



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

konkret

Journal für die implantologische Praxis



**Fortbildung als Schlüssel
für die Zukunft
Curricula und Symposien 2026 mit dem BDIZ EDI**

Entbürokratisierung
**Was wurde bisher
erreicht?**

Seite 10

Gutachter-Curriculum Implantologie
**Premiere: BDIZ EDI
startet 2026**

Seite 20

Abrechnungstipp
**Dauerbrenner
analoge Berechnung**

Seite 59



Ihre Top 6 Produkte Oralchirurgie



ab 349,00 €
zzgl. MwSt.

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



EthOss Knochenregeneration

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



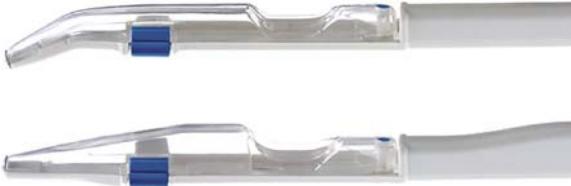
NEU

139,95 €
zzgl. MwSt.



Labrida BioClean Chitosan Bürste (5 Stk.)

Oszillierende Spezialbürste für die effiziente aber schonende Periimplantitisbehandlung auf Titan und Keramikoberflächen an Implantaten - ab 4mm Taschentiefe



Aktionspreis
ab 75,75 €
zzgl. MwSt.

Safescraper®

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



349,00 €
zzgl. MwSt.

Vitamin D Sofort-Test Gerät

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



Sonderpaketpreis
Gerät inkl. 12 Tests
1.449,00 €
zzgl. MwSt.

999,00 €
zzgl. MwSt.

Testpackung
mit 12 Tests
849,00 €
zzgl. MwSt.



OraFusion Mundhöhlenkrebs Früherkennung KI-Gerät

BeVigilant OraFusion Mundhöhlenkrebs Früherkennung mittels Früherkennung KI-Gerät. Chairside-Ergebnis nach nur 15 Min.



3.750,00 €
zzgl. MwSt.



KIARA: KI automatisierte Rezeptions Assistenz - hier kostenfrei testen



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



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

Preise zzgl. MwSt. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.

zantomed
www.zantomed.de

Strategien gegen Stagnation

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein turbulentes Jahr mit der neuen schwarz-roten Bundesregierung neigt sich dem Ende entgegen. Deren Arbeit möchte ich nicht bewerten. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat zu Beginn ihrer Amtszeit viele Versprechungen gemacht – insbesondere zum Bürokratieabbau. Wir hoffen, dass ihren Worten endlich Taten folgen und die Praxen spürbar entlastet werden.

Würde die vom Deutschen Ärztetag 2025 auf den Weg gebrachte GOÄ-Novellierung zu einer vergleichbaren GOZ führen, dann wäre das schlecht. Die GOÄneu kann kein Vorbild für eine neue GOZ sein. Zahnärztliche Behandlungen müssen nach den spezifischen Bedürfnissen und der individuellen zahnmedizinischen Situation des Patienten berechnet werden können – das lässt sich mit einer Festgebühr nicht abbilden.

Konsequent verfolgt der BDIZ EDI seit Jahren mehrere Strategien, um Bewegung in den über 60-jährigen Stillstand beim GOZ-Punktwert zu bringen und um die Praxen betriebswirtschaftlich zu unterstützen, denn die Schere zwischen steigenden Kosten und Stagnation beim Punktwert geht immer weiter auseinander.

Die vom Verband initiierte Verwaltungsgerichtsklage von sechs Zahnärzten – darunter drei Vorstandsmitglieder – kann nur einer der gangbaren Wege sein, der zudem sehr langwierig ist. Auch über die Erfolgsaussichten wage ich keine Pro-

gnose. Umso wichtiger ist es, den Praxen im Bereich Abrechnung zu helfen. Wir unterstützen jährlich neu mit der BDIZ EDI-Tabelle und der Analog-Tabelle. Wöchentlich gibt es die Abrechnungshotline und konkrete Abrechnungstipps. Abrechnungs-Webinare informieren, sobald es Neues zu berichten gibt oder ein Update ansteht. Im Rechtsbereich haben wir mit Prof. Ratajczak seit Jahrzehnten eine Koryphäe im Bereich Medizinrecht und Sozialrecht. Er nimmt frühzeitig Witterung auf, wenn Ungemach aus Brüssel oder Berlin droht. Deshalb sind wir mitunter die ersten, die sich mit den Entwürfen neuer Gesetze und Verordnungen beschäftigen.

Unsere Fortbildungsveranstaltungen sind hochwertig und nachhaltig. Das Experten-Symposium findet im Februar zum 21. Mal statt. Mit der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) erarbeiten wir – ebenfalls seit über 20 Jahren – einen Praxisleitfaden, der die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einem aktuellen Thema aktualisiert. In 2026 bieten wir je ein Curriculum Implantologie in Köln und in Ansbach/München an. Erstmals gibt es ein Gutachter-Curriculum, das sieben Module umfasst.

Zum Jahresende bedanke ich mich bei meinen Vorstandskollegen sehr herzlich für die stets kollegiale und vor allem konstruktive Zusammenarbeit: Zuvorderst bei Joachim Zöller, Stefan Liepe und Wolfgang Neumann mit denen ich seit mehr als zehn Jahren für diesen Verband arbeite. Inzwischen gehört Markus Tröltzsch zum



Kernvorstand und bringt viele neue Impulse ein. Thomas Ratajczak ist die feste Größe im Rechtsbereich und Anita Wuttke rückt den BDIZ EDI als Pressereferentin und Chefredakteurin nach innen und außen in das richtige Licht – nach dem Motto: Tue Gutes und sprich' darüber. 2025 hatten wir einen kleinen Generationswechsel im Vorstand. Einige haben sich verabschiedet, andere sind dazugekommen. Ich bedanke mich sehr herzlich bei Renate Tischer, Jörg Neugebauer, Detlef Hildebrand und Freimut Vizethum für die freundschaftliche, intensive und konstruktive Zusammenarbeit. Mit den „Neuen“ im Vorstand haben wir viel vor. Ich freue mich, dass Stefanie Tiede, Kristin-Theres Tischer und Hans Müller künftig gemeinsam an den Projekten des BDIZ EDI mitarbeiten.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien erholsame Feiertage und ein gesundes, erfolgreiches neues Jahr 2026 und freue mich darauf, die Herausforderungen, die den BDIZ EDI erwarten, mit dem Vorstand und in Ihrem Sinne zu meistern.

Christian Berger
Präsident des BDIZ EDI



6 Auch 2026: BDIZ EDI-Tabelle und Analog-Tabelle

16 21. Experten Symposium in Köln: Drucken, fräsen, schmelzen

54 Teil 2: Fehlertheorie in der Zahnmedizin

Aktuell

BDIZ EDI-Tabelle 2026 erscheint im 1. Quartal	6
Analog-Tabelle 2026 mit Chairside-Leistungen	8
Das große Versprechen zur Entbürokratisierung	10
Stellungnahme des BDIZ EDI zur Versorgungsrelevanz	14
21. Experten Symposium am 14. und 15. Februar 2026 in Köln	16
Neu im Jahr 2026: Gutachter-Curriculum Implantologie	20
Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik	23
Rückschau	28
Vorschau	29
Der BDIZ EDI gratuliert	30
Expertensymposium 2025 auf Fuerteventura	32
Romy Ermler: Erste Frau an der Spitze der Bundeszahnärztekammer	34
Neuer DGZMK-Präsident kommt aus Regensburg	36
Chefsache: Zahnärztliche Dokumentation	38

Aktuell Europa

3 Fragen an Prof. Dr. Dr. Johann Müller zur Bedeutung der Okklusion für die Implantatposition	39
3 Fragen an Prof. Dr. Hakan Özyuvac zur Entwicklung der oralen Implantologie	40
3 Fragen an Dr. Dr. Markus Tröltzsch über Augmentationsmaterialien und ihre klinische Anwendung	41
News-Ticker	43
EuGH-Urteil zur rechtlichen Einordnung von telemedizinischen Leistungen	45
CED: Weißbuch über Alterung und Mundgesundheit	48
EU-Gesundheitskommissar zur MDR-Evaluation	50
Stefanie Tiedes Rolle im Weltzahnärzterverband FDI	51
Orale Implantologie auf Curaçao	52

Abrechnung und Recht

Fehlertheorie in der Zahnmedizin, Teil 2	54
Dauerbrenner analoge Berechnung	59

Fortbildung

Zweiphasige Rehabilitation eines stark atrophierten Oberkiefers Dr. Eduardo Anitua	61
Navigierte Sofortimplantatversorgung im ästhetischen Frontzahnbereich Dr. Guilherme Moreira	67

Events

Dentsply Sirona Implant Solutions World Summit 2026	72
---	----

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	74
---	----

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.

KÖNIGLICHE FORM KONISCHE INNENVERBINDUNG

BEGO Semados® RSX^{Pro} CC



Made in Bremen
seit 1890



VERTRAUEN IN JEDER VERBINDUNG

RSX^{Pro} CC mit bewährter Außengeometrie und neuer tiefkonischer Innenverbindung.

- Stabile konische Verbindung für langfristige Zuverlässigkeit
- Innovatives Design verhindert Verklemmen und Kaltverschweißen
- Nur drei prothetische Schnittstellen – klar, effizient, sicher

Entwickelt und hergestellt in Deutschland.

Gestützt auf Erfahrung. Geschaffen für Ihren Erfolg.



Machen Sie den nächsten Zug!

Informieren Sie sich jetzt!

<https://www.bego.com/koenig-cc>

 BEGO

BDIZ EDI-Tabelle 2026 erscheint im 1. Quartal

Hilfe im Abrechnungsdschungel



Seit über zwei Jahrzehnten gibt es die BDIZ EDI-Tabelle. Sie weist den Weg durch den Abrechnungsdschungel und ermöglicht jedes Jahr den schnellen Vergleich zwischen BEMA und GOZ/GOÄ – bei einem für 2026 angepassten Mindesthonorarumsatzbedarf/Stunde von 435 Euro.

Die Antwort auf Gebührensätze ohne Steigerungsmöglichkeit und mehr als 1.300 Zuschlagsziffern in der GOÄneu gibt der BDIZ EDI mit der BDIZ EDI-Tabelle 2026 für die Zahnarztpraxen. Der Mindesthonorarumsatzbedarf pro Stunde wird jährlich moderat nach oben angepasst. 2026 beträgt er 435 Euro für die kleine Zahnarztpraxis.

Ein Inflationsausgleich fehlt sowohl für die Zahnärzte, deren GOZ-Punktwert seit 35 Jahren nicht erhöht wurde, als auch für Ärzte in der GOÄneu.

Unterschiedliche Strukturen

„Während die Mehrheit der Ärzte in Krankenhäusern, MVZ und ähnlichen Einrichtungen angestellt ist und Gehälter bezieht, sind die Zahnärzte in Deutschland noch überwiegend in eigener Praxis tätig oder umsatzbeteiligt und tragen damit unternehmerische Verantwortung“, sagt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, der die Tabelle jährlich neu für den Praxisalltag justiert. Mit der BDIZ EDI-Tabelle lassen sich der eigene betriebswirtschaftliche Minutenwert leicht errechnen und die Basiswerte entsprechend praxisindividuell anpassen.

Leistungsbeschreibung	Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 435 EUR pro Stunde											
	BEMA Stand 01.01.2025				GOZ 2012				GOÄ 1996			
	Nr.	Bewert. Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	Nr.	Punktzahl	EUR	max. Zeit in Min.	Nr.	Punktzahl	EUR	max. Zeit in Min.
Teil 1 KONS./CHIRURGIE MIT INDIVIDUALPROPHYLAXE												
Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte	ePA1	4	5,25	0,7								
Aktualisierung der elektronischen Patientenakte	ePA2	2	2,62	0,4								
Beratung eines Kranken, auch tel., bei Tag	Ber	Ä1	9	11,81	1,6				1	80	10,72	1,5
Eingehende, das gewöhnl. Maß überschreitende Beratung/mind. 10 Min.									3	150	20,11	2,8
Eingehende Untersuchung zur Feststellung von ZMK-Krankheiten	U	01	18	23,61	3,3	0010	100	12,94	1,8	19,68	2,7	5
Symptombezogene Untersuchung												10,72
Vollst. körperl. Untersuchung Organsystem, u.a. stomatognathes									6	100	13,41	1,8
Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung Indikation, Zeitpunkt	01k	28	36,73	5,1								
Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps	Ohn	02	20	26,23	3,6	in GOZ nur über Steigerungssatz				55a	500	67,03
Zuschlag außerhalb Sprechstunde, Nacht (20 - 8 Uhr), Sonn-/Feiertag	Zu	03	15	19,68	2,7							9,2
Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, AU-Bescheinigung	7700	5	6,56	0,9					70	40	5,36	0,7
Erhebung des PSI-Code	04	12	15,74	2,2	4005	80	10,35	1,4	15,75	2,2	297	45
Gewinnung von Zellmaterial aus Mundhöhle, Aufbereitung zur zytol. Unters.	05	20	26,23	3,6								6,03
Eröffnung oberflächlicher, unter Haut/Schleimhaut gelegener Abszess	Inz1	Ä161	15	19,68	2,7				2428	80	10,72	1,5
Sensibilitätsprüfung der Zähne	Vipr	08	6	7,87	1,1	0070	50	6,47	0,9	9,84	1,4	
Behandlung überempfindl. Zahnoberflächen; je Sitzung (GOZ: je Kiefer)	üZ	10	6	7,87	1,1	2010	50	6,47	0,9	9,84	1,4	
Exkavieren u. prov. Verschluss Kavität als alleinige Leist.; unvoll. Füllung	pV	11	19	24,92	3,4	2020	98	12,68	1,7	19,29	2,7	
Besondere Maßnahmen beim Präp./Füllen, je Sitzung, je Kieferh./Frontz.	bMF	12	10	13,12	1,8	2030	65	8,41	1,2	12,80	1,8	



Bibliografie

BDIZ EDI-TABELLE 2026

Ringbindung, 46 Seiten im Format 297 x 148 mm

- Enthält alle relevanten zahnärztlichen Abrechnungsleistungen im BEMA, der GOZ und der GOÄ
- Enthält konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung in der Parodontisttherapie
- Enthält Zeitangaben in Minuten, berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 435 Euro im BEMA sowie in den Steigerungsfaktoren von GOZ und GOÄ
- Ermöglicht den direkten Vergleich zwischen BEMA-Wert und GOZ/GOÄ im 2,3-fachen Satz
- Basiert im BEMA auf dem vdek-Punktwert Bayern, 1. Quartal 2026
- Preis: 45 Euro zzgl. Versandgebühren – Onlineshop: www.bdizedi.org/shop
- Mitglieder erhalten die Tabelle kostenfrei zugesandt

Um die Parodontisttherapie gemäß S3-Leitlinie entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchzuführen, hat Christian Berger mit Unterstützung von Prof. Dr. Thomas Ratajczak und Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff für 2026 die Positionen in der Parodontologie mit entsprechenden Analogpositionen versehen, „denn diese Leistungen werden heute ganz anders ausgeführt als 1988“, so Berger. Neu ist eine Leistung nicht nur dann, wenn sie in GOZ oder GOÄ nicht beschrieben ist, sondern auch dann, wenn sie heute ganz anders ausgeführt wird als zu Zeiten ihrer Aufnahme, Beschreibung und Bewertung im Gebührenverzeichnis (BGH, 13.05.2004 – III ZR 344/03 –; OLG Düsseldorf, 27.09.2001 – 8 U 181/00 –).

Die BDIZ EDI-Tabelle 2026 zeigt alle zahnärztlichen Leistungsbereiche. Inzwischen sind fast 250 Leistungen im BEMA besser dotiert als im 2,3-fachen Steigerungssatz von GOZ und GOÄ. Und oft reicht auch der 3,5-fache Satz nicht mehr aus.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2026 ist über den Onlineshop des BDIZ EDI zum Preis von 45 Euro bestellbar. Mitgliedern wird die Tabelle kostenfrei im ersten Quartal 2026 zugesandt.

AWU

Leistungsbeschreibung	Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 435 EUR pro Stunde									GOZ 2012 Vorschlag BDIZ EDI
	BEMA Stand 01.01.2025	Bewert. Nr.	Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	
Teil 4 - Parodontologie¹										
Erhebung mindest. eines Gingival-/ Parodontalindex	04	12	15,74	2,2	7000a	270	16,70	2,3	1,1	Erhebung des Parodontal-Befunds, der Diagnose und der Planung und Dokumentation der Therapie (EPB) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Eingliederung Aufbissbehelf
Befundaufnahme und Erstellung eines Parodontalstatus	4	44	57,71	8,0	9000a	884	64,63	8,9	1,3	PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation (BEP) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend implantatbezogene Analyse
Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	ATG	28	36,73	5,1	9040a	626	38,73	4,9	1,1	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Freilegen eines Implantats
Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	MHU	45	59,03	8,1	9150a	675	60,74	8,4	1,6	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Fixation oder Stabilisierung des Augmentates
Antinfektöse Therapie, je einwurzeligem Zahn	AITa	14	18,36	2,5	9060a	313	19,36	2,4	1,1	Subgingivale Instrumentierung-PAR, je einwurzeligem Zahn oder Implantat (AITa) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Auswechseln von Aufbauelementen im Reparaturfall
Antinfektöse Therapie, je mehrwurzeligem Zahn	AITb	26	34,10	4,7	9020a	515	34,76	4,8	1,2	Subgingivale Instrumentierung-PAR, je mehrwurzeligem Zahn (AITb) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Insertion eines temporären Implantates
Befundevaluation nach AIT	BEVa	32	41,97	5,8	9040a	626	42,51	5,8	1,2	Befundevaluation-PAR nach AIT oder CPT (BEVa) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Freilegen eines Implantats
Chirurgische Therapie, je behandeltem einwurzeligen Zahn	CPTa	22	28,86	4,0	9090a	400	29,25	4,0	1,3	Minimalinvasive strukturerhaltende Intervention (MSIa) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Knochengewinnung, Knochenaufbereitung und -implantation
Chirurgische Therapie, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	CPTb	34	44,60	6,2	9140a	650	47,52	6,6	1,3	Minimalinvasive strukturerhaltende Intervention (MSIb) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes
Befundevaluation nach CPT	BEVb	32	41,97	5,8	9040a	626	42,51	5,8	1,2	Befundevaluation-PAR nach AIT oder CPT (BEVb) gemäß BEMA-Richtlinie, entsprechend Freilegen eines Implantats

Abrechnungsempfehlungen zur Analogieberechnung

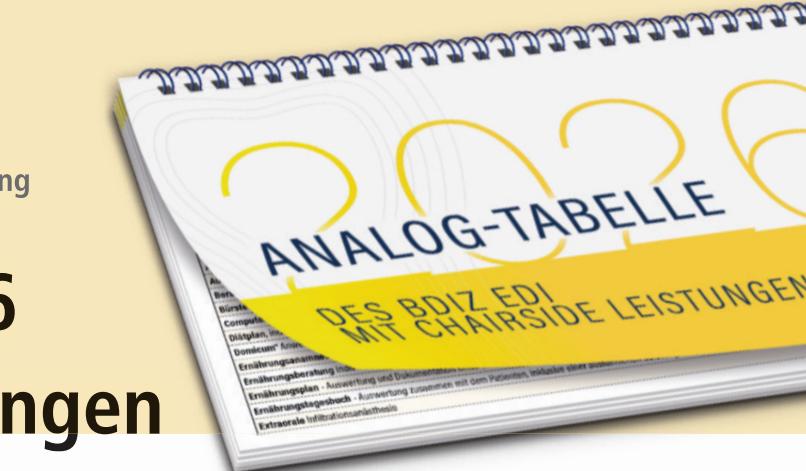
Analog-Tabelle 2026 mit Chairside-Leistungen

Analogberechnung und Chairside-Leistungen gewinnen infolge der jahrzehntelangen Nichtanpassung der GOZ-Punktwertes weiter an Bedeutung. Viele Empfehlungen zur Analogieberechnung wurden seit dem Jahr 2012 publiziert. Der BDIZ EDI geht einen Schritt weiter und hat über 200 Leistungen analogisiert und zudem eine Liste mit Chairside-Leistungen erstellt.

Bisher gab kaum jemand konkrete Empfehlungen zu den bei der Analogabrechnung sinnvollerweise anzusetzenden Gebührenziffern. Diesen Schritt wagt der BDIZ EDI auch 2026 mit einer „runderneuerten“ Analog-Tabelle, die eine erweiterte Hilfestellung zur Analogabrechnung zu weit mehr als 200 Leistungen und den dabei anzusetzenden Gebührenziffern ist.

Die Tabelle ist als Empfehlung zu sehen. Der BDIZ EDI hat als Grundlage – wie in der BDIZ EDI-Tabelle 2026 – einen Mindesthonorarumsatzbedarf/Stunde von 435 Euro veranschlagt.

Für den vermehrten Einsatz der Analogabrechnung spricht zum einen die leidvolle Erfahrung mit der GOZ 2012. Diejenigen Leis-



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

Aufgabenstellung

Die Aufgabe der Analogieberechnung besteht der Sache nach darin, faktisch eine neue Gebührenziffer zu schaffen. Dazu gehört deren Leistungsbeschreibung, die dann auch in der Abrechnung entsprechend erscheinen muss.

Abrechnungsempfehlung zur Analogieberechnung

ANALOGIEBERECHNUNG

Die Analogabrechnung gewinnt in folgender jahrzehntelangen **Nichtanpassung der GOZ an die wirtschaftliche Entwicklung und der Enttäuschung über die jahrzehntelange Nichtanhebung des Punktwertes** rasch an Bedeutung. Das belegen die vielen Empfehlungen zur Analogieberechnung, die seit dem Jahr 2012 publiziert wurden.

Die Analogabrechnung trifft in der Praxis auf drei Probleme:
 1. Die Anwendung der gesetzlichen Regeln ist nicht einfach.
 2. Die Kostenrechner wehren sich oft „mit Händen und Füßen“.
 3. Es gibt kaum Hinweise, die man einfach umsetzen kann:
 Welche Gebührenziffer soll man nehmen?

Im GOZ-Kompendium 2012 haben wir die gesetzlichen Regelungen ausführlich kommentiert und erste praktische Anwendungshinweise gegeben. Die Zahl der Analogisten hat sich seither erweitert. Allerdings gab bisher kaum jemand **Empfehlungen** zu den bei der Analogabrechnung sinnvollerweise anzusetzenden Gebührenziffern.

Diesen Schritt haben wir in dieser Analog-Tabelle trotz aller damit verbundenen Bedenken gewagt und geben mit dieser Broschüre nun eine **erweiterte Hilfestellung zur Analogabrechnung zu weit mehr als 200 Leistungen und den dabei anzusetzenden Gebührenziffern**. Die Tabelle ist eine Empfehlung für die jeweilige Praxis. Der 2008 vom Bundesgesundheitsministerium zugestandene Stundensatz von 194,- Euro wurde von uns für 2026 auf 435,- Euro angepasst. Aber allfalls kleine Praxen können mit einem **Mindesthonorarumsatzbedarf/**

Stunde von 435,- Euro auskommen. Für solche Praxen wurde die bei durchschnittlichen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen für die Leistungen zur Verfügung stehende Zeit beim 1,0-fachen und 2,3-fachen GOZ-Satz angegeben, eigene Praxiskalkulationen können so leicht erstellt werden.

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

Sie ist auch insfern flexibel, als Zeit und Kostenaufwand keine normierten Standardgrößen, sondern im Rahmen des § 6 Abs. 1 GOZ praxisindividuell abbildungbar sind. **Praxis A muss deshalb nicht dieselbe Analogieleistungsziffer wählen wie Praxis B.**

Aber es ist hilfreich, wenn die generelle Richtung stimmt und man sich über die Beschreibung der analog abzurechnenden Leistungen im Berufstand einigt; denn die Analogabrechnung wird durch die Rechtsprechung nicht einfach gemacht, da, wie es der Bayerische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 15.04.2011 – 14 ZB 10154 – ausdrückte, „der Zahnarzt bei der Analogabrechnung zahnärztlicher Leistungen nicht willkürlich eine Position heranziehen darf“, die ihm im Ergebnis als angemessen erscheint.“

GOZ 2012 – die Analogieberechnung

Änderseits billigt die Rechtsprechung dem Zahnarzt einen Beurteilungsspielraum bei der Auswahl der Gebührenziffern zu (OLG München, 07.02.2004 – 25 U 5029/02 –). Daher stellen wir die wichtigsten Schritte der Analogberechnung zusammen.

AUFGABENSTELLUNG

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

Eine Gebührenziffer ist der Sachz nach einer abstrakten Rechtsnorm, die Analogziffer im Ergänzungsalso auch, nur mit dem Unterschied, dass sie durch den Zahnarzt selbst geschaffen werden darf. Für die Frage nach dem Ob der Analogieberechnung weist der BGH in seiner Entscheidung vom 13.06.2004 – II ZR 344/03 – auf einen entscheidenden Punkt hin: „Dem Arzt kann nicht angesoren werden, sich in Fällen, in denen die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte wegen eines möglichen Regelungstiefs Zweifel aufwirft, durch Abschluss einer Vereinbarung ein angemessenes Honorar zu sichern.“

Das gilt insbesondere für die in den Gebührenordnungen bisher überhaupt nicht abgebildeten **Aufklärungsleistungen**, wie sie seit dem 26.02.2012 auch in den §§ 630c und 630e BGB enthalten sind.



Bibliografie

Analog-Tabelle 2026 mit Chairside-Leistungen

Ringbindung, 40 Seiten im Format 297x148 mm

- Enthält alle Abrechnungsempfehlungen des BDIZ EDI zur Analogberechnung und alle derzeitig empfohlenen Chairside-Leistungen
- Enthält weit über 200 konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung in GOZ/GOÄ und alternativer Analogziffer
- Enthält Zeitangaben in Minuten berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 435 Euro im 1,0- und 2,3-fachen Steigerungssatz
- Preis: 35 Euro zzgl. Versandgebühren – bestellbar ab Mitte des 1. Quartals 2026 im Onlineshop des BDIZ EDI: www.bdizedi.org/shop/
- Mitglieder erhalten ein Exemplar kostenfrei zugesandt

Für die Frage nach dem Ob der Analogieberechnung weist der BGH in seiner Entscheidung vom 13.5.2004 – III ZR 344/03 – auf einen entscheidenden Punkt hin: „Dem Arzt kann nicht angekommen werden, sich in Fällen, in denen die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte wegen eines möglichen Regelungsdefizits Zweifel aufwirft, durch Abschluss einer Vereinbarung ein angemessenes Honorar zu sichern.“

Die Hauptkriterien Art, Kosten und Zeit (2–4) sind gleichwertig (BGH, 23.1.2003 – III ZR 161/02 –). In der Praxis kann man diese Schritte nur ergebnisbezogen nachvollziehbar machen: Man ermittelt zuerst die angemessene Vergütung in Euro für den Regelfall (Steigerungsfaktor 2,3), rechnet diese durch Division mit dem Punktewert nach § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ (gesteigert ebenfalls mit dem Faktor 2,3) in die Punktmenge um und sucht dann nach geeigneten Gebührenziffern für die Analogie.

Neu ist eine Leistung nicht nur dann, wenn sie in GOZ oder GOÄ nicht beschrieben ist, sondern auch dann, wenn sie heute ganz

anders ausgeführt wird als zu Zeiten ihrer Aufnahme, Beschreibung und Bewertung im Gebührenverzeichnis (BGH, 13.5.2004 – III ZR 344/03 –; OLG Düsseldorf, 27.9.2001 – 8 U 181/00 –).

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

In der Analog-Tabelle 2026 werden alle Abrechnungsempfehlungen des BDIZ EDI zur Analogberechnung und alle derzeitig empfohlenen Chairside-Leistungen abgebildet. Einen wesentlichen Beitrag zu der Tabelle haben auch Kerstin Salhoff und Prof. Dr. Thomas Ratajczak geleistet.

Christian Berger, Präsident BDIZ EDI

PRÜFSCHHEMA

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

Die Hauptkriterien Art, Kosten und Zeit (2 – 4) sind **gleichwertig** (BGH, 23.1.2003 – III ZR 161/02 –). In der Praxis kann man diese Schritte nur ergebnisbezogen nachvollziehbar machen: Man ermittelt zuerst die angemessene Vergütung in Euro für den Regelfall (Steigerungsfaktor 2,3), rechnet diese durch Division mit dem Punktewert nach § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ (gesteigert ebenfalls mit dem Faktor 2,3) in die Punktmenge um und sucht dann nach geeigneten Gebührenziffern für die Analogie.

Neu ist eine Leistung nicht nur dann, wenn sie in GOZ oder GOÄ nicht beschrieben ist, sondern auch dann, wenn sie heute ganz anders ausgeführt wird als zu Zeiten ihrer Aufnahme, Beschreibung und Bewertung im Gebührenverzeichnis (BGH, 13.5.2004 – III ZR 344/03 –; OLG Düsseldorf, 27.9.2001 – 8 U 181/00 –). Da die Zahnheilkunde in dem Jahrzehnt seit der GOZ 2012 große Fortschritte gemacht hat, konnte man heute – streng genommen – nahezu alle zahnärztlichen Leistungen analog abrechnen. **Als besonders prägnante Beispiele seien die Fortschritte in der Parodontologie und Endodontie genannt, aber auch in der Kieferorthopädie oder den Extraktions- und Osteotomietechniken hat sich sehr viel getan, ohne dass die damit verbundenen Fortschrittsinnovationen seit der GOZ 2012 auch nur ansatzweise berücksichtigt worden sind.**

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

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

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

ZUSAMMENFASSUNG

- Alle zahnärztlichen Leistungen, die in dem Gebührenverzeichnis zur GOZ enthalten sind, sind nach GOZ abzurechnen.
- Alle zahnärztlichen Leistungen, die im nach § 6 Abs. 2 GOZ eröffneten Umfang im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, sind – mit denselben Einschränkungen – nach GOÄ abzurechnen.
- Alle zahnärztlichen Leistungen, die in keinem dieser Gebührenverzeichnisse enthalten sind, sind analog abzurechnen.
- Die Analogieberechnung muss nach dem Gebührenverzeichnis zur GOZ erfolgen, sofern sich darin für die Analogie geeignete Gebührenziffern finden. Die Analogieberechnung muss nach dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ erfolgen, sofern sich im Gebührenverzeichnis der GOÄ keine für die Analogie geeigneten Gebührenziffern finden. Dabei ist die Auswahl auf die in § 6 Abs. 2 GOZ genannten Abschnitte und Ziffern der GOÄ beschränkt.

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



Das große Versprechen zur Entbürokratisierung

Was wurde bisher erreicht?

Unser Autor Dr. Uwe Axel Richter nimmt in der letzten Ausgabe des Jahres 2025 eine Bestandsaufnahme der schwarz-roten Bundesregierung vor, die die Entbürokratisierung als wichtiges Ziel im Koalitionsvertrag verankert hat. Was hat sie gehalten, was bislang erreicht?

Staatsmodernisierung und Bürokratieabbau

Entbürokratisierung, Bürokratieabbau, Bürokratierückbau – gemäß Koalitionsvertrag und den Aussagen der Regierung stellt die Entbürokratisierung ein vorrangiges Vorhaben für die 21. Legislatur dar. Das Ziel: Senkung der Bürokratiekosten, um vorrangig die Wirtschaft zu entlasten. Und damit sich auch alle Ministerien „wirklich“ beteiligen, wurde der im Koalitionsvertrag vereinbarte Staatssekretärsausschuss seitens des Bundeskabinetts Ende Juli 2025 eingesetzt, um nichts weniger als eine Staatsreform zu koordinieren. Zuständig ist das Bundesministerium für Di-

gitales und Staatsmodernisierung (BMDS) unter dem Bundesminister Dr. Karsten Wildberger.

Herkulesaufgabe für das Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung

Wem der Name Wildberger noch nicht geläufig ist: Der promovierte Physiker, parteilos in die Regierung Merz berufen und mittlerweile CDU-Mitglied, kann auf eine durchaus beeindruckende Vita in der Wirtschaft zurückblicken. Geleitet wird das ressortübergreifende Steuerungsgremium „Staatsmodernisierung und Bürokratierückbau“ jedoch von Philipp Amthor

(CDU), Staatssekretär im BMDS. Der nationale Normenkontrollrat begleitet das Gremium und soll eine jährliche Bilanz zum Stand des Bürokratieabbaus ziehen. Ausweislich der Website der Bundesregierung gilt dieses auch für die Bemühungen der Bundesregierung, die Gesetzgebung zu verbessern und die Verwaltung zu digitalisieren.

Die Ziele für dieses ressortübergreifende Steuerungsgremium sind zwar wenig konkret, aber ambitioniert: Die „Verschlankung von Strukturen“, weniger Berichtspflichten für die Wirtschaft, insgesamt ein Bürokratieabbau um mindestens 25 Prozent. Flankierend will die Bundesregierung



© Photobank – stock.adobe.com

Praxis- und Digitalauglichkeits-Checks bei neuen Gesetzen und die frühe Beteiligung von Wirtschaft, Verwaltung und Zivilgesellschaft bei Gesetzesvorhaben. Zum Start des Staatssekretärausschusses erklärte Amthor: „Statt immer weiterer Ankündigungen zählen jetzt Taten und messbare Erfolge für konsequenteres Sparen und für mehr Effizienz. Dafür setzen wir heute den Startschuss.“ Wir sollten ihn daran messen.

Etwas konkreter wurde die Bundesregierung Anfang Oktober 2025 mit der vom Kabinett beschlossenen Modernisierungsagenda Bund. Diese soll für einen „schnellen, digitalen und handlungsfähigen Staat sorgen, der zügig entscheidet und verlässlich liefert“. Eine der Schnittmengen der Modernisierungsagenda ist die Entbürokratisierung.

Dazu wurden fünf Handlungsfelder und 80 Einzelmaßnahmen definiert, die in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden sollen. Die Handlungsfelder, in denen die Bundesregierung aktiv werden will, lauten: spürbarer Bürokratierückbau, bessere Rechtsetzung, Service für Bürgerinnen, Bürger und Unternehmen sowie zukunfts-

gerichtete Personalentwicklung und strategisches Personalmanagement und eine effiziente Bundesverwaltung.

Modern, weil nur noch englische Begrifflichkeiten?

Zugegeben, wirklich konkret ist Vorgenanntes auch nicht. In der vom BMDS veröffentlichten 40-seitigen Modernisierungsagenda Bund – Für ein schnelles, digitales und handlungsfähiges Deutschland (nachzulesen unter

https://bmds.bund.de/fileadmin/BMDS/Dokumente/Modernisierungsagenda_barrierefrei.pdf

finden sich neben sogenannten Hebelprojekten immerhin konkrete Aussagen, was man in den fünf Handlungsfeldern angehen will. Bei diesen wird die erwünschte Modernität, Zukunftszugewandtheit und auch Bürokratie(aufwands)reduzierung erzeugt durch die übermäßige Verwendung englischer, im Beratungsbusiness üblicher Managementbegriffe sowie Formulierungen, die Digitalisierung und KI beinhalten. Und ja, man will auch einsparen, in dem die Effizienzsteigerung der Bundesverwaltung bis 2029 zu einer achtprozentigen Personalreduktion führt.

Die KI soll es richten

Insbesondere bei den sogenannten Hebelprojekten sollen Digitalisierung und der vermehrte Einsatz künstlicher Intelligenz ihre bürokratiesenkende Wirkung entfalten. Hier einige Beispiele für Hebelprojekte: digitaler Führer- und Fahrzeugschein, 24h-Gründungen, Work-and-Stay-Agentur, digitale Servicelandschaft für Bürgerinnen und Bürger, Rechtsgrundlage für die KI, KI-basierter „Förderlotse Wachstumsmärkte“.

