www.bdiz-konkret.de

E 61488 | 01.2026 Jahrgang 30

BDIZ EDI

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

European Association of Dental Implantologists

konkret

Journal für die implantologische Praxis

© agratitudesign – stock.adobe.com

Digitaler Workflow
in der implantologischen Praxis

Abrechnungswebinare
Up2Date4U – GOZ & BEMA aktuell
Seite 6

Start am 23./24.10.26 in München
Gutachter-Curriculum Implantologie
Seite 16

Medizinprodukteverordnung 2.0
EU will Evaluation starten
Seite 48

Dentsply Sirona

DIE REVOLUTION IN DER BOX!

ERFORDERLICHE BOHRERSEQUENZ IN JEDER IMPLANTATVERPACKUNG. **MAKE IT SIMPLE**

Jedes MIS C1 XD-Implantat wird inklusive der passenden Einmalbohrer ausgeliefert. So können strenge klinische Hygieneprotokolle gewährleistet werden und das Risiko einer möglichen Kreuzkontamination und Infektion wird verringert. Erfahren Sie mehr über MIS unter: www.mis-implants.com/de-de

mis® C1 XD™

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Die Europäische Union wollte mit der Medizinprodukteverordnung (MDR) ein starkes Signal setzen: mehr Patientensicherheit, mehr Transparenz, mehr Kontrolle. Ein hehres Ziel, das niemand in der Branche infrage stellt. Doch zwischen dem politischen Anspruch und der praktischen Umsetzung hat sich ein Graben aufgetan, der für Hersteller, Kliniken, Ärzte und Zahnärzte und letztlich auch für Patientinnen und Patienten immer breiter wird.

Seit ihrem Inkrafttreten zeigt die MDR eine Schattenseite, die in Brüssel lange unterschätzt wurde. Die Kosten für Rezertifizierungen steigen massiv, die Dokumentationspflichten wachsen ins Unermessliche, und der administrative Aufwand bindet Ressourcen, die eigentlich in Forschung, Entwicklung und Versorgung fließen sollten.

Besonders dramatisch ist die Lage bei den Benannten Stellen: Zu wenige, zu langsam, zu überlastet. Selbst etablierte Produkte, die seit Jahrzehnten sicher im Einsatz sind, müssen erneut durch langwierige Verfahren – ein Prozess, der nicht nur teuer, sondern auch riskant ist. Denn wenn Zertifikate auslaufen, verschwinden Produkte vom Markt. Und genau das passiert bereits.

Die MDR führt zu einer paradoxen Situation: Ausgerechnet solche Medizinprodukte, die seit Jahren zuverlässig funktionieren, werden nicht mehr hergestellt, weil die Rezertifizierung wirtschaftlich nicht mehr darstellbar ist.

Für große Konzerne ist das ärgerlich, aber verkraftbar. Für mittelständische Hersteller – das Rückgrat der europäischen MedTech-Landschaft – ist es existenzbedrohend. Viele von ihnen stehen vor der Wahl, ihre Produktpalette zu verkleinern, Innovationen zu verschieben oder den europäischen Markt ganz zu verlassen. Einige haben das bereits getan. Damit droht Europa jene Innovationskraft zu verlieren, die es über Jahrzehnte zum globalen Vorreiter gemacht hat.

Die MDR sollte Vertrauen schaffen. Doch sie droht, das Gegenteil zu bewirken: Startups schrecken vor der regulatorischen Komplexität zurück, mittelständische Unternehmen kämpfen ums Überleben, Kliniken berichten von Versorgungsengpässen.

Innovation entsteht nicht im Korsett überbordender Bürokratie, sondern in einem Umfeld, das Sicherheit und Fortschritt gleichermaßen ermöglicht. Genau dieses Gleichgewicht ist aus den Fugen geraten. Die EU-Kommission hat inzwischen erkannt, dass die MDR in ihrer aktuellen Form nicht zukunftsfähig ist. Die angekündigte Evaluation ist überfällig.

In dieser Ausgabe analysieren die Juristen Ratajczak und Gassner den Ist-Zustand und die Vorschläge der EU-Kommission, die seit Mitte Dezember vorliegen. „Die Europäische Kommission zieht – jedenfalls für die Verhältnisse der Brüsseler Bürokratie – so etwas wie die Notbremse bei der Medizinprodukteverordnung“, so die Einleitung des Beitrags. Als Ziele nennt die Kommission die Vereinfachung der Vorschriften und die Reduzierung der administrativen Belastung, die Verbesserung des Zertifizierungsverfahrens, die Förderung von Innovation und Wettbewerbsfähigkeit der EU-Medizinprodukteindustrie und die Sicherstellung der Verfügbarkeit sicherer und innovativer Produkte.

Doch eine Evaluation allein reicht nicht. Sie muss die Stimmen der Hersteller, der Benannten Stellen, der Kliniken und der Patientinnen und Patienten einbeziehen. Die zuständigen Gremien auf EU-Ebene müssen den Mut haben, strukturelle Korrekturen vorzunehmen, statt nur an einzelnen Stellschrauben zu drehen. Die Frage ist nicht, ob wir Regulierung brauchen. Die Frage ist, wie viel Regulierung ein innovationsgetriebenes Gesundheitssystem verträgt, ohne Schaden zu nehmen.

Wenn Europa seine Rolle als MedTech-Innovationsstandort behalten will, muss die MDR reformiert werden – entschlackt, beschleunigt und praxistauglich. Die Evaluation bietet die Chance dazu.

Anita Wuttke
Chefredakteurin

Inhalt

12 Mehr als ein Dokument – neue Mitgliedsausweise und -urkunden des BDIZ EDI

34 Schwerin ist Gastgeber der 36. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

60 Neuer Umgang mit ZÄ-Früherkennungsuntersuchungen

Aktuell

Up2Date4U – GOZ & BEMA aktuell 6

BDIZ EDI-Tabelle 2026 ist da! 8

Analog-Tabelle 2026 mit Chairside-Leistungen 10

Neue Mitgliedsausweise und Mitgliedsurkunden 2026 12

Der neue Messestand mit visuellem Statement 14

Gutachter-Curriculum Implantologie 16

Rückschau 20

Vorschau 21

Digitale Implantologie im Wandel: Der Praxisleitfaden 2026 22

Impressionen vom 21. Experten Symposium in Köln 30

Der BDIZ EDI gratuliert 32

Schwerin ist Ziel der implantologischen Gutachter 34

Teil 9: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ 36

Nachruf auf Jürgen Isbaner 40

Aktuell Europa

3 Fragen an Dr. Erion Çerekja zur Implantatchirurgie im ästhetischen Bereich 41

19. Europa-Symposium in Athen 42

News-Ticker 46

EuGH-Urteil: Kunde hat ein Sonderkündigungsrecht 48

Wussten Sie schon, … 50

Nachruf auf Myron „Ron" Nevins 52

Abrechnung und Recht

Medizinprodukteverordnung 2.0 54

Neuer Umgang mit ZÄ-Früherkennungsuntersuchungen 60

Fortbildung

Sofortimplantation mit Keramikimplantaten & Bindegewebstransplantation 64

Events

International Osteology Symposium Vienna 2026 69

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie 70

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.

Hallo PROGRESSIVE-LINE. Hallo Zukunft.

CONELOG® PROGRESSIVE-LINE
Promote® plus

CAMLOG® PROGRESSIVE-LINE
Promote® plus

CAMLOG® PROGRESSIVE-LINE
Promote®

CERALOG® PROGRESSIVE-LINE

Die Zukunft beginnt sofort.

Sie möchten sofort durchstarten und haben keine Zeit für Experimente?
Ihr Implantatsystem muss tadellos funktionieren und sich in den Praxisalltag einfügen?
Die PROGRESSIVE-LINE ist vielseitig, leistungsstark und anwenderfreundlich.
Sie und Ihr Team werden sich damit auf Anhieb wohlfühlen.

#zukunftsimplantat

Jetzt entdecken:
www.camlog.de/hallo-zukunft

CAMLOG®, CONELOG®, CERALOG® und Promote® sind eingetragene Marken der CAMLOG Biotechnologies GmbH.

biohorizons camlog group

camlog

Abrechnungswebinare zur Standortbestimmung in der zahnärztlichen Abrechnung

Up2Date4U – GOZ & BEMA aktuell

Die Abrechnungswebinare des BDIZ EDI sind mehr als reine Online-Fortbildungen – sie sind die unverzichtbare jährliche Standortbestimmung für jede Zahnarztpraxis. In einer Zeit, in der der wirtschaftliche Druck stetig zunimmt, bieten sie Orientierung und Rechtssicherheit im Dschungel der zahnärztlichen Abrechnung.

Wer wissen will, ob die eigene Praxis effizient, rechtskonform und zukunftssicher mit der Abrechnung umgeht, sollte sich die beiden Webinare des BDIZ EDI nicht entgehen lassen. Die GOZ 2012 hält nicht Schritt mit neuen Verfahren, Technologien und Innovation in der Implantologie und insgesamt der Zahnheilkunde. Die Digitalisierung in der Implantologie, der Schienentherapie und die damit verbundenen Prozesse, auch in der CAD/CAM-Technik, entwickeln sich zügig weiter und eröffnen dem Behandler neue Wege oder haben sich längst im Praxisalltag etabliert.

Die neue Analog-Tabelle des BDIZ EDI mit Chairside-Leistungen zeigt auf, wie zwingend eine regelmäßige Anpassung des Honorars ist, um betriebswirtschaftlich im grünen Bereich zu bleiben. Neue moderne Leistungen fordern neue Analog- und Chairside-Leistungen, die in die Behandlungskonzepte integriert werden müssen.

Die Webinare von und mit Christian Berger und Kerstin Salhoff vermitteln Anleitung und Tipps zur korrekten Berechnung moderner Therapien. Ein Honorarvergleich BEMA versus GOZ wird zur Entscheidungshilfe und unterstützt dabei, Honorareinbußen zu vermeiden und sichert somit zusätzlich die sofortige Umsetzung in der Abrechnung.

Abend-Webinar für Zahnärzte am 12. Mai

Termin: Dienstag, 12. Mai 2026, 19:00 bis 20:30 Uhr

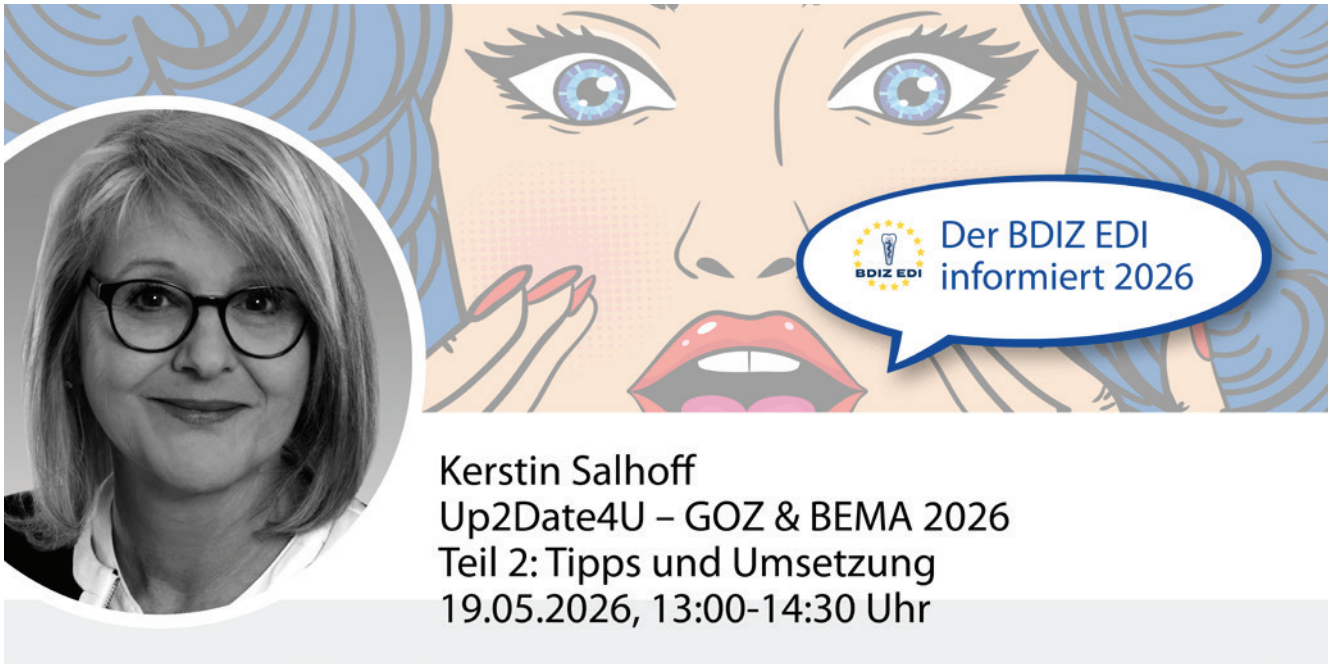
Up2Date4U – GOZ & BEMA 2026

Teil 1: Gerechtes Honorar

Referenten: Christian Berger und Kerstin Salhoff

3 Fortbildungspunkte

Anmeldung: www.bdizedi.org



Die beiden Referenten stellen den Teilnehmern vor, welche Bedeutung die betriebswirtschaftliche Analyse der Praxis anhand der neuen BDIZ EDI-Tabelle 2026 und anhand der neuen Analog-Tabelle 2026 hat, wie wichtig Analog- und Chairside-Leistungen heute sind. Auf der Agenda stehen:

- Vergleich BEMA versus GOZ und die Kennzahl 2,3
- Nichts geht ohne Analog- und Chairside-Leistungen, Kalkulation 2026
- Mehrkostenvereinbarung oder Privatbehandlung?
- Die wichtigen §§ zur korrekten Rechnungslegung
- Positive Urteile zu analogen Leistungen versus GOZ-Beratungsforum
- Materialkosten und Preiskalkulation
- Begründungen § 5 GOZ – Mut zur Honorarvereinbarung

Lunch-Webinar für Zahnärzte und ZÄ Personal am 19. Mai

Termin: Dienstag, 19. Mai 2026, 13:00 bis 14:30 Uhr

Up2Date4U – GOZ & BEMA 2026

Teil 2: Tipps und Umsetzung

Referentin: Kerstin Salhoff

3 Fortbildungspunkte

Anmeldung: www.bdizedi.org

Für Mitglieder kostenfrei

Bitte melden Sie sich für beide Webinare über die Website des BDIZ EDI – Veranstaltungen an. Sie werden über den Link auf das Anmeldeportal von Zoom geleitet. Hier bitte unbedingt alle abgefragten Daten mit vollem Namen eingeben, weil dies für das Fortbildungszertifikat wichtig ist.

Für Mitglieder bleiben die Webinare kostenfrei, Nichtmitglieder zahlen bitte 100 Euro.

Die Referentin stellt den Teilnehmern vor, welche Bedeutung die betriebswirtschaftliche Analyse der Praxis anhand der neuen BDIZ EDI-Tabelle 2026 und anhand der neuen Analog-Tabelle 2026 hat, wie wichtig Analog- und Chairside-Leistungen heute sind. Auf der Agenda stehen:

- Abgrenzung zur GKV-Leistung und korrekte Vereinbarungen
- Nur eine vollständige Dokumentation vermeidet Honorarverluste
- Fallbeispiele zur sofortigen Umsetzung aus dem Praxisalltag bei:
  - Füllungstherapie und Rekonstruktion
  - Endodontie
  - PZR/PAR/UPT: Möglichkeiten der Berechnung
  - Analoge Begleitleistungen bei Implantation und Freilegung
  - CAD/CAM-Aufbissbehelfe – FAL und das Zuzahlungsverbot
  - Digitale Abformung und mögliche Begleitleistungen

BDIZ EDI-Tabelle 2026 ist da!

Hilfe im Abrechnungs-dschungel

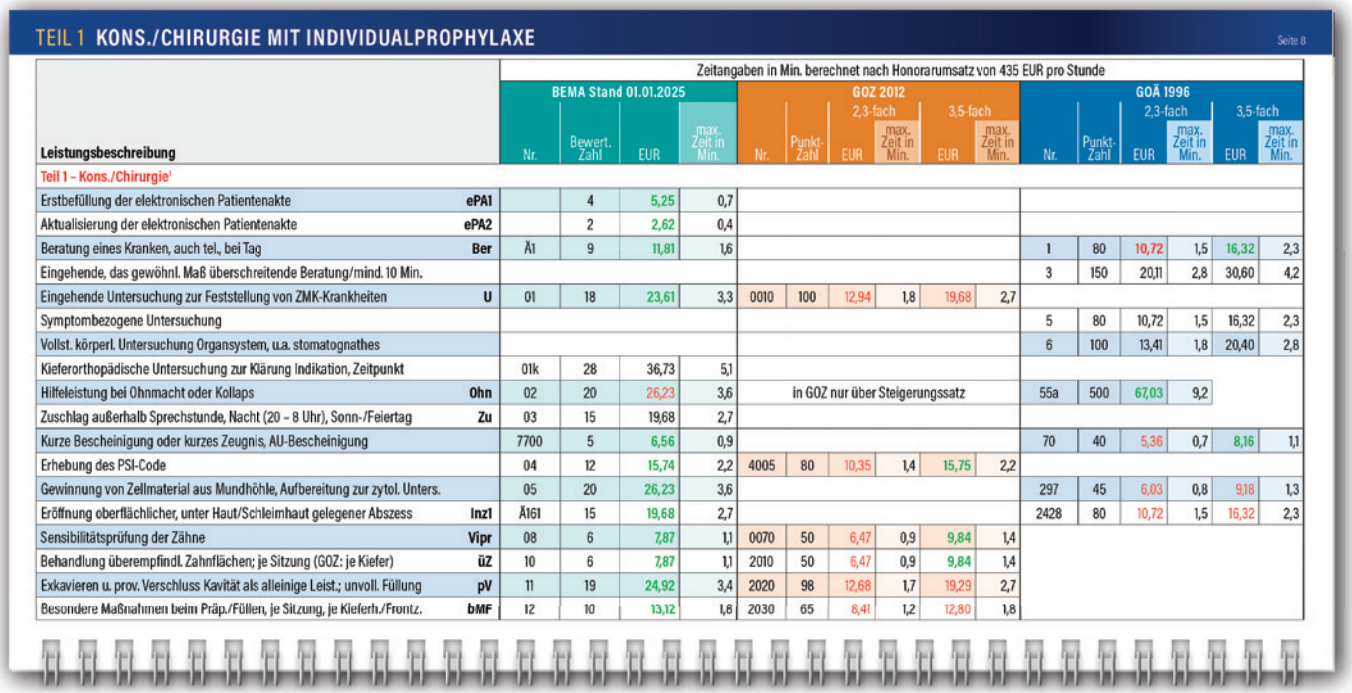
Seit über zwei Jahrzehnten gibt es die BDIZ EDI-Tabelle. Sie weist den Weg durch den Abrechnungsdschungel und ermöglicht jedes Jahr den schnellen Vergleich zwischen BEMA und GOZ/GOÄ – bei einem für 2026 angepassten Mindesthonorarumsatzbedarf/Stunde von 435 Euro.

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.



TEIL 1 KONS./CHIRURGIE MIT INDIVIDUALPROPHYLAXE

Seite 8

Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 435 EUR pro Stunde

Leistungsbeschreibung		BEMA Stand 01.01.2025 Nr.	Bewert.-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	GOZ 2012 Nr.	Punkt-Zahl	2,3-fach EUR	2,3-fach max. Zeit in Min.	3,5-fach EUR	3,5-fach max. Zeit in Min.	GOÄ 1996 Nr.	Punkt-Zahl	2,3-fach EUR	2,3-fach max. Zeit in Min.	3,5-fach EUR	3,5-fach max. Zeit in Min.
Teil 1 - Kons./Chirurgie[1]																	
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	16,32	2,3
Eingehende, das gewöhnl. Maß überschreitende Beratung/mind. 10 Min.												3	150	20,11	2,8	30,60	4,2
Eingehende Untersuchung zur Feststellung von ZMK-Krankheiten	U	01	18	23,61	3,3	0010	100	12,94	1,8	19,68	2,7						
Symptombezogene Untersuchung												5	80	10,72	1,5	16,32	2,3
Vollst. körperl. Untersuchung Organsystem, u.a. stomatognathes												6	100	13,41	1,8	20,40	2,8
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	9,2		
Zuschlag außerhalb Sprechstunde, Nacht (20 – 8 Uhr), Sonn-/Feiertag	Zu	03	15	19,68	2,7												
Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, AU-Bescheinigung		7700	5	6,56	0,9							70	40	5,36	0,7	8,16	1,1
Erhebung des PSI-Code		04	12	15,74	2,2	4005	80	10,35	1,4	15,75	2,2						
Gewinnung von Zellmaterial aus Mundhöhle, Aufbereitung zur zytol. Unters.		05	20	26,23	3,6							297	45	6,03	0,8	9,18	1,3
Eröffnung oberflächlicher, unter Haut/Schleimhaut gelegener Abszess	Inzl	Ä161	15	19,68	2,7							2428	80	10,72	1,5	16,32	2,3
Sensibilitätsprüfung der Zähne	Vipr	08	6	7,87	1,1	0070	50	6,47	0,9	9,84	1,4						
Behandlung überempfindl. Zahnflächen; 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

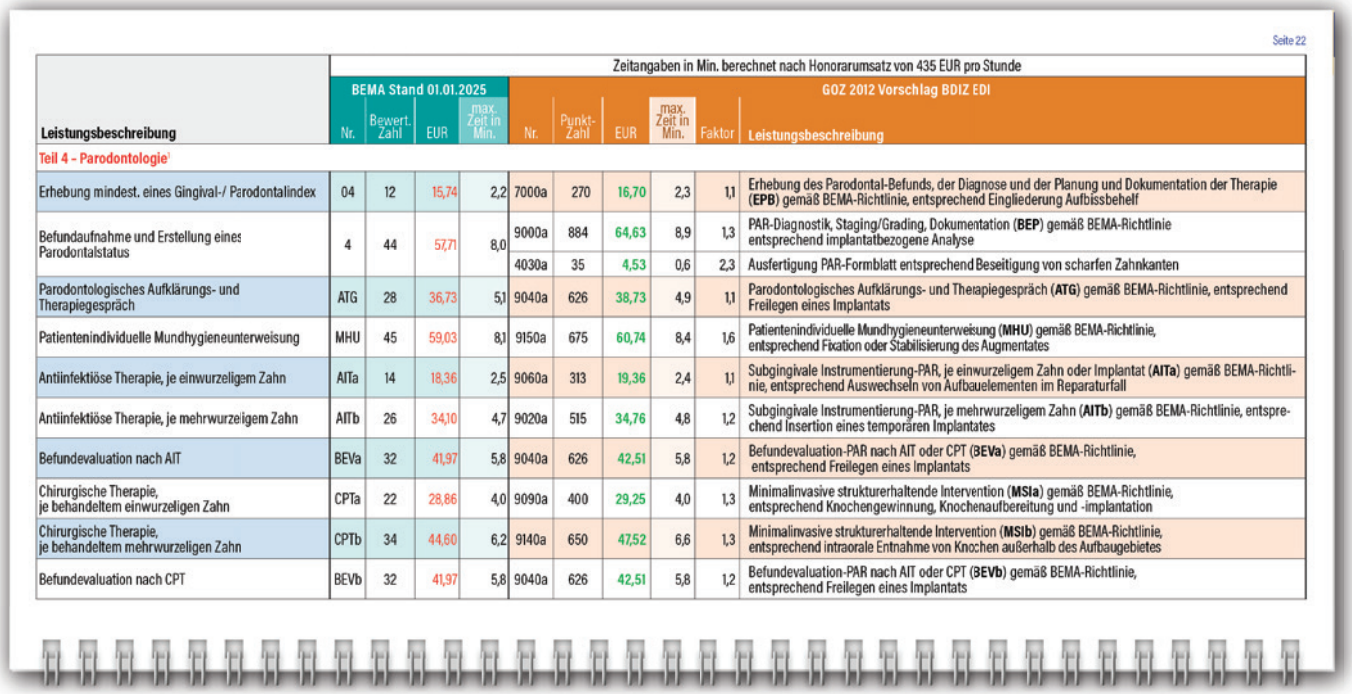
- Enthält alle relevanten zahnärztlichen Abrechnungsleistungen im BEMA, der GOZ und der GOÄ
- Enthält konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung in der Parodontitistherapie
- Enthält Zeitangaben in Minuten, berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 435 Euro im BEMA sowie in den Steigerungsfaktoren von 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: 55 Euro zzgl. Versandgebühren – Onlineshop: www.bdizedi.org/shop
- Mitglieder erhalten die Tabelle kostenfrei zugesandt

Um die Parodontitistherapie 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 mit dem nächsten Rundschreiben Anfang April zugesandt.

AWU



Seite 22

Leistungsbeschreibung	BEMA Stand 01.01.2025 Nr.	Bewert. Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	GOZ 2012 Vorschlag BDIZ EDI Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	Faktor	Leistungsbeschreibung
	Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 435 EUR pro Stunde									
Teil 4 – Parodontologie[1]										
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
					4030a	35	4,53	0,6	2,3	Ausfertigung PAR-Formblatt entsprechend Beseitigung von scharfen Zahnkanten
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
Antiinfektiöse 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
Antiinfektiöse 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 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 Zahnarzthonorare 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.

GOZ 2012 – die Analogieberechnung

Abrechnungsempfehlung zur Analogieberechnung

ANALOGIEBERECHNUNG

Die Analogabrechnung gewinnt in Folge der 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 Kostenerstatter 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 Analoglisten 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 labelle 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 allenfalls 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 Zahnarzthonorare an die allgemeine Kostenentwicklung bietet.**

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

Aber es ist hilfreich, wenn die generelle Richtung stimmt und man sich über die Beschreibung der analog abzurechnenden Leistungen im Berufsstand einig ist; 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 10.1544 – ausdrückte, „der Zahnarzt bei der Analogberechnung zahnärztlicher Leistungen nicht willkürlich eine Position heranziehen [darf], die ihm im Ergebnis als angemessen erscheint."

Andererseits billigt die Rechtsprechung dem Zahnarzt einen Beurteilungsspielraum bei der Auswahl der Analogziffern zu (OLG München, 07.12.2004 – 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 Sache nach eine abstrakte Rechtsnorm, die Analogziffer im Ergebnis also 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 13.05.2004 – III ZR 344/03 – auf einen entscheidenden Punkt hin: „Dem Arzt kann nicht angesonnen 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."

Das gilt insbesondere für die in den Gebührenordnungen bisher überhaupt nicht abgebildeten **Aufklärungsleistungen**, wie sie seit dem 26.02.2013 auch in den §§ 630c und 630e BGB enthalten sind.

Bibliografie

Analog-Tabelle 2026 mit Chairside-Leistungen
Ringbindung, 40 Seiten im Format 297 x 148 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: 45 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 angesonnen 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."

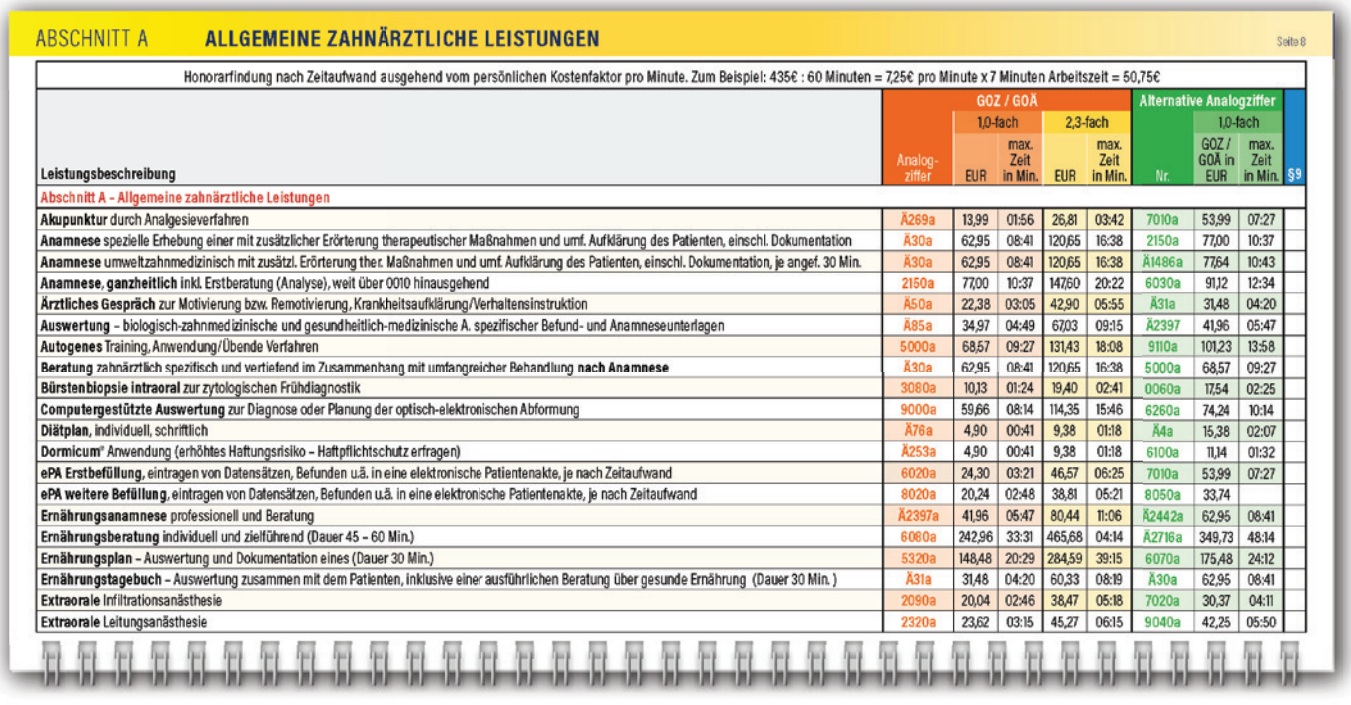
Die Hauptkriterien Art, Kosten und Zeit (2–4) sind gleichwertig (BGH, 23.1.2003 – III ZR 161/02 –). In der Praxis kann man diese Schritte nur ergebnisbezogen nachvollziehbar machen: Man ermittelt zuerst die angemessene Vergütung in Euro für den Regelfall (Steigerungsfaktor 2,3), rechnet diese durch Division mit dem Punktwert 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 derzeit 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



ABSCHNITT A **ALLGEMEINE ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN** Seite 8

Honorarfindung nach Zeitaufwand ausgehend vom persönlichen Kostenfaktor pro Minute. Zum Beispiel: 435€ : 60 Minuten = 7,25€ pro Minute x 7 Minuten Arbeitszeit = 50,75€

Leistungsbeschreibung	GOZ / GOÄ Analog-ziffer	1,0-fach EUR	1,0-fach max. Zeit in Min.	2,3-fach EUR	2,3-fach max. Zeit in Min.	Alternative Analogziffer Nr.	1,0-fach GOZ / GOÄ in EUR	1,0-fach max. Zeit in Min.	§9
Abschnitt A – Allgemeine zahnärztliche Leistungen									
Akupunktur durch Analgesieverfahren	Ä269a	13,99	01:56	26,81	03:42	7010a	53,99	07:27	
Anamnese spezielle Erhebung einer mit zusätzlicher Erörterung therapeutischer Maßnahmen und umf. Aufklärung des Patienten, einschl. Dokumentation	Ä30a	62,95	08:41	120,65	16:38	2150a	77,00	10:37	
Anamnese umweltzahnmedizinisch mit zusätzl. Erörterung ther. Maßnahmen und umf. Aufklärung des Patienten, einschl. Dokumentation, je angef. 30 Min.	Ä30a	62,95	08:41	120,65	16:38	Ä1486a	77,64	10:43	
Anamnese, ganzheitlich inkl. Erstberatung (Analyse), weit über 0010 hinausgehend	2150a	77,00	10:37	147,60	20:22	6030a	91,12	12:34	
Ärztliches Gespräch zur Motivierung bzw. Remotivierung, Krankheitsaufklärung/Verhaltensinstruktion	Ä50a	22,38	03:05	42,90	05:55	Ä31a	31,48	04:20	
Auswertung – biologisch-zahnmedizinische und gesundheitlich-medizinische A. spezifischer Befund- und Anamneseunterlagen	Ä85a	34,97	04:49	67,03	09:15	Ä2397	41,96	05:47	
Autogenes Training, Anwendung/Übende Verfahren	5000a	68,57	09:27	131,43	18:08	9110a	101,23	13:58	
Beratung zahnärztlich spezifisch und vertiefend im Zusammenhang mit umfangreicher Behandlung **nach Anamnese**	Ä30a	62,95	08:41	120,65	16:38	5000a	68,57	09:27	
Bürstenbiopsie intraoral zur zytologischen Frühdiagnostik	3060a	10,13	01:24	19,40	02:41	0060a	17,54	02:25	
Computergestützte Auswertung zur Diagnose oder Planung der optisch-elektronischen Abformung	9000a	59,66	08:14	114,35	15:46	6260a	74,24	10:14	
Diätplan, individuell, schriftlich	Ä76a	4,90	00:41	9,38	01:18	Ä4a	15,38	02:07	
Dormicum® Anwendung (erhöhtes Haftungsrisiko – Haftpflichtschutz erfragen)	Ä253a	4,90	00:41	9,38	01:18	6100a	11,14	01:32	
ePA Erstbefüllung, eintragen von Datensätzen, Befunden u.ä. in eine elektronische Patientenakte, je nach Zeitaufwand	6020a	24,30	03:21	46,57	06:25	7010a	53,99	07:27	
ePA weitere Befüllung, eintragen von Datensätzen, Befunden u.ä. in eine elektronische Patientenakte, je nach Zeitaufwand	8020a	20,24	02:48	38,81	05:21	8050a	33,74		
Ernährungsanamnese professionell und Beratung	Ä2397a	41,96	05:47	80,44	11:06	Ä2442a	62,95	08:41	
Ernährungsberatung individuell und zielführend (Dauer 45 – 60 Min.)	6080a	242,96	33:31	465,68	04:14	Ä2716a	349,73	48:14	
Ernährungsplan – Auswertung und Dokumentation eines (Dauer 30 Min.)	5320a	148,48	20:29	284,59	39:15	6070a	175,48	24:12	
Ernährungstagebuch – Auswertung zusammen mit dem Patienten, inklusive einer ausführlichen Beratung über gesunde Ernährung (Dauer 30 Min.)	Ä31a	31,48	04:20	60,33	08:19	Ä30a	62,95	08:41	
Extraorale Infiltrationsanästhesie	2090a	20,04	02:46	38,47	05:18	7020a	30,37	04:11	
Extraorale Leitungsanästhesie	2320a	23,62	03:15	45,27	06:15	9040a	42,25	05:50	

Neue Mitgliedsausweise und Mitgliedsurkunden 2026

Wir sind Familie

Auch im Jahr 2026 gibt der BDIZ EDI neu gestaltete Mitgliedsausweise und Mitgliedsurkunden im aktuellen Corporate Design an seine Mitglieder heraus, um den hohen Qualitätsanspruch des Verbandes sichtbar zu machen und die Zugehörigkeit zu einem der stärksten implantologischen Verbände in Europa zu unterstreichen.

