



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

konkret

Journal für die implantologische Praxis



**Mit neuen Gesichtern
in die Zukunft**
Mitgliederversammlung wählt BDIZ EDI-Vorstand

GOÄneu und die Zahnärzte

**Banges
Abwarten**

Seite 8

Curricula Implantologie des BDIZ EDI

**Start in die
nächste Runde**

Seite 40

Abrechnungstipp

**Anästhesie-Leistungen
in BEMA und GOZ**

Seite 53

meridol® - Zahnfleischschutz in jedem Behandlungsstadium



KURZFRISTIG

meridol® med CHX 0,2 %

Bei akuten Entzündungen oder nach parodontalchirurgischen Eingriffen

- **Hochwirksames Antiseptikum** mit 0,2 % Chlorhexidin
- **Angenehm milder Minzgeschmack** - fördert die Compliance¹

LANGFRISTIG

meridol® PARODONT EXPERT

Für Patient:innen die zu Parodontitis und Rezession neigen.

- **Zur täglichen Anwendung** nach einer Chlorhexidin-Therapie
- **Geeignet zur Implantatpflege**

Stärken Sie die Widerstandskraft des Zahnfleisches Ihrer Patient:innen

¹ Mathur S. et al, National Journal of Physiology, Pharmacy & Pharmacology, 2011.

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 Zahnhartgewebe, 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®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —

Warkens Weg

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“ bringt es das Zitat von Heraklit auf den Punkt. Fortdauernde Beständigkeit gibt es nicht, alles ist irgendwie im Fluss. Wir alle sind ständig gefordert, aktiv zu handeln. Das wissen Sie sicher gut, denn Sie als Praxisinhaber, Unternehmer müssen flexibel auf neue – und am Beispiel GOZ erfahren Sie das täglich – auch auf „alte“ Situationen reagieren.

Neu ist die Situation auch für die Rechtsanwältin und Unionspolitikerin Nina Warken im angeblich unbeliebtesten Amt in der Regierung, dem des Bundesgesundheitsministers. Aber: sie kann sich durchbeißen, das hat sie Ende Mai bewiesen: In einer Kampfabstimmung holte sie sich mit 62 Prozent erfolgreich den Bundesvorsitz der CDU-Frauenunion. In übergroße Fußstapfen tritt sie auch nicht, denn Vorgänger Karl Lauterbach hat zwar vieles versucht anzustoßen, verhedderte sich jedoch hoffnungslos in den selbst geknüpften Reformnetzen.

Nina Warken steht indes vor den gleichen Problemen, wie ihr Amtsvorgänger: wachsende Defizite im Gesundheitswesen und ein Staat, der nicht zu seiner Verantwortung steht. Alte Versprechen der etablierten Parteien, wonach der Bund den Kranken- und Pflegekassen ausreichend Beiträge für Bürgergeld-Empfänger zahlen sollte, werden nicht erfüllt. Die Kassen und damit die Beitragszahler stemmen diese Finanzbelastung, für die der Staat und alle Steuerzahler zuständig wären, mit, laut *Augsburger Allgemeine* über

zehn Milliarden Euro im Jahr. Auch die Zahnärzte können ein Lied davon singen, wie ernst der Staat bzw. der Ordnungsgeber seine Aufgabe nimmt, eine Gleichbehandlung bei den freien Berufen herzustellen und den Ärzten und Zahnärzten die seit Jahrzehnten nicht angehobenen Punktwerte zu gewähren.

Das kostet alles Geld, das der neue Bundesfinanzminister Lars Klingbeil (SPD) nicht ausgeben will. Er hebt sich mit seinem Statement nicht von seinem Vorgänger Lindner ab: Höhere Bundeszuschüsse, um einen weiteren Anstieg der Kranken- und Pflegebeiträge zu vermeiden, könnten keine Dauerlösung sein, sagte er der *BILD am Sonntag*.

Mit dem laut Koalitionsvertrag seit „Längerem geforderten Primärarztmodell“ soll alles besser werden, soll es doch helfen, die Kostenexplosion im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Gibt es das Modell nicht bereits?

Laut Krankenkasseninfo.de wird das Primärarztmodell bereits vermehrt bei ambulanten Leistungen innerhalb bestimmter Tarife der privaten Krankenkassen angewendet. Das Modell besagt, dass bei einer ambulanten Behandlung der volle Erstattungssatz laut Tarif nur bezahlt wird, wenn als erstes ein Primärarzt besucht wurde. Wenn der Versicherte den Facharzt ohne vorherige hausärztliche Überweisung aufgesucht hat, dann gelten verminderte Erstattungssätze (meist 20 Prozent weniger) für die Behandlung und verschriebene Arzneimittel.



Nina Warken betritt mit den Aufgaben im Bundesgesundheitsministerium Neuland. Für notwendige Strukturreformen, um die Beiträge dauerhaft stabil zu halten, braucht sie handfeste Unterstützung. Die vernebelte Aussage der Gesundheitspolitiker, wonach weitere Arbeitsgruppen und Expertenkommissionen eingerichtet werden sollen, die bis 2027 Ergebnisse liefern, hilft ihr nicht. Der GKV-Spitzenverband fordert angesichts von Rekordbeitragssätzen, schwindenden Finanzreserven und einer wachsenden Beitragsspirale ein sofortiges Ausgabenmoratorium und ein Vorschaltgesetz. Preis- und Honorarsteigerungen dürften nicht über das aktuelle Einnahmenniveau hinausgehen, bis strukturelle Reformen greifen.

Die erste Bewährungsprobe hatte die Bundesgesundheitsministerin auf dem Deutschen Ärztetag in Leipzig. Dort gab man ihr auch den GOÄneu-Entwurf, frisch von der Delegiertenversammlung abgestimmt, mit auf den Weg nach Berlin.

Anita Wuttke
Chefredakteurin



6

Die neue BDIZ EDI-Tabelle ist heute so wertvoll wie nie



35

Rückblick auf die 35. Gutachterkonferenz Implantologie



50

Im Spannungsfeld von Implantologie und Parodontologie – 34. Expertensymposium auf Fuerteventura

Aktuell

| | |
|--|----|
| Neue BDIZ EDI-Tabelle weist den Weg aus der jahrzehntelangen Stagnation beim GOZ-Punktwert | 6 |
| Drei Fragen zur GOÄneu | 7 |
| Neue GOÄ kann kein Vorbild für die GOZ sein | 8 |
| Kommentar von Dr. Uwe Axel Richter zur GOÄneu | 10 |
| Der neue Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD | 13 |
| Bundesgesundheitsministerin will Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems stärken | 16 |
| Mitgliederversammlung setzt auf Bewährtes und auf Verjüngung im Vorstand | 17 |
| Vorstand legt Rechenschaftsbericht ab | 18 |
| Bericht von Präsident Christian Berger anlässlich der Mitgliederversammlung 2025 in Augsburg | 20 |
| Impressionen von der IDS 2025 mit dem BDIZ EDI | 28 |
| Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik | 30 |
| Rückschau | 33 |
| Vorschau | 34 |
| Rückblick auf die 35. Gutachterkonferenz Implantologie | 35 |
| Politisches Frühjahrsfest der Zahnärzte in Berlin | 38 |
| 27. Curriculum Köln und 2. Curriculum Süd starten in die nächste Runde | 40 |
| Der BDIZ EDI gratuliert | 42 |

Aktuell Europa

| | |
|---|----|
| News-Ticker | 44 |
| Vorabentscheidung des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache C-386/23 | 46 |
| Wussten Sie schon, ... | 47 |
| Impressionen vom 18. Europa-Symposium in Stockholm | 48 |
| Save the Date: 24. bis 31. Oktober 2025 – Fuerteventura | 50 |

Abrechnung und Recht

| | |
|--|----|
| Factsheet zum Inflationsausgleich | 52 |
| Abrechnung und Berechnungsmöglichkeiten im Abrechnungstipp | 53 |

Fortbildung

| | |
|---|----|
| Gaumenfreie Hybridversorgung mit Implantaten Dr. Christian Bein | 56 |
| Krestales Hart- und Weichgewebsmanagement aktueller Implantatsysteme Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Steffen Kistler, Dr. Frank Kistler und Prof. Günter Dhom | 62 |

Events

| | |
|---|----|
| Die Osteology Foundation ebnet jungen Fachkräften den Weg | 67 |
| EuroPerio11: Der Weltkongress der Parodontologie in Wien | 68 |
| Zero Periimplantitis – die neue Ära der Implantologie | 70 |
| EUROSYMPOSIUM/Konstanzer Forum für Innovative Implantologie | 72 |
| 6. International Blood Concentrate Day | 74 |

Markt

| | |
|---|----|
| Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie | 75 |
|---|----|

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.

Das Zero Periimplantitis Konzept

Durch Langzeitstudien unabhängig belegt^{1,2}

- **Transmukosales** Implantatdesign
- **Kein Mikropalt** in den Geweben
- **Bakteriendichte** Verbindungen
- Starker **Weichgewebsverbund**

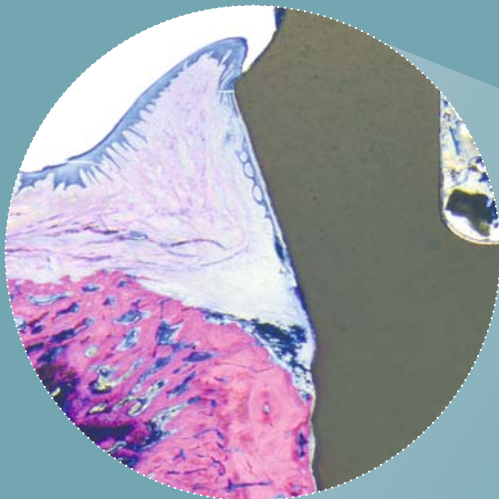
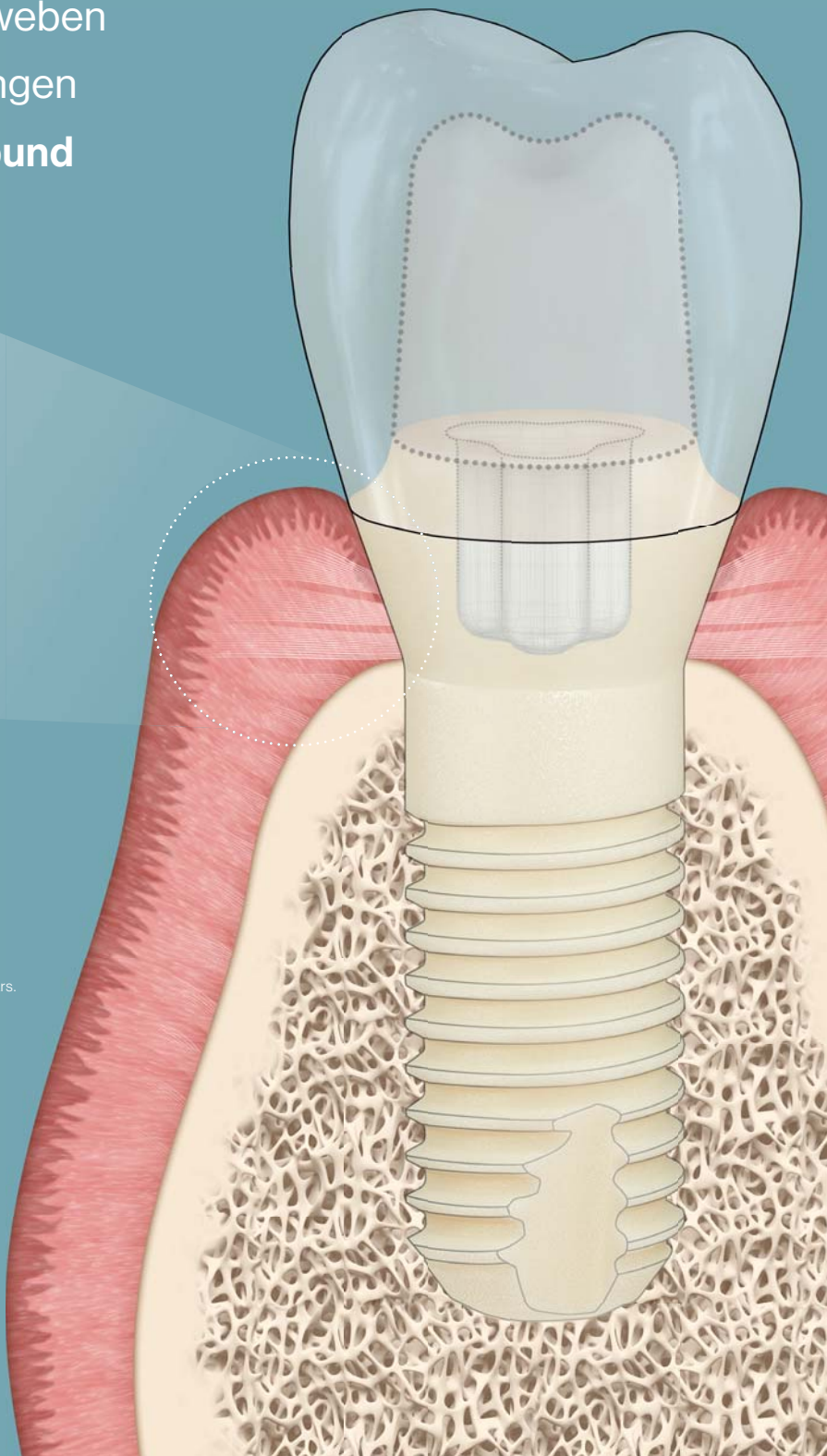


Abbildung © Dr. Peter Schüpbach



1. Brunello G, Rauch N, Becker K, Hakimi AR, Schwarz F, Becker J.
Two-piece zirconia implants in the posterior mandible and maxilla:
a cohort study with a follow-up period of 9 years. Clin Oral Implants
Res. 2022 Dec;33(12):1233–44. doi: 10.1111/clr.14005. PMID: 36184914.

2. Karapataki S, Vegh D, Payer M, Fahrenholz H, Antonoglou GN.
Clinical performance of two-piece zirconia dental implants after 5 and up to 12 years.
Int J Oral Maxillofac Implants 2023;38:1105–1114. doi: 10.11607/jomi.10284



In **Langzeitstudien** über 9 und bis zu 12 Jahre
zeigten zweiteilige Patent™ Implantate
keine Periimplantitis. Wie ist das möglich?
Erfahren Sie mehr auf www.mypatent.com



Neue BDIZ EDI-Tabelle
weist den Weg aus der
jahrzehntelangen Stagnation
beim GOZ-Punktwert

Noch nie war sie so wichtig wie jetzt

Seit über zwei Jahrzehnten gibt es die BDIZ EDI-Tabelle, die auf einen Blick den Vergleich zwischen BEMA und GOZ/GOÄ preislich und zeitlich abbildet. Angesichts der wirtschaftlichen Situation der Praxen und der drohenden GOÄneu, die der Deutsche Ärztetag Ende Mai auf den Weg gebracht hat, ist diese Tabelle so wertvoll wie nie.

Die Antwort auf Gebührensätze ohne Steigerungsmöglichkeit und mehr als 1.300 Zuschlagsziffern in der GOÄneu gibt der BDIZ EDI mit der BDIZ EDI-Tabelle 2025 für die Zahnarztpraxen. Der Mindesthonorarumsatzbedarf pro Stunde wird jährlich moderat nach oben angepasst. 2025 beträgt er 417 Euro für die kleine Zahnarztpraxis. Auch die niedergelassenen (Fach-)Ärzte müssen betriebswirtschaftlich vorgehen.

Ein Inflationsausgleich fehlt sowohl für die Zahnärzte, deren GOZ-Punktwert seit 35 Jahren nicht erhöht wurde, als auch für Ärzte in der GOÄneu (siehe auch Grafik). Die GOÄneu bringt keine Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung seit 1996. Der BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak stellt dazu fest: „Hätte man den GOÄ-Punktwert wenigstens im Zeitraum ab 1991 um 57,4 Basispunkte verändert, müsste er heute statt bei 11,4 DPf bei 21,97 DPf = 11,233719 Cent liegen. Stattdessen liegt er seit 1996 unverändert bei 5,828727 Cent.“

Während die Mehrheit der Ärzte in Krankenhäusern, MVZs und ähnlichen Einrichtungen angestellt sind und Gehälter

beziehen, sind die Zahnärzte in Deutschland noch überwiegend in eigener Praxis tätig oder umsatzbeteiligt und tragen damit unternehmerische Verantwortung. Mit der BDIZ EDI-Tabelle lassen sich der eigene betriebswirtschaftliche Minutenwert leicht errechnen und die Basiswerte entsprechend anpassen. „Damit lässt sich Zahnmedizin nach State of the Art mit angemessenen Honoraren anbieten“, sagt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, der die Tabelle jährlich neu für den Praxisalltag justiert.

Um die Parodontitistherapie gemäß S3-Leitlinie entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchzuführen, hat Christian Berger mit Unterstützung von Prof. Dr. Thomas Ratajczak und Abrech-

nungsexpertin Kerstin Salhoff auch 2025 die Positionen in der Parodontologie mit entsprechenden Analogpositionen versehen, „denn diese Leistungen werden heute ganz anders ausgeführt als 1988 zur Aufnahme, Beschreibung und Bewertung im Gebührenverzeichnis“, so Berger.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2025 zeigt alle zahnärztlichen Leistungsbereiche. Inzwischen sind 223 Leistungen im BEMA besser dotiert als im 2,3-fachen Steigerungssatz von GOZ und GOÄ (GOZ: 102, GOÄ: 125). Inzwischen reicht auch der 3,5-fache Satz der GOZ oft nicht mehr aus.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2025 ist über den Online-Shop des BDIZ EDI zum Preis von 45 Euro bestellbar.

BDIZ EDI-Tabelle 2025

- Wire-O-Bindung, 46 Seiten im Format 297 x 148 mm
- Enthält alle relevanten Abrechnungsleistungen im BEMA, der GOZ und der GOÄ
- Enthält konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung
- Enthält Zeitangaben in Minuten, berechnet nach dem Honorarumsatz/h von 417 Euro
- Ermöglicht den direkten Vergleich zwischen BEMA und GOZ/GOÄ 2,3-fach
- Preis: 45 Euro zzgl. Versandgebühren; bestellbar: www.bdizedi.org/shop/



Prof. Dr. Thomas Ratajczak antwortet

Drei Fragen zur GOÄneu

1. Sie haben die GOÄneu ja bereits für uns analysiert. Fassen Sie bitte kurz zusammen, zu welchem Ergebnis Sie gekommen sind.

Das Gebührenverzeichnis der GOÄneu ist eine Fleißarbeit, wenn auch inhaltlich, wenn ich das richtig sehe, schon wieder mehr als sieben Jahre alt. Die Ideen dahinter sind leider keine Fleißarbeit. Zum einen überrascht, warum sich die Bundesärztekammer solche Mühe mit der Erstellung von hochpreisigen Leistungsbeschreibungen gibt, wenn diese doch nur in stationären Behandlungen relevant werden und damit vor allem den Kliniken zugute kommen. Zum anderen stößt bei mir auf Unverständnis, dass der Gebührenordnung kein einheitliches Zeit-/Umsatz-Konzept zugrunde liegt. Zum Dritten ist für mich die vorgesehene Offenlegung von Patientendaten an die Versicherer geradezu abenteuerlich.

2. Was glauben Sie, warum hat der Deutsche Ärztetag der GOÄneu zugestimmt – oder anders gefragt, wer profitiert von dieser GOÄneu?

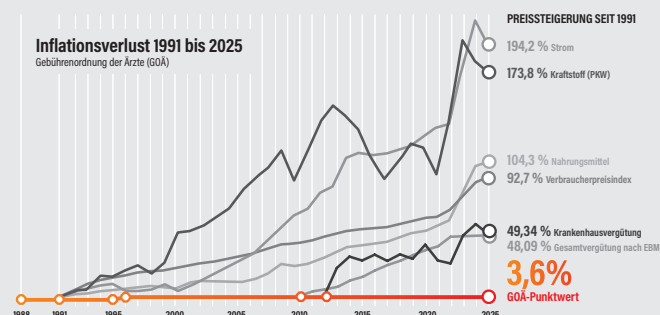
Gegenfrage: Wer hat sich wohl intensiv mit den rund 5.500 Gebührenziffern auseinandergesetzt, wer konnte das überhaupt? Es ist ja nicht so, dass die Bundesärztekammer komplette Transparenz mit Vergleichen alt-neu und Vergleichen zum EBM hergestellt hätte. Das Argument lautete, sonst käme gar nichts. Aber das stimmt so nicht. Die Nichtanhebung des Punktwerts über so lange Zeit ist verfassungsrechtlich nicht mehr zu rechtfertigen. Wir klagen deshalb ja beim Verwaltungsgericht in Berlin. Dafür musste man den Abstand zum EBM, wie er 1965 und 1982 eingestellt worden war, nicht aufgeben. Ich verstehe in diesem Zusammenhang auch den PKV-Verband nicht. Wozu sollten sich die Patienten noch für den ambulanten Bereich privat versichern, wenn es keine Unterschiede in der Behandlung mehr geben können soll?

3. Warum ist die Aufregung jetzt bei den Zahnärzten groß, man könnte die Systematik der GOÄneu auf die GOZ übertragen?

Eher wohl gibt es eine Befürchtung, die ich aber nicht teile. Bisher sind sowohl der BEMA als auch die GOZ auf die GOÄ ausgerichtet, die GOÄ ist also auch für die Zahnärzteschaft die grundlegende Gebührenordnung. Die GOÄneu verfolgt hier eine in jeder Hinsicht andere Systematik, auch in dem Bemühen, die

Seit 29 Jahren:

Keine Anpassung des GOÄ-Punktwerts



Veränderung des GOÄ-Punktwerts seit 1982, Inflation und notwendiger Inflationsausgleich

| Verbraucherpreisindex (2020 = 100) um | Punktwert | Sollpunktwert 2025 mit Inflationsausgleich |
|---------------------------------------|--------------|--|
| Seit 01/1982: 71,3 Basispunkte | 5,11292 Cent | 12,55274 Cent +145,51 % |
| Seit 01/1988: 64,2 Basispunkte | 5,62421 Cent | 12,06047 Cent +144,38 % |
| Seit 01/1996: 49,3 Basispunkte | 5,82873 Cent | 9,87600 Cent +69,44 % |

INFLATIONSVERLUST?

HELFT EUCH SELBST!

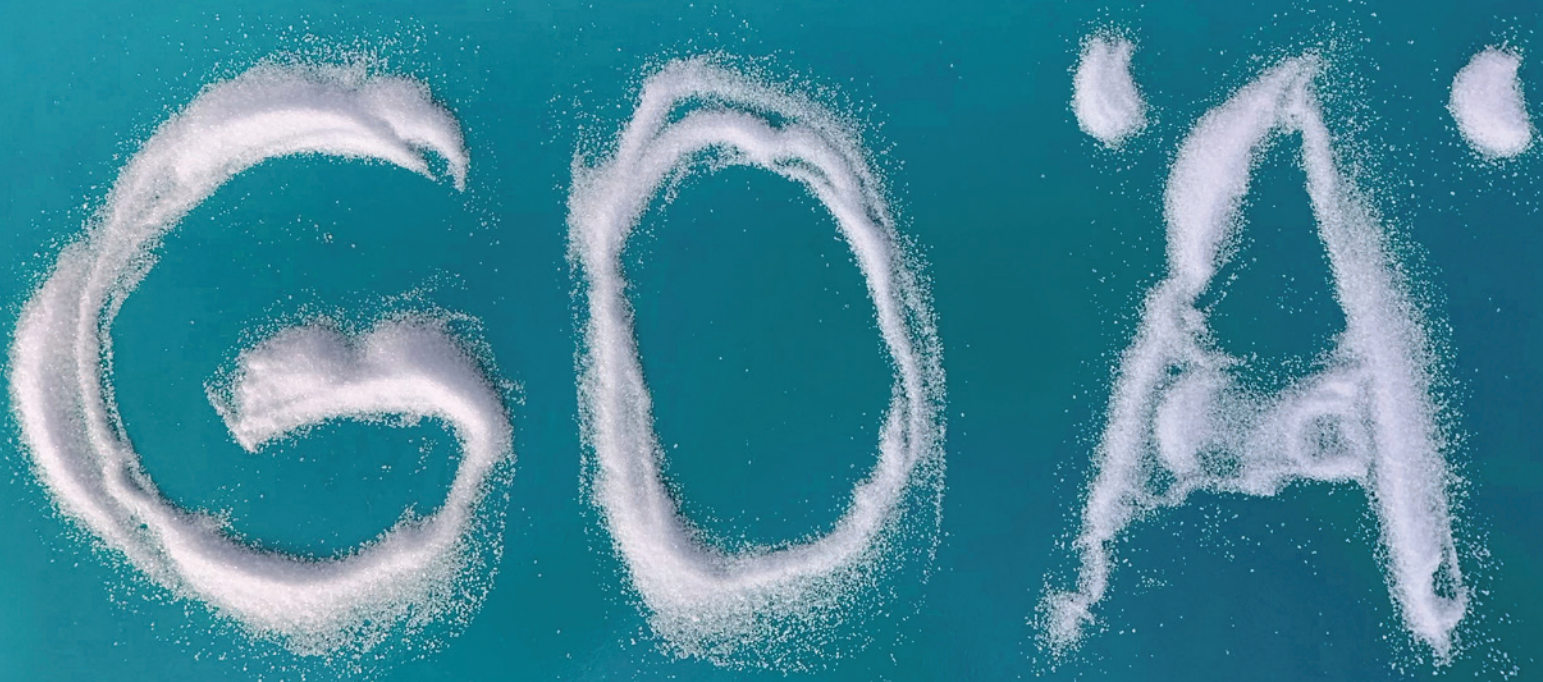
Ein Inflationsausgleich kann in der Systematik der GOÄ auf drei Arten erfolgen:

- Anhebung des Punktwertes,
- Anhebung der Punktmengen der einzelnen Leistungen,
- Mischung beider Möglichkeiten.

Hausärzte wegen der etwas verbesserten Gesprächshonorierung für sich zu gewinnen. Das ist ein Thema, das in der Zahnärzteschaft nicht dieselbe Rolle spielt. Bei der GOZ muss man sich darauf konzentrieren, dass die Vergütung nicht unter die BEMA-Vergütung absinkt. Das heißt, dass man sich an die Erarbeitung einer einheitlichen GOZ machen sollte, deren Leistungsumfang den BEMA inhaltlich und preislich übertrifft.

Danke für Ihre Ausführungen!

AWU



Bundeszahnärztekammer, DGZMK, DGMKG und BDO erinnern an Aufgabe der Bundesregierung

Neue GOÄ kann kein Vorbild für die GOZ sein

Die Delegierten des 129. Deutschen Ärztetages haben wichtige Entscheidungen getroffen, eine davon haben die Zahnärztinnen und Zahnärzte mit besonderem Interesse verfolgt: Das Votum zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Bundesärztekammer und PKV-Verband haben über viele Jahre einen gemeinsamen Vorschlag für eine neue GOÄ erarbeitet. Die Delegierten haben den Entwurf bestätigt und die Bundesärztekammer beauftragt, den Entwurf der Bundesregierung mit einer Aufforderung zur Umsetzung zu übergeben. Die Bundesregierung wird damit nachdrücklich an ihre Pflicht erinnert, ein jahrzehntelang währendes Versäumnis der Vorgängerregierungen aus der Welt zu schaffen.

Erlass und Weiterentwicklung der GOÄ ist eine Aufgabe der Bundesregierung. Allein

diese ist berufen, „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln“. Eine Aufgabe, der sich die Bundesregierungen der vergangenen Jahre jedoch – genau wie bei der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – entzogen haben. Wenn der Staat die Vereinbarung über die (zahn-)ärztliche Vergütung dem Markt entzieht und ein eigenes Gebührenrecht schafft, dann muss er sich auch um dessen Aktualität kümmern. Die ungeliebte Aufgabe auf die Betroffenen abzuschieben, ist und bleibt komplettes Staatsversagen.

Die Bundeszahnärztekammer sowie die wissenschaftlichen Gesellschaften DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde), DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie) und BDO (Berufsverband Deutscher Oralchirurgen) warnen eindringlich davor, den zwischen BÄK und PKV-Verband ausgehandelten GOÄ-Kompromiss als Vorlage für eine Novellierung der GOZ zu sehen.

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer wird sich in einer eigens zu diesem Zweck einberufenen Klausurtagung im

Detail mit dem vom Ärztetag beschlossenen GOÄ-Entwurf befassen und dessen Konsequenzen analysieren. Bereits jetzt steht allerdings fest: Die Abschaffung des nicht zuletzt auch die Patientinnen und Patienten schützenden Gebührenrahmens, die Einschränkungen bei der analogen Berechnung neuer Leistungen und die weitere Bürokratisierung der abweichenden Vereinbarung würden die GOZ von

einer Gebührenordnung in eine Erstattungsordnung verwandeln. Mit einer Gebührenordnung eines freien Berufes hätte das nichts mehr zu tun.

Die Bundeszahnärztekammer weist im Schulterschluss mit den vorgenannten wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden darauf hin, dass aus diesem Grund bei der im Zuge der GOÄ-Novelle

notwendigen Anpassung von § 6 Abs. 2 GOZ jedes Präjudiz zu vermeiden ist. § 6 Abs. 2 GOZ wird daher zukünftig zunächst auf die heute geltende GOÄ verweisen müssen, um eine Vermischung der Systeme zu vermeiden.

Quelle: Gemeinsame PM von BZÄK, DGZMK, DGMKG und BDO vom 6.6.2025

Erste Stellungnahme der BZÄK zu einem eigenen Weg in der Zahnmedizin

Festgebühr kein Thema für die Zahnärzte

In einer ersten Stellungnahme gratulierte Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), den Ärzten, dass sie einen für sie passenden Weg gefunden hätten. „Dennoch wird es notwendig sein, dass die Zahnmedizin ihren eigenen Weg geht!“

Auch eine Modernisierung des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte (GOZ) sei akut notwendig, denn dieses sei teilweise fachlich, aber vor allem auch betriebswirtschaftlich veraltet und als Abrechnungsgrundlage für die Behandlung von Patientinnen und Patienten kaum noch geeignet. Seit ihrem Erlass 1988 habe sich die Zahnmedizin rasant weiterentwickelt.

„Die zahnärztlichen Leistungen haben sich in ihrem Inhalt und in ihrer Ausführung stark verändert. Und die Kosten für Personal, Mieten, Strom, Geräte etc. sind seit den alten DM-Zeiten immens gestiegen. Hier kann kein Punktwert von 1988 herangezogen werden, das entspricht nicht der Realität mit ihrer jährlichen Inflation“, so Dr. Romy Ermler, Vizepräsidentin der BZÄK. „Eine moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann mit einem Regelwerk aus Vorwendezeiten nicht abgebildet werden.“

Jedoch könne der GOÄ-Entwurf nicht die Grundlage für eine überarbeitete GOZ

werden, so die Bundeszahnärztekammer entschieden. Hier gebe es gravierende Unterschiede, die berücksichtigt werden müssen. So werde in der Zahnmedizin regelmäßig eine individuelle Bemessung nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand berechnet. Behandlungen müssten nach den spezifischen Bedürfnissen und der individuellen zahnmedizinischen Situation des Patienten berechnet werden können, nur so sei es für Patientenschaft und Behandelnde fair. Der sog. Steigerungsfaktor sei ein Multiplikator, der auf die Grundgebühr einer zahnärztlichen Leistung angewendet werde, um die tatsächlichen Kosten der Behandlung zu berechnen. Dieser Faktor ermögliche es, die Gebühren an die individuellen Bedürfnisse und die Komplexität der Behandlung anzupassen.

„Nicht jede Karies ist gleich groß. Daher wird in der Zahnmedizin der Steigerungsfaktor sehr viel genutzt. In der Medizin hingegen selten. Der Steigerungsfaktor erlaubt es, die Behandlungskosten ent-

sprechend der spezifischen Situation des Patienten anzupassen. Patienten erhalten so eine nachvollziehbare Rechnung, die die individuellen Aspekte ihrer Behandlung widerspiegelt“, so Ermler.

Gerade das sehr patientenindividuelle zahnärztliche Leistungsspektrum mit seiner Vielzahl von Behandlungsalternativen für die Patientinnen und Patienten lasse sich mit einer Festgebühr nicht transparent abbilden. Der zahnärztliche Gebührenrahmen erlaube eine individuelle Bemessung nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand. Bei der dringend notwendigen Modernisierung des Gebührenverzeichnisses in der Zahnmedizin muss das zukünftig berücksichtigt bleiben.

Eine moderne und faire Gebührenordnung ist essenziell, um die Qualität der (zahn-)ärztlichen Leistungen zu sichern.

PM der BZÄK vom 30.5.2025



Kommentar von Dr. Uwe Axel Richter zur GOÄneu

Verräterische Argumentation

Wir schreiben das Jahr 2025: Ein großes Aufatmen geht durch das politische Berlin. Ebenso zeigen sich PKV- und GKV-Kassen und deren Verbände höchst zufrieden: Denn der 129. Deutsche Ärztetag löste dank der überwältigenden Zustimmung zur sogenannten GOÄneu die Terminproblematik in der ambulanten ärztlichen Versorgung! Und das quasi im Vorbeigehen. Endlich keine Vorteile mehr für Ärzte, wenn sie Privatpatienten behandeln. Einheitsversicherung voraus.

Positive Rückmeldungen gab es auch bei den beihilfeberechtigten Beamten. Nun dürfen sie auch wie die GKV-versicherte Mehrheit der Bevölkerung drei bis sechs Monate auf Termine beim Facharzt warten. Das stärkt die Gemeinschaft und den Zusammenhalt und ist ein großer Erfolg für unsere Demokratie, so der Präsident der Bundesärztekammer. Und die Ärzte? Die freuen sich, dass sie endlich nicht mehr steigern müssen, sondern nur noch gemäß ihrer gelernten EBM-Logik verfahren können. Ein großer Erfolg auch für die PKV, denn nun darf sie endlich in der EBM-Liga spielen.

