E 61488 | 01.2025 Jahrgang 29

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

konkret

Journal für die implantologische Praxis



Umgang mit Komplikationen in der oralen Implantologie

Europäische Konsensuskonferenz aktualisiert Praxisleitfaden

© Adisak – stock.adobe.com

Der BDIZ EDI auf der IDS
Treffpunkt Implantologie
Seite 20

EuGH-Urteil zum Fremdbesitzverbot
Folgen für die Heilberufe?
Seite 38

Bewertung der GOÄneu
Analyse und Kritik
Seite 50

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



„… ich bin Optimist für die Zukunft!“

Nach der Bundestagswahl bahnt sich eine Koalition aus CDU/CSU und SPD an. Zwei Parteien der Mitte, die den Spagat schaffen müssen, Wirtschaft, Verteidigung und Sozialstaat wiederzubeleben. Der zukünftige Bundeskanzler wird auch zu zeigen haben, wie er die Zuwanderung begrenzen und trotzdem kontrolliert zulassen will. Die Probleme der Migration waren das Kernthema im Wahlkampf.

Deutschland braucht einen Macher an der Spitze. Scholz war es nicht. Am verheerend schlechten Wahlergebnis der SPD trägt er einen nicht unmaßgeblichen Anteil. Olaf Scholz verschloss permanent Augen und Ohren vor berechtigter Kritik, um mit treuherzigem Welpenblick immer wieder zu versichern, er habe doch alles richtig gemacht. Die Wähler haben seine Ignoranz bestraft.

Fairness war im Wahlkampf Fehlanzeige. Wie tollwütige Hunde verbissen sich die Protagonisten ineinander. Es fehlten der angemessene Ton, die Augenhöhe, der gegenseitige Respekt, aber auch die Sachlichkeit und vor allem: zielgerichtete Argumente, wie Deutschland wirtschaftlich, gesellschaftlich und sozial vorwärts kommen kann.

Friedrich Merz will eine „bessere“ Politik in den kommenden, „entscheidenden“ Jahren, so sein Postulat. Nach ständigen Streitereien in der Ampelkoalition, halbgaren Gesetzen, die die Wirtschaft entsetzten und den Mittelstand verzweifeln ließen, braucht es jetzt eine starke Führung, die die Probleme im Land der Dichter und Denker und in Europa anpackt. Merz will Bundeskanzler werden und steht vor dem Dilemma, Law & Order-Politik zu machen, um den Ultrarechten die Macht zu versagen und auf der anderen Seite die Ausgaben für den Sozialstaat nicht ins Uferlose schießen zu lassen.

Es gilt, den Pessimismus, der sich unter den Leistungserbringern der deutschen Gesellschaft wie ein Geschwür verbreitet hat, zu stoppen. Wer Verantwortung übernimmt, darf nicht mit immer mehr Bürokratie und Einschränkungen bestraft werden. Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte gehören sicher nicht zu Gewinnern der Politik der Ampelkoalition. Die Gesundheitspolitik eines Karl Lauterbach hat Bedürfnisse und Forderungen in den vergangenen Jahren zulasten der Gesundheit eines ganzen Volkes missachtet. Wie kann es angehen, dass Fortschritte in der Zahnmedizin, die Millionen Menschen vor systemischen Erkrankungen bewahren können, wie beispielsweise die systematische und nachhaltige Therapiestrecke in der Parodontologie, der Budgetierung zum Opfer fallen? Das ist doch eine Milchmädchenrechnung, die nur scheinbar den Haushalt entlastet. Was hier eingespart wurde, belastet das Gesundheitswesen an anderer Stelle exponentiell. Wie kurzsichtig muss man eigentlich sein, um das nicht erkennen zu wollen?

Immerhin: die Demokratie lebt, das hat die hohe Wahlbeteiligung gezeigt. Europa will endlich selbstständig werden. Und deshalb erhält Wilhelm Busch hier das letzte Wort: „Ich bin Pessimist für die Gegenwart, aber Optimist für die Zukunft!“

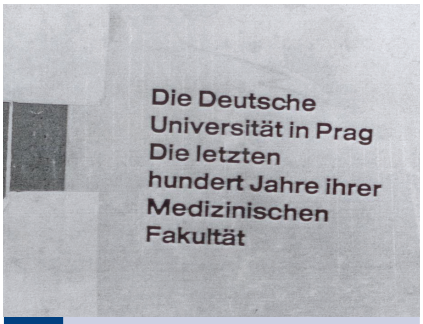


Anita Wuttke
Chefredakteurin

Inhalt



30 35. Gutachterkonferenz Implantologie 2025 in Augsburg



46 Geschichte: Bedeutende deutsche Zahnärzte in Prag



66 GOZ 2197 rechtssicher umsetzen: Adhäsive Befestigung richtig abrechnen

Aktuell

Die BDIZ EDI-Tabelle 2025 6

20. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) aktualisiert Praxisleitfaden 9

Impressionen vom 20. Experten Symposium 18

Der BDIZ EDI auf der 41. IDS in Köln 20

Programm vom 25. bis 29. März 2025 22

Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik 24

Webinar: Amalgamverbot ab 2025 – was nun? 26

Prüfung zum „Spezialist für Implantologie" (EDA) 27

Rückschau 28

Vorschau 29

35. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie 30

Der BDIZ EDI gratuliert 32

Aktuell Europa

Nachruf des BDIZ EDI auf Dr. Dr. Jürgen Weitkamp 34

News-Ticker 36

Folgt das Fremdbesitzverbot für Arzt- und Zahnarztpraxen aus dem Europarecht? 38

Wussten Sie schon, … 41

18. Europa-Symposium in Stockholm 42

Rückschau und Ausblick auf Fuerteventura 44

Geschichte der deutsch-tschechischen Verhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert 46

Abrechnung und Recht

GOÄneu: Analyse und Kritik 50

So rechnen Sie die adhäsive Befestigung richtig ab 66

Fortbildung

Digitaler Workflow bei Sofortimplantation mit dem Dual-Zone-Konzept
Dr. Kalin Marinov 70

Events

Dentsply Sirona World Dubai 2025 76

EuroPerio11: Weltweit führender Kongress für Parodontologie und Implantologie 78

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie 80

Termine und Mitteilungen

Termine und Impressum 82

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

CERALOG®
PROGRESSIVE-LINE



CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Keramikimplantologie neu gedacht

Lassen Sie sich von dem modernen, keramikoptimierten Design und den nutzerfreundlichen Handhabungseigenschaften des CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantatsystems begeistern.

- Modernes Implantatdesign
- Einfaches chirurgisches Protokoll
- Leistungsstarkes Zirkoniumdioxid (ATZ-HIP)
- Umfassendes prothetisches Portfolio

www.camlog.de/ceralog

patient28*PRO*
Schützt Ihre Implantatversorgung

CERALOG® und 28*PRO*® sind eingetragene Marken der CAMLOG Biotechnologies GmbH.

a perfect fit

camlog

BDIZ EDI-TABELLE



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

Die BDIZ EDI-Tabelle 2025

Natürlich gibt es auch 2025 eine BDIZ EDI-Tabelle, die zur IDS fertig sein soll. Für das Jahr 2025 hat der BDIZ EDI den Honorarumsatz/Stunde auf 417 Euro angehoben.

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

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

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

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

Christian Berger dazu: „Auf politischer Ebene werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wenig bis nichts erreichen, das haben die vergangenen Jahrzehnte im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik gezeigt. Wir müssen uns andere Lösungen suchen und sie tatsächlich nutzen, um für das betriebswirtschaftliche Auskommen unserer Praxen zu sorgen. Dazu hat uns das Bundesverfassungsgericht 2013 sogar aufgefordert. Diesen Weg zeigt der BDIZ EDI.

Unsere Tabelle macht es möglich, Zahnmedizin nach State of the Art mit angemessenen Honoraren anzubieten. Für den Praxisalltag bietet sie eine schnelle Orientierung im Leistungsdschungel von BEMA, GOZ und GOÄ."

223 Positionen im 2,3-fachen GOZ- und GOÄ-Satz schlechter bewertet als im BEMA

Im Vergleich mit der GOZ 1988 und der GOÄ 1996 sind inzwischen 223 Leistungen im BEMA besser dotiert als im 2,3-fachen Steigerungssatz von GOZ und GOÄ (GOZ: 102, GOÄ: 125). Oftmals reicht auch der 3,5-fache Satz in der GOZ nicht mehr aus. In der BDIZ EDI-Tabelle 2025 sind das genau 55 GOZ-Ziffern, die im 3,5-fachen Satz im Vergleich zum BEMA rot erscheinen!

Seine Mitglieder wird der BDIZ EDI auch 2025 bei Erstattungsproblemen gebührenrechtlich und gutachterlich unterstützen, sofern sie den Empfehlungen folgen.

Mitgearbeitet an der Tabelle haben maßgeblich BDIZ EDI-Präsident Christian Berger sowie der Justiziar des BDIZ EDI, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, und die Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff. Die BDIZ EDI-Tabelle 2025 ist über den Online-Shop des BDIZ EDI zum Preis von 35 Euro bestellbar. Mitglieder erhalten ein Exemplar Mitte April kostenfrei zugesandt.

Bibliografie

BDIZ EDI-Tabelle 2025 – Wire-O-Bindung, 46 Seiten im Format 297 x 148 mm

- Enthält alle relevanten zahnärztlichen Abrechnungsleistungen im BEMA, der GOZ und der GOÄ
- Enthält konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung
- Enthält Zeitangaben in Minuten, berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 417 Euro im BEMA sowie in den Steigerungsfaktoren von GOZ und GOÄ
- Ermöglicht den direkten Vergleich zwischen BEMA-Wert und GOZ/GOÄ im 2,3-fachen Steigerungssatz
- Basiert im BEMA auf dem vdek-Punktwert Bayern, 1. Quartal 2025
- Preis: 35 Euro zzgl. Versandgebühren – bestellbar im Onlineshop des BDIZ EDI: www.bdizedi.org/shop/
- Mitglieder erhalten die Tabelle kostenfrei zugesandt

QR-Code zum Shop:

Nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Abweichende Vereinbarung

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

Zu beachten:

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

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

VEREINBARUNG gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Zwischen

Herrn/Frau (Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter)

Anschrift

und

Herrn/Frau (Zahnarzt/Oralchirurg/MKG-Chirurg)

Anschrift

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

Zahn/Gebiet/Region	Geb.-Nr.	Bezeichnung der Leistung	Steig.-Satz	Anzahl	Betrag
				Summe	

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

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

Ort/Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger oder dessen gesetzlicher Vertreter

Ort/Datum

Unterschrift Zahnarzt/Oralchirurg/MKG-Chirurg

20. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) aktualisiert Praxisleitfaden

Empfehlungen der EuCC zu Komplikationen in der Implantatbehandlung

© pickup – stock.adobe.com



Ziel des Praxisleitfadens des Jahres 2025 der 20. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI ist es, Komplikationen zu vermeiden und, wenn eingetreten, richtig zu therapieren, um das Ergebnis für den Patienten zu verbessern. Das neue achtseitige Papier soll implantologisch tätigen Zahnärzten als Empfehlung für den Umgang mit Komplikationen dienen.

Die international besetzte 16-köpfige Expertenrunde der Europäischen Konsensuskonferenz hat in ihrer Vorgehensweise die unterschiedlichen Behandlungskonzepte in der Implantattherapie diskutiert und dabei neben der chirurgischen auch die prothetische Vorgehensweise einbezogen.

Die Schlussfolgerungen der EuCC: „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."

Das Arbeitspapier wurde erstellt von Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Universität Köln. Den Erstentwurf haben die Mitglieder der EuCC geprüft und diskutiert, und zwar entsprechend des folgenden Ablaufplans: Durchsicht des Erstentwurfs, Registrierung von Alternativvorschlägen, Abstimmung von Empfehlungen und Empfehlungsgraden, Diskussion der nicht konsensfähigen Punkte und endgültige Abstimmung.

Änderungen gegenüber 2019

Als Moderator der Europäischen Konsensuskonferenz weist Prof. Dr. Neugebauer auf die Änderungen zum Vorgängerpapier 2019 hin. „Wichtig war der diesjährigen EuCC, auf die Notwendigkeit hinzuweisen, spezifische und damit patientenbezogene Behandlungsstrategien zu entwickeln. Überholt ist auch der restriktive Umgang mit Osteoporose. Eine Metaanalyse von Lemos CAA et al. aus dem Jahr 2023 hat die EuCC zu der vorsichtig optimistischen Formulierung motiviert, dass es ‚kein erhöhtes allgemeines Risiko für Osteoporose' gibt."

AWU

Bezug

Der achtseitige Praxisleitfaden 2025 kann als Broschüre mit umfangreichem Literaturverzeichnis in deutscher bzw. englischer Sprache zum Preis von 4,50 Euro (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten) im Onlineshop des BDIZ EDI bestellt werden.

Wer den BDIZ EDI am Stand auf der IDS besucht, erhält ein Gratisexemplar. Eine Leseprobe ist ebenfalls zur Ansicht im Onlineshop vorhanden.

Mitglieder erhalten den Leitfaden kostenfrei mit dem nächsten Rundschreiben.

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

20. Europäische Konsensuskonferenz EuCC 2025

1. März 2025

Erarbeitet: Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Moderator: Prof. Dr. J. Neugebauer (Deutschland)
Protokoll: Prof. Dr. J. Neugebauer (Deutschland)
Diskutanten: Ch. Berger (Deutschland)
Dr. E. Cerekja (Albanien)
Dr. V. Gowd (Indien)
PD Dr. A. Hartmann (Deutschland)
Dr. F. Kasapi (Mazedonien)
Prof. Dr. P. Kobler (Kroatien)
Prof. Dr. V. Konstantinovic (Serbien)
Dr. S. Liepe (Deutschland)
Dr. W. Neumann (Deutschland)
Prof. Dr. H. Özyuvaci (Türkei)
Dr. G. Schiroli (Italien)
Dr. B. Singh (Nepal)
Dr. Dr. M. Tröltzsch (Deutschland)
Dr. J.W. Vaartjes (Niederlande)
Prof. Dr. Dr. J.E. Zöller (Deutschland)

Inhalt

1. Methodik 2
2. Problemstellung 3
3. Patienteneinteilung 3
4. Operationstechniken 4
5. Prothetisches Vorgehen 5
6. Zusammenfassung 6
7. Literaturhinweise 7

© pickup – stock.adobe.com

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

1. Methodik

1.1 Zielsetzung

Der vorliegende Leitfaden soll dem implantologisch tätigen Zahnarzt/Arzt als Empfehlung dienen, Komplikationen zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und zu therapieren, um das Behandlungsergebnis zu optimieren.

1.2 Einführung

Alle hier konsentierten Aussagen können nur Richtwerte sein. Die individuelle Patientensituation ist stets maßgeblich zu beachten und kann Abweichungen von den in diesem Konsensuspapier getroffenen Feststellungen begründen.

1.3 Hintergrund

Die Implantatinsertion ist eine bewährte Methode, um fehlende Zähne zu ersetzen und Funktion und Ästhetik wiederherzustellen. Dennoch können in verschiedenen Phasen des Behandlungsablaufs Komplikationen auftreten. Frühere Praxisleitfäden befassten sich mit chirurgischen Komplikationen, mit der möglichen Schädigung anatomischer Strukturen, mit der Risikoanalyse und mit der Vermeidung von Fehlpositionierungen von Implantaten unter Berücksichtigung des weiteren Behandlungsbedarfs. Dieses Konsensuspapier konzentriert sich auf weniger häufig auftretende Risikofaktoren, die in verschiedenen Behandlungsphasen auftreten können.

1.4 Literaturrecherche

Es wurden die Literaturdatenbanken Cochrane Library, EMBASE, DIMDI und Medline für eine systematische Suche nach in jüngster Zeit veröffentlichten Daten herangezogen. Die Suchstrategie beinhaltete ausgewählte Suchbegriffe, wie

Komplikationen, Implantat, Metaanalyse.

Die Sichtung der aufgefundenen Literaturstellen erfolgte anhand der Abstracts. Nicht relevante Literaturstellen wurden zu diesem Zeitpunkt identifiziert und ausgeschlossen. Literaturstellen mit einem (möglichen) inhaltlichen Bezug wurden als Volltext beschafft. Zum Thema liegen mehrere Review-Arbeiten und Metaanalysen vor.

1.5 Verfahren zur Erstellung des Leitfadens/Konsensuspapiers

Ein Erstentwurf als Diskussionsgrundlage für die EuCC wurde erarbeitet von Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie, Universität Köln. Dieser Erstentwurf wurde sodann von den versammelten Mitgliedern der EuCC geprüft und diskutiert, und zwar entsprechend dem folgenden Ablaufplan:

- Durchsicht des Erstentwurfs
- Registrierung von Alternativvorschlägen
- Abstimmung von Empfehlungen und Empfehlungsgraden
- Diskussion der nicht konsensfähigen Punkte
- Endgültige Abstimmung

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

2. Problemstellung

Das Ergebnis einer Implantattherapie hängt vom Gesundheitszustand des Patienten ab, einschließlich seiner Medikation und seines Ernährungszustandes, sowie von den geplanten Verfahren und der prothetischen Restauration. Aus chirurgischer Sicht kann die Verwendung von Bohrschablonen und Augmentationsverfahren zu Komplikationen führen. Die Empfehlungen für eine Sofortbelastung erfordern ein hohes Drehmoment, was zugleich ein möglicher Risikofaktor ist. Aus restaurativer Sicht kann die Retentionsart der Suprastruktur mit technischen oder biologischen Komplikationen und ästhetischen Misserfolg verbunden sein **[40]**. Auch die Frage der Verbindung von natürlichen Zähnen und Implantaten als Pfeiler wird kontrovers diskutiert.

3. Patienteneinteilung

3.1 Patientenerwartungen

Die hohe Zahl der heute durchgeführten Implantatbehandlungen hat die Patienten vielleicht dazu verleitet, zu glauben, dass es für eine Implantatbehandlung keine Kontraindikationen mehr gibt. Implantate erfordern einen physiologischen Knochenstoffwechsel, was bei mehreren systemischen Erkrankungen wie Osteopetrose (Albers-Schönberg-Syndrom), Osteodystrophia deformans (Paget-Syndrom) oder fibröser Dysplasie nicht selbstverständlich ist. Der Knochenstoffwechsel kann auch durch Medikamente, Rauchgewohnheiten oder den Ernährungszustand beeinflusst werden.

3.2 Aktuelle Beobachtungen

Fallberichte haben gezeigt, dass eine Implantatbehandlung für Patienten mit Paget-Syndrom oder fibröser Dysplasie möglich ist. Bei Patienten, die eine antiresorptive Therapie erhalten, wurde eine hohe Inzidenz von Komplikationen in Form von Knochennekrosen nach Zahnextraktion, chirurgischen Eingriffen oder sogar als Folge wunder Stellen festgestellt. Allerdings zeigen Osteoporosepatienten bei Implantatinsertionen, auch in Verbindung mit autologen Augmentationsverfahren, ein positives Behandlungsergebnis **[32]**. Es besteht die Notwendigkeit, spezifische patientenbezogene Behandlungsstrategien zu entwickeln **[28]**.
Ein niedriger Cholecalciferol-Spiegel (Vitamin D3) kann die Osseointegration und Augmentatregeneration beeinträchtigen oder zu einer fortschreitenden Periimplantitis führen **[6]**. Patienten, die Protonenpumpenhemmer (PPI) oder Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SRI) erhalten, weisen eine höhere Rate von Implantatversagen auf **[16]**. Es wurden widersprüchliche Ergebnisse über die Auswirkungen von Glukokortikoiden und NSAIDs auf die Behandlungsergebnisse von Implantatinsertionen berichtet **[12]**.

3.3 Vermeidung von Komplikationen

- Bei Patienten mit Osteoporose sind Implantatinsertionen kontraindiziert.
- Eine hochdosierte antiresorptive Therapie könnte zu einer höheren Rate von BRONJ führen **[35]**.
- Bei Patienten, die sich in einer antiresorptiven Osteoporose-Therapie befinden, ist eine detaillierte Fallauswahl mit Operationstechniken, die keinen intensiven Knochenumbau erfordern, vonnöten **[15, 35]**. Umfangreiches Bone Splitting, Osteotomietechniken oder laterale Sinusaugmentationen sollten vermieden werden.
- Es wurde kein erhöhtes allgemeines Risiko für Patienten mit Osteoporose festgestellt **[20]**.
- Bei Patienten, bei denen sich in präoperativen Röntgenaufnahmen ein weicher Knochen manifestiert oder erhöhter Knochenabbau auftritt, sollte der Cholecalciferol-Spiegel des Bluts überprüft werden **[6]**.
- Bei Patienten mit PPI oder SRI sollten Dauer und Menge der Medikamenteneinnahme untersucht werden, bevor ein Patient für eine Implantatbehandlung in Betracht gezogen wird **[16]**.

© pickup – stock.adobe.com

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

- Die Patienten müssen darüber informiert werden, dass eine unbehandelte Parodontitis, ein unkontrollierter Diabetes oder Rauchen das Risiko für biologische Komplikationen erheblich erhöhen können (z. B. Periimplantitis) **[3, 7, 23, 33]**.
- Bei Patienten mit Langzeit-Glukokortikoid-Medikamenten in hohen Dosen müssen möglicherweise Knochenstoffwechselparameter evaluiert werden.
- Milde Formen der Knochenstoffwechselstörungen bei Patienten mit fibröser Dysplasie oder Paget-Syndrom erfordern eine strenge Indikation für die Insertion von Zahnimplantaten, da entsprechende Daten fehlen.
- Je nach chirurgischer Indikation kann der Patient von einer Antibiotika-Prophylaxe profitieren, um ein (frühzeitiges) Implantatversagen zu vermeiden **[13, 36, 38]**.

4. Operationstechniken

4.1 Patientenerwartungen

Die Patienten verlangen zunehmend eine sofortige feste Rehabilitation in Verbindung mit einer sofortigen Implantatinsertion und -belastung. Die postoperative Morbidität sollte jedoch so gering wie möglich gehalten werden.

4.2 Aktuelle Betrachtungen

Hohes Drehmoment

Die Sofortimplantation mit Sofortversorgung ist ein wissenschaftlich belegtes Behandlungskonzept zur Rehabilitation geschädigter Zähne **[10]**. Je nach Implantatdesign und durchgeführten chirurgischen Eingriffen wurden verschiedene Empfehlungen zur Bestimmung der Primärstabilität gegeben, um eine Osseointegration im Rahmen der Sofortversorgung zu erreichen **[37]**. Eine kürzlich erfolgte randomisierte kontrollierte Studie (RCT) zum Drehmoment zeigte erhöhte Versagens- und Knochenresorptionsraten im Unterkiefer bei hohen Drehmomenten **[25]**. Frühere Metaanalysen haben gezeigt, dass hohe Drehmomente nicht mit einer erhöhten Knochenresorption oder einem Implantatversagen korrelieren **[4, 22]**.

Lappenlose Chirurgie

Die Implantatinsertion mit 3D-Bohrschablonen ist inzwischen etabliert und die lappenlose Chirurgie sollte die postoperativen Beschwerden reduzieren. Der Einsatz von Bohrschablonen auf Basis der CBCT-Technologie ermöglicht eine hochpräzise Implantatinsertion **[5, 8]**. In den Händen erfahrener Behandler unterschied sich das Ergebnis der geführten lappenlosen Chirurgie in Bezug auf Implantatversagensraten und Knochenabbau nicht von denen bei freihändiger lappenloser Chirurgie oder bei Mobilisierung eines Mucoperiostlappens **[21, 41]**. Dennoch können Komplikationen wie Knochenperforation oder Verschiebung der Bohrschablone auftreten **[5, 8, 30]**.

Weichgewebetransplantation

Um bessere Ergebnisse in der ästhetischen Zone zu erzielen, sollte eine Weichgewebeaugmentation in Betracht gezogen werden, insbesondere bei der Sofortimplantation **[31]**. Eine Augmentation kann auch im Falle einer Weichgewebedehiszenz erforderlich sein **[2]**.

Umfang der Transplantation

Augmentationsverfahren bergen ein gewisses Risiko für Komplikationen. Die Verwendung kürzerer Implantate könnte den Umfang der erforderlichen Augmentationen verringern und damit potenziell diese Risiken reduzieren **[1]**.

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

4.3 Vermeidung von Komplikationen

- Aufgrund der vielen verschiedenen Implantatdesigns und der Empfehlung von Präparationstechniken, insbesondere bei dichtem Knochen oder bei einer dünnen kortikalen Lamelle, sollten die vom Hersteller empfohlenen Drehmomente eingehalten werden.
- Die Patienten profitieren von lappenlosen Verfahren, wenn eine korrekte Indikation in Bezug auf das verfügbare Knochenangebot und präoperative 3D-Diagnostik besteht.
- Lappenlose Verfahren unterliegen einer spezifischen Lernkurve.
- Weichgewebeaugmentationen verringern das Risiko ästhetischer Komplikationen.

5. Prothetisches Vorgehen

5.1 Patientenerwartungen

Die Patienten erwarten eine dauerhafte prothetische Versorgung, die ihren ästhetischen und funktionellen Bedürfnissen gerecht wird, mit geringstmöglichen Komplikationen.

5.2 Aktuelle Betrachtungen

Im Einzelfall kann eine Verringerung der Anzahl der Implantate aus wirtschaftlichen oder anatomischen Gründen in Betracht gezogen werden, in dem sowohl Zähne als auch Implantate als Pfeiler für Brücken verwendet werden. Suprastrukturen können zementiert oder verschraubt werden, was beides mit Komplikationen verbunden sein kann. In den letzten Jahren wurde eine große Bandbreite an Materialien, Prothesendesigns und Komponenten verwendet.

5.3 Zahn-Implantat-gestützte Verbundbrücke

Eine Metaanalyse von Zahn-Implantat-gestützten Verbundbrücken ergab Überlebensraten von 94,1 Prozent nach fünf Jahren und 77,8 Prozent nach zehn Jahren Tragedauer **[18]**. Die Auswirkungen von Zahn-Implantat-gestützten Verbundbrücken und rein implantatgetragenen Brücken im teilbezahnten Kiefer auf die Überlebensraten von Implantaten zeigten keine signifikanten Unterschiede für Zeiträume von bis zu 72 Monaten **[27, 42]**. Eine kürzlich durchgeführte systematische Auswertung bewertete die Auswirkungen einer Verblockung zwischen Implantaten und Zähnen; es ergab sich eine prothetische Gesamtüberlebensrate von 85 Prozent und ein höheres Risiko von Zahnintrusionen im Zusammenhang mit nicht starren Verbindungen in Beobachtungszeiträumen zwischen 18 und 120 Monaten **[39]**.

5.4 Befestigung der Suprakonstruktion

Abhängig von der Anzahl der Implantate und dem Design der verfügbaren Abutments können Suprastrukturen zementiert oder verschraubt werden. Bei beiden Arten der Retention können technische oder biologische Komplikationen auftreten. Eine Metaanalyse zeigte keine Unterschiede im Hinblick auf Lockerung von Suprastrukturen, Veränderungen im marginalen Knochenniveau oder Periimplantitis **[19, 24]**. Die Verwendung von sechs Implantaten für eine Versorgung im zahnlosen Oberkiefer führt zu weniger Komplikationen als die Verwendung von vier Implantaten **[34]**.

5.5 Design der Suprakonstruktionen

Um die Anzahl der Implantate zu minimieren, werden bei prothetischen Rekonstruktionen häufig Extensionen verwendet. Diese Suprakonstruktionen sind jedoch mit einer höheren Inzidenz technischer Komplikationen verbunden, insbesondere bei Vollbogenrekonstruktionen **[17]** und Einzelkronen **[9, 17]**. Auch bei Patienten, die unter Bruxismus leiden, wurden häufiger technische Komplikationen festgestellt **[14]**.

Um das Risiko von Komplikationen wie Chipping zu verringern, eignen sich monolithische Zirkonoxid-Suprakonstruktionen besser als verblendetes Zirkonoxid bei Vollbogenrekonstruktionen **[26, 29]**. Darüber

© pickup – stock.adobe.com

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

hinaus weisen metallkeramische Suprakonstruktionen im Vergleich zu implantatgetragenen festsitzenden Vollprothesen aus Metall-Acrylharz weniger Komplikationen auf **[11]**.

5.6 Vermeidung von Komplikationen

- Starre Suprastrukturen sind für Zahn-Implantat-gestützte Verbundbrücken zu bevorzugen.
- Komplikationen im Zusammenhang mit Zahn-Implantat-gestützten Verbundbrücken treten vor allem am Zahn auf, insbesondere wenn die Zähne parodontal geschädigt sind oder eine Wurzelkanalbehandlung vorliegt.
- Die Form der Befestigung der Suprastruktur sollte unter Berücksichtigung von Funktion, Ästhetik und professioneller Nachsorge gewählt werden statt sich auf verfügbare Techniken zu konzentrieren.
- Um die Pflege zu erleichtern, wird eine herausnehmbare Suprastruktur bevorzugt, bei natürlichen Zähnen ist aber eine definitive Befestigung notwendig.
- Um technische Komplikationen zu vermeiden, müssen die biomechanischen Überlegungen für jeden Patienten bewertet werden.

6. Zusammenfassung

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.