Nun ist die im Oktober beschlossene Modernisierungsagenda Bund nicht ressortspezifisch. Und man mag es kaum glauben, unter den Hebelprojekten findet sich auch eines aus dem Gesundheitswesen

namens „BEEP“ (nomen est omen). Zitat: „Im Gesetzentwurf zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, den das Bundeskabinett im August 2025 beschlossen hat, sind bereits umfangreiche Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Pflege vorgesehen. Damit sollen pflegebedürftige Menschen und ihre Familien, Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen, aber auch Pflegekassen und Prüfdienste von vermeidbarem bürokratischem Aufwand entlastet werden. Weitergehende Maßnahmen zum Bürokratieabbau und zur Digitalisierung werden im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Pflegereform geprüft und sollen mit dem Zukunftspakt Pflege umgesetzt werden.“ Der Gesetzentwurf befindet sich noch im laufenden Verfahren. Gestartet wurde BEEP im Übrigen als Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz in der Ära der Ampelkoalition.



Leuchtturmprojekte für das Gesundheitswesen

Vorgenannter Gesetzentwurf ist bis dato auch das einzige „Fassbare“, was aus dem Bundesgesundheitsministerium zum Thema Bürokratieabbau konkret zu hören ist. Nichtsdestotrotz wird auch Gesundheitsministerin Nina Warken nicht müde, die Notwendigkeit für den Abbau der Bürokratielast im Gesundheitswesen zu betonen. Anlässlich der diesjährigen Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer lobte sie die Zahnärzteschaft für ihre Vorreiterrolle beim Abbau der Bürokratie, nannte als Beispiele das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (eBZ) sowie den elektronischen Heil- und Kostenplan (eHKP) und bezeichnete diese als Leuchtturmprojekt im Gesundheitswesen.

Anschaulich zeigt sich an diesem Beispiel jedoch der Unterschied zwischen den synonym verwandten Begriffen Bürokratielast, Bürokratieabbau, Bürokratierückbau oder Entbürokratisierung. Demnach führt Digitalisierung nicht zu einer Entbürokratisierung, sondern lediglich zu einem effi-

zienteren Handling. Was zu der Frage führt, was denn eigentlich mit Entbürokratisierung gemeint ist.

Untoter namens Bürokratie

Es ist höchst unwahrscheinlich, dass hinsichtlich dieser Begrifflichkeit ein politischer Konsens besteht. Seit den 80er-Jahren wird vonseiten der Politik ein Übermaß an Bürokratie beklagt. Zwar wurden seitdem vier Bürokratieentlastungsgesetze beschlossen, zuletzt von der Ampelkoalition im Oktober 2024. Und trotzdem steht auch für die 21. Legislatur die Entbürokratisierung wieder weit oben auf der politischen Agenda.

Ein Begriff für fünf Handlungsfelder

Die Schwierigkeit, den Begriff Bürokratie und damit auch den Bürokratierückbau politisch zu fassen, zeigt auch die Modernisierungsagenda Bund auf. An dieser Stelle seien deshalb die fünf von der Merz-Regierung festgelegten Handlungsfelder wiederholt:

1. spürbarer Bürokratierückbau,
2. bessere Rechtsetzung,
3. Service für Bürgerinnen, Bürger und Unternehmen,
4. zukunftsgerichtete Personalentwicklung und strategisches Personalmanagement und
5. eine effiziente Bundesverwaltung.

Die Heterogenität und Komplexität der fünf Handlungsfelder, die unter dem Begriff Bürokratierückbau angegangen werden sollen, ist geradezu mit Händen zu greifen. Kein Wunder, dass Staatssekretär Amthor den Begriff flugs auf konsequenteres Sparen und mehr Effizienz eingrenzt.

In der Konsequenz sollte man nicht mehr von „der“ Bürokratie reden, sondern konkret benennen, welche „Schublade“ gemeint ist. Es macht einen Unterschied, ob durch intelligente Digitalisierung zeitraubende bürokratische Prozesse verkürzt

werden oder Regelungen abgeschafft werden sollen, die ursächliche Interessen (es könnten auch die eigenen sein) betreffen.

Dass die Politik derzeit vor allem die finanziellen Aspekte und die Effizienz im Vordergrund sieht, verwundert angesichts der drängenden wirtschaftlichen Probleme dieses Landes nicht. Gemäß einer im April dieses Jahres veröffentlichten Studie der staatlichen Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) verlieren mittelständische Unternehmen, die in Deutschland 3,8 Millionen Mitarbeiter beschäftigen, im Durchschnitt sieben Prozent der Arbeitszeit für bürokratische Prozesse. Das entspricht 1,5 Milliarden Arbeitsstunden und 61 Milliarden Euro pro Jahr für „Bürokratie“. Solo-selbstständige trifft es noch schlimmer: 8,7 Prozent ihrer Arbeitszeit gehen für die Erledigung bürokratischer Vorgaben drauf und stehen für produktive Arbeit nicht mehr zur Verfügung.

Und die Zahnmedizin? Diese bestätigt im Trend die Ergebnisse der KfW. Nimmt man die Aussagen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) für bare Münze, stehen die Praxen vor einem Bürokratie-Burn-out. Hierzulande seien derzeit bis zu 962 unterschiedliche Regelungen und Vorgaben zu beachten, die sich auf bis zu 25 Prozent Verlust an Behandlungszeit für Patientinnen und Patienten subsummieren würden. In ihrem an die Politik im Juni 2025 gerichteten „Sofortprogramm Bürokratieabbau“ nennt die BZÄK sieben konkrete Maßnahmen zum Abbau überflüssiger bürokratischer Hürden (<https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/bundeszahnärztekammer-fordert-sofortprogramm-bürokratieabbau.html>).

Aus zahnmedizinischer Sicht sind die sieben Sofortmaßnahmen eigentlich „No-Brainer“. Eigentlich – würden sich nicht auf der Gegenseite eine Vielzahl unterschiedlicher Organisationen und wirtschaftliche Profiteure befinden, die aus den Regelungen Vorteile ziehen. Wie oder genauer

„für wen“ soll die Politik priorisieren und entscheiden?

Apropos: Es erscheint oft als Königsweg, mithilfe der Digitalisierung eine Reduktion der durch Bürokratie erzeugten Aufwände herbeizuführen. Verkürzt: mehr Digitalisierung, weniger Bürokratie. Doch Digitalisierung reduziert nicht die bürokratischen Lasten, sondern ist ein „Konjunkturprogramm“ für die Digitalindustrie, welches nicht der Verursacher bezahlt, sondern die von der Bürokratie Betroffenen. Um was zu erreichen? Überhaupt noch ihrer Profession rechtssicher nachgehen zu können. Umso wichtiger ist es, dass die Bürokratie-„Erfinder“ die Betroffenen vor einer Regelung einbeziehen und damit der Politik die Möglichkeit geben, angesichts der Folgen überhaupt priorisieren zu können. Dafür muss jedoch der Nutzen auf den Punkt gebracht sein. Nur dann lassen sich die Kosten, respektive Aufwände der geplanten Bürokratie erhöhenden oder senkenden Regelung konkret beziffern. Dann kann auch die Politik die Argumente abwägen, welche sie für vorteilhafter hält. Um das harte Wort Priorisierung einmal zu vermeiden.

© Verena Galias



Dr. med. Uwe Axel Richter

Kontakt zum Autor: uweaxel.richter@gmx.de

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



Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists

BDIZ EDI · Lipowskystr.12 · 81373 München

19. Dezember 2025

Stellungnahme des BDIZ EDI zur Versorgungsrelevanz von Articain in der zahnärztlichen Lokalanästhesie

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) spricht sich ausdrücklich dafür aus, Articain als versorgungsrelevantes Arzneimittel im Sinne des § 52b AMG zu listen und dauerhaft im therapeutischen Repertoire der Zahnmedizin zu erhalten. Ziel dieser Stellungnahme ist nicht, Articain als einziges Lokalanästhetikum hervorzuheben, sondern dessen unverzichtbare Bedeutung innerhalb eines differenzierten Anästhesiespektrums zu unterstreichen. Articain darf aus diesem Repertoire nicht verschwinden.

Articain ist eines der am häufigsten eingesetzten Lokalanästhetika in der Zahnmedizin. Seine besondere Bedeutung ergibt sich zunehmend vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft und der stetig wachsenden Zahl an Patienten mit systemischen Vorerkrankungen, Multimorbidität und Polypharmazie. Gerade in diesen vulnerablen Patientengruppen weist Articain gegenüber anderen Lokalanästhetika – insbesondere Lidocain, welches als versorgungsrelevant gelistet ist – relevante pharmakologische und klinische Vorteile auf.

Pharmakologische Besonderheiten und systemische Sicherheit

Articain ist ein Amid-Lokalanästhetikum mit einer zusätzlichen Estergruppe in der Seitenkette. Diese einzigartige Struktur ermöglicht neben dem hepatischen Abbau eine zusätzliche Metabolisierung durch unspezifische Plasmacholinesterasen. Im Unterschied zu anderen Amid-Lokalanästhetika wie Lidocain, Bupivacain oder Ropivacain, die nahezu ausschließlich über die hepatischen Cytochrom-P450-Systeme verstoffwechselt werden, besitzt Articain dadurch eine deutlich verkürzte Plasma-Halbwertszeit von etwa 20–30 Minuten. Zum Vergleich liegt die Halbwertszeit von Lidocain bei über 90 Minuten (Martin, Nimmo et al. 2021; Kämmerer, Heimes et al. 2024).

Diese besondere Metabolisierung ist klinisch hoch relevant, insbesondere bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion, da hierdurch das Risiko einer systemischen Kumulation und Toxizität deutlich reduziert wird. Dies wird u. a. durch die Übersichtsarbeit von Daubländer et al. (ZM 2012) zur Lokalanästhesie im Alter ausdrücklich bestätigt. Auch Luo et al. (2022) sowie Kämmerer, Heimes et al. (2024) unterstreichen die Bedeutung dieses besonderen Abbauweges für die klinische Sicherheit.

Durch die rasche Plasmametabolisierung ist bei Articain im Falle einer versehentlichen intravasalen Applikation oder bei Mehrfachdosierungen eine systemische Kumulation weniger wahrscheinlich (Yapp, Hopcraft et al. 2011; Aps und Badr 2020). Die systemische Exposition ist dadurch insgesamt signifikant niedriger als bei Lidocain, was insbesondere für Kinder, ältere Patienten und multimorbide Patienten eine zusätzliche Sicherheitsreserve darstellt. Darüber hinaus fehlt für Articain die insbesondere für Bupivacain bekannte relevante Kardiotoxizitätsproblematik, was seine Bedeutung für Risikopatienten weiter unterstreicht.

Christian Berger
Präsident
berger@bdizedi.org

Prof. Dr. Dr. J. E. Zöller
Vizepräsident
zoeller@bdizedi.org

Dr. Stefan Liepe
Generalsekretär
liepe@bdizedi.org

Dr. Wolfgang Neumann
Schatzmeister
neumann@bdizedi.org

Dr. Dr. Markus Tröltzsch
Schriftführer
troeltzsch@bdizedi.org

BEISITZER

Prof. Dr. Dr. Johann Müller
mueller@bdizedi.org

Stefanie Tiede
tiede@bdizedi.org

Kristin-Theres Tischer
tischer@bdizedi.org

JUSTIZIAR

Prof. Dr. Thomas Ratajczak
ratajczak@bdizedi.org

GESCHÄFTSFÜHRER

Dr. Stefan Liepe
liepe@bdizedi.org

Deutsche Apotheker-und Ärztebank • IBAN DE75 3006 0601 0026 8883 72 • BIC DAAEDEDD

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

Hintergrund: © corben_dallas – stock.adobe.com



Bundesverband der implantologisch
tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists

Klinische Wirksamkeit

Articain zeichnet sich durch eine ausgezeichnete Diffusionsfähigkeit im Knochenfenster sowie eine hohe Plasma-Protein-Bindung aus. Je nach Indikation und Injektionstechnik gilt Articain als 1,5- bis 2,8-fach potenter als Lidocain (Martin, Nimmo et al. 2021).

Bereits in den 1990er-Jahren wurde die hohe Wirksamkeit bei gleichzeitig geringer Toxizität durch Rahn et al. dokumentiert (Deutsche Stomatologische Zeitung 1991; Zahnärztliche Welt 1994). Diese Ergebnisse wurden in aktuellen Studien bestätigt: Al-Mahalawy et al. (BMC Oral Health 2023) zeigten, dass Articain im Vergleich zu Lidocain eine höhere Effektivität und ein besser vorhersagbares klinisches Outcome aufweist.

Bedeutung für besondere Patientengruppen

Aufgrund seiner pharmakokinetischen Eigenschaften, hohen Wirksamkeit und geringen systemischen Toxizität ist Articain in vielen Situationen das Lokalanästhetikum der ersten Wahl, insbesondere:

- bei älteren und multimorbidien Patienten,
- bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion,
- bei erhöhtem Risiko systemischer Nebenwirkungen,
- in der Oralchirurgie, Implantologie und bei komplexen zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen.
- Bei schwangeren Patientinnen wird Articain aufgrund seines günstigen Sicherheitsprofils häufig bevorzugt eingesetzt, was sich auch in der regelhaften Anwendung in der Gynäkologie widerspiegelt.

Zusammenfassende Bewertung des BDIZ EDI

Aufgrund

- der hohen klinischen Wirksamkeit,
- der raschen und dualen Metabolisierung,
- der niedrigen systemischen Toxizität,
- der fehlenden relevanten Kardiotoxizität,
- sowie der besonderen Eignung für vulnerable Patientengruppen

stuft der BDIZ EDI Articain als unverzichtbar versorgungsrelevant für die zahnärztliche, oralchirurgische und implantologische Lokalanästhesie ein.

Eine Listung als versorgungsrelevantes Arzneimittel gemäß § 52b AMG wird daher vom BDIZ EDI ausdrücklich unterstützt. Articain muss der zahnärztlichen Versorgung dauerhaft und uneingeschränkt als therapeutische Option erhalten bleiben.

Christian Berger
Präsident

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller
Vizepräsident

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





Köln wäre nicht Köln ohne sein Herzstück: den Karneval.
Hier die letzte Sitzung 2025 im Gürzenich mit dem BDIZ EDI.

21. Experten Symposium am 14. und 15. Februar 2026 in Köln

Drucken, fräsen, schmelzen: Quo vadis, Implantologie?

Wenn sich Fachkompetenz, Innovationsgeist und rheinische Lebensfreude begegnen, dann ist es wieder Zeit für das Experten Symposium des BDIZ EDI in Köln. Das Thema: Drucken, fräsen, schmelzen: Quo vadis, Implantologie? Am 15. Februar 2026 dreht sich das eintägige Symposium um digitale Fertigungstechnologien, die die implantologische Praxis revolutionieren. Einen Tag zuvor, am 14. Februar 2026, bietet der BDIZ EDI Workshops seiner Industriepartner an.

Auf einen Blick

Was: 21. Experten Symposium
Wann: 14. und 15. Februar 2026
(Samstag und Sonntag)
Wo: Hotel Pullman in Köln
(es gibt ein Zimmerkontingent, Stichwort: BDIZ EDI)
Wie: Anmelden über die Website des BDIZ EDI:



Ob additive Verfahren wie der 3D-Druck, subtraktive Techniken wie das Fräsen oder das selektive Laserschmelzen: Die Materialbearbeitung hat sich von der Werkbank in die digitale Welt verlagert. Das Referententeam beleuchtet, was heute möglich ist, was morgen Standard sein wird – und wo die Grenzen liegen. Renommierte Expertinnen und Experten geben Einblicke in klinische Anwendungen, technische Entwicklungen und regulatorische Herausforderungen.

Neues Konzept hat sich bewährt

Der neue Ansatz des Experten Symposiums hat seine Feuerprobe im Vorjahr

bestanden: praxisnahe Falldarstellungen der Nachwuchsreferenten werden von namhaften Experten aufgearbeitet – so auch beim 21. Experten Symposium im Hotel Pullman. Unter den Referierenden sind hochkarätige Experten auf ihrem Gebiet: die Universitätsprofessoren Dr. Dr. Ralf Smeets, Dr. Florian Beuer, Dr. Daniel Edelhoff, Dr. Petra Gierthmühlen und Dr. Dr. Peer Kämmerer. Mit im Expertenpool ist Vorstandsmitglied Dr. Dr. Markus Tröltzsch. Die wissenschaftliche Leitung liegt in den bewährten Händen von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller.

Wem das nicht genug Fortbildung ist, kann am Samstag an den Workshops der



Spannende Vorträge der Experten während des ein-tägigen Symposiums können erwartet werden.

Industriepartner teilnehmen, die, mit den notwendigen Pausen dazwischen, rotierend stattfinden. Auch das Workshop-Prinzip hat sich im vergangenen Jahr bereits bewährt: Hands-on-Kurse intensiv!

Fortbildung mit einem Lächeln

Köln wäre nicht Köln ohne sein Herzstück: den Karneval. Deshalb erwartet die Symposiumsteilnehmer nach einem spannenden Fortbildungswochenende die Sonntagssitzung der ältesten Karnevalsgesellschaft Kölns, der Grosse von 1823. Ein Abend voller Glanz, Akrobatik, den besten Karnevalsbands diesseits und jenseits des Rheins, Humor und einem Augenzwinkern, das daran erinnert soll, dass auch die Fortbildung mit einem Lächeln besser gelingt. Hierzu lädt Joachim Zöller als Präsident der „Grosse von

1823“ ein – das hat inzwischen Tradition beim BDIZ EDI.

Der BDIZ EDI rät: jetzt anmelden, damit die Sitzungskarte für die Abendveranstaltung und der Frühbucherrabatt sicher sind.

AWU



Workshops am Samstag – rotierende Teilnahme.

Fortbildung mit einem Lächeln

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wenn sich Fachkompetenz, Innovationsgeist und rheinische Lebensfreude begegnen, dann ist es wieder Zeit für das Experten Symposium des BDIZ EDI in Köln. Unter dem diesjährigen Motto „Drucken, fräsen, schmelzen“ widmen wir uns den digitalen Fertigungstechnologien, die unsere implantologische Praxis revolutionieren – präziser, schneller, individueller. Ob additive Verfahren wie der 3D-Druck, subtraktive Techniken wie das Fräsen oder das selektive Laserschmelzen: Die Materialbearbeitung hat sich von der Werkbank in die digitale Welt verlagert. Wir beleuchten, was heute möglich ist, was morgen Standard sein wird – und wo die Grenzen liegen. Renommierte Expertinnen und Experten geben Einblicke in klinische Anwendungen, technische Entwicklungen und regulatorische Herausforderungen.



Christian Berger
Präsident des BDIZ EDI
Moderator am Sonntag

Doch Köln wäre nicht Köln ohne sein Herzstück: den Karneval. Deshalb erwartet Sie die Sonntagssitzung der ältesten Karnevalsgesellschaft Kölns, der Grosse von 1823. Ein Abend voller Glanz, Akrobatik, den besten Karnevalsbands diesseits und jenseits des Rheins, Humor und einem Augenzwinkern, das uns daran erinnert, dass auch die Fortbildung mit einem Lächeln besser gelingt.



Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Wissenschaftlicher Leiter
Präsident der „Grosse von 1823“

Wir freuen uns auf inspirierende Vorträge, lebendige Diskussionen und ein kollegiales Miteinander – ganz im Sinne von Fortschritt und Frohsinn.

Mit herzlichen Grüßen und einem kräftigen

„KÖLLE ALAAF!“

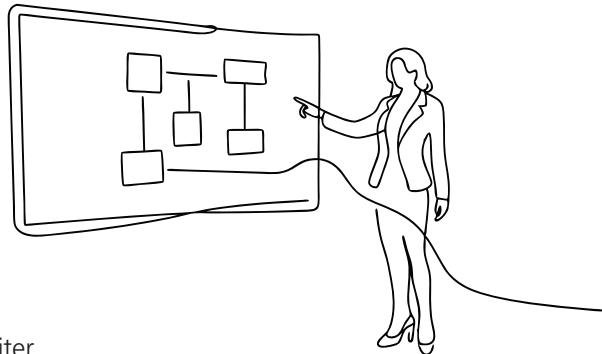
21. Experten Symposium am 14. und 15. Februar 2026 in Köln

Programm

Drucken, fräsen, schmelzen: Quo vadis, Implantologie?

Samstag, 14. Februar 2026

14:00–18:00 Uhr Vier Workshops rotierend



Sonntag, 15. Februar 2026

09:00–09:15 Uhr Begrüßung

Christian Berger, Präsident
Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, wissenschaftlicher Leiter

09:15–09:45 Uhr 3D-Druck im Knochenaufbau – Indikationen und Alternativen

Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Ansbach

09:45–09:55 Uhr Diskussion

09:55–10:25 Uhr 3D-Druck/KI/AR in der Implantologie – Status quo und ein Ausblick in die Zukunft

Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg

10:25–10:35 Uhr Schwierigkeiten beim Fräsen und Drucken

Ertan Erdoğan, Hamburg

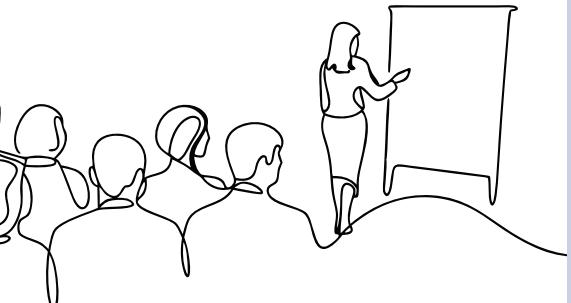
Teilnehmergebühr

Der deutlich vergünstigte Frühbucherrabatt (siehe QR-Code bzw. Internetseite) galt offiziell bis zum 15.12.2025 und wird verlängert auf 5.1.2026.

später

Mitglied	380 €
Nichtmitglied	520 €
Student/-in*	120 €
ZA/ZÄ* bis 5. Praxisjahr	230 €

*ohne Sitzungskarte



10:35–10:50 Uhr Diskussion

10:50–11:20 Uhr Fräsen, drucken oder gießen – wer macht das Rennen in der Suprakonstruktion?

Dr. Alexej Unkovskij (OA Prof. Beuer), Berlin

11:20–11:30 Uhr Diskussion

11:30–12:00 Uhr Kaffeepause mit Besuch der Dentalausstellung

12:00–12:30 Uhr Werkstoffkunde neu gedacht – von PEEK bis Zirkonoxid im 3D-Druck

Univ.-Prof. Dr. Daniel Edelhoff, München

12:30–12:40 Uhr Update Intraoralscan – im Spannungsfeld zwischen Evidenz und klinischer Anwendung

Priv.-Doz. Dr. Tobias Graf, München

12:40–12:55 Uhr Diskussion

12:55–14:00 Uhr Mittagspause mit Besuch der Dentalausstellung

14:00–14:30 Uhr Künstliche Intelligenz im Design:

Wie Algorithmen Aufbauten planen

Univ.-Prof. Dr. Petra Gierthmühlen, Düsseldorf

14:30–14:40 Uhr Diskussion

14:40–15:10 Uhr Wohin geht die Reise? Perspektiven für die nächsten zehn Jahre

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

15:10–15:25 Uhr Diskussion

15:25–15:55 Uhr Kaffeepause mit Besuch der Dentalausstellung

15:55–16:25 Uhr Ergebnisse der EuCC

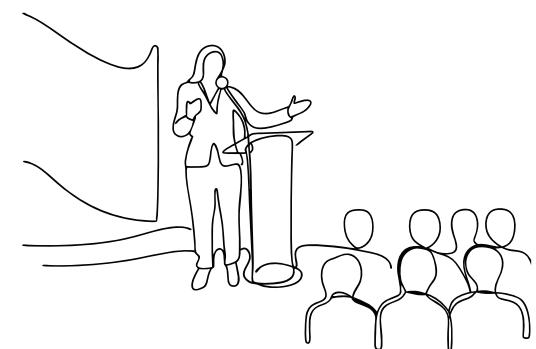
Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Köln

16:25–17:00 Uhr Abschlussdiskussion

Es gibt 8 Fortbildungspunkte für das Experten Symposium sowie 4 Fortbildungspunkte für die Teilnahme an den Workshops.

Im Anschluss lädt der Präsident der „Grosse von 1823“, Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, in den Gürzenich-Festsaal zur letzten Sitzung im Kölner Karneval ein.

Die Eintrittskarten zur Sonntagssitzung werden für angemeldete Teilnehmende von den Sponsoren des Symposiums zur Verfügung gestellt. Zusätzliche Karten können zum Preis von 120 Euro inkl. MwSt. bestellt werden.



Hotel

Im Hotel Pullman, Helenenstraße 14, 50667 Köln, Tel. +49 221 2750, steht ein begrenztes Zimmerkontingent zur Verfügung.

Stichwort: BDIZ EDI

Einzelzimmer: 249 €

Doppelzimmer: 268 €

jeweils inkl. Frühstück

Start 2026 in Präsenz und online

Gutachter-Curriculum Implantologie

Der BDIZ EDI kündigt für das Jahr 2026 ein Gutachter-Curriculum Implantologie an. Damit erweitert der Verband sein Fortbildungsangebot um ein Programm, das speziell an interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte adressiert ist, die hinter die Kulissen der Arbeit von zahnärztlichen Sachverständigen, von Gerichten und Anwälten bei Streitfällen blicken und sich als Gutachter qualifizieren wollen.

Das Gutachter-Curriculum vermittelt neben aus gutachterlicher Sicht vertieften- den Fachkenntnissen in den zahnärztlichen Disziplinen auch die rechtlichen, ethischen und methodischen Grundlagen der Gutachtertätigkeit. Zahnärztinnen und Zahnärzte werden befähigt, Behandlungsverläufe aus gutachterlicher Sicht zu erfassen und zu bewerten.

Die Veranstaltung

Das Curriculum wird über mehrere Module innerhalb eines Jahres hybrid durchgeführt – also online und in Präsenz –, findet an Wochenenden (Freitag/Samstag) statt und schließt mit einer Zertifizierung durch den BDIZ EDI ab. Die Teilnehmerzahl ist auf 30 begrenzt, um intensives Arbeiten in kleinen Gruppen zu ermöglichen. Die genauen Termine werden im Januar 2026 bekannt gegeben.

Teil A und Teil B

Das Curriculum ist in zwei Teile gegliedert: Teil A umfasst das rechtssichere Behandeln und Teil B beschäftigt sich mit der Arbeit des Gutachters. Das Curriculum wird geleitet von Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel (München), Gutachterreferent der bayerischen KZV und bis 2022 Referent für das Gutachterwesen der Bayerischen Landeszahnärztekammer in Kombination mit der KZVB. Gemeinsam mit Dr. Dr. Markus Tröltzscher (Ansbach), der für den BDIZ EDI das Curriculum Süd leitet und im Kernvorstand des BDIZ EDI sitzt, hat Schlegel das Programm aufgebaut.

Die Liveveranstaltungen finden in München statt. Im Referentenpool befinden sich Gutachter diverser zahnärztlicher Disziplinen und Juristen, darunter Richter, Staatsanwälte und Kammerbeauf-

tragte für das Gutachterwesen (u. a. Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel, Richterin Dr. Kerstin Gröner, Oberstaatsanwalt Thomas Hochstein, RAin Susanne Ottmann-Kolbe, Prof. Dr. Christoph Benz, RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Christian Berger, Dr. Dr. Markus Tröltzscher, Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Prof. Dr. Dr. Johann Müller, Prof. Dr. Christian Gernhardt, Dr. Markus Bechtold, Univ.-Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Dr. Dr. Bernd Rehberg, Priv.-Doz. Dr. Katharina Bücher, Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Dr. Stefan Liepe, Prof. Dr. Falk Schwendicke).





© AAAW - stock.adobe.com

Teil A: Rechtssicheres Behandeln

1. Modul: Gutachterwesen, Gerichte, Prozesswesen, in Präsenz

Freitag 09:00–19:30 Uhr

09:00–09:15	Begrüßung
09:15–11:00	Was erwartet der Richter vom Gutachter
11:00–11:15	Kaffeepause
11:15–13:00	Was erwartet der Staatsanwalt vom Gutachter
13:00–14:00	Mittagspause
14:00–15:30	Arten von Gutachten: Gerichtsgutachten für Zivil-, Straf- und Sozialgerichte, sonstige Gutachten, gutachterliche Stellungnahmen, Aufklärung, gutachterliche Bewertungskriterien, die häufigsten Fehler
15:30–16:00	Kaffeepause
16:00–19:30	Konservierende Fragestellungen bei Gutachten
19:30	Möglichkeit zum gemeinsamen Abendessen (nach vorheriger Anmeldung)

Samstag 09:00–18:30

08:30–12:30	Gerichtsgutachten, Röntgenbefund, gutachterliche Untersuchung, formale Gestaltung von Gutachten, Umgang mit Kommentaren und Urteilen, Umgang mit wissenschaftlichen Daten und Datenbanken Grundlagen des Gutachterwesens, Grundlagen des Schlichtungsmechanismus, Rechtsgrundlage der Körperschaften des öffentlichen Rechts in der Zahnmedizin und ihre Auswirkung auf ihre Berufsausübung, Vorgang eines rechtlichen Prozesses gegen Zahnärzte
12:30–14:30	Mittagspause
14:00–15:30	Gutachtenvorlagen, Sinn und Zweck möglichst uniformen Auftretens, Wie mache ich das Gutachten, Umgang mit wissenschaftlicher Literatur
15:30–18:30	Wie mache ich das Gutachten, Probegutachten in Gruppen

2. Modul: Rechtsgrundlagen allgemein, online

Samstag 09:00–18:00 Uhr

09:00–12:00	Grundlagen Dokumentation, Aufklärung, Unterschied Ablaufdokumentation versus Abrechnungsdokumentation
12:00–13:00	Mittagspause
13:00–18:00	Korrekte Abrechnen, Verteidigung eines zahnärztlichen Kollegen, Umgang mit Fehlern

Teil B: Gutachterwesen

3. Modul: Rechtsgrundlagen speziell*, online

Freitag 09:00–19:15 Uhr

09:00–12:00	Prothetik
12:00–14:00	Mittagspause
14:00–17:00	Endodontie
17:00–17:15	Pause
17:15–19:15	Parodontologie

Samstag 09:00–19:15

09:00–11:00	Kieferorthopädie im Spiegel des zahnärztlichen Gutachtens
12:00–13:00	Mittagspause
13:00–16:00	Oral-, MKG-Chirurgie
16:00–16:15	Pause
16:15–19:15	Implantologie

4. Modul

1. Tag: Rechtsgrundlagen speziell*, online

Freitag 09:00–19:15 Uhr

09:00–10:30	Funktionsanalyse und -therapie im Spiegel des zahnärztlichen Gutachtens
10:30–12:00	Abrechnungsfragen
12:00–14:00	Mittagspause
14:00–17:00	Kinderzahnheilkunde
17:00–17:15	Pause
17:15–19:15	Radiologische Fragestellungen inklusive DVT

* Zu Modul 3 und 4 evtl. Ganztagesintensivierungsblöcke

2. Tag: Leitlinien, Fälle und digitale Technologie/KI, online

Samstag 09:00–19:15 Uhr

09:00–12:00	Grundlagen Leitlinien, Bedeutung
12:00–13:00	Mittagspause
13:00–16:00	Crazy Cases
16:00–16:15	Pause
16:15–19:15	Digitale Technologie/KI

5. Modul: Gericht live in München oder Düsseldorf, in Präsenz

Freitag 09:00–19:00 Uhr

Die Rolle des Gutachters vor Gericht – von der Akte bis zur Anhörung; der Gerichtsprozess, Grundlagen vor Gericht und praktische Übung anhand einer konkreten Fallakte

Samstag 09:00–19:00 Uhr

Gefahren vor Gericht: Befangenheit, Stolpersteine und Spielregeln bei der mündlichen Anhörung – Training und Livesimulation eines tatsächlichen Gerichtsverfahrens

6. Modul: Selbststudium und Gutachtenerstellung

7. Modul: Abschluss, in Präsenz

Freitag 14:00–19:00 Uhr

14:00–19:00	Vorstellung der bearbeiteten Gutachtenfälle der Teilnehmer
-------------	--

Samstag 09:00–15:00 Uhr

Vorstellung der bearbeiteten Gutachtenfälle der Teilnehmer
Abschlussdiskussion und Überreichen der Urkunden

Interesse?

Wer sich für das Gutachter-Curriculum des BDIZ EDI interessiert, sollte sich vormerken lassen. Es gibt insgesamt nur 30 Plätze, um den Lernerfolg zu sichern. Anmeldung mit dem Stichwort „Gutachter-Curriculum“ an office@bdizedi.org.

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

Teil 8: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

In dieser Folge gibt die Redaktion weitere Einblicke in die Feststellungsklage, die vom BDIZ EDI initiiert und vom Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak erarbeitet wurde. In Teil 8 geht es weiter mit BEMA-Z über GOÄ bis schließlich die GOZ beschrieben wird.

BEMA-Z (ab 1978)

Zur gleichen Zeit wurde auf derselben Rechtsgrundlage auch der einheitliche Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen neu vereinbart.

Für die Primärkassen gab es den Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) und den einheitlichen Bewertungsmaßstab BEMA-Z, für die Ersatzkassen den Zahnarzt-Ersatzkassen-Vertrag (EKV-Z).

Der EKV-Z galt – mit regelmäßigen Anpassungen – bis zum 30.6.2018. Seit dem 1.7.2018 gibt es für die vertragszahnärztliche Versorgung nur noch den BMV-Z als einheitlichen Bundesmantelvertrag für alle Krankenkassen. Eine Besonderheit bestand im Gebührenrecht. Während bei den Kassenärzten (der Ausdruck Vertragsärzte wurde damals noch nicht verwendet) für Primär- und Ersatzkassen getrennte Gebührenordnungen vereinbart wurden, gab es bei den Kassenzahnärzten eine einheitliche Gebührenordnung mit unterschiedlichen Punktwerten für die Versorgung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen.

Diese Unterschiede bestehen bei den Vertragszahnärzten bis heute (2023) fort. Die Abrech-

nung kassenzahnärztlicher Leistungen, die nicht im BEMA-Z enthalten waren, erfolgte auf der Grundlage der GOÄ 1965 (Nr. 3 BEMA-Z in der Fassung bis zum 31.12.2003).

GOÄ (ab 1983)

Die als vorläufig bezeichnete GOÄ 1965 blieb bis zur GOÄ 1982 17 Jahre lang unverändert „vorläufig“. Die GOÄ 1982 trat am 1.1.1983 in und die Adgo am selben Tag außer Kraft.

Wurde für die GOÄ 1965 die E-Adgo zur Grundlage genommen, wurde für die GOÄ 1982 auf die kassenärztlichen Gebührenordnungen zurückgegriffen.

Der schon erwähnte Bericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 23.12.1985 beschreibt dies als „Fortschreibung dieser Tradition der Wechselwirkung“ zwischen kassenärztlichen und privatärztlichen Gebührenordnungen (BR-Drs. 625/85 vom 27.12.1985, S. 24).



Mit der Gebührensystematik der GOÄ 1965/GOZ 1965, die Mindestsätze ausnahmslos als Geldbetrag in DM anzugeben, brachen § 5 Abs. 1 GOÄ 1982 und später § 5 Abs. 1 GOZ 1988.

- An die Stelle des jeder Leistung zugeordneten Geldbetrages traten Punktzahlen.
- Es wurde ein Punktwert als zentraler Abrechnungsfaktor zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung eingeführt, allerdings keine Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung vorgenommen.
- Die möglichen Steigerungsfaktoren wurden auf die Bandbreite von 1,0 bis 3,5 reduziert, mit einer weiteren Reduzierung für Labor- und Röntgenleistungen (1,0- bis 2,5-fach).

