



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

konkret

Journal für die implantologische Praxis

Implantologie next Level Die Curricula des BDIZ EDI

Zum GKV-BStabG

**3 Fragen an BDIZ EDI-Justiziar
Prof. Thomas Ratajczak**

Seite 10

BDIZ EDI-Mitgliederversammlung

**Wichtige
Weichenstellungen**

Seite 40

35. Expertensymposium

**Reduziertes Knochen-
angebot - was tun?**

Seite 48

Setzen Ihre Patient:innen ihre Zahnfleischgesundheit aufs Spiel? Setzen Sie auf *meridol*®

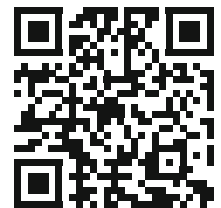


KURZZEITIGE
BEHANDLUNG



TÄGLICHER
ZAHNFLEISCHSCHUTZ

Sichern Sie sich
jetzt **kostenlose**
meridol®-Proben
für Ihre Patient:innen



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.

Danke für Ihr Vertrauen – und für Ihren Mut zur Veränderung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder des BDIZ EDI,



manchmal markiert ein Verbandsjahr auch einen Meilenstein. Nicht laut, nicht dramatisch – sondern durch klare, verantwortungsvolle Entscheidungen, die zeigen, dass unser Verband bereit ist, sich weiterzuentwickeln. Die Mitgliederversammlung 2026 war ein solcher Meilenstein.

Sie haben mit Ihrem Votum die Satzung modernisiert, veraltete Strukturen behutsam angepasst und den erweiterten Vorstand verkleinert. Damit haben Sie den Weg freigemacht für einen Verband, der beweglicher, effizienter und zukunftsfähiger ist.

Ich möchte Ihnen dafür danken. Für Ihre Zustimmung. Für Ihr Vertrauen. Für Ihre Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen.

Unsere Satzung stammte in Teilen aus einer Zeit, in der Verbandsarbeit anders funktionierte als heute (Brief statt E-Mail). Mit Ihrem Votum haben Sie uns ermöglicht, Begriffe zu aktualisieren, hybride Versammlungen für außergewöhnliche Situationen zu verankern und die Größe des Vorstands flexibel an die Bedürfnisse des Verbands anzupassen.

Diese Entscheidungen sind nicht kosmetisch. Sie sind Ausdruck einer Haltung: Wir wollen einen Verband, der mit der Zeit geht – ohne seine Identität zu verlieren.

Im Vorstand haben wir parallel Maßnahmen ergriffen, die uns nicht leichtgefallen sind. Zum ersten Mal seit über 20 Jahren wird der BDIZ EDI auf der IDS keinen eigenen Stand besetzen. Das ist ein Einschnitt: ein symbolischer, ein emotionaler – und ein wirtschaftlich notwendiger.

Die Kosten für Messepräsenz sind in den vergangenen Jahren massiv gestiegen. Gleichzeitig wollen wir weiterhin das leisten, was Sie von uns erwarten: hochwertige Fortbildung, starke politische Positionierung, verlässliche Abrechnungshilfen, europäische Kooperationen und eine digitale Präsenz, die wächst und trägt. Um all das zu sichern, müssen wir dort sparen, wo es möglich ist – und dort investieren, wo es für die Mitglieder den größten Nutzen bringt. In den Tagen der IDS werden wir für Sie online bzw. per Hotline zur Verfügung stehen.

Ihr Votum zur ersten Beitragsanpassung nach 14 Jahren hat uns dafür die Grundlage gegeben. Ihre Zustimmung zur Satzungsmodernisierung gibt uns die Struktur, um diese Mittel verantwortungsvoll einzusetzen.

Ein Verband bleibt nur stark, wenn seine Mitglieder hinter ihm stehen. Der BDIZ EDI steht auf einem starken Fundament – aber wir müssen gemeinsam dafür sorgen, dass er auch in Zukunft kraftvoll und

handlungsfähig bleibt. Sie haben genau das getan. Sie haben gezeigt, dass dieser Verband nicht nur aus Vorstand, Ausschüssen und Geschäftsstelle besteht – sondern aus einer Gemeinschaft, die bereit ist, Verantwortung zu tragen.

Wir gehen mit Ihrer einstimmigen Rücken- deckung, mit klarer Struktur, mit solider finanzieller Basis und mit einem starken Team in die kommenden Jahre.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dafür möchte ich im Namen meines Vorstands Dank sagen: für Ihr Vertrauen, Ihre Treue und Ihre Bereitschaft, diesen Weg mit uns zu gehen.

Ich freue mich auf die kommenden Monate, auf die Diskussionen, auf die Projekte – und vor allem auf die gemeinsame Arbeit für einen Verband, der stark bleibt, weil seine Mitglieder stark sind.

Ihr

Christian Berger
Präsident BDIZ EDI



16

Heilberufe kritisieren
GKV-Beitragsatz-
stabilisierungsgesetz



36

Mit Teamgeist:
Curriculum Süd erfolgreich
abgeschlossen



62

Prothetische Versorgung
innerhalb von sieben Tagen –
ein Fallbericht

Aktuell

66 Empfehlungen für die Beitragsstabilität der GKV	6
3 Fragen an Prof. Thomas Ratajczak Ratajczak zum GKV-BStabG	10
Die zahnärztlichen Gremien kritisieren den Gesetzentwurf	14
Heilberufe zum GKV-BStabG: Versorgungspolitischer Irrsinn	16
Gutachten im Auftrag der Bundeszahnärztekammer: Fachzahnarztvorbehalt verfassungswidrig	18
BDIZ EDI: Was angesichts des GKV-BStabG jetzt für Praxen zählt	20
Gutachter-Qualifikation in sieben Modulen	24
Teil 10: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ	28
Rückschau	32
Vorschau	33
Der BDIZ EDI gratuliert	34
Curriculum Süd 2 erfolgreich abgeschlossen	36
Rückblick auf die 36. Gutachterkonferenz Implantologie	38
Mitgliederversammlung des BDIZ EDI 2026	40
Das 19. BDIZ EDI Europa-Symposium des BDIZ EDI	42

Aktuell Europa

News-Ticker	44
EuGH-Urteil: Mindeststandards für Asylbewerberleistungen (C 621/24)	46
35. Expertensymposium vom 23. bis 30. Oktober 2026 auf Fuerteventura	48
Interdisziplinärer Kongress im Bereich Medizin und Zahnmedizin	50
Wechsel an der Spitze des wissenschaftlichen Beirats	52

Abrechnung und Recht

Analyse zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz	54
Abrechnungstipp zur Bundesbeihilfeverordnung seit 1. Januar 2026	60

Fortbildung

Navigierte All-on-6-Implantation in Analgosedierung	62
Interdisziplinäre Therapie einer Angstpatientin	67
Update Laseranwendungen in der Zahnheilkunde	72

Events

EAO-Kongress 2026 in Lissabon	74
-------------------------------	----

Markt

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

Termine und Mitteilungen

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

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

GiganTium®

Der Elite-Werkstoff.



GiganTium®

- ↳ $\geq 1.100 \text{ MPa}$
- ↳ 100 % Rein-Titan
- ↳ Exklusiv für
ICX-Diamond® Implantate

Das Elite-Material – exklusiv für

ICX-DIAMOND®

DAS ELITE-IMPLANTAT VON MEDENTIS **LIQUID**

Wir kennen kein Rein-Titan,
das stärker ist als GiganTium®!

ICX-DIAMOND vereint **vier** Implantat-
designs in **einem** Elite-System.

Mit **einer** prothetischen Verbindung.

Mit **einer** Chirurgie-Box für alles.



ICX-DIAMOND
im ICX-Shop!



ONE VISION – BE SMART. BE ICX.

medentis
medical

66 Empfehlungen für die Beitragsstabilität der GKV

Statt Strukturreform doch nur Turbosparliste

Ende März war es endlich so weit und die Blaupause für die kommende Kosteneinsparrunde in der gesetzlichen Krankenversicherung geliefert. Die FinanzKommission Gesundheit veröffentlichte die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken seit Monaten angekündigten Reformempfehlungen zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge.

Mit 66 Vorschlägen zur Kostenreduktion und Einnahmenverbesserung wollen die zehn von der Ministerin berufenen professoralen Expertinnen und Experten die Rückkehr zu der geforderten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erreichen und so den Grundsatz der Beitragsstabilität stärken. Damit war der Startschuss zu einer bemerkenswerten Gesetzesrallye im April gegeben.

Viel Zeit ließ man den Betroffenen samt den Verbänden nicht, die 66 Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG) zu analysieren. Insbesondere die von den Kürzungsvorschlägen stark belastete Vertragsärzteschaft stand vor der unangenehmen Situation, dass die einzelnen Fachgruppen unterschiedlich stark betroffen waren. Teile und herrsche at its best! Keine zwei Wochen später folgte bereits der erste Referentenentwurf namens Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-BStabG. Diesmal ließ man Betroffenen respektive deren Verbänden sogar nur drei Tage, natürlich inklusive Wochenende, um das komplexe Regelungsdickicht zu durchdringen samt Formulierung von Bedenken und Verbesserungsvorschlägen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren ob dieses Vorgehens so angefressen, dass sie der Anhörung fernblieben und stattdessen eine eigene Pressekonferenz veranstalteten.

Und wie sollte es auch anders sein: Der Referentenentwurf war natürlich nicht identisch mit den 66 Vorschlägen der FKG. 43 Maßnahmen fanden sich im Gesetzesvorschlag wieder. Zwölf davon waren „angepasst“ worden. Hinzu kamen 14 Vorschläge aus dem üblichen Sparbaukasten des Bundesgesundheitsministeriums. Ein prototypisches Beispiel: Die Erhöhung des Kassenabschlages für die Apotheker (entspricht einem Honorarabatt je abgegebenem Arzneimittel), einer der Vorschläge der FKG, soll um 30 Cent auf 2,07 Euro erhöht werden. Aktuell diskutierter Funfact: Weil im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD versprochen, soll das Apothekerhonorar ab 1. Juli in einem mehrstufigen Verfahren erhöht werden, zuerst um 57 Cent. Ah, ja.

Ende April, und keine vier Wochen nach der Vorstellung der Reformempfehlungen der FKG, verabschiedete das Bundeskabinett bereits besagten Gesetzentwurf. Angesichts der sonstigen politischen Handlungsschnelligkeit eine bemerkenswerte kurze Zeit. Das Signal: Wir können Reform. Und die Hatz geht weiter, soll doch das GKV-BStabG noch vor der Sommerpause als Gesetz verabschiedet werden.

Und weil die Bundesregierung schon mal so gut in Schwung war, verabschiedete sie im April in einer Hauruckaktion auch noch die Notfallreform. Dieses Relikt aus Zeiten von Ex-Gesundheitsminister Karl

Lauterbach war damals noch im Kontext der Krankenhausreform „gedacht“. In der gegebenen Situation wirkt der überarbeitete Gesetzentwurf jedenfalls wie aufgepfropft und wenig bis gar nicht mit den Konsequenzen der Einsparungsmaßnahmen des GKV-BStabG abgestimmt. Für die Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung bedeutet dieser Gesetzesvorschlag mit seinen vielzähligen zusätzlichen Regelungen eine weitere Steigerung der bereits durch das GKV-BStabG induzierten Veränderungskomplexität.

Feuer mit Feuer bekämpfen

Ob dieser ungewohnten politischen Entscheidungsgeschwindigkeit der Regierung zeigte sich der Bundeskanzler entsprechend enthusiastisch und verkündete: „Diese Reform der Krankenversicherung stellt eine der größten Sozialstaatsreformen der letzten Jahrzehnte dar.“ Zur Zufriedenheit der Regierungspolitiker hat insbesondere das Timing der drei fast gleichzeitig vom Stapel gelassenen „Reformen“ – 66 Vorschläge der FKG, GKV-BStabG und Notfallreform – beigetragen. Denn im „Markt“ wirkten diese wie Feuer und Gegenfeuer. Entsprechend überlagerten sich die Analysen samt Reaktionen für die betroffenen Marktteilnehmer und nur wenige erzeugten einen „wahrnehmbaren“ Widerhall in der Öffentlichkeit. Was wiederum der Bundesgesundheitsminister

terin sehr zupass kam. O-Ton Nina Warken nach der Vorstellung des Gesetzesvorschlages: „Es geht um nicht weniger als die Zukunft dieses Sozialstaates.“ Für ein Gesetz, welches der Beitragssatzstabilität der GKV ab 2027 dienen soll, schien die Ministerin ziemlich hoch ins Phrasenregal gegriffen zu haben.

„Kies“-Grube GKV

Doch genau hier liegt der zweite Grund der koalitionären Eile: Parallel zum GKV-BStabG musste auch der Haushalt 2027 und die mittlere Finanzplanung des Bundes bis 2030 verabschiedet werden. Die von Vizekanzler und Finanzminister Lars Klingbeil (SPD) vorgegeben Prioritäten: Investitionen für Wachstum, grundlegende Strukturreformen auch in sozialen Sicherungssystemen und strikte Haushaltskonsolidierung. Und hier spielt das GKV-BStabG eine durchaus (ge)wichtige Rolle, soll doch nicht nur die für 2027 drohende Finanzlücke in der GKV in Höhe von rund 15,3 Milliarden Euro abgewendet werden, sondern auch die Basis gelegt werden, um bis 2030 gemäß FKG eine auf 63,9 Milliarden steigende Finanzwirkung (Einsparungen plus Einnahmeverbesserungen) zu erzielen. Einmal in Schwung und mit Blick auf Lars Klingbeils Haushaltsvorgaben einigte sich das Kabinett gleich noch auf eine weitere Milliarde und steigerte damit das Einsparvolumen auf 16,3 Milliarden in der GKV für das kommende Jahr.

