konzepte. Ebenfalls als Referent für den BDIZ EDI dabei: Vorstandsmitglied Dr. Dr. Markus Tröltzsch, dessen Vortrag online übertragen wurde: Präzision trifft Innovation – digitale Unterstützung in der ästhetischen Implantologie und Oralchirurgie. Mit Dr. Erion Cerekja aus Albanien war der dritte Referent der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI mit von der Partie. Sein Vortrag: Eckpunkte der Implantatchirurgie im ästhetischen Bereich.

AWU



Moderierte Tag 1: Dr. Daniela Veleska-Stevkovska.



Am Stand von EDI of Macedonia herrscht gute Stimmung mit (v. l. n. r.) Christian Berger, Dr. Erion Cerekja, Dr. Fisnik Kasapi und zwei Vorstandsmitgliedern aus dem Vorstand von EDI Macedonia.

Urkunde für den Vortragenden: Christian Berger und Dr. Veleska-Stevkovska.



Dr. Dr. Markus Tröltzsch wurde für seinen Vortrag online zugeschaltet.



Christian Berger referierte über den digitalen Workflow.



Philipp II of Mazedonien, der Vater von Alexander dem Großen.



Zahnärztinnen und Zahnärzte aus Albanien, Mazedonien und der Türkei nahmen an dem Kongress teil.



Organisationsteam und Referenten entspannen beim Abendessen nach getaner Arbeit!

BDIZ EDI und EDA bieten Qualifikationsnachweis auf hohem Niveau

Prüfung zum „Spezialist für Implantologie der EDA“

Erfahrene implantologisch tätige Zahnärzte haben die Möglichkeit, die Anerkennung als „Spezialist für Implantologie der EDA“ zu erwerben. Wer sich für die Teilnahme an der Prüfung bewirbt, muss jedoch zunächst einige Voraussetzungen erfüllen. Die Anerkennung zum EDA-Spezialisten wird als zukunftsweisender Weg gesehen, um sich im europäischen Feld zu behaupten.

Die Anerkennung als „Spezialist für Implantologie der EDA“ ist ein Qualifikationsnachweis auf hohem Niveau. Die European Dental Association (EDA) stellt Richtlinien für die Spezialisierung in den einzelnen Fachdisziplinen der Zahnheilkunde auf. Deren Erfüllung ist die Grundlage beim Nachweis einer entsprechenden Anzahl von Fortbildungsstunden in Theorie und Praxis und Voraussetzung für eine praktische und theoretische Prüfung. Sie hat eine Zertifizierung entwickelt, die Standards für eine hohe Behandlungsqualität festlegt, um Leistung und Können europaweit vergleichbar zu machen. Der BDIZ EDI arbeitet im Fachgebiet Implantologie eng mit der EDA zusammen und prüft gemeinsam mit der EDA, ob die Voraussetzungen zur Prüfung erfüllt sind. BDIZ EDI-Vorstandsmitglieder, die bereits als EDA-Spezialist zertifiziert wurden, sitzen regelmäßig im Prüfungsgremium.

Fünf Jahre schwerpunktmäßige Erfahrung

Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung sind 250 von der EDA anerkannte Fortbildungsstunden aus den verschiedenen Teilbereichen der Implantologie, die Vorlage von zehn dokumentierten, selbstständig durchgeführten implantologischen Behandlungsfällen und eine mindestens fünfjährige schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Implantologie. Die

besondere Erfahrung und die schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Implantologie werden durch mindestens 400 gesetzte und 150 prothetisch versorgte Implantate innerhalb der vergangenen fünf Jahre nachgewiesen.

„Spezialist“ ist sachangemessene Information

Renate Jaeger, früher Richterin am Bundesverfassungsgericht, sagt zur Spezialisierung: „Kann sich ein Arzt zu Recht als Spezialist bezeichnen, stellt dies grundsätzlich eine interessengerechte und sachangemessene Information für die Patienten dar. Es handelt sich um die Angabe, dass ein Arzt auf einem Gebiet, das enger ist als seine Gebietsbezeichnung, ein

besonderer Fachmann ist. Wenn solche Angaben wahrheitsgemäß sind und in sachlicher Form erfolgen, ist diese wünschenswerte Information der Patienten nicht zugleich mit der unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes verbunden. Der Bedeutungsgehalt aufweisen: Unter der Bezeichnung ‚Spezialist‘ wird ein Fachmann verstanden, der über besondere Erfahrungen in einem engeren (medizinischen) Bereich verfügt, während die Facharztbezeichnung eine förmlich erworbene Qualifikation darstellt.“

AWU

Weitere Informationen:

www.bdizedi.org/expertenpruefung/

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

Finden Sie Ihren Implantologen

BDIZ EDI PRAXIS FORTBILDUNG CURRICULUM VERANSTALTUNGEN MITGLIEDER PRESSE NEWSLETTER WE WANT YOU FÜR PATIENTEN

Der BDIZ EDI liefert 17. Experten Symposium Online-Seminare des BDIZ EDI 2022 Tätigkeitsschwerpunkt Expertenprüfung PRO UND KONTRA

Expertenprüfung

Die Anerkennung „Spezialist für Implantologie der EDA“ ist ein Qualifikationsnachweis auf hohem Niveau. Der BDIZ EDI führt die Prüfung gemeinsam mit der EDA (European Dental Association) durch.

Dental News GOES WhatsApp



JETZT
anmelden und nichts
mehr verpassen!



 WhatsApp

**Aktuelle Nachrichten und
Informationen direkt auf
dein Smartphone – egal wo!**



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 Marktvielfalt 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 großartigsten 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



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

Teil 1

- Einführung
- Überblick über die GmbH
- Organe der GmbH
- Bestellung des Geschäftsführers
- Geschäftsführerdienstvertrag

Teil 2

- Übernahme der Geschäftsführung
- D&O-Versicherung
- Geschäftsführungsbefugnis
- Vertretungsmacht
- Bestellung des Geschäftsführers
- Rechte und Pflichten des Geschäftsführers

Der MVZ GmbH-Geschäftsführer (Teil 2)

Übernahme der Geschäftsführung

Eine GmbH muss nach § 6 Abs. 1 GmbHG mindestens einen Geschäftsführer haben. Bei iMVZ sind es i. d. R. mindestens zwei, ein oder mehrere Geschäftsführer aus dem Kreis der bisherigen Gesellschafter, ein Geschäftsführer, den der Investor stellt.

Typisch für iMVZ ist, dass der vom Investor vorgegebene Geschäftsführer für eine Vielzahl, wenn nicht alle iMVZ des Investors als Geschäftsführer bestellt ist.

Typisch für iMVZ ist auch, dass versucht wird, im Kaufvertrag bisherige Gesellschafter zur Geschäftsführertätigkeit zu verpflichten.

Typisch für iMVZ ist schließlich auch, dass in den Vertragsverhandlungen die Frage, ob es für die Verkäuferseite wirklich klug ist, nicht nur den Ärztlichen Leiter, sondern auch Geschäftsführer zu stellen, nicht angemessen thematisiert wird.

Es herrscht der Glaube vor, wer eine Praxis führen kann, kann auch Geschäftsführer einer GmbH. In einer solchen Überzeugung schwingt schon viel Hoffnung mit, wenn nur die eigene Praxis in eine MVZ-GmbH umgewandelt wird. Immerhin ist man dann noch trotzdem als Gesellschafter der GmbH „Herr/Frau im Haus“.

Bei einem iMVZ handelt es sich weder um die eigene Praxis, noch um die eigene Gesellschaft. Dieses steht vielmehr in Mehrheits- oder Alleinbesitz des Investors. Die Verkäuferseite leitet nach dem Verkauf als Geschäftsführer nicht mehr ihr eigenes Unternehmen, sondern wird Fremdgeschäftsführer.

Als Fremdgeschäftsführer ist man der Gesellschafterversammlung verantwortlich. Das ist man als Gesellschafter-Geschäftsführer in der eigenen MVZ-GmbH zwar auch, aber dort kennt man die Spielregeln, beim iMVZ gelten andere.

Eine MVZ-GmbH sollte eine professionelle Geschäftsführung haben. Eine GmbH ist kraft Rechtsform Kaufmann (§ 13 Abs. 3 GmbHG i. V. m. § 6 HGB). Damit gilt für sie sowohl das GmbH-Gesetz als auch das Handelsgesetzbuch (HGB). Deshalb spielt eine GmbH in einer anderen Liga als eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine Partnerschaftsgesellschaft. Dessen muss man sich unbedingt bewusst sein. Für den Fremdgeschäftsführer einer GmbH hängt an seiner Performance sehr viel Risiko, wozu auch das Risiko der persönlichen Haftung des Geschäftsführers zählt.

Es gibt – worauf noch einzugehen sein wird – Abkürzungen, um das persönliche Risiko rasch zum Tragen kommen zu lassen. Diese ergeben sich aus den komplexen Rechtspflichten, die ein GmbH-Geschäftsführer zu erfüllen hat. Man muss nicht Jura oder Betriebswirtschaft studiert haben, um mit diesen Pflichten zurechtzukommen. Aber man muss lernen, welche Pflichten ein GmbH-Geschäftsführer hat, und lernen, wie man damit umgeht.

Das erfordert Zeit und geht nicht mal so gerade nebenher.

Aus der Sicht von Finanzinvestoren ist zu verstehen, warum diese Wert darauf legen, dass der bisherige Inhaber der Zahnarztpraxis Geschäftsführer der GmbH wird, aber das ist ein zweischneidiges Schwert. Der GmbH-Geschäftsführer ist den Gesellschaftern der GmbH gegenüber verant-

wortlich. Er kann als solcher ohne Weiteres gezwungen sein, evtl. Missstände der Vergangenheit aufzudecken, als er noch Inhaber der Praxis war, also quasi gegen sich selbst zu ermitteln.

Deshalb rate ich zur Übernahme der Geschäftsführung nur, wenn die Bereitschaft besteht, sich in die Aufgaben des GmbH-Geschäftsführers ernsthaft (!) einzuarbeiten.

D&O-Versicherung

Dem Geschäftsführer einer GmbH obliegt die Leitung des Unternehmens. Er führt die Geschäfte und vertritt die Gesellschaft gerichtlich und außergerichtlich (§ 35 Abs. 1 Satz 1 GmbHG). Dabei hat er die Sorgfalt eines ordentlichen Geschäftsmannes anzuwenden (§ 43 Abs. 1 GmbHG). Verletzt er vorsätzlich oder fahrlässig diese Obliegenheit, haftet er der Gesellschaft (nicht etwa einzelnen Gesellschaftern) gegenüber für den entstandenen Schaden. Mehrere Geschäftsführer haften der GmbH als Gesamtschuldner (§ 43 Abs. 2 GmbHG).

Die GmbH ist zwar eine Gesellschaft „mit beschränkter Haftung“. Die Haftungsbeschränkung gilt aber nicht für den Geschäftsführer gegenüber der Gesellschaft, sondern nur im Außenverhältnis zu Drittgläubigern. Sie gilt auch nur, wenn keine die Haftung durchbrechenden Vorkommnisse eingetreten sind. Den wichtigsten Durchbruchtatbestand bilden die Insolvenzstraftaten.

Um diese Risiken für den Geschäftsführer einzugrenzen, ist der Abschluss einer sog. D&O-Versicherung (D&O = Directors and Officers), die auch Rechts- und insbesondere ausreichend hohen Strafrechtsschutz mit einschließt, Pflicht und wird in den Geschäftsführerverträgen auch in der Regel entsprechend hineinverhandelt. Die deckt zwar nicht alle denkbaren Fallgestaltungen ab, aber doch die wichtigsten, so insbesondere bedingt vorsätzlich (mit dolus eventualis) begangene Pflichtverletzungen.

Geschäftsführungsbefugnis

Grundsätzlich ist die Geschäftsführungsbefugnis für gewöhnliche Rechtsgeschäfte umfassend, sie kann aber – und wird in der Regel auch – durch die Satzung der GmbH bzw. durch die Gesellschafterversammlung und die Geschäftsordnung beschränkt werden.

Wenn mehrere Geschäftsführer bestellt sind oder vorgesehen ist, dass mehrere Geschäftsführer bestellt werden sollen, dann ist die Erstellung einer Geschäftsordnung ein Muss. Das gilt auch bei Bestellung von Fremdgeschäftsführern.