Das Honorar errechnete sich erstmals (und bis heute unverändert) nach folgender Rechenformel (s. § 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ 1982/GOZ 1988):

$$\text{Punktzahl (Zahl)} \times \text{Punktwert (DM-Betrag)} \\ \times \text{Steigerungssatz (Zahl)}$$

An die Stelle der Deutschen Mark trat mit der Währungsreform der Euro.

Der Punktwert für die GOÄ wurde auf 10 DPF festgesetzt (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ 1982), für die GOZ mit einer Verzögerung von sechs Jahren ebenfalls (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ 1988).

Die Bundesärztekammer hatte bereits 1967 einen von ihr erarbeiteten Entwurf einer neuen GOÄ mit rund 1.700 Gebührenpositionen vorgelegt.

Zur Begründung für die Anpassung und Änderung der GOÄ 1982 führt der Verordnungsentwurf aus:

„Die im Gebührenverzeichnis der GOÄ festgelegten Gebührensätze sind seit 1965 nicht angehoben worden. Die in der Zwischenzeit eingetretene wirtschaftliche Entwicklung haben die Ärzte dadurch ausgeglichen, dass sie nach und nach ein Mehrfaches der Einfachsätze liquidieren. Die durchschnittliche Liquidationshöhe ist auf diese Weise bis zum Jahr 1981 auf das etwa Dreieinhalfache der Einfachsätze des Gebührenverzeichnisses angestiegen. Die Spannenregelung der geltenen GOÄ hat allerdings nicht die Aufgabe,

die unterlassene Anpassung der Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung auszugleichen, sie soll es vielmehr ermöglichen, unter Berücksichtigung aller Umstände im Einzelfall eine angemessene Vergütung zu erreichen.“

Die GOÄ 1982 brachte eine weitgehende Neugestaltung der ärztlichen Gebührenpositionen. Dazu heißt es in der Begründung (a. a. O., S. 9):

„Die einzelnen Leistungspositionen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind ebenfalls seit 1965 nicht verändert oder ergänzt worden. Neue oder weiterentwickelte ärztliche Leistungen sind daher im Gebührenverzeichnis nicht enthalten. Das hat zur Folge, dass die in der Zwischenzeit fortgeschrittene medizinische und technische Entwicklung von den Ärzten nur über die analoge Bewertung berücksichtigt werden könnte. Hinzu kommt, dass durch die Entwicklung neuer Technologien, insbesondere in der Laboratoriumsmedizin zahlreiche Leistungen heute erheblich kostengünstiger erbracht werden können. Das hat zu einem Missverhältnis zwischen den Vergütungen für die überwiegend persönlichen ärztlichen Leistungen einerseits und den sonstigen ärztlichen Leistungen andererseits geführt.“

Die Punktwertfestsetzung begründet der GOÄ 1982-Entwurf wie folgt (a. a. O., S. 10):

„Mit der Festsetzung des Punktwertes auf 10 Deutsche Pfennige werden die einfachen Gebührensätze der neuen Gebührenordnung – bezogen auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung – in etwa den durchschnittlichen Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen.“

Nach aktuellsten verfügbaren Daten beträgt der Punktwert im 2. Quartal 1982 im Bereich der RVO-Kassen im Durchschnitt 10 Pfennige, im Ersatzkassenzonenbereich 11,4 Pfennige, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt 10,4 Pfennige. In diesem Zusam-

menhang ist darauf hinzuweisen, dass es in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der rd. 90 v. H. der Bevölkerung versichert sind, keine Gebührenspannen gibt. Die hier zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Vergütungssätze sind mischkalkulierte Beträge, durch die sowohl leichtere als auch schwierigere Leistungen angemessen vergütet werden.

Mit der Festsetzung des Punktwertes auf 10 Pfennige wird in etwa eine gleiche Erhöhung der Gebühren erreicht, wie sie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1965 zwischen den Ärzten und Krankenkassen ausgehandelt worden ist. Damit wird der zwischenzeitlichen wirtschaftlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der medizinisch-technischen Entwicklung in angemessener Weise Rechnung getragen.“

Die Gleichung lautete als 1982 wie schon 1965:

1,0-fach GOÄ 1982 = BMÄ

Zu den durch die GOÄ 1982 verursachten Kosten heißt es auf S. 2 der BR-Drucksache:

„Die Länder werden als Kostenträger der gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz mit zusätzlichen Kosten belastet. Der Umfang der Mehrbelastung hängt davon ab, in welcher Höhe die Länder die seit 1965 nicht erhöhten einfachen Gebührensätze anheben werden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Mehrbelastung durch Einsparungen bei der Beihilfe in etwa ausgeglichen wird. Darüber hinaus ist eine Mehrbelastung öffentlicher Haushalte nicht zu erwarten.“

Zwischenbemerkung zur Analogabrechnung

An dieser Stelle sei eine Zwischenbemerkung gestattet. Neben den aktuell geltenden Gebührenordnungen GOÄ 1996 und GOZ 2012 besteht mittlerweile (2023) eine nicht mehr überschaubare Zahl von analog abgerechneten Leistungen.

Der von der Bundeszahnärztekammer jährlich aktualisierte Katalog selbstständiger gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender zahnärztlicher Leistungen listet aktuell 205 Leistungen auf – und enthält den Hinweis, die Liste sei nicht abschließend.

Der aktuelle Katalog des BDIZ EDI umfasst 295 Analogleistungen.

Die GOZ 2012 selbst umfasst (nur) 211 Leistungen.

In der GOÄ ist die Situation bei den Analogleistungen längst so entgleist, dass für die GOÄ ein von Bundesärztekammer und dem Verband der privaten Krankenversicherungen konsentierter und bepreister Vorschlag mit rund 7.000 Gebührenpositionen für eine komplett neue GOÄ vorliegt.

Der Bundesgesundheitsminister nahm ihn auf dem letztjährigen Deutschen Ärztetag entgegen, mehr aber auch nicht.

Denn, wie es die *Ärztezeitung* online am 22.12. 2010, 5:00 Uhr so treffend in eine Schlagzeile fasste: „Am Ende entscheidet das Geld der Länder über die GOÄ.“

Die in den Begründungen zu GOÄ 1982 und GOZ 1988 angewandte Sachlogik hätte längst dazu führen müssen, dass GOÄ und GOZ angepasst werden.

EBM (ab 1988)

Der EBM wurde als einheitliche Gebührenordnung für die kassenzahnärztlichen Leistungen zum 1.1.1988 eingeführt und löste BMÄ und E-GO ab.

GOZ (ab 1988)

Die GOZ wurde sechs Jahre nach der GOÄ 1982 angepasst. Die Notwendigkeit dafür sah der Verordnungsgeber „schon aus Gründen der Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten“ (BR-Drs. 276/87 vom 26.6.1987, S. 45).



Weiter heißt es (ebd.):

Die Ermächtigungsvorschriften für den Erlaß von Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, § 11 der Bundesärzteordnung und 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundegesetz), sind inhaltsgleich.

Die Zielsetzung der GOZ 1988 wird in der Drucksache (S. 51) wie folgt beschrieben:

Das wichtigste Ziel der Novellierung der GOZ ist die Anpassung des zahnärztlichen Gebührenrechts an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung. Nach der Ermächtigungsvorschrift des § 15 des Zahnheilkundegesetzes, die mit Wirkung vom 1. Juli 1982 ihre heute gültige Fassung erhielt, hat der Verordnungsgeber bei der Novellierung den berechtigten Interessen der Patienten ebenso Rechnung zu tragen wie den Interessen der Zahnärzte. Außerdem muß er unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes die seit 1983 gültigen Regelungen des ärztlichen Gebührenrechts berücksichtigen.

Die Notwendigkeit der Neubeschreibung der zahnärztlichen Leistungen wird mit dem seit 1965 nicht mehr geänderten oder ergänzten Leistungsverzeichnis begründet. Eine größere Zahl an Leistungen sei veraltet, das Leistungsverzeichnis lückenhaft. Die Zahnärzte hätten den Privatpatienten zunehmend Leistungspositionen aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) und Positionen aus sogenannten Analogie-Listen in Rechnung gestellt. Dadurch sei im privatzahnärztlichen Bereich die Rechtsklarheit verlorengegangen (ebd., S. 51).

Im Gegensatz zur GOÄ 1982, für die der EBM Vorlage wurde, hielt der Verordnungsgeber den BEMA-Z nicht als Grundlage für ein neues Leistungsverzeichnis der GOZ geeignet. Die Leistungsbeschreibungen seien teilweise veraltet, vielfach nicht aus sich selbst heraus verständlich, der Aufbau des BEMA-Z sei unsystematisch und unübersichtlich (ebd., S. 51f.).

Einige neuere Leistungsbeschreibungen des BEMA-Z – wie z. B. die Positionen für Aufbissbehandlungen – seien allerdings in der GOZ 1988 übernommen worden in der Überlegung, dass zu große Unterschiede zwischen der kassenzahnärztlichen und der privatzahnärztlichen Gebührenordnung die Abrechnung in der Zahnarztpraxis erschweren. Wie schon in der Vergangenheit könne es sich andererseits empfehlen, den BEMA-Z – insbesondere in der äußeren Gestaltung – stärker an die neue GOZ anzupassen (ebd., S. 52). Sinn und Zweck der Umstellung auf Punktzahlen und der Einführung des Punktwertes erklärt der Regierungsentwurf zur GOZ 1988 in Rekapitulation der Überlegungen zur GOÄ 1982 wie folgt (ebd., S. 49):

Der Gebührenrahmen, der von 1983 an auch bei den Ärzten vom einfachen bis zum sechsfachen Satz reichte, wurde auf eine Spanne vom Einfachen bis zum Dreieinhalfachen des Einfachzahnsatzes eingeschränkt. Auf diese Weise wurde die Erhöhung des Einfachzahnsatzes ausgeglichen und eine kostenneutrale Umstellung der alten auf die neue GOÄ ermöglicht. Im neuen System der Gebührenbemessung sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen.

Auch für die GOZ galt also:

1,0-fach GOZ 1988 = BEMA-Z.

In der Begründung zu § 5 GOZ heißt es ergänzend (ebd., S. 68):

Die Gebührensätze (Einfachsätze) ergeben sich aus den Punktzahlen des Gebührenverzeichnisses, vervielfacht mit dem Punktwert. Sie lösen die DM-Beträge der alten GOZ ab. Der Punktwert wird auf 11 Pfennige festgesetzt. Ihm kommt die Funktion zu, den Wert der Punktzahlen im Preisgefüge anderer Dienstleistungen zu bestimmen.

Über die den Steigerungsfaktoren im Gebührenrecht ab 1983 (bei der GOÄ) bzw. ab 1988 (bei

der GOZ) beizumessende Bedeutung wurde die Regierungsgrundbegründung zur GOÄ (ebd., S. 9) bereits weiter vorn im Text zitiert.

Zu den kostenmäßigen Auswirkungen der GOZ 1988 heißt es in der BR-Drs 276/87, S. 2:

D. Kosten

Die Gebührenordnung von 1965 wird – unter Einschluß der neu aufgenommenen Leistungsbereiche – auf der Grundlage des gegenwärtigen Gebührenvolumens im wesentlichen kostenneutral auf die neue Verordnung umgestellt. Bund, Länder und Gemeinden werden deshalb nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.

Dieselbe Begründung findet sich ausführlicher auf S. 58 f. der Drucksache.

Die GOZ 1988 brach wie schon zuvor die GOÄ 1982 mit der Gebührensystematik von 1965 (s. § 5 Abs. 1 GOZ 1988):

- An die Stelle des jeder Leistung zugeordneten Geldbetrages traten Punktzahlen.
- Es wurde ein Punktewert als zentraler Abrechnungsfaktor zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung eingeführt, ohne dass eine Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung vorgenommen wurde.
- Die möglichen Steigerungsfaktoren wurden auf die Bandbreite von 1,0 bis 3,5 reduziert, mit einer weiteren Reduzierung für Labor- und Röntgenleistungen.

Das Honorar errechnete sich nach folgender Rechenformel (s. § 5 Abs. 1 Satz 2 GOZ 1988):

**Punktzahl (Zahl) x Punktewert (DM-Betrag)
x Steigerungssatz (Zahl)**

Der Punktewert für die GOZ wurde auf 11 DPf festgesetzt (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ 1982), für die GOZ mit einer Verzögerung von sechs Jahren ebenfalls (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ 1988).

Das Verhältnis der Einfachsätze der GOZ 1988 zum BEMA-Z ist in etwa wie bei der GOÄ 1982 zum BMÄ:

1,0-fach GOZ 1988 = BEMA-Z

In der Begründung heißt es dazu (S. 54):

Die Einfachsätze der GOZ werden gegenüber den Beträgen der alten GOZ im Durchschnitt erheblich angehoben, in einer Reihe von Fällen sogar mehr als verdoppelt, z. B. bei Fällungen. Sie entsprechen allerdings nicht generell den Vergütungssätzen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unverändert blieben aber für Zahnärzte die GOÄ 1982 und für Ärzte die GOZ 1988 anwendbar. Die Crossover-Klauseln fanden sich in § 6 GOÄ 1982 und in § 6 GOZ 1988. Der Verordnungsgeber wollte Leistungen, die von Ärzten und Zahnärzten erbracht werden, nicht in beiden Gebührenverzeichnissen abbilden:

„Von einer Aufnahme solcher Leistungen in beide Gebührenverzeichnisse wurde abgesehen, um eine einheitliche Vergütung für die gleiche Leistung sicherzustellen“ (ebd., S. 53).

In der von der ZÄK herausgegebenen Festschrift *50 Jahre Bundeszahnärztekammer 1953 – 2002*, Berlin 2002, findet sich auf S. 39 f. folgende Aussage:

Keine Gebührenerhöhung seit 1965

Benachteiligt fühlten sich die Zahnärzte auch deshalb, weil die neue Gebührenordnung keine Erhöhung gegenüber 1965 brachte. Erklärtes Ziel der Bundesregierung war eine „kostenneutrale“ Umstellung der Bugo auf die GOZ. Der BDZ kam anhand von Beispielsrechnungen zu dem Ergebnis, dass die neue Gebührenregelung eine Verschlechterung gegenüber der alten bedeute.

RAT

Der Beitrag wird fortgesetzt mit der Gebührensystematik von GOÄ und GOZ im 9. Teil.

RÜCKSCHAU

proDente-Mitgliederversammlung

Dr. Ermler als Vorsitzende bestätigt

Dr. Romy Ermler – frisch gewählte Präsidentin der Bundeszahnärztekammer – wurde erneut zur Vorsitzenden der Initiative proDente gewählt. Bestätigt wurde auf der Vorstandssitzung Dr. Markus Heibach als stellvertretender Vorsitzender. Ebenso wurde Dominik Kruchen – Präsident des Verbands Deutscher Zahntechniker-Innungen – als stellvertretender Vorsitzender gewählt.

Die Mitgliederversammlung entlastete den Vorstand und die Geschäftsführung und zeigte sich erfreut über das zweitbeste Ergebnis der Geschichte. Mit über 3.000 Artikeln erreichte die Kampagne 2024 eine Reichweite von über 380 Mio. Kontakten. Zugleich notierte proDente über 1,4 Mio. Impressions in den sozialen Medien. Der Vorstand und die Mitgliederversammlung von proDente verabschiedeten die neue Kampagne der Initiative. Die überaus erfolgreiche Pressearbeit wird fortgeführt. Daneben wird der massive Einfluss der KI ein zentraler Schwerpunkt der Arbeit sein.

Quelle: PM proDente vom 24.11.2025

Erhebung des IFB-Instituts in Nürnberg

Freie Berufe wachsen



Die Zahl der selbstständigen Freiberuflerinnen und Freiberufler liegt zum 1. Januar 2025 bei 1,492 Millionen und wächst damit leicht. Das zeigt die jährliche Erhebung des Instituts für Freie Berufe für den BFB. Der Anteil der Freien Berufe an allen Selbstständigen steigt von 39 auf 40,3 Prozent. Auch die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im freiberuflichen Bereich nimmt weiter zu und erreicht 4,339 Millionen.

Insgesamt arbeiten damit 6.280.600 Menschen bei den Freien Berufen oder sind selbst selbstständige Freiberuflerin oder selbstständiger Freiberufler.

Quelle: PM BFB vom 19.11.2025

Sächsischer Landtag verabschiedet Gesetz

Landzahnarztquote in Sachsen

Der Sächsische Landtag hat laut Meldung der zm-online mit deutlicher Mehrheit und ohne Gegenstimmen das Sächsische Landzahnarztgesetz verabschiedet. Zentraler Bestandteil ist die Einführung einer Landzahnarztquote für das Studium. Ein entsprechender Antrag war Ende September 2025 gemeinsam von CDU, BSW und SPD in den Landtag eingebracht worden. Die zahnärztlichen Körperschaften in Sachsen hatten im Vorfeld immer wieder ein Landzahnarztgesetz gefordert, das die zahnärztliche Versorgung im Freistaat zukunftsfähig gestaltet. Das nun verabschiedete Gesetz regelt den Zugang zum Studium der Zahnmedizin für einen kleinen Teil der Studierenden durch eine Vorabquote – die sogenannte Landzahnarztquote. Dafür wird ein zweistufiges Vergabeverfahren eingeführt, zu dem explizit auch Bewerber eingeladen werden können, deren Numerus clausus für einen Studienplatz nicht ausgereicht hätte. Denn: Das neue Auswahlverfahren berücksichtigt neben der Abiturnote zusätzliche Qualifikationen, die für das Zahnmedizinstudium sowie die Berufsausübung von Bedeutung sind. Ab dem Wintersemester 2026/27 werden jährlich acht von insgesamt 109 Studienplätzen an den beiden Universitätsstandorten Dresden und Leipzig über die Landzahnarztquote vergeben. Bewerber, „die sich für diese Plätze qualifizieren, verpflichten sich, nach ihrem Abschluss für zehn Jahre in unversorgten Regionen und in Gebieten mit besonderem lokalem Versorgungsbedarf vertragszahnärztlich tätig zu werden“, teilten die Landeszahnärztekammer Sachsen (LZKS) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen (KZVS) in einer gemeinsamen Erklärung mit.

Quelle: zm-online vom 5.12.2025

VORSCHAU

Wrigley Prophylaxe-Preis erstmals in D-A-CH

Neue präventive Konzepte für die Praxis fördern

Der renommierte Wrigley Prophylaxe-Preis wird für das Jahr 2026 erstmals über Deutschland hinaus auch in Österreich und der Schweiz ausgeschrieben. Damit würdigt die Ausschreibung den intensiven wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Austausch innerhalb der deutschsprachigen Länder und öffnet sich bewusst für zukunftsweisende Projekte aus der gesamten D-A-CH-Region. Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) werden im Jahr 2026 bereits zum 32. Mal herausragende Bewerbungen rund um die Zahn- und Mundgesundheitsförderung ausgezeichnet. Gesucht sind Experten, die mit innovativen Ansätzen die zahnmedizinische Prävention vorantreiben – in den Kategorien „Wissenschaft“ und „Praxis & Gesellschaft“. Ziel ist es, den Transfer neuer präventiver Konzepte in die Praxis zu fördern. Teilnehmen können Forschende und Praktizierende in der Zahnmedizin sowie Angehörige anderer Berufe mit präventionsorientierter Tätigkeit. Bewerbungen sind online bis einschließlich 1. März 2026 unter wpp.wrigley-dental.de willkommen. Dort sind auch die Teilnahmebedingungen und weitere Informationen abrufbar. Mit einer Gesamtpreämie von 12.000 Euro ist die Auszeichnung eine der am höchsten dotierten und angesehensten in der deutschsprachigen Zahnmedizin. Gestiftet wird der Preis vom Wrigley Oral Health Program (WOHP).



Quelle: PM WOHP 10/2025

Frist für die Umstellung bis 30. Juni 2026

eHBA-Frist verlängert

Zahnärztinnen und Zahnärzte können bezüglich der Frist für den neuen elektronischen Heilberufeausweis (eHBA) aufatmen. Die gematik hat die Frist für die Umstellung der Verschlüsselungsverfahren – RSA auf Elliptic Curve Cryptography (ECC) – bei elektronischen Heilberufsausweisen (eHBA) verlängert. Jetzt muss der neue eHBA erst spätestens Mitte 2026 in der Version 2.1 vorhanden sein. Für neue Institutionsausweise (SMC-Bs) gilt ebenfalls die Frist. Andernfalls hätten beispielsweise E-Rezepte ab Anfang 2026 nicht signiert werden können. Die Fristverlängerung wurde sowohl von ärztlichen und zahnärztlichen Institutionen gefordert als auch von der Anbieterseite. Produktions- und Ausgabeschwierigkeiten bei den eHBA – maßgeblich beim Anbieter medisign – wurden geltend gemacht. Auch beim Dienstanbieter D-Trust läuft es offensichtlich nicht rund, schreibt *heise online*.

Der BDIZ EDI rät, die Verlängerung/Neuausstellung des eHBA rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit zu beantragen, damit die entsprechenden Anwendungen durchgängig nutzbar sind.

Quellen: *heise online*, Ärztekammer Bremen, Ärztekammer Baden-Württemberg vom 15.11.2025

Medizintechnikbranche

MedTech-Dialoge im BMG

Ende November hat im Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit Ministerin Nina Warken ein zentraler Prozess für die Weiterentwicklung der Medizintechnik in Deutschland begonnen. Die vier Branchenverbände BVMed, SPECTARIS, VDGH und ZVEI sehen darin die Chance, die strukturellen Herausforderungen der Medizintechnikbranche gemeinsam anzugehen und somit sowohl den MedTech-Standort als auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu stärken. Nach der Auftaktveranstaltung zur Pharma- und Medizintechnikstrategie Mitte November im Kanzleramt starteten nun die Arbeiten in der Arbeitsgruppe 6 – Medizintechnik und Medizinprodukte – mit einem Round Table im BMG. An dem übergreifenden Format nehmen unter anderem die Ressorts Gesundheit, Wirtschaft und Forschung und Technologie sowie betroffene Stakeholder aus der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) teil. Die Ergebnisse des Dialogs sollen innerhalb eines Jahres in ein Strategiepapier einfließen, das im Bundeskabinett beschlossen werden soll. Das Bundeskanzleramt initiiert, koordiniert und flankiert den Gesamtprozess.

Quelle: PM SPECTARIS vom 27.11.2025

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Januar bis März 2026 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Verbandsvorstand gratuliert und wünscht alles Gute.



Januar



1. Januar

Dr. Klaus Künkel (Lingen)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

3. Januar

Franz Kettmann (Wallenhorst)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

12. Januar

**Dr. Karlheinz Schneider
(Ansbach)**

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

13. Januar

**Dr. Hans-Joachim Henker
(Obertshause)**

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

16. Januar

Jörg Weyel (Mönchengladbach)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

20. Januar

**Dr. Axel Helmich
(Bad Zwischenahn)**

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

22. Januar

Dr. Roland Prinzing (Illertissen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

25. Januar

**Dr. Steffen Eiben
(Wilhelmshaven)**

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. Februar

Dr. Stefan Meissner (Forchheim)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

März



9. März

**Dr. Robert Berges
(Cloppenburg)**

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

12. März

**Dr. Ekkehart Brückmann
(Landshut)**

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

15. März

Dr. Fred Roth (Kreuzau)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

Februar

14. Februar

**Dr. Klaus Pankotsch
(Obertshausen)**

zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

15. Februar

Dr. Peter Henriot (Hamburg)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

15. Februar

Dr. Frank Hofmann (Werne)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

17. Februar

Dr. Sven Riel (Straelen)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

17. März

Dr. Henriette Ecke (Leipzig)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

20. März

Dr. Andreas Felsner (Duisburg)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs



22. März

Dr. Horst Boland (Weinheim)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

23. März

Dr. Sven Eichler (Aachen)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

27. März

Dr. Wolfram Knöfler (Schkeuditz)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

30. März

Dr. Wolf-Michael Bieker (Göttingen)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

30. März

Dr. Jürgen Bätcher (Werther)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

30. März

Dr. Roland Wolf (Haar)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

31. März

Dr. Dieter Trost (Bad Arolsen)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

31. März

Dr. Dirk Witt (Roßdorf)

zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

Hinweis

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

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

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

Wir wünschen Ihnen viel Glück und Gesundheit für die Zukunft



Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI



Expertensymposium 2025 auf Fuerteventura

Implantologie und Parodontologie im Dialog

Implantat oder Zahnerhalt? Diese Frage stand im Mittelpunkt des 34. Internationalen Expertensymposiums auf Fuerteventura. Eine Woche lang diskutierten renommierte Referentinnen und Referenten im Robinson Club Esquinzo Playa, wie sich Implantologie und Parodontologie sinnvoll ergänzen – evidenzbasiert, praxisnah und konsequent patientenzentriert.

Vom 24. bis 31. Oktober 2025 wurde der Robinson Club Esquinzo Playa auf Fuerteventura erneut zum Treffpunkt der implantologisch tätigen Kollegenschaft. Der wissenschaftliche Leiter des internationalen Expertensymposiums, Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (Köln), Vizepräsident des BDIZ EDI, veranstaltet seit über drei Jahrzehnten dieses Format. Die besondere Kombination aus anspruchsvollem wissenschaftlichem Programm, intensiven Workshops und persönlichem Austausch in entspannter Atmosphäre prägt das Expertensymposium seit Jahren.

Das diesjährige Leithema „Spannungsfeld von Implantologie und Parodontologie“ griff eine Fragestellung auf, die den Praxisalltag vieler Behandler bestimmt: Wann ist Zahnerhalt sinnvoll, wann die Implantation – und wie lassen sich beide Therapieansätze im Sinne des Patienten optimal kombinieren?

Mehr als 30 nationale und internationale Referentinnen und Referenten beleuchteten das Thema aus chirurgischer, parodontologischer, prothetischer und biologischer Perspektive. Dabei wurde schnell deutlich: Die klassische Gegenüberstellung von Zahnerhalt und Implantat greift zu kurz.

Vorträge zur Bedeutung des periimplantären Weichgewebes, zu modernen Keramikimplantaten, digitalen Workflows in der Implantatprothetik sowie zu Langzeitergebnissen implantologischer Therapien zeigten, wie sehr sich beide Disziplinen gegenseitig beeinflussen. Besonders bei parodontal vorgeschädigten Patienten wurde die Notwendigkeit einer differenzierten, risikoangepassten Therapieplanung betont.

Einen Blick in die Zukunft boten Beiträge zu regenerativen Verfahren und biologischen Ansätzen, die langfristig neue Per-

spektiven für Implantologie und Gewebeintegration eröffnen könnten.

Praxisbezug durch Workshops

Ein Markenzeichen des Expertensymposiums ist der hohe Praxisbezug. Ergänzend zu den Vorträgen konnten die Teilnehmer in zahlreichen Workshops ihr Wissen vertiefen. Themen waren unter anderem: Frontzahnimplantate Schritt für Schritt – mit besonderem Fokus auf keramische Implantatsysteme; chirurgische und parodontale Techniken zur Konditionierung des periimplantären Weichgewebes; digitale und analoge Planungsstrategien in der Implantatprothetik; Ergonomie, Lupenbrillen und effiziente Arbeitsabläufe im Praxisalltag, Praxismanagement, Teamführung und organisatorische Aspekte moderner Zahnarztpraxen.

Die enge Verzahnung von Theorie und praktischer Anwendung wurde von vie-



Spannende Themen, namhafte Referentinnen und Referenten und Themen, die den interdisziplinären Ansatz in den Fokus stellen – das ist das Markenzeichen des Expertensymposiums auf Fuerteventura.



Im Interviewmodus: Dr. Stefan Liepe und Dr. Wolfgang Neumann (BDIZ EDI-Vorstand) stellten die Fragen: hier mit Dr. Justus Hauschild (Mitte).

len Teilnehmenden als besonderer Mehrwert hervorgehoben.

Austausch auf Augenhöhe

Neben dem fachlichen Programm bot das Symposium reichlich Gelegenheit zum kollegialen Austausch. Ob bei sportlichen Aktivitäten, gemeinsamen Abendveranstaltungen oder informellen Gesprächen – der persönliche Dialog spielte auch in diesem Jahr eine zentrale Rolle. Gerade dieser offene Austausch fernab klassischer Kongresshallen ermöglicht es, Erfahrungen zu teilen, Therapieansätze kritisch zu hinterfragen und neue Impulse für den eigenen Praxisalltag mitzunehmen.

Zentrale Botschaft: Individualisierte Therapie

Als gemeinsamer Nenner vieler Vorträge kristallisierte sich eine klare Botschaft heraus: Die Entscheidung zwischen Zahnerhalt und Implantat darf nicht schema-

tisch erfolgen. Vielmehr ist eine individuelle, patientenzentrierte Beurteilung erforderlich, die biologische Voraussetzungen, parodontales Risiko, funktionelle Aspekte und die langfristige Prognose gleichermaßen berücksichtigt. Implantologie und Parodontologie wurden nicht als konkurrierende Disziplinen verstanden, sondern als komplementäre Bausteine einer modernen, evidenzbasierten Zahnmedizin.

Fazit

Das 34. Internationale Expertensymposium auf Fuerteventura bestätigte erneut seinen besonderen Stellenwert in der implantologischen Fortbildungslandschaft. Die Kombination aus hochkarätigem wissenschaftlichen Programm, praxisnahen Workshops und intensivem kollegialen Austausch machte die Veranstaltung zu mehr als einem klassischen Kongress. Für die Teilnehmenden bot die Woche wertvolle Orientierungshilfen für Therapie-



Der BDIZ EDI war auch visuell präsent.



Neues aus der Stammzellforschung mit Referent Prof. Dr. Dr. Jürgen Hescheler, moderiert von Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller.

entscheidungen im Spannungsfeld von Zahnerhalt und Implantation – und zahlreiche Impulse für eine patientenorientierte, zukunftsfähige Praxis.

Dr. Stefan Liepe
Generalsekretär BDIZ EDI

Termin 2026

Das 35. Expertensymposium aus Universität und Praxis findet vom 23. bis 30. Oktober 2026 zu dem Thema: „Augmentation oder kurze Implantate – Pro und Kontra“ auf Fuerteventura statt.

Info und Anmeldung:
<https://experten-symposium.de/>

Bundesversammlung mit Überraschungsergebnis

Erste Frau an der Spitze der BZÄK

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fand Ende Oktober/Anfang November in Berlin statt und endete nach zwei Tagen mit einem Knaller: Die bisherige Vizepräsidentin, Dr. Romy Ermler aus Brandenburg, trat bei den Vorstandswahlen erfolgreich gegen den bisherigen Präsidenten aus Bayern, Prof. Dr. Christoph Benz, an und setzte ihr neues Team mit Dr. Ralf Hausweiler aus Nordrhein und Dr. Doris Seiz aus Hessen durch.



Dr. Romy Ermler mit Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) und Prof. Dr. Christoph Benz.



Das neue Präsidium der BZÄK mit (v. l.) Dr. Doris Seiz, Dr. Romy Ermler und Dr. Ralf Hausweiler.

Bundesgesundheitsministerin lobt Zahnärzte

Eröffnet wurde die Bundesversammlung mit Grußworten von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, digital der Staatssekretärin für Gesundheit und Pflege Berlin, Ellen Haußdörfer, sowie des Präsidenten des Weltzahnärztesverbandes (World Dental Federation, FDI), Prof. Dr. Nikolai Sharkov, und des Präsidenten der Zahnärztekammer Berlin, Dr. Karsten Heegewaldt. Nina Warken würdigte in ihrem Grußwort, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte einen unverzichtbaren Teil der Gesundheitsversorgung abdeckten. Sie dankte für das Engagement. Aus der zahnärztlichen Versorgung ließe sich für zukünftige Reformen einiges lernen. Die Ausgaben in der Zahnmedizin seien gesunken bzw. viel langsamer gestiegen als insgesamt im Gesundheitswesen – und gleichzeitig hätte sich die Zahngesundheit außerordentlich verbessert. Die Karieslast sei immens gesunken. Die erfreuliche Entwicklung sei Verdienst der Zahnärzteschaft – durch die konsequente Ausrichtung auf Prävention. Bei Qualität, Prävention, Wirtschaftlichkeit sei die Zahnmedizin ein Vorbild im Gesundheitswesen.

Zum Thema Bürokratie sagte die Bundesgesundheitsministerin, das BMG wolle unnötige Lasten abnehmen und mehr Zeit für Behandlungen ermöglichen. BZÄK und KZBV hätten schon praxisnahe Vorschläge vorgelegt, man sei gerade dabei, diese zu bewerten, um sie aufzunehmen. Weiter

sprach Warken über Digitalisierung als Werkzeug, nicht zum Selbstzweck. Auch hier sei die Zahnmedizin Vorreiter. Zum Thema iMVZ und Fremdkapital solle in dieser Legislatur ein Regulierungsvorschlag eingebracht werden, der vor allem die Transparenz solcher Strukturen sicherstelle.

Vorrangige Aufgabe der Politik sei es zudem, die hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung zu erhalten und die Attraktivität der Niederlassung zu erhöhen. Es gäbe viele Aufgaben, dafür sei Dialog notwendig.

Wählen des BZÄK-Vorstandes

Turnusgemäß fanden die Wahlen des Geschäftsführenden BZÄK-Vorstandes statt: Die Delegierten wählten Dr. Romy Ermler zur Präsidentin der Bundeszahnärztekammer. Dr. Ralf Hausweiler, Nordrhein, und Dr. Doris Seiz, Hessen, komplettieren den Geschäftsführenden Vorstand (GV) als Vizepräsident und Vizepräsidentin. Damit ist Prof. Dr. Christoph Benz trotz der Unterstützung aus Bayern nach zwei Amtsperioden als Präsident der BZÄK nicht mehr wiedergewählt worden. Auch der bisherige Vizepräsident, Konstantin von Laffert aus Hamburg, unterlag in der Abstimmung deutlich.

Der frischgewählte Vorstand im Wortlaut: „Wir bedanken uns bei den Delegierten der Bundesversammlung für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Wir werden mit großem Eifer und Elan die Arbeit als Geschäftsführender Vorstand aufnehmen.

Unser Ziel ist es, die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen bestmöglich zu unterstützen und zu stärken – sei es durch die Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), einen Abbau von Bürokratie, die Sicherung von Fachkräften oder die Fortsetzung der zahnmedizinischen Präventionserfolge.

Wir möchten uns außerdem bei dem bisherigen Präsidenten Prof. Dr. Christoph Benz und dem bisherigen Vizepräsidenten Konstantin von Laffert für ihren jahrelangen Einsatz für die BZÄK und ihre wichtigen Weichenstellungen bedanken“, so der neue Geschäftsführende Vorstand der BZÄK nach der Wahl.

Die BZÄK-Bundesversammlung verabschiedete einstimmig die Resolution „Zukunft einer wohnortnahmen und niedrigschwelligen Zahnmedizin in Deutschland“. Weiterhin fassten die Delegierten Beschlüsse u. a. zu folgenden Themen: Prävention als Schlüssel eines zukunftsfesten Gesundheitssystems, GOZ, Anerkennung aus Drittländern, keine Einführung eines partiellen Berufszugangs, Regulierung von investorenbetriebenen MVZ, Bachelor Zahnmedizin, Bürokratieabbau, elektronische Patientenakte (ePA) und Telemedizininfrastruktur (TI), Aktivrente für Selbstständige, verlässliche und flexible Kinderbetreuung.

Quelle: klartext der BZÄK 11/2025



Stabübergabe: Dr. Romy Ermler ist neue BZÄK-Präsidentin. Gratulation von Prof. Dr. Christoph Benz.

Prof. Dr. Dr. Peter Proff folgt auf Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang

Neuer DGZMK-Präsident kommt aus Regensburg

Mit der feierlichen Übergabe des Staffelstabs hat Prof. Dr. Dr. Peter Proff von der Universität Regensburg das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) am Festabend des Deutschen Zahnärztetages von Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang übernommen.