Als Spaßbremse könnte sich jedoch das Bundesministerium für Gesundheit erweisen, wenn die neue Bundesgesundheitsministerin die jahrzehntelange Tradition ihrer Vorgänger im Amt fortführt und die GOÄneu mit der Begründung ablehnt, „dass die potenzielle Steigerung des zusätzlichen vereinbarten Erstattungsvolumens von bis zu 1,9 Milliarden Euro jährlich für die kommenden drei Jahre zusätzlich viel zu teuer sei.“

Soweit die Ironie. Nun der Witz in der Geschichte: Damit würde die metaphorische ministerielle Spaßbremse (man erinnere sich nur an das angewiderte Gesicht von Karl Lauterbach und seine spitzen Finger bei der Übergabe des Entwurfs einer ärztlichen GOÄ beim Deutschen Ärztetag 2022) zur Retterin des letzten Restes der Freiberuflichkeit der deutschen Ärzteschaft. Und perspektivisch im Übrigen auch der Zahnärzteschaft.

„Überwältigende Zustimmung“ nach schwacher Debatte

Doch zuerst das Ergebnis der mit Spannung erwarteten Abstimmung zu der sogenannten GOÄneu: Mit 212 Ja- zu 19 Nein-Stimmen stimmte am Donnerstag vergangener Woche der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig der neuen, gemeinsam mit dem PKV-Verband und der Beihilfe erstellten Gebührenordnung Ärzte zu. Entsprechend gestaltete sich die rund einstündige Diskussion eher inhaltsleer, dafür umso phrasenreicher. 21 Redner sprachen sich für die Annahme aus, nur vier dagegen. Einen guten Überblick, auf welchem argumentativen Niveau man sich dabei bewegte, findet sich beim Deutschen Ärzteblatt. Als Zuschauer fühlte man sich an geschickte Parteitagschoreografie nach intensiver Vorbearbeitung (wen und was vertreten eigentlich die Delegierten?) erinnert, aber nicht an eine ernsthafte Diskussion um eine der wichtigsten Zukunftsentscheidungen eines freien Berufsstands.

Die deutsche Ärzteschaft macht sich zum Scheinriesen

Aber so ist das halt, wenn es das Wichtigste scheint, auch in Zukunft in der vermeintlichen großen Politik wichtig zu sein und mitspielen zu dürfen. Ob als Stürmer, Balljunge oder doch

nur Kontrolleur der Eintrittskarten, wurde ja nicht thematisiert. Das Hauptargument des Bundesärztekammer-Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt, dass im Falle einer Ablehnung des vorliegenden GOÄ-Entwurfs die politische Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstands in Gefahr sei, hatte ja auch Charme. Politische Glaubwürdigkeit des Berufsstands? Zumindest aus der Perspektive des obersten Arztes in Deutschland, niedergelassen als Hausarzt in Westfalen-Lippe und in Personalunion Vorsitzender des rund 70.000 Mitglieder starken Hartmannbunds, mag das ein wichtiges Argument sein. Aber für die deutsche Ärzteschaft?

Verräterische Argumentation des Ärztepräsidenten

Um was es der deutschen Ärzteschaft wirklich gehen muss, sagte der Präsident auch. Ich zitiere gemäß vorgenanntem Artikel des *Deutschen Ärzteblatts*: „Grundsätzlich gelte es auch zu beachten, dass die Ärzteschaft einen ‚angemessenen Interessenausgleich‘ mit der PKV und der Beihilfe finden müsse. Zwischen den berechtigten Interessen der Ärztinnen und Ärzte und derjenigen, die zur Zahlung verpflichtet sind, brauche es eine Balance.“

Nur tauschte er leider die Adressaten aus. Weil es so wichtig ist, sei mir die Wiederholung erlaubt: Es geht um einen angemessenen Interessenausgleich! Doch dieser hat nicht mit PKV und Beihilfe stattzufinden, sondern mit dem Vertragspartner – und das ist nun mal der Patient. Eine Gebührenordnung soll einen staatlich gesicherten Rahmen für einen freien Beruf geben und für diejenigen, die seine Leistungen in Anspruch nehmen, sodass keine Seite übervorteilt wird. Zur Zahlung verpflichtet sind die Patientinnen und Patienten. Die Erstattung durch Dritte ist davon zunächst unberührt. Es liegt nur im Interesse der Patienten, dass sich Ärzteschaft und Kostenerstatter über grundsätzliche Fragen wie die Anerkennung von bestimmten Leistungen/neuen Behandlungsmethoden etc. abstimmen.

Wenn der Staat seine Aufgaben verlagert

Was Reinhardt hier mit erheblichem Druck durchgezogen hat, ist die Vollendung des vor rund 14 Jahren vom damaligen Ärztepräsidenten Dr. Frank Ulrich Montgomery und dem damaligen FDP-Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr begonnenen Prozesses zur Erstellung einer neuen GOÄ in der direkten Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit den Versicherern, der PKV und der Beihilfe. Und alles nur, weil der Staat schon damals zu „faul“ (man verzeihe mir meine Wortwahl) war, seine ihm obliegenden (unangenehmen) Aufgaben zu erledigen? Oder weil man eine mangelnde Fach- und Sachkompetenz im BMG erkannt hatte? Das wäre dann Staatsversagen. Eine Formulierung, die im Übrigen auch Prof. Dr. Jürgen Wasem 2024 anlässlich einer Anhörung zur Novellierung der GOÄneu im vergangenen Jahr adressiert hatte.

Mehr als „Spökenkiekerei“

Stimmt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken der vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten GOÄneu zu, dann hat die Ärzteschaft die EBM-isierung der GOÄ geschafft, die PKV endlich ein versicherungsmathematisches Äquivalent zu den Kassen-Budgets und die Politik eine faktische Einheitsversicherung, ohne nach außen hin das duale Versicherungssystem abgeschafft zu haben. Für die Versicherungswirtschaft eröffnet sich damit ein weiter wachsender Markt namens Zusatzversicherungen. Gerade letztere spielen in der Zahnmedizin eine immer größere Rolle – ganz abgesehen davon, dass die Rolle der GOZ für die gesetzlich versicherten Patienten in der Zahnmedizin erheblich größer ist als die der GOÄ in der Medizin.

Der Elefant im Raum

Sollte also Nina Warken den Entwurf der GOÄ absegnen und in eine Rechtsverordnung gießen, steht für die Zahnärzteschaft der sprichwörtliche Elefant im Raum: Folgt eine Vereinheitlichung der Systematik von GOZ und GOÄ aus politischer Opportunität, oder behält man eine eigenständige Rolle der Zahnärzteschaft? Die Antwort findet sich im Unterton in der Gratulation von Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer: „Wir gratulieren den Ärzten, dass sie einen für sie passenden Weg gefunden haben. Dennoch wird es notwendig sein, dass die Zahnmedizin ihren eigenen Weg geht“, so die Verlautbarung in der Pressemeldung vom vergangenen Freitag.

Bleibt die Frage, wohin der eigenständige Weg führen soll. Die derzeitige Fokussierung auf den Punktwert und dessen Erhöhung gilt es jedenfalls angesichts der Logik der GOÄneu zu überdenken. Denn eine Anhebung des Punktwerts und ein „robuster Einfachsatz“ sind keine gute Kombination.

Fundamentale Unterschiede Zahnmedizin zur Medizin

Es wird daher entscheidend darauf ankommen, der Politik den Unterschied zwischen Medizin und Zahnmedizin erleb- und nachvollziehbar zu machen. In ihrem ersten Statement versucht es die BZÄK so: „Jedoch kann der GOÄ-Entwurf nicht die Grundlage für eine überarbeitete GOZ werden. Hier gibt es gravierende Unterschiede, die berücksichtigt werden müssen. So wird in der Zahnmedizin regelmäßig eine individuelle Bemessung nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand berechnet. Behandlungen müssen nach den spezifischen Bedürfnissen und der individuellen zahnmedizinischen Situation des Patienten berechnet werden können, nur so ist es für Patientenschaft und Behandelnde fair. Der sogenannte Steigerungsfaktor ist ein Multiplikator, der auf die Grundgebühr einer zahnärztlichen Leistung angewendet wird, um die tatsächlichen Kosten der Behandlung zu berechnen. Dieser Faktor ermöglicht es, die Gebühren an die individuellen Bedürfnisse und die Komplexität der Behandlung anzupassen.“ Was in der Konsequenz als Botschaft für die Politik bedeuten würde: „Finger weg vom Paragrafenteil und der Überarbeitung des Leistungskatalogs.“ („Das machen wir selbst.“)

An die Erfahrungen mit der GOZ 2012 erinnern

Der zahnärztliche Berufsstand sollte aus der Vergangenheit rund um die GOZ 2012 lernen und die Möglichkeiten der GOZ auch jenseits des Steigerungsfaktors nutzen. Der vorhandene Paragrafenteil der GOZ bietet Möglichkeiten für eine gerechte Honorierung der zahnärztlichen Leistung. Nur muss die Zahnärztin/der Zahnarzt diesen Spielraum auch nutzen. Auch dies macht einen freien Beruf aus und ist der elementare Unterschied zwischen einer Gebührenordnung und einer Bepreisungsliste wie dem BEMA.

Was wäre gewesen, wenn ...?

Abschließend noch ein Gedanke: Was wäre eigentlich passiert, wenn die Delegierten des 129. Deutschen Ärztetags der GOÄneu nicht zugestimmt hätten? Wäre Dr. Klaus Reinhardt dann zurückgetreten?

Dr. Uwe Axel Richter, Fahrdorf

Erstveröffentlichung am 2. Juni 2025 auf „Quintessence News“, Quintessenz Verlags GmbH.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags und des Autors.

Hier geht es zum Originalbeitrag:



Der neue Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD

Regierungshandeln nach Kochbuch?

Die wichtigste Feststellung zuerst: Seit der Regierungserklärung von Neukanzler Friedrich Merz, CDU, am 14. Mai kann in Deutschland auf Bundesebene endlich wieder regiert werden. Immerhin vergingen seit dem Bruch der Ampelkoalition bis zur verstorbenen Kanzlerwerdung und nachfolgender Regierungsvereidigung am 6. Mai gut sieben Monate. Eine lange Zeit, in der sich die Vielzahl unerledigter Aufgaben zunehmend aufstürzten. Zwei Wochen benötigte alleine die Mitgliederbefragung der SPD zur Annahme des Koalitionsvertrages.

In der Zwischenzeit machte das Gesundheitswesen mit mittlerweile tiefroten Zahlen auf sich aufmerksam. Und so musste die frisch ernannte Gesundheitsministerin Nina Warken noch vor der Regierungserklärung kurzfristig eine finanzielle Rettungsaktion gemeinsam mit dem Bundesfinanzministerium für den Gesundheitsfond starten, aus dem die GKV-Kassen mit den Beitragsgeldern versorgt werden. Die finanzielle Notfallmaßnahme von 800 Millionen Bundeszuschuss für den Gesundheitsfond wurde notwendig, um mögliche Insolvenzen kleinerer GKV-Krankenkassen zu verhindern.

Mehr Team statt Egozentrik

Geht es nach den Vorstellungen von Kanzler Merz, soll das Gesundheitsministerium fürderhin weniger konfliktträchtig geführt werden. Statt einer kann und macht alles, soll Teamarbeit im Vordergrund stehen, was angesichts der Aufgabenfülle nur von Vorteil sein kann. Mithin gehen für das nun wieder von der CDU geführte Ministerium drei Juristen an den Start: Nina War-

ken als Ministerin, Tino Sorge und Dr. Georg Kippels als parlamentarische Staatssekretäre. Letztere sind mit dem deutschen Gesundheitswesen seit längerer Zeit vertraut, waren sie doch langjährige Mitglieder des Gesundheitsausschusses oder wie Tino Sorge in der letzten Legislatur auch gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU. Die Hoffnung der gesundheitspolitischen Akteure ist jedenfalls groß, dass mit diesem Trio die Zeiten im Bundesgesundheitsministerium wieder besser, will heißen konstruktiver werden.

144 Seiten Koalitionsvertrag, 14 Seiten Gesundheitswesen

Angesichts der vielen und sattem bekannten Großbaustellen kann für die neue Legislatur mehr Ruhe und Konstruktivität nur von Vorteil sein. Womit sich die Frage stellt, ob der Koalitionsvertrag ebenfalls in diese Richtung geht. Liest man die 144 Seiten mit dem Titel „Verantwortung für Deutschland“, fallen in Kapitel 4.2 „Gesundheit und Pflege“ zwei Aspekte auf: Das Kapitel ist angesichts der gesellschaft-

lichen Bedeutung des Gesundheitswesens und trotz der bekannten Problemstellungen mit 14 Seiten recht kurz. Probleme werden benannt, die vorgeschlagenen, eher iterativen Lösungsansätze setzen jedoch einiges an Idealismus sowie „tiefe Taschen“ voraus. Geht es um Grundsatzfragen – duales Versicherungssystem, Eigenbeteiligungen, ... – zeigt man sich jedoch wenig konkret, was wohl daran liegt, dass CDU/CSU und SPD inhaltlich weit auseinanderliegen.

Vertrag oder Vereinbarung?

Was zu der Frage führt, warum man dafür überhaupt einen Koalitionsvertrag braucht. Seit einigen Legislaturen enden Koalitionsverhandlungen üblicherweise mit der Unterzeichnung eines Koalitionsvertrages, in dem die potenzielle (da noch nicht parlamentarisch gewählte) neue Regierung ihre Vorstellungen, Ziele und deren mögliche Umsetzung verschriftlicht hat. Dieser gilt fürderhin als „Basis“ für die Regierungsarbeit in der neuen Legislatur. Wobei das Wort Basis wie auch der Wort-

teil „-vertrag“ weit interpretierbar sind, steht doch letzterer im Widerspruch zu der grundgesetzlich garantierten Entscheidungsfreiheit der gewählten Abgeordneten. Diese soll ja auch für die Abgeordneten der Regierungsfraktion(en) gelten.

Normative Kraft des politisch Faktischen

Trotzdem sind Koalitionsverträge in den letzten Jahrzehnten zu einer Üblichkeit geworden. Damit haben sich die niedergeschriebenen Vereinbarungen der Koalitionspartner quasi zu einer normativen Kraft des (partei-)politisch Faktischen entwickelt, zu der das Tun und Lassen der Regierung in der Legislatur abgeglichen wird. An den Inhalten haben jedoch nur wenige der gewählten Abgeordneten, vorausgesetzt sie gehören den Fraktionen der potenziellen Regierungspartner an, mitgewirkt. Denn mitverhandeln und mitentscheiden können nur die von den jeweiligen Parteigremien bestimmten Parteimitglieder. Auf der Website der Bundesregierung liest sich das so: „Regierungsbildung 2025, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Der Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode trägt den Titel ‚Verantwortung für Deutschland‘. Er wurde von den Regierungsparteien am 9. April 2025 vorgestellt und am 5. Mai unterzeichnet. Für den Inhalt des Koalitionsvertrages sind die Regierungsparteien verantwortlich.“ (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2025-2340970>)

Verhandelt ist noch nicht zugestimmt

Liegt eine Koalitionsvereinbarung vor, führen die Parteien die Zustimmung zu den Ergebnissen auf unterschiedlichen Wegen herbei. Am 9. April hatten sich die Parteispitzen auf den Koalitionsvertrag geeinigt. Einen Tag später stimmte bereits der CSU-Vorstand zu. Am 28. April folgte die CDU, die ihre Zustimmung auf einem kleinen Parteitag herbeiführte und am 30. April die SPD nach einem 14-tägigen

Online-Mitgliedervotum. Von 358.000 Parteimitgliedern nahmen 56 Prozent an der Abstimmung teil, von denen 84,6 Prozent für die Annahme des Koalitionsvertrages stimmten. Nun kann man das Vorgehen der SPD basisdemokratisch nennen, eine inhaltliche Bindungswirkung auf späteres Regierungshandeln hat auch dieses nicht.

Wer schreibt, der bleibt

Halten wir fest: Die Wege der Parteien, ein Koalitionspapier zu einem „Vertrag“ als Basis für das künftige Regierungshandeln zu machen sind unterschiedlich, aber im Sinne der Legitimation faktisch gleich. Eine Rechtsbindung der Koalitionäre, insbesondere der Abgeordneten, ergibt sich nicht. Insoweit kommt ein Koalitionsvertrag lediglich einer Koalitionsvereinbarung gleich. Er stellt ein gemeinsames Bekenntnis zu mehr oder minder präzise formulierten Zielen (manchmal sind das sogar die Versprechungen vor der Wahl) dar, welche einer steten Anpassung an die jeweilige politische Realität bedürfen. Wenn man so will, handelt es sich um ein Kochbuch für die neue Legislatur: Ingredienzen für die Gerichte, auf die man sich verständigen konnte und deren jeweiligen Köche. Gekocht werden kann aber nur mit den Zutaten, die, wenn es so weit ist, auch auf dem Markt verfügbar sind.

Wie akribisch die Absprachen im Koalitionsvertrag in der Legislatur abgearbeitet werden, hängt dann von dem einzelnen Minister ab. In der vorzeitig beendeten Ampelkoalition galt Ex-Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als fleißiger Abarbeiter des damaligen 114 Seiten starken Koalitionsvertrages mit dem verheißungsvollen Titel „Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“. Immerhin 19 Gesetze, die meisten von ihm als Reform tituliert, hat der Gesundheitsökonom auf den Weg gebracht.

Minister Unfertig

Ob Lauterbach damit gemäß Eigendarstellung seiner Nachfolgerin eine „gut

geölte Gesetzesmaschine“ hinterlassen hat, sei einmal dahingestellt. Fakt ist, dass sein – trotz Koalitionsvertrag – planloses und sprunghaftes Gesetzeswirken Nina Warken einen Flickenteppich aus halbfertigen Gesetzesvorhaben und weitreichenden, leider aber nur halbgaren Reformen, insbesondere der Klinikreform, hinterlassen hat. In einem zwölfseitigen Brief, gerichtet Ende letzten Jahres an die Nochfraktionsmitglieder von SPD und Grünen, zieht er folgendes Fazit: „Wir können mit Fug und Recht behaupten: Wir haben viel erreicht! Trotz erheblichem Sanierungsbedarf im Gesundheitswesen wird es in dieser Legislaturperiode keine Leistungseinschränkungen für Patientinnen und Patienten geben.“ Heißt übersetzt: Nach mir die Sintflut. Der ehemalige gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU und jetzige parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Tino Sorge, CDU, bezeichnete beispielsweise die Lauterbachsche Klinikreform gar als den „Tiefpunkt des föderalen Miteinanders“.

Einhundert Fragen zur Amtszeit

Wer sich einen konzentrierten Überblick über die für viele stressige Amtszeit und den Output des Gesundheitsökonomen auf dem Ministersessel des BMG verschaffen möchte, dem sei die kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Einhundert Fragen zur Amtszeit des Bundesministers für Gesundheit“ (<https://dserver.bundestag.de/btd/20/141/2014142.pdf>)



samt Antwort der Bundesregierung (<https://dserver.bundestag.de/btd/20/146/2014649.pdf>)



zum Ende der 20. Legislatur empfohlen. Zitat: „Nach Auffassung der Fragesteller ist zu beobachten, dass bei nahezu allen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen die Unzufriedenheit über die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik seit

2021 massiv angewachsenen ist. Gleichzeitig wird ein Mangel an konstruktiver und vertrauensvoller Kommunikation beklagt, was – nicht nur nach Einschätzung der Fragesteller – zu einer mangelnden Akzeptanz politischer Entscheidungen im Gesundheitswesen und zu einem sinkenden Vertrauen in das Gesundheitswesen insgesamt geführt hat.“

Von der CDU zur SPD und zurück

Soweit die Zustandsbeschreibung des derzeitigen Gesundheitswesens, die sich auch in dem Gesundheitskapitel des Koalitionsvertrages wiederzufinden scheint. Allerdings sind wolkige, wenig konkrete oder geradezu fantastisch anmutende Formulierungen ein Kennzeichen fast aller 144 Vertragsseiten. Nachfolgend ein typisches Formulierungsbeispiel aus dem Koalitionsvertrag (<https://www.koalitionsvertrag-2025.de/>), um sich in die idealtypische Vorstellungswelt der CDU/CSU- und SPD-Politiker und scheinbar unbegrenzt verfügbaren Ressourcen einzuschwingen. Auf Seite 58 stellt die Koalition unter der Überschrift „Gute Gesetzgebung“ den Entstehungs- und Umsetzungsprozess der Gesetzgebungsverfahren für die neue Legislatur vor. Doch lesen Sie selbst:

Gute Gesetzgebung (Seite 58)

„Gesetze, Verordnungen und Regelungen, die nicht gemacht werden müssen, werden wir nicht machen. Gesetze, die ihren Zweck nicht oder nicht mehr erfüllen, werden wir streichen. Gute Gesetzgebung ist gründlich, integrativ und transparent. Unser Recht muss verständlich und digitaltauglich sein. Für uns gilt: Erst der Inhalt, dann die Paragraphen. Bereits in der Frühphase von Gesetzgebungsverfahren werden wir Praxischecks durchführen und Betroffene sowie Vollzugsexperten und -expertinnen aus Bund, Ländern und Kommunen mit angemessenen Fristen (in der Regel vier Wochen) beteiligen. Um den Wirkungsgrad von Gesetzen nachprüfbar zu machen, etablieren wir Erfolgsindi-

katoren, an deren Maßstab der spätere Gesetzesvollzug gemessen werden kann. Unsere Gesetzesentwürfe enthalten eine Visualisierung von Organisationsstrukturen, Prozessabläufen und Wirkungsmodellen. Wir werden im Bundestag regelmäßig über die Umsetzung von geltenden Gesetzen beraten. Überbordende und wirkungslose Berichtspflichten werden wir streichen und wiederkehrende Berichte grundsätzlich der Diskontinuität unterstellen.“

Wenn das der zukünftige Gesetzgebungsmaßstab sein soll, dann wird die Menge der Gesetze, vor allem aber deren Qualität zu einer kritischen, den Gesetzesoutput limitierenden Größe. Der sprunghafte und iterative Gesetzgebungsprozess des ehemaligen Bundesgesundheitsministers wäre mit dieser Vorgabe nicht mehr möglich.

Vorab: Die Zahnmedizin wird in diesem Koalitionsvertrag, im Vergleich zu den Ärzten und Apothekern, nicht direkt adressiert. Aus Politikerperspektive bedeutet das good news, da man sich um die Zahnärzteschaft derzeit nicht kümmern brauche – läuft! Dennoch ist die Zahnärzteschaft bei einigen der in der Koalitionsvereinbarung genannten Themen mittel-

bar betroffen, was insbesondere für das große Thema Bürokratieabbau gilt.

Das Gesundheitswesen findet sich im Kapitel 4 unter der Überschrift „Starker Zusammenhalt, standfeste Demokratie“ neben den Bereichen Familie, Frauen, Jugend, Senioren und Demokratie, sowie Sport, Ehrenamt und Kultur und Medien wieder. Die auf 14 Seiten dargelegten Vorstellungen der Koalitionäre zu Gesundheit und Pflege werden nachfolgend in einer gekürzten Übersicht dargestellt. Auch im gesundheitspolitischen Kapitel finden sich zwei Themen, bei denen die Koalitionäre zu keiner „vertraglichen“ Einigung finden konnten und zur klassischen politischen Problemlösung eine Expertenkommission einsetzen. Dies betrifft die Finanzsituation der GKV- und Pflegekassen, bei der konkrete Maßnahmen bis Frühjahr 2027 vorliegen sollen sowie die Pflegereform. Hier soll die Kommission Ergebnisse bis Ende 2025 vorlegen.

Die Regelungen des Koalitionsvertrages im Kapitel 4.2 „Gesundheit und Pflege“ stellen wir Ihnen in der nächsten Ausgabe vor.

Der Beitrag wird in der nächsten Ausgabe fortgesetzt!

Der Autor im Porträt



Dr. med. Uwe Axel Richter

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

Kontakt zum Autor unter uweaxel.richter@gmx.net.

Bundesgesundheitsministerin will Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems stärken

Gewaltige Herausforderungen

Das Gesundheitssystem muss nach übereinstimmender Auffassung von Regierung und Opposition weiter umfassend reformiert werden, um die Versorgung in hoher Qualität und zu vertretbaren Kosten langfristig zu sichern.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warzen (CDU) skizzierte Mitte Mai im Bundestag ihre Pläne für die nächsten Jahre und signalisierte mit Blick auf die prekäre Finanzlage der Kranken- und Pflegeversicherung ihre Bereitschaft, zügig zu handeln. Auch die Opposition sieht dringenden Handlungsbedarf in vielen Bereichen der Gesundheitspolitik.

Modernes, leistungsfähiges Gesundheitssystem

Warzen sagte in ihrer ersten Bundestagsrede als Bundesgesundheitsministerin, die neue Koalition von Union und SPD wolle das Vertrauen der Menschen in die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems stärken. Es gelte, Missstände zu verhindern, etwa lange Wege zum Krankenhaus oder zu Apotheken. Im Kern gehe es darum, eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung zu sichern. Sie räumte ein, dass die Herausforderungen in Gesundheit und Pflege gewaltig sind und benannte ineffiziente Strukturen oder die fehlende Nachhaltigkeit in der Finanzierung sowie ein Übermaß an Bürokratie.

Warzen versicherte: „Wir wollen alles tun, um das Gesundheitssystem besser zu machen.“ Die Versicherten hätten Anspruch auf ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem. Sie wolle sich bei den Reformen auch an den Beschäftigten

orientieren, damit die Arbeit effektiver gestaltet und Patienten besser versorgt werden könnten. Zudem solle die Eigenverantwortlichkeit der Beschäftigten gestärkt werden. Gerade den Pflegekräften müsse die Möglichkeit gegeben werden, ihre Stärken einzubringen. „Wir können es uns nicht leisten, viele Kompetenzen in der Pflege ungenutzt zu lassen.“

Vorschläge für Pflegereform in Arbeit

Die von ihrem Amtsvorgänger Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) umgesetzte Krankenhausreform soll ebenso weiterentwickelt werden wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Auch die Reform der Notfallversorgung soll rasch angegangen werden. Ein weiteres Ziel sei die bessere Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung. Eine Kommission solle überdies Vorschläge unterbreiten, um die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) langfristig zu stabilisieren. Warzen fügte offenbar in Anspielung auf den akuten Finanzengpass im Gesundheitsfonds hinzu, es gehe aber nicht ohne kurzfristige Maßnahmen.

Das gelte auch für die Pflegeversicherung. „Die angespannte Finanzsituation erfordert ein mehrgleisiges Herangehen.“ Kurzfristig wolle sie Vorschläge vorlegen, um der Pflegeversicherung über den Jahreswechsel hinaus Spielraum zu verschaffen.

Mittel- und langfristig würden andere Lösungen gebraucht. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe solle noch in diesem Jahr Vorschläge für eine große Pflegereform erarbeiten. Ein Ziel sei, für die zuletzt rasant gestiegenen Eigenanteile der Pflegebedürftigen eine Lösung zu finden.

Quelle: Bundestag.de vom 15.5.2025



Mitgliederversammlung setzt auf Bewährtes und auf Verjüngung im Vorstand

Mit neuen Gesichtern in die Zukunft

Die Mitgliederversammlung des BDIZ EDI wählte und verjüngte in Augsburg den Vorstand für die kommenden vier Jahre. Zuvor hatte sie dem Vorstand bescheinigt, den Verband sehr erfolgreich durch die vergangenen Jahre gebracht und für die Zukunft gut aufgestellt zu haben.

Die Mitgliederversammlung setzt auch weiterhin auf die bewährte Crew: Christian Berger (Kempten) und Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (Köln) wurden als Präsident und Vizepräsident wiedergewählt. Prof. Dr. Jörg Neugebauer (Landsberg am Lech), bisheriger Generalsekretär, ist aufgrund der Zunahme seiner internationalen Tätigkeit auf eigenen Wunsch ausgeschieden. Neuer Generalsekretär ist der bisherige Schriftführer Dr. Stefan Liepe (Hannover). Schatzmeister bleibt Dr. Wolfgang Neumann (Philippsthal) und aufgerückt in den Kernvorstand als neuer Schriftführer ist Dr. Dr. Markus Tröltzsch (Ansbach).

Dr. Renate Tischer ist auf eigenen Wunsch nach 24 Jahren aus dem Vorstand ausgeschieden und wurde mit Standing Ovationen verabschiedet. An ihre Stelle tritt mit ihrer Tochter Kristin-Theres Tischer eine junge Praxisinhaberin aus Bad Salzungen. Mit Dr. Stefanie Tiede (Rostock) hat die Mitgliederversammlung ein standespolitisches Schwergewicht gewählt. Sie ist Präsidentin der Landes Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und engagiert sich für die Bundeszahnärztekammer auf internationaler Ebene. Last, but not least wird Prof. Dr. Dr. Johann Müller (München) im Vorstand künftig seine langjährige Erfahrung als Vorsitzender des auf hochklassige Fortbildung ausgerichteten Zahnärztlichen Arbeitskreises Kempten und als



Der Vorstand des BDIZ EDI 2025–2029 mit (von links): Prof. Dr. Dr. Johann Müller (München), Kristin-Theres Tischer (Bad Salzungen), Dr. Wolfgang Neumann (Philippsthal), Christian Berger (Kempten), Stefanie Tiede (Rostock), Dr. Dr. Markus Tröltzsch (Ansbach), Dr. Renate Tischer (Bad Salzungen), Dr. Stefan Liepe (Hannover), Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (Köln).

Präsident der European Dental Association (EDA) einbringen. Dr. Freimut Vizethum, Dr. Detlef Hildebrand und Dr. Nathalie Khasin stellten sich nicht wieder zur Wahl und erhielten viel Beifall für ihr Engagement.

Vollste Zufriedenheit herrschte in der Versammlung insbesondere für die Unterstützung der Praxen in den Kernbereichen des BDIZ EDI: Abrechnung und Recht, Fortbildung und standespolitische Arbeit. Der BDIZ EDI unterstützte seine Mitglieder auch während der Coronapandemie mit Onlineseminaren – in Abrechnungsberatung, mit zahnärztlichen Fortbildungen und beim betriebswirtschaftlichen Praxismanagement. Der Newsletter des BDIZ EDI informiert die Mitglieder schnell und unkonventionell über Neuerungen.

Mehr als 100 Onlineseminare in zahnärztlicher Fortbildung und Unterstützung bei der Abrechnung wurden kostenfrei für

die Mitglieder durchgeführt und dabei ca. 12.000 Teilnehmende direkt erreicht. Auch bei den Curricula hat der BDIZ EDI expandiert. Inzwischen laufen jährlich zwei Kurse mit der Uni Köln und seit 2024 bietet der BDIZ EDI auch das Curriculum Süd an. Der Klassiker, das Curriculum Köln, geht im Herbst unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller in die 27. Runde. Das Curriculum Süd, von Dr. Dr. Markus Tröltzsch betreut, startet im September in die zweite Runde.

Als Ziel für die kommenden vier Jahre formulierte Christian Berger, der das Ehrenamt als Präsident im BDIZ EDI seit 2005 bekleidet, eine noch stärkere Fokussierung auf die Bedürfnisse der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte mit entsprechenden Fortbildungsangeboten des BDIZ EDI.

AWU

Vorstand legt Rechenschaftsbericht ab

Drei Wege des BDIZ EDI

Der BDIZ EDI hat in den vier vergangenen Jahren aufgezeigt, wie wichtig es ist, die Mitgliedspraxen in schwierigen Zeiten zu unterstützen. Seine drei Wege: Unterstützung durch Handlungsempfehlungen – sowohl im Bereich der implantologischen Behandlung als auch in Sachen Recht und Abrechnung, betriebswirtschaftlich und politisch.

In seinem Rückblick vor der Mitgliederversammlung in München beschäftigte sich BDIZ EDI-Präsident Christian Berger mit der Vorstandsarbeit seit 2021 und zeigte anhand der politischen Arbeit – vorrangig die GOZ-Klage gegen das Bundesgesundheitsministerium – auf, wie der BDIZ EDI die Mitgliedspraxen unterstützt hat. Im Bereich des Rechts durch die Rechtsberatung von Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, im Bereich der Abrechnung durch die Webinare und die Abrechnungshotline mit Kerstin Salhoff, im Bereich der Fortbildung mit den Symposien des BDIZ EDI und den Curricula in Köln und München/Ansbach und durch die diversen Publikationen, an-

gefangen bei der BDIZ EDI-Tabelle, der Analog-Tabelle, der Amalgam-Broschüre, Patientenbroschüren, Praxisleitfäden und vieles mehr. Die Rede des Präsidenten gibt es an anderer Stelle in dieser Ausgabe.

Fortbildung

Seit Jahren ist Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller für die wissenschaftliche Ausrichtung des Verbandes verantwortlich: Dazu gehört die Suche nach geeigneten Themen und Referenten für Experten Symposium, Europäische Konsensuskonferenz und das Jahressymposium. Der BDIZ EDI-Vizepräsident ist nicht nur Initiator, son-

dern auch verantwortlicher Leiter der Curricula Implantologie. Bis Juli läuft das Curriculum 26 mit zwei Kursen und im November startet das nächste Kölner Curriculum mit wiederum zwei Kursen. Die Teilnehmer seien hochzufrieden mit den praxisnahen modular aufgebauten Curricula des BDIZ EDI.

Seit zwei Jahren gibt es nun auch das Curriculum Süd. Über beide Curricula gewinnt der BDIZ EDI neue Mitglieder. „Inzwischen gibt es viele junge Damen, die an den Curricula teilnehmen, während die ersten Jahre von männlichen Teilnehmern beherrscht war“, so Zöller.

Wichtiges neues Thema für den BDIZ EDI sei die künstliche Intelligenz, die auch in den Experten Symposien und in den Praxisleitfäden abgebildet werde. Zöller wies auf den Wikipedia-Auftritt des BDIZ EDI hin. Hier werde der Wahrheitsgehalt der Aussagen durch Schwarmwissen der Autoren überprüft. Zöller kündigte zudem weitere Praxisleitfäden des BDIZ EDI an, die aber als Handlungsempfehlung zu verstehen seien und nichts mit der Flut der Leitlinien zu tun hätten.

Der Vizepräsident kündigte an, dass sich das nächste und damit 21. Experten Symposium im Februar 2026 mit dem Thema „Drucken, fräsen, schmelzen: Quo vadis, Implantologie?“ beschäftigen wird.

Schriftführer und Geschäftsführer Dr. Stefan Liepe bedankte sich bei Helga Karanikas, Mirjam Karanikas und Nicole Schildberg für die Arbeit in der Geschäftsstelle und bei den Veranstaltungen. Viele Aufgaben seien bereits digitalisiert worden – beispielsweise bei den Bestellungen im Onlineshop, einiges stehe, wie in der Mitgliederverwaltung, noch an.