Um die Mühlsteine zu verstehen, in der das GKV-BStabG und all die damit Betroffenen stecken, ist ein Blick über das Bundesministerium für Gesundheit hinaus notwendig. Am gleichen Tag hatte die Bundesregierung nämlich auch die Eckwerte für ihren Haushalt beschlossen: 543,3 Milliarden Euro Ausgaben. Die Neuverschuldung beträgt 110,8 Milliarden Euro plus weitere „Haushaltsinjektionen“ aus dem sogenannten Sondervermögen in Höhe von 85,7 Milliarden. Macht summa summarum 196,5 Milliarden Euro neuer Schulden. Den mit Abstand größten Etat hält das Bundesministerium für Arbeit und

Soziales. Dieser überschreitet als größter Etat in 2027 mit 201,2 Milliarden Euro erstmals die 200-Milliarden-Marke. 2030 soll das Budget auf sage und schreibe 233,5 Milliarden steigen. Zweitgrößter Etat ist der Verteidigungshaushalt, der von 82,7 auf 105,8 Milliarden klettert. Bis 2030 soll er dann 179,9 Milliarden erreichen. Drittgrößter Etatposten sind bereits die Zahlungen für Zinsen, für die in 2027 42,7 Milliarden fällig werden. Auch hier Tendenz massiv steigend, denn für 2030 sind bereits 78,7 Milliarden eingeplant.

Der traurige Rest

Die verbliebenen 193,6 Milliarden des Bundeshaushaltes verteilen sich auf die restlichen 14 Ministerien – und erreichen mit 36 Prozent am Gesamthaushalt noch nicht einmal die Höhe des für Arbeit und Soziales aufgewendeten Etatanteils. Der beträgt nämlich 37 Prozent.

Etat des BMG sinkt dramatisch

Bei solchen Konstellationen wundert es nicht mehr, dass der Etat des Bundesgesundheitsministeriums um 5,2 Milliarden auf 16,571 Milliarden Euro sinken soll. Und

nun der Knaller und ein erneuter Griff in die Beitragskasse: Der sogenannte Bundeszuschuss als Ausgleich für die sogenannten versicherungsfremden Leistungen in der GKV in Höhe von 14,5 Milliarden soll statt zu steigen ebenfalls gekürzt werden. Nun heißt es im Gesetzentwurf: „Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes ist eine Reduktion des Bundeszuschusses für die GKV ab dem Jahr 2027 um zwei Milliarden Euro erforderlich.“ Damit beträgt die von der GKV einzuspargende Summe bereits 18,3 Milliarden Euro. Genauer: die von den Beitragszahlern, Arbeitgebern und Leistungserbringern, zu denen auch die Hersteller gezählt werden, aufgebracht bzw. eingespart werden müssen.

In den vergangenen Monaten klang dieses noch ganz anders. Abgesehen von der anhängigen Klage der Kassen gegen den Bund auf volle Abgeltung der GKV-Kosten für die Bürgergeldbeziehenden forderte und verhandelte (?) Nina Warken für einen um 12 Milliarden auf 26,5 Milliarden erhöhten Bundeszuschuss. Die 12 Milliarden waren auch seitens der FKG als höchster Einzelposten der Maßnahmen zur Einnahmeverbesserung eingeplant.

Nr.	Maßnahmen Einnahmen	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
60	Abschaffung beitragsfreie Ehegattenversicherung	3,5 Mrd €	3,1 Mrd €
61	Anpassung Beitragssatz für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter	1,3 Mrd €	1,3 Mrd €
62	Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV	12,0 Mrd €	12,0 Mrd €
63	Dynamisierung des Bundeszuschusses	0,5 Mrd €	2,6 Mrd €
64	Erhöhung der Tabaksteuer	1,2 Mrd €	3,8 Mrd €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	0,6 Mrd €	1,2 Mrd €
66	Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke	0,1 Mrd €	0,5 Mrd €
Gesamt		19,2 Mrd €	24,5 Mrd €

Die Finanzwirkung der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zur Verbesserung der Einnahmensituation der GKV sind mit dem aktuellen Gesetzentwurf für das GKV-BStabG bereits Makulatur. Nur die Maßnahmen Nr. 60 und 61 entfalten noch die geplante Finanzwirkung. Sie werden ja auch von den Beitragszahlenden (Versicherte und Arbeitnehmer) finanziert.

Egal wie, Stand Anfang Mai bleiben auf der Einnahmenseite nur die Maßnahme Nr. 60 Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung sowie die Maßnahme Nr. 61 Anpassung des Beitragsatzes für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter erhalten.

Da klingt es wie Hohn, wenn sich der Finanzminister öffentlichkeitswirksam lobt, weil er „weitere“ 250 Millionen Euro als Einstieg in die Finanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern geplant habe. Die Vorschläge der FKG zur Erhöhung der Steuern auf Spirituosen und Tabak finden sich in den Zahlen des Gesetzentwurfes übrigens nicht. In Anbetracht der Höhe der Finanzwirkung und der chronischen Finanznot im Bundeshaushalt wundert dies nicht. Lediglich auf die Einführung einer Abgabe auf zuckerhal-

tige Getränke mit einer Finanzwirkung in Höhe von 500 Millionen wird in dem Gesetzentwurf hingewiesen. Diese soll in einem weiteren Gesetz geregelt werden und ebenfalls ab 2027 wirksam werden. Zu hoffen bleibt, dass diese Einnahmen dem Vorschlag der FKG folgend dann auch dem Gesundheitsfond zur Präventionsfinanzierung zur Verfügung gestellt werden.

Nota bene: Besagte 14 Bundesministerien sollen noch bis Mitte Mai weitere Kosteneinsparungsvorschläge in Milliardenhöhe liefern.

Den ganzen Aufwand von 66 Maßnahmen für die ministerielle Vorgabe an die FKG – stabile GKV-Beiträge auf Höhe des 2026er Beitragssatzes inkl. Zusatzbeitrag für 2027 bis 2030 und Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik –

hätte man sparen können, wenn man sich an der finanziellen Dreistigkeit von Lars Klingbeil ein Beispiel genommen hätte. Warum nicht einfach die vom Bundesgesundheitsministerium und der Fachkommission kalkulierten GKV-Deckungslücken in Höhe von 15,3 Milliarden in 2027 und auf 40,4 Milliarden Euro steigend in 2030 ebenfalls via Arbeitseinkommen finanzieren zu lassen. Dies hatte einer mittleren jährlichen Mehrbelastung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Höhe von 260 Euro in 2027 und 680 Euro in 2030 entsprochen, entsprechend monatlich 22 Euro und 60 Euro – Ironie aus.

Hätte, hätte, Fahrradkette

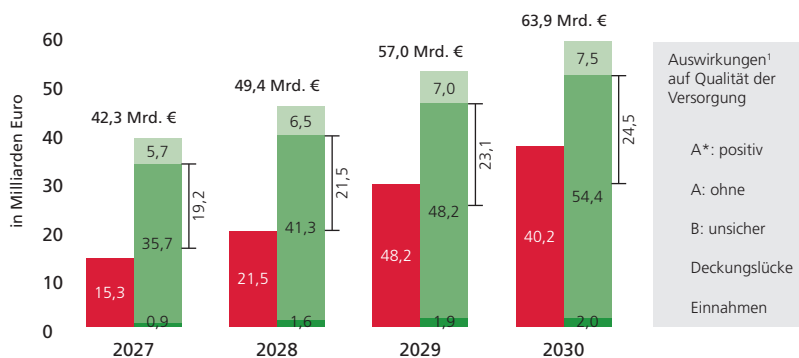
Oder eine andere naheliegende Möglichkeit. Würde der Bund tatsächlich seinen (gesetzlichen) Verpflichtungen aus den der GKV aufgebürdeten versicherungsfremden Leistungen nachkommen (und sich einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik befleißigen), wären sogar „echte“ Strukturreformen möglich gewesen. Stattdessen führt der Weg nun über ein knallhartes Kosteneinsparungsgesetz zulasten der Leistungserbringer und der Patienten zu stabilen GKV-Beiträgen.

Aber daran glaubten selbst die zehn professoralen Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen nicht und entwickelten einen interessanten methodischen Ansatz für ihre 66 Vorschläge. Mittels Kostentreiberanalyse der jeweiligen GKV-Ausgabenbereiche (Segmente) und Einbeziehung der Stakeholder im Gesundheitswesen, von denen über 1.700 Vorschläge eingereicht wurden, wurden letztlich 59 Vorschläge zu Kostensenkungen und sieben zu Einnahmeverbesserungen ermittelt. Zudem wurden die einzelnen Maßnahmen im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen kategorisiert:

- Kategorie A*: Maßnahmen können die Versorgung verbessern
 - 6 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 1 Milliarde, 2030 2 Milliarden Euro/Jahr

Die 66 Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit

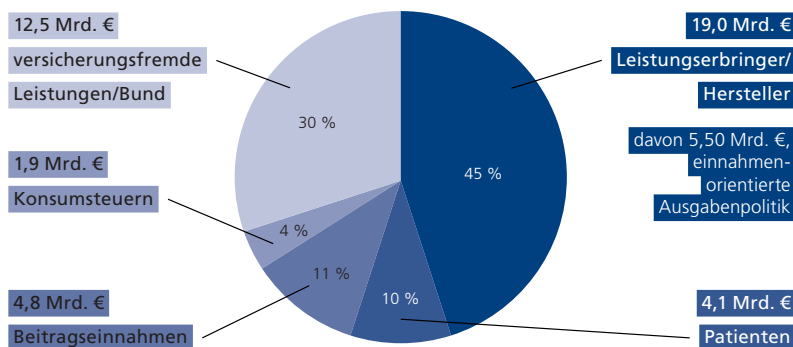
Finanzwirkung nach Kategorien



¹zusätzlich relevante Dimensionen: Zugang zur Versorgung, Förderung der Eigenverantwortung, Verteilungsgerechtigkeit

Verteilung der Belastung auf viele Schultern

Einsparvolumen 2027 nach Quelle



- Kategorie A: keine erwartbaren Auswirkungen auf die Versorgung
 - 39 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 21,3 Milliarden, 2030 41,2 Milliarden Euro/Jahr
- Kategorie B: mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Versorgung
 - 14 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 5,7 Milliarden, 2030 7,6 Milliarden Euro/Jahr
- Einnahmen
 - 7 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 19,9 Milliarden, 2030 24,5 Milliarden Euro/Jahr
- 1,3 Mrd. Einsparvolumen durch Streichung der TSVG-Vergütungen (v. a. Fach.)
- 240 Millionen durch Aussetzen des Hautkrebsscreenings (v. a. Derm., Haus.)
- 100 bis 200 Millionen durch Einschränkung des Check-up 35 (v. a. Gyn., Haus.)
- 600 Millionen durch Entfall der Vergütung für die ePA-Erstbefüllung (alle)
- 40 Millionen durch Entfall der Homöopathievergütung (Haus.)
- 60 Millionen durch Entfall der Organspendeberatung (Haus.)

Die vollständige Auflistung sämtlicher 66 Maßnahmen und Ihre jeweilige Finanzwirkung würden diesen Bericht sprengen, Sie finden diese als Tabelle auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums im Managementsummary aufgelistet:



Der 483 Seiten starke Bericht Teil 1 der FinanzKommissionGesundheit zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV ab dem Jahr 2027 bis 2030 findet sich ebenda:



Leistungserbringer sehr unterschiedlich belastet

Wie zu erwarten war, treffen die Einsparungen neben den Patienten insbesondere die Leistungserbringer. Und auch hier ist die Belastung nicht gleichmäßig verteilt. Am stärksten sind die Kliniken und die niedergelassenen Vertragsärzte, diese wiederum je nach Fachgruppe unterschiedlich betroffen. Als Beispiel sei die ambulante vertragsärztliche Versorgung aufgeführt, die gemäß einer aktuellen Wirkungsanalyse in 2027 besonders unter folgenden Maßnahmen zu leiden hätte:

- 5,5 Milliarden Einsparvolumen durch Begrenzung des Orientierungswertes auf die Grundlohnrate minus 1 Prozent (alle, inkl. Zahnmedizin)

Für die Zahnmedizin hatte die FKG zwei Maßnahmen vorgeschlagen, allerdings mit skurriler Kategorisierung. So soll die Maßnahme Nr. 22 „Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz“ mit 0,6 Milliarden Finanzwirkung in 2027 und 2030 bringen. Diese ist in Gruppe B kategorisiert, also mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Ganz anders Maßnahme Nr. 23 „Begrenzung von potenzieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung“. Hier erwartet die FKG sogar positive Auswirkungen auf die Versorgung, wenn Geld gespart wird. Die Finanzwirkung ist mit 0,1 Milliarden in 2027, die auf 0,2 Milliarden im Jahr 2030 steigen soll, kalkuliert. Sachlogisch erschließen sich beide Begründungen nicht.

Soweit einige wenige Beispiele zu den vorgeschlagenen Einsparungen der FKG. An dieser Stelle sei noch auf den kumulativen Effekt einzelner Maßnahmen hingewiesen. Gemäß Berechnungen der FKG soll sich die Finanzwirkung der Maßnahme Nr.1 „Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege“ von 5,5 Milliarden in 2027 auf 16,6 Milliarden in 2030 erhöhen.

Es wird sich zeigen, inwieweit der Gesetzesentwurf für das GKV-BStabG die parlamentarischen Beratungen übersteht. Jedenfalls verteidigt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ihr Sparkonzept ernsthaft als sozial ausgewogen. Allerdings: „Wie soll

ich sagen: Mir wäre eine andere Lösung natürlich auch lieber gewesen.“

Dass die massiven Sparmaßnahmen ohne Qualitätsverlust, insbesondere bei den Vertragsärzten, aber auch bei den Vertragszahnärzten, bleiben werden, kann man getrost ins Reich der Märchen verweisen. Genauso wie die Vorstellung, dass all diese Maßnahmen ohne Auswirkungen auf die Versorgungsdichte bleiben werden. Junge Mediziner wie Zahnmediziner werden sich eine Niederlassung zweimal mehr überlegen, und über 60-Jährige, ob sie unter diesen Bedingungen ihre Praxen überhaupt noch weiterführen wollen.