Köln, 1. März 2025

Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Vizepräsident / wissenschaftl. Leiter

Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Vorsitzender des EuCC

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

7. Literaturhinweise

1. Abayov P, Sarikov R, Nazarenko LM et al. Outcome Difference between Short and Longer Dental Implants Placed Simultaneously with Alveolar Bone Augmentation: a Systematic Review and Meta-Analysis. J Oral Maxillofac Res 2024; 15: e2.
2. Amid R, Moscowchi A, Azizi S et al. Coverage stability of peri-implant soft tissue dehiscence: A systematic review and meta-analysis. J Esthet Restor Dent 2024; 36: 284-294.
3. Bencze B, Cavalcante BGN, Romandini M et al. Prediabetes and poorly controlled type-2 diabetes as risk indicators for peri-implant diseases:A systematic review and meta-analysis. J Dent 2024; 146: 105094.
4. Berardini M, Trisi P, Sinjari B et al. The Effects of High Insertion Torque Versus Low Insertion Torque on Marginal Bone Resorption and Implant Failure Rates: A Systematic Review With Meta-Analyses. Implant Dent 2016; 25: 532-540.
5. Bover-Ramos F, Vina-Almunia J, Cervera-Ballester J et al. Accuracy of Implant Placement with Computer-Guided Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Cadaver, Clinical, and In Vitro Studies. Int J Oral Maxillofac Implants 2018; 33: 101-115.
6. Choukroun J, Khoury G, Khoury F et al. Two neglected biologic risk factors in bone grafting and implantology: high low-density lipoprotein cholesterol and low serum vitamin D. J Oral Implantol 2014; 40: 110-114.
7. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Smoking and dental implants: A systematic review and meta-analysis. J Dent 2015; 43: 487-498.
8. Colombo M, Mangano C, Mijiritsky E et al. Clinical applications and effectiveness of guided implant surgery: a critical review based on randomized controlled trials. BMC Oral Health 2017; 17: 150.
9. De Angelis P, Manicone PF, Liguori MG et al. Clinical and radiographic evaluation of implant-supported single-unit crowns with cantilever extensions: A systematic review and meta-analysis. J Prosthodont 2024; 33: 841-851.
10. Del Fabbro M, Ceresoli V, Taschieri S et al. Immediate loading of postextraction implants in the esthetic area: systematic review of the literature. Clin Implant Dent Relat Res 2015; 17: 52-70.
11. Estrin N, Nam K, Romanos GE et al. Clinical Outcomes of Metal-Ceramic versus Metal-Acrylic Resin Implant-Supported Fixed Complete Dental Prostheses: A Systematic Review and Meta-analysis. Int J Prosthodont 2023; 36: 354-365.
12. Fu JH, Bashutski JD, Al-Hezaimi K et al. Statins, glucocorticoids, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs: their influence on implant healing. Implant Dent 2012; 21: 362-367.
13. Ikram J, Shado R, Pereira IN et al. Efficacy and safety of using antibiotics to prevent post-operative complications in oral implant treatment: evidence-based review. BDJ Open 2023; 9: 47.
14. Ionfrida JA, Stiller HL, Kammerer PW et al. Dental Implant Failure Risk in Patients with Bruxism-A Systematic Review and Meta-Analysis of the Literature. Dent J (Basel) 2024; 13.
15. Jung J, Shim GJ, Park JS et al. Effect of anti-resorptive therapy on implant failure: a systematic review and meta-analysis. J Periodontal Implant Sci 2024.
16. Jung RE, Al-Nawas B, Araujo M et al. Group 1 ITI Consensus Report: The influence of implant length and design and medications on clinical and patient-reported outcomes. Clin Oral Implants Res 2018; 29 Suppl 16: 69-77.
17. Kondo Y, Sakai K, Minakuchi H et al. Implant-supported fixed prostheses with cantilever: a systematic review and meta-analysis. Int J Implant Dent 2024; 10: 57.
18. Lang NP, Pjetursson BE, Tan K et al. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. II. Combined tooth--implant-supported FPDs. Clinical oral implants research 2004; 15: 643-653.
19. Lemos CA, de Souza Batista VE, Almeida DA et al. Evaluation of cement-retained versus screw-retained implant-supported restorations for marginal bone loss: A systematic review and meta-analysis. J Prosthet Dent 2016; 115: 419-427.
20. Lemos CAA, de Oliveira AS, Fae DS et al. Do dental implants placed in patients with osteoporosis have higher risks of failure and marginal bone loss compared to those in healthy patients? A systematic review with meta-analysis. Clin Oral Investig 2023; 27: 2483-2493.
21. Lemos CAA, Verri FR, Cruz RS et al. Comparison between flapless and open-flap implant placement: a systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg 2018.
22. Li H, Liang Y, Zheng Q. Meta-Analysis of Correlations Between Marginal Bone Resorption and High Insertion Torque of Dental Implants. Int J Oral Maxillofac Implants 2015; 30: 767-772.
23. Li Y, Lu Z, Sun H. Impact of diabetes mellitus on the poor prognosis in patients with osseointegrated dental implants: a meta-analysis of observational studies. Biotechnol Genet Eng Rev 2024; 40: 473-491.
24. Ma S, Fenton A. Screw- versus cement-retained implant prostheses: a systematic review of prosthodontic maintenance and complications. Int J Prosthodont 2015; 28: 127-145.
25. Marconcini S, Giammarinaro E, Toti P et al. Longitudinal analysis on the effect of insertion torque on delayed single implants: A 3-year randomized clinical study. Clin Implant Dent Relat Res 2018; 20: 322-332.

© pickup – stock.adobe.com

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

Praxisleitfaden 2025

Update: Umgang mit Komplikationen bei der implantologischen Behandlung

26. Martakoush-Saleh S, Salgado-Peralvo AO, Pena-Cardelles JF et al. Evaluating the clinical behavior of veneered zirconia in comparison with monolithic zirconia complete arch implant-supported prostheses: A systematic review and meta-analysis. J Prosthet Dent 2024; 132: 899-912.
27. Muddugangadhar BC, Amarnath GS, Sonika R et al. Meta-analysis of Failure and Survival Rate of Implant-supported Single Crowns, Fixed Partial Denture, and Implant Tooth-supported Prostheses. J Int Oral Health 2015; 7: 11-17.
28. Penoni DC, Canellas JVS, Silami M et al. Osteonecrosis of the jaws in patients under osteoporosis treatment: a nine-year experience report. Arch Endocrinol Metab 2023; 67: e000612.
29. Pjetursson BE, Sailer I, Merino-Higuera E et al. Systematic review evaluating the influence of the prosthetic material and prosthetic design on the clinical outcomes of implant-supported multi-unit fixed dental prosthesis in the posterior area. Clin Oral Implants Res 2023; 34 Suppl 26: 86-103.
30. Romandini M, Ruales-Carrera E, Sadilina S et al. Minimal invasiveness at dental implant placement: A systematic review with meta-analyses on flapless fully guided surgery. Periodontol 2000 2023; 91: 89-112.
31. Rondone EM, Leitao-Almeida B, Pereira MS et al. The Use of Tissue Grafts Associated with Immediate Implant Placement to Achieve Better Peri-Implant Stability and Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med 2024; 13.
32. Schmitt CM, Buchbender M, Lutz R et al. Oral implant survival in patients with bisphosphonate (BP)/antiresorptive and radiation therapy and their impact on osteonecrosis of the jaws. A systematic review. Eur J Oral Implantol 2018; 11 Suppl 1: S93-S111.
33. Serroni M, Borgnakke WS, Romano L et al. History of periodontitis as a risk factor for implant failure and incidence of peri-implantitis: A systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis of prospective cohort studies. Clin Implant Dent Relat Res 2024; 26: 482-508.
34. Sharaf MA, Wang S, Mashrah MA et al. Outcomes that may affect implant and prosthesis survival and complications in maxillary fixed prosthesis supported by four or six implants: A systematic review and meta-analysis. Heliyon 2024; 10: e24365.
35. Stavropoulos A, Bertl K, Pietschmann P et al. The effect of antiresorptive drugs on implant therapy: Systematic review and meta-analysis. Clin Oral Implants Res 2018; 29 Suppl 18: 54-92.
36. Tan LW, Ng YE, Giok KC et al. Comparative Efficacy of Different Amoxicillin Dosing Regimens in Preventing Early Implant Failure-A Systematic Review with Network Meta-Analysis. Antibiotics (Basel) 2023; 12.
37. Tettamanti L, Andrisani C, Bassi MA et al. Immediate loading implants: review of the critical aspects. Oral Implantol (Rome) 2017; 10: 129-139.
38. Torof E, Morrissey H, Ball PA. Antibiotic Use in Dental Implant Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicina (Kaunas) 2023; 59.
39. Tsaousoglou P, Michalakis K, Kang K et al. The effect of rigid and non-rigid connections between implants and teeth on biological and technical complications: a systematic review and a meta-analysis. Clin Oral Implants Res 2017; 28: 849-863.
40. Verma A, Singh SV, Arya D et al. Mechanical failures of dental implants and supported prostheses: A systematic review. J Oral Biol Craniofac Res 2023; 13: 306-314.
41. Voulgarakis A, Strub JR, Att W. Outcomes of implants placed with three different flapless surgical procedures: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg 2014; 43: 476-486.
42. Weber HP, Sukotjo C. Does the type of implant prosthesis affect outcomes in the partially edentulous patient? Int J Oral Maxillofac Implants 2007; 22 Suppl: 140-172.



Alles Karneval während der Sonntagssitzung der „Grosse von 1823" im Gürzenich.

20. Experten Symposium

Impressionen aus Köln

Die Jubiläumsausgabe des Experten Symposiums fand am 2. März 2025 erneut im Pullman Hotel in der Karnevalshochburg Köln statt. Zum 20. Mal brachte die Veranstaltung Expertinnen und Experten der Implantologie zusammen. Der Präsident des BDIZ EDI, Christian Berger, eröffnete gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller das Symposium. Die Vorträge standen unter dem großen Thema: „Komplikationen in der Implantologie – Warum ist es passiert?"

Am Vortag gehörten Hands-on-Workshops der teilnehmenden Industriepartner zum Programm. Parallel dazu tagte der Europa-Ausschuss des BDIZ EDI. Ebenfalls am Samstag stellten sich drei Zahnärzte der Prüfung zum Europäischen Spezialisten der Implantologie (EDA). Drei EDA-Prüfer testeten Wissen, Know-how und Erfahrung der implantologisch tätigen Zahnärzte und bescheinigten: bestanden. Alle drei dürfen nun den Titel Europäischer Spezialist für Implantologie (EDA) führen.

Nach Abschluss des Symposiums ging es für die Teilnehmer gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, dem Vizepräsidenten des BDIZ EDI und Präsidenten der „Grosse von 1823", zur Sonntagssitzung in den Gürzenich.

MLF



Der BDIZ EDI Europa-Ausschuss.



Workshops: Präzision ist gefragt.



Prof. Dr. Thomas Ratajczak fesselt mit seinem Vortrag das Publikum.



Die Workshops fanden in rotierenden Kleingruppen statt.



Dr. Amely Hartmann setzt auf eine Mischung aus moderner Technik und klassischen Methoden.



Hands-on-Erfahrung: Die Workshops boten Gelegenheit, neueste Verfahren der Implantologie auszuprobieren.



Eröffnung des 20. Experten Symposiums durch Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller und Christian Berger.



Fachwissen und Freude – das Experten Symposium verbindet beides.



Fachlicher Austausch: Dr. Sebahat Kaya und Dr. Dr. Markus Tröltzsch im Gespräch mit Priv.-Doz. Dr. Amely Hartmann.



Dr. Dr. Frank Bagambisa genießt die letzten Sonnenstrahlen des 20. Experten Symposiums.



Drei glückliche Absolventen nach erfolgreicher EDA-Prüfung.



Der BDIZ EDI auf der 41. IDS in Köln

Treffpunkt Implantologie 2025

Die Fortbildung ist hochkarätig, die Unterstützung in den Fragen der privatzahnärztlichen Honorierung sucht in Deutschland ihresgleichen – der BDIZ EDI stellt seine Arbeit im Bereich Abrechnung und Recht, Fortbildung und Europa-Arbeit auch auf der 41. Internationalen Dental-Schau in Köln vor – seit vielen Jahren übrigens am gleichen Ort. Wer den „Machern" hinter der Verbandsarbeit begegnen oder sich mit den neuesten Leitfäden im Bereich der Implantologie versorgen möchte, besucht am besten den Stand.

Bei der 41. Internationalen Dental-Schau präsentiert sich der BDIZ EDI von seiner deutschen und internationalen Seite – im wahrsten Sinne des Wortes. „Unser Treffpunkt Implantologie soll die Kompetenzen bündeln und zeigen, welche Unterstützung der BDIZ EDI dem implantologisch tätigen Zahnarzt in ganz Europa geben kann", sagt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger.

Am Stand werden die Big Points des Verbands vorgestellt: Unterstützung bei Recht und Abrechnung, das Nachwuchsprogramm mit den beiden Curricula Köln und Süd, das sich aber nicht nur an Berufseinsteiger richtet.

Neu: Der Leitfaden „Update Komplikation bei der implantologischen Behandlung"

Ende Februar und Anfang März tagte aus Anlass des 20. Experten Symposiums die European Consensus Conference (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI in Köln. Herausgekommen ist der inzwischen 20. Praxisleitfaden für die implantologische Praxis.

Auf der IDS ist das Konsensuspapier, das die Komplikationen bei der implantologischen Behandlung thematisiert und wie sie zu vermeiden und zu therapieren sind, druckfrisch in deutscher und englischer Sprache erhältlich. Die früheren 19 Leitfäden, darunter Update Kölner ABC-Risiko Score (2022) Update Periimplantitis (2023), Update digitaler Workflow (2024) sind im Internet oder auf Nachfrage am Stand erhältlich.

Qualitätsleitlinie Implantologie

Der BDIZ EDI hat seine Qualitätsleitlinie Implantologie mehrfach aktualisiert. Ziel ist es, dem implantologisch tätigen Zahnarzt einen Maßstab an die Hand zu geben, seine eigene Arbeit zu beurteilen. Die Qualitätsleitlinie dient der Selbstbeurteilung und Selbsteinschätzung, denn nur der Behandler kennt seine Patienten mit ihren Wünschen und Problemen. Nur er/sie kann zuverlässig beurteilen, wie diese Rahmenbedingungen, die für jede medizinische Leistung von teils ausschlaggebender Bedeutung sind, das vorliegende Behandlungsresultat – positiv oder negativ – beeinflusst haben. Aber auch der Patient braucht verlässliche und verständliche Kriterien, um das Behandlungsergebnis beurteilen zu können.



Dabei ist festzuhalten, dass sich die in dieser Qualitätsleitlinie formulierten Kriterien an den Maßstäben der zahnmedizinischen Wissenschaft orientieren und daher nur Gültigkeit in einem gesundheitspolitischen und zahnärztlichen Umfeld haben, in dem diese Maßstäbe nicht missachtet werden. Die fachlichen Aussagen der Qualitätsleitlinie sind deshalb auch in anderen Ländern gültig.

Wege in die Implantologie

Auf dem Weg in die orale Implantologie unterstützt das Curriculum Köln und seit 2024 auch das Curriculum Süd mit ihren jeweils acht Modulen. Der profunde Grundkurs in der oralen Implantologie punktet seit vielen Jahren mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen. Für das neue Curriculum im Süden gilt: Die fünf Präsenzmodule mit Workshops finden in München und Ansbach statt. Drei Module werden online und on-demand ausgestrahlt. Die Vorteile sind moderne Wissensvermittlung, ideale Lernerfahrung durch hoch qualifizierte Leitung, großer Übungsanteil in den Workshops und ein unschlagbarer Preis. Mehr dazu erfahren Sie am Stand des BDIZ EDI.

Sie haben Fragen? Wir antworten gerne

Der Vorstand des Verbandes wird für Sie vor Ort sein: die Präsidenten Christian Berger und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Geschäftsführer Dr. Stefan Liepe und Schatzmeister Dr. Wolfgang Neumann. Ob Sie Fragen zu den Symposien des BDIZ EDI und dessen Curricula haben, zum aktuellen Stand der GOÄ-Novellierung, zur Verwaltungsklage gegen die GOZ, zur Amalgambroschüre, den Patientenbroschüren oder zur Europa-Arbeit – wir beantworten gerne Ihre Fragen.

AWU



Drehen Sie am Glücksrad

Als Höhepunkt am Stand des BDIZ EDI haben die Besucher die Möglichkeit, am Glücksrad zu drehen. Den Glücklichen winken attraktive Preise. Glücksraddrehen beim BDIZ EDI jeweils um 11 und 15 Uhr.

Der BDIZ EDI auf der IDS 2025

Programm vom 25. bis 29. März 2025

Dienstag 25. März 2025

Fachhändlertag

Mittwoch 26. März 2025

Zahnärztliche Abrechnung und Europa

11:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

ganztägig:
- BDIZ EDI-Tabelle 2025 und Amalgam-Tabelle
- Abrechnungsfragen zur GOZ
- Kooperationspartner: die tschechische Zahnärztekammer CDC
- Allgemeine Fragen zu Kooperationen in und außerhalb Europas

15:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

Donnerstag 27. März 2025

Berufspolitik: Neue Gesetze, Verordnungen

11:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

ganztägig:
- GOZ – was gibt es Neues zur Klage?
- GOÄ-Novellierung – wie geht es weiter?
- Das Amalgamverbot und die Antwort des BDIZ EDI
- EU-Regulierungen und Europa

15:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

Freitag 28. März 2025

Qualität und Fortbildung

11:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

ganztägig:
- Fortbildungsübersicht des BDIZ EDI
- Die Curricula Köln und Süd
- Der Praxisleitfaden und die Arbeit der EuCC
- Fragen im Gutachterwesen

15:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

Samstag 29. März 2025

We want you – warum BDIZ EDI

11:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

ganztägig:
- Der Weg des BDIZ EDI für Berufseinsteiger
- Patientenbroschüren: Implantologie „leicht“ erklärt
- Der BDIZ EDI in den sozialen Netzwerken
- Neu: Der BDIZ EDI auf Wikipedia

15:00 Uhr
- Das BDIZ EDI-Glücksrad dreht sich

BDIZ EDI

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists

© arwiyada – stock.adobe.com



Bewährt wirksam. Besonders mild.

Hochwirksames Antiseptikum *mit 0,2 % Chlorhexidin*

Klinisch bestätigte Plaque-Reduktion[1] – *zur kurzzeitigen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle*

Angenehm milder Minzgeschmack – *fördert die Compliance[2]*

Verbessern Sie die Mundgesundheit Ihrer Patient:innen mit meridol® med.

1 Lorenz K. et al, J Clin Periodontol 2006;33:561–567., **2** Mathur S. et al, National Journal of Physiology, Pharmacy & Pharmacology, 2011.
***** Die abgebildete Pumpe ist kein Bestandteil der Zulassung.

meridol® med CHX 0,2 % Lösung zur Anwendung in der Mundhöhle. **Zusammensetzung:** 100 ml Lösung enthalten 1,0617 g Chlorhexidindigluconat-Lösung, entsprechend 200 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat), Sorbitol-Lösung 70 % (nicht kristallisierend), Glycerol, Propylenglycol, Macrogolglycerolhydroxystearat, Cetylpyridiniumchlorid, Citronensäure-Monohydrat, Pfefferminzöl, Patentblau V (E 131), gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur zeitweiligen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle, als temporäre adjuvante Therapie zur mechanischen Reinigung bei bakteriell bedingten Entzündungen der Gingiva und der Mundschleimhaut sowie nach parodontalchirurgischen Eingriffen, bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels, bei schlecht durchblutetem Gewebe, am Trommelfell, am Auge und in der Augenumgebung. **Nebenwirkungen:** Reversible Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens, reversibles Taubheitsgefühl der Zunge, reversible Verfärbungen von Zahnhartgeweben, Restaurationen (Zahnfüllungen) und Zungenpapillen (Haarzunge). Dieses Arzneimittel enthält Aromen mit Allergenen. Selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf. In Einzelfällen wurden auch schwerwiegende allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock nach lokaler Anwendung von Chlorhexidin beschrieben. In Einzelfällen traten reversible desquamative Veränderungen der Mukosa und eine reversible Parotisschwellung auf. CP GABA GmbH, 20354 Hamburg. Stand: Juli 2024.

Hier scannen, um mehr zu erfahren, oder gehen Sie auf
www.cpgabaprofessional.de

meridol® med CHX 0,2%

PROFESSIONAL
ORAL HEALTH

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

Teil 5: Die Argumentation des Bundesgesundheitsministeriums

In loser Folge veröffentlicht die Redaktion an dieser Stelle Auszüge aus der Feststellungsklage, die der BDIZ EDI begleitet. In diesem fünften Teil geht es um die Argumentation des Bundesgesundheitsministeriums.

Das Bundesgesundheitsministerium lehnt die Anpassung von GOZ und der GOÄ ab und stellt dabei – für die GOZ – ausschließlich auf Daten zum angeblichen zahnärztlichen Einkommen ab, wie beispielhaft dem als Anlage K7 vorgelegten Schreiben des Parlamentarischen Staatssekretärs Prof. Dr. Franke an den Hessischen Landtagsabgeordneten Pohlmann vom 30.06.2023 zu entnehmen ist. Darin heißt es:

> *„Betrachtet man die Entwicklung der Kostenstrukturdaten, die das Statistische Bundesamt regelmäßig bei den Zahnarztpraxen erhebt, so zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Einnahmen und der nach Abzug der Aufwendungen resultierenden Reinerträge. Die Einnahmen aus zahnärztlicher Tätigkeit sind von 2011 bis 2019 um rund 36 Prozent angestiegen, wobei diese Erhöhung bei den privatzahnärztlichen Einnahmen rund 27 Prozent betrug. Der Reinertrag je Praxis hat sich von 178.000 Euro im Jahr 2011 auf 251.000 Euro im Jahr 2019 um rund 41 Prozent erhöht.*
>
> *Auch die Daten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Jahrbuch 2021 der KZBV) zeigen eine dynamische Entwicklung der Einnahmen und der Einnahmen-Überschüsse der Zahnarztpraxen.*
>
> *Der Praxisumsatz je Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit stieg im Zeitraum von 2003 bis 2019 um rund 56 Prozent.*
>
> *Der durchschnittliche Einnahmen-Überschuss je Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber erhöhte sich im gleichen Zeitraum um circa 68 Prozent auf rund 179.800 Euro. Der Median des Einnahmen-Überschusses betrug im Jahr 2019 rund 154.000 Euro je Praxisinhaberin bzw. Praxisinhaber. Diese Einnahmen-Überschüsse liegen über dem in einem betriebswirtschaftlichen Modell kalkulierten Unternehmerlohn von 143.413 Euro für den Zeitraum 2020 bis 2022 (Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 21/22).“*

Eine vergleichbare Argumentation findet sich in der Antwort Herrn Prof. Dr. Frankes vom 8. Dezember 2022 auf eine Frage der Abgeordneten Dr. Christina Baum, AfD (BT-Drs. 20/4582 vom 9. Dezember 2022, S. 118 f.), mit folgender Fragestellung:

> *„Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, warum die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) seit Jahrzehnten nicht im Punktwert aktualisiert wird und wann eine Anpassung des Punktwertes erfolgen wird?“*

Die Antwort lautet im Wesentlichen:

> *„Im Rahmen der letzten Novellierung der GOZ im Jahr 2012 wurde zwar der Punktwert nicht verändert. Dafür wurden aber gezielt die Punktzahlen einiger häufiger erbrachter privatzahnärztlicher Leistungen erhöht, sodass sich insgesamt ein Anstieg der nach der GOZ berechneten privatzahn-*

© 279photo – stock.adobe.com

ärztlichen Honorare (ohne Material- und Laborkosten) vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 um rund 507 Mio. Euro oder 9,2 Prozent ergab.

Nach Erhebung des Statistischen Bundesamtes stiegen die Einnahmen aus privatzahnärztlicher Tätigkeit vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2019 um 27 Prozent, die Reinerträge je Praxis im gleichen Zeitraum um 41 Prozent.

Eine Anpassung des Punktwertes ist derzeit nicht vorgesehen."

Die von Herrn Prof. Dr. Franke genannte Relation entspräche folgender Formel:

$$\frac{\text{Reinertrag aller Praxen bzw. MVZs}}{\text{Anzahl der Praxen bzw. MVZs}} = \text{durchschnittlicher Einnahmen-Überschuss}$$

Seine Argumentation ist mathematisch schon an sich ziemlich eigenwillig. Wenn die Einnahmen aus privatzahnärztlicher Tätigkeit um 27 Prozent, die Reinerträge je Praxis aber um 41 Prozent gestiegen sind, dann werden Einnahmen aus vertrags- und privatzahnärztlicher Tätigkeit nebeneinander gestellt und – irgendwie – verglichen. Das Einzige, was man aus diesen Daten herauslesen kann, ist dass die Kassenpatienten offenbar die Privatpatienten subventionieren. Dass das mittlerweile in erheblichem Ausmaß tatsächlich so ist, ergibt sich aus den Ausführungen unter Ziffer 10, S. 88 ff.

Wenn man mit der Zahl der Praxen argumentiert, wird ignoriert, dass bei den Vertragszahnärzten die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzten zunimmt, die Zahl der Praxen dagegen abnimmt.

Das Jahrbuch der KZBV für 2022 enthält auf S. 146 eine Grafik zur Entwicklung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzten (inkl. angestellter Zahnärzte).

Im von Herrn Prof. Dr. Franke betrachteten Zeitraum 2011 bis 2021 hat sich die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte von 68.502 auf 72.683 (+6,10 Prozent) erhöht, die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte aber von 54.286 auf 46.700 (-13,97 Prozent) ermäßigt (ebd., S. 156). In dieser Statistik sind die Privatzahnärzte mit inkludiert.

Die Zahl aller an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte betrug 2011 60.021 und 2021 62.962 (+4,90 Prozent), die Zahl der nicht als Angestellte teilnehmenden Zahnärzte verringerte sich von 53.992 auf 45.638 (-15,47 Prozent; ebd., S. 160).

Die Anzahl der Praxen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ) verringerte sich von 2011 (44.583) auf 2021 (39.876) um 10,56 Prozent (ebd., S. 166).

Mehr Zahnärzte, aber weniger Praxen. Bei dieser Betrachtung ist es mathematisch zwangsläufig, dass mit der Verkleinerung des Divisors „Anzahl der Praxen bzw. MVZ" der Quotient „durchschnittlicher Einnahmen-Überschuss" steigt.

Aber was sagt das über die Angemessenheit des Punktwertes für die GOZ aus? Mehr dazu im nächsten Teil.

RAT





Christian Berger & Kerstin Salhoff
Amalgamverbot ab 2025 – was nun?
Leistungen, Mehrkostenvereinbarungen, Material

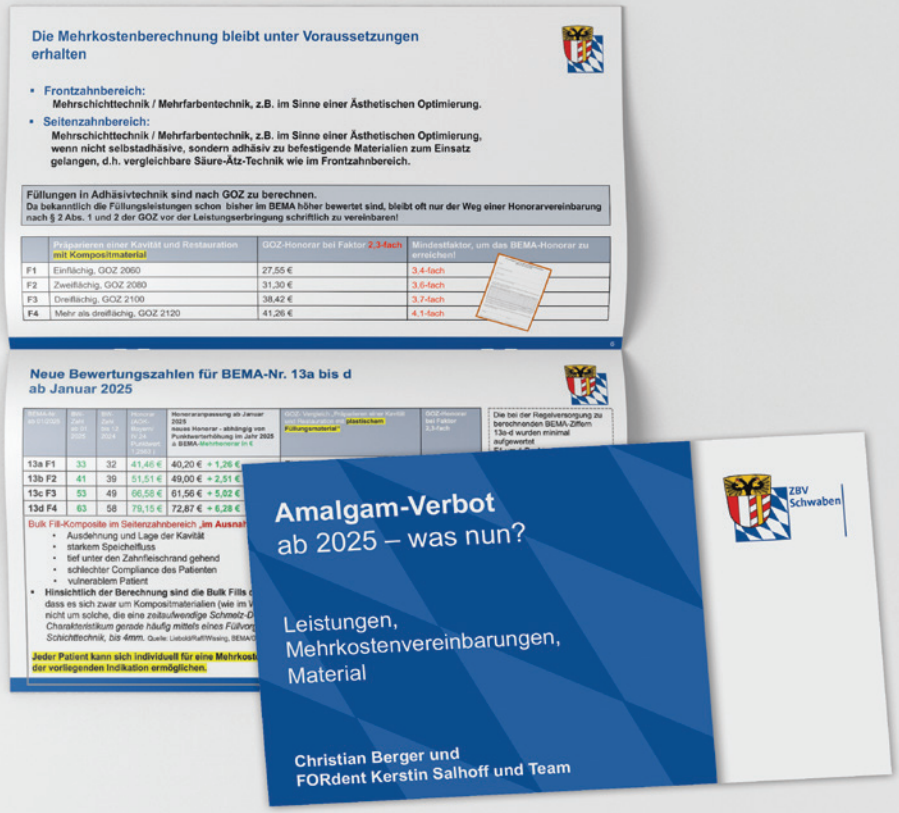
Der BDIZ EDI bietet im Webinar angesichts des seit 1. Januar 2025 geltenden Amalgamverbots einen raschen Überblick über vorhandene Füllungsmaterialien und deren Abrechnung sowie Mehrkostenvereinbarungen im Jahr 2025.

Das Webinar zeigt auf, dass für alle alternativen Füllungsmaterialien eine aufwendigere Verarbeitung erforderlich ist – und damit meist auch mehr Zeit (Matrize, Trockenlegung, Polymerisation). Die beiden Referenten Christian Berger (Präsident BDIZ EDI) und Kerstin Salhoff (Abrechnungsexpertin des BDIZ EDI, FORdent) sprechen über die neuen gesetzlichen Anforderungen und ebenfalls die Möglichkeiten der Mehrkostenvereinbarung.

Gleichzeitig stellt das Webinar die Amalgam-Broschüre des BDIZ EDI vor, die für Mitglieder ebenfalls kostenfrei heruntergeladen werden kann. Die Broschüre gibt einen Überblick über Füllungsmaterialien und die Abrechnung und nimmt für die Zahnarztpraxen einen Faktencheck vor.

Das Webinar ist unter folgendem Link für Mitglieder des BDIZ EDI abrufbar: https://youtu.be/jQnpE-7YBp8.

Die Broschüre zum Download für Mitglieder:



Die Amalgam-Broschüre ist auch als Druckwerk zum Preis von 15 Euro zzgl. Versandkosten im Onlineshop des BDIZ EDI erhältlich.

Prüfung zum „Spezialist für Implantologie" (EDA)

Drei erfolgreiche Absolventen

Der BDIZ EDI veranstaltet jedes Jahr sein Experten Symposium in Köln. Zum Jubiläum „20 Jahre Experten Symposium" absolvierten drei Zahnärzte erfolgreich die Prüfung zum europäischen Spezialisten für Implantologie (EDA).



Höchste Auszeichnung für Dr. Nathalie Khasin (2. v. r.), Priv.-Doz. Dr. Dr. Andrea Grandoch und Dr. Basim Hakimi (3. v. r.). Sie absolvierten erfolgreich die Prüfung zum Europäischen Spezialisten für Implantologie (EDA). Das Bild zeigt sie mit den Prüfern Christian Berger (rechts), Dr. Stefan Liepe (2. v. l.) und Dr. Wolfgang Neumann.

Die hohen Voraussetzungen vor der Prüfung waren erfüllt und so präsentierten zwei Zahnärztinnen aus Berlin und Köln sowie ein Kollege aus der Schweiz ihre Fälle vor dem EDA-Prüfgremium, das aus Christian Berger sowie Dr. Stefan Liepe und Dr. Wolfgang Neumann bestand. Nach der Begutachtung der Implantat- und prothetischen Versorgungen sowie den Nachfragen der Prüfer reihen sich nun drei weitere europäische Spezialisten für Implantologie der EDA (European Dental Association) in die Phalanx der Titelträger ein.

Die erfolgreichen Absolventen sind: Dr. Nathalie Khasin aus Berlin, Priv.-Doz. Dr. Dr. Andrea Grandoch (Uni Köln) und Dr. Basim Hakimi aus Bern. Der BDIZ EDI gratuliert herzlich!

AWU

Prüfung zum „Spezialist für Implantologie"

Wer sich für die Prüfung zum „Spezialist für Implantologie" der EDA interessiert, erhält Informationen auf der Internetseite des BDIZ EDI unter www.bdizedi.org. Die European Dental Association (EDA) wurde 1999 als Dachverband Europäischer Fortbildungsorganisationen und -Institutionen gegründet. Sie bietet die Möglichkeit einer europäischen Integration aller Gruppen, die in der Weiterbildung engagiert sind, und richtet sich an Zahnärzte, die sich in einer oder mehreren Fachdisziplinen spezialisieren wollen.

Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung in der Disziplin Implantologie sind:

- 250 von der EDA anerkannte Fortbildungsstunden aus den verschiedenen Teilbereichen der Implantologie
- die Vorlage von zehn dokumentierten, selbstständig durchgeführten implantologischen Behandlungsfällen
- eine mindestens fünfjährige schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Implantologie

Die besondere Erfahrung und die schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Implantologie werden durch mindestens 400 gesetzte und 150 prothetisch versorgte Implantate innerhalb der vergangenen fünf Jahre nachgewiesen. Wer sich für die Prüfung interessiert, erhält Information und Anmeldeunterlagen über die Internetseite des BDIZ EDI oder von der EDA:

EDA-Website

BDIZ EDI-Website

BDIZ EDI Englisch

RÜCKSCHAU

PKV-Verband warnt vor Mehrbelastung der Versicherten

Lebensbedrohlich für Arbeitsplätze

Nach dem Vorstoß der Grünen für höhere Einnahmen der Kranken- und Pflegeversicherung hat sich der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) klar gegen eine stärkere Belastung der Beitragszahler ausgesprochen.