Der neue DGZMK-Vorstand (v.l.n.r.): Dr. Marco Stegner (Beisitzer, Freystadt), Priv.-Doz. Dr. Janka Kochel (Beisitzerin, Aalen), Prof. Dr. Sebastian Hahnel (Präsident elect, Regensburg), Prof. Dr. Dr. Peter Proff (Präsident, Regensburg), Prof. Dr. Anne Wolowski (Generalsekretärin, Münster), Prof. Dr. Christian Gernhardt (Vorsitzender der APW, Halle [Saale]) und Dr. Bijan Vahedi (Vizepräsident, Augsburg).

Der neue Präsident, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Regensburg, war bereits drei Jahre als Präsident elect maßgeblich in die Arbeit des Vorstands eingebunden und hat in dieser Zeit die Geschicke der Gesellschaft

gemeinsam mit dem ausscheidenden Präsidenten Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang mitgelenkt. Besonders hervorzuheben ist sein Engagement für die Gemeinschaftstagung, die er mit großem Einsatz mitgestaltete.

Prof. Dr. Sebastian Hahnel – neuer Präsident elect der DGZMK

Im Rahmen der Hauptversammlung am 30. Oktober 2025 wählten die Mitglieder Prof. Dr. Sebastian Hahnel zum neuen

Präsident elect. Hahnel bringt umfassende wissenschaftliche und klinische Erfahrung mit. Nach dem Studium und der Promotion an der Universität Regensburg folgten wissenschaftliche Stationen in Irland und Leipzig. Im Jahr 2011 folgte die Habilitation. Hahnel verfügt über Spezialisierungen im Bereich der zahnärztlichen Prothetik sowie der Seniorenzahnmedizin. Von 2018 bis 2021 war er Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde am Universitätsklinikum Leipzig, ehe er 2022 als Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik an das Universitätsklinikum Regensburg zurückkehrte. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der dentalen Biomaterialien und der zahnärztlichen Prothetik und Alterszahnmedizin.

**Neue Beisitzer:
Expertise aus der Praxis**

Auf der Hauptversammlung wurden Priv.-Doz. Dr. Janka Kochel (Aalen) und Dr. Marco Stegner (Freystadt) neu in den Vorstand gewählt. Die Beisitzerinnen und Beisitzer bringen traditionell die Perspektive der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in die Vorstandarbeit ein. Dr. Stegner ist seit 25 Jahren in Freystadt

niedergelassen. Er studierte Zahnmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und erlangte eine Vielzahl von Zertifizierungen – darunter Implantologie, Parodontologie, Endodontie, Funktionsdiagnostik und Therapie von funktionellen Störungen und chronischen Gesichtsschmerzen. Neben seiner Praxis-tätigkeit ist er Privat- und Gerichtsgut-achter der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) und der Vereinigung Bayerischer Gutachter für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VBGZMK) sowie Ehrenrichter am Sozialgericht München. Zudem ist er Sachverständiger in der Wirtschaftlichkeitsprüfung Bayern Nord.

Die beiden neuen Beisitzer folgen auf Dr. Stefan Ries (Wertheim) und Dr. Jens Baresel (Cadolzburg), die nach acht Jahren turnusgemäß aus dem Vorstand ausscheiden. Gemeinsam mit dem Vorsitzen-den der Akademie Praxis und Wissenschaft (Prof. Dr. Christian Gernhardt, Halle [Saale]) und dem Vizepräsidenten Dr. Bijan Vahedi (Augsburg) komplettiert sie den neuen Vorstand der DGZMK unter Präsident Prof. Dr. Dr. Peter Proff. Aus dem Vorstand ver-abschiedet wurde Prof. Dr. Dr. Jörg Wilt-fang, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitäts-

klinikum Schleswig-Holstein (Campus Kiel), der die Arbeit der DGZMK in den vergan- genen Jahren geprägt hat.

Quelle: PM der DGZMK vom 4.11.2025



Prof. Dr. Dr. Peter Proff

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



BDIZ EDI-Checklisten nach wie vor begehrt

Chefsache: Zahnärztliche Dokumentation

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



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

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

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

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

Checklisten finden

Unter www.bdizedi.org

> Mitglieder
> Exklusiv für Mitglieder

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



Ändert sich das Okklusionskonzept mit der Anzahl und Positionierung der Implantate?

3 Fragen an Prof. Dr. Dr. Johann Müller

Das 18. Europa-Symposium des BDIZ EDI fand 2025 in Stockholm statt. Die Impressionen hat die Redaktion bereits mit den Leserinnen und Lesern geteilt. Hier sind Inhalte zum Vortrag von Professor Dr. Dr. Johann Müller in Form eines Drei-Fragen-Interviews.

Herr Professor Müller, ergänzend zu Ihrem Vortrag in Stockholm möchten wir bei Ihnen nachfragen, wie die Anzahl der Implantate die Wahl des Okklusionskonzeptes beeinflusst, insbesondere im Vergleich zu konventionellen prosthetischen Versorgungen?

Für die Wahl eines Okklusionskonzeptes – ob mit oder ohne die Einbeziehung von Implantaten – gelten grundsätzlich dieselben Regeln, wie in der „klassischen“ Prothetik. Bei der Planung der Implantatanzahl und -position unter dem Gesichtspunkt des Okklusionskonzeptes sollte man besser umgekehrt vorgehen, d. h. sich zuerst die individuell notwendige Okklusion überlegen und dann die dafür notwendige Implantatanzahl (und -position) bestimmen. So ist beispielsweise eine „verkürzte Zahnreihe“ – nach den Empfehlungen der DGZMK – bei Vorliegen eines Bruxismus, bei Funktionsstörungen in der Anamnese oder bei reduziertem Frontzahnkontakt „relativ kontraindiziert“.

Welche Rolle spielt die Positionierung der Implantate (anterior vs. posterior) bei der Entscheidung für ein bestimmtes Okklusionsschema, und gibt es dabei klinische Leitlinien?

Wie bereits für das statische Okklusionskonzept ausgeführt, sollte man sich hier zuerst überlegen, inwieweit man ggf. eine verkürzte Zahnreihe vertreten kann. Für die Positionierung dieser Implantate gelten im Wesentlichen die gleichen Kriterien hinsichtlich der Statik und der (Prothesen-)Kinematik. Die klassischen Kriterien und Überlegungen zur „Pfeilerwertigkeit“ werden bei Implantaten noch durch Parameter wie Knochenqualität und -quantität, Implantatdimensionierung und Implantatmaterial ergänzt. Es sind aber dem Grunde nach die jahrzehntelang bekannten, anerkannten und klinisch bewährten „Leitlinien“.

Verändert sich die Empfehlung für statische und dynamische Okklusionskontakte je nach Implantatanzahl und



-verteilung, und wie wird dies in der täglichen Praxis umgesetzt?

Hinsichtlich der „dynamischen Okklusion“ sollte man immer versuchen, mit dem Zahnersatz eine anteriore Führung zu etablieren. Genauer und besser sprechen wir hier von „anteriorer Steuerung“, da es sich um neuromuskuläres, nicht aber um ein mechanistisches Geschehen handelt. Hierzu existieren hervorragende Studien – u. a. von J. Levy und K.-H. Utz –, die zeigen, dass die Kräfte im ganzen Kausystem damit gesteuert bzw. reduziert werden (können). Diese Sensibilität ist bei Implantaten gegenüber natürlichen Zähnen zwar reduziert, aber immer noch gegeben. Daran sollte man sich bei der Planung der Implantatpositionierung im anterioren Bereich orientieren. Für die „statische Okklusion“ und damit den posterioren Bereich gelten die bereits vorher ausgeführten Kriterien.

Eine Besonderheit hinsichtlich des Okklusionskonzeptes möchte ich aber auch noch erwähnen: Von der Alterszahnheilkunde gut untersucht ist die mit dem Alter abnehmende Adaptationsfähigkeit hinsichtlich okklusaler Veränderungen. Bei Betagten sollte man daher – wenn möglich – keine wesentlichen Veränderungen der bestehenden okklusalen Verhältnisse vornehmen (z. B. bei stark abradierten Prothesenzähnen), auch wenn diese nicht den oben ausgeführten anerkannten Konzepten entsprechen. Hier ist es für den Patienten meist gewinnbringender, wenn beispielsweise bestehende Prothesen nur durch die Insertion von Implantaten in ihrer Lage gesichert werden und auf eine Neuherstellung des Zahnersatz verzichtet wird.

Herzlichen Dank, Herr Professor Müller, für diese Einsichten in die Welt der Okklusion!

**Das Interview führte
Chefredakteurin Anita Wuttke**

Von traditionellen bis zu innovativen Verfahren in der oralen Implantologie

3 Fragen an Prof. Dr. Hakan Özyuvaci

Auf dem Europäischen Symposium in Stockholm behandelte Prof. Dr. Hakan Özyuvaci als Referent die Themenbereiche von traditionellen bis zu innovativen Techniken in der Implantattherapie.

Professor Özyuvaci, würden Sie aus historischer Perspektive erläutern, wie traditionelle chirurgische Ansätze in der oralen Implantologie (wie z. B. zweistufige Implantate) die Grundlage für moderne Innovationen im Implantatdesign und in der Implantatinsertion bilden?

Historisch gesehen bildeten traditionelle chirurgische Ansätze – insbesondere das zweistufige Implantatprotokoll – die biologischen und klinischen Grundlagen der modernen Implantologie. Durch die Betonung der vorhersagbaren Osseointegration, der kontrollierten Belastung und der Weichgewebestabilität halfen diese Methoden den Behandlern, zu verstehen, wie Implantate heilen und mit dem Knochen integrieren. Dieses Wissen hatte direkten Einfluss auf die heutigen Innovationen, darunter fortschrittliche Oberflächendesigns, Konzepte zur Sofortbelastung, digitale Planung und minimalinvasive Insertionstechniken. Im Wesentlichen basieren moderne Implantatpraktiken auf den Prinzipien, die erstmals durch die traditionelle zweistufige Implantatchirurgie etabliert wurden.

Inwiefern haben digitale Technologien wie 3D-Bildgebung, geführte Chirurgie und CAD/CAM-Prothetik die Genauigkeit und Vorhersagbarkeit von Implantatverfahren im Vergleich zu herkömmlichen Methoden verändert?

Die 3D-Bildgebung – DVT – ermöglicht eine detaillierte Visualisierung der Knochenanatomie, sodass der Behandler wichtige Strukturen identifizieren und die Position der Implantate mit viel größerer Präzision planen kann. Die geführte Chirurgie überträgt diesen digitalen Plan direkt in die klinische Umgebung, minimiert chirurgische Abweichungen und reduziert das Risiko von Komplikationen. CAD/CAM-Prothetik verbessert die Vorhersagbarkeit zusätzlich, indem sie Restaurationen ermöglicht, die auf die Anatomie des Patienten zugeschnitten sind und die



Passform, Okklusion und Ästhetik verbessern. Im Ergebnis reduzieren diese digitalen Werkzeuge menschliche Fehler, verkürzen die Behandlungszeiten und führen zu konsistenteren und zuverlässigeren Implantatergebnissen.

Wie sehen Ihre Zukunftsperspektiven hinsichtlich neuer Techniken wie Tissue Engineering, biomimetischen Materialien und Sofortbelastungsprotokollen aus, die die Behandlungsergebnisse für Patienten und den langfristigen Erfolg von Zahimplantaten neu definieren?

Neue Techniken wie Tissue Engineering, biomimetische Materialien und Sofortbelastung dürften sowohl das Patientenergebnis als auch den langfristigen Implantaterfolg erheblich verbessern. Gewebetechnik könnte eine schnellere und besser vorhersagbare Regeneration von Knochen und Weichgewebe ermöglichen. Biomimetische Materialien können die Osseointegration verbessern und Komplikationen reduzieren. Sofortbelastungsprotokolle, unterstützt durch stärkere Implantate und eine bessere digitale Planung, werden die Behandlungszeit verkürzen und gleichzeitig die Stabilität gewährleisten. Zusammen weisen diese Innovationen auf biologischere, schnellere und langlebige Implantatlösungen in der Zukunft hin.

Vielen Dank, Herr Professor Özyuvaci, für den Überblick auf Gestern, Heute und Morgen in der Oralimplantologie.

Interview: Anita Wuttke

Augmentationsmaterialien und ihre klinische Anwendung

3 Fragen an Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Online und live zugeschaltet beim Europa-Symposium in Stockholm referierte Dr. Dr. Markus Tröltzsch über Augmentationsmaterialien und ihre klinische Anwendung.

Herr Dr. Tröltzsch, zu Ihrem Vortrag über Augmentationsmaterialien möchten wir gerne wissen, welche Kriterien Sie für entscheidend bei der Auswahl von Augmentationsmaterialien im klinischen Alltag halten? Insbesondere im Hinblick auf Biokompatibilität, Resorptionsverhalten und Langzeitergebnisse?

Bei der Auswahl von Augmentationsmaterialien im klinischen Alltag gibt es nicht das eine „richtige“ Material, sondern eine Vielzahl sinnvoller Optionen. Dass es so viele unterschiedliche Materialien und Therapiestrategien gibt, ist kein Nachteil, sondern Ausdruck der Tatsache, dass jede Strategie ihre Berechtigung hat. Nicht jedes Material funktioniert in jeder Indikation und auch nicht in jeder Behandlerhand gleich gut. Entsprechend können die Kriterien zur Materialwahl nur relativ weit gefasst formuliert werden, und es sind in vielen Situationen mehrere alternative Wege zum Ziel möglich.

Ein zentraler Punkt ist daher, dass der Behandler aus verschiedenen Optionen auswählen müssen. Erfahrung, chirurgisches Konzept, Defektmorphologie, Weichgewebssituation, zeitliche Planung und patientenspezifische Faktoren spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Grundsätzlich lassen sich die Überlegungen häufig auf eine Kernfrage zurückführen: Ist in der jeweiligen Situation eher Resorptionsstabilität oder ein schnelles Umsetzungsverhalten gewünscht?

- Resorptionsstabilität ist in vielen augmentativen Situationen ein entscheidendes und häufig zu bevorzugendes Kriterium – insbesondere bei größeren Defekten, bei vertikalen Augmentationen oder wenn Volumen langfristig erhalten bleiben soll.
- Schnelles Umsetzungsverhalten kann dagegen sinnvoll sein, wenn eine rasche Knochenneubildung gewünscht ist oder biologisch aktive Materialien im Vordergrund stehen sollen.



Hier kommen autogene Knochen, aber auch xenogene porzine oder allogene Materialien infrage.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Wahl des Augmentationsmaterials ist immer eine individuelle Entscheidung, die sich an der konkreten klinischen Situation orientieren muss. Vielfalt an Materialien bedeutet therapeutische Freiheit – und genau diese ist notwendig, um für jeden Patienten und jede Indikation eine optimale Lösung zu finden.

Gibt es aktuelle Studien oder eigene Erfahrungen, die den Einsatz bestimmter Materialien besonders unterstützen oder kritisch hinterfragen?

Auch hier gilt: Die aktuelle Studienlage – ebenso wie die eigene klinische Erfahrung – bestätigt vor allem eines, nämlich dass die verschiedenen Materialklassen klar unterschiedliche Einsatzbereiche haben und sich nicht gegenseitig ersetzen, sondern ergänzen.

Für alloplastische, also synthetische, Materialien ist aus der Datenlage – und das spiegelt sich auch in der aktuellen, gerade überarbeiteten Augmentationsleitlinie wider – ein zentraler Punkt, dass diesen Materialien der biologische Hintergrund fehlt. Genau das ist aus wissenschaftlicher Sicht einer der Hauptgründe, warum sie in ihrer Wertigkeit den anderen Materialklassen in vielen Indikationen teilweise deutlich unterlegen sind, insbesondere was Knochenqualität, Umbauverhalten und Langzeitergebnisse betrifft.

Gleichzeitig kann aber genau dieser fehlende biologische Ursprung in bestimmten Patientensituationen auch ein Vorteil sein, etwa bei klaren Vorbehalten gegenüber biologischen Materialien oder speziellen individuellen Anforderungen. In solchen Fäl-

len können alloplastische Materialien durchaus sinnvoll eingesetzt werden – allerdings sehr gezielt und indikationsbezogen.

Autologe, allogene und xenogene Materialien sind demgegenüber seit vielen Jahren gut etabliert und für eine Vielzahl von Indikationen wissenschaftlich und klinisch abgesichert.

Autologe Materialien haben den offensichtlichen Vorteil, dass sie vom Patienten selbst stammen und damit biologisch optimal integriert werden. Dem stehen jedoch eine zusätzliche Entnahmehorbidität sowie eine grundsätzlich limitierte Verfügbarkeit gegenüber – wobei Letzteres je nach Entnahmetechnik in der Praxis meist weniger problematisch ist als häufig angenommen.

Allogene Materialien sind – ähnlich wie xenogene – unbegrenzt verfügbar und vermeiden eine zusätzliche Entnahmestelle. Sie weisen allerdings ein anderes biologisches Verhalten auf. So-wohl allogene als auch autologe Materialien werden in vielen Fällen relativ rasch vom Körper umgesetzt, was je nach klinischem Ziel sowohl Vor- als auch Nachteile haben kann.

Zu den Materialien mit ebenfalls schnellerem Umbauverhalten zählen auch xenogene porzine Materialien, die sich biologisch aktiv zeigen und in bestimmten Situationen sehr gut nutzbar sind.

Xenogene bovine Materialien nehmen eine Sonderstellung ein: Sie zeigen eine sehr hohe Langzeit- und Volumenstabilität und eignen sich daher besonders für Augmentationen, bei denen kein oder nur ein sehr geringer Volumenverlust toleriert werden soll oder bei denen gezielt ein Resorptionsschutz gewünscht ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass weder Studien noch klinische Erfahrung ein einzelnes Material als grundsätzlich überlegen identifizieren. Vielmehr bestätigen sie, dass die richtige Materialwahl immer von der Indikation, dem biologischen Ziel und dem Behandlungskonzept abhängt. Gerade deshalb ist es entscheidend, dass der Behandler auf verschiedene Materialien und Strategien zurückgreifen kann, um die Therapie individuell und situationsgerecht anzupassen. Wichtig ist aber auch, dass der Behandler sicherstellt, dass das genutzte Material eine ausreichend große wissenschaftliche Datenlage hat. Unter diesem Aspekt weisen xenogene bovine Materialien eine teils weit überragende wissenschaftliche Basis auf.

Welche Entwicklungen sehen Sie in den nächsten Jahren im Bereich der Augmentationsmaterialien?

Dies ist eine ausgezeichnete Frage – und natürlich verfügt keiner von uns über eine Glaskugel. Dennoch lässt sich aus der aktuellen wissenschaftlichen Entwicklung und der klinischen Praxis sehr klar erkennen, dass sich der Bereich der Augmentationsmaterialien in den kommenden Jahren dynamisch weiterentwickeln wird.

Im Bereich der Biomaterialien ist derzeit viel Bewegung zu beobachten, und diese Entwicklung wird sich fortsetzen. In den letzten Jahren hat sich eine bestimmte Materialauswahl zunehmend wissenschaftlich verfestigt, während andere Techniken an Bedeutung verloren haben. So sind klassische Verfahren wie die autologe Blockaugmentation immer weiter in den Hintergrund getreten. Blöcke zeigen nachweislich eine schlechtere Durchbauung im Vergleich zu partikulären Materialien, weshalb nicht zu erwarten ist, dass sich dieser Trend wieder umkehrt.

Stattdessen zeigt sich im Bereich der Regeneration – auch bei größeren Defekten –, dass die GBR mit verstärkten Barrieren in vielen Fällen den Platz der Blockaugmentation eingenommen hat. Stützschaubentechniken gewinnen aufgrund ihrer guten Anwendbarkeit, Flexibilität und klinischen Vorhersagbarkeit zunehmend an Bedeutung. Techniken mit Schalen, sowohl autogen als auch allogen, haben weiterhin ihren festen Platz und ergänzen das therapeutische Spektrum sinnvoll.

Ein besonders spannender Entwicklungsbereich ist der der digitalen Planung und 3D-gedruckten Augmentationshilfen. Hier zeichnet sich zunehmend ab, dass resorbierbare Materialien künftig eine echte Auswahloption darstellen werden. In diesem Segment sind in naher Zukunft sehr interessante Innovationen zu erwarten, die die chirurgische Umsetzung weiter vereinfachen und präzisieren werden.

Insgesamt führen diese Entwicklungen dazu, dass auch große Augmentationen mit deutlich geringerer Morbidität für die Patienten durchgeführt werden können. Gleichzeitig entstehen im Falle von Komplikationen besser beherrschbare Situationen, und die Vorhersagbarkeit der Ergebnisse wird weiter zunehmen. Durch die damit verbundene Vereinfachung der Techniken ist auch von einer sinkenden Komplikationsrate auszugehen.

Zukünftig wird sich die Augmentationschirurgie zudem dahin entwickeln, dass wir Materialklassen noch besser verstehen und gezielter kombinieren können. Der kombinierte Einsatz unterschiedlicher Materialien innerhalb eines Falls wird an Bedeutung gewinnen – beispielsweise Materialien mit schneller Umwandlung in Kombination mit solchen, die eine hohe Resorptionsstabilität aufweisen.

Aus meiner Sicht werden wir in den nächsten Jahren zahlreiche Entwicklungen erleben, die Augmentationen für Behandler wie für Patienten noch sicherer, planbarer und zu einem integralen Bestandteil regenerativer Gesamtkonzepte machen werden.

Vielen Dank für dieses umfassende Interview.

**Das Interview führte
Chefredakteurin Anita Wuttke**

NEWS-TICKER

Paracetamol-Einnahme in der Schwangerschaft

Analgetikum der Wahl



© Yekatseryna – stock.adobe.com

In den letzten Monaten hat die öffentliche Debatte in den USA um den Wirkstoff Paracetamol für Unsicherheit gesorgt. Die Warnung der US-Regierung, dass eine regelmäßige Paracetamol-Einnahme in der Schwangerschaft ein Risikofaktor für Autismus sei, wird von Fachleuten kritisiert und als wissenschaftlich unbegründet eingestuft. Nach aktuellem Stand der Forschung gibt es keine belastbare Evidenz für einen klaren Zusammenhang zwischen der Einnahme von Paracetamol in der Schwangerschaft und Autismus oder ADHS. Gerade im Vergleich mit Ibuprofen und Acetylsalicylsäure sei Paracetamol das Analgetikum der Wahl in der Schwangerschaft.

Quelle: Klartext der BZÄK vom 9.12.2025

SIIRI-Forschung mit weiteren zehn Millionen gefördert

Intelligente Implantate

Können Implantate künftig periimplantäre Komplikationen wie etwa Infektionen eigenständig erkennen und über biologische, chemische und physikalische Prozesse eine Ausheilung einleiten? Daran forschen seit 2021 Wissenschaftler des Sonderforschungsbereichs/Transregio 298 SIIRI (Sicherheitsintegrierte und infektionsreaktive Implantate) unter Federführung einer Zahnärztin und eines Materialwissenschaftlers: Prof. Dr. Meike Stiesch ist Direktorin der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und Sprecherin des interdisziplinären Forschungsverbundes, ihr Co-Sprecher Prof. Dr.-Ing. Hans Jürgen Maier leitet das Institut für Werkstoffkunde an der Leibniz Universität Hannover (LUH). Nachdem die erste Förderphase beendet ist, unterstützt die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die Entwicklung von intelligenten medizinischen Implantaten in den nächsten dreieinhalb Jahren nun weiter mit mehr als zehn Millionen Euro. Insgesamt forschen mehr als 150 Wissenschaftler an der Entwicklung innovativer Strategien zur Verbesserung der Implantatsicherheit.

Quelle: SIIRI

Charité Berlin arbeitet an wurzelanalogem Implantat

Lösung für die Sofortversorgung?

Wurzelanaloge Zahimplantate werden nicht geschraubt, sondern einfach in die Extraktionsalveole hineingesteckt. Eine Arbeitsgruppe an der Berliner Charité hat jetzt ein innovatives Implantatdesign entwickelt. Die bisherigen einteiligen Implantatdesigns erwiesen sich jedoch als nur eingeschränkt praxistauglich. Ein Team unter Leitung von Prof. Dr. Andreas Schwittalla, Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Funktionslehre, hat deshalb ein neues innovatives Implantatdesign entwickelt. Das Prinzip der wurzelanalogen Implantate könnte die Sofortversorgung mit Zahimplantaten künftig vereinfachen: Unmittelbar nach der Zahnextraktion wird ein zur Zahnwurzel formgleiches (wurzelanaloges) Implantat in die Alveole gesteckt. Mit dem Verzicht auf die Befestigung mit einem Gewinde wird das bislang invasivere Implantieren zu einer schmerzarmen, minimalinvasiven Prozedur. Durch eine beschleunigte Osseointegration soll sich früh die sekundäre Stabilität einstellen – ohne den ansonsten üblichen zwischenzeitlichen Knochenabbau. Dies soll durch eine spezielle Oberflächenmodifikation erreicht werden, die sich bereits im Tierexperiment erfolgreich bewährt hat. Die Ergebnisse dazu würden demnächst veröffentlicht, sagte Schwittalla zur zm. Die Forscher der Charité wollen das neu entwickelte Implantatdesign nun im Rahmen einer Machbarkeitsstudie mit Patienten erproben, um klinische Daten zu erheben.

Quelle: zm-online vom 13.11.2025

Drei Initiativen der EU-Kommission noch 2025

Vorschläge für Digitalisierung, Prävention und Bürokratieabbau

Die EU-Kommission will noch im Dezember 2025 drei gesundheitspolitische Initiativen vorlegen: Herz-Kreislauf-Plan, Biotech Act I und Anpassungen bei MDR/IVDR. Die Vorschläge sollen Digitalisierung, Prävention und Bürokratieabbau voranbringen.



© Production Perig – stock.adobe.com

1. Der neue EU Cardiovascular Health Plan soll erstmals eine umfassende europäische Strategie gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen etablieren. Der Aufbau und die Logik orientieren sich am EU-Krebsplan. Vorgesehen sind drei Säulen, Prävention, Früherkennung und Versorgung, ergänzt durch die Querschnittsthemen Digitalisierung, Forschung und soziale Ungleichheiten.
2. Unter dem Titel Biotech I plant die Kommission eine sektorspezifische Initiative zur Stärkung der europäischen Biotechnologie im Gesundheitsbereich. Der Act soll Vereinfachungen, insbesondere für klinische Prüfungen, gezielte EU-Fördermittel sowie Maßnahmen für schnellere Zulassungen biotechnologischer Produkte umfassen. Trotz der inhaltlichen Breite ist keine Folgenabschätzung vorgesehen, was die Reichweite der Vorschläge bislang schwer einschätzbar macht.
3. Als dritte Initiative ist ein Vereinfachungspaket für die Medizinprodukteverordnung (MDR) und die In-vitro-Diagnostika-Verordnung (IVDR) angekündigt. Geplant sind Anpassungen zur Reduzierung bürokratischer Hürden, zur Vereinfachung von Zertifizierungen und zur Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen. Vorgesehen sind u. a. Ausnahmen für Bestandsprodukte sowie ein Fast-Track-Verfahren für Orphan-Devices. Die Kommission betont das Ziel, Prozesse zu beschleunigen und Kosten zu senken.

Quelle: PM-Report vom 1.12.2025

Drohen EU-Kürzungen bei HIV- und Impfstofffinanzierung?

Experten sind alarmiert

Experten warnen, dass Europa jahrzehntelange Fortschritte im Kampf gegen HIV und durch Impfungen vermeidbare Krankheiten gefährden könnte, sollte es Hilfen streichen.

Der Global Fund bezeichnete ein mögliches schnelles Auslaufen der Unterstützung als „unverantwortlich“. Einem internen Briefing zufolge erwägt die Europäische Kommission, die Finanzierung für zwei der weltweit führenden globalen Gesundheitsorganisationen – die Impfallianz Gavi und den Global Fund – bis 2030 einzustellen. Dieser Schritt würde Brüssels Bestrebungen widerspiegeln, seine Entwicklungshilfe auf Bereiche zu lenken, in denen es einen größeren strategischen Einfluss ausüben kann.

Auch die USA haben angekündigt, sich aus der Weltgesundheitsorganisation zurückzuziehen und ihr Budget für ähnliche Initiativen in diesem Jahr zu kürzen. Gesundheitsorganisationen warnen, dass dies zu einem Anstieg der Infektionen und Todesfälle durch HIV, Tuberkulose und andere vermeidbare Krankheiten führen könnte. Laut einer in der Fachzeitschrift *The Lancet* veröffentlichten Studie könnten 23 Millionen Menschenleben gerettet und 400 Millionen HIV-, Tuberkulose- und Malaria-Neuinfektionen zwischen 2027 und 2029 verhindert werden, wenn genügend Mittel zur Verfügung stünden.

Die Europäische Kommission hat nicht bestätigt, ob der Vorschlag ihre offizielle Position widerspiegelt, erklärte jedoch, dass sie die Gespräche mit Partnern im Bereich der globalen Gesundheit in den kommenden Monaten fortsetzen werde, während Reformpläne Gestalt annehmen.

Quelle: Euractiv vom 29.10.2025



EuGH-Urteil zur rechtlichen Einordnung von telemedizinischen Leistungen

Telemedizin grenzenlos?

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) C 115/24 vom 11. September 2025 klärt erstmals die rechtliche Einordnung von Telemedizin im europäischen Binnenmarkt. Es stellt klar: Telemedizinische Leistungen unterliegen dem Herkunftslandprinzip, während klassische Präsenzmedizin dem Recht des Behandlungsstaates folgt. Damit schafft der EuGH Rechtssicherheit für grenzüberschreitende digitale Gesundheitsangebote, insbesondere in hybriden Modellen.

Hintergrund

Eine in Österreich niedergelassene Zahnärztin arbeitete mit einem deutschen Anbieter von Aligner-Therapien (Zahnschienen) zusammen. Die Zahnärztin führte Untersuchungen vor Ort durch und fertigte Gbissaufnahmen an. Die weitere Behandlung (Analyse, Planung, digitale Betreuung) erfolgte grenzüberschreitend über digitale Plattformen. Der Anbieter stellte den Behandlungsplan rein digital auf, fertigte auf Basis der Aufnahmen der Zahnärztin die jeweilige Zahnschiene an und versandte sie postalisch an den Patienten.

Klage

Die Österreichische Zahnärztekammer klagte. Sie sah in diesem grenzüberschreitenden Kooperationsmodell einen Verstoß gegen nationales Berufsrecht. Sie argumentierte, dass Zahnärztinnen und Zahn-

ärzte in Österreich nicht an zahnärztlichen Tätigkeiten mitwirken dürfen, die in Österreich durch ausländische Gesellschaften erbracht werden, welche nicht über die nach österreichischem Recht erforderlichen Genehmigungen verfügen. Der Streitfall gelangte schließlich vor den EuGH und legte die Frage im Rahmen der Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU vor.

Aus Sicht der Österreichischen Zahnärztekammer dürfen in Österreich niedergelassene Zahnärzte nicht mit ausländischen Gesellschaften in der Patientenbehandlung kooperieren. Die Kammer wollte u. a. wissen, ob unter „Gesundheitsversorgung im Bereich der Telemedizin“ nur solche Gesundheitsdienstleistungen fallen, die ein Anbieter in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat des Patienten ausschließlich aus der Ferne und nur mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien erbringt –

also ohne gleichzeitige physische Anwesenheit von Patient und Anbieter am selben Ort. Oder ob auch gemischte Modelle erfasst sind, bei denen neben den telemedizinisch erbrachten Leistungen auch Gesundheitsleistungen hinzukommen, die im Versicherungsmitgliedstaat des Patienten in physischer Anwesenheit des Patienten erbracht werden.

Für den Fall, dass auch solche Mischformen erfasst wären, stelle sich zudem die Frage, ob die telemedizinisch erbrachten Leistungen dabei den überwiegenden Teil ausmachen müssen – und nach welchen Kriterien dieses „Überwiegen“ zu beurteilen wäre.

Rechtsfrage

Kern der ersten Vorlagefrage war die Definition von „Gesundheitsversorgung im Fall der Telemedizin“ im Sinne des Art. 3



Patienten. Teilweise physische Untersuchungen oder Beratungen vor Ort führen dazu, dass die Gesamtbehandlung nicht als Telemedizin eingestuft wird.

Der Gerichtshof stellt damit nicht auf die technische Unterstützung einer Leistung ab, sondern auf ihre vollständige Virtualität.

Der EuGH betont weiter, dass diese Definition nicht auf Kostenerstattungsfragen im Sinne von Art. 7 der Patientenmobilitätsrichtlinie beschränkt ist, sondern für sämtliche Anwendungsbereiche der Richtlinie gilt.

Damit schafft das Urteil eine einheitliche Auslegung im gesamten europäischen Rechtsraum.

Anwendbares Recht

Zur Frage des anwendbaren Rechts urteilt der EuGH: „Für echte Telemedizin – also rein digitale Leistungen – gilt das Recht des Mitgliedstaats, in dem der Anbieter niedergelassen ist.“

Grenzüberschreitende telemedizinische Leistungen unterliegen demnach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist und nicht denen des Patientenwohnorts. Ein klares Bekenntnis zum Herkunftslandprinzip.

Umgang mit hybriden Modellen

In Bezug auf gemischte, hybride Behandlungskonzepte stellt der Gerichtshof klar, dass es nicht auf ein Überwiegen der einen oder anderen Komponente ankommt. Vielmehr können einzelne Leistungsbestandteile getrennt betrachtet werden, sofern sie sich inhaltlich abgrenzen lassen. In solchen hybriden Modellen kann etwa die physische Vor-Ort-Tätigkeit, also beispielsweise die Untersuchung durch den lokalen Arzt, dem Recht des betreffenden Behandlungsstaates unterfallen, während die digital erbrachte Fernbehand-

Buchst. d der Patientenmobilitätsrichtlinie. Der Oberste Gerichtshof (Österreich) wollte wissen, ob die Zahnärztin überhaupt an zahnärztlichen Tätigkeiten mitwirkt, die in Österreich durch ausländische Gesellschaften erbracht werden.

Es stellte sich also die Frage, ob auch komplexe medizinische Behandlungen, bei denen neben digitalen Elementen physische Behandlungsschritte im Heimatland des Patienten erfolgen, als telemedizinische Gesundheitsversorgung gelten.

Das Urteil

Der EuGH verneint dies und gibt erstmals eine Definition von Telemedizin: [...] unter den Begriff der im Fall der Telemedizin erbrachten Gesundheitsversorgung im Sinne dieser Bestimmung [fallen] nur Gesundheitsdienstleistungen [...], die gegenüber einem Patienten durch einen in ei-

nem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat dieses Patienten ansässigen Gesundheitsdienstleister im Fernabsatz und somit ohne gleichzeitige physische Anwesenheit des Patienten und dieses Dienstleisters am selben Ort ausschließlich mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden.

Dahinter steht insbesondere die Erwagung, dass Art. 3 Buchst. d der Patientenmobilitätsrichtlinie den Behandlungsmitgliedstaat ausdrücklich als den Staat definiert, in dem die Gesundheitsversorgung tatsächlich erbracht wird. Bei Telemedizin gilt die Leistung als in dem Staat erbracht, in dem der Dienstleister ansässig ist.

Telemedizin liegt also nur vor, wenn der Gesundheitsdienstleister seine Leistung ausschließlich aus der Ferne erbringt, ohne persönliches Aufeinandertreffen mit dem

lung durch den ausländischen Anbieter dem Recht seines Herkunftsstaates unterliegt. Diese getrennte Betrachtung ist auch dann möglich, wenn ein einheitlicher Behandlungsvertrag vorliegt.