Als Sieger fühlen kann sich nur einer: Bundesfinanzminister Lars Klingbeil, der die schöne Welt der FKG-Einnahmenverbesserung vaporisiert hat. Und der es schaffte, sogar zwei Milliarden zusätzlich aus dem bisherigen Bundeszuschuss zu streichen. Das ist nichts anderes als die Steigerung der schon unverschämten Plünderung der beitragsfinanzierten Krankenkassen.

Frau Warken kann man bei der Suche nach weiteren, sozial ausgewogenen Einsparungsmöglichkeiten, um die zusätzliche Milliarde einzusparen, nur viel Fortune wünschen. Die dadurch noch länger werdenden Bremsspuren tauchen allerdings nicht bei den Kassen auf, sondern in den Bilanzen der Hersteller, Krankenhäuser, der niedergelassenen Leistungsträger und auch der Patienten. Bevor auf die eh schon stark belasteten Leistungserbringer wie auch Versicherten weiter aufgesattelt wird, müssten die bis dato wenig oder noch gar nicht belasteten Gruppen in Betracht gezogen werden. Was zur nächsten Frage führt: Welche Gruppe wurde bis dato gar nicht oder nur wenig belastet? Der pharmazeutische Großhandel und die gesetzlichen Krankenkassen.

Mal schauen, wie lange es dauern wird, bis die Forderung nach Reduktion der Krankenkassenanzahl richtig laut werden wird.

Dr. med. Uwe Axel Richter

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

3 Fragen an

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Der Justiziar des BDIZ EDI gibt im Kurzinterview einen Überblick über seine Analyse des Gesetzentwurfs in dieser Ausgabe, Rubrik Abrechnung und Recht, sowie seine Einschätzung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.

Herr Prof. Ratajczak, in Ihrer Analyse des GKV-BStabG kritisieren Sie, dass der Bund die GKV weiterhin mit versicherungsfremden Leistungen belastet und den Bundeszuschuss sogar kürzt. Welche rechtlichen oder politischen Mechanismen wären aus Ihrer Sicht notwendig, um diese systematische Fehlfinanzierung endlich verbindlich zu beenden?

Das SGB V enthält in § 221 SGB V eine pauschalierende Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von aktuell 14,5 Mrd. Euro jährlich. Sie soll durch das GKV-BStabG um 2,5 Mrd. Euro abgesenkt werden.

Dabei wird schon seit vielen Jahren ignoriert, dass die Krankenkassen nicht für die Zahlung von versicherungsfremden Leistungen herangezogen werden dürfen. Die Krankenkassen dürfen aus Beitragsgeldern nur das bezahlen, was ihre Mitglieder an Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen (dürfen).

Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren Entscheidungen die strikte Zweckgebundenheit von Sozialversicherungsbeiträgen betont. Sie dürfen nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts verwendet werden (Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 22.5.2018, AZ: 1 BvR 1728/12 und 1 BvR 1756/12 sowie weitere Entscheidung vom 18.7.2005, AZ: 2 BvF 2/01).

Die Regelung des § 221 SGB V ist daher schon strukturell falsch. Versicherungsfremde Leistungen darf es in der GKV nicht geben. Selbst die bloße Übertragung der Abwicklung solcher Aufgaben auf die Krankenkassen belastet die Beitragszahler, weil das ja nicht ohne Aufwand zu erledigen ist.



Der Anteil versicherungsfremder Leistungen der GKV lag im Jahr 2025 bei 19,5 Prozent, also mehr als 60 Mrd. Euro. Derzeit erhalten die Krankenkassen vom Bund für sog. Bürgergeldempfänger pro Monat eine pauschale Ausgleichszahlung von 144 Euro (1.728 Euro/Jahr). Die tatsächlichen Ausgaben für diesen Bereich liegen nach Angaben der Krankenkassen jedoch bei etwa dem Dreifachen. Wenn man dann bedenkt, dass ein erheblicher Teil der Bürgergeldempfänger Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine sind, dann finanzieren die hiesigen Beitragszahler auch einen Teil dieser Kriegsfolgekosten mit.

Würde der Bund die 60 Mrd. Euro, die er der GKV zu Unrecht entnimmt, stattdessen der GKV belassen bzw. zuführen, gäbe es keinen Anlass für das jüngste Sparpaket. Dort wird nach 16,5 Mrd. oder vielleicht auch wieder nach 20 Mrd. Euro gesucht, ein Drittel des Betrages, den der Bund der GKV zu Unrecht auflastet. Es ist eine einfache Rechnung, wenn man bedenkt, dass der Bund nicht nur für dieses Jahr, sondern für viele Jahre hohe Summen in die GKV zurückzahlen müsste.

Wir diskutieren in Deutschland über die Gefährdung der Versorgungslandschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit ihren strukturellen Auswirkungen z. B. für die Krankenhausversorgung eine Gefährdung für alle darstellt, weil der Bund seit Jahrzehnten in die Sozialkassen greift.

Die geplante Beschränkung kieferorthopädischer Leistungen auf Fachzahnärzte bezeichnen Sie als verfassungsrechtlich unzureichend begründet – ähnlich bewertet wird das im Gutachten der BZÄK zum Fachzahnarztvorbehalt. Welche juristischen Angriffspunkte sehen Sie konkret, falls diese Regelung in der vorliegenden Form Gesetz würde?

Es gibt von mir zu diesem Punkt ein sehr ausführliches verfassungsrechtliches Gutachten. Die noch vorgesehene Maßnahme ist nicht verfassungsrechtlich unzureichend begründet, sie ist es gar nicht. Die zentrale Begründung im Gesetzentwurf hat folgenden Text (S. 99 des Entwurfs):

„Angesichts der höchst unterschiedlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft können kieferorthopädische Leistungen von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Eine Einordnung ist den Patientinnen und Patienten kaum möglich beziehungsweise haben sie keine Kenntnis von diesen Gegebenheiten. Daher ist es gerechtfertigt, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV voraussetzen. Nur so kann eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden.“

Dafür fehlt jegliche Evidenz. Dass medizinische Leistungen „von sehr unterschiedlicher Qualität“ sein können, ist eine Binsenweisheit, die für alle an einem Markt angebotenen Leistungen gilt, und für sämtliche Facharztbereiche der Medizin ebenso. Die von der Finanzkommission in ihrem ersten Bericht dazu herangezogenen Studien geben für eine solche Aussage nichts her, was auch nur ansatzweise als Beleg gelten könnte.

Es geht nur um den Versuch, Ausgaben dadurch zu reduzieren, dass man das Leistungsangebot verknappt. Dass sich das im Zweifel vor allem zulasten sozial ohnehin benachteiligter Schichten auswirken dürfte, wird noch nicht einmal thematisiert.

Sollte § 28 SGB V wie im Gesetzentwurf vorgesehen geändert werden, muss man gegen das Gesetz Verfassungsbeschwerden einlegen.

Sie schreiben in Ihrem Beitrag, das Gesetz verlagere das gesamte Morbiditätsrisiko wieder auf die Leistungserbringer. Welche strategischen Schritte sollten KZVen und Berufsverbände jetzt vorbereiten, um Honorare und Versorgungssicherheit zu schützen?

Wir haben in der GKV ein Problem, zu dessen Lösung KZVen und zahnärztliche Berufsverbände nur wenig beitragen können, und das sind die steigenden Arzneimittelausgaben.

Mein Friseur hat mir letzthin en passant erzählt, dass seine Hausärztin ihm ein Herzmedikament prophylaktisch verordne, das, wie er gerade im Heimaturlaub auf Sizilien erfahren habe, pro Packung 30.000 Euro koste. Er habe es sich dort auch besorgen wollen. Ein Rezept hatte er dabei. Die Apothekerin habe ihm erklärt, sie besorge es ihm, aber nur, wenn er die 30.000 Euro anzahle. Meine Nachfrage, wofür er das Medikament braucht, konnte er nicht beantworten.

Das Verhältnis von kurativen Ausgaben zu Arzneimittelausgaben verändert sich seit Jahren kontinuierlich zulasten der kurativen Ausgaben. Wenn man sich anschaut, was an neuen Medikamentenstudien veröffentlicht wird, was der Gemeinsame Bundesausschuss wegen der bestehenden Gesetzeslage nolens volens durchwinken muss, wenn man sieht, wie wenig ernsthaften Zusatznutzen viele neue Medikamente nur bringen hinsichtlich Lebensqualität (ohnehin eine sehr subjektive Wahrnehmung) oder Verschieben des Todeszeitpunkts, dann fehlt in Deutschland die Grundsatzdebatte, wofür die Solidargemeinschaft eigentlich heute zuständig sein soll. Die gesetzliche Krankenversicherung begann ihre Existenz 1883 mit dem „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ zum Schutz und Erhalt der arbeitenden Bevölkerung, nicht, um den Tod hinauszuzögern. Heute ist sie für das allgemeine Wohlbefinden zuständig. Die Etatfrage ist, ob das noch bezahlt werden kann, die politische, ob und warum das weiterhin bezahlt werden soll.

Zusatzfrage: Die GOÄ-Reform ist seit Jahren angekündigt, aber politisch immer wieder vertagt worden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Spargesetzgebung stellt sich die Frage: Halten Sie es für realistisch, dass die GOÄ-Novelle in dieser Legislatur überhaupt noch kommt – und falls nicht, welche rechtlichen oder strukturellen Folgen hätte ein erneutes Scheitern für die privatärztliche Versorgung und die Gebührenordnungssystematik insgesamt?

Die Geschichte der GOÄ-Reform ist die Geschichte eines beispiellosen Systemversagens des Staats als Regulator des Gebührenrechts, aber auch eines Versagens der verfassten Ärzteschaft, die das mit sich machen lässt.

Die GOÄ ist im Wesentlichen seit 1982 unverändert, die GOZ mit kleinen Anpassungen seit 1988. Es gibt vermutlich keinen Bereich der Medizin oder Zahnmedizin, in dem 2026 die Dinge noch so laufen wie 1982 bzw. 1988. Die Leistungserbringung und die Unzahl der Analogleistungspositionen haben mit den Gebührenordnungstexten nicht mehr sonderlich viel gemein.

Das ist ordnungspolitisch ein Problem allererster Güte, weil sich die Frage stellt, ob es für eine staatliche Regulierung des privat-(zahn)ärztlichen Gebührensektors überhaupt noch eine Rechtfertigung gibt, wenn diese Regulierung durch den Staat seit Jahrzehnten unterbleibt. Bei der GOÄ sind es mittlerweile 44 Jahre, bei der GOZ 38 Jahre.

Nur für die tierärztliche Gebührenordnung (GOT) kann man dem Gesetzgeber Untätigkeit oder Nichtbeachtung nicht vorwerfen. Die fällt allerdings nicht in die Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums.

Wenn die jetzt geplante GOÄ-Reform mit ihren 5.506 Leistungsziffern und ihrer neuen Systematik nicht kommt, wäre das kein Beinbruch. Auch sie wäre ja schon wieder stark veraltet. Die letzte inhaltliche Bearbeitung fand nach meiner Kenntnis 2018 oder noch länger zurück statt. Was fängt man im Jahr 2028, ab dem sie bisher evtl. gelten soll, mit einer veralteten Gebührenordnung an? Wie viel Zeit und Geld verschlingt die neue Systematik allein an Schulungsaufwand und EDV-Aufwand für die Praxen?

Eine Reform, die den finanziellen Status quo und die jahrzehntelange Vernachlässigung der Privatmedizin akzeptiert – und das macht diese Reform – darf scheitern, ohne dass man ihr eine Träne nachweinen müsste. Aber dafür braucht es dann den Mut, eine Vertragsgebührenordnung zu propagieren. Vertragspartner: Arzt und Patient, meinetwegen auch PKV und verfasste Ärzteschaft, aber ohne den Gesetzgeber. In der Zahnheilkunde wurde dieser Weg schon mal vorbereitet.

Was mit der GOÄ-Reform passieren wird, lässt sich schwer vorhersagen. Der Kampf um die Ausgestaltung der GOÄ ist ja nicht nur ein Kampf um die „gute“ Sache, sondern auch um die Marktanteile der einzelnen Fachgebiete am Gesamtkuchen PKV. Dahinter stecken also im Ergebnis handfeste wirtschaftliche Interessen, für deren Ausgleich bisher der Gesetzgeber sorgen sollte. Nachdem er das aber im Gebührenrecht nicht macht, muss ein Konsens innerhalb der Ärzteschaft hergestellt werden.

Immerhin schien das mal 2018 mit dem GOÄ-Entwurf gelungen. Deshalb kann ich durchaus verstehen, dass die Bundesärztekammer immer noch darauf hofft, dass die Arbeit nicht vergebens war.

Vorbild könnte die GOT sein. Daran hat der Staat nur ein geringes Interesse, weil es keine verbeamteten Tiere gibt und die Tiere in Staatsdiensten (vor allem Diensthunde und -pferde) kalkulierbare Kosten verursachen. Die Anhebung des Gebührenniveaus in der GOT seit 1982 um rund 135 Prozent sollte Ärzten und Zahnärzten Anlass zum Nachdenken sein. Die Tierkrankenversicherungen haben keinen Aufstand gemacht, als die Gebührensätze der GOT zum 1.10.2022 auf einen Schlag um ca. 60 Prozent erhöht wurden. Zuletzt waren sie 1999 als „allgemeine Anpassungslinie von 15 bis 20 v. H. an das seit 1988 geänderte Kostenniveau“ erhöht worden, wie man in der Bundesratsdrucksache 260/99 vom 30.4.1999 auf S. 66 nachlesen kann.