Die Aktualisierung ist Teil der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verbandes, der heute über 3.000 Mitglieder in Deutschland und rund 6.500 Mitglieder europaweit vereint.

Ein frisches Design für eine starke Gemeinschaft

Die neuen Ausweise und Urkunden greifen das moderne Corporate Design des BDIZ EDI auf und setzen auf klare Linien, hochwertige Materialien und eine zeitgemäße Typografie. Ziel ist es, die Professionalität und internationale Ausrichtung des Verbandes auch visuell zu transportieren. Die Gestaltung orientiert sich an den zentralen Werten des BDIZ EDI: Qualität, Transparenz, Fortbildung, Recht und Abrechnung und europäische Vernetzung.

Mehr als ein Dokument: Ein Zeichen fachlicher Kompetenz

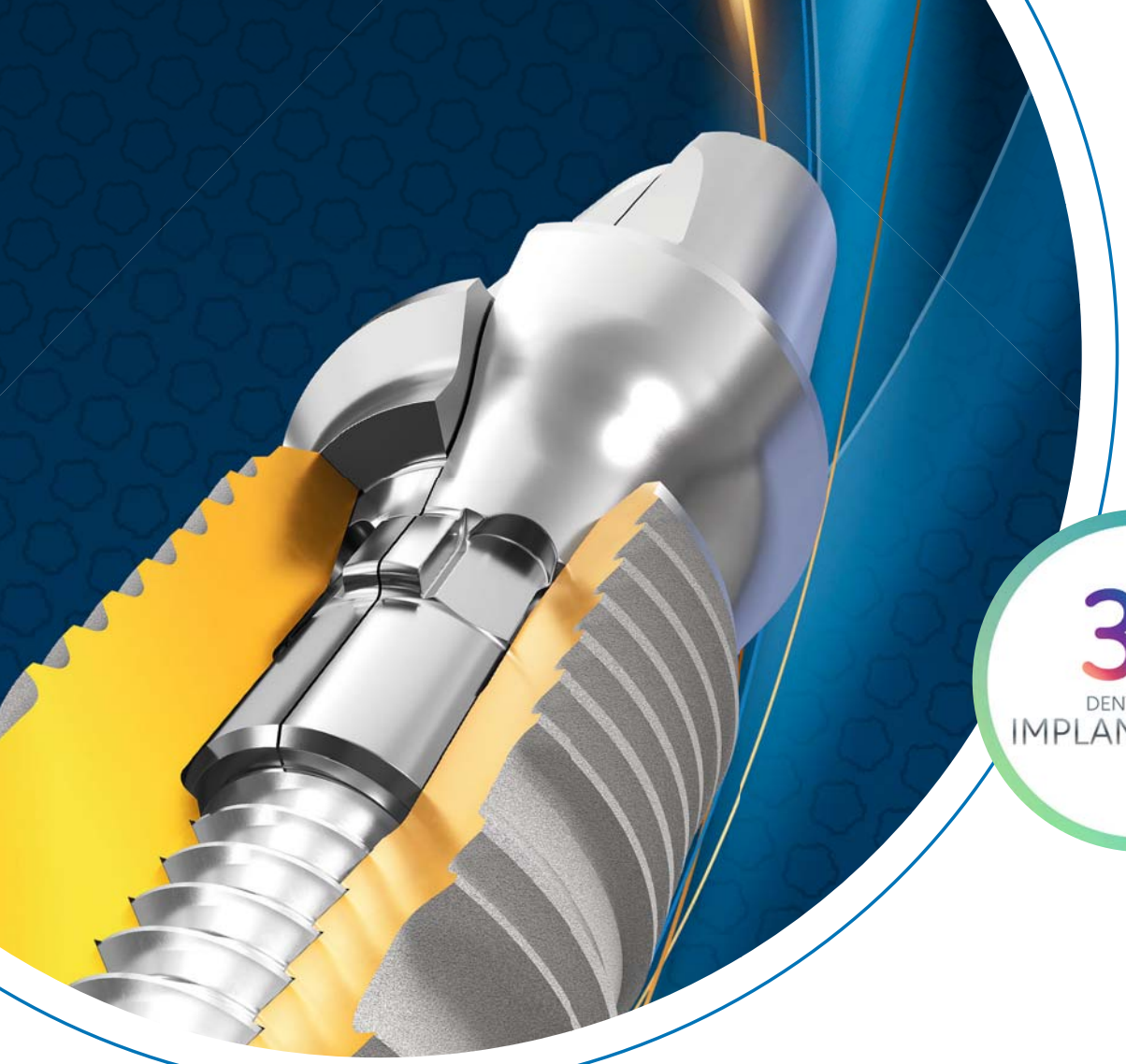
Der BDIZ EDI steht für fundierte implantologische Fortbildung, praxisnahe Unterstützung und eine starke berufspolitische Stimme. Die neuen Mitgliedsausweise und Urkunden sollen diese Identität stärken und den Mitgliedern ein sichtbares Zeichen ihrer Qualifikation und Verbandszugehörigkeit an die Hand geben.

Mitgliedschaft bedeutet Zugang zu einem breiten Spektrum an Wissen, Service und Fortbildungsmöglichkeiten, darunter das Curriculum Implantologie, die Abrechnungshotline, BDIZ EDI- und Analog-Tabelle und zahlreiche Veranstaltungen wie das Experten Symposium in Köln, das Europa-Symposium oder die Abrechnungswebinare.

Praktischer Nutzen im Praxisalltag

Der neue Mitgliedsausweis ist robust, handlich und eignet sich ideal für den Einsatz im Praxisalltag — etwa zur Legitimation gegenüber Fortbildungsanbietern, Kooperationspartnern oder im Rahmen beruflicher Netzwerke. Die Mitgliedsurkunde wiederum ist repräsentativ gestaltet und eignet sich zur Präsentation im Empfangsbereich oder Behandlungszimmer. Mitglieder haben übrigens auch die Möglichkeit, auf ihrer Praxiswebsite das Logo des BDIZ EDI zu präsentieren.

AWU



30 years DENTAURUM IMPLANTOLOGY

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!

CELEBRATE 140 DENTAURUM

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

DENTAURUM 1886

Der neue Messestand mit visuellem Statement

Starkes Konzept mit klarer Botschaft

Das neue Gesicht des BDIZ EDI bei Kongressen und auf Messen ist der neue dreiteilige Leuchtstand, der nicht nur als Informationspunkt dient, um den Verband zu finden, sondern ein visuelles Statement setzt: Der Verband setzt auf Kompetenz, Orientierung und die Nähe zur Praxis.

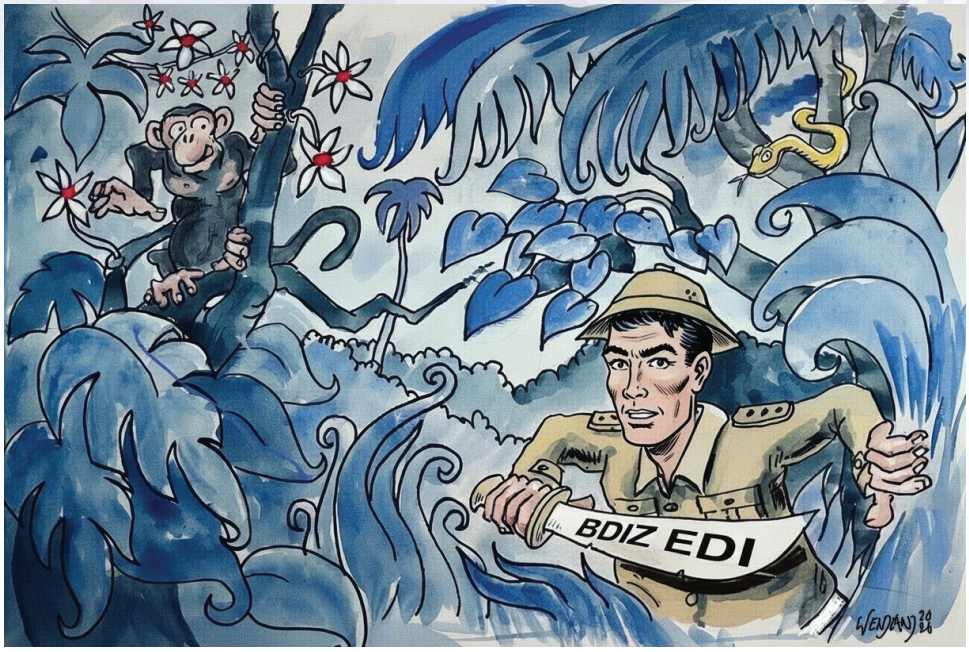
Jedes Banner transportiert eine klare Botschaft:

- **„Vorteile für unsere Mitglieder“:** Der Verband zeigt, was er bietet — konkret, praxisnah, ohne Floskeln.
- **„Abrechnung – Wir helfen“:** Das Zentrum des Standes kommuniziert die Kernkompetenz des BDIZ EDI: Unterstützung in komplexen Fragen der privatzahnärztlichen Abrechnung.
- **„Raus aus dem GOZ-Dschungel“:** Ein starkes Bild für ein reales Problem. Der Verband positioniert sich als Wegweiser durch die Gebührenordnung — ein Thema, das nach über 35 Jahren Stillstand beim GOZ-Punktwert die Zahnarztpraxen beschäftigen muss.

Design: Mutig, modern, wiedererkennbar

Der Messestand setzt auf drei völlig unterschiedliche, aber harmonisch aufeinander abgestimmte Bildwelten.

- **Pop-Art-Illustration:** Die linke Bannerfläche mit der überraschten Frau im Retro-Comic-Stil zieht sofort Aufmerksamkeit auf sich. Sie vermittelt Energie, Modernität und einen Hauch Selbstironie – ein Stilbruch, der bewusst gewählt ist, um aus der Masse der dentalen Fachstände herauszustechen.
- **Klarheit im Zentrum:** Das mittlere Banner bildet das ruhige Zentrum. Das BDIZ EDI Logo steht im Fokus, umgeben von einem klaren Weißraum und seriöser Typografie. Es wirkt wie ein Ankerpunkt zwischen den beiden emotionalen Bildwelten.
- **Jungle-Comic rechts:** Der „GOZ-Dschungel" wird humorvoll visualisiert. Die Szene mit dem Expeditionsforscher des BDIZ EDI zeigt, auf was es dem Verband ankommt, nach dem Motto: Ich haue euch raus und mache den Weg frei. Der Comic schafft Nähe und zeigt: Komplexe Themen dürfen verständlich und sympathisch kommuniziert werden.



Das Zusammenspiel aus Pop-Art, Corporate Design und Comic-Illustration erzeugt eine visuelle Dynamik, die sowohl auffällt als auch im Gedächtnis bleibt.

Die Bildsprache ist bewusst niedrigschwellig, humorvoll und nahbar. Sie zeigt: Der BDIZ EDI ist ein Verband, der nicht nur informiert, sondern begleitet.

Inhalt: Präzise, relevant, praxisorientiert

Der Messestand kommuniziert die wichtigsten Leistungen des BDIZ EDI auf den Punkt:

- Abrechnungsberatung
- Rechtsberatung
- Kostenlose Webinare
- Curricula und Zertifizierungen
- Praxisleitfäden
- Patienteninformationen
- Bestellmöglichkeiten über den Onlineshop

QR-Codes führen direkt zu Website und Shop — ein moderner, nutzerfreundlicher Ansatz, der den Kongress- und Messebesuchern den Zugang zu Informationen erleichtert.

Fazit

Der neue BDIZ EDI Messestand ist mehr als ein visuelles Update. Er ist ein strategisches Kommunikationsinstrument: aufmerksamkeitsstark, klar strukturiert, inhaltlich relevant und dabei sympathisch und professionell zugleich.

Er zeigt, wofür der Verband steht: Orientierung im Dschungel der Abrechnung mit Kompetenz, Humor und einem starken visuellen Profil. Präsident Christian Berger hat am Design maßgeblich mitgewirkt. Umgesetzt wurde es von der zwei N – Mediafaktur Neubauer & Nücken GbR aus St. Augustin.

AWU

Start am 23. und 24. Oktober 2026 in München

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. Die wissenschaftliche Leitung obliegt Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel.

Das Gutachter-Curriculum vermittelt neben aus gutachterlicher Sicht vertiefenden 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. Der Auftakt ist am Wochenende des 23. und 24. Oktober 2026 in München.

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 Tröltzsch (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 Kammerbeauftragte 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 Tröltzsch, 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).

Teil A: Rechtssicheres Behandeln

23.–24.10.2026 in München I 1. Modul: Gutachterwesen, Gerichte, Prozesswesen, in Präsenz I Referenten: Schlegel, Gröner, Ottmann-Kolbe, Benz

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

12.12.2026 I 2. Modul: Rechtsgrundlagen allgemein, online I Referenten: Ratajczak, Berger, Tröltzsch

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	Korrektes Abrechnen, Verteidigung eines zahnärztlichen Kollegen, Umgang mit Fehlern

Teil B: Gutachterwesen

18.–19.12.2026 I 3. Modul: Rechtsgrundlagen speziell*, online I Referenten: Müller, Schwendicke, Bechthold, Proff, Tröltzsch, Gernhardt

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

15.-16.01.2027 I 4. Modul I Referenten: Meyer, Rehberg, Bücher, Liepe, Ratajczak, Schlegel

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

12.–13.03.2027 I 5. Modul: Gericht live in München, in Präsenz I Moderation: Schlegel; Referenten: Gröner, Ottmann-Kolbe

Freitag 09:00–19:00 Uhr	Samstag 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	Gefahren vor Gericht: Befangenheit, Stolpersteine und Spielregeln bei der mündlichen Anhörung – Training und Livesimulation eines tatsächlichen Gerichtsverfahrens

6. Modul: Selbststudium und Gutachtenerstellung

02.–03.04.2027 I 7. Modul: Abschluss, in Präsenz I Referenten: Schlegel, Ottmann-Kolbe, Berger

Freitag 14:00–19:00 Uhr		Samstag 09:00–15:00 Uhr
14:00–19:00	Vorstellung der bearbeiteten Gutachtenfälle der Teilnehmer	Vorstellung der bearbeiteten Gutachtenfälle der Teilnehmer Abschlussdiskussion und Überreichen der Urkunden

Interesse?

Jetzt zum Gutachter-Curriculum des BDIZ EDI anmelden, denn es gibt insgesamt nur 30 Plätze, um den Lernerfolg zu sichern. Anmeldung mit dem Stichwort „Gutachter-Curriculum“ an office@bdizedi.org oder auf der Internetseite des BDIZ EDI: www.bdizedi.org.

Setzen Ihre Patient:innen ihre Zahnfleischgesundheit aufs Spiel? Lassen Sie uns gemeinsam helfen.

Setzen Sie auf meridol®

KURZZEITIGE BEHANDLUNG

TÄGLICHER ZAHNFLEISCH-SCHUTZ

Starke antiseptische Wirkung

7x effektiver* **28x stärkere Plaquereduktion****

Empfehlen Sie meridol® med Chlorhexidin 0,2 % zur kurzzeitigen effektiven Unterstützung der Zahnfleischgesundheit und meridol® PARODONT EXPERT zur Verstärkung der Wirkung des täglichen Zähneputzens#, um die Ursache von Zahnfleischproblemen zu bekämpfen§ und die Widerstandskraft des Zahnfleisches gegen Zahnfleischrückgang und Parodontitis zu stärken.

*meridol® PARODONT EXPERT Zahnpasta, in der Umkehr von gelegentlich blutenden zu nicht blutenden Stellen am Zahnfleisch, im Vergleich zu einer fluoridierten Zahnpasta (1.000 ppm F-, NaMFP), nach 6 Monaten bei zweimal täglicher Anwendung. Montesani et al., 2024, J Dent Res, 102 (SI_ #3967079). ** Nach 6 Monaten bei zweimal täglicher Anwendung im Vergleich zu einer fluoridierten Mundspülung, 200 ppm F- als NaF. Montesani et al., 2024, J Dent Res, 102 (SI_ #3969463). # Im Vergleich zu einer fluoridierten Zahnpasta (1.450 ppm F-, MFP/ NaF) § Reduziert bakterielle Plaque bei kontinuierlicher Anwendung, bevor Zahnfleischprobleme entstehen.

meridol® med Chlorhexidin 0,2 % Lösung zur Anwendung in der Mundhöhle. Zusammensetzung: 100 ml Lösung enthalten 1,0617 g Chlorhexidindigluconat-Lösung, entsprechend 200 mg Chlorhexidinbis (D-gluconat), Sorbitol-Lösung 70 % (nicht kristallisierend), Glycerol, Propylenglycol, Macrogolglycerolhydroxystearat, Cetylpyridiniumchlorid, Citronensäure-Monohydrat, Pfefferminzöl, Patentblau V (E 131), gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete: Zur zeitweiligen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle, als temporäre adjuvante Therapie zur mechanischen Reinigung bei bakteriell bedingten Entzündungen der Gingiva und der Mundschleimhaut sowie nach parodontalchirurgischen Eingriffen, bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit. Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels, bei schlecht durchblutetem Gewebe, am Trommelfell, am Auge und in der Augenumgebung. Nebenwirkungen: Reversible Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens, reversibles Taubheitsgefühl der Zunge, reversible Verfärbungen von Zahnhartgeweben, Restaurationen (Zahnfüllungen) und Zungenpapillen (Haarzunge). Dieses Arzneimittel enthält Aromen mit Allergenen. Selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf. In Einzelfällen wurden auch schwerwiegende allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock nach lokaler Anwendung von Chlorhexidin beschrieben. In Einzelfällen traten reversible desquamative Veränderungen der Mukosa und eine reversible Parotisschwellung auf. CP GABA GmbH, 20354 Hamburg. Stand: Januar 2026.

RÜCKSCHAU

Maßnahmenkatalog der deutschen Zahnärzte

„Gemeinsam Bürokratie abbauen“

Mit dem aktualisierten Maßnahmenkatalog „Gemeinsam Bürokratie abbauen!“ will die Zahnärzteschaft der Politik konkrete Vorschläge unterbreiten, um umständliche, überflüssige oder unverhältnismäßige Vorgaben abzubauen und die Praxen so gezielt zu entlasten und Bürokratie auch auf Ebene der Selbstverwaltung abzubauen. Darin enthalten sind Regelungen zum Bürokratieabbau in den Bereichen Medizinprodukte und Röntgen, der Abrechnungsprüfung und zum Ausbau der Digitalisierung. Ein wesentlicher Baustein für die Erstellung des Maßnahmenkatalogs war eine zuvor durchgeführte Online-Umfrage von Zahnärztinnen und Zahnärzten auf Basis ihrer Erfahrungen im Praxisalltag mit besonders belastenden und zeitintensiven Bürokratieaufwänden.

Quelle: zm-Online vom 12.3.2026

S3-Leitlinie Zahnimplantatversorgungen

Bei Zahnnichtanlagen und Syndromen

Die S3-Leitlinie „Zahnimplantatversorgungen bei Zahnnichtanlagen und Syndromen“ wurde nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) aktualisiert. Sie bezieht nun Patienten mit Nichtanlagen einzelner Zähne ein und setzt neue Akzente bei genetischer Abklärung und Implantationszeitpunkt ein. Federführend durch DGI und DGZMK wurde in Zusammenarbeit mit 16 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentierte Entscheidungshilfe zur kaufunktionellen Rehabilitation bei Patienten mit syndromalen und non-syndromalen Nichtanlagen von bleibenden Zähnen vorgelegt. Zu den wichtigsten Änderungen zählt, dass die Leitlinie nicht mehr nur auf multiple Nichtanlagen zielt. Das Empfehlungsspektrum schließt nun ausdrücklich auch Patientinnen und Patienten mit Nichtanlagen einzelner Zähne ein. Darauf verweist auch die geänderte Bezeichnung: Aus „multiplen Nichtanlagen“ wurden allgemein „Nichtanlagen“.

Quelle: zm-Online vom 17.3.2026

In der Zahnarztpraxis

Ethanol darf weiter verwendet werden

Ethanol kann aus Sicht des Ausschusses für Biozidprodukte (BPC) der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) zur Verwendung in Hand- und allgemeinen Desinfektionsmitteln zugelassen werden. Diese Empfehlung hat der Ausschuss ausgesprochen. Hintergrund ist die Biozidverordnung, nach der alle in Biozidprodukten verwendeten Wirkstoffe genehmigt werden müssen, bevor diese Produkte zugelassen werden können. Der BPC gibt wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen zu diesen Stoffen ab, um ihre Sicherheit und Wirksamkeit zu bewerten. Der Ausschuss hat keine Stellung dazu genommen, ob Ethanol als krebserzeugender oder reproduktionstoxischer Stoff einzustufen ist. „Die meisten Belege für die karzinogenen und reproduktionstoxischen Eigenschaften von Ethanol stammen aus dem freiwilligen oralen Konsum alkoholischer Getränke“, hieß es aus dem BPC. Dies sei aber kein ausreichender Grund dafür, Ethanol auch für Desinfektionszwecke zu verbieten. Die Europäische Chemikalienagentur wird die BPC-Stellungnahme jetzt an die Europäische Kommission weiterleiten. Folgen die Kommission und danach die Mitgliedstaaten dem BPC-Votum, können biozidhaltige Produkte, die Ethanol enthalten, gemäß der Biozidproduktverordnung zugelassen werden. Unternehmen müssen eine Produktzulassung auf nationaler Ebene oder eine EU-Zulassung beantragen. Die Bundeszahnärztekammer hatte im Vorfeld davor gewarnt, Ethanol als „reproduktionstoxisch“ einzuordnen, wie es die ECHA ursprünglich mit ihrer Neubewertung von Ethanol plante. Dies käme einem praktischen Verbot von Ethanol zur Desinfektion von Händen und Oberflächen gleich, kritisierte die BZÄK. Ein solches Verbot hätte weitreichende Folgen für Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Pflegeheime.

Quelle: Ärzte-Zeitung vom 25.2.2026, PM der BZÄK vom 13.1.2026

VORSCHAU

Mit Patienten-Feedback die Behandlungsqualität verbessern

Neue Befragungs-Tools für Zahnarztpraxen

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat acht Online-Fragebögen entwickelt, mit denen Zahnarztpraxen von ihren Patientinnen und Patienten Feedback zur Behandlungsqualität einholen können. Wurden die Mundwinkel während der PZR schmerzhaft gedehnt? Wie gut hat die Betäubung während der Wurzelkanalbehandlung gewirkt? Sind die Zähne nach der Parodontitisbehandlung weniger kälteempfindlich als vorher? Solche Fragen können sich Praxisinhaberinnen und -inhaber mithilfe der Fragebögen beantworten lassen. Die Befragung zur PZR kann direkt im Anschluss an die Behandlung erfolgen. Bei Einverständnis der Patienten erhalten sie einen Link und einen Anmelde-Code zur Umfrage. Auch für Feedback zu den anderen sieben Behandlungen sollten die Mitarbeitenden direkt am Behandlungstag das Einverständnis einholen. Den Link zur Umfrage erhalten Patienten allerdings erst vier bis acht Wochen später, wenn sich die Zufriedenheit mit beispielsweise dem chirurgischen Eingriff oder dem neuen Zahnersatz abschließend bewerten lässt. Alle Fragebögen sind anonym innerhalb von sechs bis acht Minuten via Smartphone, Tablet oder PC ausfüllbar. Zum Leistungspaket für Praxen gehören Informationsmaterialien und eine Hotline, an die sich sowohl die Teilnehmer als auch das Praxisteam bei Problemen wenden können. Die Fragebögen sind in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) entstanden. Dabei entwarfen die zuständigen Fachausschüsse der BZÄK die Fragen und prüften die Bögen im Rahmen einer Pilotstudie in verschiedenen zahnärztlichen Praxen. Das DKI übernimmt den operativen Support für die Umfragen, wertet die Daten aus und stellt den Niedergelassenen einen digitalen Ergebnisbericht zur Verfügung.

Für die Nutzung des Online-Tools fallen Gebühren an: Eine dreimonatige Befragung inklusive Auswertung kostet für den Fragebogen zur PZR 299 Euro. Für alle anderen Module zahlen Praxen jeweils 499 Euro. Im Preis enthalten sind bis zu 100 ausgefüllte Fragebögen. Ansichtsexemplare der Fragebögen gibt es hier:

Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Interesse an der Befragung haben, sollen sich direkt an das DKI wenden. Ansprechpartnerin ist Dr. Sabine Löffert, Tel.: +49 211 4705-156, E-Mail: sabine.loeffert@dki.de.

Berichtssystem zur zahnärztlichen Versorgung

CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Seit vielen Jahren unterstützt das gemeinsame Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!" von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) Zahnärztinnen und Zahnärzte dabei, unerwünschte Ereignisse in ihren Praxen zu vermeiden. Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten in der zahnärztlichen Versorgung wird damit weiter erhöht. Um noch mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte auf das Portal aufmerksam zu machen und zur Teilnahme zu animieren, haben BZÄK und KZBV neue Anzeigen zu dem gemeinsamen Berichts- und Lernsystem aufgelegt. Sie können die Anzeigen gerne kostenfrei für Ihre Internetauftritte und/oder Printpublikationen verwenden. Das System ist über den QR-Code erreichbar.

Quelle: Info der BZÄK vom 16.3.2026

Steigende Kosten im Gesundheitssystem

Warken will Ausgaben begrenzen

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat in Aussicht gestellt, dass die Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht weiter steigen werden. „Mein Ziel ist, den Zusatzbeitrag mindestens stabil zu halten. Diesen Sparddruck brauchen wir", sagte sie dem Nachrichtenportal Politico laut AFP-Meldung. Insgesamt führe „kein Weg daran vorbei, den Anstieg der Ausgaben zu begrenzen", sagte sie mit Blick auf die steigenden Kosten im Gesundheitssystem. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) hatten ihre Zusatzbeiträge erst zum Jahresbeginn um 0,19 Prozentpunkte erhöht. Damit liegt der durchschnittliche, nach Mitgliedern gewichtete Satz mittlerweile bei 3,13 Prozent. Den konkreten Zusatzbeitrag legen die Krankenkassen jeweils selbst fest und begründen die Erhöhungen regelmäßig mit gestiegenen Kosten. Eine von Warken eingesetzte Expertenkommission arbeitet derzeit an einem Konzept für Einsparungen im System, „das Maßnahmen für alle Bereiche enthalten wird", sagte die Ministerin Politico. „Es wird von vielen Seiten Bedenken geben, davon gehe ich aus. Jede Berufsgruppe wird ihren ganz persönlichen Widerstand organisieren. Aber das muss ich aushalten." Die Kommission habe den Auftrag, ein Sparpotenzial in Höhe von rund 25 Milliarden Euro vorzuschlagen, sagte die Ministerin. Sie selbst rechnet demnach damit, dass die tatsächliche Lücke im kommenden Jahr bei zwölf bis 14 Milliarden Euro liegen wird.

Quellen: AFP, Stern vom 10.3.2026

Die 21. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) des BDIZ EDI aktualisiert Praxisleitfaden zum digitalen Workflow

Digitale Implantologie im Wandel

Der digitale Workflow in der Zahnmedizin hat in den vergangenen zwei Jahren einen deutlichen Technologiesprung erlebt. Insbesondere die orale Implantologie ist davon betroffen. KI-gestützte Analyseverfahren, vernetzte Datenplattformen und hochpräzise CAD/CAM-Prozesse prägen heute einen Workflow, der schneller, sicherer und vorhersagbarer ist als je zuvor. Dies ist die Bilanz des 21. Experten Symposium des BDIZ EDI und zugleich der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC), die den Praxisleitfaden des BDIZ EDI aus dem Jahr 2024 aktualisiert hat.

Gleichzeitig stellen die Referenten und das international zusammengesetzte Gremium der EuCC fest, dass ein zentraler Grundsatz unverändert bleibt: Die klinische Verantwortung liegt weiterhin vollständig beim Behandler – auch wenn KI-Systeme immer leistungsfähiger werden.