Auf den Fall bezogen bedeutet das: Im zugrunde liegenden Fall war die Zahnkorrektur nach Auffassung des EuGH als Behandlung komplexer Art anzusehen, weil sie mehrere Gesundheitsdienstleistungen umfasste, die zwar denselben therapeutischen Zweck hatten, aber nicht so weit integriert waren, dass sie eine einheitliche Gesamtdienstleistung bildeten.

Deshalb musste die österreichische Zahnärztin österreichisches Berufsrecht einhalten, während die digitale Planerstellung und Betreuung durch den deutschen Anbieter nach deutschem Recht beurteilt wurde. Eine telemedizinische Leistung im Sinne des EU-Rechts lag insoweit nur in Bezug auf den vollständig digitalen Teil der Behandlung vor.

Berufsqualifikationsrichtlinie nicht angewendet

Eng mit dem Herkunftslandprinzip verknüpft ist die Frage nach der Anwendbarkeit der Berufsqualifikationsrichtlinie (2005/36/EG). Grundsätzlich gilt: Begibt sich ein Angehöriger eines reglementierten Berufs zur vorübergehenden Berufsausübung in einen anderen EU-Mitgliedstaat, unterliegt er dort den einschlägigen Berufsregeln des Aufnahmestaats, Art. 5 der Berufsqualifikationsrichtlinie. Diese Vorschriften dienen dem Patientenschutz.

Der EuGH stellt nun klar, dass Art. 5 Abs. 2 der Berufsqualifikationsrichtlinie nur dann Anwendung findet, wenn sich der Dienstleister tatsächlich physisch in den Aufnahmemitgliedstaat begibt, um dort seinen Beruf vorübergehend und gelegentlich auszuüben.

Rein virtuelle Leistungsangebote erfüllen dieses Kriterium nicht: Ein Dienstleister „begibt“ sich nicht in einen anderen Mit-

gliedstaat, wenn ausschließlich die Dienstleistung, nicht aber die Person des Leistungserbringers die Grenze überschreitet.

Ebenso wenig „begibt“ sich ein Gesundheitsdienstleister in das Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats, wenn er dort, auf Grundlage eines Vertrags, „über“ einen lokalen Partner, der im unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten steht, medizinische Leistungen erbringt. Eine solche Auslegung wäre „lebensfremd“, so der EuGH.

Mit dieser Auslegung stellt der Gerichtshof klar, dass Mitgliedstaaten nicht über das Berufsrecht indirekt Schranken für grenzüberschreitende Telemedizin errichten dürfen.

Auswirkungen

Mit dem vorliegenden Urteil schafft der EuGH ein Mehr an Rechtssicherheit für digitale Gesundheitsleistungen im Binnenmarkt. Durch das Bekenntnis zum Herkunftslandprinzip können Anbieter von Telemedizin ihre Services nun deutlich freier grenzüberschreitend anbieten, ohne befürchten zu müssen, unerwartet dem fremden nationalen Berufsrecht zu unterliegen.

Insbesondere innovative Kooperationen zwischen ausländischen Telemedizin-Anbietern und lokalen Partnerärzten lassen sich damit leichter ausgestalten.

Für die Healthcare-Branche liefert das Urteil einen spürbaren Impuls: Digitale Ver-

sorgungsangebote können innerhalb der EU einfacher skaliert werden. Patienten erleichtert das den Zugang zu spezialisierten Leistungen im Ausland.

Gleichzeitig bleiben aber die nationalen Spielregeln zu beachten. So unterliegen inländische Anbieter weiterhin den jeweils geltenden Beschränkungen ihres Heimatmarkts, etwa den deutschen Regelungen zur Telemedizin, die nach wie vor relativ strikt sind. Deshalb könnten Mitgliedstaaten mit liberaleren Telemedizin-Regeln für Digital-Health-Unternehmen jetzt noch attraktiver werden.

Fazit

Das Urteil C 115/24 wird als Meilenstein für die europäische Gesundheitsversorgung angesehen.

- Es stärkt die Telemedizin und erleichtert grenzüberschreitende digitale Behandlungen.
- Es zwingt Anbieter zu klaren Strukturen und Compliance, besonders bei hybriden Modellen.
- Für Zahnärzte und Ärzte bedeutet es: mehr Chancen durch digitale Angebote, aber auch mehr Pflichten bei der rechtlichen Trennung von Leistungen.

Quellen: EuGH-Urteil C 115/24

vom 11.9.2025; taylorwessing.com; cms-blog

Auf den Punkt

- Telemedizin: nur Leistungen, die rein digital und grenzüberschreitend erbracht werden, fallen darunter.
- Rechtsanwendung zweigleisig:
 - Telemedizinische Leistungen → Recht des Herkunftslandes des Leistungserbringers.
 - Präsenzmedizinische Leistungen → Recht des Behandlungsstaates.
- Hybride Modelle: Müssen aufgespalten werden. Ein Überwiegen digitaler Elemente macht die Gesamtbehandlung nicht automatisch zur Telemedizin.



Generalversammlung des Rates der europäischen Zahnärzte

Weiβbuch über Alterung und Mundgesundheit

Die Mitgliedsverbände und assoziierten Mitgliedsverbände des Rates der Europäischen Zahnärzte (CED) trafen sich in Brüssel, Belgien zu ihrer halbjährlichen Generalversammlung unter dem Vorsitz des CED-Präsidenten Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg.

Prof. Chris Vernazza von der School of Dental Sciences der Newcastle University und Partner des von EU Horizon Europe finanzierten PRUDENT-Projekts (Prioritisation, incentives and Resource use for sUstainable DENTistry) zur Finanzierung der Mundgesundheit trug mit einer Präsentation über PRUDENT zu der Sitzung bei.

Das Projekt zielt darauf ab, Lücken zwischen Forschung, Politik und Praxis bei der Finanzierung der Mundgesundheit durch die Entwicklung eines innovativen und kontextadaptiven Rahmens zu schließen.

Auf der Generalversammlung sprach auch die European Dental Students' Association (EDSA), vertreten durch ihre Präsidentin, Saulé Skinkyté, und die Vizepräsidentin für Außenbeziehungen, Eliška Jandová, die einen Überblick über den neu gewählten EDSA-Vorstand, die Jahresziele der EDSA und die wichtigsten Aktivitäten für das diesjährige Mandat gaben.

Ebenso fanden die Vorstandswahlen 2025 statt. Die CED-Delegierten wählten Dr. Charlotte Heuzé sowie Dr. Christof Ruda von der österreichischen Zahnärztekammer zum Schatzmeister. Der neu

gewählte Schatzmeister Dr. Christof Ruda wird nach der Generalversammlung seine erste Amtszeit im CED-Vorstand antreten.

Die Mitglieder wurden auch über die Arbeit der CED-Arbeitsgruppen und Task Forces informiert, woraufhin drei Grundsatzdokumente verabschiedet wurden:

Das Weiβbuch

Das Weiβbuch fordert politische Entscheidungsträger und Beamtinnen der Kommission auf, eine Strategie für die Mundgesundheit im Hinblick auf gesundes Altern zu entwickeln und die Anstrengungen in den Bereichen Ausbildung, Fortbildung und Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals, das mit älteren Menschen zu tun hat, zu verdoppeln. Diese Aktivität steht im Einklang mit den laufenden Bemühungen auf EU-Ebene, den Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden, einschließlich der jüngsten hochrangigen Diskussionen und politischen Entwicklungen in den Mitgliedstaaten.

Das Papier findet sich hier:





ANZEIGE

Lesen Sie noch oder **schreiben** **Sie schon?**

© Pixel-Shot - stock.adobe.com

Werden Sie
Dentalautor/-in!



JETZT Kontakt aufnehmen unter
 **dentalautoren.de**



CED-Empfehlung zu individuell angefertigtem Sportmundschutz

Das Empfehlungspapier unterstreicht die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen zur Verringerung des Risikos von Verletzungen im Mund- und Gesichtsbereich beim Sport. Sportliche Aktivitäten bieten zwar erhebliche gesundheitliche Vorteile, erhöhen aber auch das Risiko traumatischer Verletzungen im Zahn- und Gesichtsbereich, insbesondere in Kontaktsparten. Maßgefertigter Mundschutz und präventive Mundpflegeprogramme spielen eine wichtige Rolle beim Schutz von Sportlern, indem sie die Auswirkungen von Traumata verringern. Ihre breitere Anwendung erfordert eine gemeinsame Verantwortung von Sportlern, Trainern, Eltern, Sportorganisationen und Zahnärzten.

Das Papier ist hier abrufbar:

Erklärung des CED zu Verstößen gegen die medizinische Neutralität und den Schutz von medizinischem Fachpersonal in Konfliktgebieten

Die Erklärung vereint die EU-Gemeinschaft der Zahnärzte, um sich solidarisch mit allen Angehörigen der Gesundheitsberufe, humanitären Helfern und Opfern von Kriegen und bewaffneten Konflikten zu zeigen. Sie verurteilt die gezielte Bekämpfung von medizinischem und zahnmedizinischem Fachpersonal sowie Gesundheitseinrichtungen in allen Regionen der Welt.

Erklärung hier erhältlich:

Quelle: PM des CED vom 20.11.2025

EU-Gesundheitskommissar zur MDR-Evaluation

Wichtiges Signal für die Medizintechnik

Im Rahmen der MEDICA, der Fachmesse für Medizintechnik und Gesundheitswesen in Düsseldorf Mitte November, bezog EU-Gesundheitskommissar Olivér Várhelyi Stellung zur Bedeutung des Standorts Europa im Bereich der Medizinprodukte.

Der Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik SPECTARIS, der über 400 überwiegend mittelständische Unternehmen vertritt, und die Messe Düsseldorf hatten zu einem CEO-Round Table eingeladen. Auf der Leitmesse MEDICA präsentierten rund 5.300 Aussteller aus 70 Ländern neue Trends und Entwicklungen der Branche.

Besonderer Höhepunkt des Formats war die Teilnahme von EU-Gesundheitskommissar Olivér Várhelyi, der mit Vertretern europäischer Medizintechnikunternehmen über die laufende Evaluation der europäischen Medizinprodukteverordnung (MDR) und In-vitro-Diagnostika-Verordnung (IVDR) diskutierte. Várhelyi ist innerhalb der Kommission einer der wichtigsten Taktgeber in der Weiterentwicklung der MDR und IVDR, weshalb sein Besuch beim CEO-Round Table ein starkes Zeichen für die Branche bedeutete.

Europa wichtiger Standort

Der EU-Kommissar hob hervor, dass die Medizintechnik weiterhin ein strategischer Zukunftssektor sei und Europa ein Standort bleiben müsse, an dem Medizinprodukte entwickelt, getestet und zugelassen werden. Seine klaren Aussagen wurden von der Branche als wichtiges

Signal gewertet. „Die Zusage des Kommissars, Europa als starken Innovationsstandort zu sichern, ist ein entscheidender Schritt in die richtige Richtung“, betonte SPECTARIS-Geschäftsführer Jörg Mayer. „Für den Mittelstand sind Verlässlichkeit und planbare regulatorische Prozesse essenziell.“

Gleichzeitig bestätigte Várhelyi die Problemfelder, die die Branche seit Jahren belasten: überbordende Bürokratie, gestiegene Kosten und eine anhaltende regulatorische Unsicherheit. Die Europäische Kommission kündigte an, bis Jahresende konkrete kurz- und mittelfristige Reformmaßnahmen vorzulegen, die die Unternehmen spürbar entlasten sollen.

Als Vertreter der Benannten Stellen erläuterte Alexey Shiryaev, Präsident von Team NB (Notified Bodies), wie wichtig zusätzliche Effizienzen im System seien. Etwa durch digitale Prozesse oder einen frühzeitigen, strukturierten Dialog zwischen Herstellern und Benannten Stellen, um Verzögerungen zu vermeiden und die Ressourcen der Notified Bodies zielgerichtet einzusetzen.

SPECTARIS machte im Gespräch deutlich, dass trotz positiver Signale der Handlungsdruck hoch bleibt. „Die Aussagen des

Kommissars sind ein wichtiges Zeichen, aber die Belastungsfaktoren für die Medizintechnikbranche sind weiterhin erheblich“, so Mayer weiter. „Wir brauchen spürbare und schnelle Entlastungen, damit Innovationen wieder schneller zu Patientinnen und Patienten gelangen können und Europa seine Wettbewerbsfähigkeit nicht verliert.“

Laut Presseverlautbarung von SPECTARIS beschäftigte die Medizintechnikbranche (Hersteller von medizintechnischen Geräten und Medizinprodukten inkl. Kleinstunternehmen) im Jahr 2024 laut Gesundheitswirtschaftlicher Gesamtrechnung (GGR) des WifOR-Instituts in Deutschland insgesamt über 210.000 Menschen und erwirtschaftete inklusive Ausstrahleffekte eine Bruttowertschöpfung von 38,3 Milliarden Euro. Nach der Wirtschaftsstatistik gab es 2024 in Deutschland 1.508 Medizintechnikhersteller mit mehr als 20 Beschäftigten, die einen Gesamtumsatz von 41,4 Milliarden Euro erzielten (60 Milliarden Euro mit Kleinstunternehmen). 68 Prozent des Medizintechnikumsatzes stammen aus dem Auslandsgeschäft. Rund neun Prozent des Umsatzes werden in Forschung und Entwicklung investiert. 93 Prozent der Unternehmen sind KMU.

Quelle: PM SPECTARIS



Stefanie Tiedes Rolle im Weltzahnärzteverband FDI

International Verantwortung übernehmen

Seit Juni 2025 ist Stefanie Tiede Mitglied des erweiterten Vorstands des BDIZ EDI und bringt den Verband durch ihr aktives Engagement in der Fédération Dentaire Internationale (FDI) näher an den globalen Dialog über Mundgesundheit und Gesundheitspolitik heran. Im November 2025 wurde sie als Präsidentin der Landeszahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wiedergewählt. Im Interview mit dem *BDIZ EDI konkret* verrät sie ihre Motivation und spricht über ihre Aufgaben.

Sie sind Präsidentin der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Mitglied im Vorstand des BDIZ EDI, und zusätzlich übernehmen Sie internationale Verantwortung in der FDI. Welche konkreten Aufgaben und Verantwortlichkeiten haben Sie als Delegationsleiterin der BZÄK in der FDI?

Ich bin seit drei Jahren die Leiterin der BZÄK-Delegation zur World Dental Federation und zugleich der benannte National Liaison Officer, das heißt die offizielle Kontaktperson zwischen der FDI und dem nationalen Verband. Die Aufgaben der zwei Positionen sind sehr ähnlich: Zum einen vermittele ich Informationen und Anfragen zwischen der BZÄK und der FDI bzw. anderen nationalen Verbänden. Zum anderen erkläre und vertrete ich die deutsche Position zu den verschiedenen Themen auf internationaler Ebene und bin die erste Ansprechperson in allen Belangen. Darüber hinaus koordiniere ich als Delegationsleiterin die deutsche Positionierung zu z.B. FDI Policy Statements und bin in die Organisation der Tage bei der jährlichen FDI-Generalversammlung eingebunden.

Welche aktuellen Themen und Herausforderungen sind für die Zahnmedizin in Europa derzeit besonders relevant?

Es gibt viele aktuelle Debatten und Herausforderungen für die Zahnärzteschaft auf

europäischer Ebene. Ein Thema ist z. B. die fortschreitende Digitalisierung und der Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Zahnmedizin. Aber auch der Kampf gegen übertragbare Krankheiten unter Einschluss von oralen Erkrankungen rückt immer stärker in das Bewusstsein der internationalen Gesundheitspolitik. Bei all diesen Themen bringt sich die FDI aktiv ein und gestaltet so im Sinne einer fortschrittlichen und präventionsorientierten Zahnmedizin sowie des Patientenwohls die Gesundheitspolicies weltweit.

Welche Entwicklungen in der internationalen Zahnmedizin zeichnen sich in den kommenden Jahren ab, und inwiefern kann die europäische Zahnärzteschaft davon profitieren?

Die genannten Herausforderungen und aktuelle Themen zeigen auch den Weg in die Zukunft für die Zahnmedizin in Europa. Wir können davon profitieren, wenn wir die Entwicklungen aktiv sowie mit Bedacht gestalten und uns für das Patientenwohl einsetzen. So können wir ein

starker Berufsstand bleiben, der eine qualitativ hochwertige Versorgung und Präventionsarbeit leistet. Auch dafür setze ich mich auf internationaler Ebene ein.

Herzlichen Dank für das interessante Interview.

*Interview: Milan Fries,
Journalist aus Regensburg*





Flora und Fauna auf Curaçao.

© Markus Tröltzsch

Dental and Maxillofacial Excellence Academy (DMEA)

Orale Implantologie auf Curaçao

Vom 21. bis 23. Oktober 2025 fand in Willemstad auf Curaçao das diesjährige Dental and Maxillofacial Excellence Academy (DMEA) Meeting statt. Die von der Quintessenz ausgerichtete Masterclass-Veranstaltung war anerkannt als Teil des Fortbildungsangebots des BDIZ EDI und verband wissenschaftliche Exzellenz, intensive praktische Ausbildung und internationalen Erfahrungsaustausch in der einzigartigen Atmosphäre der Karibik.

Unter dem Leitgedanken „Elevate your skills with us in Curaçao“ trafen sich interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte aus Deutschland, den USA, Italien, Serbien und Kroatien, um ihre klinischen Fähigkeiten gezielt weiterzuentwickeln und sich auf fachlich hohem Niveau auszutauschen.



Dr. Dr. Markus Tröltzsch im Kurs.

Das besondere Konzept der Dental and Maxillofacial Excellence Academy setzt bewusst auf kleine, exklusive Gruppen, eine vorgelagerte digitale Theoriephase sowie einen klaren Fokus auf Hands-on-Training vor Ort. Durch die Onlinevorbereitung konnten die Präsenztage nahezu vollständig für die praktische Ausbildung genutzt werden. Im Mittelpunkt des diesjährigen Meetings stand eine Masterclass zur Augmentation des Unterkiefers, einem der anspruchsvollsten Themen der modernen Implantologie. Behandelt wurden unter anderem aktuelle Konzepte der lateralen und vertikalen Augmentation, der

strukturierte Einsatz moderner Knochenersatzmaterialien, das Management komplexer anatomischer Situationen sowie Strategien zur Vermeidung und Beherrschung von Komplikationen.

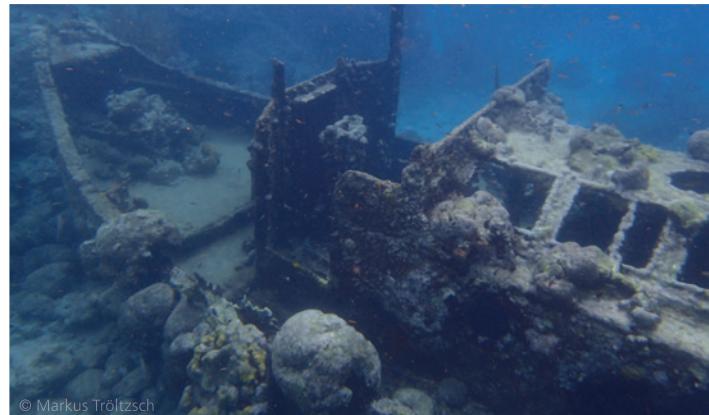
Den überwiegenden Teil der Fortbildung nahmen intensive Hands-on-Übungen am Schweinekiefer ein, die unter realitätsnahen Bedingungen durchgeführt wurden. Die Teilnehmenden konnten verschiedene Augmentationstechniken selbstständig umsetzen, verfeinern und unter direkter Anleitung der Referenten kritisch reflektieren. Besonders geschätzt wurde der enge



Schweinekieferkurs.



© Markus Tröltzsch



© Markus Tröltzsch

persönliche Austausch sowie der hohe Praxisbezug, der es erlaubte, die vermittelten Inhalte unmittelbar auf den eigenen klinischen Alltag zu übertragen.

Die wissenschaftliche Leitung der Masterclass lag bei Dr. Snježana Pohl, Priv.-Doz. Dr. Amelie Hartmann und Dr. Dr. Markus Tröltzsch, unterstützt von Dr. Detlef Hildebrandt und Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Tröltzsch. Das Referententeam vermittelte nicht nur neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern vor allem praxisrelevante chirurgische Strategien, ergänzt durch Fallbesprechungen, offene Diskussionen und individuelle Fragestellungen der Teilnehmenden. Die kollegiale Lernatmosphäre auf Augenhöhe trug wesentlich zur besonderen Qualität der Veranstaltung bei. Dr. Christoph Bremmer leitete die Organisation und die Ablaufkoordination.



Dr. Amely Hartmann mit Dr. Dr. Helmuth Hildebrand.

Eine zentrale Voraussetzung für das hochwertige praktische Arbeiten war die Unterstützung durch die Industriepartner. Devemed stellte das komplette chirurgische Instrumentarium für die Hands-on-Übungen zur Verfügung. MegaGen und Purgo unterstützten die Masterclass jeweils mit Biomaterialien und Implantologieprodukten sowie den dazugehörigen Instrumentarien. Weitere Partner der Veranstaltung waren die BFS health finance sowie die Quintessenz. Die Zusammenarbeit zeichnete sich durch eine praxisnahe, aber zurückhaltende Integration der Industrie aus, bei der der fachliche Mehrwert für die Teilnehmenden stets im Vordergrund stand.

Ein besonderes Zeichen setzte das DMEA Meeting mit einem Charity-Treatment am Mittwoch, bei dem in zwei lokalen Partnerpraxen auf Curaçao Patientinnen und Patienten behandelt wurden, die aufgrund sozialer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen keinen Zugang zu regulärer zahnärztlicher Versorgung haben. Für viele Teilnehmende stellte dieser Tag einen emotionalen Höhepunkt dar und verdeutlichte eindrucksvoll den humanitären Anspruch der Veranstaltung sowie die globale Verantwortung zahnärztlichen Handelns.

Neben der intensiven fachlichen Arbeit bot das Meeting auch Raum für persönlichen Austausch und internationales Networking. Ein gemeinsamer Kongressausflug ins „Hofi Mango“, organisiert von Ute Schlieker, mit Führung durch den einzigartigen Mango-Wald und karibischem

Dinner, ermöglichte Gespräche in entspannter Atmosphäre. Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine gemeinsame karibische Abendveranstaltung in der Nieuwestraat, einer Straße mit vielen Bars in der Innenstadt von Willemstad.

Das DMEA Meeting Curaçao 2025 zeigte eindrucksvoll, wie sich hochwertige Fortbildung, intensive praktische Ausbildung, internationaler Austausch, soziales Engagement und außergewöhnliche Lernorte miteinander verbinden lassen. Die nächste Veranstaltung ist bereits geplant und findet vom 2. bis 6. November 2026 statt. Dabei wird der Anteil der realen Patientenbehandlung nochmals deutlich ausgebaut – ganz im Sinne des DMEA-Konzepts, Fortbildung nachhaltig, praxisnah und international erlebbar zu machen.



Abendessen im Hofi Mango.



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

Unter Mitarbeit von **Naomi Crnić**,
Rechtsanwältin, und **Saskia Fraundörfer**,
wissenschaftliche Mitarbeiterin

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwälte
Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg i.Br. ·
Köln · Meißen · München

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

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

Inhalt des 2. Teils

6. Der Behandlungsvertrag als Grundlage des Behandlungsfehlerbegriffs
7. Behandlungsstandard
8. Dogmatik des Behandlungsfehlers
9. Reformbedarf und dogmatische Nachbesserung des Behandlungsfehlerbegriffs

In diesem Teil geht es um den Begriff des Behandlungsfehlers

Fehlertheorie in der Zahnmedizin, Teil 2

Der Behandlungsvertrag als Grundlage des Behandlungsfehlerbegriffs

Über viele Jahre prägte ausschließlich die Rechtsprechung das Arzt-Patienten-Verhältnis und schuf eine richterrechtliche Grundlage für das ärztliche Vertrags- und Haftungsrecht, bis das Patientenrechtegesetz (PatRG) am 26.2.2013 in Kraft trat. Mit diesem Gesetz wurde der Behandlungsvertrag in Übernahme der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs als besonderer Dienstvertragstypus in das BGB integriert. Ziel des Gesetzgebers war es, auf der Basis des bisherigen Rechts und der dazu ergangenen Rechtsprechung Rechtsklarheit und Rechtssicherheit zu schaffen.

Die Vorschriften erfassen insbesondere die vertraglichen Rechte und Pflichten aus dem grundsätzlich formfreien Behandlungsvertrag für Patienten und Ärzte. Eine spezielle Haftungsnorm ist in den §§ 630a ff. BGB nicht enthalten, weshalb als Anspruchsgrundlage für vertragliche Haftungsansprüche § 280 BGB und für deliktische Haftungsansprüche § 823 BGB dienen muss.

§ 630a Abs. 1 BGB normiert die vertrags-typischen Pflichten beim Behandlungsvertrag und bestimmt, dass der Behandelnde zur Leistung der versprochenen Behandlung und der Patient zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet ist. Hier wird die rechtliche Einordnung als besonderer Dienstvertrag und die Abgrenzung zum Werkvertrag nach §§ 631 ff. BGB deutlich. Der Behandelnde

schuldet nicht den Behandlungserfolg selbst, sondern lediglich ein fachgerechtes Bemühen um diesen. Die Wiederherstellung der Gesundheit kann nicht Gegenstand einer erfolgsbezogenen Vertragspflicht sein. Begründet wird dies mit der Komplexität der Vorgänge im menschlichen Körper, die durch den Menschen kaum beherrschbar ist, und der Tatsache, dass ein Erfolg der Behandlung am lebenden Organismus im Allgemeinen nicht garantiert werden kann.

Allerdings hindert das Patient und Behandler nicht, die Herbeiführung eines bestimmten medizinischen Erfolges zu vereinbaren. (Beispiel: Alle Zähne werden in Farbe OM1 überkront oder – soweit zu ersetzen – in dieser Farbe ersetzt.) Dann richtet sich das Vertragsverhältnis nach den werkvertraglichen Vorschriften der §§ 631 ff. BGB.

Behandlungsstandard

Die für die Erfüllung der (zahn-)ärztlichen Behandlungspflichten entscheidende Frage, nach welchen Maßstäben die Behandlung zu erfolgen hat, beantwortet § 630a Abs. 2 BGB wie folgt:

„Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“

§ 630a Abs. 2 BGB konkretisiert damit den in § 276 Abs. 2 BGB geregelten Maßstab der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt im Hinblick auf medizinische Behandlungen.

Der Behandelnde schuldet nicht den so genannten „Goldstandard“, also nicht die (rückblickend) beste Versorgung des Patienten, sondern vielmehr eine dem zu diesem Zeitpunkt geltenden medizinischen Standard genügende Behandlung.

Auch hier ist „genügend“ i. S. eines Qualitätskorridors zu verstehen.

§ 630a Abs. 2 BGB besagt mit diesen wenigen Worten Folgendes:

Der fachliche Standard ist keine Frage des Rechts, sondern der (Zahn-)Medizin. Das Recht hat diesen grundsätzlich zu akzeptieren, sofern der „allgemein anerkannte fachliche Standard“ nicht offensichtlich unhaltbar falsch ist. Letztere Einschränkung ergibt sich aus allgemeinen Überlegungen. Man denke an den berühmten Zitronensaftfall: Das Träufeln von frisch gepresstem Zitronensaft in die offene Operationswunde zur Desinfektion war operativer Standard in jener Klinik, alle haben mitgemacht, erst Todesfälle haben dem ein Ende gesetzt.

Das Recht akzeptiert auch, wenn es keinen allgemein anerkannten fachlichen Standard gibt, und zwar sowohl in der Variante, dass es ihn noch nicht gibt wie in der Variante, dass es ihn nicht mehr gibt. Ersteres war jahrzehntelang in der Implantologie ein Problem, bis es mit den von der Konsensuskonferenz Implantologie getroffenen Festlegungen zu den Indikationsklassen eine erste belastbare und in der Folge zunehmend akzeptierte Grundlegung zu den Indikationen gab.

Fehlen allgemein fachlich anerkannte Standards, beginnen schwierige Fragen, nach welchen Kriterien dann behandelt werden darf. Aber auch diese Kriterien werden im Regelfall von den (zahn-)ärztlichen Gutachtern den Gerichten präsentiert und nicht von Gerichten den (zahn-)ärztlichen Gutachtern vorgegeben. Dass dabei Grundsätze wie *primum nil nocere* eine Rolle spielen, ist auch der (Zahn-)Medizin und nicht nur dem Recht immanent.

Das Recht akzeptiert auch, wenn sich die allgemeinen fachlichen Standards zwischen Behandlung und Begutachtung/Urteilsfindung geändert haben. Man denke nur an den lange erbittert geführten Streit zwischen den Verfechtern der sog. Disk-Implantate und den Verfechtern der enossalen Implantate. Durfte ein in seiner Praxis/Klinik nur mit enossalen Implantaten arbeitender Gutachter zu Disk-Implantaten ein Gutachten verfassen?

Je schmalspuriger die Gutachterauswahl erfolgt oder erfolgen muss, umso leichter haben es Randgebiete, eine fachliche Anerkennung zu behaupten. Im Fall der Disk-Implantate hat immerhin das OLG Düsseldorf am 17.11.1998 – 4 U 205/97 – eine Kostenübernahme „unter besonderen Umständen bis zur Höhe der Kosten, die bei Verwendung der medizinisch anerkannten krestalen Implantate angefallen wären“, für denkbar gehalten.

Die Frage, was (zahn-)medizinischer Standard ist, hat nicht nur haftungs-, sondern genauso versicherungsrechtliche Konsequenzen, ergo wird an beiden Fronten heftig gestritten.

Die Implantologie wurde früher in Teilen der verfassten Zahnärzteschaft als das „Rotlichtviertel der Zahnheilkunde“ disreditiert. Heute ist sie zentraler Bestandteil der Versorgungsüberlegungen in ganz vielen Teilbereichen der Zahnmedizin.

Das spielt auch für die Fachlichkeit eine Rolle. Je mehr sich ein Fachgebiet entwickelt und ausdifferenziert, umso stärker geraten tradierte Meinungen zu Versorgungsformen und -qualitäten unter Veränderungsdruck.

Auch hier legt sich § 630a BGB fest. Hat der (Zahn-)Arzt sich bei seiner Behandlung an die zur Zeit der Behandlung geltenden fachlichen Standards gehalten, ist er entlastet, ebenso, wenn er bei seiner Behandlung erst später in der Zahnheilkunde allgemein akzeptierte fachliche Standards eingehalten hat.

Die Ungewissheit, ob sich fachliche Neuerungen durchsetzen und Standard werden oder in eine Sackgasse führen und damit im Zweifel die ganze Zeit Behandlungsfehler waren, trägt nach deutschem Recht grundsätzlich der Behandler. Man kann sie nur in seltenen Ausnahmefällen auf den Patienten abwälzen, was vor allem bei Behandlungen in Betracht kommt, die man als Rettungsversuch ansehen muss.

Das spielt vor allem in der Onkologie eine Rolle und damit auch in bestimmten Bereichen der Zahnheilkunde bzw. der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (z. B. beim Plattenepithelkarzinom). Hier kann man mit dem Patienten Behandlungen vereinbaren, deren Nutzen ungewiss ist, ja, die *per se* ein erhebliches Mortalitätsrisiko beinhalten. Man muss die Dinge nur klar mit dem Patienten kommunizieren. Wenn der Patient ein hohes Risiko für sich eingehen soll, muss er wissen, wie hoch das Risiko ist.

Ein bekanntes Beispiel für ein solches Versäumnis ist der vom BGH am 7.2.1984 – VI ZR 174/82 – entschiedene und in der Sache schon ziemlich krasse Fall einer 34-jährigen, an Morbus Hodgkin in einem fortgeschrittenen Stadium erkrankten Patientin. Ihre Ärzte sahen die einzige Überlebenschance in einer Strahlentherapie, wissend, dass in ca. 20 Prozent der Fälle die Bestrahlung der Wirbelsäule zu einer Querschnittslähmung führt. Man wollte der Patientin aber allen Stress ersparen und erklärte ihr im Vorfeld weder, wie es um sie ohne Strahlentherapie stehen wird (Tod innerhalb von rund drei Jahren), noch die möglichen negativen Konsequenzen einer Strahlentherapie. Der BGH nahm der Patientin ab, dass sie bei korrekter Aufklärung die Einwilligung in die Strahlentherapie verweigert hätte. Die Ärzte wurden zur Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld verurteilt.

§ 630a BGB besagt schließlich, dass das Recht nicht selbstständig festlegt, was ein fachlicher Standard ist und ob es einen solchen zur Zeit der Behandlung oder der



© Masterlevsha/Shutterstock.com

Begutachtung/Beurteilung gab bzw. gibt, sondern überlässt auch diese wichtige Weichenstellung der (Zahn-)Medizin.

Es ist zu hoffen, dass sich jeder Gutachter stets der daraus für den Fall und das Fachgebiet erwachsenden Verantwortung bewusst ist.

Der medizinische Standard stellt die entscheidende Orientierungsmarke und Weichenstellung im Arzthaftungsrecht dar. Gleichwohl ist der Begriff weder rechtlich noch (zahn-)medizinisch abschließend definiert.

Es gibt dazu eine Vielzahl von Fragen, die man weder in ihrer Gesamtheit noch gar in ihrer theoretischen Begründung bisher beantwortet findet.

Die Grundfrage lautet: Wann ist eine Behandlung Standard?

- Was sind die Kriterien?
- Wer legt die Kriterien fest?
- Wer entscheidet über ihre Relevanz?
- Was qualifiziert die Entscheider?
- Wer entscheidet über die Auswahl der Entscheider?
- Welche Prognosefähigkeit muss eine Behandlung haben?
- Welches Behandlungsniveau muss eingehalten werden?
- Welche Ergebnissicherheit muss vorausgesetzt werden?
- Wann ändern sich die Anforderungen an die Qualifikation des Behandlers?
- Bedarf es dazu (ggf. kleinteiliger) Leitlinien?
- Wie müssen diese zustande kommen?
- Welches Behandlungsergebnis wird als ideal angestrebt?
- Wer legt das erstrebenswerte Ergebnis fest?
- Wie belastbar muss die fachliche Grundlage für dieses Ergebnis sein?
- Welches Behandlungsergebnis gilt im Normalfall als erreichbar?
- Welche Toleranzen in der Behandlung (Abweichungen vom Idealergebnis) werden akzeptiert?
- Warum sind diese Toleranzen zu akzeptieren?

- Ab Unterschreitung welcher Grenzen ist die Behandlungsleistung suboptimal?
- Wann ist sie mangelhaft?
- Wann ist sie fehlerhaft?
- Wann ist es Overtreatment?

Das kann man natürlich am Einzelfall diskutieren und entscheiden. Aber es wäre hilfreich und für eine auf Wissenschaftlichkeit ausgerichtete Disziplin auch notwendig, wenn sich die Frage nach Mangel und Fehler auf ein Theoriekonstrukt begründen könnte und nicht nur auf das Wissen oder Gefühl der Gutachter.

Bisher wird der Standardbegriff nur umschrieben. Er müsse sich in jedem Einzelfall am aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse, an der praktischen Erfahrung und der Akzeptanz und Anerkennung durch die Medizinwelt messen lassen. Das ist aber das Gegenteil von Überprüfbarkeit und Wissenschaftlichkeit.