Die Geschäftsordnung sollte Regelungen für die Lösung eines Entscheidungskonflikts bei mehreren Geschäftsführern enthalten, weil ansonsten nur die analog heranzuziehende (§§ 709, 711 BGB entsprechende) Regel des § 115 HGB eingreift:

„(1) Steht die Geschäftsführung allen oder mehreren Gesellschaftern zu, so ist jeder von ihnen allein zu handeln berechtigt; widerspricht jedoch ein anderer geschäftsführender Gesellschafter der Vornahme einer Handlung, so muss diese unterbleiben.“

(2) Ist im Gesellschaftsvertrag bestimmt, dass die Gesellschafter, denen die Geschäftsführung zusteht, nur zusammen handeln können, so bedarf es für jedes Geschäft der Zustimmung aller geschäftsführenden Gesellschafter, es sei denn, dass Gefahr im Verzug ist.“

Die Aufgaben der Geschäftsführung können zwischen mehreren Geschäftsführern aufgeteilt werden (Geschäftsverteilungsplan). Allerdings entbindet diese Aufgabenteilung nicht den einzelnen Geschäftsführer von seiner Überwachungspflicht gegenüber seinen Geschäftsführungskollegen. Das ist gerade bei iMVZ eine besondere Schwierigkeit, erhält doch typischerweise jeder Geschäftsführer Alleinvertretungsbefugnis, und dann entscheidet der vom Investor berufene Geschäfts-

führer etwas, das dem Zahnarzt-Geschäftsführer nicht passt oder nicht passen sollte.

Und dann?

Entsteht daraus der MVZ-GmbH ein Schaden, der durch die erforderliche Intervention des Zahnarzt-Geschäftsführers hätte vermieden werden können, dann haften beide Geschäftsführer.

Vertretungsmacht

Die Vertretungsmacht gegenüber Dritten ist inhaltlich unbeschränkt. Besteht Gesamtvertretung mehrerer Geschäftsführer, steht dem Geschäftsführer, anders als bei der Einzelvertretung, die Vertretungsbefugnis nur zusammen mit anderen zu. Es ist aber auch möglich, bei mehreren Geschäftsführern dennoch jedem Geschäftsführer Einzelvertretungsbefugnis im Außenverhältnis einzuräumen. Im Innenverhältnis muss man auf Absprachen bestehen.

Bestellung des Geschäftsführers

Die Bestellung zum Geschäftsführer erfolgt durch körperschaftlichen Organisationsakt und ist jederzeit widerruflich. Davon unabhängig wird zwischen GmbH und Geschäftsführer ein Dienstvertrag geschlossen. In diesem kann die Haftung des Geschäftsführers gegenüber der Gesellschaft auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt werden. Die Beschränkungen des Anstellungsvertrags sind Dritten gegenüber jedoch nicht wirksam. Bei einer Überschreitung macht sich der Geschäftsführer, gegebenenfalls gemeinschaftlich mit seinen Mit-Geschäftsführern, gegenüber der GmbH schadensersatzpflichtig.

Rechte und Pflichten des Geschäftsführers

Der mit der Geschäftsführerstellung verbundene Aufgabenkreis und Pflichtenkanon wird meist unterschätzt. Der Vorteil des GmbH-Geschäftsführers gegenüber



© Masterlevsha/Shutterstock.com

dem Vorstand einer Aktiengesellschaft besteht darin, dass das Aktiengesetz dem Vorstand der Aktiengesellschaft viele und das GmbH-Gesetz dem Geschäftsführer einer GmbH relativ wenige Vorgaben macht. Dieser Vorteil ist aber zugleich ein Nachteil. Denn der GmbH-Geschäftsführer kann nicht nur einfach ins Gesetz schauen, um zu wissen, was er machen muss und was er nicht machen darf. Der GmbH-Geschäftsführer muss sich dieses Wissen selbst beibringen/erarbeiten. Er beschäftigt sich sinnvollerweise intensiv mit der Lektüre hilfreicher Handbücher für GmbH-Geschäftsführer und lässt sich steuerlich und rechtlich (im Zweifel intensiv) beraten.

Das ist deshalb so wichtig, weil die Gefahr, in Konflikt mit strafrechtlichen Normen zu kommen, für den Geschäftsführer einer GmbH deutlich größer ist als für den (geschäftsführenden) Gesellschafter einer Personengesellschaft. Dem nominalen Geschäftsführer einer GmbH nützt es auch nichts, wenn er diese Aufgaben anderen überträgt. Seine persönliche strafrechtliche Verantwortung kann er nicht übertragen (BGH, 13.10.2016 – 3 StR 352/16 –).

Der Pflichtenkanon des GmbH-Geschäftsführers erhielt zum 1.1.2021 mit dem Gesetz über den Stabilisierungs- und Restrukturierungsrahmen für Unternehmen (StaRUG) gesetzlich fixierte Erweiterungen, die in der Praxis viel Aufmerksamkeit erfordern.

§ 1 Abs. 1 StaRUG verpflichtet die Geschäftsführer, fortlaufend über Entwicklungen, welche den Fortbestand der GmbH gefährden können, zu wachen. Erkennen Geschäftsführer solche Entwicklungen, müssen sie geeignete Gegenmaßnahmen ergreifen und den zur Überwachung der Geschäftsleitung berufenen Organen (Überwachungsorganen) unverzüglich Bericht erstatten. Berühren die zu ergreifenden Maßnahmen die Zuständigkeiten anderer Organe, müssen die Geschäftsführer unverzüglich auf deren Befassung hinwirken.

Der GmbH-Geschäftsführer kann sich nicht darauf berufen, dass er aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten nicht in der Lage gewesen sei, den Aufgaben ei-

nes Geschäftsführers nachzukommen. Wer den Anforderungen an einen gewissenhaften Geschäftsführer nicht entsprechen kann, muss von der Übernahme der Geschäftsführung absehen bzw. – wenn er das erkennt – das Amt niederlegen (BFH, 15.11.2022 – VII R 23/19 –, Rz. 42).

Dem Nachteil steht als Vorteil gegenüber, dass der GmbH-Geschäftsführer der eigentliche Macher in der GmbH ist, jedenfalls dann, wenn er durch Geschäftsführungsvorgaben seitens der Gesellschafter nicht zu sehr eingeeengt wird. Diese Vorgaben werden meist in einer Geschäftsordnung niedergelegt, welche die Gesellschafterversammlung erlässt und auch wieder ändern kann. Davon machen nach meiner Kenntnis alle iMVZ Gebrauch.

Rechte und Pflichten des Geschäftsführers ergeben sich einerseits aus Vertrag, andererseits aus Gesetz. Neben den ihm im Anstellungsvertrag zugesagten Leistungen hat er vor allem Anspruch auf eine von den Gesellschaftern weitgehend unbeeinflusste Ausübung seines Amtes.

Zu den gesetzlichen Pflichten des GmbH-Geschäftsführers zählt die ordnungsgemäße Erledigung der Geschäftsführungsaufgaben, darunter:

- die Anmeldung der GmbH beim Handelsregister (§ 7 GmbHG),
- die Einreichung der Gesellschafterliste zum Handelsregister (§ 40 Abs. 1 GmbHG),
- die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Buchführung (§ 41 GmbHG),
- die Aufstellung der Bilanzen und Jahresabschlüsse (§ 42 GmbHG),

- die Vorlage des Jahresabschlusses und des Lageberichts (§ 42a GmbHG),
- die Publizierung der Abschlüsse (§§ 325 ff. HGB),
- die Beachtung des Aufgabenkreises der Gesellschafter (§ 46 GmbHG),
- die Gewährung von Auskunfts- und Einsichtsrechten gegenüber den Gesellschaftern (§ 51a GmbHG),
- die Anmeldung und Eintragung der Abänderungen des Gesellschaftervertrages zum Handelsregister (§ 54 GmbHG),
- die Anmeldung und Eintragung eines Beschlusses zur Herabsetzung oder Erhöhung des Stammkapitals zum Handelsregister (§ 58 GmbHG).

Der Geschäftsführer muss darauf achten, dass die Steuerpflichten erfüllt werden. Das umfasst u. a.:

- die jeweils rechtzeitige Abgabe von Steuermeldungen, insbesondere Umsatz- und Lohnsteuervoranmeldungen,
- die Einbehaltung der Lohnsteuer und ihre Abführung an das Finanzamt,
- generell die Zahlung fälliger Steuern.

Das gleiche gilt gegenüber den Einzugsbehörden der gesetzlichen Sozialversicherungen.

Den Geschäftsführer einer GmbH treffen auch alle sonstigen Arbeitgeberpflichten wie z. B.:

- die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze,
- Jugendarbeitsschutz, usw.

Bei Insolvenzreife, das heißt bei Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung, muss der

Geschäftsführer die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens beantragen (§ 15a Abs. 1 InsO). Damit die darin festgelegte kurze Frist von drei Wochen nicht zum Verhängnis wird, ist die Liquidität der GmbH und ihre Schulden Situation laufend zu beobachten (Controlling). Verstöße gegen diese insolvenzrechtlichen Pflichten werden u. a. in den §§ 283 – 283d StGB geahndet.

Das ist nur ein kleiner Ausschnitt aus dem Pflichtenkanon des GmbH-Geschäftsführers. Er deckt sich weitgehend mit dem Pflichtenkanon eines Praxisinhabers, was insbesondere die Arbeitgeberpflichten betrifft, geht aber in den spezifisch gesellschaftsrechtlichen Pflichten weit darüber hinaus.

Der Beitrag wird fortgesetzt.

ANZEIGE



Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

 dentalautoren.de

Dentale Schreibtalente gesucht!

Umgang mit medizinisch notwendigen Leistungen

Wann liegt eine Ausnahmeindikation vor?

GKV-Patienten haben bei Vorliegen einer besonders schweren Implantat-Ausnahmeindikation auch Anspruch auf die Kostenübernahme der Folgebehandlung. In diesem Beitrag gibt Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff Aufschluss über Ausnahmeindikation und Folgebehandlung.

Die GKV muss medizinisch notwendige Leistungen nach der GOZ erstatten

Patienten mit besonders schweren Ausnahmeindikationen (siehe unten) erhalten die Implantation und ebenso die Suprakonstruktion als Sachleistung der GKV. Dies gilt im Rahmen dieser festgestellten Ausnahmeindikationen auch für spätere Folgebehandlungen nach der Implantation. Bei Patienten mit anerkannter Ausnahmeindikation werden implantologisch-chirurgische Leistungen als Gesamtbehandlung nach eingehender Begutachtung als Sachleistung der GKV gewährt. Dies ist gesetzlich in § 92 Abs. 2 SGB V, § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V und den Richtlinien des BEMA unter „VII Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen“ geregelt.

Besonders schwere Fälle liegen vor

- a) bei größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, z. B. Ursache:
- Tumoroperationen,
 - Entzündungen des Kiefers,

- Operationen infolge von großen Zysten (z. B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
- Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ektodermale Dysplasien) oder
- bei Unfällen;

- b) bei dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung;
- c) bei generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen;
- d) bei nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken).

Die Ausnahmeindikation setzt das mehrheitliche Fehlen der typischerweise in einem Kiefer angelegten Zähne voraus. Erforderlich ist ein in markanter Weise ausgeprägtes Fehlen, welches der vollständigen Nichtanlage nahekommt. Hinzukommen muss, dass eine konventionelle Versorgung ohne Implantate im Einzelfall nicht möglich ist.

Urteil stützt Übernahme der Folgekosten

Im Urteil vom 27.05.2010, (Az: L5 KR 39/09) bestätigt das Landesozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz/Mainz, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – bei Vorliegen einer schweren Ausnahmeindikation nach einer Implantation – auch für Folgebehandlungen aufkommen muss, einschließlich der PZR.