Es geht also, wenn man als Ordnungsgeber will.

Vielen Dank für Ihre ausführlichen Antworten.

Das Interview führte Chefredakteurin Anita Wuttke.

tiologic[®]
TWINFIT

30
years
DENTAURUM
IMPLANTOLOGY

CAD/CAM TITANBASIS VARIO

Individuelle Lösungen beginnen an der Basis

- Integrierte Trennkerben für eine einfache Höhenindividualisierung
- Optionale Fensterung für Schraubenangulation bis zu 20°
- Maximale Materialstärke an der Restauration durch innenliegende Rotationssicherung
- 8.5 mm hoher Klebezyylinder



Die zahnärztlichen Gremien kritisieren den Gesetzentwurf

Das GKV Beitragssatzstabilisierungsgesetz markiert einen tiefen Einschnitt für die zahnmedizinische Versorgung. In diesem Beitrag zeigt die ZNS-Redaktion die politische Intention, die ökonomische Mechanik und die Folgen für Praxen, Patienten und Versorgungssicherheit auf.

Stabilisierung um jeden Preis?

Mit dem Gesetz(entwurf) verfolgt das Bundesgesundheitsministerium das Ziel, die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu begrenzen. Hintergrund ist eine strukturelle Finanzierungslücke, die ohne Gegenmaßnahmen zu deutlichen Beitragssatzsteigerungen führen würde.

Der zentrale Mechanismus: Die Ausgaben der GKV sollen künftig an die Grundlohnrate gekoppelt werden. Damit wird die Vergütungsentwicklung im Gesundheitswesen politisch gedeckelt – unabhängig von realen Kostensteigerungen in Praxen und Einrichtungen.

Für die Heilberufe bedeutet das eine neue finanzielle Realität, die besonders die Zahnmedizin trifft.

Wo das Gesetz besonders tief eingreift

1. Kieferorthopädie: Struktureller Eingriff mit Signalwirkung

Der Entwurf sieht vor, dass kieferorthopädische Leistungen künftig ausschließlich von Fachzahnärzten für Kieferorthopädie erbracht werden dürfen. Damit würde ein jahrzehntelang etabliertes Versorgungssystem aufgebrochen.

Die Auswirkungen laut Fachverbänden, BZÄK und KZBV: Rund 900000 Kinder und Jugendliche müssten ihre Behandler wechseln. In einigen Regionen in Bayern droht eine Unterversorgung, da KFO Fachpraxen dort nicht flächendeckend vorhanden sind. Die soziale Schere könnte sich wieder öffnen: „Man wird soziale Unterschiede wieder an den Zähnen erkennen“, warnen Vertreter der Selbstverwaltung. Für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte bedeutet die Regelung ein faktisches Berufsverbot in einem zentralen Teilbereich der Versorgung. Die Bundes-KZV spricht von einem „Systembruch ohne Not“.



2. Vergütungsbegrenzung: Wirtschaftlicher Druck auf die Praxen

Die Kopplung der Ausgaben an die Grundlohnrate trifft die Zahnmedizin in einer Phase, in der Praxen bereits mit folgenden Herausforderungen kämpfen: Inflation bei Material- und Laborkosten, Fachkräftemangel und steigende Personalkosten, Digitalisierungs- und Investitionsdruck, höhere regulatorische Anforderungen. Die geplante Deckelung bedeutet: real sinkende Honorare bei real steigenden Kosten.

Für viele Praxen wird die wirtschaftliche Planungssicherheit damit erheblich eingeschränkt.

Die Selbstverwaltung warnt vor früheren Praxisabgaben, sinkender Attraktivität der Niederlassung, Gefährdung der flächendeckenden Versorgung.

3. Versorgungspolitische Bewertung: Zwischen Stabilisierung und Strukturbruch

Mit dem Gesetz will Nina Warkens Ministerium Beitragssatzstabilität, Eindämmung

überproportionaler Ausgabensteigerungen und die Entlastung der GKV-Finanzen ab 2027 erreichen. Die Institutionen in der Zahnmedizin erwarten eine Einschränkung bewährter Versorgungsstrukturen, die Gefährdung der KFO-Versorgung, weitere wirtschaftliche Belastungen der Praxen, das Risiko einer Zwei-Klassen-Versorgung. Sie kritisieren den Widerspruch zu politischen Zielen.

Die Heilberufe allgemein kritisieren vor allem die fehlende Differenzierung: Kostensteigerungen, die durch Qualität, Hygiene, Digitalisierung oder Personalnotwendigkeiten entstehen, werden pauschal gedeckelt – unabhängig von ihrer medizinischen Notwendigkeit.

Fazit aus zahnmedizinischer Sicht

Für die Zahnmedizin ist das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz mehr als ein finanzpolitisches Instrument. Es ist ein strukturpolitischer Eingriff, der Versorgung, Praxislandschaft und Patientenzugang nachhaltig verändern kann.

Die deutsche Zahnärzteschaft fordert deshalb die Streichung der KFO-Restriktionen, Planungssicherheit für die Praxen und Dialog statt pauschaler Kostendämpfung.

Die kommenden Monate werden entscheidend sein, ob das Gesetz in seiner jetzigen Form verabschiedet wird – oder ob die Zahnmedizin Gehör findet.

RED/AWU

ANZEIGE

#reingehört

Unsere Fachinterviews im Podcast-Format jetzt auf **Spotify** oder auf **www.zwp-online.info** hören!



Zum Podcast auf
zwp-online.info



Zum Podcast
auf Spotify



Heilberufe kritisieren GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

„Versorgungspolitischer Irrsinn“

Das GKV Beitragssatzstabilisierungsgesetz bedeutet für die Heilberufe vor allem eines: eine strukturelle Neujustierung der Finanzierungslogik, die tief in Vergütung, Versorgungsgestaltung und berufs-politische Handlungsspielräume eingreift.



Die Perspektive der Heilberufe ist daher geprägt von der Sorge um Versorgungssicherheit, wirtschaftliche Stabilität der Praxen und die Zukunftsfähigkeit eines solidarischen Gesundheitssystems.

Ausgangslage

Der Referentenentwurf vom 16. April 2026 soll auf eine massive strukturelle Finanzlücke der GKV reagieren, die sich seit 2023

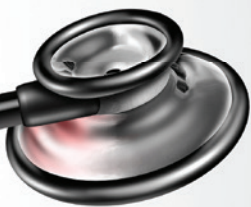
aufgebaut hat. Ohne Gegenmaßnahmen wären die Zusatzbeiträge weiter stark gestiegen. Das Gesetz koppelt daher die Ausgabendynamik der GKV an die Grundlohnrate, um die Kostenentwicklung dauerhaft zu begrenzen.

Für die Heilberufe bedeutet das: Weniger Spielraum für Vergütungssteigerungen, mehr Kostendruck und eine stärkere Regulierung der Leistungsentwicklung.

Zentrale Maßnahmen mit Relevanz für die Heilberufe

1. Begrenzung der Vergütungssteigerungen

Die dauerhafte Deckelung der Ausgaben auf die Grundlohnrate soll Vergütungs- und Preissteigerungen im Gesundheitswesen bremsen. Das betrifft ärztliche, zahnärztliche und therapeutische Leistungen gleichermaßen.



Die Übersicht zu den wesentlichen Änderungen erhalten Sie beim Scannen des QR-Codes.



2. Einschnitte bei Sondervergütungen und Leistungsanpassungen

Der Entwurf sieht u. a. vor: Einschränkungen bei Arznei und Verbandmitteln, Streichung homöopathischer und anthroposophischer Leistungen mangels Evidenz, auch als Satzungsleistungen.

Für Heilberufe bedeutet das eine Neuordnung des Leistungskatalogs und potenziell veränderte Patientenströme.

3. Eingriffe in die vertragsärztliche Versorgung

Besonders umstritten ist die geplante Drosselung der Vergütung in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bei steigenden Teilnehmerzahlen. Ärztliche Verbände sprechen von „versorgungspolitischem Irrsinn“. Für die Heilberufe ist das ein Warnsignal: Innovative Versorgungsmodelle könnten ausgebremst werden, obwohl sie politisch gewollt sind.

Wirtschaftliche Auswirkungen auf Praxen und Einrichtungen

Die Maßnahmen sollen die GKV ab 2027 um bis zu 20 Mrd. Euro entlasten, bis 2030 sogar um 42 Mrd. Euro. Diese Einsparungen entstehen jedoch nicht ohne Belastungen für Leistungserbringer:

- Begrenzte Vergütungszuwächse trotz steigender Personal- und Sachkosten
- Mehr Bürokratie durch neue Regelungen und Nachweispflichten
- Unsicherheit bei der Planung von Investitionen und Personal
- Gefahr von Unterversorgung, wenn Praxen wirtschaftlich unter Druck geraten

Fachärztliche Verbände warnen bereits, dass Einsparungen von 2,7 Mrd. Euro „nicht einfach mal ohne gravierende Auswirkungen auf die Versorgung umzusetzen sind“.

Versorgungspolitische Bewertung aus Sicht der Heilberufe

Die ärztlichen und zahnärztlichen Verbände und Institutionen der Heilberufe kritisieren zusammenfassend insbesondere:

- Gefährdung der wirtschaftlichen Stabilität vieler Praxen
- Widerspruch zwischen politischem Ziel (Primärversorgung stärken) und gesetzlicher Umsetzung (HZV-Drosselung)
- Mangelnde Differenzierung zwischen medizinisch notwendigen und strukturell bedingten Kostensteigerungen
- Risiko für Nachwuchsgewinnung in den Heilberufen

Fazit: Ein Gesetz mit weitreichenden Folgen

Aus Sicht der Heilberufe ist das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein tiefgreifender Eingriff in die Versorgungslandschaft, der zwar die Finanzstabilität der GKV sichern soll, aber erhebliche Risiken für die ambulante und zahnärztliche Versorgung birgt. Die Heilberufe fordern daher Nachbesserungen, die die Versorgungssicherheit, Qualität und wirtschaftliche Tragfähigkeit stärker berücksichtigen.

Quellen: Portal Sozialpolitik,
Deutsches Ärzteblatt,
bundestagszusammenfasser.de

RED/AWU



Gutachten im Auftrag der Bundeszahnärztekammer

Fachzahnarztvorbehalt verfassungswidrig

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fordert den Gesetzgeber auf, den im Entwurf des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Fachzahnarztvorbehalt in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie ersatzlos zu streichen. Ein verfassungsrechtliches Gutachten, welches BZÄK und KZBV vorliegt, stellt klar: Die Regelung verstößt gegen zentrale Grundrechte des Grundgesetzes.

Der Fachzahnarztvorbehalt greift laut Gutachten unmittelbar in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit ein. Für zahlreiche Praxen hätte er gravierende wirtschaftliche Folgen und käme faktisch einem Berufsverbot gleich. Der Eingriff sei unverhältnismäßig und verfehle jedes Ziel: Weder eine bessere Versorgung noch eine Stabilisierung der GKV-Finzen seien damit erreichbar.

Zudem warnt das Gutachten vor erheblichen Versorgungslücken. Ein signifikanter Teil der bisherigen Leistungserbringer

würde aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausscheiden – mit Folgen für ca. 920.000 Kinder und Jugendliche, vor allem in den ostdeutschen Bundesländern.

Das Kurzgutachten wurde von der BZÄK in Auftrag gegeben. Das Gutachten erstellt hat Prof. Dr. Christian Burholt, LL.M. Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht in Berlin.

Im gleichen Zeitraum hat Prof. Dr. Thomas Ratajczak ein Gutachten im Auftrag der Gesellschaft Master of Science Kie-

ferorthopädie (GMSCKFO) erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die geplante Neuregelung des § 28 Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 SGB V für die überwiegend kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte ohne Fachzahnarztqualifikation einen nicht gerechtfertigten Eingriff in ihre Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG darstelle, der in seinen Wirkungen einem Berufsverbot nahe käme.

Das Gutachten via QR-Code:





Geistlich
Pioneering
Spirit

leading regeneration

NEU!

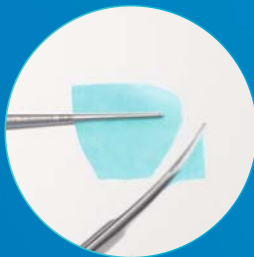


Die neue Geistlich Bio-Gide® Forte

Bewährte Technologie trifft verbessertes Handling



**Hohe Formstabilität
im hydrierten Zustand¹**



**Präzises Anpassen
im trockenen und
hydrierten Zustand¹**



**Einfaches
Repositionieren¹**



**Schnelles
Wiederentfalten¹**

¹ Data on File, Usability Test (Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Switzerland).

² Dieses Angebot vom 18.05.–14.06.26 gilt nicht für Premium Partner und Kunden mit sonstigen Sonderkonditionen. Sonderkonditionen für Kunden und Premium Partner bleiben hiervon unberührt.

**Für mehr Informationen
QR-Code scannen**

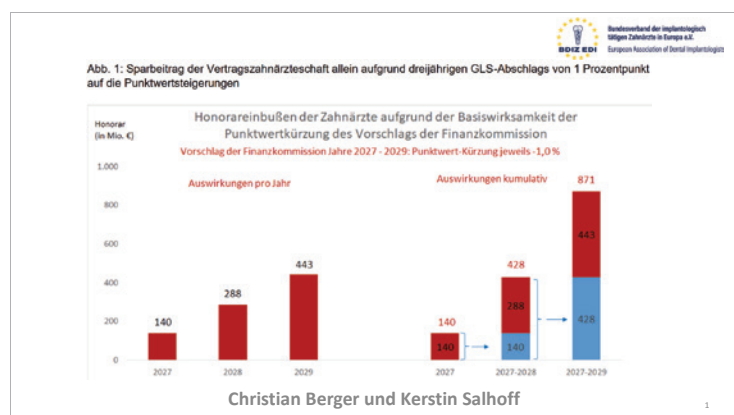


bit.ly/geistlich-bio-gide-forte

Was angesichts des GKV-BStabG jetzt für Praxen zählt

Stabilität statt Sparzwang

In zwei Webinaren der Reihe „Der BDIZ EDI informiert 2026“ stellten BDIZ EDI-Präsident Christian Berger und Kerstin Salhoff (FORDent, Abrechnungshotline des BDIZ EDI) die zentralen Herausforderungen vor, die das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) für die zahnärztlichen Praxen mit sich bringt und zeigten Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Stabilität auf.



