



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

konkret

Journal für die implantologische Praxis



41. IDS im Jahr 2025 Orale Implantologie als zentrales Thema für ein internationales Fachpublikum

BDIZ EDI feiert Jubiläum

**20 Jahre
Experten Symposium**

Seite 6

Erfahrung GOÄ-Novellierung

**Was wir für die GOZ
lernen können**

Seite 10

Abrechnungstipp BDIZ EDI

**Professionelle
Prothesenreinigung**

Seite 54

Zwei Geräte. Eine Lösung. Unbegrenzte Möglichkeiten.

Surgic Pro2 x VarioSurg 4
Kombinierbar mit der Link-Funktion



get it!

Jetzt in der aktuellen get it-Aktion.

Chefsache zahnärztliche Abrechnung



Das Jahr geht zu Ende und wir werden uns angesichts des Scheiterns der Ampelkoalition am 23. Februar 2025 mit Neuwahlen des Bundestags konfrontiert sehen.

2024 war geprägt von der Gesetzesflut, die Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Bereich der Digitalisierung und Krankenhausreform ausgelöst hat. Themen, die die Zahnärztinnen und Zahnärzte angehen. Der Deutsche Bundestag hat am 14. Dezember 2023 das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz DigiG) sowie das Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG) in 2. und 3. Lesung beschlossen. Ziel soll es sein, mit digitalen Lösungen den Versorgungsalltag und die Forschungsmöglichkeiten in Deutschland zu verbessern.

Kommen wir zu den erfreulichen Themen des Jahres 2024. Der BDIZ EDI unterstützt seine Mitglieder seit der Gründung vor 35 Jahren in Sachen GOZ. Angesichts der Kluft, die sich zwischen BEMA und GOZ immer weiter auftut, ist es für einen Berufsverband wie den BDIZ EDI wichtig, sich nicht ausschließlich auf langwierige rechtliche Pfade zu begeben, sondern gangbare Wege aufzuzeigen, die die Zahnarztpraxen unmittelbar und betriebswirtschaftlich weiterbringen. BDIZ EDI-Präsident Christian Berger sieht das pragmatisch: „Auf politischer Ebene werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wenig bis nichts erreichen, das haben die vergangenen Jahrzehnte im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik gezeigt!“ Seit vielen Jahren gibt er deshalb die Richtung vor: mittels der BDIZ EDI-Tabelle, die es den Praxen ermöglicht, sich über die Unterschiede bei der Vergütung zahnärztlicher Leistungen zu orientieren und mit der ANALOG-Tabelle, die Empfehlungen zur Analogberechnung gibt und in der über 200 Leistungen analogisiert wurden.

Die zahnärztliche Honorierung ist Chefsache beim BDIZ EDI. Aus diesem Grund hat das Abrechnungsteam – Christan Berger und Kerstin Salhoff – soeben die Tabelle „Amalgamverbot ab 2025 – was nun?“ erstellt, die den Mitgliedern einen Überblick über die zurzeit vorhandenen Füllungsmaterialien gibt und Hinweise zu Abrechnung und Mehrkostenvereinbarungen im Jahr 2025 liefert. Die Tabelle ist online als PDF auf der Internetseite erhältlich (siehe Beitrag zur Tabelle in dieser Ausgabe).

Der BDIZ EDI bearbeitet viele Felder, nicht nur im Bereich der Abrechnung und des Rechts. 2024 ist erstmals das Curriculum Süd zusätzlich zum Kölner Curriculum Implantologie an den Start gegangen. Auch 2025 können die Mitglieder einiges erwarten. Zum Auftakt des Fortbildungsjahres findet am 1. und 2. März 2025 das 20. Experten Symposium in Köln statt: 20 Jahre Experten Symposium bedeutet 20 Praxisleitfäden, die die Europäische Konsensuskonferenz unter Federführung des BDIZ EDI als Empfehlung herausgegeben hat. Diesmal geht es um Komplikationen in der Implantologie – warum ist es passiert? Also Fehlervermeidung und Fehlerbehebung in der oralen Implantologie.

„Das Ziel weicht ständig vor uns zurück. Genugtuung liegt im Einsatz, nicht im Erreichen. Ganzer Einsatz ist ganzer Erfolg“, sagte Mahatma Gandhi. Mit diesem motivierenden Zitat wünscht Ihnen die Redaktion des *BDIZ EDI konkret* einen guten Start ins Jahr 2025. Bleiben Sie uns gewogen!

Anita Wuttke
Chefredakteurin



15

BDIZ EDI macht Faktencheck zum Thema Amalgam

32

Impressionen vom Curriculum Köln 2024

48

Save the Date: 18. Europa-Symposium findet in Stockholm statt

Aktuell

Der BDIZ EDI feiert 20 Jahre Experten Symposium	6
Grußworte zum Jubiläum	8
Was wir für die GOZ lernen können	10
Amalgamverbot ab 2025 – was nun?	15
Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik - Teil 4	24
Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer	28
Unterstützung via Webinare, Tabellen, Abrechnungshotline 2024	30
26. Curriculum Implantologie in Köln gestartet	32
Verordnung zur Änderung der ZApprO	34
Rückschau	35
Vorschau	36
Ausblick auf die Dental-Schau (IDS) 2025	38
Der BDIZ EDI gratuliert	40

Aktuell Europa

News-Ticker	42
Ergebnisse der CED-Vollversammlung in Brüssel	44
EuGH urteilt zu Arzneimittelhandel	46
EU will Verwendung von Ethanol einschränken	47
18. Europa-Symposium im hohen Norden	48

Abrechnung und Recht

Der MVZ GmbH-Geschäftsführer (Teil 3)	50
Abrechnungstipp für Labor und Praxis	54

Fortbildung

Kurze Einzelzahnimplantate im Oberkieferseitenzahnbereich mit geringer Knochendichte Dr. Eduardo Anitua	56
Maxilläre feste Totalrehabilitation mit dem All-on-4® Hybridkonzept Dres. Armando Lopes, Diogo Santos und Carlos Moura Guedes	60
WIZDOM – digitale Lernplattform für Zahnmedizin setzt neue Standards	64

Events

53. DGZI-Jahreskongress	66
Der DGI-Kongress 2024: Was ist neu, was wird wichtig?	70
Vier Jahrzehnte Innovation und interdisziplinärer Fortschritt	72
Zweiteilige Zirkoniumdioxidimplantate: Wo stehen wir 2024?	74

Markt

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

Termine und Mitteilungen

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

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



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 28. 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)

Sofortimplantation im ästhetischen Bereich: Häufige Misserfolge und wie man sie vermeidet
Dr. Adriano Azaripour, Bad Soden (BEGO Implant Systems)

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. Dr. Güth)
13.45 – 14.00	Kurzvortrag Lokalanästhesie-Schäden Dr. 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	Preisverleihung
16.15 – 17.00	Hauptvortrag Komplikationen in der augmentativen Implantologie Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel, München
17.00 – 17.30	Ergebnisse der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) zu Update Komplikationen in der Implantologie Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg
17.30 – 18.00	Diskussion, Ehrung, Vortragsaward Christian Berger und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller

GRUSSWORTE ZUM JUBILÄUM

Wir feiern Jubiläum: 20 Jahre Experten Symposium in Köln. Vor 20 Jahren hat unser Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller dieses spezielle eintägige Symposium entwickelt und umgesetzt. Seither befindet sich das Experten Symposium des BDIZ EDI auf Erfolgskurs. Joachim Zöller hat es geschafft, die jeweils aktuelle Fragestellung des Jahres in der oralen Implantologie zum Top-Thema des Experten Symposiums zu machen. In der Spitze hatten wir über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einem Tag in Köln. Das Besondere: Das Experten Symposium findet am letzten Karnevalswochenende mitten in der Innenstadt statt, wenn die Närrinnen und Narren das Kölner Straßenbild beherrschen. Kaum jemand veranstaltet zu diesem Zeitpunkt einen Kongress mit einem ernsten zahnmedizinischen Thema – und das auch noch an einem Sonntag. Warum machen wir das? Weil wir einen wissenschaftlichen Fortbildungsleiter haben, der gleichzeitig seit vielen Jahren der Präsident der ältesten Kölner Karnevalsgesellschaft ist: Die Grosse von 1823 KG e.V. Köln. Die „Mutter aller Karnevalsgesellschaften“ feierte 2023 ihren 200. Geburtstag und transportiert über acht Generationen hinweg die Werte des traditionellen Kölner Karnevals bis in die heutige Zeit. Wer den Karneval in Köln einmal erlebt hat, weiß, welche Bedeutung er hier hat: Er markiert die 5. Jahreszeit in der Domstadt. Mit einem wieder ernstesten Thema sind wir tagsüber dabei und feiern abends mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Kölns bester Stube, dem Gürzenich. Verpassen Sie dieses Jubiläum auf keinen Fall!

Christian Berger
Präsident



Die Themen, die wir in den vergangenen Jahren bearbeitet haben, sind die Themen, die uns in der täglichen implantologischen Praxis beschäftigen: Sofortbelastung und Sofortversorgung, Keramik als Werkstoff, später auch Keramikimplantate, Periimplantitis, 2024 war die künstliche Intelligenz unser Thema – und immer wieder die möglichen Komplikationen, die es vorhersagbar zu vermeiden gilt. Dabei sind im Laufe der Zeit Praxisleitfäden als Handlungsempfehlungen für den Praktiker entstanden, die bis heute Bestand haben bzw. aktualisiert worden sind: der ABC Kölner Risiko-Score beispielsweise, den wir 2012 erstmals erstellt und 2022 aktualisiert haben, um mittels ABC-System und visuell in verschiedenen Farben dargestellt, dem Behandler die Möglichkeit zu geben, die anstehende Implantatbehandlung zu bewerten. 2013 ging es mit der Kölner Defektklassifikation CCARD für Regelfallversorgungen bei Knochenaugmentationen, die wir in drei Kategorien unterteilt haben, darum, den Knochenabbau in Ober- und Unterkiefer zu klassifizieren. Drohende Komplikationen bei der Implantatbehandlung zu vermeiden und Empfehlungen für den Umgang mit bestehenden Komplikationen zu geben, ist das Ziel unseres Experten Symposiums. Unterstützt wird jedes Symposium durch den von der Europäischen Konsensuskonferenz unter Federführung des BDIZ EDI erstellten Praxisleitfaden. Auch das 20. Experten Symposium widmet sich der Vielfalt der möglichen Komplikationen und wir betreiben Ursachenforschung: Warum ist es passiert? Am 1. und 2. März 2025 behandeln unsere Experten die unterschiedlichen Komplikationsfelder und ergänzen sie erstmals mit einem konkret von jungen Referierenden dargestellten Fall. Wir freuen uns auf Sie!

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Vizepräsident und wissenschaftlicher Leiter





KÖLN
25.-29.03.2025

41. Internationale Dental-Schau

**LEADING DENTAL
BUSINESS SUMMIT**




TICKETS
KAUFEN!





Die Geschichte der „neuen“ Gebührenordnung für Ärzte

Was wir für die GOZ lernen können

Ja, es gab tatsächlich mal eine Zeit, in der sich eine Bundesregierung die Überarbeitung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in den Koalitionsvertrag geschrieben hatte. Lang ist es her, es war im Oktober 2009 zum Start der schwarz-gelben Regierungskoalition von CDU und FDP. Insbesondere auf die Ärzte kam damit nicht nur ein Berg an Arbeit zu, vielmehr mussten wesentliche und zukunftsrelevante Entscheidungen getroffen werden: Was für eine neue GOÄ wollen wir eigentlich haben?

Grund genug sich einmal mit der Geschichte der GOÄneu, die am 11. September 2024 in eine letzte(?) Konsentierungsrunde ging, und den politischen Umständen und Besonderheiten dieses Opus magnum der Ärzteschaft zu befassen. Und das nicht nur, weil die GOÄ für die Abrechnung diverser Leistungen in der Zahnmedizin maßgeblich ist, sondern um aus den für die Ärzteschaft notwendigen Konsequenzen, die die Untätigkeit der Politik im Hinblick auf die stete Anpassungsnotwendigkeit einer Gebührenordnung an die wirtschaftliche und wissenschaftliche Realität verursacht, zu lernen.

Zurück ins Jahr 2009

Angesichts des Koalitionsvertrages 2009 war der seitens der Ärzteschaft aufgebaute Handlungsdruck auf die Politik zur Novellierung der GOÄ ausnehmend erfolgreich. Die Notwendigkeit einer Anpassung der Gebührenordnung an den aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung war bei der Regierung angekommen. Allerdings formulierte die Politik zwei weitere Bedingungen: Zuerst müsse die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgen und als zwei-

tes eine Einigung zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) hinsichtlich der neuen GOÄ erfolgt sein, bevor man sich damit beschäftigen wolle. Für ausreichend Veränderungsdruck im System, genauer aufseiten der Ärzteschaft, sorgte die Politik mit der Vorgabe, dass die neue GOÄ 2012 eigenständig fertiggestellt sein sollte.

Verhandlungen auf Augenhöhe?

Und damit beginnt eine ganz eigene Geschichte. Denn was kommt dabei heraus,



© Chinnapong – stock.adobe.com

Gebührenordnung mutiert zur Einheitsgebührenordnung

In der Konsequenz des gewählten Vorgehens – ob es alternativlos war, mag beurteilen wer kann – wurde nicht nur die Anzahl der Gebührenziffern massiv ausgedehnt. Zum heutigen Zeitpunkt sind es 5.595 Gebührenziffern, bestehend aus 4.202 Hauptleistungen und 1.393 definierten Zuschlägen. Im Sinne der dezidierten Leistungsbeschreibungen ändert sich auch die Systematik der Gebührenordnung grundlegend: Sie mutiert zu einer Einheitsgebührenordnung mit robustem Einheitsatz und festgelegter Steigerungsmöglichkeit durch definierte Zuschläge. Somit gehört auch die Individualisierbarkeit der Abrechnung in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenbefund, also Anpassung des Aufwandes mittels Steigerungsfaktoren, der Vergangenheit an. „Gesteigert“ werden kann nur noch im Rahmen der definierten Zuschläge.

Als eine wesentliche Schwäche der bisherigen Gebührenordnungen hat sich deren regelmäßige Pflege und Weiterentwicklung erwiesen. Diesem soll mit der Gründung einer Gemeinsamen Kommission, bestehend aus BÄK, PKV und Beihilfe abgeholfen werden. BMG und Länder haben ein Gastrecht.

Die Gemeinsame Kommission soll sich als „Arbeitsstruktur von Ärzteschaft und Kostenträgern“ um die stete Pflege und Weiterentwicklung der Gebührenordnung kümmern. Zudem soll sie dem Gesetzgeber diesbezügliche Empfehlungen geben. Angesichts des von außen betrachtet komplexen Gebildes wundert die Forderung vieler Ärzte und auch einiger Verbände nicht, dass es doch gereicht hätte, den Punktwert zu erhöhen. Eine durchaus nachvollziehbare Überlegung, die jedoch angesichts des klaren Vetos der Politik damals wie heute keine Chance auf Verwirklichung hat. Eine der wesentlichen Begründungen war und ist, der gesetzlich vorgegebenen Schutzfunktion nach § 11 Bundesärzteordnung ... den Patienten fi-

wenn man freiberufliche Leistungserbringer und Kostenträger bildlich gesprochen in einen Sack steckt? Die Dominanz der Kostenträger oder anders gesagt, eine GKV-isierung der privatärztlichen Gebührenordnung. Kombiniert mit dem politischen Junktim keiner neuen GOÄ ohne vorherige Einigung mit der PKV – und man muss hinzufügen der Beihilfestellen – stellte es die Ärzteschaft vor erhebliche inhaltliche und personelle Probleme.

Wie soll man als BÄK eine neue GOÄ auf Augenhöhe mit einer PKV und deren finanziellen und personellen Ressourcen gemeinsam entwickeln und verhandeln? Also alle Fachverbände ins Boot geholt und eine neue GOÄ entwickelt.

Ergebnis: ein komplett neues Leistungsverzeichnis

Heraus kam ein komplett neues Leistungsverzeichnis, welches das gesamte Leistungsspektrum in Krankenhaus und Praxis auf Basis des aktuellen medizinischen Wissensstandes beschrieb. Für Rechtssicherheit bei der Abrechnung soll-

ten präzise Leistungsbeschreibungen sorgen. Ablaufbezogene Leistungskomplexe wurden unter der Maßgabe des Zielleistungsprinzips entwickelt und in das Leistungsverzeichnis integriert, auch um Fehlansätze zu beseitigen.

Gewinner und Verlierer

Zudem galt es gemäß der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages, die sprechende und betreuende Medizin auf- und die technischen Leistungen abzuwerten. Damit produziert die neue GOÄ jedoch Gewinner und Verlierer nach dem Muster: je technischer die Leistung, umso größer die Abwertung. Die Aufgabe einer fairen monetären Bewertung war auch nicht mal eben schnell zu lösen, gab es doch bis dahin keine betriebswirtschaftliche Basisierung der historisch entstandenen Abrechnungsziffern. Ergo entwickelte man einen GOÄ-spezifischen Algorithmus, in den ärztliche Leistung, Personaleinsatz, technische Ausstattung und allgemeine Kosten eingingen. Zur Plausibilisierung wurden empirisch erhobene Daten aus den Fachgebieten verwendet.

Zeit ist bei Gebührenordnungen relativ

Dass sich auch die Geschichte der Ärzte- und Zahnärzteschaft wiederholt, zeigt ein kurzer Blick in die Historie. Eine ärztliche Gebührenordnung gab es in Deutschland erstmals 1897, die sogenannte Preugo – Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte. Erlassen wurde diese auf Basis der damalig gültigen Gewerbeordnung! Es galt ein Gebührenrahmen vom Drei- bis Zehnfachen. Mindestsätze mussten dann angewendet werden, „wenn nachweislich Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten sind oder die Zahlung aus den Mitteln einer Krankenkasse [...] erfolgt“.

Somit war es auch vor fast 130 Jahren mit der freien Bestimmung der Honorare nicht so weit her. 27 Jahre später wurde die Preugo 1924 unter maßgeblicher Beteiligung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und der von diesem entwickelten Allgemeinen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (AdGo) novelliert.

Es dauerte dann tatsächlich bis in das Jahr 1965, bis eine neue GOÄ, ausdrücklich „als Übergangslösung“ bezeichnet, in Kraft trat, nachdem die „gebührenrechtlichen Bestimmungen der Preugo mit dem Leistungsverzeichnis der damaligen Ersatzkassengebührenordnung (E-AdGo) verbunden worden waren“. Erst 1977 wurden die Arbeiten an der Übergangslösung vom damals zuständigen Arbeitsministerium wieder aufgenommen, bis sechs Jahre später tatsächlich eine Teilüberarbeitung unter dem Namen „Erste Verordnung zur Änderung der GOÄ von 1. Januar 1983“ rechtsverbindlich wurde. Der wissenschaftliche Dienst des Bundestages formulierte es so: „Letztlich erfolgte eine weitgehende Übernahme des im Rahmen der Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen und eine Anhebung der Einzelsätze der GOÄ auf etwa die durchschnittlichen Gebührensätze der gesetzlichen Krankenversicherung.“ Seitdem gibt es in der GOÄ auch das System der Trennung von Punktzahl und Punktwert. (nach <https://www.bundestag.de/resource/blob/908102/b98203bb140042d5911430ef27377132/WD-9-043-22-pdf.pdf>)



Angesichts des medizinischen Fortschritts wie auch der allgemeinen Kostenentwicklung sind zwölf Jahre, mithin drei Legislaturperioden eine lange Zeit, bis man sich politischerseits bequeme, an der Übergangslösung von 1965 weiterzuarbeiten, um dann nochmals weitere sechs Jahre für die erste Teilnovellierung der GOÄ Anfang 1983 zu brauchen. Im politischen Diskurs rund um die Aktualisierung von GOÄ wie auch GOZ scheint demnach das Argument „Alter“ wenig sinnvoll zu sein. Eine Feststellung scheint wichtiger: Gebührenrahmen und Leistungsverzeichnis speisten sich bereits 1965 aus unterschiedlichen Quellen.

Politisches Junktim

2009 vereinbarte die frischgewählte schwarz-gelbe Koalition in ihrem Koalitionsvertrag die Novellierungen von zahnärztlich und ärztlichen Gebührenordnung, Reihenfolge GOZ vor GOÄ. Und damit sind wir bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr angekommen, der 2011 diese Position von seinem Vorgänger Philipp Rösler, der zum Wirtschaftsminister und Vizkanzler aufgestiegen war, übernahm. Daniel Bahr formulierte dann das Junktim, dass die Voraussetzung für eine GOÄ-Novellierung einer vorherigen Einigung zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband (und der Beihilfestellen) bedürfe. Eine entsprechende Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ wurde dann anlässlich des Deutschen Ärztetages in Hannover 2013 abgeschlossen. Elf Jahre später liegt die konsentrierte GOÄ-Novelle nach diversen Anläufen vor.

Neben der Ablösung der seit Anfang 1983 nur in Teilen revidierten GOÄ durch eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung standen 2013 folgende Ziele im Lastenheft: Ein fairer und angemessener, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch plausibler Interessenausgleich zwischen den Betroffenen unter Erhaltung der in § 11 Satz 3 BÄO (Bundesärzteordnung) festgeschriebenen Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte, dass die zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten ökonomisch nicht überfordert werden sowie einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen. Hinzu kamen im Lastenheft die Punkte Abrechnungssicherheit, Transparenz und Verständlichkeit sowie ein ganz wesentlicher Aspekt: die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ.

Drei Gesundheitsminister und elf Jahre weiter – Gröhe, Spahn, Lauterbach – stellte der Vorsitzende des Hartmannbundes (!) und Präsident der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt die nunmehr dritte Version einer GOÄneu im September 2024 kurz vor dem Auseinanderbrechen der Ampelkoalition vor. Das derzeitige Ziel lautet: Verabschiedung der GOÄneu ärztlicherseits zum Deutschen Ärztetag 2025.

nanziell nicht zu überfordern und den Leistungserbringer vor einem ruinösen Unterbietungswettbewerb zu schützen, gerecht zu werden. Es versteht sich von selbst, wo der wahre Fokus der Politik liegt.

Kostenneutralität ist tragende Bedingung

Damit sind wir elf Jahre später und beim dritten Anlauf, davon ein ärztteigener Entwurf in 2023, für eine neue GOÄ im Jahr 2024 angekommen. Die Grundforderung der Politik vor dem eigenen Tätigwerden nach einem Konsens zwischen Ärzten und Kostenträgern ist nach wie vor gültig. Womit wir zum letzten tragenden Aspekt dieser Gebührenneuordnung kommen: der Kostenneutralität. Kostenneutralität ist letztlich nichts anderes als ein Budget auf Basis der Vorjahreskosten plus eines geringen Steigerungsfaktors. Um eine Vorstellung zu bekommen, denke man an die Steigerungen des Orientierungspunktwertes im Bereich der GKV, der auch nichts mit der Realsteigerung der Kosten zu tun hat, sondern mit der Steigerung auf der Einnahmenseite der GKV.

Nun steht die faktische Kostenneutralität der steten Forderung der Leistungserbringer in den vergangenen Jahrzehnten nach einem Kostenausgleich für Kostensteigerungen und Inflation diametral entgegen. Und das, obwohl allein von 2015 bis 2022 der Verbraucherpreisindex um 20,6 Prozent gestiegen ist. Zwar wird in berufspolitischen Diskussionen auch heute noch immer wieder versucht, die heilige Kuh namens Honorarhoheit zu reanimieren, so muss man jedoch konzedieren, dass sie dadurch nicht wieder lebendig wird.

Doch halt! BÄK-Präsident Reinhardt hat doch bei Annahme der GOÄneu sowie erfolgter Genehmigung seitens des Verordnungsgebers einen Honorarzuwachs von insgesamt 1,9 Milliarden für die privat abrechnenden Ärzte in den folgenden

drei Jahren avisiert, was einem Volumen von 13,2 Prozent entspricht. Das klingt gut, sind aber im Durchschnitt nur 4,4 Prozent pro Jahr. Trotz der erheblichen Summe fällt es schwer, von einem Ausgleich, wenigstens einer finanziellen Anerkennung für die kaum angehobenen Honorare der letzten drei Jahrzehnte, zu reden. Schließlich werden auch in den kommenden drei Jahren die Preise weiter steigen.

Honorarzuwachs als „Einschwingungspuffer“

Der wahre Grund für das Honorarplus von avisierten 13,2 Prozent für besagte drei Jahre ist in der Tat ein anderer. Denn BÄK, PKV und Beihilfe haben diese Honorarentwicklung für die Risikosteuerung in der Einführungsphase nach dem Inkrafttreten der neuen GOÄ gemeinsam vereinbart. Dieses Vorgehen (nicht die Summe) war bereits 2015 für die erste Version der GOÄneu abgesprochen worden, um eine Feinjustierung der Honorarentwicklung – die Formulierung lautete „Einführungsphase bis zum eingeschwungenen Zustand“ – zu ermöglichen. Bereits damals stellte man klar, dass es sich nicht um ein Budget handeln würde. Ob ein Bundesgesundheitsminister zu derselben Einschätzung gelangen wird, steht zurzeit allerdings in den Sternen. Immerhin beziffert Reinhardt das Honorarplus für die nächsten drei Jahre mit ca. 1,9 Milliarden Euro. Und ein Teil davon wird nun mal von der Beihilfe zu tragen sein.

GOÄ und GKV bedingen sich

Bleibt die Frage, warum die Ärzteschaft eigentlich so stark auf eine neue GOÄ drängt? In einem Interview des *Deutschen Ärzteblattes* vom 4.10.2024 mit BÄK-Präsident Reinhardt führte dieser aus: „Die GOÄ ist viel mehr als ein Gebührenverzeichnis, nach dem Privatbehandlungen abgerechnet werden. Die Honorarordnung ist ein Wesensmerkmal unseres

freien Berufes. Sie ist wesentlich für die Unterscheidung zwischen der freiberuflichen Tätigkeit und dem Gewerbe. Wichtig ist auch: Ohne den Benchmark der GOÄ wäre es politisch viel leichter, das Leistungsniveau im GKV-Bereich herabzusetzen. Je mehr die GOÄ veraltet und damit an innerer Legitimität verliert, desto weniger kann sie ihrer strukturellen Rolle für die Ärzteschaft und die Patientenversorgung gerecht werden. Das spielt dann denen in die Hände, die ein anderes System wollen, sei es eine Einheitsgebührenordnung oder gleich eine Bürgerversicherung. Deswegen müssen wir die politischen Blockaden auf dem Weg zu einer neuen GOÄ auflösen.“

Das politische Junktim ist Realität

Und weiter: „Warum braucht es dazu eine Einigung zwischen BÄK und PKV?“ Seine Antwort: „Die Ärzteschaft kämpft inzwischen seit Jahrzehnten für eine neue GOÄ. Dabei sind wir parteiübergreifend mit einem Junktim konfrontiert: Die Politik macht eine Einigung zwischen Ärzteschaft und PKV zur Vorbedingung für eine Novelle. Das ist im Grunde systemfremd, denn die GOÄ ist eine staatliche Verordnung. Trotzdem ist dieses Junktim eine politische Realität. [...]“ Als Chef des Hartmannbundes, der BÄK-Präsident Reinhardt ebenfalls ist, sieht er die neue GOÄ als letzte Chance für den freien Arztberuf.

Angesichts der elfjährigen Vorlaufzeit – man könnte es auch Desensibilisierungsphase nennen – hatte man seitens der BÄK wohl mit einer geschmeidig verlaufenden Einführungsphase gerechnet und einen engen Zeitplan vorgegeben. Am 11. September dieses Jahres wurde der mit der PKV erarbeitete Entwurf GOÄneu an die Vertreter der Ärzteschaft versandt. Für die Sichtung, Analyse und Stellungnahme durch 165(!) ärztliche Verbände und Fachgesellschaften waren zwei Wochen vorgesehen. Die Begründung seitens der BÄK: Die Verbände seien ja Teil des

Verfahrens gewesen, mithin sei der Teil des sie betreffenden Gebührenverzeichnisses ja bekannt. Am 9. Oktober dieses Jahres sollte die GOÄneu öffentlich vorgestellt werden.

Heftige Reaktionen

Doch es kam anders. In Anbetracht der daraufhin folgenden lauten, teils schrillen Reaktionen, die bis hin zu Rücktrittsforderungen des BÄK-Präsidenten und Einberufung eines Sonderärztetags reichten, ruderte Reinhardt schließlich zurück. Nun hieß es, dass die Einsprüche der ärztlichen Verbände bis Mai nächsten Jahres in einem strukturierten Verfahren geprüft und in die GOÄneu eingearbeitet würden, um diese zum Ärztetag 2025 öffentlich vorzustellen.

Apropos ärztliche Verbände: Irgendwie scheint es mit dem Management der Stakeholder nicht so wirklich geklappt zu haben. Einige der 165 Ärzteverbände zeigten sich informiert, viele überrascht, vor allem von den finanziellen Auswirkungen auf die technischen Leistungen. Und manche kritisierten, dass die Zahlen im vorgelegten Dokument nicht identisch mit denen seien, die zuvor gemeinsam mit der BÄK konsentiert worden waren. Entsprechend waren die Reaktionen, die sogar die allgemeine Öffentlichkeit erreichten. Man muss kein Augur sein, um zu erkennen, dass die tatsächlichen Preise die eigentliche Nagelprobe für eine neue GOÄ sein werden.

Das war nun das Gegenteil der erwarteten Freude ob des Stapellaufs einer seit fast über vier Jahrzehnten geforderten neuen Gebührenordnung. Ob ein Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, der sich bezüglich der Anerkennung einer GOÄneu immer hinter einer diesbezüglich fehlenden Regelung im Koalitionsvertrag der Ampel versteckte, das Verhandlungsergebnis akzeptiert hätte, steht mangels gesetzlicher Verpflichtung eh in den Sternen. So blieb den Ärzten wenigstens diese Enttäuschung erspart.