Als Folgebehandlung gelten gemäß dem Urteil:

- Prophylaxeleistungen
- Pflege der Implantate (zum Erhalt der Versorgung – Periimplantitisbehandlung dient ggf. auch dem Erhalt)
- professionelle Zahnreinigung „PZR“
- professionelle Prothesenreinigung „PPR“ (medizinisch notwendige Bakterienentfernung z. B. zum Schutz vor Lungenentzündung, besonders bei vulnerablen Patienten)



GIORNATE VERONESI

OEMUS
EVENT
SELECTION

ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE
UND IMPLANTOLOGIE

**JEDERZEIT
ANMELDEN**

www.giornate-veronesi.info



**27./28. JUNI 2025
VALPOLICELLA (ITALIEN)**

Beispiel möglicher PZR-Leistungen bei schwerer Ausnahmeindikation

Regio/Zahn	GOZ	Leistungsbeschreibung
44, 42, 32, 34	1040	professionelle Zahnreinigung, je Implantat
44, 42, 32, 34 z. B.	4025a	subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Implantat entsprechend subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn
	4020	Lokalbehandlungen – Taschenspülungen, je Sitzung
UK z. B.	5250a	Prothesenreinigung, je Prothese, entsprechend Wiederherstellen Funktion Prothese
	xxxxa	professionelle Reinigung von Verbindungselementen/Steg/Geschiebe
u.v.m. – Auflistung nicht vollständig, Honorar $\hat{=}$ Zeit- und Kostenaufwand kalkulieren		

Wer schreibt, der bleibt: So können Sie Patienten bei der Kostenzusage seiner GKV unterstützen:

- Erstellen Sie einen Therapieplan für die geplanten medizinisch notwendigen Maßnahmen nach den Vorgaben der GOZ.
- Vergessen Sie nicht, ggf. anfallende Analogleistungen (§ 6 Abs.1 GOZ) und ggf. auch zahntechnische Leistungen bzw. Chairside-Leistungen (§ 9 GOZ) im Therapieplan anzugeben. (Analogleistungen sind normaler Bestandteil der GOZ).
- Ergänzen Sie, je nach individuellem Behandlungsbedarf, alle notwendigen, erforderlichen und planbaren Leistungen zur exakten Kostenplanung.
- Beachten Sie den Zeitaufwand der einzelnen Leistungen, um ein kostendeckendes Honorar zu erzielen. Dazu sind der jeweilige Zeitaufwand und die Schwierigkeit des Behandlungsfalles ebenso wie die Umstände der Behandlung zu berücksichtigen. Ein Ausnahmeindikationspatient beansprucht oft aufgrund diverser Erkrankungen einen deutlich höheren Zeitaufwand zur Erbringung der einzelnen Leistung als ein gesunder Patient. Dokumentieren Sie Aufklärungsgespräche, Arztbriefe und konsiliarische Erörterungen mit Kollegen etc.
- Berücksichtigen Sie bei der Wahl des Faktors Ihren Behandlungsminutensatz und begründen Sie Leistungen über den 2,3-fachen Steigerungsfaktor nach den Regelungen des § 5 der GOZ.
- Stellen Sie klar, dass diese Leistungen nicht im BEMA enthalten sind.
- Bestätigen Sie die medizinische Notwendigkeit durch Angabe einer Indikation.
- Notieren Sie, welche Zeitabstände, ausgehend vom aktuellen Gesundheitszustand des Patienten, die PZR notwendig sind.

Das Musterformular für den Antrag an die GKV können sich Mitglieder von der Internetseite des BDIZ EDI laden:

→ Vorteil für Patient und Behandler:

- Der Patient freut sich über eine dauerhafte finanzielle Entlastung und kommt ggf. künftig regelmäßiger in die Praxis.
- Sie berechnen die medizinisch notwendigen Leistungen (die im BEMA nicht existieren) nach der GOZ.



Nun kann z. B. die PZR bei der Krankenkasse des Patienten beantragt werden. Die GKV hat nach Eingang des Antrages drei Wochen Zeit, um eine Entscheidung zu treffen. Dies gilt auch für GOZ-Leistungen (§ 13 Abs. 3a SGB V*). Erfolgt keine Mitteilung, Entscheidung oder Einberufung eines Gutachtens, oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) durch die GKV, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt!

✓ Wird eine erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist durchgeführt, ist die GKV in der Erstattungspflicht!

*Entscheidung über Leistungsanträge nach § 13 Abs. 3a SGB V

Im Jahr 2013 wurde im Rahmen des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ die Rechtsvorschrift des § 13 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt. Mit dieser Rechtsvorschrift möchte der Gesetzgeber erreichen, dass das Bewilligungs- und Genehmigungsverfahren bei den gesetzlichen Krankenkassen beschleunigt wird. Einerseits sollen die Krankenkassen die Leistungsansprüche zügig klären, andererseits sollen die Versicherten die benötigten Leistungen in kurzer Zeit erhalten. Mit § 13 Abs. 3a SGB V konkretisiert der Gesetzgeber die allgemeine Verpflichtung der Leistungsträger, welche in § 17 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) beschrieben ist, dass jeder Berechtigte die zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.

Sollte die Leistungsentscheidung nicht innerhalb einer gesetzlich definierten Frist erfolgen und werden hinreichende Gründe für eine Verzögerung nicht genannt, gilt die Leistung mit Ablauf

der Frist als genehmigt. In diesem Fall spricht man von der sogenannten „fiktiven Leistungsgenehmigung“ bzw. von der „fiktiven Leistungsgenehmigung von Kassenleistungen“. Das bedeutet, dass sich die Versicherten die beantragte Leistung selbst besorgen können und die Krankenkasse die entstandenen Kosten erstatten muss.

Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org



ANZEIGE

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



- zeitsparende Gewinnung von autologem Knochenmaterial
- große Filterfläche ermöglicht maximale Saugleistung
- direktes Aufsetzen auf den Saugschlauch
- der leichte Titan KF-T3 liegt direkt in der Hand

Einsatz der Hangar-Technik bei vertikalem Knochendefekt im Oberkiefer

Ein Beitrag von Dr. Frank Zastrow

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.

Eine 61-jährige Patientin stellte sich mit einem nicht erhaltungswürdigen Zahn 14 im rechten Oberkieferseitenzahnbereich vor. Ziel der geplanten Behandlung war nach der Entfernung des Zahnes 14 eine

adäquate implantatprothetische Neuversorgung der Situation. Es bestand in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit eines vertikalen Knochenaufbaus. Die Augmentation erfolgte mittels der Han-

gar-Technik und rein autologen Knochenschalen. Die Knochenschalen wurden mittels der sog. Semilunar-Technik (SLT) und unter Einsatz des Easy Bone Collectors im retromolaren Bereich des Unterkiefers entnommen. Bei der „Hangar-Technik“ kann das Implantat zeitgleich mit der vertikalen Knochenaugmentation durch die okklusale fixierte Knochenschale inseriert werden. Der Name ist von dem französischen Wort Flugzeughangar abgeleitet, der sich durch seine außerordentliche Stabilität und die typische abgerundete Deckenform auszeichnet.

Einleitung

Nach einer Zahnentfernung und dem Verlust des sog. Bündelknochens kann es zu einer ausgeprägten Knochenatrophie¹⁻³ kommen. Die Rekonstruktion dieser Knochendefekte ist die Grundlage einer dauerhaften Wiederherstellung gesunder Gewebeerhältnisse und einer prothetischen Restauration.

Zur Schaffung eines ausreichend dimensionierten neuen Implantatlagers können Knochendefekte mit autologen Knochenblöcken, Knochenersatzmaterial oder einer Kombination der beiden Verfahren rekonstruiert werden.^{4,5} Im vorliegenden Fall erfolgte der Knochenaufbau rein autolog. Um die Knochenentnahme mini-



Abb. 1: Röntgenologische Ausgangsaufnahme vor der Extraktion des pathologisch veränderten Zahnes 14. –

Abb. 2: Röntgenologische Ausgangsaufnahme nach der Extraktion des Zahnes 14.

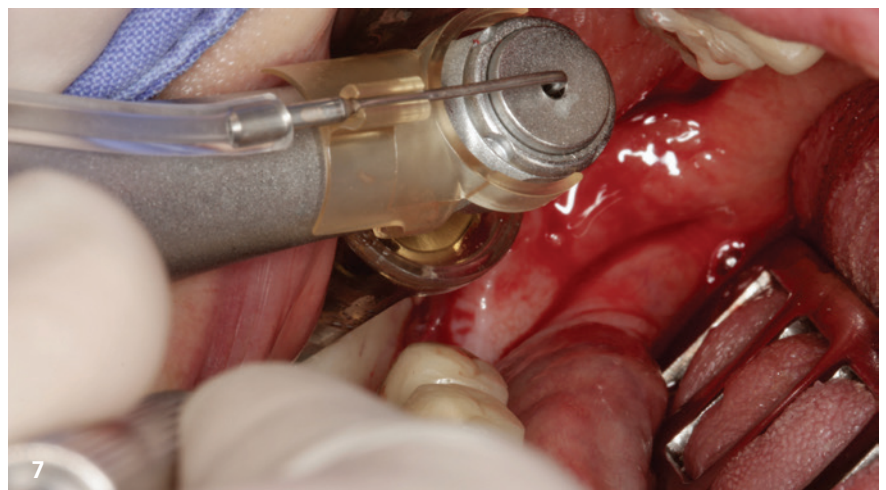


Abb. 3: Intraorale Ausgangssituation. – **Abb. 4:** Intraorale Darstellung Regio 14. – **Abb. 5:** Nach Aufklappung wird das laterale sowie vertikale Knochendefizit Regio 14 sichtbar. – **Abb. 6:** Der Easy Bone Collector ist ein speziell entwickeltes Instrument mit Trepanfräse, Innenkühlung, Keramiklagerung und integriertem Weichgewebsschutz, welches die Entnahme von Knochenchalen erleichtert. – **Abb. 7:** Durch die Anwendung der Semilunar-Technik in Kombination mit dem Easy Bone Collector können mehrere intrakortikale Knochenchalen aus der retromolaren Region entnommen werden.

malinvasiv zu gestalten, erfolgte diese mittels des Easy Bone Collectors und der Semilunar-Technik, bei der die Schalen nicht mehr gesplittet werden müssen. Durch diese Art der Entnahme weisen die Schalen eine Rundung auf, die möglicherweise im Hinblick auf das Expositionsrisiko vorteilhaft ist. Ansonsten erfolgt der Umgang mit diesen abgerundeten Knochenchalen und die Rekonstruktion des Knochendefektes nach den Kriterien der Schalenteknik nach Prof. Khoury.^{6,7}

Eine Besonderheit stellte die Tatsache dar, dass im vorliegenden Fall der vertikale Knochenaufbau und die Implantation simultan erfolgten. Möglich wurde das durch den Einsatz der sog. Hangar-Technik.

Die Schalenform bei der Hangar-Technik unterscheidet sich von den Schalen, die mit der Split Bone Block-Technik (SBBT) gewonnen werden, durch ihre Rundungen. Dies hat damit zu tun, dass die Schale mittels eines Trepans gewonnen wird.

Diese Art der Entnahme wird auch Semilunar-Technik genannt und durch die Anwendung des Easy Bone Collectors (EBC) erleichtert.

Das chirurgische Protokoll sieht bei der sog. Hangar-Technik vor, dass die okklusale Schale nach der Fixierung mit Osteosyntheseschrauben mittels einer Trepanfräse – möglichst in gleichem Durchmesser wie das Implantat – durchstoßen wird, so dass in der Folge das Implantat durch

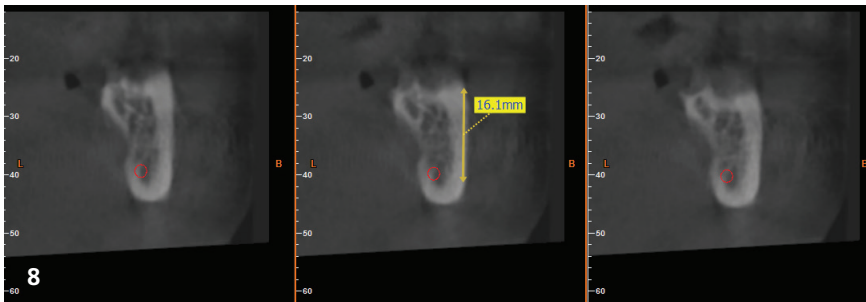


Abb. 8: Das digitale DVT zeigt einen ausreichenden Abstand zum N. alveolaris inferior und ermöglicht eine Abschätzung der maximalen Schalenlänge. In diesem Fall wurde der Easy Bone Collector regular verwendet, der eine Schalenlänge von 15 mm bei einer Breite von 7 mm generierte.

loger Knochenblock entnommen, dieser dann geteilt und danach werden die Schalen am Kieferkamm zur Schaffung eines neuen Implantatlagers fixiert.

Ausgangssituation

Die 61-jährige Patientin stellte sich mit einem nicht erhaltungswürdigen Zahn 14 im Oberkiefer rechts vor. Ziel der geplanten Behandlung war die adäquate Rekonstruktion des Hart- und Weichgewebes sowie die prothetische Neuversorgung mittels einer implantatgetragenen Krone.

Danach erfolgt die Rekonstruktion des Knochendefekts, wobei eine zuvor entnommene Knochenschale entsprechend der Schalenteknik nach Prof. Khoury auf Distanz gesetzt und mit kleinen Osteosyntheseschrauben fixiert wird.

diese Trepanationsöffnung inseriert werden kann. Zuvor wird der Zwischenraum mit autologen Partikeln gefüllt.

Die Semilunar-Technik ist noch eine sehr junge Technik, während die Schalenteknik per se schon auf fast 30 Jahre Anwen-

dung zurückblicken kann. Dementsprechend kann bei der Schalenteknik ebenfalls auf ein großes Repertoire an Studien verwiesen werden.