„Deutschland wendet schon heute viel mehr Geld für das Gesundheitssystem auf als alle anderen Länder in der Europäischen Union", betonte PKV-Verbandsdirektor Florian Reuther bei einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) in Berlin im Januar. Jede neue Leistungsausweitung in der Kranken- und Pflegeversicherung und jede Erhöhung der Beitragssätze und der Bemessungsgrenzen sei „lebensbedrohlich für die Arbeitsplätze in Deutschland", warnte Reuther. Auf ihnen laste ohnehin schon eine der weltweit höchsten Abgabenquoten. Der von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) vorgestellte Arbeitgeber-Belastungsrechner setzt sich mit den Konsequenzen einer höheren Beitragsbelastung für den Wirtschaftsstandort Deutschland auseinander. Dabei geht es nicht nur um den Anstieg der Beitragssätze. Hier geht es zum Arbeitgeber-Belastungsrechner:

Quelle: PKV-Verband

Hochschulstärkungsgesetz in Nordrhein-Westfalen

Wer durchfällt, wird mit dem Bachelor belohnt

Die Meldung der *zm* birgt Sprengstoff. In der Ausgabe 3 schreibt sie über einen Entwurf zum neuen Hochschulstärkungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Demzufolge ist vorgesehen, dass Studierende, die die zahnärztliche Prüfung Z3 nicht bestanden haben, künftig einen „integrierten Bachelor" bekommen sollen. Damit würde ein seit Jahrhunderten gängiges akademisches Grundprinzip auf den Kopf gestellt, so der Chefredakteur der *zm*, Sascha Rudat. Kritik üben die Bundeszahnärztekammer und einige Verbände. Das geplante Hochschulstärkungsgesetz in NRW sieht laut Entwurf für die Studiengänge Medizin, Pharmazie und Zahnmedizin vor, dass im Fall des Nichtbestehens bestimmter Prüfungsabschnitte der pharmazeutischen oder der zahnärztlichen Prüfung sowie des Ablegens eines Abschnitts der ärztlichen Prüfung Bachelorgrade verliehen werden sollen. Wer also durchfällt, wird mit einem Bachelor belohnt. Erläutert werden die Pläne im Text in den Paragrafen 66 Abs. 1b bis 1d, schreibt die *zm* im Leitartikel. So steht in Paragraf 66 Abs. 1c wörtlich: „Die Universität verleiht Studierenden eines Studiengangs der Zahnmedizin [...] einen Bachelorgrad, wenn sie den Dritten Abschnitt der zahnärztlichen Prüfung (gem. ZApprO) oder die zahnärztliche Prüfung (gem. AOZ) nicht bestanden haben.

Quellen: zm-Online und zm-Ausgabe 3 vom 30.1.2025

Zahnarzt will keinen Notfalldienst mehr machen

Klage erfolglos

Ein Zahnarzt (66) aus Hagen klagte erfolglos auf Befreiung vom Notdienst. Spätfolgen nach Coronainfektion reichen als Grund nicht aus. Nach der Berufsordnung ist jeder ambulant tätige Zahnarzt grundsätzlich verpflichtet, am zahnärztlichen Notfalldienst teilzunehmen, schreibt die *Westfalenpost*. Ein rotierendes System stelle zumindest sicher, dass jeder einmal an die Reihe kommt. Der 66-Jährige hatte im August 2023 bei der zuständigen Zahnärztekammer Westfalen-Lippe einen Antrag auf Befreiung vom zahnärztlichen Notfalldienst für das Jahr 2024 gestellt. Denn er leidet, was unbestritten ist, an den Spätfolgen einer Coronainfektion. Deshalb sei er von seinem Arzt nur zu 50 Prozent arbeitsfähig geschrieben worden. Auch die Zahnärztin, die in seiner Praxis angestellt ist, könnte seine Notdienste nicht mit übernehmen: Sie sei chronisch krank und leide seit ihrer Kindheit an Diabetes.

Die Zahnärztekammer lehnte den Befreiungsantrag jedoch ab. Begründung: Der Umsatz des Hagener Zahnarztes liege über dem durchschnittlichen Umsatz aller Zahnarztpraxen in Westfalen-Lippe. Deshalb sei es ihm durchaus zumutbar, einen Vertreter für die Notfalldienste zu bestellen und diesen auch zu bezahlen. „Tatsächlich", erklärt Gerichtssprecher Kai Hendrik Teipel, „ist nach der Notfall-Dienstordnung auf Antrag eine Befreiung vom zahnärztlichen Notdienst möglich. Und zwar dauerhaft oder vorübergehend, vollständig oder teilweise. Jedoch sind dazu schwerwiegende Gründe erforderlich." Und diese lagen, laut der Entscheidung der 7. Kammer, nicht vor. So sei nicht hinreichend belegt worden, dass es dem Kläger nicht möglich sei, einen Vertreter für seine Notfalldienste zu finden. Teipel: „Die Klage wurde abgewiesen."

Quelle: Westfalenpost vom 6.3.2025

VORSCHAU

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Umgang mit KI in der Medizin

Die Einsatzmöglichkeiten von künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin sind fraglos vielfältig. Dabei habe KI das Potenzial, die Patientenversorgung zu verbessern und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Der Wissenschaftliche Beirat (WB) der Bundesärztekammer (BÄK) hat zum wachsenden Einfluss der KI in der Medizin eine Stellungnahme erarbeitet.

„Insgesamt wird deutlich, dass sich das Gesundheitswesen und insbesondere die ärztliche Tätigkeit durch den vermehrten Einsatz von KI verändern wird und dass der ärztlichen Mitgestaltung dieses Wandels wesentliche Bedeutung zukommt", ergänzte Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer.

Ziel der vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossenen Stellungnahme ist, den Status quo von KI in der Medizin und damit verbundene Risiken und Chancen aus medizinisch-wissenschaftlicher Perspektive darzustellen. Diese soll die 2021 erschienene Stellungnahme „Entscheidungsunterstützung ärztlicher Tätigkeit durch KI" der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) ergänzen. Als medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme soll die Stellungnahme zur Stärkung der ärztlichen Perspektive im Themenfeld KI in der Medizin beitragen und eine Grundlage für sachliche Diskussionen unter anderem auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig bieten.

Quelle: BÄK vom 21.2.2025

Bundesgerichtshof (BGH) stellt klar:

Aufklärung vor dem Eingriff muss mündlich erfolgen



Eine ordnungsgemäße Aufklärung über die Risiken medizinischer Eingriffe darf nicht allein schriftlich erfolgen. Ärzte sind verpflichtet, Patienten mündlich aufzuklären, denn ein vertrauensvolles Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient soll immer auch die Möglichkeit für Rückfragen ermöglichen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Urteil vom 5.11.2024 klargestellt (Az.: VI ZR 188/23). Die Richter verweisen in ihrem Urteil zunächst darauf, dass eine wirksame Einwilligung des Patienten dessen ordnungsgemäße Aufklärung nach § 630d Abs. 2 BGB voraussetze. Dabei müssten die in Betracht kommenden Risiken nicht exakt medizinisch beschrieben werden. Es genüge vielmehr, den Patienten „im Großen und Ganzen" über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären und ihm dadurch eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren zu vermitteln, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern.

Quelle: BGH vom 5.11.2024, Az: VI ZR 188/23

13 Bundestagsabgeordnete

Fokus auf Gesundheit

13 Ärztinnen und Ärzte, zwei Zahnärzte und eine Psychologin sitzen im neuen Bundestag, hat die *Ärzte-Zeitung* herausgefunden. Viele weitere Abgeordnete kommen aus anderen medizinischen oder Gesundheitsberufen. Und etliche engagierten sich schon früher in der Gesundheitspolitik. Die *Ärzte-Zeitung* stellt die Abgeordneten in Kurzporträts vor. Sämtliche Abgeordnete sind in der Union beheimatet: Stephan Albani, Göttingen; Simone Borchardt, Mecklenburg-Vorpommern; Dr. Markus Bröhr, Rheinland-Pfalz ist Zahnarzt; Adrian Grasse, Steglitz-Zehlendorf; Anne Janssen, Landkreis Friesland; Dr. Georg Kippels, Erft-Spree-Kreis; Axel Knoerig, Bassum; Patricia Lips, Wahlkreis Odenwald; Axel Müller, Ravensburg; Sepp Müller, Wittenberg; Dr. Stephan Pilsinger, Günzburg; Tino Sorge, Thüringen; Sebastian Steineke, Neu-Ruppin; Stephan Stracke, Kaufbeuren.

Quelle: Ärzte-Zeitung vom 6.3.2025

35. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

Implantologische Sachverständige kommen nach Augsburg

Einmal im Jahr lädt der BDIZ EDI die zahnärztlichen Sachverständigen zur Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie ein. 2025 findet die eintägige Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit dem Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben in Augsburg statt. Termin: Samstag, 28. Juni 2025.

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

Die jährliche Gutachterkonferenz dient dem Austausch der Gutachter. Die sorgfältige Fortbildung der Gutachter im Bereich der Implantologie ist seit Jahren ein wesentlicher Aspekt der Verbandsarbeit des BDIZ EDI, weil unbedachte gutachterliche Äußerungen zu heiklen Entwicklungen vor Gericht und zu ungewollten Problemen für die implantologische Versorgung und Abrechnung insgesamt führen können.

Der BDIZ EDI ist in der Konsensuskonferenz Implantologie aktiv und bietet implantologischen Gutachtern ein ausgezeichnetes Forum, um den sicheren Umgang mit Recht und Gerichten zu lernen. So wie der Stand der zahnärztlichen Wissenschaft immer weiter voranschreitet, entwickelt sich auch die Rechtsprechung im Medizinbereich immer weiter. Darüber hinaus gibt es ständige Veränderungen im Bereich der Gesetzgebung, die Auswirkungen auf die gutachterliche Tätigkeit haben.

Der Gutachterausschuss ist ein ständiger Ansprechpartner für die Mitglieder und die Gutachter des BDIZ EDI in Gutachterfragen. Neben der Ausbildung, Bestellung und Betreuung der Gutachter bereitet er auch die jährliche Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie und in Abstimmung mit einer – jährlich wechselnden – Zahnärztekammer vor. In diesem Jahr ist es der Zahnärztliche Bezirksverband Schwaben (ZBV) in Bayern, der 2.300 Mitglieder betreut.

Save the Date

35. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

Termin: Samstag, 28. Juni 2025
Ort: 86150 Augsburg,
Haus Sankt Ulrich,
Tagungshotel der Diözese Augsburg, Kappelberg 1

Mehr demnächst auf der Website des BDIZ EDI











Augsburg sehen und erleben

Die älteste bestehende Sozialsiedlung der Welt, die Fuggerei, ist einer der besonderen Anziehungspunkte der Stadt, ebenso wie der Goldene Saal mit seiner glanzvollen Prunkdecke.

Das Rathaus gilt als einer der bedeutendsten Profanbauten der Renaissance nördlich der Alpen. Mit mehr Brücken als Venedig ist Augsburg eine Stadt des Wassers, wovon auch die Monumentalbrunnen zeugen. Die Wassertürme am Roten Tor lassen Augsburgs enge Verbindung mit dem Element Wasser lebendig werden. Und mediterranes Flair kommt in der Altstadt auf, mit ihren verwinkelten Gässchen und kleinen Plätzen.

Als Gründungsjahr Augsburgs gilt 15 v. Chr., da in diesem Jahr auf dem Gebiet des heutigen Stadtteils Oberhausen ein Legionslager, das später auch als Nachschubdepot diente, errichtet wurde. Kaiser Augustus hatte seinen beiden Stiefsöhnen Drusus und Tiberius den Auftrag dazu erteilt. Diesem Gründungsdatum zufolge wäre Augsburg nach Trier die zweitälteste Stadt Deutschlands, wobei dies nach verschiedenen Kriterien gewertet werden kann (siehe Artikel Älteste Städte Deutschlands). Gesichert ist dagegen, dass sie nach Augusta Treverorum, dem heutigen Trier, eine der größten römischen Siedlungen nördlich der Alpen war.

Augsburg ist mit über 300.000 Einwohnern die drittgrößte Stadt Bayerns. Bekannt ist Augsburg vor allem für die Fuggerei, die älteste bestehende Sozialsiedlung der Welt, die Jakob Fugger im Jahr 1521 gegründet hat. Das Augsburger Wassermanagement-System ist seit 2019 ein Weltkulturerbe der UNESCO.

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten April bis Juni 2025 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden" oder besonderen Geburtstag. Der Verbandsvorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

April



1. April
Dr. Heinz Grommes (Schwabach)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

3. April
Dr. Desiree Burg (Idar-Oberstein)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. April
Dr. Helmuth Althoff (Ratingen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

17. April
Dr. Rene Kleinlugtenbelt (Hannover)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

18. April
Dr. Kamal Tizieni (Schneeberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

20. April
Dr. Stephan Arnold (Ebersberg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

26. April
Dr. Mario Heupel (Berlin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

29. April
Dr. Stephan Krebs (Lüchow)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Mai



1. Mai
Dr. Hans-Joachim Schütz (Gmund)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

3. Mai
Dr. Michael Tessmer (Frankfurt am Main)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

9. Mai
Dr. Robert Kempter (Augsburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

19. Mai
Dr. Andreas Jordan (Bonn)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

23. Mai
Dr. Monika Sausen-Bootsch (Sankt-Augustin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. Mai
Dr. Sibbern Sibbersen (Husum)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

25. Mai
Armin Göhring (Celle-Neuenhäusen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Juni



2. Juni
Franz Klawitter (Sögel)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs



© tetiana_u/Shutterstock.com

5. Juni
Udo Gerth (Bad Segeberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

9. Juni
Dr. Wolfram Eisenblätter (Karlstadt)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

11. Juni
Dr. Fritz Bergmann (Marktl)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

12. Juni
Dr. Ingo Bahlmann (Köln)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

14. Juni
Dr. Per-Hakan Frankman (Baunatal)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

19. Juni
Dr. Johan de Jonge (Papenburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

22. Juni
Dr. Karl-Heinz Schwarz (Fröndenberg)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

24. Juni
Dr. Rainer Tegeler (Ibbenbüren)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

28. Juni
Dr. Robert Böttcher (Ohrdruf)
zur Vollendung des 70. 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.



Nachruf des BDIZ EDI auf Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Vorbild und Wegbereiter

Mit großer Trauer gedenken wir Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer von 2000 bis 2008 und Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse. Er ist nach kurzer, schwerer Krankheit am 30. Januar 2025 im Alter von 86 Jahren verstorben.

Jürgen war weit mehr als ein verdienstvoller Funktionsträger. Er prägte mit Weitsicht und Fingerspitzengefühl über viele Jahre die Standespolitik und insbesondere die Bedeutung der Bundeszahnärztekammer wuchs in seiner Amtszeit als Präsident zu einer bedeutenden Institution der deutschen Zahnärzte. Jürgen war aber auch ein hilfsbereiter Kollege, dem trotz seiner ehrenamtlichen Aufgaben die in der Praxis ausgeübte und wissenschaftliche Zahnheilkunde sehr am Herzen lag.

Jürgen Weitkamp wurde am 15. Juli 1938 in Bielefeld, Westfalen, geboren. Nach Abitur und Studium der Medizin und Zahnmedizin, die er zum Teil in den USA absolvierte, ließ er sich 1967 in der väterlichen Praxis in Lübbecke nieder. Schon sehr früh engagierte er sich für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort.

Ungezählt sind seine über die Jahrzehnte ausgeübten Ämter, Mitgliedschaften, Initiativen und Implementierungen neuer Institutionen, Projekte und Förderung von Karrieren und Nachwuchs. Die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Berufsausübung auf vielen Ebenen war ihm immer wichtig.

1990 wurde er zum Präsidenten der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe gewählt und führte sie bis ins Jahr 2001. Er gab dieses Amt ab, nachdem er 2000 von der Bundesversammlung zum Präsidenten der Bundeszahnärztekammer gewählt wurde. Diese Aufgabe hatte er bis zum Jahr 2008 inne. Seine Ämter und Funktionen hat er nicht nur ausgefüllt, er hat sie durch sein Wirken auf eine neue Stufe gehoben. Seine Verdienste sind umfangreich: Er war Ehrenpräsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und Ehrenpräsident der Bundeszahnärztekammer, Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse und wurde mit der Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie sowie der goldenen Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausgezeichnet. Er ist Preisträger der Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe des Jahres 2009 und Ehrenbürger der Stadt Quedlinburg als Ausdruck des Dankes für sein Engagement bei der Restaurierung und Wiedererstehung einer Reihe historischer Gebäude dort. Seine Heimatstadt Lübbecke ehrte ihn ebenfalls mit der Ehrenbürgerschaft.

Frühzeitig hat er die Entwicklung in der zahnmedizinischen Wissenschaft aufgenommen und den Wechsel von der reparativen und rekonstruktiven Zahnheilkunde der Siebziger- und Achtzigerjahre hin zur mehrstufigen Prävention und erhaltenden Restauration durch das gemeinsam mit der KZBV und der Wissenschaft betriebene Projekt der wissenschaftlichen Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahnheilkunde begleitet und gestaltet. Von den Erfolgen profitieren wir bis heute: Die Mundgesundheitsstudien belegen, dass in Deutschland die Prävention oben angesiedelt ist und die Zahngesundheit Deutschlands weltweit einen Spitzenplatz einnimmt.

Ich erinnere mich sehr gern als damaliger Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer und Leiter des Bayerischen Zahnärztetages an seine Aufenthalte als hochgeschätzter Ehrengast in München, die er mit Besuchen bei der Tochter verband.

Für den BDIZ EDI war er mehr als einmal Referent unserer berufspolitischen Symposien. Gerne denke ich an sein Impulsreferat „Leitgedanken präventionsorientierter Zahn-Medizin“ anlässlich unseres Jahressymposiums 2007 in Berlin zurück, mit dem er uns mit beeindruckender Weitsicht auf eine Reise in die zahnmedizinische Zukunft mitgenommen hat.

Persönlichkeiten wie Jürgen, die sich aus vollem Herzen für die deutsche Zahnärzteschaft einsetzen, gibt es nicht mehr viele. Er war Vorbild und Wegbereiter. Wir werden sein Engagement für den Berufsstand und ihn persönlich als immer höflichen und feinsinnigen Menschen und Freund vermissen. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren. Unsere Gedanken sind bei seiner Familie.

Christian Berger
für den BDIZ EDI-Vorstand

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 ß-TCP Knochenregeneration

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

NEU



349,00 €
zzgl. MwSt.

Vitamin D Sofort-Test Gerät

Point-of-Care-Diagnostikgerät misst innerhalb von weniger als 15 Minuten den Gesamt-25-OHVitamin-D Spiegel; liefert in Verbindung mit einem speziellen Immunoassay-Analysator direkt am Behandlungsstuhl präzise, schnelle und zuverlässige Ergebnisse.

NEU



ab 149,00 €
zzgl. MwSt.



Root-Ex Wurzelentferner Set

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

NEU



339,00 €
zzgl. MwSt.

Vitamin D Praxis-Sofort-Test (25 Stk.)

Unsere Vitamin-D Praxis-Sofort-Tests ermöglichen eine präzise Messung des Vitamin-D-Spiegels im Blut, insbesondere des 25-Hydroxyvitamin-D (25-OH-VD), welches den besten Indikator für den Vitamin-D-Status im Körper darstellt.

Aktionspreis
ab 75,75 €
zzgl. MwSt.



Safescraper®

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

NEU

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 31.03.2025

zantomed
www.zantomed.de

NEWS-TICKER

Polnische EU-Ratspräsidentschaft

Gesundheit als Schwerpunkt

Am 1. Januar hat Polen turnusgemäß den rotierenden Vorsitz des Rates der Europäischen Union übernommen. Das Motto der polnischen EU-Ratspräsidentschaft lautet: „Sicherheit Europa!" Der Schwerpunkt liegt auf der Stärkung von sieben Dimensionen der europäischen Sicherheit, zu denen ausdrücklich auch der Bereich Gesundheit gehört. Es wird sich dabei auf drei Bereiche konzentriert: Die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung, wozu die Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraumes (EHDS) gehört, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Quelle: BZÄK-klartext 1/2025



EU-Chemikalienagentur prüft Ethanol

Deutschland warnt vor Einschränkungen

Angesichts eines laufenden Prüfverfahrens der EU-Chemikalienagentur zur Gefahreneinstufung von Ethanol warnen die Spitzenverbände der deutschen Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Apotheker und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Deutsche Bundesregierung eindringlich vor den Folgen einer nachteiligen Einstufung des bewährten Desinfektionsmittels als CMR-Substanz (cancerogen/mutagen/reproduktionstoxisch). Als Konsequenz wäre die Verfügbarkeit und der Einsatz von Ethanol auf Grund der in Deutschland geltenden Arbeitsschutzregelungen stark eingeschränkt oder sogar verboten. Ethanol sei aufgrund seiner überlegenen Wirksamkeit als Desinfektionsmittel in Arzt- und Zahnarztpraxen von essenzieller Bedeutung und für einen wirksamen Infektionsschutz sowohl für Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitspersonal unabdingbar, heißt es dazu von der Bundeszahnärztekammer.

Quelle: BZÄK-klartext 1/2025

© A Kisel/Shutterstock.com

Antibiotikazugabe vor Zahnextraktion

Kein nachweisbarer Nutzen

Eine retrospektive Kohortenstudie von Forschern aus Irland (Dublin Dental University Hospital) und Frankreich hat den Zusammenhang zwischen Antibiotikazugabe und postoperativen Komplikationen nach einer Zahnextraktion untersucht. Die Stichprobe umfasste ca. 269.000 Patienten, die zwischen 2015 und 2019 einer Zahnextraktion unterzogen wurden. Die Forscher verglichen zwei Patientengruppen miteinander: eine Gruppe, der vor der Operation ein Antibiotikum verschrieben wurde und die andere ohne Zugabe von Antibiotika. Besonderes Augenmerk richtete die Studie auf das Auftreten von Komplikationen innerhalb von sieben Tagen nach der OP, wie beispielsweise orale Infektionen, trockene Alveolen oder Fieber.

Die Ergebnisse zeigen, dass 31,8 Prozent der Patienten eine antibiotische Prophylaxe erhielten – das am häufigsten angewendete Antibiotikum war Amoxicillin. Zumeist wurde ein Antibiotikum verschrieben, wenn der Patient eine chirurgische Extraktion erhielt.

Insgesamt wurde bei 3.387 Patienten eine postoperative Komplikation festgestellt. Von diesen hatten 37,5 Prozent der Patienten (1.272 Personen) zuvor Antibiotika eingenommen und 62,5 Prozent (2.115 Personen) nicht.

Insgesamt ergab die Kohortenstudie keine Evidenz für einen nachweisbaren Nutzen zur Vermeidung von postoperativen Komplikationen durch Gabe von Antibiotika vor der OP.

Quellen: ZWP online Deutschland vom 28.2.2025, nature.com

KI-Gesetz der EU



Soziales Verhalten darf nicht bewertet werden

Nach dem KI-Gesetz der EU ist der Einsatz von Programmen mit künstlicher Intelligenz (KI) verboten, die eine Bewertung von sozialem Verhalten vornehmen. Das Verbot gelte als erste Vorschrift im Rahmen der Umsetzung des KI-Gesetzes der EU (AI Act), das im August 2024 in Kraft getreten ist, teilte die Kommission mit. Um die Einhaltung des Gesetzes sicherzustellen, werde die Kommission Leitlinien zu verbotenen KI-Praktiken veröffentlichen. In diesen Leitlinien würden die rechtlichen Konzepte erläutert und praktische Anwendungsfälle auf der Grundlage der Beiträge der Interessenträger bereitgestellt. Sie seien nicht verbindlich und würden erforderlichenfalls aktualisiert.

Unternehmen, die KI entwickeln oder einsetzen, sollten ihre Systeme nach dem Grad des Risikos bewerten und geeignete Maßnahmen ergreifen, um den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden, heißt es weiter. Ziel der neuen Verordnung ist nach Angaben der Kommission nicht nur der Schutz der Rechte der Verbraucher. Man wolle auch sicherstellen, dass KI verantwortungsvoll eingesetzt werde.

Quelle: zm-online, Deutschland

GDC in Großbritannien meldet zum Jahresstart

Mehr Zahnärzte auf der Insel

Wie der General Dental Council (GDC) meldet, waren in Großbritannien zum Jahresstart 2025 rund 45.580 Zahnärztinnen und Zahnärzte registriert. Das sind 1.371 Zahnärzte oder 3,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zulassungszahlen sind in den letzten fünf Jahren stetig gestiegen – 2021: 41.863, 2022: 42.215, 2023: 43.130, 2024: 44.209,2025: 45.580. Mit 793 (1,7 Prozent) Zahnärzten, die ihre Zulassung 2025 nicht erneuert haben, war das der niedrigste Wert der letzten fünf Jahre. Dieser Prozentsatz schwankte zuvor seit 2021 zwischen 2,3 Prozent und 2,9 Prozent. Zu den Gründen für den Austritt zählen eine freiwillige Abmeldung, keine bezahlte Beibehaltungsgebühr, ein Eintritt in den Ruhestand und Versterben.

Der GDC stellt jedoch fest, dass die Daten „keinen Einblick in die Anzahl der Berufsangehörigen geben, die nach unterschiedlichen Mustern arbeiten". Offen bleibt etwa, wie viele der registrierten Zahnärzte Voll- oder Teilzeit oder ob sie im National Health Service (NHS) oder in der Privatwirtschaft arbeiten.

Quellen: zm-online, Deutschland vom 27.1.2025, GDC

Studie der Universität Buffalo

Cannabis fördert Karies

Cannabisrauchen korreliert mit vermehrter Karies und Zahnverlust. Das hat jetzt eine Arbeitsgruppe der Universität Buffalo in einer Studie festgestellt, die im *Journal of the American Dental Association* erschienen ist. Mit der Legalisierung von Cannabis in einzelnen Bundesstaaten der USA stieg auch der Konsum der Droge an. Einer Studie des National Institute on Drug Abuse aus dem Jahr 2023 zufolge erreichte der Prozentsatz junger Erwachsener (19 bis 30 Jahre), die im vergangenen Jahr (teils täglich) Marihuana konsumierten, den höchsten Stand aller Zeiten. Ausgehend von vorausgegangenen klinischen Beobachtungen hat ein Forscherteam um Ellyce Clonan, DDS, an der School of Dental Medicine der University at Buffalo, eine Umfragestudie zu den Auswirkungen von Cannabis aufgelegt. In dieser Querschnittsstudie wurden Daten von 5.656 Teilnehmern im Alter von 18 bis 59 Jahren analysiert, die von 2015 bis 2018 an der National Health and Nutrition Examination Survey teilgenommen hatten. Im Vergleich zu Nicht-Cannabis-Nutzern hatten Teilnehmer, die Cannabiskonsum angaben, eine um 17 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit für eine Kronenkaries (95 Prozent KI 1,02 bis 1,35), eine um 55 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit für eine Wurzelkaries (95 Prozent KI 1,21 bis 1,99) und eine um 41 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit für einen Zahnverlust (95 Prozent KI 1,00 bis 1,99), nach Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Rasse oder Ethnizität, Geburtsort, Bildung, Familieneinkommen im Verhältnis zu Armut und Alkoholkonsum.

Quelle: School of Dental Medicine, University of Buffalo

Ellyce Clonan et al. Frequent recreational cannabis use and its association with caries and severe tooth loss. The Journal of the American Dental Association (2024). DOI: 10.1016/j.adaj.2024.10.005.

© A Kisel/Shutterstock.com



Folgt das Fremdbesitzverbot für Arzt- und Zahnarztpraxen aus dem Europarecht?

EuGH fällt unerwartete Entscheidung

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) fällte am 19.12.2024 in einem das Fremdbesitzverbot an Anwaltskanzleien in Deutschland betreffenden Fall eine grundlegende, nach dem vorausgegangenen Votum des Generalanwalts unerwartete Entscheidung (AZ: C-295/23). Das Fremdbesitzverbot ist europarechtlich wirksam.

Nachdem der EuGH bereits im Jahr 2009 auch schon hinsichtlich des Fremdbesitzverbotes im deutschen Apothekengesetz entschieden hatte, stellt sich jetzt die Frage, ob diese Maßstäbe auch auf andere freie Berufe im Gesundheitswesen, insbesondere auch investorengeführte Medizinische Versorgungszentren (IMVZ) übertragen werden können und welche Folgen aus der jüngsten EuGH-Entscheidung zu ziehen sind.

Der Fall

Vor dem EuGH wurde der Widerruf der Zulassung einer Rechtsanwalts-GmbH verhandelt, nachdem der zunächst einzige Anwalts-Gesellschafter 51 Prozent seiner Gesellschaftsanteile an eine GmbH Österreichischen Rechts veräußerte, die weder in Deutschland noch in Österreich zur Rechtsberatung zugelassen, sondern lediglich auf Unternehmensberatung und -beteiligung ausgerichtet ist. Zugleich wurde die Gesellschaftssatzung geändert, um die Unabhängigkeit der Geschäftsführung der Gesellschaft, die Rechtsanwälten vorbehalten bleiben sollte, zu gewährleisten. Die zuständige Rechtsanwaltskammer widerrief die Zulassung als Rechtsanwaltsgesellschaft. Der Fall kam durch Vorlage des Anwaltsgerichtshofs München an den EuGH.

Die Entscheidung des EuGH

Der EuGH sieht den Kern des Rechtsstreits in der Frage der Unionsrechtskonformität, einer Regelung, die verhindern möchte, dass reine Finanzinvestoren, die nicht die Absicht haben, in der Gesellschaft beruflich tätig zu sein, auf das operative Geschäft Einfluss nehmen. Er legt die Fragen des Anwaltsgerichtshofes dahingehend aus, dass geklärt werden solle, ob Europarecht einer nationalen Regelung entgegensteht, „nach der es unzulässig ist, dass Geschäftsanteile an einer Rechtsanwaltsgesellschaft auf einen reinen Finanzinvestor übertragen werden, der nicht die Absicht hat, in der Gesellschaft eine in dieser Regelung bezeichnete berufliche Tätigkeit auszuüben, und die bei Zuwiderhandlung den Widerruf der Zulassung der betreffenden Rechtsanwaltsgesellschaft zur Rechtsanwaltschaft vorsieht."

Diese Fragestellung gibt es potenziell in gleicher Weise bei IMVZ

Der EuGH geht davon aus, dass europarechtlich sowohl die Niederlassungsfreiheit als auch die Kapitalverkehrsfreiheit betroffen sind, sieht diese Beeinträchtigungen jedoch als unionsrechtlich gerecht-



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

unter Mitarbeit von
Herrn ref. jur. Sebastian Schurz
als wissenschaftlichem Mitarbeiter

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwälte
Berlin · Böblingen · Duisburg · Essen ·
Freiburg i.Br. · Köln · Meißen · München
Charles-Lindbergh-Straße 7,
71034 Böblingen (ab 1.4.2025)
Tel.: +49 7031 9505-27 (Frau Sybill Ratajczak)
E-Mail: syr@rpmed.de
Fax: +49 7031 9505-99
E-Mail: ratajczak@bdizedi.org

fertigt an. Sowohl der Schutz von Dienstleistungsempfängern (hier: Empfänger von Rechtsdienstleistungen) als auch die Wahrung der ordnungsgemäßen Rechtspflege und damit verbunden der Schutz der Rechtsschutzsuchenden sowie die ordnungsgemäße Ausübung des Rechtsanwaltsberufs seien als zwingende Gründe des Allgemeininteresses zu beurteilen.