Gutachterausschuss

Für den Gutachterausschuss erinnerte Dr. Stefan Liepe an die erfolgreiche Gut-



Der Vorstand gab Rechenschaft über vier Jahre Vorstandsarbeit ab.

achterkonferenz, die soeben in Augsburg stattgefunden habe. Er bedankte sich bei den Referenten und dem Organisationsteam mit Helga und Mirjam Karanikas sowie Nicole Schildberg. Die 36. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie sei bereits in Arbeit.

Finanzen

Schatzmeister Dr. Wolfgang Neumann stellte den Haushalt vor. Zwar zeigen die Einnahmen des BDIZ EDI durch Mitgliedsbeiträge einen leichten Abwärtstrend.

Dennoch habe es der BDIZ EDI in den vergangenen Jahren durch intensives Sparen in allen Bereichen geschafft, eine Rücklage zu bilden. Nach Vorstellung des Haushaltsplans für 2026 und dem Verlesen des Berichts der Rechnungsprüfer Dr. Dieter Senger und Dr. Maximilian Grimm, die eine solide Haushaltsführung bescheinigten, erteilte die Mitgliederversammlung dem Vorstand einstimmig Entlastung und genehmigte den Haushaltsplan 2026.

AWU

ANZEIGE

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



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

Bericht von Präsident Christian Berger anlässlich der Mitgliederversammlung 2025 in Augsburg



Vier Jahre Vorstandsarbeit

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

liebe Freunde im Vorstand, lieber Thomas,

ich freue mich, dass Sie heute zur diesjährigen Mitgliederversammlung hier in Augsburg gekommen sind.

Ich freue mich auch deshalb, weil Sie heute mit Ihrem Votum die Weichen stellen werden für die Vorstandsarbeit der nächsten vier Jahre Ihres Verbandes. Im vergangenen Jahr haben wir während der Gutachterkonferenz in Dresden 35 Jahre BDIZ EDI gefeiert und dazu unsere Gründungsmitglieder eingeladen. An dieser Stelle möchte ich Sie besonders von Werner Hotz grüßen, der heute aus familiären Gründen nicht dabei sein kann.

Am Ende einer Amtsperiode will ich mich zuerst beim Vorstand bedanken für viel Herzblut und Engagement aller Vorstandsmitglieder, bei Joachim Zöller, Wolfgang Neumann, Stefan Liepe und Jörg Neugebauer, bei Renate Tischer, Markus Tröltzsch, Detlef Hildebrand, Nathalie Kashin und Freimut Vizethum.

Sowie bei unserem Freund und Justiziar Thomas Ratajczak und bei Anita Wuttke, Helga und Mirjam Karanikas und Nicole Schildberg.

Vielen Dank für Eure/Ihre Mitarbeit!

Bundespolitik

Bevor ich auf die Tagesordnungspunkte von hier und heute eingehe, seien mir ein paar Bemerkungen zur Bundestagswahl und damit zur Bundespolitik gestattet.

Der Ausgang dieser Wahl kam letztlich nicht überraschend, nachdem sich die Ampelkoalition selbst aufgelöst hatte. Über die Arbeit von Karl Lauterbach erübrigt sich aus Sicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte jedes Wort. Er hat sich hoffnungslos in selbst geknüpften Reformnetzen verfangen und für die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte wenig übriggehabt. Ich denke mal, dass wir alle aufgeatmet haben als klar war, dass das Bundesgesundheitsministerium an die CDU geht. Auch wenn Nina Warken mit den Aufgaben im Bundesgesundheitsministerium Neuland betritt, so lassen getroffene Aussagen aufhorchen und hoffen. Sie geht pragmatisch an die Arbeit. So hat sie kürzlich deutlich gemacht, dass die Behandlungskosten für Bürgergeldempfänger vollständig vom Bundeshaushalt übernommen werden müssten.

Wir vom BDIZ EDI sind in Kontakt getreten mit Frau Warken und ihrem Ministerium, um ihr frühzeitig zu erklären, warum der BDIZ EDI die Klage gegen das Bundesgesundheitsministerium vor dem Verwaltungsgericht Berlin initiiert hat. Auf die Klage gehe ich später näher ein. Aber machen wir uns nicht vor, wir brauchen eine Punktwerthöhung und keine immer neuen Gesundheitsminister.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich gebe heute meinen Rechenschaftsbericht nicht nur über das Jahr 2024/2025 ab. Vielmehr möchte ich die vergangenen vier arbeitsreichen Jahre dieser Amtsperiode Revue passieren lassen.

Über das Experten Symposium 2025 und die Europäische Konsensuskonferenz sowie die Curricula wird später Joachim Zöller berichten – zur Gutachterkonferenz 2025 liefert Stefan Liepe seinen Bericht.

Gehen wir die Jahre chronologisch durch: 2021

Im Jahr 2021 haben wir uns mit dem Kollegen Markus Tröltzsch einen jungen MKG-Chirurgen ins Vorstandsboot geholt, der sich seither konstruktiv in den Verband einbringt und neue Projekte angestoßen und umgesetzt hat und noch weitere umsetzen will.

Zur Mitgliederversammlung 2021 – also dem Jahr, in dem die Coronapandemie von der WHO offiziell für beendet erklärt worden ist – konnten wir Ihnen verkünden, dass wir in der Pandemiezeit über 40 Online-seminare in den Bereichen zahnärztliche Fortbildung, Unterstützung in der Abrechnung und Rechtsfragen angeboten und durchgeführt und insgesamt über 12.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer direkt erreicht haben.

Diese Webinare haben wir nach Bedarf kontinuierlich fortgeführt. So gibt es seither immer Anfang des Jahres Webinare mit Kerstin Salhoff, die auflistet, welche Änderungen sich für Zahnärzte in der Abrechnung ergeben.

Stichwort Kerstin Salhoff: Sie teilt seit Januar 2021 ihr Wissen und ihre Erfahrung in der privat Zahnärztlichen Abrechnung mit den Mitgliedern des BDIZ EDI und betreut seither immer dienstags die Abrechnungshotline des BDIZ EDI. Zwischen 8 und 12 Uhr gibt sie Auskunft über Abrechnungsfragen. Aber nicht nur das: Sie gibt wertvolle Hinweise auf gesetzliche Neuerungen und schreibt im Abrechnungstipp im *BDIZ EDI konkret* regelmäßig über aktuelle Fragestellungen.

Das Jahr 2022

Wir sind natürlich auch immer politisch unterwegs. Karl Lauterbach hat uns für 2023 und 2024 die Budgetierung vertragszahnärztlicher Leistungen beschert. Das erst im Jahr 2021 in die gesetzliche Krankenversicherung mit neuen Leistungen eingeführte Präventionskonzept zur systematischen Parodontalbehandlung wurde massiv gefährdet. Aus diesem Grund haben wir mit einer Pressemeldung die Patienten aufgefordert, ihre notwendige Parodontitisbehandlung noch 2022 zu beginnen.

Aber damit nicht genug. Wie Sie wissen, geben wir jedes Jahr eine neue BDIZ EDI-Tabelle heraus.

Im Jahr 2022 haben wir erstmals dezidierte Analogpositionen in den Leistungsbereich Parodontologie aufgenommen.

Unser Lösungsansatz ging von Anfang an deutlich weiter als der der Bundeszahnärztekammer: die Analogisierung der gesamten PAR-Behandlungstrecke mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für vergleichbare Leistungen ein vergleichbares Honorar bezahlen. Außerdem kann so der Steigerungsfaktor jedes Jahr angepasst werden, ohne andere Leistungen als Grundlage heranzuziehen.

Frau Salhoff und ich geben regelmäßig die aktuellen Infos auch über die Webinare weiter, ob zum Umgang mit der PAR-Richtlinie oder zu anderen aktuellen Themen.

Das Jahr 2023

Seit 1. Januar 2023 hat der BDIZ EDI seinen amtlichen Sitz in München in der Lipowskystraße 12. Schon seit 2018 mit im Boot ist dort Helga Karanikas. Die ehemalige Assistentin des bayerischen Kammerpräsidenten kümmert sich um die Mitgliederverwaltung, die täglich anfallenden Aufgaben in der Geschäftsstelle und Teile der Veranstaltungsorganisation sowie die Buchhaltung. In der Zwischenzeit sind hinzugekommen Nicole Schildberg, die in erster Linie die Veranstaltungsbuchungen und Korrespondenz mit Referenten, Hotel usw. übernommen hat und Mirjam Karanikas, die im Backoffice in der Mitgliederverwaltung hilft und die Bestellungen aus unserem Onlineshop bearbeitet. Schon zu Zeiten von Helmut Engels hatte der BDIZ EDI drei Vollzeitkräfte, jetzt sind es immer noch drei, aber alle in Teilzeit.

Seit Jahren beschäftigen wir uns mit der EU-Medizinprodukteverordnung MDR. 2023 haben wir einmal mehr öffentlich feststellen müssen, dass die EU-Kommission zwar eine Verschiebung des Inkrafttretens um ein Jahr beschlossen hat, aber die massiven Probleme bei der Re-Zertifizierung von Bestandsprodukten bleiben. Der BDIZ EDI kritisiert nach wie vor und bis heute, dass die EU-Kommission an dem Bürokratiemonster MDR eisern festhält. Nach wie vor fehlen Benannte Stellen, das Zertifizierungsverfahren ist kompliziert und teuer. Insbesondere mittelständische und kleine Unternehmen mit Produktion in kleiner Stückzahl sind betroffen. In einer vom BDIZ EDI 2019 anonymisiert durchgeführten Befragung der Dentalindustrie kündigten über 45 Prozent der teilnehmenden Hersteller an, Produkte wegen der MDR vom Markt zu nehmen. Gerade für die Implantologie ist das fatal. Diese Befürchtung ist aber eingetreten und die Situation hat sich bis heute verschärft.

2023 gab es zusätzlich zur BDIZ EDI-Tabelle den Hinweis, dass der Verband seine Mitglieder gebührenrechtlich und gutachterlich unterstützt, sollten sie beim Verwenden der vorgeschlagenen Analogpositionen mit Erstattungsproblemen konfrontiert sein.

Außerdem „beliefernten“ wir unsere Mitglieder kostenfrei mit einem Praxisplakat und Infoblatt, um die Zahnarztpraxen und ihre Patienten über die Folgen der Budgetierung zu informieren und sie zu unterstützen: Unser Slogan: Erstklassige Behandlung: machen wir! Schnelle Termine können wir leider nicht immer anbieten.

Rechtzeitig zur IDS 2023 haben wir angekündigt, den Bundesgesundheitsminister aufzufordern, endlich nach 65 Jahren den GOZ-Punktwert anzuheben. Mit einem Schreiben aus der Kanzlei Ratajczak forderten wir Lauterbach zur Stellungnahme mit Fristsetzung auf. Sollte er nicht reagieren, so die Forderung, beschreiten sechs Zahnärzte (Zöller, Liepe, Neumann, Frank, Beckmann und Berger) den Klageweg vor dem Verwaltungsgericht Berlin.

Und was soll ich Ihnen sagen? Natürlich hat Lauterbach nicht reagiert. Auf Initiative des BDIZ EDI hat unser Justiziar entsprechend die Klage eingereicht. Wir verklagen das Bundesgesundheitsministerium wegen Untätigkeit, wegen Nichtanpassung des Punktwerts und wegen Ungleichbehandlung bei den Honorarordnungen, denn bei den Tierärzten und Anwälten sind in dieser Zeit mehrfach die Punktwerte nach oben angepasst worden.



Im Herbst 2023 starteten wir die Online-Fortbildungsreihe mit Prof. Dr. Johannes Einwag „Implantologie step by step“ – von den Basics bis zur Masterclass. Mit zwei kostenfreien Pilot-Webinaren starteten wir in diese Serie mit implantologischen Themen, an deren Ende ein Abrechnungswebinar mit Kerstin Salhoff und mir zu den präsentierten Themen stand. Eine erfolgreiche Serie, die thematisch aufeinander aufgebaut war.

Das Jahr 2024

2024 haben wir erstmals zur BDIZ EDI-Tabelle auch eine Analog-Tabelle erstellt, die wie eine Bombe in der Fachwelt einschlug. Das hat bisher in dieser Form keine andere Organisation gewagt. Das zeigt sich an den Bestellungen. Die 2024er Tabelle wird bis heute weiter geordert, obwohl wir schon eine neue Auflage für 2025 angekündigt hatten.



Seit Mai des Jahres 2024 gibt es die neue Patientenbroschüre „Implantate – auch etwas für mich?“ in neuem Design und wahlweise mit unterschiedlichem Cover: seriöser älterer Herr oder junge Dame. Favoriten gibt es für die Zahnarztpraxen nicht – beide halten sich in der Beliebtheit die Waage. Was allerdings wichtig ist bei unseren Patientenbroschüren: Sie sind in einfacher Sprache gehalten – ohne Fachtermini.

Im Juli 2024 haben wir neben dem renommierten Kölner Curriculum nun auch ein Curriculum Süd aufgelegt. Organisator ist Markus Tröltzsch, der auf der Basis des Kölner Originals ein vergleichbares Pendant mit vielen Onlineanteilen kreiert hat. Das Curriculum Süd findet neben Onlinekursen in Präsenzkursen in München und in Ansbach statt.

Das Jahr 2025

Gleich im Januar haben wir auf das seit 1. Januar 2025 geltende Amalgamverbot reagiert – mit einer Broschüre, die einen Überblick über die aktuellen Füllungsmaterialien gibt. Warum der BDIZ EDI? Weil wir damit über Leistungen, Mehrkostenvereinbarungen, Materialien aufklären. Alle alternativen Füllungsmaterialien erfordern eine aufwendigere Verarbeitung – und kosten damit meist mehr Zeit. Mehr Zeit kostet mehr Geld – so lautet die Botschaft des BDIZ EDI. Natürlich haben wir die Inhalte auch in einem Webinar vorgestellt.

Zur drohenden GOÄneu hat unser Justiziar den vorliegenden Entwurf analysiert und im BDIZ EDI konkret vorgestellt, mit dem Fazit: Die GOÄneu ist eine große Enttäuschung ohne Inflationsausgleich. In der Zwischenzeit hat er diese Aussage verfeinert. Die aktualisierte Analyse können sich Mitglieder von unserer Internetseite laden.

Mit der Vorstellung der BDIZ EDI-Tabelle 2025 haben wir unsere Kritik an der GOÄneu verbunden. Ein Inflationsausgleich fehlt wie gesagt weiterhin. Dazu gibt es ein Factsheet, das wir Ihnen in einem Newsletter zur Verfügung gestellt haben. Auch das Factsheet kann von der Internetseite geladen werden.

Auf der IDS 2025 stellten wir die Analyse zur GOÄneu erstmals vor. Der Besuch an unserem Stand war nicht nur wegen des Glücksradfahrens beliebt.

Wir hatten den FDI-Präsidenten, nationale und internationale Kammerpräsidenten zu Gast. Im neuen *BDIZ EDI konkret* zeigen wir das Who's who unserer Besucher auf.





An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei meinen Vorstandskollegen Wolfgang Neumann und Stefan Liepe für ihren Einsatz während der IDS bedanken – und natürlich ebenfalls bei Anita Wuttke, Frau Karanikas und Herrn Milan Fries.

Experten Symposien und EuCC

Kommen wir zu einem wichtigen Bereich in unserer Fortbildung: Wir erstellen nicht erst seit 2021 Praxisleitfäden, die sich deutlich von Leitlinien unterscheiden und eine Handlungsempfehlung darstellen. Die Praxisleitfäden werden im Vorgriff auf das jeweilige Experten Symposium von unserer Europäischen Konsensuskonferenz erstellt und beruhen auf den Arbeitspapieren von Jörg Neugebauer oder Achim Nickenig, die diese jeweils erarbeiten.

2021: haben wir in Köln das Thema Keramik in der Implantologie behandelt und den bisherigen Praxisleitfaden aktualisiert.

2022 zum 17. Experten Symposium ging es um den Kölner ABC-Risiko Score für die Implantatbehandlung mit seinem eingängigen Ampelsystem.

2023 standen kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate erneut auf dem Prüfstand. Die Aktualisierung erfolgte bereits zum 2. Mal.

2024 ging es um den digitalen Workflow, der auch die künstliche Intelligenz erstmals einbezogen hat. Auch das war ein Update.

2025 feierten wir im März unsere Jubiläumsveranstaltung in Köln: 20 Jahre Experten Symposium zum Thema Umgang mit Komplikationen. Joachim Zöller wird wie gesagt berichten.

Alle Praxisleitfäden erscheinen sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache und werden den Mitgliedern jedes Jahr zugesandt – im In- und im Ausland.

Mein herzlicher Dank geht an dieser Stelle an Joachim Zöller, der für die gesamte Fortbildung verantwortlich ist und das Experten Symposium in Köln kreiert hat, das ein fester Bestandteil des BDIZ EDI-Jahres ist.

Gutachterkonferenzen

Die viele Jahre von Hans-Hermann Liepe konzipierten und geleiteten Gutachterkonferenzen des BDIZ EDI finden jedes Jahr in Zusammenarbeit mit wechselnden Zahnärztekammern und im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt. Seit Langem unter der Verantwortung von Stefan Liepe.

2021 in Heidelberg

2022 in Frankfurt am Main

2023 in Kiel

2024 war es in Dresden. Stefan Liepe wird Näheres berichten.



Konsensuskonferenzen und Leitlinienkonferenzen

Der BDIZ EDI beteiligt sich nicht nur an der Konsensuskonferenz Implantologie, sondern sitzt auch mit in den Leitlinienkonferenzen von DGZMK und von DG PARO und DGI, um mit seiner fachlichen Kompetenz in der breit aufgestellten Implantologie mitzuarbeiten. Für uns ist es wichtig, dabei zu sein, um ggf. einer falsch laufenden Entwicklung entgegensteuern zu können.

Kommunikation

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

Europa-Arbeit

2021 fiel der geplante Kongress in Skopje in Kooperation mit EDI Macedonia aufgrund der Auswirkungen von Corona aus und wurde als Onlinekongress nachgeholt.

2022 fand das 15. Europa-Symposium in Karlsbad im Rahmen des Vier-Länder-Zahnärztetags Tschechien, Österreich, Sachsen und Bayern statt. In der Zwischenzeit ist der BDIZ EDI ein fester Teil des Vier-Länder-Kammertreffens das die Tschechische Zahnärztekammer jedes Jahr im Mai veranstaltet. Als Kammerpräsident war ich 2022 für Bayern dort und jetzt für den BDIZ EDI. Es ist wichtig für unsere Arbeit, am Ball zu bleiben, wenn es darum geht, was die Kammern aus Tschechien, Österreich, Bayern und Sachsen politisch und in Bezug auf Bürokratieaufwand in den Praxen und zahnärztliche Honorierung diskutieren.

2023 kooperierten wir mit OEMUS MEDIA und so fand unser Europa-Symposium in der Nähe von Verona statt.

2024, also im vergangenen Jahr, waren wir in Split. Unser Kooperationspartner hier war die Kroatische Zahnärztekammer und soeben sind wir aus Stockholm zurückgekehrt vom 18. Europa-Symposium und ich darf Ihnen berichten, dass wir einen hochwertigen Fortbildungstag erleben durften mit erstklassigen Referenten. Nächstes Jahr werden wir geplant in Tirana, Albanien, sein. Einer unserer Neuzugänge im Europa-Ausschuss, Dr. Erion Cerekja, der bereits in Split und dieses Jahr auch in Stockholm jeweils einen Vortrag gehalten hat, hat uns eingeladen.

Unser Europa-Ausschuss mit Repräsentanten unserer assoziierten Partnerverbände tagt regelmäßig während des Experten Symposiums in Köln. Referenten aus unserem Vorstand werden zudem ebenso regelmäßig von unseren assoziierten Partnerverbänden eingeladen, um Vorträge zu halten.

Publikationen, Newsletter, Internet und soziale Medien

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

Ein Tipp: Nutzen Sie auf jeden Fall den Zugang zum Mitgliederbereich. Nur über diesen Weg können Sie die Webinare nochmals ansehen, wichtige Formulare oder Analysen – wie jetzt die von Professor Ratajczak zur GOÄneu – herunterladen.



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

Ausblick

Im September startet das 2. Curriculum Süd und im November das 27. Curriculum in Köln. Ersteres hat sich sehr gut entwickelt. Und das Kölner Curriculum ist ein Klassiker, der sehr schnell ausgebucht ist. Über diese Curricula haben wir in den vergangenen 25 Jahren viele neue Mitglieder gewonnen.

Im Februar 2026 findet das 21. Experten Symposium statt, zu dem ich Sie bereits heute einladen möchte. Joachim, du wirst auch dazu berichten.

Wir planen, für nächstes Jahr ein Gutachter-Curriculum aufzulegen. Markus Tröltzsch bereitet dies inhaltlich und terminlich gerade vor. Wir werden natürlich weitere Unterstützung liefern im Bereich der Abrechnung und des Rechts. Und es wird wieder Webinare geben. Einige Wunschthemen sind von Mitgliedern an uns bereits herangetragen worden.

Das gilt ebenso für alle, die in unseren Ausschüssen mitarbeiten, nicht zuletzt auch unsere Kassenprüfer Maximilian Grimm und Dieter Senger.

Vielen Dank dafür an Euch alle.

Mitgliederstand

Wir haben derzeit 2.259 Mitglieder insgesamt, darunter 151 Berufsanfänger und 75 ausländische Mitglieder – das ist trotz des Zugewinns an Mitgliedern durch die Webinare und das zusätzliche Curriculum, ein kleiner Rückgang, der wie immer dem demografischen Faktor geschuldet ist. Es wird sehr deutlich, dass viele Mitglieder der ersten Generation dabei sind, die also mehr als 30, ja 40 Jahre in den Praxen stehen, also auch Mitglieder, die peu a peu ihre Praxen aufgeben. Die meisten bleiben dennoch im Verband, was uns sehr freut. Das ist ein klares und deutliches Statement für den Verband und seine Arbeit. Auf der anderen Seite benötigen wir den Nachwuchs, um auch in Zukunft nach innen und außen stark zu bleiben und um auf neue Gesetze, Regulierungen und Verordnungen reagieren zu können. Ich möchte an Sie appellieren mitzuhelfen, dass wir auch in Zukunft stark bleiben. Sprechen Sie Ihren Nachwuchs in der Praxis an, zeigen Sie ihnen, was wir zu leisten imstande sind. Das haben wir auch in den vergangenen vier Jahren bewiesen.

Zum Schluss meiner Rede bedanke ich mich herzlich bei Ihnen für Ihr Erscheinen heute hier in Augsburg und möchte mich nochmals bei den Mitarbeiterinnen des BDIZ EDI bedanken: Frau Karanikas in München und Frau Salhoff, die die Abrechnungshotline betreut – nicht zu vergessen Nicole Schildberg und Mirjam Karanikas und vor allem bei unserer Pressereferentin und Chefredakteurin der beiden Magazine *konkret* und *EDI Journal*, Anita Wuttke, die uns seit 2007 unterstützt.

Zu den in diesem Jahr anstehenden Wahlen werde ich mich nach den Berichten aus dem Vorstand nochmals zu Wort melden.

Herzlichen Dank für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit.



Christian Berger
Präsident

21. EXPERTEN SYMPOSIUM DES BDIZ EDI

DRUCKEN, FRÄSEN, SCHMELZEN: QUO VADIS, IMPLANTOLOGIE?

SONNTAG, 15. FEBRUAR 2026 IN KÖLN

BDIZ EDI
Fortbildung
& im Anschluss
Karneval*

INKL. WORKSHOPS

Sa. 14. Februar 2026



ONLINE ANMELDEN:

<https://bdizedi.org/produkt/21-experten-symposium-in-koeln/>



**Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.**

European Association of Dental Implantologists

Lipowskystr. 12 · D-81373 München
Telefon 089 / 720 69 888 | Fax 089 / 720 69 889
office@bdizedi.org

www.bdizedi.org



Internationale Dental-Schau in Köln

Impressionen von der IDS 2025 mit dem BDIZ EDI

Der BDIZ EDI war auch auf der 41. Leitmesse der Dentalbranche wieder dabei und hatte neue Publikationen im Gepäck, die interessierte Besucherinnen und Besucher kostenfrei mitnehmen konnten – darunter der neue Praxisleitfaden zum Umgang mit Komplikationen in der oralen Implantologie. Viele VIPs waren zudem am Stand in Halle 11.2: FDI-Präsident Dr. Gregory Chadwick, Prof. Dr. Roman Šmucler, Präsident der Tschechischen Zahn-

ärztekammer, die Delegation der Kroatischen Zahnärztekammer mit Präsident Dr. Hrvoje Pezo, der Präsident der Bundeszahnärztekammer (Deutschland), Prof. Dr. Christoph Benz, und viele Gäste aus Europa und der Welt. Zweimal täglich drehte sich das Glücksrad für Besucher am Stand. Der BDIZ EDI-Vorstand mit Christian Berger, Dr. Stefan Liepe und Dr. Wolfgang Neumann stellte seine Curricula

Europa-Symposium in Stockholm hin und machte auf die Prüfung zum Europäischen Spezialisten für Implantologie (EDA) aufmerksam. Fazit: eine gelungene, erfolgreiche IDS-Woche für Verband, Mitglieder und Besucher.

AWU



(v. l. n. r.) Prof. Dr. Roman Šmucler, Dr. Gregory Chadwick, Christian Berger, Dr. Erion Cerekja (Albanien) und Dr. Fisnik Kasapi (Mazedonien)





Immer im Einsatz: Dr. Wolfgang Neumann



Fachgespräch: Dr. Stefan Liepe, Dr. Eduardo Anitua und Christian Berger



Nepalesische Delegation mit Christian Berger und Anita Wuttke



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

Teil 6: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

In loser Folge veröffentlicht die Redaktion an dieser Stelle Auszüge aus der Feststellungsklage, die der BDIZ EDI begleitet. In diesem sechsten Teil geht es um die Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ.

Die Klage lässt sich nicht ohne Darlegung des Ausmaßes an Nichtbeachtung gesetzlicher Vorgaben durch das Bundesgesundheitsministerium sachgerecht begründen. Dafür ist die rechtshistorische Entwicklung der aktuell geltenden Gebührenordnungen von besonderer Bedeutung.

Von der ersten sich mit ärztlichen Gebührensätzen befassenden Kurfürstlich Brandenburgisch-Preußischen Taxordnung vom 17.3.1623 bis zur am 1.9.1924 in Kraft getretenen Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (Preugo) legten sämtliche Gebührenordnungen Abrechnungsspannen mit Mindest- und Höchstsätzen fest, wobei die Gebührenordnung i. d. R. nur subsidiär für den Fall galt, dass nichts anderes zwischen Patient und Behandler vereinbart wurde (Grundsatz der vollen Abdingbarkeit).

Gebührenordnungen, die für den Behandler vollständig abdingbar sind, haben einen sehr viel geringeren Rechtfertigungsdruck hinsichtlich ihrer Inhalte und Aktualität als Gebührenordnungen, an die sich der Behandler halten muss.

Diese Gebührenordnungen galten jeweils einheitlich für Ärzte und Zahnärzte (teilweise auch noch zusätzlich für Tierärzte, so z. B. die Preußische Medicinaltaxe vom 21.6.1815).

Die Preugo trat durch Bekanntmachung des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt betreffend den Erlass einer Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1.9.1924 (VMB1. 1924, S. 371) in Kraft. Rechtsgrundlage war § 80 Abs. 2 GewO.

Die Preugo 1924 hatte Vorgängerversionen. Im Rahmen der Klagebegründung spielt jedoch nur die Fassung ab dem 1.9.1924 eine Rolle.

Zur Begründung der Mindest- und Höchstsätze führt Dietrich, die Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15.3.1922, Klinische Wochenschrift 1922, 905 [907] aus:

2. Der Spielraum zwischen den Mindest- und Höchstsätzen ist so weit bemessen, daß für eine angemessene Bewertung aller in Betracht kommenden Einzelfälle selbst in der jetztzeit der Neureichen genügend Raum gegeben ist; er beträgt meist das zehnfache, gelegentlich aber auch das zwanzigfache des Mindestsatzes.

Die Preugo enthielt als Gebührenordnung einheitlich die Vergütung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen sowohl bei Kassenpatienten als auch bei Selbstzahlern.

Die Mindestsätze der Preugo galten für die Behandlung, „wenn nachweislich Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten“ sind (§ 2 S. 1 Preugo).

Sie galten im Grundsatz auch für Versicherte von Krankenkassen, die sich als Versicherte durch eine Kassenbescheinigung ausweisen (§ 2 S. 3 Preugo).

Eine Erhöhung der abgerechneten Sätze für die Versicherten der Krankenkassen war aber möglich, wenn „besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Mehr des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen“ (§ 2 S. 2 Preugo).

Rechtsgrundlage für die Behandlung von Kassenpatienten war damals die am 1.1.1914 in Kraft getretene Reichsversicherungsordnung (RVO). Die Preugo gab die Gebührenspannen direkt in Goldmark an, spätere Gebührenordnungen setzten nur noch den Mindestwert und Steigerungsfaktoren fest. Die Gebührenspannen beliefen sich bis maximal Faktor 20. Die Beträge sind gem. § 4 Satz 1 Preugo in Goldmark angegeben. Für die Bezahlung in Papiermark enthielt § 4 S. 2 Preugo Umrechnungsvorgaben. Für den Vergleich der Gebührenordnungsstrukturen ist festzuhalten, dass 1,0-fach Preugo = RVO galt. Dieser Grundsatz, dass die Behandlungshonorare für Kassenpatienten dem 1,0-fachen Satz der privat(zahn)ärztlichen Gebührenordnungen entsprechen, wurde bis 1994 durchgehalten.

Für Zahnärzte sah die Preugo für die Versicherten der Krankenkassen in Abschnitt IV einen eigenen Gebührenkatalog vor (Preugo von 1924, Volkswohlfahrt 1924, 385 f.). Eine spezielle ärztliche Gebührenordnung für Kassenpatienten gab es in der Preugo nicht. Für die Bestimmung der Gebührenhöhe im Normalfall bestimmte § 3 Preugo, dass

„die Höhe der Gebühren innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage der zahlungspflichtigen, den örtlichen Verhältnissen usw., zu bemessen“ sei.

Die Preugo erhielt durch die Verordnung PR Nr. 74/52 vom 11.12.1952 (BAnz. 1952, Nr. 243, S. 1) bundesrechtliche Geltung.

Die Mindestsätze der Preugo wurden 1953 und 1957 in zwei Schritten um insgesamt rund 77 Prozent erhöht, wodurch der wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung getragen werden sollte.

Die Preugo galt in der Bundesrepublik Deutschland offiziell bis zum 31.3.1965, in der Deutschen Demokratischen Republik bis zur Wiedervereinigung am 3.10.1990. Tatsächlich nutzten aber die Primärkassen die Preugo als Abrechnungsgrundlage bis zur Vereinbarung des Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (BMÄ) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Bundesverbänden der Primärkassen im Jahre 1971 (s. Hess/Thüsing/Ulrich/Wille/Wollenschläger, Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem?, 2018, S. 4).



Die Preugo hatte bis zum 31.3.1965 zuletzt als Rechtsgrundlagen die §§ 11 BÄO, 15 ZHG.

Adgo (ab 1928)

Die Preugo wurde vom Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) von Anfang an scharf kritisiert. Sie trage „weder in wissenschaftlicher Beziehung noch in materieller Hinsicht den Bedürfnissen der Ärzte hinreichend Rechnung“. Als

Alternative legte der Hartmannbund mit der Adgo zum 1.1.1928 eine privatrechtliche Gebührenordnung auf, auf die sich Ärzte und Patienten vertraglich einigen konnten. Eine dem heutigen § 2 Abs. 1 S. 1 GOÄ/GOZ entsprechende Norm, die das komplette Loslösen von den Strukturen der staatlichen Gebührenordnungen verbietet, kannte die Preugo nicht. Die Adgo fand in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Inkrafttreten der GOÄ 1982 am 1.1.1983 Anwendung. Sie wies bereits 670 Gebührenpositionen auf (s. Nienhaus, Neue GOÄ – Ende der Privat-Adgo, Deutsches Ärzteblatt 1982, Heft Nr. 48 vom 3.12.1982, S. 51f.).



dem 1.1.1975 um Leistungsziffern für Zahnersatz erweitert, nachdem das BSG mit Urteil vom 24.1.1974 – 6 RKa 6/72 – diesen der kassenzahnärztlichen Versorgung zugeordnet hatte.

Der BEMA-Z enthielt schon 1962 Einzelleistungvergütungen. Dieses Grundprinzip besteht bis heute (2023) fort. Der BEMA-Z wurde – jedenfalls in Teilen – Vorbild für die GOZ 1965 (s. ZM 1964, 996).

In der nächsten Ausgabe geht es weiter mit GOÄ 1965/GOZ 1965.

RAT

E-Adgo (ab 1929)

Die Adgo bildete 1929 die Basis für die E-Adgo, die Gebührenordnung für die Ersatzkassen, als Vereinbarung zwischen der KBV und dem Verband der Ersatzkrankenkassen (heute Verband der Ersatzkassen – vdek). Aus der E-Adgo wurde später die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO). Die E-Adgo wurde Grundlage der am 1.4.1965 in Kraft getretenen GOÄ 1965.

BEMA-Z (ab 1962)

Zum 1.7.1962 trat nach jahrelangen Verhandlungen der für die Behandlung von Versicherten der Primärkassen geltende Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen in Kraft. Dieser löste die auf der Basis des Teils IV der Preugo entwickelte Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (Kazgo) und den Kassenzahnärztlichen Röntgentarif ab.

Der BEMA-Z wurde 1966 um Leistungsziffern für die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, 1972 um die kieferorthopädische Versorgung und schließlich ab



RÜCKSCHAU

Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung

Beliebt: Übernahme der Einzelpraxis

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) wertet seit vier Jahrzehnten in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) das Investitionsgeschehen zahnärztlicher Existenzgründungen aus. Die zentralen Ergebnisse für 2023: Die Übernahme einer Einzelpraxis war mit 63 Prozent am häufigsten, das Investitionsvolumen belief sich auf 463.000 Euro. Dies entspricht einer Zunahme gegenüber 2019 um 31 Prozent. Rund 29 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründenden wählten die Berufsausübungsgemeinschaft, vor allem Jüngere, mit 388.000 Euro Investitionsvolumen je Inhaberin oder Inhaber. Reine Praxisneugründungen waren mit 8 Prozent inzwischen die Ausnahme, hier streut das Investitionsvolumen stark um den Median von 757.000 Euro.