GOÄneu keine Blaupause

Für die Zahnärzteschaft ist die GOÄ zur Entwicklung einer neuen GOZ jedenfalls keine Blaupause. Dies machte die Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer Dr. Romy Ermler anlässlich der Bundesversammlung im November in Hamburg sehr deutlich. Aus Sicht der BZÄK ist der von BÄK und PKV vorgelegte Vorschlag aus zwei schwerwiegenden Gründen als Grundlage für eine neue GOZ ungeeignet. Der Entwurf weise eine entscheidende Lücke auf, da immer noch eine wirksame Verpflichtung der Politik zur regelmäßigen Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung fehle. „Eine solche Regelung ist jedoch zwingende Voraussetzung jeder GOZ-Modernisierung.“

Des Weiteren komme eine Abschaffung des Gebührenrahmens für die Zahnärzteschaft auf keinen Fall in Betracht. „Nicht ohne Grund sind Gebührenrahmen integraler Bestandteil zahlreicher Honorar- und Gebührenordnungen der freien Berufe. Denn nur sie ermöglichen eine individuelle Bemessung der Gebühr unter Berücksichtigung von Schwierigkeitsgrad, Zeitaufwand und Umständen bei der Ausführung. Die Zahnärzteschaft nutzt den Gebührenrahmen regelmäßig und verant-

wortungsvoll. Eine Gebühr, die den individuellen Besonderheiten Rechnung trägt, ist gelebter Patientenschutz“, so Ermler.

Die Bundeszahnärztekammer beobachte diese Entwicklung mit großer Skepsis. Einerseits, weil die GOÄ auch in der Zahnarztpraxis die Grundlage für die Berechnung von zahlreichen Leistungen darstellt, andererseits aufgrund der Gefahr, dass die Regelungen der GOÄneu der GOZ per politischer Vorgabe übergestülpt werden könnten. Mit dem PKV-Verband führe man diesbezüglich bereits Gespräche. Der PKV-Verband habe nach den Worten der Vizepräsidentin signalisiert, dass die neue GOÄ, egal wie sie aussehen wird, keine Blaupause für die GOZ darstelle. Denn anders als im ärztlichen Bereich mit seinen ca. zehn Prozent GOÄ-Leistungen beträgt der Anteil der GOZ-Leistungen in der Zahnmedizin 50 Prozent des Honorars!

Für die Zahnärzteschaft ist es hingegen – und das ganz ohne Häme – ein Glücksfall, das Ganze aus der Nähe beobachten zu können, um nicht nur die eigene Positionierung für die Überarbeitung der GOZ zu schärfen, sondern auch die Stolperfallen bei der Neufassung eines dermaßen umfassenden Gebührenwerkes kennenlernen zu können.

Der Autor im Porträt



© Verena Gallas

Dr. med. Uwe Axel Richter

hat Medizin in Köln und Hamburg studiert. Sein Weg in die Medienwelt begann beim *Hamburger Abendblatt*, danach wechselte er in die Fachpresse. Er sammelte seine journalistischen Erfahrungen auf sämtlichen journalistischen Positionen ebenso wie als Herausgeber, Verleger und Geschäftsführer bei verschiedenen Medienunternehmen. Zuletzt als Chefredakteur der *Zahnärztlichen Mitteilungen* in Berlin tätig, verfolgt er gewohnt kritisch die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen.

Kontakt zum Autor unter uweaxel.richter@gmx.net

Leistungen, Mehrkostenvereinbarungen, Material im Faktencheck

Amalgamverbot ab 2025 – was nun?

Das Verbot von Amalgamfüllungen tritt ab 1. Januar 2025 vor dem Hintergrund der sogenannten EU-Quecksilberverordnung in Kraft. In der Verordnung geht es darum, die Verbreitung von Quecksilber in der Umwelt einzudämmen. Damit ist das Amalgam als Material für Zahnfüllungen ebenfalls ab Januar verboten. Der BDIZ EDI gibt einen Überblick über Füllungsmaterialien und die Abrechnung und nimmt für die Zahnarztpraxen einen Faktencheck vor.

Welche Auswirkungen hat das Amalgamverbot auf die Praxen? In den letzten Jahrzehnten haben sich die Patienten ohnehin von Amalgam als Füllungsmaterial weitgehend abgewendet. Eine Restauration aus Komposit – meist mit Keramik verstärkter Kunststoff – wird von den Patientinnen und Patienten am häufigsten nachgefragt. Im Rahmen der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung hat man sich auf verschiedene Arten von „selbstadhäsiven Füllungen“ wie sogenannte Glasionomere zementierte geeignete, die künftig bei Seitenzähnen ohne Zuzahlung eingesetzt werden sollen.

„Die Materialien, die jetzt zuzahlungsfrei zur Verfügung stehen, erfüllen alle Anforderungen an eine ausreichende und zweckmäßige Füllung“, sagt BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz in einem Interview mit der *Apotheken Umschau*.

Wie die Praxen künftig arbeiten sollen und abrechnen können, zeigen der BDIZ EDI mit Christian Berger und das Team um Kerstin Salhoff (FORdent) in der folgenden Broschüre auf, die über Leistungen, Mehrkostenvereinbarungen und Material aufklärt. Die Broschüre steht Mitgliedern ab sofort online zur Verfügung.



AWU

Amalgamverbot ab 2025 – was nun?

Leistungen, Mehrkostenvereinbarungen, Material



Christian Berger und FORdent Kerstin Salhoff und Team

Amalgamverbot – Vorwort



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

ab 1. Januar 2025 dürfen Sie Amalgam bei Ihren Patientinnen und Patienten grundsätzlich nicht mehr verwenden. Alle alternativen Füllungsmaterialien erfordern eine aufwendigere Verarbeitung – und damit meist mehr Zeit (Matrize, Trockenlegung, Polymerisation). Deshalb ist oft eine Mehrkostenvereinbarung mit dem Patienten zu vereinbaren.

Amalgam wurde bundesweit 2023 nur noch bei 3 % aller Füllungen verwendet – regional unterschiedlich, im Süden am wenigsten, im Osten bis zu 9 % der Füllungen.

Die Höherbewertung der Füllungen mit den BEMA-Leistungsziffern 13a – 13d ist gering, der Wegfall der BEMA-Ziffern 13e – 13h trifft vor allem Praxen, die bisher viele vulnerable Patienten und Kinder versorgt haben.

Um Ihnen einen raschen Überblick über zurzeit vorhandene Füllungsmaterialien und die Abrechnung sowie Mehrkostenvereinbarungen im Jahr 2025 zu geben, haben wir diese kleine Tabelle zusammengestellt.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen
Christian Berger

Amalgamverbot – Fakten



- **Amalgamverbot durch EU wegen Umweltschutz, nicht Zahnarzt- oder Patientenschutz**
- **bisher in D in 2023: 43 Millionen Füllungen 13a–d, 2,5 Millionen Füllungen 13e–h**
- **von der KZBV erwarteter Honorarverlust (13e–h): 83 Millionen €, erwarteter Honorargewinn (13a–d): 140 Millionen €**
- **Zeitmessstudie IDZ 2002: Kompositfüllung 15 Minuten zzgl. 3 Minuten für Kofferdam**
- **bei 6,50 € Honorarbedarf pro Minute, Honorarbedarf 97,50 € pro Viertelstunde**
- **Mehrkostenvereinbarung weiterhin okay (Mehrfarbentechnik/Mehrschichttechnik, Ästhetik)**
- **Patient muss vorher aufgeklärt und einverstanden sein**
- **FZ-Füllung adhäsiv**, Materialwahl durch den ZA; **Mehrkosten nicht für die Säure-Ätz-Technik**, sondern für Mehrfarbentechnik, Mehrschichttechnik, ästhetische Optimierung
- **SZ-Füllung selbstadhäsiv**, Materialwahl durch den ZA, aber kein Amalgam, ggf. Bulk-Fill, **Mehrkosten** für Methoden wie bei FZ-Füllung und für Säure-Ätz-Technik

3

Neue gesetzliche Anforderungen der Regelversorgung und Möglichkeiten der Mehrkostenvereinbarung



Was ist nun künftig als regelhafte Kassenfüllung anzusehen?

- **Im Frontzahnbereich bleiben unverändert adhäsiv befestigte Füllungen** vorgeschrieben, bei denen die adhäsive Befestigung in einem von der Einbringung des Füllungsmaterials getrennten Arbeitsschritt erfolgt.
- **Mehrkostenvereinbarungen können begründet werden mit:**
 - **Mehrschichttechnik/Mehrfarbentechnik**
 - **also ästhetische Optimierung**
- **Im Seitenzahnbereich sind künftig selbstadhäsive Füllungen** statt Amalgam vorgesehen, bei denen bereits das Material eine adhäsive Anhaftung an der Zahnhartsubstanz bewirkt. Der Begriff „selbstadhäsiv“ bezieht sich auf Materialien, die kein spezielles, zusätzliches Adhäsiv in einem eigenen Arbeitsschritt erfordern, z. B.: Glasionomere, Glas-Hybride, Komposit-Hybride, Glas-Carbomere, selbstadhäsive Komposite.
- **Im Ausnahmefall sind unter** bestimmten Bedingungen (wenn eine Kavität mit selbstadhäsivem Material nicht lege artis versorgt werden kann) **Bulk-Fill-Komposite verwendbar** – ohne Zuzahlung des Versicherten und von der Krankenkasse nach 13a bis d zu bezahlen. Dies ist der Fall, wenn eine Kavität in der spezifischen Behandlungssituation nicht mit selbstadhäsiven Materialien gemäß den anerkannten Standards versorgt werden kann. Gründe hierfür können zum Beispiel die Ausdehnung und Lage der Kavität sein.

Amalgamverbot – was bleibt?



„normaler“ GKV-Patient

- Füllungen nach **13a bis d** geringfügig besser bezahlt
- **Mehrkostenvereinbarung okay** (Mehrfarbentechnik, Mehrschichttechnik, Ästhetik)
- **FZ-Füllung adhäsiv**, Materialwahl durch den ZA, **Mehrkosten nicht für die Säure-Ätz-Technik**, Mehrfarbentechnik, Mehrschichttechnik, ästhetische Optimierung
- **SZ-Füllung selbstadhäsiv**, Materialwahl durch den ZA, aber kein Amalgam, ggf. Bulk-Fill, **Mehrkosten** für Methoden wie bei FZ-Füllung
- **Patient muss aufgeklärt und einverstanden sein**

„vulnerabler“ GKV-Patient (Allergien, Einschränkungen, Kinder)

- **13e bis h** entfallen, dadurch geringeres Honorar bei vulnerablen Patienten
- **Mehrkostenvereinbarung okay** (Mehrfarbentechnik/ Mehrschichttechnik, Ästhetik)
- **FZ-Füllung adhäsiv**, Material durch den ZA, **Mehrkosten nicht für die Säure-Ätz-Technik**, Mehrfarbentechnik, Mehrschichttechnik, Ästhetische Optimierung
- **SZ-Füllung selbstadhäsiv**, Materialwahl durch den ZA, aber kein Amalgam, ggf. Bulk-Fill, **Mehrkosten** für Methoden wie bei FZ-Füllung
- **Patient muss aufgeklärt und einverstanden sein**

5

Die Mehrkostenberechnung bleibt unter Voraussetzungen erhalten



Quelle: CC BY-ND

- **Frontzahnbereich:**
Mehrschichttechnik/Mehrfarbentechnik, z. B. im Sinne einer ästhetischen Optimierung.
- **Seitenzahnbereich:**
Mehrschichttechnik/Mehrfarbentechnik, z. B. im Sinne einer ästhetischen Optimierung, wenn nicht selbstadhäsive, sondern adhäsiv zu befestigende Materialien zum Einsatz gelangen, d. h. vergleichbare Säure-Ätz-Technik wie im Frontzahnbereich.

Füllungen in Adhäsivtechnik sind nach GOZ zu berechnen.

Da bekanntlich die Füllungsleistungen schon bisher im BEMA höher bewertet sind, bleibt oft nur der Weg, eine Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 der GOZ vor der Leistungserbringung schriftlich zu vereinbaren!

	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterial	GOZ-Honorar bei Faktor 2,3-fach	Mindestfaktor, um das BEMA-Honorar zu erreichen!
F1	Einflächig, GOZ 2060	27,55 €	3,4-fach
F2	Zweiflächig, GOZ 2080	31,30 €	3,6-fach
F3	Dreiflächig, GOZ 2100	38,42 €	3,7-fach
F4	Mehr als dreiflächig, GOZ 2120	41,26 €	4,1-fach

Neue Bewertungszahlen für BEMA-Nr. 13a bis d ab Januar 2025



BEMA-Nr. ab 01/2025	BW-Zahl ab 01. 2025	BW-Zahl bis 12. 2024	Honorar (AOK-Bayern/ IV 24 Punktwert 1,2563)	Honoraranpassung ab Januar 2025 neues Honorar - abhängig von Punkterhöhung im Jahr 2025 ▲ BEMA-Mehrhonorar in €	GOZ- Vergleich „Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial “	GOZ-Honorar bei Faktor 2,3-fach
13a F1	33	32	41,46 €	40,20 € + 1,26 €	Einflächig, GOZ 2050	27,55 €
13b F2	41	39	51,51 €	49,00 € + 2,51 €	Zweiflächig, GOZ 2070	31,30 €
13c F3	53	49	66,58 €	61,56 € + 5,02 €	Dreiflächig, GOZ 2090	38,42 €
13d F4	63	58	79,15 €	72,87 € + 6,28 €	Mehr als dreiflächig, GOZ 2110	41,26 €

Die bei der Regelversorgung zu berechnenden BEMA-Ziffern 13a-d wurden minimal aufgewertet
F1 um 1 Punkt,
F2 um 2 Punkte,
F3 um 4 Punkte,
F4 um 5 Punkte;
It. Bewertungsausschuss liegt die Erhöhung des Honorarvolumens bei ca. 10%, siehe Tabelle.

Bulk-Fill-Komposite im Seitenzahnbereich „im Ausnahmefall“ – je nach Indikation, z. B. bei

- Ausdehnung und Lage der Kavität
- starkem Speichelfluss
- tief unter den Zahnfleischrand gehend
- schlechter Compliance des Patienten
- vulnerablen Patienten

▪ **Hinsichtlich der Berechnung sind die Bulk-Fills den GOZ-Nrn. 2050, 2070, 2090, 2110 zuzuordnen.** Dies liegt gebührentechnisch daran, dass es sich zwar um Kompositmaterialien (wie im Wortlaut der Leistungslegenden der GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120) handelt, jedoch nicht um solche, die eine *zeitaufwendige Schmelz-Dentin-Zahnoberflächenbearbeitung (Adhäsion, Konditionierung) einfordern und eben als Charakteristikum gerade häufig mittels eines Füllvorganges (Bulk = Hauptmasse, große Menge) eingebracht werden können, also ohne Schichttechnik, bis 4mm.* Quelle: Liebold/Raff/Wissing, BEMA/GOZ-Kommentar online, Stand 10.2024

Jeder Patient kann sich individuell für eine Mehrkostenvereinbarung entscheiden und damit dem Zahnarzt volle Therapiefreiheit nach der vorliegenden Indikation ermöglichen.



Füllungstherapie – Ausnahmeindikation ohne Alternative



Wäre es nicht sinnvoller gewesen, die Füllungsleistungen aus dem BEMA zu nehmen, um ein vom Zahnarzt angepasstes betriebswirtschaftlich ausreichendes Honorar zu erzielen?!

Der BDIZ EDI kritisiert den Wegfall der Regelung bei Ausnahmeindikationen für **vulnerable Patienten** und hinterfragt zukunftsorientiert die Neuregelung der beiden Selbstverwaltungsorgane KZBV und der GKV-SV^{*}, da insbesondere die vulnerablen Patienten (z. B. mit Niereninsuffizienz) meist zu den zuzahlungsunfähigen Patienten gehören. Auch wenn die Entscheidungsfreiheit jedes Patienten erhalten bleibt, wird sich die Aufklärung der Patienten über qualitativ hochwertige Füllungen bzw. die Möglichkeit, Mehrkosten zu vereinbaren, im Praxisalltag schwierig gestalten. Die Behandlung vulnerabler Patienten ist regelhaft zeitaufwendiger und schwieriger, dennoch kann nur nach BEMA 13a bis d abgerechnet werden. Für Praxen mit vielen vulnerablen Patienten bedeutet dies weniger Honorar. Der Leidtragende der Neuregelung ist auch der vulnerable Patient selbst, weil kostengünstige Alternativen (**Bulk-Fill nur im Ausnahmefall**) zum Amalgam fehlen.

Aus Sicht der KZVen ist die Neuregelung insgesamt ein Erfolg, weil Mehrkostenvereinbarungen für höherwertige Füllungen weiterhin möglich sind.

^{*}„Die angepassten BEMA-Regelungen sorgen dafür, dass **alle GKV-Versicherten mit qualitativ hochwertigen modernen amalgamfreien Zahnfüllungen nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig mehrkostenfrei versorgt werden können.**“

Gleichzeitig können die Patientinnen und Patienten wie bisher gegen private Zuzahlung darüber hinausgehende Füllungsleistungen wählen, **ohne ihren Sachleistungsanspruch dem Grunde nach zu verlieren.** Die Krankenkasse übernimmt dann die Kosten in Höhe der GKV-Versorgung, die im **BEMA neu definiert** worden ist. Wie bisher entscheidet der behandelnde Zahnarzt oder die behandelnde Zahnärztin in Abstimmung mit dem Patienten im Einzelfall, welches konkrete Füllungsmaterial verwendet wird.

Honorarvergleich durch Wegfall der BEMA-Nr. 13e–h bei Ausnahmeindikation



BEMA-Nr. bis 12/2024	BW-Zahl	Honorar (AOK-Bayern/ IV.24 Punktwert 1,2563)	BEMA-Nr. ab 01/2025	BW-Zahl	Honorar (AOK-Bayern/ IV.24 Punktwert 1,2563)	Honorarminus, ab Januar 2025 durch Wegfall BEMA 13e-h. Preissteigerungen beim Füllungs-material sind hier nicht berücksichtigt!	GOZ- Vergleich „Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial “	GOZ-Honorar bei Faktor 2,3-fach
13e	52	65,33 €	13a F1	33	41,46 €	-23,87 €	Einflächig, GOZ 2050	27,55 €
13f	64	80,40 €	13b F2	41	51,51 €	-28,89 €	Zweiflächig GOZ 2070	31,30 €
13g	84	105,53 €	13c F3	53	66,58 €	-38,95 €	Dreiflächig, GOZ 2090	38,42 €
13h	100	125,63 €	13d F4	63	79,15 €	-46,48 €	Mehr als dreiflächig, GOZ 2110	41,26 €

GIZ (stabilisierte Glasionomerezemente) und Bulk-Fill mit großem Potenzial:

Das größte Potenzial haben modifizierte Glasionomerezemente und Bulk-Fill-Materialien der neuen Generation, die nicht überschichtet werden müssen. Hier gibt es auch zum Teil bereits sehr viele und qualitativ gute Studien. Wenn es um das Thema Zeit geht, funktionierten die neuen schnellhärtenden Bulk-Fill-Komposite durchaus überzeugend.

Zu neuen Materialien wie den Alkasiten (Cention, Ivoclar) fehlt es noch an Studien. Mit Blick auf die möglichen Fehlerquellen und Versagensquoten verweist Prof. Hickel auf die für den Patienten adäquate Wahl der Versorgung. „Das Lebensalter hat Einfluss auf den Erfolg einer Restauration.“

Bei Kindern und Patienten jenseits der 70 seien die Erfolgsraten schlechter. Ebenso kritisch für den Erfolg: der Behandler, seine Erfahrungen und Fähigkeiten.

Quelle: Prof. Dr. Reinhard Hickel.



FAZIT: Eine Mehrkostenvereinbarung benötigt im Frontzahnbereich eine Mehrschicht- und/oder Mehrfarbentechnik. Im Seitenzahnbereich ist eine Säure-Ätz-Technik und/oder eine Mehrschicht-/Mehrfarbentechnik nötig, um eine Mehrkostenvereinbarung auszulösen.

Welche Technik und welche Materialien zum Einsatz kommen, entscheidet der Behandler individuell nach Aufklärung des Patienten und Berücksichtigung der Indikation und Umstände. Unter Beachtung der zweijährigen Gewährleistungspflicht sollte man das Datensicherheitsblatt des Herstellers (z. B. Kulzer, Ivoclar, 3M, Dentsply Sirona) zur Verarbeitung des Materials beachten und die Kosten des Füllungsmaterials im Blick haben!

Füllungsmaterialien im aktuellen Vergleich



Restaurationen: Amalgamalternativen im Test

Wissenschaftler der Universitäten Aachen und Marburg untersuchten verschiedene restaurative Materialien in puncto Randintegrität, Verschleiß und Bruchverhalten. Auch nach 500.000 thermomechanischen Zyklen konnten beim neuen selbstadhäsiven Füllungsmaterial Surefil® One nach okklusaler Lichthärtung keine Frakturen beobachtet werden.

Dafür präparierten die Forscher in 88 extrahierten humanen Molaren Kavitäten und versorgten sie mit geeigneten Materialien.

Vor und nach thermomechanischen Belastungszyklen analysierte man unter Einsatz verschiedener Prüftechniken die Randintegrität, den Verschleiß und das Bruchverhalten der restaurativen Verbindungen.

Beim Abnutzungsverhalten lagen die Amalgamversorgung und die Komposite mit neuester Füllstofftechnologie laut Studienergebnissen vorn.

Das selbstadhäsive Restaurationsmaterial Surefil® One nahm die Position vor Activa™, Ketac™ Molar Quick, Equia® Forte und Fuji® II LC improved ein.

Surefil One® war zwar nicht in allen untersuchten Aspekten überlegen. Es zeigte aber ein stabiles Frakturverhalten, eine gute Randqualität und eine akzeptable Verschleißfestigkeit in vitro.

Quelle: Frankenberger R et al. Amalgam alternatives critically evaluated: effect of long-term thermomechanical loading on marginal quality, wear, and fracture behavior. J Adhes Dent 2020; 22 (1):107–116. Abstract ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32030381
Quelle: <https://www.iww.de/zr/materialkunde/ueuellungstherapie-restaurationen-amalgamalternativen-im-test-f129303>

Neben Amalgam verwendete Füllmaterialien im Test (Auswahl)

- Ketac™ Molar Quick / 3M ESPE
- Surefil® One (mit und ohne Lichthärtung) / Dentsply Sirona
- Activa™ / American Dental Systems
- Adhese® Universal und Heliomolar / Ivoclar Vivadent
- Fuji® II LC improved / GC
- Equia® Forte / GC
- Scotchbond™ Universal und Filtek™ Supreme / 3M ESPE
- Xeno® V+ und CeramX® mono+ / Dentsply Sirona
- Prime & Bond active™ / Spectra ST
- CeramX® HV / Dentsply Sirona
- Prime&Bond elect™ / Spectra ST
- CeramX® HV / Dentsply Sirona

Aktuell wird z.B. VENUS BULK FLOW ONE (Kulzer) als Weltneuheit bezeichnet:

- Komposit mit Schichtstärken von 4 mm – ohne Deckschicht

- <https://kulzer.de/de/de/landingpages/venus-bulk-flow-one/landingpage.html>

Hier finden Sie Erfahrungsberichte, Einsatzgebiet, Indikationen usw.

Gewährleistungspflicht



- Der Zahnarzt hat für Füllungen eine zweijährige Gewährleistung zu übernehmen.
- Verwendung finden kann „jedes ausreichende, zweckmäßige, erprobte und praxisübliche Füllungsmaterial“
(BEMA-Nr.13, Abrechnungsbestimmung Nr. 1, 1. Satz)

Diese zweijährige Gewährleistungsfrist (nach § 136a Abs. 4 Satz 3 SGB V) **gilt für Versicherte der GKV:**

- ein- bis dreiflächige Füllungen, sofern sie identisch wiederholt werden, dieselben Flächen an denselben bleibenden Zähnen
 - Aufbaufüllungen
- Innerhalb dieses Zeitraums hat der Zahnarzt identische/Teilwiederholungen von Füllungen sowie Erneuerungen/Wiederherstellungen von ZE einschließlich Zahnkronen kostenfrei vorzunehmen (§ 136a Abs. 4 Satz 4 SGB V).

Erst nach Ablauf von zwei Jahren können diese Leistungen wieder abgerechnet werden.

- Im Rahmen der privatärztlichen Behandlung gelten keine gesetzlichen Gewährleistungsregelungen!

Gewährleistungspflicht



Aktuelle Ausnahmen der Gewährleistungspflicht bei Füllungen

Von der zweijährigen Gewährleistungsfrist ausgenommen sind identische und (Teil-)Wiederholungsfüllungen, wenn diese nicht auf ein Verschulden des Zahnarztes zurückzuführen sind (§ 136a Abs. 4 Satz 5 SGB V). In diesen Fällen können Wiederholungsfüllungen auch innerhalb der zweijährigen Gewährleistungsfrist erneut abgerechnet werden.

Mögliche Ausnahmefälle:

- Milchzahnfüllungen
- Zahnhalbfüllungen
- mehr als dreiflächige Füllungen
- Eckenaufbauten im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekanten
- Fälle, in denen besondere Umstände vorliegen, z. B.:
 - inadäquates Kauverhalten (z. B. der Patient hat auf einen Kirschkern gebissen)
 - Bruxismus
 - Vorerkrankungen
 - mangelnde Mundhygiene
 - weitere, einflächige Füllung auf derselben Fläche

- Im Rahmen der privatärztlichen Behandlung gelten keine gesetzlichen Gewährleistungsregelungen!

Ersatzmaterialien sind kein vollwertiger Ersatz für Amalgam

In der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zum Amalgamverbot (Stand März 2024), heißt es:

„Bisher steht in der Zahnmedizin kein alternatives Füllungsmaterial zur Verfügung, welches einen vollständigen Ersatz für Dentalamalgam darstellt, da entweder die Verarbeitung deutlich aufwendiger und fehleranfälliger ist (z.B. Komposite) oder der Indikationsbereich eingeschränkter ist (z.B. Glasionomerelemente, Komposit-Hybride).“

Mehrkostenvereinbarung § 28 SGB V + § 8 Abs. 7 BMV-Z



Prinzipiell haben gesetzlich Versicherte einen „Sachleistungsanspruch“ im Rahmen der GKV, sie tragen nur die Mehrkosten selbst (vorausgesetzt die Füllung ist notwendig und richtlinienkonform).

So ist es in den Bestimmungen zur Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V geregelt:

Mehrkosten bei Füllungen

§ 28 SGB V: Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die **Mehrkosten** selbst zu tragen für:

- Mehrschichttechnik/Mehrfarbertechnik
- Mehrfarbertechnik im Sinne einer ästhetischen Optimierung und Qualität
- Einlagefüllungen
- Mehrschichttechnik bei adhäsiver Aufbaurekonstruktion
- kanalverankertem Kronenkernaufbau

Damit die „Mehrkostenvereinbarung“ nicht unwirksam wird, müssen geplante Zusatzleistungen, die im Zusammenhang mit der Mehrkostenfüllung stehen, im Rahmen einer Privatvereinbarung gesondert vereinbart werden.

1. Auf der Mehrkostenvereinbarung gemäß § 28 Abs.2 SGB V sind keine anderen Leistungen aufzuführen.
2. Private Leistungen die im Rahmen des „Mehraufwandes“ entstehen, auch weitere zusätzliche selbstständige Leistungen die notwendig werden und nicht Bestandteil des BEMA sind, bedürfen einer gesonderten Vereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z.
3. Bei Honorarvereinbarung ist grundsätzlich die Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zusätzlich erforderlich und vor Beginn der Verhandlung, nach persönlicher Absprache mit dem Patienten zu vereinbaren.

Mehrkostenvereinbarung § 28 SGB V + § 8 Abs. 7 BMV-Z



Prinzipiell haben gesetzlich Versicherte einen „Sachleistungsanspruch“ im Rahmen der GKV, sie tragen nur die Mehrkosten selbst (vorausgesetzt die Füllung ist notwendig und richtlinienkonform). Der Austausch intakter Füllungen ist immer eine privat vereinbarte zahnärztliche Leistung.

Hier hört der BEMA auf – die GOZ-Privatleistung beginnt und wird nach § 8 Abs. 7 BMV-Z mit dem Patienten vereinbart.

- 0080: Oberflächenanästhesie
- 0090/0100: Anästhesien, die nicht im Rahmen der GKV-Leistung abrechenbar sind
- 2290: Entfernung Inlay
- Leistungen über BEMA hinausgehend, z. B. 2030 für Formgebungshilfen
- 2040: (wenn für Vertragsleistung nicht notwendig ist)
- 2130: Politur einer älteren Füllung
- 1040 oder 4050/4055, 4070/4075
- ICON-Behandlung § 6/1
- Kariesdetektor § 6/1, ggf. weitere Analogleistungen
- 1020: Fluoridierung
- Präendodontischer Aufbau
- Reposition eines dislozierten Zahnfragments
- Postendodontische Kompositfüllung mit intrakanalärem Stift, u. v. m.

Vereinbarung einer Privatbehandlung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z

Name des Versicherten/Patienten: _____

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der gültigen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenermittlung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:

Die aufgeführte Behandlung

ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V).

geht über die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.

wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.

Erklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:
Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung oben genannter Leistungen durch die gesetzliche Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann. Ich verpflichte mich, die entstandenen Kosten nach Rechnungslegung unverzüglich auszugleichen.

Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen Unterschrift des Dentisten

Wissenswertes zur Füllungstherapie Mehrkostenvereinbarung § 28 SGB V + § 8 Abs. 7 BMV-Z



- **Neue Leistungen durch neue Materialien** werden sich in der modernen Praxis etablieren.
- Nachfolgende Leistungen sind **weder im BEMA noch in der GOZ enthalten**.
- Sie müssen daher **mit gesetzlich versicherten Patienten privat nach § 8 Abs. 7 BMV-Z vereinbart** werden und sind gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.

Sie stellen weitere Begleitleistungen dar. Ein Verzicht auf deren Berechnung verursacht Honorarverluste, **z.B.:**

- **Kariesdetektor**
- **Kariesinaktivierung mittels Anwendung SDF** (Silberdiaminfluorid), dieser „Zauberlack“ – gilt als neue Alternative zum Kariesdetektor und ist neben der Füllungsleistung – bei jeder Füllung möglich. **Z.B. kann „Riva Star“** – eine flexible Ergänzung der meisten Behandlungstechniken sein und ist für eine solidere, umfassendere Restauration auch mit Glasionomer oder Komposit kombinierbar.
 - auch in der Alterszahnheilkunde z. B. bei Wurzelkaries von Bedeutung.
 - auch als Alternative zu Bulk-Fill als „Off-Label-Use“ anwendbar.
- **Kariesinfiltration mittels ICON®**
- **Karies-Läsionsbehandlung mittels „Curodont Repair“**

Kariesdetektor, diese farbstoffhaltige Lösung zur Identifikation von kariösem Dentin als spezifische Untersuchung ist nicht in der GOZ beschrieben. Das VG Hannover (Az.: 13 A 971/17 vom 24.07.2019) hat entschieden: bei der Anwendung eines Kariesdetektors handelt es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die auf Grundlage von § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnungsfähig und somit auch beihilfefähig ist. Das VG bestätigte die vom ZA gewählte 2130a GOZ - 2,3-fach und folgte den Entscheidungen des AG Dortmund (Az.: 405 C 3277/14 vom 31.08.2015) und des LG Stuttgart (Az.: 22 O 171/16 vom 02.03.2018 = 2020a GOZ -2,0-fach, in denen die analoge Berechnung ebenfalls bestätigt wurde.