Den Kern der anwaltlichen Vertretungsaufgabe sieht das Gericht darin, dass „in völliger Unabhängigkeit und unter Beachtung des Gesetzes sowie der Berufs- und Standesregeln die Interessen des Mandanten bestmöglich" geschützt und verteidigt werden. Die deutschen Regelungen zum Fremdbesitzverbot seien geeignet, um das Ziel der Wahrung der ordnungsgemäßen Rechtspflege und des Schutzes der anwaltlichen Integrität zu gewährleisten, da insbesondere ausgeschlossen wird, dass reine Finanzinvestoren Entscheidungen und Geschäfte einer Rechtsanwaltsgesellschaft beeinflussen können. In der Beteiligung reiner Finanzinvestoren an Rechtsanwaltsgesellschaften sieht der EuGH die konkrete Gefahr, dass sich das alleinige Bestreben, Investitionen ertragreich zu gestalten, unmittelbar auf die anwaltliche Organisation und Tätigkeit auswirkt, denn die Investoren könnten bei entsprechend enttäuschenden Ertragsergebnissen versucht sein, ggf. unter Androhung des Rückzugs der Investitionen „auf eine Kostensenkung oder das Bemühen um eine bestimmte Art von Mandanten hinzuwirken." Dabei hält der Gerichtshof zum einen fest, dass es für die berufliche Ausübung des Rechtsanwalts unerlässlich sei, dass es bei dieser zu keinen Interessenkonflikten komme, was insbesondere die – auch finanzielle – Unabhängigkeit des Anwalts gegenüber staatlichen Stellen und anderen Wirtschaftsteilnehmern voraussetze. Zum anderen betont er, dass es mangels Harmonisierung des Berufs- und Standesrechts auf Unionsebene grundsätzlich jedem Mitgliedstaat freistehe, die Ausübung des entsprechenden Berufs oder Standes konkret zu regeln. In Bezug auf den Beruf des Rechtsanwalts könne ein Mitgliedstaat daher legitimerweise davon ausgehen, „dass der Rechtsanwalt nicht in der Lage wäre, seinen Beruf unabhängig und unter Beachtung seiner Berufs- und Standespflichten auszuüben, wenn er einer Gesellschaft angehörte, zu deren Gesellschaftern Personen zählen, die zum einen weder den Rechtsanwaltsberuf noch einen anderen Beruf ausüben, für den es Regulative in Form von Berufs- und Standesregeln gibt, und die zum anderen ausschließlich als reine Finanzinvestoren handeln, ohne die Absicht zu haben, in dieser Gesellschaft eine entsprechende Berufstätigkeit auszuüben."

Das Fremdbesitzverbot im medizinischen Bereich

Hat damit der EuGH für den freien Beruf des Rechtsanwalts deutlich gemacht, dass ein Fremdbesitzverbot im Grundsatz keine unionsrechtswidrige Regelung sein kann, stellt sich sofort die Frage, welche Konsequenzen hieraus für andere freie Berufe – insbesondere im medizinischen Bereich – gezogen werden können bzw. müssen.

1. Apotheken

Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Um diesem öffentlichen Interesse in unabhängiger Weise gerecht werden zu können, dürfen Eigentümer und Betreiber von Apotheken lediglich Apotheker sein können. Mehrere Personen können eine Apotheke nur betreiben, wenn alle Gesellschafter die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke erteilt bekommen können.

Das bundesgesetzlich kodifizierte Fremdbesitzverbot von Apotheken hatte bereits den EuGH beschäftigt und vor diesem Bestand (Urteil vom 19.05.2009, AZ. C-171/07 und C-172/07). Mit Blick auf den ganz besonderen Charakter von Arzneimitteln und dem damit verbundenen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung als zwingendem Grund des Allgemeininteresses sah der EuGH das Fremdbesitzverbot als unionsrechtskonform an, da die Mitgliedstaaten innerhalb ihres weiten Entscheidungsspielraums über das Niveau des Gesundheitsschutzes auch „verlangen können, dass die Arzneimittel von Apothekern vertrieben werden, die über tatsächliche berufliche Unabhängigkeit verfügen. Sie können auch Maßnahmen treffen, die geeignet sind, eine Gefahr der Beeinträchtigung dieser Unabhängigkeit zu beseitigen oder zu verringern, da eine derartige Beeinträchtigung geeignet wäre, sich auf das Niveau der Sicherheit und der Qualität der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung auszuwirken." Daher könnten die Mitgliedstaaten der Ansicht sein, dass von Nichtapothekern betriebene Apotheken eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung darstellen können, da das Gewinnstreben dieser Betriebe nicht mit mäßigenden Faktoren einhergehen würde, die die Tätigkeit des Apothekers kennzeichneten. Die Mitgliedstaaten dürften es auch als Gefahr einordnen, dass Nichtapotheker die Unabhängigkeit von Apothekern dadurch beeinträchtigen, dass sie bei entsprechender Mitwirkung in einer Gesellschaft diese dazu anhalten könnten, Arzneimittel nicht zu verkaufen, deren Bevorratung nicht mehr einträglich ist oder Betriebskostenkürzungen vornehmen, die die Modalitäten des Apothekenvertriebs beeinträchtigen könnten.

2. Ärztegesellschaften

Weniger eindeutig sieht es bei den Ärztegesellschaften aus. Es fehlt in Deutschland an einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung zu einem Fremdbesitzverbot. Diese Musterregelung der Bundesärztekammer ist in dieser Weise oder jedenfalls vergleichbar auch rechtsverbindlich in einigen Bundesländern umgesetzt worden. Es gibt zwar Normen u. a. in der Musterberufsordnung für Ärzte, aber das sind weit untergesetzliche Normen und ob sie sich ohne Weiteres aus den Heilkundegesetzen der Bundesländer ableiten lassen, ist zumindest zweifelhaft. Es fehlt bislang für Ärztegesellschaften an einem zwingenden gesetzlichen Fremdbesitzverbot, das ein generelles Verbot berufsfremder Beteiligungen stützen würde.

3. Medizinische Versorgungszentren

Noch weniger reguliert ist sodann der Bereich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Sieht hier lediglich § 95 SGB V die Errichtung dieser Zentren als „ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind" vor und ermöglicht die Gründung dieser durch zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V, anerkannter Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V, gemeinnütziger Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen. Grundsätze, zwischen „gutem" und „schlechtem" Fremdbesitz zu differenzieren, kennt das deutsche Recht der MVZ bislang nicht.

Konsequenzen der EuGH-Entscheidung

Zunächst ist festzuhalten, dass der EuGH ein bestehendes explizites gesetzliches Verbot als unionsrechtskonform bewertet hat. Derartige gesetzliche Verbote gibt es im Bereich der Heilberufe bisher nicht. Es ist ein Unterschied, ob ein bestehendes Fremdbesitzverbot europarechtskonform ist, oder ob es nicht besteht. Aus der Europarechtskonformität eines bestehenden gesetzlichen Fremdbesitzverbots folgt nicht, dass nicht bestehende Fremdbesitzverbote europarechtlich geboten wären. Daraus folgt nur, dass nicht bestehende Verbote europarechtlich kein Problem sind.

Interessant wird es erst, wenn sich die nationalen Gesetzgeber entscheiden, ob und ggf. unter welchen Bedingungen sie Fremdbesitzverbote im Gesundheitswesen erlassen wollen. Das dürfen sie nach der Entscheidung des EuGH vom 19.12.2024 grundsätzlich, ohne am Europarecht zu scheitern. Aber die Frage, ob sie das machen, ist eine Frage, die jeder Mitgliedstaat der EU selbst entscheiden muss, jedenfalls solange, bis es eine einheitliche europäische Gesetzgebung zu dieser Frage gibt.

Der EuGH hat nun bereits zum zweiten Mal das Fremdbesitzverbot in freien Berufen als mit dem europäischen Recht für vereinbar erklärt. Hierbei spielte insbesondere auch der große Wertungs- und Entscheidungsspielraum eine Rolle, welchen der EuGH den Mitgliedstaaten insoweit eingeräumt hat. Aus diesem folgerte das Gericht auch die Entscheidungsbefugnis der Mitgliedstaaten hinsichtlich der Gefahrenprognose und der Einordnung von finanziellen Beteiligungen berufsfremder Gesellschaften und Personen als jedenfalls abstrakte Gefahr für die Unabhängigkeit der Ausübung der freien Berufe.

Damit wird deutlich, dass möglichen Regelungsbestrebungen des deutschen Gesetzgebers – wie vom Deutschen Ärztetag gefordert – zu einem konkretisierten Fremdbesitzverbot von medizinischen Kapitalgesellschaften und Arztpraxen aus europarechtlicher Perspektive wenig Grenzen gesetzt sind. Aber der Gesetzgeber muss tätig werden, wenn er das Fremdbesitzverbot für IMVZ einführen will. Die Entscheidung des EuGH vom 19.12.2024 bedeutet, dass er das kann. Ob er das macht, ist keine rechtliche, sondern eine politische Entscheidung.

Notwendig ist nur, dass es darum geht, die europarechtlich anerkannten Zwecke des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung und der Ermöglichung der unabhängigen und interessenkollisionsfreien Ausübung der freien Berufe zu schützen und diesen Gesetzen eine nachvollziehbare Gefahreneinschätzung zugrunde zu legen.

Dass damit noch keine Entscheidung über die verfassungsrechtliche Vereinbarkeit einer solchen Fremdbesitzverbots-Regelung – insbesondere mit Blick auf Art. 3 Abs. 1 GG – einhergeht, bedarf keiner näheren Erläuterung. Doch auch hier scheinen die europarechtlich anerkannten Allgemeininteressen ebenfalls Anknüpfungspunkt für eine mögliche Rechtfertigung grundrechtlicher Eingriffe sein zu können.

Zusammenfassung

Mit der Entscheidung vom 19.12.2024 hat der EuGH nochmals deutlich gemacht, dass – im Anschluss an seine Judikatur zum Fremdbesitzverbot von Apotheken – auch eine Regelung zum Fremdbesitzverbot von Anwaltsgesellschaften dem Unionsrecht nicht entgegensteht. Aufgrund der Vergleichbarkeit der Interessenlage mit anderen freien Berufen im medizinischen Bereich wird diese Entscheidung, auch mit Blick auf die Bestrebungen des 125. Deutschen Ärztetages, neuen Wind in eine Debatte um ein Fremdbesitzverbot von Arzt- und sonstigen Heilberufspraxen sowie Medizinischen Versorgungszentren bringen. Dabei wird insbesondere die Frage der Vereinbarkeit solcher Regelungen mit den Grundrechten des Grundgesetzes zu klären sein. Für die Vereinbarkeit mit dem Europarecht hat der EuGH bereits eine klare Antwort geben. Nun ist es Aufgabe der nationalen Gesetzgeber, Farbe zu bekennen.

RAT

Wussten Sie schon, …

© shtonado – stock.adobe.com

… dass das *EDI Journal,* also das englische Pendant zu *BDIZ EDI konkret*, in diesem Jahr seinen 20. Geburtstag feiert? Das Jubiläum soll in der Ausgabe 2/2025 gebührend gefeiert werden. Dazu lädt die Redaktion hochrangige Repräsentanten von deutschen und europäischen Verbänden und die Industriepartner des BDIZ EDI ein, ein Grußwort zu formulieren. Auch die assoziierten Partnerverbände in Europa und darüber hinaus kommen zu Wort. Das *EDI Journal* erscheint vier Mal im Jahr und geht an die Mitglieder der assoziierten Partnerverbände sowie an Abonnenten und an diverse Organisationen in Brüssel und Straßburg.



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



Volles Haus beim Experten Symposium des BDIZ EDI.

… dass bereits das 26. Curriculum Implantologie an der Uni Köln läuft? Auf diese Weise haben fast 1.000 junge und angehende implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte diesen Einsteigerkurs in acht Modulen und über einen Zeitraum von einem Jahr erfolgreich durchlaufen. Das Curriculum des BDIZ EDI wird inzwischen auch erfolgreich in weiteren europäischen Ländern von assoziierten Partnerverbänden „nachgebaut". Im Oktober startet das 27. Curriculum Implantologie an der Uni Köln. Das Pendant im Süden geht im September zum zweiten Mal an den Start: in München und Ansbach.



Die Absolventinnen und Absolventen des 25. Curriculum Implantologie an der Uni Köln.





Save the Date: 21. Juni 2025

18. Europa-Symposium in Stockholm

Der BDIZ EDI veranstaltet zum 18. Mal sein Europa-Symposium, mit dem er den fachlichen Austausch innerhalb Europas in den Fokus stellt. „Der Ausgangspunkt für die großartigsten Unternehmungen liegt oft in kaum wahrnehmbaren Gelegenheiten", wusste schon Demosthenes (384 bis 322 v. Chr.).

Im Anschluss an den interdisziplinären CODM-Kongress, der vom 18. bis 20. Juni 2025 in Stockholm stattfindet, präsentiert der BDIZ EDI sein 18. Europa-Symposium.

Der jährliche Weltkongress für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (CODM) wurde in den vergangenen Jahren bereits acht Mal erfolgreich organisiert und hat mehr als 500 Teilnehmer aus über 30 Ländern und Regionen angezogen. Es handelt sich um eine internationale Veranstaltung, die sich auf Grundlagenforschung, fortschrittliche Technologien und klinische Anwendungen konzentriert und eine Plattform für alle Experten bietet, um die neuesten Forschungsergebnisse und Errungenschaften zu diskutieren. Mehr über CODM: https://www.bitcongress.com/codm2025/.

Veranstaltungshotel für CODM und Europa-Symposium ist das Clarion in Stockholm. Mehr zur BDIZ EDI-Veranstaltung demnächst auf der Website des BDIZ EDI.

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 Tegnérlunden, 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



33. und 34. Internationales Expertensymposium

Rückschau und Ausblick auf Fuerteventura

Das 33. Internationale Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin hatte 2024 das Thema „Chirurgische und prothetische Komplikationen". Eine Anmeldung für das 34. Expertensymposium auf Fuerteventura ist bereits möglich. Termin: 24.–31. Oktober 2025.

Zum 33. Mal veranstaltete Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller das Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin auf der Kanareninsel Fuerteventura. Vom 25. Oktober bis 1. November 2024 im Robinson Club Esquinzo Playa behandelte das Hauptthema „Chirurgische und prothetische Komplikationen". Mehr als 50 international bekannte Referenten beleuchteten diese Thematik von verschiedenen Seiten. In mehr als einem Dutzend Workshops wurden neben Lösungen auch Tipps für ein „Troubleshooting" gegeben. Nach einer Woche des „Paukens" mit Pausen für sportliche Aktivitäten schloss der „White-BBQ-Abschlussabend" unter Palmen die Fortbildungswoche.

Thema 2025: „Spannungsfeld von Implantologie und Parodontologie"

In diesem Jahr geht es um patientenorientierte Behandlungsansätze für die Implantologie und Parodontalchirurgie. Heute ist es auf der Basis aktueller Forschungsdaten nicht mehr gerechtfertigt, als Zahnärztin oder Zahnarzt für oder gegen den Erhalt stark vorgeschädigter Zähne beziehungsweise für oder gegen Implantate zu sein. Vielmehr ist die Zeit gekommen, sich von Dogmen zu lösen und beide Welten – Zahnerhaltung und Implantattherapie – zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen.

Ausgewiesene Referenten werden zeigen, wie sich unter Beachtung der individuellen Risikoprofile und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gesunde und stabile gingivale und periimplantäre Weichgewebe erzielen lassen. Hierbei werden besonders dargestellt werden: Mikrochirurgische Arbeiten, Schnittführung, Lappenbildung und Nahtverschluss, Therapie von Gingivarezessionen, periimplantäre Mukosarezessionen und die Frage nach deren Behandlungsbedürftigkeit. Insgesamt sollen die chirurgischen Techniken zur Erzielung gesunder und stabiler gingivaler Verhältnisse, aber auch neue Wege der Sofortimplantation aufgezeigt werden.

Neben diesem Hauptthema werden aktuelle Beiträge „rund um die Implantologie" wieder sehr spannend sein.

Informationen und Anmeldung über

info@reisebuero-gup.de
Reisebüro Garthe & Pflug GmbH
Triftstraße 20
60528 Frankfurt-Niederrad
Tel.: +49 69 677367-0

Referentenpool (angefragt und zugesagt)

Prof. Dr. F. Bergmann,
Dr. L. Börner,
Prof. Dr. B. Böttiger,
Dr. W. Bücking,
Dr. U. Fürst,
Priv.-Doz. Dr. P. Gehrke,
Prof. Dr. A. Happe,
Dr. J. Hauschild,
Dr. F. Hermann,
Prof. Dr. J. Hescheler,
Prof. Dr. A. Karenberg,
Prof. Dr. F. Khoury,
Dr. V. Knorr,
Dr. Ch. Köneke,
Dr. T. Mandel,
T. Mann,
Dr. F.-J. Mellinghof,
Dr. Th. Müller,
Prof. Dr. H.-J. Nickenig,
Dr. F. Petschelt,
Dr. P. Randelzhofer,
Dr. B. Rauschenbach,
Prof. Dr. Dr. V. Regitz-Zagrosek,
H. Reker,
B. Rieken,
Dr. R. Rosen,
Prof. Dr. R. Rößler,
Prof. Dr. A. Sculean,
Dr. R. Sperber,
Dr. F. Vizethum,
Dr. F. Weber,
Dr. V. Wennekes-Neagu,
Dr. G. Werling,
Dr. K. Yazdani,
Priv.-Doz. Dr. Dr. M. Zirk,
Prof. Dr. Dr. J. Zöller

u. v. m.

ANZEIGE



© EA Photography–stock.adobe.com

GIORNATE VERONESI

IMPLANTOLOGIE UND ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE

27./28. JUNI 2025
VILLA QUARANTA VALPOLICELLA (IT)

OEMUS EVENT SELECTION

OEMUS MEDIA AG

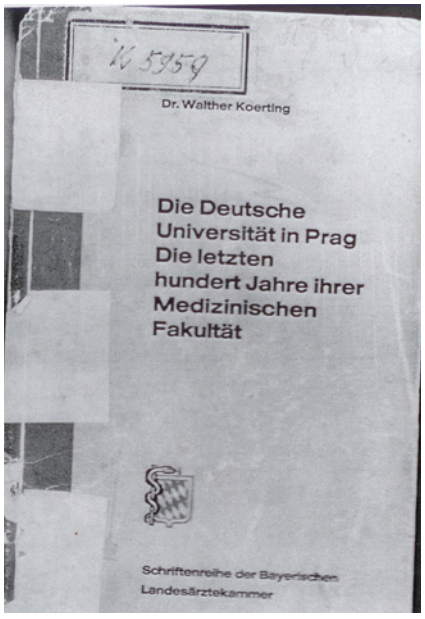
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland · Tel.: +49 341 48474-308 · event@oemus-media.de

Geschichte der deutsch-tschechischen Verhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert

Bedeutende deutsche Zahnärzte in Prag



Titelseite einer Publikation über die Geschichte der Deutschen Universität in Prag.



„Die Deutsche Universität in Prag. Die letzten hundert Jahre ihrer Medizinischen Fakultät", Walther Koerting, veröffentlicht im Jahr 1968.

Dieser Beitrag ist wichtigen Persönlichkeiten der Zahnmedizin gewidmet, die an der Deutschen Medizinischen Fakultät in Prag tätig waren. Die Fakultät wurde durch die Teilung der Universität Prag auf der Grundlage eines Gesetzes vom Februar 1882 geschaffen, das vorsah, dass die ehemalige Karl-Ferdinand-Universität in Prag ab dem Schuljahr 1882/1883 in eine tschechische und eine deutsche Universität aufgeteilt werden sollte. Damit waren die Verhandlungen über die tschechische Forderung, in Prag Vorlesungen auf Tschechisch zu halten, abgeschlossen. Aus mehreren Möglichkeiten wählte Kaiser Franz Joseph I. schließlich mit seinem „Höchstentscheid" diese Lösung.

Im Jahr 1782 ersetzte Kaiser Josef II. das mittelalterliche Universitätslatein an allen Universitäten der Habsburger Monarchie durch die deutsche Sprache. Allerdings forderten die Bürger der multinationalen Monarchie seit Mitte des 19. Jahrhunderts das Recht, Vorlesungen in ihren eigenen Sprachen zu halten. So forderten die Polen das Polnische in Krakau ebenso wie die Ungarn das Ungarische in Pest. Auch die Tschechen in Prag forderten tschechische Vorlesungen.

Die Mitarbeiter Hlaváčková L. und Svobodný P. des Instituts für Geschichte der Medizin haben im Jahr 1998 das „Biographische Lexikon der Deutschen Medizinischen Fakultät in Prag (1883–1945)" herausgegeben. Dieses Lexikon enthält in übersichtlicher Form grundlegende biografische Daten aller Assistenten, Dozenten und Professoren der genannten Fakultät.

Als ich die Seiten dieses Buches durchblätterte, stieß ich auf eine Reihe tschechischer Namen, die in deutscher Schreibweise geschrieben waren: Czapek F., Hruschka V., Dworzak J., Jedlitschka H., Koblitschek N., Maresch R., Tschermak A.

Zum Vergleich habe ich auch das am selben Institut in Prag herausgegebene „Biographische Wörterbuch der Tschechischen Medizinischen Fakultät" herangezogen, in dem ich wiederum die deutschen Namen tschechischer Lehrer an der Tschechischen Medizinischen Fakultät gelesen habe: Eiselt B., Weiss V., Treitz V., Krombholz J. V., Goll A., Böhm J., Dienstbier J., Kurz J. Der erste gewählte Dekan der tschechischen medizinischen Fakultät in Prag war Wilhelm Weiss, Professor der Chirurgie. Es ist ein Beweis dafür, dass in Böhmen tschechisch-deutsche Ehen geschlossen wurden und sich die damals geborenen Kinder für die tschechische oder deutsche Nationalität entschieden.

An dieser Stelle ist es angebracht, an die tschechisch-deutschen Beziehungen in den letzten Jahrhunderten zu erinnern. Im 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde in Böhmen das Verhältnis zur Heimat durch den sogenannten Landespatriotismus bestimmt: Die Nationalität ist dadurch bestimmt, wo man lebt. Der Philosoph und Theologe Augustin Smetana, Mitglied des Kreuzordens mit dem Roten Stern, nennt die Bewohner des böhmischen Königreichs „Böhmen der

deutschen und slavischen Zunge". Bernard Bolzano, gebürtiger Prager mit italienisch-deutschen familiären Wurzeln, Professor für Philosophie, Mathematik und Theologie, geweihter katholischer Priester, ermutigt tschechische und deutsche Studenten in seinen Sonntagspredigten zu freundschaftlicher, brüderlicher Zusammenarbeit zum Wohle des gemeinsamen Vaterlandes.

Nach den Napoleonischen Kriegen wächst das Nationalbewusstsein in allen europäischen Ländern. Das Interesse an berühmten Epochen der Geschichte nimmt zu, Nationalsprachen, Volksmärchen und Lieder werden gepflegt und Sprachpatriotismus tritt an die Stelle des Landespatriotismus: Tscheche ist jemand, der Tschechisch spricht. Die Entwicklung der tschechischen Renaissance wurde durch die Ideen des deutschen Philosophen Johann Gottfried Herder gestärkt. Er schreibt mitfühlend über die Slawen, über ihr friedliches Leben und glaubt an ihre große Zukunft. Der Linguist Josef Jungmann, ein Tscheche mit deutschem Namen, wurde zum nicht gewählten, aber allgemein anerkannten Oberhaupt der tschechischen Erweckungsbewegung.

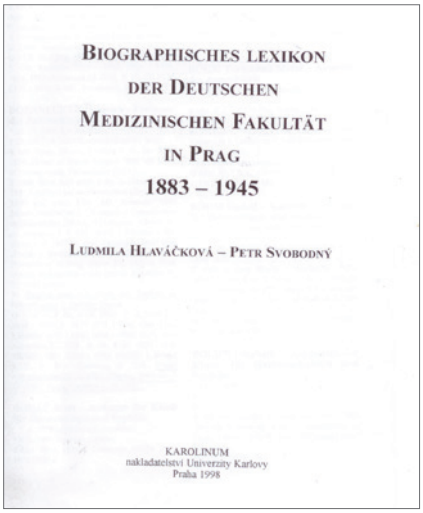
Das Revolutionsjahr 1848 erfasst nach und nach ganz Europa. Tschechen und Deutsche kommen am 14. März zu einem gemeinsamen Treffen in Prag zusammen und formulieren ihre politischen Forderungen. Wien erhob sich schon am 13. März und Kaiser Ferdinand der Gütige verkündete eine Verfassung, schaffte die Zensur ab und erlaubte und leitete Wahlen zu den Landtagen und zum Reichstag in Wien ein. Die Forderung der Tschechen besteht darin, den österreichischen Zentralismus in eine konstitutionelle Monarchie föderativer Ordnung umzuwandeln, damit alle Völker des multinationalen Österreich die gleichen Rechte haben. Die tschechischen Deutschen blickten nach Frankfurt, wo ein gesamtdeutsches Parlament zusammengetreten war, das seine Aufgabe in der Vereinigung aller in mehreren Königreichen, Herzogtümern, Fürstentümern und freien Städten lebenden Deutschen in einem Staat sah. Österreichische deutschsprachige Länder, einschließlich tschechischer Länder, könnten sich mit diesem großen Staat vereinen. Von diesem Moment an divergierten die politischen Ziele und Wege von Tschechen und Deutschen.

Die Abgeordneten in Frankfurt haben ihre Ziele nicht erreicht. Österreich wurde nicht zu einem Bundesstaat einzelner Länder.

Im darauffolgenden Jahrhundert veränderte der Weltkrieg die Landkarte Europas. Nach dem Zusammenbruch Österreich-Ungarns im Jahr 1918 entstanden neue Staaten – einschließlich der Tschechoslowakischen Republik, in der 3,5 Millionen Deutsche lebten. Eine neue Situation erfordert neue Lösungen. Nur die Tschechen begrüßten einen eigenen Staat mit Freude. Die Verfassung der Republik garantierte Bürgern aller Nationalitäten gleiche Rechte, doch die Deutschen wollten den Status einer Minderheit nicht akzeptieren.

Auf beiden Seiten zeichneten sich nach und nach Bestrebungen um gegenseitige Zusammenarbeit und Verständigung ab, als Ziel galt die "Schweizer Lösung" als erstrebenswert. Präsident Tomas Garrigue Masaryk verpflichtete sich, die Verhandlungen zwischen Deutschen und Tschechen zu vermitteln. Er hielt die Bildung einer gemeinsamen Regierung aus tschechischen und deutschen Ministern für einen Erfolg. So kam es dazu, dass der Landwirtschaftsminister von der tschechischen politischen Partei ein deutschsprachiger Tscheche mit deutschem Namen Ladislav Feierabend und der Bildungsminister von der deutschen Partei ein tschechischsprachiger Deutsche mit tschechischem Namen Ludwig Czech wurde.

Ein Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen tschechischen und deutschen Ärzten war ihr gemeinsames Treffen im Mai 1929. Dies war eine Reaktion auf die neu ausgearbeiteten Gesetze des Gesundheitsministeriums, welche die Ärzte als inakzeptable Verletzung ihrer Rechte empfanden. Im Nationalhaus in Prag trafen sich



„Biographisches Lexikon der Deutschen Medizinischen Fakultät in Prag 1883–1945", Ludmila Hlaváčková und Petr Svobodný, veröffentlicht in Prag im Jahr 1998.



Augustin Smetana (1814–1851) schreibt über „Böhmen der deutschen und slavischen Zunge".



Bernard Bolzano (1781–1848), Professor der Prager Universität, lädt zu einer freundlichen und brüderlichen Zusammenarbeit ein.

Vertreter tschechischer und deutscher Ärztekammern, Fachgesellschaften sowie Vertreter der tschechischen und deutschen medizinischen Fakultät. Die Zeitschrift der tschechoslowakischen Ärzte, im Original „Vestnik ceskoslovenskych lekaru", vom 24. Mai 1929 berichtete ausführlich über dieses Treffen. Wir zitieren einige Reden der sprechenden Teilnehmer. Die anwesenden Ärzte wurden von Professor R. Fischl, als Vertreter der deutschen Universität, und MUDr. Springer, für die deutsche Sektion der Ärztekammer, begrüßt. Es nahmen auch Politiker teil, darunter der Abgeordnete Hackenberg für die deutschen Sozialdemokraten und Senator Hilgenreiner für die deutschen Christsozialen. Mit dabei waren auch die Redakteure der deutschen Zeitschriften Prager Tagblatt, Bohemia und Sudetendeutsche Tageszeitung.

Wir zitieren aus der Rede von Professor R. Fischl: „Im Namen der Medizinischen Fakultät der Deutschen Universität Prag begrüße ich Sie ganz herzlich. Bitte akzeptieren Sie meine Zusicherung, dass wir die Berechtigung Ihrer Forderungen anerkennen und uns nach Kräften für deren Erfüllung einsetzen werden. Ich versichere Ihnen noch einmal unser herzlichstes Mitgefühl. Die Tatsache, dass wir uns ohne die Barrieren nationaler Zugehörigkeit und politischer Überzeugung versammelt haben, ist ein bedeutendes Ereignis. Im Namen der Deutschen Medizinischen Fakultät garantiere ich Ihnen hiermit feierlich, dass wir Ihre Forderungen, ob fair oder moderat, mit aller Kraft unterstützen werden."

Stellvertretender Vorsitzender des Reichsverbandes MUDr. Reiman sprach die Anwesenden mit „liebe tschechische Kollegen" an. Professor Jan Jesensky, Vorsitzender der tschechischen Klinik der Zahnmedizin, schlug in dieser Zeit vor, ein neues Gebäude für die weiterführende Ausbildung von Absolventen der Zahnmedizin in sowohl tschechisch als auch deutscher Sprache zu bauen. Der Vorschlag wurde sowohl beim Bildungs- wie auch beim Gesundheitsministerium eingereicht, aber leider aus finanziellen Gründen nie realisiert.

Um Präsident Masaryk den deutschen Bürgern näher zu bringen, veröffentlichte der deutsche Schriftsteller Emil Ludwig das Buch „Denker und Staatsmann. Gespräche mit Masaryk". Ich zitiere Masaryks Worte aus diesem Buch: „Unsere Deutschen leben seit Jahrhunderten mit uns zusammen, sie sind kulturell und wirtschaftlich mit uns verbunden. Sie erlagen den nördlichen, preußischen Einflüssen nicht, die Verbindung mit den Slawen bereicherte sie. Sie vermittelten uns den spirituellen Reichtum des Westens und gaben uns gute Impulse."

Ein Beispiel der tschechisch-deutschen kulturellen Zusammenarbeit war eine Veranstaltung der tschechischen und deutschen Bühnenangehörigen. Im Jahr 1936 organisierten sie ein Theaterspiel von J. N. Stepanek „Tscheche und Deutscher" aus dem Jahre 1816. In dieser bilingualen Komödie sprachen die Schauspieler in ihren Rollen entweder nur Tschechisch, nur Deutsch oder beides. Die Rollen wurden so verteilt, dass die tschechischen Rollen von tschechisch-sprachigen Deutschen und die deutschen Rollen von deutschsprachigen Tschechen gespielt wurden. Das Stück wurde auf den Bühnen des tschechischen Standestheaters und des Neuen Deutschen Theaters aufgeführt.

Nach dem Sturz des totalitären Regimes im Jahr 1989 widmeten sich Historiker den tschechisch-deutschen Beziehungen, die 1991 in ihrer Stellungnahme schrieben: „Das komplexe, sich entwickelnde und sich verändernde Verhältnis zwischen Tschechen und Deutschen war im Laufe des gesamten historischen Prozesses nicht immer angespannt bis zur Feindseligkeit, im Gegenteil, es herrschten manchmal Phasen der Zusammenarbeit, des Verständnisses und der Toleranz." Erst in der modernen Geschichte, in der Zeit des Nationalismus, der politischen und nationalen Auseinandersetzungen, trennten sich die Wege der seit Jahrhunderten in unserem Land ansässigen Tschechen und Deutschen grundlegend."