Quelle: klartext 06/2025 der BZÄK

PKV meldet Wachstum

Beliebte Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung boomt laut Quintessence Publishing. „Fast jeder zweite Deutsche ist inzwischen privat krankenversichert. Dieses Wachstum belegt erneut, dass die Menschen auf die Leistungsfähigkeit und Stabilität der PKV vertrauen“, sagte Thomas Brahm, der Vorsitzende des PKV-Verbandes, anlässlich der Jahrestagung in Berlin. Auch die betriebliche Krankenversicherung legt weiter zu. Trotz des anhaltend schwierigen wirtschaftlichen Umfelds bleibe die private Krankenversicherung (PKV) auf solidem Wachstumskurs. So stieg die Zahl der Versicherungen 2024 um 1,36 Millionen auf insgesamt 39,9 Millionen. Das berichtet der PKV-Verband zu seiner Jahrestagung Anfang Juni 2025. Besonders dynamisch entwickelte sich die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen. Hier stieg die Zahl der Versicherten um 1,3 Millionen auf insgesamt 31,2 Millionen – ein Plus von 4,5 Prozent. „Der Trend ist ungebremsst: Immer mehr Versicherte setzen auf die private Vorsorge, um das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzustocken“, sagte Brahm.



Quelle: Quintessence Publishing, PKV-Jahrestagung

GKV mit deutlichem Plus im 1. Quartal

Warken: Zahlen täuschen

Die 94 gesetzlichen Krankenversicherungen haben in den ersten drei Monaten des laufenden Jahres einen Überschuss in Höhe von 1,8 Milliarden Euro erzielt, meldet das Deutsche Ärzteblatt. Zum Quartalsende betrugen die Finanzreserven der Krankenkassen rund 3,6 Milliarden Euro – dies entspricht 0,1 Monatsausgaben und somit nur der Hälfte der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve in Höhe von 0,2 Monatsausgaben.

„Die guten Zahlen täuschen. Der Überschuss der gesetzlichen Krankenkassen im ersten Quartal 2025 dient ausschließlich zum Auffüllen der niedrigen Reserven und ist kein Zeichen für eine sich entspannende Finanzsituation in der GKV. Im Gegenteil: Auch in den ersten drei Monaten des Jahres 2025 sind die Ausgaben wieder deutlich stärker als die Einnahmen gewachsen“, warnte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU).

Quelle: Deutsches Ärzteblatt vom 20.6.2025

Beschluss des Bundeskabinetts

Verbot von Lachgas

Um Kinder und Jugendliche vor den gesundheitlichen Schäden von Lachgas zu schützen, wird der Verkauf nun verboten. Das angepasste Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) schränkt zudem den Handel und Vertrieb von K.O.-Tropfen ein.

Besonders für Kinder und Jugendliche sei der Konsum mit hohen gesundheitlichen Risiken verbunden. Die Folgen können gravierend sein – etwa durch Gefriererfrierungen oder Bewusstlosigkeit bis hin zu bleibenden neurologischen Schäden, erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken bei einem Pressetermin in Berlin.

Quelle: zm-Online vom 3.7.2025

VORSCHAU

Bundesregierung macht zusätzliche Schulden

Schwindelerregende Zahl

Es ist eine schwindelerregende Zahl, schreibt die Welt: Die schwarz-rote Bundesregierung plant bis zum Jahr 2029 mit zusätzlichen Schulden in Höhe von 846,9 Milliarden Euro. Das geht aus der Haushaltsplanung für dieses und die nächsten Jahre hervor, die Finanzminister Lars Klingbeil (SPD) Ende Juni vom Bundeskabinett absegnen lassen will.

Die Zahl zeigt erstmals schwarz auf weiß, welche gewaltigen Verschuldungsspielräume sich durch die im März eiligst beschlossenen Grundgesetzänderungen ergeben. Gemeint sind neben dem neuen Schuldentopf für Infrastruktur und Klimaschutz die Ausnahme von der Schuldenbremse für Verteidigungsausgaben.

Insgesamt will die Regierung bis 2029 bereits rund die Hälfte jener 300 Milliarden Euro ausgeben, über die alleine der Bund für seine Zwecke verfügen kann. Weitere 100 Milliarden Euro an Schulden nimmt der Bund für die Länder auf, noch einmal 100 Milliarden sollen in den kommenden zwölf Jahren in den Klima- und Transformationsfonds (KTF) fließen.

Quelle: die Welt vom 23.6.2025

Digitale Gesundheitsanwendungen

Neuer Zeitplan

Ärzte müssen digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) frühestens ab Anfang 2026 elektronisch verordnen, schreiben die zahnärztlichen Mitteilungen. Das sieht ein neuer Zeitplan vor, auf den sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) geeinigt haben.

Nach Informationen der KBV war die Umstellung der Verordnung der DiGA per Gesetz ursprünglich zum 1. Januar 2025 vorgesehen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte jedoch Ende 2024 mitgeteilt, dass die Einführung verschoben werden muss, da nicht alle technischen Voraussetzungen vorlagen. Nun haben KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag geregelt, wie DiGA in den Praxen elektronisch verordnet werden, und auch einen Zeitplan festgelegt. Demnach müssen die Software-Anbieter die elektronische Verordnung spätestens bis zum Jahresende in ihren Systemen umsetzen und dies der KBV nachweisen. Damit haben sie ausreichend zeitlichen Vorlauf, um die erforderlichen Software-Module auf den Markt zu bringen; denn Praxen dürfen nur von der KBV zertifizierte DiGA-Verordnungsmodule einsetzen.

Quelle: zm online vom 16.6.2025

Arbeiten können bis 31. Oktober eingereicht werden

Hufeland-Preis 2025

Noch bis 31. Oktober sind (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte aufgerufen, sich mit ihrer Arbeit zum Thema Prävention bzw. Versorgungsforschung für den Hufeland-Preis zu bewerben. Er ist mit 20.000 Euro dotiert. Träger des Hufeland-Preises sind neben der Stifterin, der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die BZÄK und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.



Quelle: klartext 06/2025 der BZÄK

Behandlungskosten für Bürgergeldempfänger

Bundeshaushalt zuständig

Als „konsequent und folgerichtig“ bewerten die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Forderung von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die Behandlungskosten von Bürgergeldempfängern vollständig durch den Bundeshaushalt zu übernehmen. Dazu erklären Dres. Andreas Gassen, Stephan Hofmeister und Sibylle Steiner: „Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen ist kritisch, vor allem deswegen, weil aus Beitragsgeldern der Versichertengemeinschaft in den letzten Jahren Leistungen bezahlt wurden, die eigentlich steuerfinanziert gehören.“

Das Beispiel Bürgergeld sticht hervor. Die Behandlungen der Bürgergeldempfänger sind seit Langem vom Staat unterfinanziert. Es fehlen mehr als zehn Milliarden Euro jährlich, die die Krankenkassen und damit die Versichertengemeinschaft über Gebühr und vollkommen sachfremd belasten. Diese Mittel brauchen wir dringend, um die medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland zu sichern. Die Ministerin hat in diesem Punkt unsere volle Unterstützung.“

Quelle: PM der KVB vom 20.6.2025



Rückblick auf die 35. Gutachterkonferenz Implantologie

Aufklärungsfehler, Behandlungsfehler, Misserfolge

Einmal im Jahr lädt der BDIZ EDI die zahnärztlichen Sachverständigen zur Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie ein – 2025 fand die eintägige Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit dem Zahnärztlichen Bezirksverband Schwaben in Augsburg statt.

Seit 35 Jahren treffen sich die zahnärztlichen Sachverständigen einmal im Jahr auf Einladung des BDIZ EDI zur Gutachterkonferenz Implantologie. Seit über 30 Jahren findet sie zudem im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt, in der sich Fachgesellschaften und Berufsverbände zusammengeschlossen haben.

Die jährliche Gutachterkonferenz dient dem Austausch der Gutachter. Im diesjährigen Programm griff der BDIZ EDI u. a. das Thema Behandlungsfehler auf. Vorsitzender des Gutachterausschusses, Dr. Stefan Liepe, begrüßte die Gutachterinnen und Gutachter gemeinsam mit Christian Berger für die gastgebende Zahnärztekammer ZBV Schwaben im Tagungshaus St. Ulrich in Augsburg. Durch das Programm führten Berger und Liepe.

Behandlungsfehler – Aufklärungsfehler

Der Justiziar des BDIZ EDI, RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak, beschäftigte sich mit der „Fehler“-Diskussion der implantologischen Behandlung. Er differenzierte zwischen Behandlungsfehlern und Aufklärungsfehlern. Ersteres sei eine medizinische Wertung und die Kriterien für die Beurteilung kämen primär aus der Medizin. Während der Aufklärungsfehler eine rechtliche Wertung darstelle und die Kriterien für die Beurteilung primär aus dem Recht stamme. Die Frage, wann man aus dem Behandlungsergebnis schließen darf, dass die gewählte Behandlungsmethode ungeeignet war oder sie falsch durchgeführt worden sein muss, könne abstrakt nur erfolgen, wenn ein Delta zwischen Behandlungsergebnis

und sicherer Vorhersagbarkeit des Behandlungsergebnisses bestehe und dieses Delta sicher beschrieben werden könne. Die entscheidenden Fragen aus Sicht des Justiziers: Welche Abweichung vom Standard ist der Methode immanent? Welche Abweichung ist fachlich tolerabel? Welche Abweichung ist (nicht) sicher vermeidbar? Der Bundesgerichtshof „versteckte“ das Problem der Abweichungen vom Standard hinter dem Stichwort „Vertretbarkeit“.

Was tun bei Misserfolgen?

Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel aus München fokussierte die Misserfolge in der Implantologie. Die Indikationen für eine Implantatexplantation sind für ihn eine Initialtherapie und chirurgische Intervention ohne Erfolg; ein periimplantärer Knochen-



RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak

verlust > 50 Prozent zur Implantatoberfläche; ein ungünstiger Knochendefekt und der schnell zunehmende Knochenabbau > 2 mm, ein Jahr nach funktioneller Belastung und klinischer Symptomatik. Anhand von Fällen aus der eigenen Praxisklinik zeigte Schlegel diverse Fälle und seine Lösungsansätze.

Wo stehen wir im 3D-Druck?

Nikita Diedrich aus Hannover zeigte in einem Übersichtsvortrag, was sich im Be-



Prof. Dr. Dr. Andreas K. Schlegel

reich des 3D-Drucks in der Zahnarztpraxis bewährt hat und was nicht, und nannte mit der Stereolithografie (SLA), Fused Deposition Modeling (FDM) (nur für Modelle geeignet) und dem Selective Laser Sintering (SLS) – Modellgussprothesen etc. – die gängigen, funktionierenden Verfahren. Für den Polyjet seien die Materialien noch nicht ausgereift und das Verfahren könne nur für Modelle verwendet werden. Die Vorteile des 3D-Drucks sind aus seiner Sicht Zeitersparnis, Kostenersparnis – die Kosten der Drucker und Scanner

seien seit der IDS konsequent gesunken, weil man habe sehen können, was aus China komme – sowie Planungssicherheit und Patientenerlebnis. Zu den Herausforderungen zählt der Zahnarzt aus Hannover die Materialbegrenzungen und Biokompatibilität, die technologischen Einschränkungen und Druckqualität, Kosten und Investitionsaufwand für die Praxis, Nachbearbeitungsaufwand und die Ausbildung bzw. den Schulungsbedarf.

Gutachter vor Gericht

Der Höhepunkt der Gutachterkonferenz war sicherlich der Diskurs, den Dr. Kerstin Gröner, Vors. Richerin am LG Stuttgart, mit den teilnehmenden Gutachtern startete. Sie zeigte die Komplikationen bei der Erstellung von Gutachten auf und bezog die Gutachterinnen und Gutachter ein. Dabei ging es auch um den Unterschied zwischen rechtlichen und medizinischen Fragestellungen, denn nur letztere sind vom Gutachter zu bearbeiten und zu beantworten. Für die anwesenden Sachverständigen war es nicht immer einfach, die Unterscheidung zu treffen. Die Referentin zeigte in einem sehr interessanten Vortrag auf, wie schnell ein Gutachter wegen Befangenheit abgelehnt werden kann. Die Gefahr sei für den Sachverständigen am größten, wenn ihm das Gericht



Dr. Kerstin Gröner



Dr. Steffen Kistler



Dr. Dr. Markus Tröltzsch



Die Protagonisten der Gutachterkonferenz: Referierende und die Moderatoren Christian Berger und Dr. Stefan Liepe.

keine klaren Vorgaben zum Sachverhalt mache. „Ist etwa strittig, ob eine bestimmte Behandlungsmaßnahme getroffen wurde, ist es die Aufgabe des Gerichts, dem Sachverständigen im Beweisbeschluss vorzugeben, was er zugrunde zu legen hat. Fehlen derartige Vorgaben, darf der Sachverständige keinesfalls davon ausgehen, dass der Inhalt der ärztlichen Dokumentation richtig ist.“ Er solle sich an das Gericht wenden und fragen, wie er vorzugehen habe, so ihr Ratschlag. Falls eine alternative Begutachtung gefordert ist, müsse der Sachverständige klarstellen, dass er zwei mögliche Geschehens-

abläufe beurteile, ohne zu entscheiden, wie sich das Geschehen tatsächlich abgespielt habe.

Implantatprothetik: Korrektur der Misserfolge

Dr. Steffen Kistler aus Landsberg am Lech zeigte anhand von eigenen Fällen aus der Praxis, wie er vorgeht, um Misserfolge zu korrigieren. Für ihn besonders wichtig: „Das lockere Implantat ist für das Praxisteam ein Primär-Notfall und hat absoluten Vorrang.“ Was es aus seiner Sicht zu vermeiden gilt, sei die Zementitis: „Schon

ein 2 mm Zementrand ist zu tief!“ Für Kistler ist die verschraubbare Implantatkronen deshalb das Mittel der Wahl. Zementierung von Implantatprothetik sei nicht mehr die Standardlösung. Der Praxisfokus sollte aus seiner Sicht auf „biologischen“ Komplikationen liegen. Die basale Abutmentgestaltung sei ein essenzieller Faktor zum Gewbeerhalt – hier habe sich der Wissensstand deutlich erweitert. Wichtig sei auch eine intensive Kommunikation mit der Zahntechnik: Techniker und Prothetiker sollten denselben Wissensstand haben. Kistler mahnte dazu, dass manche der bewährten Techniken und Vorgehensweisen auf den Prüfstand gestellt werden müssten. Leider seien Misserfolge bei den momentan radikalen Veränderungen in der Technik vorprogrammiert.

Komplikationen in der Implantologie

Über Ursachen und Wirkung von Komplikationen in der Implantologie referierte Dr. Dr. Markus Tröltzsch aus Ansbach. Er zeigte diverse Fälle aus der Praxisklinik, deren Komplikationen und wie er sie gelöst hat. Leitlinien sind laut Tröltzsch zwar wichtig, nicht immer sei jedoch die Therapiefreiheit insbesondere bei besonderen Fällen in Leitlinien abbildbar. „Schwierige Fälle brauchen manchmal individuelle Lösungen, für die wiederum individuelle Bewertungen nötig sind“, so seine Take-Home Message.

Die nächste Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie findet aller Voraussicht nach 2026 in Rostock statt – in Kooperation mit der Landes Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

AWU

Politisches Frühjahrsfest der Zahnärzte in Berlin

Prävention als Leitbild einer modernen Gesundheitspolitik

KZBV und BZÄK luden auch in diesem Jahr zum traditionellen Frühjahrsfest ein. Mehr als 300 Gäste aus Politik, Gesundheitswesen, Selbstverwaltung, Wissenschaft und Medien kamen nun im dritten Jahr in Folge in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg am Rande des Berliner Tiergartens zusammen, um sich über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen auszutauschen.



Martin Hendges mit Tino Sorge, Parlamentarischer Staatssekretär bei der Bundesministerin für Gesundheit.



Dr. Karl-Georg Pochhammer, Dr. Ute Maier, Katharina Schenk, Gesundheitsministerin des Freistaats Thüringen und amtierende Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Martin Hendges.

Eröffnet wurde die Veranstaltung von Daniel Mouratidis, dem Dienststellenleiter der Landesvertretung, der in seiner Begrüßung die große Bedeutung der Zahnmedizin für das deutsche Gesundheitssystem unterstrich.

In seiner Rede gratulierte der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Martin Hendges, der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken sowie den beiden Parlamentarischen Staatssekretären Tino Sorge und Dr. Georg Kippels zu ihrer Ernennung. Hendges nahm die Amtseinführung von Ministerin Warken zum Anlass, seine Zuversicht auf eine Rückkehr zu einem sachlichen und lösungsorientierten Dialog zwischen Bundesregierung und Selbstverwaltung zum Ausdruck zu bringen: „Wir alle sind uns einig, dass eine zielorientierte und nachhaltige Gesundheitspolitik nur möglich ist, wenn die wirklichen Experten im Gesundheitswesen eingebunden werden – nämlich diejenigen, die tagtäglich mit hohem Engagement die Versorgung vor Ort sicherstellen.“

Besonders hob Hendges die Erfolge der konsequent auf Prävention ausgerichteten Versorgungskonzepte in der Zahnmedizin hervor. Die Ergebnisse der kürzlich veröffentlichten Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) belegten eindrucksvoll, wie nachhaltig die auf Prävention ausgerichteten Versorgungs-

konzepte in der Zahnmedizin wirkten: „Wir haben die Mundgesundheit von Millionen Menschen in unserem Land weiter nach vorne gebracht – hiervon profitiert auch die Allgemeingesundheit in entscheidendem Maße.“ Der Zusammenhang zwischen Parodontalerkrankungen und schweren chronischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes oder Demenz, zeige deutlich, wie wichtig frühzeitige zahnmedizinische Intervention sei – denn: Es gibt keine Gesundheit ohne Mundgesundheit! Gleichzeitig betonte Hendges, dass der Anteil der Zahnmedizin an den Leistungsausgaben der GKV über zwei Jahrzehnte um mehr als ein Drittel gesunken sei: „Wir sind keine Kostentreiber – Prävention wirkt. Sie spart bares Geld.“

„Rasenmäherprinzip“ ist ungerecht

Mit Nachdruck warnte Hendges hingegen vor den negativen Auswirkungen kurz-sichtiger und undifferenziert auf sämtliche Leistungsbereiche angewandter Kostendämpfungsmaßnahmen: „Kostendämpfung nach dem ‚Rasenmäherprinzip‘ ist nicht nur ungerecht, sondern löst in keiner Weise die wahren Probleme unseres Gesundheitssystems.“ Solche Maßnahmen gefährden eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung und schrecken junge Zahnärztinnen und Zahnärzte von der Niederlassung ab. Das GKV-Finanz-



Landesvertretung Baden-Württemberg.



Präsident der BZÄK, Prof. Dr. Christoph Benz.

stabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) habe der neuen, präventionsorientierten Parodontitistherapie nachhaltig geschadet, erinnerte Hendges. Dies habe deutlich gezeigt, welche fatalen Folgen mit einer kurzfristigen Kostendämpfungspolitik einhergehen. Daher sei es sowohl aus medizinischen als auch finanziellen Gründen dringend erforderlich, gezielt in präventive Versorgungskonzepte zu investieren und diese nachhaltig auszubauen.

Deutliche Worte fand Hendges auch zur wachsenden Zahl investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ): „Allein mit Transparenz ist es nicht getan. Es braucht endlich klare gesetzliche Regelungen zur Begrenzung von iMVZ-Gründungen – räumlich wie fachlich.“ Der Koalitionsvertrag enthalte wichtige Ansätze, nun müsse diesen auch gesetzgeberisch gefolgt werden.

Die Sicherstellung der Versorgung werde mit Blick auf den demografischen Wandel zur zentralen Herausforderung der kommenden Jahre. Einer Bedarfsplanung vom Reißbrett, insbesondere einer Bedarfszulassung, erteilte er eine Absage. Die Zahnärzteschaft brauche Rahmenbedingungen, die eine Niederlassung attraktiver machen. Vor diesem Hintergrund kündigte Hendges einen „Aktionsplan Sicherstellung“ an, mit dem die KZBV Lösungen für eine zukunftsfeste Versorgung vorlegen werde.

Zum Abschluss rief Hendges dazu auf, Prävention zum Leitbild einer modernen Gesundheitspolitik zu machen. Hierfür bot Hendges der neuen Bundesregierung und allen anwesenden Politikerinnen und Politikern einen Dialog und die Expertise der Selbstverwaltung an.

Die Gesundheitsministerin des Freistaats Thüringen und amtierende Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Katharina Schenk, würdigte in ihrem Grußwort die Verdienste der Zahnärzteschaft um die Mundgesundheit der Bevölkerung.

Mit Blick auf die demografiebedingten Herausforderungen bei der Sicherstellung der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung nutzte die Ministerin die Bühne, um den Gästen des Frühjahrsfestes insbesondere die Perspektive der ostdeutschen Bundesländer näher zu bringen. Sie stellte die Bemühungen ihrer Landesregierung dar und führte dabei insbesondere das Thüringer Haus- und Zahnärztesicherstellungsgesetz ins Feld, das Haus- und Zahnärzte stärker an das eigene Bundesland binden und zu einer Niederlassung vor Ort in Thüringen bewegen soll. Die Niederlassung attraktiver zu gestalten, bezeichnete Schenk ebenfalls als Schlüsselmaßnahme.

Darüber hinaus fand die GMK-Vorsitzende auch lobende Worte für die Ergebnisse

der DMS 6. Es sei ein großer Erfolg, dass Millionen Menschen mit ihren eigenen Zähnen alt werden – dies verdiene einen Applaus. „Halten Sie die Ergebnisse der DMS 6 stolz hoch“ appellierte die Ministerin an die Zahnärzteschaft: „Sie legen die Grundlage für ein gesundes Leben.“ Mit Bezug auf die Erfolge in der präventionsorientierten Zahnmedizin hob sie hervor: „Prävention zahlt sich auch volkswirtschaftlich aus.“ Dies müsse aus ihrer Sicht viel lautstärker kommuniziert werden. Ministerin Schenk kündigte an, bei der nächsten GMK Mitte Juni in Weimar einen Leit-antrag zum Thema Prävention einzubringen. Mit Blick auf die aktuelle Legislaturperiode auf Bundesebene führte die Ministerin aus: „Ich bin zuversichtlich, dass der Koalitionsvertrag von Union und SPD uns ordentlich Anschub geben wird.“

Den Schlusspunkt setzte Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer. In seiner Ansprache ging er auch nochmals lobend auf die Ergebnisse der DMS 6 ein. Die Politik könne von der Zahnmedizin lernen, insbesondere von dem präventionsorientierten Versorgungsansatz. Um mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte zur eigenen Niederlassung zu bewegen, brauche es eine Entlastung der Praxen, insbesondere durch Bürokratieabbau.

Quelle: PM der KZBV vom 21.5.2025

27. Curriculum Köln und 2. Curriculum Süd starten in die nächste Runde

Ein Muss für Einsteiger

Die Curricula Implantologie des BDIZ EDI sind nicht nur für Einsteiger ein Muss. Der Verband bietet seit 26 Jahren in Kooperation mit der Universität zu Köln einen tiefen Grundkurs zur Implantologie, der mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen punktet. Aufgrund der großen Nachfrage startete der BDIZ EDI im vergangenen Jahr ein zweites, gleichartiges Curriculum, das sein Debüt erfolgreich bestanden hat. Beide Curricula beinhalten acht Module an den Wochenenden, Laufzeit rund ein Jahr. Interessenten für die nächste Runde können sich jetzt anmelden.



Während das Kölner Curriculum an der Universität zu Köln stattfindet, unter der bewährten Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller und Prof. Dr. H.-J. Nicenig, findet das Curriculum im Süden in Präsenz in München und Ansbach sowie online statt. Kursleiter ist Dr. Dr. Markus Tröltzsch. Beide Curricula starten mit den Grundlagen der oralen Implantologie und beide enden nach acht Modulen mit einer Abschlussprüfung. Die erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen erhalten ein Zertifikat, das die Basis darstellt, später evtl. den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie oder die europäische Expertenprüfung: Europäischer Spezialist der Implantologie (EDA) anzustreben.

Die Termine:

2. Curriculum Süd – Start am 19. und 20. September 2025

27. Curriculum Köln – Auftakt am 28. und 29. November 2025

Die Vorteile des 27. Curriculum Köln und des 2. Curriculum Süd: hohe Qualität, kleine Gruppen, unschlagbarer Preis, großer Übungsanteil in den Workshops. Während das Kölner Curriculum vom ersten Tag an an der Universität in Köln stattfindet, weist der „kleine Bruder“ im Süden Wissensvermittlung im Mix mit fünf Präsenzmodulen in München und Ansbach sowie drei Modulen, die online und on-demand ausgestrahlt werden, auf.

Wer Mitglied ist oder bei der Anmeldung zum Curriculum Mitglied wird, zahlt eine deutlich geringere Teilnahmegebühr und genießt die Vorteile einer Mitgliedschaft. Es lohnt sich also, im Zuge der Teilnahme am Curriculum Mitglied im BDIZ EDI zu werden.

Jetzt rasch anmelden, da die Plätze begrenzt sind.

Weitere Informationen und das Programm immer aktuell auf der Internetseite des BDIZ EDI: www.bdizedi.org

Curriculum Köln:



Curriculum Süd:



Programm Curriculum 27 in Köln

Die Kurse finden jeweils statt:

Freitag 14.00 Uhr–19.30 Uhr, Samstag 09.00 Uhr–17.00 Uhr

| | |
|----------------|---|
| 28./29.11.2025 | Modul 1 Grundlagen der Implantologie |
| 23./24.01.2026 | Modul 2 Indikationen, Diagnostik und Fallmanagement + Workshop am Samstag |
| 20./21.02.2026 | Modul 3 Implantatsysteme, Instrumente, erweiterte Diagnostik + Workshop am Samstag |
| 13./14.03.2026 | Modul 4 Implantatprothetik I und minimalinvasive Eingriffe |
| 17./18.04.2026 | Modul 5 Augmentation I – regionaler Knochenaufbau + Workshop am Samstag |
| 08./09.05.2026 | Modul 6 Implantatprothetik an der Kalbsrippe, Sofortimplantate II + Weichgewebsmanagement + Workshop am Samstag |
| 26./27.06.2026 | Modul 7 Augmentation II – Knochenferntransplantation und Distraktion Klausur + Workshop am Freitag |
| 17./18.07.2026 | Modul 8 Recall Komplikationsbewältigung – Zukunftsperspektiven Abschlussprüfung |

Programm Curriculum 2 Süd

Die Präsenz-Module finden jeweils freitags und samstags

in Ansbach bzw. in München statt.

Freitag 14.00 Uhr–18.30 Uhr, Samstag 09.00 Uhr–17.00 Uhr

| | |
|----------------|--|
| 19./20.09.2025 | Modul 1 Grundlagen der oralen Implantologie (in Präsenz in Ansbach) Leitung: Dr. Dr. Tröltzsch |
| | Modul 2 Diagnostik und Fallplanungen (online/on-Demand) |
| 14./15.11.2025 | Modul 3 Diagnostik und chirurgische Techniken (in Präsenz in Ansbach) Leitung: Dr. Dr. Tröltzsch |
| | Modul 4 Prothetik und Ästhetik (online/on-Demand) |
| 23./24.01.2026 | Modul 5 Prothetische Konzepte (in Präsenz in München) Leitung: Prof. Dr. Edelhoff |
| 10./11.04.2026 | Modul 6 Delayed- und Sofortversorgungskonzepte (in Präsenz in München) Leitung: Prof. Dr. Dr. Schlegel |
| | Modul 7 Augmentationschirurgie und komplexe impl. Fragestellungen (online/on-Demand) |
| 08./09.05.2026 | Modul 8 Augmentation II und komplexe Implantation Leitung: Dr. Dr. Tröltzsch |

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

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

Juli



1. Juli

Dr. Hermann Jakob (Schrobenhausen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

4. Juli

Dr. Peter Pötschke (Rattenberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

7. Juli

Dr. Ralf Kettner (Aachen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

14. Juli

**Dr. Ralph Heel
(Meitingen-Herbertshofen)**
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

14. Juli

Dr. Martin Beyer (Locarno)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

15. Juli

Karl-Reinhard Selzer (Lübeck)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

19. Juli

Gerhard Reif (Schöneck)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

20. Juli

Dr. Achim König (Bad Dürkheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

21. Juli

Dr. Bernd Szymanski (Essen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

22. Juli

Dr. Dirk Anders (Dorfen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. Juli

**Dr. Hans-Joachim Steinbrück
(Anröchte)**
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

23. Juli

Dr. Hans-Helmut Liebe (Schürsdorf)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

28. Juli

Dr. Marton Yakubovich (Pforzheim)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

29. Juli

Dr. Lutz Tischendorf (Halle/Saale)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

30. Juli

Dr. Frank Seidel (Kleinmachnow)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

August



10. August

Kay Gloystein (Delmenhorst)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

10. August

Dr. Thomas Knackstedt (Hamburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

10. August

Dr. Martin Peschla (Coburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

11. August

**Prof. Michael Augthun
(Mülheim an der Ruhr)**
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

11. August

Dr. Götz Egerter (Reutlingen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs



14. August

Dr. Stephan Epping (Castrop-Rauxel)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

20. August

Dr. Bernd Lang (Heilbronn)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. August

Dr. Eric Liermann (Köln)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. August

Dr. Götz Seiz (Aachen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

30. August

Dr. Sven Schubert (Zwickau)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. September

Dr. Elisabeth Siswanto-Hartmann (Neuburg)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

18. September

Dr. Klaus Heidemanns (Kreuzau)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

20. September

Dr. Lutz Schneider (Zwickau)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

September



1. September

Dr. Heinz-Werner Heller (Lübbecke)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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

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

NEWS-TICKER

WHO-Ausschuss Klimawandel und Gesundheit

Risiko Klimawandel

Angesichts der steigenden Gesundheitsrisiken, die vom Klimawandel ausgehen, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen paneuropäischen Ausschuss ins Leben gerufen. Wie die WHO mitteilte, soll die Pan-European Commission on Climate and Health (PECC) erschwingliche und praktikable Empfehlungen für den Gesundheitssektor vorlegen. Dazu gehören etwa Frühwarnsysteme für Hitzewellen. Die europäische Region ist der WHO-Mitteilung zufolge die Gegend, die sich weltweit am schnellsten erwärmt. Ein Drittel aller weltweiten Hitze-Todesfälle entfallen demnach auf diese Region. Zudem seien hier zehn Prozent aller Stadtbewohner von Überschwemmungen bedroht. Die durch den Klimawandel zu erwartenden häufigeren heftigen Niederschläge und der Anstieg des Meeresspiegels verschlimmern demnach die Situation.

Quelle: Euronews vom 12.6.2025

Gesundheit, Sicherheit, Lebenshaltungskosten

Warum US-Bürger nach Europa auswandern



Seit dem Wahlsieg von Donald Trump wächst die Zahl der Amerikaner, die die USA verlassen. Der Umzug nach Europa werde immer attraktiver, berichtet die Zeitung *Die Welt* in ihrer Onlineausgabe. Das habe nicht politische Gründe, sondern liege vor allem an den niedrigen Lebenshaltungskosten und der erschwinglicheren Gesundheitsversorgung in der EU. US-Auswanderer würden sich bevorzugt in europäischen Ländern wie Portugal und Griechenland niederlassen, heißt es in dem Bericht. *Die Welt* zitiert eine Umfrage von Talker Research, wonach 17 Prozent der befragten Amerikaner angeben, gerne ins Ausland ziehen zu wollen. Europäische Länder sind besonders gefragt. Doch nur zwei Prozent der Befragten haben bereits konkrete Pläne, in den nächsten Jahren auszuwandern. Als Gründe nennen sie vor allem die finanziellen Belastungen zu Hause. 69 Prozent empfinden, die Entwicklung in den USA gehe „in die falsche Richtung“, 65 Prozent bezeichnen die Atmosphäre in den Staaten sogar als „toxisch“.

Quellen: FOCUS, die Welt, Talker Research

Forschung in Europa stärken

Magnet für Forscher aus den USA?

Die EU will die Forschung in Europa mit einer halben Milliarde Euro stärken und von US-Präsident Donald Trump vergraulte Wissenschaftler über den Atlantik locken. „Wissenschaft ist eine Investition, und wir müssen die richtigen Anreize bieten“, sagte EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen im Mai bei der Ankündigung der Pläne. Deshalb werde die Kommission ein neues Paket in Höhe von 500 Millionen Euro für die Jahre 2025 bis 2027 schnüren, „um Europa zu einem Magneten für Forscher zu machen“, sagte sie bei einer Rede in der Pariser Universität Sorbonne im Beisein des französischen Präsidenten Emmanuel Macron. Das Geld soll unter anderem in „Superstipendien“ fließen, die für sieben Jahre gelten.

Die in diesem Jahr dafür verfügbaren Mittel werden laut der Kommissionspräsidentin umgehend verdoppelt, außerdem werde eine Weiterzahlung für die kommenden beiden Jahre gewährleistet. Ab 2028 soll ein neues EU-Budget gelten, das noch zu verhandeln ist.

Nach jüngsten Entwürfen äußerten Forschungseinrichtungen Bedenken, für sie wichtige Mittel wie das 93 Milliarden Euro schwere Programm „Horizont Europa“ könnten in einem größeren strategischen Fonds aufgehen, der eher dem wirtschaftlich Nutzbringenden dient statt der wissenschaftlichen Neugier.