Als Beispiel sei aus dem schon genannten Urteil des OLG Köln vom 28.5.2025 (Rz. 26) zitiert:

„Aus den Ausführungen von Dr. A. [Gutachter] folgt schlüssig, warum die Abplatzungen an den Kronen der Versorgung des Oberkiefers, insbesondere an den Zähnen 11 und 15, nicht auf einen Behandlungsfehler des Zahnarztes oder einen ihm zurechenbaren Fehler des Zahntechnikers schließen lassen. Mögliche Ursachen sind nach seinen Erläuterungen im Gutachten und bei seiner Anhörung der Gebrauch, die anatomischen Verhältnisse, insbesondere die Biss situation und die vorgegebenen Platzverhältnisse, der bestehende Bruxismus, die Anforderungen bei einer grazilen prothetischen Versorgung und die Materialeigenschaften der verwendeten Keramik mit einer Sprödigkeit. Es handelt sich entweder um Umstände aus der Sphäre der Klägerin [Patientin] oder um Gestaltungen, die der Beklagte [Behandler] nach der Begutachtung von Dr. A. nach zahn-

ärztlichem Standard insbesondere im Hinblick auf zu berücksichtigende kosmetische Belange wählen durfte.“

Das ist eine Entscheidung des Einzelfalls, basierend auf einem Einzelfallgutachten. Man kann sich unschwer denken, dass ein anderer Gutachter etwa bei den „Anforderungen bei einer grazilen prothetischen Versorgung“ oder den „Materialeigenschaften der verwendeten Keramik“ zu ganz anderen Schlussfolgerungen gekommen wäre.

Solange das so ist, haben wir vor Gericht in den Haftungsfällen eine, wenn auch abgeschwächte, Form der Lotterie.

Zur Feststellung, ob eine Behandlung diesem Standard genügt, ist das Gericht auf

die Bewertung durch einen (zahn-)medizinischen Sachverständigen angewiesen. Dieser hat zu beurteilen, wie sich ein gewissenhafter Arzt in derselben konkreten Behandlungssituation verhalten hätte.

Ein Abweichen vom Standard führt nicht in jedem Fall zu einem Behandlungsfehler. Das auf ärztliche Behandlung gerichtete Vertragsverhältnis verpflichtet den Arzt nicht zu einem bestimmten Vorgehen, sondern lediglich zu einem in der jeweiligen Situation sachgerechten ärztlichen Vorgehen. Insoweit steht dem Behandelnden sowohl bei der Diagnostik und Therapie ein gewisser Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum zu.

Aber das sind eigentlich nur Worthülsen, weil sich der Standard nicht am konkre-

ten Behandlungsfall bildet, sondern entweder vorher da war oder kein Standard bestand.

Dogmatik des Behandlungsfehlers

Der ärztliche Behandlungsfehler ist nicht definiert. § 630a Abs. 2 BGB verweist zwar auf die „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ und § 276 Abs. 2 BGB benennt die „im Verkehr erforderliche Sorgfalt“ – beide Maßstäbe bleiben jedoch begrifflich abstrakt.

Aufgrund dieser Unbestimmtheit haben sich in der Rechtsprechung und Literatur verschiedene Definitionsansätze herausgebildet. So wird ein Behandlungsfehler z. B. als „nicht angemessene, [bspw.] nicht sorgfältige, fachgerechte oder zeitge-

ANZEIGE

© Vinktop Park stock.adobe.com

Wir sind aus den 90ern.

Wir verlegen dental – und das seit mehr als 30 Jahren.



Lernen Sie
JETZT
unser Portfolio
kennen



rechte Behandlung des Patienten durch einen Behandler" umschrieben (Soergel/Holzner/Kretschmer, BGB, 13. Aufl., 2023, § 630a Rz. 442) oder als negative Standardabweichung definiert (ebd., Rz. 443). Entscheidend wäre nach dieser Definition, ob die ärztliche Maßnahme den im Zeitpunkt der Behandlung bestehenden und allgemein anerkannten fachlichen Standard unterschreitet (BeckOK BGB/Katzenmeier, § 630a Rz. 193; Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl., 2019, § 96 Rz. 17). Im Ergebnis liegt immer dann ein Behandlungsfehler vor, wenn die Behandlung des Arztes nicht dem medizinischen Standard entspricht (Frahm, Der Behandlungsfehler in der Arzthaftung, NJW 2021, 216).

Das Recht definiert also den Behandlungsfehler als Abweichung vom (wie auch immer festgestellten) Standard, kann aber weder diesen selbst definieren noch definieren, ab wann eine Abweichung haftungsrechtlich relevant ist.

Der Ausweg über die Hinzuziehung von Sachverständigen bringt dem Gericht zwar dessen Meinung, klärt aber nicht die Vorfrage, welche Abweichung vom Standard denn als Fehler/Mangel angesehen werden darf.

Die in der Rechtsprechung und Literatur ausgeführten Fallgruppen – etwa zu Diagnose-, Therapie- oder Organisationsfehlern – konkretisieren den abstrakten Fehlerbegriff, ohne sich mit der Dogmatik des Fehlers zu befassen. Eine Bestimmung des Behandlungsfehlers ist für sie nur unter Berücksichtigung des Einzelfalles im Hinblick auf medizinische Standards und tatsächliche Umstände möglich (Müko BGB/Wagner, BGB, 9. Aufl., 2023, § 630a Rz. 215, 219, 223).

Die Dogmatik des Fehlerbegriffs ist bisher untrennbar mit ihrer praktischen Anwendung verbunden.

Genau damit läuft die Dogmatik in die Gefahr einer Tautologie. Der Fehler ist nur

insofern mit der praktischen Anwendung verbunden, als es ohne Behandlung keinen Behandlungsfehler geben kann. Solange der Patient sich nicht in die Hände eines Arztes begibt, kann es keinen Behandlungsfehler, kann es keinen Mangel geben, weder durch aktives Behandeln noch durch Nichtbehandlung bei bestehender Behandlungspflicht.

Reformbedarf und dogmatische Nachbesserung des Behandlungsfehlerbegriffs

Die Auseinandersetzung mit dem Behandlungsfehlerbegriff zeigt, dass trotz der Kodifikation in den §§ 630a ff. BGB vieles rechtlich und dogmatisch unklar bleibt. Zwar hat der Gesetzgeber das medizinische Behandlungsverhältnis erstmals umfassend geregelt, auf eine Legaldefinition des Behandlungsfehlers wurde jedoch verzichtet. Die Rechtsprechung orientiert sich daher an abstrakten Maßstäben wie den „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ (§ 630a Abs. 2 BGB) oder der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt (§ 276 Abs. 2 BGB). Beide Begriffe bleiben jedoch offen, interpretationsbedürftig und damit rechtlich unscharf.

Die Folge ist ein großer Interpretationspielraum, der es den Gerichten erlaubt, (euphemistisch formuliert) flexibel, d.h. durchaus nach den höchstpersönlichen Vorstellungen des Spruchkörpers, beim Einzelrichter nach seinen höchstpersönlichen Vorstellungen, auf den medizinischen Einzelfall zu reagieren. Das bedeutet eine erhebliche Herausforderung für die rechtssichere Einordnung (zahn-)ärztlichen Handelns. Ob eine konkrete Maßnahme noch im Rahmen des (zahn-)ärztlichen Ermessens ist oder bereits einen Behandlungsfehler darstellt, erschwert die praktische Anwendung und führt zu Rechtsunsicherheit.

Besonders deutlich treten diese Unsicherheiten im Bereich der Zahnmedizin hervor. Hier überschneiden sich medizinisch-therapeutische Maßnahmen mit hand-

werklich-technischen Leistungen und verdeutlichen, wie unscharf die Grenzziehung zwischen Behandlungsfehler und werkvertraglichem Mangel oft ist.

Von einer Fehlertheorie darf man sich erhoffen, die Beurteilungs- und Entscheidungsbeliebigkeit, die es bisher gibt, deutlich zu reduzieren. Es ist undenkbar, zu jedem Einzelfall eine Leitlinie zu erstellen, zumal sie dem Behandler nicht wirklich hilft, der vorher behandelt hat. Wissenschaftlichkeit soll vor Entscheidungen nach Beliebigkeit schützen. Dass ein Behandlungsergebnis unerwünscht ist, bedeutet nicht, dass die Behandlung fehlerhaft gewesen sein muss. Sie ist im Ergebnis misslungen. Aber auf ein Gelingen gibt es keinen Anspruch.

M.E. wäre es eine für den Berufsstand verdienstvolle Aufgabe, wenn man sich an die Erarbeitung einer Fehlertheorie der Zahnmedizin machte. Das ist keine eigentliche Aufgabe für den Juristen. Deshalb soll dieser Beitrag ausdrücklich nur als Anregung verstanden werden.

Umsetzung Schritt für Schritt

Dauerbrenner analoge Berechnung

Analoge Leistungen sind fester Bestandteil in der Berechnung von modernen zahnärztlichen Leistungen. Selbstständige, medizinisch notwendige Maßnahmen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können nach § 6 Abs. 1 GOZ in Ansatz gebracht werden.

§ 6 Abs. GOZ

„Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.“

Zur Kalkulation einer Analogleistung benötigen Sie

- den tatsächlichen Zeitaufwand der durchgeführten analogen Leistung,
- Ihren betriebswirtschaftlichen Stundensatz.

Sind diese Daten bekannt, lässt sich eine Analogleistung leicht kalkulieren. Der Zahnarzt hat z. B. einen betriebswirtschaftlichen Stundensatz von 390,00 Euro.

Hier ein Beispiel aus dem Webinar Analog- und Chairside-Leistungen, das sich BDIZ EDI-Mitglieder im internen Bereich in Erinnerung rufen können:

Für einen präendodontischen Aufbau benötigt der Behandler ca. 30 Minuten. Als Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Leistung könnte die GOZ 2160 analog zum 2,3-fachen Satz mit einem Honorar von 175,41 Euro herangezogen werden.

Sie können sich auch für eine andere Analogziffer entscheiden, bei der Sie eine Leistung auswählen, die bereits z. B. im 1,5-fachen Steigerungssatz Ihren notwendigen Kostenfaktor deckt, sodass Sie bei besonderen Umständen

der Behandlung individuell im Rahmen des § 5 GOZ den Spielraum nutzen können.

Die Bedeutung der Kriterien „einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung“:

Die drei Kriterien sind Art – Kosten – Zeit

Die „Art“ bezieht sich auf das Behandlungsziel. Das bedeutet, dass z. B. der präendodontische Aufbau zu den konservierenden Maßnahmen gehört und daher auch eine Position aus dem Abschnitt C konservierende Leistungen der GOZ gewählt werden sollte.



Bei den „Kosten“ sollten die betriebswirtschaftlichen Kosten (z.B. Personal, Miete etc.), Materialien und die Anwendung von Instrumenten und Apparaten beinhaltet.

Die „Zeit“ bezieht sich auf die Dauer der Erbringung der Leistung.

Es sollte eine analoge Leistung gewählt werden, die einen ähnlichen Zeitfaktor besitzt. Oft ist die durchgeführte Leistung nicht einem Abschnitt der GOZ zuordenbar. Um ein Beispiel zu nennen: Die photodynamische Therapie kann sowohl im Bereich der PAR als auch im Bereich der KONS durchgeführt werden.

Die BZÄK (Bundeszahnärztekammer) hat sich wie folgt positioniert: „Der Zahnarzt hat bei der Analogiebewertung und der Feststellung der Gleichwertigkeit einen Ermessensspielraum. Nicht alle drei Kriterien müssen nebeneinander gleichrangig erfüllt werden, sondern müssen in einer Gesamtschau zur Gleichwertigkeit führen. Dies dürfte auch angesichts der Anzahl der im Gebührenverzeichnis der GOZ und den nach § 6 Abs. 2 GOZ zugänglichen Bereichen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ zur Verfügung stehenden Gebührenpositionen nicht anders möglich sein.“

Auch im Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen (Zusammenschluss aus der Bundeszahnärztekammer, dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern) lässt sich an den analogen PAR-Leistungen erkennen, dass der Ermessensspielraum ausgeschöpft wird und die „Art“ der herangezogenen Leistung nicht relevant ist.

Reaktion der Krankenversicherungen

Häufig wird die Gleichwertigkeit von den privaten Krankenversicherungen angezweifelt, die angesetzte analoge Position ge-

strichen, oder die Leistung in eine andere GOZ-Ziffer gewandelt und somit die Erstattung reduziert. Dieses Vorgehen dürfen Sie nicht akzeptieren.

Die PKV versucht häufig, die Patienten von ihrer Auffassung zu überzeugen, durch eigene Abrechnungsempfehlungen mit Ausrichtung auf eine für die Versicherung monetär günstige Erstattung, ohne den zahnärztlich-persönlichen Zeitbedarf und Stundensatz zu kennen. Informieren Sie vor der Behandlung Ihre Patienten über dieses Verhalten. Wichtig ist, analoge Leistungen im Vorfeld mit dem Patienten zu besprechen (Hinweis auf Therapieplan). Um nach der Behandlung zeitraubende Diskussionen mit dem Patienten zu vermeiden.

Die Festlegung der jeweiligen Analogleistung obliegt einzig und allein dem behandelnden Zahnarzt. Die Analog-Tabelle des BDIZ EDI mit Chairside-Leistungen ist ein hervorragendes Arbeitstool, um eine Analogleistung betriebswirtschaftlich schnell, einfach und leistungsgerecht zu kalkulieren.

Info

Vergleichen Sie alle Leistungen mit der BDIZ EDI-Tabelle und berücksichtigen Sie dabei, dass mehr als 100 Leistungen im BEMA höher bewertet sind als in der seit 1988 nicht angepassten GOZ.

Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org



15-Jahre-Follow-up

Zweiphasige Rehabilitation eines stark atrophierten Oberkiefers

Ein Beitrag von Dr. Eduardo Anitua, Spanien

Die orale Implantologie hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich weiterentwickelt. Heute stehen zahlreiche bewährte und zunehmend minimalinvasive Verfahren zur Verfügung, die eine zuverlässige Versorgung von Patienten mit ausgeprägten Knochenatrophien ermöglichen.¹⁻³ In der Praxis begegnen uns häufig vertikale, horizontale oder kombinierte Atrophien, die für eine erfolgreiche Implantatrehabilitation den gezielten Einsatz fortgeschrittener Techniken erfordern.^{4,5} Sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer haben sich chirurgische und prothetische Konzepte kontinuierlich verbessert. Ein minimalinvasiver, biologisch orientierter Ansatz gewinnt zunehmend an Bedeutung, ähnlich wie in anderen medizinischen Fachbereichen.^{6,7} Verfahren, die vor zehn Jahren noch als innovativ galten, gehören heute zum festen Repertoire des klinischen Alltags. Diese Fortschritte haben die Vorhersagbarkeit von Behandlungen erhöht, postoperative Belastungen reduziert und die Erholungszeiten verkürzt.⁸

Ein besonders wichtiger Fortschritt ist die von unserer Arbeitsgruppe 2011 beschriebene zweiphasige Randerweiterung mit Übergangsimplantaten.¹⁰ Sie wurde speziell für die Behandlung schwerer horizontaler Atrophien entwickelt und ermöglicht eine Vergrößerung des Knochenvolumens sowie eine präzisere Positionierung der definitiven Implantate im Vergleich zur herkömmlichen Split-Technik.^{10,11} Nach der initialen Validierung in einer Pilotstu-

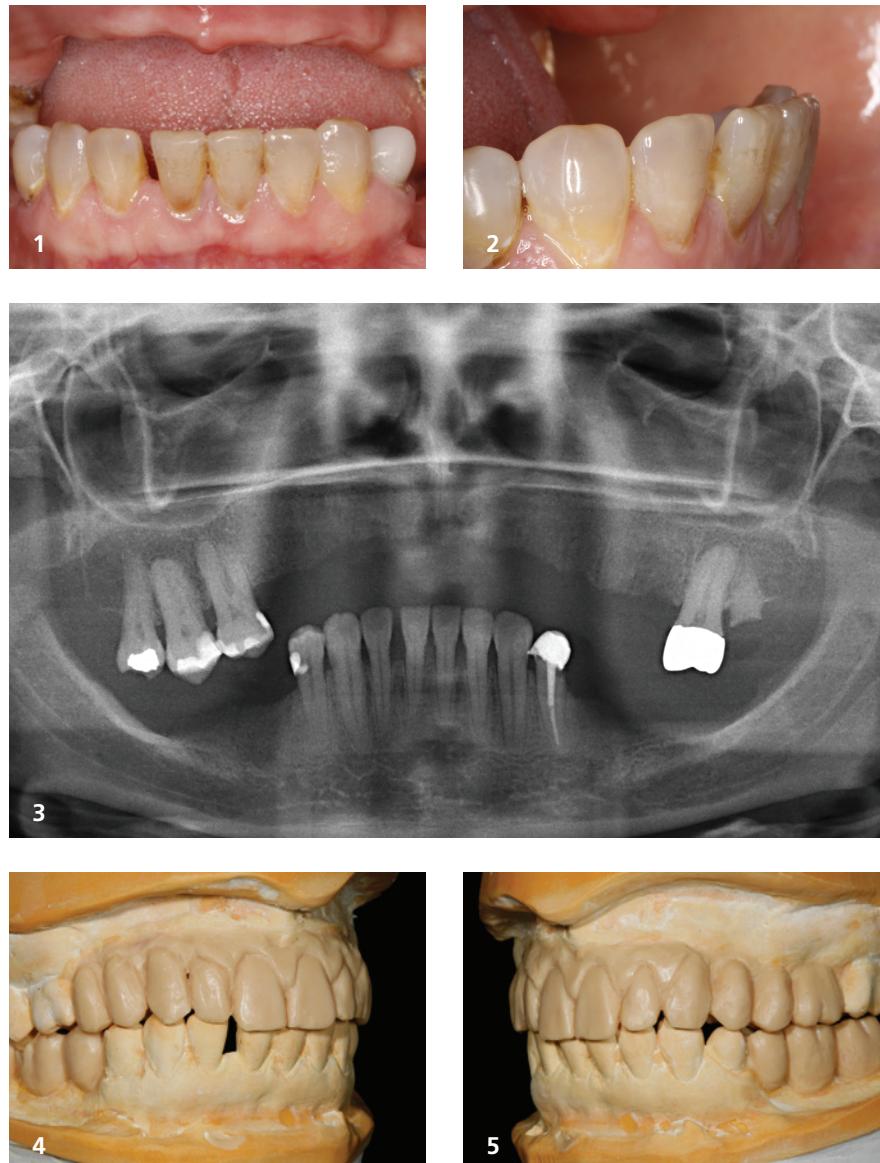


Abb. 1+2: Intraorale Aufnahmen ohne Prothese, mit dünner Mukosa über dem schmalen oberen Alveolarfortsatz. – **Abb. 3:** Initiales Röntgenbild: vertikale Atrophie in beiden posterioren Unterkieferbereichen sowie zahnloser Oberkieferabschnitt, der implantologisch rehabilitiert werden soll. – **Abb. 4+5:** Initiales diagnostisches Wax-up mit den zu ersetzenen Zähnen.

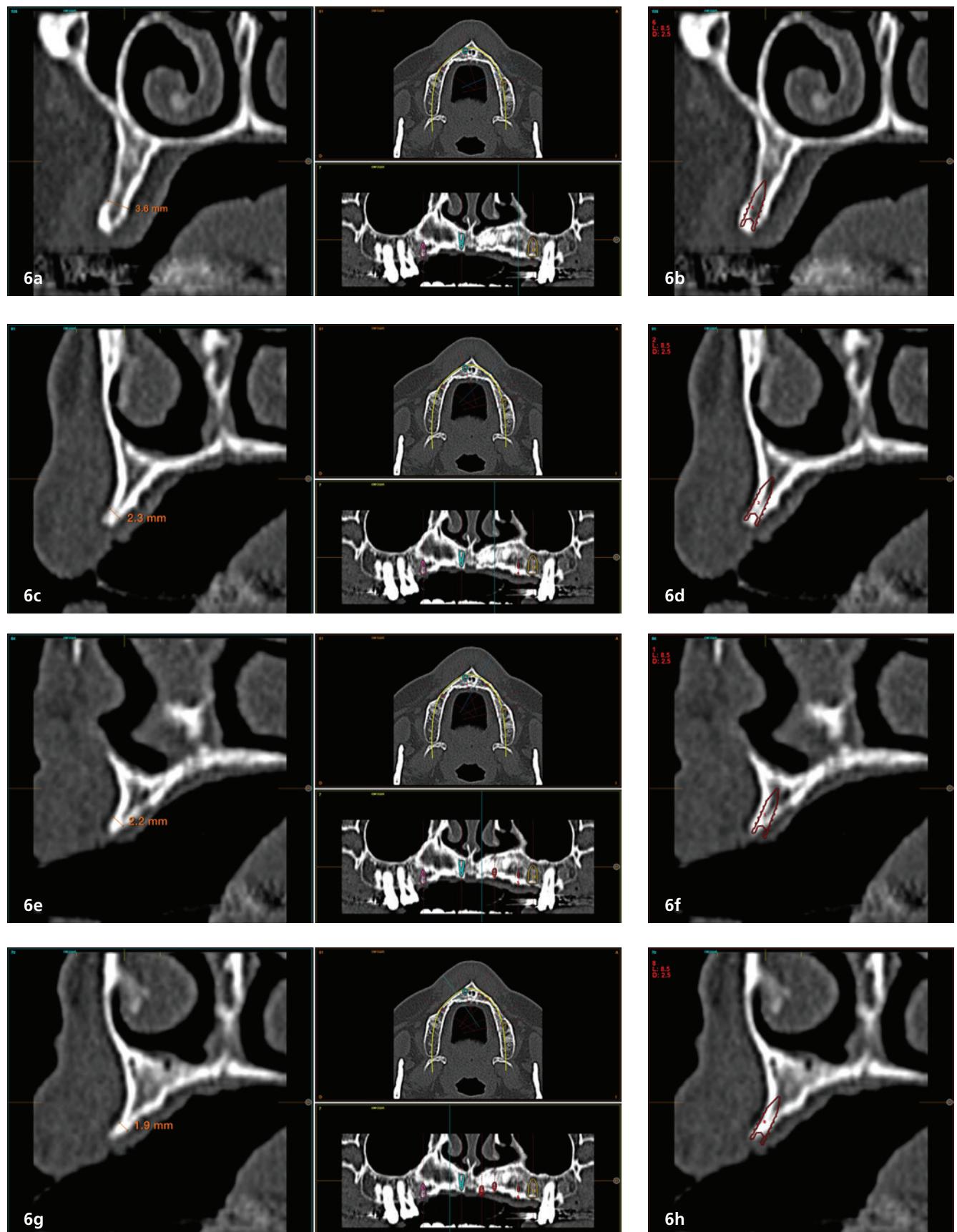


Abb. 6a–h: DVT-Aufnahmen des anterioren Oberkiefers zeigen schwere horizontale Atrophie und die Möglichkeit einer zweiphasigen Split-Technik zur Erreichung der erforderlichen Kammbreite für konventionelle Implantate.

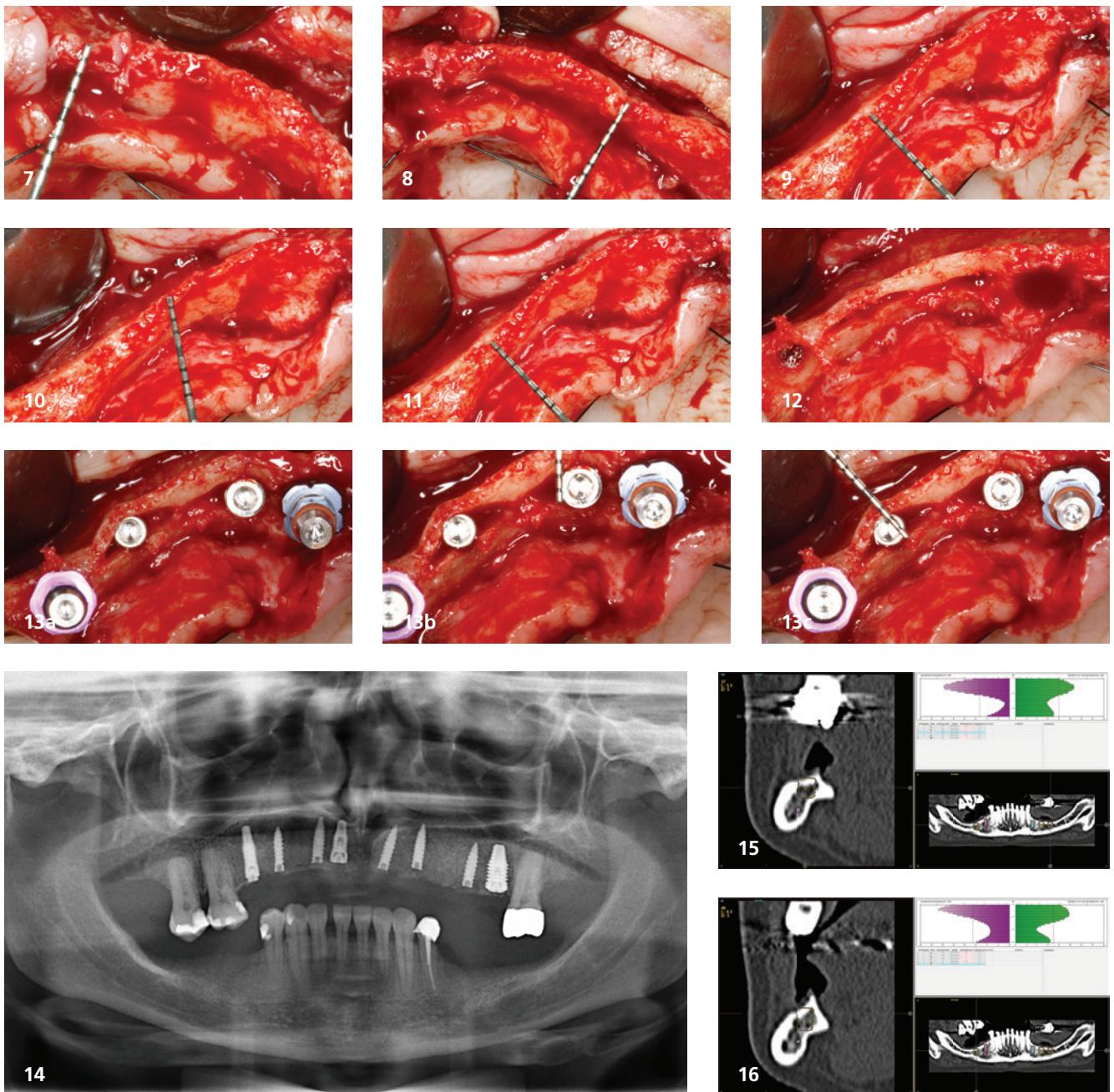


Abb. 7–10: Intraoperative Messung der Kammhöhe mit Parodontalsonde; Kammbreite zwischen 2 und 3 mm. – **Abb. 11+12:** Restknochenkamm vor und nach den initialen Perforationen für die Übergangsimplantate, nach Einsatz des ersten Expanders und Trennung der kortikalen Platten. – **Abb. 13a–c:** Platzierung der Übergangsimplantate und finale Kammhöhe, die sich im Vergleich zur Ausgangssituation verdoppelt hat. – **Abb. 14:** OPG nach der initialen Operation zeigt die zweiphasige Split-Technik und die Position der Übergangsimplantate. – **Abb. 15+16:** DVT-Planungsscans des Unterkiefers zur Platzierung kurzer Implantate in beiden posterioren Sektoren.

die hat sich diese Methode innerhalb von 14 Jahren als Routineverfahren in der implantologischen Praxis etabliert.^{10–13}

Parallel dazu haben kurze und extrakurze Implantate die Behandlung vertikaler Atrophien entscheidend erleichtert. Lang-

zeitbeobachtungen und umfangreiche klinische Erfahrungen belegen, dass diese Methode eine effektive Alternative zu aufwendigeren Eingriffen wie Knochenaugmentaten oder Sinuslift darstellt und den chirurgischen Aufwand für Patientinnen und Patienten signifikant reduziert.^{14–16}

Die Kombination beider Verfahren bietet eine besonders effektive Lösung für komplexe Fälle, in denen vertikale und horizontale Atrophien gleichzeitig auftreten. So lassen sich schwierige Situationen kontrolliert und vorhersehbar behandeln, bei gleichzeitig niedrigerer Komplikationsrate.

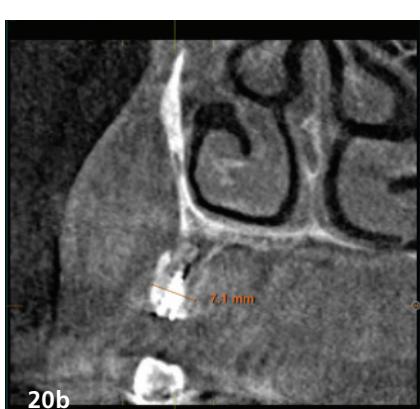
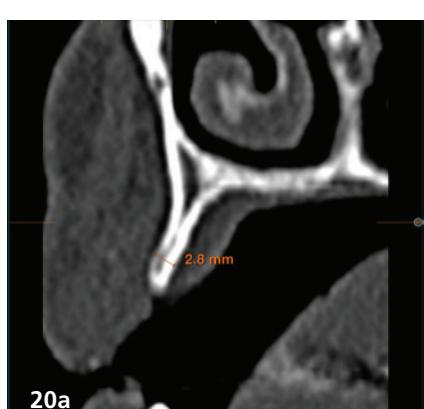
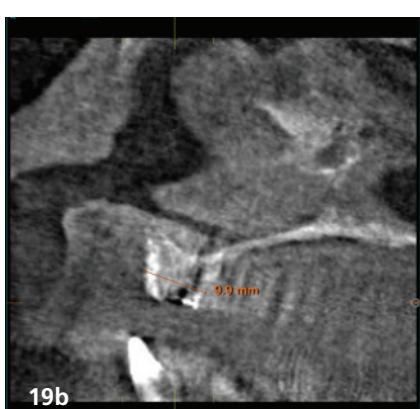
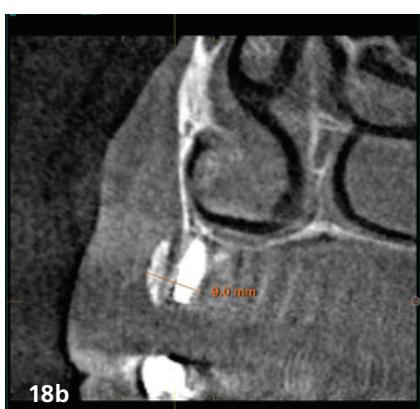


Abb. 17–20: Initiale Aufnahmen und Follow-up-Scans, die die nach der zweiphasigen Expansion erzielte Kammweite dokumentieren.

Ein klinisches Beispiel verdeutlicht dies: Bei einem Patienten wurde eine Rehabilitation durchgeführt, bei der eine zweiphasige Randerweiterung mit Übergangimplantaten in Bereichen schwerer horizontaler Atrophie sowie extrakurze Implantate zur Kompensation vertikaler Defizite eingesetzt wurden (Abb. 1–34). Nach 15 Jahren zeigte sich eine stabile Langzeitrehabilitation ohne Zwischenfälle oder Komplikationen. Dieses Ergebnis unterstreicht die Wirksamkeit und Sicherheit der beschriebenen Techniken auch bei besonders anspruchsvollen Fällen und bestätigt ihre Bedeutung für die moderne Implantologie.

Diskussion

Die Implantologie, sowohl in chirurgischer als auch in prothetischer Hinsicht, befindet sich in einem stetigen Wandel, wobei Verfahren kontinuierlich modifiziert werden, um langfristig optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen.^{17,18} Schwere Knochenatrophien, wie sie in diesem klinischen Fall dargestellt werden, stellen nach wie vor eine erhebliche Herausforderung in der Implantatrehabilitation dar. Gleichzeitig nimmt ihre Häufigkeit in der täglichen Praxis zu. Diese Entwicklung ist sowohl auf das Scheitern vorheriger Implantatbehandlungen als auch auf die wachsende Nachfrage langzeitiger zahnloser Patienten zurückzuführen, die von einer Implantatversorgung profitieren möchten.¹⁹

Traditionell wurden solche Fälle mit fortgeschrittenen knochenregenerativen Verfahren behandelt, wie autologen Knochentransplantaten, Techniken der geführten Knochenregeneration oder Sinuslift-Operationen.²⁰ Diese Ansätze sind jedoch mit gewissen Einschränkungen verbunden, darunter lange Einheilzeiten, Morbidität an der Entnahmestelle bei autologen Transplantaten sowie ein erhöhtes Komplikationsrisiko.^{19–22} Vor diesem Hintergrund sind Ressourcen wie kurze und extrakurze Implantate sowie zweiphasige Split-Techniken von zentraler Bedeutung, um weniger invasive Therapieoptionen anzubieten, die langfristig er-

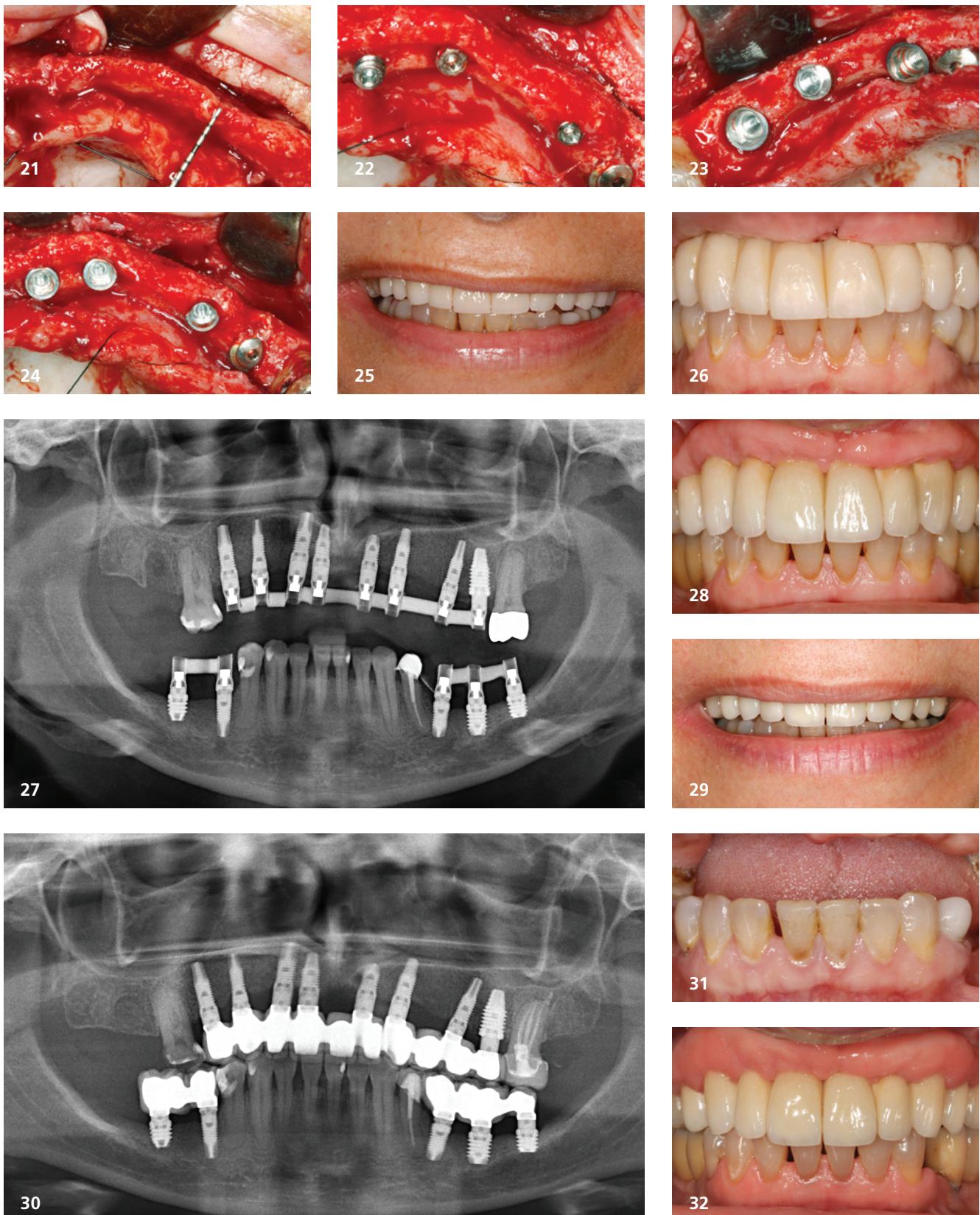


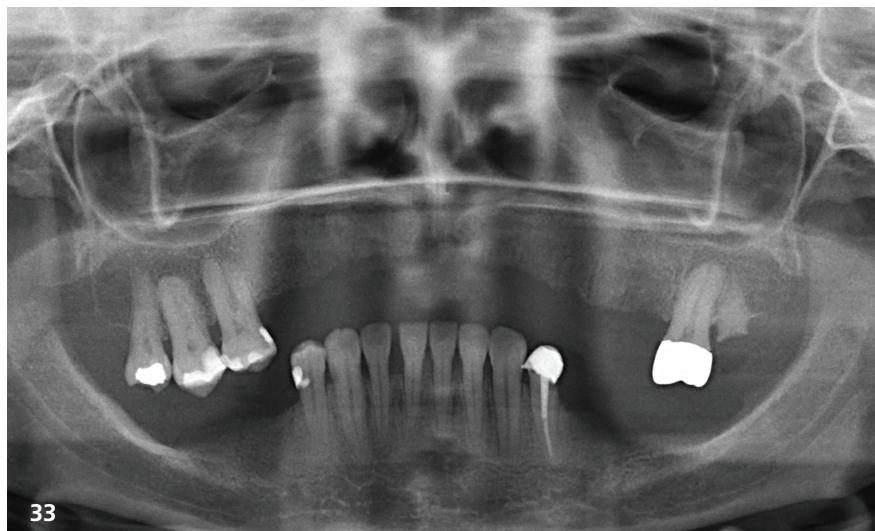
Abb. 21+22: Initiale und Reentry-Aufnahmen zur Entfernung der Übergangsimplantate und Einsetzung der definitiven Implantate. – **Abb. 23+24:** Platzierung der definitiven Implantate nach Entfernung der Übergangsimplantate. – **Abb. 25+26:** Klinische Aufnahmen mit der schrittweise belasteten Prothese, gefertigt und eingesetzt wenige Stunden nach Implantatinsertion. – **Abb. 27:** Röntgenaufnahme der neu eingesetzten Prothese. – **Abb. 28+29:** Definitive Prothesen eingesetzt. – **Abb. 30:** Röntgenaufnahme zum Zeitpunkt der definitiven Prothesenversorgung. – **Abb. 31+32:** Initiale und finale klinische Bilder des Falls nach 15 Jahren Follow-up.

folgreiche Ergebnisse ermöglichen – wie das Follow-up dieses klinischen Falls eindrucksvoll zeigt.