Der Online-Crashkurs zum BStabG für die Mitglieder machte deutlich, dass das neue Gesetz, wenn es in der jetzigen Form umgesetzt wird, die Zahnärzteschaft zwingt, ihre betriebswirtschaftlichen Stellschrauben und Möglichkeiten der Abrechnung konsequenter zu nutzen.

Wie Christian Berger ausführte, plane das Bundesgesundheitsministerium, die jährlichen Vergütungssteigerungen der Zahnärzteschaft künftig an die Grundlohnsummenveränderungsrate (GLR) minus 1 Prozentpunkt zu koppeln. Damit würden die Honorare dauerhaft real sinken, denn die GLR liegt bereits heute unterhalb der tatsächlichen Kostenentwicklung in den Praxen.



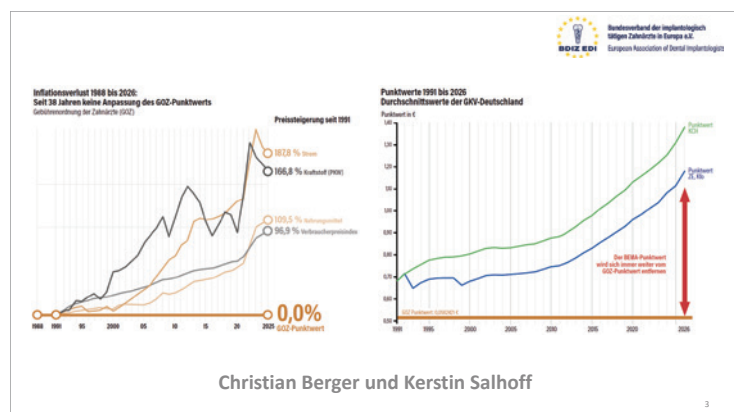
Die Folgen wären weitreichend, so Berger:

- Reale Honorarminderungen und zunehmender wirtschaftlicher Druck
- Gefährdung der Versorgungssicherheit durch weniger Investitionen, Personalengpässe und längere Wartezeiten
- Strukturelle Unterfinanzierung, die sich kumulativ verstärkt
- Fehlanreize, Leistungen zu reduzieren oder sich aus der GKV-Versorgung zurückzuziehen
- Demografische Risiken, da ältere Kolleginnen und Kollegen früher aussteigen könnten
- Nachwuchsprobleme, weil die Niederlassung unattraktiver und Praxen weniger „wert“ werden

„KZBV und BZÄK sprechen bereits von ‚tiefgreifenden negativen Einschnitten‘ und einer ‚massiven Gefährdung der Versorgung‘“, führte der BDIZ EDI-Präsident aus.

Drei zentrale Tipps für wirtschaftliche Stabilität

Christian Berger und Kerstin Salhoff zeigten im zweiten Webinar praxisnahe Wege auf, wie Zahnärztinnen und Zahnärzte trotz politischer Rahmenbedingungen ihre wirtschaftliche Basis stärken können.



1. Den eigenen Honorarstundenumsatz kennen

„Viele Praxen schätzen ihren Stundenumsatz nur grob – ein Fehler“, wie Berger betont. Der Honorarstundenumsatz sei die Grundlage jeder betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Er verwies auf Durchschnittswerte aus der Prognos-Studie und dem KZBV-Jahrbuch. „Ein Mindesthonorarumsatz von 435 Euro und damit ein Minutenwert von 7,25 Euro ist gerechtfertigt.“ Nur wer diese Werte kennt, könne Analogberechnungen, Honorarvereinbarungen und Faktorsteigerungen korrekt und selbstbewusst anwenden.

2. Vollständig dokumentieren – sonst keine Faktorsteigerung

Eine der häufigsten Ursachen für Honorarverluste ist unzureichende Dokumentation.

Berger und Salhoff betonen:

- Jede erschwerende Situation
- jeder besondere Zeitaufwand
- jede medizinische Begründung

müsse einzeln und nachvollziehbar dokumentiert werden. Kerstin Salhoff hob die Anästhesieleistungen als Beispiel hervor. Hier zeige sich, wie schnell Praxen Geld verlieren.

„Wenn die gewünschte Schmerzausschaltung nicht erreicht wird, ist die Mehrfachberechnung der 0090 GOZ zulässig, muss jedoch in der Rechnung begründet werden“, so Salhoff. Ihr Beispiel:

- vestibulär und palatinal zur vollständigen Schmerzausschaltung anästhesiert
- bukkal und lingual zur vollständigen Erreichung der Anästhesietiefe
- Schnittführung ausgedehnt (Schnittführung über mehrere Zähne/Regionen), z. B. Implantat Regio 36, Schnittführung 35-37: I bukkal + lingual = 6x 0090 GOZ

Anästhesie-Techniken die der 0090 GOZ zuzuordnen sind:

- intraligamentäre Anästhesie
- intrapulpare /intrakanaläre/ intraossäre Anästhesie
- nadelfreie Systeme (z.B. Injex)
- computergesteuerte Systeme (z.B. The Wand – nicht analog berechenbar!)

Die erneute Injektion im selben Gebiet während einer Behandlung ist also laut Salhoff abrechnungsfähig, bei z. B.

- nachlassender Anästhesiewirkung
- veränderter Lokalisation durch Erweiterung des Eingriffs

Das Bundesverfassungsgericht hat 2013 eine vom BDIZ EDI getragene Verfassungsbeschwerde nicht zugelassen, weil die Zahnärzte den Rahmen der Gebührenordnung nicht ausschöpfen – das gilt insbesondere für Abweichende Vereinbarungen nach § 2 Abs. 1 und 2 und für Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ.

Diese Tabelle veranschaulicht deutlich, warum heute Zahnärztinnen und Zahnärzte die Honorarvereinbarung und die Analogberechnung, wo immer möglich, durchführen müssen.

Um die Analogberechnung lege artis durchführen zu können, müssen Sie Ihren betriebswirtschaftlich kalkulierten Minutenwert und den Mindesthonorarumsatz/Stunde kennen. So rechnen Sie die Werte aus: aus der Prognos-Studie der Bundeszahnärztekammer und dem statistischen Jahrbuch der KZBV ergeben sich folgende Durchschnittswerte für eine Einbehandler-Praxis:

Arbeitszeit pro Woche in Stunden:	44,0
Effektive Arbeitstage pro Jahr:	209,0
Arbeitszeit (inkl. Verwaltung u.ä.) pro Jahr 1820 Stunden,	
Behandlungszeit pro Jahr:	1350 Stunden

Sie können selbstverständlich mit Hilfe Ihres Steuerberaters für Ihre Praxis exakte individuelle Werte ermitteln und einsetzen, Sie sehen aber auf EINEN Blick, dass ein Mindesthonorarumsatz von 435,- € und damit ein Minutenwert von 7,25 € gerechtfertigt ist. Nicht vergessen dürfen Sie dabei den für Sie selbst kalkulierten Unternehmerlohn = Ihre Privatentnahmen, denn nur so kann Ihre Praxis überleben.

4

Beispiel einer Durchschnittspraxis mit digitalem Röntgen 2024 bis 2025

Behandlungszeit Stunden pro Jahr	1.350
Personalkosten:	202.306,69 €
Raumkosten:	
Kaltmieten/kalk. Mieten	22.955,00 €
Nebenkosten (Strom, Gas, Wasser, inkl. Reinigung)	795,60 €
Materialkosten (Verbrauchsmaterialien):	
Praxisbedarf	30.240,00 €
Röntgenbedarf	2.986,50 €
übrige Betriebskosten	73.283,19 €
Finanzierungskosten	12.408,74 €
Abschreibungen:	
Abschreibung Anlagevermögen	54.420,22 €
Abschreibung Bau & Umbau	10.359,62 €
Kalkulatorische Kosten:	
Unternehmerlohn	167.825,35 €
Kalkulatorische Zinsen	563,25 €
Gesamtpraxiskosten	582.304,00 €
Umsatz pro Stunde	435,04 €
Umsatz pro Minute	7,25 €

Ohne Labor

5

BDIZ EDI-Tabelle zu § 2 Abs. 1 und 2

„Abweichende Vereinbarung“

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

Die Abweichende Vereinbarung muss persönlich zwischen Zahnarzt/Zahnärztin und Patient abgesprochen werden, Praxismitarbeiter(innen) dürfen nur das Vorgespräch führen.

In der Vereinbarung müssen die Gebührennummer, die Bezeichnung der Leistung, der Steigerungssatz und der sich daraus ergebende Euro-Betrag angegeben werden, das abgebildete Muster begnügt sich mit dieser Mindestangabe. Es ist zulässig den Zahn/das Gebiet/die Region und die Anzahl der Leistungen anzugeben, weil dadurch die Berechnung des Gesamtbetrages für den Patienten transparent dargestellt und rechnerisch nachvollziehbar wird.

Erforderlich sind die Unterschriften von Zahnarzt/Zahnärztin und Patient grundsätzlich auf demselben Schriftstück.

Der Zahlungspflichtige/Patient muss eine Kopie bzw. Zweitanzfertigung der Vereinbarung erhalten. Das sollte auf geeignete Weise in der Patientenakte dokumentiert werden.

Christian Berger und Kerstin Salhoff

6



Analog-Table mit Chairside-Leistungen

Mit dieser Broschüre erhalten Sie eine erweiterte Hilfestellung zur Analogberechnung zu weit mehr als 200 Leistungen und den dabei anstehenden Gebührenverfällen.

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 20 Jahren ihrer Aufnahme, Beschreibung und Bewertung im Gebührenverzeichnis. Besonders prägnante Beispiele sind die Fortschritte in der Parodontologie und Endodontie, aber auch in der Kieferorthopädie oder bei den Extraktions- und Okklusionschleifen hat sich sehr viel getan.

Damit bietet die Analogberechnung die Möglichkeit der laufenden Anpassung der Honorare an die Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse. Die Chairside-Leistungen zeigen die Vergütung zusätzlicher Arbeit im Sprechzimmer.

Bestellen Sie die ANALOG-Table auch über unseren Onlineshop:



Christian Berger und Kerstin Salhoff

Ihre klare Botschaft: ohne Dokumentation keine korrekte Abrechnung. Die typischen Fehlerquellen:

- fehlende Begründungen bei Mehrfachberechnung
- unzureichende Dokumentation der medizinischen Indikation
- fehlende Angaben zur Lokalisation (vestibulär/palatal, bukkal/lingual)

Damit machte die Abrechnungsexpertin auch klar: Dokumentation ist kein Formalismus, sondern bares Geld.

3. Alle Honorarmöglichkeiten nutzen

Berger und Salhoff legen den Praxen nahe, die vorhandenen Instrumente der GOZ konsequent auszuschöpfen:

- Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ – strenge Formvorgaben, aber essenziell für wirtschaftliche Stabilität.
- Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ – notwendig, da die GOZ2012 nach 14 Jahren viele moderne Verfahren nicht abbildet.
- Chairside-Leistungen nach § 9 GOZ – häufig vergessen, aber rechtlich sauber abrechenbar.
- „Alte“ Leistungen, die heute anders erbracht werden – laut BGH analog berechenbar, wenn die Methode sich verändert hat.

Berger: „Die Nichtanpassung der GOZ macht es zwingend notwendig, neue Leistungen als Analogleistungen zu erfassen und abzurechnen.“ Die Botschaft der Webinare, die Standortbestimmung 2026 sind: Die GOZ bietet mehr Möglichkeiten, als viele Praxen nutzen – und diese müssen ausgeschöpft werden.

Fazit: Politische Risiken aktiv betriebswirtschaftlich abfedern

Christian Berger machte deutlich, dass das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz die Zahnärzteschaft vor erhebliche Herausforderungen stelle. Doch gleichzeitig zeigte er mit Kerstin Salhoff Wege auf, wie Praxen ihre wirtschaftliche Stabilität sichern können – durch konsequente betriebswirtschaftliche Steuerung, vollständige Dokumentation und die Nutzung aller abrechnungsrechtlichen Möglichkeiten.

Die beiden Webinare im Mai verdeutlichten: Die politischen Rahmenbedingungen mögen schwierig sein – aber die Handlungsspielräume der Praxen sind größer, als viele denken.

Du bist GC.

GC Europe Campus: Wo Innovation auf Hands-on-Erfahrung trifft

Als einer der weltweit führenden Anbieter dentaler Produktlösungen setzt **GC Europe** auch im Jahr 2026 ein klares Zeichen für Präsenzfortbildung. Allein am Hauptstandort in Belgien finden jährlich bis zu **260 Trainingseinheiten** statt. Der **1.600 m² große Campus** dient als internationaler Treffpunkt für Zahnärzte, Zahntechniker und Studierende. Zwei spezialisierte Labore, ein klinischer Behandlungsraum mit digitalem Röntgen und modernste Multimedia-Ausstattung garantieren optimalen Lernerfolg. Europaweit stehen über **3.000 Fortbildungen** zur Auswahl.

Live-Education & Spitzen-Infrastruktur

In diesem Jahr liegen die Schwerpunkte in den Bereichen:

- Restorative Masterclasses: Perfektion in Ästhetik und Funktion.
- Digital Lab Workflows: Effizienz durch nahtlose CAD/CAM-Integration.
- Minimal Intervention Dentistry: Nachhaltige und präventive Konzepte.
- Initial Ceramic-Philosophie: Systematische Ansätze für die Zahntechnik.