Bei der sog. Split Bone Block-Technik (nach Prof. Khoury)^{6,7} wird retromolar ein auto-

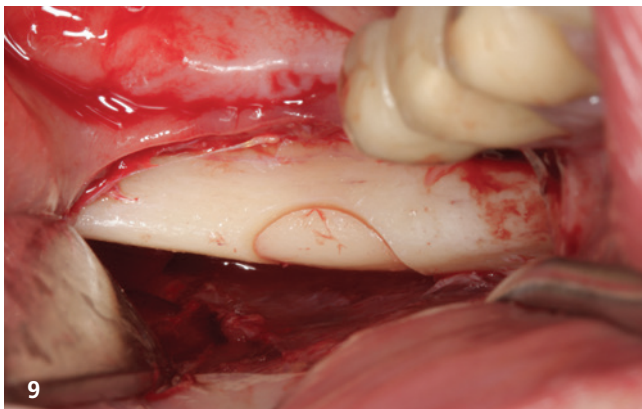


Abb. 9: Die charakteristische Halbmondform der zu entnehmenden Knochenschalen, die namensgebend für die Semilunar-Technik ist, wird deutlich sichtbar. – **Abb. 10:** Die semilunaren Knochenschalen weisen eine Dicke von nur 2,1 mm auf, was eine weitere Splitterung überflüssig macht. Die natürliche Rundung der Schalen könnte das ohnehin niedrige Risiko einer Exposition bei autologen Knochen-Transplantaten zusätzlich reduzieren. – **Abb. 11:** Es ist möglich, mehrere Semilunar-Schalen nebeneinander zu entnehmen. – **Abb. 12:** Aufgrund der individuellen Kieferkammkonvexität im Bereich der Linea obliqua externa kann die Knochenschale in die Kammer des Easy Bone Collectors rutschen. Dank der seitlichen Öffnungen des Trepans ist die Entnahme dennoch problemlos möglich.

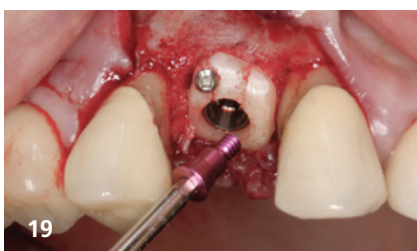
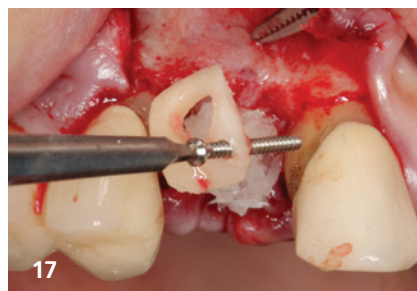
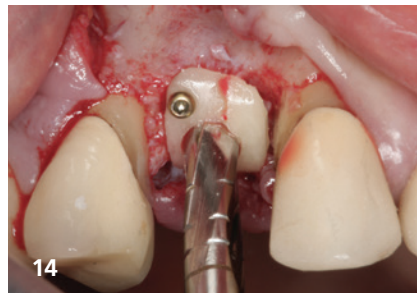


Abb. 13: Nach der Knochenentnahme werden die Knochenschalen mit dem sogenannten Safescraper weiter ausgedünnt. – **Abb. 14:** Die Knochenschale wird mit der abgerundeten Seite nach oben mittels Osteosyntheseschrauben fixiert. Anschließend erfolgt die Perforation der Schale mit einem Trepanfräser entsprechend dem Durchmesser des zu inserierenden Implantats. – **Abb. 15:** Der Spalt wird anschließend mit autologen Knochenspänen aufgefüllt. – **Abb. 16:** Darstellung der in Position gebrachten autologen Knochenspäne. – **Abb. 17:** Die okklusale Knochenschale wird nun repositioniert. – **Abb. 18:** Es ist auf eine stabile Fixierung der okklusalen Knochenschale zu achten. – **Abb. 19:** Das Implantat wird subkrestal inseriert, und die Abdeckschraube wird eingebracht.

Es ist hierbei eine Kieferkambbreite von mind. 7 mm anzustreben, um im Prämolarenbereich ein Implantat in ausreichenden Dimensionen inserieren zu können.

Vorteilhaft bei der Methode des biologischen Eigenknochenaufbaus mit autologem Knochen ist die Tatsache, dass nicht überaugmentiert werden muss, da die Resorptionsgefahr äußerst gering ist.

Anschließend wurde der bestehende Hohlraum entsprechend der Prinzipien des biologischen Eigenknochenaufbaus mit partikulierten Knochenspänen aufgefüllt, die beim Ausdünnen der Knochenschalen gewonnen wurden. Durch diese Methode wird im Unterschied zu kompakten Kortikalisblöcken die Oberfläche des Knochens vergrößert, was wiederum zu einer größeren Angriffsfläche für die zuführenden Gefäße führt und damit eine schnellere Ernährung und Revaskularisierung des aufgebauten Knochens erlaubt.

Prothetische Versorgung

Nach offener Abformung wurde im Labor ein Meistermodell erstellt, und es erfolgte die Herstellung eines Kobalt-Chrom-Brückengerüsts im CAD/CAM-Verfahren. Nach Herstellung des Gerüsts wurde dieses mit Verblendkeramik fertiggestellt.

Die Krone wurde auf dem Implantat verschraubt, um einer durch Befestigungszement induzierten Periimplantitis sicher entgegenzuwirken. Das klinische Abschlussfoto zeigt reizfreies Weichgewebe im periimplantären Bereich sowie eine ausreichende keratinisierte Mukosamanschette periimplantär.

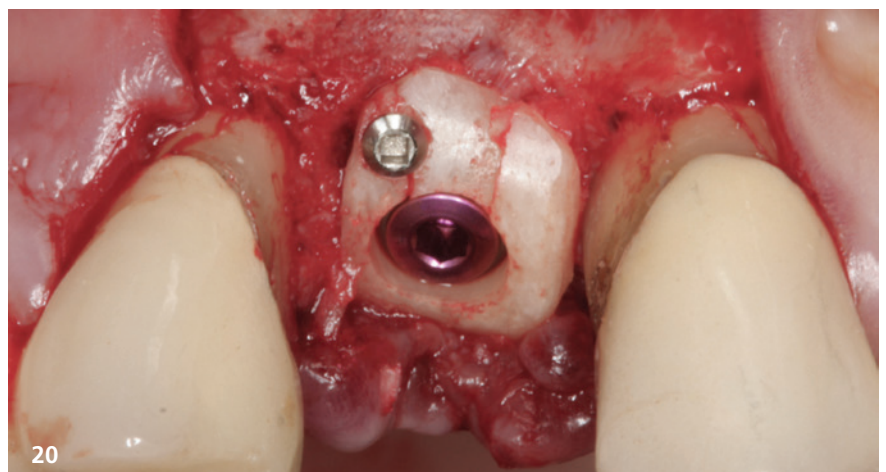
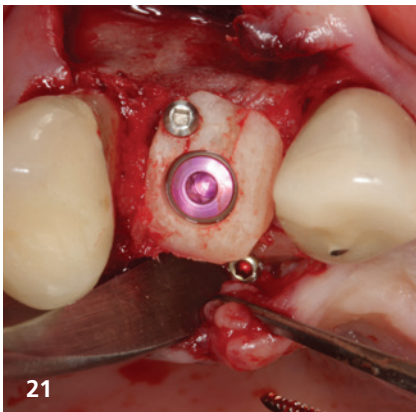


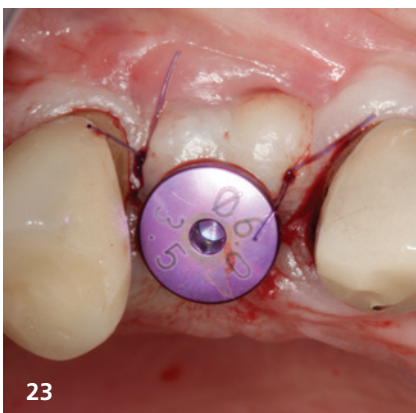
Abb. 20: In diesem Fall wurde lediglich eine okklusale Schraube verwendet.



21



22



23



24

Abb. 21: Okklusale Ansicht der Hangar-Technik. – **Abb. 22:** Das postoperative Röntgenbild zeigt den augmentierten Bereich im 1. Quadranten. Dank der Hangar-Technik konnte das Implantat simultan inseriert werden. – **Abb. 23:** Die Freilegung erfolgte durch eine einfache Spaltinzision, gefolgt vom Einsetzen des Gingivaformers. – **Abb. 24:** Abschlussröntgenaufnahme mit inseriertem Gingivaformer.

Diskussion

Im vorliegenden Fall konnte dank der Hangar-Technik das Einbringen des Implantates zeitgleich mit der Rekonstruktion des vertikalen Defizits erfolgen. Bei der „Hangar-Technik“ kann das Implantat simultan mit der vertikalen Knochenaugmentation

durch die okklusal fixierte Knochenschale inseriert werden.

In der 8. Europäischen Konsensuskonferenz des BDIZ EDI 2013 wurden die Indikationsbereiche der GBR und des autologen Knochens herausgearbeitet. In dieser sog. Kölner Defektklassifikation (CCARD = Co-

logne Classification of Alveolar Ridge Defect) diskutierte der BDIZ EDI mit Experten aus sieben Ländern über den State of the Art in der oralen Augmentation.

Bei der Betrachtung vergangener Defektklassifikationen (Seibert et al. 1983, Cawood und Howell 1988,) fällt auf, dass diese nur



25



26

Abb. 25: Eingliederung des endgültigen Zahnersatzes.– **Abb. 26:** Okklusale Ansicht des fertigen Zahnersatzes.

einen Teilbereich der Hartgewebsdefektsituationen aufgriffen und die Defektumgebung weitestgehend unberücksichtigt ließen.

Dabei erscheint es offensichtlich, dass sich beispielsweise die Anzahl der begrenzenden Wände von Defekten und ihr Verhältnis zur Gesamtkiefersituation maßgeblich auf die postaugmentative Erfolgsquote auswirken. Rekonstruktionen von Defekten mit umgebenden Knochenwänden lassen sich einfacher stabilisieren (Khoury, Antoun et al. 2007) als ausgedehnte Defekte ohne weitere knöchernen Begrenzung (Araujo, Sonohara et al. 2002). Dies hat eine direkte Auswirkung auf die postaugmentative Erfolgsquote.

Das Konsensuspapier empfiehlt, dass bei der Verwendung von Knochenersatzmaterialien möglichst Eigenknochen beizumengen ist, um die osteogene Potenz des Augmentationsmaterials zu verbessern.

Die Augmentation mittelgroßer und größerer Defekte mit Knochenersatzmaterial (KEM) und Membranen zeigt signifikant höhere Infektions- und Expositionsraten als Eigenknochen-Blockaugmentationen (Chiapasco, Abati et al. 1999).

Auflagerungsplastiken außerhalb der Kontur mit osteokonduktiven Knochenersatzmaterialien sollten – selbst in Kombination mit Eigenknochen – auf geringe Augmentationshöhen kleiner 4 mm beschränkt bleiben (Canullo, Trisi et al. 2006).

Hingegen ist ein vertikaler Aufbau von mittleren und großen (über 8 mm) Defek-



Abb. 27: Abschlussröntgenbild mit eingegliedertem definitivem Zahnersatz.

ten außerhalb der Kontur ausnahmslos für die Anwendung autologen Knochens (CCARD Classification) indiziert.

Eine weitere hochaktuelle Studie von 2019 zeigt ein Zehn-Jahres-Follow-up bei 142 Patienten nach vertikalem Knochenaufbau im Oberkiefer. Die Ergebnisse zeigen einen durchschnittlichen Knochengewinn in der Höhe von 7,6 mm und von 8,3 mm in der Breite und eine durchschnittliche Knochenresorption von lediglich 0,63 mm nach zehn Jahren (Khoury 2019). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei Verwendung rein autologen Knochens selbst in der Königsdisziplin – dem vertikalen Aufbau – mit stabilen Langzeitergebnissen zu rechnen ist.

Eine Notwendigkeit, diese erfolgreiche und seit Jahren etablierte Methode durch den Einsatz von körperfremden Ersatzmaterialien und Membranen zu ergänzen und das Ergebnis durch die damit verbundene erhöhte Abstoßungs- und Expositionsgefahr zu gefährden, erschließt sich dem Autor nicht.

Mit dem beschriebenen Protokoll können unter der Anwendung von rein autologem Knochen vertikale Knochendefekte sicher rekonstruiert und mit einer verschraubten festsitzenden implantat-getragenen prothetischen Restauration langfristig ästhetisch und funktionell versorgt werden.

Dr. Frank Zastrow



Literatur



Join Team Bone

Dr. Frank Zastrow ist Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Inhaber einer zahnärztlichen Praxisklinik im süddeutschen Raum, Autor verschiedener Fachbücher und Gründer der „My Implant Business“ Education Plattform.