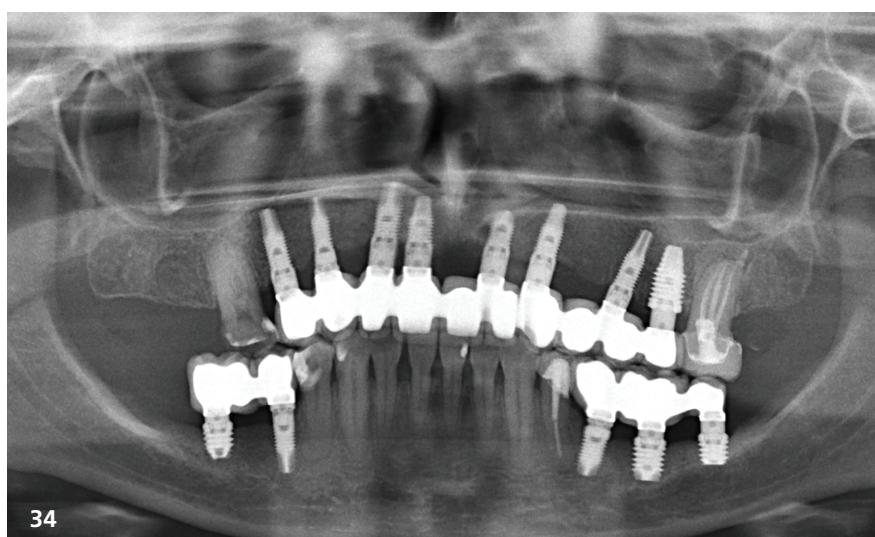
Aktuelle Studien zeigen, dass Implantate mit reduzierter Länge bei Einhaltung geeigneter biomechanischer Kriterien Erfolgsaussichten erzielen können, die denen konventioneller Implantate vergleichbar oder sogar überlegen sind.^{23,24} Ausschlaggebend für ihre Etablierung als valide Alternative in der modernen Implantologie ist das optimierte Implantatdesign mit behandelten Oberflächen zur Förderung der Osseointegration sowie spezifischen Geometrien, die die Lastverteilung verbessern.

Zudem ermöglicht die Split-Crest-Technik in vielen Fällen eine Vergrößerung des Knochenlagers, ohne dass zusätzliche Transplantate erforderlich sind. Diese Methode ist insbesondere bei Patienten mit moderater bis schwerer horizontaler Atrophie sinnvoll, wenn die vorhandene Knochenbreite für die Platzierung konventioneller Implantate nicht ausreicht.²⁵ Ein wesentlicher Vorteil der Split-Crest-Technik liegt darin, dass Implantate häufig bereits in derselben Sitzung inseriert werden können, wodurch sich die Behandlungszeiten im Vergleich zu Verfahren wie der geführten Knochenregeneration oder autologen Transplantaten deutlich verkürzen, die längere Konsolidierungszeiten erfordern. Zudem fördert die Technik durch den Erhalt der Durchblutung im erweiterten Segment und die Minimierung chirurgischer Traumata eine bessere Heilung und langfristige Stabilität der Implantate.

Mit der Beschreibung dieser Technikvariante unter Einsatz eines Übergangsimplantats lässt sich die vestibuläre Neigung des Implantats – eines der Hauptprobleme der Originaltechnik – deutlich reduzieren.^{10,11} Der kombinierte Einsatz beider Verfahren stellt somit eine effektive und vorhersehbare Alternative dar, wie dieser klinische Fall mit umfangreichem Follow-up eindrucksvoll zeigt: Die Behandlung zeichnete sich durch stabile Langzeitergebnisse und exzellente Implantatüberlebensraten aus.



33



34

Abb. 33+34: Initiale und finale Röntgenaufnahmen nach 15 Jahren Follow-up.

Schlussfolgerung

Die schwersten Fälle kombinierter Atrophien erfordern Therapieansätze, die mehrere chirurgische Techniken integrieren und dabei stets Verfahren mit möglichst niedriger Morbidität für den Patienten priorisieren, um eine komfortable und vorhersehbare Langzeitversorgung zu gewährleisten. Wie der vorgestellte klinische Fall zeigt, konnten die durch die zweiphasige Split-Technik und Übergangsimplantate erzielten Knochengewinne über den gesamten Nachbeobachtungszeitraum erhalten werden. Dies unterstreicht, dass diese Verfahren sowohl vorhersehbar als auch langfristig stabil sind.

Dr. Eduardo Anitua

Literatur



Kontakt

Dr. Eduardo Anitua

Eduardo Anitua Foundation

Vitoria, Spanien

Tel.: +34 945 160653

eduardo@

fundacioneduardoanitua.org

www.fundacioneduardoanitua.org

Sechs-Jahre-Langzeitfallbericht

Navigierte Sofortimplantatversorgung im ästhetischen Frontzahnbereich

Ein Beitrag von Dr. Guilherme Moreira, Brasilien

Zahnimplantate gelten heute als etablierte und vorhersagbare Option zur Rehabilitation fehlender Zähne, was in erster Linie ihrer hohen klinischen Erfolgsrate und den kontinuierlichen Entwicklungen in der Implantologie zu verdanken ist. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte haben sowohl Fortschritte in der Material- und Oberflächentechnologie als auch in der chirurgischen Methodik maßgeblich zur Optimierung funktioneller und ästhetischer Resultate beigetragen.¹ Die Sofortimplantation stellt in diesem Kontext eine bedeutende Weiterentwicklung dar, die darauf abzielt, die im Vergleich zu traditionellen Protokollen oftmals langen Behandlungszeiten wesentlich zu verkürzen.² Diese Vorgehensweise erlaubt eine frühzeitige funktionelle und ästhetische Versorgung, reduziert die Anzahl invasiver Eingriffe und kann die patientenseitige Belastung signifikant minimieren.

Die Versorgung fehlender Frontzähne im ästhetisch besonders anspruchsvollen Oberkieferbereich stellt trotz dieser Fortschritte weiterhin eine komplexe klinische Herausforderung dar. In dieser Zone beeinflussen selbst geringfügige Abweichungen der Weich- und Hartgewebskonturen sowie der prosthetischen Restauration die ästhetische Gesamtwirkung unmittelbar, da sie beim Sprechen und Lächeln deutlich wahrnehmbar sind. Eine präzise morphologisch-ästhetische Integration der implantatgetragenen Restauration in die

umgebende natürliche Dentition ist daher essenziell, um die hohe Erwartungshaltung der Patienten zu erfüllen.

Die Vorhersagbarkeit ästhetischer Therapieergebnisse hängt von einer Vielzahl interagierender Variablen ab. Dazu gehören der individuelle Gingivabiotyp, die Quantität und Qualität des periimplantären Hart- und Weichgewebes, patientenspezifische anatomische Besonderheiten sowie insbesondere die chirurgische Expertise und das prosthetische Vorgehen des

Behandlers.³ Die systematische Berücksichtigung dieser Faktoren ist entscheidend, um langfristige Stabilität und ein hohes ästhetisches Niveau implantatgetragener Versorgungen sicherzustellen.

Die Sofortimplantation im anterioren Oberkiefer stellt besonders hohe Anforderungen an die diagnostische Präzision, die chirurgische Planung und die intraoperative Umsetzung.⁴ Häufig ist ein interdisziplinäres Behandlungskonzept unter Einbindung restaurativ tätiger Zahnärzte,



Abb. 1: Initiale intraorale Befundaufnahme von Zahn 11 mit externer Wurzelresorption an der palatalen Oberfläche. – **Abb. 2:** Klinische Situation: Zahn 11 zeigt im Vergleich zum kontralateralen Zahn eine erhöhte Dunkelfärbung und leichte Intrusion.

chirurgischer Fachdisziplinen und Zahn-techniker erforderlich. Moderne digitale Technologien – darunter CAD/CAM-basiertes Design, digitale Arbeitsprozesse sowie navigierte Implantatchirurgie – haben die Präzision, Effizienz und Vorhersagbarkeit implantologischer Behandlungs-abläufe wesentlich verbessert. Durch sie lässt sich die Implantatposition exakt an prothetische Zielvorgaben anpassen, wodurch das Risiko chirurgischer Komplika-tionen reduziert und die ästhetische Sta-bilität erhöht werden kann.⁵

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die vollständige Anwendung eines digitalen Workflows mit navigierter Sofortimplanta-tion und -versorgung im ästhetischen Frontzahnbereich, dokumentiert durch eine Nachbeobachtungszeit von sechs Jahren. Er illustriert die Relevanz einer präzisen präoperativen Planung, den Nutzen moderner navigierter Implantatchirurgie sowie die langfristige Stabilität des peri-implantären Gewebes und der protheti-schen Versorgung. Die Patientin stellte sich mit einem nicht erhaltungswürdigen



Surgical classification



Prosthetic classification



Abb. 3: DVT zur dreidimensionalen Beurteilung der Wurzelresorption. – **Abb. 4:** SAC-Klassifikation des Falls: chirurgischer Schwierigkeitsgrad komplex, pro-thetischer Anspruch fortgeschritten.

oberen mittleren Schneidezahn vor und bezog eine sofortige, ästhetisch anspruchs-volle Behandlungslösung. Die navigierte Sofortimplantation ermöglichte einen di-rekten Übergang von der Extraktion zu einer funktionellen, stabilen und ästhetisch harmonisch integrierten Implantat-versorgung. Der sechsjährige Follow-up-Zeitraum liefert belastbare Daten zur langfristigen Erfolgsstabilität und unter-streicht die essenzielle Bedeutung einer exakten Diagnose und strukturierten Be-handlungsplanung.

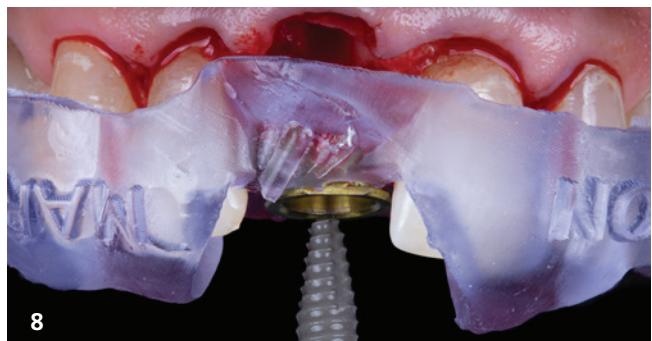
Ausgangssituation

Die Patientin, 45 Jahre alt, systemisch ge-sund (ASA I), Nichtraucherin und ohne relevante Vorerkrankungen oder Allergien, stellte sich aufgrund einer ästhetisch und funktionell störenden Veränderung im Bereich eines oberen mittleren Schneide-zahns vor. Sie berichtete:

„Ich habe einen Frontzahn, der sich ver-färbt hat, und mir wurde gesagt, dass er entfernt werden muss. Ich möchte ihn



Abb. 5: Parodontaler Befund von Zahn 11 ohne pathologische Sondierungstiefen. – **Abb. 6:** Präparation des Implantatbetts unmittelbar nach Extraktion von Zahn 11 zur optimalen Achspositionierung. – **Abb. 7:** Kontrolle der finalen Bohrtiefe und der exakten Implantatausrichtung gemäß chirurgischem Plan. – **Abb. 8:** Insertion eines Straumann® Bone Level Tapered SLActive®-Implantats unter Verwendung einer präzisionsgeführten Bohrschablone.



schnell ersetzen lassen, da man ihn beim Sprechen und Lächeln sofort sieht.“

Der klinische Wunsch richtete sich auf eine minimalinvasive, ästhetisch stabile Versorgung von Zahn 11.

Die extraorale Befundung ergab eine hohe Lachlinie. Intraoral zeigten sich an Zahn 11 deutliche Hinweise auf eine externe Wurzelresorption an der palatinalen Fläche (Abb. 1). Zudem fiel eine diskrete Verfärbung sowie eine intrudierte Zahnstellung gegenüber dem kontralateralen Zahn 21 auf (Abb. 2), was klinisch den Verdacht auf eine fortgeschrittene Ankylose erhärtete. Der Zahn reagierte weder auf Perkussion noch auf CO₂-Kältetest. Es bestanden keine Anzeichen für Infektion, okklusales Trauma oder parodontale Pathologien.

Die dreidimensionale Diagnostik mittels DVT bestätigte das Ausmaß der Resorption bei gleichzeitig erhaltener alveolärer Knochenhöhe (Abb. 3). Nach der SAC-Klassifikation wurde der chirurgische Schwierigkeitsgrad als komplex, der prothetische Fall als fortgeschritten eingestuft (Abb. 4).

Behandlungsplanung

Nach ausführlicher Aufklärung und Diskussion alternativer Therapieoptionen entschied sich die Patientin für eine Sofortimplantation, unterstützt durch die güns-

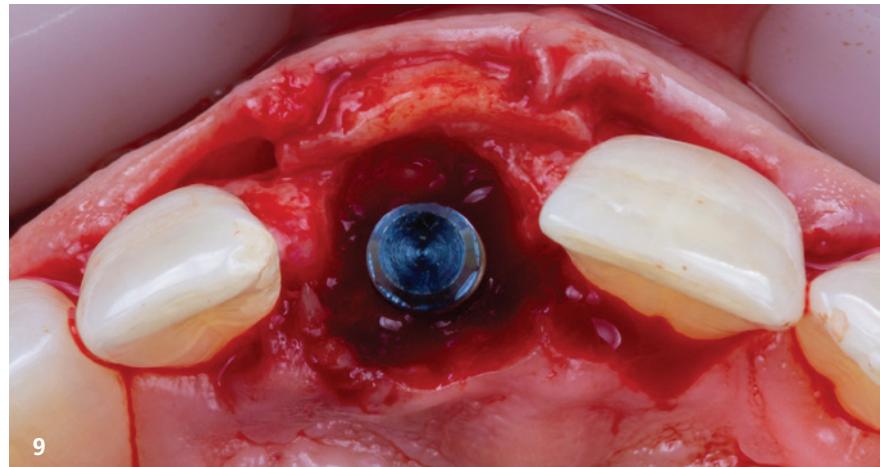


Abb. 9: Buccale Weichgewebsaugmentation mit autologem Bindegewebstransplantat zur Optimierung der periimplantären Ästhetik.

tigen anatomischen Ausgangsbedingungen und ihren Wunsch nach einer raschen ästhetischen Rehabilitation. Zahn 11 wurde atraumatisch extrahiert, um die Integrität des vestibulären Alveolarknochens maximal zu erhalten. Eine verschraubte provisorische Krone wurde am selben Tag inseriert.

Der strukturell definierte Workflow umfasste:

1. Digitale Planung unter Berücksichtigung einer prothetisch orientierten Implantatausrichtung
2. Atraumatische Extraktion von Zahn 11
3. Navigierte Implantation eines Straumann® BLT 3,3 mm SLActive® 12 mm Implantats

4. Vestibuläre Weichgewebsaugmentation mittels Bindegewebstransplantat
5. Sofortige Versorgung mit einer verschraubten provisorischen Krone
6. Definitive verschraubte Krone nach abgeschlossener Osseointegration

Chirurgischer Eingriff

Der klinische Status zeigte eine entzündungsfreie Situation ohne Plaqueakkumulation, Blutungsneigung oder pathologisch vertiefte Sondierungstiefen (Abb. 5). Nach Lokalanästhesie (4 Prozent Articain, 1:100.000 Adrenalin) erfolgte die atraumatische Entfernung von Zahn 11.

Der sterile, navigationsgestützte Operationsschlüssel wurde präoperativ validiert

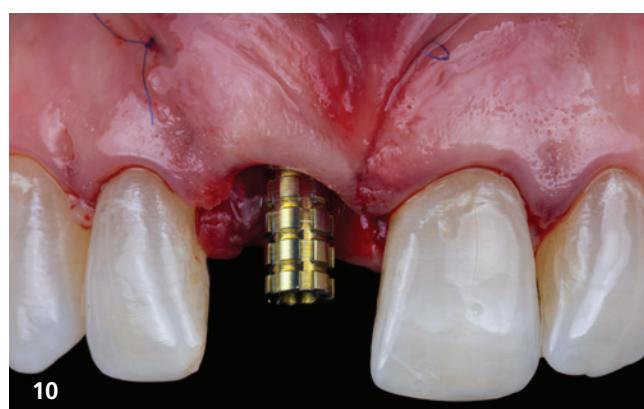


Abb. 10: Eingliederung des provisorischen Abutments zur Unterstützung der Weichgewebsmodellierung. – **Abb. 11:** Sofortprovisorische Versorgung mit temporärer Krone zur Funktionserhaltung und Weichgewebsstabilisierung.

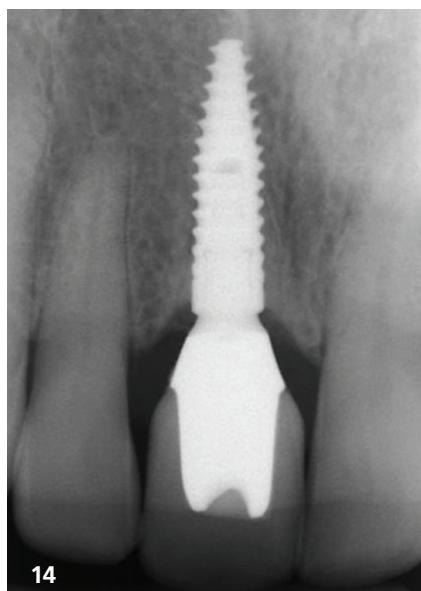


Abb. 12+13: Vier Monate postoperativ: harmonische Papillenbildung und bukkale Konturen entsprechend der Nachbarzähne, Indikator für erfolgreiche Weichgewebsadaptation. – **Abb. 14:** Radiologische Kontrolle der definitiven implantatgetragenen Einzelkrone zur Überprüfung der korrekten Okklusions- und Achsposition. – **Abb. 15:** Zwei-Jahres-Follow-up: Stabilität des periimplantären Weichgewebes und unveränderte Gingivariskoprofile. – **Abb. 16+17:** Sechs-Jahres-Kontrolle: dauerhaft stabile Gingivamorphologie und Papillenarchitektur. – **Abb. 18:** Radiologische Evaluation nach sechs Jahren: Erhalt der periimplantären Knochenstrukturen und Implantatstabilität.

und intraoperativ eingesetzt, um eine präzise, prothetisch orientierte Lagerpräparation zu gewährleisten (Abb. 6). Die Präparationstiefe und die Ausrichtung entlang der geplanten Implantatachse wurden mithilfe des Straumann® Tiefenmessers kontrolliert (Abb. 7).

Das Straumann® Bone Level Tapered Implantat (3,3 mm, SLActive®, 12 mm) wurde unter Verwendung des Navigationsschlüssels bei 15/min inseriert und primär stabil mit 35 Ncm verankert (Abb. 8). Anschließend wurde eine vestibuläre Weichgewebsaugmentation mit einem subepithelialen Bindegewebstransplantat durchgeführt (Abb. 9).

Nach spannungsfreier Adaptation des Weichgewebes wurde ein provisorisches Abutment eingesetzt (Abb. 10). Eine röntgenologische Kontrolle bestätigte die korrekte Implantatposition sowie die exakte Passung des Abutments. Dieses wurde mit 35 Ncm definitiv verschraubt und unmittelbar mit einer provisorischen Krone versorgt (Abb. 11). Die Okklusion wurde so eingestellt, dass keine Interferenzen in Latero- oder Exkursionsbewegungen bestanden. Die Patientin erhielt präzise Instruktionen zur postoperativen Mundhygiene.

Die postoperative Wundheilung verlief komplikationsfrei. Sowohl bei der Fadenentfernung nach zehn Tagen als auch bei den folgenden Kontrollterminen zeigten sich regelrechte Heilungsverläufe.

Prothetische Versorgung

Vier Monate nach Implantatinsertion und nach bestätigter Osseointegration wurde die provisorische Krone entfernt. Die periimplantären Weichgewebsverhältnisse zeigten stabile interdentale Papillen und harmonische vestibuläre Konturen, die die Symmetrie zu den Nachbarzähnen herstellten (Abb. 12+13).

Mittels Virtuo Vivo™-Intraoralscanner wurde ein digitaler Abdruck erstellt. Die

definitive verschraubte Krone wurde anschließend eingegliedert. Die radiologische Kontrolle zeigte keinerlei pathologische Befunde (Abb. 14). Die Zugangskanäle wurden mit PTFE-Band und Komposit verschlossen. Die Patientin äußerte eine hohe Zufriedenheit hinsichtlich Funktionalität und Ästhetik. Präzise Hygienekonzepte und regelmäßige Nachkontrollintervalle wurden festgelegt.

Die jährlichen klinischen und radiologischen Follow-ups bestätigten sowohl nach zwei (Abb. 15) als auch nach sechs Jahren (Abb. 16–18) eine stabile periimplantäre Gewebesituation. Die Gingivakonturen blieben harmonisch, das Hartgewebe zeigte sich unverändert ohne periimplantären Knochenverlust.

Behandlungsergebnisse

Die abschließende Beurteilung ergab eine exzellente periimplantäre Gewebe gesundheit mit stabilen Hart- und Weichgewebeverhältnissen über den gesamten Nachbeobachtungszeitraum von sechs Jahren. Rezessionen oder entzündliche Veränderungen traten nicht auf. Die Patientin beschrieb ihre Zufriedenheit folgendermaßen:

„Ich bin sehr zufrieden mit den Behandlungsergebnissen, insbesondere damit, dass ich von Anfang an eine provisorische Versorgung hatte. Die neue Krone wirkt vollkommen natürlich und fügt sich perfekt in mein Gebiss ein – ich liebe sie.“

Schlussfolgerung

Der langfristige Erfolg implantologischer Rehabilitationen im ästhetischen Frontzahnbereich basiert auf einer präzisen Abstimmung der Hart- und Weichgewebsverhältnisse sowie einer exakten prothetisch orientierten Implantatpositionierung. Primär stabile Implantate können unmittelbar nach Insertion ohne okklusalen Kontakt provisorisch belastet werden. Eine spätere definitive Belastung mit Okklusionskontakt ist möglich, ohne die funktio-

nelle Integrität oder die ästhetische Stabilität zu beeinträchtigen. Der vorliegende Fall verdeutlicht, dass ein vollständig digital gestützter, navigierter Workflow eine verlässliche Grundlage für vorhersehbare ästhetische und funktionelle Langzeitergebnisse bietet.

Dr. Guilherme Moreira



Literatur



Kontakt

Dr. Guilherme Moreira
Bauru, Brazil
+55 14 981381318
www.ectoperio.com.br
www.ectoperio.com.br



Dentsply Sirona Implant Solutions World Summit 2026

Göteborg als Treffpunkt für die Zukunft der Implantologie

Nach dem Erfolg des Implant Solutions World Summit 2023 in Athen, Griechenland, und 2024 in Miami, USA, wird die Ausgabe vom 25. bis 27. Juni 2026 in Göteborg, Schweden, ein neues Kapitel aufschlagen – dem Ursprungsort der Osseointegration und dem Zentrum für wissenschaftliche und medizinische Technologieinnovationen – ein inspirierender Ort für Zahnärzte, um die Zukunft der Implantologie zu erforschen und mitzugestalten.



„Wir freuen uns sehr darauf, die globale Implantat-Community 2026 in Göteborg willkommen zu heißen – einem Ort, der tief in der Geschichte und Entwicklung der Implantologie verwurzelt ist“, sagt Rodrigo Canelhas, Group Vice President Implant und Prosthetic Solutions bei Dentsply Sirona. „Auf dem Implant Solutions World Summit kommen Ideen, Erfahrungen und Inspirationen zusammen. Diese Veranstaltung bietet erneut einen dynamischen Raum für den Austausch von Ideen, das Entdecken klinischer Durchbrüche und die Vernetzung mit Kollegen, die an der Zukunft der Implantatbehandlung mitwirken.“

Der Implant Solutions World Summit bringt Fachleute aus Klinik, Forschung und Industrie zu drei Tagen mit exzellerter Fortbildung, interaktiven Erfahrungen und kollegialem Austausch zusammen. Von neuen digitalen Workflows bis hin zu progressiven Operationstechniken und

Prothetiklösungen – das Programm konzentriert sich auf die Vermittlung wichtiger klinischer Erkenntnisse und praktischer Strategien zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Details zu den Referenten und zum wissenschaftlichen Programm werden in den kommenden Monaten veröffentlicht.

Updates und
Anmelde-
möglichkeiten



Infos zum
Unternehmen



Kontakt

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

Green Xevo

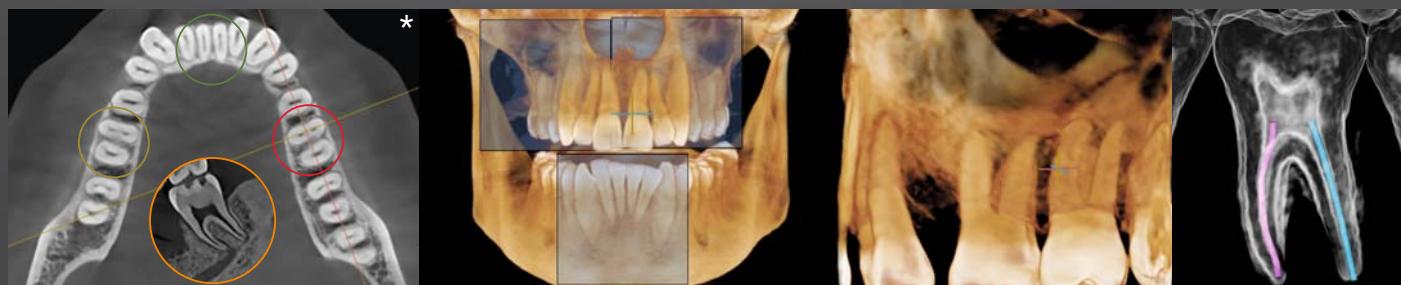
„Noch besser als besser“



NEU 2025

Eine Bildqualität, die Sie noch nie gesehen haben!

- ✓ Unschlagbare Bildqualität durch 420° Rotation für höchste Datenqualität im Workflow
- ✓ Übersichtsaufnahme 12 x 9 (*) in 200 µm mit bis zu 3 Detailaufnahmen in 70 µm
- ✓ Extrem kurze Scanzeiten (ab 2,9 Sekunden)
- ✓ Endo-Analysemodul in der byzzEz3D-i Software
- ✓ Ultrahohe Auflösung (49 µm Voxelgröße) im Endomodus
- ✓ byzz nxt: Digitale Integration mit offenen Schnittstellen für den offenen Workflow



Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme:
Tel.: +49 (0) 7351 474 990 | info@orangedental.de | www.orangedental.de

orangedental
premium innovations

Natürliche Knochenheilung verstehen

Vom Space Maintainer zur echten Regeneration

In der täglichen Praxis der Implantologie hat sich die Guided Bone Regeneration (GBR) lange etabliert – klassisch meist mit xenogenen oder allogenem Materialien, oft kombiniert mit Kollagenmembranen. Obwohl diese Protokolle in zahlreichen klinischen Situationen eine zuverlässige Defektstabilisierung und Volumenerhaltung ermöglichen, bleiben zentrale biologische Aspekte weiterhin ungeklärt. Insbesondere betrifft dies die Frage nach der langfristigen Gewebeverträglichkeit persistierender Fremdpartikel sowie deren potenziellen Einfluss auf die physiologische Knochenremodellation. Darüber hinaus ist bislang nicht abschließend geklärt, inwieweit die dauerhafte Anwesenheit nicht resorbierbarer Strukturen subklinische inflammatorische Reaktionen induzieren oder die biomechanischen Eigenarten des neugeformten Knochens nachhaltig modifizieren kann.

Parallel dazu hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Trend zu synthetischen, resorbierbaren Calciumphosphat-Calciumsulfat Systemen abgezeichnet. Eine aktuelle Übersichtsarbeit zeigt, dass formbare synthetische CaP-Materialien biokompatibel, osteokonduktiv, gut resorbierbar und für die minimalinvasive Chirurgie besonders geeignet sind.¹

EthOss® repräsentiert genau diesen Ansatz: weg von der dauerhaften „Auflagerungsplastik“, hin zu einem temporären,

biologisch aktiven Gerüst, das konsequent durch vitalen Wirtsknochen ersetzt wird.

Einzigartige Zusammensetzung und Wirkprinzip von EthOss®

EthOss ist ein rein synthetisches, biphasisches Knochenersatzmaterial, bestehend aus β -Tricalciumphosphat (β -TCP) und Calciumsulfat (CS) in etwa 65:35-Gewichtsverhältnis.²

Die Kombination adressiert mehrere zentrale Anforderungen der GBR:

- Osteokonduktives Gerüst: β -TCP stellt eine hochkalziumreiche, mikroporöse Matrix bereit, die Gefäß- und Knochenzellmigration unterstützt.
- In-situ-Hardening & integrierte „Membran“: Calciumsulfat sorgt für eine schnelle Aushärtung („in situ hardening“) und bildet eine dünne, zelloklusive Oberfläche. Dadurch wird in vielen Fällen eine separate Membran redundant, während der periostale Blutfluss nicht vollständig abgeschottet wird.³
- Komplette Resorption: Sowohl β -TCP als auch CS werden physiologisch abgebaut; Ziel ist ein Defekt, der mittel- bis langfristig ausschließlich aus Wirtsknochen besteht.



Abb. 1: Nach bereits zwölf Wochen wandelt sich EthOss zu 50 Prozent in ortsständigen eigenen, vaskularisierten Patientenknochen um. Nach ca. 15–18 Monaten ist das Biomaterial vollständig resorbiert.

Biochemisch schafft die resorbierbare CaP/CS-Matrix eine kalziumreiche Mikroumgebung, die die Differenzierung osteogener Zellen unterstützt und eine rasche Neovaskularisation begünstigt.¹

Experimentelle Evidenz: Schnellerer Knochenumbau als bei Xenografts

Für ein Material, das „echte biologische“ Regeneration beansprucht, ist die Histologie entscheidend. In einer experimentellen Studie an Kaninchen-Tibiae wurden Defekte mit einem β -TCP/CS-Material (EthOss) und einem bovinen Xenograft, einem allogenen Transplantat und einer Spontanheilungsgruppe verglichen.

Die wesentlichen Ergebnisse zeigen, dass die β -TCP/CS-Gruppe bereits nach zwei Wochen eine deutlich fortgeschrittenere Knochenneubildung aufwies als die Gruppen mit Xenograft, Allograft oder Spontanheilung. Nach sechs Wochen war der Anteil an neu gebildetem Knochen in der β -TCP/CS-Gruppe signifikant höher, während gleichzeitig der Anteil an Restmaterial deutlich geringer ausfiel als in den xenogenen und allogenen Vergleichsgruppen.

Diese Daten stützen die klinische Beobachtung: Das Material dient als temporäres Gerüst, das schnell resorbiert und durch lamellären Wirtsknochen ersetzt wird – anstatt als dauerhafter „Füllstoff“ im Defekt zu verbleiben (Abb. 1–4).⁴

Humanhistologie und klinische Daten zur Wirtsknochenbildung

Besonders interessant für die Praxis sind Humanstudien mit trephinierten Biopsien. In einer multizentrischen retrospektiven Fallserie wurden sieben Patienten mit einem β-TCP/CS-Alloplast (EthOss) in verschiedenen intraoralen Indikationen (Sockets, horizontale Defekte, perimplantäre Defekte) behandelt. An zwei Zeitpunkten (zwölf und 33 Wochen) wurden Knochenkerne entnommen und histologisch ausgewertet.²

Die Ergebnisse zeigten, dass nach zwölf Wochen im Mittel etwa 50 Prozent des implantierten Materials resorbiert und durch neuen Wirtsknochen ersetzt wurden waren. Nach 33 Wochen lag die Resorption bei rund 85 Prozent, wobei der Knochen überwiegend reifer lamellärer Knochen war und nur noch ein minimaler Anteil des Restmaterials nachweisbar blieb.

Diese Daten korrelieren mit klinischen Herstellerauswertungen und Patienten-

informationen, die von bis zu 50 Prozent Materialersatz durch Wirtsknochen nach zwölf Wochen ausgehen.

Für uns als Chirurgen bedeutet das: Die prothetische Planung lässt sich bei vielen Fällen bereits nach 12–16 Wochen auf einer überwiegend vitalen, remodellierbaren Knochenstruktur aufbauen – nicht auf einem Gemisch aus vitalem Knochen und persistierenden Fremdpartikeln.

Typische klinische Szenarien und aktuelle Diskussionsthemen

Alveolarkammerhaltung und Sofortimplantation

Die Alveolarkammerhaltung nach Extraktion ist eines der am meisten diskutierten Themen, da nach Zahnverlust bis zu 50 Prozent Volumenverlust der Alveole beschrieben werden.