Quelle: Spiegel Wissenschaft vom 5.5.2025

Das Problem mit Zombie-Publikation

„Fake Science“ und ihre Entfernung

© esthermm – stock.adobe.com



Warum sind Studien, deren Ergebnisse grundsätzlich angezweifelt werden, weiterhin in der Welt? In der Wissenschaft geht man davon aus, dass das Zurückziehen einer Veröffentlichung das Ende ihrer Wirkungsgeschichte markiert. Allerdings ist es häufig so, dass die entsprechenden Artikel noch lange nach ihrer offiziellen Rücknahme zitiert werden – und so Ideen lebendig bleiben, die längst angezweifelt werden. Solche Artikel nennt das Wissenschaftsmagazin *Spektrum* Zombie-Paper. Nicht nur verbreiten sie falsche Informationen weiter, sie bergen obendrein das Risiko, künftige Forschungen in die Irre zu führen, Metaanalysen zu verfälschen oder auch die Politik oder die klinische Praxis fehlzuleiten. Um das Ausmaß des Phänomens zu fassen, hat *Spektrum* eine Studie durchgeführt, bei der mithilfe der Datenbank Retraction Watch 25.480 zurückgezogene Artikel analysiert wurden, die zwischen 1923 und 2023 erschienen sind und ein sehr breites Fächerspektrum abdecken. Die Rücknahme (englisch: retraction) kann dabei von den Herausgebern oder Chefredakteuren einer Fachzeitschrift ausgehen, von den Autoren des Artikels selbst oder von der Institution, der sie angehören. Dies geschieht, wenn nach der Veröffentlichung des Artikels noch wesentliche Probleme – wie Fehler in den Daten, Betrug, Plagiate und so weiter – festgestellt werden. Im Schnitt vergehen 1.045 Tage, also beinahe drei Jahre, zwischen der Veröffentlichung und der Rücknahme eines Artikels. In Extremfällen kann dieser Zeitraum noch weit größer ausfallen und mehrere Jahrzehnte umfassen. „Verlage, Forschende und Institutionen müssen abgestimmt zusammenwirken, um die Integrität des wissenschaftlichen Korpus und die Robustheit des erzeugten Wissens zu sichern“, fordern die Autoren Valerie Mignon und Marc Joets.

Quelle: *Spektrum.de*

Zwei US-Bundesstaaten steigen aus

Kein Fluorid im Trinkwasser

Nach Utah hat jetzt auch der US-Bundesstaat Florida Fluorid in öffentlichen Wasserversorgungssystemen verboten. Etwa 63 Prozent aller Amerikaner haben Fluorid in ihren kommunalen Wasserversorgungssystemen, wie aus den Statistiken der Centers for Disease Control and Prevention für das Jahr 2022, den jüngsten verfügbaren Daten, hervorgeht. Auf Bundesebene erklärte die US-Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde im Mai, dass sie ein Verfahren einleitet, um Fluoridpräparate für Kinder vom Markt zu nehmen.

© luchschenF – stock.adobe.com



Fluorid ist ein natürliches Mineral, das im Wasser, im Boden und in der Luft vorkommt und nachweislich Karies vorbeugt. Seit Jahrzehnten wird es der kommunalen Wasserversorgung und zahnmedizinischen Produkten wie Zahnpasta zugesetzt. Zahlreiche Studien belegen die positive Wirkung des Spurenelements. Eine wirkliche Gefahr für die Gesundheit von Knochen und Zähnen droht erst, wenn jemand über Jahre hinweg immer wieder zu große Mengen Fluorid zu sich nimmt, schreibt *Spiegel Wissenschaft*.

Quelle: *Spiegel Wissenschaft* vom 16.5.2025



Vorabentscheidung des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache C-386/23

Keine Werbung mit gesundheitsbezogenen Angaben über pflanzliche Stoffe

Die Werbung mit gesundheitsbezogenen Angaben über pflanzliche Stoffe ist derzeit verboten, urteilte der EuGH in einer Vorabentscheidung, die durch den Bundesgerichtshof angefordert worden ist.

Das grundsätzliche Verbot gilt so lange, bis die EU-Kommission die Prüfung dieser Angaben abgeschlossen und sie in die Listen der zugelassenen gesundheitsbezogenen Angaben aufgenommen hat, sofern die Verwendung der Angaben nicht bereits nach einer Übergangsregelung zulässig ist.

Das deutsche Unternehmen Novel Nutriology vertreibt ein Nahrungsergänzungsmittel, das Safran- und Melonensaft-Extrakte enthält. Das Unternehmen warb für das Nahrungsergänzungsmittel damit, dass diese Extrakte stimmungsaufhellend wirkten sowie Stressgefühle und Erschöpfung reduzierten.

Ein deutscher Wirtschaftsverband verklagte Novel Nutriology vor den deutschen Gerichten auf Unterlassung dieser Angaben, die unionsrechtswidrig seien. Zu dieser Fragestellung hat der Bundesgerichtshof den Gerichtshof um Vorabentscheidung ersucht. Der Gerichtshof stellt fest, dass nach einer Verordnung aus dem Jahr 2006 die Verwendung gesundheitsbezogener Angaben bei der Werbung für Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel grundsätzlich verboten ist. Die Verwendung kann zulässig sein, sofern

es sich um von der Kommission zugelassene und in die Liste der zugelassenen gesundheitsbezogenen Angaben aufgenommene Angaben handelt. Allerdings hat die Kommission ihre Prüfung der gesundheitsbezogenen Angaben über pflanzliche Stoffe ausgesetzt und sie daher noch nicht in die Listen zulässiger gesundheitsbezogener Angaben aufgenommen.

Die Prüfung und das Erfordernis einer Zulassung durch die Kommission sollen sicherstellen, dass gesundheitsbezogene Angaben wissenschaftlich abgesichert sind, wodurch die Verbraucher und die menschliche Gesundheit geschützt werden sollen. Daher dürfen gesundheitsbezogene Angaben zu pflanzlichen Stoffen derzeit nicht bei der Werbung für Nahrungsergänzungsmittel verwendet werden.

Etwas anderes kann gelten, wenn die geforderten Angaben unter eine Übergangsregelung fallen, die in der Verordnung aus dem Jahr 2006 vorgesehen ist. Nach den Angaben des Bundesgerichtshofs ist dies vorliegend nicht der Fall. Es handelt sich nämlich um gesundheitsbezogene Angaben über psychische Funktionen, die in Deutschland vor dem Inkrafttreten der Verordnung keiner Bewertung unter-

zogen und nicht zugelassen wurden. Für solche Angaben hätte vor dem 19. Januar 2008 bei der zuständigen nationalen Behörde ein Zulassungsantrag gestellt werden müssen, was Novel Nutriology nicht getan hat.

Quelle: Entscheidung des EuGH vom 30.4.2025

Hinweis

Mit einer Vorabentscheidungsersuchen haben die Gerichte der Mitgliedstaaten die Möglichkeit, dem Gerichtshof im Rahmen eines Rechtsstreits, über den sie zu entscheiden haben, Fragen betreffend die Auslegung des Unionsrechts oder die Gültigkeit einer Handlung der Union vorzulegen. Der Gerichtshof entscheidet dabei nicht den beim nationalen Gericht anhängigen Rechtsstreit. Dieser ist unter Zugrundelegung der Entscheidung des Gerichtshofs vom nationalen Gericht zu entscheiden. Die Entscheidung des Gerichtshofs bindet in gleicher Weise andere nationale Gerichte, wenn diese über vergleichbare Fragen zu befinden haben.

Wussten Sie schon, ...



... dass der BDIZ EDI die Module seiner Curricula Implantologie assoziierten Partnerverbänden zur Verfügung stellt? So wurden Curricula mit der OSIS EDI (Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej in Polen und mit dem befreundeten griechischen Partnerverband sowie der USSI EDI in Serbien (Udrzenje Stomatologa Implantologa Srbije-EDI) umgesetzt. Die OSIS EDI wurde 1992 gegründet, ist eine universitäre Organisation polnischer wissenschaftlicher implantologischer Vereinigungen, die sich zu OSIS zusammengeschlossen haben. OSIS EDI hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Lebensqualität von Patienten zu verbessern, indem es den neuesten Stand der Technik und hohe Behandlungsstandards unter den Zahnärzten fördert. OSIS EDI bietet eine Postgraduierenausbildung im Bereich der Implantologie an, die mit einem Kompetenzzertifikat (Certyfikat Umiejętności OSIS) abschließt.



Die USSI EDI wurde 2010 mit dem Ziel gegründet, das Wissen von Zahnärzten über Implantate zu verbessern und die höchste Qualität der zahnmedizinischen Fortbildung zu gewährleisten. Die wichtigsten Ziele der Organisation bestehen darin, Zahnärzten aus Serbien und der Region ein Postgraduierendstudium zu ermöglichen, das den Standards der Europäischen Union entspricht, das Ausbildungsniveau im Bereich der oralen Implantologie anzuheben, die forensische Praxis in der Implantologie zu entwickeln und mit Ländern in der Region zusammenzuarbeiten, die ähnliche Ziele anstreben.



... dass der BDIZ EDI seit vielen Jahren mit den mitgliederstarken assoziierten Partnerverbänden ADI UK (Association of Dental Implantology UK) und der SEI Sociedad Espanola de Implantes eine Partnerschaft verbindet und Austausch in den Europa-Ausschüssen des BDIZ EDI stattfindet? Die ADI UK wurde 1987 gegründet und ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein, der über Fortbildungsangebote für die Verbesserung der Standards in der zahnärztlichen Implantologie steht. Die ADI ist eine mitgliederorientierte Organisation, die sich dafür einsetzt, dem zahnärztlichen Berufsstand Fortbildungsmöglichkeiten zu bieten und der Öffentlichkeit ein besseres Verständnis für die Vorteile der zahnärztlichen Implantatbehandlung zu vermitteln.

Die SEI ist die älteste Gesellschaft für orale Implantologie in Europa. Das Konzept der Gründerväter war damals kühn, obwohl eine Vorform der Implantologie sowohl in Spanien als auch in Italien bereits seit einiger Zeit existierte. Heute ist das, was von diesen Visionären begonnen wurde, zu einem Herzstück der Zahnmedizin in Spanien geworden. Die SEI ist die Referenzgesellschaft für alle, die in Spanien Implantologie praktizieren, und das schon seit über 50 Jahren, in denen die Praxis gefördert wurde. Für die SEI ist es wichtig, die Zusammenarbeit mit anderen anerkannten und renommierten Fachgesellschaften und Verbänden in ganz Europa zu pflegen.



Sociedad Española de Implantes



Immer eine Reise wert: Stockholm bei Tag und Nacht. Der BDIZ EDI-Vorstand traf sich zum Referentendinner. Hier mit Dr. Erion Çerekja, Dr. Wolfgang Neumann, Pressereferentin Anita Wuttke und Präsident Christian Berger.

Impressionen vom 18. Europa-Symposium in Stockholm

All about oral implantology

Das diesjährige Europa-Symposium in Stockholm hat einmal mehr bewiesen, wie wichtig der kollegiale Austausch über Grenzen hinweg ist. Die Teilnehmenden aus Deutschland, Schweden und Großbritannien bewiesen mit ihrem Interesse an den Vorträgen und den Diskussionsbeiträgen, wie vielfältig zahnärztliche Fortbildung sein kann. Der längste Tag des Jahres (Mittsommertag) am 21. Juni und seine Festivitäten rund um das Tagungshotel Clarion geriet für ein paar Stunden in den Hintergrund angesichts der hochkarätigen Vorträge. Die Referierenden zeigten, dass orale Implantologie über die Chirurgie und die Prothetik hinaus geht. Prof. Dr. Hakan Özyuvacı aus Istanbul spannte zum Auftakt den Bogen von traditionellen zu innovativen Verfahren in der Implantologie. Um Bruxismus und Okklusion ging es in dem spannenden Beitrag von Prof. Dr. Ilia Roussou aus Athen. Dr. Erion Çerekja aus Tirana stellte die Implantatchirurgie im ästhetischen Be-

reich auf den Prüfstand. Online dabei war Dr. Jan Willem Vaartjes aus Utrecht, der kritisch die analogen und digitalen Verfahren in der Implantatprothetik beleuchtete und die Risiken jeweils darstellte. Prof. Dr. Dr. Johann Müller aus München suchte die Frage zu beantworten, ob sich das Okklusionskonzept mit der Anzahl und Positionierung der Implantate ändert. Am Ende referierte Dr. Dr. Markus Tröltzsch aus Ansbach ebenfalls online über Augmentationsmaterialien und ihre klinische Anwendung. Am Ende bedankte sich BDIZ EDI-Präsident Christian Berger bei Referenten und Teilnehmern für Vorträge und Aufmerksamkeit und kündigte das 19. Europa-Symposium im Jahr 2026 an. Mehr dazu in einer der nächsten Ausgaben. Um die Inhalte der Vorträge näher zu beleuchten, wird die Redaktion für die nächste Ausgabe Kurzinterviews mit den Referierenden vorbereiten.

AWU



Stelldichein der Referierenden mit BDIZ EDI-Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Prof. Dr. Dr. Johann Müller, Christian Berger, Prof. Dr. Ilia Roussou, Dr. Erion Çerekja und Prof. Dr. Hakan Özyuvacı.



Ilia Roussou



Erion Çerekja



Best Bodies: Hakan Özyuvacı und Joachim Zöller



Akteure hinter den Kulissen: Wolfgang Neumann und Stefan Liepe.



Online dabei: Dr. Jan Willem Vaartjes aus Utrecht.



24. bis 31. Oktober 2025 – Fuerteventura

Spannungsfeld von Implantologie und Parodontologie

Das 34. Internationale Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin findet vom 24. bis 31. Oktober 2025 im Robinson Club Esquinzo Playa auf Fuerteventura statt. Gastgeber ist Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller.

Das diesjährige „Fuerte-Symposium“ will patientenorientierte Behandlungsansätze für die Implantologie und Parodontalchirurgie aufzeigen. 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 Patien-

tinnen und Patienten zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen“, sagt Prof. Zöller.

Mehr als 30 Referenten werden diese Thematik unter der Sonne des Südens im Robinson Club Esquinzo Playa Fuerteventura für etwa 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausführlich beleuchten und viele Tipps für die Praxis geben. Hier ein Auszug aus dem Vortrags-Programm (ohne Workshops)!

Vorläufiges Programm

34. Expertensymposium – „Regenerative Verfahren in der Zahnmedizin“

24. – 31. Oktober 2025, Robinson Club Esquinzo Playa, Fuerteventura

Programm

Behandlungsstrategien bei parodontal geschädigten Patienten. Kalkuliertes Risiko oder vorprogrammierter Misserfolg
Dr. Peter Randelzhofer, München

Zahn und Implantat: Ergänzung, Konkurrenz? Oft eine zwangsläufige Symbiose! Tipps für ein friedliches Miteinander.
Prof. Dr. Ralf Rößler, Luxemburg

Konditionierung des periimplantären Weichgewebes
Dr. Stefan Reinhardt, Hörstel

„Digital first“ trotz Risiko? Implantatprothetische Konzepte im unbezahnten Kiefer bei Parodontitisanamnese
Priv. Doz. Dr. Peter Gehrke, Ludwigshafen

Allogenes vs. autologes Material – Indikationen, Technik und klinische Ergebnisse
Prof. Dr. Dr. Peer Kämmerer, Mainz und Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Köln

Gendermedizin – rauf auf die Agenda, auch in der Zahnmedizin
Prof. Dr. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek, Berlin

Führung, Team und Struktur: Was Praxen wirklich erfolgreich macht – Erfahrungen aus hunderten Coachings vor Ort
Bianca Rieken, Winsen an der Luhe

Lebensqualität und Implantate: Ergebnisse einer prospektiven 12-Jahres-Multicenterstudie (16253 Patienten)
Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln

| |
|---|
| Periimplantitis und Parodontitis: Was unsere Daten über Risiken und Prävention sagen Dr. Rebecca Rosen, Wien |
| Planung, Implantation und Prothetik Digitale und analoge Prozesse im Praxisablauf 2025 Prof. Dr. Fred. Bergmann, Viernheim |
| Keramikimplantate 2.0 – innovative Technologien für langzeitstabile Ergebnisse Dr. Frederic Hermann, Zug |
| Die Stabilität des Weichgewebes an Keramikimplantaten Dr. Lars Börner, Berlin |
| Update zur einer Anwenderbeobachtung mit keramischen Bonelevel-Implantaten Dr. Franz-Jochen Mellinghoff, Ulm |
| Über das Kauen mit natürlichen Zähnen, mit feststehendem Zahnersatz Dr. Wolfgang Bücking, Wangen im Allgäu |
| Implantat und Krone in einer Stunde – das geht! (Teil 1) Fabian Hirsch, Zeuthen |
| 20 Minuten/25 Fälle – Implantologische Langzeitergebnisse und die daraus resultierenden persönlichen Grenzwerte Dr. Volker Knorr, Eislingen/Fils |
| Paarschlaf. Schlaflabore haben keine Doppelbetten Dr. Justus Hauschild, Isernhagen |
| Rhynchopathie – Diagnostik in der Zahnarztpraxis: Warum, was, wie – neueste Studien und direkt umsetzbare Erkenntnisse für Ihre Praxis! Dr. Gerhard Werling, Landau in der Pfalz |
| Kein Empfang am Empfang? – Wie die Digitalisierung die Personalnot lindern könnte Dr. Dr. Klaus Ständer, Grabenstätt |
| Neues von der Stammzellfront für die Implantologie Univ.-Prof. Dr. Dr. Jürgen Hescheler, Köln |
| Digitale Patientenkommunikation Thilo Mann, Düsseldorf |
| Implantologische Abrechnung: NEXT LEVEL – aktuelle Entwicklungen und digitale Effizienz Janine Salm, Hamburg |
| Zwischen Schraube und Tasche – Abrechnung der Periimplantitis-therapie präzise und rechtssicher gestalten Sophia Sachau, Volkach |
| Management von internistischen Notfällen in der Zahnarztpraxis Dr. Vanessa und Dr. Valentin Wennekes-Neagu, Emmendingen |
| Wiederbelebung ist kinderleicht Univ.-Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttinger, Köln |
| Der Amorbogen: ein Abstecher in Kunst- und Kulturgeschichte Prof. Dr. med. Axel Karenberg, Köln |
| WBQQ – Im Spannungsfeld von lernen und wieder vergessen. Ein sozioökologisches Update für Experten. Dr. Ulrich Fürst, Attmang-Puchheim |
| Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist in der Praxis weit höher als in der Theorie. Gedanken und Erfahrungen für den richtigen Erwartungshorizont zur Praxisabgabe Dr. Michael Triebkorn und Dr. Freimut Vizethum, Rauenberg |

| |
|---|
| Beratung zur Praxisabgabe: Was ist wichtig? Thomas Müller, Walldorf |
| Nachsorge neu gedacht: Patientenbindung und Effizienz durch smarte Tools und digitale Prozesse Dr. Tina Mandel, Neuss |
| Die Bedeutung des Ehrenamts in der Demokratie Henriette Reker, Oberbürgermeisterin der Stadt Köln |
| Periimplantäres Weichgewebe – mehr als nur Ästhetik? Dr. Laura Benyei, München |
| Stabiles Hart- und Weichgewebe bei einteiligen, keramischen Tissue Level Sofortimplantaten Dr. Holger Scholz, Konstanz |
| Sofortversorgung in Keramik – Neodent Zi macht's möglich! Dr. Adina Landschoof, Geretsried |
| Ergonomie im Fokus: Wie moderne Lupenbrillen Körperhaltung, Präzision und Sehleistung verbessern. Von Galiläischem bis Prismatischem System – worauf es in der Praxis ankommt Dr. Stephanie Bittner-Hochegger, Katharina Trabert, Fulda |
| Zahnarzt in D-A-CH – drei Welten? Honorare im Vergleich Christian Berger, Kempten |

Workshops – Auswahl mehr auf der Internetseite

| |
|---|
| Aktualisierungskurs im Strahlenschutz (Fachkunde und Kenntnisnachweis) Dr. Friedhelm Weber, Hamm und Jochen Völkening, Stewede |
| Der sichere Sinuslift Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln |
| Keramik Deep-Dive bis es knackt Dr. Adina Landschoof, Geretsried |
| Frontzahnimplantat, step by step Dr. Laura Benyei, München |
| Der richtige Umgang mit einteiligen, keramischen Tissue Level Implantaten. Tipps und Tricks aus dem „Nähkästchen“ Dr. Holger Scholz, Konstanz |
| Einführung in die Zahnärztliche Schlafmedizin Dr. Justus Hauschild, Isernhagen |
| Allogenes vs. autologes Material – Durchführung der Schalentechnik Prof. Dr. Dr. Peer Kämmerer, Mainz und Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Köln |

**Das immer aktuelle Programm
auch auf der Internetseite des BDIZ EDI.**
Informationen und Anmeldung über
info@reisebuero-gup.de

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

Factsheet zum Inflationsausgleich

GOÄneu – die Fakten

Zur GOÄneu, die der Deutsche Ärztetag im Mai in Leipzig auf den Weg gebracht hat, fasst Prof. Dr. Thomas Ratajczak in einem Factsheet zusammen, was sich auf der Basis des Entwurfs verändern wird.

Den Beitrag „Analyse und Kritik“ zur GOÄneu aus dem *BDIZ EDI konkret 1/2025* GOÄ-Reform hat der Justiziar des BDIZ EDI erweitert und mit präzisieren Daten zur Inflation ergänzt. Diese neue Version steht online im Internet für Mitglieder im Bereich Abrechnung & Recht zur Verfügung.

Ein Inflationsausgleich kann in der Systematik der GOÄ auf drei Arten erfolgen:

- Anhebung des Punktwerts,
- Anhebung der Punktmengen der einzelnen Leistungen,
- Mischung beider Möglichkeiten.

Ein Inflationsausgleich ist keine Mehrvergütung oder Einkommenserhöhung! Ein Vergleich der Gebührenordnungen ist schwierig, weil die GOÄneu eine ganz andere Systematik bringt. Zwar sollen Gebührenvereinbarungen mit Multiplis des Einzelsatzes nach § 2 weiterhin möglich sein. Aber generell soll es nur Gebührensätze und Zuschlagsziffern ohne Steigerungsfunktion geben. Für die Beihilfe sollen Vereinbarungen zur Unterschreitung des Einzelsatzes zulässig sein.

Sprechende Medizin

| 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter 10 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete 10 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 € |

Die Veränderung des Leistungskataloges gegenüber der GOÄ 1996

| Leistungsziffern | GOÄ 1996 | GOÄneu | Zuwachs |
|------------------|----------|--------|------------|
| Gebührenziffern | 2.792 | 4.200 | 50,43 % |
| Zuschlagsziffern | 52 | 1.306 | 2.411,54 % |
| Gesamt | 2.844 | 5.506 | 93,60 % |

Veränderung des GOÄ-Punktwerts seit 1982, Inflation und notwendiger Inflationsausgleich

| Verbraucherpreisindex (2020 = 100) um | | Punktwert | Sollpunktwert 2025 mit Inflationsausgleich | |
|---------------------------------------|------------------|--------------|--|-----------|
| Seit 01/1982: | 71,3 Basispunkte | 5,11292 Cent | 12,55274 Cent | +145,51 % |
| Seit 01/1988: | 64,2 Basispunkte | 5,62421 Cent | 12,06047 Cent | +144,38 % |
| Seit 01/1996: | 49,3 Basispunkte | 5,82873 Cent | 9,87600 Cent | +69,44 % |

Vergleich der Gebührensätze nach dem Median

| Medianwert | Median GOÄ 1996 | Median GOÄneu | Steigerungsfaktor |
|---|-----------------|---------------|-------------------|
| Alle Leistungen | 22,12 € | 90,00 € | 4,074 |
| Ohne Laborziffern Abschnitt M | 34,97 € | 164,46 € | 4,7 |
| Ohne Labor M, Honorargrenze 300 € GOÄ / 1000 € GOÄneu | 32,29 € | 69,26 € | 2,145 |
| Ohne Labor M, Honorargrenze 200 € GOÄ / 1000 € GOÄneu | 29,14 € | 69,26 € | 2,377 |

Abrechnung und Berechnungsmöglichkeiten im Abrechnungstipp

Anästhesie-Leistungen in BEMA und GOZ

In dieser Ausgabe zeigt Kerstin Salhoff auf, wie Anästhesie-Leistungen im BEMA abrechenbar sind und welche Berechnungsmöglichkeiten es in der GOZ gibt.

BEMA-Nr. 40: Infiltrationsanästhesie (Kürzel I)

Infiltrationsanästhesie für zwei nebeneinanderstehende Zähne:

Einbringen eines Lokalanästhetikums mittels einer Spritze und einer Nadel ins Gewebe. Die Injektion (Einspritzung) erfolgt intraoral (innerhalb der Mundhöhle) oder extraoral (außerhalb der Mundhöhle).

Bei der Infiltrationsanästhesie nach BEMA-Nr. 40 werden die Schmerzrezeptoren und feinen Nervenäste eines bestimmten, sehr begrenzten Behandlungsgebietes erfasst.

Die Abrechnung erfolgt für zwei nebeneinanderstehende Zähne. Die Leistung ist auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen über kons./chir. Abrechnung einzureichen. Bei der Abrechnung ist entsprechend der BEMA-Leistungsteile die Ziffer der Behandlungsart anzugeben:

- Ziffer 1 bei kons./chir.
- Ziffer 4 bei PAR-Behandlungen und
- Ziffer 5 bei Zahnersatzbehandlungen
- Die Abrechnung kann im Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen nur einmal je Sitzung erfolgen.

Dabei gelten die beiden mittleren Schneidezähne im Falle der Infiltrationsanästhesie nicht als ein Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen.

- ➔ Bei lang andauernden Eingriffen kann die BEMA-Nr. 40 ein zweites Mal notwendig sein und ist dann auch mit Bemerkung ein zweites Mal abrechnungsfähig.
- ➔ Auch die intraligamentäre Anästhesie ist nach Nr. 40 abzurechnen.



- ➔ Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so kann die BEMA Nr. 40 je Zahn einmal abgerechnet werden.

Bei der Leitungsanästhesie wird zwischen intraoral und extraoral unterschieden.

BEMA 41a: Leitungsanästhesie, intraoral (Kürzel L1)

Leitungsanästhesie, intraoral:

Die Injektion (Einspritzung) erfolgt intraoral, also innerhalb der Mundhöhle.

BEMA 41b: Leitungsanästhesie, extraoral (Kürzel L2)

Die Injektion (Einspritzung) erfolgt extraoral (von außerhalb der Mundhöhle). Einbringen eines Lokalanästhetikums mittels einer Spritze und einer Nadel ins Gewebe.

Bei der Leitungsanästhesie wird direkt ein Teil der Verlaufsbahn eines den Schmerz leitenden Nervs umspritzt, sodass an dieser Stelle die Fortleitung aller aus dem Versorgungsgebiet dieses Nervs eintreffenden Schmerzimpulse unterbrochen wird.

→ Die Abrechnung erfolgt je Kieferhälfte.

Die Leistung ist auch bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen über kons./chir. Abrechnung einzureichen.

→ Die Abrechnung einer Leistung nach der BEMA-Nr. 41 kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (BEMA-Nr. 40) nicht ausreicht. Dies ist gegeben:

- im Unterkiefer in der Regel,
- im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen, die die Anwendung der Infiltrationsanästhesie nicht gestatten, oder bei größeren chirurgischen Eingriffen, nicht jedoch neben der BEMA- Nr.
 - 43 X1 Entfernung einwurzeliger Zahn
 - 46 chirurgische Wundrevision
 - 49 Exzision von Mundschleimhaut
 - 50 Exzision einer Schleimhautwucherung.

→ Bei chirurgischen und parodontalchirurgischen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen die Nr. 41 und die Nr. 40 abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.

→ Bei lang dauernden Eingriffen ist die BEMA-Nr. 41 ein zweites Mal abrechnungsfähig.

→ Die Materialkosten für das Anästhetikum sind im BEMA nicht zusätzlich abrechenbar.

GOZ

GOZ 0080: Intraorale Oberflächenanästhesie (nicht im BEMA enthalten)

Die Abrechnung erfolgt je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich und ist für das Aufbringen von oberflächenbetäubenden Medikamenten als selbstständige Leistung berechnungsfähig, z. B.

- zum Vorbetäuben der Einstichstelle vor Infiltrations- und Leitungsanästhesien
- zur Beseitigung des Würgereflexes bei Röntgenaufnahmen oder Abformungen

- spezielle Elektronische Verfahren (TENS) oder thermische Verfahren (Kältespray) können eingesetzt werden
- die ggf. notwendige Wiederholung einer Oberflächenanästhesie nach Wirkungsverlust löst den Ansatz der GOZ- Nr. 0080 erneut aus
- auch die sogenannte „Druckanästhesie“ erfüllt den Leistungsinhalt der GOZ Nr. 0080
- Oraquix wird ebenfalls über die GOZ Nr. 0080 abgerechnet. Hier können die Materialkosten für das teure Anästhesiegel zusätzlich berechnet werden!

→ Die Oberflächenanästhesie kann mit dem gesetzlich versicherten Patienten zusätzlich privat nach BMV-Z § 8 Abs. 7 vereinbart werden.

GOZ 0090: Intraorale Infiltrationsanästhesie

Bei der Infiltrationsanästhesie werden die Schmerzrezeptoren und feinen Nervenäste eines bestimmten, sehr begrenzten Behandlungsgebietes erfasst. Zu den Infiltrationsanästhesien zählen auch die intraligamentären und intraossären Anästhesien.

→ Die Abrechnung erfolgt je Zahn, je Anästhesie und im Regelfall einmal je Sitzung.

Die routinemäßige Berechnung je Einstichstelle ist nicht zulässig.

→ Dennoch kann eine ggf. notwendige erneute Injektion als Ausnahmefall betrachtet werden. Erstattungsschwierigkeiten können Sie vermeiden, indem Sie bereits auf der Rechnung eine ausführliche Begründung angeben:

- zur Erzielung einer ausreichenden Anästhesietiefe vestibulär/lingual/palatal
- zur vollständigen Schmerzausschaltung bei hypersensibler Schmerzempfindung
- Wiederholung der Anästhesie bei lang andauerndem Eingriff aufgrund nachlassender Wirkung
- zum Erreichen einer relativen Blutarmut
- Verwendung einer Infiltration ohne gefäßverengende Medikamente (Vasokonstringenzen)
- intraligamentäre Anästhesie (ILA), erforderlich pro Zahnwurzel und in der Furkation zur tiefen Kurzzeitanalgesie

GOZ 0100: Intraorale Leitungsanästhesie

Bei der Leitungsanästhesie wird direkt ein Teil der Verlaufsbahn eines den Schmerz leitenden Nervs umspritzt, sodass an dieser Stelle die Fortleitung aller aus dem Versorgungsgebiet dieses Nervs eintreffenden Schmerzimpulse unterbrochen wird.

Das Anwendungsgebiet der Leitungsanästhesie ist im Grundsatz der Unterkiefer.

Im Oberkiefer kann die Leitungsanästhesie zum Einsatz kommen, wenn es sich um eine der folgenden Anästhesien des

- Nervus infraorbitalis,
- Nervus incisivus,
- Nervus palatinus,
- oder des Tubers handelt.

Die Abrechnung erfolgt nach GOZ- Nr. 0100 je Anästhesie und einmal je Sitzung und Kieferhälfte.

In Ausnahmefällen kann eine Mehrfachberechnung erforderlich sein, der Ausnahmefall ist dabei auf der Rechnung zu begründen.

Im Einzelfall ist eine notwendige Erbringung und Berechnung einer zusätzlichen Infiltrationsanästhesie möglich.

Das Verbrauchsmaterial ist immer zusätzlich, egal ob I oder L1, in der tatsächlichen Menge berechenbar und 1:1 an den Patienten weiterzugeben: z. B. vm Anästhesielösung, je Ampulle xx Euro.

Honorar im BEMA höher als in der GOZ – auch bei der Anästhesie

- ➔ GOZ 0090: Faktorsteigerung auf den 3,1-fachen Gebührensatz notwendig, um das BEMA-Honorar 2025 zu erreichen.
- ➔ GOZ 0100: Faktorsteigerung auf den 4,0-fachen Gebührensatz notwendig, um das BEMA-Honorar 2025 zu erreichen.

Kommen Sie Ihrer Aufklärungspflicht – auch über Alternativen – nach. Auch aus rechtlicher Sicht sollte die Aufklärung des Patienten über die jeweilige Anästhesie und sein Einverständnis zur Anästhesie der Praxis vorliegen.

Die intraligamentäre Anästhesie kann eine echte Behandlungsalternative zur Leitungsanästhesie sein.

Mit Urteil vom 19.04.2016 (Az.: 26 U 199/15) hat das OLG Hamm entschieden, dass ein Zahnarzt für eine Behandlung mittels Infiltrations- oder Leitungsanästhesie haften kann, sofern er es unterlassen hat, den Patienten über die als echte Alternative mögliche Behandlung mittels intraligamentärer Anästhesie aufzuklären.

Zahnarzt haftet bei unterlassener Aufklärung

Die vom Patienten für den zahnärztlichen Eingriff erteilte Einwilligung sei deswegen unwirksam gewesen.

Die Dokumentation ist zwingend und unerlässlich, um Honorar-einbußen zu vermeiden, oder im Falle einer Wirtschaftlichkeits-

prüfung der gesetzlichen Krankenkassen keine Beanstandungen oder Honorarkürzungen in Kauf nehmen zu müssen.

Was muss dokumentiert werden:

- Liegt die Risikoaufklärung des Patienten in der Dokumentation vor?
- Zahnangabe bzw. Region zwingend notwendig
- Welches Anästhetikum verwendet wurde
- Welche Menge verbraucht wurde
- Angabe der Behandlungsdauer
- Begründen Sie Besonderheiten in der Behandlung (z. B. schnell nachlassende Anästhesiewirkung etc.)

Nach der Behandlung möchte Patient Ungeduldig schnell wieder das Gefühl haben, sprechen und lachen zu können? Zum Beispiel mit „OraVerse“ ist der Patient dazu in der Lage. Die Berechnung erfolgt grundsätzlich als analoge Leistung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ.

Sie entscheiden mit dem Patienten über die medizinische Notwendigkeit:

1. Möglichkeit: Die medizinische Notwendigkeit ist beruflich begründet, z. B. bei einem Sänger, Politiker, Referenten, Manager etc., also Patienten die in der Öffentlichkeit und unter Zeitdruck stehen. Oder als
2. Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ mit dem Patienten vereinbaren:

Allerdings sind Verlangensleistungen (Wunschleistungen) auf der Rechnung zu kennzeichnen, fallen somit nicht unter den Versicherungsschutz nach § 1 Abs. 1 und 2 GOZ. Auch muss ggf. die Mehrwertsteuer in Höhe von 19 Prozent auf der Rechnung ausgewiesen werden.



Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org

Gaumenfreie Hybridversorgung mit Implantaten

Eine klinische Fallstudie zu Pfeilervermehrung und langfristiger Stabilität

Ein Beitrag von Dr. Christian Bein, ZTM Werner Tilg

Aufgrund des Verlustes der seitlichen Zähne in allen vier Quadranten und kariös zerstörtem Restzahngebiss kann der Patientenwunsch nach einem gaumenfreien und funktionellen Zahnersatz mithilfe von Implantaten im Sinne einer Pfeilervermehrung erfüllt werden. Jedoch gilt es, im Zuge der Therapieplanung zu entscheiden, ob die Versorgung abnehmbar oder festsitzend realisiert werden soll. Wichtige Kriterien der Entscheidungsfindung sind eine umfassende Risikobewertung, die Analyse des knöchernen Fundaments, die Compliance des Patienten sowie dessen zur Verfügung stehendes finanzielles Budget.

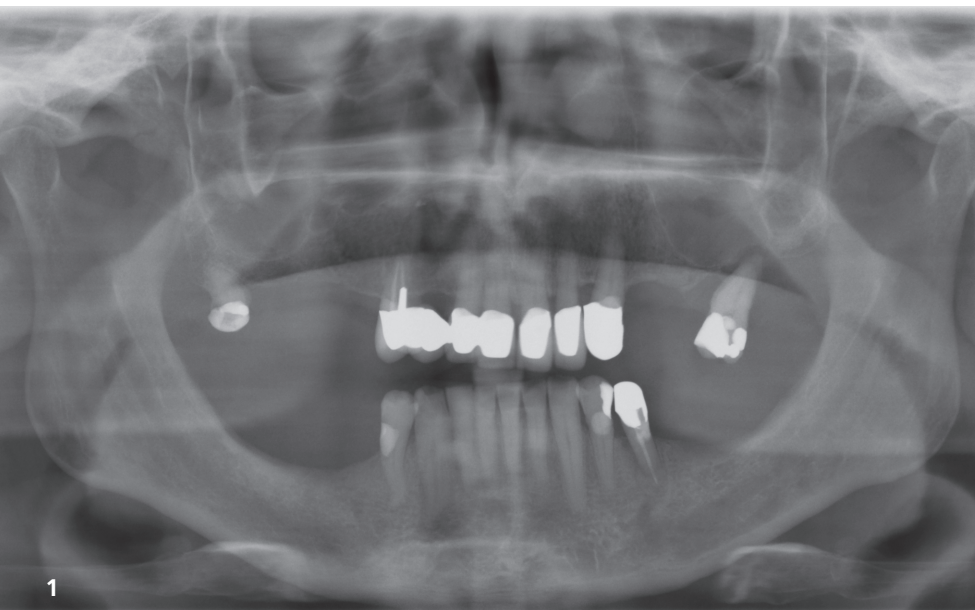


Abb. 1: Röntgenologischer Befund.

Ein 68-jähriger Patient kam im März 2022 mit dem Wunsch zur Lösung seiner oralen Probleme in die Praxis.

Die Erstuntersuchung zeigte den Verlust der seitlichen Zähne sowohl im Ober- als auch Unterkiefer. Die Nahrungszerkleinerung war nur begrenzt möglich. Dies ging mit seiner Aussage, er habe Probleme beim

Kauen sowie Magenschmerzen nach dem Essen, einher. Eine prothetische Neuversorgung beider Kiefer war unabdingbar.

Klinischer Befund

Die allgemeinmedizinische Anamnese war unauffällig. Der Restzahnbestand war kariös zerstört, die Zähne 18, 27 und 35 waren

nicht erhaltungswürdig, die Mundhygiene mangelhaft und das Parodont entzündet (Abb. 1). Aus dem Patientengespräch ging klar hervor, dass der Patient unter keinen Umständen eine Totalprothese oder eine Gaumenabdeckung akzeptierte.

Im Team wurden folgende Versorgungsformen diskutiert:

- Konventioneller herausnehmbarer Zahnersatz in Form einer Klammermodellgussprothese
- Herausnehmbarer Ersatz mittels Teleskopkronen
- Festsitzender implantatgetragener Ersatz nach Exaktion der Restzähne im Sinne einer All-on-X Lösung
- Hybridversorgung auf Implantaten und Zähnen durch Pfeilervermehrung und Vergrößerung des Belastungspolygons

Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung war es, die Compliance des Patienten zu verbessern.¹ Nach einem ausführlichen Gespräch erhielt er Termine für die professionelle Zahnreinigung, Instruktionen zur häuslichen Mundhygiene und es wurde ein dreistufiger Plan zur Parodontitisbehandlung erstellt.

Das Röntgenbild zeigte, dass die kariösen Zähne 14, 12, 11, 21, 22, 23 sowie 33, 34 und 43, 33 nach einer Sanierung und der Entfernung der entzündlichen Gewebe eine gute langzeitstabile Prognose hatten, um als Pfeilerzähne in den Ersatz eingebunden zu werden. Allerdings war deren Verteilung ungünstig, um einen langfristigen Versorgungserfolg prognostizieren zu können und die Abnutzung an den Klammerzähnen aufgrund der aktiven Klammerarme war zu stark. Auch wäre es aus Stabilitätsgründen notwendig, den Gaumen zu bedecken, was nicht dem Wunsch des Patienten entsprach. Die Prognose für eine rein zahngetragene Teleskopversorgung schied aufgrund der ungünstigen Pfeilerverteilung und Rotationskräfte, die auf die natürlichen Zähne und den Kieferknochen wirken würde, aus denselben Gründen aus. Mittels einer statischen Pfeilervermehrung durch Implantate beidseits im posterioren Bereich könnte die Teleskopversorgung gaumensfrei und dennoch stabil realisiert werden. Mit zusätzlichen kleinen Halteelementen sitzt die Versorgung sicher und fest im Mund.² Damit werden sowohl die Zähne als auch der Alveolarknochen bestmöglich geschützt. Die Extraktion der kariösen Zähne war schon aus ethischer Sicht keine Option. Nach der Vorstellung der möglichen Versorgungsformen entschied sich der Patient für die abnehmbare, gaumensfreie Hybridlösung mit je einem im Seitenzahngebiet inserierten Implantat zur suffizienten Abstützung der Versorgung. Um langzeitstabil und jederzeit erweiterbar zu versorgen, wurde im Oberkiefer eine teleskopierende Brücke auf den sanierten Zähnen und den Implantaten geplant. Im Unterkiefer sollte die abnehmbare Versorgung auf jeweils zwei Teleskopkronen Regio 33 und 34 sowie 43 und 44 mit einem sublingualen Modellgussbügel realisiert werden.

Auch die Wahl der Materialien spielte bei der Entscheidungsfindung der gewünschten Low-Budget-Lösung eine maßgebliche Rolle. Eine unnötige Materialvielfalt in der hergestellten Versorgung könnte im



Abb. 2: Temporäres Sofortprovisorium nach parodontaler Vorbehandlung.

schlechtesten Fall eine elektrochemische Korrosion im Mund des Patienten initiieren. Um dies zu umgehen, fiel die Entscheidung für eine Cobalt-Chrom(CoCr)-basierte Lösung. Neben der kostengünstigen Versorgungsmöglichkeit sind weitere Vorteile von CoCr die hohe Festigkeit, Langlebigkeit, Biokompatibilität und Korrosionsbeständigkeit. Aufgrund der Materialeigenschaften können die Primär- und Sekundärkronen äußerst grazil gestaltet werden, was für den ästhetischen Bereich vorteilhaft ist. Heute werden Implantataufbauten für die Implantate von Camlog auch als CoCr-CAM-Rohlinge mit der Original-Implantatanschlussgeometrie angeboten. Diese Rohlinge können direkt als „Teleskop-Primärteil“ gefräst werden.

Behandlungsablauf

Im März 2022 wurden die kariösen Defekte der Zähne beseitigt und die Zähne mit einem adhäsiven Kunststoff aufgebaut. Die sanierten Pfeilerzähne hatten eine stabile Prognose, sodass sie in das Gesamtbehandlungskonzept als Teleskopkronen eingebunden werden konnten. Blutungen auf Sondierungen lagen an den verbleibenden Zähnen vor, auch waren die Sondierungstiefen teilweise auffällig. Zur Regeneration des Zahnhalteapparates erfolgte die parodontale Vorbehandlung mit diversen Zahnreinigungs-

terminen, der Entfernung von bakteriellen Belägen, dem Glätten der Zahnwurzeln und der Aufklärung in der häuslichen Mundhygiene durch eine Dentalhygienikerin. Der chirurgische Eingriff zur PA Behandlung fand im August 2022 statt. Dabei wurde krankhaftes Gewebe entfernt und das Zahnfleisch durch Nähte eng an den Zahn gelegt.

Nach Abheilung und Etablierung einer gesunden Weichgewebemanschette wurden zwei Monate später sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer die Pfeilerzähne für ein temporäres Sofortprovisorium präpariert (Abb. 2). Um einen langzeitstabilen Implantaterfolg zu gewährleisten, musste der durch den Zahnverlust resorbierte Kieferknochen vorwiegend nach vestibulär verbreitert werden. Beim chirurgischen Eingriff wurde ein langsam resorbierendes bovines Knochenersatzmaterial (MinerOss® X, BioHorizons Camlog) verwendet, das beidseits nach Präparation eines Mukoperiostlappens aufgelagert wurde. Nach Mobilisierung der Weichgewebe wurden die Lappen spannungsfrei und speicheldicht verschlossen.

Die Implantation zweier CAMLOG® SCREW-LINE Promote Implantate Regio 15 (Ø3,8mm/L 11 mm) und Regio 24 (Ø4,3 mm/L 11 mm) erfolgte gemäß des herstellerseitig empfohlenen Bohrproto-

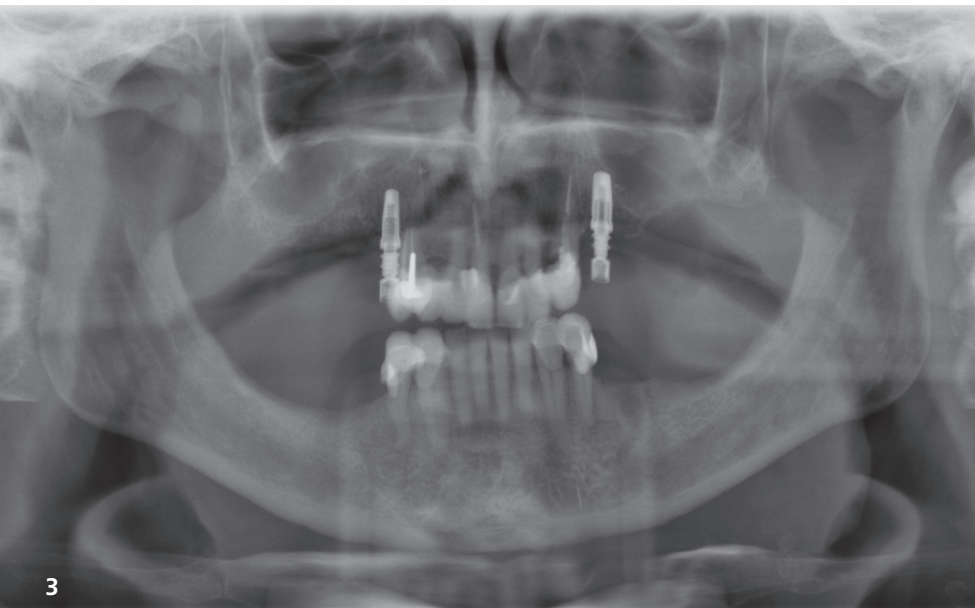


Abb. 3: Insertion zweier Implantate zur Pfeilervermehrung. – **Abb. 4:** Finale Präparation der Teleskop-pfeilerzähne.

kolls sieben Monate nach der Augmentations (Abb. 3). Aufgrund der verbesserungsbedürftigen Mundhygiene entschied sich das behandelnde Team zur Risikominimierung durch eine gedeckte Implantateinheilung. Nach einem regelgerechten Heilungsverlauf wurden die Implantate im November 2023 mit einer Stichinzision freigelegt und Gingivaformer (3 mm Höhe)

aufgeschraubt (Abb. 4). Nachdem die periimplantären Weichgewebe abgeheilt und ausgeformt waren, wurden die Zähne final präpariert, die Abformpfosten für die geschlossene Technik aufgeschraubt und mittels individueller Löffel mit Impregum® (3M® ESPE) abgeformt. Zur Vorregistrierung wurde ein Quetschbiss mit Silikon genommen, der eine gute Orientierung

für die im nächsten Schritt durchzuführenden Bissregistrierung darstellte.

Erstellung der abnehmbaren teleskopierenden Versorgungen

Im nächsten Schritt erfolgte im Labor die Herstellung der Meistermodelle, die mittels eines Gesichtsbogens und des Orientierungsbisses in den Artikulator montiert wurden. Zunächst wurden die Pfeilerzähne vermessen und die günstigste Einschubrichtung für die Teleskopkronen festgelegt. Die Implantataufbauten wurden im Sinne eines Teleskop-Primärteils designt und anschließend aus den CAMLOG® CoCr-CAM-Rohlingen gefräst (CORITEC 350i X PRO; Abb. 5+6). Die Primärteile auf den verbliebenen Zahnstümpfen wurden modelliert, in Wachs gefräst und gegossen (Sheralit-Imperial, Shera). Die Primärteile sollten über ausreichende Friktionsflächen verfügen, sodass im Falle eines Zahnverlusts die Rekonstruktion ohne Haftverlust einfach erweiterbar ist. Der nächste Termin fand in der Praxis statt. Die Primärteile wurden mit einem Tropfen temporärem Zement auf die Zahnstümpfe aufgesteckt, die Passung wurde überprüft, die Implantatabutments wurden eingesetzt und mit 20 Ncm festgeschraubt (Abb. 7+8). Dabei konnten die



Abb. 5: Erweiterung der Teleskopfeiler mittels Implantataufbauten. – **Abb. 6:** CoCr-Primärteleskop. – **Abb. 7:** Passungskontrolle der Primärteleskope vor Sammelabdruck. – **Abb. 8:** Überprüfung der Lage der Abutmentschulter.

subgingivale Ausformung und die Lage der Abutmentschulter (Abutment-Kronen-Übergang) geprüft werden. Um die orale Position der Komponenten und die Weichgewebesituation auf das Modell zu übertragen, erfolgte die Überabformung beider Kiefer mittels individueller Löffel und einem Polyether-Abformmaterial (Impregum®, 3M® ESPE). Für die exakte Übertragung der Abutments waren im Labor Kunststoffkappchen mit Retentionsflügeln erstellt worden, die eine perfekte Repositionierung der Abutments in der Abformung ermöglichten.

Wichtig ist es, dass vor der Modellherstellung der korrekte Sitz aller Primärteile in der Abformung kontrolliert wird. Dies ist essenziell, da Fehler, die hier entstehen, eine erfolgreiche Versorgung gefährden. Mit Pattern Resin™ LS (GC Europe) wurden Kunststoffstümpfe für die Primärteile hergestellt, versehen mit Retentionspins für einen verdrehsicheren Sitz im Modell, und die Abutments in den Kunststoffkappchen repositioniert. Nach der Modellherstellung erfolgte die Kreuzmontage der neuen Modelle mithilfe des Silikonbisses in den Artikulator. Im analogen labortechnischen Verfahren wurden die Primärteile feingefräst, poliert und Sekundärkappchen gegossen (Abb. 9+10). Bei Prothetikelösungen aus NEM wurden speziell für die Teleskopkrontechnik entwickelte Friktionselemente (TK-Soft, Si-tec) in die endständigen Sekundärkronen eingearbeitet. Diese feinjustierbaren Friktionselemente ermöglichen durch die Aktivierbarkeit der Metallschraube einen dauerhaften Halt der Hybridprothesen. Ebenso kann dieses Friktionselement problemlos ausgetauscht beziehungsweise erneuert werden. Nachdem die Kappchen aufgespasst waren, wurde das Modell dupliert und eine Metallstützstruktur im Oberkiefer und ein Sublingualbügel modelliert und gegossen. Die orale spannungsfreie Verklebung der Kappchen sollte beim nächsten Termin in der Praxis erfolgen. Für einen zeit- und kosteneffizienten Behandlungsablauf fand zu diesem Termin auch gleich eine Ästhetikeinprobe statt.

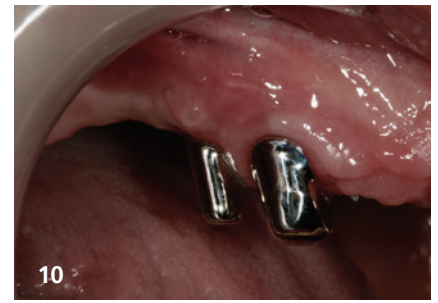


Abb. 9: Primärteile in situ. – **Abb. 10:** Exakte Einschubrichtung der Teleskopkronen und der Primärabutments. – **Abb. 11:** Ästhetikeinprobe und Bissnahme.

Nach dem Motto: „What you see is what you get“ konnte der Patient das Ergebnis bei der Ästhetikeinprobe sehen. Die Aufstellung war mit Verblendschalen (novolign, bredent) realisiert worden. Damit sind eventuelle Änderungswünsche einfach umzusetzen. Die novolign Verblendschalen bestehen aus einem mikrokeramisch gefüllten High-Impact-Polymer-Komposit und eignen sich für die dauerhafte Verblendung von Metallgerüsten. Die hohe Bruchfestigkeit und ein niedriges E-Modul weisen eine stoßdämpfende Wirkung auf und sind deshalb bei implantatgetragenen Arbeiten vorteilhaft. Auf den Metallstrukturen waren Wachswälle für eine feinjustierte Bissnahme angebracht (Abb. 11).

Nachdem die Verklebung der Sekundärteile in die Metallstrukturen erfolgt, ein Biss genommen war und der Patient keine Änderungswünsche bezüglich der Ästhetik hatte, konnte die Finalisierung der Versorgung im Labor realisiert werden. Es

zeigte sich, dass sich der Aufwand und die akribische Kontrolle bei der Sammelabformung gelohnt hatten. Die verklebte Konstruktion passte ohne weitere Modifikation auf die Meistermodelle.

Der Unterkiefer wurde mithilfe der neuen Bissnahme einartikuliert und sowohl die Hybridprothese als auch die Unterkieferversorgung konnten nach Aufstellung der Seitenzähne fertiggestellt werden. Auch bei der Fertigstellung wurde darauf geachtet, die Materialien aus einem Materialstamm zu verwenden (combolign, Befestigungskomposit, crealign, Verblendkomposit, neolign, Vollzähne, novolign Verblendschalen und visiolign, Malfarben, bredent).

Mit Mono-Poly Farbe K34, einem rosafarbenen Kaltpolymerisat mit Mikroperlen auf Methylmethacrylatbasis wurden die Prothesenanteile im Kunststoffgussverfahren verfüllt.



Abb. 12: Finale Versorgung im Oberkiefer, dank der Implantate und der Stabilität der CoCr-Legierung konnte die Versorgung gaumenfrei gestaltet werden. – **Abb. 13:** Reziprok eingearbeitetes feinjustierbares Friktionselement, das eine dauerhafte Friktion durch Aktivierung der Metallschraube ermöglicht. – **Abb. 14:** TK-Soft-Friktionselement auch im Unterkiefer distal der Teleskope Regio 34 und 44. – **Abb. 15:** Unterkieferversorgung mit einem Sublingualbügel.

Nach erfolgreichem Ausarbeiten und Politur konnten die Versorgungen eingesetzt werden (Abb. 12–15). Besonderes Augenmerk wurde auf das Zementieren der Primärkronen und die korrekte Positionierung der beiden Implanatabutments gelegt (Abb. 16). Der Patient war mit der Ästhetik, Phonetik und Funktionalität der Versorgung sehr zufrieden (Abb. 17).

Bei einer Kontrolle am folgenden Tag wurde die Aus- und Eingliederung der Prothesen mit dem Patienten geübt.

Diskussion

Versorgungen mit Teleskopen und möglichst großen Laufflächen bieten einen guten Prothesenhalt und lassen einen ge-

ringeren Nachsorgeaufwand erwarten. Jedoch geht die Teleskopkronentechnik mit einem hohen zahntechnischen Aufwand einher und erfordert großes fachliches und materialkundliches Anwendungswissen. Bei der Anforderung eines kostengünstigen, aber langzeitstabilen Zahnersatzes muss das Material für die Fertigung abgewogen werden. Aufgrund der Ästhetik und der Friktion von Teleskopkronen ist die erste Materialwahl im Labor Zirkoniumdioxid für Primärteile und Galvanosekundärkäppchen verklebt in der Tertiärstruktur. Dem gegenüber steht die CoCr-Legierung, die sich durch eine hohe Festigkeit, Langlebigkeit, Biokompatibilität und Korrosionsbeständigkeit auszeichnet. Der Werkstoff gehört seit jeher – nicht nur für Modellgussprothesen – zu den am häufigsten verwendeten Legierungen in der Zahnmedizin. Um bei der Herstellung in einer Materialfamilie zu bleiben, auch im Hinblick, eine elektrochemische Korrosion im Mund des Patienten zu vermeiden,³ stehen Rohlinge mit der Originalanschlussgeometrie der CAMLOG® Implantate aus CoCr für die CAM-Fertigung zur Verfügung. Auf Basis von Intraoral- oder Modellscans kann neben der Abutmentform auch das Kronendurchtrittsprofil patientenindividuell designt und in der Folge gefertigt werden. CoCr verspricht gerade in der Doppelkronentechnik eine verbesserte Gleitfähigkeit zwischen Primär- und Sekundärteil im Vergleich zu Titan und zeigt eine geringere Plaqueanfälligkeit gegenüber PEEK.^{4,5} Fortschritte in der digitalen Fertigung haben frühere Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Gießen, wie Verzug, Porosität und arbeitsintensive Produktion bewältigt. Somit sind CoCr-Restaurationen heute deutlich präziser und effizienter realisierbar. Im Vergleich zu Goldlegierungen oder galvanisch geformten Käppchen ermöglicht CoCr dünnere und dennoch stabile Primär- und Sekundärstrukturen und es wird im Allgemeinen als leichter zu polieren angesehen als Titan.

Dank der strategischen Pfeilervermehrung durch Implantate beidseits im postero-

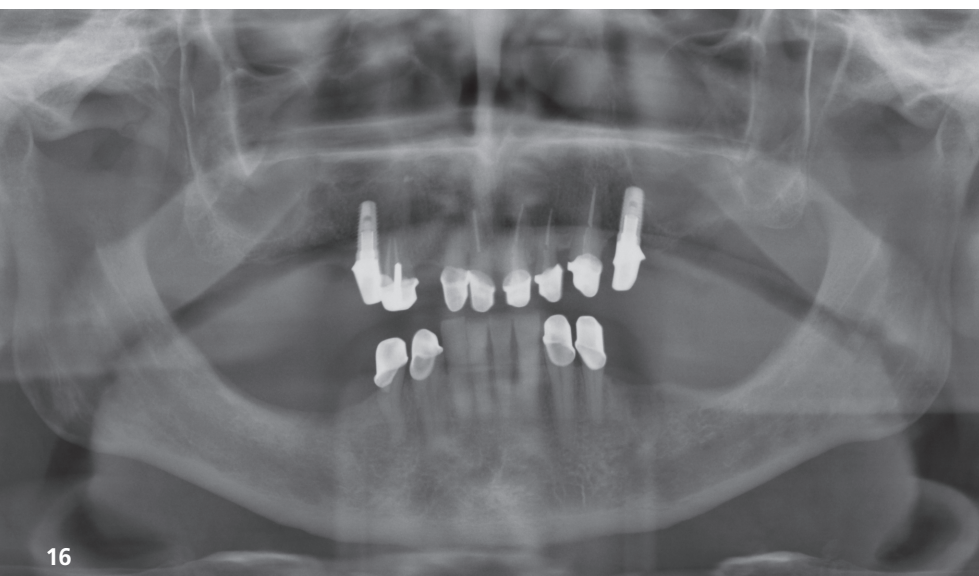


Abb. 16: Röntgenkontrollbild nach Zementieren der Primärteleskope.

17

Abb. 17: Ästhetik-, Phonetik- und Funktionskontrolle.

ren Bereich des Oberkiefers konnten eine Vergrößerung des Belastungspolygons erreicht und Rotationsbewegungen, die negative Einwirkungen sowohl auf den Kieferknochen als auch die natürlichen Zähne gehabt hätten, vermieden werden.

Ergebnis

Mit diesem Behandlungskonzept konnte dem Wunsch des Patienten nach einem gaumenfreien, jedoch kostengünstigen Zahnersatz entsprochen werden. Aufgrund des Zahnerhalts der kariös zerstörten Zähne und der Pfeilervermehrung mit Vergrößerung des Belastungspolygons durch zwei Implantate ist ein durchaus akzeptabler Kaukomfort erreicht worden.

Die Fräsflächen wurden so gewählt, dass auch bei Verlust eines Zahnes die Weiterverwendung oder Erweiterbarkeit des Zahnersatzes möglich ist. Die periimplantären Weichgewebe sind gesund ausgeformt und zeigen eine gute Adaption an die CoCr-Abutments. Mit entsprechenden Mundhygienemaßnahmen und engmaschigen Recalls ist eine suffiziente langzeitstabile Versorgung erreichbar.

Fazit

Der vorliegende klinische Ausgangsbefund in Verbindung mit der Compliance des Patienten ließ auch unter Einbeziehung von Implantaten keinen festsitzenden Zahnersatz zu. Daher hatten sich Behandler und Patient für die teleskopierende Hybridversorgung aus NEM (CoCr) entschieden, die nach zweijähriger Behandlungsdauer zur vollen Zufriedenheit des Patienten eingesetzt wurde.

Dr. Christian Bein



ZTM Werner Tilg



Literatur



Kontakt

Dr. Christian Bein
info@zahn-bein.de
www.zahn-bein.de



Kontakt

ZTM Werner Tilg
info@rt-zahntechnik.de
www.rt-zahntechnik.de

ANZEIGE

Dental News

jetzt auf

WhatsApp

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

JETZT
 anmelden und nichts mehr verpassen!



WhatsApp

DENTAL
 News

Krestales Hart- und Weichgewebsmanagement aktueller Implantatsysteme

Ein Beitrag von Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Steffen Kistler, Dr. Frank Kistler und Prof. Günter Dhom

Die Entwicklung des periimplantären Knochenniveaus hängt von zahlreichen Parametern ab. Der innovative Ansatz der subkrestalen Implantatpositionierung erfordert schmale Abutments mit einer konkaven Gestaltung, um die Sicherstellung eines ausreichenden Weichgewebevolumens zu ermöglichen. Ein mangelnder Weichgeweberaum begünstigt Weichgewebenekrose, erhöht das Entzündungsrisiko und führt unweigerlich zu marginalem Knochenabbau, was den langfristigen Implantaterfolg kompromittiert.

Die Erhaltung und Entwicklung des periimplantären Knochenniveaus gilt als ein wesentlicher Indikator für den langfristigen Erfolg dentaler Implantate. Insbesondere das Abutmentdesign, als Verbindungselement zwischen Implantatkörper und prothetischer Versorgung, hat sich als zentraler Einflussfaktor herauskristallisiert.

Frühe Implantatsysteme wiesen häufig eine Steckverbindung mit einem planen Anschluss von Implantat zu Aufbauteil auf und zeigten gerade im sensiblen Übergangsbereich von Knochen zu Weichgewebe eine Ausdehnung zur Gestaltung des Emergenzprofils.²⁵ Dies führt zu einer Extension und Verdrängung des Weichgewebes am Übergang Implantat–Abutment, welche als Ursache für die Ausbildung periimplantärer Entzündungen und Knochenresorptionen diskutiert wird.⁶ Die Entwicklung konischer Verbindungen ermöglicht eine höhere mechanische Stabilität mit dem sogenannten Platform-Switch durch einen geringeren Abutmentdurchmesser als der des Implantates, was in zahlreichen Studien mit einer geringeren periimplantären Knochenresorption assoziiert wurde.^{16,25}

Parallel hierzu wurde die Bedeutung der Oberflächenbeschaffenheit des Implantathalses für die Gewebeadaptation erkannt.^{17,27} Während glatte Oberflächen traditionell

als vorteilhaft für die Weichgewebeadaptation gelten, zeigte sich in neueren Untersuchungen, dass mikrostrukturierte und bioaktive Oberflächen eine verbesserte Knochenanlagerung und somit eine stabilere periimplantäre Knochenarchitektur fördern können.¹⁸ Da der Übergangsbereich von Weichgewebe zu Knochen selten plan gestaltet ist, erfordert dieser Bereich eine Anlagerungsoption von Knochen und Bindegewebe, die durch eine moderate Mikrostrukturierung erreicht werden kann.⁴ Die Kombination von mikrostrukturierten Implantathalsoberflächen mit optimierten Abutmentdesigns trägt so zur Reduktion von marginalem Knochenverlust bei.

Zur Beurteilung der Stabilität des periimplantären Knochenniveaus zeigt sich, dass ein multifaktorielles Zusammenspiel von interner Rotationssicherung, Verbindungssystem, Implantathalsoberfläche und Design des transgingivalen Durchtrittsbereiches des Abutments die Entwicklung des periimplantären Knochenniveaus maßgeblich steuert.^{3,21}

Das Konzept des Backtaper bei der Implantation

Das Backtaper-Design beschreibt eine spezifische Formgebung des Implantathalses, bei der der Implantatkörper im koronalen Bereich eine konische Verjüngung auf-

weist.¹⁴ Durch die Verjüngung des Implantathalses – dem sogenannten Backtaper – wird die Kontaktfläche zwischen Implantat und Knochen im koronalen Bereich reduziert, wodurch die Druckbelastung auf das periimplantäre Gewebe gezielt moduliert wird.^{11,12} Dies führt zu einer verminderten Kompression des marginalen Knochens und kann somit Knochenresorption vorbeugen. Gleichzeitig unterstützt die konische Form die Auflagerung von neu gebildetem Knochen auf der Implantatoberseite und die Ausbildung einer stabilen Weichgewebedichtung, welche als Barriere gegen bakterielle Infiltration wirkt und die entzündungsfreie periimplantäre Umgebung fördert.¹¹

Das Backtaper-Prinzip ist zudem bedeutsam für die mechanische Stabilität der Implantataufbauverbindung. Die Formgebung trägt zur Minimierung von Mikrobewegungen an der Implantat-Abutment-Schnittstelle bei, was in zahlreichen Studien mit einem geringeren marginalen Knochenabbau in Verbindung gebracht wurde.²⁴ Darüber hinaus erleichtert das Backtaper-Design die prothetische Versorgung durch eine harmonische Formanpassung zwischen Implantat und Abutment.²⁴

Neben dem Design des verwendeten Implantates spielt die korrekte vertikale Positionierung eine zentrale Rolle für den

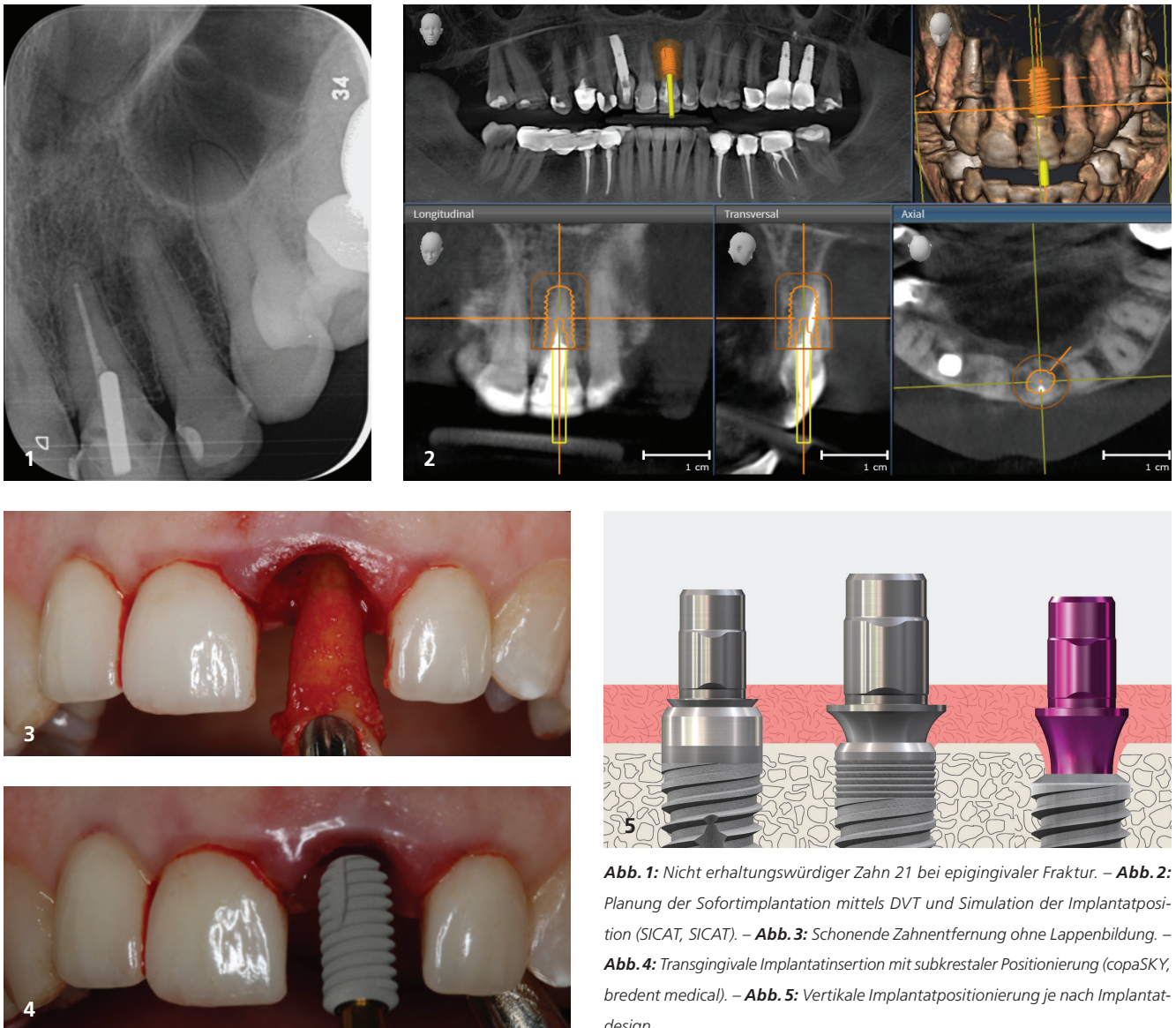


Abb. 1: Nicht erhaltungswürdiger Zahn 21 bei epigingivaler Fraktur. – **Abb. 2:** Planung der Sofortimplantation mittels DVT und Simulation der Implantatposition (SICAT, SICAT). – **Abb. 3:** Schonende Zahnentfernung ohne Lappenbildung. – **Abb. 4:** Transgingivale Implantatinsertion mit subkrestaler Positionierung (copaSKY, bredent medical). – **Abb. 5:** Vertikale Implantatpositionierung je nach Implantatdesign.

langfristigen Erhalt des periimplantären Knochenniveaus.¹⁷ Je nach Implantatsystem ist dabei entweder die epi-, supra- oder subkrestale Position zu wählen, da diese unterschiedliche biologische und biomechanische Konsequenzen mit sich bringt und eng mit dem jeweiligen Implantatdesign verknüpft ist (Abb. 1–5).²¹

Die suprakrestale Positionierung oder auch transgingivale Position beschreibt die Lage der Implantatanschlussgeometrie oberhalb des Knochenniveaus. Diese Vorgehensweise hat heute eine Renaissance für Implantate mit einem maschinieren Rand von 1,5–2 mm, da die Grenze der Implan-

tataufbauverbindung im nicht ästhetischen Bereich auf Schleimhautniveau platziert wird.^{1,6} Bei der suprakrestalen Positionierung ist aber darauf zu achten, dass nicht die für die Osseointegration konzipierte raue Oberfläche in die Mundhöhle exponiert wird, da dies potenziell das Risiko von Weichgeweberezeption und bakterieller Kontamination erhöht.²¹ Auch bei suprakrestalen Implantaten ist es wichtig, dass ausreichend Platz für das Weichgewebe vorhanden ist.