Abrechnung: Mehrkostenvereinbarung – § 28 SGB V



Wählen Patienten bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten (GOZ minus BEMA = Mehrkosten) selbst zu tragen. **Vor Beginn** der Behandlung ist eine **schriftliche Vereinbarung** mit dem Patienten/Zahlungspflichtigen zu treffen.

45-45 0080	Intraorale Oberflächenanästhesie je Kieferhälfte o.Fron	1	2,3	3,88 KO
45 4050	Entf.harter und weicher Zahnbeläge einwurzeliger Zah	1	2,3	1,29 KO
45 2030	Bes. Maßnahmen b. Präparieren oder Füllen v. Kavitate	1	2,3	8,41 KO
45 2080mk	Präp.e Kavität,Füllen m.Komposit,Adhäsivtechn.,Mehrs	1	2,3	71,92 KO
45 13b	Füllung zweiflächig	1	1,1670	45,51 KO
	komen1 Kommentar f. GOZ-Rechnung	1	0,0	0,00 KO

ggf. zusätzliche Analogleistungen / Begleitleistungen siehe Liste

+ggf. Vereinbarung > Faktor 3,5-fach

- **Erste bmf** BEMA -Nr. 12 „beim Präparieren oder Füllen“ z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung, je KH oder FZB
- **Zweite bmf** GOZ 2030 für Füllung nach GOZ bei Notwendigkeit einer Formgebungshilfe, die nur für die Privatleistung notwendig wäre.

2030 GOZ = beim Präparieren zur Kronenversorgung – bei der intraoralen Umgestaltung von Implantataufbauten – beim Aufbereiten von Wurzelkanälen – Darstellung der Präparationsgrenze, z.B. Verkeilung einer Separation zur Herstellung eines spannungsfreien Kontaktpunkts, Separieren und Präparationsschutz, Maßnahmen zur Blutstillung, Verdrängen des Zahnfleisches/der Papillen z. B. mit Hallerklammern, bei Rekonstruktionen nach GOZ 2060, 2080, 2100, 2120 und 2180 für das Anlegen einer Formgebungshilfe.

- **BEMA F1-F4: Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel, zur Formung der Füllung und Polieren, dreiflächig:** Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren, dreiflächig=
Leistungsinhalt: Präparieren – Exkavieren – Anlegen einer Matrize – Unterfüllung – Füllen mit plastischem Material – Politur

- **Mögliche Begründung bei Erstattungsverweigerung:**
 Bei der Versorgung des Zahnes war ein mehrschichtiger Aufbau mit Kompositmaterial in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung erforderlich. Diese Leistung war medizinisch notwendig,
 - weil die Form der noch vorhandenen Zahnhartsubstanz keine mechanische Verankerung des Aufbaumaterials gestattete
 o d e r
 - weil die großvolumige, einzeitige Applikation von Aufbaumaterial bedingt durch Polymerisationsschrumpfung zu aus zahnmedizinischer Sicht nicht vertretbaren Randspalten führen würde ...



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.



349,00 €

zzgl. MwSt.

BioMarker Vitalchecker Sofort-Analyse Testgerät

BioMarker Vitalchecker Point-of-Care-Diagnostikgerät analysiert innerhalb < 15 Minuten direkt am Behandlungsstuhl bis zu 25 Biomarkerwerte wie Vitamin D3, B12, HbA1c, Eisenwerte und viele andere.



ab 149,00 €

zzgl. MwSt.



Root-Ex Wurzelentferner Set

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



Vitamin D3



B12



HbA1c

339,00 €

zzgl. MwSt.

Praxis-Sofort-Tests für den BioMarker Vitalchecker (25 Stk.)

Bestimmung von Vitamin D, HbA1c, Vitamin B12 und viele andere Bio Marker auf Anfrage innerhalb von 15 Minuten. Nur zur Auswertung mit dem BioMarker Vitalchecker Sofort-Analyse Testgerät.

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.



139,95 €

zzgl. MwSt.



Labrida BioClean Chitosan Bürste (5 Stk.)

Oszillierende Spezialbürste für die effiziente aber schonende Periimplantitisbehandlung auf Titan und Keramikoberflächen an Implantaten



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 31.12.2024

zantomed
www.zantomed.de

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

Teil 4: Konsequenzen aus dem Charakter von GOÄ und GOZ

In loser Folge veröffentlicht die Redaktion des *BDIZ EDI konkret* Auszüge aus der Feststellungsklage, die der BDIZ EDI initiiert hat. In diesem vierten Teil geht es um Konsequenzen aus dem Charakter von GOÄ und GOZ.

1. Die Gebührenordnungen müssen die Leistungen fachlich zutreffend erfassen und beschreiben. Die Vorgabe für die Leistungsbeschreibungen und -abgrenzungen kann nur die (Zahn-)Medizin liefern. Dort werden die Leistungen entwickelt und erbracht. Es geht hier nicht um Leistungssteuerung oder Mengenregulierung.
2. Die privaten Gebührenordnungen dürfen keine Marktverhaltensregeln sein. In welchem (zahn-)medizinischen Kontext die Leistungen erbracht werden, ist irrelevant.

Das ist bisher leider anders, was vom Bundesgesundheitsministerium stets beklagt, aber selten verbessert wird. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte sich zum Ziel gesetzt, die sprechende Medizin besser zu vergüten (BR-Drs. 504/18 vom 12.10.2018, S. 2).



Das betraf aber nur den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auf die im Rahmen einer Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU gestellte Frage: „Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die ‚Sprechende Medizin‘ in der derzeit gültigen GOÄ ausreichend abgebildet wird, bzw. wie stellt die Bundesregierung als Verordnungsgeber sicher, dass die für eine adäquate Patientenversorgung erforderliche ‚Sprechende Medizin‘ bedarfsgerecht gefördert wird?“

Antwort der Bundesregierung am 11.08.2022:

„Der Bundesregierung liegen keine Hinweise darauf vor, dass durch die Regelungen der geltenden GOÄ die privatärztliche Patientenversorgung systematisch nicht bedarfsgerecht erfolgt.“ Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 9 und 10 verwiesen (BT-Drs. 20/3103 vom 11.08.2022, Seite 4).



Das ist schon deshalb erstaunlich, weil die einschlägigen Publikationen voll von der Forderung nach besserer Vergütung der sprechenden Medizin sind.

Der Bundesrat mahnte bereits am 27.05.1994 (BR-Drs. 211/1/94, Seite 14) und am 23.10.1995 einen Bericht der Bundesregierung zur Höherbewertung der sprechenden Medizin an (BR-Drs. 688/95 vom 23.10.1995, Seite 145).



Der frühere Vorsitzende des PKV-Verbands Uwe Laue äußerte sich auf der Jahrestagung des Verbands nach einer Meldung der *Ärztezeitung* online vom 27.06.2016, 08:27 Uhr zu den schon damals seit vielen Jahren laufenden Verhandlungen über die Reform der GOÄ 1996:

„Das gemeinsam mit der Bundesärztekammer und in Abstimmung mit Vertretern der Beihilfe entwickelte

GOÄ-Konzept bringt eine deutliche Stärkung der sprechenden Medizin.“

Der Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) vom Dezember 2019 weist auf S. 124 auf Folgendes hin:

354. Die heutige GOÄ trat 1983 in Kraft; Leistungsverzeichnis und Preise wurden seither nicht grundlegend aktualisiert. Die letzte Teilnovellierung (Laborleistungen) stammt von 1996. Gerade Rationalisierungsprozesse infolge des technischen Fortschritts sind in der GOÄ nicht abgebildet (Wasem 2018). Der auch im EBM geltende Anreiz, technische Leistungen zugunsten anderer ärztlicher Leistungen, insbesondere der sprechenden Medizin zu erbringen, ist bei privatärztlichen Leistungen (gerade bei begrenzten zeitlichen Ressourcen der Ärztinnen und Ärzte) besonders relevant und wurde bereits im Zuge der GOÄ-Reform 1996 erkannt (Klakow-Franck et al. 2019).



Der DAK-Gesundheitsreport 2022 „Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten – Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste und Stress das Herz belasten“ zitiert auf S. 105 Prof. Dr. Karl-Heinz Ladwig, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychologische Medizin an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München:

„Was wir brauchen, ist eine sprechende Medizin. Wir brauchen einen Kontakt der Ärzte mit dem Patienten, etwa mit dem motivational interviewing bzw. der motivierenden Gesprächsführung. Wir sollten den Patienten selbst zum Subjekt seines Handelns machen, er sollte für sich selbst die Entscheidung treffen.“



Die Gebührenordnungen legen, vor allem die GOÄ, einen großen Schwerpunkt auf die Vergütung von

techniklastigen Medizinfächern, vernachlässigen aber den gesamten Bereich der sog. sprechenden Medizin.

Um ein Beispiel zu geben:

Die grundlegende Gebührenziffer der sprechenden Medizin ist die Nr. 1 GOÄ. Sie ist mit 80 Punkten bewertet, was beim Einzelsatz einen Betrag von 4,66 Euro, beim 2,3-fachen Steigerungsfaktor einen Betrag von 10,72 Euro und beim 3,5-fachen Steigerungsfaktor einen Betrag von 16,32 Euro ergibt.

Dauert die Beratung länger, kann nach Nr. 3 GOÄ eine mit 150 Punkten bewertete Gebühr abgerechnet werden. Die Mindestzeitvorgabe für diese Leistung beträgt zehn Minuten. Beim Einzelsatz ergibt das einen Betrag von 8,74 Euro, beim 2,3-fachen Steigerungsfaktor einen Betrag von 20,11 Euro und beim 3,5-fachen Steigerungsfaktor einen Betrag von 30,60 Euro. Wenn die Beratung eine Stunde dauert, ändert das nichts.

Eine mehr als einmalige Berechnung der Nr. 3 GOÄ im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes (s. Abschnitt B Allgemeine Bestimmung Nr. 1 zum Gebührenverzeichnis der GOÄ).

In der GOZ gibt es keine allgemeinen Beratungsziffern, sodass auch Zahnärzte diese Nummern abrechnen müssen.

Wenn eine durchschnittliche (Zahn-)Arztpraxis pro Behandler im Jahr 2020 einen Stundenhonorarumsatz von 376,39 bzw. 392,92 Euro (s. zu den auf der Berechnungslogik des Bundesgesundheitsministeriums beruhenden Berechnungen unter Ziffer 8.26.3, S. 80) erwirtschaften muss, was 2023 angesichts der allgemeinen Kostensituation schon wieder ein deutlich zu niedriger Wert ist, dann lässt sich per einfachem Dreisatz ausrechnen, wie viel Zeit die Gebührenordnung für den Patienten zur Verfügung stellt.

Tabelle für 376,39 Euro/Std.

GOÄ-Nr.	Punktzahl	Gebühr 1,0	Zeit in Min.	Gebühr 2,3	Zeit in Min.	Gebühr 3,5	Zeit in Min.
1	80	4,66	0,7	10,72	1,7	16,32	2,6
3	150	8,74	1,4	20,11	3,2	30,60	4,9

Tabelle für 392,92 Euro/Std.

GOÄ-Nr.	Punktzahl	Gebühr 1,0	Zeit in Min.	Gebühr 2,3	Zeit in Min.	Gebühr 3,5	Zeit in Min.
1	80	4,66	0,7	10,72	1,6	16,32	2,5
3	150	8,74	1,3	20,11	3,1	30,60	4,7

Aus der Sicht des Behandlers, wie aus der Sicht des Patienten, ist das ein Unding. Der Behandler, der Verantwortung für seine Praxis und seine Mitarbeiter hat, kann die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht ignorieren. Der Patient merkt nur, dass seine Fragen – wenn überhaupt – knapp beantwortet werden, was dann wieder zu Forderungen nach Aufwertung der sprechenden Medizin etc. führt. Dieses Dilemma ist nicht zu lösen, wenn Leistungen nicht per se sachgerecht bewertet werden.

Aus diesem Dilemma kann sich ein Behandler auch nicht durch Abschluss einer Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ/GOZ befreien, weil diese vor Erbringung der Leistung abzuschließen ist (§ 2 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ). Zu diesem Zeitpunkt weiß der Behandler noch nichts über den erforderlich werdenden Zeitaufwand. Das hat Auswirkungen auf das Angebot sprechender Medizin.

3. Die privaten Gebührenordnungen müssen klar und transparent sein. Fälle wie der geschilderte Sachverhalt des VGH Bayerns dürfen eigentlich nicht vorkommen.
4. Die privaten Gebührenordnungen sollten streitschlichtend und nicht Streitverursachend/streitschärfend wirken.
5. Einkommensdiskussionen sind kein legitimer Orientierungspunkt privater Gebührenordnungen. Die gesetzlichen Grundlagen in § 11 BÄO und § 15 ZHG geben das nicht her. Was ein (Zahn-)Arzt verdient,

hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von seinem Arbeitseinsatz und seinem Können. Entsprechend differenzieren sich die Einkommen aus – das ist in anderen freien Berufen nicht anders. Wenn die Leistungen sachgerecht bewertet sind, erübrigen sich Einkommensdiskussionen.

6. Private Gebührenordnungen dienen nicht der Einkommensumverteilung unter den (zahn-)ärztlichen Fachgruppen.
7. Private Gebührenordnungen stehen nicht unter einem Finanzierungsvorbehalt der öffentlichen Hand.
8. Private Gebührenordnungen stehen nicht zur Disposition einer politischen Partei.

RAT

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



Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer

Bürokratie-Burn-out beenden

Die Zeichen stehen auf Veränderung. Nach dem Scheitern der Ampelkoalition steht Deutschland vor Neuwahlen, die nach der Vertrauensfrage im Dezember bereits am 23. Februar 2025 durchgeführt werden könnten. Angesichts dieser politischen Großwetterlage fand die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer in Hamburg statt.

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer fordert die künftige Bundesregierung in der ersten von zwei Resolutionen dazu auf, die Gesundheitspolitik als zentrale Aufgabe zu behandeln und damit die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens sicherzustellen.

Die Kernthemen:

- Stärkung der Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung und Abkehr von einem staatlichen Gesundheitssystem
- Stärkung des ambulanten Sektors und der bewährten wohnortnahen Versorgung
- Investoren-MVZ zum Patientenschutz regulieren
- Bürokratie-Burn-out beenden
- Lösungen zum Fachkräftemangel erarbeiten

- Bekenntnis zum und Stärkung des dualen Systems in der Krankenversicherung, verbunden auch die angemessene Honorierung in der GOZ
- Präventive, gesundheitsförderliche Maßnahmen erfolgreich weiterentwickeln
- Praxistaugliche Digitalisierung

Die zweite Resolution beschäftigt sich mit Hygiene und Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis: Der Verordnungsgeber soll darauf hinwirken, dass sich die Anforderungen für Hygiene und Medizinproduktegebrauch und -aufbereitung an wissenschaftlich belegten Erfordernissen und am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientieren.

Große Befürchtungen hegt die Bundeszahnärztekammer nach wie vor in Bezug

auf die Ausbreitung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ). Wichtiger Punkt der Bundesversammlung war entsprechend die erneute Aufforderung an den Gesetzgeber, die gesetzlichen Regulierungen der iMVZ auf den Weg zu bringen. „Die Aktivitäten von berufsfremden Investoren mit ausschließlichen Renditeinteressen in der Zahnheilkunde nehmen weiter ungebremszt zu.“ Mittlerweile sei ein Drittel aller zahnärztlichen MVZ in Investorenhand. Die Bundesversammlung erinnerte in ihrem Leittrag an die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), die im November 2021 und im Juni 2022 den Gesetzgeber jeweils einstimmig aufgefordert hatte, die „längst überfälligen gesetzlichen Regulierungen der iMVZ auf den Weg zu bringen“. Dieser Forderung habe sich der Bundesrat im Juni 2023 angeschlossen.

„Mit höchster Dringlichkeit“ sei dem mehrfachen Beschluss der GMK Folge zu leisten, heißt es in dem einstimmig gefassten Beschluss, und diese für die Patientenversorgung „in unserem Lande schicksalhafte Frage“ zeitnah zu lösen. Jeder weitere Tag des Abwartens ermögliche den Investoren die Errichtung weiterer iMVZ. Der Beschluss im Wortlaut: „Eine Transparenzregelung ist zu begrüßen, als alleinige Regulierung der Aktivitäten der Investoren ist sie allerdings bei Weitem nicht ausreichend. Die ungebremsste Ausbreitung der iMVZ ist eine Bedrohung für eine funktionierende, hochqualitative und patientennahe zahnärztliche Versorgung in unserem Land. Es ist nicht weiter hinnehmbar, dass diese Strukturen Qualitätsverlust durch Umsatzdruck und daraus resultierende Überbehandlung verursachen und zu über 80 Prozent in kaufkraftstarken Großstädten agieren, entgegen ihrer 38 vollmundigen Behauptungen zur Versorgung in der Fläche also kaum etwas beitragen, ‚Cherry-picking‘ betreiben und primär wirtschaftlich attraktive Behandlungen fördern, sich dabei aber kaum um die Versorgung vulnerabler Gruppen kümmern.“

Im Antrag zitiert der BZÄK-Vorstand eine Studie der Hochschule Bochum, der zufolge mehr als 75 Prozent der iMVZ in Steuerparadiesen steuerpflichtig seien und, so der Rückschluss, somit Gelder der gesetzlichen Krankenkassen in Steueroasen wie den Cayman Islands landeten. Nach Zahlen der KZVen hätten iMVZ erheblich erhöhte Abrechnungswerte im Vergleich zu herkömmlichen Niedergelassenen und bedienten sich somit überproportional an den ohnehin knappen Budgets, um die Renditewünsche der Investoren zu befriedigen.

Obligatorische Forderung: GOZ-Punktwert anheben

Im weiteren Verlauf der Bundesversammlung folgte die obligatorische Forderung an den Ordnungsgeber, den seit 36 Jahren unveränderten Punktwert sofort im

betriebswirtschaftlich erforderlichen Maß anzuheben und gleichzeitig eine Dynamisierung einzuführen. Des Weiteren wird der Vorstand der BZÄK bzw. der Ausschuss für Gebührenrecht beauftragt, eine Referenz-GOZ intern zu entwickeln. Dabei seien die Kernparameter der §§ 2, 5 und 6 der GOZ zwingend beizubehalten. In § 5 sei ein Punktwert vorzusehen, der den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen entspreche. Eine regelmäßige Dynamisierung sei einzuführen. Die deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte ruft die Bundesversammlung angesichts ausbleibender Punktwertanpassungen auf, die Honorierung zahnärztlicher Tätigkeiten im betriebswirtschaftlich erforderlichen Maß mithilfe des § 5 GOZ zu vereinbaren oder bei analoger Berechnungsmöglichkeit mittels des § 6 GOZ zu gestalten.

Einzelleistungsvergütung als Maßstab

Einstimmig steht die Bundesversammlung zur Forderung, die Einzelleistungsvergütung zum Maßstab des dringend anzupassenden GOZ-Punktwerts zu machen. Es sei unerträglich, dass der Ordnungsgeber mit Bezug auf ein geschätztes GOZ-Honorierungsvolumen jede Punktwertanpassung verweigere. Das Zahnheilkundengesetz gebe zwar einen Gebührenrahmen für die Bemessung des Honorars der einzelnen Leistung, nicht jedoch ein jährliches Gesamtvolumen für die privat-zahnärztliche Versorgung vor. Die Zementierung des Punktwerts auf Niveau der 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts belege das gesetzeswidrige Verhalten aller seither in Verantwortung gewesener Bundesregierungen.

ePA verschieben

Der geplante Start der „ePA für alle“ zum 15. Januar 2025 soll laut einstimmiger Meinung der Delegierten so lange verschoben werden, bis die Anwendungsreife nachgewiesen werden könne und ein spürbarer Mehrwert für die Patientenversorgung gegeben sei. Nur eine umfas-

sende Test- und Übergangsphase könne sicherstellen, dass die Einführungsphase in den Zahnarztpraxen leichter werde und die ePA von den Praxen und den Versicherten akzeptiert werde.

Fachkräftemangel anpacken

Zum Fachkräftemangel fordert die Bundesversammlung Bundes- und Landesregierungen dazu auf, die Voraussetzungen für die Fachkräftesicherung in den zahnärztlichen Praxen zu schaffen, u. a. durch Änderung der Bildungspolitik, mit einer Ausrichtung und Förderung der gesellschaftlichen Anerkennung mittlerer Schulabschlüsse, Wertschätzung praktischer Berufe einhergehend mit der Stärkung der dualen Berufsausbildung gegenüber einer pseudoakademischen Fehlqualifizierung junger Menschen in praktischen Berufsbildern, angemessener Vergütung zahnärztlicher Leistungen (BEMA und GOZ) zur Refinanzierung/Kompensation wertschätzender Gehälter und Lohnsteigerungen sowie flächendeckender infrastruktureller Maßnahmen im Bereich der Kinderbetreuung.

Bürokratieabbau sofort

Zum Bürokratieabbau fordern die Delegierten die konsequente Umsetzung einer One-in-two-out-Regelung und damit einer Selbstverpflichtung des Gesetzgebers zur Einführung neuer Vorschriften nur nach positiver Risikoanalyse und erfolgreicher Nutzenbewertung mit belegtem Zusatznutzen für die Patientensicherheit sowie einer Risikoanalyse und Nutzenbewertung bestehender Informations-, Dokumentations- und Verwaltungsvorschriften.

AWU



Kerstin Salhoff Neue Dimension in der zä. Abrechnung: Analogberechnung & Chairside-Leistungen

Unterstützung via Webinare, Tabellen, Abrechnungshotline 2024

Neue Dimension in der zahnärztlichen Abrechnung

Im Jahr 2024 gab der BDIZ EDI diverse Empfehlungen und Unterstützung in der privatärztlichen Abrechnung. An dieser Stelle gibt die Redaktion einen Überblick über das „Abrechnungsjahr“ des BDIZ EDI.

Der Abrechnungstipp

Jeden Dienstag steht Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff über die Abrechnungshotline Rede und Antwort und bearbeitet schwierige Fragestellungen im Abrechnungstipp im *BDIZ EDI konkret*. So zeigte sie in der Ausgabe 1/2024 Berechnungsmöglichkeiten der OP-Zuschläge auf, um den Mitgliedern Tipps zu geben, wie sie ihre Auslagen und Materialpreise prüfen und anpassen können. Der Umgang mit Chairside-Leistungen war in der folgenden Ausgabe Thema. Zum Umgang mit medizinisch notwendigen Leistungen beantwortete sie in der Ausgabe 3/2024 die Frage, wann Ausnahmeindikationen vorliegen. In dieser Ausgabe geht es im Abrechnungstipp um die professionelle Prothesenreinigung und wie sie sich rechnet.

Webinare 2024

Ende Januar und Ende Februar lieferte der BDIZ EDI in Teil 1 und 2 der Abrechnungswinare „Update zahnärztliche Abrechnungen“ einen Überblick über Neuerun-

gen, Änderungen und Ergänzungen der Abrechnungsempfehlungen in der GOZ. Ein weiteres Webinar mit Christian Berger und Kerstin Salhoff am 1. Oktober 2024 stellte die Mechanismen der Analogtabelle vor, die der BDIZ EDI im Juli 2024 an seine Mitglieder versandt hat und die weiterhin im Onlineshop des BDIZ EDI käuflich zu erwerben ist. Anhand der neuen Tabelle zeigten Berger und Salhoff mit dem Webinar „Neue Dimension in der zahnärztlichen Abrechnung mit Analog- und Chairside-Leistungen“ neue und rechts-sichere Wege in der zahnärztlichen Abrechnung auf – auch anhand konkreter Leistungsziffern in der Analogabrechnung. Die Redaktion stellt das Webinar an dieser Stelle exklusiv für Mitglieder nochmals zur Verfügung.

Abrechnungstabellen des BDIZ EDI

Im Jahr 2024 gab es gleich zwei Abrechnungstabellen zur Unterstützung der Zahn-

arztpraxen: die BDIZ EDI-Tabelle 2024, die den BEMA direkt mit dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor der GOZ/GOÄ vergleicht. Zusätzlich erstellte Präsident Christian Berger gemeinsam mit Kerstin Salhoff und ihrem Team die ANALOG-Tabelle 2024 mit Chairside-Leistungen, in der erstmals Leistungen, die in der veralteten GOZ von 2012 nicht enthalten sind, mit konkreten Gebührenscheffern versieht. In der ANALOG-Tabelle 2024 werden erstmals weit über 200 Abrechnungsempfehlungen des BDIZ EDI zur Analogberechnung und alle derzeit vom BDIZ EDI empfohlenen Chairside-Leistungen abgebildet.

Ausblick 2025

Natürlich geht es auch 2025 mit Webinaren zu aktuellen Themen weiter und es wird eine BDIZ EDI-Tabelle 2025 geben. Derzeit erstellt der BDIZ EDI eine Broschüre zur Abrechnungsunterstützung in Bezug auf das ab 1. Januar 2025 geltende Amalgamverbot.



Dental News GOES WhatsApp



JETZT
anmelden und nichts
mehr verpassen!



 WhatsApp

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

26. Curriculum Implantologie in Köln gestartet

Impressionen vom Auftakt

Mit dem ersten Modul „Grundlagen der Implantologie“ startete das 26. Curriculum Implantologie des BDIZ EDI an der Universität zu Köln. Zahlreiche neue Teilnehmende fanden sich im großen Auditorium ein, um den Auftakt der renommierten Fortbildungsreihe mitzuerleben. Der Wissenschaftliche Leiter des BDIZ EDI, Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, moderierte gemeinsam mit Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, M.Sc. die Veranstaltung. Beide leiten bzw. moderieren seit vielen Jahren das Curriculum von BDIZ EDI und Uni Köln gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. Matthias Kreppel. Das Curriculum gilt als fundierter Einstiegskurs in die Implan-

tologie und überzeugt durch seinen hohen Praxisanteil. Auch in diesem Jahr freuen sich die Organisatoren über einen hohen Anteil junger Zahnärztinnen und Zahnärzte unter den Teilnehmern. Die frisch approbierte Zahnärztin Xenia Lambidou resümiert: „Das Curriculum Implantologie ist die perfekte Möglichkeit, um die Grundlagen der Implantologie zu erlernen.“ Bis Sommer 2025 haben die Teilnehmer nun die Gelegenheit, sich fundiertes Wissen und praktische Fähigkeiten anzueignen, um künftig als Experten im Bereich der Implantologie tätig zu sein.



MIF

Prof. Zöller spricht zum Auditorium.



Aufmerksame Teilnehmer verfolgen den Vortrag.



Prof. Zöller im direkten Austausch mit den Teilnehmern.



Der Wissenschaftliche Leiter des BDIZ EDI, Prof. Zöller, im Einsatz.



Interessierte Teilnehmer nutzen die Pausen für Fragen.



Prof. Zöller übergibt an Prof. Nickenig.



Prof. Nickenig erkundigt sich nach dem beruflichen Hintergrund der Teilnehmer.



Prof. Nickenig gut gelaunt beim Referieren.



Ein Teilnehmer macht sich eifrig Notizen während des Vortrags.



Prof. Nickenig ist zufrieden mit der aktiven Mitarbeit der neuen Teilnehmer.



Teilnehmer nutzen die Pausen, um sich kennenzulernen.

Seit 1. Dezember 2024 in Kraft

Verordnung zur Änderung der ZApprO

Die Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte wurde Ende November 2024 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Die Neuerungen traten am 1. Dezember 2024 in Kraft.

Die Verordnung beinhaltet Änderungen und Anpassungen, die die Ausbildung und Zulassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten betreffen, um die Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu verbessern und den Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

Die Verordnung betrifft hauptsächlich die Studienbedingungen und die Prüfungsmodalitäten für angehende Zahnärzte, es gibt jedoch auch einige Regelungen, die sich auf bereits zugelassene Zahnärzte beziehen, insbesondere in Bezug auf die Anerkennung von Studien- und Prüfungsleistungen sowie die Übergangsbestimmungen.

Hier geht es zum Bundesgesetzblatt



Quelle:
zm online
vom 27.11.2024

Die wichtigsten Regelungen für Studierende

- **Elektronische Einreichung:** Anträge auf Zulassung und die Übermittlung von Unterlagen können nun auch elektronisch erfolgen, um die Prozesse zu vereinfachen und zu beschleunigen. Dies bedeutet, dass Studierende ihre Dokumente nicht mehr physisch einreichen müssen, sondern digital übermitteln können.
- **Übergangsbestimmungen:** Sie wurden eingeführt, um den Übergang zu den neuen Regelungen zu erleichtern. Diese Bestimmungen sollen sicherstellen, dass Studierende genügend Zeit haben, sich an die neuen Anforderungen anzupassen.
- **Prüfungsmodalitäten:** Sie wurden präzisiert, insbesondere im Hinblick auf den Umfang und die Dauer der Prüfungen. Dies betrifft sowohl den ersten, zweiten als auch den dritten Abschnitt der zahnärztlichen Prüfung. Ziel ist, die Prüfungen praxisgerechter und transparenter zu gestalten.
- **Studienleistungen:** Bestimmte Studien- und Prüfungsleistungen, die bereits Gegenstand einer Prüfung waren und endgültig nicht bestanden wurden, werden nicht anerkannt. Dies soll verhindern, dass Studierende mehrfach dieselben Prüfungen ablegen müssen, ohne Fortschritte zu erzielen.
- **Fächergruppen:** Die Regelungen zu den Fächergruppen wurden präzisiert, um eine klarere Struktur und bessere Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Dies betrifft die Zuordnung von Fächern zu bestimmten Gruppen und die entsprechenden Prüfungsanforderungen.

Die wichtigsten Regelungen für zugelassene Zahnärzte

- **Fort- und Weiterbildungen:** Hier gibt es neue Bestimmungen zur Anerkennung, die sicherstellen sollen, dass Zahnärzte ihre Kenntnisse und Fähigkeiten „kontinuierlich aktualisieren und erweitern können“.
- **Berufsausübung im Ausland:** Regelungen zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen und Berufserfahrungen sollen die Mobilität von Zahnärzten innerhalb der EU und darüber hinaus erleichtern.
- **Elektronische Dokumentation:** Zahnärzte sind nun verpflichtet, bestimmte Dokumentationen elektronisch zu führen und zu übermitteln. Dies betrifft insbesondere die Patientenakten und die Abrechnung mit den Krankenkassen.
- **Qualitätssicherung:** Hier wurden Maßnahmen eingeführt, die regelmäßige Überprüfung und Audits der zahnärztlichen Praxen vorsehen. Ziel ist, die Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern.
- **Übergangsregelungen:** Für bereits zugelassene Zahnärzte gibt es Übergangsregelungen, die ihnen ausreichend Zeit geben sollen, sich an die neuen Anforderungen anzupassen. Dies betrifft insbesondere die Umstellung auf elektronische Dokumentationssysteme und die Teilnahme an Fortbildungen.