Moderne Software erkennt anatomische Strukturen zuverlässiger, fusioniert Bilddaten präziser und unterstützt die Implantatpositionierung mit hoher Vorhersagbarkeit. Offene Schnittstellen und cloudbasierte Plattformen ermöglichen einen durchgängigen, medienbruchfreien Workflow zwischen Praxis, Labor und Industrie. Neue CAD/CAM-Systeme liefern Bohrschablonen, Provisorien und Suprastrukturen mit gesteigerter Passgenauigkeit und kürzeren Produktionszeiten. Guided Surgery und digitale Prothetik sind heute Standardbestandteile moderner Implantatbehandlung.

Trotz aller technologischen Fortschritte bleibt ein Punkt unverrückbar: KI ist ein Assistenzsystem, kein Entscheidungsträger. Die finale klinische Bewertung, die Indikationsstellung, die chirurgische Umsetzung und die therapeutische Verantwortung liegen weiterhin vollständig beim Behandler. KI-gestützte Tools liefern wertvolle Unterstützung, ersetzen aber weder fachliche Expertise noch ärztliche Sorgfaltspflicht.

Fazit

Die digitale Implantologie hat in den vergangenen zwei Jahren einen Reifegrad erreicht, der Präzision, Effizienz und Patientenerlebnis nachhaltig verbessert. Gleichzeitig bleibt die Rolle des Behandlers zentral: Moderne Technologien erweitern die Möglichkeiten, aber sie ersetzen nicht die klinische Verantwortung, Erfahrung und Entscheidungsfähigkeit des Menschen.

Bezug

Der Praxisleitfaden 2026: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie wird allen Mitgliedern kostenfrei zugesandt. Er kann in deutscher und englischer Sprache im Onlineshop des BDIZ EDI unter www.bdizedi.org für 6,00 Euro zzgl. Versandkosten erworben werden.

© pickup – stock.adobe.com

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

Praxisleitfaden

2. Update: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie

21. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) 2026 in Köln

14. Februar 2026

Autoren: Christian Berger
Prof. Dr. H.-J. Nickenig M.Sc.
Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Univ.-Prof. Dr. Daniel Edelhoff

Teilnehmer:
Dr. E. Anitua (Spanien)
Ch. Berger (Deutschland)
Univ.-Prof. Dr. Dr. F. Beuer (Deutschland)
Prof. Dr. R. Celic (Kroatien)
Dr. E. Çerekja (Albanien)
Dr. E. O'Connell (Großbritannien)
Univ.-Prof. Dr. D. Edelhoff (Deutschland)
Dr. Th. Fortin (Frankreich)
Dr. V. Gowd (Indien)
Univ.-Prof. Dr. Dr. P. Kämmerer, MA FEBOMFS (Deutschland)
Dr. F. Kasapi (Nordmazedonien)
Prof. Dr. K. Krasny (Polen)
Prof. Dr. P. Kobler (Kroatien)
Prof. Dr. Dr. Dr. V. Konstantinović (Serbien)
Univ.-Prof. Dr. K. Nagy (Ungarn)
Prof. Dr. H.-J. Nickenig (Deutschland)
Dr. B. Singh (Nepal)
Prof. Dr. H. Özyuvacı (Türkei)
Univ.-Prof. Dr. Dr. R. Smeets (Deutschland)
Prof. Dr. R. Smucler (Tschechische Republik)
Dr. Dr. M. Tröltzsch (Deutschland)
Dr. J. W. Vaartjes (Niederlande)
Dr. G. Werling (Deutschland)
Prof. Dr. A. Wojtowicz (Polen)

Präambel

Durch die rasanten Weiterentwicklungen im Bereich des digitalen Workflows (insbesondere im Bereich der CAD/CAM-gestützten Suprakonstruktionen) erfolgt ein erneutes Update des EuCC-Praxisleitfadens 2024.

Inhalt

1 Methodik
2 Problemstellung
3 Digitale Diagnostik
4 Digitale Abformung und Bildgebung
5 CAD/CAM-gestützte Transplantationstechniken
6 3D-basierte, geführte Implantatpositionierung
7 Digitale Laborverfahren
8 Künstliche Intelligenz (KI) in der oralen Implantologie
9 Zusammenfassung
10 Literatur

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

Praxisleitfaden

2. Update: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie

1 Methodik

1.1 Zielsetzung

Der vorliegende Praxisleitfaden soll dem implantologisch tätigen Zahnarzt/Arzt Empfehlungen die Hand geben, um die Indikationen (und evtl. Indikationseinschränkungen) einer möglichen Verwendung eines digitalen Workflows zutreffend einschätzen zu können.

1.2 Einleitung

Das vorliegende Konsensuspapier deckt die verschiedenen digitalen Verfahren zur Diagnose, chirurgischen Vorbereitung, digitalen Implantatplanung und prothetischen Rehabilitation ab, wie sie in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Europäischen Konsensuskonferenz Implantologie (EuCC, Köln, 14. Februar 2026), typischerweise verwendet werden.

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

1.3 Hintergrund

Digitale Verfahren zur Verbesserung oder Vereinfachung des implantatprothetischen Workflows werden für verschiedene Behandlungsschritte vorgestellt. Um ein annehmbares Behandlungsergebnis zu gewährleisten, muss für jede Indikation die richtige digitale Vorgehensweise gewählt werden.

1.4 Literaturrecherche

Es wurden die Literaturdatenbanken Cochrane Library, EMBASE, DIMDI und Medline für eine systematische Suche nach in letzter Zeit veröffentlichten Daten zum digitalen Workflow und direkt verwandten Themen herangezogen. Die Suchstrategie beinhaltete ausgewählte Suchbegriffe wie *digital, implant, CAD/CAM, grafting, guided surgery, abutment, superstructure, surgical guide*, *printing, AI*. Die Sichtung der aufgefundenen Literaturstellen erfolgte anhand der Abstracts. Nicht relevante Literaturstellen wurden zu diesem Zeitpunkt identifiziert und ausgeschlossen. Literaturstellen mit einem (möglichen) inhaltlichen Bezug wurden als Volltext beschafft. Zum Thema liegen mehrere Review-Arbeiten, Metaanalysen und randomisierte klinische Studien (Randomised Controlled Trials) und andere prospektive oder retrospektive systematische klinische Studien vor.

1.5 Verfahren zur Erstellung der Leitlinien der Konsensuskonferenz

Als Grundlage diente das Update 2024 des EuCC-Praxisleitfadens. Dieses wurde nach Aktualisierung – insbesondere des Punktes „7. Digitale Laborverfahren“ – von den Mitgliedern der EuCC geprüft und diskutiert. Interdisziplinäre Abteilung für Orale Chirurgie und Implantologie und Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Köln. Dieser Erstentwurf wurde sodann von den versammelten Mitgliedern der EuCC geprüft und diskutiert, und zwar entsprechend des folgenden Ablaufplans:

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

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

© pickup – stock.adobe.com

Praxisleitfaden

2. Update: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie

2 Problemstellung

Verschiedene Phasen komplexer implantatprothetischer Behandlungen können mit Unterstützung der Digitaltechnik ausgeführt werden. In ausgewählten Fällen zielt man heute sogar darauf ab, durch einen vollständig digitalen Workflow die Behandlungseffizienz und die Behandlungsergebnisse zu verbessern **[34, 35]**. Hierfür gibt es verschiedene Ansätze, aber deren Innovationszyklen und die spezifischen Ergebnisse sollten im Interesse einer komplikationsfreien Anwendung in der täglichen Praxis unbedingt berücksichtigt werden.

3 Digitale Diagnostik

3.1 Einleitung

Die implantologische Standarddiagnostik stützt sich nach wie vor auf referenzierte Panorama-Röntgenaufnahmen (Kugelmessaufnahmen), die aber in Bezug auf die Messgenauigkeit und die Möglichkeit, das zur Verfügung stehende Knochenangebot zu ermitteln, gewissen Einschränkungen unterliegen **[26, 81]**. Morphologische Studien zeigen, dass die 3D-Diagnostik im Vergleich eine exakte Vermessung des Knochenlagers in allen Kieferregionen ermöglicht. 3D-Diagnostik stellt zudem die Voraussetzung zur Umsetzung der prothetischen Zielsetzung mittels chirurgisch geführter (navigierter) Verfahren dar **[61, 62]**.

3.2 Digitale Volumentomografie (DVT)

Der Einsatz von 3D-Daten auf Basis der Kegelstrahl-Computertomografie, also der digitalen Volumentomografie (DVT), liefert umfassendere Informationen und hilft dadurch, Probleme und Komplikationen zu vermeiden und eine detailliertere, verlässliche Diagnose zu stellen **[21]**. Zusätzlich zu den klassischen Indikationen der Kontrolle von Transplantationsverfahren oder der Beurteilung der individuellen Kiefermorphologie sind heute Verfahren wie z.B. die Sofortimplantation, die Sofortbelastung sowie Techniken zur exakten Umsetzung der prothetischen Zielsetzung hinzuzuzählen **[63]**. Aktuelle Geräte mit Niedrigdosisprotokoll ermöglichen eine Implantatplanung mit reduzierter Strahlendosis, ohne die Genauigkeit der geführten Implantation zu beeinträchtigen **[71]**.

4 Digitale Abformung und Bildgebung

Auch andere als röntgentechnisch gewonnene digitale Daten leisten einen Beitrag zur Diagnosestellung in der zahnärztlichen Prothetik auf funktioneller und ästhetischer Grundlage.

4.1 Definition

Digitale Abformungen erfolgen als Chairside-Scans und liefern die Daten für Bohrschablonen, Meistermodelle und Implantataufbauten und Gingivaformer.

4.2 Aktuelle Beobachtungen

Digitale Abformungen und CAD/CAM-Verfahren sparen Zeit und sorgen für stabile und vorhersagbare Ergebnisse **[103]**. In Bezug auf die klinischen Ergebnisse gibt es keinen Unterschied zwischen der konventionellen und der digitalen Abformung, auch nicht in Fällen, in denen ein ganzer Kiefer abgeformt wird **[25, 50]**. Die Genauigkeit des Scannens des gesamten Kieferbogens mit dem Intraoralscanner unterscheidet sich je nach klinischem Szenario, wie z.B. den Scan-Strategien **[49, 99]**.

Das digitale Scannen erwies sich für implantatgetragene Restaurationen als zeitsparend und einfach, z.B. aufgrund der Verwendung von Scanbodies **[52]**. Es wurden keine signifikanten Unterschiede im röntgenologisch gemessenem marginalen Knochenverlust zwischen Behandlungen mit digitalen Scans und solchen mit konventionellen Abformungen festgestellt **[79]**.

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

Praxisleitfaden

2. Update: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie

Neue Technologien wie die Spektrophotogrammetrie könnten den Arbeitsablauf bei vollständig zahnlosen Patienten oder Patienten mit mehreren Implantaten erheblich verbessern **[73]**.
Die Methode der Best-Fit-Algorithmusregistrierung erzielte im bezahnten Kieferbereichen bessere Richtigkeit und Präzision als die manuelle Punkt-zu-Punkt-Registrierung. Dabei wird die Genauigkeit der Registrierung zwischen digitalisierten okklusalen Oberflächenscans und digitalen Abgüssen sowohl von der Registrierungsmethode als auch von der Lage und Ausdehnung der edentulösen Bereiche beeinflusst **[66]**.

4.3 Vermeidung von Komplikationen

- Das präzise Scannen eines ganzen Kieferbogens erfordert spezielle Scanstrategien.
- Die digitale Übertragung der Okklusionssituation und der Artikulation hat sich aber noch nicht für den klinischen Routineeinsatz etabliert.
- Es wurden signifikante Genauigkeitsunterschiede zwischen Intraoralscannern festgestellt, was eine individuelle Auswahl für die verschiedenen Behandlungsprotokolle erfordert **[99]**.

5 CAD/CAM-gestützte Transplantationstechniken

5.1 Einleitung

Zur Reduzierung der Entnahmemorbidität wurden in der Vergangenheit verschiedene Arten von allogenen oder xenogenen Blocktransplantaten vorgestellt **[46]**. Die erzielten Ergebnisse und die vorhandene Evidenz werden kontrovers diskutiert **[7, 10]**. Alternativ werden Titangitter verwendet, um das Transplantat zu stabilisieren, aber dies erfordert eine intensive intraoperative Anpassung an den Defekt. Individuelle, durch Kopierfräsen hergestellte Implantate und segmentierte DVT-Daten wurden schon früher vorgestellt, haben sich aber noch nicht für den klinischen Routineeinsatz etabliert **[42, 78, 86]**.

5.2 Individuelle Knochenblöcke und Implantate

Um Ergebnisse zu verbessern und Arbeitsabläufe zu vereinfachen, wird der Einsatz von CAD/CAM-Technik und DVT zur individuellen Herstellung von Knochenblöcken, Titangittern und Implantaten empfohlen **[12, 13, 47, 88]**.
Um das Ergebnis zu verbessern, werden derzeit verschiedene Techniken für 3D-gedruckte Gerüste mit der Option der Verwendung von Stammzellen oder BMP wissenschaftlich untersucht **[12]**.

5.3 Aktuelle Beobachtungen

Berichte über entsprechende klinische Ergebnisse sind immer noch umstritten **[24, 41]**.
Die Expositionsrate bei CAD/CAM-Titangittern ist geringer als bei der konventionellen Formgebung, aber es wurden immer noch hohe Raten von 31 % beobachtet **[30, 106]**.

5.4 Vermeidung von Komplikationen

Für alle dargestellten Techniken ist ein spezielles Weichgewebemanagement erforderlich.

6 3D-basierte, geführte Implantatpositionierung

6.1 Einleitung

Es gibt verschiedene Systeme für die geführte Chirurgie, die mit Führungsschablonen und Echtzeit-Navigation arbeiten **[20, 58]**. Die Genauigkeit der chirurgischen Schablonen unterscheidet sich nicht wesentlich von der dynamisch geführten Chirurgie **[3, 53, 103]**. Die Studien zur geführten Chirurgie zeigen, dass bei Einhalten des Protokolls, unter klinischen Bedingungen, mit einer Exaktheit von etwa 1 mm Positionsabweichung und ca. 5 Grad Winkelabweichung im Vergleich zur berechneten Idealpositionierung zu rechnen ist. Ergebnisse der Freihand-Implantatinsertion sind demgegenüber nicht exakt vorhersagbar

© pickup – stock.adobe.com

37, 59, 60, 94]. Mindestabstände zu benachbarten Strukturen (z. B. N. alveolaris inferior, Nachbarzähne, Kieferhöhle) müssen eingehalten werden.

6.2 Abstützung von Führungsschablonen

Die Abstützung bzw. intraoperative Lagerung der Führungsschablonen kann unterschiedlich erfolgen. Neben der dentalen oder schleimhautgestützten Abstützung wird auch über Knochenabstützung oder Stabilisierungen über Hilfsimplantate oder Ankerstifte berichtet. Die klinischen Ergebnisse sind nahezu gleich günstig **[20, 60, 91]**.

6.3 Optimierung der prothetischen Zielsetzung

Das Matchen bzw. Registrieren von digitalen prothetischen Planungsdaten (z.B. Wax-up/Mock-up) oder dreidimensionalen Fotografien ist indiziert und führt über den 3D-basierten Workflow und 3D-Druck zu Führungsschablonen, die die exakte prothetische Zielsetzung beinhalten.

6.4 Unterstützung minimalinvasiver Verfahren

Aufgrund der digital erfassten, optimierten Planungsdaten in Kombination mit der Umsetzungsgenauigkeit einer geführten Chirurgie kann die Weichgewebemobilisierung zur Augmentation oder Implantation in vielen Fällen reduziert werden. Als Beispiele sind modifizierte Verfahren zur externen Sinusbodenelevation oder dem Bone-Splitting zu nennen, bei denen die Weichgewebe des Restknochens belassen werden können **[64, 65]**.

Neue Technologien mit Augmented Reality-gestützter Navigation könnten eine bessere Genauigkeit bieten als herkömmliche Navigation und Freihandverfahren **[101, 102]**.

7 Digitale Laborverfahren

7.1 3D-Druck

7.1.1 Einleitung

Für die Herstellung von Führungsschablonen, 3D-basierten Metallgerüsten, Healing-Abutments oder sekundären Keramik- oder Polymeraufbauten stehen verschiedene Druckverfahren zur Verfügung **[69]**.

7.2. CAD/CAM-gestützte Aufbauten und Suprakonstruktionen

7.2.1 Definition

Es gibt mehrere CAD/CAM-Fertigungsverfahren, z.B. das Fräsen, das 3D-Drucken oder das Laserschmelzverfahren (SLM) **[38, 43]**. Sie erfordern sämtlich einen validierten Workflow **[90]**.

Untersuchungen zur Präzision von verschraubten CAD/CAM-Aufbauten zeigten eine höhere Präzision als bei herkömmlichen oder kopiergefrästen Aufbauten, wobei keine relevanten Unterschiede zwischen den verwendeten Materialien festgestellt wurden **[1, 22, 23, 39]**.
So liegen die Randpassungen von Zwischenkronen und von implantatgetragenen Gerüsten, die additiv oder subtraktiv hergestellt wurden, im klinisch akzeptablen Bereich **[22, 56, 95]**. Gleichwohl konnte eine Studie mittels Mikro-Computertomografie zeigen, dass Kronenrestaurierungen, die mit verschiedenen 3D-Druckern hergestellt wurden, erhebliche Unterschiede in der Passform aufwiesen **[11, 27]**.
Ein neu formuliertes 3D-Druckharz zeigte allerdings eine geringere volumetrische Schrumpfung, eine hohe Genauigkeit und ausreichend mechanische Eigenschaften im Vergleich zu den kommerziell erhältlichen Harzmaterialien **[45]**.

Praxisleitfaden

2. Update: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie

Dabei zeigte sich auch, dass die Art der Oberflächenbehandlung bei allen CAD/CAM-Fertigungsverfahren eine Auswirkung auf die Rauheit, Transluzenz und Färbung hatte **[8, 14, 62, 84, 85, 100]**.

Belege für die mechanischen Eigenschaften dreidimensionaler (3D) gedruckter und computergestützter Konstruktions- sowie computergestützter Fertigungsmaterialien (CAD/CAM) sind begrenzt **[107]**. Eine in-vitro-Studie konnte zeigen, dass die Herstellungsmethode die mechanischen Eigenschaften beeinflussen kann. So wiesen die 3D-gedruckten Materialien geringere mechanische Eigenschaften auf als gefräste Materialien, obwohl das Thermocycling alle Materialien negativ beeinflusste **[75]**. Andererseits konnte auch gezeigt werden, dass das 3D-gedruckte Harz-Kronenmaterial weniger antagonistischen Zahnschmelz-Verschleiß als Lithiumdisilikat auslöste **[17]**.

Es gibt Anzeichen dafür, dass Harzverbundblöcke die Biofilmbildung reduzieren können **[36]**.

In jüngster Zeit wurde auch über Fortschritte im Metall-3D-Druck berichtet, der aber noch keine klinische Relevanz besitzt **[82]**.

7.2.2 Aktuelle Beobachtungen

Die verfügbaren Daten suggerieren vielversprechende Ergebnisse für die CAD/CAM-gefertigten implantatgetragenen Restaurationen. So zeigte eine 6-monatige Nachbeobachtungstudie von implantatgestützten monolithischen Rehabilitationen mit festen Prothesen nach dem All-on-4-Konzept und einem vollständigen digitalen Workflow-Protokoll, dass dies bereits eine praktikable Option darstellt **[19, 68]**. Die aktuelle Evidenz ist jedoch aufgrund der Qualität der verfügbaren Studien und Fehlen klinischer Langzeitdaten (fünf Jahre oder mehr) nur begrenzt **[32,69]**.

7.2.3 Vermeidung von Komplikationen

- Bei der Verwendung von CAD/CAM ist es empfehlenswert, einem validierten Workflow zu folgen.
- Wenn ein Schritt im Workflow geändert wird, ist es empfehlenswert, den kompletten Workflow erneut zu validieren.
- Aufgrund der Flexibilität des Unterkiefers sollten für die Rekonstruktion des gesamten Kiefers edelmetallfreie Gerüste verwendet werden. Für die keramische Verblendung sollte eine hochelastische Legierung verwendet werden.

8 Künstliche Intelligenz (KI) in der oralen Implantologie

8.1 Einleitung

Eine wachsende Zahl von Studien setzt Deep Learning in der oralen Implantologie ein, vor allem bei der digitalen radiologischen Bildgebung **[6]**. KI-Modelle, die Panorama- und periapikale Röntgenaufnahmen verwenden, können Implantatsysteme genau identifizieren und kategorisieren oder Veränderungen des marginalen Knochenniveaus erkennen **[5, 18]**. Segmentierungsverfahren für anatomische Strukturen werden durch KI-Unterstützung verbessert **[2]**.

8.2 Aktuelle Beobachtungen

Neue Algorithmen können kritische Strukturen wie den Kanal des N. alveolaris inferior und den verfügbaren Knochen für die KI-Implantatplanung bestimmen **[6]**. Ein Zusatznutzen gegenüber konventionellen Ansätzen ist nicht bewiesen **[54]**.

8.3 Komplikationen vermeiden

Die klinische Verantwortung liegt letztendlich beim Oralchirurgen. Alle KI-gestützten Prozesse müssen überwacht und gegebenenfalls korrigiert werden.

© pickup – stock.adobe.com

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

Praxisleitfaden

2. Update: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie

9 Zusammenfassung

Die digitalen Technologien verbessern sich in der Implantologie mit guten klinischen Ergebnissen und Verbesserungen bei den patientenbezogenen Ergebnissen (PROMs). Die spezifischen Parameter für die einzelnen Arbeitsabläufe müssen vom Behandler berücksichtigt werden.

Köln, 14. Februar 2026

Christian Berger
Präsident

Prof. Dr. H.J. Nickenig
Uniklinik Köln – Orale Chirurgie und Implantologie

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

Literatur

Impressionen vom 21. Experten Symposium in Köln

Besondere Momente

Das 21. Experten Symposium in Köln bewies erneut, dass es der Treffpunkt für implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte in vielerlei Hinsicht ist. Geprägt von einer Mischung aus hervorragenden Fachvorträgen, kollegialem Austausch und Workshops, in denen die Industriepartner die Innovationen im Bereich des digitalen Workflows zum Anfassen präsentierten, lieferte der BDIZ EDI mit der Auswahl der Referenten, in der lebendigen Diskussion mit den Teilnehmenden, mit einem starken Akzent der Internationalität durch die Teilnahme der Gremiumsmitglieder der Europäischen Konsensuskonferenz Implantologie und mit dem Rahmenprogramm rund um den Kölner Karneval ein Feuerwerk an Impressionen.

Die Räume im Kölner Pullman-Hotel boten eine professionelle, zugleich warme Kulisse mit spektakulärem Blick auf den Kölner Dom. In den Pausen entstand eine spürbare Dynamik: Kolleginnen und Kollegen diskutierten, lachten gemeinsam, knüpften neue Kontakte. Viele Teilnehmende betonten, wie wertvoll es sei, sich auf verschiedenen Ebenen auszutauschen – ein Gefühl von Gemeinschaft, das über den fachlichen Rahmen hinausreichte.

Das Symposium – moderiert von BDIZ EDI-Präsident Christian Berger – hinterließ Eindruck – gerade vor der Kulisse des Kölner Karnevals. Fortbildung und Karneval ist seit über 20 Jahren das Erfolgskonzept von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, der die Teilnehmenden am Sonntagabend wieder zur Sonntagssitzung der Grosse von 1823 in den Gürzenich einlud und sie in seiner Funktion als Präsident der ältesten Karnevalsgesellschaft in Köln willkommen hieß.

Der BDIZ EDI bedankt sich bei allen Akteuren für diesen gelungenen Auftakt ins Fortbildungsjahr: bei den Referenten Markus Tröltzsch, Prof. Ralf Smeets, Ertan Erdogan, Gerhard Werling, Prof. Daniel Edelhoff, Tobias Graf, Frank Spitznagel und Prof. Peer Kämmerer, bei den Mitgliedern der Europäischen Konsensuskonferenz aus Europa und dem Subkontinent Indien, bei den Teilnehmenden für ihre Diskussionsfreude und bei den Industriepartnern für die hochinteressanten Workshops: BEGO, Septodont/RapidShape, SprintRay, Visiomedical.

AWU

1

2

3

Abb. 1: *Blick auf den Dom vom Veranstaltungshotel. –* ***Abb. 2:*** *Workshops der Industriepartner mit Dr. Dr. Markus Tröltzsch. –* ***Abb. 3:*** *Der Europa-Ausschuss des BDIZ EDI. –* ***Abb. 4:*** *Referent Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets. –* ***Abb. 5:*** *Inside Workshop. Es gab vier Workshops mit rotierendem Besuch. –* ***Abb. 6:*** *Referent Ertan Erdoğan. –* ***Abb. 7:*** *Referent Dr. Gerhard Werling. –* ***Abb. 8:*** *Feiern im Gürzenich bei der Sonntagssitzung der „Grosse von 1823". –* ***Abb. 9:*** *Referent Univ.-Prof. Dr. Daniel Edelhoff. –* ***Abb. 10:*** *Referent Priv.-Doz. Dr. Tobias Graf. –* ***Abb. 11:*** *Das Auditorium füllt sich. –* ***Abb. 12:*** *Referent Priv.-Doz. Dr. Frank Spitznagel.*

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

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

April

6. April
Dr. Joachim Thummerer (Freising)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. April
Dr. Gabor Császár (Regensburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

10. April
Dr. Uwe Matzen (Bremen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

14. April
Dr. Frank Hansing (Schenefeld)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. April
Dr. Jörg Gustmann (Herdecke)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

17. April
Dr. Carsten Niehaus (Bocholt)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. April
Dr. Dirk Basista (Moers)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

24. April
Dr. Peter Köver (Köln)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

25. April
Dr. Stephan Kraus (Oberursel)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. April
Dr. Sabine Bücken-Schuster (Lüchow)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Mai

6. Mai
Dr. Ulrike Trappe-Krieger (Idar-Oberstein)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. Mai
Dr. Udo Schulwitz (Berlin)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

8. Mai
Dr. Bernd Heckhoff (Wilhelmshaven)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

8. Mai
Dr. Georg Platthaus (Leichlingen)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

13. Mai
Dieter Eberhard (Osten)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

13. Mai
Dr. Wolfgang Schlieker (Hamburg)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

15. Mai
Dr. Thomas Bangha-Szabo (München)
zur Vollendung des 85. Lebensjahrs

20. Mai
Prof. Bernd Kreusser (Aschaffenburg)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

20. Mai
Dr. Jens Thomsen (Hamburg)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

24. Mai
Dr. Volker Borchert (Ettlingen)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

25. Mai
Dr. Stephan Heberle (Altusried)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

© tetiana_u/Shutterstock.com

29. Mai
Albrecht Schmidt (Hamburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

31. Mai
Dr. Oliver Moebius (Hannover)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Juni

1. Juni
Dr. Gerald Sorgatz (Löbau)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. Juni
Dr. Gordana Apostolova (Skopje)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. Juni
Dr. Klaus H. W. Trümper (Bad Frankenhausen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

7. Juni
Dr. Georg Strobel (Egelsbach)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

9. Juni
Dr. Thomas Mayer (Karlsruhe)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. Juni
Dr. Peter Bongard (Moers-Schwafheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

20. Juni
Dr. Thomas M. Roppelt (Kronach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. Juni
Dr. Werner Skibba (Köln)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

28. Juni
Dr. Forusan Madjlessi (Lippstadt)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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

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

36. Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

Schwerin ist Ziel der implantologischen Gutachter

Einmal im Jahr lädt der BDIZ EDI die zahnärztlichen Sachverständigen zur Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie ein. 2026 findet die eintägige Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin statt. Termin: Samstag, 27. Juni 2026.

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

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

Der BDIZ EDI ist in der Konsensuskonferenz Implantologie aktiv und bietet implantologischen Gutachtern ein ausgezeichnetes Forum, um sich über den sicheren Umgang mit Recht und Gerichten auszutauschen. So wie der Stand der zahnärztlichen Wissenschaft immer weiter voranschreitet, entwickelt sich auch die

Save the Date

36. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie

Termin: Samstag, 27. Juni 2026
Ort: Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern,
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin

Programm und Info via QR-Code:

Rechtsprechung im Medizinbereich immer weiter. Darüber hinaus gibt es ständige Veränderungen im Bereich der Gesetzgebung, die Auswirkungen auf die gutachterliche Tätigkeit haben.

Der Gutachterausschuss ist ein ständiger Ansprechpartner für die Mitglieder und die Gutachter des BDIZ EDI in Gutachterfragen. Neben der Ausbildung, Bestellung und Betreuung der Gutachter bereitet er auch die jährliche Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie und in Abstimmung mit einer – jährlich wechselnden – Zahnärztekammer vor. In diesem Jahr ist es die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die rund 2.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte betreut.

Schwerin erleben

Schwerin ist die Hauptstadt des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Die kreisfreie Mittelstadt ist die kleinste Landeshauptstadt der Bundesrepublik Deutschland und zugleich die einzige, die keine Großstadt ist. Schwerin ist nach Rostock die zweitgrößte Stadt und eines der vier Oberzentren des Bundeslandes und aktuell die größte Mittelstadt Deutschlands.

Schwerin wurde im Jahr 1018 erstmals als Wendenburg erwähnt und erhielt 1164 von Heinrich dem Löwen deutsche Stadtrechte. Damit ist sie die älteste Stadt im heutigen Mecklenburg-Vorpommern. Die Stadt dehnte sich im Laufe der Zeit am West- und Südufer des Schweriner Innensees aus, insgesamt befinden sich zwölf Seen innerhalb des Stadtgebietes. Ausgangspunkt der Stadtentwicklung war die Stelle mit dem heutigen Wahrzeichen der Stadt, dem Schweriner Schloss und dem Schlossgarten; es befindet sich auf einer Insel zwischen Schweriner See und Burgsee mit der Schlosskirche von 1560. Das Schloss war bis 1918 die Hauptresidenz der mecklenburgischen Herzöge und Großherzöge und das Machtzentrum des Herzogtums Mecklenburg-Schwerin, das 1919 zum demokratischen Freistaat wurde.

Seit 1990 ist das Schloss Sitz des Landtags. Es war mit seinen umgebenden Gärten der Hauptveranstaltungsort der Bundesgartenschau 2009 und ist als historisch einmaliges Ensemble mit den weiteren Residenzbauten am 27. Juli 2024 in die Liste des UNESCO-Welterbe aufgenommen worden. Daneben zeichnet sich Schwerin durch seine – für eine deutsche Stadt dieser Größe ungewöhnlich gut erhaltene – Altstadt, die angrenzende Schelfstadt, das Kurviertel Zippendorf und weitere historische Viertel mit vielen Baudenkmalen aus.

Die Einwohner bezeichnen Schwerin gerne als die „Stadt der sieben Seen und Wälder". Diese Bezeichnung geht auf eine Zeit zurück, als Schwerin noch nicht seine heutige geografische Ausdehnung hatte und tatsächlich von nur sieben Seen umgeben war.

Quelle: Wikipedia

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

Teil 9: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

In dieser Folge geht es weiter mit der Gebührensystematik von GOÄ und GOZ sowie den Auswirkungen auf die Vergütungspolitik. Die Feststellungsklage, die vom BDIZ EDI initiiert und vom Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak erarbeitet wurde, liegt dem Verwaltungsgericht Berlin und natürlich dem Bundesgesundheitsministerium vor.