Im folgenden Text erinnern wir uns an die Lebensdaten und Tätigkeiten von sechs Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Zahnmedizin der Deutschen Medizinischen



Schriftensteller Johann Gottfried Herder (1744–1803) erweckte die tschechische Renaissance.



Joseph Eschler (1908–1969), Professor der Zahnmedizin in Prag.



Karl Häupl (1893–1960), Professor der Zahnmedizin in Prag.

Fakultät in Prag. Sie sind in der chronologischen Reihenfolge ihrer Tätigkeit aufgeführt.

Heinrich Schmidt wurde 1840 in Prag geboren, wo er sein ganzes Leben verbrachte. Er ging am Gymnasium auf der Kleinseite in Prag zur Schule und schloss 1875 sein Studium an der Deutschen Universität in Prag ab. Er trat zunächst dem pathologisch-anatomischen Institut bei, wo er als Student als Demonstrator tätig war, und wechselte dann als Assistent in die chirurgische Klinik. 1879 wechselte er aus gesundheitlichen Gründen sein Studienfach, entschied sich für die Zahnmedizin und erlangte nach einem einjährigen Aufenthalt in Wien seine Facharztausbildung. So wurde er 1880 Dozent für Zahnheilkunde in Prag. Außerdem betrieb er in Prag eine Privatpraxis. Er ist für seine Wohltätigkeit bekannt, da er arme Patienten kostenlos behandelte. Er beendet seine Karriere in der Zahnarztpraxis der 1889 eigens für ihn eingerichteten Poliklinik. Er wurde als ausgezeichneter Lehrer anerkannt. Er starb 1895 in Prag.

Heinrich Boennecken (1862–1937) kam aus Krefeld in Deutschland. Er studierte Medizin in Bonn, Berlin und Freiburg. Nach seinem Abschluss im Jahr 1886 begann er, als Arzt am städtischen Krankenhaus in Elberfeld zu arbeiten und nahm nach einem Jahr eine zweijährige Stelle als Schiffsarzt auf der Norddeutschen Lloyd an. Im Jahr 1889 wurde er Assistent an der chirurgischen Klinik der medizinischen Fakultät in Rostock. Er beschäftigte sich hauptsächlich mit Zahnpulpaerkrankungen und dentaler Sepsis. Um Erfahrungen zu sammeln, reiste er in die Vereinigten Staaten und erlangte in Philadelphia an der University of Pennsylvania eine Spezialisierung in Zahnmedizin und den Titel Doctor of Dental Surgery. Nach seiner Rückkehr habilitierte er sich 1891 in Bonn und kam 1897 als Professor für Zahnmedizin an die Deutsche Medizinische Fakultät nach Prag. 1929 wurde er zum Institutsleiter in Prag ernannt. Nach drei Jahren, im Jahr 1932, ging er in den Ruhestand. Er starb 1937 in Karlsbad.

Wilhelm Bauer (1886–1956) stammte aus Prag und studierte an der Deutschen Medizinischen Fakultät der Universität Prag, wo er 1912 seinen Abschluss machte. Nach seiner klinischen Tätigkeit in Prag ging er nach Innsbruck, wo er sich 1925 in Zahnmedizin habilitierte und 1933 als Professor zum Leiter der Zahnklinik ernannt wurde. 1939 verließ er aufgrund der internationalen Situation Österreich und emigrierte in die USA, wo er eine Anstellung als Professor für Pathologie und Direktor des gleichnamigen Instituts und der Forschungsabteilung der University of St. Louis fand, wo er 1956, nach seiner Pensionierung, starb.

Karl Häupl (1893–1960) wurde als Österreicher in Seewalchen am Ufer des malerischen Attersees geboren. Er studierte Medizin in Innsbruck. Er schloss sein Studium 1919 ab und arbeitete an der dortigen medizinischen Fakultät, bis er 1923 beschloss, sich in Oslo auf Zahnmedizin zu spezialisieren. Dort habilitierte er sich 1927 und blieb bis 1934, als er als außerordentlicher Professor und Leiter der Klinik für Zahn- und Kieferkrankheiten nach Prag an die Deutsche Medizinische Fakultät kam. 1942 wurde er von Prag nach Berlin berufen, wo er sich der Kieferorthopädie und Prothetik widmete. Nach dem Krieg kehrte er 1945 nach Innsbruck zurück und wechselte 1951 an die Medizinische Akademie in Düsseldorf. 1960 wurde er als Redner anlässlich der 500-Jahr-Feier der dortigen Universität nach Basel eingeladen. Unmittelbar nach seiner Rede erlitt er einen Herzinfarkt, dem er erlag.

Fritz Brosch (1903–?) stammte aus der Zwittau (Svitavy) in Mähren, wo er 1903 geboren wurde. Nach seinem Studium an der deutschen medizinischen Fakultät, wo er 1929 seinen Abschluss machte, besuchte er die chirurgischen Abteilungen des Krankenhauses zunächst in Šumperk (Mährisch Schönberg), dann in Uničov (Mährisch Neustadt) und schließlich in Šternberk (Mährisch Sternberg). 1934 kam er nach Prag in die Zahnklinik von Professor Häupl, wo er sich auf Zahnheilkunde und Kieferchirurgie spezialisierte. Er vertiefte seine Ausbildung an der Universität Wien und wurde nach seiner Rückkehr nach Prag im Jahr 1939 Dozent für die zuvor genannten Fachgebiete. Nachdem Professor Häupl 1943 nach Berlin berufen wurde, übernahm er als ordentlicher Professor die Leitung der Klinik. 1950 war er als Professor an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Hamburg tätig. 1961 beendete er seine universitäre Laufbahn und war anschließend Chefarzt der Zahnmedizinischen Abteilung des Städtischen Klinikums Hamburg. Das Datum seines Todes wird in den Wörterbüchern nicht angegeben.

Josef Eschler (1908–1969) wurde in Hasel (Líska) bei Tetschen (Děčín) geboren. Nach seinem Medizinstudium an der Deutschen Universität in Prag schloss er 1933 sein Studium ab und wechselte an die Klinik für Zahn- und Kieferchirurgie in Prag, wo er sich 1939 habilitierte. Ein Jahr später wurde er als Gastprofessor an die Universität Tokio eingeladen, wo er bis 1945 blieb. Zwischenzeitlich wurde er 1943 zum Professor in Prag ernannt. Nach dem Krieg arbeitete er in Stuttgart am Katharinenhospital und ein Jahr später ging er als Gastprofessor nach Kairo und dann nach Bombay. Nach seiner Rückkehr diente er als Professor und Leiter der Klinik für Zahn- und Kieferheilkunde an der Medizinischen Fakultät in Freiburg, wo er 1969 verstarb.

Vor zweihundert Jahren brachte Bernard Bolzano deutsche und tschechische Studenten dazu, zum Wohl des gemeinsamen Vaterlandes Hand in Hand zusammenzuarbeiten. Heute können wir seine Vision umso mehr umsetzen – für unsere Zusammenarbeit, für unsere gemeinsame Freundschaft, für unser gemeinsames Vaterland, die Europäische Union.

Otakar Brazda

Der Autor dankt dem Kollegen MDDr. Maximilian Wöllersdorfer für die Zusammenarbeit bei der Übersetzung.

Literatur



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

Charles-Lindbergh-Straße 7, 71034 Böblingen
Tel.: +49 7031 9505-27
E-Mail: syr@rpmed.de (Sybill Ratajczak)
Fax.: +49 7031 9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

INHALT

1. Einleitung
2. Übersicht und Vergleich GOÄneu – GOÄ 1982/1996
3. Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse
4. Punktwert als Maßstab?
5. Relationierung der Gebührenbewertungen
6. Beispiele
7. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der GOÄneu
8. Strahlendiagnostik
9. Wegegeld und Reiseentschädigung
10. Allgemeiner Teil der GOÄneu
    - 10.1 Wirtschaftliche Aufklärung (§ 1 GOÄ)
    - 10.2 Honorarvereinbarung (§ 2 GOÄneu)
    - 10.3 Gebühren (§ 4 GOÄneu)
    - 10.4 Gebührenhöhe (§ 5 GOÄneu)
    - 10.5 Analogleistungen (§ 6 GOÄneu)
    - 10.6 Ersatz von Auslagen (§ 10 GOÄneu)
    - 10.7 Unterschreitung des Gebührensatzes (§ 11 GOÄneu)
    - 10.8 Fälligkeit der Rechnung (§ 12 GOÄ neu)
    - 10.9 Rechnungsformular (§ 12 und Anlage 2 GOÄneu
    - 10.10 Schutz der Gesundheitsdaten (§ 12 Abs. 2 S. 3 GOÄneu)
    - 10.11 Gemeinsame Kommission (§ 11a BÄO)
11. Resümee

GOÄneu

Analyse und Kritik

1. Einleitung

Die Bundesärztekammer gab im September 2024 nach vielen Auseinandersetzungen dem Druck nach und leitete den zwischen ihr und dem PKV-Verband offenbar konsentierten Entwurf einer neuen GOÄ (Stand 12.9.2024) an die Verbände zur Anhörung weiter.

Dieser Artikel bezieht sich mit „GOÄneu" auf diesen Entwurf. Die GOÄneu umfasst 975 Seiten. Eine Begründung wurde nicht veröffentlicht, und das ist bedauerlich, weil sowohl die Systematik als insbesondere auch die Bewertungen der GOÄneu erklärungsbedürftig sind.

Die Ausgangsdaten zur GOÄ-Reform sind so verrückt wie frustrierend. An der Reform der GOÄ von 1982 wird seit Jahrzehnten gewerkelt, ohne dass diese Arbeit bisher zu irgendeinem Abschluss gekommen wäre. Lediglich 1996 kam es bei der GOÄ (nicht bei der GOZ!) zu minimalen Ergänzungen und einer geringfügigen Anhebung des Punktwerts von 11,0 auf 11,4 DPf, was einem Plus von 3,64 Prozent entspricht. Ansonsten sind Leistungsbeschreibungen und -bewertungen seit 1982 praktisch unverändert und damit fachlich-medizinisch überwiegend hoffnungslos veraltet.

In den amtlichen Veröffentlichungen der GOÄ werden pro Gebührenziffer auch 2025 stets nur zwei Werte angegeben:

- Punktmenge,
- Gebühr zum 1,0-fachen Satz.

Das ist nicht so sehr bemerkenswert wie der Umstand, dass die Gebühren auch 2025 in DM (Deutsche Mark) ausgewiesen sind, was viele beim Lesen übersehen. Der Euro ist seit dem 1.1.2002 und damit seit 23 Jahren offizielle Währung. Aber der Ersteindruck auf den flüchtigen Leser hinsichtlich der ausgewiesenen Zahlen (bei Nr. 1 GOÄ „9,12" statt „4,66") klingt beim DM-Wert sicherlich besser. Es dürfte deshalb kein Zufall sein, dass man seitens des Bundesgesundheitsministeriums ausgerechnet bei der jetzt 43 (!) Jahre alten GOÄ bis heute auf eine Euro-Gebührenordnung verzichtet hat.

Zu den Verrücktheiten der GOÄ gehört, dass der Bundesgesundheitsminister in dem seit 2023 beim Verwaltungsgericht Berlin an-

hängigen und vom BDIZ EDI unterstützten Klageverfahren wegen Nichtanpassung von GOÄ und GOZ an die wirtschaftlichen Verhältnisse (Aktenzeichen: VG 9 K 588/23) in der Klageerwiderung vortragen ließ, es gäbe gar keinen Grund zur Anpassung, um nun auf dem Neujahrsempfang 2025 der Bundesärztekammer im Berliner KaDeWe für den Fall seiner Wiederberufung im Amt zuzusagen, dass er sich frühzeitig um die Überarbeitung der GOÄ kümmern werde. Nach einem Bericht in der Ärztezeitung online vom 15.1.2025 über den Empfang bezeichnete der Bundesärztekammerpräsident das Verhalten als „erratisch und irrlichternd", meinte damit allerdings offenbar nur Donald Trump.

Zu den Problemen der GOÄneu gehört, dass der heutige Präsident der Bundesärztekammer sich nach einem Bericht der Ärztezeitung vom 6.5.2013 als damaliger Vorsitzender des Hartmannbundes unter bestimmten Voraussetzungen ein identisches Vergütungssystem für Privat- und Kassenleistungen vorstellen konnte. Zentrale Faktoren eines solchen Systems seien für ihn die exakte Beschreibung von Einzelleistungen, die Einführung eines sozial verträglich organisierten Kostenerstattungsprinzips, eine Mengenbegrenzung durch eine intelligente Steuerung und der Erhalt der unterschiedlichen Rechtsrahmen von GKV und PKV. Wenn das die Langzeitintention war, dann hat die Bundesärztekammer mit der GOÄneu das Ziel erreicht. Betrachtet man aber die Beschlüsse vieler Deutscher Ärztetage zur GOÄ-Reform, dann wird das Ziel der Ärztetagsbeschlüsse in jedem Fall verfehlt.

Aus heutiger Sicht stellt die Meldung der Ärztezeitung vom 14.11.2013 über die Vorstellung einer Rahmenvereinbarung zur neuen GOÄ zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband über die Eckpunkte der Reform (robuste Einfachsätze und 4.000 Gebührenziffern) nicht nur ein Kuriosum am Rande dar. Vergleicht man die damaligen Grunddaten zur Struktur einer neuen GOÄ mit der jetzt vorgelegten GOÄneu, dann muss man zum Ergebnis kommen, dass sich seit November 2013 nicht mehr viel bewegt zu haben scheint, sieht man von der Aufnahme weiterer neuer Gebührenziffern ab.

2. Übersicht und Vergleich GOÄneu – GOÄ 1982/1996

Die GOÄneu bewertet die Leistungen nicht mehr in Punkten, sondern in Euro-Beträgen, die nicht mehr steigerungsfähig sind (§ 5 GOÄneu).

Die in § 11 S. 2 BÄO enthaltene Vorgabe, dass in der „Gebührenordnung Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen" sind, wird offenbar bewusst missachtet, wie überhaupt festzustellen ist, dass die GOÄneu ohne die grundlegende Änderung des § 11 BÄO nicht umzusetzen ist.

Das Bundesgesundheitsministerium kann zwar eine neue Gebührenordnung mit Zustimmung des Bundesrats erlassen, für die Änderung der BÄO braucht es aber den Bundestag. Und wenn § 11 BÄO geändert wird, muss auch § 15 ZHG geändert werden. Mit der von Herrn Prof. Lauterbach angekündigten schnellen Reform für den Fall seiner Wiederernennung dürfte es also schon aus gesetzestechnischen Gründen nichts werden. Warum die Bundesärztekammer ungeachtet der Kritik der ärztlichen Verbände seit mehr als einem Jahrzehnt an dem Konzept der sog. robusten Einfachsätze festhält, bleibt ihr Geheimnis.

Ganz ausgedient haben die bisherigen Steigerungssätze nach dem Willen der Bundesärztekammer allerdings nicht. Es soll zwei Ausnahmen geben.

In Gebührenvereinbarungen soll nach § 2 Abs. 1 S. 1 GOÄneu „eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt werden" können.

Es soll also im Grundsatz unterbunden werden, dass in Gebührenvereinbarungen die Mindestsätze unterschritten werden, wie dies in der GOÄ im Laborbereich seit Langem der Fall ist. Allerdings wird dieses Unterschreitungsverbot in § 11 GOÄneu zugunsten der Beihilfe (ausgerechnet) wieder aufgehoben (s. dazu unten Ziffer 10.7).

Es soll nicht zugelassen werden, dass sich der Arzt mit dem Patienten auf eine andere Art der Honorierung einigt. Diese gemeinhin unter dem Stichwort „Öffnungsklausel" diskutierte Option war bei der GOZ 2011 seitens der Bundeszahnärztekammer auf Ablehnung gestoßen und 2013 in den Diskussionen um eine neue GOÄ auch seitens der Bundesärztekammer. Diese ablehnende Haltung war für mich schon immer unverständlich. Dann sollen halt die PKVen das Recht erhalten, auch Verträge mit Ärzten und Zahnärzten abzuschließen, wäre doch interessant zu sehen, ob sich dann auch die GOZ in großen Teilen weiterhin unterhalb des BEMA einpendelte, wie dies aktuell der Fall ist. In Zeiten des Ärztemangels ist diese Ablehnung erst recht unverständlich.

Die fehlende Steigerungsfunktion soll durch Zuschläge teilweise ersetzt werden, von denen die GOÄneu umfangreich Gebrauch macht. In der GOÄ sind nur 1,8 Prozent aller Gebührenziffern Zuschlagsziffern, in der GOÄneu sollen es 23,7 Prozent werden.

Es lohnt sich, beide Gebührenordnungen in ihren Strukturen zu vergleichen. Die erste Tabelle enthält zunächst die groben Rahmendaten.

	GOÄ	GOÄneu	Zuwachs
Gebührenziffern	2792	4200	50,43 %
Zuschlagsziffern	52	1306	2411,54 %
Gesamt	2844	5506	93,60 %

Die GOÄneu enthält die nachstehend gelisteten Kapitel (ein Kapitel A gibt es auch, es enthält aber keine Gebührenziffern). In der Tabelle sind auch die Gebührenziffern pro Kapitel mit jeweils erster und letzter GOP angegeben, ferner, wie viele davon auf Gebührenziffern und wie viele auf Zuschlagsziffern entfallen.

Kapitelbezeichnung	GOP von	bis	Anzahl GOP	Anzahl Zuschläge
Kapitel B Grundleistungen Allgemeinmedizin	1	504	82	20
Kapitel C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	600	1526	239	155
Kapitel D Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerzmedizin	1600	1825	41	37
Kapitel E Physikalisch-medizinische Leistungen	1900	2718	77	3
Kapitel F Innere Medizin und sonstige nichtoperative Leistungen	2800	4226	223	171
Kapitel G Neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen	4300	4528	113	16
Kapitel H Gynäkologie und Geburtshilfe	4600	4779	87	16
Kapitel I Leistungen der konservativen Augenheilkunde	4800	4871	66	5
Kapitel J Leistungen der konservativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	4900	5017	82	32
Kapitel K Leistungen der konservativen Urologie	5100	5123	18	6
Kapitel L Chirurgie				
Allgemeine Bestimmungen	5200	5205	0	6
I. Plastische Chirurgie, Oberflächenchirurgie, Replantationschirurgie	5500	7458	204	95
II. Operative Orthopädie und Traumatologie	7500	7801	262	39
III. Arthroskopien	7900	7955	43	13
IV. Endoprothetik	8000	8177	115	63
V. Neurochirurgie	8300	8386	75	13
VI. Wirbelsäulenchirurgie	8500	8596	45	52
VII. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	8700	8841	79	63
VIII. Halschirurgie	8900	8939	22	18
IX. HNO-Chirurgie	9000	9180	125	56
X. Thoraxchirurgie	9300	9417	68	50
XI. Herzchirurgie	9500	9639	116	24
XII. Gefäßchirurgie	9700	9830	97	34
XIII. Operative Gynäkologie	9900	9998	78	21
XIV. Operative Urologie	10100	10278	129	50
XV. Operative Augenheilkunde	10300	10394	68	27
XVI. Hernienchirurgie	10500	10540	24	17
XVII. Viszeralchirurgie	10600	10819	109	108
XVIII. Operative Proktologie	10900	10961	42	20
Kapitel M Ärztliche Laboratoriumsleistungen	11000	12981	1151	1
Kapitel N Zell- und gewebebasierte Leistungen	13000	13122	39	5
Kapitel O Leistungen der Strahlendiagnostik, Magnetresonanz-tomografie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	13200	13643	238	68
Kapitel P Sektionsleistungen	13700	13703	4	0
Kapitel R Rehabilitationsmedizinische Leistungen	13800	13803	4	0
Kapitel S Sonstige Leistungen	13900	13938	35	2

Eine Zuschlagsziffer darf nur abgerechnet werden, wenn eine zuschlagsfähige Grundziffer abgerechnet wird (§ 4 Abs. 1 S. 4 GOÄneu). Es fällt deshalb besonders auf, dass die Anästhesie (Kapitel D) fast so viele Zuschlagsziffern wie Grundziffern enthält und die Wirbelsäulenchirurgie (Kapitel L V) mehr Zuschlagsziffern als Grundziffern. Auch das Verhältnis der Grundziffern zu den Zuschlagsziffern in der Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie (Kapitel L VII – 79:63) ist überraschend.

Aufschlussreich ist eine Analyse derjenigen Abschnitte der GOÄ, die in ihrer Gliederung mit der GOÄneu vergleichbar geblieben sind. Für den Vergleich wurden in der nachstehenden Tabelle die in der GOÄneu in konservativ und operativ auseinandergezogenen Fächer wieder zusammengerechnet. Es ergibt sich folgende Übersicht:

Betrachtet man die absoluten und die relativen Zahlen, dann fällt aus zahnmedizinischer Sicht die starke Ausweitung der mund-kiefer-gesichtschirurgischen Leistungen auf.

3. Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse

Der Verbraucherpreisindex stieg nach den Daten des Statistischen Bundesamtes (2020=100) zwischen 1991 und 2024 von 61,9 auf 119,3 und damit um 57,4 Basispunkte. Für die Zeit davor wurde der Verbraucherpreisindex nicht ermittelt. Die Zäsur kam mit der Wiedervereinigung 1990, sodass es schwierig ist, die vorhandenen Daten zu den Lebenshaltungspreisindizes vor 1991 in den Verbraucherpreisindex umzurechnen.

Versucht man es dennoch, kommt man auf einen Wert von ca. 14 Basispunkten, sodass der Ausgangsindex für 1982 sogar bei nur 47,9 liegen könnte (und die Steigerung demzufolge bei 71,4 Basispunkten).

Hätte man den Punktwert der GOÄ wenigstens in diesem Zeitraum ab 1991 um die 57,4 Basispunkte verändert, müsste er heute statt bei 11,4 DPf bei 21,97 DPf = 11,233719 Cent liegen. Stattdessen liegt er bei 5,828727 Cent.

Kapitel	GOÄ	GOÄneu	Veränderung
B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen	64	102	59,38%
C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	174	394	126,44%
D. Anästhesieleistungen	33	78	136,36%
E. Physikalisch-medizinische Leistungen	43	80	86,05%
F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie	137	394	187,59%
G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	44	129	193,18%
H. Geburtshilfe und Gynäkologie	103	202	96,12%
I. Augenheilkunde	132	166	25,76%
J. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	153	295	92,81%
K. Urologie	133	203	52,63%
VIII. Neurochirurgie	79	88	11,39%
IX. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	51	142	178,43%
X. Halschirurgie	9	40	344,44%
XII. Thoraxchirurgie	37	118	218,92%
XIII. Herzchirurgie	33	140	324,24%
XI. Gefäßchirurgie	52	131	151,92%
XV. Hernienchirurgie	9	41	355,56%
XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie	91	217	138,46%
M. Laboratoriumsuntersuchungen	921	1152	25,08%
N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik	15	44	193,33%
O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie und Strahlentherapie	207	306	47,83%
P. Sektionsleistungen	9	4	-55,56%

Wer das nachrechnen will, muss beachten, dass die Indextabelle nicht mit Prozentzahlen verwechselt werden darf. Geht man von 1982 aus, dann müsste der Wert heute bei ca. 14,517060 Cent liegen.

Die nachstehende Tabelle rechnet den Anpassungsbedarf in die Änderung der Steigerungsfaktoren um:

	11,233719 Cent	14,517060 Cent
Steigerungsfaktor 1,0	1,93	2,49
Steigerungsfaktor 2,3	4,43	5,73
Steigerungsfaktor 3,5	6,75	8,72

Man darf sich in Anbetracht der langen Zeiträume die Frage stellen, wie das in der GOÄneu abgebildet werden soll.

Antwort: Offenbar gar nicht.

Das soll ein Blick auf die Vergütungsspannen von GOÄ und GOÄneu zeigen:

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Mindest-vergütung	0,17 €	0,40 €	0,61 €	0,20 €
Höchst-vergütung	524,59 €	1.206,55 €	1.836,05 €	6.023,30 €
Median	22,12 €	34,19 €	45,90 €	90,00 €

Rechnet man die Werte aus, dann entspricht der Median der GOÄneu dem 4,074-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

Nimmt man die jeden Vergleich besonders verzerrenden Laborziffern des Abschnitts M aus den Datensätzen heraus, ergibt sich folgender Median:

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Median	34,97 €	74,27 €	113,03 €	164,46 €

Rechnet man die Werte aus, dann entspräche der Median der GOÄneu immerhin dem 4,7-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ. Die Vergleichsmaßstäbe werden allerdings dadurch stark verzerrt, dass die GOÄ im Einfachsatz keine einzige Gebührenposition über mehr als 525 Euro kennt, die GOÄneu aber 321 mit einem Gebührensatz von mehr als 1.000 Euro, davon 56 mehr als 2.000 Euro.

Verzerrt werden die Gebührenordnungen, vor allem die GOÄneu, auch durch die zahllosen Zuschläge.

Reduziert man beide Gebührenordnungen um die Leistungen des Abschnitts M (Labor), die Zuschläge und für die GOÄ um alle im Einfachsatz mit mehr als 300 Euro bewerteten 46 Gebührenziffern und für die GOÄneu um alle mit mehr als 1.000 Euro bewerteten Gebührenziffern, dann erscheint ein Vergleich der medianen Leistungsbewertung zwischen beiden Gebührenordnungen plausibel machbar.

Die Zuschlagsziffern können deshalb außer Betracht gelassen werden, weil es Aufgabe einer jeden privatärztlichen Gebührenordnung ist, die jeweilige Grundleistung sachgerecht zu bewerten.

Mit der Beschränkung auf diese Vergütungsspannen werden die ganzen hochpreisigen und in aller Regel nur stationär zu erbringenden Leistungen in der Betrachtung ausgeschlossen. Der Vergleich beschränkt sich auf den vor allem für die niedergelassenen Ärzte wichtigen Bereich.

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Anzahl GOPs	1826			3874
Mindest-vergütung	0,17 €	0,40 €	0,61 €	0,20 €
Höchst-vergütung	297,27 €	683,71 €	1.040,43 €	999,41 €
Median	32,29 €	74,27 €	113,03 €	69,26 €

Rechnet man die Werte aus, dann entspricht der Median der GOÄneu dem 2,145-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

Will man den Vergleichsbereich noch weiter kürzen auf die 1.713 GOÄ-Ziffern unter 200 Euro (ohne Zuschläge und Labor), dann verbessern sich die Medianwerte im Vergleich zur GOÄneu nur wenig:

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Anzahl GOPs	1826			3874
Mindest-vergütung	0,17 €	0,40 €	0,61 €	0,20 €
Höchst-vergütung	197,87 €	455,10 €	692,54 €	999,41 €
Median	29,14 €	63,38 €	96,49 €	69,26 €

Rechnet man diese Werte aus, dann entspricht der Median der GOÄneu dem 2,377-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

Egal, wie man rechnet, von dem rechnerischen Normalergebnis bei regelmäßiger Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung ist die GOÄneu weit entfernt.

4. Punktwert als Maßstab?

Warum muss man den Punktwert als Maßstab heranziehen? Weil es in der Begründung zur GOZ 1988 heißt:

„Im neuen System der Gebührenbemessung sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen" (BR-Drucksache 276/87 vom 26.6.1987, S. 49).

Der Punktwert der GOÄ wurde zwischen 1982 und 2025 nur einmal 1996 angepasst (um 3,64 Prozent), der Punktwert der GOZ wurde seit 1988 überhaupt nicht mehr angepasst. Das ist weder vom wirtschaftlichen Ergebnis noch vom rechtlichen Ausgangspunkt her belanglos. Das System der Gebührenordnung wurde seitdem nicht geändert – und damit steht fest, dass den Ärzten und Zahnärzten seit 43 bzw. 37 Jahren die Anpassung der Privatleistungsvergütung an die wirtschaftlichen Verhältnisse verwehrt wird.

5. Relationierung der Gebührenbewertungen

Die GOÄneu hat die Aufgabe einer Neubeschreibung und Neubewertung der privatärztlichen Leistungen. Man sollte annehmen, dass nach 43 Jahren Nichtstun die Neubeschreibung zu ganzzahligen Euro-Beträgen führen würde. Das Gegenteil ist der Fall, sodass sich die Frage stellt, wie eigentlich gerechnet wurde.

Die am höchsten bewertete Leistungsziffer der GOÄneu ist die GOP 10717 (Darmtransplantation). Die GOÄ kennt diese Leistung nicht. Wie kommt man gerade auf den Betrag von 6.023,30 Euro und nicht einfach auf 6.000 oder 6.100 Euro?

Wie muss man sich erklären, dass die GOÄneu ungeachtet der Neuheit vieler Leistungen nur 187 Grundziffern (4,45 Prozent) kennt, die auf einen vollen Euro-Betrag enden?

Alle anderen 4.013 Grundziffern und die allermeisten Zuschlagsziffern enden auf Centbeträge, für die sich keine, schon gar keine plausible Erklärung findet.

Wie kommt man z. B. bei der Nr. 1508 (271,01 Euro für eine Polygrafie bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr) oder der Nr. 2930 (6,99 Euro für die Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels kardialer Aggregate telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz) oder der Nr. 3083 (525,99 Euro für die Implantation eines elektrodenlosen Schrittmachers), die alle kein Pendant in der GOÄ aufweisen, auf die Cent-Beträge?

Wie hat man gerechnet? Nahm man den Einzelhandel zum Vorbild für die Preisgestaltung? Das muss die Bundesärztekammer erklären können – und von sich aus aufklären. Ohne diese Aufklärung muss man wohl von einem Würfelspiel bzw. „türkischem Bazar" ausgehen.

6. Beispiele

GOÄ und GOÄneu zu vergleichen ist vielfach schwierig, weil sich die Bundesärztekammer bei vielen Leistungen für eine andere Beschreibungssystematik entschieden hat.

Aber für genügend aussagekräftige Leistungen lässt sich der Vergleich herstellen.

Als erstes Beispiel will ich die Nr. 1 GOÄ nehmen, die es auch in der GOÄneu gibt:

GOÄ					GOÄneu		
Nr.	Legende	1,0	2,3	3,5	Nr.	Legende	Vergütung
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	4,66 €	10,72 €	16,32 €	1	• Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter zehn Minuten • Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 2 nicht berechnungsfähig	14,11 €
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	4,66 €	10,72 €	16,32 €	2	• Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete zehn Minuten • Die Leistung nach Nummer 2 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig. • Die Leistung nach Nummer 2 ist neben der Leistung nach Nummer 1 nicht berechnungsfähig. • Die genaue Dauer der Gesprächsleistung(en) ist in der Rechnung anzugeben.	21,21 €



© Masterlevsha/Shutterstock.com

Die GOÄneu differenziert die bisherige Ä1 in acht Gebührenziffern (u. a. Palliativmedizin, Reisemedizin). Aber die Grundziffer wird nur in die Nrn. 1 und 2 differenziert. Der Unterschied liegt allein in der Zeitdauer. Bis zehn Minuten gibt es 14,11 Euro, ab zehn Minuten bis zu 5x 21,21 Euro. Mehr gibt es nicht, auch wenn die Beratung lange Zeit in Anspruch nimmt. Das Stundenhonorar für die sprechende Privatmedizin beträgt also maximal 106,05 Euro.