RÜCKSCHAU

Deutsche Krankenhausgesellschaft zur ePA

Kritik am Roll-out

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, die Pilotphase zur Einführung der ePA zu verlängern. Nur die Hälfte der Kliniken geht davon aus, rechtzeitig mit der passenden Technik ausgestattet zu sein. Sie forderte, die Pilotphase zur Einführung der ePA über den 15. Februar 2025 hinaus zu verlängern. Die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte soll im Januar starten. Allerdings könnte es erneut wegen technischer Probleme zu Verzögerungen kommen. Laut den ursprünglichen Plänen des Bundesgesundheitsministeriums sollen ab Mitte Januar Versicherte in ausgewählten Modellregionen ihre elektronische Patientenakte erhalten. Mitte Februar soll die ePA dann im ganzen Bundesgebiet verfügbar sein. Die Akte wird über eine App aufgerufen, die die Krankenkasse zur Verfügung stellt.

Quelle: Ärztezeitung vom 27.11.2024

Tod nach Narkose beim Zahnarzt

Narkosearzt wegen Totschlags verurteilt

Ein Narkosearzt ist vom Frankfurter Landgericht unter anderem wegen Totschlags eines Mädchens zu einer Haftstrafe von zehneinhalb Jahren verurteilt worden. Bei den Fällen der drei überlebenden Kinder handle es sich um versuchten Totschlag durch Unterlassen, sagte die Vorsitzende Richterin in ihrer Urteilsbegründung. Den Tod der Kinder habe der heute 67-Jährige zwar nicht beabsichtigt, jedoch billigend in Kauf genommen. „Er hatte wohl gehofft, wenn auch ohne begründeten Anlass, dass alles gut gehen würde.“

In einer Zahnarztpraxis in Kronberg (Hochtaunuskreis) hatte der Deutsche am 18. September 2021 zunächst einer erwachsenen Frau und später im Tagesverlauf vier Kindern aus derselben Flasche Propofol gespritzt, bereits beim ersten Kind war das Narkosemittel verunreinigt. Auch beging der Anästhesist weitere eklatante Hygienefehler, zudem arbeitete er ohne die vorgeschriebene Assistenzkraft. Zum Aufwachen überließ er die kleinen Patienten lediglich der Obhut der Eltern, medizinische Geräte zur Überwachung nutzte er nicht. Trotz ihres desolaten Zustands schickte er drei der Kinder nach Hause. Ein vierjähriges Mädchen war an dem Tag als Letzte an der Reihe gewesen. Etwa um 19 Uhr war der zahnärztliche Eingriff vorbei, doch das Kind kam nicht richtig zu sich, es hatte einen erhöhten Herzschlag, die Körpertemperatur stieg, später erbrach es sich. „Spätestens um 22 Uhr hätte das Kind in eine Klinik eingewiesen werden müssen, dann hätte es überlebt“, schilderte die Richterin. Es sei unklar, warum der Anästhesist dies nicht getan habe. Die Ursache für die Taten liege vermutlich in seinem Charakter, er habe schlampig und nachlässig gearbeitet, vieles „auf die leichte Schulter genommen“.

Quelle: Ärztezeitung vom 1.11.2024

apoBank-Studie:

Zwei Drittel der niedergelassenen Heilberuflerinnen und Heilberufler sehen bei dem Betrieb von Praxen und Apotheken viel Optimierungspotenzial, doch es fehlt an Zeit und Personal – das ergab eine Umfrage der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank). Insgesamt 400 Ärzte, Zahnärzte und Apotheker beantworteten Fragen rund um die eigene Niederlassung. Hinterfragt wurden Leistungsangebot und Arbeitsabläufe. Dabei kristallisierte sich heraus, dass die meisten offenen Stellen von Zahnärzten gemeldet werden. Fast jede zweite Praxis (47 Prozent) sucht nach Mitarbeitern, was im Schnitt mit sieben Monaten im Vergleich zu den anderen Heilberufsgruppen nicht allzu lange dauert – sich jedoch in einzelnen Fällen bis zu drei Jahren hinziehen kann. Entsprechend sind es Zahnärzte, die mit 66 Prozent von allen Heilberufsgruppen am häufigsten Schwierigkeiten haben, neues und geeignetes Personal zu finden. Die Zeitverteilung ist in Zahnarztpraxen im Vergleich zu Haus- und Facharztpraxen fast identisch: 68 Prozent entfallen auf die Patientenbehandlung, mit 16 Prozent ist auch hier Administration ein großes Thema. Die Zeit, die sie sich für die Mitarbeiter nehmen, schätzen sie auf sechs Prozent, für die eigene Fortbildung vier Prozent und für die Entwicklung der Praxis bleibt mit drei Prozent auch den zahnärztlichen Inhabern nicht viel Zeit. Die Befragung wurde vom 1. bis 25. Juli 2024 online durchgeführt. Mit der Durchführung der Umfrage wurde das Marktforschungsinstitut DocCheck Insights (Köln) beauftragt. Hier die Ergebnisse der Umfrage:



Quellen: ZWP online vom 28.11.2024/apoBank

VORSCHAU

Sicherheitskonzept auf dem Prüfstand

Gutachten zur ePA

Nach dem Scheitern der Ampelkoalition gibt es unterschiedliche Meldungen zum Start der elektronischen Patientenakte ePA. Zum Thema Sicherheit hat die gematik laut heise online ein Sicherheitsgutachten für die ePA in Auftrag gegeben. Das Fraunhofer SIT war beauftragt, die ePA zu prüfen. Anschließend verkündete die gematik als Ergebnis des Gutachtens: „Die ePA für alle ist sicher.“ heise online hat das 93 Seiten lange Gutachten der Forscher genauer betrachtet und einiges lasse Zweifel aufkommen – von Angreifer-Typologien und Schwachstellen, die zu Sicherheitslücken führen können und „dokumentenbasierten Problemstellen“. heise kommt zu dem Ergebnis, dass die Forscher kein laufendes ePA-System mit all seinen Komponenten, sondern einen komplexen Papiertiger – „die dokumentierte Architektur sowie die Anforderungen an die Umsetzung der einzelnen Komponenten“ – untersucht haben, mit dem Ziel, mögliche Sicherheitslücken und etwaigen Verbesserungsbedarf zu identifizieren. Die Implementierung der ePA führe neue Risiken und Herausforderungen in Bezug auf Datensicherheit und -schutz ein, stellten die Forscher fest und führten in ihrer Sicherheitsanalyse insgesamt 21 Schwachstellen auf, von denen vier als hoch, sechs als mittel und elf als niedrig eingestuft werden. Der Angriffsbäum zur unbefugten Widerspruchseinreichung sei mit einer Vielzahl von Angriffsvektoren am umfangreichsten. „Wird ein Widerspruch im System aktiv, wird die Patientenakte gelöscht. Wiederherstellung unmöglich. Es gibt weder für das Verfahren zum Einlegen noch für das Verfahren zur Rücknahme von Widersprüchen Mindestsicherheitsanforderungen; und auch keinerlei Sicherheitsüberprüfungen“, so heise. Die gematik „weise explizit darauf hin, dass das Verfahren nicht Bestandteil der Spezifikation ist“ – also nicht ihr Problem sei.



Der gesamte Artikel kann nachgelesen werden:

Quelle: heise online vom 24.10.2024

Positionspapier der Bundesärztekammer (BÄK)

Woran sich die neue Bundesregierung messen lassen muss

In dem Papier benennt die Bundesärztekammer (BÄK) prioritäre Handlungsfelder für die nächste Legislaturperiode. So fordert sie, Krankheitsprävention und die Förderung von Gesundheitskompetenz als ressortübergreifenden Politikansatz zu verankern. In einem weiteren Schwerpunkt plädiert die BÄK für mehr Koordination und Steuerung in der Patientenversorgung.

Mit Blick auf die angespannte Personalsituation und den Fachkräftemangel seien konkrete Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsförderung, zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten von unnötigen Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben erforderlich. Insbesondere sei „der Arztberuf als freier Beruf vor den Auswirkungen der fortschreitenden Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung zu schützen“, heißt es in dem Papier. Auch müsse das Gesundheitswesen mit einer umfassenden Resilienzstrategie besser auf nationale und internationale Krisen- und Bedrohungslagen sowie auf die Auswirkungen des Klimawandels vorbereitet werden.



Das Positionspapier:

Quelle: PM der BÄK vom 1.12.2024

BDIZ EDI-Kalender 2025

Alle Termine auf einen Blick

Jahreswandplaner des BDIZ EDI. Damit lassen sich auf einen Blick alle wichtigen Termine des BDIZ EDI im Jahr 2025 erfassen. Der Wandplaner ist sehr beliebt bei den Praxen, um die eigene Terminplanung übersichtlich darzustellen.

Quelle: BDIZ EDI

WANDPLANNER



ZWP DESIGN PREIS

*Deutschlands
schönste
Zahnarztpraxis*

25



**Jetzt
bis zum
1.7.25
bewerben**





41. Internationale Dental-Schau (IDS) 2025

Implantologie ein zentrales Thema

Die Internationale Dental-Schau (IDS) will auch 2025 ihre Position als weltweit führende Messe der Dentalbranche untermauern. Für die 41. Ausgabe, die vom 25. bis 29. März 2025 in Köln stattfindet, haben sich bereits über 1.300 Aussteller angemeldet. Daneben werden rund 500 Teilnehmer in Länderpavillons aus allen Kontinenten erwartet.

Die Messe will erneut das gesamte Spektrum der Dentalwelt abdecken, von Zahnmedizin und Zahntechnik über Infektionsschutz und Wartung bis hin zu Dienstleistungen sowie Informations-, Kommunikations- und Organisationssystemen.

Digitale Verfahren in der Implantologie

Digitale Verfahren haben die zahnärztliche Implantologie in den vergangenen Jahren vereinfacht und erfolgssicherer gemacht. In Zukunft dürften sie sie noch stärker in diese Richtung führen und ihr prophylaktisches Potenzial deutlicher hervortreten lassen. Die Internationale Dental-Schau (IDS) zeigt in Köln, wie sich die Praxis von heute bereits jetzt auf die implantologischen Therapien von morgen einstellt.

Die Implantologie gewinnt in der Prophylaxe zurzeit an Bedeutung. Einen wesentlichen Teil der Zukunft der dentalen Implantologie bilden digitalgestützte Verfahren, insbesondere das Backward Planning.

Dazu werden 3D-Röntgenbilder mit Intraoralscans mit einer Genauigkeit von typischerweise ± 250 Mikrometern gemacht. Der Behandler bekommt diese Toleranzen ebenso farblich angezeigt wie den Nervus alveolaris und die Abstände zu den Nachbarzähnen. Zur optimalen Ausrichtung der Implantate auf dem Bildschirm wird schließlich die vorausgeplante prothetische Versorgung eingeblendet.

Speziell bei einer Sofortimplantation lässt sich aber auch, sozusagen umgekehrt, die



prothetische Versorgung virtuell auf eine definitiv festgelegte implantologische Planung (Implantatposition, Implantatwinkel, gerades oder abgewinkeltes Abutment) designen. Daraus werden dann zunächst ein Gingivaformer abgeleitet und dann die Kronen bzw. Suprastrukturen subtraktiv (Fräs-/Schleifverfahren) oder additiv (3D-Druck) gefertigt.

Chirurgische Aspekte

Die Implantatinserterion kann klassisch frei Hand erfolgen, doch bleiben dann wesentliche Vorteile des Backward Planning ungenutzt. Signifikant geringere Abweichungen von der geplanten Position und dem Winkel ergeben sich bei einer dynamisch geführten Chirurgie. Dabei wird der Knochenbohrer fortlaufend in Echtzeit auf einem Bildschirm dargestellt und dort in Relation zu einem Röntgenbild gesetzt.

Alternativ dazu kann die statisch geführte Chirurgie mit einer laborgefertigten Bohrschablone gewählt werden. Dazu stehen



wiederum subtraktive (Fräs-/Schleifverfahren) oder additive (3D-Druck) Verfahren zur Verfügung. Optional lassen sich, je nach Anbieter, zusätzliche Navigierhilfen in Form von Bohrhülsen, -schlüsseln und weiteren Führungshilfen zurüsten. Damit liegen Bohrrichtung und -winkel fest.

Bei der statisch geführten Chirurgie kann außerdem zwischen knochen-, schleimhaut- und zahngetragenen Bohrschablonen gewählt werden. Sie bieten spezifische Vorteile, je nachdem ob zum Beispiel ein zahnloser Patient behandelt werden soll, ob eine lappenlose OP geplant ist etc. Die IDS bietet einen Überblick über die heutigen Möglichkeiten.

Zukunft KI et al.

In Zukunft dürfte mit künstlicher Intelligenz ausgestattete Software Strukturen auf Röntgenbildern immer besser erkennen und dem Behandler sogar selbstständig einen Vorschlag für Implantatpositionen und -winkel machen können. Auch könnte sich die Kernspintomografie (MRT), die aus anderen Bereichen der Medizin als treffsicheres Verfahren bekannt ist (z. B. Brustkrebserkennung), neben dem Röntgen als strahlungsbelastungsfreies Verfahren etablieren.

Bei den Fertigungsverfahren für implantatprothetische Restaurationen und Bohrschablonen liegt der 3D-Druck im Trend. Einer seiner Vorzüge liegt in der nachhaltigen Materialausnutzung. Denn Ausschuss gibt es bei additiven Verfahren fast nicht.

Materialien

Bei den Materialien für die Implantate selbst stehen neben dem bewährten Titan auch andere wie etwa Zirkonoxid (gingivafreundlich) oder Kunststoffe (teilweise additiv herstellbar) zur Verfügung. Eine weitere Wahlmöglichkeit besteht in einem stärker an der Natur orientierten Gesamtdesign – zum Beispiel so: Ein Glasfaserstift wird in ein bereits inseriertes Zirkonoxidimplantat eingesetzt und fungiert als Dämpfungselement mit dentinähnlichen Eigenschaften. Entsprechende zweiteilige Implantate zeigten in einer Langzeitstudie gute Ergebnisse (insbesondere keine Periimplantitis und eine hohe Implantat-Überlebensrate). „Angesichts der dynamischen Entwicklung sehe ich auf diesem Gebiet kaum Grenzen“, freut sich Mark Stephen Pace, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI). „Die Verbindung ver-

schiedener digitaler Tools dürfte die Implantatprothetik vereinfachen und dazu beitragen, ihr prophylaktisches Potenzial zu heben – auch in der Breite! Wie sich Zahnärzte und ihre Teams auf diese Zukunft jetzt schon einstellen können, zeigt die Internationale Dental-Schau (IDS) vom 25. bis zum 29. März 2025 in Köln.“

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

Der BDIZ EDI ist auch 2025 wieder dabei – gegenüber der Bundeszahnärztekammer in Halle 11.2, Gang O69/N60.

Quelle: Koelnmesse/RED

Tickets

Eintrittskarten zur IDS 2025 sind ausschließlich online buchbar und werden personalisiert ausgestellt. Besucher profitieren von einer flexiblen, auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Ticketverwaltung. So kann das Ticket über die offizielle IDS App verwaltet, in das Smartphone-Wallet geladen oder klassisch ausgedruckt werden. Seit Mitte November läuft der Ticketverkauf online.

In Verbindung mit der Eintrittskarte stehen beispielsweise ein VRS/VRR-Ticket für die Anreise sowie exklusive Angebote der Deutschen Bahn und der Lufthansa zur Verfügung. Über das Hotelbuchungsportal der Koelnmesse können Aussteller und Besucher zudem bis zu fünf Zimmer gleichzeitig online buchen und von Sonderkonditionen profitieren. Die messebegleitende Online-Plattform IDSconnect bietet ab Anfang März 2025 erweiterte Möglichkeiten zur Vernetzung und Vorbereitung.

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Januar bis März 2025 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

Januar



2. Januar

Dr. Hans-Joachim Belger (Goslar)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

4. Januar

Dr. Volker Ludwig (Fürth)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

4. Januar

Dr. Frank Wiebeck (Berlin)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

10. Januar

Dr. Thomas Kik (Kirchheim)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

10. Januar

Dagmar Wilde-Janssen (Berlin)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

14. Januar

**Dr. Wolfgang Reichle
(Dreieich)**

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

20. Januar

Dr. Peter Keßler (Bad Vilbel)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

21. Januar

Dr. Lothar Römer (Wiesbaden)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

22. Januar

Prof. Olaf Winzen (Frankfurt am Main)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

30. Januar

Dr. Winfried Gärtner (Würzburg)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

30. Januar

Dr. Klaus Schneider (Landshut)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Februar



1. Februar

Dr. Peter Burg (Rottenburg)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

2. Februar

Dr. Kerstin Finger (Templin)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

4. Februar

Dr. Harald Borkhart (Ostfildern)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

4. Februar

Dr. Thomas Peppmeier (Spenge)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. Februar

Dr. Martin Rossa (Schifferstadt)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. Februar

Dr. Michael Wagner (Balingen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. Februar

Dr. Rainer Pertzsch (Eilenburg)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

21. Februar

Dr. Michael Filusch (Bonn)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

21. Februar

Dr. Rainer Roos (Neuhausen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

23. Februar

Dr. Nabil Sayaf (Extertal)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

24. Februar

Dr. Josef Loika (Kronach)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

März



12. März

Dr. Horst Brill (Wiesbaden)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs



13. März

Dr. Dirk Jaskolla (Uelzen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. März

Clemens Menke (Arnsberg)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

19. März

Dr. Jürgen Pipke (Dortmund)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

20. März

Klaus J. Bothe (Hannover)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

21. März

**Dr. Achim Großhelleforth
(Bielefeld)**

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

21. März

**Dr. Marcus Simon
(Freiburg im Breisgau)**

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. März

Dr. Andree Kramer (Rastatt)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

23. März

Dr. Eckhard Weggen (Berlin)

zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

25. März

Dr. Wolfgang Kögl (Ehingen)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. März

Dr. Henri Henftling (Kelkheim)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

29. März

Dr. Detlef Glas (Germering)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

31. März

Dr. Mathias Sommer (Köln)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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

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

NEWS-TICKER

Medikamentenfreier Ansatz bei Infektionen

Pflaster gegen Keime?

Forschende der Universität Chicago und San Diego haben ein bioelektronisches Pflaster entwickelt, das einen medikamentenfreien Ansatz zur Behandlung von Infektionen ebnet, meldet *zm online*. Die Studie zeigt, wie programmierbare elektrische Stimulation die schädlichen Auswirkungen von *Staphylococcus epidermidis* effektiv reduzieren kann. Das Bakterium ist bekannt dafür, Krankenhausinfektionen zu verursachen. Das Gerät liefert dazu, abhängig vom pH-Wert der Haut, sanfte elektrische Signale an die Bakterien, was zu vorübergehenden Verhaltensänderungen führt und die Bildung von Biofilm-Clustern verhindert, schreibt die Universität Chicago in einer Mitteilung. Diese elektrische Stimulation senke die Aktivität schädlicher Gene in den Bakterien erheblich und bremse ihr Wachstum.



© DOC RABE Media – stock.adobe.com

In präklinischen Tests zeigte das Pflaster bemerkenswerte Ergebnisse und erreichte eine fast zehnfache Reduzierung der bakteriellen Besiedlung auf Schweinehaut. „Wir haben vor fast zehn Jahren Aktionspotenziale in bakteriellen Biofilmen entdeckt und seitdem daran gearbeitet, zu zeigen, dass Bakterien, die normalerweise nicht als erregbar gelten, in der Tat erregbar sind und sogar ähnliche Funktionen wie Neuronen im Gehirn ausführen“, erklärt Prof. Gürol Süel von der San Diego School of Biological Sciences. Der innovative Ansatz adressiert die dringende Notwendigkeit neuer Methoden zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Infektionen, die weltweit ein wachsendes Problem für die Patientensicherheit und das Gesundheitssystem sind, heißt es weiter. Die Forschenden sehen in ihrer Innovation einen wichtigen Schritt in der bioelektronischen Medizin und sind optimistisch, dass dieses Gerät bald in klinischen Umgebungen eingesetzt werden könnte, insbesondere für Patienten mit chronischen Wunden oder solche, die medizinische Implantate haben.

Quellen: *zm online* vom 5.11.2024 / The University of Chicago vom 24.10.2024

Saehyun Kim, Ethan Eig, Jiping Yue et al., *Bioelectronic drug-free control of opportunistic pathogens through selective excitability*, *Device*, Volume 2, Issue 11, 100596 doi: 10.1016/j.device.2024.100596UR – [https://www.cell.com/device/fulltext/S2666-9986\(24\)00542-8](https://www.cell.com/device/fulltext/S2666-9986(24)00542-8)



EU-Kommission arbeitet seit 1. Dezember

Nach zähem Streit



© Rawf8 – stock.adobe.com

Die neue EU-Kommission um Präsidentin Ursula von der Leyen hat am 1. Dezember 2024 die Arbeit aufgenommen. Fast sechs Monate nach der Europawahl und zähem Streit hat das Europaparlament in Straßburg für die 26 Kommissarinnen und Kommissare gestimmt. Das Europäische Parlament votierte mit 370 von 688 abgegebenen Stimmen in Straßburg für das Team, das neben der Deutschen aus zehn Frauen und 16 Männern besteht. Für die künftige EU-Politik war dieser Schritt entscheidend: Als einzige Institution der Europäischen Union kann die Kommission Gesetze für die Staatengemeinschaft vorschlagen. Außerdem überwacht sie die Einhaltung des EU-Rechts.

Quelle: diverse

Designierter EU-Gesundheitskommissar

Várhelyi stellt Ziele vor

Olivér Várhelyi, designierter EU-Kommissar für Gesundheit und Tierwohl, stellte vor den Ausschüssen des Europäischen Parlaments im November seine Prioritäten der ersten hundert Tage vor und nannte zum einen die Fortführung des Critical Medicines Act, der schon in der letzten Legislaturperiode verhandelt wurde. Hier will er möglichst schnell deutliche Fortschritte erzielen. Zum anderen soll ein Aktionsplan zur Verbesserung der Cybersicherheit von Krankenhäusern und Gesundheitsdienstleistern erstellt werden.

Ein weiteres dringendes Thema für den Ungar ist die verbesserte Umsetzung der Verordnung über Medizinprodukte. So sagte der designierte EU-Kommissar für Gesundheit in der Anhörung, dass er Maßnahmen zur Vereinfachung der Regularien im bestehenden Rahmen kurzfristig erlassen möchte. Damit sollen insbesondere zwei Bereiche mit großen Engpässen adressiert werden – Orphan Medical Devices für kleine Patientengruppen und pädiatrische Medizinprodukte. Die Evaluation der aktuellen Gesetzgebung wolle er zudem beschleunigen. Diese solle im kommenden Jahr bereits abgeschlossen werden. Einen neuen Gesetzgebungsvorschlag möchte er nach jetzigem Stand nicht (zeitnah) einbringen. Várhelyi ist ungarischer Staatsangehöriger und arbeitet seit Beginn der 2000er-Jahre als Diplomat in verschiedenen Positionen. So hat er langjährige Erfahrung in der Arbeit auf europapolitischer Ebene gesammelt. Várhelyi hat unter anderem den EU-Beitritt Ungarns mitverhandelt und war mehrere Jahre lang ungarischer Botschafter zur Europäischen Union in Brüssel. Er ist parteilos, gilt allerdings als enger Vertrauter des ungarischen Ministerpräsidenten Viktor Orbán, was im Vorfeld für Kritik gesorgt hatte. Teile seines Portfolios sollen anderen Kommissaren übertragen werden – nach Information der DPA sind dies jene zur sexuellen Diskriminierung und Selbstbestimmung.

Quellen: EU-Kommission, diverse

Empfehlung der EU-Gesundheitsminister

Rauchverbote im Freien

Die Gesundheitsminister der Europäischen Union haben eine gemeinsame Empfehlung für Rauchverbote im Freien ausgesprochen. Sie ist allerdings nicht bindend. Neben Spielplätzen und der Außengastronomie sind unter anderem Freizeitparks, Schwimmbäder, Strände und Zoos, Haltestellen, Hochschulen und Open-Air-Veranstaltungen im Fokus für strengere Vorgaben. Erklärtes Ziel der EU-Kommission ist es, den Anteil der Raucher an der Bevölkerung bis 2040 auf unter fünf Prozent zu senken.



© Gatot – stock.adobe.com

Neben klassischem Tabakrauch richten sich die Empfehlungen auch gegen Tabakerhitzer und elektronische Zigaretten. Auch vor deren Dämpfen sollen Nichtraucher und Kinder besser geschützt werden. Mit ihrer Entscheidung folgen die EU-Staaten der EU-Kommission, die im September vorgeschlagen hatte, die derzeitigen Empfehlungen zu rauchfreien Zonen zu überarbeiten. Rauchverbote bleiben allerdings Sache der nationalen Regierungen.

Quelle: Bayerischer Rundfunk vom 3.12.2024

Ergebnisse der CED-Vollversammlung in Brüssel

Präsident Freddie Sloth-Lisbjerg wiedergewählt

Die nationalen Zahnärzteverbände des Rates der Europäischen Zahnärzte (CED), die Mitglieder, die angeschlossenen Mitglieder und die Beobachter trafen sich in Brüssel, Belgien, zu ihrer halbjährlichen Vollversammlung unter dem Vorsitz von CED-Präsident Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg.



Der Vorstand des CED bis 2027 u. a. mit Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg, Dr. Robin Foyle, Dr. Anna Lella und Dr. Romy Ermler. Es fehlt: Dr. Miguel Pavão.

Auf der November-Vollversammlung fanden die Vorstandswahlen 2024 statt. Im Anschluss an die Sitzung wurde der derzeitige CED-Präsident Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg von den Delegierten der Vollversammlung für eine zweite Amtszeit bis November 2027 wiedergewählt. Die CED-Delegierten wählten auch Dr. Robin Foyle von der Irischen Zahnärztekammer und Dr. Anna Lella von der Polnischen Ärzte- und Zahnärztekammer für eine dreijährige Amtszeit wieder und hießen Dr. Romy Ermler von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) willkommen.

Die Vollversammlung wurde von Gastvertretern der European Dental Students' Association (EDSA) besucht. Außerdem begrüßte der CED Gastdelegierte der Israel Dental Association.

Erklärung zu zahnmedizinischen Versorgungszentren

Auf seiner Vollversammlung verabschiedete der CED seine Erklärung zu zahnmedizinischen Versorgungszentren (ZMVZ) und zum zahnärztlichen Berufsstand, in der die Haltung und die Kern-

prinzipien des CED in Bezug auf den derzeitigen und künftigen Status quo der Unternehmenszahnheilkunde dargelegt werden.

Neben der Erklärung verabschiedete der CED auch ein Dokument zur Unterstützung und Information junger Zahnärzte in Bezug auf die korporative Zahnheilkunde. In diesem Dokument werden einige der wichtigsten Grundsätze hervorgehoben, mit denen sichergestellt werden soll, dass junge Zahnärzte auf ihren jeweiligen nationalen Ebenen über das Thema der korporativen Zahnheilkunde informiert und aufgeklärt werden.

Das CED-Dokument zur Unterstützung und Information junger Zahnärzte in Bezug auf die korporative Zahnheilkunde kann hier heruntergeladen werden:



Erklärung zur Medizinprodukteverordnung

Der CED beschloss die Annahme einer aktualisierten Fassung der CED-Erklärung zur Verordnung über Medizinprodukte (MDR)

und Chairside-CAD/CAM-Verfahren: Recht der Zahnärzte, nicht als Hersteller definiert zu werden. Dieses aktualisierte Dokument unterstreicht das unbestreitbare Recht der Zahnärzte, CAD/CAM zu besitzen und zu nutzen. Die aktualisierte CED-Erklärung zur Medizinprodukteverordnung und Chairside-CAD/CAM-Verfahren finden Sie hier:



Verringerung des Zuckerkonsums

Die CED-Delegierten unterstützten die Erklärung 2024 des Weltverbandes der Zahnärzte (FDI) zur Reduzierung des Zuckerkonsums. Damit wird die Arbeit der FDI auf diesem Gebiet gewürdigt, die die Notwendigkeit einer Reduzierung des Zuckerkonsums in Anbetracht seiner Auswirkungen auf die orale und allgemeine Gesundheit hervorhebt.



RED

Nachruf

Dr. Frank Zastrow ist tot

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von Dr. Frank Zastrow, einem herausragenden Zahnarzt und Implantologen, der an der Zahnklinik Schloss Schellenstein seine fundierte oralchirurgische Ausbildung genoss. Seine berufliche Laufbahn war geprägt von Exzellenz, Innovationsgeist und einer unvergleichlichen Leidenschaft für die Zahnmedizin.

Frank war nicht nur ein exzellenter Operateur, sondern auch ein angesehener Referent und Pionier auf dem Gebiet der Knochenaugmentationsverfahren nach Prof. Khoury, mit dem man sich gerne, wo auch immer in der Welt, ausgetauscht hat. Seit vielen Jahren war er ein unverzichtbarer Teil bei unseren Symposien des BDIZ EDI und ein geschätzter Autor in den Fachzeitschriften *BDIZ EDI konkret* und *EDI Journal*. Sein unermüdliches Engagement und sein Streben nach Fortschritt führten ihn auch in die Produktentwicklung. Mit seiner eigenen Firma entwickelte er ein innovatives System zur effektiven Knochenentnahme, das die orale Implantologie bereicherte. Frank war jedoch nicht nur beruflich ein Ausnahmetalent, sondern auch menschlich eine Bereicherung für alle, die ihn kannten. Seine Warmherzigkeit, sein Humor und seine Fähigkeit, Menschen zu inspirieren und zu verbinden, machten ihn zu einem wunderbaren Freund und Kollegen. Über Social Media und seine internationale Vernetzung teilte er sein Wissen und seine Begeisterung für die Zahnmedizin mit der ganzen Welt.

Frank Zastrow ist viel zu früh von uns gegangen, und sein Verlust hinterlässt eine schmerzliche Lücke. Unsere Gedanken sind in dieser schweren Zeit bei seiner Familie und seinen Freunden. Sein Vermächtnis wird in der Zahnmedizin und in den Herzen derer, die ihn kannten, weiterleben.

Ruhe in Frieden, lieber Frank.
Du wirst uns fehlen.