Gebührensystematik von GOÄ und GOZ

Seit GOÄ 1982 und GOZ 1988 gilt folgende Gebührensystematik:

1. Der Punktwert hat die Aufgabe, die wirtschaftliche Entwicklung abzubilden.
2. Die Spannenregelung soll es ermöglichen, unter Berücksichtigung aller Umstände im Einzelfall eine angemessene Vergütung zu erreichen.

Wirtschaftliche Entwicklung

Das Statistische Bundesamt ermittelte für den Zeitraum 1950–2022 einen durchschnittlichen Anstieg des Bruttoinlandprodukts preisbereinigt um 3,1 % jährlich.

Der Durchschnittswert lag in den Jahren 1980–1991 bei 2,6 %, in den Jahren 1991–2000 bei 1,6 %, in den 2000er-Jahren bei 0,9 % und in den 2010er-Jahren bei 1,2 %, in den beiden 2020er-Jahren bei 2 %.

Der Punktwert der GOÄ 1982 von 10 DPf = 5,11292 Cent hätte – um der preisbereinigten Entwicklung des Bruttoinlandprodukts zu folgen – vom 01.01.1983 bis zum 31.12.2022 auf **9,28556 Cent**
steigen müssen. In der GOÄ beträgt er aktuell 5,82872 Cent.
Die Punktwertanhebung müsste also **59,31 %**
betragen, was ziemlich genau der Punktwertsteigerung in der GOZ 2022 entspricht.
In der GOZ hätte der Punktwert seit dem 01.01.1988 entsprechend steigen müssen auf **8,16717 Cent.**
Stattdessen beträgt der Punktwert aktuell 5,62421 Cent.
Die erforderliche Steigerung betrüge **45,21 %.**
Die Preisindexveränderung von 1950–2022 ist vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht:

279photo – stock.adobe.com

Nimmt man für die Messung der durchschnittlichen Teuerungsrate den Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes, Lange Reihe ab 1948 (Basisjahr 2020), dann betrug der Indexwert 1983 für alle privaten Haushalte 76,7; 1988: 81,3 und der Verbraucherpreisindex 2022: 110,2.

Daraus errechneten sich Punktwertanpassungen um 33,5 % für die GOÄ (= 7,78135 Cent) bzw. 28,9 % für die GOZ (= 7,24961 Cent).

Auf dem Verbraucherpreisindex stellt das Bundesministerium für Gesundheit bei den (zahn-)ärztlichen Gebührenordnungen selbst ab (BR-Drs. 566/11 vom 21.09.2011, S. 47):

> *„Die Beträge werden entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung bis zum Inkrafttreten der GOZ) angepasst. Die Erhöhung des Kostenanteils orientiert sich an den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeue. Die Erhöhung des Aufwandsanteils entspricht der allgemeinen mit dieser Verordnung vorgesehenen Honorarsteigerung."*

Die Wahl dieses Parameters wäre also ebenfalls ein denkbarer Aspekt.

Betrachtet man die Punktwertentwicklung beim BEMA-Z, so liegen seitens der KZBV Daten seit 1985 vor. Für den Vergleich konzentriere ich mich auf den Punktwert für die Primärkassen (AOKen, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen) für den Bereich der sog. alten Bundesländer und des BEMA-Teil 1 (konservierend-chirurgische Leistungen).

Hier liegen seitens der KZBV Daten für 1985 und dann lückenlos ab 1990 vor. Das reicht für eine näherungsweise Berechnung der erforderlichen GOZ-Punktwertentwicklung ab 1988.

Der Punktwert betrug 1985	0,6161 €.
Der Punktwert betrug 2021	1,1619 €.
Der entsprechende Punktwert beträgt bei der KZV Bayern im Jahr 2023	1,1908 €.

Die Steigerung von 1985–2021 beträgt 88,59 %, bis 2023 sind es 93,28 %.

Auswirkungen der Vergütungspolitik auf die ambulante Versorgung

Immerhin fand im ambulanten Bereich eine Erhöhung statt (11,4 % bei den Ärzten in den 41 Jahren seit 1982, 11,0 % bei den Zahnärzten in den 35 Jahren seit 1988). Dass diese insgesamt viel zu gering ausfiel, kann man zurzeit in Berlin und bundesweit an den vehementen Protesten der niedergelassenen Ärzte gegen die Politik des Bundesministeriums für Gesundheit sehen.

Die Ärztezeitung online vom 09.09.2023, 15:22 Uhr, berichtete über die Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe vom selben Tag und die Rede des Vorstandsvorsitzenden. Zwei Passagen sind im Zusammenhang mit der Klage von Interesse:

> *Die Rede Spelmeyers war geprägt von der Wut über die aktuelle Gesundheitspolitik und die vielen seiner Meinung nach leeren Versprechungen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD). „Ich habe verdammt schlechte Laune." Als Gründe nannte er die Abschaffung der Neupatientenregelung, die Verweigerung einer adäquaten Finanzierung der Praxen, das Durchdrücken nicht funktionierender digitaler Produkte oder den Eingriff in die Tarifverhandlungen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen.*
>
> *In der Politik mangele es an politischer Rückendeckung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ihre Teams, kritisierte er. „Wir haben mit keiner Unterstützung oder Rettungsaktionen für unsere Praxen zu rechnen." Das Gegenteil ist seiner Meinung nach der Fall: „Man arbeitet im politischen Berlin daran, die ambulante Medizin umzugestalten und – davon bin ich fest überzeugt – uns zu ersetzen."*

Den Eindruck, dass der jetzige Bundesgesundheitsminister die bisherige Form der ambulanten Versorgung zugunsten eines NHS-Modells aufgeben und dies dadurch erreichen will, dass er die Tätigkeit im niedergelassenen Bereich möglichst unattraktiv macht, haben sehr viele Ärzte und Zahnärzte und die Kläger auch.

Es gibt in Deutschland die paradoxe Situation, dass die Zahl der approbierten Ärzte von Jahr zu Jahr steigt, auch die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, aber dennoch immer eklatanter sich auswirkender Ärztemangel herrscht.

Zum 31.12.1996 waren in Deutschland 279.400 Ärztinnen und Ärzte tätig.
Zum 31.12.2022 waren es 421.300.
Das ist eine Zunahme um 50,79 %.

Für die Vertragsärzteschaft liegen keine so weit zurückreichenden Informationen öffentlich zugänglich vor.

Die KBV gibt in ihrem Geschäftsbericht 2005, S. 73 die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte für Ende 2004 mit 131.119 an, und für 2022 mit 125.706

Die Grafik der KBV zur Entwicklung seit 2013 aus dem QR-Code spricht für sich.

Die Entwicklung lässt sich anhand der Daten zur Bedarfsplanung gut nachvollziehen. Für meine Vorlesungstätigkeit recherchiere ich zweimal jährlich die Niederlassungssituation in den bedarfsbeplanten ärztlichen Fachgebieten für den Bereich der KV Baden-Württemberg. Diese publiziert die Ergebnisse sehr anschaulich als Grafik. Dabei konzentriere ich mich jeweils auf den Bereich der Hausärzte (umfasst Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten), als die für die ambulante Versorgung wichtigste Fachgruppe.

2012 waren alle bedarfsbeplanten ärztlichen Fachgebiete gesperrt. Das bedeutete, dass sich ein Arzt nicht einfach als Vertragsarzt niederlassen oder in einer Vertragsarztpraxis anstellen lassen durfte. In das System der vertragsärztlichen Versorgung kam ein Arzt im Grunde nur rein, wenn ein anderer ausschied.

2023 wird händeringend und mit viel (auch finanziellem) Aufwand nach Hausärzten gesucht, die in das System der vertragsärztlichen Versorgung rein wollen. Neugründungen und Praxisübernahmen werden von der KV Baden-Württemberg mit bis zu 80.000 € gefördert (§ 3 Abs. 2 ZuZ-Richtlinie), Kooperationen mit bis zu 120.000 € (§ 3a Abs. 2, 1. Aufzählungszeichen ZuZ-Richtlinie). Alle Kassenärztlichen Vereinigungen haben solche Förderprogramme. Bei allen sieht es in den Fachgruppenentwicklungen dennoch gleich aus.

Diese Fragestellungen sind nicht abstrakt oder beschreiben nur ein theoretisches Problem, allenfalls geeignet für philosophische Betrachtungen. Dieselbe Situation herrscht bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben dieselben Sorgen.

BMG ist verantwortlich für die Situation

Dafür trägt das Bundesministerium für Gesundheit unmittelbare Verantwortung. Man hat jahrzehntelang versucht, die Ärzte- und Zahnärzteschaft von der allgemeinen Einkommensentwicklung abzukoppeln. Die Folge: der einst attraktive Beruf hat seine Attraktivität eingebüßt. Die Bevölkerung spürt die Konsequenzen unmittelbar und bundesweit. Es lohnt sich nicht mehr, sich „reinzuhängen". Wer Medizin/Zahnmedizin studiert hat, sieht sein Lebensziel nicht mehr in der eigenen Praxis, sondern in der Anstellung, meist in Teilzeit, oder patientenfernen Berufen oder gleich im Ausland.

Das Bewusstsein für die Folgen der Unterfinanzierung ist nicht neu, wird nur weder in der Öffentlichkeit noch beim Bundesgesundheitsministerium zur Kenntnis genommen. Die damalige 2. Stellvertretende Vorsitzende der KV Bayerns, Dr. Ilka Enger, äußerte in einem Interview in der Ärztezeitung (online veröffentlicht am 22.11.2011):

> *„Sie könne das Schlagwort von der Feminisierung der Medizin nicht mehr hören. Denn dahinter stehe der unausgesprochene Vorwurf, dass Frauen in der Medizin auch ein Grund dafür sind, dass es einen Ärztemangel gibt.*
>
> *In Wirklichkeit müsse man sich jedoch die Frage stellen, ob nicht vor allem deshalb mehr Frauen Medizin studieren, weil die Bedingungen des Arztberufs schlechter geworden sind und der Beruf wegen der fehlenden finanziellen Sicherheit für Männer nicht mehr interessant genug ist."*

Wie man die Dinge auch betrachtet, der IST-Zustand bei GOÄ und GOZ ist mit seinen Konsequenzen für die (Zahn-)Ärzte und das Gemeinwesen jenseits aller rechtfertigbaren Untätigkeit angelangt.

Das Verhältnis GOÄ : EBM und GOZ : BEMA-Z sollte nach dem Normdesign des Verordnungsgebers dem einfachen Steigerungsfaktor entsprechen.

RAT

leading regeneration

175 years

Geistlich

30 Jahre Geistlich Deutschland

Geistlich Deutschland feiert Jubiläum!

Jetzt mitfeiern und einmalige JUBILÄUMS-VORTEILE sichern

Angebotszeitraum: 23.02.–22.03.2026

Bestellen unter shop.geistlich.de oder Tel: 07221 4053-700

Nachruf auf Jürgen Isbaner

Ein Gestalter und kluger Beobachter der Branche

Mit großer Betroffenheit nimmt die Dentalbranche Abschied von Jürgen Isbaner, der im Februar 2026 im Alter von 66 Jahren verstorben ist. Sein Tod hinterlässt eine spürbare Lücke – menschlich wie fachlich. Jürgen Isbaner war weit mehr als ein erfahrener Medienmanager: Er war ein Gestalter, ein Macher, ein kluger Beobachter der Branche und ein verlässlicher Partner für all jene, die mit ihm zusammenarbeiteten.

Über viele Jahre prägte er als Mitglied des Vorstands der OEMUS MEDIA AG die dentale Fachkommunikation in Deutschland. Mit seinem feinen Gespür für Themen, seiner strukturierten Arbeitsweise und seiner ruhigen, verbindlichen Art gelang es ihm, komplexe Inhalte in klare publizistische Form zu bringen. Kolleginnen und Kollegen schätzten ihn für seine Loyalität, seine Integrität und seinen unerschütterlichen Anspruch an Qualität.

Er war der Spiritus rector der Verhandlungen zwischen den heutigen Partnern OEMUS MEDIA AG und BDIZ EDI, die 2022 in eine sehr konstruktive Zusammenarbeit zwischen Verlag und Herausgeber der beiden Fachmagazine *BDIZ EDI konkret* und *EDI Journal* mündete und bis heute andauert. Die verlegerische Tätigkeit des Fachverlags OEMUS MEDIA AG für und mit dem BDIZ EDI führte in einer Zeit, in der sich insbesondere der implantologische Dentalmarkt im Umbruch befand, die Publikationen wieder in ruhige Fahrwasser. Jürgen Isbaner verstand es, die Anliegen des BDIZ EDI präzise zu erfassen und in eine publizistische Sprache zu übersetzen, die sowohl wirtschaftlich orientiert als auch praxisnah war.

Für den BDIZ EDI bewies Jürgen Isbaner auch im Fortbildungsbereich, welch inspirierender Partner er sein konnte, mit dem man gerne zusammenarbeitete. So beteiligte sich der BDIZ EDI mit seinem Europa-Symposium 2023 als Kooperationspartner an OEMUS' Giornate Veronesi in Valpolicella/Italien. Ein Fortbildungsformat, das sich erfrischend von anderen Veranstaltungen abhebt – nicht nur wegen der schönen Landschaft in der Nähe des Gardasees.

Jürgen Isbaner war ein Partner, auf den man sich jederzeit verlassen konnte – ein Mensch, der zuhören konnte, der Lösungen fand und der stets das gemeinsame Ziel im Blick behielt: die hochwertige, unabhängige Information für die implantologisch tätige Zahnärzteschaft.

Sein Wirken bleibt sichtbar in den Strukturen, die er aufgebaut hat, und in den Menschen, die er geprägt hat. Seine Kolleginnen und Kollegen verlieren einen geschätzten Mitstreiter, viele einen Freund.

Unsere Gedanken sind bei seiner Familie und allen, die ihm nahestanden.

Der BDIZ EDI wird Jürgen Isbaner ein ehrendes Andenken bewahren.

Christian Berger
für den BDIZ EDI-Vorstand

Kritische Überlegungen zur Implantatchirurgie im ästhetischen Bereich: Präzision, digitale Planung und das Streben nach Perfektion

3 Fragen an Dr. Erion Çerekja

Beim Europa-Symposium in Stockholm 2025 teilte Dr. Erion Çerekja aus Tirana seine Sichtweise zu Präzision, digitalen Arbeitsabläufen und dem realistischen Streben nach Perfektion in der Implantattherapie im ästhetischen Bereich. Wir baten ihn, die entscheidenden Faktoren zu erläutern, die seine täglichen klinischen Entscheidungen leiten.

Dr. Çerekja, wie bringen Sie die Notwendigkeit chirurgischer Präzision mit der natürlichen biologischen Variabilität von Weichgewebe und Knochen in Einklang, wenn Sie Implantate im ästhetischen Bereich einsetzen?

Chirurgische Präzision bildet die strukturelle Grundlage jedes erfolgreichen Implantats, aber letztendlich bestimmt die Biologie, was erreichbar ist. Mein Ansatz beginnt immer mit einer detaillierten digitalen Diagnostik, einer DVT-Auswertung, einer Weichgewebekartierung und einer prothetisch orientierten Planung, um die idealen Parameter zu ermitteln. Während der Operation passe ich diese Pläne an den individuellen Gewebephänotyp, die Knochendichte, die Vaskularität und die Heilungsfähigkeit des Patienten an. Die Biologie zu respektieren bedeutet, minimalinvasive Techniken anzuwenden, die Blutversorgung zu erhalten und die Gewebe zu unterstützen, anstatt ideale Positionen zu erzwingen. Präzision bildet den Rahmen, aber die Biologie bestimmt, was realistisch möglich ist. Beide müssen zusammenwirken und dürfen nicht miteinander konkurrieren.

Welche Schritte der digitalen Planung sind Ihrer Erfahrung nach für vorhersagbare ästhetische Ergebnisse am wichtigsten, und wie integrieren Sie diese in Ihren täglichen Arbeitsablauf?

Die digitale Planung ist in der Implantattherapie im ästhetischen Bereich unverzichtbar. Die wichtigsten Schritte sind zunächst die Festlegung des prothetischen Ergebnisses, die genaue Zusammenführung der DVT-Daten mit den intraoralen Scans und die dreidimensionale Positionierung des Implantats unter vollständiger Berücksichtigung der prothetischen, biologischen und chirurgischen Parameter. Dieser Arbeitsablauf ist in meiner Praxis Routine. Digitale Unterstützung verbessert die Kommunikation mit dem Labor, ermöglicht eine sichere Durchführung der geführten Chirurgie und gibt den Patienten die Möglichkeit, sich ihr zukünftiges Lächeln vorzustellen. Die Vorhersagbarkeit erhöht sich, wenn jede klinische Entscheidung auf der endgültigen Versorgung basiert.

Angesichts der hohen Erwartungen im ästhetischen Bereich, wie definieren Sie Perfektion in der Implantatchirurgie und wie gehen Sie mit Fällen um, in denen klinische Einschränkungen ideale Ergebnisse erschweren?

Perfektion bedeutet nicht nur Symmetrie, sondern auch ein natürliches, harmonisches Ergebnis, das sich nahtlos in die Gesichtszüge und Erwartungen des Patienten einfügt. In schwierigen Fällen, sei es aufgrund eines dünnen Biotyps, fehlenden Gewebes oder struktureller Defekte, ist Kommunikation unerlässlich. Ich erkläre die biologischen Grenzen klar und schlage oft einen stufenweisen Ansatz vor. Gewebeaugmentation, verzögerte Protokolle und eine durchdachte Abfolge ermöglichen es uns, auch dann hervorragende Ergebnisse zu erzielen, wenn keine ideale Anatomie vorliegt. Das Ziel ist immer, innerhalb der Grenzen der Biologie das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. „Perfektion" ist das Gleichgewicht zwischen dem, was ideal ist, und dem, was biologisch erreichbar ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Implantatchirurgie im ästhetischen Bereich sowohl eine Wissenschaft als auch eine Kunst ist. Während digitale Arbeitsabläufe den Standard in Bezug auf Präzision und Vorhersagbarkeit erheblich angehoben haben, hängt echte klinische Exzellenz nach wie vor von Erfahrung, Anpassungsfähigkeit und ehrlicher Kommunikation mit den Patienten ab.

Vielen Dank für die Einblicke in Ihre Arbeitsweise.

Das Interview führte Chefredakteurin Anita Wuttke.

19. Europa-Symposium in Athen

Der BDIZ EDI veranstaltet zum 19. Mal sein Europa-Symposium, mit dem er den fachlichen Austausch innerhalb Europas in den Fokus stellt. „Der Ausgangspunkt für die großartigsten Unternehmungen liegt oft in kaum wahrnehmbaren Gelegenheiten", wusste schon Demosthenes (384 bis 322 v. Chr.).

Im Anschluss an den interdisziplinären CODM-Kongress, der vom 15. bis 17. April 2026 in Athen stattfindet, präsentiert der BDIZ EDI sein 19. Europa-Symposium im Hotel Golden Age of Athens. Referenten aus ganz Europa werden vortragen – darunter natürlich auch Vorstandsmitglieder des BDIZ EDI und griechische Kolleginnen und Kollegen. Kongresssprache ist Englisch. Inhalt werden implantatchirurgische und implantatprothetische Themen sein.

Athen heute

Athen ist die Hauptstadt Griechenlands und die bevölkerungsreichste und flächengrößte Stadt Griechenlands. Der Ballungsraum umfasst die Regionalbezirke und Piräus und hat ca. 3 Mio. Einwohner. Athen bietet eine Mischung aus antiker Geschichte, kulturellen Highlights und lebendigen Stadtvierteln, darunter die Akropolis, das Akropolismuseum, die Agora und charmante Viertel wie Plaka.

Antikes Athen

Die Besiedlungsgeschichte des Gebiets der Stadt Athen reicht etwa 7.500 Jahre zurück bis in die Jungsteinzeit. Um 1300 v. Chr. wurde auf der Akropolis ein mykenischer Palast errichtet. Die älteste Stadtanlage beschränkte sich auf die obere Fläche eines steilen, nur von Westen her zugänglichen Felshügels, der später als Burg (Akropolis) den militärischen und religiösen Mittelpunkt Athens bildete. Die Fläche wurde bereits sehr frühzeitig eingeebnet und mit einer starken Mauer umgeben, die mit neun hintereinander angeordneten Toren gesichert wurde (Enneapylai). Diese Anlage hieß nach den Pelasgern, denen man den Bau zuschrieb, Pelargikon. Innerhalb dieser Burg wohnten die alten Könige dieses Teils von Attika. Athen stand für seine Bewohner seit jeher unter dem besonderen Schutz des Zeus, dem ein früh erbauter Altar gewidmet war, sowie der stadtschützenden Athene (Athene Polias), der auch der älteste Tempel der Stadt, der Hekatompedos, geweiht war. Dem äußeren Stadttor gegenüber lag der älteste Markt der Stadt, die Agora.

Dem sagenhaften König Theseus wird zugeschrieben, die verschiedenen Teile der Landschaft Attika zu einer Polis vereinigt zu haben. Athen war fortan der Fläche nach der größte griechische Stadtstaat (vom Sonderfall Sparta abgesehen). Womöglich liegt der Erinnerung an diesen sog. Synoikismos des Theseus aber auch bereits die Schaffung eines Mykenischen Palastzentrums zugrunde, von dem aus ab dem 14. Jahrhundert v. Chr. weite Teile Attikas kontrolliert und verwaltet wurden, wodurch regionale Fürsten an Macht verloren.

Ganz ähnliche Entwicklungen fanden zu Beginn der Mykenischen Palastzeit auch in anderen Regionen statt, in denen ebenfalls mächtige Palastzentren entstanden, z. B. in der Argolis, in Messenien und Böotien.

Save the Date:

19. Europa-Symposium des BDIZ EDI
18. April 2026, 9 bis 18 Uhr
Hotel Golden Age of Athens
https://hotelgoldenage.com/

Preis: 195 € pro Teilnehmer
8 Fortbildungspunkte
Infos und Anmeldung: www.bdizedi.org

Den Höhepunkt seines politischen und kulturellen Einflusses erreichte Athen als attische Demokratie und Führungsmacht im attischen Seebund während des 5. und 4. Jahrhunderts v. Chr. (klassische Zeit). Auch als die Stadt 86 v. Chr. dem Römischen Reich einverleibt wurde, behielt sie ihren Status als intellektuelles Zentrum und erreichte den Höhepunkt ihrer urbanen Entwicklung im 2. Jahrhundert n. Chr. In der Reichskrise des 3. Jahrhunderts wurde Athen 267 von den germanischen Herulern erobert und gebrandschatzt, doch erholte sich die Stadt und blieb auch in der Spätantike bedeutend. Dies änderte sich erst nach dem Jahr 529 n. Chr., als die letzten Philosophenschulen auf Anweisung des oströmischen Kaisers Justinian I. geschlossen wurden. Die Einfälle der Slawen beendeten im späten 6. Jahrhundert dann die antike Phase der Stadtgeschichte; es folgte eine „dunkle Zeit".

Dunkles Mittelalter

Erst im 9. Jahrhundert wurde die Stadt Bischofssitz mit dem Parthenon als Bischofskirche. Athen wurde im Vierten Kreuzzug (1204) nach der Einnahme Konstantinopels fränkisches Herzogtum, nach dem Einfall der Katalanischen Kompanie folgte die Herrschaft der Florentiner (1388 und 1402), der Osmanen (1392), der Venezianer (1395). Nach dem Fall Konstantinopels 1453 wurden 1456 die Athener Unterstadt und 1458 auch die strategisch wichtige Oberstadt mit der Akropolis von den Osmanen durch Sultan Mehmeds II. Feldherrn Omar Pascha erobert. Der Parthenon wurde aus einer lateinischen in eine orthodoxe Kirche und 1460 in eine Moschee umgewandelt. Das Erechtheion diente dem osmanischen Kommandanten als Harem.[20] Die Stadt verlor nun immer weiter an Bedeutung. Nach mehreren Zerstörungen zwischen dem 17. Jahrhundert und dem 19. Jahrhundert sank die Stadt zu einem unbedeutenden Provinzort herab und hatte 1834, als sie zur Hauptstadt des neu gegründeten Griechischen Königreichs erhoben wurde, kaum mehr als 4.000 Einwohner. Durch den Freiheitskrieg war die Stadt, die zuvor noch rund die doppelte Bevölkerung gehabt hatte, weitgehend zerstört.

Historische Highlights

- **Akropolis:** Das Wahrzeichen Athens auf einem 156 Meter hohen Kalksteinfelsen mit dem Parthenon, Erechtheion, Nikетempel und Propyläen, ein Muss für jeden Besucher.
- **Akropolismuseum:** Modernes Museum mit über 14.000 Exponaten, interaktiven Ausstellungen und Blick auf die archäologischen Stätten.
- **Archäologisches Nationalmuseum:** Beherbergt antike Artefakte wie den Antikythera-Mechanismus und mykenische Sammlungen.
- **Agora und Tempel des Hephaistos:** Historisches Zentrum der Stadt, heute beeindruckende Ruinen und gut erhaltene Tempel.

Warum Europa-Symposium?

Wir müssen uns täglich den Herausforderungen des Praxisalltags stellen. Zweifellos haben die Innovationen in der Oralen Implantologie ihre Ursprünge im wissenschaftlichen Fortschritt und finden sich in den Produkten wieder, die die Dentalindustrie entwickelt hat. Die Forderung aus den Praxen und von den Patienten nach neuen Produkten und Prozessen sowie nach verbesserten Therapiemöglichkeiten gipfelt in der Marktvielfalt mit vielen neuen Anwendungen – von neuen Ansätzen bei der Knochenaugmentation und neuen Möglichkeiten der Digitalisierung bis hin zu neuen Materialien.

Es ist angesichts der Tatsache, dass wir uns bei der Implantattherapie bereits auf einem sehr hohen Niveau mit hohen Erfolgsquoten bewegen, alles andere als einfach, nach immer besseren Ergebnissen und kürzeren Behandlungszeiten zu trachten. Die Natur hat uns Grenzen gesetzt. Vor diesem Hintergrund ist es für implantologisch tätige Zahnärzte umso wichtiger, sich fortwährend fortzubilden, um sich zum Wohl ihrer Patienten und ihrer Praxen auf den neuesten Stand der wissenschaftlichen und technischen Innovationen und Materialien zu bringen. Training und Fortbildung müssen Schritt halten mit der Entwicklung.

Aus diesem Grund stellt der BDIZ EDI den fachlichen Austausch innerhalb Europas in den Fokus. Zum inzwischen 19. Mal richtet der BDIZ EDI sein Europäisches Symposium aus – zum ersten Mal in Griechenland. „Der Ausgangspunkt für die großartigsten Unternehmungen liegt oft in kaum wahrnehmbaren Gelegenheiten", wusste schon Demosthenes (384 bis 322 v. Chr.). Dieses Zitat ist charakteristisch für die Europa-Symposien des BDIZ EDI. Aus den kleinen Anfängen und Gelegenheiten ist ein Ansatz geworden, der das Miteinander europäischer Zahnmediziner über Ländergrenzen hinaus wachsen lässt und damit den fachlichen Austausch innerhalb Europas intensiviert. Das 19. Europa-Symposium in Athen bietet dafür das beste Beispiel und wird einmal mehr zeigen, dass und wie implantologisch tätige Zahnärzte aus ganz Europa voneinander profitieren können.

Christian Berger
Präsident BDIZ EDI

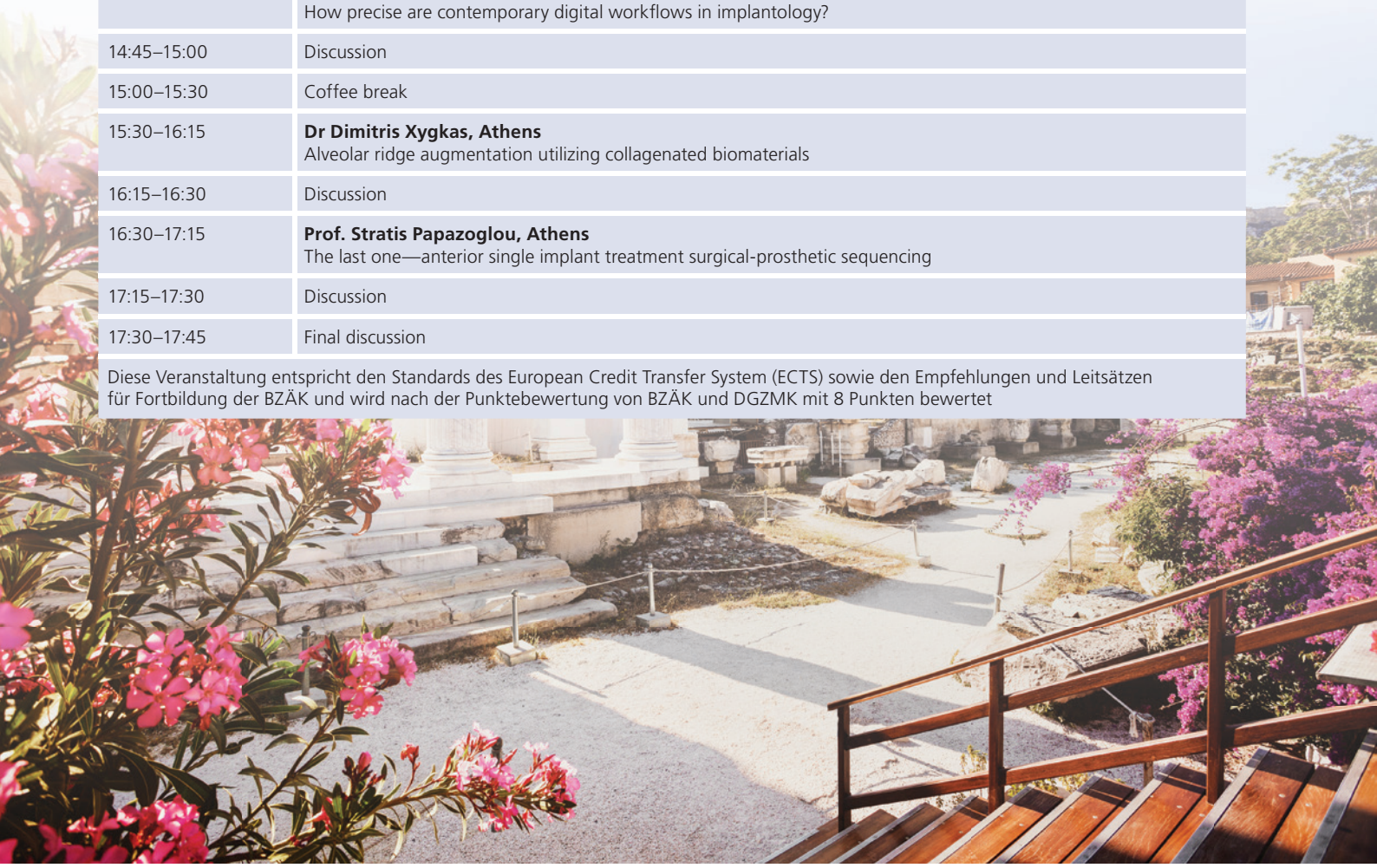
19th Europe Symposium of BDIZ EDI

Date: Saturday, 18 April 2026
Venue: Golden Age of Athens hotel

PROGRAM

09:15–09:20	Welcome by Christian Berger, President BDIZ EDI
09:20–09:30	**Christian Berger, Kempten** Report from 21st European Consensus Conference (EuCC) in 2026: The digital workflow in oral implantology
09:30–10:15	**Prof. Phoebus Madianos, Athens** Minimally invasive reconstructive strategies in aesthetic implant rehabilitation
10:15–10:30	Discussion
10:30–11:15	**Prof. Robert Celic, Zagreb** Conventional and digital impression techniques for full-arch implant prostheses—state-of-the-art
11:15–11:30	Discussion
11:30–12:00	Coffee break
12:00–12:45	**Dr Erion Cerekja, Tirana** Predictability in implant surgery: key principles and clinical strategies
12:45–13:00	Discussion
13:00–14:00	Lunch break
14:00–14:45	**Dr Alexandros Manolakis, Thessaloniki** How precise are contemporary digital workflows in implantology?
14:45–15:00	Discussion
15:00–15:30	Coffee break
15:30–16:15	**Dr Dimitris Xygkas, Athens** Alveolar ridge augmentation utilizing collagenated biomaterials
16:15–16:30	Discussion
16:30–17:15	**Prof. Stratis Papazoglou, Athens** The last one—anterior single implant treatment surgical-prosthetic sequencing
17:15–17:30	Discussion
17:30–17:45	Final discussion

Diese Veranstaltung entspricht den Standards des European Credit Transfer System (ECTS) sowie den Empfehlungen und Leitsätzen für Fortbildung der BZÄK und wird nach der Punktebewertung von BZÄK und DGZMK mit 8 Punkten bewertet

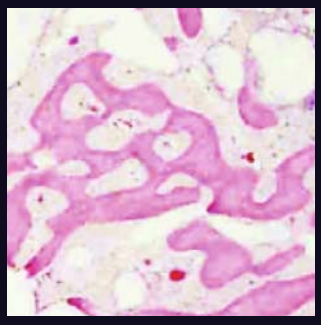


EthOss®
Grow Stronger

Auffüllen des Defektes mit EthOss Knochenregeneration

Eigenknochenbildung nach 12 Wochen über das Implantat hinaus

Freilegen des eingewachsenen Implantats mittels Tri Hawk Rosenbohrer



50 % körpereigene Knochen nach 12 Wochen

Echte biologische, patienteneigene Knochenregeneration

Hier geht es zum aktuellen EthOss Angebot:

SAFER
keine menschlichen oder tierischen Zellen

SIMPLER
keine Kollagenmembranen notwendig

STRONGER
wird vollständig durch körpereigenen Knochen ersetzt – bis zu 50 % innerhalb von 12 Wochen

Die Geschwindigkeit der Heilung und patienteneigene Bildung von neuem Knochen mittels EthOss ist bei der Freilegung außergewöhnlich zu beobachten. Auch hervorzuheben ist die Weichgewebsheilung und die Zunahme von Weichgewebe, sowohl horizontal als auch vertikal.