Zum Vergleich: die KZBV gibt im Jahrbuch 2024 den Honorarumsatz der Zahnärzte (ohne Fremdlabor) für die alten Bundesländer im Jahr 2022 mit 403 Euro pro Behandlungsstunde und in den neuen Bundesländern mit 375 Euro pro Behandlungsstunde (S. 111) an. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass die erforderlichen Honorarumsätze der Ärzte nur bei einem Drittel dieses Wertes liegen. Also ist die Schlussfolgerung, dass die sprechende Medizin in der GOÄ unverändert massiv unterhonoriert bleiben soll, zwingend. Fragt sich nur, warum, nachdem für gerade diesen Bereich seit Jahrzehnten die Unterfinanzierung beklagt wird.

Die Nr. 2 der GOÄneu zeigt gleichzeitig ein Problem auf, das sich durch den gesamten Entwurf zieht: der bürokratische Mehraufwand, den die GOÄneu für die Praxen mit sich brächte (s. dazu näher unter Ziffer 10.10). Dass die Bundesärztekammer seit Langem vom Gesetzgeber Bürokratieabbau im Gesundheitswesen fordert, ist in Anbetracht der Bürokratieausweitung, welche die GOÄneu mit sich brächte, bereits heute ein Treppenwitz.

Die sprechende Medizin findet vor allem auch in der Psychiatrie/Psychotherapie statt.

Bei Erwachsenen kann nach Nr. 4401 für die psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung je vollendete 15 Minuten ein Betrag von 37,56 Euro abgerechnet werden. Das ergibt ein Stundenhonorar von 150,24 Euro, bei Patienten unter 21 Jahren sind es nach Nr. 4403 immerhin 173,48 Euro. Aber für die entsprechende Anamnese bei diesem Personenkreis gibt es nach Nr. 4404 nur 109,04 Euro, sofern diese mindestens 45 Minuten dauert.

Als drittes Beispiel sei die Nr. 4 GOÄ/12 GOÄneu angeführt:

Die Neubewertung erfolgt zum 2,41-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

GOÄ					GOÄneu		
Nr.	Legende	1,0	2,3	3,5	Nr.	Legende	Vergütung
4	• Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken • Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. • Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.	12,82 €	29,49 €	44,88 €	12	• Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken oder einen zu Beratenden und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en), im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken oder einer Beratung zur Prävention • Die Leistung nach Nummer 12 kann in begründeten Einzelfällen telefonisch erbracht werden. Die Begründung ist in der Rechnung anzugeben. • Die Leistung nach Nummer 12 ist nicht berechnungsfähig, wenn sie während einer anderen Beratungsleistung erbracht wird.	30,88 €

Als viertes Beispiel sei die Nr. 7 GOÄ/17 GOÄneu gezeigt:

GOÄ					GOÄneu		
Nr.	Legende	1,0	2,3	3,5	Nr.	Legende	Vergütung
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)	9,33 €	21,45 €	32,61 €	17	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, die Mammae, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließlich Nieren und ableitender Harnwege)	25,44 €

Die Neubewertung erfolgt zum 2,73-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ. An der Geringschätzung und -bewertung der klassischen Medizin ändert die GOÄneu also nichts.

7. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der GOÄneu

Die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie soll durch die GOÄneu eine massive Ausweitung in den Leistungsziffern erfahren. Aus 51 GOPs der GOÄ sollen 79 GOPs und 63 Zuschlagsziffern, zusammen also 142 Gebührenziffern werden. Diese Zunahme um 178,43 Prozent ist schon sehr bemerkenswert.

In der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie gibt es im Vergleich zur GOÄ teilweise sehr niedrige, teilweise sehr hohe Neubewertungen.

GOÄ 1996	GOÄ 1996-Leistungslegende	Betrag (1,0)	Betrag (2,3)	Betrag (3,5)	GOÄ-neu	GOÄneu-Leistungslegende	GOÄ neu-Betrag	Steigerungsfaktor GOÄ: GOÄneu
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	128,23 €	294,93 €	448,81 €	8705	Anlegen und Fixation einer oder mehrerer Schiene(n), von dental getragenen Verankerungselementen oder Insertion von MMF-Schrauben im verletzten Ober- oder Unterkiefer, je Kieferhälfte	224,91 €	1,8
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	20,40 €	46,92 €	71,40 €	8711	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte, 3D-geprintete Positioning-Guides) am Ober- oder Unterkiefer	70,08 €	3,4
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer	17,49 €	40,22 €	61,20 €	8713	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen, z. B. maxillomandibuläre Fixation durch Drahtcerclagen oder Gummis, oder Stützapparaten (auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten), je Kieferhälfte	40,85 €	2,3
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	107,83 €	248,01 €	377,41 €	8730	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, ggf. einschließlich	798,67 €	7,4

2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste oder eines ausgedehnten Kieferdefektes, über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich, durch Zystektomie, je zusammenhängendem Defekt	55,37 €	127,36 €	193,81 €	8745	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste oder eines ausgedehnten Kieferdefektes, über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich, durch Zystektomie, je zusammenhängendem Defekt	183,21 €	3,3
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbstständige Leistung	23,31 €	53,62 €	81,60 €	8750	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	2660	4,4
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	29,14 €	67,03 €	102,00 €	8751	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose größeren Umfanges über mindestens drei Zähne als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	102,65 €	3,5
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	40,80 €	93,84 €	142,80 €	8752	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	185,49 €	4,5
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	26,23 €	60,33 €	91,80 €	8796	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je zuvor osteosynthetisch versorgter Frakturspalte	214,57 €	8,2

Andere Leistungen wie die GOÄ 2650 sollen ersatzlos entfallen, obwohl sie sowohl zur BEMA- wie zur GOZ-Abrechnung gebraucht werden. Dafür enthält die GOÄneu in Nr. 8823 ein Pendant zur Nr. 9010 GOZ:

Die gezeigten Beispiele im Bereich der zahnheilkundlichen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie betreffen Leistungen, in denen heute regelmäßig der 3,5-fache Steigerungsfaktor abgerechnet oder eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ/GOÄ abgeschlossen

GOÄ 1996	GOÄ 1996-Leistungslegende	Betrag (1,0)	Betrag (2,3)	Betrag (3,5)	GOÄneu	GOÄneu-Leistungslegende	GOÄ neu-Betrag	Steigerungsfaktor GOÄ: GOÄneu
9010	Implantatinsertion, je Implantat Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z. B. Tiefenlehre), gegebenenfalls einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantats, Einbringen eines enossalen Implantats einschließlich Verschlussschraube und gegebenenfalls Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss	86,89 €	199,86 €	304,13 €	8823	Einbringen von Implantaten an einem Gesichtsteil, je Implantat	268,77 €	3,1

wird. Wie man auf die Idee kommt, sie unterhalb dieses Steigerungsfaktors zu relationieren, ist auch zu erklären und zu begründen.

Ein Ausgleich der wirtschaftlichen Verhältnisse findet nicht statt.

8. Strahlendiagnostik

Im Bereich der Strahlendiagnostik lässt sich ein Vergleich der bisherigen Leistungen mit den Leistungen der GOÄneu einfach herstellen.

GOÄ 1996	GOÄ 1996-Leistungslegende	Betrag (1,0)	Betrag (2,3)	Betrag (3,5)	GOÄ-neu	GOÄneu-Leistungslegende	GOÄ neu-Betrag	Steigerungs-faktor GOÄ: GOÄneu
5000	Zähne, je Projektion Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.	2,91 €	5,25 €	7,29 €	13201	Röntgenaufnahme von Zähnen, je Projektion Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13201 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnungsfähig.	8,68 €	3,0
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	14,57 €	26,23 €	36,43 €	13203	Panoramaschichtaufnahme eines Kiefers Die Leistung nach Nummer 13203 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.	26,01 €	1,8
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	23,31 €	41,97 €	58,29 €	13202	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer Die Leistung nach Nummer 13202 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.	39,13 €	1,7
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	23,31 €	41,97 €	58,29 €	13217	Schädelübersichtsaufnahme, ggf. in zwei Ebenen	24,91 €	1,1
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	11,66 €	20,98 €	29,14 €	13218	Röntgenaufnahme von Schädelteilen in Spezialprojektionen, je Teil Werden mehrere Schädelteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13218 nur einmal und nicht je aufgenommenem Schädelteil berechnungsfähig. Die untersuchten Schädelteile sind in der Rechnung anzugeben.	29,18 €	2,5
5098	Nasennebenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen –	15,15 €	27,28 €	37,89 €	13219	Röntgenaufnahme(n) von Nasennebenhöhlen Die Leistung nach Nummer 13219 ist auch bei Aufnahmen in mehreren Ebenen nur einmal berechnungsfähig.	27,61 €	1,8
5370	Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des craniozervikalen Übergangs –	116,57 €	209,83 €	291,44 €	13315	Tomografie im Kopfbereich, ggf. einschließlich der Untersuchung des craniozervikalen Übergangs. Die Leistung nach Nummer 13315 ist nicht neben der Leistung nach Nummer 13314 berechnungsfähig. Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.	223,40 €	1,9
5370+ 5377	Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des craniozervikalen Übergangs –	173,20 €	255,97 €	348,07 €	13400	Digitale Volumentomografie eines Kieferteils, ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion	139,90 €	0,8

Ein Ausgleich der wirtschaftlichen Verhältnisse findet sich auch hier nicht. Man fragt sich nicht nur an dieser Stelle, ob seitens der Bundesärztekammer wenigstens hierzu eine Abstimmung zumindest mit der Bundeszahnärztekammer stattgefunden hat. Dem Vernehmen nach soll dies nicht der Fall gewesen sein.

9. Wegegeld und Reiseentschädigung

Wegegeld und Reiseentschädigung sind eigentlich die Ausgabenposten, die jährlich an die Preisentwicklung angepasst gehören, weil sich diese Kosten jährlich erhöhen. Der Entwurf der GOÄneu vom 12.9.2024 sieht hierfür in den §§ 8 und 9 dieselben Entschädigungssätze vor wie der Entwurf vom 18.4.2017 und der Entwurf vom 12.8.2015. Und die wiederum sind aus § 8 GOZ 2012 entnommen.

Die Bundesärztekammer sieht offenbar kein Problem darin, die im Jahre 2011 in der GOZ festgelegten Wegegelder und Reiseentschädigungen für die Jahre ab 2024 unverändert in die GOÄ zu übernehmen. Der Verbraucherpreisindex stieg von Ende 2011 auf Ende 2024 um 29,3 Basispunkte rsp. 32,56 Prozent.

Auch hier darf man bei einem Blick in die GOT „neidisch" werden. Der Zahnarzt erhält bei der Fahrt in einem Radius ab Praxis bis zu 2 km ein Wegegeld von 4,30 Euro, bei Nacht von 8,60 Euro (§ 8 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 GOZ). Ein Radius von 2 km entspricht in der Realität nur in seltensten Fällen einer Fahrtstrecke von nur 2 km.

Der Tierarzt erhält nach § 10 Abs. 2 S. 1 GOT pro Doppelkilometer 3,50 Euro, mindestens aber 13 Euro. Beim Tierarzt kommt es auf die Fahrtstrecke, nicht auf den Radius an. Ein Radius von 2 km ergibt in der Fahrtstrecke wenigstens 2 km (meist deutlich mehr).

Das bringt für den Tierarzt im ungünstigsten Fall 7,00 Euro Wegegeld – und wenn nichts hinzukommt, bekommt er den Mindestsatz von 13 Euro. Muss der Tierarzt – jeweils bedingt durch widrige Verkehrsverhältnisse – Strecken zu Fuß zurücklegen oder sind die Fahrten besonders aufwendig, dann darf das Wegegeld bis zum Dreifachen gesteigert werden (§ 10 Abs. 2 S. 3 GOT). Das sind dann bis zu 39 Euro im Mindestsatz.

Worin liegt der rechtfertigende Grund für eine solche Ungleichbehandlung? Ist die Fahrt zum Hausbesuch bei Tieren anstrengender als bei Menschen?

10. Allgemeiner Teil der GOÄneu

Die Kritik der Ärzteverbände an der GOÄneu richtet sich derzeit vor allem gegen den Allgemeinen Teil (Paragrafenteil).

Die Kritik ist berechtigt. Es erstaunt schon sehr, dass die Bundesärztekammer in all den Jahren, in denen der Allgemeine Teil jetzt vorliegt (und das sind schon mindestens zehn Jahre), daran nicht gearbeitet und diesen entschlackt und verbessert hat, sondern stattdessen vor allem neue Bürokratie generieren will.

10.1 Wirtschaftliche Aufklärung (§ 1 GOÄ)

§ 1 Abs. 2 GOÄ soll um einen dritten Satz erweitert werden, der inhaltlich an § 630c Abs. 3 BGB angelehnt ist, in seinen Vorgaben aber darüber hinausgeht, wie sich anhand der nachstehenden Synopse leicht zeigen lässt:

§ 630c Abs. 3 BGB	§ 1 Abs. 2 S. 3 GOÄneu
Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.	Rechtzeitig vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten in Textform über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.

Was hat diese Vorgabe in einer Gebührenordnung zu suchen, nachdem sie für alle Patientenbehandlungen schon im BGB normiert ist?

Wieso sollten sich der Behandler auch noch darum kümmern müssen, ob es zu bestimmten Themen „Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO" (s. dazu unten Ziffer 10.11) gibt?

Gibt es nicht schon genug Bürokratie in Arztpraxen und Kliniken? Oder stammt der Text des § 1 Abs. 2 S. 3 GOÄneu noch aus der Zeit vor Inkrafttreten des § 630c Abs. 3 BGB am 26.2.2013?

10.2 Honorarvereinbarung (§ 2 GOÄneu)

Die gute Nachricht vorweg: Die Honorarvereinbarung wird ungeachtet der Abkehr von den Steigerungsfaktoren zugunsten sog. robuster Einfachsätze nicht aufgegeben.

Die schlechte Nachricht dazu: Sie wird so ausgestaltet, dass der mit ihr verbundene Aufwand für viele Praxen sie uninteressant machen dürfte – und das ist wohl auch die Zielsetzung.

Die Unterschiede zwischen beiden Normen sind der nachstehenden Synopse zu entnehmen.

§ 2 GOÄ	§ 2 GOÄneu
(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 S. 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 S. 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.	(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt werden. Für Leistungen nach den Kapiteln E, M, N und O sowie für Leistungen nach § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle eines nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuchs vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen sowie Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses eine Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen	(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem rechtzeitig vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz, dem Steigerungsgrund und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.
(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.	(3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

§ 2 Abs. 1 S. 1 GOÄneu will auch künftig nicht zulassen, dass sich Behandler und Patient auf eine andere Form der Vergütung, insbesondere auf ein Stundenhonorar einigen können.

§ 2 Abs. 2 S. 1 GOÄneu wäre ebenfalls eine deutliche Verschärfung, anknüpfend an eine seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02 – eigentlich überholte Rechtsprechung. Satz 1 enthält in verkappter Form wieder die Forderung nach einem individuellen Aushandeln (z. B. OLG Nürnberg, 28.4.1994 – 8 U 3123/93 –). Die Forderung nach einem persönlichen Informations- und Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem (das ist nicht zwangsläufig der Patient) ist in Zeiten der Digitalisierung anachronistisch.

Satz 2 verlangt, dass in der Vereinbarung ein Steigerungsgrund angegeben wird. Der Begriff wird nicht erläutert. Vermutlich ist damit die bisher gebräuchliche Begründung des Steigerungsfaktors gemeint. Wozu man in der Gebührenvereinbarung einen Steigerungsgrund anzugeben hat (gestiegene Lebenshaltungskosten, Personalkosten, Mieten, Unzufriedenheit mit der Honorierung etc.), ist erklärungsbedürftig, auch warum man auf Steigerungsfaktoren seitens der Bundesärztekammer verzichtet, aber sie dann wieder für die Honorarvereinbarung heranzieht. Eine Erklärung dazu gibt es nicht.

Schließlich verweist der neu gefasste dritte Absatz auf die berufsrechtlichen Regelungen. Was damit gemeint sein soll, ist ebenfalls unklar. Soll die in § 12 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä enthaltene Verpflichtung zur Forderung „angemessenen" Honorars ein weiterer Prüfstein für die Wirksamkeit der Honorarvereinbarung werden?

Das würde sie noch unattraktiver machen.

Der Abschluss einer Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ soll auch in der Honorarrechnung besonders hervorgehoben werden. § 10 Abs. 1 S. 3 Nr. 7 GOÄneu enthält dazu folgende Vorgabe:

„bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon betroffenen Gebührennummern und der vereinbarten Steigerungssätze unter Beifügung einer Kopie der Vereinbarung".

Das muss man nicht kommentieren. Bisher sind die PKVen ohne Kopien ausgekommen. Nirgendwo bei den freien Berufen wird bei der Honorarabrechnung die Übersendung der Gebührenvereinbarung verlangt.

Auch hier bleibt die Frage: Wie kommt die Bundesärztekammer auf so eine Idee?

10.3 Gebühren (§ 4 GOÄneu)
§ 4 Abs. 1 S. 2 GOÄneu übernimmt wörtlich den Text aus Abschnitt I Ziffer 2.1 S. 1 des EBM. Darauf sei hingewiesen, weil der Vorwurf der EBMisierung des GOÄ bereits im Raum steht, und das nicht zu Unrecht – und sich der Kreis zu den in der Einleitung zitierten Vorgängen aus 2013 schließen könnte.

Der dritte Satz ist eine im Grunde sinnvolle Klarstellung für den Fall des Behandlungsabbruchs.

Die neu vorgesehenen Absätze 2a–2c betreffen den Bereich der wahlärztlichen Leistungen, mit einer weit hinter den aktuellen Möglichkeiten zurückbleibenden Einschränkung für Vertreter des Wahlarztes. Die Vertretung soll nur „durch einen einzigen anderen in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt" (Abs. 2a S. 2, Abs. 2b S. 1).

Diese Einschränkung ist umso erstaunlicher, als die GOÄneu durch die Einführung vieler neuer hochpreisiger Leistungen den stationären Anteil an den abrechenbaren Leistungen (auch in Zeiten der Ambulantisierung) erheblich ausweitet.

Da alle diese Leistungsziffern schon durch die DRGs bzw. künftig durch die Leistungsgruppenvergütung abgedeckt sind, kommen sie nur zum Tragen, wenn Wahlarztvereinbarungen darüber getroffen werden. Wenn das aber erschwert werden soll, dann fragt man sich, wozu man seitens der Bundesärztekammer die GOÄneu überhaupt auf den stationären Bereich zuschneiden will und sich nicht dafür „ins Zeug legt", dass der ambulante Bereich sachgerecht vergütet wird.

Die Wortkombination „einen einzigen" hätte man in früheren Zeiten im Deutschaufsatz als schlechten Stil moniert.

10.4 Gebührenhöhe (§ 5 GOÄneu)
Die bisher textlich sehr umfangreiche zentrale Norm der GOÄ besteht in der GOÄneu nur noch aus zwei Sätzen:

„Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. Die Gebühr wird in Euro angegeben."

Dass das mit dem „nicht unterschreitbaren" nicht so ganz richtig ist, wurde schon angedeutet (s. dazu unter Ziffer 10.7).

10.5 Analogleistungen (§ 6 GOÄneu)
Für die Abrechnung von Analogleistungen will die GOÄneu den 1.1.2018 als Stichtag festsetzen und dazu zugleich vorschreiben, dass sie nach dem Stichtag „erstmals im Geltungsbereich der GOÄ angewandt" worden sein müssen.

Das erinnert an § 6 Abs. 2 S. 1 GOZ 1988, der für die analoge Abrechenbarkeit forderte, dass die Leistungen „erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt" wurden. Diese Einschränkung wurde durch die GOZ 2012 aufgegeben, weil sie „sich nicht bewährt" hatte (Begründung der Bundesregierung zur GOZ 1988, BR-Drucksache 566/11 vom 21.9.2011, S. 45).

Wie stellt man fest, wann eine ärztliche Leistung erstmals in Deutschland zur Anwendung kam? Soll dazu ein Register aufgebaut werden? Soll es regelmäßige Umfragen zum Leistungsverhalten geben? Sollen Publikationen ausgewertet werden, und falls ja, in welchen Zeitschriften? Reicht aus, dass sich ein Arzt mit einer „neuen selbstständigen Leistung" auf Social-Media-Kanälen brüstet oder sollte es sich um einen irgendwie fachlich qualifizierten ersten Einsatz handeln?

Wie kommt die Bundesärztekammer auf solche Ideen?

Warum sollte sich ein solches Konstrukt angesichts der rasanten Entwicklung der Medizin und damit des Bedarfs an neuen Analogleistungen nun ausgerechnet bei der GOÄneu bewähren?

Die Abrechnung von Analogleistungen soll durch § 6 Abs. 2 S. 2 und 3 GOÄneu durch Bürokratie erschwert werden:

„Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu beachten."

Der in § 6 Abs: 2 S. 1 GOÄneu enthaltene Stichtag 1.1.2018 gibt Anlass zu einer Reihe von Überlegungen. Der hier besprochene Entwurf der GOÄneu hat den Stand vom 12.9.2024.

Wenn Stichtag für die Abrechnung von Analogleistungen der 1.1.2018 sein soll, kann dies aus Gründen der Logik nur bedeuten, dass alle in der GOÄ enthaltenen Leistungen vor diesem Stichtag nicht nur entwickelt, sondern auch eingesetzt wurden.

Das führt dann zu der Schlussfolgerung, dass das Gebührenverzeichnis der GOÄneu zu Beginn des Jahres 2025 bereits mehr als sieben Jahre alt ist. Das ist zwar erst knapp 1/6 des Alters der GOÄ 1982, aber unter einer modernen Gebührenordnung stellt man sich gemeinhin nicht vor, dass diese nur eine schon ziemlich ferne Vergangenheit abbildet.

Dabei gab es seit dem 1.1.2018 doch bedeutende Entwicklungen mit Auswirkungen auf das Gesundheitswesen.

2018 hätte man schon um die Gefahr einer Coronaviruspandemie wissen können, wenn man denn den in der Bundestagsdrucksache 17/12051 vom 3.1.2013 von der Bundesregierung veröffentlichten Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 gelesen hätte (dort insbesondere die Ausführungen S. 5–6 und 55–82 zur „Pandemie durch Virus Modi-SARS"; der das Ganze abrundende Folgebericht vom 12.4.2019, Bundestagsdrucksache 19/9520 wurde vom Deutschen Bundestag erst Tage vor dem ersten Lockdown 2020 zur Kenntnis genommen). Die Erfahrungen seit 2020, die Entwicklungen seit dieser Zeit (z. B. GLP-1-Rezeptoragonisten) finden zwar erst jüngst Eingang in die Allgemeinpresse. Aber die Bundesärztekammer ist nicht die Allgemeinpresse, sollte also vorher reagieren. Mit dem Stichtag 1.1.2018 ist diese Pflicht ersichtlich nicht erfüllt worden.

10.6 Ersatz von Auslagen (§ 10 GOÄneu)
§ 10 GOÄ enthält in Abs. 1 S. 2 GOÄneu die Vorgabe, dass nur die „tatsächlich entstandenen Kosten" ersetzt werden, was Pauschalierungen verbietet. Von dem Pauschalierungsverbot wird nur für Versand- und Portokosten eine Ausnahme gemacht, „wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen" (Satz 3). Diese Wortwahl ist keine Beliebigkeit, sondern legt die Darlegungs- und Beweislast für das Entsprechen der Behandlerseite auf.

Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind, sofern in den Gebührensätzen enthalten, nach § 10 Abs. 2 S. 2 GOÄneu nicht gesondert berechnungsfähig. Das heißt im Umkehrschluss, dass Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten im Normalfall gesondert abrechnungsfähig sein sollen. Diese Diskussion gab es zur GOZ 1988 auch lange Zeit.

Nach § 4 Abs. 3 S. 1 GOZ 2012 sind diese Kosten aktuell nur im Ausnahmefall gesondert abrechenbar.

10.7 Unterschreitung des Gebührensatzes (§ 11 GOÄneu)
§ 11 GOÄ spielte bisher in der Praxis so wenig eine Rolle, dass die wenigsten die Norm überhaupt kennen dürften. Die GOZ kennt nichts Vergleichbares. Nun soll § 11 Abs. 1 GOÄneu folgenden Wortlaut erhalten:

„Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, dürfen abweichend von § 5 Abs. 1 S. 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. Zudem können die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen nach Satz 1 treffen. Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben."

Für die Beihilfe kann vereinbart werden, dass der „nicht unterschreitbare" Gebührensatz doch unterschritten werden darf. Wozu macht man sich diese Mühe und vereinbart nicht einfach, dass für Beamte der EBM gilt?

Angesichts der im Median ohnehin nicht sonderlich stark angehobenen Gebührensätze der GOÄ kann man doch auf solche Regelungen verzichten. In vielen Fällen ist der EBM heute besser vergütet als die GOÄ, ein Phänomen, das im Verhältnis BEMA – GOZ bekanntlich schon seit vielen Jahren zu beobachten ist.

10.8 Fälligkeit der Rechnung (§ 12 GOÄneu)
Bisher war die Arztrechnung erst fällig, wenn sie den Vorgaben der GOÄ genügte. War das nicht der Fall, konnte sie auch nicht verjähren. Lediglich die Verwirkung der Honorarforderung drohte irgendwann einmal.

Das soll jetzt geändert werden. § 12 Abs. 1 S. 2 GOÄneu will den Arzt zur Rechnungsstellung „innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung" zwingen.

Wann diese Frist zu laufen beginnt (kommt es auf die gesonderte Abrechenbarkeit einer Einzelleistung an oder gilt das bei langdauernden Behandlungen nicht), ist nicht geregelt, auch nicht, welche Konsequenzen die Fristversäumnis haben soll. Denn Satz 1 knüpft unverändert wie bisher für die Fälligkeit der Honorarforderung an die GOÄ-konforme Abrechnung an. Eine nicht fällige Forderung kann nicht verjähren (§ 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB).

10.9 Rechnungsformular (§ 12 und Anlage 2 GOÄneu)
Die Abrechnung soll künftig „maschinenlesbar" auf einem Formular erfolgen, das den Ärzten vorgegeben wird (§ 12 Abs. 2 S. 1 GOÄneu).

10.10 Schutz der Gesundheitsdaten (§ 12 Abs. 2 S. 3 GOÄneu)
Das Rechnungsformular ist für sich allein kein Aufreger, wohl aber das, was auf der Rechnung alles anzugeben ist. Mindestangaben sollen nach § 12 Abs. 2 S. 3 GOÄneu u. a. sein:

„1. die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,
2. den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung, …"

Dazu muss man eine Vorgabe für im Gebührenverzeichnis der GOÄneu immer wieder auftauchende Zuschlagsziffern für die Behandlung psychisch auffälliger Patienten lesen, z. B. Nr. 37:

„Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten achten Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung …

Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben."

Wenn die Abrechenbarkeit an die Diagnosemitteilung in den höchst sensiblen Bereichen des Abschnitts F des ICD-10 knüpft, dann muss man als Arzt die Patienten wohl schon darauf hinweisen, dass hier Kollateralschäden drohen dürften. Für die Versicherer sind die F-Diagnosen von großer Bedeutung für die Beurteilung des individuellen Versicherungsrisikos. Nun will man den Arzt verpflichten, die gesamten Diagnosen, auch die, die der Patient in seiner elektronischen Patientenakte sperren möchte, den Versicherern und Beihilfebehörden offenzulegen.

Das ist dann
- Bürokratieabbau und
- Gesundheitsdatenschutz?

Die Datenschutzbeauftragten haben das sicher noch nicht gesehen.

10.11 Gemeinsame Kommission (§ 11a BÄO)

Aus drei Erwähnungen in der GOÄneu ist zu schließen, dass die Bundesärztekammer die BÄO um einen § 11a ergänzt wissen will, der eine „Gemeinsame Kommission" begründen soll (s. § 1 Abs. 2 S. 3, 2. Hs. § 6 Abs. 2 S. 3, § 11 Abs. 1 S. 3 GOÄneu). Offenbar soll diese Kommission eine Art Oberaufsicht über das Geschehen in und die Weiterentwicklung der GOÄneu führen und dürfte mit Vertretern der Ärzteschaft, der PKV und der Beihilfebehörden besetzt sein und verbindliche Vorgaben zur Anwendung der GOÄneu machen. Eine Erklärung oder Begründung dafür findet sich nicht. Warum das im praktischen Ergebnis etwas Besseres als nur das Gängeln der Ärzteschaft bewirken sollte, bleibt einer der vielen Punkte, welche die Bundesärztekammer dingend aufklären muss.

11. Resümee

Eine neue Gebührenordnung ist kein Selbstzweck. Die GOÄ 1982 wurde damals zum EBM so korreliert, dass der 1,0-fache Steigerungsfaktor der GOÄ dem EBM entsprach. Solche Umrechnungen gab es auch bei der GOZ. Es ist rechnerisch ohne Weiteres möglich, diese Korrelation fortzuführen.

Das Argument, dass man eine so lange Untätigkeit des GOÄ- (und GOZ-)Verordnungsgebers nicht ausgleichen kann, ist falsch. Dies zeigt ein Blick in die Entwicklung der GOT, die seit 1988 um rund 135 Prozent im Wert angehoben wurde, davon allein im August 2022 um 60 Prozent.

Es kann durchaus sein, dass man die Bewertung der einzelnen Leistungen nicht einfach übernehmen kann, sei es, dass sich die Medizin inhaltlich in diesen Punkten anders entwickelt hat, sei es, dass sich Kosten und Zeitbedarf für die Leistungen verändert haben, oder was auch immer der Grund sein mag. Aber das ist eine Frage an die sachgerechte Bewertung der einzelnen Leistungen, nicht aber ein Argument, den Ärzten und Zahnärzten die in § 11 BÄO und § 15 ZHG vorgeschriebene Teilhabe an der wirtschaftlichen Entwicklung zu verweigern.

Wann hat ein niedergelassener Arzt in einem Jahr als Folge einer Vergütungserhöhung im Zeitraum von zwei Jahren eine lineare Erhöhung seines Bruttoeinkommens um acht Prozent verbuchen können, wie sie am 14.1.2025 der Marburger Bund mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände erzielt hat?

Die Heuchelei der Politik zu den Arzteinkommen muss endlich aufhören. Das gilt aber auch für den Berufsstand. Die Bundesärztekammer ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts und unterliegt deshalb keiner aufsichtsrechtlichen Kontrolle. Gefragt ist Mut, nicht Verzagtheit. Das gilt übrigens auch für die Bundeszahnärztekammer.

In der jetzigen Form ist die GOÄneu eine Enttäuschung.

RAT

ANZEIGE



DENTAL News

JETZT anmelden und nichts mehr verpassen!

WhatsApp

Dental News GOES WhatsApp

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

© insta_photos – stock.adobe.com

OEMUS MEDIA AG

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

So rechnen Sie die adhäsive Befestigung richtig ab

GOZ 2197: zahnärztliche und zahntechnische Leistungen rechtssicher umsetzen



Grundsätzlich ist die im Mund des Patienten (intraoral) vorgenommene adhäsive Befestigung für jedes Werkstück oder jede plastische Rekonstruktion möglich. Kerstin Salhoff erklärt in diesem Abrechnungstipp, wie es rechtssicher funktioniert.

Die adhäsive Befestigung wird mittels physikalisch-chemischer Konditionierung (retentive Oberflächenveränderung) der Zahnkontaktflächen und des zu verankernden konfektionierten oder zahntechnischen Werkstücks erzielt.

Typischerweise werden Werkstücke aus Keramik adhäsiv befestigt, da Keramiken in aller Regel mittels Adhäsivtechnik am Zahn befestigt werden müssen. Hierbei handelt es sich z. B. um Wurzelstifte (GOZ-Nr. 2195), Inlays (GOZ-Nrn. 2150 bis 2170), Onlays, Overlays, Teilkronen, Veneers (GOZ-Nr. 2220), funktionsorientierte okklusale Kauflächenrekonstruktionen (vgl. gesonderte Kommentierung der Analogleistung „funktionstherapeutischer Aufbau"), Kronen (GOZ-Nrn. 2200, 2210), Brücken- und Prothesenanker (GOZ-Nrn. 5000 ff.).