Prof. Dr. J. Neugebauer,
Landsberg am Lech
Generalsekretär BDIZ EDI





© KsPhoto – stock.adobe.com

EuGH urteilt zu Arzneimittelhandel

Verkauf über Amazon rechtswidrig

Der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) urteilte auf Bitte des deutschen Bundesgerichtshofs (BGH) zur Auslegung der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im Rahmen der Verletzung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten. Demnach sei die aktuelle Praxis eines deutschen Apothekenbetreibers, apothekenpflichtige Arzneimittel über Amazon zu verkaufen, rechtswidrig, obgleich diese keiner ärztlichen Verschreibung bedürfen.

Dem BGH lag ein Rechtsstreit zwischen zwei Apothekern vor, von denen einer apothekenpflichtige Medikamente über Amazon verkaufte. Bei ihrer Bestellung mussten die Kunden persönliche Informationen angeben. Sein Mitbewerber beantragte gerichtlich die Einstellung des Onlineverkaufs, soweit nicht gewährleistet sei, dass den Kunden vorab eine Einwilligung in die Datenverarbeitung möglich ist. Er stützte sich hierbei auf die deutschen Rechtsvorschriften über unlautere Geschäftspraktiken.

In erster und zweiter Instanz gaben ihm die Gerichte Recht, da der Vertrieb mangels Kundeneinwilligung zu einer durch die DSGVO verbotenen Verarbeitung von Gesundheitsdaten führe. Der BGH wollte vom EuGH wissen, ob die von den Kunden beim Onlinekauf nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel eingegebenen Daten Gesundheitsdaten i. S. d. DSGVO seien. Ferner hinterfragte er, ob die deut-

schen Rechtsvorschriften überhaupt im Einklang mit der DSGVO stünden. Diese sieht grundsätzlich die Zuständigkeit nationaler Aufsichtsbehörden für die Überwachung und Durchsetzung der Verordnung vor und überlässt es Betroffenen, ihre Rechte durchzusetzen.

Gesundheitsdaten

In seinem Urteil teilte der EuGH mit, dass es sich bei den von den Kunden in der Onlinebestellung apothekenpflichtiger Arzneimittel eingegebenen Daten um Gesundheitsdaten i. S. d. DSGVO handele. Ob der Arzneimittelverkauf einer ärztlichen Verschreibung bedarf, spiele hierbei keine Rolle. Der maßgebliche Rückschluss auf den Gesundheitszustand einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person sei dennoch möglich, etwa durch Herstellen von Verbindungen zwischen der Person und ihren Arzneimitteln. Unerheblich sei, dass bei nicht verschreibungs-

pflichtigen Arzneimitteln nie absolut sicher ist, dass diese für den Besteller bestimmt sind – bereits eine gewisse Wahrscheinlichkeit hierfür reiche aus. Eine Differenzierung würde an dieser Stelle also der Gewährleistung eines hohen Schutzniveaus als Ziel der DSGVO zuwiderlaufen. Deshalb müsse der Verkäufer seine Kunden klar, vollständig und leicht verständlich über die genauen Umstände und Zwecke der Datenverarbeitung informieren und ihre ausdrückliche Einwilligung hierzu einholen. Zudem sei ein gerichtliches Vorgehen auf Basis der unlauteren Geschäftspraktiken laut dem EuGH mit der DSGVO vereinbar und zusätzlich zur Rechtsausübung durch Aufsichtsbehörden und Betroffene möglich. So ließen sich viele Verstöße gegen die DSGVO vermeiden sowie Rechte und Schutz der Betroffenen stärken.

Quelle: Urteil des EuGH vom 4.10.2024, Rechtssache C-21/23

EU will Verwendung von Ethanol einschränken

Ein Schildbürgerstreich

Ein aktuelles Verfahren der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) zur Neubewertung von Ethanol (umgangssprachlich Alkohol) könnte dessen Verwendung zukünftig stark einschränken. Das hätte weitreichende Folgen für Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Pflegeheime.

Als Konsequenz wären die Verfügbarkeit und der Einsatz von Ethanol aufgrund der Arbeitsschutzregelungen stark eingeschränkt oder sogar verboten. Dazu gehören zum Beispiel Hände- und Oberflächendesinfektionsmittel. Eine im Raum stehende Einstufung als reproduktionstoxisch würde nach deutschem Arbeitsrecht ein Beschäftigungsverbot für alle Frauen im gebärfähigen Alter nach sich ziehen. Das würde das Gesundheitswesen unmittelbar lahmlegen.

„Vor wenigen Tagen hat der Deutsche Zahnärztertag als zentrales Thema den bürokratischen Irrsinn angeprangert, der wie Mehltau über den Praxen liegt und einen radikalen, echten Bürokratieabbau gefordert. Diese neue Posse aus Brüssel ist sinnbildlich für kontinuierliche bürokratische Übergriffigkeiten“, so Konstantin von Laffert, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zu den Brüsseler Plänen.

Um eine gesicherte und hygienische medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können, muss eine Einstufung von Alkohol (Ethanol) als CMR-Substanz (kanzerogen/mutagen/reproduktionstoxisch) dringend verhindert werden – darin sind sich die Beteiligten im deutschen Gesundheitssystem einig.

Eine entsprechende Einstufung wäre unverhältnismäßig und auch unsachgemäß, da sie allein durch Studien bzgl. einer (missbräuchlichen) oralen Aufnahme von Ethanol-Gemischen, also dem Alkoholtrinken, erfolgen würde. Das Trinken alkoholischer Getränke soll allerdings weiter erlaubt bleiben.

„Ethanol ist in der Verwendung als Desinfektionsmittel, Arzneimittel und Medizinprodukt wirksam, sicher und unverzichtbar. Zudem wäre der Schutz vulnerabler Patientengruppen, insbesondere im Krankenhaus bzw. im ambulanten Sektor, aber

auch in Pandemiezeiten, nicht mehr gegeben. Mögliche Ausnahmeregelungen erscheinen vor dem regulatorischen und bürokratischen Aufwand wenig effektiv“, so von Laffert weiter.

„Mit dem wissenschaftlich nicht nachvollziehbaren Verbot von Ethanol würde sich die Versorgung verschlechtern und die Hygienekette löchrig werden. Bei Verwendung teurer Alternativen würden die Kosten im Gesundheitswesen weiter steigen. Nach dem zuletzt gestarteten Versuch der Hygienebehörden, hierzulande die sogenannte „abschließende Wischdesinfektion“ zu verbieten, ist das ein weiterer bürokratischer Knüppel, der den unter Personalmangel ächzenden Praxen zwischen die Beine geworfen wird.“

Quelle: PM der Bundeszahnärztekammer vom 28.11.2024



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

Teil 3

- Strategische Überlegungen zur Übernahme der Geschäftsführung
- Eigengeschäftsführung
- Fremdgeschäftsführung
 - Fremdgeschäftsführung im eigenen MVZ
 - Fremdgeschäftsführung im fremden MVZ

Teil 3 der Serie:

Der MVZ GmbH-Geschäftsführer

Strategische Überlegungen zur Übernahme der Geschäftsführung

Die Frage nach der Übernahme der Geschäftsführung in einer MVZ GmbH stellt sich stets in nur zwei Konstellationen:

- als Geschäftsführer, der zugleich auch Allein- oder Mitgesellschafter der MVZ GmbH ist,
- als Geschäftsführer einer MVZ GmbH, an der man nicht gesellschaftsrechtlich beteiligt ist.

An diese beiden Konstellationen knüpfen weitreichende strategische Überlegungen an, die sich jeweils komplett anders darstellen, wenn man die Sichtweise der Beteiligten ändert.

Der erste Fall ist die Eigengeschäftsführung, der zweite Fall ist die Fremdgeschäftsführung.

Eine GmbH muss mindestens einen und kann mehrere Geschäftsführer haben (§ 6 Abs. 1 GmbHG). Man kann im Gesellschaftsvertrag auch vereinbaren, dass alle Gesellschafter auch zugleich Geschäftsführer sein sollen (§ 6 Abs. 4 GmbHG). Sinnvoll ist Letzteres allerdings nur selten.

Die Ambivalenz der Entscheidungsgründe ergibt sich daraus, dass der Geschäftsführer durch die Gesellschafterversammlung der MVZ GmbH bestellt und auch ggf. wieder abberufen wird (§ 46 Nr. 5 GmbHG), sofern die Bestellung des Geschäftsführers nicht schon im Gesellschaftsvertrag erfolgt ist (§ 6 Abs. 3 Satz 2 GmbHG).

Diese simpel erscheinende Frage, ob man die Bestellung des Geschäftsführers im Gesellschaftsvertrag vornehmen oder der Gesellschafterversammlung überlassen soll, berührt grundlegende strategische Überlegungen.

Erfolgt die Bestellung im Gesellschaftsvertrag als echter Satzungsbestandteil, kann der begünstigte Geschäftsführer nur im Wege der Satzungsänderung abberufen werden. Man kann hier echte Sonderrechte einräumen bis hin zur Bestellung auf Lebenszeit (BGH, 16.02.1981 – II ZR 89/79 –). Allerdings muss man dabei auch stets bedenken, dass weitreichende Sonderrechte die Attraktivität einer GmbH für andere Gesellschafter beeinträchtigen können.

Im Falle einer MVZ GmbH ist an eine Geschäftsführerstellung auf Lebenszeit nicht ernsthaft zu denken, auch wenn sie theoretisch jedenfalls bei Fremdgeschäftsführung in Betracht käme. Bei der Eigengeschäftsführung endet sie spätestens dann, wenn der Geschäftsführer-Gesellschafter nicht mehr an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnimmt.

Eigengeschäftsführung

Von der Eigengeschäftsführung redet man nur, wenn einer oder mehrere (oder alle) Gesellschafter einer GmbH zugleich Geschäftsführer sind.

Es macht einen erheblichen Unterschied, ob man als Gesellschafter-Geschäftsführer Alleingeschäftsführer ist oder ob die Geschäftsführung auf mehrere Gesellschafter verteilt ist.

Ist man Alleingeschäftsführer, stellt sich die Frage, wie man die Stellung, den Aufgabenkreis und die Rechte des Geschäftsführers und damit seine direkten Einflussmöglichkeiten von den Rechten der Gesellschafterversammlung, also der anderen Gesellschafter sachgerecht abgrenzt. Diese Frage stellt sich zwar nicht, solange man der einzige GmbH-Gesellschafter ist, aber umso drängender, je mehr Ärzte/Zahnärzte Gesellschafter der MVZ GmbH sind.

Man muss immer im Hinterkopf behalten, dass die GmbH durch den Geschäftsführer handelt. Gepflogenheiten, wie man sie aus Berufsausübungsgemeinschaftszeiten kennt, mit Abstimmungen zwischen Tür und Angel, sollte man im GmbH-Recht nicht machen, wenn die Gesellschafterversammlung Beschlüsse fassen muss.

Mit der Entscheidung für die Rechtsform der GmbH für ein MVZ entscheidet man sich für die Struktur der juristischen Person anstelle der Struktur der Personengesellschaft, mit all ihren Vor- und Nachteilen.

Man unterscheidet in der Rechtspraxis des GmbH-Rechts zwischen einem schwachen und einem starken Geschäftsführer. Der starke Geschäftsführer hat weitgehende Gestaltungsrechte und kann durch die Gesellschafterversammlung nur unter erschwerten Bedingungen gebremst werden. Der schwache Geschäftsführer hat dagegen gegenüber der Gesellschafterversammlung wenig Durchsetzungsrechte.

Die Unterschiede zeigen sich etwa in den Zustimmungsvorbehalten zugunsten der Gesellschafterversammlung und den Reportingpflichten. Je mehr die Gesellschafterversammlung vorzugeben und zu entscheiden hat, umso schwächer ist der Geschäftsführer.

Strategisch gibt es hier keine richtigen oder falschen Antworten auf die Frage, wie man es denn halten sollte, außer „es kommt

darauf an“. Es kann auch bei einer MVZ GmbH, bei der alle oder viele Ärzte/Zahnärzte des MVZ zugleich Gesellschafter der MVZ GmbH sind, das Interesse an starken oder schwachen Geschäftsführern aus dem Gesellschafterkreis geben. Nicht jeder Gesellschafter traut sich die Aufgabe der Geschäftsführung zu, nicht jeder, der sich die Aufgabe zutraut, ist dafür geeignet. Ein nur bedingt geeigneter kann sich unter Umständen gut durch die Gesellschafterversammlung führen lassen, bei einem sehr geeigneten muss man ggf. darauf achten, dass er nicht zum „primus inter pares“ oder gar zum „Herrscher aller Reußen“ wird.

Hier ist Beratung gefragt – und dabei ist zu beachten, dass die Interessen der einzelnen Gesellschafter nicht zwingend gleichgerichtet sind. Es schadet selten, wenn die Gesellschafter sich jeweils eigenständig beraten lassen. Was für den einzelnen MVZ-Gesellschafter gut ist, muss nicht für die MVZ GmbH gut sein – und umgekehrt. Wenn es unterschiedliche Interessen gibt, etwa zum Exitzeitpunkt oder den Exitkonditionen, dann ist es vernünftiger, darüber frühzeitig zu reden und Lösungen zu suchen, als erst dann, wenn Ärger zwischen den Gesellschaftern eingetreten ist.

Fremdgeschäftsführung

Von Fremdgeschäftsführung spricht man, wenn der Geschäftsführer nicht zugleich Gesellschafter in der MVZ GmbH ist.

Das Thema der Fremdgeschäftsführung stellt sich bei der MVZ GmbH in folgenden Konstellationen:

- Es gibt zwar in der MVZ GmbH (zahn-)ärztliche Gesellschafter, aber keinen, der bereit ist, sich auf eine Bestellung zum Geschäftsführer einzulassen. Dann braucht man einen Fremdgeschäftsführer, da eine GmbH einen Geschäftsführer haben muss.
- Es soll neben einem oder mehreren Gesellschafter-Geschäftsführern ein exter-

ner Dritter als weiterer Geschäftsführer berufen werden. Dieser Dritte ist dann Fremdgeschäftsführer.

- Der Investor will die Praxis nur kaufen, wenn bisherige Gesellschafter als Geschäftsführer weiter mitarbeiten. Wenn – wie meist – die bisherigen Gesellschafter nach dem Verkauf nicht mehr Gesellschafter der MVZ GmbH sind, dann sind sie ebenfalls Fremdgeschäftsführer.

In allen drei Konstellationen stellt sich die Frage, wie stark oder schwach der Fremdgeschäftsführer sein soll. Bei Investoren-MVZ ergibt sich meist zusätzlich das Problem, dass neben dem aus der Verkäuferseite berufenen Geschäftsführer noch ein Geschäftsführer vonseiten des Investors berufen wird.

Hier kommt es bei Investoren-MVZ nicht selten zu weitreichenden Konflikten, wenn bei den Verhandlungen über den Kaufvertrag die ganz unterschiedlichen Interessen nicht beachtet, angesprochen und austariert werden. Geradezu fassungslos macht es mich, wenn ungeachtet der Komplexität und der offenkundigen Gegensätzlichkeit der Interessen die Verkäuferseite nicht anwaltlich beraten die Verträge schließt.

Die Interessenlagen bei Investoren-MVZ sind keineswegs identisch. Es spielt schon eine Rolle, ob es sich um Investoren handelt, die sich als (Zahn-)Arzt eine Kette oder jedenfalls größere Strukturen zusammenkaufen, ob es sich um Investoren handelt, die ihre Klinikstrukturen durch passende MVZ abrunden wollen, oder ob es sich um Investoren handelt, die sich ein i. d. R. kleines, Hauptsache i. S. des § 95 Abs. 1a Satz 1, 2. Alt. SGB V gründerfähiges Krankenhaus gekauft haben, um MVZ kaufen oder gründen zu können.

Die Unterschiede zwischen diesen drei Grundarten von Investoren-MVZ liegen im vorhandenen fachlichen Know-how. Es ist schon erstaunlich, mit welchem Verve in den Kaufverhandlungen betont wird,



© Masterlevsha/Shutterstock.com

natliches Reporting wird nur selten verzichtet, wenn das auch angesichts der Quartalsbezogenheit der Abrechnung über KV bzw. KZV keinen Sinn macht und nur Ressourcen und Kosten bindet.

Ich will mich zunächst mit den Aspekten der Fremdgeschäftsführung im eigenen MVZ und dann mit den Aspekten der Fremdgeschäftsführung im fremden, also dem verkauften MVZ befassen.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen. Die Thematik des Ärztlichen Leiters ist von der Frage der Geschäftsführung strikt zu trennen. Der Ärztliche Leiter mag auch Geschäftsführer der MVZ GmbH sein, hat aber als Ärztlicher Leiter einen anderen Pflichtenkreis als als GmbH-Geschäftsführer. Nur um letzteren geht es in dieser Artikelreihe.

Fremdgeschäftsführung im eigenen MVZ

Das eigene MVZ besteht aus den Gesellschafter-(Zahn-)Ärzten. Diese haben entweder aus ihrer Mitte einen Geschäftsführer bestellt und holen sich zusätzlich einen Dritten als Fremdgeschäftsführer oder nur den Dritten. Ein Fremdgeschäftsführer ist, wie der Name schon sagt, Nicht-Gesellschafter und deshalb gegenüber den Gesellschaftern ein fremder Dritter.

Die Fremdheit hat keine weitere Bedeutung als die Unterscheidung zum Gesellschafter-Geschäftsführer. Der fremde Dritte kann den Gesellschaftern bekannt oder mit einem verwandt oder verschwägert sein. Er ist so lange „fremd“, wie er nicht Gesellschafter ist.

Die Frage, ob es eine gesellschaftliche oder gar familiäre Nähe des Fremdgeschäftsführers zu einem oder mehreren Gesellschaftern der MVZ GmbH gibt, wirft aber natürlich strategische Fragen auf:

- Will man überhaupt zulassen, dass der Fremdgeschäftsführer eine besondere Nähe zu einem Gesellschafter hat (z. B. Sohn, Tochter, Ehemann, Ehefrau, Lebenspartner)? Für die Mit-Gesellschafter, die diese Nähe nicht haben, kann das zu einer Belastung werden.
- Wie kann man sicherstellen, dass die Anforderungen an die notwendige Performance nicht durch Näheverhältnisse ausgehöhlt werden?
- Wie kann man sicherstellen, dass es nicht einen bevorzugten Informationsfluss zwischen Fremdgeschäftsführer und dem Gesellschafter gibt, zu dem ein Näheverhältnis besteht?
- Wie kann man sicherstellen, dass ein Wegfall der Akzeptanz eines Fremdgeschäftsführers bei anderen Gesellschaftern bei Familiennähe nicht die Fortexistenz der MVZ GmbH bedroht? Wer findet es schon gut, wenn z. B. die Ehefrau als Geschäftsführerin entlassen werden soll, ohne dass man sich von ihr auch privat trennen will?

Bei diesen Näheverhältnissen zu Fremdgeschäftsführern bleibt es nicht aus, dass man die Konflikte aus der MVZ GmbH in die Beziehung trägt – und umgekehrt. Das will bedacht sein. Als Berater Lösungen dafür auszuarbeiten ist weniger schwierig als Verständnis für die Notwendigkeit solcher Lösungen zu wecken.

Wenn es nur den Fremdgeschäftsführer als Geschäftsführer der MVZ GmbH gibt und er den Gesellschaftern bestenfalls bekannt, aber im Sinne der eigentlichen Wortbedeutung „fremd“ ist, stellt sich erst recht die Frage, wie man seine Kompetenzen, die schon aus GmbH-rechtlichen Gründen nicht gegen null gehen dürfen, mit den Vorstellungen der Gesellschafter-(Zahn-)Ärzte paart.

dass sich durch den Kauf für die Verkäuferseite nichts ändern wird, und man dann in den Verhandlungen zur Kenntnis nehmen muss, dass die Strukturen und Besonderheiten der vertrags(zahn)ärztlichen und privat(zahn)ärztlichen Versorgung nicht verstanden sind, geschweige denn das fachliche Know-how zum Betrieb der Praxis auf Investorenseite vorhanden ist.

Letzteres ist kein Problem, sollte sich der Investor aus dem Weiterbetrieb der Praxis komplett heraushalten. Das wird auch vielfach so in den Verhandlungen erklärt. Aber aus rechtlichen Gründen geht das dann doch nicht so ganz – und (um ein Beispiel für Ärger zu benennen) auf mo-

Der Fremdgeschäftsführer in einer MVZ GmbH hat typischerweise nicht die fachlichen Kenntnisse der Gesellschafter-(Zahn-)Ärzte. Man holt sich i. d. R. betriebswirtschaftlich oder juristisch Vorgebildete. Schon die Auswahl ist nicht einfach. Es geht bei einem Fremdgeschäftsführer zwar auch um Sympathie, aber zuvorderst um Können. Woher nehmen die Gesellschafter-(Zahn-)Ärzte aber das Wissen, um das „Können“ beurteilen zu können? Sie holen sich den Fremdgeschäftsführer ja gerade deshalb, weil sie die Aufgabe nicht erfüllen wollen und – so der Regelfall – auch eigentlich nicht ausfüllen können.

Es empfiehlt sich deshalb, in den Auswahlprozess den Steuerberater und den Anwalt einzuschalten.

Das Auswahlgespräch und die Verhandlungen über den Inhalt des Geschäftsführervertrages kann man als Lackmustest anlegen. Wenn der Geschäftsführerkandidat einen inhaltlich ihn zum schwachen Geschäftsführer stempelnden Dienstvertrag ohne Weiteres akzeptiert, dann ist er im Zweifel nicht der richtige. Was fängt man mit einem GmbH-Geschäftsführer an, der sich nicht behaupten will?

Bei den Konditionsverhandlungen braucht man Augenmaß und erfahrene Berater. Es ist, vor allem bei der erstmaligen Umstellung auf Fremdgeschäftsführung, kein kleiner Schritt, das „Zepter aus der Hand zu geben“.

Fremdgeschäftsführung im fremden MVZ

Dieser Abschnitt behandelt die Situation des (Zahn-)Arzt-Praxisverkäufers an einen Investor, der als Kaufbedingung bekommt, dass der Verkäufer als GmbH-Geschäftsführer weitermacht.

Das ist eine Doppelaufgabe, die meist unterschätzt wird. Es wird ja zugleich erwartet, dass die Praxis wie bisher mit dem bisherigen Einsatz weiterbetrieben wird.

Die Geschäftsführungsaufgaben kommen on top. Und die sind, wie in dieser Artikelserie hoffentlich schon deutlich wurde, nicht wenig und vor allem mit erheblichen persönlichen Risiken haftungsrechtlicher und (steuer-)strafrechtlicher Art verbunden.

Mein genereller Rat in solchen Fragen: Wenn man sich die Arbeit nicht machen will, sich in die Aufgaben eines GmbH-Geschäftsführers wirklich einzuarbeiten und die Aufgaben dann auch ernsthaft zu erfüllen, dann übernimmt man dieses Amt nicht!

Die Interessen des Investors liegen darin, möglichst viel Verantwortung dem Fremdgeschäftsführer aufzuhalsen und ihm dennoch möglichst wenig echte Entscheidungskompetenz zuzugestehen. Das ergibt in den Verhandlungen durchaus immer mal wieder eine „wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass“ Situation.

Man versucht, den Verkäufer als weiter mitarbeitenden (Zahn-)Arzt dazu zu bewegen, gleich intensiv wie bisher, am besten noch mehr als in der Vergangenheit zu arbeiten und Honorarumsatz zu generieren, weshalb man i. d. R. nicht 100 Prozent des Kaufpreises auszahlt, sondern mit Earn outs und dergleichen operiert. Zugleich soll er aber auch das gesamte Risiko mittragen, zu dem auch die Geschäftsführerhaftung gegenüber der Gesellschafterversammlung gehört.

Schon die wichtige Frage, ob der Geschäftsführer sich anwaltlich und steuerrechtlich extern auf Kosten der MVZ GmbH beraten lassen darf, ist geeignet, großen Stress auszulösen. Dabei ist das für die Kombination (Zahn-)Arzt + Geschäftsführer oft die einzige realistische Option, dem (Zahn-)Arzt-Geschäftsführer die sachgerechte Erfüllung seiner Pflichten als Geschäftsführer und als weiter mitarbeitendem (Zahn-)Arzt zu ermöglichen.

Richtig schwierig wird es, wenn vom Fremdgeschäftsführer die Mitwirkung bei

Cashpoolings und vergleichbarer Verschiebung von Liquidität weg von der MVZ GmbH hin zur Muttergesellschaft verlangt wird. Die damit verbundenen Prüfpflichten werden nicht weniger, wenn der Investor einen weiteren Geschäftsführer aus der eigenen Führungsmannschaft einsetzt, der die Überweisungen veranlasst oder die Abbuchungen durchgehen lässt. Mehrere Geschäftsführer erleichtern nicht die Arbeit, sondern vermehren sie, weil die Rechtsprechung kein Vertrauensprinzip kennt. Der intern nicht zuständige Geschäftsführer muss dennoch überwachen, was der oder die anderen so treiben. Es gilt der Grundsatz der Gesamtverantwortung. Wenn der durchbrochen werden soll, bedarf es sehr klarer und eindeutiger Abgrenzung der Geschäftsführungsaufgaben (BGH, 06.11.2018 – II ZR 11/17 –).

Auch das erfordert sehr viel Beratung und harte Verhandlungen. Gerade die sich aus Cashpooling ergebenden insolvenz(straf)rechtlichen Gefahren für die Geschäftsführer werden selten überhaupt thematisiert geschweige denn verstanden.

Strategisch will der Investor all das haben.

Umgekehrt will der Fremdgeschäftsführer-(Zahn-)Arzt all das nicht haben.

Der Beitrag wird fortgesetzt.



Abrechnungstipp für Labor und Praxis

So rechnet sich die professionelle Prothesenreinigung

Die professionelle Prothesenreinigung (PPR) ist in Praxis und Labor berechenbar. Dazu gibt Kerstin Salhoff im Abrechnungstipp Aufklärung.

Auch im Jahr 2024 – unter steigendem Kostendruck und HVM, bei gleicher Vergütung in der GOZ – werde ich oft konfrontiert mit folgender Argumentation: „Die Prothesenreinigungen holt unser Labor ab und schickt bei Wiederanlieferung die Rechnung für den Patienten, wir selber machen gar nichts an der Prothese.“

Stopp! Diese falsche Argumentation führt zum Honorarverlust! Zwar wird die an der Prothese vorgenommene Reinigung dem ZT-Labor honoriert, führt aber ohne Vergütung der zahnärztlichen Leistung zum Honorarverlust! Je mehr Prothesenreinigungen außer Haus durchgeführt werden, um so höher ist der finanzielle Verlust. Bei einer Wiederherstellung ohne Abformung werden regelmäßig die GOZ 5250 sowie ggf. zusätzlich angefallene Laborkosten berechnet. Warum also nicht konsequent auch bei der Prothesenreinigung? Die nachfolgenden Tipps sollen helfen, künftig kein Honorar mehr zu verschenken.

Tipp

Anlage einer Analogleistung im PVS – z. B. GOZ 5250a

- GOZ 5250a: Prothesenreinigung, je Prothese, entsprechend Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese ohne Abformung **oder**
- GOZ 5260a (je nach Zeitaufwand und Patient): Prothesenreinigung, je Prothese, entsprechend Wiederherstellen der Funktion einer Prothese mit Abformung **oder**
- GOZ XXXX (selbstgewählte Analogleistung): entsprechend § 6/1 GOZ, unter Berücksichtigung des Zeitaufwandes, der Betriebskostenstunde der Praxis, ggf. auch in Bezug auf den Patienten selbst (z. B. VIP-Patient, schlechte Mundhygiene, erschwerte Aufklärung/Behandlung bei Senioren/Pflegebedürftigen)

➔ Die GOZ 5250 ist mit 7,87 Euro im 1,0-fachen Steigerungssatz so schlecht bewertet, dass der Faktor 4,1 angesetzt werden muss, um das aktuelle Honorar der BEMA-Nr. 100a zu erreichen. Somit benötigen Sie im Umkehrschluss vor Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ, sofern Sie nicht durch Analog- und Chairside-Leistungen ein angemessenes Honorar erzielen. Dieses Beispiel trifft durch Nichtanpassung der GOZ auf ca. 100 BEMA-Leistungen zu.

Die Reinigung von Zahnprothesen ist aus mehreren Gründen wichtig und kann durchaus als medizinisch notwendig betrachtet werden:

1. Vermeidung von Zahnbelag und Bakterien: Der Belag kann ein Reservoir für Mikroorganismen sein, die das Risiko für Karies und Parodontitis erhöhen.
2. Schutz vor Infektionen: Besonders bei immungeschwächten Personen können Bakterien im oralen Biofilm ein Risiko für allgemeinmedizinische Infektionen darstellen, einschließlich Atemwegsinfektionen.
3. Vermeidung von Entzündungen: Essensreste, die sich unter der Prothese ansammeln, können zu Entzündungen der Schleimhaut führen.
4. Erhalt der Prothesenfunktion: Ablagerungen von Zahnbelag können Passgenauigkeit und Halt der Prothese beeinträchtigen.

Die gelegentlich vertretene Meinung „Die Prothesenreinigung ist eine Verlangensleistung“ ist nicht haltbar.

Neue Studien belegen, dass die PPR, insbesondere bei vulnerablen Patienten, ein Schutz vor Lungenentzündung sein kann.

Damit der Patient keine Erstattungsschwierigkeiten hat, sollten Sie eine Begründung liefern (z. B. PPR-medizinisch notwendige Bakterienentfernung zum Schutz vor Atemwegsinfektionen, Lungenentzündung, ggf. vulnerabler Patient) oder sich auf die Kommentierung der BZÄK und den Katalog der analog zu berechnenden Leistungen berufen. Die Analogabrechnung ist grundsätzlicher, vom Ordnungsgeber so vorgesehener Bestandteil der zahnärztlichen Abrechnung (auch wenn PKV und Beihilfe versuchen § 6 Abs. 1 GOZ als „exotisch“ zu bezeichnen).

Cave: Würde die PPR als Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ vereinbart werden, müssen auch 19 Prozent Mehrwertsteuer berechnet werden, sofern die Praxis der Umsatzsteuerpflicht unterliegt. Die Rechnung ist dann entsprechend zu kennzeichnen.

Die Berechnung der Chairside-Leistungen unterscheiden sich von den im (Praxis-)Labor erbrachten zahntechnischen Leistungen nach BEB (z. B. bei Herstellung von Zahnersatz). Bei Chairside-Leistungen gibt es keine Planzeit, hier wird die tatsächliche Zeit im Durchschnitt ermittelt und kalkuliert.