Dr. Kianusch Yazdani, Münster

Im direkten Vergleich mit autologem Knochen ist EthOss das nächstbeste Material für den biologischen Knochenaufbau. In einer Welt, in der die religiöse oder ganzheitliche Weltanschauung immer wichtiger wird, ist EthOss der aktuelle Gamechanger.

Dr. med. dent. Manuel Waldmeyer, Kassel

NEWS-TICKER

Minamata-Konvention

Aus für Amalgam bis 2034

Bei der im November in Genf tagenden Konferenz zur Minamata-Konvention haben sich mehr als 150 Staaten auf ein Ende der quecksilberhaltigen Dentalamalgam-Füllungen geeinigt. Damit rückt ein Material, das über Generationen hinweg zum zahnärztlichen Alltag gehörte, seinem endgültigen Aus entgegen, berichtet AFP. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt Quecksilber zu den zehn gefährlichsten Umweltgiften, giftig für Mensch und Natur gleichermaßen. Der internationale Vertrag, auf dessen Grundlage die Entscheidung fiel, soll die weltweite Belastung durch Quecksilber und seine Verbindungen verringern und damit sowohl die Gesundheit der Menschen als auch die Umwelt schützen. Die Konvention wurde 2013 beschlossen und trat 2017 in Kraft, mehr als 150 Länder haben sie bislang unterzeichnet. Einige Staaten haben Amalgam bereits verbannt, andere, insbesondere ein Zusammenschluss afrikanischer Länder, forderten in Genf einen früheren Ausstieg bis 2030. Widerstand kam vor allem von Indien, Iran und Großbritannien, die längere Übergangsfristen verlangten. Am Ende einigte man sich auf den Kompromiss: das weltweite Aus bis 2034.

Quelle: Dental Tribune

OECD-Bericht der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben

Deutschland No. 1, gefolgt von Österreich

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind in Deutschland mit 5.414 EUR im Jahr 2023 die höchsten unter den EU-Ländern, das steht im OECD-Bericht über die europäischen Länder. Gefolgt wird Deutschland von Österreich mit 4.901 EUR. Die privaten Gesundheitsausgaben in Deutschland bestanden zum größten Teil aus Selbstzahlungen, die 11 Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben ausmachten und damit deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 16 Prozent lagen. Der OECD-Bericht 2023 zeigt ein Europa nach der Pandemie, das weiterhin mit Lebenserwartungsverlusten, psychischen Erkrankungen, Kostensteigerungen und Systembelastungen ringt.

Quelle: OECD-Bericht 2023

Spurenelement Zink in Zähnen

Indikator für Knochendichte

Mit komplementären mikroskopischen Verfahren hat ein Team der Charité Berlin, der TU Berlin und des HZB die Verteilung von natürlichem Zink im Zahn ermittelt. Das Ergebnis: mit zunehmender Porosität des Dentins in Richtung Pulpa steigt die Zinkkonzentration um das 5- bis 10-Fache. Diese Erkenntnis hilft, den Einfluss von zinkhaltigen Füllungen auf die Zahngesundheit besser zu verstehen und könnte Verbesserungen in der Zahnmedizin anstoßen. Das Spurenelement Zink kommt in einigen Regionen fast gar nicht vor, während es in der Nähe der Pulpa hingegen recht hoch konzentriert ist. Bis zu dieser Studie war nicht bekannt, wie hoch die Konzentration von natürlichem Zink ist und wie es in gesunden Zähnen verteilt ist. Das Team unter der Leitung von Prof. Dr. Paul Zaslansky, Charité Berlin, und Dr. Ioanna Mantouvalou, HZB, machte sich daran, diese Frage zu klären. Allerdings kamen weggeworfene menschliche Zähne für die Untersuchung nicht infrage, da diese in der Regel durch Behandlungen oder Zahnpasta mit Zink kontaminiert sind. Daher verwendeten sie Rinderzähne, die in Schlachthöfen in großen Mengen anfallen. Infrarotuntersuchungen, die mit dem IRIS-Team von BESSY II durchgeführt wurden, hatten gezeigt, dass Rinderzähne eine hohe Ähnlichkeit mit menschlichen Zähnen aufweisen. Gleichzeitig sind solche Zähne viel jünger und ohne Vorgeschichte von Zahnbehandlungen oder Zähneputzen. „Wir haben überraschenderweise festgestellt, dass Zink wahrscheinlich als empfindlicher Indikator für Gradienten in der Materialdichte verwendet werden kann, die sich im Laufe des Lebens verändern können. Die Dichte hängt mit der mechanischen Leistungsfähigkeit des Knochengewebes zusammen und sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein, um im menschlichen Körper ihre Funktion zu erfüllen. Mit hochsensitiven Methoden wie der Röntgenfluoreszenz können wir möglicherweise Dichteveränderungen im Laufe des Alterungsprozesses überwachen“, sagt Zaslansky.

Quelle: Helmholz-Zentrum, Berlin

Literatur:
Ioanna Mantouvalou, Leona Johanna Bauer, Vinh-Binh Truong, Yannick Wagener, Frank Förste, Oleksandra Marushchenko, Stephan Werner, Franco Lizzi, Frank Wieder, Timo Wolff, Birgit Kanngießer, Paul Zaslansky: Quantitative micro-XRF combined with X-ray imaging reveals correlations between Zn concentration and dentin tubule porosity across entire teeth; DOI: 10.1002/VIW.20250173

© A Kisel/Shutterstock.com

Ungesundes Essen und Alkopops

EU erwägt Steuern

© anaumenko – stock.adobe.com

Die Europäische Kommission plant EU-weite Abgaben auf stark verarbeitete Lebensmittel und Alkopops ab 2026 – das geht aus einem Entwurf des Cardiovascular Health Plan hervor. Der „Safe Hearts Plan" wurde am 16. Dezember 2025 als Teil eines umfassenden Gesundheitspakets von der Europäischen Kommission vorgestellt. Er ist der erste gemeinsame europäische Ansatz zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – der Haupttodesursache in Europa – und Teil der Europäischen Gesundheitsunion. Der Plan befasst sich mit den wichtigsten Herausforderungen im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der gesamten EU, wobei der Schwerpunkt auf den besonderen Bedürfnissen schutzbedürftiger Bevölkerungsgruppen wie Kindern, Jugendlichen und Frauen liegt. Er soll die Mitgliedstaaten und Interessenträger in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Früherkennung und Vorsorge sowie Behandlung und Pflege (einschließlich Rehabilitation) in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterstützen. Hintergrund: In einigen Mitgliedstaaten ist die Zahl der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen achtmal höher als in anderen. Der „Safe Hearts Plan" zielt darauf ab, bestehende Lücken in Forschung und Innovation zu schließen, die Möglichkeiten digitaler und innovativer Technologien wie künstlicher Intelligenz zu nutzen und Ungleichheiten im Gesundheitswesen zwischen Mitgliedstaaten, Regionen und Bevölkerungsgruppen abzubauen.

Quelle: EU-Kommission

E-Health-Score in Europa

Belgien und Estland vorne

Digitale Gesundheitsdienste gewinnen in ganz Europa an Bedeutung. Die COVID-19-Pandemie hat viele Länder dazu gebracht, Videosprechstunden einzuführen oder stark auszubauen. Seitdem nimmt die Zahl der Telekonsultationen weiter zu. Der Zugang zu elektronischen Gesundheitsakten und die digitale Gesundheitskompetenz stehen im Zentrum der digitalen Transformation der Gesundheitssysteme.

Die Europäische Union hat sich ein klares Ziel für E-Health gesetzt. Bis 2030 sollen alle Bürgerinnen und Bürger der EU Zugang zu ihren elektronischen Gesundheitsakten haben. Der Stand der Dinge unterscheidet sich jedoch stark zwischen den Ländern. Nach Angaben des Berichts „Digital Decade 2025: eHealth Indicator Study – Final Report" der EU-Kommission erreichte der Zugang zu elektronischen Gesundheitsakten (Electronic Health Records, EHR) in der EU im Jahr 2024 einen Wert von 83 Prozent. Diese Kennzahl, auch zusammengesetzter E-Health-Score genannt, setzt 100 Prozent für einen vollständig ausgereiften Zustand mit umfassendem Bürgerzugang zu elektronischen Gesundheitsdaten an. Der Score stieg damit gegenüber 2023 um vier Prozentpunkte von 79 auf 83 Prozent und liegt elf Punkte über dem Wert von 72 Prozent im Jahr 2022.

Unter 29 europäischen Ländern, darunter die 27 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen und Island, reicht der EHR-Score von 25 Prozent in Irland bis 100 Prozent in Belgien und Estland. Den zweitniedrigsten Wert verzeichnen die Niederlande mit 65 Prozent – Irland bleibt damit ein Ausreißer nach unten. Dänemark (98 Prozent), Litauen (95 Prozent), Malta (94 Prozent), Polen (92 Prozent) und Norwegen (91 Prozent) gehören ebenfalls zur Spitzengruppe. Alle erreichen Werte von über 90 Prozent. In diesen Ländern stehen elektronische Akten einem sehr großen Teil der Bevölkerung zur Verfügung.

Quelle: Euro-News

© A Kisel/Shutterstock.com

EuGH-Urteil zu Vertragsanpassungen bei Internetverträgen

Kunde hat ein Sonderkündigungsrecht

Müssen Internetverträge aufgrund des Verbots von Zero-Rating-Optionen („Nulltarif“) angepasst werden, steht Kunden ein kostenloses Sonderkündigungsrecht zu. Dieses Recht auf fristlose Kündigung gilt auch dann, wenn der Anbieter lediglich dazu verpflichtet ist, die aktuelle Rechtsprechung umzusetzen. Dies hat der Europäische Gerichtshof klargestellt.

Ein Teilnehmer kann seinen Vertrag über Internetzugangsdienste ohne Kosten kündigen, wenn eine Vertragsänderung zur Anpassung an eine Entscheidung des Gerichtshofs vorgenommen wird. Da eine solche Änderung nicht unmittelbar durch das Unionsrecht vorgeschrieben ist, findet die Ausnahme vom Recht auf kostenlose Kündigung keine Anwendung.

Nulltarif-Verträge

In Urteilen aus den Jahren 2021 und 2022 hat der Gerichtshof das Unionsrecht dahin ausgelegt, dass es Tarifoptionen zum sogenannten „Nulltarif“ in Verträgen über Internetzugangsdienste entgegensteht. Im Anschluss an diese Urteile forderte die ungarische Behörde für Medien und Kommunikation die Anbieter elektronischer Kommunikationsdienste auf, Teilnehmerverträge mit „Nulltarif“-Klauseln zu ändern. Nach dem Unionsrecht haben Endnutzer das Recht, ihren Vertrag ohne zusätzliche Kosten zu kündigen, wenn der Anbieter Vertragsänderungen vorschlägt, außer in bestimmten Fällen, z. B., wenn die Änderungen unmittelbar durch Unionsrecht oder nationales Recht vorgeschrieben sind.

© pikovit – stock.adobe.com

Magyar Telekom, ein im Sektor der Informations- und Kommunikationstechnologien tätiges ungarisches Unternehmen, focht die sie betreffende Entscheidung der nationalen Behörde vor den ungarischen Gerichten an. Sie ist der Auffassung, dass die Ausnahme vom Recht zur kostenlosen Kündigung nicht nur dann gelte, wenn diese Änderungen unmittelbar durch Rechtsvorschriften der Union oder eines Mitgliedstaats vorgeschrieben seien, sondern auch dann, wenn sie es durch Unionsrecht oder nationales Recht im weiteren Sinne seien.

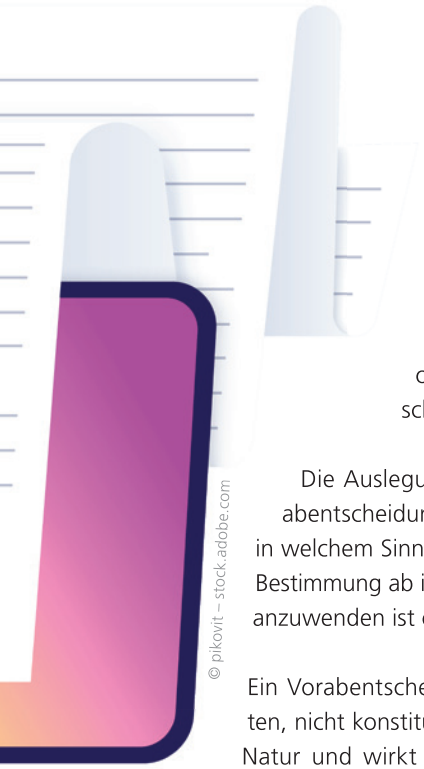
Ungarisches Gericht rief EuGH an

Das mit dem Rechtsstreit befasste ungarische Oberste Gericht fragt den Gerichtshof, ob ein Endnutzer seinen Vertrag ohne Kosten kündigen kann, wenn der Anbieter Änderungen vorschlägt, um den Vertrag

- mit der vom Gerichtshof vorgenommenen Auslegung einer Bestimmung des Unionsrechts,
- mit den sich daraus ergebenden Leitlinien des Gremiums europäischer Regulierungsstellen für elektronische Kommunikation (GEREK) oder
- mit der Entscheidung einer nationalen Behörde zur Umsetzung dieses Urteils und dieser Leitlinien in Einklang zu bringen.

EuGH bejaht die Fragen des ungarischen Gerichts: Kunde hat ein Sonderkündigungsrecht

Die Ausnahme vom Recht auf kostenlose Kündigung ist eng und im Einklang mit dem allgemeinen Ziel, ein hohes gemeinsames Schutzniveau für die Endnutzer sicherzustellen, auszu-



© pikovit – stock.adobe.com

legen. Sie findet nur dann Anwendung, wenn die Änderungen der Vertragsbedingungen unmittelbar und unbedingt durch das Inkrafttreten oder die Änderung einer Rechts- oder Verwaltungsvorschrift des Unionsrechts oder des nationalen Rechts vorgeschrieben sind.

Die Auslegung des Gerichtshofs in einem Vorabentscheidungsurteil erläutert und verdeutlicht, in welchem Sinne und mit welcher Bedeutung diese Bestimmung ab ihrem Inkrafttreten zu verstehen und anzuwenden ist oder gewesen wäre.

Ein Vorabentscheidungsurteil ist, mit anderen Worten, nicht konstitutiver, sondern rein deklaratorischer Natur und wirkt daher grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der ausgelegten Vorschrift zurück. Es kann daher nicht als Änderung einer Rechts- oder Verwaltungsvorschrift des Unionsrechts angesehen werden.

Das GEREK gewährleistet eine einheitliche Umsetzung des Rechtsrahmens im Bereich der elektronischen Kommunikation. Seine Handlungen sind jedoch nicht rechtsverbindlich und fallen nicht unter das Gesetzgebungsverfahren der Union. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass seine Leitlinien einem Anbieter elektronischer Kommunikationsdienste unmittelbar vorschreiben, seine Vertragsbedingungen zu ändern.

Auch die Entscheidung einer nationalen Behörde hat keinen normativen Charakter, denn mit ihrem Erlass beschränkt sich die Behörde darauf, die Unionsvorschriften im Bereich der elektronischen Kommunikation auszulegen und auf einen Einzelfall anzuwenden.

Quelle: Europäischer Gerichtshof, AZ: C-514/24

ANZEIGE

OSTSEE KONGRESS

ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE UND IMPLANTOLOGIE

15./16. MAI 2026
HOTEL NEPTUN
ROSTOCK-WARNEMÜNDE

OEMUS EVENT SELECTION

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

Wussten Sie schon, …

© shtonado – stock.adobe.com

… dass der BDIZ EDI eine europaweit anerkannte Qualitätsleitlinie für die orale Implantologie herausgibt?

Ziel ist es, dem implantologisch tätigen (Zahn-)Arzt einen Maßstab in die Hand zu geben, der es ihm erlaubt, seine eigene Arbeit zu beurteilen. Die Qualitätsleitlinie dient der Selbstbeurteilung und Selbsteinschätzung, denn nur der Behandler kennt die durchgeführte Arbeit, kennt seine Patienten mit ihren Wünschen und Problemen. Nur er kann zuverlässig beurteilen, wie diese Rahmenbedingungen, die für jede medizinische Leistung von teils ausschlaggebender Bedeutung sind, das vorliegende Behandlungsresultat – positiv oder negativ – beeinflusst haben. Aber auch der Patient braucht verlässliche und verständliche Kriterien, um das Behandlungsergebnis beurteilen zu können. Hier geht es zur Qualitätsleitlinie: https://bdizedi.org/qualitaetsleitlinie/

© Syda Productions – stock.adobe.com

… dass der BDIZ EDI seit 20 Jahren Rechtstipps speziell für implantologisch tätige Zahnärzte veröffentlicht?

Die Rechtstipps sind ein Alleinstellungsmerkmal – praxisnah, juristisch fundiert – vom Experten erstellt. Der BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak klärt in jeder Ausgabe des *BDIZ EDI konkret* auf, gibt Hinweise zu Haftungsrisiken und Updates zu GOZ, GOÄ, MDR, Patientenakte, Datenschutz und Zahnarztrecht. Wer mehr wissen will, schaut sich die Rubrik: „Abrechnung und Recht“ in jeder Ausgabe des *BDIZ EDI konkret* an. Aktuell geht es um die Medizinprodukteverordnung der EU, die von der EU-Kommission überarbeitet wird, – in dieser Ausgabe.

… dass der BDIZ EDI europaweit ein umfangreiches Fortbildungsprogramm anbietet?

Vom Curriculum Implantologie über den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie bis zum Europäischen Spezialisten der Implantologie (EDA) kann die Karriereleiter in der Implantologie erklommen werden. Vom Basiswissen bis zur Zertifizierung mit hoher Anerkennung. Die Fortbildung als Schlüssel für die Zukunft ist ein wichtiges Tool, das der Verband seinen Mitgliedern anbietet. Neu ist das Gutachter-Curriculum, das im Herbst starten wird. Mehr dazu in dieser Ausgabe.

© markus – stock.adobe.com

ANZEIGE

© Kamonthep – stock.adobe.com (KI-generiert)

BESONDERE PATIENTEN
BESONDERE VERANTWORTUNG

PRÄVENTIONSKONGRESS

8./9. MAI 2026
H4 HOTEL MÜNCHEN MESSE

dgpzm Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin

OEMUS MEDIA AG

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

Nachruf auf Myron „Ron" Nevins

Ein visionärer Denker

Myron „Ron" Nevins hat die moderne Parodontologie und Implantologie geprägt wie nur wenige andere. Wir werden seine wissenschaftlichen Leistungen, seine menschliche Haltung und die tiefen Spuren, die er in der internationalen Fachwelt hinterlassen hat, vermissen. Ron Nevins ist am 24. Dezember 2025 verstorben.

Myron „Ron" Nevins wurde 1938 in Philadelphia geboren. Er studierte an der Temple University, wo er seinen „Doctor of Dental Sciences" erwarb, und absolvierte seine Weiterbildung in Parodontologie an der Boston University. Nach seiner Ausbildung trat er in die Praxis von Dr. Gerald M. Kramer in Swampscott, Massachusetts, ein – ein Schritt, der den Beginn einer außergewöhnlichen Karriere markierte.

Dr. Nevins galt weltweit als einer der einflussreichsten Kliniker und Forscher in der Parodontologie und Implantologie. Er leistete Pionierarbeit in der Bestimmung für den „richtigen" Zeitpunkt für die Entfernung geschädigter Zähne, in der regenerativen Zahnheilkunde, insbesondere in der Knochenregeneration und dem Gewebe-Engineering. Zudem war er langjähriger Herausgeber des *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*, das unter seiner Führung zu einer der wichtigsten wissenschaftlichen Plattformen des Fachs wurde. Eine prägende Rolle spielte er in internationalen Fachgesellschaften, darunter die Osteology Foundation, deren wissenschaftliche Ausrichtung er maßgeblich mitgestaltete.

Ron beeinflusste über sechs Jahrzehnte durch sein Engagement in Forschung, Lehre und klinischer Exzellenz Generationen von Zahnärztinnen und Zahnärzten weltweit. Seine Fähigkeit, wissenschaftliche Erkenntnisse mit klinischer Praxis zu verbinden, machte ihn zu einem gefragten Referenten und Mentor. Kolleginnen und Kollegen beschrieben ihn als visionären Denker, der stets den offenen Dialog und die interdisziplinäre Zusammenarbeit förderte.

Mein Freund Ron Nevins hat auch mich geprägt. Bereits in den 1980er-/1990er-Jahren lernte ich ihn als Mentor und herausragenden zahnärztlichen Vordenker kennen und schätzen. Seine Kurse in Swampscott und seine Kongresse in Boston waren legendär. Ich nahm nicht nur an einem Kurs teil, nein, ich habe Kolleginnen und Kollegen immer wieder gern begleitet, wenn das Ziel „Nevins-Kurs" in Boston war. Diese Kurse entwickelten sich nicht nur für Teilnehmer aus Deutschland zu einem internationalen Anziehungspunkt, weil Ron Nevins klinische Präzision, wissenschaftliche Tiefe und eine außergewöhnlich klare Didaktik verband. Viele Teilnehmende reisten aus Europa, Asien und Lateinamerika an, um seine Herangehensweise an regenerative Parodontologie, Implantologie und interdisziplinäre Therapie aus erster Hand zu erleben. Die Atmosphäre war geprägt von intensiver Wissensvermittlung, offener Diskussion und dem Gefühl, Teil einer globalen Gemeinschaft zu sein, die gemeinsam die Zukunft des Fachs weiterentwickelte.

Sein Einfluss aus dieser Zeit wirkt bis heute auch bei mir nach – in den Behandlungskonzepten, die er durch seine eigene Bescheidenheit in Forschung und Wissensvermittlung vermittelte, und in den Kolleginnen und Kollegen, die durch diese Kurse entscheidende Impulse für ihre eigene berufliche Entwicklung erhielten.

Neben seinen beruflichen Erfolgen war Myron Nevins ein Mensch, der für seine Warmherzigkeit, Bescheidenheit und seinen Humor geschätzt wurde.

Er war Ehemann, Vater und Großvater – Rollen, die ihm ebenso wichtig waren wie seine berufliche Laufbahn. Bis ins hohe Alter lehrte er an der Harvard School of Dental Medicine und bleibt dort unvergessen.

Die internationale Dentalwelt hat mit Myron Nevins einen ihrer bedeutendsten Vertreter verloren. Sein Einfluss bleibt lebendig in den wissenschaftlichen Standards, die er mitgeprägt hat, in den klinischen Methoden, die er weiterentwickelte und in den Menschen, die er ausbildete, inspirierte und förderte.

Wir vermissen ihn und werden ihn weiter vermissen.

Christian Berger
BDIZ EDI-Präsident

Wir nehmen Abschied von **Jürgen Isbaner**

*27.4.1959 †5.3.2026

Mit dem Tod von Jürgen Isbaner verliert die OEMUS MEDIA AG einen Visionär, Gestalter und prägenden Kopf, der die Entwicklung des Unternehmens und der dentalen Medienlandschaft maßgeblich beeinflusst hat. Drei Jahrzehnte der OEMUS Unternehmensgeschichte waren zugleich drei Jahrzehnte geprägt von Jürgen Isbaner. Als Vorstand für die Bereiche Print, Online und Events, als langjähriger Chefredakteur der *ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis* und später als Chairman of the Board – Science & Business Development hat er die Entwicklung unseres Unternehmens entscheidend mitgestaltet. Große Teile der unternehmerischen DNA der OEMUS MEDIA AG tragen bis heute seine Handschrift. Er war Ideengeber, Visionär und Macher zugleich.

Machs gut, Jürgen. Wir werden dich nicht vergessen. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie und allen, die ihm nahestanden.

OEMUS MEDIA AG

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Berlin · Böblingen · Duisburg · Essen ·
Freiburg i. Br. · Köln · Meißen · München
www.rpmed.de

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

Prof. Dr. Ulrich M. Gassner
Rechtsanwalt
Trimburgstr. 2 | Gebäude 240, 6. OG
81249 München
Tel.: 089-38164189-0
Fax: 089-38164189-5
E-Mail: gassner@rpmed.de

Inhalt

Einleitung
Übersicht über den Vorschlag
- Ziele des Vorschlags
- Vorgesehene Hauptänderungen
- Betroffene Akteure
- Digitalisierung
- Internationale Zusammenarbeit
- Budget und Ressourcen
- Zeitplan

Die Einsicht der EU-Kommission
Ergebnisse der MDR-Evaluation
Vorgeschlagene Änderungen
Bewertung

Die Änderungsvorschläge der Europäischen Kommission – Vorstellung und Bewertung

Medizinprodukte-verordnung 2.0

Die Europäische Kommission zieht – jedenfalls für die Verhältnisse der Brüsseler Bürokratie – so etwas wie die Notbremse bei der Medizinprodukteverordnung, die man üblicherweise entsprechend der englischen Schreibweise mit MDR abkürzt.

Die MDR ist eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5.4.2017 und trägt die Bezeichnung VO (EU) 2017/745. Sie löste insbesondere die Medizinprodukte-Richtlinie vom 14.6.1993 (RL 93/42-EWG – international abgekürzt als MDD) ab. Wirksam geworden ist die MDR nach mehreren Verschiebungen am 26.5.2021. Dass die MDR für viel Verdruss sorgen wird, war außerhalb des Brüsseler Dunstkreises allen Akteuren klar. Nachdem die negativen Auswirkungen immer spürbarer geworden waren, ist diese Erkenntnis offenbar endlich auch in Brüssel angekommen. Seit dem 16.12.2025 gibt es einen 170 Seiten umfassenden Vorschlag der Kommission (2025/0404 [COD]) zur Überarbeitung der MDR und der für den zahnärztlichen Bereich nicht sehr relevanten IVDR (In-vitro-diagnostic Medical Devices Regulation). Wir werden uns hier nur mit der MDR befassen.

Primäres Ziel des neuen Vorschlags ist es, die Vorschriften für Medizinprodukte zu vereinfachen und die administrative Belastung für Hersteller zu reduzieren, während gleichzeitig ein hohes Maß an Schutz der öffentlichen Gesundheit und Patientensicherheit weiter gewährleistet bleiben soll. Wer sich davon erhofft, dass es für die Hersteller von Medizinprodukten tatsächlich weniger Bürokratie geben wird, sieht sich nach der Lektüre des Entwurfs enttäuscht. Wie so oft, wenn Bürokratieabbau versprochen wird, wird der administrative Aufwand allenfalls punktuell reduziert, meist aber nur verlagert.

Im Bereich des Medizinprodukterechts spielen sog. KMU (englisch: SMEs) eine wichtige Rolle. Sie wurden von der EU-Kommission in einer Empfehlung vom 6.5.2003 (2003/361/EG) definiert. Die Definitionen sollen hier als Auszug aus Art. 2 der Empfehlung wiedergegeben werden:

1. *„Die Größenklasse der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) setzt sich aus Unternehmen zusammen, die weniger als 250 Personen beschäftigen und die entweder einen Jahresumsatz von höchstens 50 Mio. EUR erzielen oder deren Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 43 Mio. EUR beläuft.*
2. *Innerhalb der Kategorie der KMU wird ein kleines Unternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als 50 Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 10 Mio. EUR nicht übersteigt.*
3. *Innerhalb der Kategorie der KMU wird ein Kleinstunternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als zehn Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 2 Mio. EUR nicht überschreitet."*

Nimmt man den deutschen Herstellermarkt, besteht dieser zu 93 Prozent aus KMU, davon sind 12.000 Kleinstunterneh-

men i. S. dieser Empfehlung. Die Zahl der Beschäftigten beträgt rund 210.000. Auf dem deutschen Markt gibt es aktuell rund 500.000 verschiedene Medizinprodukte. 68 Prozent der deutschen Produktion wird exportiert (Quelle: Branchenbericht BVMed, Stand Oktober 2025). Die MDR ist für Deutschland als die mittlerweile weltweite Nummer zwei bei der Herstellung von Medizinprodukten von besonderer Bedeutung. Wenn die MDR Medizinproduktehersteller schwächt, schwächt sie vor allem deutsche Hersteller.

Übersicht über den Vorschlag

Ziele des Vorschlags

- Vereinfachung der Vorschriften und Reduzierung der administrativen Belastung.
- Verbesserung der Vorhersehbarkeit und Kosteneffizienz des Zertifizierungsverfahrens.
- Förderung von Innovation und Wettbewerbsfähigkeit der EU-Medizinprodukteindustrie.
- Sicherstellung der Verfügbarkeit sicherer und innovativer Produkte.

Vorgesehene Hauptänderungen

- Einführung von flexibleren Anforderungen an klinische Daten und Nachweise.
- Anpassung der Klassifizierungsregeln, um die Risikoklassen bestimmter Produkte zu senken.
- Einführung von „Regulatory Sandboxes" (Reallabore) für innovative Technologien.
- Stärkere Rolle der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) bei der Koordination und Unterstützung von Expertengremien.
- Förderung der Digitalisierung, z. B. durch die elektronische Bereitstellung von Konformitätserklärungen und technischen Dokumentationen.