Erhalten Sie jetzt mehr Informationen über seine Masterclass Education und Zugang zum Easy Bone Collector unter: www.myimplantbusiness.com/ebc



Kontakt

Dr. Frank Zastrow
Heidelberger Straße 38
69168 Wiesloch
Deutschland
Tel.: +49 6221 3579095
info@myimplantbusiness.com

Rehabilitation von periimplantären Weichgewebdefekten

Snake-Technik als minimalinvasive Behandlung

Ein Beitrag von Dr. Cosmin Dima und Natalie Catrina

Weichgewebdefekte periimplantärer Art (Papillaverlust, Abnahme des Schleimhautvolumens, gingivale Rezession, Dehiszenz, Veränderung der „ridge colour“) sind häufige Komplikationen bei der Implantatbehandlung und beeinflussen das ästhetische Endergebnis sowie die Langzeitstabilität des Implantats. Viele Faktoren können das Auftreten von periimplantären Weichgewebdefekten beeinflussen. Knochenschwund im Gesichtsbereich und ein dünner Biotyp fördern periimplantäre Rezessionen, und eine Weichgewebdicke von weniger als 2 mm fördert den periimplantären marginalen Knochenverlust. Die Folgen sind eine Freilegung des Implantats und Veränderung des Abutment-Kronen-Verhältnisses. Eine Kombination aus gingivaler Rezession und minimaler keratinisierter Mukosa führt zu Schwierigkeiten bei der Plaqueentfer-

nung, Entzündungen und ästhetischen Beschwerden seitens der Patienten.

Weichgewebstransplantationen im Rahmen von Zweiteingriffen werden an sofortigen Implantationsstellen aus ästhetischen Gründen, zur Papillenrekonstruktion, zur Verbreiterung der keratinisierten Mukosa, zur Erhöhung des Schleimhautvolumens und zur Erhaltung der Kontur der „alveolar ridge colour“ durchgeführt. Der Bedarf an der Behandlung von periimplantären Weichgewebdefekten nimmt zu, da das sofortige Einsetzen von Implantaten mit periimplantärer gingivaler Rezession infolge der Weichgewebremodellierungsprozesse verbunden ist.

Auch wenn Implantate ohne Weichgewebsaugmentation gesetzt werden, kann die periimplantäre Mukosa dünn und gräulich werden oder aufgrund von Narben eine veränderte Textur aufweisen, wenn der Flap nicht ordnungsgemäß behandelt wurde. Die dünne periimplantäre Mukosa (<2 mm) kann transparent sein, sodass das Implantat oder das Abutment durch sie hindurchscheinen kann.

Verschiedene chirurgische Techniken und eine Kombination aus chirurgischen und prothetischen Techniken wurden zur therapeutischen Behandlung von periimplantären Weichgewebdefekten beschrieben. In der Literatur werden Argumente zugunsten von Zweiteingriffen auf der Ebene des periimplantären Weichgewebes angeführt. Eine Literaturübersicht kam zu dem Entschluss, dass bei hohen ästheti-

schon Ansprüchen oder unzureichender Plaquekontrolle eine Regeneration der keratinisierten Mukosa erforderlich ist, um die Stabilität des periimplantären Weichgewebes zu gewährleisten. Das Design des Flaps hängt vom Ausmaß der periimplantären gingivalen Rezession, der vestibulären Tiefe, der Breite der befestigten Gingiva und dem Volumen des interproximalen Gewebes ab. Ein klassischer chirurgischer Ansatz verwendet apikal oder lateral verschobene Flaps zum Zeitpunkt der Implantatexposition. Diese Techniken werden mit einem freien Gingivatransplantat kombiniert, wenn die Breite der keratinisierten Mukosa über dem „alveolar ridge“ minimal ist. Ein apikal verschobener Flap oder eine Vestibuloplastik, kombiniert mit einem freien Gingivatransplantat oder subepitheliales Bindegewebsstransplantat, ist die am besten erforschte Technik für Weichgewebstransplantationen periimplantärer Art und hat nachweislich Gewinne in der Breite der keratinisierten Mukosa zwischen $1,15 \pm 0,81$ mm und $2,57 \pm 0,50$ mm sowie eine teilweise Abdeckung der Implantatoberfläche nach periimplantärer gingivaler Rezession erzielt.

Die Kombination eines apikal verschobenen Flaps mit einer Kollagenmatrix zur Verbreiterung der keratinisierten Mukosa hat sich als ebenso effektiv erwiesen wie die gleiche Technik in Kombination mit einem freien Gingivatransplantat, jedoch mit geringerer Morbidität und kürzerer Operationszeit. Die Konditionierung des periimplantären Weichgewebes unter

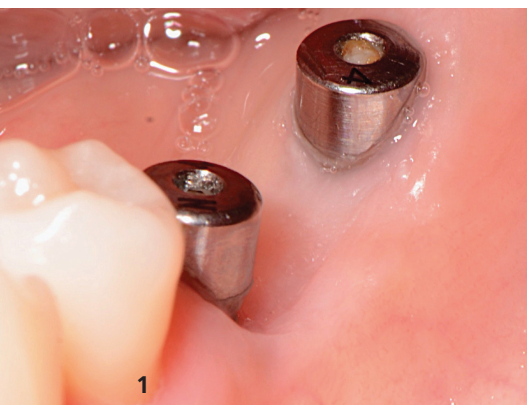


Abb. 1: Präoperative Situation, die den konkaven Bereich zwischen den Implantaten zeigt, der Nahrungsretention und periimplantäre Gewebedefekte begünstigt.

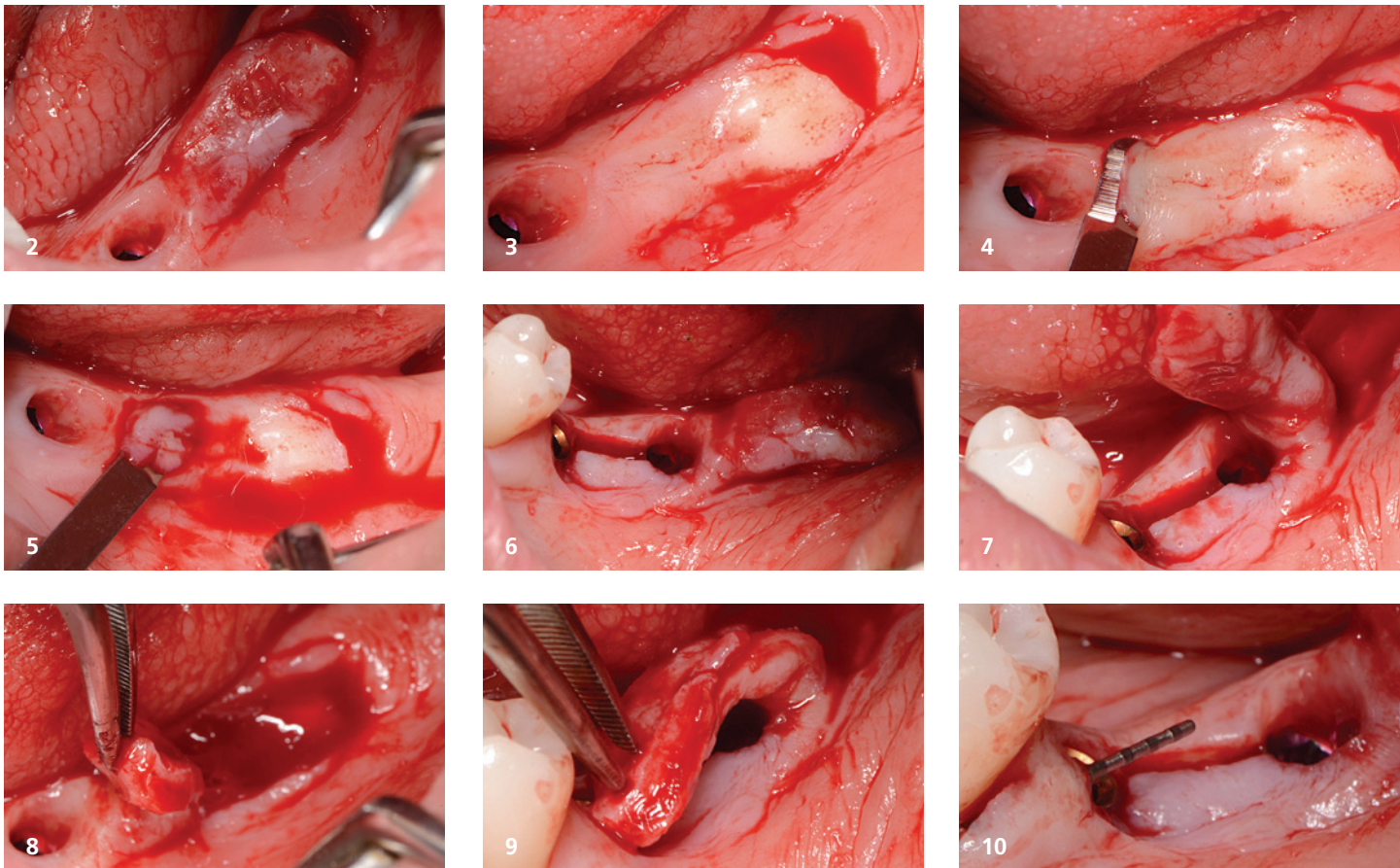


Abb. 2–5: Inzision der Lappenränder und Deepithelialisierung. – **Abb. 6–9:** „Partial thickness flap“. – **Abb. 10:** Gingivaler Pedikel-Probeseinsatz.

Verwendung eines freien autologen Epitheltransplantats wurde ebenfalls für die Behandlung suprakrestaler und/oder Dehiszenz-Defektmorphologien vorgeschlagen. Techniken, die autogene Transplantate verwenden, sind signifikant effektiver bei der Verbesserung der Ästhetik und Dicke des periimplantären Weichgewebes im Vergleich zu Techniken ohne Transplantate.

Eine systematische Überprüfung der Literatur kam zu dem Schluss, dass die Verwendung autogener Transplantate zur Erhöhung der Schleimhautdicke langfristig signifikant weniger marginalen Knochenverlust zur Folge hat und dass die Verwendung eines apikal verschobenen Flaps in Kombination mit einem autogenen Transplantat zur Verbreiterung des keratinisierten Gewebes die Blutungsindizes beim Sondieren und die marginalen Knochenniveaus signifikant verbessert.

Trotz des günstigen Ergebnisses der zuvor beschriebenen Techniken zur Konditionierung des periimplantären Weichgewebes müssen die Morbidität (aufgrund der Wunde an der Gaumenspenderstelle), dynamische Weichgewebsveränderungen und die längere Heilungsperiode berücksichtigt werden. Obwohl diese Techniken Volumenverlust und flache periimplantäre Rezessionen beheben können, sind sie weniger vorhersehbar bei der Behandlung tiefer oder großer periimplantärer Rezessionen und Papillaverlust. Diese Nachteile können durch Epithel- oder Bindegewebsflaps-Techniken mit oder ohne Kollagenmatrizen überwunden werden. Flap-Techniken sind ein neuer minimalinvasiver chirurgischer Ansatz, der sowohl bei einzeitigen als auch zweizeitigen Eingriffen, in anterioren und posterioren Bereichen sowie bei einzelnen und mehreren benachbarten Implantaten durchgeführt werden kann. Flap-Techniken wer-

den insbesondere den Patienten empfehlen, die eine Nachbehandlung fehlgeschlagener Implantate benötigen und zahnlosen Patienten, die zahlreiche Implantate benötigen, die eine Weichgewebskonditionierung mit mehreren Bindegewebs-Transplantaten erfordern.