Fallberichte und Studien mit β-TCP/CS-basierten Materialien zeigen, dass die Kombination aus atraumatischer Extraktion und Socket Preservation mit in situ härtenden Alloplasten eine stabile knöcherne Basis für spätere Implantation bietet – mit volumetrischer Erhaltung bei gleichzeitig hoher Knochenqualität.⁵

Besonders spannend sind aktuelle Daten zur Immediate Tooth Replacement Therapy (ITRT) mit Sofortimplantation in Ex-

traktionsalveolen unter Verwendung eines „body-shift“ Implantatdesigns und eines alloplastischen β-TCP/CS-Grafts (EthOss) in den „Jumping Gaps“.⁶

In dieser multizentrischen, prospektiven Kohortenstudie wurden 31 Einzelzahnimplantate im anterioren Oberkiefer über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr nachverfolgt. Dabei zeigten sich hohe Überlebensraten und eine geringe Komplikationsrate. Der krestale Knochenverlauf blieb stabil, insbesondere bei konsequenter Augmentation der labialen und circumferenten Defektbereiche mit β-TCP/CS.

Damit adressiert das Konzept eines der „Hot Topics“ in der Implantologie: vorhersagbare Ästhetik bei Sofortimplantation in dünnwandigen labialen Alveolen, ohne auf nicht resorbierbare Partikel oder zusätzliche Membranen angewiesen zu sein.

Horizontale Augmentation im ästhetischen Oberkiefer

Eine aktuelle Studie verglich „Extended Sticky Bone“ (autologes Knochen-Kollagen-PRF-Komposit) mit EthOss bei horizontaler Ridge-Augmentation im Oberkiefer mit simultaner Implantation in der ästhetischen Zone.⁷

Beide Gruppen erzielten signifikante horizontale Knochenzuwächse. Die EthOss-

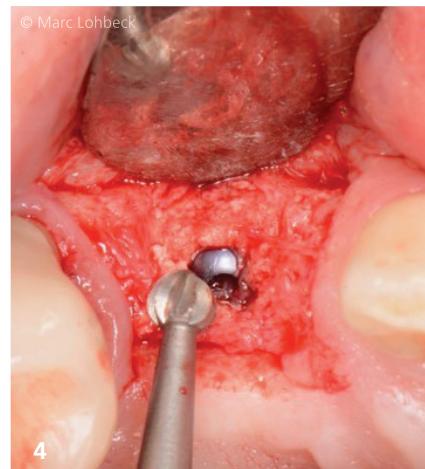
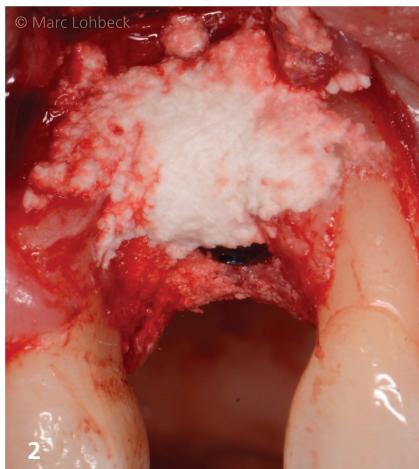


Abb. 2: Auffüllen des Defektes mit EthOss Knochenregeneration. – **Abb. 3:** Eigenknochenbildung nach zwölf Wochen über das Implantat hinaus. – **Abb. 4:** Freilegen des eingewachsenen Implantats mittels Tri Hawk Rosenbohrer.

Gruppe erreichte dabei vergleichbare Volumengewinne bei einer vereinfachten Operationstechnik, da kein Partikel-Bonding mit PRF erforderlich war und die *in situ* härtende Paste ohne zusätzliche Entnahmemorbidität verwendet werden konnte.

Damit wird ein zentrales Argument deutlich: EthOss erlaubt in vielen Fällen eine kompromisslose „Host Bone“-Strategie, ohne die Nachteile autologer Entnahme (zweites OP-Feld, Schmerz, begrenztes Volumen).

Patientenkomfort, OP-Ablauf und Praxisökonomie

Aus patientenorientierter Sicht zeichnen sich die verwendeten *in situ* härtenden β -TCP/CS-Pasten durch ein deutlich reduziertes chirurgisches Trauma, verkürzte Operationszeiten und einen vorhersehbaren Heilungsverlauf aus. Die Entnahme von autologen Knochenspänen aus der Linea obliqua oder dem Tuber entfällt, und häufig werden keine zusätzlichen Membran-Revisioneingriffe erforderlich, wodurch der Eingriff schonender und risikoärmer gestaltet wird. Das Material lässt sich unkompliziert mit minimaler Kochsalzlösung anmischen, wodurch ein optimaler pH-Wert gewährleistet ist, und als formbare Paste applizieren; nach wenigen Minuten Trocknung mit steriler Gaze härtet es aus und stabilisiert die Augmentation. Dieses Vorgehen führt zu überschaubaren Schwellungs- und Schmerzverläufen, verhindert das langfristige Vorhandensein von Fremdmaterial und unterstützt somit einen hohen Patientenkomfort, eine verbesserte Compliance sowie eine nachhaltige Stabilität der implantatgetragenen Versorgung.

Für die Praxis bedeutet das: ein standardisiertes, gut delegierbares Handling und reduzierte Komplexität des chirurgischen Protokolls. Das erleichtert insbesondere Kolleginnen und Kollegen ohne großen autologen Knochenpool im OP-Portfolio den Einstieg in anspruchsvollere Augmentationen.

Kritische Einordnung und Grenzen

Trotz der vielversprechenden Ergebnisse in Bezug auf die Wirtsknochenregeneration muss die Evidenzlage nüchtern bewertet werden. Ein großer Teil der Daten zu EthOss basiert auf Fallserien, Tierexperimenten oder prospektiven Kohortenstudien ohne direkte randomisierte Gegenüberstellung mit etablierten Xenografts oder Autografts. Zudem sind die Fallzahlen häufig moderat, und die Untersuchungen konzentrieren sich auf spezialisierte Zentren mit erfahrenen Operateuren. Klinische Langzeitedaten über fünf bis zehn Jahre in großen Kohorten sind bislang begrenzt, wenngleich mittlerweile erste Zehn-Jahres-Fallberichte stabile Hart- und Weichgewebsverhältnisse dokumentieren.

Die bisherige Evidenzlage spricht jedoch konsistent für einen schnellen und weitgehenden Ersatz des Grafts durch vitalen lamellären Knochen, eine gute volumetrische Stabilität auch unter funktioneller Belastung sowie eine hohe Patientenakzeptanz, die durch die reduzierte Invasivität der Behandlung begünstigt wird.

Entscheidend bleibt – wie bei jeder GBR – die chirurgische Technik: spannungsfreie Lappen, sorgfältige Weichgewebsführung, exakte Defektpräparation und ein indikationsgerechter, prothetisch rückwärts geplanter Ansatz.

Fazit

Aus Sicht des oralchirurgisch tätigen Implantologen bietet EthOss eine konsequent biologische Antwort auf die Frage: „Wollen wir Knochen dauerhaft mit Fremdmaterial füllen – oder dem Körper helfen, selbst stabilen Wirtsknochen zu regenerieren?“

Die Kombination aus β -TCP und Calciumsulfat ermöglicht die Schaffung eines *in situ* härtenden, gut handhabbaren und vollständig resorbierbaren Gerüsts, das eine rasche, histologisch belegte Wirts-

knochenbildung unterstützt. Gleichzeitig wird auf tierische oder humane Spendergewebe verzichtet, wodurch sich die Aufklärungszeiten verkürzen und kulturelle oder persönliche Überzeugungen, wie etwa bei vegan lebenden Patienten, berücksichtigt werden können. Darüber hinaus trägt das minimalinvasive, membranreduzierte Protokoll zu einem hohen Maß an Patientenkomfort bei.

Damit positioniert sich EthOss nicht als „Marketinggag“, sondern als logische Weiterentwicklung der GBR hin zu echter, funktioneller, biologischer Knochenregeneration – vorausgesetzt, wir nutzen das Material im Rahmen sauberer chirurgischer Prinzipien und behalten die Evidenzentwicklung der nächsten Jahre kritisch im Blick.

Marc Lohbeck



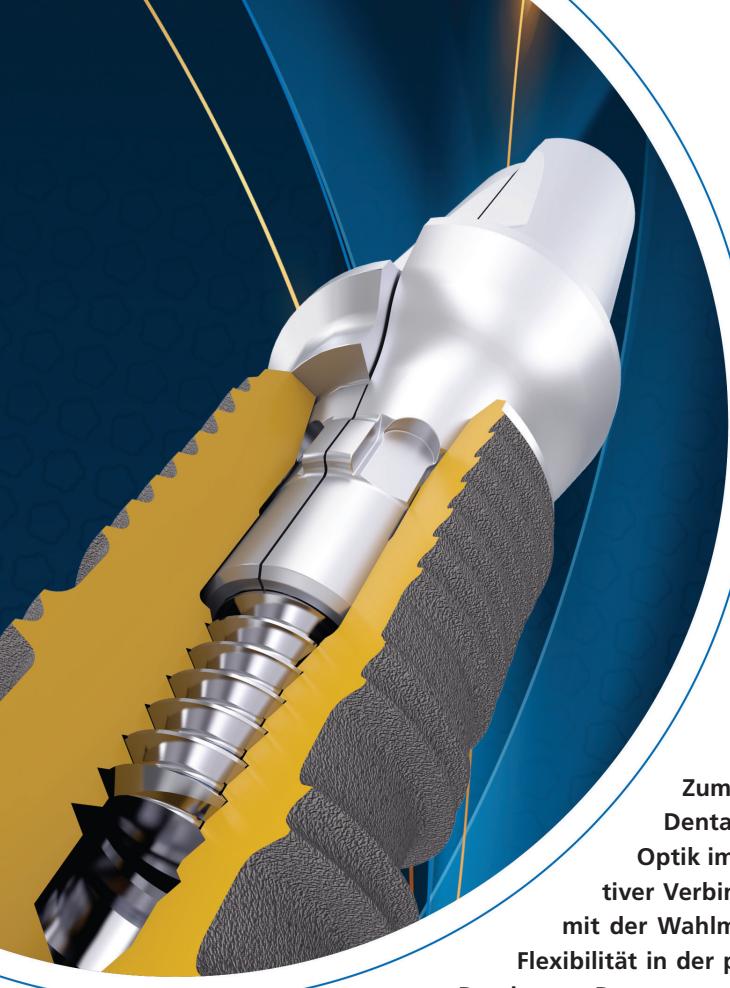
Literatur



Kontakt

Marc Lohbeck
Arzt und Zahnarzt

Zahnarztpraxis am Laufer Schlagturm
info@zahnarztpraxisamlauferschlagturm.de
www.zahnarztpraxisamlauferschlagturm.de



Dentaurum

Die Verbindung der Zukunft

30 Jahre TIOLOX®/tioLogic®-Implantologie

Zum 30-jährigen Jubiläum der TIOLOX®/tioLogic®-Implantologie bei Dentaurum steht tioLogic® TWINFIT in einer modernen, hochwertigen Optik im Mittelpunkt, das bewährte klinische Zuverlässigkeit mit innovativer Verbindungstechnologie vereint. Die einzigartige Anschlussgeometrie mit der Wahlmöglichkeit zwischen Konus und Plattform ermöglicht maximale Flexibilität in der prothetischen Versorgung – bei gleichzeitig stabiler Verbindung. Damit setzt Dentaurum neue Maßstäbe für präzise, langlebige und effiziente implantologische Lösungen – im Praxis- und Laboralltag gleichermaßen.

Die tioLogic® TWINFIT Revolution

Das Behandlungsteam in Praxis und Labor hat immer das richtige Implantat, egal, ob eine Konus- oder Plattform-Verbindung gewünscht wird: Behandler und Patient profitieren bei jedem tioLogic® TWINFIT Implantat von der Freiheit, jederzeit zwischen Konus und Plattform wechseln zu können.

Das tioLogic® TWINFIT Implantatsystem ermöglicht es Behandlern, je nach Behandlungsziel und Patientensituation flexibel zwischen Konus- und Plattform-Verbindung zu wählen – ohne Kompromisse bei der Abformung, der Versorgungsvielfalt oder der Langzeitstabilität. Das erleichtert Planungen im Vorfeld und ermöglicht Optimierungen im Heilungsverlauf.

Der revolutionäre Abutment Switch ermöglicht die Versorgung von zwei prothetischen Anschlussgeometrien – konisch und Plattform – auf allen tioLogic® TWINFIT Implantaten und passt sich somit jeder

Veränderung der oralen Patientensituation an, ohne dass das Implantat getauscht werden muss.

Dem Anwender werden mit diesem patentierten Implantatsystem neben Sicherheit und Effizienz im Handling auch maximale Flexibilität von der Insertion bis über die definitive Versorgung und altersbedingter Situationsänderung hinaus geboten.

Mit 30 Jahren Erfahrung legt Dentaurum auch als digitaler Partner sehr viel Wert auf wirtschaftliche und verständliche Prozessabläufe unter Einbindung validierter Materialien – angefangen von der Planung und Umsetzung der tioLogic® TWINFIT Implantatposition über den Scan bis hin zur Herstellung. Die Systeme bieten sowohl dem Anwender als auch dem Patienten flexible, effiziente und maßgeschneiderte Lösungen. Abgerundet wird dieses Programm durch ein umfangreiches Service- und Fortbildungsangebot. Der neue visuelle Auftritt greift die überzeugenden Stärken des tioLogic® TWINFIT

Implantatsystems durch ein hochwertiges, frisches und konsistentes Design auf allen Kommunikationskanälen auf und stellt die bewährte Leistungsstärke der Dentaurum Produkte zeitgemäß ins Zentrum.



Kontakt

DENTAURUM GmbH & Co. KG
info@dentaurum.com
www.dentaurum.com

Optimierte Werkstoffqualität in der Implantologie: Das Konzept GiganTium

Alexander Scholz, Geschäftsführer von medentis medical, spricht über das Hochleistungsmaterial hinter dem ICX-Diamond Implantatsystem.

Herr Scholz, viele Implantologen haben schon einmal von den Titan-Reinheitsgraden gehört, kennen aber nicht alle Hintergründe. Welche Art von Titan wird in der Implantologie verwendet?

In der Implantologie wird vor allem Reintitan der Grade II bis IV eingesetzt. Titan Grad IV KV hat sich als Premiumstandard etabliert, weil es die höchste Festigkeit unter den Reintitanen bietet (rund 700 MPa Zugfestigkeit) und biologisch unbedenklich ist. Durch Kaltverfestigung und Verdichtung gewinnt es deutlich an Stabilität gegenüber klassischem Grad IV. Nahezu alle Implantatsysteme, die heute weltweit angeboten werden, bestehen aus Titan Grad IV KV.

Das ICX-Diamond Implantat besteht aus GiganTium. Was sind hier die größten Vorteile?

Normales Titan Grad IV KV liegt bei ca. 700 MPa Zugfestigkeit. Unser neues Material GiganTium erreicht mindestens 1.100 MPa und damit rund 60 Prozent mehr Festigkeit als klassisches Titan Grad IV KV. Damit können wir Implantologen maximale Sicherheit und eine überlegene Stabilität bieten, auch bei kleineren Implantatdurchmessern. Zudem nutzen wir keine Legierungszusätze, sodass unsere Implantate zu 100 Prozent aus Titan bestehen.



© korkeng - stock.adobe.com

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

Wie werden die überlegenen Ergebnisse des ICX-Diamond Implantates untersucht?

Diesbezüglich haben wir statische Belastungstests durchgeführt. Dabei werden die Implantate so lang belastet, bis sie brechen. Das Ergebnis war eindeutig: ICX-Diamond Implantate aus GiganTium erreichen mehr als 20 Prozent höhere Bruchlastwerte als vergleichbare Implantate am Markt. Dabei muss allerdings betont werden: Es handelt sich um statische Bruchtests, nicht um normierte Dauerbelastungszyklen nach ISO-Norm. Aber schon diese Daten sprechen eine klare Sprache.

Wie erreicht GiganTium diese außergewöhnliche Festigkeit?

Wir prüfen die eingehenden Titanrohmaterialien konsequent auf ihre Festigkeit. Dabei zeigt sich ein breites Spektrum: Manche Chargen liegen bei rund 680 MPa, was dem klassischen Titan Grad IV entspricht. Andere erreichen Werte von 1.100 MPa oder sogar deutlich darüber bis zu 1.300 oder 1.400 MPa. Nur Titan-Char-

gen mit einer Zugfestigkeit ab 1.100 MPa werden für ICX-Diamond verwendet. Diese strenge Auswahl ist das Fundament von GiganTium.

Welche Vorteile hat das Implantat durch die Kombination von GiganTium sowie hydrophiler und mikrostrukturierter Oberfläche?

Die Kombination aus mechanischer Überlegenheit und biologischer Optimierung ist einzigartig. GiganTium liefert die Festigkeit und Sicherheit, während unsere hydrophile, mikrostrukturierte Oberfläche eine schnellere Osseointegration ermöglicht. Das bedeutet konkret: eine hohe Primärstabilität und langfristige Sicherheit – für Behandler und Patienten gleichermaßen.

Planen Sie, die GiganTium-Technologie auch in weiteren Implantatlinien einzusetzen?

Nein – und das ganz bewusst. GiganTium wird ausschließlich für die Diamond-Linie verwendet. Der Name Diamond steht für besondere Festigkeit, Sicherheit und Prä-

zision und das soll so bleiben. Wichtig ist: GiganTium ist kein neues oder unerprobtes Material. Die Technologie wurde bereits 2023 erfolgreich eingeführt und hat sich seitdem in Tausenden Implantationen bewährt. Inzwischen bestehen rund 30 Prozent aller von uns ausgelieferten Implantate aus GiganTium. Die Rückmeldungen aus der Praxis sind durchweg positiv – sowohl aus mechanischer als auch aus biologischer Sicht. Damit bietet GiganTium Ärzten und Patienten eine maximal sichere und bewährte Lösung. Die Diamond-Familie umfasst die Premium und Active-Varianten, jeweils als Bone Level und Transgingival, sowie alle Tuber- und Zygoma-Implantate, selbstverständlich ausschließlich aus GiganTium gefertigt.

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Scholz.



Das Power-Material

GiganTium

ICX-DIAMOND®
DAS HIGH-END-IMPLANTAT VON MEDENTIS. **LIQUID**

GiganTium

- ≥ 1.100 MPa
- 100 % Rein-Titan
- Exklusiv für ICX-Diamond® Implantate

Effiziente Gewinnung autologen Knochens für die Augmentation

Selbst in Zeiten von KI und rapide wachsender Biomaterialforschung bleibt autologer Patientenknochen der Goldstandard der modernen Augmentation.¹

Seine osteoplastische Potenz, die fehlende immunologische Reaktion sowie die schnelle osteokonduktive Integration machen ihn zu einem biologisch überlegenen Augmentationsmaterial. Die hohen Erfolgsraten autologer Knochenaugmentationen wurden bereits 2017 in einer umfangreichen retrospektiven Analyse mit 279 Patienten und 456 augmentativen Eingriffen dokumentiert.² In dieser Serie heilten über 95,6 Prozent der augmen-

tierten Bereiche erfolgreich, und die implantatbezogene Überlebensrate lag nach zwei Jahren bei 99,6 Prozent nach autologer Knochenaugmentation (Abb. 1).

Gleichzeitig ist die klinische Umsetzung der autologen Knochentransplantation mit praktischen Herausforderungen verbunden, was die Morbidität erhöhen kann.^{1,2} Die Entnahme ist technisch anspruchsvoll und erfordert zusätzliche Operationsschritte, was die Morbidität erhöhen kann. Zudem hängt die Verfügbarkeit des Materials unmittelbar von der Effizienz der Gewinnungsmethode ab. Um diesen Prozess einfacher und effizienter zu

gestalten, wurde der Titan-Knochenfilter KF-T3 von Schlumbohm entwickelt. Er ermöglicht eine atraumatische und risikoarme Gewinnung ausreichender Knochenmengen, auch für umfangreiche Augmentationen (Abb. 2).

Das beste Augmentationsmaterial: Autologe Knochenspäne

Der Knochenfilter wird direkt vorne am Saugschlauch angesteckt, wodurch die beim Implantieren anfallenden Knochenspäne bereits während der chirurgischen Präparation ohne zusätzliche Arbeitsschritte aufgefangen werden. Dieses Vorgehen reduziert operative Unterbrechungen, was die durchschnittliche Eingriffs- dauer senkt und die Behandlungssicherheit verbessert. Die Methode lässt sich in Lokalanästhesie ambulant, mit einfachen Mitteln und bei geringem Zeitaufwand durchführen. Die gewonnenen Knochenspäne können vielseitig eingesetzt werden, etwa in der Implantologie, der Parodontologie, der zahnärztlichen Chirurgie und der Kieferchirurgie.

Die während der chirurgischen Präparation gesammelten Knochenspäne werden im Inneren des Knochenfilters auf einem Metallfolien-Einwegsieb aufgefangen. Die gewonnene Menge hängt von der Implantatgröße ab. Sie übertrifft das Implantatvolumen bis um das 2,4-Fache (Abb. 3). Die hohe Ausbeute an gewonnenem Material resultiert aus der flächen- optimierten Geometrie der Metallfoliensiebe. Denn die wabenförmigen Durch- lassöffnungen gewährleisten eine größtmögliche offene Siebfläche. Die glatte Oberfläche der Siebe verhindert ein frühzeitiges, flächiges Verschließen der Siebporen.

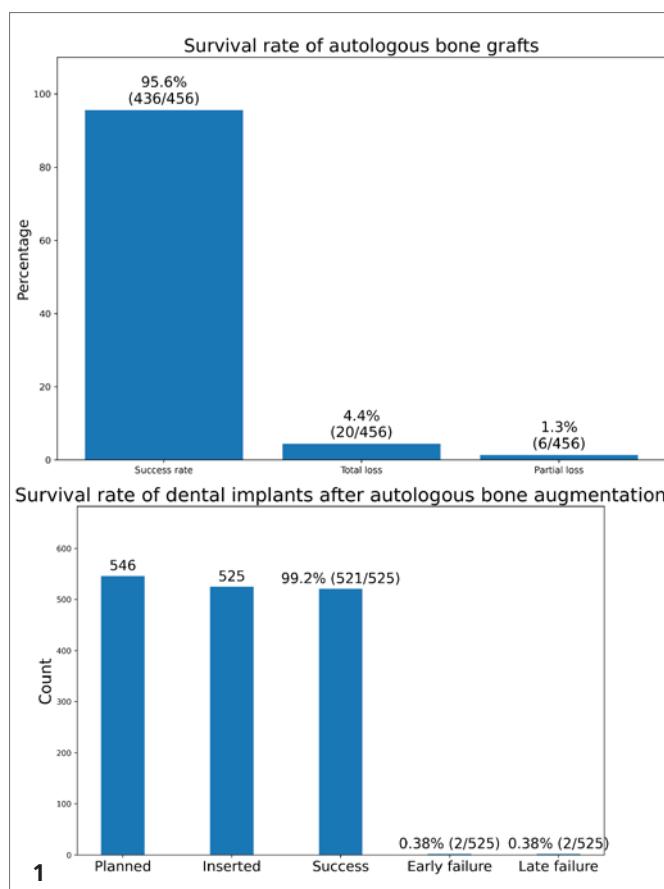


Abb. 1:
Autologe Knochen-
augmentation:
>95 Prozent Hei-
lung, 99,6 Prozent
Implantatüberleben
nach zwei Jahren.

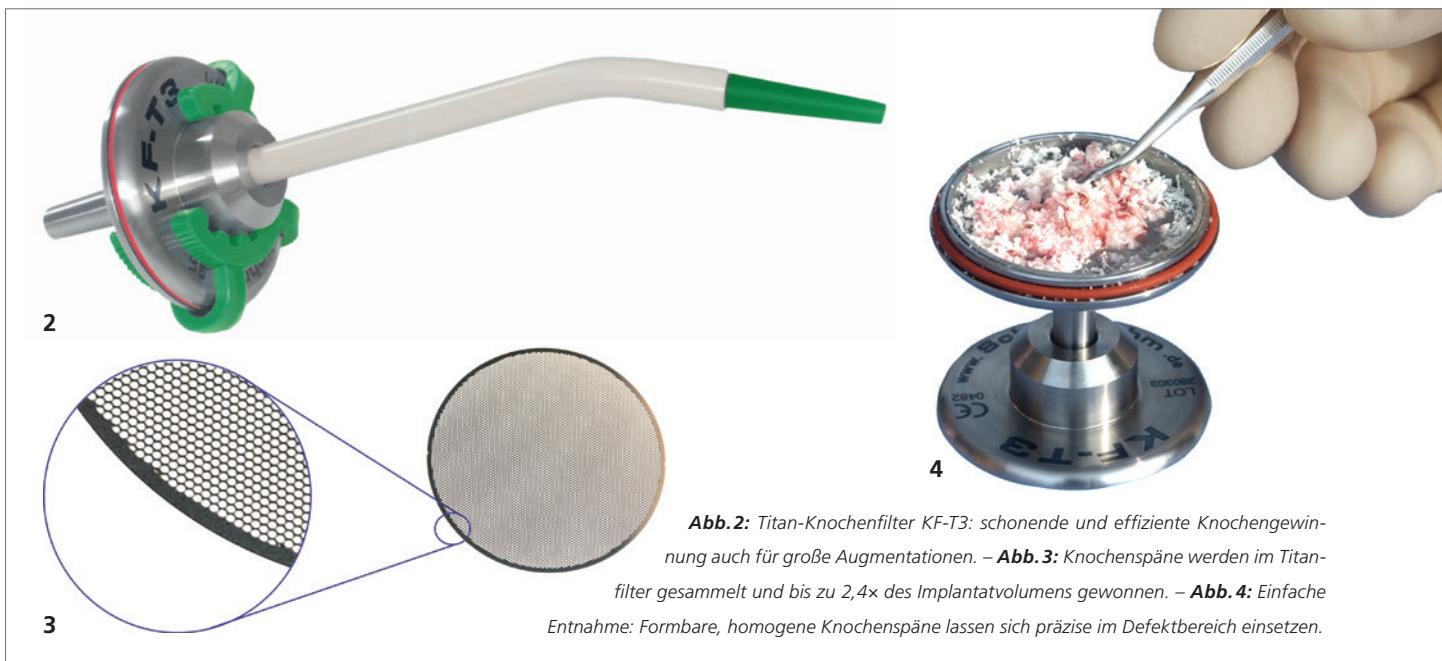


Abb. 2: Titan-Knochenfilter KF-T3: schonende und effiziente Knochengewinnung auch für große Augmentationen. – **Abb. 3:** Knochenspäne werden im Titanfilter gesammelt und bis zu 2,4x des Implantatvolumens gewonnen. – **Abb. 4:** Einfache Entnahme: Formbare, homogene Knochenspäne lassen sich präzise im Defektbereich einsetzen.

Die Entnahme des gewonnenen Materials erfolgt einfach und intuitiv, indem die grüne Klammer gelöst und die Hälfte mit dem gewonnenen Material auf die andere Hälfte aufgestellt und bequem entnommen werden kann, wie die Abbildung zeigt. Die Späne sind gut formbar, homogen und lassen sich im Defektbereich präzise adaptieren (Abb. 4).

Der Titan-Knochenfilter KF-T3 verfügt außerdem über eine außergewöhnliche Langlebigkeit. Das vollständig aus Titan gefertigte Gehäuse ist praktisch unverwüstlich und bleibt selbst bei versehentlichem Herunterfallen funktionsfähig. Da

Titan äußerst widerstandsfähig und korrosionsbeständig ist, eignet sich das Instrument problemlos für den regelmäßigen Autoklavierprozess und behält seine Stabilität über viele Jahrzehnte hinweg.

Der Titan-Knochenfilter KF-T3 ist ein extrem effizientes und zugleich einfach anzuwendendes Instrument zur Gewinnung von autologem Knochen. Seine konstruktionsbedingte hohe Filterleistung, die unkomplizierte Einbindung in bestehende OP-Abläufe und die Möglichkeit, Knochen als das beste Augmentationsmaterial nutzbar zu machen, das sonst ungenutzt verloren ginge, machen ihn zu ei-

nem praxistauglichen und wissenschaftlich begründbaren Bestandteil moderner augmentativer Chirurgie.

Angesichts der weiterhin belegten biologischen Überlegenheit autologen Knochens bietet der KF-T3 eine einfache Möglichkeit, diese Vorteile direkt in den klinischen Alltag zu integrieren. Für implantologisch und parodontalchirurgisch tätige Zahnärzte ist seine Anwendung daher ein sinnvoller Schritt zu standardisierterem, effizienterem und biologisch orientiertem Operieren.

Die Vorteile vom Titan-Knochenfilter KFT3:

- Einfache, sichere und zeitsparende Gewinnung von autologem Knochenmaterial.
- Durchführung in Lokalanästhesie und ambulant möglich.
- Gewonnene Menge kann das Implantatvolumen um das 2,4-Fache übertreffen.
- Einsetzbar in Implantologie, Parodontologie, zahnärztlicher Chirurgie und Kieferchirurgie.
- Die besonders große Filterfläche ermöglicht maximale Saugleistung und unterbrechungsfreies Arbeiten.
- Günstige Einweg-Metallfoliensiebe.
- Unkomplizierte Handhabung durch direktes Aufsetzen auf den Saugschlauch.
- Intuitive und einfache Materialentnahme.
- Autoklavierbar und außergewöhnlich langlebig.
- Ermöglicht die Nutzung von Knochenspänen als bestes Augmentationsmaterial, das sonst ungenutzt verloren ginge.

Literatur

1. Elboraey, M. O., Alqutaibi, A. Y., Aboalrejal, A. N., & Ramalingam, S. (2025). Regenerative approaches in alveolar bone augmentation for dental implant placement: techniques, biomaterials, and clinical decision-making: a comprehensive review. *Journal of Dentistry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39909139/>
2. Sakkas, A., Wilde, F., Heufelder, M., Winter, K., & Schramm, A. (2017). Autogenous bone grafts in oral implantology — is it still a “gold standard”? A consecutive review of 279 patients with 456 clinical procedures. *International Journal of Implant Dentistry*, 3(1), 23. DOI:10.1186/s40729-017-0084-4.

Kontakt

Schlumbohm GmbH & Co. KG
post@schlumbohm.de
www.schlumbohm.com

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
Februar				
14./15.2.2026	Experten Symposium BDIZ EDI	Köln Deutschland	www.bdizedi.org	BDIZ EDI
März				
27./28.3.2026	OSSTEM World Meeting	Bangkok Thailand	www.osstem.de/events	OSSTEM GmbH
Mai				
8./9.5.2026	26. EXPERTENSYMPOSIUM Implantologie	München Deutschland	www.innovationen-implantologie.de	OEMUS MEDIA AG
Juni				
25.–27.6.2026	Implant Solutions World Summit	Göteborg Schweden	dentsplysirona.com	Dentsply Sirona

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

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

Chefredaktion:

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

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (ST)

Redaktion BDIZ EDI:

Christian Berger (BER), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (ZOE),
Dr. Dr. Markus Tröltzsch (TROE), Dr. Wolfgang Neumann (WNE),
Prof. Dr. Thomas Ratajczak (RAT), Dr. Stefan Liepe (LIE),
Kerstin Salhoff (KSA)

Verlag:

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

Leserservice:

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

Redaktion:

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

Anzeigen und PR:

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

Anzeigendisposition:

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

Art Direction/Grafik:

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

Druck:

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

Erscheinungsweise:

4 x im Jahr

Bezugspreis:

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

Urheber-/Verlagsrecht:

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

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



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

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

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

Per Fax an +4989 72069889

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!)	

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

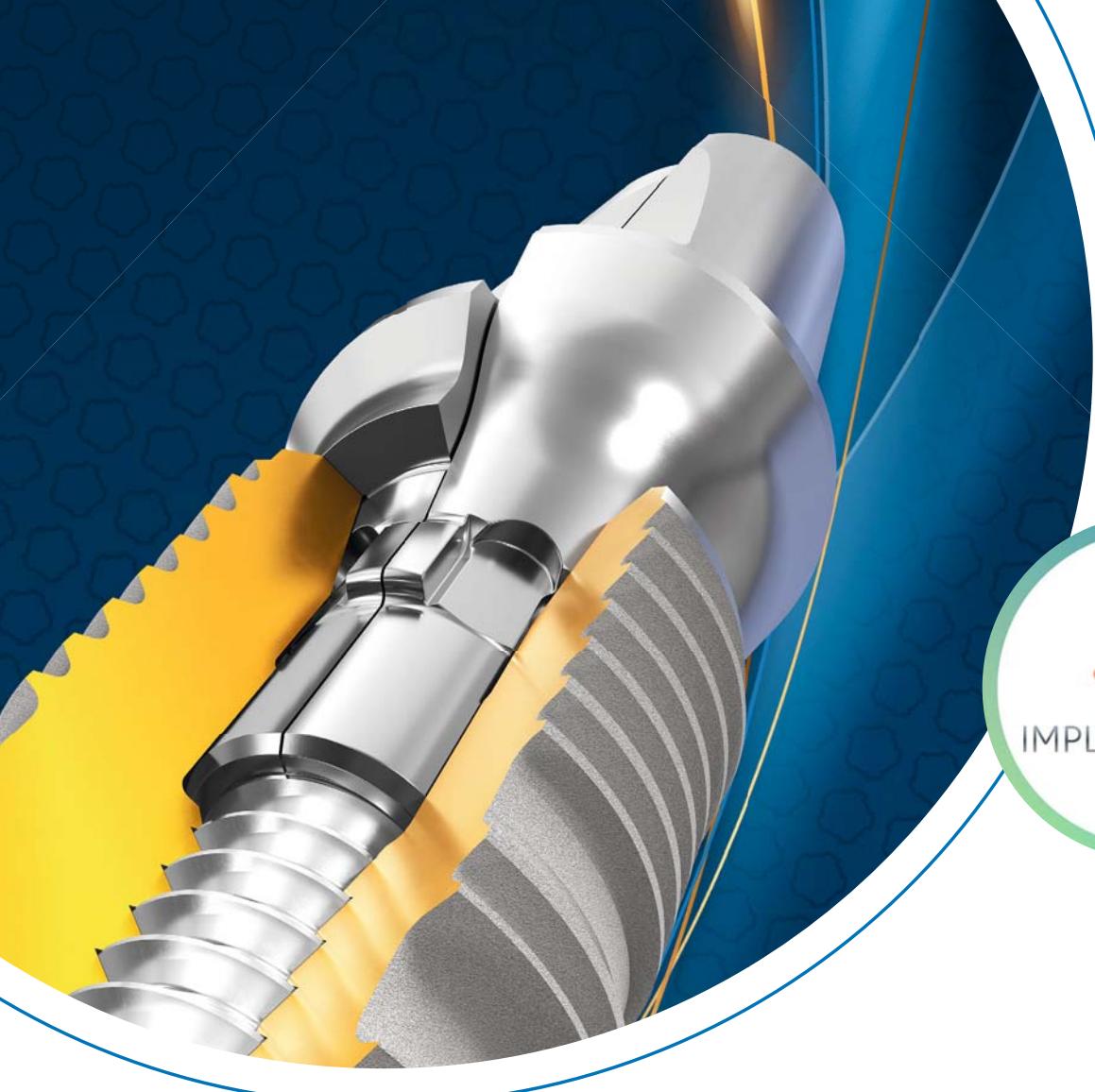
- Niedergelassener Zahnarzt 345,00 €
- Assistenzzahnärzte, Berufsanfänger bis zum fünften Jahr nach der Approbation (das iCAMPUS-Programm übernimmt diesen Mitgliedsbeitrag zwei Jahre lang) 172,50 €
- Familienmitglieder/Mehrfachmitgliedschaft aus einer Praxis für die Zweitmitgliedschaft 172,50 €

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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



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



tioLogic® TWINFIT

Die Verbindung der Zukunft
Konus und Plattform vereint

Immer das richtige Implantat, egal ob eine Konus oder Plattform Verbindung gewünscht wird: Behandler und Patient profitieren bei jedem tioLogic® TWINFIT Implantat von der Freiheit jederzeit zwischen Konus und Plattform zu wechseln. Überzeugen Sie sich selbst!