Epikrestale Positionierung bezeichnet die Implantatlage, bei der der Implantatthals auf Höhe des Knochens sitzt. Diese Posi-

tionierung ist bei klassischen Implantatdesigns mit einem schmalen, glatten Implantatthals verbreitet. Die epikrestale Lage zielt darauf ab, eine klare Trennung zwischen Hart- und Weichgewebe zu schaffen und eine stabile Weichgewebsbarriere zu etablieren.^{20,28} Sie kann jedoch anfälliger für marginalen Knochenabbau sein, insbesondere wenn mikrobielle Infiltration an der Implantat-Abutment-Schnittstelle auftritt.

Die subkrestale Positionierung, bei der die Implantatanschlussgeometrie unterhalb des Knochenniveaus liegt, gewinnt in der modernen Implantologie zunehmend an

Bedeutung.^{16,24} Insbesondere bei Implantatsystemen mit konischer Verbindung und rauer, mikrostrukturierter Implantathalsoberfläche kann die subkrestale Lage zur Förderung der Knochenstabilität beitragen.²⁵ Die Überdeckung des Implantathalses mit Knochen unterstützt das biologische Konzept des „Bone-to-Implant Contact“ (BIC) und reduziert die Belastung durch mikrobiellen Biofilm an der Schnittstelle (Abb. 6–8).

Im Zusammenhang mit der Positionierung hat sich das Zero-Bone-Loss-Konzept etabliert, das das Ziel verfolgt, den marginalen Knochenverlust nach Implantation auf ein Minimum zu reduzieren oder ganz zu verhindern.¹⁰ Dieses Konzept basiert auf einer Kombination aus optimiertem Implantatdesign (konische Verbindungen, mikrostrukturierte Oberflächen, Backtaper-Design), präziser subkrestaler Platzierung und biologischer Weichgewebsführung. Studien zeigen, dass gerade bei subkrestal platzierten Implantaten mit konischer Verbindung und schmalen und konkav ge-

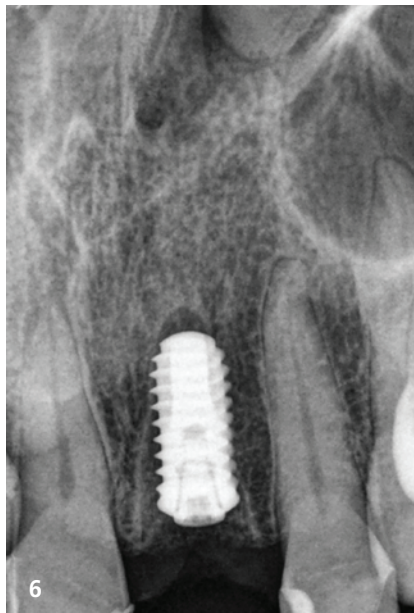
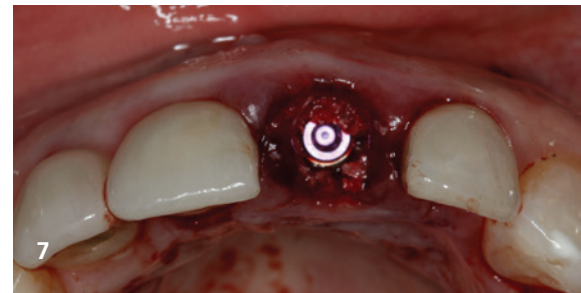


Abb. 6: Röntgenkontrolle der suprestalen Implantatpositionierung. – **Abb. 7:** Augmentation vestibulär und auf der Implantatschulter mit gesammelten Knochenspänen. – **Abb. 8:** Verstärkung des dünnen Weichgewebeprofiles mit autologem Bindegewebe-transplantat.



stalteten Abutments minimale oder keine marginalen Knochenverluste auftreten (Abb. 9–13).⁹

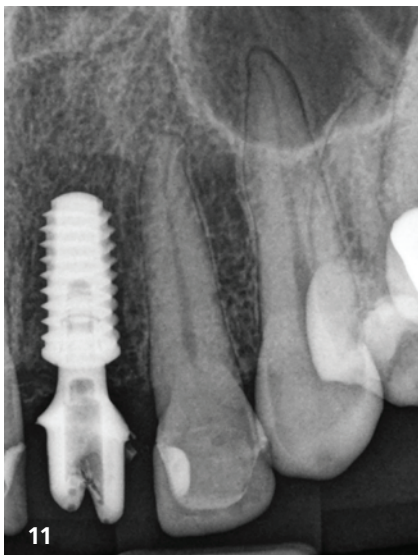
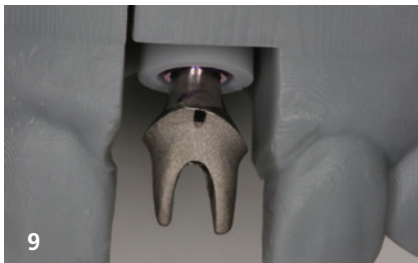
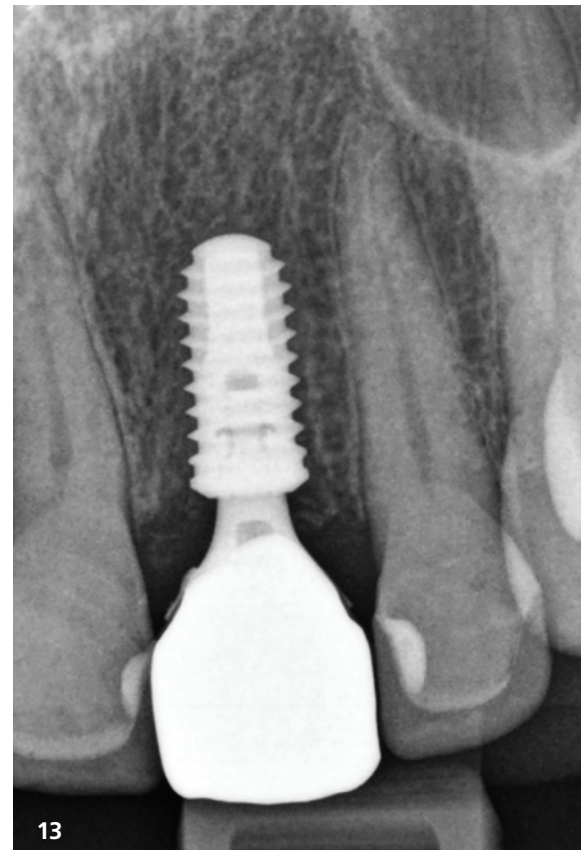


Abb. 9: Individuelle Gestaltung des Abutments im CAD/CAM-Verfahren (prefab-Rohling, bredent medical). – **Abb. 10:** Einprobe des individuell hergestellten Abutments zur Überprüfung der Weichgewebekontur. – **Abb. 11:** Radiologische Kontrolle des peri-implantären Raums mit Darstellung der Knochenanlagerung auf der Implantatschulter. – **Abb. 12:** Eingliederung der Keramikkrone. – **Abb. 13:** Kontrolle der Krone vor der vollständigen Entfernung der Zementreste.



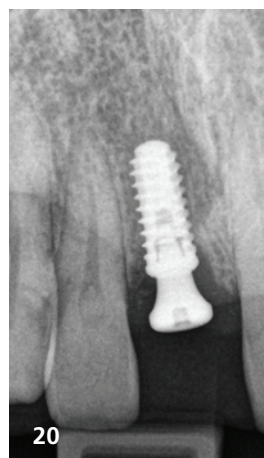
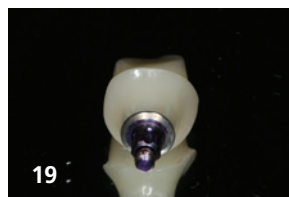
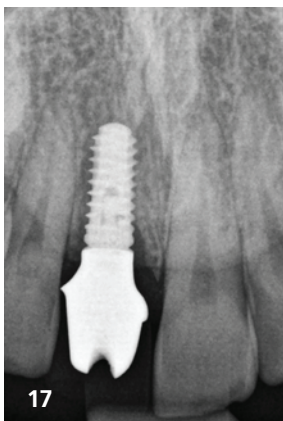
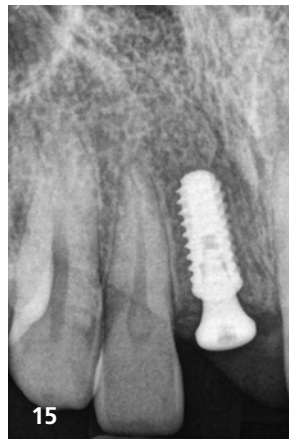
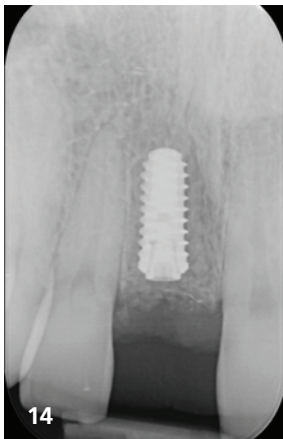


Abb. 14: Subkrestale Implantatinserterion nach Kieferkammrekonstruktion 11. – **Abb. 15:** Aktive Knochenbildung auf Implantatschulter bei Röntgenkontrolle nach Freilegung. – **Abb. 16:** Periimplantäre Entzündung mit Fistelgang nach provisorischer Versorgung und Druckschmerzsymptomatik. – **Abb. 17:** Röntgenkontrolle des Hybridabutments mit Gingivalhöhe 0 mm. – **Abb. 18:** Entzündliche Gingiva nach Abnahme der Versorgung. – **Abb. 19:** Breites Design des Abutments mit Kompression des Knochens. – **Abb. 20:** Verlust des marginalen Knochenlevels drei Monate nach Freilegung durch Kompression des periimplantären Knochens.

Risiken der subkrestalen Implantatpositionierung

Die subkrestale Positionierung dentaler Implantate bietet zahlreiche Vorteile hinsichtlich der marginalen Knochenstabilität.

Voraussetzung für den langfristigen Erfolg ist jedoch die ausreichende Berücksichtigung des periimplantären Weichgewebes, insbesondere in Bezug auf das Volumen und die Raumaufteilung zwischen Implantat, Abutment und umgebendem Gewebe.^{8,26}

Ein zentrales Risiko entsteht, wenn das verwendete Abutmentdesign zu wenig Raum für das Weichgewebe lässt und dadurch das Weichgewebe komprimiert oder verdrängt wird.²³ Diese verminderte Weichgewebeschicht kann die vaskuläre Versorgung beeinträchtigen, was zu einer Ischämie und in Folge zu Weichgewebenekrose und einer Druckschmerzsymptomatik

für den Patienten führen kann.⁸ Eine Nekrose des Weichgewebes öffnet die biologische Barriere gegen bakterielle Infiltration und begünstigt die Ansiedlung von pathogenen Mikroorganismen (Abb. 14–20). Die daraus resultierende Entzündungsreaktion führt häufig zu einem periimplantären Knochenabbau, der besonders im Bereich der Implantat-Abutment-Schnittstelle ausgeprägt sein kann.⁶ Studien belegen, dass ein zu geringer Abstand zwischen Knochen und Abutment oder eine fehlende Weichgewebezone mit ausreichender Dicke (idealerweise mindestens 2–3 mm) das Risiko für marginalen Knochenverlust signifikant erhöht.^{15,22}

Empfehlungen für einen stabilen marginalen Knochenabbau bei subkrestaler Implantatpositionierung

Um die Risiken einer Weichgewebenekrose und des damit verbundenen marginalen

Knochenabbaus bei subkrestal positionierten Implantaten zu minimieren, sollten folgende Maßnahmen berücksichtigt werden:

Vor Implantatinserterion sollte das Weichgewebe klinisch beurteilt werden. Ist das vorhandene Weichgewebe zu dünn (<2–3 mm), empfiehlt sich eine augmentative Weichgewebeaugmentation (z. B. Bindegewebstransplantate), um eine stabile, vaskularisierte Weichgewebeschicht besonders im anterioren Oberkiefer zu gewährleisten.²³

Bei der Auswahl der richtigen Abutmenthöhe und der Gestaltung der individuellen Abutments ist darauf zu achten, dass ausreichend Raum für das Weichgewebe vorgesehen ist, um Kompression zu vermeiden. Konkav geformte Abutments mit ausreichender Höhe schaffen mehr Raum für Weichgewebe und unterstützen eine gesunde Gewebeanlagerung.⁵

Parameter für langzeitstabiles Weichgewebe an Backtaper-Implantaten

1. Ausreichendes Weichgewebevolumen
2. Konkaves Abutmentdesign mit biologischem Raum
3. Verwendung von konischen Implantat-Abutment-Verbindungen
4. Präzise subkrestale Platzierung
5. Schonende chirurgische Technik
6. Regelmäßige postoperative Kontrolle und Pflege

Konische Verbindungen reduzieren Mikrobewegungen und mikrobielle Spalte an der Schnittstelle, was Entzündungen vorbeugt und die Weichgewebestabilität unterstützt.^{16,24} Dadurch entsteht systemimmanent ein Platform-Switch, sodass sich das Weichgewebe nicht nur lateral, sondern auch auf der Oberkante anlagern kann. Durch kaufunktionelle Belastungen beim Kauvorgang kann es dann nicht zu Scherkräften an der Implantatoberfläche mit einem Lösen des Weichgewebes kommen.

Die vertikale Implantatposition sollte so gewählt werden, dass trotz subkrestaler Lage genügend biologischer Raum für Weichgewebe verbleibt. Eine zu tiefe Platzierung ohne ausreichenden Weichgeweberaum erhöht das Risiko von Nekrose und Knochenverlust.⁸

Minimalinvasive und atraumatische Operationsmethoden fördern die Erhaltung der Gefäßversorgung des Weichgewebes und unterstützen die Heilung. Bei systembedingt vorgesehenen Krestalbohrern sollten diese auch verwendet werden, um eine formschlüssige Implantatbetttaufbereitung sicherzustellen.¹³

Frühzeitiges Erkennen von Weichgewebeproblemen durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen ermöglicht zeitnahes Eingreifen und verhindert das Fortschreiten von Entzündungen.⁷

Durch die konsequente Beachtung dieser Empfehlungen lässt sich das Risiko einer Weichgewebeschädigung und der damit

verbundenen marginalen Knochenresorption bei subkrestal platzierten Implantaten deutlich reduzieren, was entscheidend zum langfristigen Erfolg implantatprothetischer Versorgungen beiträgt.

Diskussion

Ein historischer Rückblick zeigt, dass das Verständnis der Implantatgeometrie und ihre Wirkung auf die Belastungsverteilung im periimplantären Knochen bereits seit den frühen Studien kontinuierlich gewachsen ist.⁶ Dieses Wissen bildet die Grundlage für die heutige Entwicklung und Optimierung von Implantatdesigns und Positionierungskonzepten, die den Schutz und Erhalt des periimplantären Knochens fördern.

Das Backtaper-Konzept stellt eine bedeutende Innovation in der Gestaltung dentaler Implantatgeometrie dar, die sowohl biomechanische als auch biologische Vorteile vereint. Durch die konische Verjüngung des Implantathalses wird die Druckverteilung im periimplantären Knochen optimiert, wodurch eine Reduktion der Knochenresorption gefördert wird.⁴ Gleichzeitig unterstützt dieses Design die Ausbildung einer stabilen Weichgewebedichtung, welche als Barriere gegen bakterielle Infiltration wirkt und somit zur Erhaltung eines entzündungsfreien periimplantären Knochenniveaus beiträgt.²

Die Wahl der vertikalen Implantatpositionierung ist dabei eng mit dem Implantatdesign und dessen Gingivahöhe sowie den zugrundeliegenden biologischen Prin-

zipien verknüpft. Insbesondere die subkrestale Positionierung hat sich in Kombination mit innovativen Implantatmerkmalen, wie konischen Verbindungen und mikrostrukturierten Oberflächen, als vielversprechende Strategie im Rahmen des Zero-Bone-Loss-Konzepts etabliert.¹⁰ Diese Vorgehensweise ermöglicht eine nachhaltige Stabilität des periimplantären Knochens und minimiert marginale Knochenverluste.¹⁹

Insgesamt verdeutlichen die vorliegenden Erkenntnisse, wie essenziell die integrative Betrachtung von Implantatgeometrie, Positionierung und biologischen Gewebereaktionen für den langfristigen klinischen Erfolg dentaler Implantate ist. Die Weiterentwicklung und Anwendung solcher innovativen Konzepte wie dem Backtaper-Design und der subkrestalen Implantatpositionierung im Sinne eines Zero-Bone-Loss-Ansatzes bieten vielversprechende Perspektiven für die Implantologie der Zukunft.

Prof. Dr. Jörg
Neugebauer



Literatur



Kontakt

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

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

Dr. Frank Kistler
Praxis Dr. Bayer und Kollegen
Landsberg am Lech

Prof. Günter Dhom
Praxis Prof. Dhom und Kollegen
Ludwigshafen/Rhein

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

Die Osteology Foundation ebnet jungen Fachkräften den Weg

Regeneration weitergedacht – mit der nächsten Generation

Die Osteology Foundation beschränkt sich nicht auf Absichtserklärungen – sie lebt ihr Engagement für junge Fachkräfte in der oralen Geweberegeneration aktiv durch gezielte Förderungen, strukturierte Bildungsangebote und die Einbindung in den wissenschaftlichen Austausch. Ein konkretes Beispiel dafür ist das kommende Internationale Osteology Symposium 2026 in Wien, das der jungen Generation in Klinik und Forschung eine einzigartige Plattform bietet, um sich zu vernetzen, weiterzubilden und ihre Arbeit einem internationalen Publikum zu präsentieren.

Die Förderung von Nachwuchstalenten steht im Mittelpunkt der globalen Aktivitäten der Stiftung. So schafft sie nachhaltige Chancen für junge Fachkräfte und gestaltet aktiv die Zukunft der regenerativen Zahnmedizin mit.

Spezielle Förderprogramme bieten dem Nachwuchs in der Zahnmedizin Zugang zu Stipendien, Forschungszuschüssen und Ausbildungsförderungen. Darüber hinaus unterstützt die Stiftung den Einstieg in die regenerative Zahnmedizin durch die Einbindung in die National Osteology Groups mit Studentenkursen, digitalen Lernformaten und Präsenzveranstaltungen, die gezielt auf die Bedürfnisse des Nachwuchses zugeschnitten sind.

Dieses Engagement spiegelt sich besonders bei der bedeutendsten wissenschaftlichen Veranstaltung der Stiftung, dem Internationalen Osteology Symposium, wider. Für

Get to know the Next Gen Team



das Symposium 2026, das vom 23. bis 25. April in Wien stattfindet, ist die nächste Generation aktiv in die Planung und Umsetzung eingebunden: Das Next Gen Team der Stiftung hat das Programm mitgestaltet und so die spezifischen Bedürfnisse der Nachwuchskräfte gezielt berücksichtigt. Zudem war Jeniffer Perussolo als Vertreterin der nächsten Generation im wissenschaftlichen Komitee – ein weiterer Schritt zur Integration junger Expertise in die akademische Ausrichtung der Veranstaltung.

In Wien erwartet junge Teilnehmende ein eigenes Programm mit zielgerichteten Vorträgen, praxisnahen Workshops und vielfältigen Networking-Möglichkeiten – ein Raum für Wissen, Austausch und Gemeinschaft.

Um möglichst vielen die Teilnahme zu ermöglichen, wurde eine Young Professional Fee eingeführt, die einen Discount von bis zu 70 Prozent im Vergleich zur regulären Gebühr bedeutet.

Mit diesem umfassenden Engagement bekräftigt die Osteology Foundation ihre Überzeugung: Die Zukunft der oralen Geweberegeneration beginnt mit denen, die heute neu in das Feld einsteigen.

Kontakt

Osteology Foundation
info@osteology.org
www.osteology.org
www.osteology-vienna.org

EuroPerio11: Der Weltkongress der Parodontologie in Wien

Vier Tage Wissenschaft und Innovation auf höchstem Niveau

Vom 14. bis 17. Mai 2025 wurde Wien zum weltweiten Zentrum der Parodontologie: EuroPerio11, der von der European Federation of Periodontology (EFP) ausgerichtete Leitkongress, versammelte über 10.000 Teilnehmende aus 107 Ländern sowie zahlreiche virtuelle Gäste zu vier intensiven Tagen voller wissenschaftlicher Exzellenz, praktischer Innovation und interdisziplinärer Vernetzung.

Mehr als 100 Sitzungen fanden im VIECC-Kongresszentrum statt – mit neuesten Forschungsergebnissen renommierter internationaler Experten, lebhaften Diskussionsrunden, Live-OPs und praxisorientierten Hands-on-Workshops. Das vielfältige Programm spiegelte die Breite und Tiefe des Faches wider und machte deutlich, dass Parodontologie nicht nur klinisch, sondern auch gesellschaftspolitisch hochrelevant ist.

„EuroPerio11 hat unsere Erwartungen deutlich übertroffen“, resümierte Kongressvorsitzender Prof. Anton Sculean. „Wir er-

leben eine stetig wachsende, global vernetzte Paro-Community, die durch wissenschaftliche Qualität, Vielfalt und Innovationskraft überzeugt. Besonders eindrucksvoll war die gemeinsame Sitzung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – sie machte klar, dass parodontale Gesundheit stärker in den Fokus der globalen Gesundheitspolitik rücken muss.“

Weitere Highlights waren laut Prof. Sculean die gemeinsamen Symposien mit der American Academy of Periodontology (AAP), der International Academy of Periodontology (IAP) sowie der Osteo-

logy Foundation, die Spezialveranstaltung zur oralen Gesundheit von Frauen sowie die drei Live-Operationen, die in hervorragender technischer Qualität übertragen wurden.

Auch der wissenschaftliche Vorsitzende der EuroPerio11, Prof. Lior Shapira, zeigte sich begeistert: „Die Qualität der präsentierten Forschung war herausragend – von neuen Erkenntnissen zur Paro-Systemik-Verbindung über Fortschritte in der regenerativen Parodontaltherapie bis hin zu zukunftsweisenden Impulsen in den Bereichen Nachhaltigkeit und Digitalisierung.“





Besonders hob er die hohe Beteiligung von Frauen im Vortragsprogramm hervor (45 Prozent der Speaker waren weiblich). Ein besonderer Moment war für Prof. Shapira die bis auf den letzten Platz gefüllte Session zu „Frauen und orale Gesundheit“. Auch die Perspektive von Patienten, eingebracht in einer eigenen Session, verlieh dem Kongress eine wertvolle neue Dimension.

Neben dem wissenschaftlichen Programm bot die EuroPerio11 zahlreiche Gelegenheiten zum Austausch und Netzwerken: Der Charity Run am Donnerstagmorgen mit über 400 Teilnehmern und die stimmungsvolle Kongressparty am Freitagabend in der Weitsicht Cobenzl mit Blick auf die Wiener Weinberge zählten zu den gesellschaftlichen Höhepunkten.

Dank des hybriden Formats konnten sämtliche Inhalte weltweit auch digital verfolgt werden – live und on demand. Die Teilnehmer erhielten am Ende des Kongresses individuelle Zugangsdaten zur Plattform mit allen verfügbaren Inhalten – ein klares Zeichen für die Innovations- und

Zukunftsorientierung der EFP im Bereich zahnmedizinischer Fortbildung.

Mit frischem Wissen, neu geknüpften Kontakten und gestärktem kollegialen Miteinander ging die EuroPerio11 zu Ende – doch der fachliche und wissenschaftliche Austausch geht weiter. Die EFP blickt bereits nach vorn und möchte die Dynamik und den Spirit dieses Kongresses weitertragen.

„Unser Dank gilt allen, die diesen Kongress möglich gemacht haben – den Referenten, den Teilnehmern, den Sponsoren,

den zahlreichen Freiwilligen und dem Organisationsteam“, so Prof. Sculean.

Wir freuen uns auf ein Wiedersehen bei der EuroPerio12 2028 in München!

AI

Kontakt

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



Die Diskussion um Zero Periimplantitis fand ein bemerkenswert großes Echo.

Zero Periimplantitis – die neue Ära der Implantologie

Weichgewebsverbund als Schlüssel zur Periimplantitis-Prävention

Im Rahmen der EuroPerio11 in Wien – dem weltweit größten Fachkongress für Parodontologie und Implantologie – stellte Patent™ das Konzept „Zero Periimplantitis“ vor, welches die Implantologie grundlegend verändern wird.

Im Mittelpunkt steht der weltweit erste, wissenschaftlich belegte Verbund zwischen der transmukosalen Oberfläche eines Implantats und dem periimplantären Weichgewebe.

Einzigartiger Weichgewebsverbund – wissenschaftlich dokumentiert

Bei Patent™ Implantaten wurde erstmals ein Verwachsen von periimplantärem Weichgewebe mit einer Implantatoberfläche nachgewiesen. Dieser Weichgewebsverbund wirkt als natürliche, dynamische Barriere gegen das Eindringen von Bakterien und Plaque – und verhindert so das Fortschreiten von Mukositis zu Periimplantitis.



Die Referenten der Session – Prof. Dr. Gil Alcoforado, Prof. Dr. Anton Sculean, Dr. Roland Glauser und Prof. Dr. Andrea Pilloni – unterstrichen zusammen mit Studienautorin und Patent™ Anwenderin Dr. Sofia Karapatakis die Bedeutung echter Prävention.

Dr. Roland Glauser betonte die klinische Relevanz des Weichgewebsverbunds in der Scientific Session: „Im Gegensatz zu Taschentiefen von 5 mm und mehr bei konventionellen Implantaten sehen wir bei Patent™ Sondierungstiefen von durchschnittlich 3 mm – das ist vergleichbar mit einem gesunden natürlichen Zahn. In einer Neunjahresstudie der Universität Düsseldorf wurde dies eindrucksvoll bestätigt.“

Prävention ist möglich

Die Referenten der Session – Prof. Dr. Anton Sculean, Prof. Dr. Gil Alcoforado, Dr. Roland Glauser und Prof. Dr. Andrea Pilloni – unterstrichen die Bedeutung echter Prävention. Zwei universitäre peer-reviewte Langzeitstudien (Brunello et al. 2022, Karapataki et al. 2023) mit Laufzeiten von bis zu zwölf Jahren zeigten, dass Prävention möglich ist: Keine Periimplantitis bei zweiteiligen Patent™ Implantaten – auch nicht bei Risikopatienten (Parodontitis, Raucher, systemische Erkrankungen).

Prof. Sculean hob hervor: „Die S3-Leitlinien der EFP betonen die hohe Morbidität und schwierige Behandelbarkeit von Periimplantitis. Wenn es möglich ist, diese Erkrankung präventiv zu vermeiden, muss darauf unser primärer Fokus liegen.“

Kernaussagen der „Zero Periimplantitis“-Session

- Der Weichgewebsverbund ist spezifisch für das Patent™ Implantatsystem und konnte erstmals histologisch nachgewiesen werden.
- Die mukophile und okklusive Oberfläche im transmukosalen Halsbereich des Implantats fördert eine frühe Zellanhaftung in der Phase der Wundheilung.
- Eine dynamische Schutzbarriere verhindert die Abwärtsmigration von Plaque tief in die periimplantären Gewebe und minimiert das Risiko biologischer Komplikationen.
- Dauerhafte periimplantäre Gewebegesundheit mit Sondierungstiefen vergleichbar zu gesunden natürlichen Zähnen gewährleistet vorhersagbare, langfristige Ästhetik.
- Mehrere universitäre, peer-reviewte Langzeitstudien belegen die Wirksamkeit des Patent™ Systems auch bei kompromittierten Patienten.

Ein Quantensprung in der Implantologie

Mit dem Patent™ System steht erstmals eine evidenzbasierte Behandlung zur Verfügung, welche nicht nur funktional und ästhetisch überzeugt – sondern die größte Herausforderung der modernen Implantologie adressiert: die verlässliche Prävention periimplantärer Erkrankungen.

Kontakt

Patent™ Dental Implant System

Altendorf, Schweiz
Tel.: +41 44 5528454
info@zircon-medical.com



Die Experten diskutierten in der EuroPerio-Session die Bedeutung des neuartigen Weichgewebsverbunds für die Prävention von Periimplantitis.



Prof. Dr. Dr. Anton Sculean betonte eingangs: „Periimplantitis ist hochprävalent und die Behandlung enorm schwierig. Wenn es möglich ist, diese Erkrankung präventiv zu vermeiden, muss darauf unser Fokus liegen.“

EUROSYMPOSIUM/Konstanzer Forum
für Innovative Implantologie

20 Jahre hochkarätige Fort- bildungskonzepte in Konstanz

Am 19. und 20. September 2025 erwarten der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Frank Palm und die Organisatoren wieder Zahnärzte und deren Praxisteams zum EUROSYMPOSIUM/Konstanzer Forum für Innovative Implantologie.

In diesem Jahr steht ein Jubiläum an: Seit mittlerweile 20 Jahren findet die Veranstaltung statt und bringt Zahnärzte aus der Bodenseeregion, Österreich und der Schweiz zu zwei vielseitigen Fortbildungstagen zusammen. Das wissenschaftliche Programm zeichnet sich durch ein konstant hohes fachliches Niveau, praxisrelevante Inhalte und hervorragende Möglichkeiten zur regionalen Vernetzung aus.

Fachliche Tiefe, Live-OPs und aktuelle Impulse für Praxis und Team

Mit einem Pre-Congress-Workshop zum Thema „Planung mit Pixel: Was ist möglich, was ist praxisreif? Digitale Unterstützung in der Implantologie, Prothetik und Ästhetik“ von Priv.-Doz. Dr. Tobias Graf startet der erste Kongresstag. Mit gleich drei Live-Operationen setzt sich das Programm mit den Themenschwerpunkten „Bone Level/Tissue Level – was macht Sinn?“, „Zeitgemäße Rekonstruktionen des knöchernen Lagers“ und zum Thema „Weicher Knochen – woher kommt die Primärstabilität?“ am Freitag fort. Auch die begleitende Industrieausstellung lädt bereits am Freitag zum Besuch ein. Zum Ausklang des ersten Kongresstages la-

den die Organisatoren zur Jubiläumsparty „20 Jahre EUROSYMPOSIUM“ in hedicke's Terracotta. Hier bietet sich viel Gelegenheit zum kollegialen Austausch, anregenden Gesprächen mit Referenten und Ausstellern.

Jubiläum mit Weitblick und Vernetzung

Mit frischen Impulsen und Blick auf aktuelle Herausforderungen im täglichen Praxisgeschehen fokussiert sich der Samstag auf eine Vielzahl an hochkarätigen, wissenschaftlichen Vorträgen. Den Start des wissenschaftlichen Vortragsprogramms gestaltet Prof. Anton Sculean mit dem Thema „Einsatz einer neuen hydrierten dermalen Matrix von Weichgewebsdefekten an Zahn und Implantat“. Es erwartet Sie weiterhin ein ausgesuchtes Referententeam u. a. mit Dr. Georg Bach, Priv.-Doz. Dr. Amely Hartmann, Priv.-Doz. Dr. Mayte Buchbender und Prof. Dr. Dr. Philipp Kaufmann.

Themenstellungen des Samstagsprogramms sind unter anderen die Geweberegeneration 2.0 mit PRF und Hyaluronsäure, moderne Implantatprothetik durch den Einsatz von Intraoralscannern im di-

gitalen Workflow und viele spannende Themenschwerpunkte mehr. Ebenfalls gibt die traditionsreiche Konstanzer Veranstaltung mit dem Team-Programm am Samstag zum Thema Hygiene in der Zahnarztpraxis inklusive neuer gesetzlicher Vorgaben allen Praxisinhabern auch die Möglichkeit, ihr Praxisteam fortzubilden.

Abwechslungsreich und mit einem hohen fachlichen Niveau ist das diesjährige EUROSYMPOSIUM am einladenden Bodensee erneut ein Muss für den herbstlichen Fortbildungskalender, sowohl für Zahnärzte als auch für das gesamte Praxisteam.

Programm und
Anmeldung unter
www.konstanzer-forum.de



Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
+49 341 48474-308
event@oemus-media.de
www.oemus.com



MEDIT

Digital Dentistry

Your Way

MEDIT i900 classic

Präzision bei
jedem Klick

MEDIT i900

Nahtloses
Touch-Erlebnis



Medit.com



6. International Blood Concentrate Day

Blutkonzentrate-Know-how für Einsteiger & Fortgeschrittene

Auf zum 6. International Blood Concentrate Day in Frankfurt am Main! Dieser rückt den wissenschaftlich fundierten Einsatz von Blutkonzentraten in der Regenerativen und Allgemeinen Zahnheilkunde in den Fokus.

Die Biologisierung in der Zahnmedizin und der damit in Zusammenhang stehende Einsatz von Blutkonzentraten sind nach wie vor von großem klinischen Interesse. Dabei nimmt der International Blood Concentrate Day wie kaum eine andere Veranstaltung dieses Segments eine wegweisende Funktion in seiner Aufgabe als Fort- und Weiterbildungsplattform ein. Neueinsteiger wie Fortgeschrittene dürfen sich am 25. und 26. September auf eine profunde fachliche Auseinandersetzung mit der Thematik unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Shahram Ghanaati freuen. Der Donnerstag steht dabei im Zeichen des Pre-Congress, der Freitag bildet die Plattform für ein hochkarätig besetztes Vortrags- und Workshop-Programm.