Pandolfi beschreibt ein modifiziertes Flapdesign („Omega roll envelope flap“), das einen „roll flap“ mit einer modifizierten Pouch-Technik kombiniert, um lokalisierte horizontale „alveolar ridge“-Defekte zu korrigieren und die periimplantäre Weichgewebsdicke zu erhöhen. Diese Technik vermeidet die Entnahme autologen Bindegewebes von einer anderen Spenderstelle, indem sie das suprakrestale Bindegewebe der Implantationsstelle verwendet. Tabanella beschreibt eine bukkale Flap-Technik, die sowohl in anterioren als auch in posterioren Bereichen mit mindestens zwei benachbarten Implantaten verwen-

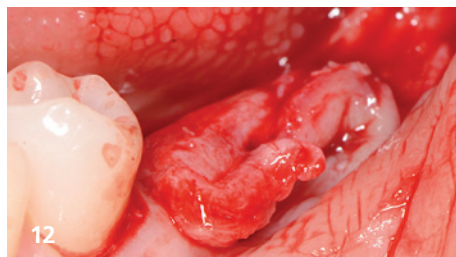
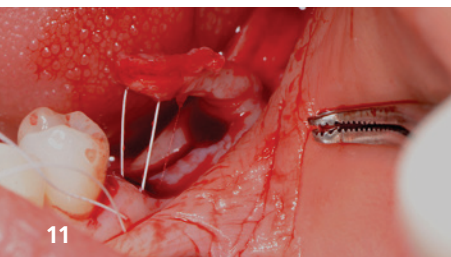


Abb. 11: Snake Flap (Naht an der distalen Seite). – **Abb. 12:** Transplantat an der mesialen Seite mit PTFE-Naht fixiert. – **Abb. 13:** Transplantat innerhalb der Gingivasaum eingerollt. – **Abb. 14:** Unmittelbare postoperative Situation, die endgültige Naht drückt auf den Flap, um Toträume zu eliminieren. – **Abb. 15:** Situation zehn Tage postoperativ, zeigt ausgezeichnete Heilung der Entnahme- und Empfängerstelle.

det wird. Die Technik beginnt mit einem langen lingualen horizontalen Schnitt, der leicht zur bukkalen Seite verläuft, gefolgt von parasulkulären Schnitten mesial und distal. Die mukogingivale Grenze wird mit einer #15C-Klinge geschnitten, um eine Flap-Perforation zu vermeiden. Der Flap wird bukkal positioniert und ein leichtes Überlappen des Gewebes auf der bukkalen Seite erzeugt Gewebefalten, die eine Erhöhung des Schleimhautvolumens ermöglichen. Moreno Rodriguez und Caffesse schlugen eine Flap-Technik („laterally rotated flap“) zur Behandlung periimplantärer Defekte vor. Die Technik beinhaltet die Schaffung eines bukkalen, mesialen und apikalen Empfängerbereichs um jedes Implantat und das Rotieren eines Flaps aus keratinisiertem Gewebe um 90° von distal-palatal sowie dessen Positionierung und Naht an der bukkalen periimplantären Seite. Ziel dieses Artikels ist es, einen neuen chirurgischen Ansatz, die modifizierte Flap-Technik „Snake“, zur Konditionierung des periimplantären Weichgewebes um belastete osseointegrierte Dentalimplantate im posterioren Unterkieferbereich vorzustellen.

Fallbeschreibung

Ein 47-jähriger Patient stellte sich mit einem stark resorbierten posterioren „alveolar ridge“ des Unterkiefers aufgrund von

Molarenextraktionen vor (Abb. 1). Bei dem Patienten wurden zwei posteriore Stellen mit periimplantärer gingivaler Rezession und minimalem keratinisiertem Gewebe (< 1 mm) diagnostiziert. Vier Monate nach der initialen Implantatchirurgie wurde eine Konditionierung des periimplantären Weichgewebes durchgeführt.

Chirurgische Technik

Die Anästhesie im Operationsgebiet wurde mit Articain und 1:100.000 Adrenalin durchgeführt. Die Empfängerstelle wurde durch scharfe Dissektion vorbereitet, um ein periostales Bett frei von Muskelansätzen zu schaffen. Zwei parallele krestale Inzisionen wurden im distalen Bereich der Implantate mit einer #15C-Klinge vorgenommen und durch eine horizontale Inzision verbunden (Abb. 2–5). Die Ausdehnung der Inzisionen in Richtung der krestalen Region und der Abstand zwischen ihnen hängen von der Menge des keratinisierten Gewebetransplantats ab, welches für jeden Fall erforderlich ist. Die Epitheldeaktivierung des Flaps wurde mit einer #15C-Klinge durchgeführt (Abb. 6). Ein partieller „thickness flap“ wurde angehoben (Abb. 7).

Der Flap wurde apikal durch eine innere oberflächliche Inzision freigesetzt, um eine passive Verlagerung und Naht ohne Span-

nung zu ermöglichen. Er wurde mesial mit einer 180°-Drehung verlagert (Abb. 8 und 9). Die mesiale Papille wurde mit der Tunneltechnik für das Transplantat vorbereitet (Abb. 10). Der resultierende Flap wurde mit nicht resorbierbarem PTFE-Nahtmaterial (#5/0, Coreflon, IMPLACORE) am Empfängerbett an der Basis des neu geschaffenen Vestibulums vernäht. Das Transplantat wurde in die gingivalen Ränder eingerollt und mesial mit PTFE-Nähten fixiert (Abb. 11–14).

Dem Patienten wurde empfohlen, zweimal täglich für zwei Wochen mit einer 0,12%igen Chlorhexidin-Mundspülung zu spülen. Eine entzündungshemmende Therapie (400 mg Ibuprofen alle acht Stunden) wurde für drei Tage verschrieben. Der Patient berichtete über keine Beschwerden oder postoperative Schmerzen. Es wurde weiterhin empfohlen, zweimal täglich mit einer 0,2%igen Chlorhexidin-Mundspülung für vier Wochen zu spülen und mechanische Hygiene im Operationsbereich zu vermeiden. Die Nähte wurden eine Woche später entfernt. Eine ausgezeichnete Heilung der Spender- und Empfängerstelle wurde zehn Tage postoperativ festgestellt (Abb. 15 und 16). Kontrollbesuche wurden zwei und vier Wochen danach geplant, gefolgt von Besuchen nach drei, sechs und zwölf Monaten und anschließend alle sechs Monate für fünf Jahre



Abb. 16: Klinisches Erscheinungsbild des periimplantären Weichgewebes nach Belastung seitens der definitiven Restaurationen. – **Abb. 17:** Klinisches Erscheinungsbild des periimplantären Weichgewebes nach einem Jahr. – **Abb. 18:** Klinisches Erscheinungsbild des periimplantären Weichgewebes nach zwei Jahren. – **Abb. 19:** Klinisches Erscheinungsbild des periimplantären Weichgewebes nach fünf Jahren.

(Abb. 17–20). Nach jedem Kontrollbesuch wurden professionelle Kontrollmaßnahmen im Operationsbereich durchgeführt.

Klinische Messungen

Die periimplantäre Sondierungstiefe wurde an der Interproximalfläche gemessen, wobei der höchste Wert von der Weichgewebsgrenze bis zum Boden des periimplantären Sulkus genommen wurde. Die bukkale Dicke der periimplantären Mukosa wurde mit einer ISO #15 endodontischen Feile in 2 mm Abstand von den Weichgewebsgrenzen mesial, distal und medial zur Implantatplattform (Referenzpunkt) gemessen. Die keratinisierte Mukosa wurde mit einer Parodontalsonde zwischen Ausgangswert und Nachkontrolle gemessen. Die Messungen wurden vertikal von der Implantatplattform bis zur freien gingivalen Grenze am mittleren bukkalen Punkt durchgeführt. Die Aufzeichnungen erfolgten präoperativ, unmittelbar postoperativ sowie vier Wochen und ein und zwei Jahre postoperativ. Die klinischen Parameter (Breite der keratini-

sierten Mukosa, Schleimhautvolumen und Rezessionsdeckung) wurden zum Ausgangswert und bei den Nachkontrollintervallen erfasst. Zu Beginn betrug die Breite der keratinisierten Mukosa minimal 1 mm. Der Gewinn an Breite der keratinisierten Mukosa betrug 2 mm nach vier Wochen, 3 mm nach einem Jahr und 4 mm nach fünf Jahren postoperativ. Der Gewinn an Schleimhautvolumen betrug 3 mm nach vier Wochen, 4 mm nach einem Jahr und 5 mm nach fünf Jahren postoperativ. Die Rezessionsdeckung betrug 100 Prozent nach vier Wochen, 100 Prozent nach einem Jahr und 100 Prozent nach fünf Jahren postoperativ.

Diskussion

Die Forschung hat sich auf die Gesundheit des periimplantären Weichgewebes konzentriert, da eine ausreichende Breite der keratinisierten Mukosa und eine angemessene Schleimhautdicke wichtig sind, um biologische Komplikationen und krestalen Knochenverlust zu verhindern. Außerdem ist nicht bewegliches, befestigtes

Gewebe notwendig, um die transmukosalen Komponenten des periimplantären Gewebes zu erhalten, wodurch periimplantäre Entzündungen und biologische Komplikationen vermieden, sowie der periimplantäre marginale Knochen erhalten werden. Periimplantäre Weichgewebskonditionierungstechniken werden in klinischen Fällen empfohlen, bei denen Faktoren vorliegen, die eine gute Prognose der Weichgewebstabilität und Implantatabdeckung beeinträchtigen könnten (konvexe Prothesen-Abutment-Kontur, dünne Schleimhaut, Abstand von der Implantatplattform zur Knochenleiste von >3 mm, interproximale Gewebeverluste, Implantat außerhalb des „bony envelope“ positioniert).

Es gibt begrenzte wissenschaftliche Belege bezüglich der Behandlung periimplantärer Weichgewebdefekte. Gewinne in der Breite der keratinisierten Mukosa wurden in einer systematischen Übersichtsarbeit berichtet, die die Ergebnisse eines apikal verschobenen partiellen „thickness flap“ in Kombination mit einem freien

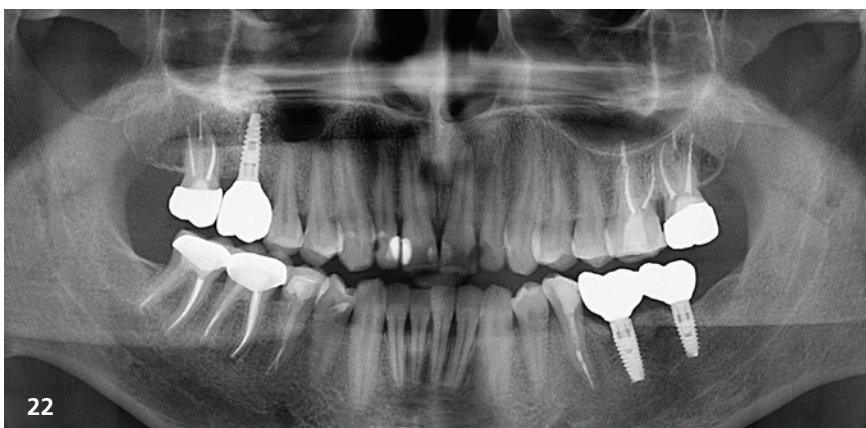
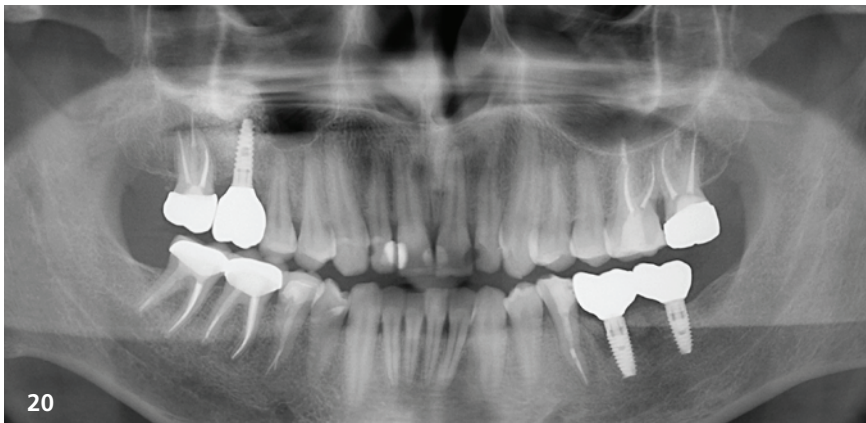


Abb. 20–22: Aufnahmen aus 2017, 2019 und 2022.

Gingivatransplantat, einem subepithelialen Bindegewebstransplantat oder xeno-genen Transplantatmaterial analysierte. Dieselbe systematische Übersichtsarbeit berichtete durchschnittliche Deckungsra-ten der Weichgewebsrezession von 28,0 bis 96,3 Prozent, wenn ein koronal ver-schobener Flap mit einem subepithelialen Bindegewebstransplantat oder allo-genen Transplantatmaterialien kombiniert

oder ein partieller „thickness flap“ mit einem subepithelialen Bindegewebs-transplantat kombiniert wurden. Trotz der Vor-hersehbarkeit der klassischen apikal oder lateral verschobenen Flap-Technik (kombi-niert mit epithelialisiertem Weichgewebe) wurden Rezessionen aufgrund von Trans-plantatkontraktionen, Wundstabilitäts-versagen oder Transplantatnekrosen be-richtet. Darüber hinaus können Techniken,

die auch ein Bindegewebsstransplantat oder eine Kollagenmatrix verwenden, zur Bildung einer beweglichen periimplan-tären Mukosa führen, die die Stabilität des periimplantären Weichgewebes beein-trächtigen und biologische Komplikatio-nen fördern wird.

Angesichts des invasiven Charakters und der Morbidität der klassischen Weichge-webs-Konditionierungstechniken wurden Varianten der Pedikel-Flap-Technik für verschiedene klinische Situationen vorge-schlagen, die größtenteils durch schema-tische Illustrationen und klinische Fallbe-richte unterstützt werden.