Betroffene Akteure

- Hersteller: Vereinfachte Verfahren, reduzierte Kosten und Unterstützung durch die EMA, insbesondere für KMU.
- Benannte Stellen: Verbesserte rechtliche Klarheit und effizientere Verfahren.
- Patienten und Gesundheitssysteme: Sicherstellung der Verfügbarkeit sicherer und innovativer Produkte.

Digitalisierung

- Erweiterung und Anpassung der Eudamed-Datenbank, um neue Anforderungen zu integrieren.
- Einführung eines IT-Systems zur Überwachung von Lieferunterbrechungen und -engpässen.
- Elektronische Bereitstellung von Dokumenten und Daten, einschließlich Konformitätserklärungen und Implantatkarten.

Internationale Zusammenarbeit

- Förderung der globalen regulatorischen Konvergenz und Teilnahme an internationalen Foren wie dem International Medical Device Regulators Forum (IMDRF).

Budget und Ressourcen

- Geschätzte finanzielle Auswirkungen auf die EU-Haushaltsmittel und die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA).
- Zusätzliche personelle Ressourcen für die EMA und die Europäische Kommission zur Umsetzung der neuen Aufgaben.

Zeitplan

- Die Verordnung soll ab dem zweiten Quartal 2027 in Kraft treten, mit Übergangsfristen für die Umsetzung der neuen Anforderungen.

Das Dokument betont die Notwendigkeit einer EU-weiten Koordination, um die strukturellen Probleme der bestehenden MDR (und IVDR, auf die wir hier aber nicht weiter eingehen) zu lösen und ein zukunftssicheres und innovationsfreundliches System zu schaffen. Aber das ist zunächst einmal nur erneutes Wunschdenken der EU-Kommission. Ähnliches las man schon als Begründung, warum die MDD nicht ausreiche und man die MDR brauche.

Die Einsichten der EU-Kommission

Die Kommission erkennt, dass die durch die MDR eingeführten sehr viel strikteren Anforderungen, die auch auf bereits auf dem Markt befindliche Medizinprodukte erstreckt wurden, angesichts der limitierten Kapazitäten der für die CE-Zertifizierung zuständigen Benannten Stellen und der unzureichenden Vorbereitung der Hersteller, trotz mehrfach verlängerter Übergangsfristen, das Risiko von Lieferengpässen und der Einstellung von Medizinprodukten bestehen ließen. Man habe die strukturellen Probleme der Implementierung der MDR unterschätzt und sie bisher nicht lösen können. Eine von der Kommission in Auftrag gegebene Analyse habe ergeben, dass die Regelungen der MDR sowohl die Verfügbarkeit der Produkte als auch die Wettbewerbsfähigkeit der EU-Hersteller negativ beeinträchtige, wobei die EU-Kommission nun erstmals die „vielen Mikro-, kleinen und mittelgroßen Hersteller" (KMU) zur Kenntnis nimmt.

Einer der zentralen Kritikpunkte an der MDR ist deren extreme Bürokratielastigkeit, die Ideen aus der Regulierung des Arzneimittelrechts mit seinen multinationalen Konzernen als Big Player auf das Medizinprodukterecht überträgt, ohne zu sehen, dass dort die Big Player die sog. KMU sind, nicht die internationalen Konzerne. Was die Großkonzerne sich an bürokratischem und Testaufwand leisten können, können die KMU gerade nicht. Medizinprodukte entstehen, um konkrete Versorgungsbedarfe zu befriedigen, zunächst meist nur in kleinen Chargen, oft genug in Kleinstbetrieben. 52 Prozent der Ideen zur Entwicklung neuer oder Verbesserung bestehender Produkte kommen von den Anwendern (BVMed, ebd.). Man denke nur an die Entwicklung der Zahnimplantate seit den 50er-Jahren des vorigen Jahrhunderts, die es angesichts der damals überwiegend ablehnenden Haltung der sog. Schulzahnmedizin unter der Ägide der MDR kaum zu einer CE-Kennzeichnung hätten schaffen können, galt doch vielen die Implantologie als das „Rotlichtviertel der Zahnmedizin".

Zur Kenntnis genommen wird seitens der Kommission das Fehlen eines für die Her-

© Masterlevsha/Shutterstock.com

steller zuverlässig abschätzbaren Zeitbedarfs für die Produktprüfung durch die Benannten Stellen und die von Land zu Land dazu abweichenden Praktiken. Mehrere der in der MDR enthaltenen Vorgaben an die Zertifizierung stünden außer Verhältnis zu den von den Produkten tatsächlich ausgehenden Risiken, was zu unnötig hohen Kosten und Lasten führe. Überambitionierte Vorgaben könnten vor allem kleine Hersteller dazu bringen, Medizinprodukte vom Markt zu nehmen oder ihren Markteintritt zu verzögern, mit potenziell negativen Konsequenzen für die Patientenversorgung und die öffentliche Gesundheit.

Diese Kritik kann man schon in dem umfangreichen Beitrag zur MDR nachlesen, der in *BDIZ EDI konkret* in den Ausgaben 2/2019 bis 1/2020 veröffentlicht wurde. Immerhin ist sie jetzt auch bei der Kommission angekommen.

Die Kommission bezeichnet den Änderungsbedarf als dringlich („urgent need to take action"). Da ist ihr zuzustimmen.

Ergebnisse der MDR-Evaluation

Die Kommission referiert die Ergebnisse der von ihr in Auftrag gegebenen Evaluation, die – wenig überraschend – die Warnungen, die es schon vor Inkrafttreten der MDR und seither gab, bestätigt hat.

Die meisten Einsender, die sich an der Evaluation der MDR beteiligt haben, kamen aus Deutschland (23,42 Prozent), gefolgt von Belgien (11,24 Prozent) und Frankreich (9,13 Prozent).

Wichtigste Erkenntnis der Kommission aus der Evaluation ist, dass die MDR zwar die Sicherheit der Produkte und die Markttransparenz gesteigert habe, aber unter Inkaufnahme von hohen und oftmals außer Verhältnis stehenden Compliancekosten, die durch die hohe regulatorische Komplexität der MDR-Anforderungen verursacht werden.

Wörtlich schreibt die Kommission:

„Die Evaluierung ergab, dass die Verordnungen den regulatorischen Rahmen gestärkt haben, durch strengere Anforderungen an die Benennung und Überwachung Benannter Stellen, die Durchführung von Konformitätsbewertungen und die Erhebung klinischer Daten. Die drei Dimensionen sind jedoch eng miteinander verknüpft und Schwächen in einem Bereich wirken sich auf das gesamte System aus. Ein fragmentiertes und langwieriges Notifizierungsverfahren reduziert die verfügbaren Kapazitäten und führt zu Inkonsistenzen in der Überwachung, was wiederum zu unterschiedlichen Konformitätsbewertungsverfahren beiträgt. Gleichzeitig verlängern unvollständige oder uneinheitlich bewertete klinische Daten die Bewertungen und beeinträchtigen die Vorhersagbarkeit, während sie die Nachweisbarkeit der Erreichung der Sicherheitsziele der Verordnungen einschränken. Obwohl Fortschritte erkennbar sind, führt die kombinierte Wirkung von Kapazitätsengpässen, fragmentierter Überwachung und uneinheitlichen Anforderungen an die Daten dazu, dass Effizienz, Harmonisierung und Effektivität hinter den Erwartungen zurückbleiben. Dies hat zu einer wahrgenommenen Unvorhersehbarkeit und Unverhältnismäßigkeit des regulatorischen Rahmens geführt und das Vertrauen der Stakeholder in das System untergraben. Genauer gesagt zeigt die Auswertung, dass dies zu einer Verringerung der Verfügbarkeit bestimmter Geräte (z. B. innovativer und Nischengeräte) führt, was sich negativ auf den Schutz der Patienten und die Wettbewerbsfähigkeit der Industrie auswirkt.

Die Evaluierung hebt mehrere Mängel und Ineffizienzen im aktuellen Regulierungsrahmen hervor, insbesondere im Hinblick auf Vereinfachung und Optimierung von Verfahren. Ein fragmentierter und nicht harmonisierter Regulierungsrahmen hat zu zahlreichen Ineffizienzen und unnötigen Belastungen für die Beteiligten geführt, die eine zentralisiertere Verwaltungsstruktur fordern. Ein unerwartet erhöhter Verwaltungs-

aufwand scheint auf redundante Berichterstattung und unnötige Doppelarbeit zurückzuführen zu sein und stellt die Beteiligten vor erhebliche Herausforderungen. Die Unvorhersehbarkeit und Unverhältnismäßigkeit des Systems verstärken diese Bedenken zusätzlich, insbesondere für Wirtschaftsakteure, die sich Klarheit und Konsistenz bei den Anforderungen wünschen, um Innovationen zu fördern, ohne die Sicherheit zu beeinträchtigen. Digitale Lösungen werden häufig als mögliche Wege genannt, um einige dieser Belastungen zu verringern, die Effizienz zu steigern und Ressourcenengpässe zu reduzieren. Die Fragmentierung der Verwaltungsstrukturen, überlappende Berichtspflichten und eine unzureichende Digitalisierung tragen zu erhöhten Verwaltungs- und Anpassungskosten für Behörden und Wirtschaftsakteure bei.

Zusammenfassend zeigt die gezielte Evaluierung Folgendes:

- *Bestimmte Anforderungen, insbesondere im Hinblick auf Konformitätsbewertungsverfahren, sind übermäßig komplex, aufwendig, langwierig und kostspielig.*
- *Die Anwendung der Rechtsvorschriften durch nationale Behörden und benannte Stellen ist nicht ausreichend aufeinander abgestimmt.*
- *Die bestehenden Koordinierungsmechanismen sind nicht ausreichend effizient und effektiv.*
- *Auf EU-Ebene stehen keine ausreichenden technisch-regulatorischen Beratungsangebote zur Verfügung.*
- *Adaptive Wege für bahnbrechende Innovationen und Nischenprodukte existieren nicht.*
- *Die Verordnungen haben unbeabsichtigte negative Auswirkungen auf Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und Patientenversorgung.*
- *Es besteht Bedarf an verbesserter Kohärenz mit anderen EU-Rechtsvorschriften, wie beispielsweise der Verordnung über klinische Prüfungen (CTR).*

Die Evaluierung hat gezeigt, dass die Umsetzung beider Verordnungen vereinfacht und der Aufwand reduziert werden kann, ohne deren Hauptziele zu gefährden."

Vorgeschlagene Änderungen

Die Kommission schlägt zahlreiche Änderungen der MDR vor. Einige wenige Vorschriften sollen ganz aufgehoben, viele teilweise oder komplett neu formuliert werden, viele neue sollen hinzukommen. Allerdings lässt sich die Kommission nicht

ANZEIGE

von dem Grundsatz „weniger ist mehr" leiten. Stets geht es ihr um das Thema Patientensicherheit. Dabei hat gerade die Coronakrise gezeigt, dass das Aufeinandertreffen von Patientensicherheit und regulatorischer Tiefe bei Medizinprodukten zu grotesken Ergebnissen führen kann, wenn man den gordischen Knoten nicht ohne Rücksicht auf die gedruckten Normen zerschlägt. Man denke nur an das Chaos um die Schutzmasken. Immerhin soll die MDR nun für allgemeine gesundheitliche Notlagen und Krisen explizit Exitoptionen erhalten.

1. Erleichterungen soll es für Kleinst- und kleine Unternehmen hinsichtlich der für die Einhaltung der Regulierungsvorschriften verantwortlichen Person geben. Sie sollen auf eine solche Person nicht mehr stets und uneingeschränkt Zugriff haben müssen, sondern nur noch auf eine solche zugreifen können (Art. 15 Abs. 2 MDR neu).
2. Die bisher auf fünf Jahre festgelegte Geltungsdauer der CE-Kennzeichnung und damit die Notwendigkeit der Rezertifizierung soll aufgehoben werden. Stattdessen sollen die Benannten Stellen periodische Reviews vornehmen, aber nur in Abständen, die in einem vernünftigen Verhältnis zum Risiko stehen, das von einem bestimmten Medizinprodukt ausgeht (Art. 56 Abs. 2 MDR neu).
3. Für die klinische Bewertung sollen mehr Daten als bisher nutzbar sein. Das soll insbesondere für Funktions- und Sicherheitstests gelten. Der Einsatz neuer Testmethoden, wie z. B. Computersimulation, soll gefördert werden. Herstellern von Medizinprodukten der Klassen IIb und III soll es ermöglicht werden, sich vor der Durchführung klinischer Prüfungen von einem Expertengremium beraten zu lassen (Art. 61 MDR neu).
4. Klinische Prüfungen für „sonstige" (nichtkommerzielle) Zwecke sollen nicht mehr unter die MDR fallen und deshalb Art. 83 MDR ersatzlos gestrichen werden.
5. Um dem Unsinn mit der Zertifizierung seit Langem am Markt eingeführter Medizinprodukte jedenfalls teilweise ein Ende zu setzen, soll eine Definition des „well-established technology device" eingeführt werden, der die bisherige Aufzählung in Art. 18 Abs. 3, 52 Abs. 4 und 61 Abs. 6 Buchstabe b MDR ersetzen soll. Man denke nur an die ganzen chirurgischen Instrumente, die auch heute noch von kleinen Handwerksbetrieben hergestellt und geschliffen werden. Hätte man diese Betriebe zu einer Zertifizierung nach den aktuell noch geltenden Regeln gezwungen, wären diese Produkte jedenfalls als made in Germany vom Markt verschwunden. Relevant wird die Änderung auch für die Informationspflichten nach Art. 18 MDR (Stichwort: Implantatpass). Darauf kann künftig im Regelfall verzichtet werden (Art. 18 Abs. 3 MDR neu).
6. Es soll künftig keine Pflicht mehr geben, Benannte Stellen einzuschalten, wenn das Produkt neu verpackt oder anders benannt wird. Die Regelung in Art. 16 Abs. 4 MDR soll aufgehoben werden.
7. Wer ein Medizinprodukt, das bereits auf dem Markt ist, im Rahmen seiner Zweckbestimmung für einen individuellen Patienten zusammenbaut oder anpasst, soll künftig nicht mehr Herstellerpflichten erfüllen müssen (Art. 16 Abs. 1 UAbs. 2 MDR neu).
8. Die Zuordnungsregeln für die Medizinprodukteklasseneinteilung des Anhangs VIII zur MDR werden neu gestaltet, sodass künftig etwa wiederverwendbare chirurgische Instrumente in eine niedrige Risikoklasse eingeteilt werden. Auch das war ja eine der Fehlleistungen der MDR, in diesem Bereich die Einmalprodukte zu favorisieren, statt die unter dem Aspekt Nachhaltigkeit gerade bei den chirurgischen Instrumenten seit Jahrzehnten bewährten Produkte. Viele Krankenhäuser sind im Zuge der MDR, manche noch zusätzlich gepusht durch die Coronakrise, auf Einmalinstrumente umgestiegen, mit einem riesigen Müllberg im Gefolge und entsprechenden Kosten.
9. Die nach Art. 32 MDR geforderten Kurzberichte über Sicherheit und klinische Leistungen sollen nicht mehr einer gesonderten Prüfung durch Benannte Stellen unterliegen.
10. Verlängert werden soll auch der Zeitabstand, in dem Hersteller die nach Art. 86 MDR vorgeschriebenen Sicherheitsberichte vorlegen müssen.
11. Für die Meldung schwerwiegender Vorkommnisse soll die Frist von bisher 15 Tagen (Art. 87 Abs. 3 MDR neu) auf 30 Tage verlängert werden.
12. Änderungen soll es für die Benannten Stellen im Anhang VII MDR geben.
13. Unter bestimmten Umständen soll die Weitergabe von sog. Inhouse-Devices an Dritte erleichtert werden (bisher ausgeschlossen durch Art. 5 Abs. 5 Buchstabe a MDR).
14. Geändert werden soll auch die Informationsübermittlung bei Einstellung oder Unterbrechung der Lieferbarkeit (Art. 10a MDR neu).
15. Es wird für Medizinprodukte mit besonderer Bedeutung und für Medizinprodukte für seltene Anwendungen (sog. Orphan Devices) neue und erleichterte Regeln geben (Art. 52a MDR neu).
16. Die Kommission will sich die Befugnis geben lassen, bei öffentlichen Gesundheitsnotlagen oder Krisen Ausnahmeregelungen zur MDR zu erlassen, mit dem Ziel, Produkte rasch neu in den Verkehr zu bringen (Art. 59 und 59a MDR neu).
17. Um die Entwicklung und Erprobung innovativer Produkte oder neuer regulatorischer Ansätze zu erleichtern, sollen sog. regulatorische Sandkästen (Reallabore; „Regulatory Sandboxes") eingerichtet werden können (Art. 59b und 59c MDR neu).
18. Die MDR soll von der Bevorzugung von Einmalartikeln auf die Produktion wiederverwendbarer Medizinprodukte umgesteuert werden. Die Hersteller sollen künftig begründen müssen, wa-

rum ein Artikel nur als Einmalartikel angeboten wird (Art. 17 Abs. 1 MDR neu). Alle nicht berechtigterweise als Einmalartikel deklarierten Medizinprodukte gelten als wiederverwendbar.

19. Wer einen Einmalartikel wiederverwendbar macht, wird im Sinne der MDR zu dessen Hersteller (Art. 17 Abs. 3 Satz 2 MDR neu). Das ist eine Hürde, die im Beratungsverfahren zur Umsetzung des Kommissionsvorschlags hoffentlich entschärft werden wird.
20. Medizinprodukte, die unter der MDD eine CE-Kennzeichnung erhalten haben, sind weiter unter der MDR verkehrsfähig, wenn sie den Status eines Orphan Produkts erhalten (Art. 120 Abs. 14 MDR neu).
21. Die im Annex I Kapitel III Nr. 10.6 MDR enthaltene Definition von Nanomaterialien wird ersetzt, weil sie überholt ist.
22. Neu eingeführt werden soll die Möglichkeit zu einem strukturierten Dialog zwischen Herstellern und Benannten Stellen (Anhang VII MDR).
23. Die Aufgaben der Benannten Stellen bei mit niedrigem und mittlerem Risiko klassifizierten Medizinprodukten sollen reduziert werden (Art. 52 sowie Anhänge IX, X und XI MDR).
24. Das zusätzliche Konsultationsverfahren im Zusammenhang mit der klinischen Bewertung soll nur noch für implantierbare Medizinprodukte der Klasse III notwendig sein. Allerdings sollen die nationalen Gesetzgeber hier weitergehende Regelungen erlassen können (Art. 54 MDR).
25. Die Gebühren der Benannten Stellen sollen für Mikro- und Kleinhersteller sowie für Orphan Produkte reduziert werden, wobei die Kommission das Recht erhalten soll, die Gebühren für die Benannten Stellen festzusetzen (Art. 50 MDR).
26. Die Zusammenarbeit der bei den Mitgliedstaaten für die MDR zuständigen Behörden soll geregelt werden (Art. 4, 4a, 51a und 51b MDR).
27. Es sollen dazu Joint Asset Teams gebildet werden (Art. 36–44 MDR).
28. Der für die Benannten Stellen zuständigen nationalen Behörde soll die Funktion eines Ombudsmannes für die Konfliktlösung zwischen Herstellern und Benannten Behörden zugewiesen werden (Art. 35 MDR).
29. Die Benannten Stellen sollen künftig in der Notified Bodies Coordination Group (NBCG-Med) zusammenarbeiten müssen. Die NBCG-Med soll an die MDCG berichten müssen (Art. 49 MDR).
30. Die Rolle externer Expertengremien soll gestärkt werden (Art. 106, 106a MDR).
31. Die EMA (European Medicines Agency – Europäische Arzneimittelagentur) soll künftig in weiteren Bereichen wissenschaftlich-technische und administrative Unterstützungsleistungen erbringen, auch für kleine und mittelgroße Hersteller (Art. 106b MDR).
32. Die Digitalisierung soll in die MDR Einzug halten, etwa für die CE-Erklärung (Art. 19, 110a, Anhang I und VI MDR).
33. In digitaler Form soll künftig auch die von Herstellern zu erstellende technische Dokumentation, Berichte und dgl. mehr erfolgen können (Art. 52b MDR neu).
34. Der Onlineverkauf von Medizinprodukten wird neu geregelt (Art. 6 MDR).
35. Die Vorgaben für UDI und Eudamed werden präzisiert. Nicht alles soll über Eudamed laufen müssen (Art. 27–33, Anhang VII MDR).
36. Neu aufgenommen wird ein Abschnitt über internationale Zusammenarbeit (Art. 108a und 108b MDR neu).
37. Die Durchführung von Leistungsstudien als Teil kombinierter Studien soll anders als bisher in einem einzigen Verfahren möglich sein, sofern diese Option gemäß dem im Reformvorschlag zum Europäischen Biotech-Rechtsakt vorgesehenen Art. 14c neu VO (EU) 536/2014 (CTR) gewählt wird (Art. 79a MDR neu).
38. Es soll neue Bestimmungen zum Thema Cybersicherheit geben (Art. 87a und Anhang I MDR neu).

Bewertung

Positiv anzumerken ist, dass die EU-Kommission sich bewegt. Die Hersteller, die sich an den Konsultationen zur Reform der MDR beteiligt haben, haben das also nicht umsonst gemacht. Der Reformvorschlag stellt sich damit als ein typisches Beispiel der Strategie dar, die die EU-Kommission seit dieser Legislaturperiode des Europäischen Parlaments auch in anderen Bereichen verfolgt: Vereinfachung und Deregulierung. Negativ anzumerken ist, dass die EU-Kommission die KMU nicht ausreichend privilegiert hat. Aber es dürfte leichter werden, Medizinprodukte auf den Markt zu bringen, wenn der Unionsgesetzgeber, wie zu hoffen bleibt, die Ideen der Kommission umsetzt.

Man darf auch Bundesregierung und Bundestag nicht aus der Pflicht nehmen. Im Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG), das als Folge der MDR das Medizinproduktegesetz (MPG) abgelöst hat, gilt es, einiges zu entschlacken, um vor allem den KMU ihre Tätigkeit zu erleichtern. Deutschland war im Pharmabereich mal die „Apotheke der Welt". Das ist lange her. Im Medizinproduktebereich ist Deutschland mittlerweile zur weltweiten Nummer 2 aufgestiegen. Da könnte man mit wenig Aufwand viel Unterstützung für den heimischen industriellen Mittelstand leisten. In der Zahnmedizin sind Medizinprodukte ungleich wichtiger als Arzneimittel, in der Implantologie besonders. Innovation und hohe Qualität verbessern den Patientenschutz nachhaltig.

Neuer Umgang mit ZÄ-Früherkennungsuntersuchungen

Sind Sie vorbereitet auf Ihre Patienten von morgen?

Zum 1. Januar 2026 sind die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen in das Gelbe Kinderuntersuchungsheft aufgenommen worden (G-BA Beschluss vom 15.5.25). Somit beinhalten die Gelben Hefte für die Neugeborenen bereits die neue Dokumentation. Welche Tipps es im privatzahnärztlichen Bereich gibt, zeigt dieser Beitrag.

Die Aufnahme der ZÄ-Früherkennungsuntersuchungen in das Kinderuntersuchungsheft stellt eine konsequente Weiterentwicklung präventiver Maßnahmen dar. Durch die verbindliche Dokumentation im Heft wird die interdisziplinäre Kommunikation zwischen Zahnärzten und Kinderärzten gestärkt.

Für die Praxis bedeutet dies eine Anpassung der organisatorischen Abläufe/Terminplanung und der Abrechnung. Die neuen BEMA-Ziffern Z1–Z6 schaffen eine klare Struktur für die Früherkennung im definierten Altersintervall und unterstreichen die Bedeutung einer frühzeitigen Kariesprävention.

Zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern wird die FU von 4 auf 6 Untersuchungen erweitert. Die Abrechnung erfolgt unverändert als BEMA-Leistung, mit den neuen Ziffern Z1–Z6, über die jeweilige KZV und das ist künftig von den KZVen gefordert:

- Eine private zusätzliche Vereinbarung ist nicht zulässig.
- Kein zusätzlicher Aufwand abrechenbar.
- Das Ausfüllen des Kinderuntersuchungsheftes ist Bestandteil der Untersuchungs- und Beratungsleistung!
- PVS-Update: muss die neuen Ziffern enthalten.
- Terminplanung: Eltern rechtzeitig über Termine/Zeitfenster informieren
- Unterstützung bietet der kostenfreie FU-Rechner in der Abrechnungsmappe der KZV
- Dokumentation: Befunde sorgfältig ins Kinderuntersuchungsheft eintragen – ohne Dokumentation keine Abrechnung!
- Bereits vorhandene Untersuchungshefte können durch Einlegeblätter ergänzt werden.
- Das Kinderuntersuchungsheft soll zukünftig digitalisiert werden (MIO – medizinisches Informationsobjekt) und Bestandteil der ePA werden.

Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit

Die „Sichtbarkeit" der zahnärztlichen Frühuntersuchung für Eltern, Kinderärzte und Zahnärzte wird erhöht, um möglichst alle Kinder vom sechsten Lebensmonat bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr zu erreichen, danach startet die IP! Die Termine für die ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen werden gebündelt dargestellt. Damit soll eine Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Zahnärzten erfolgen und entsprechend wird eine Steigerung der Inanspruchnahme erwartet.

Änderungen

Zum 1.1.2026 wurden die Leistungen der Früherkennungsuntersuchungen umbenannt in

- FUZ1 (vormals FU1a)
- FUZ2 (vormals FU1b)
- FUZ3 (vormals FU1c)
- FUZ4 (vormals FU2)
- FUZ5 (vormals FU2)
- FUZ6 (vormals FU2).

Der Abstand zwischen einer Leistung nach Nr. FU1 und einer Leistung nach Nr. FU2 beträgt mindestens vier Monate. Neben einer Früherkennungsuntersuchung nach Nr. FU1 oder FU2 kann eine Leistung nach Nr. 01 in demselben Kalenderhalbjahr nicht abgerechnet werden. Im folgenden Kalenderhalbjahr kann die Leistung nach Nr. 01 frühestens vier Monate nach Erbringung der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden. Im Zusammenhang mit einer Früherkennungsuntersuchung nach Nr. FU1 oder FU2 kann eine Leistung nach Nr. Ä1 nicht abgerechnet werden. Die Abrechnung von FU-Leistungen setzt die Einzeluntersuchung bzw. -unterweisung voraus. Die in den BEMA-Nrn. FUZ1 bis FUZ6 genannten Zeiträume sind strikt zu beachten. Wenn das Kleinkind nicht im zutreffenden Zeitintervall in der Praxis vorgestellt wird, entfällt der Anspruch auf die jeweilige Früherkennungsuntersuchung ersatzlos.

Umfang der FU

Die zahnärztlichen BEMA-Kinder-Früherkennungsuntersuchungen umfassen:

- ✓ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen einschließlich Beratung (Inspektion der Mundhöhle).
- ✓ Einschätzung des Kariesrisikos beim Kind.
- ✓ Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Betreuungspersonen mit dem Ziel der Keimzahlsenkung beim Kind durch verringerten Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke sowie verbesserte Mundhygiene.
- ✓ Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung (fluoridiertes Speisesalz, Zahnpasta u. Ä.) und gegebenenfalls die Abgabe oder Verordnung von Fluoridtabletten.

ANZEIGE

Früherkennungsuntersuchung - FU und Individualprophylaxe - IP		Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 435 EUR pro Stunde														
		BEMA Stand 01.01.2026				GOZ 2012 bzw. analoge Berechnung des Zeitaufwands						Alternative Analogziffer des BDIZ EDI				
								2,3-fach		3,5-fach						
Leistungsbeschreibung		Nr.	Bewert. Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	EUR	max. Zeit in Min.	Nr.	Punkt-Zahl	EUR	max. Zeit in Min.	Faktor
Früherkennungsuntersuchung - FU [2]																
– vom 6. bis zum 9. Lebensmonat ((FU1))	FU1	Z1	28	43,31	6,0	2110a	319	41,26	5,7	62,79	8,7	9040a	626	44,01	6,1	1,25
– vom 10. bis zum 20. Lebensmonat ((FU2))	FU1	Z2	28	43,31	6,0	2110a	319	41,26	5,7	62,79	8,7	9040a	626	44,01	6,1	1,25
– vom 21. bis zum 33. Lebensmonat ((FU3))	FU1	Z3	28	43,31	6,0	2110a	319	41,26	5,7	62,79	8,7	9040a	626	44,01	6,1	1,25
– vom 34. bis zum 48. Lebensmonat ((FU4))	FU2	Z4	26	40,22	5,5	2195a	300	38,81	5,4	59,05	8,1	9040a	626	44,01	6,1	1,25
– vom 49. bis zum 60. Lebensmonat ((FU5))	FU2	Z5	26	40,22	5,5	2195a	300	38,81	5,4	59,05	8,1	9040a	626	44,01	6,1	1,25
– vom 61. bis zum 72. Lebensmonat ((FU6))	FU2	Z6	26	40,22	5,5	2195a	300	38,81	5,4	59,05	8,1	9040a	626	44,01	6,1	1,25
Prakt. Anleitung der Betreuungspersonen zur Mundhyg. beim Kind		FU Pr	10	15,47	2,1	2330a	110	14,23	2,0	21,65	3,0	7000a	270	16,70	2,3	1,1
Individualprophylaxe - IP [2]																
Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung		FLA	14	21,66	3,0	2380a	160	20,70	2,9	31,50	4,3	2090a	297	27,72	3,0	1,3
Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen		IP2	17	26,30	3,6	1000a	200	25,87	3,6	39,37	5,4	2410a	392	26,46	3,6	1,2
Mundhygienestatus		IP1	20	30,94	4,3	1000a	200	25,87	3,6	39,37	5,4	3040a	540	33,41	4,6	1,1
Lokale Fluoridierung der Zähne		IP4	12	18,56	2,6	3080a	150	19,40	2,7	29,53	4,1	2110a	319	19,74	2,7	1,1
Versiegelung kariesfreier Fissuren und Grübchen, je bleibendem Molar (6, 7)		IP5	16	24,75	3,4	4130a	180	23,28	3,2	35,43	4,9	5110a	360	26,32	3,6	1,3
Kontrolle des Übungserfolges						1010	100	12,94	1,8	19,68	2,7					
Lokale Anwendung vor Medik. z. Kariesvorbeugung mit indiv. Schiene						1030	90	11,64	1,6	17,72	2,4					
Professionelle Zahnreinigung						1040	28	3,62	0,5	5,51	0,8					
Subgingivale nichtchirurgische Entfernung harter Beläge im Rahmen der PZR, je Zahn												2130a	104	7,02	1,0	1,2

Seite 15

Abrechnung bei Privatpatienten

In der GOZ gibt es keine spezifische Einzelziffer für „Früherkennungsuntersuchungen" wie im BEMA. Es können nur einige Leistungsinhalte der Früherkennungsuntersuchungen des BEMA in die GOZ und GOÄ transferiert werden. Bei modernen Präventionsmaßnahmen muss auf die Analogberechnung zurückgegriffen werden. Dazu hat der BDIZ EDI in seiner aktuellen BDIZ EDI-Tabelle 2026 die FU/IP-Leistungen analogisiert (siehe oben).

Tipps zur Analogberechnung

Gestalten Sie die Faktoren der GOZ- und GOÄ-Positionen auch bei FU-Leistungen individuell.