Zahnmedizin von morgen schon heute gestalten

Welchen Stellenwert haben Blutkonzentrate im Praxisalltag? Wie genau sehen praxistaugliche Konzepte für die Regeneration von Knochen- und Weichgewebe aus? Und welche Neuheiten bietet das unmittelbare klinische Umfeld? Der International Blood Concentrate Day 2025 greift aktuelle Trends und Entwicklungen auf und bietet fundierte Inhalte gepaart mit praktischem Know-how. Im Zentrum stehen wie in den Vorjahren autologe

Blutkonzentrate, deren Potenzial in der Implantologie, Parodontologie und Wundheilung heute wissenschaftlich breit untermauert ist. Interdisziplinär begleitet wird diese Bewegung durch die neu gegründete Fachgesellschaft ABIS (Academy for Biologization and Immunomodulatory Strategies).

PRF-Herstellung at its best

Im Pre-Congress am Donnerstag geht es um Blutgewinnung, Herstellung und Anwendung von Blutprodukten in der Zahnmedizin inklusive Hands-on. Im Fokus steht das „Open Wound Healing“-Konzept nach Prof. Ghanaati, das durch autologe Blutprodukte und Knochenersatzmaterialien die Wundheilung nach Zahnextraktion fördert und zur biologischen Regeneration beiträgt. Besonders relevant ist das Verfahren für Gewebestabilisierung und Weichgewebsmanagement. Das praxisorientierte Workshop-Konzept garantiert intensives Üben und maximalen Lernerfolg.

Vielschichtiges Programm für das gesamte Praxisteam

Im Rahmen des wissenschaftlichen Vortragsprogramms des International Blood Concentrate Days, aber auch in den begleitenden Workshops werden unter der

Themenstellung „Biologisierung in der Regenerativen Zahnmedizin“ die unterschiedlichen Facetten des Einsatzes von Eigenblutkonzentraten in der modernen Zahnmedizin dargestellt. Es referieren u. a. Prof. Dr. Dr. Peer Kämmerer, Dr. Dr. Johann Lechner, Dr. Detlef Hildebrand, Dr. Thore Santel, Dr. Stefan Neumeyer, Dr. Haki Tekyatan, Dr. Sarah Schomberg, Dr. Sarah Al-Maawi und Dr. Torsten Conrad.

Darüber hinaus erwarten die Teilnehmer viel Interaktion, impulsgebende Workshops, eine begleitende Industrieausstellung mit hoher Innovationsdichte und Raum für gute Gespräche sowie den geschätzten kollegialen Austausch.

Programm und Anmeldung unter www.bc-day.info



Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Deutschland
Tel.: +49 341 48474-308
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.bc-day.info



Von Keramik bis Kommunikation

Verabschiedung in den Ruhestand

Ende März wurde Ingrid Strobel, Manager Public Relations CAMLOG Vertriebs GmbH, nach knapp 48 Berufsjahren in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet.

Beginnend mit der Berufsausbildung zur Zahntechnikerin 1977 und später in Praxislaboren eignete sie sich zunächst ein komplexes Wissen auch zu Themen wie Ästhetik, Patientenwünsche und -wohlbefinden an. Zehn Jahre arbeitete sie im Labor von Peter Biekert in Stuttgart, wo die Keramikmassen von Willi Geller getestet und verarbeitet wurden. Willi Geller, ein Perfektionist und Visionär in Sachen Ästhetik, wurde ihr Vorbild. Die direkte Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und

Zahntechniker am Behandlungsstuhl war für Ingrid Strobel dabei besonders wichtig. Ihre ersten Implantatversorgungen hatte sie Anfang der 90er-Jahre auf dem Labortisch. Darauf folgte eine Jahrzehnte währende enge Verbindung zur Implantologie. Sie vertiefte ihr Fachwissen auf zahlreichen Kongressen und in vielen Diskussionen mit Zahnärzten sowie Vertretern der Industrie.

Bei ihrem damaligen Chef, Dr. Ady Palti, bekam sie die Möglichkeit, an deutschen und internationalen Kursen mitzuwirken und die Implantatprothetik vorzustellen. Für Dr. Palti spielten die Labore schon damals eine zentrale Rolle, wenn es um den Langzeiterfolg von Implantaten ging. Schließlich motivierte er sie, in die Industrie zu

gehen. Von 2002 bis 2013 war Ingrid Strobel für verschiedene Unternehmen als technische Beraterin tätig, beschäftigte sich aber bereits hier mit deutschsprachigen Produktanleitungen und Marketingunterlagen für internationale Unternehmen. 2013 wechselte sie als Manager Public Relations zu Camlog und fühlte sich seitdem im doppelten Sinne „angekommen“. Im Unternehmen werde der Teamgedanke tatsächlich gelebt, so Ingrid Strobel. Gleichzeitig werde man als Mitarbeiter gefördert und gefordert, sodass man Spaß daran hat, sich zu entwickeln. Ursprünglich verantwortlich für die Mediaplanung und die Fachpresse, weitete sich ihr Tätigkeitsbereich immer stärker auch in Richtung Medical Writing aus. Besonders stolz ist Ingrid Strobel in diesem Zusammenhang auf die beiden Casebooks zu Produkten von Camlog BioHorizons. Für die Redaktion des BDIZ EDI konkret war Ingrid Strobel stets eine aktive und zuverlässige Partnerin. Hierfür gilt unser besonderer Dank.

Nach fast 48 Berufsjahren im Dienst der Zahnheilkunde werden jetzt verstärkt Hobbies wie die Holzkunst oder auch der Garten im Fokus stehen. Auch der Landschafts- und Umweltschutz liegt Ingrid Strobel sehr am Herzen.

Wir wünschen alles Gute!
Das Team BDIZ EDI konkret



ICX-P5 Intraoralscanner von medentis medical

Der smarte Einstieg in die digitale Abformung

medentis medical stellt den ICX-P5 vor, einen Intraoralscanner, der darauf ausgelegt ist, den Übergang zur digitalen Abformung zu erleichtern und den Praxisalltag effizienter zu gestalten. Das Gerät zeichnet sich durch sein kompaktes Format, hohe Scangeschwindigkeit und verbesserte Handhabung aus.

Fünf Argumente für den digitalen Abdruck mit dem ICX-P5

Der Scanner wurde entwickelt, um Anwendern den Einstieg in digitale Prozesse zu erleichtern und langfristige Vorteile zu bieten:

- Keine laufenden Kosten: Das System ist ohne wiederkehrende Lizenz- oder Nutzungsgebühren konzipiert.
- Einfache und günstige Scanspitzen: Die Handhabung und die Kosten für Verbrauchsmaterialien wie Scanspitzen sind optimiert.
- Automatische Kalibrierung: Das Gerät führt Kalibrierungen selbstständig durch, was die Bedienung vereinfacht und konsistente Ergebnisse sicherstellt.
- Offene Schnittstellen: Der ICX-P5 ermöglicht den Export von Scandaten in offenen Formaten (z. B. STL), was die Kompatibilität mit verschiedenen CAD/CAM-Systemen und Laborpartnern gewährleistet.
- Nachhaltige Sicherheit: Die Entwicklung basiert auf einer Zusammenarbeit mit einem etablierten, weltweit führenden Scanner-Hersteller, was technologische Zuverlässigkeit und Zukunftssicherheit unterstützt.

Technische Highlights des ICX-P5

- Ergonomisches Design: Für eine komfortable Handhabung während des Scanvorgangs.
- Effektive Datenerfassung: Schnelle und präzise Aufnahme der intraoralen Situation.
- Innovative Technologie: Integriert moderne Scanalgorithmen.
- Geräuschloser Betrieb: Trägt zu einer angenehmen Behandlungsumgebung bei.
- Bewegungserkennung: Hilft, Artefakte durch Patientenbewegungen zu minimieren.
- Ein-Knopf-Bedienung: Vereinfacht die Steuerung des Scanprozesses.
- Anti-Beschlag-Technologie: Sorgt für eine klare Sicht der integrierten Optik während des Scannens.

ICX-P5
 PREMIUM & FAIR!

INTRAORAL SCANNER

ICX-P5 INTRAORAL SCANNER
 UND DIE MOBILE LADESTATION
 ICX-BAMBOO.
 JETZT IN UNSEREM ICX-eSHOP!

MONATLICHE RATE:
187,- €*
*Bei einer Leasing-Laufzeit von 60 Monaten.



MONATLICHE RATE:
207,- €*
*Bei einer Leasing-Laufzeit von 60 Monaten.

DAS DREAM-TEAM FÜR IHRE PRAXIS.
 ICX-P5 – PRÄZISION TRIFFT WIRTSCHAFTLICHKEIT

Kontakt

medentis medical GmbH
 info@medentis.de
 www.medentis.com



Dentale Schreib- talente gesucht!

Angebote und Testmöglichkeit

medentis medical bietet für den ICX-P5 Scanner einen Preisvorteil von 2.701 Euro gegenüber dem Listenpreis bei sofortiger Zahlung. Alternativ stehen monatliche Leasing-kauf-Optionen zur Verfügung.

Um den Scanner im Praxisalltag unverbindlich zu evaluieren, offeriert medentis medical einen kostenfreien ICX-Demo Scan.

Ihr persönlicher ICX-Demo Scan:

- Vor-Ort-Präsentation – inklusive Patientenscan in Ihrer Praxis
- Machen Sie den nächsten Schritt in die digitale Kieferorthopädie – mit unserem kostenlosen ICX-Demo Scan! Unser erfahrenes Expertenteam kommt direkt zu Ihnen in die Praxis, bringt vollständig ausgestattetes Equipment inklusive Scanner, Rechner und Software mit und sorgt für einen reibungslosen Einstieg.
- Der ideale Startpunkt für Ihre Praxis ist die Behandlung von Patienten, bei denen eine Aligner-Therapie infrage kommt. Diese Behandlungsfälle eignen sich perfekt, um den ICX-P5 Scanner routiniert einzusetzen, erste Erfolge schnell sichtbar zu machen und die Vorteile der digitalen Planung voll auszuschöpfen.
- Der ICX-P5 Scanner ermöglicht eine präzise digitale Erfassung bei der Neuanmeldung Ihrer Patienten. Sofort erhalten Ihre Patienten einen visuellen Überblick über ihren Zahnstatus, während Sie oder Ihr Team eine gezielte und fundierte Beratung direkt im Anschluss durchführen können.
- Starten Sie jetzt mit Ihrem ersten oder mehreren Aligner-Fällen! Jeder hochgeladene Fall wird pauschal für nur 299 Euro (Flatrate) berechnet – ohne versteckte Kosten.

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Kein Risiko: Testen Sie den Scanner unter echten Praxisbedingungen.
- Kein Aufwand: Wir übernehmen Aufbau, Schulung und technische Einrichtung.
- Flexible Erweiterung: Nutzen Sie den ICX-Demo Scan als Einstieg in die digitale Kieferorthopädie.
- Nutzen Sie diese Chance, um Ihre Praxis digital aufzustellen und Ihren Patienten innovative Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Kontaktieren Sie uns noch heute für Ihren persönlichen ICX-Demo Scan!



**Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.**

CP GABA

Effektives Produktsystem zur Zahnfleisch- und Implantatpflege



Das meridol® PARODONT EXPERT System (Zahnpasta und Mundspülung) ist besonders geeignet bei starken oder häufigen Zahnfleischbeschwerden, für Patienten mit einem erhöhten Entzündungsrisiko sowie für Implantatträger. In einer aktuellen Anwendungsstudie¹ bemerkte die deutliche Mehrheit der Teilnehmenden innerhalb der ersten Anwendungswoche, dass die Zahnfleischbeschwerden nachließen. Für die zweiwöchige Anwendungsstudie des meridol® PARODONT EXPERT Systems wurden 402 Patienten mit Zahnfleischirritationen und Zahnfleischbluten oder Zahnfleischbeschwerden rund um Implantate in Deutschland, Österreich und der Schweiz über die behandelnde Zahnarztpraxis rekrutiert. Die Ergebnisse präsentierte CP GABA im Rahmen einer Pressekonferenz auf der diesjährigen IDS.

Die neue Anwendungsstudie ergänzt vorausgegangene klinische Studien zur Effektivität der meridol® PARODONT EXPERT Zahnpasta und Mundspülung in der Plaquebeseitigung. An diesen nahmen ausschließlich Implantatträger teil.^{2,3}

Rasche Linderung der Beschwerden, hohe Zufriedenheit bei Patienten

Nach zweiwöchiger Anwendung des meridol® PARODONT EXPERT Systems bemerkten 90 Prozent der Befragten mit gelegentlichem Zahnfleischbluten, 85 Prozent der Befragten mit Zahnfleischirritationen sowie 88 Prozent der Befragten mit Zahn-

fleischbeschwerden rund um Implantate, dass ihre Beschwerden zurückgingen.

Nahezu alle Patienten waren mit der zahnärztlichen Empfehlung zur Verwendung des Systems zufrieden. Ihr wichtigstes Merkmal bei der Beurteilung war die Wirksamkeit gegen Zahnfleischprobleme. Doch auch der Geschmack und das langanhaltende Frischegefühl spielten eine Rolle. Viele der befragten Patienten äußerten eine hohe Bereitschaft, die meridol® PARODONT EXPERT Mundspülung zugunsten ihrer Zahnfleischgesundheit in ihre tägliche Mundhygiene zu integrieren.

Effektive Plaqueentfernung und Stärkung des Zahnfleisches

In der meridol® PARODONT EXPERT Mundspülung wirkt Hyaluronsäure (HA) anti-entzündlich und bildet Schutzbarrieren gegen Bakterien. Zudem unterstützt HA die antibakterielle Wirkung der Cetylpyridiniumchlorid und Zink (CPC + Zn) Technologie.^{4,5} Bei regelmäßiger Verwendung der Mundspülung wird Plaque vollkommen entfernt oder kann nur noch minimal festgestellt werden. Sechs Monate regelmäßiger Anwendung führten in einer klinischen Studie bei acht von zehn Patienten zu gesundem Zahnfleisch (90 Prozent oder mehr Stellen ohne Befund).³ In einer In-vitro-Studie konnte jüngst gezeigt werden, dass die Anwendung der Mundspülung zu einer deutlichen Beschleunigung der natürlichen Zahnfleischheilung führt.* Nach 72 Stunden sind Verletzun-

gen im Gingivakeratinozyten-Monolayer zu 100 Prozent verschlossen.⁶ Unbehandelt beträgt die Wundschließung zu diesem Zeitpunkt weniger als 50 Prozent.⁶

In der meridol® PARODONT EXPERT Zahnpasta sind Zinkionen aus Zinkoxid und Zinkziträt sowie Zinnfluorid stabilisiert durch Zinnpyrophosphat enthalten. Alle vier Zinn- und Zinkverbindungen tragen zur starken antibakteriellen Wirksamkeit des Produkts bei. Die Formulierung stärkt die natürlichen Abwehrkräfte des Zahnfleisches und entfernt Plaque effektiv. Gegenüber einer herkömmlichen fluoridierten Zahnpasta (1.000 ppm F- aus NaMFP) ist die Plaquereduktion nach sechs Monaten regelmäßiger Anwendung um das Neunfache erhöht, zeigte eine klinische Studie. Bei über 85 Prozent der Studienteilnehmer wurde die Plaque vollständig oder nahezu vollständig entfernt.²

Literatur



Kontakt

CP GABA GmbH
+49 40 7319-0125
CSDentalDE@CPgaba.com
www.cpgabaprofessional.de

* nach einmaliger Anwendung im Vergleich zu einem unbehandelten Gingivakeratinozyten-Monolayer

Anwenderbericht: Sechs Grundsätze für gesunden Knochenaufbau

Ganzheitliche Strategien zur Förderung von vitalem Weichgewebe

Auf der Suche nach einer optimalen Methode für nachhaltigen Knochenaufbau und stabile Implantatverankerung habe ich im Laufe der Jahre zahlreiche Produkte, Techniken und klinische Protokolle erprobt. Viele der auf Fortbildungen geäußerten Versprechen konnten sich in der Praxis nicht vollständig bestätigen. Einige Verfahren erwiesen sich als zu komplex oder aufwendig, andere habe ich möglicherweise noch nicht in der nötigen Perfektion umgesetzt.

Erst nach mehreren Jahren entwickelte sich für mich ein Konzept, das sich als zuverlässig, reproduzierbar und vor allem funktionell erwies. Mein Fokus liegt auf dem biologischen Aufbau von patienteneigenem Knochen innerhalb von zwölf Wochen, inklusive einer anschließenden Weichgewebeheilung – und das ohne den Einsatz aufwendiger Gewebetransplantate. Im Verhältnis zum Aufwand bin ich mit den erzielten Ergebnissen stets mehr als zufrieden.

In diesem Beitrag möchte ich Ihnen meine Herangehensweise sowie die Schlüsselfaktoren vorstellen, die den Erfolg dieses Verfahrens maßgeblich bestimmen.

Der richtige Zeitpunkt für das Implantat

Um Behandlungszeit zu sparen, implantieren viele Kollegen direkt im Anschluss an eine Extraktion. Studien sowie meine eigenen Erfahrungen zeigen jedoch deutlich bessere Ergebnisse, wenn der Körper zunächst ausreichend Zeit erhält, um die Wunde vollständig ausheilen zu lassen und insbesondere bestehende entzündliche Prozesse und Blutungen abzubauen.

Daher extrahiere ich den Zahn möglichst atraumatisch und mit minimalem Kraftaufwand. Im Anschluss lasse ich die Alveole so weit wie möglich mit Blut füllen, um ein stabiles Koagel zu fördern, das die Wundheilung unterstützt. Danach folgt eine Ruhephase von etwa vier Wochen,

in der der Knochen ungestört heilen kann. Bei vorliegender apikaler Ostitis verlängere ich meine chirurgische Partnerzeit und ich die Heilungszeit vorsorglich auf zehn Wochen, um optimale Voraussetzungen zu schaffen.

Die ausgewogene Mischung macht's: β -TCP plus Calciumsulfat

Im Rückblick muss ich eingestehen, dass ich mich zu sehr von der vorherrschenden Meinung vieler Kollegen und einzelnen, nicht immer unabhängigen Studien habe leiten lassen, ohne diese kritisch zu hinterfragen.

Bovine Aufbaumaterialien oder autologer Knochen, gewonnen mittels Safescraper, galten seinerzeit als die vermeintlichen Erfolgsgaranten. Während bovine Substitute zumindest radiologisch Erfolge zeigten, blieben sie in der klinischen Realität dennoch Fremdmaterialien, die lediglich von eigenem Weichgewebe und Knochenpartikeln peripher umschlossen wurden.

Selbst nach vielen Jahren waren diese Substanzreste als eigenständige „Krümelchen“ erkennbar. Erst in Kombination mit autologem Knochen ließen sich bessere und vorhersagbarere Ergebnisse erzielen, allerdings immer auf Kosten eines zusätzlichen operativen Eingriffs mit seinen Begleitrisiken und einer potenziell schmerzhaften Entnahmestelle.

Vor einigen Jahren wurde ich durch einen Kollegen auf die internationale Online-Studiengruppe EthosClinicalCases aufmerksam, die mich, wenn auch anfangs skeptisch, von einem synthetischen Material überzeugte: Ein innovativer Mix aus 65 % β -Tricalciumphosphat (β -TCP) und 35 % Calciumsulfat, produziert in Großbritannien unter dem Namen EthOss. Es scheint gerade dieses spezifische Mischungsverhältnis das präzise Zusammenspiel zwischen Knochenneubildung und gleichzeitigem vollständigen Materialabbau innerhalb eines optimalen Zeitfensters zu ermöglichen (Abb. 1–3).

In all meinen Fällen konnte ich nach zehn Wochen oder mehr einen stabilen, dimensionsstabilen Eigenknochen mit gesundem, rosafarbenem Weichgewebe beobachten – ein Ergebnis, das früher seinesgleichen suchte. Zusätzlich entfällt die Sorge um Verfügbarkeit, ethische Fragestellungen oder mögliche Kreuzkontaminationen.

Verzicht auf Membran fördert die natürliche Biologie

Der Satz „Das Periost ist die beste Membran“ dürfte den meisten chirurgisch erfahrenen Kollegen vertraut sein. Seit ich diesen Leitsatz auf zahlreichen Fortbildungen verinnerlicht habe, schneide ich einen trapezförmigen Mukoperiostlappen, den ich nach oben klappe. Anschließend befreie ich alle Knochenwände mit einem groben Degranulationsbohrer gründlich von Weichgewebe und schaffe durchblutete Seitenknochen, um den Osteoblasten optimale Bedingungen für den Knochenaufbau zu bieten (Abb. 4). Größere, einragende Knochenäste in Seitendefekten

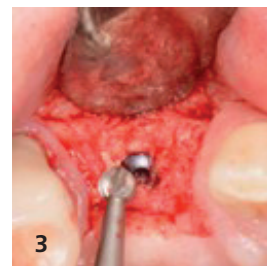
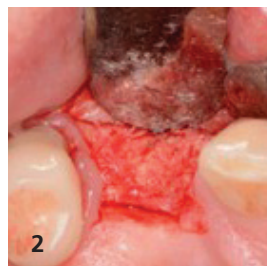


Abb. 1: Auffüllen des Defektes mit EthOss Knochenersatzmaterial. – **Abb. 2:** Eigenknochenbildung nach zwölf Wochen über das Implantat hinaus. – **Abb. 3:** Freilegen des Implantats.

fräse ich bewusst ab, um deren Platz dem regenerierenden Eigenknochen zu überlassen.

Der Calciumsulfatanteil im mit Kochsalzlösung angemischten EthOss ermöglicht es mir, durch Wasserentzug (etwa durch das Anhalten eines Gazetuchs für 30 Sekunden) eine formstabile, angehärtete Oberfläche zu schaffen. Anders als früher verzichte ich bewusst auf Überdimensionen im Aufbau, da genau dieser Bereich später durch eigenen Knochen ausgefüllt wird. Dieser Ansatz erfordert Vertrauen in das Material – eine Investition, die sich stets auszahlt.

Lockere Nahtlegung für optimale Heilungsbedingungen

Mein Anspruch war es stets, möglichst gut anliegende Geweberänder zu erzielen. Zu häufig wurde dieser Anspruch jedoch durch übermäßigen Zug oder Druck er-

kauft, was die Heilung beeinträchtigen kann. Heute lege ich Gewebe bewusst locker an und setze Nähte ohne unnötigen Zug. Für optimale Sichtbarkeit und Handhabung verwende ich weiße PTFE-Fäden und schwarze Nadeln der Marke Coreflon (Abb. 5).

An manchen Übergangsbereichen verzichte ich ganz auf Nähte, um dort die natürliche Gewebevermehrung zu fördern. Ohne Membran heilt das Weichgewebe schnell ein, bildet eigenständig neue Verbindungen und Übergänge und trägt so effektiv zur Stabilisierung und zum Aufbau der Eigensubstanz bei.

Hygiene und Schutz des Defekts

Abhängig von der Patientensituation, so bei Rauchern, Diabetikern oder moderater Mundhygiene, setze ich zur hygienischen Abdeckung des Defekts kleine „Blood-stop“-Pflaster oder eine dünne Schicht der

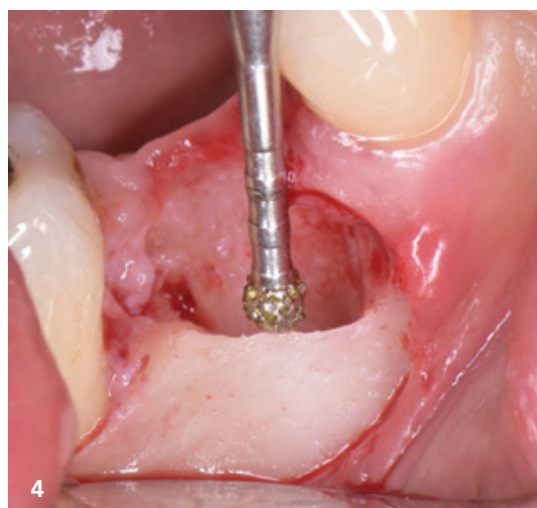


Abb. 4: Weichgewebeentfernung mit dem Degranulationsbohrer um die direkte Durchblutung des Augmentats sicherzustellen.

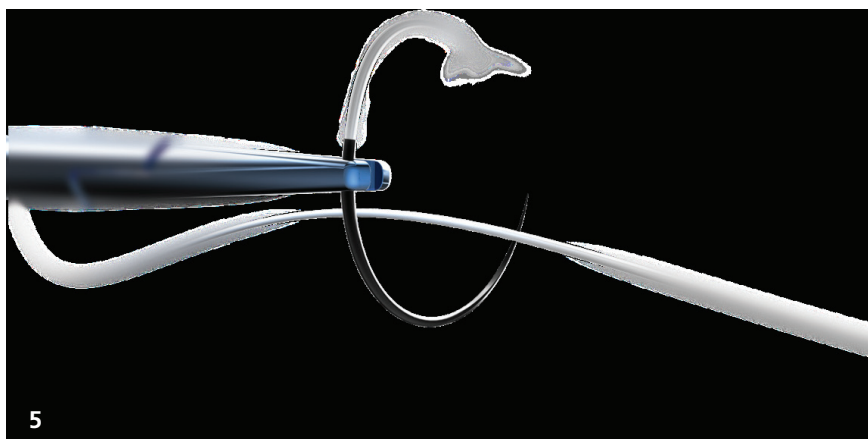


Abb. 5: Die schwarze Nadel in Kombination mit dem weißen PTFE-Faden liefert mir eine gute Sichtbarkeit während der Arbeit. – **Abb. 6:** ParaMit Q10 Spray von Zantomed ohne Alkohol zur Optimierung der Immunreaktion.



Wundschutzpaste „Reso-Pac“ ein. Beide Materialien schützen den Bereich zuverlässig und lösen sich nach etwa zwei Tagen rückstandsfrei auf.

Bei kleinen Defekten verzichte ich gelegentlich ganz auf eine Naht und nutze ausschließlich diese Hilfsmittel, um eine komplikationsfreie Heilung zu unterstützen.

Heilung unterstützen – Energie auf Zellebene fördern

Wer sich mit den biochemischen Abläufen im Körper auseinandersetzt, stößt unweigerlich auf die zentrale Rolle der Mitochondrien, sowie auf Prozesse der Energiegewinnung und Immunabwehr. Q10 ist ein körpereigenes Enzym, das wir etwa bis Mitte 30, maximal Anfang 40, selbst in ausreichender Menge produzieren können. Es ist essenziell für den Sauerstoffzyklus und die Produktion, Speicherung sowie Rückgewinnung von ATP, der zentralen Energiegewährung jeder Zelle.

Der Heilungsprozess stellt hohe Energieanforderungen an die Zellen. Steht diese Energie nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung, besteht heute die Möglichkeit, Q10 sowohl lokal als auch systemisch zuzuführen. Nach jeder Nahtlegung appliziere ich etwa 20 Sprühstöße einer ParaMit Q10-Lösung direkt auf den De-

fekt, lasse sie circa 30 Sekunden einwirken und dann durch den Patienten schlucken. So erfolgt auch eine systemische Unterstützung. Die geöffnete Flasche erhält der Patient zur häuslichen Anwendung und soll morgens und abends nach der Mundhygiene jeweils zehn Sprühstöße auf den Defekt geben.

Bereits zum Zeitpunkt des Fädenziehens beobachte ich einen deutlichen Heilungssprung – selbst bei Risikopatienten wie Rauchern oder Diabetikern.

Ganzheitliche Betrachtung fördert nachhaltige Ergebnisse

Seitdem ich den Heilungsprozess ganzheitlicher betrachte und dem Körper mehr Verantwortung überlasse, seine Regeneration selbstständig zu steuern, verzeichne ich deutlich verbesserte Behandlungsergebnisse. Neu gebildeter Knochen resorbiert nicht mehr, frisches Weichgewebe bleibt vital und zeigt ein natürlich rosiges Erscheinungsbild.

Nach zahlreichen Operationen kann ich sagen, dass das Weichgewebe dem neu gebildeten Knochen fast automatisch folgt, als natürliche Folge der körpereigenen biologischen Prozesse. Weichgewebetransplantationen sind für mich seitdem nicht mehr notwendig.

Fazit

Wie so oft führen viele Wege und Protokolle zum Ziel. Für mich ist der hier beschriebene Ansatz logisch, biologisch und zielführend. Ich bevorzuge einen ganzheitlichen Weg, verzichte langfristig auf Fremdmaterialien und motiviere den Patienten aktiv zur Selbstheilung.



Kontakt

Arzt & Zahnarzt Marc Lohbeck
Tel.: +49 911 241256
info@zahnarztpraxisamlauferschlag-turm.de
www.zahnarztpraxisamlauferschlag-turm.de

Programm

| Datum | Thema | Ort | Anmeldung/Info | Veranstalter |
|-------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|
| September | | | | |
| 9.9.–12.9.2025 | FDI World Congress | Shanghai China | https://2025.world-dental-congress.org/En | FDI |
| 18.9.–20.9.2025 | EAO 2025 | Monaco | https://eao.org/congress | EAO |
| 25.9./26.9.2025 | International Blood Concentrate Day | Frankfurt am Main Deutschland | https://bc-day.info/ | OEMUS MEDIA AG |
| Oktober | | | | |
| 10.10./11.10.2025 | infotage FACHDENTAL Stuttgart | Stuttgart Deutschland | https://www.messe-stuttgart.de/fachdental/ | Landesmesse Stuttgart GmbH |

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),
Prof. Dr. Jörg Neugebauer (NEU), Dr. Wolfgang Neumann (WNE),
Prof. Dr. Thomas Ratajczak (RAT), Dr. Stefan Liepe (LIE),
Kerstin Salhoff (KSA)

Verlag:

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

Leserservice:

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

Redaktion:

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

Anzeigen und PR:

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

Anzeigendisposition:

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

Art Direction/Grafik:

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

Druck:

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

Erscheinungsweise:

4 x im Jahr

Bezugspreis:

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

Urheber-/Verlagsrecht:

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

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



Die geschäftsmäßige Verarbeitung Ihrer angegebenen Kontaktdateninformationen für dieses Formular erfolgt nach Art.6 (1) f. DSGVO an den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI), Lipowskystr. 12, 81373 München. Sie können jederzeit der Nutzung Ihrer Daten unter unten stehender Anschrift widersprechen. Ihre Daten werden zum Zweck der Mitglieder-verwaltung und der Information der Mitglieder – nicht für werbliche Zwecke – verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.bdizedi.org > Datenschutzerklärung

Profitieren auch Sie von einer Mitgliedschaft im BDIZ EDI

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

| | | |
|----------------|--|---|
| Name, Vorname | | |
| Straße | | PLZ, Ort |
| Telefon | | Telefax |
| E-Mail | | Homepage |
| Geburtsdatum | Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit | Curriculum Implantologie seit |
| absolviert bei | | verliehen von (Bitte Zertifikat in Kopie beifügen!) |



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

Per Fax an +4989 72069889

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- ☐ Niedergelassener Zahnarzt 345,00 €
- ☐ Assistenz Zahnärzte, Berufsanfänger bis zum fünften Jahr nach der Approbation (das iCAMPUS-Programm übernimmt diesen Mitgliedsbeitrag zwei Jahre lang 172,50 €
- ☐ Familienmitglieder/Mehrfachmitgliedschaft aus einer Praxis für die Zweitmitgliedschaft 172,50 €

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- ☐ Kooperative Mitglieder (nicht niedergelassene Zahnärzte und Zahntechniker) 165,00 €
- ☐ Studenten der Zahnmedizin beitragsfrei
- ☐ Fördernde Mitglieder (z. B. Firmen etc.) 530,00 €

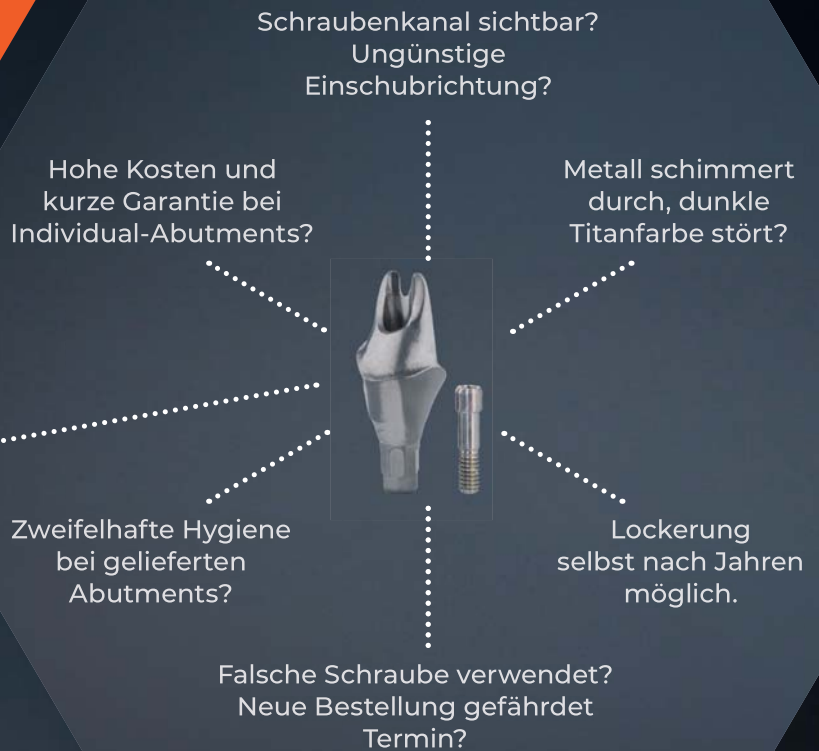
Passt perfekt in den
digitalen Workflow.
**3Shape Bestpreis
anfordern!**



[www.permadental.de/
trios-bestpreis](http://www.permadental.de/trios-bestpreis)

HERAUSFORDERUNGEN BEI IMPLANTAT- VERSORGUNGEN

Individuelle Abutments für
optimale Emergenzprofile.



DIE INTELLIGENTE LÖSUNG:



ProShape
Custom abutment



Mehr
erfahren:

[www.permadental.de/
proshape-abutments](http://www.permadental.de/proshape-abutments)

permadental[®]
Modern Dental Group