Moreno Rodríguez et al. kombinierten ih-ren klinischen Fallbericht mit einer Pilot-studie. Die Testgruppe umfasste Patienten mit teilweiser oder vollständiger maxillärer Implantatrehabilitation, bukkalen Weich-gewebsdefekten (Fehlen von keratinisiertem Gewebe oder einer Weichgewebs-breite oder -dicke von <2 mm) um ein os-seointegriertes Implantat, Hartgewebsde-hiszenz auf bukkaler Ebene, Transparenz der darunterliegenden Implantatoberflä-che auf der bukkalen Seite sowie Plaque- und Blutungsindizes von weniger als 30 Prozent. Die Forscher berichteten einen durchschnittlichen Gewinn von 1,37 mm an klinischer periimplantärer bukkaler Anheftung, einen Gewinn von 3,06 mm an Weichgewebsdicke und einen Gewinn von 4,69 mm an Breite der keratinisierten Mukosa. Sie berichteten auch über die Er-haltung der Stabilität des periimplantären Weichgewebes für einen durchschnitt-lichen Zeitraum von $13,50 \pm 1,87$ Mona-ten (Bereich von 12,00–18,00 Monaten).

Auch andere Forscher haben Pedikel-Flap-Techniken bei Patienten mit einer kerati-nisierten Weichgewebsdicke und -breite von weniger als 2 mm auf der bukkalen Seite angewendet und berichteten über Zunahmen des befestigten Weichgewe-bes und Gewinne von über 2 mm an buk-kaler Mukosadicke und keratinisierter Ge-webebreite. Angesichts der Ergebnisse auf kurze und mittlere Sicht berichtete

eine Studie über die Verbesserung der Breite der keratinisierten Mukosa und des Schleimhautvolumens in den ersten drei Monaten, jedoch eine Schrumpfung von 42,4 Prozent nach 12 Monaten.

Systematische Überprüfungen der Literatur haben unzureichende Daten gefunden, um Empfehlungen hinsichtlich der idealen Technik, des Flap-Designs oder des Transplantats zur Konditionierung des periimplantären Weichgewebes in Bezug auf die Art des periimplantären Defekts und die angestrebten therapeutischen Ziele (Gewinn an Breite der keratinisierten oder befestigten Mukosa und an Schleimhautdicke) zu geben.

Die Snake-Technik entstand aus dem Wunsch, Patienten die am wenigsten invasive Technik zur Behandlung von vulnerablen, dünnen periimplantären Weichgeweben zu bieten. Ich habe den Behandlungsplan und die Behandlung immer so betrachtet, als wäre ich der Patient, und wenn ich der Patient wäre, würde ich von einer komplexen Behandlung in einer einzigen chirurgischen Sitzung ohne Schmerzen und mit sehr schneller postoperativer Heilung profitieren wollen. Die Snake-Technik hat genau diese Vorteile und zusätzlich den Vorteil, nur eine Wunde anstatt zwei zu erzeugen. Angesichts der Menge an qualitativ hochwertigem keratinisiertem Gewebe in der Nähe des zu augmentierenden Bereichs fragte ich mich, warum ich aus dem Gaumen transplantieren sollte, wenn ich Gewebe aus dem unmittelbaren Bereich der Augmentation verwenden könnte. Darüber hinaus unterbricht ein aus dem Gaumen entnommenes Gingivatransplantat die Vaskularisation vollständig, während das Snake-Transplantat dauerhaft vaskularisiert bleibt, was das Risiko einer Nekrose erheblich reduziert.

Das distale Spendergebiet, aus dem der Flap gehoben wird, stellt die Verfügbarkeit von keratinisiertem Gewebe sicher und bietet die Qualität des Bindegewebs-transplantats entsprechend dem Bedarf

des Empfängergebiets. Die 180°-Drehung des Flaps unterstützt die Beweglichkeit dessen, ohne die Muskelbeweglichkeit und die vestibuläre Tiefe zu verringern, und erhält die Blutversorgung im mesialen periimplantären Bereich. Ein partieller „thickness flap“ sorgt für die Flexibilität, die den Gewinn an Schleimhautvolumen unterstützt. Außerdem wird die Bildung von periimplantären Pseudotaschen vermieden, die das Wachstum pathogener Bakterien begünstigen könnten.

Der Patient hatte bewegliches periimplantäres Weichgewebe, eine Breite der keratinisierten Gewebe von weniger als 1 mm und eine Schleimhautdicke von weniger als 2 mm. Die Weichgewebsgrenze lag auf Höhe der Implantatplattform. Die Anwendung dieser Technik führte zu signifikanten Verbesserungen der Qualität des periimplantären Weichgewebes, und der Gewinn an befestigtem keratinisiertem Gewebe betrug 4 mm. Der in der Snake-Technik verwendete rotierte Flap hat die Vorteile eines freien keratinisierten Mukosatransplantats, indem er die Breite der periimplantären bukkalen Mukosa erhöht. Er gewährleistet auch eine hohe Blutversorgung und Stabilität des Pedikel-Flaps was im Vergleich zu einem freien Weichgewebstransplantat zu weniger Schrumpfung über die Zeit führt.

Schlussfolgerung

Eine vollständige Rehabilitation von periimplantären Weichgewebdefekten kann erfolgreich durch Transplantationsverfahren in der Zweitstufenoperation erreicht werden. Die vorgeschlagene Snake-modifizierte Pedikel-Flap-Technik verbesserte den Zustand des Weichgewebes um die Dentalimplantate, was die Zunahme von Breite und Dicke nach einem, zwei und fünf Jahren postoperativ betrifft. Die Vorteile sind wie folgt: keine Notwendigkeit für eine zweite Wunde, Stabilität des Transplantats, bessere Vaskularisation, kein Nekrosrisiko, schnellere Heilung sowohl des Spender- als auch des Empfängergebiets und keine zusätzlichen Schmerzen oder Unannehmlichkeiten. Randomisierte kontrollierte Studien mit Langzeit-Nachbeobachtungen sind notwendig, um die langfristige Vorhersagbarkeit dieser chirurgischen Technik zu validieren.

Dr. Cosmin Dima



Literatur



Kontakt

Dr. Cosmin Dima
Dental Progress Clinic
+40 751 336825
www.dentalprogress.ro



Kontakt

Natalie Catrina
Dental Progress Clinic
+40 751 336825
www.dentalprogress.ro

Orale Geweberegeneration feiert Premiere in Düsseldorf

Innovationen in der Zahnmedizin

Das Nationale Osteology Symposium Düsseldorf bringt Fachleute aus der Zahnmedizin, Oralchirurgie und erstmals auch der Dentalhygiene in einem hochkarätigen Veranstaltungsformat zusammen. Der zweitägige Kongress findet am 9. und 10. Mai 2025 im RheinRiff Event- und Konferenzzentrum statt. Unter dem Motto „Die Welle der Regeneration“ bietet das Symposium unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Eik Schiegnitz und Dr. Ausra Ramanauskaite einen tiefen Einblick in die neuesten Entwicklungen der Geweberegeneration und Patientenversorgung.



Das wissenschaftliche Programm des Symposiums legt den Schwerpunkt auf die Biologisierung von Biomaterialien und innovative Augmentationstechniken zur Behandlung von Periimplantitis.

Diese Themen sind entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung regenerativer Therapien und den langfristigen Erfolg implantatprothetischer Versorgungen. „Wir zeigen in praxisnahen Workshops oder großen Keynote Lectures was State of the Art in der oralen Geweberegeneration heute bedeutet und wie unsere Zukunft aussieht“, sagt Prof. Eik Schiegnitz.

Ergänzend zu den Vorträgen werden in verschiedenen Lernformaten die aktuellen Möglichkeiten und Grenzen moderner Regenerationstechniken praxisnah disku-

tiert. Komplexe Augmentationsverfahren und Fallbeispiele zur Zahnerhaltung erweitern das Spektrum und bieten den Teilnehmern wertvolle Einblicke in die Anwendung dieser Techniken in der täglichen Praxis. „Mit unserem Programm bleiben die Teilnehmer auf dem neuesten Stand und profitieren von einem einzigartigen Weiterbildungsangebot“, so Dr. Ausra Ramanauskaite.

Neben dem Vortragsprogramm erwartet die Teilnehmer ein umfassendes Workshopangebot, das aktuelle Behandlungskonzepte wie Sofort- und verzögerte Implantationen sowie die Anwendung von Eigenblutkonzentraten umfasst. Für Dentalhygieniker und Prophylaxe-Assistentinnen wird ein spezielles Parallelprogramm angeboten, das deren zentrale Rolle in der

Patientenbehandlung beleuchtet und wertvolle Fortbildungsmöglichkeiten bietet.

Den idealen Rahmen für intensiven Austausch unter den Teilnehmern während beiden Kongresstagen bildet die Eventlocation RheinRiff. Dort setzt das außergewöhnliche Rahmenprogramm während den beiden Tagen des National Osteology Symposium Düsseldorf 2025 bleibende Akzente.

Kontakt

OSTEOLOGY FOUNDATION
 +41 41 3684444
 info@osteology.org
 www.osteology.org
 www.osteology-duesseldorf.org



Events

55 Jahre gemeinsame Expertise

BioHorizons Camlog präsentiert sich im Jubiläumsjahr auf der EAO

BioHorizons und Camlog feiern in diesem Jahr 30- beziehungsweise 25-jähriges Jubiläum. Gemeinsam präsentieren sie auf der EAO in Mailand vom 24. bis 26. Oktober 2024 ein umfassendes Implantat- und Biomaterialportfolio, das nahezu alle Indikationen und Therapiekonzepte der Anwender zum Wohle der Patienten erfüllt. Die Besucher am Stand werden mit einer neuen Kampagne „The Art of Regeneration“ in das Portfolio der regenerativen Biomaterialien eingeführt.

BioHorizons und Camlog bündeln seit 2016 ihre Kräfte unter dem Dach der Global Oral Reconstruction Group, einer Unternehmenssparte von Henry Schein, mit dem Ziel, sich als eine Marke zu etablieren, auf die sich Zahnmediziner verlassen können. Mit einem breitgefächerten Angebot an Implantatsystemen, digitalen Arbeitsabläufen und innovativen regenerativen Lösungen erhalten die Kunden Produkte, die klinisch bewiesen und wissenschaftlich fundiert sind. Bianka Wilson, Co-CEO von BioHorizons Camlog, erklärt: „Wir sind stolz darauf, diese Jubiläen zu feiern und danken unserem hoch engagierten Team, unseren Kunden und unseren langjährigen Partnern auf der ganzen Welt. Jeder einzelne ist eine Bestätigung für die harte Arbeit, die Leidenschaft und die Fortschritte, die BioHorizons Camlog auf dieser bemerkenswerten Reise begleitet haben.“

Techniken und Lösungen für Hart- und Weichgeweberegeneration

Die Biomaterialkampagne flankiert die Einführung neuer regenerativer Produkte

auf der EAO. Um das umfassende Spektrum der Biomaterialien näher kennenzulernen und von den Erfahrungen renommierter Anwender zu profitieren, bietet BioHorizons Camlog zwei Industrieworkshops an.

Am Donnerstag, 24. Oktober von 15:15–17.30 spricht Dr. Luca de Stavola aus Italien über die Definition von Strategien zur Augmentation von Knochen und Weichgewebe, wobei deren Substitution in der klinischen Anwendung fokussiert wird. Die anschließenden didaktischen und praktischen Übungen reichen von der Weichgewebeaugmentation um Zähne und Implantate an Tierkiefen bis hin zur vertikalen Knochenaugmentation an Schulungsmodellen.

Prof. Hom-Lay Wang aus den USA befasst sich am Freitag, 25. Oktober von 09.00–11.30 Uhr mit der Regeneration von intraossären Defekten bei der Periimplantitistherapie mittels eines geschlossenen GBR-Verfahrens. Die Teilnehmenden werden im Umgang mit der neu eingeführten SMRT™ (Scaffold Matrix Regenerative Therapy) Kollagenmembran geschult, bei deren Prozessierung die Kollagenstruktur ohne Vernetzung oder chemische Veränderung erhalten bleibt. In praktischen Übungen lernen die Teilnehmenden die Anwendung der Membran an speziellen Schulungsmodellen.

Mit der „My First Implant Session“ bietet BioHorizons Camlog am Donnerstag, 24. Oktober, von 08.30–13.30 Uhr einen Kurs für Einsteiger. Dr. João Pitta und Michael Knackmuss präsentieren die Grundlagen

der Implantatchirurgie und -prothetik. Der Schwerpunkt liegt auf praktischen Fertigkeiten und Patientenmanagement.