Präsenz-Kurse
& Termine



online
GC Dental
Campus



Digitale Ergänzung: Der online GC Dental Campus

Die digitale Plattform bildet die Brücke zum Live-Training. Mit fast **20.000 Nutzern** bietet sie Webinare live und on-demand in fünf Sprachen. Alle Kurse lassen sich in Echtzeit filtern und direkt buchen. **Jetzt Fortbildungsprogramm 2026 entdecken und passende Lösungen für alle klinischen Herausforderungen finden! Du bist GC.**



Zur Kampagne:
„Das ist GC – Wir sind GC“



Since 1921
100 years of Quality in Dental

GC Europe N.V.
www.gc.dental/europe/

Gutachter-Qualifikation in sieben Modulen

Neu: Curriculum Gerichts- und Privatgutachten

Der BDIZ EDI bietet erstmals ein Curriculum Gerichts- und Privatgutachten an, das am 23. Oktober 2026 in München startet. Damit erweitert der Verband sein Fortbildungsangebot um ein Programm, das speziell an 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 Leitung obliegt Prof. Dr. Andreas Schlegel aus München.

Das Curriculum vermittelt aus gutachterlicher Sicht vertiefende Fachkenntnisse in den zahnärztlichen Disziplinen und die rechtlichen, ethischen und methodischen Grundlagen der Gutachtertätigkeit. Die Teilnehmenden werden befähigt, Behandlungsverläufe aus gutachterlicher Sicht zu erfassen und zu bewerten. Der Auftakt ist am Wochenende des 23. und 24. Oktober 2026 in München.

In sieben Modulen – davon vier in Präsenz in München und drei online – vermittelt der Kurs, der von Oktober 2026 bis April 2027 läuft, rechtssicheres Behandeln und Einblicke in die 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 Zahnärzte. Gemeinsam mit Dr. Dr. Markus Tröltzsch (Ansbach), der für den BDIZ EDI das Curriculum Süd leitet, hat Schlegel das Programm aufgebaut.

Module hochkarätig besetzt

Im Referentenpool befinden sich Gutachter diverser zahnärztlicher Disziplinen und Juristen, darunter Richter und Kammerbeauftragte für das Gutachterwesen: Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel, Richterin a.D.

Dr. Kerstin Gröner, RAin Susanne Ottmann-Kolbe (BLZK), 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, Prof. Dr. Katharina Bücher, Dr. Stefan Liepe und Univ.-Prof. Dr. Falk Schwendicke.

Modul 1	Rechtssicheres Behandeln: Gutachterwesen, Gerichte, Prozesswesen
Modul 2	Rechtssicheres Behandeln: Rechtsgrundlagen allgemein
Modul 3	Rechtsgrundlagen speziell: Fachspezifische Grundlagen 1 (online)
Modul 4	Rechtsgrundlagen speziell: Fachspezifische Grundlagen 2 (online) Leitlinien, Fallbeispiele und digitale Technologie/KI (online)
Modul 5	Der Gutachter bei Gericht: Rollenspiele
Modul 6	Selbststudium, Erstellung eines Gutachtens (Homeoffice)
Modul 7	Präsentationen, Prüfung, Zertifikate

Das Curriculum entspricht 108 Fortbildungspunkten gemäß den Fortbildungsleitlinien von BZÄK/KZBV/DGZMK.

Die Zahl der Teilnehmenden ist auf 30 begrenzt. Programm und Anmeldung: www.bdizedi.org bzw. direkt über den QR-Code.



AWU



CURRICULUM 2026/2027

GERICHTS- & PRIVATGUTACHTEN

An 7 Wochenenden
4 in Präsenz in München

MODUL 1 23./24. Oktober 2026 📍 München

RECHTSSICHERES BEHANDELN Gutachterwesen, Gerichte, Prozesswesen

FREITAG

- 09:00 – 09:15 Uhr **Begrüßung**
Prof. Dr. Dr. (HU) Andreas Schlegel | Christian Berger
- 09:15 – 11:00 Uhr **Was erwartet das Gericht vom Gutachter?**
Teil 1 Richterin a.D. Dr. Kerstin Gröner
- 11:00 – 11:15 Uhr **Kaffeepause**
- 11:15 – 13:00 Uhr **Was erwartet das Gericht vom Gutachter?**
Teil 2 Richterin a.D. Dr. Kerstin Gröner
- 13:00 – 14:00 Uhr **Mittagspause**
- 14:00 – 15:30 Uhr **Arten von Gutachten:** Gerichtsgutachten für Zivil-, Straf- und Sozialgerichte, sonstige Gutachten, gutachterliche Stellungnahmen, Aufklärung, gutachterliche Bewertungskriterien, die häufigsten Fehler
Susanne Ottmann-Kolbe
- 15:30 – 16:00 Uhr **Kaffeepause**
- 16:00 – 19:30 Uhr **Konservierende Zahnheilkunde, Fragestellungen**
Prof. Dr. Christoph Benz
- 19:30 Uhr **Möglichkeit zum gemeinsamen Abendessen (nach vorheriger Anmeldung)**

SAMSTAG

- 08:30 – 12:30 Uhr **Gerichtsgutachten,** Röntgenbefund, gutachterliche Untersuchung, formale Gestaltung von Gutachten, Umgang mit Kommentaren und Urteilen, Umgang mit wissenschaftlichen Daten und Datenbanken, Grundlagen des Gutachterwesens, Grundlagen der Schlichtung und Mechanismus, Rechtsgrundlage der Körperschaften des öffentlichen Rechts in der Zahnmedizin und ihre Auswirkung auf ihre Berufsausübung, Vorgang eines rechtlichen Prozesses gegen Zahnärzte
Susanne Ottmann-Kolbe
- 12:30 – 14:00 Uhr **Mittagspause**
- 14:00 – 15:30 Uhr **Gutachtenvorlagen,** Sinn und Zweck möglichst uniformen Auftretens, Umgang mit wissenschaftlicher Literatur
Prof. Dr. Dr. (HU) Andreas Schlegel
- 15:30 – 18:30 Uhr **Wie mache ich das Gutachten?** Probegutachten in Gruppen
Prof. Dr. Dr. (HU) Andreas Schlegel | Susanne Ottmann-Kolbe

MODUL 2 12. Dezember 2026 📍 München

RECHTSSICHERES BEHANDELN Rechtsgrundlagen allgemein

SAMSTAG

- 09:00 – 12:00 Uhr **Grundlagen Dokumentation, Aufklärung, Unterschied: Ablauf-Dokumentation versus Abrechnungsdokumentation**
Prof. Dr. Thomas Ratajczak | Christian Berger | Dr. Dr. Markus Tröltzsch
- 12:00 – 13:00 Uhr **Mittagspause**
- 13:00 – 18:00 Uhr **Korrektes Abrechnen, Verteidigung eines zahnärztlichen Kollegen, Umgang mit Fehlern**
Prof. Dr. Thomas Ratajczak | Christian Berger | Dr. Dr. Markus Tröltzsch

MODUL 3 18./19. Dezember 2026 🌐 online

RECHTSGRUNDLAGEN SPEZIELL Fachspezifische Grundlagen 1

FREITAG

- 09:00 – 12:00 Uhr **Prothetik, Fragestellungen**
Prof. Dr. Dr. Johann Müller
- 12:00 – 14:00 Uhr **Mittagspause**
- 14:00 – 17:00 Uhr **Digitale Technologie / KI, Fragestellungen**
Univ.-Prof. Dr. Falk Schwendicke
- 17:00 – 17:15 Uhr **Pause**
- 17:15 – 19:15 Uhr **Parodontologie, Fragestellungen**
Dr. Markus Bechtold

SAMSTAG

- 09:00 – 11:00 Uhr **Kieferorthopädische Fragestellungen im Gutachten**
Univ.-Prof. Dr. Dr. Peter Proff
- 12:00 – 13:00 Uhr **Mittagspause**
- 13:00 – 16:00 Uhr **Oral-Chirurgie und MKG-Chirurgie, Fragestellungen**
Dr. Dr. Markus Tröltzsch
- 16:00 – 16:15 Uhr **Pause**
- 16:15 – 19:15 Uhr **Endodontie, Fragestellungen**
Prof. Dr. Christian Gernhardt



MODUL 4 15./16. Januar 2027 online

RECHTSGRUNDLAGEN SPEZIELL

Fachspezifische Grundlagen 2

FREITAG

- 09:00 – 10:30 Uhr **Funktionsanalyse und -therapie**, Fragestellungen
Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer
- 10:30 – 12:00 Uhr **Abrechnungsfragen**, Fragestellungen
Dr. Dr. Bernd Rehberg, M.Sc.
- 12:00 – 14:00 Uhr **Mittagspause**
- 14:00 – 17:00 Uhr **Kinderzahnheilkunde**, Fragestellungen
Prof. Dr. Katharina Bücher

LEITLINIEN, FALLBEISPIELE & DIGITALE TECHNOLOGIE/KI

SAMSTAG

- 09:00 – 12:00 Uhr **Grundlagen Leitlinien**, Bedeutung
Dr. Stefan Liepe
- 12:00 – 13:00 Uhr **Mittagspause**
- 13:00 – 16:00 Uhr **Crazy cases**
Prof. Dr. Thomas Ratajczak
- 16:00 – 16:15 Uhr **Pause**
- 16:15 – 19:15 Uhr **Implantologie**, Fragestellungen
Prof. Dr. Dr. Dr (HU) Andreas Schlegel

MODUL 5 13. März 2027 in München bei Gericht

DER GUTACHTER BEI GERICHT - Rollenspiele

SAMSTAG

- 09:00 – 19:00 Uhr **Die Rolle des Gutachters vor Gericht** – von der Akte bis zur Anhörung; Grundlagen vor Gericht und praktische Übungen anhand von konkreten Sachverhalten; Gefahren vor Gericht: Befangenheit, Stolpersteine und Spielregeln bei der mündlichen Anhörung - Training und Live Simulation eines tatsächlichen Gerichtsverfahrens
Moderation: Prof. Dr. Dr. Dr (HU) Andreas Schlegel | Dr. Kerstin Gröner | Susanne Ottmann-Kolbe

MODUL 6 15. – 20. März 2027 Homeoffice

SELBSTSTUDIUM Erstellung eines Gutachtens

bis 22.03.2027 Abgabe an die Geschäftsstelle

MODUL 7 2./3. April 2027 München

PRÄSENTATIONEN, Prüfung, Zertifikate

FREITAG

- 14:00 – 19:00 Uhr **Vorstellung der bearbeiteten Gutachtenfälle der Teilnehmer**
Prof. Dr. Dr. Dr (HU) Andreas Schlegel | Susanne Ottmann-Kolbe
- ab 19:00 Uhr **Abschlussessen am Abend**

SAMSTAG

- 09:00 – 15:00 Uhr **Vorstellung der bearbeiteten Gutachtenfälle der Teilnehmer**
Prof. Dr. Dr. Dr (HU) Andreas Schlegel | Susanne Ottmann-Kolbe
- Abschlussdiskussion und Überreichung der Urkunden**
Christian Berger

ALLE TERMINE IM ÜBERBLICK

MODUL 1	23./24. Oktober 2026	 München
MODUL 2	12. Dezember 2026	 München
MODUL 3	18./19. Dezember 2026	 online
MODUL 4	15./16. Januar 2027	 online
MODUL 5	13. März 2027	 München bei Gericht
MODUL 6	15. – 20. März 2027	 Homeoffice
MODUL 7	02./03. April 2027	 München

PREIS DES CURRICULUMS

BDIZ EDI-Mitglieder*	3.750,00 €
Nichtmitglieder	4.350,00 €

* Der ermäßigte Beitrag gilt für neue Mitglieder nur, wenn sie sich verpflichten, mindestens 36 Monate lang Mitglied zu bleiben.

INSGESAM
108
FORTBILDUNGS-
PUNKTE
nach BZÄK/
KZBV/DGZMK

**JETZT INFORMIEREN
UND ANMELDEN!**

www.bdizedi.org/Veranstaltungen



Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.

Lipowskystr. 12 | 81373 München | Telefon 089 720 69 888 | Fax 089 720 69 889 | office@bdizedi.org | www.bdizedi.org



Ihre Top 6 Produkte Oralchirurgie



ab 369,00 €

zzgl. MwSt.

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



EthOss Knochenregeneration

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



NEU

139,95 €

zzgl. MwSt.



Labrida BioClean Chitosan Bürste (5 Stk.)

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



Gebogen

Gerade

Safescraper®

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



349,00 €

zzgl. MwSt.

Vitamin D Sofort-Test Gerät

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

Sonderpaketpreis
Gerät inkl. 12 Tests

1.449,00 €

zzgl. MwSt.



Gerät
999,00 €
zzgl. MwSt.

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



OraFusion Mundhöhlenkrebs Früherkennung KI-Gerät

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



3.750,00 €

zzgl. MwSt.



KIARA: KI automatisierte Rezeptions Assistenz - hier kostenfrei testen

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



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

Preise zzgl. MwSt. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.

zantomed
www.zantomed.de



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

Teil 10: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

Dieser Teil umfasst den Weg der Gebührenordnungen von der GOÄ ab 1988 bis zur Punktwerthöhung bei GOÄ 1996 und der Nichterhöhung bei der GOZ, was zum Klageantrag Nr. 4 führt. In diesem Teil wird wieder eine sehr spannende Diskussion zwischen den betroffenen Beteiligten und im Bundesrat wiedergegeben. Dieser Teilbeitrag zeigt auch auf, warum die Feststellungsklage auf die Ungleichbehandlung abzielt. Scannen Sie auf jeden Fall die QR-Codes.