PPR in der Zahnarztpraxis

Die PPR ist in der Praxis als Chairside-Leistung zusätzlich nach § 9 GOZ zum GOZ-Honorar berechenbar. Als Beispiel sei hier eine Reinigung mit Ultraschallgerät, Nadelbad, Prothesenreinigungsgerät o. Ä. angeführt:

- BEB 0732: Desinfektion, je Werkstück
- BEB 8123: Prothese/KFO-Gerät/Schiene säubern und polieren, einfach (z. B. nur Dampfstrahlen)
- BEB 8124: Prothese/KFO-Gerät/Schiene säubern und polieren, umfangreich **oder**
- XXXX: Desinfektion und Reinigung einer Prothese (eigene Nummer anlegen) **oder**
- BEB Zahntechnik® Nr. 8.06.01.0 – Prothese aufarbeiten, mechanisch

Analog- und Chairside-Leistungen

- Leistungen nach § 6 Abs. 1 GOZ müssen erstattet werden.
- Die Wahl der Analogleistung trifft der Behandler.
- Mit Kalkulation und Berechnung von Chairside-Leistungen (§ 9 GOZ) wird der Behandlungsablauf oft erst schlüssig bzw. vollständig dargestellt – und kann die GOZ-Leistung ergänzen!
- Dadurch Vermeidung einer Honorarvereinbarung § 2 Abs. 1 und 2 GOZ.
- Patienten müssen Leistungen über 3,5-fachen Satz nicht aus eigener Tasche bestreiten.

- BEB Zahntechnik® Nr. 8.06.02.0 – Prothese aufarbeiten, manuell.

PPR im zahntechnischen Labor

Die PPR sollte nicht als Serviceleistung angeboten werden. Selbst bei Auftrag an das Labor entstehen Kosten und ein immenser Zeitaufwand! Bestimmen Sie Ihre analoge Leistung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ nach Zeitaufwand und denken Sie an ggf. anfallende Begleitleistungen wie z. B. die Beratung!

Sind Sie sich über die Kosten und den Zeitaufwand dieses Prozesses der PPR bewusst? Ihre Tätigkeiten:

- Diagnose stellen und über die Notwendigkeit der PPR aufklären und Patient entscheiden lassen;
- Vereinbarung nach § 8 Abs. 8 BMV-Z vom GKV-Patienten unterschreiben lassen;
- fachgerechte Verpackung der Prothese;
- Auftragserteilung an das zahntechnische Labor;
- Organisation des Transports;
- Überwachen der Wiederanlieferung und Kontrolle des Ergebnisses nach PPR;
- Wiedereingliederung der Prothese;
- Rechnungslegung, ggf. Portokosten;
- Verauslagung der Kosten für die zahntechnische Leistung (durchlaufender Posten);
- Kontrolle und Verbuchung des Zahlungseingangs;
- Rüstzeiten des Behandlungsraums während des gesamten Prozesses beachten.

Honorarverlust an einer einzelnen Chairside-Leistung

Wenn Sie z. B. die Desinfektion je Abdruck, BEB 0732 oder BEB XXXX, mit 9,15 Euro nur 20-mal in der Woche nicht berechnen, ergibt dies ein Umsatzminus von 183,00 Euro; auf ein Jahr (42 Wochen) hochgerechnet ein Minus von 1.830,00 Euro.



Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org

Im Oberkieferseitenzahnbereich mit geringer Knochendichte

Kurze Einzelzahnimplantate

Ein Beitrag von Dr. Eduardo Anitua

Der Ersatz von zweiten Molaren im Oberkiefer durch Implantate ist immer eine komplexe Aufgabe, da in diesem Bereich in der Regel eine geringere Restknochenhöhe vorhanden ist und auch die Knochendichte des posterioren Oberkieferbereichs in der Nähe des Tubers meist gering ist.

Wenn diese Molaren auch noch mit einem Einzelzahnimplantat ersetzt werden, ist die Situation noch komplexer. Wir stellen hier eine Reihe von klinischen Fällen vor, bei denen die zweiten Molaren im Oberkiefer durch Einzelzahnimplantate ersetzt wurden.

Einleitung

Der Verlust von Restknochenhöhe im Oberkieferseitenzahnbereich ist ein sehr häufiges Phänomen. Zähne, die in direktem Kontakt mit der Kieferhöhle stehen oder

in diese hineinragen, hinterlassen, wenn sie extrahiert werden müssen, eine Alveole, die oft nur partiell ausheilt, was eine geringere verfügbare Knochenhöhe bedeutet. Dies, zusammen mit einer starken Pneumatisierung der Kieferhöhle in diesem Bereich, vor allem, wenn die Zahnlosigkeit schon lange besteht, macht das Einsetzen von Implantaten in diesem Bereich manchmal schwierig. Um kompliziertere Regenerationsprozesse wie einen Sinuslift zu vermeiden, wurden kurze Implantate entwickelt. Heute sind diese Implantate eine der Versorgungsmöglich-

keiten für den atrophischen Oberkiefer, die als „Routine“ betrachtet werden können, da sie eine minimalinvasive Option darstellen und Überlebensraten von etwa 99 Prozent aufweisen.¹⁻⁶ Viele der kurzen und extrakurzen Implantate werden als Teil von Brücken oder Komplettsanierungen eingesetzt, ein kleinerer Teil als Einzelzahnimplantat. Die Position, in der diese Implantate inseriert werden, ist ebenfalls zu berücksichtigen, da die posterioreren Bereiche eine geringere Knochendichte aufweisen und daher eine schlechtere Ausgangssituation bieten, um ein kurzes oder extrakurzes Implantat primärstabil zu inserieren und eine korrekte Integration im Seitenzahnbereich ohne Mikrobewegungen zu ermöglichen, insbesondere beim Ersatz eines zweiten Molars, was manchmal dazu führt, dass dieser Zahn bei einigen Patienten gar nicht ersetzt wird.⁷ Darüber hinaus weist gerade dieser Bereich (posteriorer Oberkiefer) in der Regel eine geringere Knochendichte auf, sodass die Rehabilitation mit Zahnimplantaten in diesen Bereichen kompliziert ist, wenn das Restknochenvolumen in der Höhe sehr gering und die Knochendichte sehr niedrig ist. In diesen Fällen ist die Kontrolle aller Faktoren entscheidend, um eine vorhersagbare Implantatinserktion zu erreichen. Das von unserer Studiengruppe beschriebene Protokoll unterstreicht die Bedeutung einer präoperativen Diagnostik des Restknochens (Höhe, Breite, Dichte und Knochentyp) und der Planung der Bohrung, um eine drei-

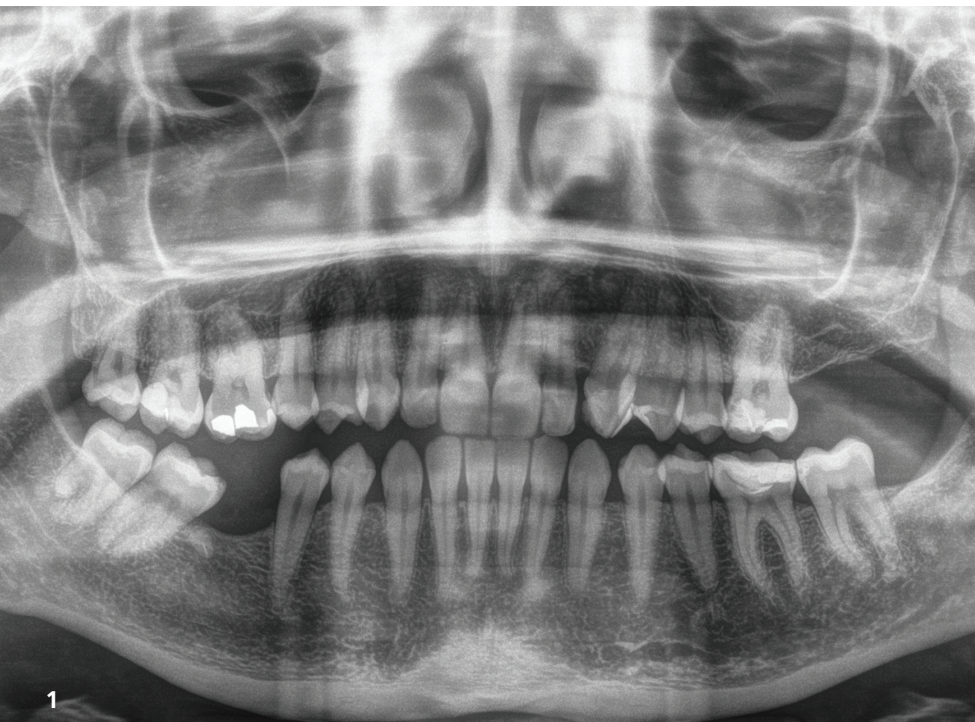


Abb. 1: Präoperative Röntgenaufnahme Regio 27, die mit einem Zahnimplantat rehabilitiert werden soll.

dimensionale Stabilität des Implantats zu erreichen und Mikrobewegungen in der Anfangsphase der Osseointegration zu vermeiden.⁹⁻¹⁰ In diesem Sinne kann die Verwendung von Implantaten mit unterschiedlichen Durchmessern und Längen eine größere Kontaktfläche für die Osseointegration und verschiedene Verankerungspunkte bieten, die eine größere Primärstabilität gewährleisten.^{7, 11, 13}

Die Faktoren, die das Erreichen der Primärstabilität im Allgemeinen und in diesen Fällen im Besonderen beeinflussen, sind: Geometrie, Länge und Makro-Design.

Materialien und Methoden

In einer Privatklinik in Vitoria, Spanien, wurde im Zeitraum von Januar 2017 bis Dezember 2018 eine retrospektive Studie durchgeführt, bei der Patienten mit kurzen und extrakurzen Implantaten im Oberkieferseitenzahnbereich ausgewählt wurden, die eine Knochendichte zwischen 200 und 300 HU aufwiesen, die bei der Planung mit einer Software (BTI-Scan III, Biotechnology Institute) gemessen wurde.

Chirurgisches und prothetisches Vorgehen

In allen Fällen wurde eine genaue Diagnose des Restknochenvolumens (Höhe, Breite und Knochendichte) durchgeführt, die mit der speziellen Software BTI-Scan III gemessen wurde. Vor dem Einsetzen des Implantats erfolgte eine antibiotische Prämedikation in Form von Amoxicillin 2 g oral eine Stunde vor dem Eingriff und Paracetamol 1 g oral (als Analgetikum). Anschließend wurden die Patienten fünf Tage lang mit Amoxicillin 500–750 mg oral alle acht Stunden (je nach Gewicht) und der notwendigen Analgesie auf der Grundlage von Paracetamol nach Bedarf mit maximal 3 g täglich behandelt.

Alle Implantate wurden von demselben Chirurgen mit dem von unserer Studien- gruppe beschriebenen biologischen Bohrprotokoll mit niedriger Drehzahl⁹ einge-

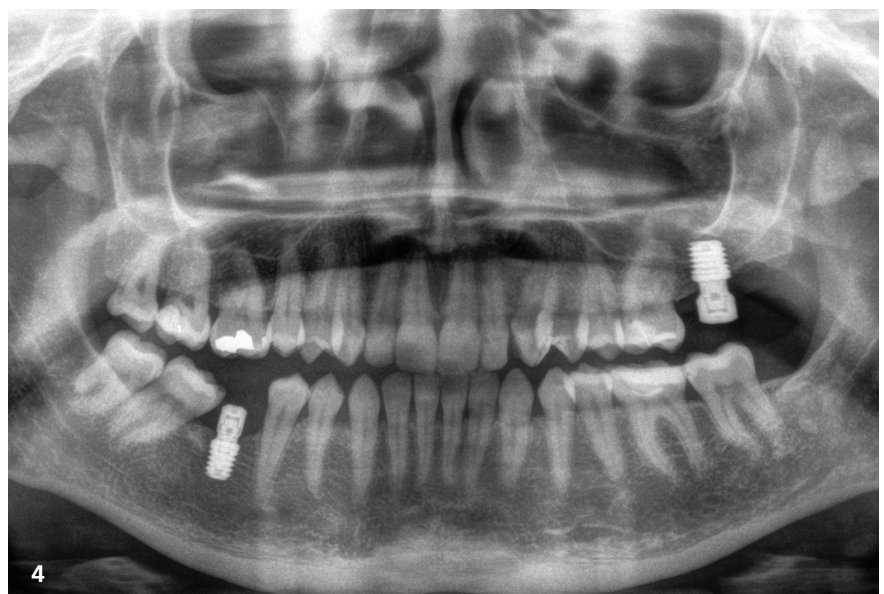
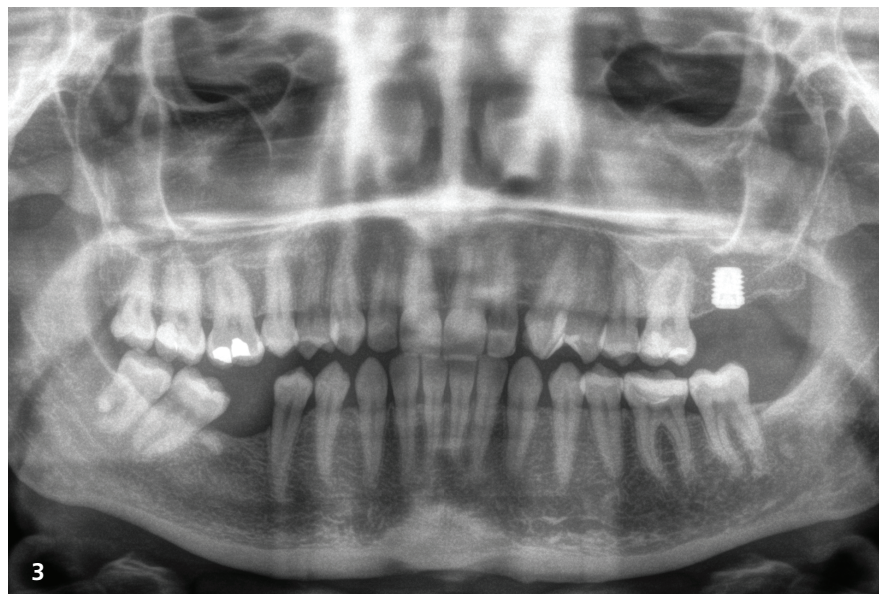
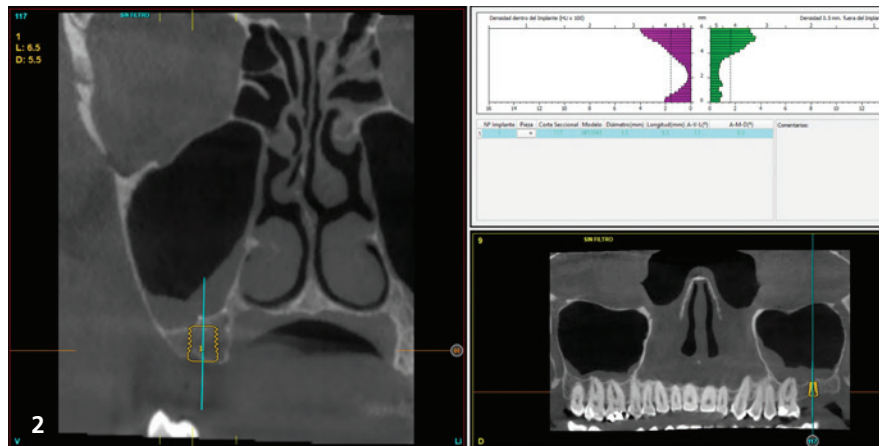


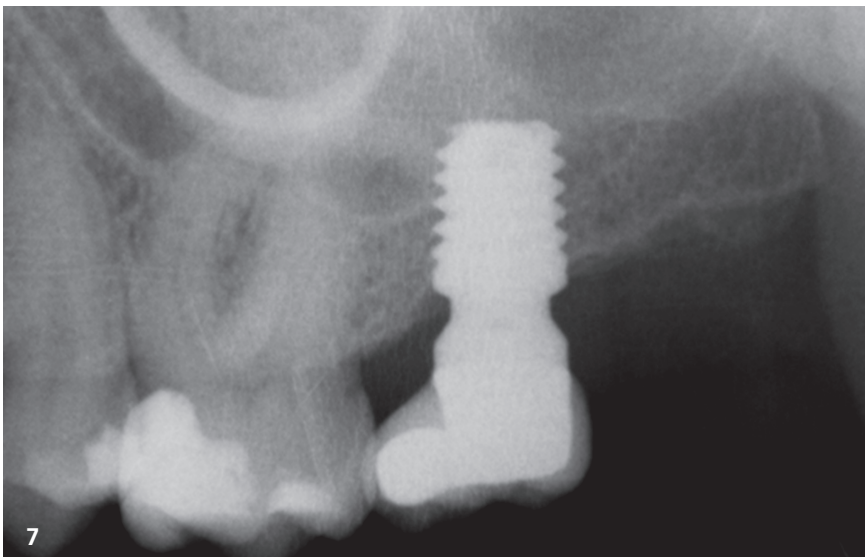
Abb. 2: Planung des zu setzenden Implantats. – **Abb. 3:** Postoperative PSA mit dem gesetzten Implantat. – **Abb. 4:** Einsetzen des transmukosalen Abutments nach fünf Monaten Einheilungsphase zur progressiven Belastung des Implantats.



5



6



7

Abb. 5 und 6: Klinische Bilder der Patientin zum Zeitpunkt der Kroneninsertion. – **Abb. 7:** Röntgenbild vier Jahre nach der Versorgung, das die Knochenstabilität am Implantat und die prothetische Versorgung zeigt.

setzt, bei der die Präparation mit Bohrern aufsteigenden Durchmessers erweitert wird.

Anschließend wurden bei den Patienten alle sechs Monate Kontroll-Panoramaröntgenaufnahmen angefertigt, auf de-

nen die erforderlichen Messungen zur Überprüfung der Knochenstabilität vorgenommen wurden. Zur Feststellung des Knochenverlustes wurden leicht reproduzierbare periapikale Röntgenaufnahmen mit einem Positionierer verwendet. Bei jeder Kontrolle wurden periapikale Rönt-

genaufnahmen mit einem Parallelisierungsgerät angefertigt, um den krestalen Knochenverlust zu dokumentieren. Der marginale Knochenverlust wurde auf der letzten, unter Zuhilfenahme eines Positionierers erstellten periapikalen Röntgenaufnahme gemessen.

Nach der Umwandlung der Röntgenbilder in ein digitales Format wurden diese mit einer speziellen Software (Digora für Windows, SOREDEX Digital Imaging Systems) anhand einer bekannten Länge im Röntgenbild, z. B. des Zahnimplantats, kalibriert. Nach Eingabe der Kalibrierungsmessung führt die Software eine Berechnung durch, um die Vergrößerung zu eliminieren, sodass lineare Messungen ohne diesen Fehler durchgeführt werden können. Der krestale Knochenverlust wurde an zwei Punkten gemessen: mesial und distal von jedem Implantat.

Statistische Analyse

Die statistische Datenerhebung und -analyse wurde von zwei verschiedenen Untersuchern durchgeführt. Ein Shapiro-Wilk-Test wurde mit den erhaltenen Daten durchgeführt, um die Normalverteilung der Stichprobe zu überprüfen. Die wichtigste bewertete Variable war das Implantatüberleben, gefolgt vom krestalen Knochenverlust. Die qualitativen Variablen wurden durch eine Häufigkeitsanalyse beschrieben, quantitative Variablen durch Mittelwert und Standardabweichung. Das Implantatüberleben wurde mit der Kaplan-Meier-Methode berechnet. Die Daten wurden mit SPSS v15.0 für Windows (SPSS) analysiert.

Ergebnisse

Bei 30 Patienten wurden 40 Einzelzahnimplantate mit Längen von 5,5, 6,5 und 7,5 mm im Bereich des zweiten OK-Molars eingesetzt, die die Einschlusskriterien erfüllten. 30 Prozent der in die Studie aufgenommenen Patienten waren männlich und 70 Prozent weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 62 (+/- 3,5) Jahre.

Die Implantatposition war gleichmäßig verteilt (50 Prozent Position 17 und 50 Prozent Position 27). Der Durchmesser der inserierten Implantate betrug am häufigsten 5 mm (56,4 Prozent der Fälle), gefolgt von 5,5 mm (23,6 Prozent) und 4,5 mm in 20 Prozent der Fälle.

Die Länge der Implantate betrug am häufigsten 6,5 mm (60 Prozent der Fälle), gefolgt von 7,5 mm (30 Prozent) und 5,5 mm (10 Prozent). Die mittlere Densitometrie der Implantatinsertionsstellen betrug 240 HU (+/- 54; Bereich 200–300 HU). Das durchschnittliche Eindrehmoment lag bei 40 Ncm (+/- 14,7; Bereich 20–65 Ncm). Der durchschnittliche Knochenverlust betrug mesial 0,5 mm (+/- 0,6) und distal 0,3 mm (+/- 0,5). Die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit der untersuchten Implantate betrug 60 Monate (+/- 34).

Keines der Implantate versagte während des Nachbeobachtungszeitraums, sodass die Überlebensrate 100 Prozent betrug und keine unerwünschten chirurgischen oder prothetischen Ereignisse zu verzeichnen waren. Die Abbildungen 1–7 zeigen einen der in die Studie einbezogenen Fälle.

Diskussion

Die Rehabilitation mit Zahnimplantaten ist eine der am häufigsten angewandten Techniken in der Zahnmedizin. Diese Implantate, die über die Jahre modifiziert wurden, passen sich den meisten vertikalen, horizontalen oder gemischten Knochenatrophien an. Kurze und extrakurze Implantate sind sichere und vorhersagbare Alternativen für vertikale Atrophien, wie in den in diesem Artikel besprochenen Fällen der zweiten Molaren, die weniger biologische Komplikationen, geringere wirtschaftliche Kosten und weniger chirurgische Eingriffe für die Patienten mit sich bringen als Knochenaugmentationen, die für die Wiederherstellung des verlorenen Knochenvolumens eingesetzt würden.^{14–16} Die Langzeitüberlebensrate dieser Implantate liegt Berichten zufolge bei 98,9 Prozent, d. h. sie haben eine äh-

liche Überlebensrate wie längere Implantate, die ohne Knochenaugmentation eingesetzt werden, oder solche, die mit anderen Verfahren in den augmentierten Knochen eingesetzt werden.^{17,18}

Einer der Hauptnachteile, über den in der Literatur berichtet wird, ist die geringere Vorhersagbarkeit dieser kurzen Implantate, wenn sie im posterioren Oberkiefer inseriert werden, durch das Erreichen einer korrekten Primärstabilität. Diese Primärstabilität stellt sicher, dass das inserierte Implantat während der Einheilungsphase keine Mikrobewegungen erfährt und die Osseointegration erfolgreich ist. Um dies zu erreichen, ermöglichen DVT-Schnittbilder, den Punkt mit der größten Knochendichte auszuwählen, wo Implantate strategisch platziert und die Bohrsequenz entsprechend angepasst werden können.^{8–10}

Wenn wir die gewünschte Stabilität erreichen, selbst wenn das Drehmoment niedrig ist, können wir einen Behandlungserfolg erzielen, wenn das Implantat konservativ eingesetzt wird, ohne das Knochenbett zu beschädigen. Systematische Übersichten und prospektive Studien über das Einsetzen von Zahnimplantaten mit unterschiedlichen Drehmomenten zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen hohen und niedrigen Eindrehmomenten in Bezug auf das Überleben des Implantats oder den krestalen Knochenverlust.^{19–22} Ein weiterer Punkt, den es bei dieser Art von Versorgung zu beachten gilt, ist die Verwendung einer prothetischen Versorgung, die die Belastung effektiv überträgt und eine Mikroleckage zwischen Implantat und Prothetik vermeidet, wie die in den untersuchten Fällen verwendeten transmukosalen Abutments. Diese Abutments ermöglichen es außerdem, eine verschraubte oder zementierte Krone herzustellen, ohne dass die maschinell hergestellte Verbindung übermäßige Erhitzungsprozesse (durch mehrmaliges Einbringen in einen Brennofen) durchlaufen muss. Die gesamte Arbeit kann auf einer Klebebasis hergestellt

und dann nach allen Anpassungen auf dieser zementiert werden.

Schlussfolgerungen

Im Bereich der zweiten OK-Molaren können wir auch bei einer Atrophie und geringer Knochendichte Einzelzahnimplantate verwenden. Es ist wichtig, dass die Versorgung einem adäquaten chirurgischen und prothetischen Protokoll folgt, das den Erfolg der Behandlung garantiert. Daher sind alle Schritte vom Beginn bis zur Fertigstellung und dem Einsetzen der Krone wichtig.

Dr. Eduardo Anitua



Literatur



Kontakt

Dr. Eduardo Anitua
Eduardo Anitua Foundation
Vitoria, Spanien
Tel.: +34 945 160653
eduardo@
fundacioneduardoanitua.org
www.fundacioneduardoanitua.org

Maxilläre feste Totalrehabilitation mit dem All-on-4® Hybridkonzept

Ein Beitrag von Dres. Armando Lopes, Diogo Santos und Carlos Moura Guedes

Die Verwendung von zygomatischen Implantaten, die durch die extramaxilläre Technik in sofortiger Funktion eingesetzt werden, ist eine gültige Methode in Fällen mit unzureichendem verfügbarem Knochen im Oberkiefer.

Dieser Beitrag beschreibt ein klinisches Szenario einer implantatgestützten festen Rehabilitation im Oberkiefer bei einer Frau mit atrophischem Oberkiefer unter Verwendung des All-on-4 Hybridkonzepts. Dieses Konzept der Rehabilitation bietet mehrere Vorteile gegenüber anderen therapeutischen Strategien, da es eine höhere Vorhersagbarkeit, größere Einfachheit und eine höhere Erfolgsquote aufweist.

Die Verwendung von zygomatischen Implantaten hat sich als gute Behandlungsalternative zur Rehabilitation des stark

atrophischen Oberkiefers etabliert, da sie die Morbidität an Entnahmestellen für Transplantate eliminiert und die Gesamtkosten für chirurgische und prothetische Behandlungen senkt, während gleichzeitig hervorragende Patientenzufriedenheitswerte aufrechterhalten werden. In der Literatur wird allgemein eine niedrige Häufigkeit von Komplikationen im Zusammenhang mit der Verwendung von zygomatischen Implantaten berichtet: Die häufigste Komplikation scheint Sinusinfektionen zu sein, gefolgt von mechanischen Komplikationen und in geringe-

rem Maße funktionalen Komplikationen. Diese Gruppe von Komplikationen könnte einen Zusammenhang mit klassischen chirurgischen Techniken zur Einsetzung zygomatischer Implantate haben. Zum Beispiel besteht die interne Technik darin, das zygomatische Implantat intra sinus einzusetzen, was eine potenziell erhöhte Wahrscheinlichkeit für Sinuskomplika-tionen und eine voluminöse Prothese aufgrund des palatinalen Austritts zur Folge haben kann. Die extramaxilläre chirurgische Technik zielt darauf ab, diese Einschränkungen zu überwinden, indem das zygomatische Implantat extramaxillär (außerhalb des Kieferhöhlenraums) platziert wird, bevor es im zygomatischen Knochen verankert wird, wobei es nur durch Weichgewebe entlang seiner lateralen Oberflächenabdeckung geschützt ist. Dies ermöglicht den Erhalt der Schneider'schen Membran und verringert die vestibulopalatinale Breite der Prothese aufgrund des höheren krestalen Austritts des zygomatischen Implantats. Ziel des vorliegenden Fallberichts ist es, das kurzfristige Ergebnis einer festen prothetischen Rehabilitation der atrophischen Oberkiefer zu beschreiben, die durch Standard- und zygomatische Implantate unterstützt wird, die mittels der extramaxillären chirurgischen Technik eingesetzt wurden.

Fallbericht

Eine 64-jährige kaukasische Frau wird seit 2004 in unserer Klinik betreut, als das

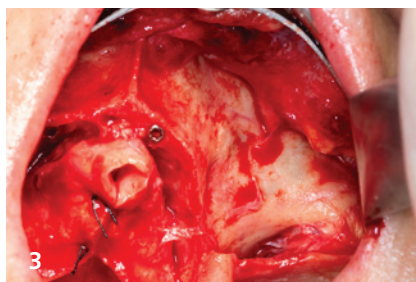
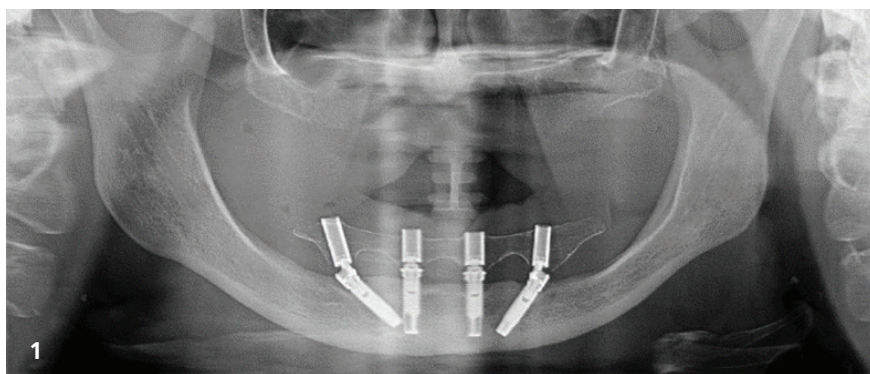


Abb. 1: Präoperatives OPG. – **Abb. 2:** Intraorales präoperatives okklusales Oberkieferfoto. – **Abb. 3:** Intra-orale Fotografie des zygomatischen Knochens von unten.

All-on-4 Verfahren am Unterkiefer durchgeführt wurde (Abb. 1). Sie war im Oberkiefer seit über 30 Jahren vollständig zahnlos und motiviert, die Oberkieferoperation durchzuführen, um ihre Zähne zu fixieren und die Kaufunktion sowie die Ästhetik wiederherzustellen (Abb. 2). Der vorgeschlagene Behandlungsplan umfasste die totale Rehabilitation des Oberkiefers mit der All-on-4 Hybridtechnik und wurde im Februar 2024 präsentiert.

Der chirurgische Eingriff im Oberkiefer begann mit einem mukoperiostalen Schnitt, der entlang des Kammrands, leicht palatinal (in jedem Quadranten) von der Region entsprechend dem zweiten Molar bis zum Eckzahn, durchgeführt wurde. Entlastungsschnitte wurden im Bereich des ersten Molars vorgenommen, um Zugang zum entsprechenden zygomatischen Knochen zu erhalten.