- Unverzichtbar ist der Vergleich mit dem GKV-Honorar (nicht nur im Rahmen der FU), da derzeit im BEMA knapp 100 Leistungen besser honoriert sind als in der GOZ 2012!
- War die Erbringung der einzelnen Leistung besonders schwierig und/oder besonders zeitintensiv, steigern Sie den Faktor der Leistung und begründen diesen Umstand in der Rechnung, z. B. „behandlungsunwilliges Kind".
- War die Erbringung der einzelnen Leistung unterdurchschnittlich leicht und/oder wenig zeitintensiv, könnte auf die GOZ-Leistung zurückgegriffen werden, jedoch nur, wenn ein wirtschaftlich ausreichendes Honorar gesichert ist. Zur Kalkulation einer Analogleistung sollten Sie Ihren aktuellen Honorarstundensatz und den Zeitaufwand berücksichtigen, um ein ausreichendes Honorar zu erzielen.

Individuelle Behandlung erfordert individuelle Berechnung: GOZ – GOÄ oder Analogberechnung?

Stillberatung Mutter, ggf. Hebamme, Osteopathie zur besseren Muskelfunktion oder z. B. Zungenband lösen: Die Behandlung oraler Restriktionen mit dem hochmodernen CO_2-Laser bedeutet die minimalinvasive und schonende Modulation und Trennung von Zungenband, Lippenband oder Wangenbändern. Dieser Eingriff dauert nur wenige Sekunden und ist dabei sehr präzise und schmerzarm. (Geringe Blutung – daher meist keine Naht nötig. Blutfreiheit sorgt für gute Sicht im OP-Gebiet und macht die vollständige Trennung von anterior und posterior verkürzten Zungenbändern möglich. Prognose: gute Wundheilung und geringe Narbenbildung.)

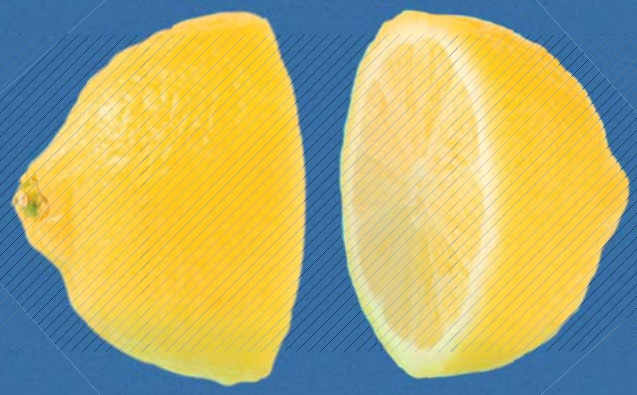
➔ Tipp: z.B. 9000a

Minimalinvasive Trennung oraler Restriktion mittels Laser als selbstständige Leistung entsprechend Implantatbezogener Analyse. Analoge Berechnung. (Weder die BEMA „SMS" noch die GOZ 3210 bzw. 3240 sind zutreffend.) Der Lasereingriff ist eine reine Privatleistung. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Netzwerk mit Stillberaterinnen und Therapeuten mögliche Leistungen sind z. B. Ä60, Ä15, Ä,30a Ä34a.

Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org

ANZEIGE

Vitamin C für Ihr Marketing!



© Getty Images – unsplash.com

ZWP Designpreis 26

Deutschlands schönste Zahnarztpraxis

JETZT bis zum 1.7.26 bewerben!

Mehr Sichtbarkeit gefällig?

Machen Sie mit! Und pushen Sie Ihr Praxismarketing.

Citylight der Designpreis-Gewinnerpraxis 2019 aus Leipzig: moderndentistry.

Plakat: © Dr. Niels Hoffmann | Bild: © GraphyPix – stock.adobe.com

OEMUS MEDIA AG

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

Ein fallbasierter narrativer Review

Sofortimplantation mit Keramikimplantaten & Bindegewebstransplantation

Ein Beitrag von Dr. Fabian Schick

Der Ersatz stark geschädigter Frontzähne bei jungen Patienten mit hoher Lachlinie stellt eine besondere Herausforderung dar, die funktionelle, biologische und ästhetische Aspekte vereint. Ein dünner gingivaler Biotyp, vorbestehende chronische Infektionen sowie hohe ästhetische Ansprüche erschweren häufig die Therapieplanung und erfordern schonende Behandlungskonzepte, die gleichzeitig eine langfristige periimplantäre Stabilität gewährleisten.

Die Sofortimplantation mit provisorischer Sofortversorgung hat sich zunehmend als etabliertes Verfahren zur Versorgung von Zahnverlust durchgesetzt. Zu den Vorteilen zählen eine verkürzte Behandlungsdauer, weniger chirurgische Eingriffe sowie die frühzeitige Wiederherstellung der Ästhetik.[1–3]

Keramikimplantate, insbesondere einteilige monolithische Systeme, gewinnen dabei zunehmend an Bedeutung, da sie eine günstige Weichgewebsreaktion, geringe Plaqueaffinität und potenzielle osteoimmunologische Vorteile aufweisen.[4–8]

Der vorliegende Beitrag beschreibt die Versorgung einer jungen Patientin mit hoher Lachlinie und einem chronisch entzündeten, stark verfärbten, endodontisch behandelten und wurzelspitzenresezierten Zahn 22, der schmerzhaft und gelockert war. Der Fall demonstriert, dass in einer einzigen Sitzung – bestehend aus atraumatischer Extraktion, sofortiger Insertion eines keramischen Implantats, simultaner Bindegewebstransplantation und provisorischer Sofortversorgung – sowohl eine stabile biologische Ausgangssituation als auch ein ästhetisch optimiertes Weichgewebsprofil erzielt und

Abb. 1+2: *Ausgangssituation intraoral (Frontansicht): Chronisch beherdeter Zahn 22, deutlich verfärbt bei hoher Lachlinie und kompromittierter Ästhetik. Dünnes, transparentes Weichgewebsprofil (dünner Biotyp), wobei die dunkle Zahnfarbe auch das umliegende Weichgewebe sichtbar verdunkelt.*

Abb. 3: *Der Zahn 22 wurde atraumatisch unter Verwendung von Periotomen und unter sorgfältigem Erhalt der bukkalen Knochenlamelle extrahiert.* – ***Abb. 4:*** *Bindegewebstransplantat aus dem Gaumen, mittels Single-Incision-Technik entnommen und nach Split-Flap-Technik vor der Implantation bukkal in der ästhetischen Zone positioniert.*

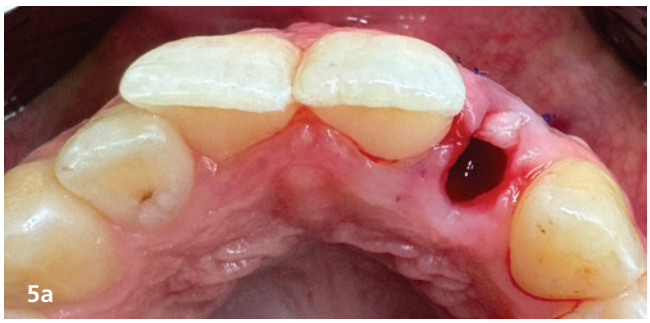


Abb. 5a+b: *Gezielte Positionierung eines körpereigenen Bindegewebstransplantats in der ästhetisch relevanten Zone zur Unterstützung eines natürlichen Emergenzprofils und zum Erhalt der natürlichen Ästhetik. Ziel war zudem die Ausbildung einer stabilen, keratinisierten Mukosa bei bestmöglichem biologischem Einheilverhalten des Transplantats.*

zugleich eine unmittelbare Patientenzufriedenheit erreicht werden können.

Ein narrativer Review ergänzt den Fallbericht, indem es die biologischen Grundlagen der Keramikimplantologie und der Osteoimmunologie, die Prinzipien von Monoblock-Designs sowie die Bedeutung der Weichgewebsaugmentation in diesem Kontext einordnet.

Klinischer Hintergrund

Die Patientin, Mitte 20, stellte sich mit ausgeprägter ästhetischer Beeinträchtigung und chronischer Symptomatik im Bereich von Zahn 22 vor. Klinisch imponierten eine deutliche Verfärbung, mehrere endodontische Vorbehandlungen sowie eine persistierende apikale Pathologie (Abb. 1+2).

Auch vor dem Hintergrund der hohen Lachlinie, des dünnen gingivalen Biotyps mit ausgeprägter Weichgewebstransparenz und des damit verbundenen erhöhten Rezessionsrisikos erschienen konventionelle verzögerte Implantationsprotokolle nur eingeschränkt geeignet Zusätzlich äußerte die Patientin den ausdrücklichen Wunsch nach einer einzeitigen Versorgung, um eine sichtbare Frontzahnlücke bzw. einen herausnehmbaren Interimsersatz – und die damit verbundene ästhetische wie psychische Belastung – zu vermeiden.

Die Sofortimplantation mit einem keramischen Implantat in Kombination mit einer Bindegewebstransplantation wurde als die vorhersagbarste Methode gewählt, um Infektionskontrolle, Knochen- und Weichgewebeerhalt, Weichgewebsverdickung sowie den Erhalt der natürlichen Ästhetik und eine schnelle ästhetische Rehabilitation gleichzeitig zu erreichen.

Weichgewebsaugmentation und ästhetische Regeneration

Patienten mit dünnem Biotyp und hoher Lachlinie haben ein erhöhtes Risiko für Rezessionen im sichtbaren Bereich, Schleimhauttransparenz und ästhetische Disharmonien im periimplantären Bereich.

Der Zahn wurde minimalinvasiv extrahiert (Abb. 3). Ein aus dem Gaumen entnommenes Bindegewebstransplantat wurde mittels Single-Incision-Technik gewonnen und bukkal am Implantat positioniert (Abb. 4), um das Weichgewebe gezielt zu verdicken und die periimplantäre Schleimhautbarriere zu stabilisieren (Abb. 5a+b).

Dieses Vorgehen verbessert eine nachhaltige ästhetische Vorhersagbarkeit, optimiert die Farbmaskierung und reduziert das Risiko von Rezessionen – insbesondere bei Keramikimplantaten, bei denen die Gewebeintegration zwar sehr gut ist, die Volumenstabilität jedoch von ausreichender Gewebedicke abhängt.[9–11]

Das Bindegewebstransplantat wurde gezielt in der ästhetisch relevanten Zone

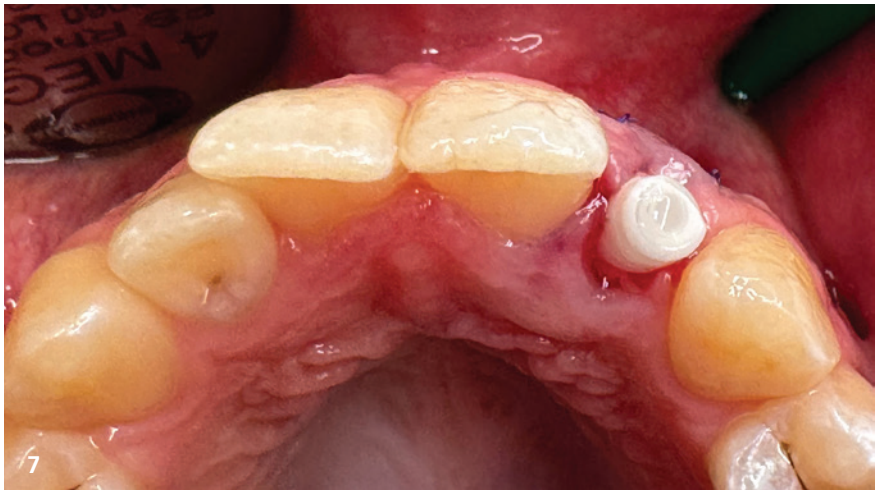


Abb. 6: *Klinische Situation unmittelbar nach der Sofortimplantation in Regio 22: bukkale Weichgewebsaugmentation mit Bindegewebstransplantat, fixiert durch Nähte zur Stabilisierung des periimplantären Weichgewebes.* – ***Abb. 7:*** *Ansicht von palatinal.*

positioniert, um ein natürliches Emergenzprofil zu ermöglichen. Ziel war die Ausbildung einer stabilen keratinisierten Mukosa, die auch als natürliche Barriere gegen mikrobielle Penetration und Entzündungen wirkt.[12–14]

Sofortextraktion und Implantation

Die Extraktion erfolgte atraumatisch unter Verwendung von Periotomen und unter sorgfältigem Erhalt der bukkalen Knochenlamelle. Anschließend wurde die Alveole gründlich kürretiert, desinfiziert und das apikale Implantatbett für ein einteiliges Keramikimplantat vorbereitet.

Eine ausreichende Primärstabilität ist entscheidend für Sofortimplantationsprotokolle – insbesondere bei geplanter Sofortversorgung. Moderne keramische Implantate mit ausgeprägter Gewindegeometrie ermöglichen eine hohe Drehmomentstabilität auch in Extraktionsalveolen und schaffen sogenannte „Healing Chambers" zwischen den Gewindespitzen, die eine schnelle Knochenneubildung und zuverlässige Osseointegration fördern (Abb. 6+7).

Zirkonoxid bietet dabei eine mit Titan vergleichbare Stabilität sowie osteoimmunologische Vorteile und vermeidet zugleich galvanische und tribokorrosive Prozesse, wie sie bei metallischen Implantaten auftreten können.

Darüber hinaus reduziert die Vermeidung von Mikrospalten, Schrauben und internen Verbindungen bei Monoblock-Designs das Risiko bakterieller Besiedlung und verhindert Mikroleakage im krestalen Bereich – ein entscheidender Faktor für die langfristige Knochenstabilität sowie ein ausgewogenes osteoimmunologisches und mikrobielles Milieu.[8, 15, 16]

Sofortversorgung, Patientenakzeptanz und definitive prothetische Versorgung

Eine provisorische Krone wurde direkt am Behandlungsstuhl hergestellt und unter konsequenter Vermeidung okklusaler Belastung eingesetzt (Abb. 8).

Die Sofortversorgung verhindert die ästhetische und psychische Belastung durch einen fehlenden Frontzahn – ein besonders wichtiger Aspekt bei jungen Patienten. Studien zeigen konsistent eine höhere Patientenzufriedenheit und Lebensqualität bei Sofortversorgungskonzepten.[18,19]

Bemerkenswert ist, dass bereits der erste Behandlungsschritt eine deutliche ästhetische Verbesserung gegenüber der Ausgangssituation darstellte und eine lange Phase erfolgloser Vorbehandlungen beendete (Abb. 9a+b).

Nach drei Monaten wurde das Implantat – bei vollständiger Osseointegration, positiver Resonanzfrequenzanalyse und stabiler Weichgewebsintegration – mit einer individuell angefertigten vollkeramischen Krone definitiv versorgt (Abb. 10). Röntgenologisch ließ sich eine gute Osseointegration nachweisen (Abb. 11).

Die Patientin zeigte sich sowohl mit dem ästhetischen Ergebnis als auch mit dem gesamten Behandlungsablauf äußerst zufrieden.

Osteoimmunologische Aspekte

Osteoimmunologie beschäftigt sich mit dem Zusammenspiel von Knochenstoffwechsel und Immunsystem und zeigt, dass die Knochenheilung im periimplantären Bereich nicht ausschließlich mechanisch gesteuert ist, sondern maßgeblich durch immunologische Prozesse beeinflusst wird.

Zirkonoxid zeigt im Vergleich zu Titan – insbesondere bei Vorliegen von Abriebpartikeln oder Tribokorrosion – eine reduzierte Expression entzündlicher Zytokine, eine geringere Aktivierung von Makrophagen sowie eine verminderte Freisetzung proinflammatorischer Mediatoren wie TNF-α und IL-1β.[8, 15, 20–22]

Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass Keramikimplantate mit stabileren Weichgewebsverhältnissen und einem geringeren Risiko periimplantärer Entzündungen verbunden sein könnten – insbesondere in Kombination mit ausreichend dicker keratinisierter Mukosa.[12–14]

Das einteilige Monoblock-Design eliminiert zudem interne Hohlräume, die als Reservoir für bakterielle Infiltration und Endotoxine dienen könnten, und unterstützt damit ein stabiles periimplantäres Immunmilieu.[23,24]

Über materialspezifische Immunreaktionen hinaus gewinnt die osteoimmunologische Beurteilung von Qualität und Dichte des periimplantären Knochens zunehmend an Bedeutung – insbesondere mithilfe der transalveolären Ultraschalldiagnostik, die eine nichtinvasive Einschätzung der Knochenintegrität ermöglicht.[25,26] Klinisch ist dies vor allem in Arealen relevant, in denen die Knochenregeneration unvollständig geblieben ist,[27] etwa an ehemaligen Operationsstellen, in Extraktionsalveolen, in periimplantären Knochenregionen sowie in Zonen, die durch postendodontisch bedingten inflammatorischen Stress belastet sind.

Eine chronische immunologische Aktivierung in diesen Bereichen kann die Balance zwischen osteoblastärer und osteoklastärer Aktivität verschieben und dadurch fettig-degenerative osteolytische Veränderungen (FDOJ/Kavitationen) begünstigen. Solche niedriggradigen Osteolysen zeichnen sich durch eine anhaltende Überexpression proinflammatorischer Zytokine – insbesondere RANTES/CCL5 sowie weiterer Chemokine – aus. Dies kann einen Zustand „stiller" Entzündung fördern, der potenziell auch systemische Auswirkungen hat.[28–30]

Die Integration einer ultraschallgestützten Knochendichteprofilierung in die Implantatplanung könnte daher dazu beitragen, immunologisch belastete oder strukturell kompromittierte Knochenkompartimente frühzeitig zu erkennen und damit die Vorhersagbarkeit regenerativer und implantologischer Ergebnisse zu verbessern.

Diskussion

Dieser Fall verdeutlicht die Vorteile der Sofortimplantation mit Keramikimplantaten in der ästhetischen Zone. Die Reduktion chirurgischer Eingriffe senkt die Gesamtmorbidität und erhöht den Patientenkomfort.

Insbesondere bei hoher Lachlinie ist das Vermeiden von Zahnlücken entscheidend,

Abb. 8: *Chairside gefertigte provisorische Krone.* – ***Abb. 9a+b:*** *Okklusale und vestibuläre Ansicht eines drei Monate eingeheilten Keramikimplantats in Regio 22 vor Definitivversorgung, mit perfekten periimplantären Weichgewebeverhältnissen.*

Abb. 10: *Situation drei Monate post OP.* – ***Abb. 11:*** *Definitive Versorgung des vollständig osseointegrierten Implantats.*

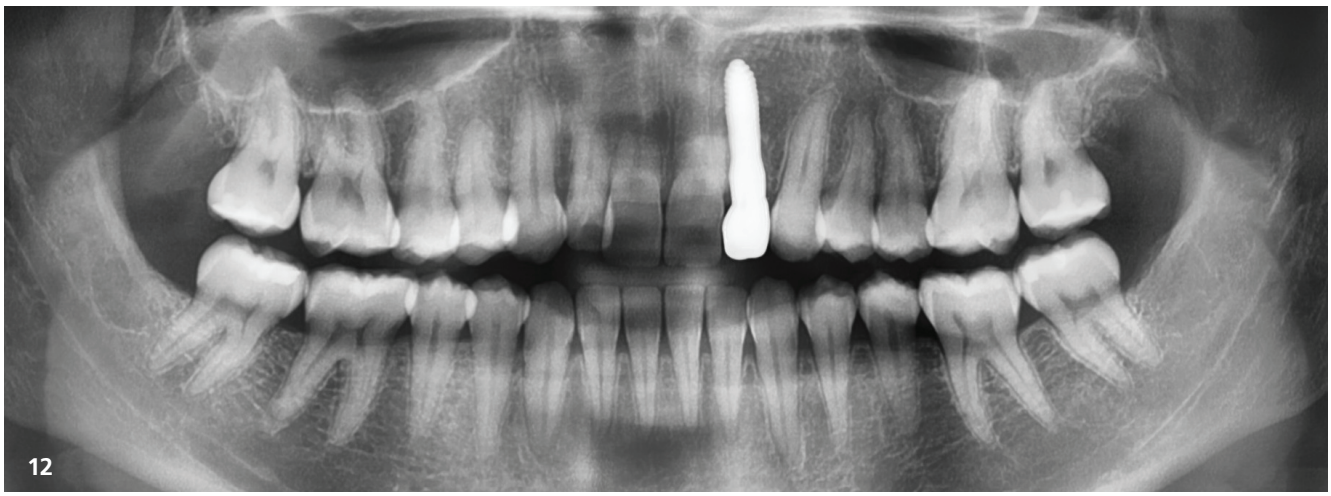


Abb. 12: *Das postoperative OPG zeigt eine gute Osseointegration.*

da ästhetische Defizite im sozialen Alltag ständig sichtbar sind.

Die gleichzeitige Weichgewebsaugmentation ist bei dünnem Biotyp essenziell. Sie verbessert die Langzeitstabilität und reduziert das Risiko von Rezessionen – einer der häufigsten Komplikationen in der Sofortimplantologie.

Die immunologisch günstigen Eigenschaften von Zirkonoxid, die starke Weichgewebsanlagerung sowie die geringe Biofilmadhäsion tragen zusätzlich zum langfristigen Erfolg bei.

Fazit

Die Sofortimplantation mit Keramikimplantaten in Kombination mit Bindegewebstransplantation und Sofortversorgung stellt insbesondere für ästhetisch anspruchsvolle Patienten ein äußerst effektives Behandlungskonzept dar.

Die biologischen und osteoimmunologischen Vorteile von keramischen Implantaten, zusammen mit präzisem Weichgewebsmanagement und einem einteiligen Implantatdesign, ermöglichen vorhersagbare Ergebnisse, hohe Patientenzufriedenheit sowie eine nachhaltige Stabiltät von Hart- und Weichgewebe.

Dr. Fabian Schick

Literatur

Kontakt

Dr. Fabian Schick
Spezialist für Biologische Zahnheilkunde und Keramikimplantologie (ISMI/IAOCI)
Biohealth München – Zentrum für Integrativ-Biologische Zahnheilkunde und Keramikimplantologie
www.biohealth-munich.de

© pabloprat – stock.adobe.com

International Osteology Symposium Vienna 2026

Impulse für die orale Regeneration – evidenzbasiert und praxisnah

Begeistern Sie sich für orale Regeneration? Dann lädt das Internationale Osteology Symposium in Wien vom 23. bis 25. April 2026 dazu ein, Ihr Fachwissen gezielt zu erweitern, klinische Fähigkeiten zu vertiefen und aktuelle Entwicklungen sowie zukünftige Trends kennenzulernen.

Das Symposium bietet eine Plattform für wissenschaftlichen Austausch und praxisnahe Fortbildung auf höchstem Niveau. „Es gibt nichts Inspirierenderes als eine exzellente Fachkonferenz, um neue Impulse mit in den klinischen Alltag zu nehmen", sagt Lisa Heitz-Mayfield, wissenschaftliche Co-Vorsitzende des Symposiums.

Zehn Gründe für Ihre Teilnahme

1 Wissenschaftlich fundiertes, evidenzbasiertes Wissen erwerben: Über 90 international renommierte Experten teilen ihre Erkenntnisse und diskutieren aktuelle Forschungsergebnisse.

2 Wissenschaftliche Evidenz in die tägliche klinische Praxis übertragen: Setzen Sie neueste Forschungsergebnisse gezielt ein, um Ihre klinischen Resultate zu verbessern.

3 Neue chirurgische Fähigkeiten und Techniken erlernen: In 18 Hands-on-Workshops vermitteln Experten Schritt für Schritt bewährte und innovative Techniken.

4 Interdisziplinäre Einblicke über angrenzende Fachgebiete hinweg gewinnen: Integrieren Sie Wissen aus verschiedenen Disziplinen für eine umfassende und ganzheitliche Patientenversorgung.

5 State-of-the-Art-Vorträge und fallbasierte Diskussionen erleben: Erhalten Sie Zugang zu den neuesten Erkenntnissen, Techniken und Forschungsergebnissen.

6 Inspiration durch zukünftige Trends und Innovationen der oralen Geweberegeneration: Entdecken Sie neue Technologien, die das Fachgebiet nachhaltig prägen werden.

7 Die führenden Köpfe der oralen Geweberegeneration treffen: Knüpfen Sie Kontakte zu Pionieren und internationalen Top-Experten.

8 Netzwerken mit Kollegen aus aller Welt: Tauschen Sie Erfahrungen aus und bauen Sie langfristige berufliche Beziehungen auf.

9 Interaktive Formate erleben: Panels und Debatten bieten praxisnahe Einblicke und fördern den aktiven Austausch.

10 Fortbildung mit der Entdeckung Wiens verbinden: Lernen Sie in einer der kulturell reichsten Städte Europas.

Mit ihrem Fokus auf klinische Relevanz, Interdisziplinarität und zukunftsorientierte Perspektiven bietet das Internationale Osteology Symposium Wien 2026 ein Fortbildungserlebnis, das weit über den Hörsaal hinausgeht. Sichern Sie sich jetzt Ihren Platz und profitieren Sie von attraktiven Preisen und Angeboten – die Anmeldung ist geöffnet!

Hier gehts zur Anmeldung.

Kontakt

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

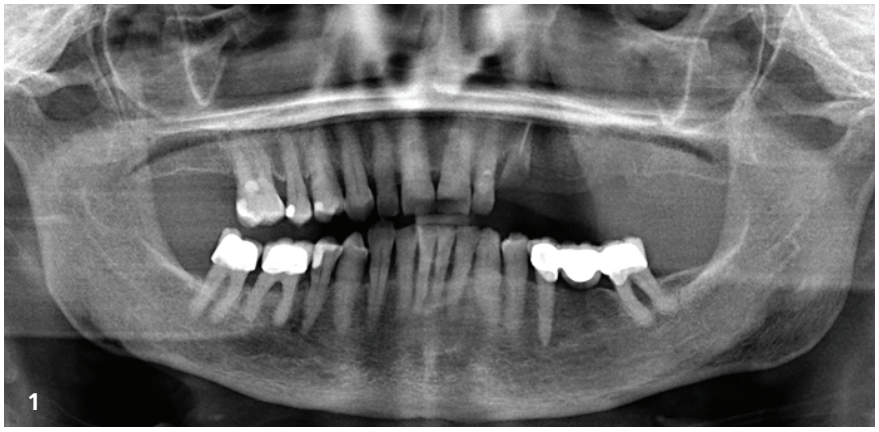
Anwenderbericht mit biologischer Knochenregeneration und Tentpole-Technik

Knochenaugmentation und Implantation bei vitaler 82-jähriger Patientin

Ein Beitrag von Moustafa Hijazi, M.Sc., M.Sc.

Dieser Beitrag befasst sich mit der umfassenden und erfolgreichen Therapie einer 82-jährigen Patientin, die an einem stark fortgeschrittenen Knochenverlust im Bereich des Kiefers litt. Die Behandlung erfolgte in mehreren sorgfältig geplanten Phasen und kombinierte moderne Techniken der Knochenregeneration mit einer individuell angepassten Implantattherapie. Dabei spielte die Knochenaugmentation, eine Methode zur Wiederherstellung des verloren gegangenen Knochens, eine zentrale Rolle.

Im Rahmen der Therapie wurden fortschrittliche Materialien und Techniken eingesetzt. Besonders hervorzuheben ist die Verwendung des zweiphasigen, synthetischen Knochenersatzmaterials EthOss, das durch seine osteokonduktiven und resorbierbaren Eigenschaften eine schnelle Neubildung patienteneigenen Knochens unterstützt. Darüber hinaus kam die Tentpole-Fadentechnik zum Einsatz, eine spezielle Nahtmethode mit resorbierbaren Fäden, die für eine optimale Wundheilung sorgt, die Stabilität des eingebrachten Materials unterstützt und das Risiko postoperativer Komplikationen minimiert. Diese präzise abgestimmte Vorgehensweise trug maßgeblich zum erfolgreichen Behandlungsergebnis bei und ermöglichte eine nachhaltige Stabilisierung der implantatgetragenen Versorgung.



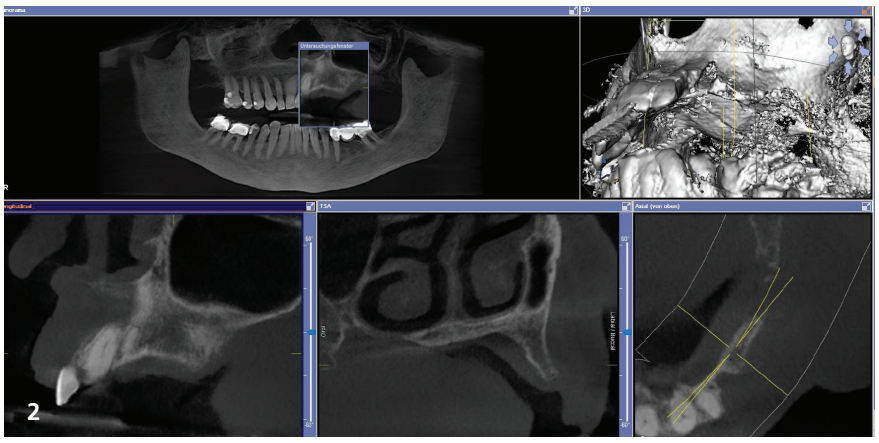


Abb. 1: *Fremd-OPG vom überweisenden Hauszahnarzt.* – ***Abb. 2:*** *Ausgangssituation (DVT).*

Der Beitrag beleuchtet die einzelnen Phasen der Behandlung, die eingesetzten Materialien sowie die erzielten Ergebnisse und bietet wertvolle Einblicke in die Möglichkeiten moderner oralchirurgischer Therapiemethoden bei komplexen Fällen.

Anamnese und Ausgangssituation

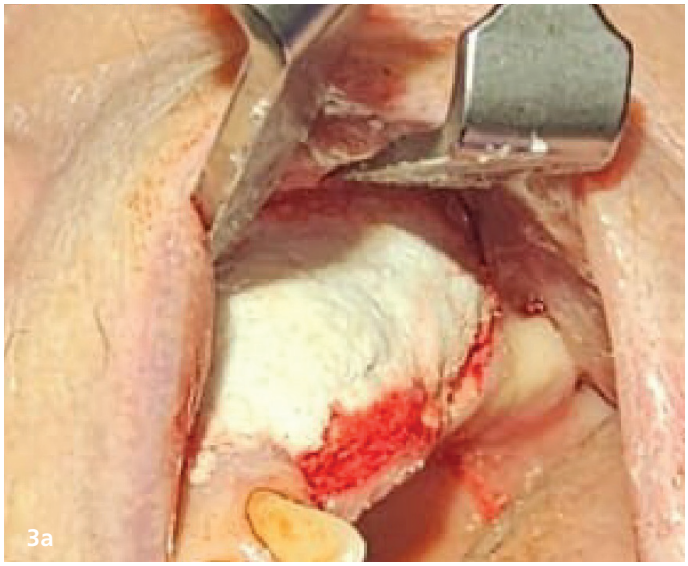
Die Patientin stellte sich in unserer Praxis mit dem Wunsch nach einer festsitzenden Brücke im linken Oberkiefer vor. Die diagnostische Untersuchung ergab einen verbliebenen Wurzelrest in Regio 23 sowie einen massiven Knochenverlust in

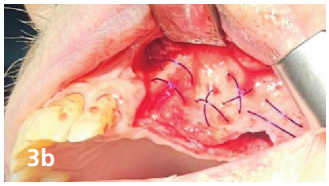
* Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Anbietern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider

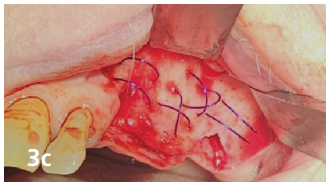
Regio 27 infolge einer früheren Extraktion durch den Hauszahnarzt. Da die Knochenatrophie eine direkte Implantation unmöglich machte, wurde eine umfangreiche präimplantologische biologische Knochenregeneration geplant.