GOÄ (ab 1988)

Zeitlich mit nur kleiner Verzögerung zur GOZ wurde der Punktwert der GOÄ durch die 3. Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 9.6.1988 von 10 DPf auf 11 DPf erhöht (s. BR-Dr. 118/88 vom 10.3.1988). Das entspricht einer Anhebung des Punktwertes um zehn Prozent innerhalb von knapp sechs Jahren. Begründet wird die Anhebung damit, die Erhöhung des Punktwertes berücksichtige die Entwicklung der Praxiskosten und gewährleiste eine Beteiligung des Arztes an der wirtschaftlichen Entwicklung seit 1983 (ebd., S. 41).

Man kann den erforderlichen Wert durch einfachen Dreisatz auf die 41 Jahre seit 1982 umrechnen und käme dann auf 68,33 Prozent Anpassungsbedarf. Tatsächlich angepasst wurde in diesem Zeitraum um 11,4 Prozent. Das liegt – wie noch zu zeigen sein wird – weit unter den bei der GOZ erfolgten Anpassungen (s. dazu näher unten bei Ziffer 16, S. 104 ff.).

Neu gefasst wurde in der GOÄ 1982 der auch für Zahnärzte wichtige Abschnitt L Kapitel IX über mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen. Von einer umfassenden Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wurde abgesehen. Sie könne erst dann erfolgen, wenn mit

dem erst seit dem 1.10.1987 geltenden neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab gesicherte Erfahrungen gesammelt worden seien (ebd., S. 41).

EBM (ab 1993)

Zum 1.1.1993 wurden der BMÄ und die E-GO in Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in § 87 Abs. 2a und 2b SGB V i. d. F des Art. 1 Nr. 45 Buchstabe b) GLSG (BGB1 1992, S. 2266) in ein einheitliches Gebührenverzeichnis (EBM) zusammengefasst.

Im Gegensatz zu GOÄ und GOZ wird der EBM seit vielen Jahren durchschnittlich viermal im Jahr jeweils zu Quartalsbeginn aktualisiert und fortentwickelt, die Punktwerte werden einmal jährlich neu vereinbart.

Die aktuelle Version des EBM gilt seit dem 1.7.2023. Sie umfasst 2.016 Seiten im DIN A4-Format. Zum Vergleich: Die am 1.7.2000 in Kraft getretene Version des EBM umfasste 251 DIN A4-Seiten.

Die Einführung des Standardtarifs in der PKV zum 1.7.1994

§ 257 Abs. 2a SGB V erzwang ab dem 1.1.1993 über den Umweg des sonst nicht mehr übernahme-

fähigen Zuschusses zur privaten Krankenversicherung des Arbeitnehmers die Einführung eines brancheneinheitlichen Standardtarifs für die PKV. Der insbesondere für ältere PKV-Versicherte gedachte Standardtarif sollte es ermöglichen, Versicherungsschutz im Umfang der GKV und zu einem mit der GKV vergleichbaren Beitrag auch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erhalten (s. BT-Drs. 12/3608 vom 5.11.1992, Seite 116).



§ 5b Satz 1 GOÄ und § 5a Satz 1 GOZ begrenzten den abrechenbaren Steigerungsfaktor bei den normalen Leistungen ab dem 1.1.2000 verpflichtend auf den 1,7-fachen Steigerungsfaktor, beließen es aber unverändert bei fehlendem Kontrahierungszwang.

Eingefügt wurden die beiden Normen durch Art. 17 und 18 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGB I S. 2626 [2654]), obwohl es zum 31.12.1997 in Deutschland gerade einmal 1.059 Standardtarifversicherte gab (BT-Drs. 14/125 vom 23.6.1999, S. 124).



Schon zuvor gab es die Empfehlung der Bundesärztekammer zu einer entsprechenden Faktorbegrenzung bei den Abrechnungen (*Deutsches Ärzteblatt* 1994, 3408).

§ 5a GOZ wurde zwischenzeitlich wieder aufgehoben.

Man ging 1994 davon aus, dass der 1,7-fache Steigerungsfaktor in etwa den Sätzen des EBM und des BEMA-Z entsprach.

Für den BEMA-Z liegt eine Untersuchung des PKV-Verbandes vom Mai 2002 mit dem Titel „Vergleich der Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Standardtarif der PKV“ vor, die zu dem Ergebnis kommt, dass die vertragszahnärztliche Vergütung nach dem Standardtarif für den Untersuchungszeitraum im Jahr 2000 nicht unter der vertragszahnärztlichen Vergütung liegt (S.101).

Die Untersuchung liegt mir als PDF des PKV-Verbandes vor. Im Internet ist sie nicht mehr auffindbar.

Für 1994 galt folglich bereits:

1,7-fach GOÄ = EBM

1,7-fach GOZ = BEMA-Z

GOÄ (ab 1996)

Die GOÄ erfuhr durch die am 1.1.1996 in Kraft getretene vierte Änderungsverordnung vom 18.12.1995 vor allem Änderungen bei den Laborleistungen und ist seitdem – von einer unbedeutenden Änderung durch die 5. Änderungsverordnung vom 21.10.2019 (enthielt nur Änderungen hinsichtlich der Leistungen bei Todesfeststellung) abgesehen – seit nunmehr 27 Jahren unverändert. Die meisten Gebührensätze gelten unverändert seit 1982, also seit nunmehr 41 Jahren.

Der Entwurf zur GOÄ 1996 wurde bereits am 17.3.1994 vorgelegt (BR-Dr. 211/94).



Der GOÄ 1996 waren umfangreiche Vorarbeiten und Änderungsvorschläge durch die Bundesärztekammer vorausgegangen. Der Deutsche Ärztetag hatte bereits im Jahr 1991 eine Weiterentwicklung des Leistungsverzeichnisses der GOÄ 1982 angemahnt. Das Bundesministerium für Gesundheit übersandte 1993 zwei Arbeitsentwürfe zur Änderung der Gebührenordnung zur Stellungnahme an Bundesärztekammer und KBV, fertigte anschließend einen Referentenentwurf, zu dem der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands eine Stellungnahme mit umfangreichen Berechnungen über die quantitativen Auswirkungen der vorgesehenen Novelle beisteuerte, die eine Verringerung des Gesamthonorarvolumens aller Ärzte und insbesondere der leitenden Krankenhausärzte errechnete. Nach intensiven Gesprächen zwischen Bundesrat und Bundesministerium für Gesundheit sowie zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesärztekammer hat der Bundesrat die 4. Änderungsverordnung am 3.11.1995 mit einigen Änderungen des Regierungsentwurfs beschlossen.

Zu den Gründen für die Anpassung führt der Verordnungsentwurf aus:

„Während im EBM die in der Zwischenzeit fortgeschrittene medizinische und technische Entwicklung durch Anpassungen der Vertragspartner in kurzen Zeitabständen fortlaufend berücksichtigt werden konnte, ist das Gebührenverzeichnis der GOÄ in weiten Teilbereichen zunehmend hinter dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung zurückgeblieben. Dies hat zur Folge, dass gegenwärtig eine Vielzahl von in ihrer Erbringungsweise wesentlich veränderten oder im Gebührenverzeichnis noch nicht enthaltenen Leistungen nur analog abgerechnet werden können, während andere Leistungen des Gebührenverzeichnisses obsolet geworden sind, sodass dieses das heutige Leistungs- und Abrechnungsgeschehen nur noch unzureichend widerspiegelt.“

Zwischen allen Beteiligten ist deshalb die Notwendigkeit einer umfassenden Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung unbestritten“ (ebd., S. 88).

Vorschlag zur Prüfung einer Vertragsgebührenordnung

Der gerade zitierte Begründungsabschnitt führte zu einer Bitte des Bundesrates, zu prüfen, ob es sich empfiehlt, das derzeit staatlich verordnete Gebührensystem durch ein Vergütungssystem (mit staatlicher Zwangsschlichtung) abzulösen, das gesamtvertraglich zwischen Leistungsanbieter- und Kostenerstattungsseite vereinbart wird (s. Plenarprotokoll des Bundesrates der 690. Sitzung vom 3.11.1995, S. 524; BR-Drs. 688/95 vom 23.10.1995, S. 146), also zu einem Verfahren, wie es in der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert ist und zu den bereits erwähnten engmaschigen Anpassungsrhythmen geführt hat.

Zum
Plenarprotokoll:



Die Bundesregierung berichtete dem Bundesrat über das Ergebnis ihrer Sondierungen am 11.3.1998 (BR-Drs. 240/98 vom 13.3.1998).



Danach standen die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einer Entstaatlichung des privat-(zahn-)ärztlichen Gebührenrechts und damit einem zwischen Ärzten bzw. Zahnärzten und Kostenträgern vereinbarten Preis- und Leistungsverzeichnis grundsätzlich positiv gegenüber. Die Stellungnahmen der Länder zeigten auf, dass eine Mehrzahl der für Gesundheit zuständigen Ministerien der Länder eine Vertragslösung befürworteten, während sich die für Beihilfefragen zuständigen Ressorts der Länder für eine Beibehaltung des Rechtsverordnungsverfahrens der GOÄ aussprachen. Eine abschließende (politische) Entscheidung dazu, ob eine Abkehr von einer amtlichen, d. h. durch Rechtsverordnung erlassenen Gebührenordnung hin zu einer Vertragsgebührenordnung ermöglicht werden solle, die zwischen den Akteuren der Selbstverwaltung auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite vertraglich vereinbart wird, wurde nicht getroffen.

Die bleibende Konsequenz dieser politischen Unwilligkeit zur grundlegenden Reform ist, dass heute (2023) weder GOÄ noch GOZ auch nur noch näherungsweise

- den Stand von Wissenschaft und Technologie in der Medizin resp. der Zahnmedizin abbilden,
- die Honorare in weiten Teilen hinter den Honoraren zurückbleiben, die für gleiche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden,
- die Leistungsziffern der Gebührenordnungen weitgehend durch Analogleistungen abgelöst sind, sodass
- für Patienten maximale Intransparenz eingetreten ist,
- die zu hohem Verwaltungsaufwand bei Versicherern und Beihilfebehörden führt und im Ergebnis
- die Patienten in die Prozesse oder den Behandler zum Verzicht auf angemessenes Honorar zwingt.



Punktwerterhöhung bei der GOÄ 1996, aber keine Punktwerterhöhung bei der GOZ (Klageantrag Nr. 4)

Der Punktwert der GOÄ erfuhr zum 1.10.1996 eine Erhöhung auf 11,4 DPf. Der Punktwert der GOZ blieb unverändert.

Bereits darin liegt ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1, 12 GG. Für identische Leistungen gibt es nach der GOÄ eine höhere Vergütung als nach der GOZ, was sich insbesondere bei der Fachgruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen auswirkt.

Art. 3 Abs. 1 GG lässt bei gleichen Lebenssachverhalten nicht ein bisschen Ungleichheit zu. Man sollte das nicht vertieft begründen müssen.

Es gehört zum historisch gewachsenen Konsens in Deutschland, dass Ärzte und Zahnärzte gebührenrechtlich gleichzubehandeln sind. In der Sitzung des Bundesrates vom 12.2.1965 wurden die 1965 jeweils neu gefassten Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte gemeinsam behandelt. Der Berichterstatter, Herr Staatsminister Junker, Bayern, führte dazu aus (Protokoll der 278. Sitzung des Bundesrates am 12.2.1965, S. 26):

„Mit Ihrer Erlaubnis darf ich die Berichterstattung zu den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte zusammenfassen. Es handelt sich um zusammengehörende Bereiche, die nur im Hinblick auf die Ermächtigung in § 11 Bundesärzteordnung und § 15 Zahnheilkundengesetz in getrennten Verordnungen geregelt werden. Sachlich wäre es nicht gerechtfertigt, für Ärzte und Zahnärzte verschiedenes Recht zu schaffen. Dementsprechend haben die Ausschüsse zu beiden Verordnungen übereinstimmende Empfehlungen beschlossen.“

„Von einer Aufnahme solcher Leistungen in beide Gebührenverzeichnisse wurde abgesehen, um eine einheitliche Vergütung für die gleiche Leistung sicherzustellen.“ (BR-Drs. 276/87, S. 53)



Gleich ist gleich. Dann müssen auch die Rechtsfolgen gleich sein.

Der Arzt A darf insoweit nicht anders behandelt werden als der Arzt B, der Zahnarzt C auch nicht anders als der Arzt A, wenn A, B und C dieselbe Leistung erbringen.

Zwei Beispiele (es lassen sich viele bilden):

GOÄ und GOZ kennen jeweils eine Zuschlagsgebühr für die Anwendung des OP-Mikroskops: Nr. 440 GOÄ, Nr. 0110 GOZ. Beide sind mit 400 Punkten bewertet.

Das ergibt beim Schwellenwert (2,3-fach) für den Arzt 53,61 €, für den Zahnarzt 51,74 €. OP-Mikroskope sind für beide Berufsgruppen teuer.

Beide Gebührenordnungen kennen eine Zuschlagsgebühr für die ambulante Durchführung chirurgischer Leistungen, die mit Punktzahlen von 250–499 Punkten bewertet sind: Nr. 442 GOÄ, Nr. 0500 GOZ. Beide sind mit 400 Punkten bewertet für beide ist nur der 1,0-fache Steigerungsfaktor abrechenbar. Macht für den Arzt 23,31 €, für den Zahnarzt 22,50 €.

Da gibt es nichts zu diskutieren oder zu beschönigen. Es handelt sich jeweils um dieselben Leistungen.