Es wurde eine Volldickenschicht reflektiert, und der Lappen wurde mit einem Vollbogenretraktor (Carl Martin) stabilisiert, wodurch der untere Rand des zygomatischen Knochens und die Einsetzung der Masseter Faszie im zygomatischen Bogen (distale Grenze) freigelegt wurden. Ein zweiter Retraktor, der Zygoma-Retraktor (Carl Martin), wurde verwendet, um auf den Körper des zygomatischen Knochens zuzugreifen und das Weichgewebe auf dieser höheren Ebene zu reflektieren (Abb. 3).

Der Implantatstandort für das zygomatische Implantat wurde dann vorbereitet, indem ein runder Bohrer so weit wie möglich posterior auf beiden Seiten eingesetzt wurde, um den Hebelarm auf ein Minimum zu reduzieren. Dies folgte einem 2,9 mm-Bohrer (Nobel Biocare), einem Tiefenindikator zur Überprüfung der korrekten Länge des Implantats sowie Bohrern mit 3,5, 4,0 und 4,4 mm (Nobel Biocare), die nacheinander verwendet wurden. Während der Vorbereitung wurden die Weichgewebe reflektiert und geschützt, wobei besonderes Augenmerk auf die Basis der Augenhöhle gelegt wurde.

Ein zygomatisches Implantat (Nobel Zygoma 0°; Nobel Biocare) mit einem Durchmesser von 5 mm und einer Länge von 42,5 mm wurde in jedem Quadranten an der Stelle des zweiten Prämolaren mit einem Einfügedrehmoment von >50 Ncm platziert (Abb. 4). Um die Neigung der Implantate auszugleichen, wurden 45°/6 mm-gewinkelte Abutments (Multi-Unit Abutment, Nobel Biocare) verwendet, die mit einem Drehmoment von 30 Ncm angezogen wurden. Zwei gerade Implantate (Nobel Speedy Groovy, Nobel Biocare) mit einem Durchmesser von 3,3 mm und einer Länge von 11,5 mm wurden mit einem Einfügedrehmoment von >50 Ncm im anterioren Bereich (13 und 21) platziert, und zwei gerade Abutments mit 3 mm (13) und 2 mm (21) wurden verwendet (Multi-Unit Abutment, Nobel Biocare), die mit einem Drehmoment von 25 Ncm angezogen wurden (Abb. 5). Der Lappen wurde repositioniert und genäht (4/0 Seide; B. Braun Medical; Abb. 6). Die vorhandene PEEK-Prothese des Patienten wurde direkt im Mund erfasst und in eine sofortige feste Prothese umgewandelt. Die provisorische Brücke wurde im Dentallabor fertiggestellt und dem Patienten 90 Minuten nach Ende der Operation übergeben, wodurch eine sofortige Funktion erreicht wurde (Abb. 7 und 8). Am zehnten Tag nach der Operation wurde der Patient in der Nachsorgeklinik zur Entfernung der Nähte gesehen; die Wunde heilte gut, und ein System zur Nachverfolgung des Patienten in den Monaten zwei, vier und sechs nach der Operation wurde eingerichtet (Abb. 9).

Diskussion

Der vorliegende klinische Fallbericht beschreibt die kurzfristigen Ergebnisse einer festen Prothese, die durch sofort funktionierende zygomatische Implantate unterstützt wird, die extramaxillär mit 45-Grad-gewinkelten Abutments in Verbindung mit Standardimplantaten zur Rehabilitation eines stark atrophierten Oberkiefers eingesetzt wurden. Es wurden hohe Erfolgsraten für Prothesen, Implantate und

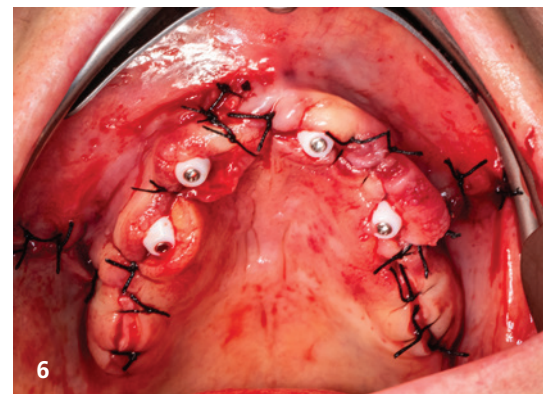
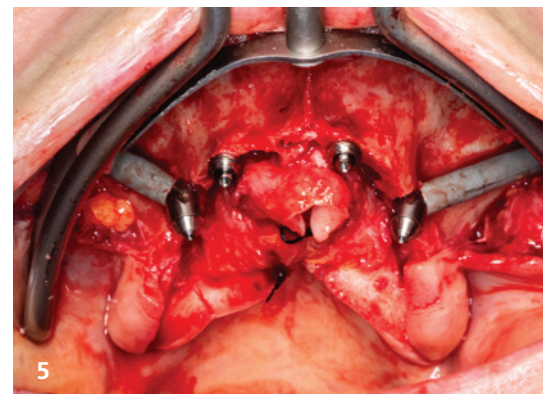
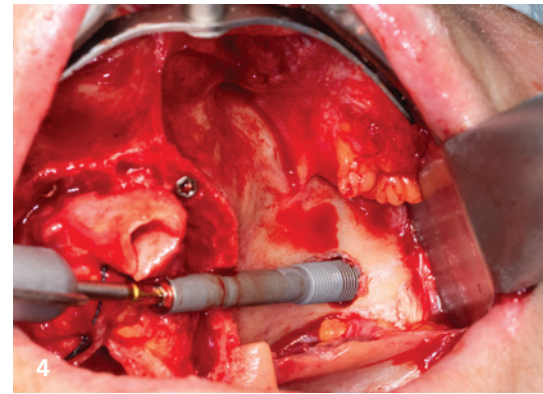


Abb. 4: Intraorale okklusale Fotografie, die die Platzierung des Zygoma-Implantats bei 0° und 42,5 mm im zweiten Quadranten zeigt. Die Lappenretraktion wird durch den Zygoma-Retraktor und den Vollbogenretraktor unterstützt (Carl Martin). – **Abb. 5:** Intraorale okklusale Fotografie, die die Implantate und Abutments in Position zeigt, gemäß dem All-on-4® Hybridkonzept. – **Abb. 6:** Intraorale okklusale Fotografie nach der Nahtlegung.

Abutments erzielt. Dieses Konzept der Rehabilitation bietet mehrere Vorteile gegenüber anderen therapeutischen Strategien, insbesondere Knochenaugmentationen: höhere Vorhersagbarkeit, größere

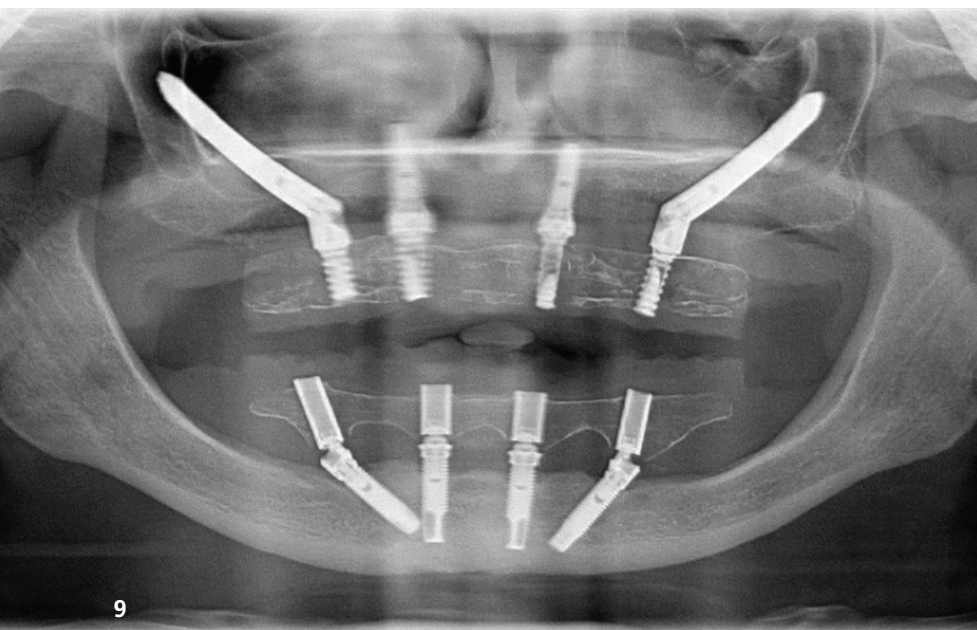


Abb. 7: Extraorale Smiley-Fotografie, die die provisorische festsitzende Prothese nach der Übergabe an ihrem Platz zeigt. – **Abb. 8:** Intraorale okklusale Fotografie, die die provisorische festsitzende Prothese nach der Befestigung/Platzierung zeigt. – **Abb. 9:** Postoperatives OPG.

Einfachheit, höhere Erfolgsquote, mehr Patientenkomfort und Ästhetik sowie die Möglichkeit einer sofortigen Funktion durch provisorische kostengünstige Prothesen. Der größte Vorteil der Anwendung der All-on-4 Extra-Maxilla Hybridtechnik im Vergleich zu anderen Techniken liegt in der hohen Erfolgsquote, die sie erreichen kann, im Gegensatz zu Knochenaugmentationstechniken (zum Beispiel vom Beckenkamm). Die Verwendung von extralangen Implantaten, die extern im Oberkiefer und zygomatischen Knochen verankert sind, ermöglichte es, die anatomischen Einschränkungen zu überwinden und eröffnete somit einen neuen Ansatz zur Nutzung fester implantatgestützter Rehabilitation in extremen Situationen.

Die Bedeutung einer sorgfältigen Planung im Voraus für die Rehabilitation vollständig zahnloser Fälle mit Implantaten muss betont werden: ob präoperativ (unter Verwendung von Anamnese, klinischer Untersuchung und Bildgebung), operativ (durch nicht geführte oder geführte Chirurgie – statisch oder dynamisch) oder postoperativ (unter Verwendung eines geeigneten Nachsorgeplans).

Fazit

Diese Fallstudie zeigt, dass selbst in stärker atrophischen Situationen im Oberkiefer die Rehabilitation mit dem All-on-4 Hybridkonzept eine tragfähige Behandlungsoption darstellt.



Dr. Armando Lopes absolvierte sein Studium an der Universität Lissabon im Jahr 2003 und trat 2004 als Direktor in die MALO CLINIC ein. Er ist auf orale Chirurgie und Implantatrehabilitation spezialisiert, insbesondere auf die Protokolle der MALO CLINIC und All-on-4. Dr. Lopes erwarb seinen Masterabschluss 2013 und promovierte 2019 an der Universität Granada. Er hat zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht.

Dr. Diogo Santos ist Facharzt für orale Chirurgie, Implantologie und Parodontologie. Er hat maßgeblich zu wissenschaftlichen Artikeln und Buchkapiteln im Bereich Implantattechnologien beigetragen und hat einen integrierten Masterabschluss in Zahnmedizin.

Dr. Carlos Moura Guedes schloss sein Studium an der Universität Lissabon ab und erlangte ein Diplom für Fortgeschrittene Studien an der Universität Granada. Als nationaler klinischer Direktor der MALO CLINIC und Dozent für Prothetik an der Universität Lissabon liegt sein Schwerpunkt auf oraler Rehabilitation und ästhetischer Zahnmedizin.

Kontakt

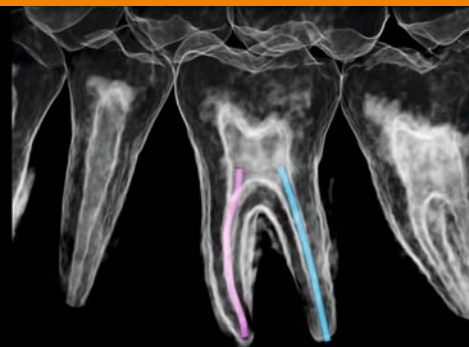
Dr. Armando Lopes
MALO CLINIC
Lissabon, Portugal
+351 21 7228120
geral@maloclinics.com

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



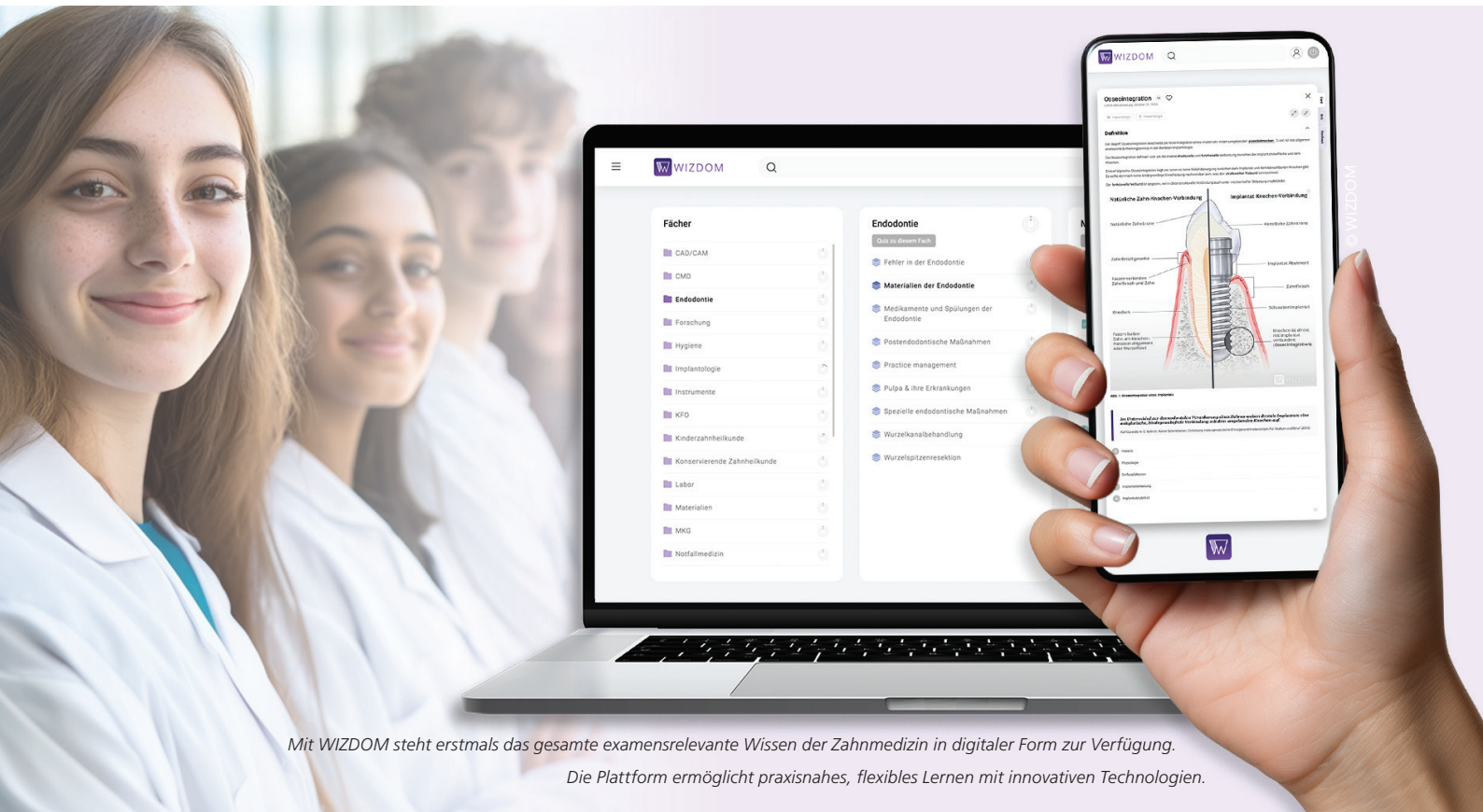
Weitere Informationen erhalten Sie über Ihr Dentaldepot oder Sie kontaktieren uns direkt:

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

orangedental
premium innovations



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



Mit WIZDOM steht erstmals das gesamte examensrelevante Wissen der Zahnmedizin in digitaler Form zur Verfügung.

Die Plattform ermöglicht praxisnahe, flexibles Lernen mit innovativen Technologien.

WIZDOM – digitale Lernplattform für Zahnmedizin setzt neue Standards

WIZDOM ist die erste digitale Wissens- und Lernplattform ihrer Art, speziell für die Zahnmedizin. Sie bietet examensrelevante Inhalte, moderne Technologien und praxisnahe Lernformate auf einer zentralen Plattform. Entwickelt für Studierende, vereint WIZDOM Fachwissen, Flexibilität und Innovation. Des Weiteren bietet WIZDOM Zahnärzten eine wertvolle Ressource für die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung. Mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, praxisnahen Fallstudien und Fortbildungsangeboten schafft die Plattform eine Verbindung zwischen Theorie und beruflichem Alltag – effizient und ortsunabhängig.

Inspiration und Vision einer neuen Lernwelt

Die Idee zu WIZDOM entstand aus der Inspiration durch die Plattform AMBOSS, der führenden Wissensplattform in der Medizin, die Lernsoftware und Nachschlagewerk zu einer adaptiven Plattform für Ärzte vereint. Prof. Robert A. Gaudin, Mitgründer von WIZDOM, erkannte während seines Zahnmedizinstudiums die Notwendigkeit einer vergleichbaren Lösung für

die Zahnmedizin. Als Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Unternehmer und Experte für digitale Zahnmedizin verfolgt er das Ziel, eine Plattform zu schaffen, die den neuesten wissenschaftlichen Stand repräsentiert, universitätsunabhängig funktioniert und einen einheitlichen Lehrplan fördert.

„Mit WIZDOM streben wir an, eine Art digitale Universität zu schaffen, die alle

Aspekte der modernen zahnmedizinischen Ausbildung abdeckt“, erklärte Prof. Gaudin.

Innovative Inhalte und Technologien

WIZDOM kombiniert multimediale Lernkarten, anschauliche Videos und Multiple-Choice-Fragen mit durch künstliche Intelligenz (KI) gestützten Funktionen wie personalisierten Lernpfaden und realistischen

Die Plattform basiert auf Lernkarten und Quizformaten.

Prüfungssimulationen. Eine integrierte Statistikfunktion hilft dabei, Fortschritte zu analysieren und gezielt Schwächen zu bearbeiten. Alle Inhalte werden von Expertinnen und Experten erstellt und regelmäßig aktualisiert, um Studierende optimal zu unterstützen.

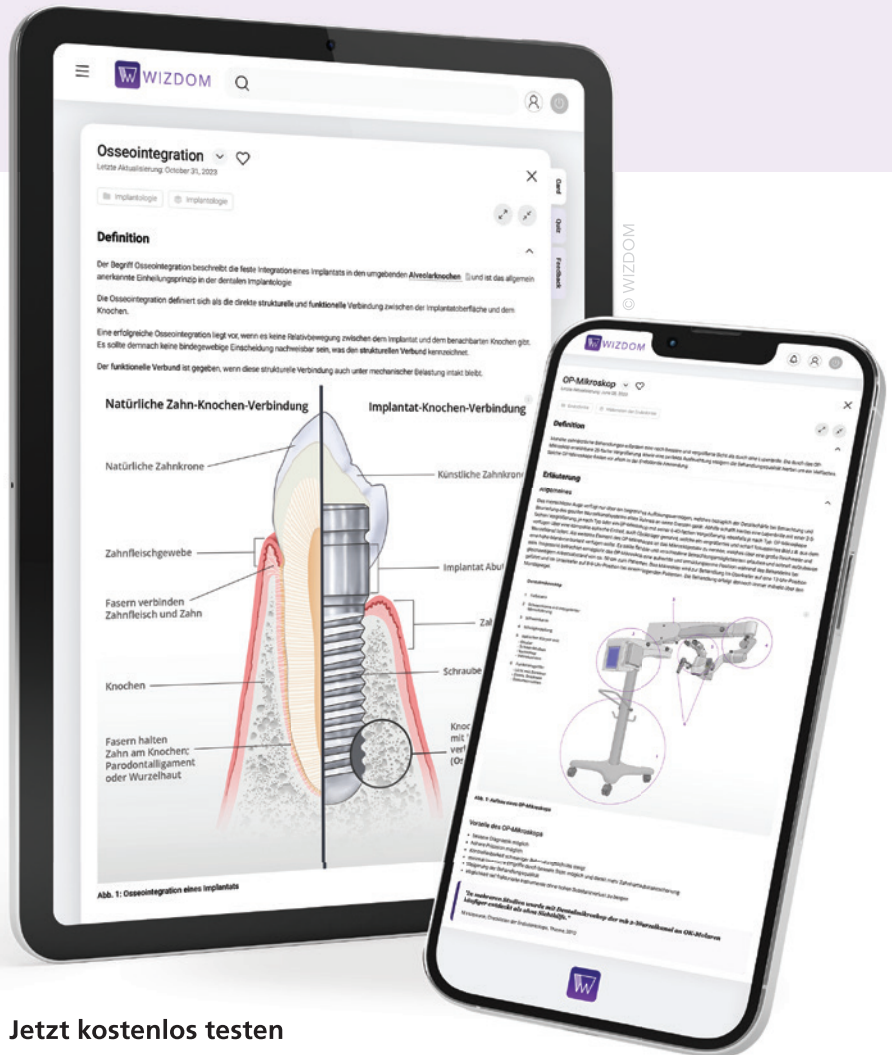
Praxisnähe und Partnerschaften

Ein zentraler Ansatz von WIZDOM ist, Studierende von Beginn an mit den Produkten und Technologien vertraut zu machen, die sie später im Berufsalltag nutzen werden. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, sich mit Herstellern und deren Lösungen intensiv auseinanderzusetzen. Über verschiedene Pakete können sich Dentalunternehmen als Partner auf der Plattform integrieren und so praxisnahe Inhalte für die Ausbildung bereitstellen. Dieses Konzept fördert den frühzeitigen Zugang zu relevanten Technologien und Produkten.

Brücke zwischen Ausbildung und Praxis

Die Plattform wird von einem internationalen Team aus jungen und erfahrenen Fachleuten sowie IT-Spezialisten entwickelt. Unterstützt von Partnerorganisationen wie der Charité und Dental Tribune International vereint WIZDOM innovative Technologien mit fundiertem Fachwissen.

„Langfristig ist WIZDOM weit mehr als nur eine Lösung für die zahnmedizinische Ausbildung. Wir werden die Plattform kontinuierlich erweitern und verbessern. Das umfasst nicht nur neue Inhalte, sondern auch technologische Innovationen wie KI-gestützte Lernpfade, erweiterte Prüfungssimulationen und interaktive Fallstudien“, so Prof. Gaudin.



Jetzt kostenlos testen

Ab sofort ist WIZDOM in zwei Modellen erhältlich: ein monatliches Abonnement für 19,99 Euro oder ein jährliches für 199,99 Euro, wobei zwei Monate kostenlos inkludiert sind. Eine 14-tägige kostenlose Testphase ermöglicht den unverbindlichen Zugang zu allen Funktionen und Inhalten.

Kontakt

WIZDOM
Für Industrielle Partner
partnership@wizdom.me

Für Universitäten
university@wizdom.me

Für Studenten
student@wizdom.me
www.wizdom.me



Prof. Robert A. Gaudin von der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist Mitgründer von WIZDOM und international anerkannter Experte für künstliche Intelligenz.

53. DGZI-Jahreskongress

Patientenindividuelle Konzepte gefragt!

„Patientenindividuelle Konzepte – ein hochaktuelles Kongressthema, aber auch ein gewisses Eingeständnis“, so DGZI-Präsident Dr. Georg Bach in seiner Eröffnungsrede auf dem 53. DGZI-Jahreskongress, der am 3. und 4. Oktober in Hamburg stattfand. Lange galt es als selbstverständlich, dass bewährte, evidenzbasierte implantologische Konzepte für alle Patienten gleichermaßen anwendbar sind. Doch neuere Untersuchungen zeigen, dass dies nicht immer zutrifft. Daher sind individualisierte Konzepte erforderlich, nicht nur in der oralen Implantologie, sondern in der gesamten Medizin. Der DGZI-Kongress widmete sich diesem Thema mit mehr als 30 Referenten, 300 Teilnehmenden und einem vielfältigen Programm.

Der erste Kongresstag beinhaltete 60 Table Clinics und zwei Top-Tutorials, während der zweite ganz im Zeichen der Wissenschaft stand. Experten präsentierten herausragende wissenschaftliche Vorträge und praxisorientierte Kurse. Die DGZI setzt auch im 54. Jahr ihres Bestehens auf Innovation, ohne bewährte Elemente zu vernachlässigen. „Die Besucherzahlen sind im Vergleich zum Vorjahr gestiegen“, so DGZI-Vizepräsident Dr. Rolf Vollmer.

Ein Highlight war das Zukunftspodium „Young Generation DGZI“, das mit Vorträgen zu „Dentale Sedierungstechniken“ und „Knochenaugmentativen Maßnahmen“ begann. Dr. Joel Netthey-Marbell erläuterte die Vor- und Nachteile der Lachgas- und i.v.-Sedierung und warnte vor der Nutzung von oraler Sedierung. Prof. Dr. Dr. Andreas Fichter und Priv.-Doz. Dr. Dr. Achim von Bomhard diskutierten Augmentationsstechniken mit einem Fokus auf Eigenknochen. Die anschließende Podiumsdiskussion, moderiert von der „Young Generation DGZI“, war ein großer Erfolg.

Das OP-Tutorial bot praxisorientierte Einblicke, u. a. zu digitalen Abformmethoden und der Sofortimplantation. Prof. Dr. Benedikt Spies und Prof. Dr. Dr. Eik Schiegnitz teilten ihre Erfahrungen, wobei sie



Dieses Jahr fand der DGZI-Jahreskongress im Hilton Düsseldorf statt.



Parallel zum Jahreskongress fand am Samstag der MUNDHYGIENETAG 2024 statt.



Blick ins gut besuchte Auditorium.

**HIER
ANMELDEN**

www.ostseekongress.com



© frank peters-stock.adobe.com

OSTSEE KONGRESS

IMPLANTOLOGIE
UND ALLGEMEINE
ZAHNHEILKUNDE

30./31. MAI 2025
HOTEL NEPTUN
ROSTOCK-WARNEMÜNDE

**OEMUS
EVENT
SELECTION**

praktische Tipps und Fallbeispiele präsentierten. Am zweiten Kongresstag standen wissenschaftliche Themen im Mittelpunkt, darunter ein Vortrag von Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz zu „Vitamin D“ und seiner Relevanz für die Implantatprognose.

Zusätzlich gab es neue Formate wie die Table Clinics, bei denen verschiedene Implantologie-Themen an runden Tischen diskutiert wurden. Der Kongress bot somit sowohl praxisorientierte als auch wissenschaftliche Einblicke, die die Weiterentwicklung der Implantologie aufzeigten.

Der zweite Kongresstag – der „Wissenschaftstag“

Ein niedriger Vitamin-D-Spiegel erhöht das Krebsrisiko. Prof. Grötz empfiehlt 500–800 IE täglich, warnt jedoch vor Hypervitaminose und rät zu regelmäßigen Kontrollen. Bei frühem Implantatverlust sollte ein Mangel abgeklärt werden.

Prof. Dr. Dr. Andres Stricker aus Konstanz sprach in Düsseldorf über Augmentationskonzepte und betonte, dass Augmentate ein Leben lang stabil bleiben müssen. Der autologe Knochen bleibe der Goldstandard, und Modifikationen wie das Bone-Split-Verfahren haben sich bewährt, besonders bei einer Restknochenhöhe von 3–4 mm. Eine stabile bukkale Lamelle sei hierbei entscheidend. Bei großen Defekten sei der Knochenblock unverzichtbar, obwohl Volumenverlust nach sechs Monaten über 40 Prozent betragen kann, was eine Stabilisierung erforderlich macht.

Dr. Joseph Choukroun aus Nizza präsentierte die Rolle des Osteo-Immunsystems in der Implantologie und hob Vitamin D als „Top-Antioxidans“ hervor. Für ihn ist eine systematische Vitamin-D-Supplementierung unerlässlich, bevor eine Implantatbehandlung durchgeführt wird. Er empfiehlt auch die lokale Applikation von Azithromycin in das Augmentat. Zudem stellte er fest, dass er keine Unterschiede in der Immunantwort zwischen autologem Knochen und porcinem Kno-



Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser im Refententalk.

chenersatzmaterial feststellt, jedoch xeno-gene Materialien vermieden werden sollten.

Die zweite Session behandelte implanto-logische Konzepte für ältere Patienten. Prof. Dr. Samir Abou-Ayash erklärte, dass Implantate auch im höheren Alter gut funktionieren, aber einfache Konzepte erforderlich sind. Die digitale Zahntechnik ermögliche es, den Zahnersatz je nach Pflegefähigkeit des Patienten anpassbar zu machen. Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets stellte verschiedene Aspekte der Implantologie vor, wobei PRP und PRF vor allem in der Parodontologie und nach Zahnextraktionen vorteilhaft sind. Dr. Georg Bach sprach über die Vorteile des Lasereinsatzes in der Implantologie, insbesondere bei der blutungsreduzierten Schnittführung und der Laserdekontamination von keim-besiedelten Oberflächen.

Zum Kongressausklang wurden neue Techniken vorgestellt. Dr. Jochen Tunkel betonte, dass eine kreistale Schnittführung für langfristigen Erfolg entscheidend ist. Dr. Dr. Diana Heimes erklärte, dass Augmentationserfolge stärker von individuellen Faktoren abhängen als vom Ausgangsbefund. Sie stellte fest, dass synthetische Materialien schlechter abschneiden



Impression.

als tierische Materialien. Priv.-Doz. Dr. Dr. Stefan Röhling präsentierte die Vorteile der dynamischen navigierten Implantation und stellte das miniaturisierte DENACAN-System vor.

Abschließend lässt sich sagen, dass der 53. DGZI-Jahreskongress innovative Ansätze in der Implantologie aufzeigte und die Fachgesellschaft in Zukunft weiterhin wissenschaftliche und technologische Themen vorantreiben wird. Im kommenden Jahr wird der Kongress in Hamburg stattfinden.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 29
 04229 Leipzig
 Deutschland
 Tel.: +49 341 48474-308
 Fax: +49 341 48474-290
 event@oemus-media.de
 www.oemus.com
 www.dgzi-jahreskongress.de

CURRICULUM IMPLANTOLOGIE

DES BDIZ EDI



8 MODULE AN WOCHENENDEN MIT WORKSHOPS

Hospitation, Supervision, Abschlussprüfung

an der Universität zu Köln

JETZT ANMELDEN:

www.bdizedi.org/26-curriculum-implantologie/



5 MODULE IN PRÄSENZ UND 3 ONLINE AN WOCHENENDEN MIT WORKSHOPS

Hospitation, Supervision, Abschlussprüfung

in München und Ansbach

JETZT ANMELDEN:

www.bdizedi.org/curriculum-sued/



Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists

BDIZ EDI

Lipowskystr. 12 · D-81373 München

Telefon 089 / 720 69 888

Fax 089 / 720 69 889

office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Deutsche Gesellschaft für Implantologie

Der DGI-Kongress 2024: Was ist neu, was wird wichtig?