Die adhäsive Befestigung umfasst den Schmelz- und den Dentinverbund. Die Verknüpfung erfolgt mit einem Befestigungskomposit. Auf eine ausreichende Polymerisation (z. B. 60 Sek. Polymerisationszeit, genügende Lichtintensität) ist zu achten.

- Die extraoral erfolgende Vorbereitung eines zahntechnischen Werkstückes oder Konfektionsteiles insbesondere keramischer Werkstücke, also das sogenannte Anätzen der Keramik bzw. das Konditionieren/Silanisieren der Keramikoberfläche, **gehört nicht zur adhäsiven Befestigung, sondern stellt einen gesonderten zahntechnischen Arbeitsschritt dar.**
- Plastische Rekonstruktionen aus Kompositen werden ebenfalls zwingend mittels Adhäsivtechnik am Dentin und ggf. Schmelz fixiert. Werden z. B. plastische Aufbauten unter Kronen nach der GOZ-Nr. 2180 aus Kompositen hergestellt, so wird deren adhäsive Befestigung nach der GOZ-Nr. 2197 zusätzlich berechnet.
- Auch temporäre Kavitätenverschlüsse (GOZ-Nr. 2020) können mittels Adhäsivtechnik besonders dicht verschlossen werden.
- Des Weiteren können auch metallische Rekonstruktionen adhäsiv befestigt werden.

Dies bietet sich z. B. dann an, wenn konventionelle Befestigungszemente möglicherweise zu wenig Haftkraft am Zahn entwickeln.

Insofern sind neben den bekannten metallischen Versorgungsformen (Inlays, Onlays, Overlays, Teilkronen, Kronen, Brücken- und Prothesenanker) auch gegossene Stiftaufbauten (GOZ-Nr. 2190), Wurzelstiftkappen (GOZ-Nr. 5030), Mesostrukturen an Implantaten oder konfektionierte pädiatrische Kronen (GOZ-Nr. 2250) aufzuzählen.

- Gerade die Wiedereingliederung herausgefallener Werkstücke (GOZ-Nrn. 2310, 2320, 5110) wird häufig mittels der Adhäsivtechnik vorgenommen.
- Auch ortho- und retrograde Wurzelfüllungen können mittlerweile wurzeldentinadhäsiv befestigt werden (GOZ-Nr. 2440).

Nr. GOZ	2197				
Leistung	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)				
Punktzahl	130	Faktor	1,0	2,3	3,5
Punktwert Ct.	5,62421	Gebühr €	7,31	16,82	25,59

Leistungsbestandteil der GOZ 2197

Eine Einschränkung der Berechnung der GOZ-Nr. 2197 auf einmal je Sitzung und Zahn findet sich weder in der GOZ, den allgemeinen Bestimmungen noch in der Leistungslegende der GOZ-Nr. 2197.

Gebührennummern der GOZ haben grundsätzlich nur zahnärztliche Leistungsinhalte.

Insofern ist die zahntechnische Vorbereitung insbesondere keramischer Werkstücke, also das sogenannte Anätzen der Keramik bzw. das Konditionieren/Silanisieren der Keramikoberfläche, vor deren Eingliederung eine Maßnahme, die nicht Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 2197 sein kann. **Diese nach der BEB gesondert berechnungsfähige zahntechnische Behandlungsmaßnahme gehört nicht zur adhäsiven Befestigung nach der GOZ-Nr. 2197.**

Dies gilt auch für den Fall, bei dem z. B. aus Gründen von Anproben (vor der definitiven Befestigung) im intraoralen feuchten Milieu auf ein vorheriges Ätzen/Konditionieren der Keramik verzichtet wird, da die Feuchtigkeit die bereits geätzte/konditionierte Oberflächenstruktur des keramischen Werkstücks negativ beeinflussen würde.

Nach der erfolgten klinischen intraoralen Anprobe erfolgt in diesem Fall die notwendige Oberflächenbearbeitung der Keramik durch geeignete Chemikalien als zahntechnischer Arbeitsschritt ggf. auch erst „chairside" im Behandlungszimmer. (Vermeidung des nochmaligen Transports in das zahntechnische Labor, wobei ein weiterer Sitzungstermin zur Eingliederung obsolet wird).

- Verzichten Sie nicht auf die Berechnung der Desinfektion des Werkstücks vor der Eingliederung, um den Hygieneanforderungen gerecht zu werden.
- Nur durch die vollständige Berechnung von Chairside-Leistungen, können Sie Honorarverluste vermeiden.

Bei der Kalkulation Ihrer individuellen Chairside-Leistung wird Sie die neue BDIZ EDI-Analog- und Chairside-Tabelle unterstützen.

Unterschiede: Zirkon, Silikat- oder Oxidkeramik

Vielfältige Materialien können verwirren: Je nach Vorhandensein einer Glasphase können dentale Keramiken zumindest in zwei Hauptgruppen gegliedert werden: Silikatkeramiken/glasinfiltrierte Keramiken und Oxidkeramiken. Beide Gruppen haben unterschiedliche Eigenschaften und benötigen verschiedene Vorbehandlungen vor dem Einsetzen.

Silikatkeramiken und glasinfiltrierte Keramiken, z. B.

- Feldspatkeramik als traditionelle Verblendkeramik
- Glaskeramik
- Lithiumdisilikatkeramik
- Zirkonoxidhaltige Lithiumsilikatkeramik (ZLS, Zirkonoxidanteil 10%).

Sie besitzen eine Glasphase, also einen amorphen Anteil mit integrierten Kristallen. Das macht sie transluzenter, sie reflektieren das Licht und adaptieren die Umgebungsfarbe. Diese Keramiken gibt es gepresst, aus vorgefertigten Keramikblocks oder als Verblendmaterial. Sie sind dimensionsstabil beim Brennen und weisen eine Biegefestigkeit von maximal 400 MPa auf. Vor der Befestigung ist eine Vorbehandlung mit Flusssäure und Silanen nötig.

Keramiken ohne Glasphase = Oxidkeramiken, z.B.

- Zirkonoxid
- Yttriumoxid-dotierte Zirkonoxidkeramiken, die aus dicht gesinterten Polykristallen bestehen.

Ihr Erscheinungsbild ist kreidig-weiß bis opak und sie sind nur eingeschränkt lichtleitend. Bei der Endsinterung schrumpfen sie um 15 bis 20 Prozent. Sie sind sehr stabil, denn sie weisen eine Biegefestigkeit von bis zu mehr als 1.000 MPa auf. Die Vorbehandlung vor der Befestigung erfolgt durch Abstrahlen.

GOZ in Verbindung mit zahntechnischer Leistung

GOZ-Nr. 2197 Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.); die Nummer dient der Abgeltung des intraoral erforderlichen zahnärztlichen Mehraufwandes gegenüber einer konventionellen Klebung.

Die ggf. extraoral erfolgende Vorbereitung eines zahntechnischen Werkstückes oder Konfektionsteiles z. B. durch Anätzen oder Sandstrahlen ist als zahntechnische Leistung nach § 9 zusätzlich berechnungsfähig.

Auch bei Implantatversorgungen, Mesostrukturen + § 9 GOZ!

Chairside- bzw. zahntechnische Leistungen – GOZ § 9

+ Desinfektion je Werkstück
+ BEB XXX Vorbereiten zur adhäsiven Befestigung, je Werkstück

Mit der GOZ-Nr. 2197 ist der zahntechnische Aufwand, ohne den eine adhäsive Befestigung der Werkstücke nicht möglich wäre, nicht abgegolten. Hierfür sind verwendbare Positionen z. B.: BEB '97:

– Keramik/gegossenes Glas ätzen – BEB-Ziffer 5401
– Keramik/gegossenes Glas konditionieren – BEB-Ziffer 5306
– Metallfläche konditionieren – BEB-Ziffer 5307
– Modellgussteil konditionieren – BEB-Ziffer 5308
– Kunststofffläche konditionieren – BEB-Ziffer 5309
oder eigene BEB-Nr. kalkulieren und im Laborverzeichnis (BEB) anlegen.

Checkliste: Was kann adhäsiv befestigt werden?

- Inlays (GOZ-Nrn. 2150 bis 2170)
- Onlays, Overlays, Teilkronen, Veneers (GOZ-Nr. 2220)
- Kronen (GOZ-Nrn. 2200, 2210)
- Brücken- und Prothesenanker (GOZ-Nrn. 5000 ff.)
- plastische Aufbauten unter Kronen nach der GOZ-Nr. 2180 aus Kompositen
- temporäre Kavitätenverschlüsse (vgl. GOZ-Nr. 2020)
- gegossene Stiftaufbauten (GOZ-Nr. 2190)
- Wurzelstiftkappen (GOZ-Nr. 5030) oder
- konfektionierte pädiatrische Kronen (GOZ-Nr. 2250)
- Wiedereingliederung herausgefallener Werkstücke (GOZ-Nrn. 2310, 2320, 5110)
- ortho- und retrograde Wurzelfüllungen
- KFO, z. B. Bänder, Brackets und Attachments häufig adhäsiv befestigt (vgl. GOZ-Nrn. 6100, 6120).

§ 3 GOZ „Vergütungen“

§ 3 nennt abschließend der Arten der Vergütung des Zahnarztes. „Gebühren“ werden in § 4 GOZ, „Entschädigungen“ in § 8 GOZ, „Auslagen“ in § 4 Abs. 3 und § 9 GOZ näher definiert. **Materialkosten sind 1:1 an den Patienten, (Antikorruptionsgesetz) weiter zu berechnen.**

Berechnungsfähig sind insbesondere folgende Materialkosten – unter Beachtung aktueller Preise = Materialverwaltung

- Abformmaterial – Silikon, Alginat, Polyether etc.
- Anästhetika (GOZ-Nrn. 0090, 0100) – Anästhesielösung je Ampulle
- antibakterielle Materialien (GOZ-Nr. 4025)
- atraumatisches Nahtmaterial
- einmal verwendbarer Knochenkollektor oder -schaber (GOZ-Nrn. 4110, 9090)
- Implantate, Implantatteile, Einmal-Implantatfräsen
- Knochenersatzmaterial
- Konfektionierte apikale Stiftsysteme
- Konfektionierte Kronen (GOZ-Nr. 2250)
- Konfektionierte provisorische Kronen (GOZ-Nrn. 2260, 2270)
- Materialien zur Förderung der Blutgerinnung
- Materialien zur Förderung der Geweberegeneration
- Materialien zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen
- Materialien zur Fixierung von Membranen (Abschnitt E)
- Medikamententräger (GOZ-Nr. 1030)
- Nickel-Titan-Instrumente zur Einmalverwendung bei WK-Aufbereitung
- nur einmal verwendbare Explantationsfräsen (Abschnitt K)
- Verankerungselement (GOZ 2195)

Gesondert berechenbare Kosten gemäß § 4 Abs. 3 GOZ (Praxiskosten, Praxismaterialkosten)

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 27.05.2004 im Zusammenhang mit einer implantologischen Versorgung eine für die Berechnung zahnärztlicher Praxismaterialkosten weitreichende Entscheidung (Az.: III ZR 264/03) getroffen. Danach besteht eine Besonderheit bei der Berechnung von Einmalinstrumentarium oder Einmalmaterialien nach der GOZ im Falle eines objektiv festzustellenden Regelungsdefizits bei erheblich ins Gewicht fallenden Kosten von Einmalwerkzeugen.

Dieses Grundsatzurteil bezieht sich aber nicht nur auf das implantologische Kapitel der GOZ, **sondern auf die gesamte GOZ.** Demnach sind auch in den anderen Fachbereichen der GOZ dann Einmalinstrumentarium und **Verbrauchsmaterialkosten (somit auch extrem teures adhäsives Befestigungsmaterial)** berechenbar, wenn das „objektiv festzustellende Regelungsdefizit“ greift. Dieses Problem wird juristisch interpretiert in den Ausführungen zu § 4 GOZ RN 11 im Allgemeinen Teil dieses GOZ-Kommentars.

Näheres zur „Unzumutbarkeitsgrenze“

„**Unzumutbarkeitsgrenze**“ Ausnahmefälle, „in denen die Gebühren des **2,3-fachen Satzes zu 75 Prozent** und mehr vom Einsatz einmalig verwendbarer Werkzeuge aufgezehrt werden“ ist im Hinblick auf das Urteil des BGH (Az. III ZR 264/03) vom 27.05.2004, eine gesonderte Berechnung ggf. möglich.

Von der allgemeinen Abgeltungsregel sind diejenigen Kosten ausgenommen, die im Gebührenverzeichnis ausdrücklich als gesondert berechenbar ausgewiesen sind.

Das BGH-Urteil bestätigt, dass, wenn die Abrechnungsziffer ganz oder teilweise von den Materialkosten aufgezehrt wird, man das Material in Rechnung stellen darf.

Dies gilt nur für einmal verwendbare Materialien, im Zusammenhang mit der adhäsiven Befestigung, z. B. teures Mehrflaschen-Adhäsivsystem:

Bei Faktor 1,0 ➔ 100% der Gebühr
Bei Faktor 2,3 ➔ ab 75% der Gebühr
Bei Faktor 3,5 ➔ ab 50% der Gebühr

Erläuterung: Die Leistungsziffer bringt bei Ansatz des Steigerungsfaktors 2,3-fach ein Honorar von 10 Euro.

Sollte also Material, welches nicht im § 4 Abs. 3 als berechnungsfähig aufgeführt ist, verwendet werden, kann das Material zusätzlich berechnet werden, wenn es mindestens 7,50 Euro kostet.

Beispiel: 2197 GOZ = 16,82 Euro bei Steigerungsfaktor 2,3 erlaubt die zusätzliche Berechnung der anfallenden Materialkosten, wenn diese mindestens 12,62 Euro kosten.

Cave: Bei Beihilfepatienten gibt es zunehmend Erstattungsprobleme!

1.Tipp: Auf der Rechnung zum jeweiligen Material den Zusatz: „Umzumutbarkeitsgrenze, Berechnung gemäß BGH-Urteil vom 27.05.2004 (Az. III ZR 264/03)" dokumentieren.

2. Tipp: Berücksichtigung der Materialkosten bei der Kalkulation der Chairside-Leistung.

3. Tipp: Sie lassen sich das Material vom gewerblichen Labor zusammen mit der Versorgung liefern. Die Labore weisen meist das Material auf der Fremdlaborrechnung aus.

Fazit

Wenn man bedenkt, dass 1988 eine Liste der berechenbaren Materialien in die GOZ aufgenommen worden ist und diese 2012 nur teilweise erweitert wurde, ist es nur logisch, dass neu entwickelte Materialien und Instrumente, welche oftmals aus teuren, hoch spezialisierten Werkstoffen bestehen, von der GOZ nicht erfasst sind. Der BGH stellt daher zutreffend fest, dass durch die Nichtanpassung an den zahnmedizinischen Fortschritt schon allein im Bereich der Materialkostenberechnung ein objektives Regelungsdefizit besteht, welches zu unzumutbaren Verwerfungen zwischen berechenbarem Honorar und aufzehrenden, primär nicht berechenbaren Materialkosten führt.

Es werden die tatsächlich in der Praxis anfallenden Kosten berechnet. Daher empfiehlt es sich, aus den Rechnungen der Dentaldepots eine entsprechende Kalkulation zu erstellen und die Kosten fallbezogen individuell zu bestimmen.



Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org

ANZEIGE

IDS 2025
Halle 10.2
Stand T032

KnochenFilter
Augmentation effektiv & schnell

schlumbohm®



- 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

Digitaler Workflow bei Sofortimplantation mit dem Dual-Zone-Konzept

Ein Beitrag von Dr. Kalin Marinov

Das Fachgebiet der dentalen Implantologie hat in den letzten Jahren einen Paradigmenwechsel erlebt, bei dem Sofortimplantationen zunehmend als bevorzugte Behandlungsoption für den Ersatz nicht erhaltungswürdiger Zähne anerkannt werden.

Ein innovativer Ansatz ist die geführte Sofortimplantation, bei der fortschrittliche dreidimensionale Bildgebungstechnologien und additive Fertigungsverfahren genutzt werden, um präzise chirurgische Schablonen herzustellen. Diese Schablonen ermöglichen eine exakte Positionierung und Platzierung der Implantate. In einer randomisierten, kontrollierten klinischen Studie (RCT) wurde die Genauigkeit freihändiger Sofortimplantationen mit der statisch geführten Methode verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass die statisch geführte Chirurgie signifikant präzisere Ergebnisse lieferte als die freihändige Technik.[1]

Durch den Einsatz digitaler Planungssoftware und computergestützter chirurgischer Schablonen wird die Sofortimplantation zudem minimalinvasiver gestaltet. Dies reduziert das operative Trauma, verkürzt die Eingriffszeit und optimiert sowohl die Implantatpositionierung als auch das ästhetische Outcome. Die Vorteile spiegeln sich letztlich in einer höheren Patientenzufriedenheit wider, da Funktionalität und Ästhetik effektiver kombiniert werden können.

Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse wurden durchgeführt, um die Ausfallraten von Implantaten sowie den Einfluss der geführten und freihändigen Implantationstechniken auf diese Parameter zu bewerten. Die Ergebnisse zeigten, dass beide Methoden eine hohe Überlebensrate der Implantate ermöglichen. Allerdings waren die Misserfolge bei der freihändigen Implantation fast dreimal höher als bei der geführten Technik. Basierend auf diesen Erkenntnissen wird die geführte Implantatplatzierung als bevorzugte Methode empfohlen, um konsistent erfolgreiche Ergebnisse zu erzielen.[2]

Eine häufige Herausforderung für Implantologen stellen anatomische Gegebenheiten dar, wie beispielsweise der Sinus maxillaris im Oberkiefer oder der Nervus alveolaris inferior im Unterkiefer. Hinzu kommen komplexe klinische Szenarien, darunter ein begrenztes Knochenangebot, Infektionen von nicht erhaltungswürdigen Zähnen oder parodontal geschädigte Zähne, die extrahiert werden müssen. In solchen Fällen ist es essenziell,





Abb. 1: *Periapikaler Abszess im Bereich des linken mandibulären ersten Molars.* – ***Abb. 2:*** *Diagnostisches periapikales Röntgenbild, das die infizierte mesiale Wurzel mit Furkationsbeteiligung zeigt.*

eine primäre Stabilität des Implantats sicherzustellen und ein optimales prothetisches Profil bei der Fallauswahl zu berücksichtigen.

Die geführte Chirurgie bietet in diesem Kontext entscheidende Vorteile. Sie ermöglicht die präzise Planung der Implantatposition bereits vor dem operativen Eingriff, wodurch die Sicherheit und Effizienz erhöht werden. Dies stärkt nicht nur das Vertrauen und den Komfort des Behandlers, sondern führt auch zu stabilen, vorhersehbaren Ergebnissen bei Sofortimplantationen.

Die geführte Sofortimplantation in Kombination mit dem Auffüllen des sogenannten „Jumping Gaps" und der anschließenden digitalen Sofortprovisorien bietet signifikante Vorteile: Sie verbessert die ästhetischen Ergebnisse und reduziert gleichzeitig Behandlungsdauer, Kosten sowie die Anzahl erforderlicher Termine.[3]

Der Begriff „Dual Zone" beschreibt die Gewebezone apikal und koronal zur Schulter eines unmittelbar gesetzten Implantats, welche nach der Zahnentfernung regressieren oder kollabieren kann. Die Dual-Zonen-Technik adressiert dieses Risiko durch das Einbringen von Knochentransplantationsmaterial in den Spalt zwischen Implantat und bukkaler Knochenwand bis hin zum freien Gingivarand. Dieser Prozess wird durch eine prothetische Versiegelung der Extraktionsalveole ergänzt, entweder mittels eines individuell angefertigten Heilungsabutments oder einer provisorischen Restauration. Ziel ist es, die Ästhetik im Frontzahnbereich zu maximieren und gleichzeitig das periimplantäre Gewebe nach der Extraktion und Implantatinsertion zu stabilisieren.[4]

Ein individuelles Heilungsabutment wird so gestaltet, dass es durch die Anpassung von Größe und transgingivaler Form ein Weichgewebeprofil formt, das der Morphologie eines natürlichen Zahns nachempfunden ist. Dieses Abutment wird direkt am Eingriffstag mit dem Implantat verbunden und bleibt unverändert, bis die Osseointegration und Gewebereifung abgeschlossen sind.[5]

Der nachfolgende Fallbericht zeigt den Einsatz digitaler Technologien für eine präzise Planung in einem komplexen Fall von Sofortimplantation mit Dual-Zonen-Augmentation und individuellem Heilungsabutment. Dieses Vorgehen optimiert Behandlungsprotokolle und ermöglicht vorhersehbare Ergebnisse.

Ausgangssituation

Ein 42-jähriger, männlicher Patient, Nichtraucher, stellte sich in unserer Praxis mit leichtem Schmerz und Beschwerden beim Kauen auf der linken Seite vor. Die klinische und radiologische Untersuchung ergab eine Furkationsbeteiligung sowie ein periapikales Granulom an der mesialen Wurzel des ersten linken unteren Molaren. (Abb. 1+2).

Aufgrund der aussichtslosen Prognose des Zahns wurde der Patient nach eingehender Aufklärung über alle Behandlungsoptionen über die geplante Vorgehensweise informiert. Es wurde entschieden, den Zahn zu extrahieren und im selben Eingriff ein Sofortimplantat zu setzen.

Präoperative digitale Planung

Zur präoperativen Diagnostik wurde eine digitale Volumentomografie (DVT) des betroffenen Bereichs angefertigt und durch einen Intraoralscan (Medit i500™) ergänzt. Mithilfe der exoplan-Software (exocad™) wurde die Implantatposition präzise digital geplant, woraufhin eine chirurgische Führungsschablone angefertigt wurde.

Aufgrund der starken Infektion in der mesialen Alveole und der geringen Dicke des furkalen Septums wurde entschieden, das Implantat in der distalen Alveole zu platzieren. Für den Eingriff wurde ein copaSKY-Implantat mit den Maßen 4,5 x 10 mm (bredent medical) ausgewählt. Dieses Implantat bietet aufgrund seiner speziell entwickelten Morphologie und fortschrittlichen Oberflächencharakteristik optimale Voraussetzungen für eine hohe Primärstabilität, wie sie bei Sofortimplantationen essenziell ist (Abb. 3).

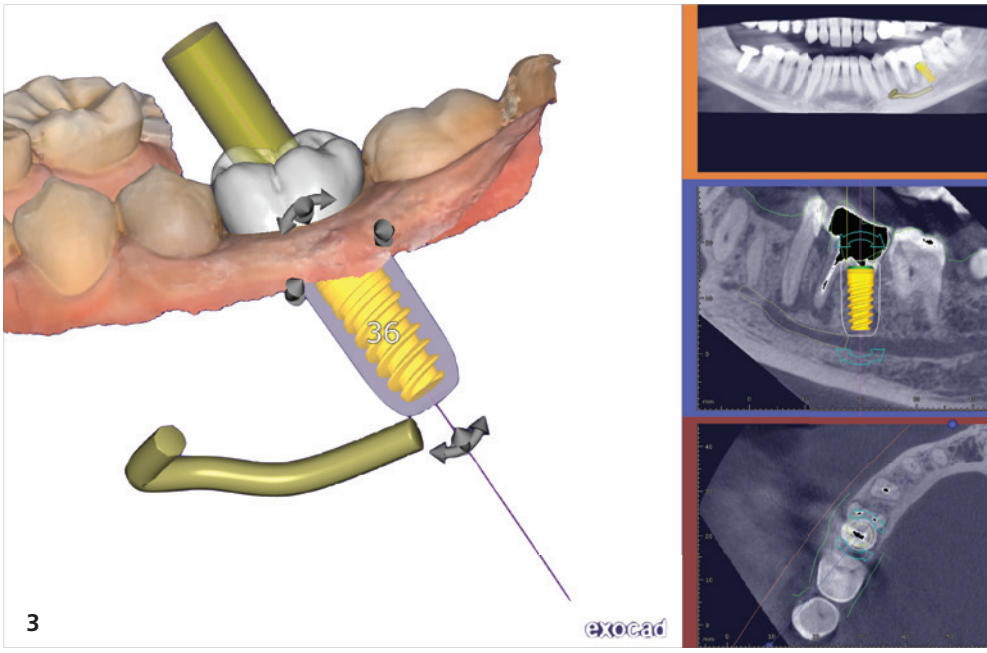


Abb. 3: *Digitale Planung der Implantatgröße und -position, gefolgt von der Herstellung der chirurgischen Schablone.*



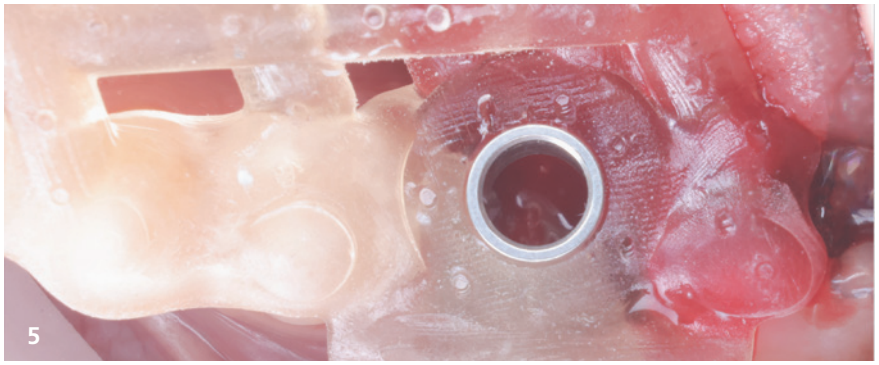


Abb. 4: *Atraumatische Extraktion des Zahns abgeschlossen.* – ***Abb. 5:*** *CAD/CAM-gefertigte chirurgische Schablone in Position zur Osteotomievorbereitung.*

Chirurgischer Eingriff

Der Eingriff wurde unter lokaler Anästhesie mit 1:100.000 Lidocain durchgeführt. Der erste untere linke Molar wurde atraumatisch extrahiert, wobei besonders darauf geachtet wurde, das umliegende Knochengewebe zu schonen (Abb. 4). Anschließend wurde die zuvor angefertigte chirurgische Führungsschablone präzise positioniert (Abb. 5). Die Osteotomie erfolgte vollständig lappenlos und nach dem digitalen Behandlungsplan. Während der Bohrung wurden autologe Knochenspäne gesammelt und für die spätere Augmentation aufbewahrt.

Ein copaSKY-Implantat (4,5 x 10 mm, bredent medical; Abb. 6) wurde subkrestal mit einem Insertionstorque von >45 Ncm eingebracht, was eine hohe Primärstabilität gewährleistete (Abb. 7). Die korrekte dreidimensionale Position des Implantats wurde unter Verwendung eines Titanabutments (copaSKY) überprüft (Abb. 8a+b).

Um ein Eindringen des Transplantatmaterials in die Implantatstruktur zu vermeiden, wurde ein Heilungsabutment auf das Implantat gesetzt. Die Dual-Zonen-Augmentation wurde durchgeführt, indem der „Jumping Gap" mit einer Mischung aus autologen Knochenspänen und Allotransplantat (Puros Mix Allotransplantat, Zimmer Biomet) im Verhältnis 1:1 bis zum freien Gingivarand aufgefüllt wurde (Abb. 9a+b).

Ein individuelles Heilungsabutment wurde chairside angefertigt. Dazu wurde das zur Überprüfung der Implantatachse verwendete Titanabutment (copaSKY) sandgestrahlt und mit einem fließfähigen Nanohybrid-Komposit (Nexcomp Flow, META BIOMED) unterfüttert. Das so geformte Abutment wurde anschließend poliert, der Abutmentkanal mit Teflon abgedeckt und das Abutment schließlich auf das Implantat geschraubt (Abb. 10a+b). Dieses individuelle Heilungsabutment schützt das Biomaterial in der Extraktionsalveole und unterstützt die Entwicklung eines optimalen Emergenzprofils für die spätere definitive Prothetik.

Eine postoperative periapikale Röntgenaufnahme bestätigte den korrekten Sitz des individuellen Heilungsabutments und die präzise Positionierung des Implantats (Abb. 11).

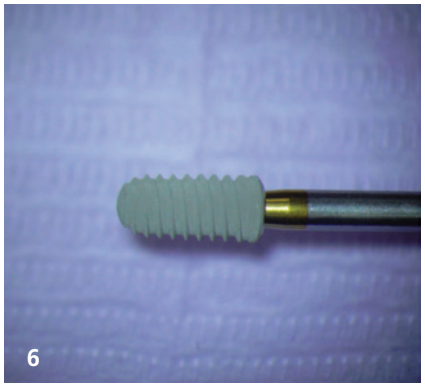
Definitive Restauration

Sechs Monate nach der Implantatinsertion wurde die definitive prothetische Versorgung geplant. Mithilfe eines Intraoralscanners (IOS; Medit i500™) wurde ein digitaler Scan des Implantatbereichs durchgeführt. Auf Basis dieser Daten wurde eine verschraubte, monolithische Zirkonkrone gefertigt, die auf einer Ti-Base befestigt wurde (Abb. 12a+b).

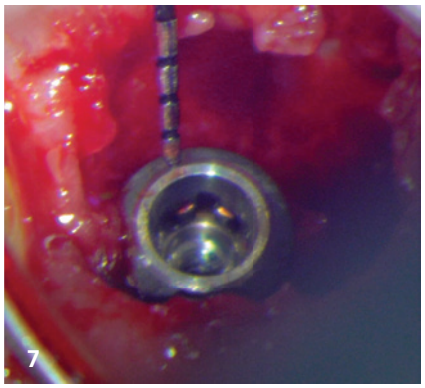
Eine postoperative Röntgenaufnahme bestätigte den vollständigen und passgenauen Sitz der finalen Prothese (Abb. 13). Zwei Jahre nach der Eingliederung wurde im Rahmen einer Nachuntersuchung eine radiovisuelle Aufnahme (RVG) erstellt. Diese zeigte stabile krestale Knochenniveaus, welche die langfristige Integrität und Funktion des Implantats unterstreichen (Abb. 14).