Optimale Behandlungsergebnisse erfordern nicht nur ein zahnmedizinisches Grundwissen in der chirurgischen Implantologie und der biologischen Prozesskette, sondern auch ein großes Verständnis für das Erfüllen der individuellen Patientenwünsche. Mit den anwenderfreundlichen Produkten von BioHorizons Camlog lassen sich die Herausforderungen und die Komplexität der Implantattherapie souverän meistern. Wir freuen uns auf Ihren Besuch am Messestand.

Kontakt

**Henry Schein Dental
Germany GmbH**
Tel: +49 6103 7575000
info@henryschein.de
www.henryschein.de

Kontakt

CAMLOG Biotechnologies GmbH
Tel. +41 61 565 41 00
contact@biohorizonscamlog.com
www.biocamloghorizons.com

Sie finden uns auf der EAO Mailand 2024 am Stand F55 im Erdgeschoss.

Echte patienteneigene Knochenregeneration durch Einbindung biochemischer Selbstheilungskräfte des Körpers

EthOss ist ein einzigartiges synthetisches Knochenregenerationsmaterial aus einer Mischung aus β -Tricalciumphosphat- und Kalziumsulfatbasis. Das Material vereint eine Reihe von Vorteilen in sich: Da EthOss sein Volumen perfekt erhält, muss nicht überdosiert werden. Seine initiale Konsistenz sorgt außerdem dafür, dass eine weitere Anbringung von Kollagenmembranen entfallen und Weichgewebe nicht seinen Platz einnehmen kann. Selbst die Viskosität kann durch Entzug oder Zugabe von Feuchtigkeit für ein optimales Handling individuell beeinflusst werden. EthOss verfügt über eine Fülle an wissenschaftlichen Untersuchungen und wird aufgrund seiner Zuverlässigkeit und seinen reproduzierbaren klinischen Ergebnissen von führenden Behandlern sehr geschätzt.

„Nach nur zehn Wochen präsentiert sich der Knochen nach Anwendung mit EthOss reizlos verheilt. Architektur und Dimensionen der Kieferkämme bleiben zufriedenstellend erhalten. Der gesamte Bereich wird mit dickem keratinisiertem Epithel bedeckt. Die periapikalen Röntgenaufnahmen zeigen eine hervorragende Osseointegration des Implantats und eine Konsolidierung des Augmentationsmaterials. Diese Ergebnisse erreiche ich regelmäßig mit EthOss“, so Dr. Peter Fairbairn, Visiting Professor der Detroit Mercy University, School of Dentistry, USA.

„Mein Fazit zu EthOss lautet: Gutes Handling, eine Kalziumbombe zu Beginn und ein gutes β -TCP-Gerüst während der Heilphase, bekanntes Regenerationsverhalten bis zum vollständigen Abbau des Materials, neben autologem Knochen für mich die natürlichste Möglichkeit der Knochenregeneration“, so Dr. Christian Henrik Hollay aus München.



EthOss Knochenersatzmaterial ist in Deutschland und Österreich exklusiv über die Zantomed GmbH in Duisburg in den Größen 3x0,5ml und 3x1,0ml verfügbar. Für die durchgeführten Fortbildungen auf oberstem Qualitätsniveau und die angebotenen Weiterbildungsseminare wurde Zantomed vom Hersteller für das Jahr 2023 zum Distributor of the year ernannt.

Kontakt

Zantomed GmbH
Tel: +49 203 607998-0
info@Zantomed.de
www.zantomed.de

Camlog ergänzt Biomaterialportfolio um CeraOss® HYA

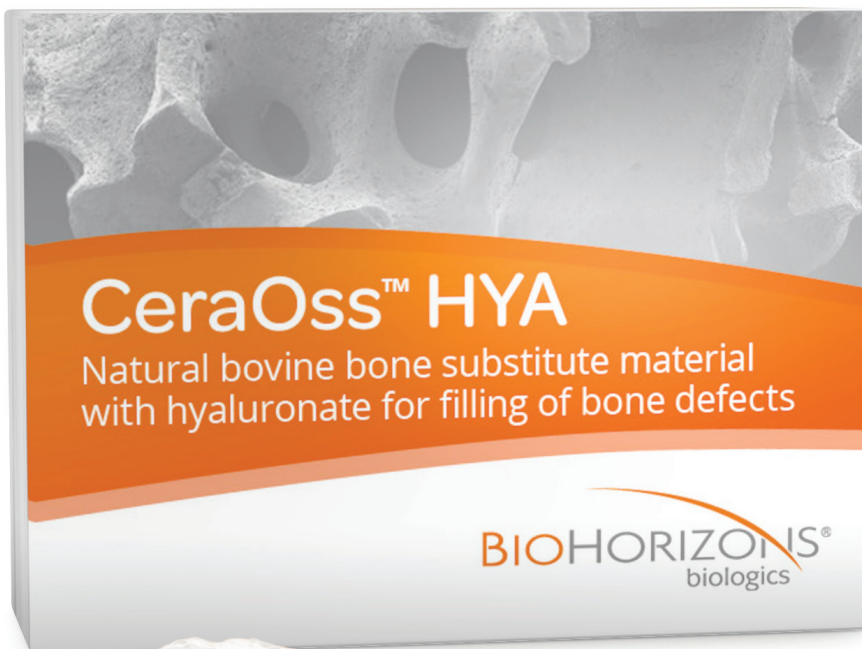
Ein Kombi-Transplantat

Camlog führt zum 16. September 2024 CeraOss® HYA mit der innovativen Kombination aus bovinem Knochensatzmaterial und Hyaluronsäure in den Markt ein. Das Knochensatzmaterial der botiss biomaterials GmbH ist seit einigen Jahren erfolgreich im klinischen Einsatz und wird von Camlog unter dem Markennamen CeraOss® HYA vertrieben. Dank der herausragenden Produkteigenschaften wie einfacher Handhabung, dauerhafte Volumenstabilität und sehr guter klinischer Leistung wird CeraOss® HYA bei Verfahren der gesteuerten Knochenregeneration eingesetzt. In der Formulierung von CeraOss® HYA fungiert Natriumhyaluronat unter anderem als Trägersubstanz für die bovinen Knochengranulate.

CeraOss® HYA ist eine Kombination natürlicher Rinderspongiosa und Natriumhyaluronat, einem Salz der Hyaluronsäure. Der bovine Knochen (CeraOss®) ist der Knochenstruktur des Menschen sehr ähnlich. Er bietet durch die miteinander verbundenen Mikro- und Makroporen sowie aufgrund einer rauen Oberfläche ein osteokonduktives Leitgerüst für das Einwachsen von Zellen und Blutgefäßen zur Bildung der neuen Knochenmatrix.¹⁻³ Rinderknochen wird nur oberflächlich resorbiert, was z. B. bei der Unterstützung des Weichgewebes im ästhetischen Bereich⁴⁻⁷ und der Minimierung des Volumenverlustes in Kombination mit autologem Knochen oder Allotransplantaten von Vorteil ist.⁸ In Verbindung mit Natriumhyaluronat

wird nach der Hydratation eine zusammenhängende Masse mit formbarer Konsistenz („Sticky Bone“) gebildet, wodurch die Anwendbarkeit erleichtert und das chirurgische Verfahren beschleunigt wird. Bei einer Umfrage von mehr als einhundert Klinikern gaben 78,5 Prozent der Teilnehmer an, dass sich das Knochensatzmaterial mit Hyaluronat im Vergleich zum Rinderknochen ohne das Biopolymer leichter beziehungsweise wesentlich leichter applizieren lässt.^{9,10} Hyaluronsäure wird darüber hinaus auch mit biologischen Vorteilen in Verbindung gebracht, darunter eine proangiogene Wirkung,¹¹ eine sehr gute Proliferation und Migrationsaktivität von Osteoblasten¹² sowie eine hohe Knochenbildung bei der Periimplantitistherapie.¹³ Natriumhyaluronat wird biotechnologisch mittels Fermentation hergestellt. Es ist dadurch biokompatibel, nicht immunogen und durch enzymatischen Abbau natürlich resorbierbar, was durch histologische Kontrollen nach der Implantation bestätigt wird.¹⁴

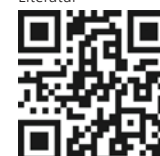
Mit der Einführung von CeraOss® HYA erweitert Camlog sein Produktspektrum um ein Knochensatzmaterial, das Anwenderfreundlichkeit, langfristige Transplantatstabilität und sehr gute klinische Ergebnisse vereint. Das Unternehmen bietet somit Biomaterialien für nahezu alle Anforderungen zur Regeneration von Hart- und Weichgewebedefiziten.



Kontakt

CAMLOG Vertriebs GmbH
Tel.: +49 7044 9445-100
info.de@camlog.com
www.camlog.de

Literatur



Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
Oktober				
24.10.–26.10.2024	EAO 2024	Mailand Italien	https://congress.eao.org/en/	EAO
Novemer				
8.11/9.11.2024	53. Internationaler Jahreskongress der DGZI	Düsseldorf	https://dgzi-jahreskongress.de/	OEMUS MEDIA AG/DGZI
8.11/9.11.2024	infotage FACHDENTAL 2024	Frankfurt am Main	https://www.infotage-dental.de/frankfurt-m/	LDF GmbH & Landesmesse Stuttgart
22.11/23.11.2024	OSSTEM Europe Meeting 2024	London UK	www.osstem.de/events	OSSTEM Europe
27.11–30.11.2024	ADF 2024	Paris Frankreich	https://www.adfcongres.com/fr/	Association Dentaire Francaise
28.11–30.11.2024	DGI-Kongress/Implant Expo	Dresden	https://www.dgi-kongress.de/	DGI

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.



Fortbildung

Praxisleitfaden
Experten Symposium
Europa-Symposium
Webinare

Praxis

GOZ-Kompodium, BDIZ EDI-Tabelle,
Abrechnungs- und Rechtsberatung,
Bestechungsbroschüre,
Analogieberechnung

Information

BDIZ EDI konkret
Newsletter für Mitglieder
Presseinformationen

Zertifizierung

TSP Implantologie,
Expertenprüfung
Implantologie

Einsteiger

Curriculum Implantologie,
We-want-you-Angebote

Patienten

Implantatbroschüren,
Online-Information

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

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!) _____

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 €



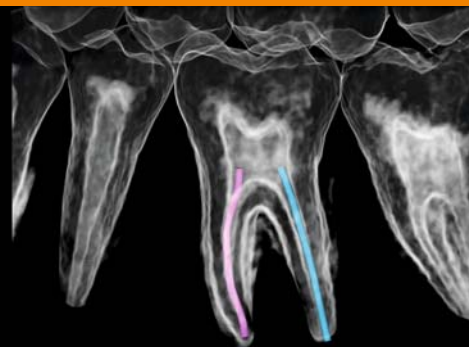
BDIZ EDI · Lipowskystr. 12 · 81373 München
Fon +4989 72069888 · Fax +4989 72069889
office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Das DVT der Superlative

Endo gut - alles gut

Haben Sie diese
Qualität schon
mal gesehen?

Einzigartige
Auflösung 49µm



NEU

10 Jahre OD Protect & Care

Das Rundum Sorglos Paket von **orangedental/vatech**
für alle 2D- und 3D-Röntgengeräte*

NEU

10 Jahre OD Protect & Care

(10 Jahresgarantie auf **alle** Teile plus ein Jahr byzz® Nxt **Wartungsvertrag****)
kostenlos im Wert von bis zu 10.290 €.
Gültig vom 01.07.2024 bis 31.12.2024.

Sie haben die Wahl:

- Planungssicherheit mit 10 Jahren **OD Protect & Care** (2 Jahre Standardgarantie und 8 weitere Jahre auf alle Teile, ohne Dienstleistungen) inklusive einem 1-Jahres-Wartungsvertrag byzz® Nxt** mit Hotline-Service sowie Software-Update und einem interessanten Preisvorteil.
- oder
- Attraktiver Preisvorteil mit 2 Jahren Standardgarantie

Green X Endo & Speed Master

- Endo Master: Höchste Auflösung 49µm; 3,5 lp/mm, FOV4x4
- Speed Master: Ceph 1,9 Sek, DVT 2,9 Sek., OPG 3,9 Sek.
- Multi-FOV: 4x4, 5x5, 8x5, 8x8, 12x9, 16x9, 18x15
- Green: Low Dose + High Resolution Mode
- Free FOV Insight PAN 2.0, Multilayer mit 41 Schichten
- Optional mit Fast Scan Ceph in 1,9 Sekunden
- byzz® Suite - DIE Softwarefamilie für den offenen, digitalen Workflow inkl. 3D-Software mit speziellen Endo-Funktionen



Weitere Informationen erhalten Sie über Ihr Dentaldepot oder Sie kontaktieren uns direkt:

Tel.: +49 (0) 7351 474 990 | info@orangedental.de

orangedental
premium innovations



*Green 2 ausgenommen
** Automatische Verlängerung oder Kündigung 3 Monate vor Ablauf.