„Risiken. Misserfolge. Lerngeschenke.“ Unter diesem Motto stand der 38. Kongress der DGI, der vom 28. bis 30. November 2024 in Dresden stattfand. Die verantwortlichen Kongresspräsidenten Prof. Dr. Dr. Eik Schiegnitz (Mainz) und Prof. Dr. Stefan Wolfart (Aachen) konnten mit diesem vielversprechenden Thema mehr als 1.800 Zahnärzte in die sächsische Landeshauptstadt locken.

„Wenn man durch einschlägige Posts in den Social-Media-Kanälen scrollt, sich manche Websites anschaut und Hochglanzkongresse besucht, könnte man den Eindruck gewinnen, dass in der Implantologie immer alles funktioniert und dass es keine Komplikationen gibt. Aber das ist natürlich nicht der Fall“, sagt Professor Schiegnitz.

Das breite Therapiespektrum und die komplexen Strategien der modernen Implantologie bieten heute in der Tat zwar eine große Vielfalt individueller Behandlungsmöglichkeiten und Konzepte an, bergen aber gleichwohl nach wie vor auch Risiken.

Auch erfahrene Fachleute machen Fehler

Trotz aller Fortschritte und neuer technischer Möglichkeiten bleiben bestimmte Eingriffe auch für erfahrene Implantologen noch immer eine besondere Herausforderung. „Vor allem Implantate in der hochästhetischen Zone, große Augmentationen oder die Kombination aus Sofortimplantation und Sofortversorgung sind Therapien, bei denen ein Misserfolg für Patienten zu lebenslangen Einschränkungen von Ästhetik und Lebensqualität führen kann“, erklärt Professor Wolfart. „Darum ist es sehr wichtig, patientenspe-

zifische Faktoren zu berücksichtigen, um erfolgreich zu sein. Ebenso wichtig ist es, dass komplexe fachübergreifende, zahnärztlich-zahntechnische Workflows bestens aufeinander abgestimmt sind und reibungslos funktionieren müssen.“

Nur wer nicht operiert, hat keine Komplikationen

Erfahrene Implantologen wissen aber auch dies: Selbst wenn sie alles richtig gemacht haben, sind Komplikationen und Misserfolge nie auszuschließen. Schließlich hängt an jedem Zahn, der verloren geht und durch ein Implantat ersetzt werden soll, ein Mensch, der aufgrund von Alter, Erkrankungen und Verhalten Risikofaktoren tragen kann, die bei einer Implantattherapie zu einem Misserfolg führen können. Welche Risikofaktoren man als Zahnarzt darum schon im Vorfeld im Auge haben sollte, war daher das Thema eines Leitlinien-Updates gleich am ersten Kongresstag.

Risiken und Ratschläge von A bis Z

In acht Sessions mit 24 Präsentationen wurden darüber hinaus Fallstricke und Erfolgsfaktoren bei verschiedenen Konzepten und in verschiedenen Bereichen beleuchtet – von A wie Augmentation bis Z wie Zahntechnik. Die Referierenden





präsentierten darüber hinaus nicht nur Konzepte, wie man durch eine adäquate Risikoabschätzung Fehler und Komplikationen vermeiden kann, sondern auch, wie man diese bestmöglich therapiert – unabhängig von der Ursache.

Digitaler Workflow

Die Integration von digitalen Technologien transformiert die orale Implantologie mittlerweile in vielerlei Hinsicht und mit hohem Tempo. Die neuen Verfahren sollen die Behandlung sicherer und schonender machen. Darum wurde ihnen auf dem Kongress eine ganze Session gewidmet. Die digitale Volumetomografie (DVT) ermöglicht bereits seit vielen Jahren eine hochauflösende 3D-Darstellung von Kiefern und Zähnen und liefert in der Implantologie präzise Bilder als Basis für eine computergestützte Implantatplanung: Mithilfe virtueller Modelle kann der Behandlungsablauf erstellt und die Implantatposition geplant werden. Die digitale Abformung und CAD/CAM-Technologien erleichtern die Herstellung individueller Prothetik und ermöglichen passgenaue, patientenspezifische Lösungen.

Assistent Computer im OP

Der Assistent Computer unterstützt auch bei der Operation. Etabliert ist die statische Navigation, bei der Bohrschablonen

zum Einsatz kommen. Mit den neueren dynamischen computerassistierten Verfahren wird die dreidimensionale Planung auf die klinische Patientensituation übertragen. Dabei lässt sich während der Vorbereitung des Implantatbetts und bei der Implantatinsertion die dreidimensionale Position der Instrumente in Echtzeit auf einem Bildschirm verfolgen und das Implantat entsprechend der Planung navigiert inserieren. Auch den Möglichkeiten und Risiken techniksensitiver Konzepte wie „All on 4“, Zygoma-Implantate oder die navigierte Implantation war eine Session gewidmet.

Kontakt

Deutsche Gesellschaft
für Implantologie
info@dgigmbh.com
www.dgigmbh.com



40. Jahrestagung der Academy of Osseointegration

Vier Jahrzehnte Innovation und interdisziplinärer Fortschritt

Seit 40 Jahren engagiert sich die Academy of Osseointegration (AO) weltweit für die Förderung wissenschaftlicher Forschung und die klinische Weiterbildung im Bereich der Implantologie. Mit einem klaren Fokus auf Innovation und Qualität setzt sich die AO für die stetige Verbesserung der Patientenversorgung ein und unterstützt Zahnärzte durch umfassende Aus- und Weiterbildungsprogramme.

Die AO feiert einen bedeutenden Meilenstein mit ihrer 40. Jahrestagung, die vom 27. bis 29. März in Seattle, Washington, stattfindet. Die Jahrestagung ist heute eine der wichtigsten Veranstaltungen der Branche und bietet eine einzigartige Plattform für den Austausch und die berufliche Vernetzung von Fachkräften aus der Zahnmedizin.

Unter dem Motto „Kontroversen in Behandlungskonzepten: Wie man es einfach

macht“ versammeln sich über 2.000 Fachkräfte aus der Zahnmedizin – darunter Parodontologen, Prothetiker, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Zahnärzte sowie unterstützende Mitarbeiter –, um neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zu diskutieren und praxisorientierte Techniken zu erlernen.

Die dreitägige Konferenz hält neben CE-Credits ein umfangreiches Programm bereit, das Präsentationen, praktische Work-

shops und gesellschaftliche Events umfasst und eine Plattform für Austausch und Weiterbildung auf höchstem Niveau bietet.

Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech, diesjähriger Präsident der AO, unterstreicht die Bedeutung der diesjährigen Jahrestagung und betont, dass die Academy of Osseointegration seit vier Jahrzehnten eine Vorreiterrolle in der Implantologie einnimmt: „Diese Tagung bietet die Gelegenheit, auf vier Jahrzehnte In-



© Tommy – stock.adobe.com

Events

Ein weiterer Schwerpunkt des Programms ist die zunehmende Rolle des Allgemeinzahnarztes in der Implantologie. Da Implantattherapie mittlerweile weltweit breite Akzeptanz findet, wird auch der Zugang zu einfacheren, standardisierten Protokollen immer wichtiger. Diese sollen sowohl die Stressbelastung der Patienten reduzieren als auch den Allgemeinzahnärzten ermöglichen, Implantatbehandlungen mit einem hohen Maß an Sicherheit und Vertrauen durchzuführen. Trotz der zunehmenden Kompetenzen der Allgemeinzahnärzte bleibt die Expertise der Spezialisten bei komplexen Fällen unverzichtbar. Der AO-Kongress wird dieses Zusammenspiel fördern und gleichzeitig Möglichkeiten aufzeigen, wie die AO durch Ausbildungsprogramme wie das AO Master- und Diplomatenprogramm Zahnärzte in ihrer beruflichen Weiterbildung unterstützt.

Neben Fachvorträgen und Workshops zur neuesten Forschung und Entwicklung in der Implantologie bietet die Tagung zahlreiche gesellschaftliche Veranstaltungen und Networking-Möglichkeiten. Die Teilnehmer sind eingeladen, an der Eröffnungsfeier im Museum of Modern Art (MoMA) teilzunehmen, wo sie gemeinsam auf vier Jahrzehnte AO-Geschichte anstoßen können – ein Abend, der Kreativität und Innovation vereint. Zusätzlich lädt die „Smaragdstadt“ Seattle dazu ein, Kunst und Kultur, familienfreundliche Attraktionen und ein lebendiges Nachtleben zu genießen.

novation und klinische Exzellenz zurückzublicken und gleichzeitig neue Wege für die Zukunft zu definieren. Unser Ziel ist es, komplexe implantologische Verfahren zu vereinfachen und dabei höchste Behandlungsqualität zu wahren.“ Die Konferenz wird zudem von einer weitläufigen Ausstellungshalle begleitet, in der führende Unternehmen der Medizintechnik ihre neuesten Produkte und Entwicklungen präsentieren. Die Teilnehmer können hier mit Branchenführern in Kontakt treten und die neuesten technischen Fortschritte kennenlernen.

Ein besonderes Merkmal der diesjährigen Tagung ist die Betonung der interdisziplinären Zusammenarbeit – ein Ansatz, der zunehmend wichtiger wird, um komplexe

Behandlungsfälle erfolgreich zu meistern. „Die Implantologie kann eine relativ einfache Lösung sein, wie z. B. das Einsetzen eines Implantats für einen verlorenen ersten Molar. Bei komplexen Defekten oder mehreren fehlenden Zähnen jedoch ist ein Teamansatz unverzichtbar, um die besten Ergebnisse für die Patienten zu erzielen“, so Prof. Neugebauer. Die Tagung widmet sich dem Zusammenspiel verschiedener Disziplinen und zeigt, wie die Zusammenarbeit von Zahnärzten und Spezialisten zu standardisierten, vorhersehbaren und patientenfreundlichen Ergebnissen führen kann. Diese Entwicklung unterstützt nicht nur die bessere Versorgung der Patienten, sondern stärkt auch die Rolle des Allgemeinzahnarztes in der implantologischen Behandlung.

Kontakt

Academy of Osseointegration
Arlington Heights, USA
academy@osseointegration.org
www.osseointegration.org

Satellitensymposium der ESCI

Zweiteilige Zirkoniumdioxidimplantate: Wo stehen wir 2024?

Das Satellitensymposium der European Society for Ceramic Implantology (ESCI) am 19. September 2024 in Bern beleuchtete klinisch relevante Aspekte von Zirkoniumdioxidimplantaten und zog eine positive Bilanz zur Keramikimplantologie 2024.



Verlässliche Alternative im Praxisalltag

Die Evidenzlage für Zirkoniumdioxidimplantate hat sich in den letzten Jahren stetig verbessert. Neben klinischen Erfolgsdokumentationen mit mehrjährigen Follow-ups gibt es zunehmend Studien, Untersuchungen und Metaanalysen, die Zirkoniumdioxidimplantate beleuchten. Dank kontinuierlicher Weiterentwicklung nähern sich diese Implantate den Titanimplantaten in Bezug auf Materialstabilität, Oberflächengestaltung und Erfolgsraten an.¹ Systematische Übersichtsarbeiten zeigen hohe Überlebensraten: Die durchschnittliche Fünf-Jahres-Überlebensrate beträgt 97,2 Prozent,² die kumulative

Zehn-Jahres-Überlebensrate 95,1 Prozent.³ Mikrorauhe Zirkoniumdioxidimplantate fördern eine identische Weichgewebsintegration und eine schnellere Gewebereifung im Vergleich zu Titanimplantaten.⁴ Zudem können bekannte chirurgische und prothetische Protokolle meist übernommen werden.⁵

Das Implantatdesign spielt ebenfalls eine Rolle: Auch wenn es weniger Daten für zweiteilige als für einteilige Implantate gibt, zeigt das zweiteilige Zirkoniumdioxidimplantatkonzept gegenüber dem einteiligen Vorteile hinsichtlich der prothetischen Flexibilität und der klinischen Indikationen. Gleichzeitig weisen einteilige und zweiteilige Zirkoniumdioxidimplantate den gleichen Grad an Osseointegration und biologischer Integrität auf,⁴ und zweiteilige Zirkoniumdioxidimplantate können klinischen Kaukräften widerstehen.⁶ „Im Praxisalltag lassen sich mit Zirkoniumdioxidimplantaten vorhersagbare Ergebnisse erzielen“, betonte während des Symposiums Dr. Stefan Röhling, Vize-Präsident der European Society for Ceramic Implantology (ESCI).

„Zirkoniumdioxidimplantate sind in der Regel stabil genug für den klinischen Einsatz und können also für bestimmte Indikationen als Addendum zu Titanimplantaten angesehen werden“, so Prof. Dr. Ralf Kohal, Lei-

tender Oberarzt der Klinik für Zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums Freiburg. Dies zeigen mehrere In-vitro-Untersuchungen zu den Zirkoniumdioxidimplantaten Zeramex P6 und Zeramex XT.^{6,7}

Zirkoniumdioxidimplantate sind nicht nur ein Trend

Klinische Vorteile wie verbesserte Ästhetik, gesünderes Weichgewebe dank besserer Durchblutung,⁸ weniger entzündliche Infiltrate, geringere Plaque-Akkumulation⁹ sowie wachsende wissenschaftliche Evidenz zur Erfolgs- und Überlebensrate von zweiteiligen Zirkoniumdioxidimplantaten tragen dazu bei. Die am Symposium präsentierten klinischen Fälle mit Zwei- bis Sieben-Jahres-Follow-ups zeigen stabile Knochen- und Weichgewebeverhältnisse.

„Zirkoniumdioxidimplantate sind nicht nur ein Trend, sie werden sich langfristig etablieren“, betonte Dr. Jens Tartsch, Präsident der European Society for Ceramic Implantology (ESCI).

Für klinische Erfolge sollte man bei der Auswahl und Anwendung von Zirkoniumdioxidimplantaten kritisch, aber offen sein, passende Indikationen auswählen, Richtlinien des Herstellers beachten, biologischen Prinzipien folgen sowie Patienten in den Entscheidungsprozess miteinbeziehen.

Kontakt

European Society for Ceramic
Implantology
info@esci-online.com
www.esci-online.com



GIORNATE VERONESI

OEMUS
EVENT
SELECTION

ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE
UND IMPLANTOLOGIE

**JEDERZEIT
ANMELDEN**

www.giornate-veronesi.info



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

Echte patienteneigene Knochenregeneration

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



Kompaktes Gerät für minimalinvasive Hochfrequenzchirurgie

Durch die Anwendung der Hochfrequenzchirurgie wird exzessiver Blutverlust wie bei traditioneller Vorgehensweise mittels Skalpell vermieden. Dies schafft sowohl ein übersichtliches OP-Feld als auch eine schnellere und schmerzarme Wundheilung.

Die Hochfrequenzchirurgie ist eine atraumatische Methode, um Weichgewebe zu schneiden und zu koagulieren. Seit Jahrzehnten hat sich diese Methode durch ihre unkomplizierte Anwendung bewährt. Einfach anzuwenden, schafft sie sehr feine Schnitte, welche noch glattere Schnittländer aufweisen, als es ein Skalpellschnitt vermag. Die atraumatische Natur der Hochfrequenzchirurgie bietet viele Vorteile. So heilt zum Beispiel ein nicht traumatisiertes Gewebe schneller ab, ohne dass sich kontraktiles Narbengewebe bildet, wie es bei der Heilung von Wunden, welche durch manuelle Schnittführung erzeugt wurden, charakteristisch ist. Auch eliminiert man durch die Anwendung der Hochfrequenzchirurgie postoperative Probleme, wie zum Beispiel Schmerzen, Schwellungen und mögliche Infektionen. Das heißt: Durch die Anwendung der Hochfrequenzchirurgie wird exzessiver Blutverlust wie bei traditioneller Vorgehensweise mittels Skalpell vermieden. Dies schafft sowohl ein übersichtliches OP-Feld als auch eine schnellere und schmerzarme Wundheilung.

Das neue hf Surg® Plus von Hager & Werken ist ein kompaktes und preisgünstiges Gerät. In ihm sind drei verschiedene Wellen verbaut, welche zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. So können z. B. sehr präzise chirurgische Schnitte geführt werden. Dies ist besonders für Gingivoplastiken, Tumorsektionen, Exzisionen usw. relevant. Schneiden mit gleichzeitiger Koagulation hingegen bietet ein komfortables blutarmes Arbeitsfeld und ermöglicht ein freies Sichtfeld für eine schnellere und übersichtlichere Behandlung z. B. bei der Beseitigung von Hyperplasien oder der Freilegung von Zähnen oder Kronenrändern. Zudem bietet es zur Blutstillung die Möglichkeit, monopolar (ohne Schnitt) koagulieren zu können. Ein sehr praxisrelevantes Beispiel hierfür ist die Koagulation einer kapillaren Blutung im Sulkus vor der Abformung.

Das Aktivieren der Arbeitselektroden erfolgt völlig entspannt durch einen Fußschalter. Somit wird das Handgelenk geschont. Alle Regionen in der Mundhöhle können ohne Einschränkungen erreicht werden. Unerwünschter Druck auf das Gewebe wird vermieden.

Kontakt

**Hager & Werken
GmbH & Co. KG**
Tel.: +49 203 99269-0
www.hagerwerken.de

Camlog ergänzt Biomaterialportfolio um CeraOss® HYA

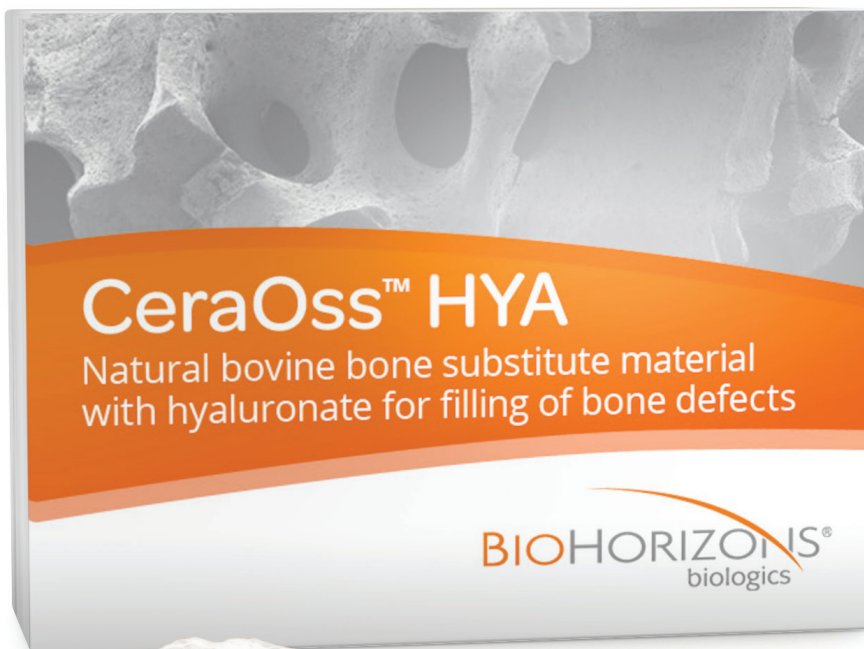
Ein Kombi-Transplantat

Camlog führt zum 16. September 2024 CeraOss® HYA mit der innovativen Kombination aus bovinem Knochenersatzmaterial und Hyaluronsäure in den Markt ein. Das Knochenersatzmaterial 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 Knochenersatzmaterial 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 Periimplantattherapie.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

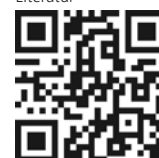
Mit der Einführung von CeraOss® HYA erweitert Camlog sein Produktspektrum um ein Knochenersatzmaterial, das Anwenderfreundlichkeit, langfristige Transplantatstabilität und sehr gute klinische Ergebnisse vereint. Das Unternehmen bietet somit Biomaterialien für nahezu alle Anforderungen zur Regeneration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



Kontakt

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

Literatur



Ihr Spezialist, wenn es eng wird

Die temporären Implantate ProImplant mit \varnothing 2,1 mm können ohne Schwierigkeiten nur mit zwei Instrumenten eingesetzt werden. Die einteiligen Implantate aus Reintitan verfügen über einen biegsamen Implantathals, der eine optimale Ausrichtung der Implantate zueinander ermöglicht. Für einen finalen Zahnersatz bei einem engen Alveolarknochen wurden die vollwertigen, aus Hochleistungstitan hergestellten 2,9 mm-Implantate, die von LASAK seit 25 Jahren erfolgreich produziert werden, entwickelt. Sie zeichnen sich durch eine hohe Festigkeit aus, die in der klinischen Praxis seit mehreren Jahren Bestand hat. Laut einer neuen retrospektiven Analyse von Doz. MUDr. Martin Starosta, Ph.D., bewiesen die Implantate BioniQ® mit \varnothing 2,9 mm eine 100%ige Erfolgsrate der Heilung. Die Studie „Retrospective Analysis of Primary Failure of Dental Implants“ wurde im *International Journal of Dentistry and Oral Health* veröffentlicht. Bei LASAK finden Sie ein komplettes Sortiment aller konventionellen prothetischen Komponenten inkl. CAD/CAM-Lösungen.

Für ein Sonderangebot kontaktieren Sie die Firma unter dental@lasak.com oder besuchen Sie den E-Shop shop.lasak.dental.

Kontakt

LASAK GmbH
Tel.: +420 224 315663
www.lasak.dental
shop.lasak.dental



Hochleistungs-Premium-Implantatsystem

Die Straumann Group hat auf den International Esthetic Days sowie bei der Veranstaltung der Europäischen Vereinigung für Osseointegration ihr neues Hochleistungs-Premium-Implantatsystem iEXCEL vorgestellt. Das System wurde entwickelt, um apikale und vollkonische Implantate zu harmonisieren und bietet nun zusätzlich mit dem TLC-Implantat eine Option auf Gewebeniveau. Diese innovative Lösung ermöglicht Zahnärztinnen und Zahnärzten den Zugang zu einer einheitlichen Plattform für Prothetik, einer einzigen Verbindungsstelle und einem optimierten digitalen Workflow mit einer reduzierten Instrumentenpalette. Diese Verbesserungen reduzieren die Komplexität erheblich und steigern die klinische Leistungsfähigkeit deutlich, um den unterschiedlichen Anforderungen der Patientinnen und Patienten sowohl bei Eingriffen auf Knochen- als auch auf Weichgewebeniveau optimal gerecht zu werden. In Deutschland ist das System mit den beiden BLC und TLC Implantatlinien seit Anfang Oktober 2024 erhältlich. Die beiden bereits verfügbaren Implantatlinien BLX und TLX vervollständigen das neue Performance-System von Straumann. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.straumann.de/iexcel.

Kontakt

Straumann GmbH
Tel.: +49 761 4501-0
www.straumann.de/iexcel

Literatur



Qualität und Zuverlässigkeit in der Implantologie

Der Weg in die Selbstständigkeit als Zahnarzt ist mit vielen wichtigen Entscheidungen verbunden, darunter auch die Auswahl eines passenden Implantatsystems. Dabei lohnt es sich, auf die Erfahrungen vieler Fachkollegen zu vertrauen, die bereits erfolgreich mit etablierten Lösungen arbeiten.

Als etabliertes System unterstützt Sie ICX in allen Bereichen der Implantologie. Seit über 17 Jahren steht die Firma medentis für Qualität und ein verlässlicher Service im Mittelpunkt, immer zu fairen und konstanten Preisen. Praxisnahe Lösungen für zahnärztliche Chirurgen, implantologisch tätige Zahnärzte, Prothetiker und Zahntechniker sorgen für Effizienz und Sicherheit im Praxisalltag. Um mit ICX-DIAMOND® zu starten und aus den Vorteilen einer klar strukturierten Prothetik zu profitieren, genügt ein Termin mit einem Experten aus Ihrer Region. Dies bietet die Möglichkeit, sich individuell beraten zu lassen und die Vorteile des Systems zu entdecken.



ICX will gerade you!

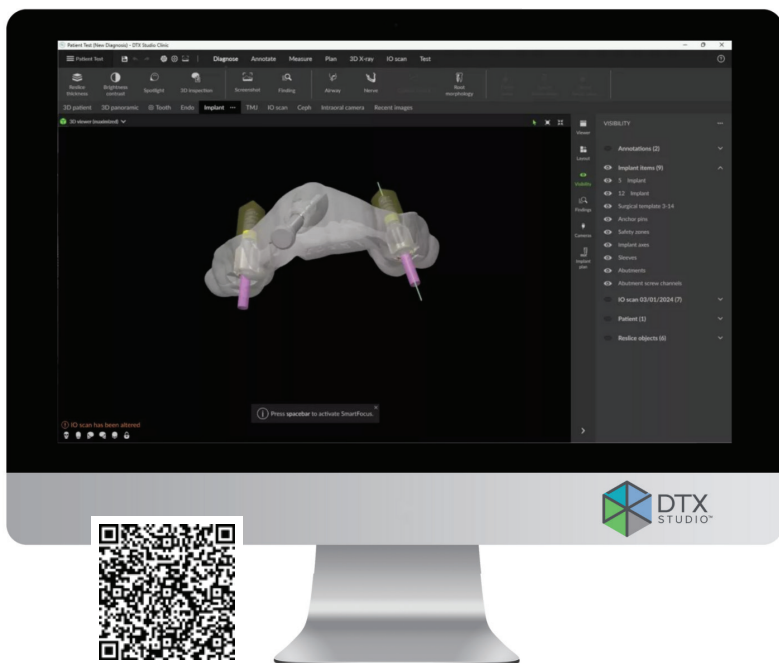
Kontakt

medentis medical GmbH
Tel.: +49 2641 9110-0
[www.medentis.com/
icx-service/vertriebs-team/](http://www.medentis.com/icx-service/vertriebs-team/)

Bohrschablonen in unter drei Minuten

DTX Studio™ Clinic ist die vereinheitlichende Software und der zentrale Knotenpunkt des digitalen Ökosystems von DEXIS, dem weltweiten Anbieter zahnmedizinischer Bildgebung. Das Programm speichert und verwaltet alle Patientendaten und -bilder und unterstützt Zahnärzte bei jedem Schritt des Implantationsprozesses – von der Diagnose bis zur Versorgung.

Die neueste Version der Software ermöglicht es den Benutzern, eine Implantatbehandlung zu planen und direkt am Behandlungsstuhl eine Bohrschablone zu erstellen, alles in weniger als drei Minuten. Zahnärzte können Zähne virtuell extrahieren, fotorealistische Abutments und Kronen anpassen und automatisch eine Bohrschablone erstellen. Diese kann entweder an ein Labor geschickt oder in der Praxis, für eine Versorgung am selben Tag, hergestellt werden.



Kontakt

DEXIS
Tel.: +49 221 50085115
www.dexis.com

Weitere Informationen
über **DEXIS** und **DTX Studio
Clinic** finden Sie unter
www.dexis.com/de-de.

Offene Einheilung und schnelle Regeneration

Der menschliche Körper ist erstaunlich und will heilen. Synthetische, biokompatible Materialien helfen, eine schnelle Regeneration zu ermöglichen. DentOss® liefert ein stabiles, biologisch abbaubares Gerüst. Durch seine Makro- und Mikrostruktur verbindet es sich mit dem Blut und bildet einen natürlichen Koagel, eine zusätzliche Kollagenmembran ist nicht erforderlich, es kann offen einheilen. Das Material ist reich an Mineralien (Phosphat- und Kalziumionen), modellierbar, volumenstabil und kann einfach verarbeitet werden. DentOss® wird mit einer optimalen Geschwindigkeit absorbiert und durch neuen Wirtsknochen ersetzt. Das erkrankte und geschädigte Gewebe des Patienten wird in seinen ursprünglichen Zustand zurückgeführt, sodass optimale Bedingungen für eine Implantation vorliegen. DentOss® gibt es in fein, 0,1 bis 0,5 mm, und in grob, 0,5 bis 1 mm. Es eignet sich nicht nur für die Socket/Ridge Preservation, sondern auch für die Implantation mit bukkalem Defekt, Sinuslift, Bone Splitting und für die vertikale/horizontale Augmentation. Informieren Sie sich gern unter www.demedi-dent.com.

Kontakt

**Demedi-Dent
GmbH & Co. KG**
Tel.: +49 231 4278474
www.demedi-dent.com



Ausgangssituation.



Socket Preservation Regio 47/48 mit DentOss®.



Wundheilung nach zwei Tagen.



Wundheilung nach acht Tagen.

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

schlumbohm®

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

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
März				
15.3.–19.3.2025	DGOI Wintersymposium	Zürs Österreich	https://www.dgoi.info.de	DGOI
25.3.–29.3.2025	IDS	Köln Deutschland	https://www.ids-cologne.de	VDDI
Mai				
7.5.–10.5.2025	IDEX	Istanbul Türkei	https://www.eng.idex.org	
16.5.–17.5.2025	EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“	Hamburg Deutschland	https://www.oemus.com/events	OEMUS MEDIA AG

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
(BDIZ EDI) · Lipowskystraße 12 · 81373 München · Telefon: +49 89 72069888
Fax: +49 89 72069889 · E-Mail: office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Chefredaktion:

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

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (ST)

Redaktion BDIZ EDI:

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

Verlag:

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

Leserservice:

OEMUS MEDIA AG
E-Mail: abo@oemus-media.de

Redaktion:

OEMUS MEDIA AG · Dr. Alina Ion · Telefon: +49 341 48474-141
E-Mail: a.ion@oemus-media.de

Anzeigen und PR:

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

Anzeigendisposition:

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

Art Direction/Grafik:

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

Druck:

Silber Druck GmbH & Co. KG · Otto-Hahn-Straße 25 · 34253 Lohfelden

Erscheinungsweise:

4 x im Jahr

Bezugspreis:

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

Urheber-/Verlagsrecht:

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Alle in dieser Veröffentlichung enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren nach bestem Wissen erstellt und von ihnen und dem Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt überprüft. Gleichwohl sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Daher erfolgen alle Angaben ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Verlags oder der Autoren. Sie garantieren oder haften nicht für etwaige inhaltliche Unrichtigkeiten (Produkthaftungsausschluss).

Die in Texten genannten Präparate und Bezeichnungen sind zum Teil patent- und urheberrechtlich geschützt. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises bzw. des Zeichens[®] oder [™] darf nicht geschlossen werden, dass kein Schutz besteht. Alle namentlich gezeichneten Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Sie muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen.



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 €

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**