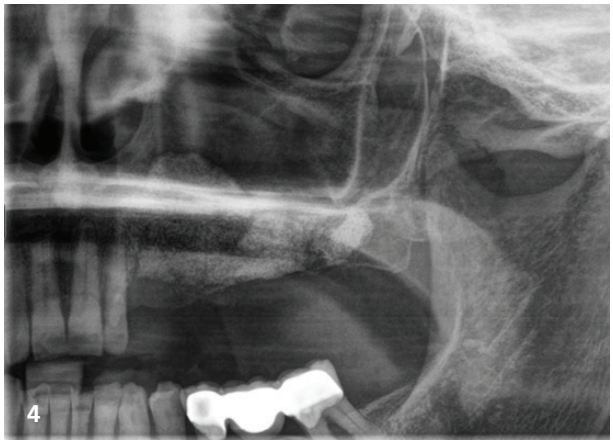
Therapiekonzept und Planung

Zunächst wurde eine detaillierte Diagnostik mittels digitalem Volumentomogramm (DVT) durchgeführt, woraus sich ein zweiphasiges Behandlungskonzept ergab: In









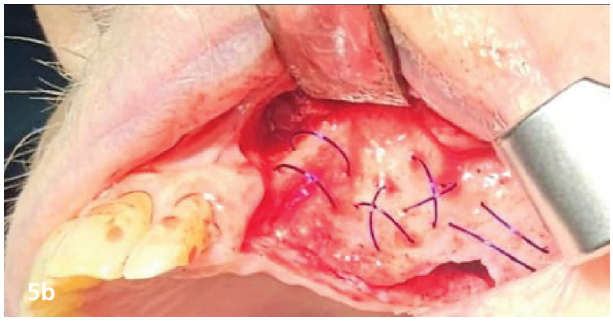
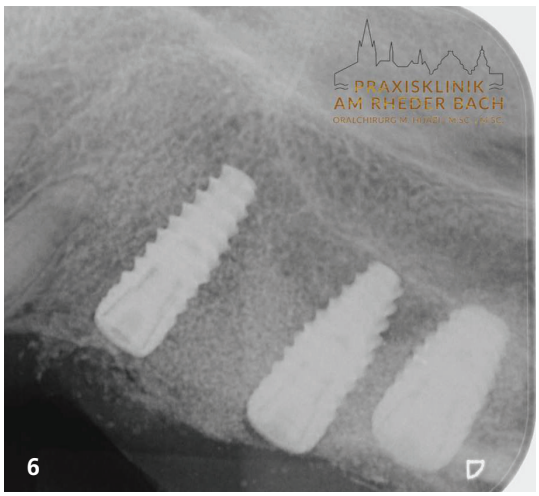
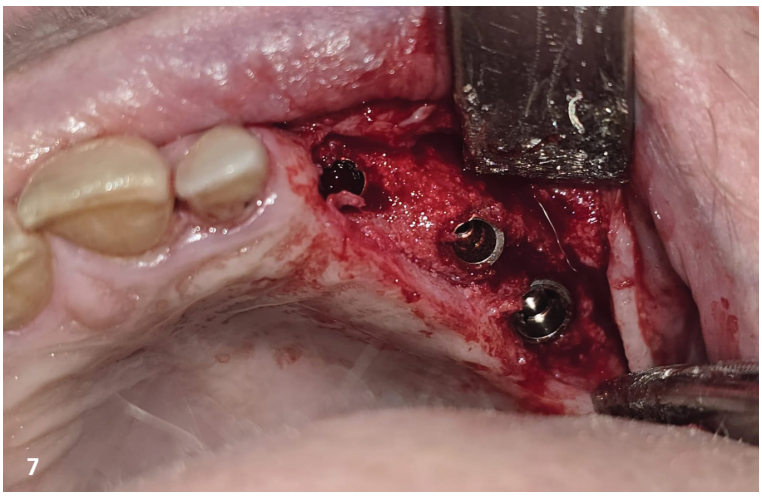


Abb. 3a–c: *Augmentation intraoperativ* ***(a)****. Tentpole-Fadentechnik* ***(b+c)****. –* ***Abb. 4:*** *Post-OP-Röntgen: Kontrolle nach Augmentation OK links. –* ***Abb. 5a+b:*** *Fixation mit PDS-Faden. –* ***Abb. 6:*** *Postoperative Röntgenaufnahme der Implantate. –* ***Abb. 7:*** *Implantate nach Freilegung.*





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

Phase 1 war eine Knochenregeneration mit lateraler und krestaler Rekonstruktion vorgesehen, gefolgt von Phase 2 mit der Implantation in den Regio 23, 24 und 26 nach vollständiger Knochenregeneration.

Knochenaugmentation – Innovatives Verfahren

Die Knochenaugmentation als innovatives Verfahren erfolgte unter Verwendung von EthOss als Knochenersatzmaterial (65 Prozent Tricalciumphosphat und 35 Prozent Calciumsulfat, derzeit einzigartig in dieser Zusammensetzung), einer Geistlich Bio-Gide Membran (20 × 30 mm) sowie einer Stabilisation mittels Tentpole-(2/0)-Fadentechnik.

Besonderheit der Tentpole-Fadentechnik:

Der PDS II Suture 2/0 in purple ist ein synthetisches, monofiles resorbierbares Nahtmaterial, das speziell für die Unterstützung von chirurgischen Eingriffen entwickelt wurde. Es zeichnet sich durch eine hohe Zugfestigkeit und kontrollierte Resorption aus, die für optimale Stabilität während der Wundheilungsphase sorgt. Die besondere Fadenstruktur ermöglicht eine gleichmäßige Spannung und minimiert das Risiko von Nahtbruch oder Gewebereizungen.

Technische Spezifikationen

- Herstellerbezeichnung: PDS II Suture oder Luxcryl PDO
- Material: Polydioxanon (PDS)
- Fadendicke: 2/0
- Nadeltyp: CT-1 (Kreisrunde Nadel, 36 mm)
- Fadenlänge: 150 cm
- Farbe: Lila (zur besseren Sichtbarkeit während des Eingriffs)
- Resorptionszeit: Ca. sechs Monate

Der PDS II Suture ist aufgrund seiner langsam resorbierenden Eigenschaften ideal für den Einsatz in chirurgischen Bereichen, die eine längerfristige Stabilität erfordern, wie beispielsweise bei Knochenaugmentationen, Geweberekonstruktionen und orthopädischen Eingriffen.

Vorteile der Tentpole-Technik

1. **Langsame und kontrollierte Resorption:**
   Der Luxcryl PDO-Faden wird vom Körper in etwa sechs Monaten vollständig resorbiert, was eine langfristige Unterstützung während der kritischen Phasen der Heilung ermöglicht.
2. **Monofiles Design:**
   Das glatte, einsträngige Design minimiert das Risiko von Gewebeeinrissen oder Infektionen und erleichtert das Einführen und Knoten des Fadens.
3. **Hohe Zugfestigkeit:**
   Die PDS II Suture bieten eine anhaltende Stabilität, die speziell in Bereichen wie Knochentransplantationen erforderlich ist, um das Knochenersatzmaterial sicher zu fixieren.
4. **Biokompatibilität:**
   Das Material ist gut verträglich und löst nur minimale Entzündungsreaktionen aus, was zu einer beschleunigten Wundheilung beiträgt.
5. **Zeitsparend und biologsich**
   Im Vergleich zu Schirmschrauben müssen die Fäden nicht entfernt werden. Dies unterbricht die Heilung nicht, reduziert die Narbenbildung und garantiert eine ruhigere Genesung des Gewebes.

Anwendung bei Knochenaugmentation

In der beschriebenen Fallstudie wurde der PDS II Suture verwendet, um das Knochenaugmentat stabil zu fixieren. Dabei wurden kleine Bohrungen in den Knochen eingebracht, durch die der PDS-Faden in einer „Tent"-ähnlichen Struktur verlegt wurde. Dies gewährleistete eine gleichmäßige Belastungsverteilung und erhöhte die Stabilität der augmentierten Region. Die resorbierbare Eigenschaft des Fadens reduziert das Risiko späterer Eingriffe zur Entfernung des Materials und unterstützt die natürliche Regeneration des Gewebes.

Klinische Erfahrungen und Studien

Studien und klinische Erfahrungen, wie sie von Prof. Dr. Peter Fairbairn, Dr. Nabil Benabadji und anderen führenden Implantologen dokumentiert wurden, zeigen, dass der Einsatz von PDO-Sutures die Komplikationsrate signifikant reduziert. Die Stabilisierungstechniken mit diesem Nahtmaterial tragen entscheidend zu einer verbesserten Implantatprognose bei und ermöglichen kürzere Heilungszeiten.

Eigenschaften und klinische Vorteile des PDS II Suture für die moderne chirurgische Praxis.

- Der Knochen wird mithilfe von PDS-Faden 2/0 stabilisiert.
- Eine kleine Fräse (2 mm Länge, 1 mm Durchmesser) erstellt Bohrungen von 2 mm Tiefe.
- Der PDS-Faden wird in Tent-Form in der Region der Backenzähne sowie in gebogener paralleler Form in den Prämolaren- und Eckzahnbereichen positioniert.
- Abbauzeit laut Hersteller: ca. sechs Monate.
- Funktion: Der Faden dient als Stabilisator der Augmentation.

Implantation und verzögerter Behandlungsverlauf

Nach einer erfolgreichen Knochenaugmentation im Jahr 2023 war ursprünglich geplant, die Implantation etwa zwölf Monate später, im April 2024, durchzuführen. Aufgrund der gesundheitlichen Situation der Patientin sowie privater Verpflichtungen musste dieser Termin jedoch auf den

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

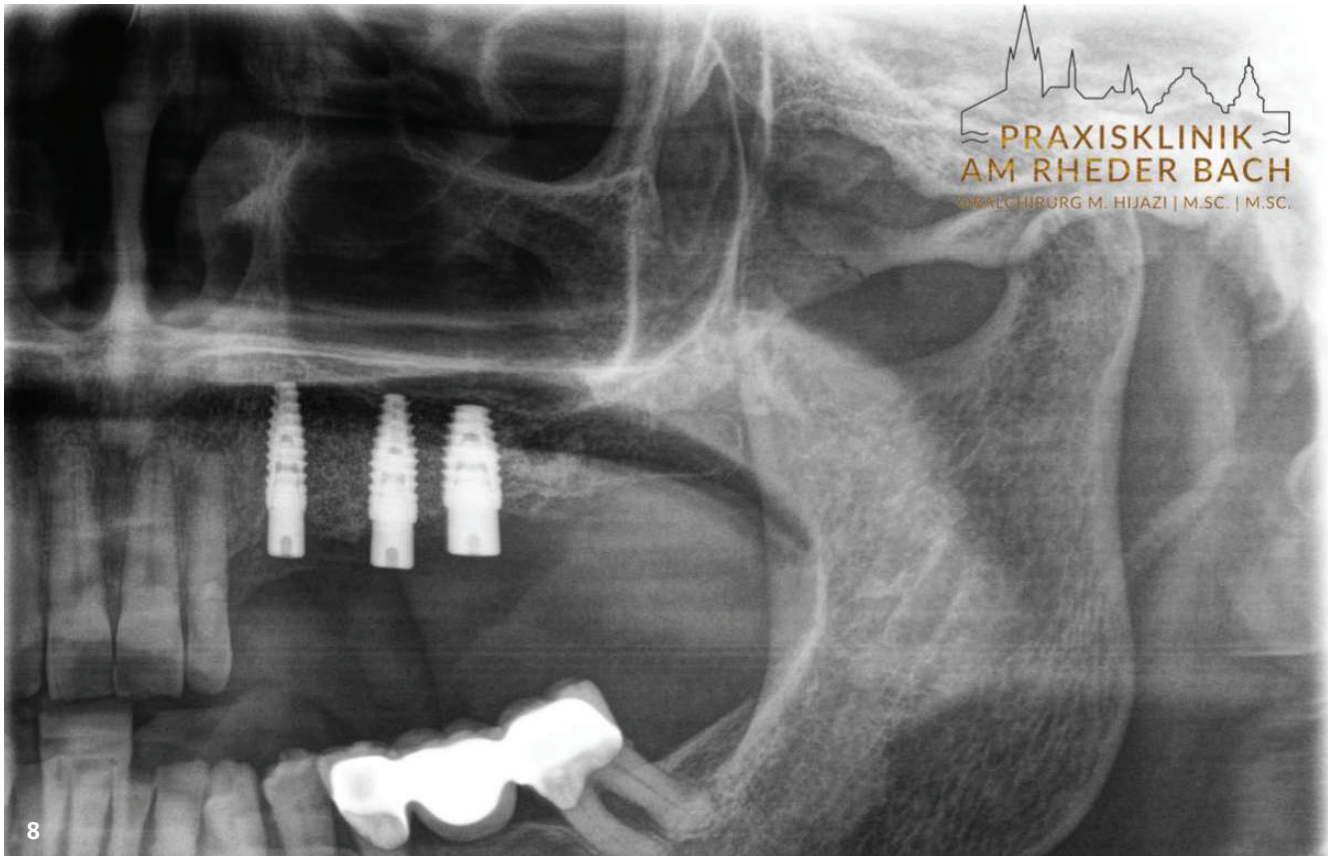


Abb. 8: *Post-OP-Röntgen: Implantate nach Freilegung.*

21.10.2024 verschoben werden. Trotz der Verzögerung zeigte sich der augmentierte Bereich bei der Implantationsoperation in ausgezeichnetem Zustand: Der neu aufgebaute Knochen war gut mineralisiert und weitgehend in körpereigenen Knochen umgewandelt.

Implantation am 21.10.2024

Unter lokaler Anästhesie wurden drei Camlog (CONELOG PROGRESSIVE-Line Bone Level)-Implantate erfolgreich eingesetzt:

- Regio 23: Implantat mit einem Durchmesser von 3,8 mm
- Regio 24: Implantat mit einem Durchmesser von 4,3 mm
- Regio 26: Implantat mit einem Durchmesser von 5,0 mm

Zur weiteren Optimierung des krestalen Knochenvolumens wurde ein Relining mit 1 g EthOss-Knochenersatz durchgeführt. Diese Maßnahme ist mit EthOss möglich, da auf bereits entstandenen Patientenknochen aufgebaut wird. Dies unterstützte die langfristige Stabilität der Implantate und förderte die nachhaltige Knochenregeneration im periimplantären Bereich.

Freilegung und Abschluss der Therapie

Die Implantate wurden mit drei zylindrischen Gingivaformern (4 mm) ausgestattet.

Bei der Kontrolle zeigte sich, dass die Implantate optimal osseointegriert sind. In der nächsten Behandlungsphase erfolgt nun die Versorgung mit einer festsitzenden Brücke.

Besondere Vorteile der gewählten Technik

- Keine zusätzliche Knochenentnahme: Vermeidung invasiver autologer Transplantationen
- Reduzierte Komplikationsrate: Gleichmäßige Belastungsverteilung durch PDS-Faden
- Kosteneffizienz: Keine weiteren chirurgischen Eingriffe erforderlich

Fazit

Dieser Fall zeigt, dass auch bei komplexen Ausgangslagen durch moderne augmentative und implantologische Techniken langfristig erfolgreiche Ergebnisse erzielt werden können. Die Patientin profitiert künftig von einer besseren Kaufunktion und gesteigerter Lebensqualität.

Kontakt

FZA Moustafa Hijazi, M.Sc., M.Sc.
Praxisklinik Am Rheder Bach
info@kieferchirurgie-rhede.de
www.kieferchirurgie-rhede.de

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

medentis medical

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.

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

© korkeng – stock.adobe.com

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-Chargen 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 Präzision 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.

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

CP GABA

Zahnfleisch- und Implantatpflege mit Mundspülung

Das meridol® PARODONT EXPERT System eignet sich besonders für Patienten mit starken Zahnfleischbeschwerden, einem erhöhten Entzündungsrisiko sowie zur Implantatpflege. Klinische Studien, an denen ausschließlich Implantatträger teilnahmen, belegen die Effektivität von Zahnpasta und Mundspülung in der Plaquereduktion.[1,2]

Bei Bedarf einer besonderen antiseptischen Pflege kann die medizinische Mundspülung von meridol® eingesetzt werden. Diese ist in Deutschland ab sofort unter dem neuen Namen meridol® med Chlorhexidin 0,2 % erhältlich und apothekenpflichtig. Formel und Wirksamkeit bleiben unverändert.

Die Marke meridol® gibt es seit 40 Jahren. Ihre Produkte zur Zahnfleischpflege zeichneten sich von Beginn an durch antientzündliche Wirkstoffkombinationen aus. Mit dem aktuellen Produktportfolio wird diese Erfolgsgeschichte konsequent fortgeschrieben.

Effektive Plaqueentfernung und Stärkung der natürlichen Mukosa

Die aktuelle Formulierung der meridol® PARODONT EXPERT Zahnpasta enthält Zinkoxid und Zinkzitrat sowie Zinnfluorid stabilisiert durch Zinnpyrophosphat. Alle vier Zinn- und Zinkverbindungen tragen zur starken antibakteriellen Wirksamkeit des Produktes bei. Diese Formulierung stärkt die natürlichen Abwehrkräfte des Zahnfleischs, entfernt Plaque effektiv und schützt vor dem Wiederauftreten von Zahnfleischbeschwerden. Eine klinische Studie zeigt: Gegenüber einer herkömmlichen fluoridierten Zahnpasta (1.000 ppm F^- aus NaMFP) ist die Plaquereduktion nach sechs Monaten regelmäßiger Anwendung um das Neunfache höher.[1] Bei über 85 Prozent der Studienteilnehmern wurde die Plaque sogar vollständig oder nahezu vollständig entfernt.[1]

Das meridol® PARODONT EXPERT System.

© CP GABA

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

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

Mundspülung mit Hyaluron unterstützt die antibakterielle Wirkung

Die meridol® PARODONT EXPERT Mundspülung mit Hyaluronsäure (HA) ergänzt das zweimal tägliche Zähneputzen. Die enthaltene HA wirkt antientzündlich und bildet Schutzbarrieren gegen Bakterien. Die Hyaluronsäure unterstützt die antibakterielle Wirkung der Cetylpyridiniumchlorid und Zink (CPC+Zn) Technologie.[3,4] Bei der Spülung lagern sich signifikante Mengen HA im Weichgewebe an, wo sie unmittelbar nach der Anwendung die antibakterielle Wirkung des Zinks verstärken.[4,5]

Eine regelmäßige Verwendung über sechs Monate führte bei acht von zehn Patienten zu gesundem Zahnfleisch (kein Bluten auf Sondieren).[2] In einer In-vitro-Studie konnte zudem gezeigt werden, dass die Anwendung der Mundspülung zu einer deutlichen Beschleunigung der natürlichen Zahnfleischheilung führt.[+,6] Nach 72 Stunden sind Verletzungen im Gingivakeratinozyten-Monolayer zu 100 Prozent verschlossen; unbehandelt beträgt die Wundschließung zu diesem Zeitpunkt weniger als 50 Prozent.[6] Von dieser Wirkung profitieren auch Patienten nach einer Implantatbehandlung.[2]

Medizinische Mundspülung für den kurzzeitigen Einsatz

Die meridol® med Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung (in der Schweiz meridol® perio Chlorhexidin 0,2 %)[++] ist für den professionellen Einsatz in der Praxis wie auch für die kurzzeitige Anwendung zu Hause nach parodontalchirurgischen Eingriffen oder bei akuten bakteriellen Entzündungen konzipiert. Die alkoholfreie Mundspülung mit mildem Geschmack reduziert kurzweilig die Anzahl der Bakterien in der Mundhöhle. Sie bietet eine klinisch erwiesene Reduktion von Plaque[7] und Schutz vor Zahnfleischproblemen wie Zahnfleischentzündungen und -bluten.[7,8] Verfügbar ist die medizinische Mundspülung in zwei Größen: 300 ml für den häuslichen Gebrauch in Deutschland und der Schweiz sowie 1000 ml für die Praxis in Deutschland.

meridol® med Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung (300 ml)

Quellen

+ Nach einmaliger Anwendung im Vergleich zu einem unbehandelten Gingivakeratinozyten-Monolayer.

++ In Österreich nicht erhältlich.

meridol® feiert Geburtstag: 40 Jahre Zahnfleischschutz

Die Wurzeln von meridol® liegen in einer Apotheke namens „Goldene Apotheke“ in Basel. Die erste meridol® Mundspülung zum Zahnfleischschutz wurde durch die GABA (Goldene Apotheke Basel)-Gruppe in der Schweiz entwickelt und kam 1986 als „Dental Spülung“ auf den Markt. Das Besondere an der alkoholfreien Mundspülung war ein neu entwickeltes Konzept der oralen Prävention: Eine antibakterielle und fluoridhaltige Mundspülung zur Prophylaxe von Karies und Gingivitis. Heute gehört meridol® zu den führenden Marken des Mundgesundheitsunternehmens CP GABA.

Kontakt

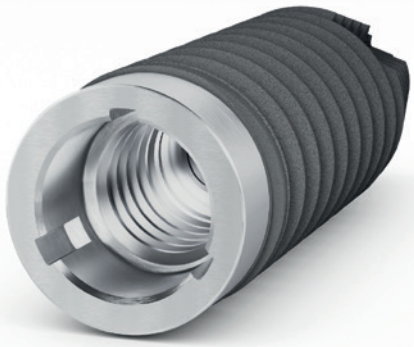
CP GABA GmbH
CSDentalDE@CPgaba.com
www.cpgabaprofessional.de

CAMLOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® Implantat

Osseointegration trifft Weichgewebeattachment

Link zum Film „Die Zukunft beginnt sofort“

Camlog erweitert mit dem CAMLOG® PROGRESSIVE-LINE Promote® Implantat das Leistungsspektrum des PROGRESSIVE-LINE Implantatsystems. Die neue Promote Variante vereint die bewährte PROGRESSIVE-LINE Außengeometrie mit den Vorteilen eines maschinierten Implantathalses von 1,4 mm Höhe. Dies ermöglicht eine Anlagerung des transgingivalen Weichgewebes auf der maschinierten Oberfläche, während der raue ossäre Anteil des Implantats für eine sichere Osseointegration sorgt.



Mehr Infos zum PROGRESSIVE-LINE Implantat

Infos zum Unternehmen

Der maschinierte Halsbereich der CAMLOG PROGRESSIVE-LINE Promote Implantate unterstützt eine harmonische Integration in das periimplantäre Gewebe und berücksichtigt die biologischen Anforderungen im Hygienemanagement. Dies kann für Patienten mit einem erhöhten Periimplantitisrisiko wie Parodontitispatienten von Vorteil sein. Das CAMLOG PROGRESSIVE-LINE Promote Implantat gilt somit als „Hybrid-Lösung“, die die Vorteile eines Bone Level- und Tissue Level-Implantats in einem System kombiniert.

PROGRESSIVE-LINE Implantate zeichnen sich durch eine apikal konische Form aus. Das Gewinde verläuft bis zum Apex, wodurch es die idealen Voraussetzungen für eine Sofortimplantation schafft und auch in Regionen mit einem reduzierten knöchernen Angebot für eine hohe Primärstabilität sorgt.[1,2]

Dank erweiterter Tiefenmarkierungen an den Bohrern lassen sich CAMLOG PROGRESSIVE-LINE Promote Implantate mit den CAMLOG/CONELOG PROGRESSIVE-LINE Chirurgie-Sets setzen. Das Zusammenspiel der maschinierten Oberfläche am Implantathals mit der PROGRESSIVE-LINE-Implantatgeometrie erweitert die bisherigen Behandlungsoptionen und sorgt so für mehr Flexibilität im Praxisalltag.

PROGRESSIVE-LINE Implantate unterstützten alle modernen Behandlungsprotokolle. Von der Sofortversorgung bis zur langfristigen Stabilität schaffen sie ideale Voraussetzungen, um selbst komplexe Patientenfälle zuverlässig und wirkungsvoll zu lösen.[2]

Literatur:

1 *Conserva E. Initial stability after placement of a new buttress threaded implant. A case series study. implants. 2019(3):24–28.*

2 *Ruppin J. One-year clinical experience with Progressive-Line implants. EDI journal. 2020(4):54–63.*

Kontakt

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

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

ANZEIGE

ÄSTHETIK, MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER MODERNEN IMPLANTOLOGIE

26. EXPERTENSYMPOSIUM IMPLANTOLOGIE

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG:
PROF. DR. DR. FLORIAN STELZLE/MÜNCHEN

8./9. MAI 2026
H4 HOTEL MÜNCHEN MESSE

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

Das ist GC.

Von Diagnose bis Therapie: GC-Kampagne zum Thema Tooth Wear

Tooth Wear (Zahnverschleiß) ist ein zunehmend relevantes Thema, das sich immer stärker auf die tägliche Praxis auswirkt. Schätzungen zufolge sind vier von zehn Patientinnen und Patienten von mäßigem bis schwerem Zahnverschleiß betroffen. Angesichts der steigenden Prävalenz in allen Altersgruppen ist eine wirksame Behandlung wichtiger denn je. Zahnärzt/-innen spielen eine entscheidende Rolle dabei, Betroffene mit nicht kariösen Substanzverlusten zu unterstützen, um Folgeerscheinungen zu minimieren und ein weiteres Fortschreiten zu verhindern. GC hat es sich zur Aufgabe gemacht, zahnärztlich und zahntechnisch Tätige bei der Behandlung von Zahnverschleiß mit praktischen Lösungen und Ressourcen zu unterstützen. Diese Initiative umfasst von Expert/-innen geleitete Kurse, fundierte Fachbeiträge, aufschlussreiche Interviews und interaktive Webinare, die Fachleuten das nötige Wissen und die erforderlichen Instrumente vermitteln, um die Auswirkungen von Tooth Wear zu minimieren und sein Fortschreiten zu verhindern. In den ersten Monaten der Kampagne stehen die Ursachen und wichtigsten Therapieansätze bei moderatem Zahnverschleiß im Mittelpunkt, bevor im Laufe des Jahres schwerwiegende Verschleißerscheinungen eingehender beleuchtet werden. Diese Kampagne spiegelt das kontinuierliche Engagement von GC für Innovation und Fortbildung im Bereich der Mundgesundheit wider. Durch die Teilnahme an diesem Programm können Praxisteams aktuelle Entwicklungen frühzeitig aufgreifen und ihren Patient/-innen die bestmögliche Versorgung bieten.

Hier gehts zur GC-Kampagne.

Infos zum Unternehmen

„Unser Ziel ist es, Zahnärzt/-innen evidenzbasierte Lösungen und praktische Anleitungen an die Hand zu geben, die sie in ihrer täglichen Praxis anwenden können. Wir möchten verschiedene Ansätze vorstellen und erläutern und so die nötigen Informationen liefern, mit denen Behandelnde die beste Option für ihre Patient/-innen auswählen können."

Earta Lauka, Business Unit Manager Restorative Composites bei GC Europe

Weitere Infos auf
campaigns-gceurope.com/wear-solutions.

Kontakt

GC Europe N.V.
www.gc.dental/europe/de-DE

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

© Dentaurum

Dentaurum vermittelt anwenderorientiertes implantologisches Fachwissen an ausgewählten Locations.

140 Jahre Dentaurum

Nur wer die Vergangenheit versteht, kann Zukunft gestalten

Dentaurum feiert 2026 mit Stolz eine außergewöhnliche Erfolgsgeschichte: Seit 140 Jahren ist das Unternehmen ein treuer Begleiter in der Dentalbranche. Gegründet im Jahr 1886, ist Dentaurum das älteste noch ununterbrochen existierende Dentalunternehmen der Welt, seit dem ersten Tag in der Dentalindustrie tätig – und immer noch in Familienbesitz.

Die Firmenzentrale in Ispringen im Nordschwarzwald verkörpert den Leitgedanken „Engineered and made in Germany". Hier entstehen über 8.500 Markenprodukte, die weltweit in den Bereichen Kieferorthopädie, Zahntechnik, Implantologie und Keramik Maßstäbe setzen.

Bei Dentaurum steht nicht nur die Entwicklung hochwertiger Produkte im Mittelpunkt, sondern auch das Engagement für die Welt um sie herum. Bereits seit 1989 zählt das Unternehmen zu den Pionieren im Umwelt- und Klimaschutz und setzt sich aktiv für eine nachhaltige Zukunft ein. Seit 1994 sind Qualitätsmanagement und Umweltmanagement in einem integrierten System vereint, um die Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Zudem wird höchster Wert auf Arbeitsschutz, einen respektvollen Umgang miteinander und die Gleichbehandlung aller Mitarbeiter gelegt.

Mit Qualität, Innovationskraft und echter Partnerschaft bietet Dentaurum außerdem ein Fortbildungsangebot, das die Vielfalt und Stärke des Unternehmens widerspiegelt.

Neben Hands-on-Workshops mit Fokus auf dem tioLogic®-TWINFIT Implantatsystem wird es lehrreiche Einblicke in den Praxisalltag und Fachveranstaltungen geben:

- In fünf Seminarreihen können Teilnehmer in mehreren Modulen das Komplettpaket für ihren Arbeitsalltag mitnehmen.
- Anatomie und operative Techniken – das Seminar, bei dem direkt am Humanpräparat geübt wird. Deutschlandweit werden acht Termine angeboten.
- Der 7. Fachtag Implantologie Bonn findet am 26.9. statt und der 9. Fachtag Implantologie Jena am 21.11.

Das 140. Jubiläum ist nicht nur ein weiterer großer Meilenstein, sondern auch ein Beweis für das Engagement, die Qualität und die Leidenschaft, mit der das Unternehmen die Produkte und Dienstleistungen stetig verbessert. Dentaurum dankt den Kunden, Partnern und Mitarbeitern für ihr Vertrauen sowie ihre Unterstützung und freut sich auf die nächsten gemeinsamen Kapitel ihrer Erfolgsgeschichte!

Jetzt Seminar-Highlights sichern!

Kontakt

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

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

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
April				
23.–25.4.2026	International Osteology Symposium	Wien Österreich	www.osteology-vienna.org	Osteology Foundation
Mai				
8./9.5.2026	26. EXPERTENSYMPOSIUM Implantologie	München Deutschland	www.innovationen-implantologie.de	OEMUS MEDIA AG
8./9.5.2026	WID Wiener Internationale Dentalausstellung	Wien Österreich	www.wid.dental	ÖDV – Österreichischer Dentalverband
Juni				
4.–6.6.2026	DENTAL BERN	Bern Schweiz	www.dentalbern.ch	Swiss Dental Events AG/ SSO
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), Prof. Dr. Jörg Neugebauer (NEU), 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.

Hinweis zum Einsatz von KI:
Unsere Redaktion schreibt für Menschen, von Menschen. Wir nutzen künstliche Intelligenz unterstützend, zum Beispiel für Recherche, Transkriptionen oder Entwürfe. Alle veröffentlichten Inhalte werden jedoch von qualifizierten Redakteurinnen und Redakteuren erstellt, überprüft und auf Fakten kontrolliert. Fachjournalistische Verantwortung und Qualität stehen für uns an erster Stelle.

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

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

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

Name, Vorname

Straße | PLZ, Ort

Telefon | Telefax

E-Mail | Homepage

Geburtsdatum | Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit | Curriculum Implantologie seit

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

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

Per Fax an +4989 72069889

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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

KÖNIGLICHE FORM

KONISCHE INNENVERBINDUNG

BEGO Semados® RSX^{Pro} CC

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