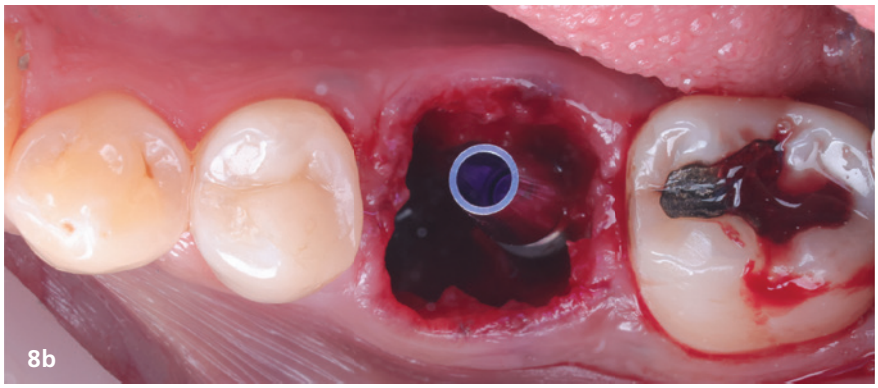
Diskussion

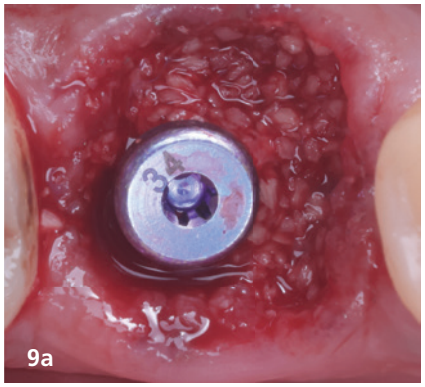
Die Sofortimplantation in Molaren-Extraktionsalveolen kann in ausgewählten Fällen als eine vorhersehbare Technik betrachtet werden, die durch hohe Überlebens- und Erfolgsraten sowie minimalen marginalen Knochenverlust gekennzeichnet ist.[6] Dennoch stellt die axiale Kontrolle der Implantatbettpräparation bei mehrwurzeligen Zähnen eine erhebliche Herausforderung dar. In posterioren Regionen mit eingeschränkter Sicht wird die lappenlose Präparation zusätzlich erschwert, da sowohl die dreidimensionale Positionierung des Implantats als auch die Schonung anatomisch relevanter Strukturen gewährleistet werden müssen. Ein häufiges Problem ist das Abrutschen des Bohrers im interradikulären Septum, was zu unge-













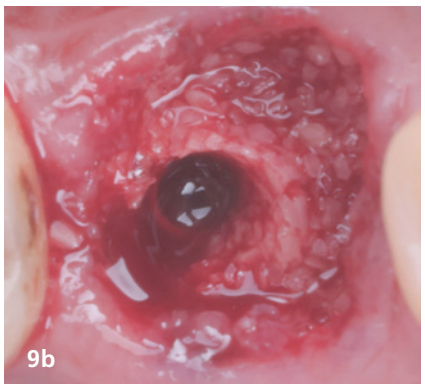
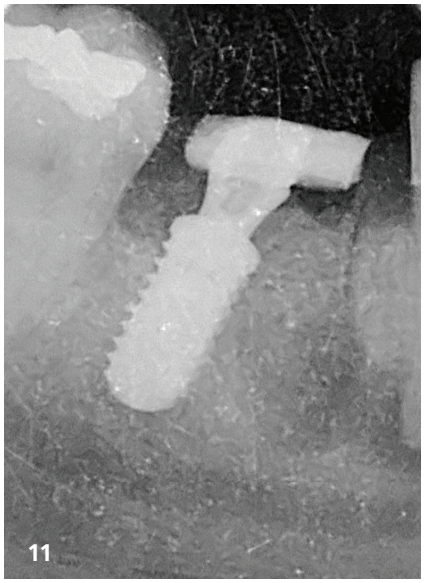


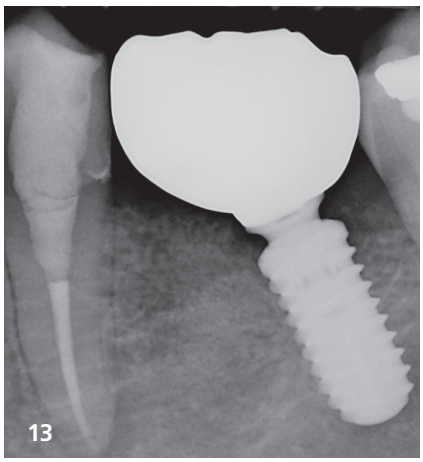


Abb. 6: *copaSKY 4,5 x 10 mm Implantat zur Insertion bereit. –* ***Abb. 7:*** *Subkrestale Implantatinsertion gemäß der digitalen Planung mit einem Drehmoment >45 Ncm. –* ***Abb. 8a+b:*** *Bukkale Ansicht, die die Implantatwinkelbestätigung mit copaSKY-Abutment zeigt (a). Okklusale Ansicht, die die Implantatposition im distalen Alveolarknochen gemäß der digitalen Planung zeigt (b). –* ***Abb. 9a+b:*** *Heilungsabutment eingesetzt und das Gebiet um das Implantat regeneriert (a). Dual-Zone-Deckung bis zum Gingivalsaum abgeschlossen (b). –* ***Abb. 10a+b:*** *Titanabutment angepasst, mit Teflon verschlossen, mit fließfähigem Komposit relined und auf das Implantat geschraubt (a). Bukkale Ansicht des maßgefertigten Heilungsabutments (b).*









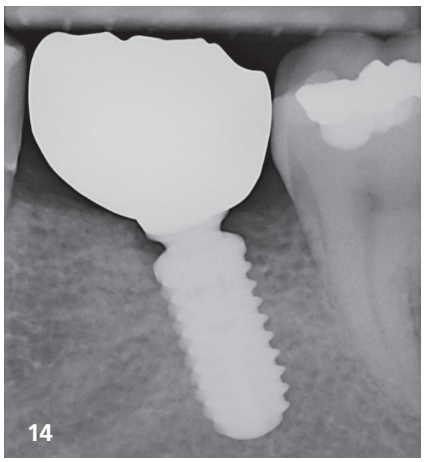


Abb. 11: *Sofortiges postoperatives Röntgenbild.* – ***Abb. 12a+b:*** *Endgültige schraubengestützte monolithische Zirkonkrone auf Zahn #36 (a). Bukkale Ansicht der endgültigen Krone in Okklusion (b).* – ***Abb. 13:*** *Sofortiges periapikales Röntgenbild nach endgültiger Restauration.* – ***Abb. 14:*** *Zwei Jahre postoperatives Follow-up-Röntgenbild mit stabilen Knochenverhältnissen.*

nauer Präparation und suboptimaler Implantatpositionierung führen kann. Solche Fehler können biomechanische Belastungsprobleme und okklusionsbedingte Komplikationen nach sich ziehen.[7]

Im vorliegenden Fall war das interradikuläre Septum sehr dünn, und der Nervus alveolaris inferior lag in unmittelbarer Nähe zur geplanten Implantatposition. Um eine präzise Platzierung sicherzustellen, wurde eine geführte Implantatinsertion unter Verwendung einer chirurgischen Schablone durchgeführt. Die statische geführte Chirurgie ermöglicht durch präoperative Planung und den Einsatz von Operationsschablonen ein hohes Maß an Genauigkeit und Kontrolle. Gerade bei komplexen Fällen oder schwierigen anatomischen Verhältnissen bietet sie deutliche Vorteile gegenüber der freihändigen Implantation.[8]

In der Literatur werden computergestützte, schablonenbasierte Implantatinsertionen mit Implantatüberlebensraten zwischen 91 und 100 Prozent beschrieben.[9] Ein entscheidender Erfolgsfaktor ist dabei die Auswahl eines geeigneten Implantatdesigns. Im vorliegenden Fall wurde ein selbstschneidendes, konisch-zylindrisches Implantat verwendet. Laut der Studie von Ciabattoni sind Implantate mit aggressivem Makrodesign und selbstschneidenden Gewinden besonders geeignet, wenn die Knochendichte und das verbleibende Knochenvolumen reduziert sind, wie es häufig bei Extraktionsalveolen der Fall ist.[10]

Zusammenfassend zeigt der Fall, dass die Kombination aus sorgfältiger Planung, statisch geführter Chirurgie und dem Einsatz eines geeigneten Implantats eine präzise, vorhersehbare Behandlung mit langfristig stabilen Ergebnissen ermöglicht.

Im vorliegenden Fall wurde ein lappenloser Ansatz gewählt, da dieser die un unterbrochene Blutversorgung des Implantatbereichs gewährleistet, indem die interdentalen Papillen und das Periost intakt bleiben. Studien haben gezeigt, dass ein lappenloser Ansatz in der Implantologie mit einem geringeren Verlust an marginalem Knochen einhergeht.[11] Divakar et al. berichteten, dass lappenlose Verfahren neben verbessertem Patientenkomfort auch zu einem signifikant geringeren Verlust von marginalem Knochen führen.[12] Ähnlich beobachteten Pozzi et al., dass Patienten nach freihändigen Implantationen mit häufigem Lappenheben im Vergleich zu lappenlosen, geführten Implantatsetzungen stärkere postoperative Schmerzen

und sichtbare Schwellungen aufwiesen.[13] Nach der Implantatinsertion wurde eine Dual-Zonen-Augmentation durchgeführt, bei der der Spalt zwischen Implantat und Alveolenwänden aufgefüllt wurde. Techniken zur Erhaltung des Alveolarkamms spielen eine entscheidende Rolle bei der Minimierung horizontaler und koronaler Knochenverluste der bukkalen Platte nach einer Zahnentfernung.[14] Eine aktuelle Studie zur Dual-Zone-Therapeutic(DZT)-Technik zeigte bei Sofortimplantationen in posterioren Extraktionsalveolen vielversprechende Ergebnisse: Über einen Zeitraum von drei Jahren wurden keine Komplikationen oder Implantatverluste beobachtet, und die periimplantäre Gewebeintegrität blieb erhalten. Diese Technik, die den „Jumping Gap" bis zum Gingivarand augmentiert und ein individuelles Heilungsabutment als prothetischen Verschluss verwendet, wurde als einfach umsetzbar beschrieben.[15]

Das individuell angefertigte Heilungsabutment überbrückt die anatomischen Veränderungen zwischen dem Zeitpunkt der Zahnentfernung und dem Abschluss der Osseointegration. Eine umfassende Analyse zeigte eine Gesamtüberlebensrate von 98,26 Prozent bei Implantaten, die in frische Molaren-Extraktionsalveolen gesetzt und mit individuellen Heilungsabutments am Behandlungsstuhl versiegelt wurden. Diese Überlebensrate ist vergleichbar oder sogar höher als die Ergebnisse anderer Studien zur Sofortimplantation in Molarenregionen.[16]

Zusammenfassend bestätigt dieser Fallbericht die klinische Machbarkeit und Vorhersehbarkeit eines lappenlosen Ansatzes in Kombination mit der Dual-Zonen-Technik und individuell angefertigten Heilungsabutments.

Die Methode bietet Vorteile wie geringere marginale Knochenverluste, optimales periimplantäres Gewebe und eine direkte prothetische Vorbereitung, was sie zu einer idealen Option für Sofortimplantationen in komplexen Fällen macht.

Für die definitive restaurative Phase wurde ein digitaler Workflow geplant und eine individuelle Restauration auf einer Ti-Base als verschraubte Krone gefertigt. In der heutigen Implantologie ermöglichen digitale Arbeitsabläufe, einschließlich DVT-Segmentierung, Intraoralscanning (IOS), Gesichtsscans, CAD und 3D-Druck, eine hochpräzise Planung und Fertigung von Implantatrestaurationen. Die digitale Abdrucknahme bietet im Vergleich zu herkömmlichen Abdrücken erhebliche Vorteile, darunter eine Reduktion der Verzerrungen während der Laborphasen, verbesserten Patientenkomfort und -akzeptanz sowie eine gesteigerte Effizienz in der Fertigung.[17] Die digitale Technik hat sich als die bevorzugte Methode erwiesen, wenn es um patientenzentrierte Ergebnisse geht, da sie sowohl die Behandlungszeit verkürzt als auch eine höhere Präzision bei der Herstellung der Restauration ermöglicht. Im Vergleich zu traditionellen Abdruckmethoden ist der digitale Workflow deutlich zeiteffektiver und führt zu einer besseren Anpassung der finalen Prothetik.[18]

Dieser Fall zeigt, wie der Einsatz modernster digitaler Technologien nicht nur die Genauigkeit und Vorhersagbarkeit der Behandlung verbessert, sondern auch den Gesamtprozess für den Patienten und das Behandlungsteam optimiert.

Fazit

Geführte Sofortimplantationen haben die restaurative Zahnheilkunde entscheidend verändert, indem sie einen patientenzentrierten, weniger invasiven Behandlungsansatz fördern. Diese Technik reduziert die Anzahl der chirurgischen Eingriffe und verkürzt die Behandlungszeit am Stuhl, was zu einer deutlich verbesserten Patientenzufriedenheit führt. Die gleichzeitige Erhaltung der Alveole durch den Einsatz von Transplantaten und individuellen Heilungsabutments bei geführten Sofortimplantationen beschleunigt nicht nur den Behandlungsprozess, indem die Notwendigkeit einer zweiten Operationsphase entfällt, sondern formt auch das Emergenzprofil und bewahrt das Gewebevolumen während der Osseointegrationsphase. Diese Vorgehensweise legt eine stabile Grundlage aus periimplantären harten und weichen Geweben, die langfristig stabile Ergebnisse sichert.

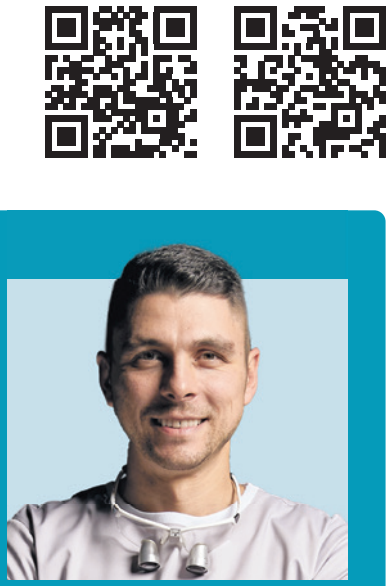
Digitale Arbeitsabläufe haben sich als optimaler Standard etabliert, um die Präzision und Vorhersagbarkeit von Sofortimplantationen zu gewährleisten. Sie helfen dabei, komplexe anatomische Herausforderungen zu vermeiden und vereinfachen die Planung sowie die chirurgischen und restaurativen Phasen. Die kontinuierlichen Fortschritte in modernen Geräten und Softwarelösungen versprechen noch genauere, vorhersehbarere Behandlungsprotokolle zum Vorteil sowohl der Patienten als auch der Zahnärzte.

Danksagung

Wir danken dem Zahntechniklabor Dental Lab Stefan Petrov für die wertvolle Unterstützung in diesem Fall.

Dr. Kalin Marinov

Literatur



Kontakt

Dr. Kalin Marinov
SKY Dental Clinic
Sofia, Bulgarien
skyklinik@gmail.com
www.skydental.bg



© Dentsply Sirona

Pioniere der digitalen Zahnmedizin inspirieren Zahnärzte in der gesamten Region

Dentsply Sirona World Dubai 2025

Am 2. und 3. Februar 2025 fand im Grand Hyatt Dubai eine außergewöhnliche zweitägige Veranstaltung unter dem Motto „Pioneers of Digital Dentistry" statt. Fast 1.200 Teilnehmer aus über 50 Ländern haben sich für die Veranstaltung angemeldet. Die DS World Dubai 2025 brachte die Fachwelt der Zahnmedizin zum dritten Mal in Dubai für hochwertige klinische Fortbildung, Networking-Möglichkeiten und die Präsentation spannender Fortschritte in der Zahnmedizin zusammen. Die Teilnehmer erlebten aus erster Hand digitale Innovationen und Workflows, die die Zukunft der vernetzten Zahnmedizin prägen werden – und all das in einer unvergesslichen Atmosphäre.

Das Event bot ein außergewöhnliches Programm, das darauf ausgelegt war, Zahnärzte zu bestärken und sie fachlich voranzubringen. Von praktischen Workshops, die von lokalen und internationalen Experten geleitet wurden, bis hin zu lebendigen Networking-Möglichkeiten bot die Veranstaltung den Teilnehmern eine inspirierende Mischung aus Weiterbildung und Austausch.

Das Programm umfasste spezielle Workshops von renommierten Zahnärzten, die praktische Einblicke in die transformative Kraft der digitalen Zahnmedizin gaben.

Zu den Höhepunkten des Programms gehörten:

- KFO-Workshop:
  Dr. Nour Salman präsentierte „Mit SureSmile vereinfachen wir das Komplexe".
- Implantat-Workshop:
  Dr. Mischa Krebs leitete einen Kurs zum Thema „Untersuchung der Wirksamkeit digitaler Technologien bei Vollbogenrekonstruktionen".
- CAD/CAM-Workshop:
  Dr. Baraa AlSrouji referierte zum Thema „Der digitale Workflow bei Smile Makeovers und Full Mouth Rehabilitations".

Die Sitzungen wurden von Prof. Doaa Taha, außerordentliche Professorin für Zahnprothetik, Fakultät für Zahnmedizin, Ain-Shams-Universität und New Giza-Universität, und Prof. Reham ElBasty, Professorin für Zahnprothetik, Fakultät für Zahnmedizin an der Universität Kairo geleitet.

Zum ersten Mal wurde in den Vereinigten Arabischen Emiraten auf dem Dentsply Sirona-Stand ein Modell eines speziell für die Zahnmedizin entwickelten Magnetresonanztomografen (ddMRI) vorgestellt. Das ddMRI-System wird in Zusammenarbeit zwischen Siemens Healthineers, Dentsply Sirona und führenden Wissenschaftlern renommierter zahnmedizinischer Universitäten in Europa und den USA entwickelt.

Zusätzlich zum klinischen Fortbildungsprogramm konnten die Teilnehmer die jüngsten Lösungen und Innovationen von Dentsply Sirona kennenlernen und erleben, darunter Primeprint Solution, Primescan® Connect, DS PrimeTaper und der Endodontiemotor X-Smart® Pro+ sowie viele weitere.

„Ich war stolz darauf, an der diesjährigen DS World in Dubai sowohl als Referent als auch als Lernender teilzunehmen", sagte Dr. Baraa AlSrouji aus Dubai. „Die Workshops zeigten wirklich, wie weit die Zahnmedizin in ihrer digitalen Transformation



Die Produktausstellung auf der DS World Dubai 2025.



Rajender Kumar, General Manager, Middle East und North Africa (MENA) bei Dentsply Sirona, eröffnete die DS World Dubai 2025 vor einem großen und interessierten Publikum.



Prof. Simone Grandini aus Italien im Workshop.



Teilnehmer knüpfen Kontakte auf dem Event.

fortgeschritten ist. In einer Reihe von Kursen wurde gezeigt, welche Effizienz sowohl für den Zahnarzt als auch für den Patienten in vielen verschiedenen Bereichen der Zahnmedizin erreicht werden kann."

Vernetzung mit internationalen Kollegen und Experten

Die Teilnehmer konnten sowohl ihre klinischen Fähigkeiten verbessern als auch Kontakte zu Kollegen und Branchenführern knüpfen – in einer Umgebung, die sich ideal für den Erfahrungsaustausch und das Erweitern des eigenen Horizonts eignete. Der Höhepunkt des Programms war ein feierliches Abendessen am 3. Februar, bei dem die Teilnehmer ihre beruflichen Erfahrungen und ihr Wissen in einer unvergesslichen Umgebung miteinander teilen konnten.

„Die Ausrichtung der DS World in Dubai spiegelt unser Engagement für die Region und unseren Einsatz für die Stärkung lokal ansässiger Zahnärzte wider, damit diese Grenzen ausloten und digitale Innovationen selbstbewusst annehmen können", sagte Rajender Kumar, General Manager für den Nahen Osten und Nordafrika (MENA) bei Dentsply Sirona. „Diese Veranstaltungen liefern uns unschätzbares Feedback, um die Bedürfnisse von Zahnärzten in der Region verstehen und erfüllen zu können und dabei gleichzeitig Partner bei der gemeinsamen Gestaltung der Zukunft der Zahnmedizin zu sein."

Nachhaltigkeit bei der DS World Dubai

Die DS World spiegelt das Engagement von Dentsply Sirona für die klinische Ausbildung wider und erfüllt dabei das Nachhaltigkeitsprogramm des Unternehmens, „BEYOND: Taking Action for a Brighter World" mit Leben. Bei einer gemeinsamen Aktivität zum Thema nachhaltige Verpackungen konnten sich die Teilnehmer über das Abfallmanagement und die Initiative des Unternehmens zur Förderung nachhaltigerer Produktverpackungen informieren und gleichzeitig ihre Bedürfnisse und Erwartungen mitteilen. Zusätzlich zu den wiederverwendbaren, recycelbaren oder biologisch abbaubaren Alternativen für Einwegartikel auf der DS World Dubai hat der diesjährige Veranstaltungsort – das Grand Hyatt Dubai – seine eigene Verpflichtung zur Umweltverantwortung übernommen, die im Einklang mit der Vision von Dentsply Sirona für eine nachhaltigere Zukunft steht.

Kontakt

Dentsply Sirona
contact@dentsplysirona.com
www.dentsplysirona.com



EuroPerio11

Weltweit führender Kongress für Parodontologie und Implantologie

Die EuroPerio11 gilt als bedeutendste Veranstaltung im Bereich der Parodontologie und Implantologie und bietet eine einzigartige Plattform zur Präsentation neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, innovativer Behandlungsmethoden und des engen Zusammenhangs zwischen Mundgesundheit und allgemeinem Wohlbefinden.

Als führendes internationales Treffen der Fachgemeinschaft findet die EuroPerio11 vom 14. bis 17. Mai 2025 in der Messe Wien, Österreich, statt.

Veranstaltet von der European Federation of Periodontology (EFP), steht der Kongress für wegweisende wissenschaftliche Präsentationen, anregende Diskussionen, vielfältige Möglichkeiten zum fachlichen Austausch und eine umfassende Ausstellung neuester Innovationen der Zahnmedizin.

Die Bedeutung der parodontalen Gesundheit

Parodontale Erkrankungen rücken zunehmend in den Fokus, da sie weitverbreitet sind und mit systemischen Erkrankungen wie Diabetes und Herzkrankheiten in Verbindung stehen. Die EuroPerio11 bietet eine einzigartige Plattform zur Vorstellung neuester Fortschritte in der Prävention und Behandlung – eine zentrale Veranstaltung für die Berichterstattung über wegweisende Entwicklungen in den Bereichen Gesundheit, Technologie und Patientenversorgung.

Neues und Spannendes bei der EuroPerio11

- *Neueste Innovationen in der Parodontalbehandlung*
  Wegweisende Forschungsergebnisse stehen im Mittelpunkt: Über 155 Referenten aus 34 Ländern präsentieren aktuelle klinische Daten und diskutieren die neuesten Entwicklungen in der Parodontologie und Implantologie.
- *Künstliche Intelligenz (KI) in der Zahnmedizin*
  KI revolutioniert die Diagnostik und Behandlungsplanung in der Zahnmedizin. Die Session „KI in der Zahnmedizin" bietet spannende Einblicke in aktuelle Entwicklungen und liefert inspirierende Story-Ideen für Technologie- und Gesundheitsjournalismus.
- *Live-Operationen und interaktive Sitzungen*
  Drei Live-Operationen, durchgeführt von weltweit führenden Experten, demonstrieren modernste Techniken in Echtzeit. Diese Sessions bieten eine einzigartige Gelegenheit, Spitzenmedizin aus nächster Nähe zu erleben und fundierte Berichte über neueste Methoden und Technologien zu erstellen.



© tatoman – stock.adobe.com

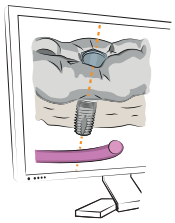
- *Darmmikrobiom und Parodontitis*
  Die Session „Bottoms up! Was wir aus der Darmmikrobiom-Forschung für Parodontitispatienten lernen können" beleuchtet die enge Verbindung zwischen Darm- und Mundgesundheit. Neue Therapieansätze und bahnbrechende Erkenntnisse stehen im Fokus dieser wissenschaftlichen Diskussion.
- *Patientenzentrierte Ansätze*
  Die patientenzentrierte Versorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Spezielle Sitzungen zeigen, wie zahnmedizinische Behandlungen stärker an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet werden können, um die Therapieadhärenz zu verbessern.
- *Fokus auf der Mundgesundheit von Frauen*
  Erstmals widmet sich die EuroPerio einer speziellen Session zur Mundgesundheit von Frauen. Hormonelle Einflüsse, geschlechtsspezifische Herausforderungen und neue Entwicklungen in der zahnmedizinischen Versorgung stehen im Mittelpunkt – ein Thema, das neue Perspektiven für Forschung und Berichterstattung eröffnet.
- *Systemische Zusammenhänge*
  Die wissenschaftlichen Verbindungen zwischen Parodontalerkrankungen und systemischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes werden umfassend beleuchtet. Eine spezielle Session zu Zahnfleischerkrankungen und Diabetes präsentiert neueste Erkenntnisse und innovative Ansätze zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Kontakt

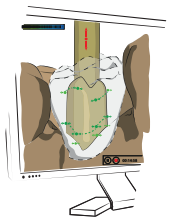
European Federation of Periodontology (EFP)
info@efp.org
www.efp.org

ANZEIGE

DIGITAL WORKFLOW



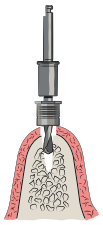
PLANNING



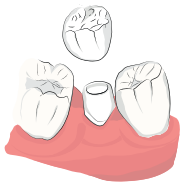
CAD



CAM



GUIDED
IMPLANTOLOGY



IMMEDIATE
RESTORATION

EINFACH. SICHER. DIGITAL.

Irrtum und Änderungen vorbehalten

bredent medical
360° IMPLANTOLOGY
– MORE THAN IMPLANTS –

IDS 2025
Halle 4
Stand H068 J069

50 years of bredent | bredent medical | bredent group

bredent medical GmbH & Co. KG · Weissenhorner Str. 2 · 89250 Senden · Germany
T: +49 7309 872-600 · F: +49 7309 872-635
info-medical@bredent.com · www.bredent-medical.com

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG

Neuer Vertriebsleiter D-A-CH Implantologie bei der BEGO Bremen

Die BEGO Bremen gibt bekannt, dass Stephan Winterlik seit dem 1. Februar 2025 die Rolle des Vertriebsleiters für die Region D-A-CH im Bereich Implantologie übernommen hat. In dieser Funktion verantwortet er künftig die strategische Ausrichtung und das Wachstum des Unternehmensbereiches in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Winterlik tritt die Nachfolge von Kirsten Penning an, die nach mehr als 30 Jahren erfolgreicher Tätigkeit bei BEGO Bremen zum 1. April 2025 aus dem aktiven Dienst austritt. Während ihrer langjährigen Karriere hat Penning maßgeblich zum Erfolg des Unternehmens beigetragen.

„Ich freue mich sehr darauf, die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unserem Team und unseren Partnern in der D-A-CH-Region fortzuführen und neue Impulse für das Wachstum und die Weiterentwicklung von BEGO Bremen zu setzen. Für den ersten Austausch mit unseren Kunden werde ich auf der IDS sein“, erklärt Stephan Winterlik. „Kirsten Penning hinterlässt ein starkes Erbe, das wir gemeinsam weiterführen und ausbauen werden.“

Stephan Winterlik bringt als Zahntechniker umfassende Erfahrung im Vertrieb, im Bereich Implantologie, Prothetik und Management von zahnmedizinischen Produkten und 3D-Drucklösungen mit. Vor seiner neuen Aufgabe war er in verschiedenen leitenden Positionen bei Branchenführern im Bereich Vertrieb und Business Development tätig und hat sich einen exzellenten Ruf in der Branche erarbeitet.

Die BEGO Unternehmensgruppe aus Bremen, Vorreiter im Bereich Modellguss, Implantologie und Prothetik sowie im analogen wie auch digitalen Bereich ist stolz darauf, mit Winterlik einen erfahrenen und kompetenten Vertriebsleiter gewonnen zu haben. Das Unternehmen ist überzeugt, dass er mit seiner Expertise und seinem Engagement eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung und Stärkung der BEGO Implantat- und Prothetiklösungen in der D-A-CH-Region spielen wird.

Kontakt

BEGO
info©bego.com
www.bego.com



Stephan Winterlik hat seit dem 1. Februar 2025 die Rolle des Vertriebsleiters für die Region D-A-CH im Bereich Implantologie übernommen.

CERALOG® PROGRESSIVE-LINE

Keramikimplantologie neu gedacht

Camlog präsentierte das neue CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantatsystem auf dem Jahreskongress der DGI (Deutsche Gesellschaft für Implantologie), der vom 28. bis 30. November 2024 in Dresden stattfand. Das Keramikimplantat basiert auf der bewährten PROGRESSIVE-LINE Außengeometrie. Anwender aus dem Limited Market Release (eingeschränkte Markteinführung) bescheinigen dem neuen Implantatsystem eine einfache keramikgerechte Handhabung und nutzerfreundliche Eigenschaften (u. a. ein breites Indikationsspektrum). CERALOG® PROGRESSIVE-LINE ist seit Februar 2025 in Deutschland, Österreich und der Schweiz verfügbar.

Die Nachfrage nach Keramikimplantaten steigt, nicht nur wegen ihrer weißen Farbe und aus ästhetischen Gründen, sondern auch aufgrund medizinisch motivierter Überzeugungen auf Arzt- und/oder Patientenseite. Mit Hightech-Fertigungsprozessen und innovativen Oberflächentexturen ist unter Beachtung keramikspezifischer Insertionskriterien eine zuverlässige Osseointegration vorhersagbar zu realisieren.

Die Herstellung der CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantate erfolgt aus Blöcken, die im HIP-Verfahren (Hot Isostatic Pressing) produziert werden. Mit einer aufwendigen Frästechnologie entsteht aus dem gesinterten Blank das CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantat.

Das durchdachte Design, die verschraubbaren Abutments und die optimale Abstimmung der notwendigen chirurgischen Instrumente vereinfachen die Anwendung der CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantate. Die Zirkoniumdioxid-Implantate weisen eine mikroraue Oberflächentextur auf, um die Integration in den umgebenden Knochen zu fördern. Die Textur ist vergleichbar mit der CAMLOG Promote® Oberfläche. Die Besonderheit: Mit wenigen zusätzlichen Instrumenten ist die Insertion der CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantate neben dem CERALOG® PL Chirurgie-Set auch mit dem chirurgischen Set der CAMLOG/CONELOG PROGRESSIVE-LINE Implantate möglich.

Das zweiteilige Implantat verfügt über die bewährte Bolt-in-Tube-Innenverbindung mit einer VICARBO® Schraube aus carbonfaserverstärktem Hochleistungspolymer (PEEK). Das Prothetikportfolio ist umfassend und hält sowohl für festsitzende als auch abnehmbare Versorgungen verschiedene Optionen bereit.

Das CERALOG® PROGRESSIVE-LINE Implantatsystem wird in Kooperation mit der CeramTec Schweiz GmbH hergestellt. Das Unternehmen der CeramTec-Gruppe baut auf mehr als 120 Jahre Erfahrung mit der Entwicklung und Fertigung von Lösungen aus Hochleistungskeramik.

Keramik Kurse

Kontakt

CAMLOG Vertriebs GmbH
info.de@camlog.com
www.camlog.de



Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
März				
25.–29.3.2025	IDS	Köln Deutschland	https://www.ids-cologne.de	VDDI
Mai				
7.–10.5.2025	IDEX	Istanbul Türkei	https://www.eng.idex.org	
14.–17.5.2025	EuroPerio11	Wien Österreich	www.efp.org/europerio/home	EFP
16./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.



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 Mitgliederverwaltung und der Information der Mitglieder – nicht für werbliche Zwecke – verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.bdizedi.org > Datenschutzerklärung

Profitieren auch Sie von einer **Mitgliedschaft** im BDIZ EDI

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

Name, Vorname

Straße | PLZ, Ort

Telefon | Telefax

E-Mail | Homepage

Geburtsdatum | Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit | Curriculum Implantologie seit

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

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

Per Fax an +4989 72069889

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- ☐ Niedergelassener Zahnarzt ..... 345,00 €
- ☐ Assistenzzahnärzte, 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 €

Let's
CELEBRATE
DENTAURUM

Feiern Sie mit uns
auf der IDS 2025 in Köln
vom 25. - 29. März 2025



30 years'
DENTAURUM
IMPLANTOLOGY

weitere Informationen zu
tiologic TWINFIT
finden Sie über den
QR-Code

IDS 2025 join us

DENTAURUM GmbH & Co. KG · Turnstr. 31 · 75228 Ispringen · Germany
Tel. +49 72 31 / 803 - 0 · www.dentaurum.com · info@dentaurum.com

DENTAURUM
1886