RAT

RÜCKSCHAU

Repräsentative Umfrage für die DAK-Gesundheit

Unzufrieden mit Gesundheitssystem

Die Mehrheit der Bevölkerung erkennt laut einer repräsentativen Allensbach-Umfrage im Auftrag der DAK zwar den Bedarf für eine umfassende Gesundheitsreform, ist aber skeptisch hinsichtlich der Umsetzungschancen. Dabei geht die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung seit 2022 kontinuierlich zurück. Nachdem zwischen 2012 und 2022 konstant über 80 Prozent der Bürger das deutsche Gesundheitswesen positiv bewertet hatten, sind es aktuell nur 62 Prozent – der schlechteste Wert seit 15 Jahren. Aktuell haben nur 33 Prozent der Befragten uneingeschränktes Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. 2022 waren es noch 43 Prozent. Auf die Frage nach negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem werden lange Wartezeiten für einen Arzttermin mit 72 Prozent am häufigsten genannt. Die große Mehrheit rechnet mit steigenden Kosten und einer verstärkten Zwei-Klassen-Medizin. Zwei Drittel der Bürger sind der Überzeugung, dass das deutsche Gesundheitssystem umfassend reformiert werden muss. Vor zehn Jahren glaubten dies nur 41 Prozent.

Quelle: DAK

PKV-Ombudsmannbericht des Jahres 2025

Geringe Beschwerdequote

Obwohl die Zahl der Schlichtungsanträge im Jahr 2025 zugenommen habe, bleibe die Beschwerdequote in der privaten Krankenversicherung weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau, heißt es im Ombudsmannbericht der PKV für das Jahr 2025. Entsprechend gingen 2025 beim PKV-Ombudsmann 9.755 Anträge ein – ein Zuwachs von 2.864 Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Dennoch bleibt das Beschwerdeaufkommen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten äußerst gering, meldet die PKV. So läge die Beschwerdequote 2025 bei gerade einmal 0,02 Prozent – gemessen an knapp 50 Millionen privaten Krankenvoll-, Pflege- und Zusatzversicherungen. Der Großteil der Anträge betraf nach Verlautbarung Streitfälle in der Krankenkostenvollversicherung – neben Fragen zur medizinischen Notwendigkeit sowie den Gebührenstreitigkeiten – hier stieg die Entwicklung um 25 Prozent von 580 auf 723 Fälle.

Quelle: PKV-Verband vom 30.01.2026

Urteil des Oberlandesgerichts Köln

Zahnarzt hat das Recht auf Nachbesserung

Bei mangelhaften prothetischen Leistungen müssen Zahnärzte eine Chance auf Nachbesserung erhalten. Anderes gilt nur, wenn dies für den Patienten unzumutbar ist oder der Zahnarzt eine Nachbesserung ablehnt, wie das Oberlandesgericht (OLG) Köln entschied. Zur Begründung verwies das OLG auf den „werkvertraglichen Charakter“ einer prothetischen Versorgung. Daher seien auch die werkvertraglichen Gewährleistungsvorschriften anwendbar. Aus diesen ergebe sich, dass dem Zahnarzt Gelegenheit zur Nachbesserung gegeben werden müsse. Auch seien Zahnärzte beim Einsetzen der Kronen „auf die Mitwirkung des Patienten angewiesen“. Ein perfekter Sitz sei nicht immer im ersten Behandlungstermin zu erreichen, Korrekturbedarf sei daher nicht ungewöhnlich. Weiter betonte das OLG, dass Zahnärzte, die Nachbesserungen nicht aktiv anbieten, sondern umgekehrt die Patienten diese verlangen müssen. Dies sei in der Regel auch in deren Interesse, weil ein Nachbehandler in der Regel nicht an eine mangelhafte Versorgung anknüpfen wolle.

Quelle: OLG Köln, Az.: 5 U 29/25 vom 11.03.2025

5 Jahre Parodontitis-Richtlinie

Nicht kaputtsparen

Vor fünf Jahren ist die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in Kraft getreten. Mit der am 1.7.2021 eingeführten neuen, präventionsorientierten Parodontistherapie, die auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, können seither gesetzlich versicherte Patienten umfassend und am individuellen Bedarf ausgerichtet behandelt werden. Ein wesentlicher Therapieschritt sei die unterstützende Parodontistherapie, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls chirurgischen Behandlung zu sichern, schreibt die KZBV. Die im Regierungsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehene strikte und dauerhafte Budgetierung drohe den Effekt durch Vorgänger-Spargesetze noch zu verstärken. Martin Hendges, KZBV-Vorsitzender, fordert den Gesetzgeber auf, die präventionsorientierte Parodontistherapie endlich als Früherkennungs- und Vorsorgeleistung gesetzlich zu verankern sowie für die Versorgung die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen.

Quelle: PM der KZBV vom 01.01.2026

VORSCHAU

Neue Studie aus den USA

Periimplantitis verstehen

Eine neue Studie von Forschern der Rutgers School of Dental Medicine (New Jersey, USA), veröffentlicht in *PNAS Nexus*, liefert nun einen weiteren Erklärungsansatz, warum die Periimplantitis im Vergleich zur Parodontitis in der Praxis schwerer zu behandeln ist. Die Untersuchung hat gezeigt, dass Bakterien Implantate korrodieren und dadurch mikroskopisch kleine Titanpartikel in das umliegende Gewebe abgeben. Diese Partikel blockieren Immunzellen (Makrophagen), die üblicherweise die pathogenen Keime beseitigen und versetzen das Gewebe in einen Entzündungszustand, der schließlich zum Knochenabbau führt. Mithilfe von menschlichen Gewebeproben, kultivierten menschlichen Immunzellen und einem gentechnisch veränderten Mausmodell identifizierte das Forschungsteam einen spezifischen Kalziumkanal in den Makrophagen, der durch Titanpartikel aktiviert wird und die Immunfunktion der Zellen blockiert. Die Deaktivierung dieses Kanals im Tiermodell verhinderte dagegen die Blockade. Bei Mäusen, denen dieser Kanal fehlte, bewältigten die Immunzellen die gleiche Belastung durch Titan und Bakterien normal: Abszesse waren deutlich kleiner, die Konzentration entzündungsfördernder Zytokine sank und die Fähigkeit zur Eliminierung von Pathogenen wurde wiederhergestellt.

Juliana Girón Bastidas, Danyal A Siddiqui, Viviane Nascimento Da Conceicao, Yuyang Sun, Mashael Al Thunayan, Brij B Singh, Georgios A Kotsakis, Implant-derived titanium particles impair macrophage bacterial clearance via TRPC1 and lysosomal dysfunction, PNAS Nexus, Volume 5, Issue 4, April 2026, pgag081, <https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgag081>

Ab 1. Juli 2026 in Kraft

Neue gesetzliche Regelungen

Neben Notfallversorgung und SGB V-Regelungen sind auch Apotheken von neuen gesetzlichen Regelungen betroffen. Sie erhalten neue Kompetenzen, für Patienten bedeutet das, mehr niedrigschwellige Angebote. Apotheken dürfen alle Totimpfstoffe verabreichen (z. B. Tetanus, FSME). Apotheken werden in die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Tabakfolgeerkrankungen eingebunden. Denkbar sind: Blutzucker oder Cholesterinmessungen direkt in der Apotheke. In Regionen mit Ärztemangel sollen mehr pharmazeutische Dienstleistungen die Versorgungslücken schließen, und Apotheken werden stärker in die Betreuung chronisch Kranker eingebunden.

Quelle: Apotheken-Umschau vom 01.07.2026

Bundesjustizministerium plant
Beschlagnahmeschutz

Stärkerer Schutz für ePA-Daten

Gesundheitsdaten in der elektronischen Patientenakte (ePA) sollen künftig unter den Beschlagnahmeschutz der Strafprozessordnung fallen. Das Bundesjustizministerium reagiert damit auf Forderungen von Ärzte- und Zahnärzteschaft, die vor rechtlichen Unsicherheiten und möglichen Eingriffen in das Arzt-Patienten-Verhältnis gewarnt hatten. Künftig soll ausdrücklich geregelt werden, dass Inhalte der ePA bei polizeilichen Ermittlungen nicht beschlagnahmt werden dürfen. Hintergrund ist eine bislang ungeklärte Rechtslage. Während die elektronische Gesundheitskarte bereits unter das Beschlagnahmeverbot nach § 97 der Strafprozessordnung fällt, existiert für die ePA bislang keine eindeutige gesetzliche Regelung.

Quelle: Bundespressekonferenz

Streitigkeiten aus Heilbehandlungen

Künftig Landgerichte zuständig

Seit 1.1.2026 sind erstmals – unabhängig vom Streitwert – sämtliche Streitigkeiten aus Heilbehandlungen ausschließlich den Landgerichten zugewiesen. Dies betrifft beispielsweise zivilrechtliche Honoraransprüche aus zahnärztlicher Behandlung und Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche von Patienten. Die Änderung ergibt sich aus § 71 Absatz 2 Nr. 9 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG). Unabhängig davon wurde – außerhalb von Streitigkeiten aus Heilbehandlungen – der Grenzwert für die streitwertabhängige Abgrenzung der Zuständigkeit der Amts- und Landgerichte in anderen Streitsachen von bisher 5.000 Euro ab 1.1.2026 auf 10.000 Euro erhöht (§ 23 Nr. 1 GVG). Die beiden Neuregelungen finden keine Anwendung auf Verfahren, die vor dem 1.1.2026 bei Gericht anhängig geworden sind. Die Änderung der Gerichtszuständigkeit brachte das Gesetz zur Änderung des Zuständigkeitsstreitwerts der Amtsgerichte, zum Ausbau der Spezialisierung der Justiz in Zivilsachen sowie zur Änderung weiterer prozessualer Regelungen.

Quelle: BGBl. 2025, Nr. 318 vom 11.12.2025

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

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

Juli



5. Juli

Dr. Stefan Kuenlen (Vaterstetten)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. Juli

Prof. Norbert Schmedtmann (Ebstdorf)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

7. Juli

Dr. Boris Pirwitz (Karlsruhe)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

10. Juli

Dr. Sebastian Turanli (Köln)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

11. Juli

Dr. Wolfgang Forstner (Kammeltal)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

14. Juli

Dr. Stefan Gau (Euskirchen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

15. Juli

Dr. Armin Enssle (Nürnberg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

19. Juli

Dr. Hans-Jürgen Hartmann (Ingolstadt)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

28. Juli

Dr. Bernd Holzbach (Limburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

31. Juli

Dr. Gerd Hase (Stuttgart)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

August



2. August

Dr. Om Parkash Jangra (Alfeld/Leine)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

5. August

Dr. Thomas Barth (Leipzig)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

10. August

Dr. Kai-Uwe Wende (Engelskirchen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

16. August

Dr. Robert Heym (Berlin)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. August

Dr. Karl Ahlskog (Tuttlingen)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

17. August

Dr. Lothar Grobelnik (Lahr)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

19. August

Dr. Herbert Sieling (Münsing-Ammerland)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

23. August

Dr. Dirk Kirch (Gummersbach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. August

Dr. Patric Renner (Goldbach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. August

Dr. Peer-Olaf Wiemer (Langenhagen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs



26. August

Dr. Erhard Werner (Wiesbaden)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

31. August

Dr. Joachim Tabellion (Lahr)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

September



2. September

Prof. Peter-Michael Linck (Bad Orb)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

3. September

Dr. Karl Sandmaier (Bad Buchau)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

4. September

Priv. Doz. Dr. Michael Stiller (Berlin)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. September

Dr. Matthias Rahn (Hamburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. September

Dr. Wolfgang Köhrer (Neuss)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

13. September

Rudolf Konrad (Lindau)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

15. September

Dr. Achim Meurer (Mudersbach)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

21. September

Dr. Martin Erbe (Aachen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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

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

Curriculum Süd 2 erfolgreich abgeschlossen

Mit Teamgeist ins große Finale

Wenn sich eine Gruppe von Zahnärztinnen und Zahnärzten über Monate hinweg regelmäßig trifft, gemeinsam Fälle diskutiert, OP-Schritte reflektiert, voneinander lernt und miteinander lacht, entsteht etwas, das weit über das klassische Lernen in einem Curriculum hinausgeht. Das zweite Curriculum Süd des BDIZ EDI ist in Ansbach mit glücklichen, weil auch erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen zu Ende gegangen. Curriculum 3 startet im September 2026.

Der Teamgeist prägte nicht nur den Abschluss des Curriculum Süd BDIZ EDI, sondern war durch das gesamte Programm gegenwärtig. Der von Dr. Dr. Markus Tröltzsch konzipierte und durchgeführte Kurs mit acht Modulen fokussierte Praxisnähe, Interaktion und kollegialen Austausch.

Das Curriculum Süd steht für einen Ansatz, der klassische Wissensvermittlung neu denkt. Statt Frontalvorträgen dominieren Hands-on-Phasen, Fallbesprechungen, Livedemonstrationen und strukturierte Peer-to-Peer-Lernmomente. Die Teilnehmenden werden nicht nur zu Zuhörern, sondern zu aktiven Gestaltern ihres eigenen Lernprozesses.

Durch moderne Didaktik wird das Wissen modular, visuell und auch interaktiv vermittelt, die praxisorientierten Übungen mithilfe verschiedener Systeme liefern die haptische Umsetzung – vom Modell bis zur klinischen Entscheidungsfindung und die gruppenbasierten Lernformate zeigen, dass Lernen als sozialer Prozess funktionieren kann, und nicht Einzelkampf sein muss. Diese Lernkultur schafft eine Atmosphäre, in der Fragen willkommen sind und Unsicherheiten geteilt werden.

Eine Gruppe, die zusammengewachsen ist

Was dieses Curriculum besonders machte, war die Dynamik der Gruppe. Unterschiedliche berufliche Hintergründe, verschiedene Erfahrungslevel – und doch ein ge-

meinsames Ziel: implantologisch sicherer, souveräner und strukturierter zu arbeiten.

Schon früh entwickelte sich ein Teamgeist, der den gesamten Kurs trug – gegenseitiges Unterstützen bei komplexen Fällen, kontroverse, aber konstruktive Diskussion. Viel wurde gelacht – auch über die eigenen Lernkurven und schließlich der gemeinsam gefeierte Fortschritt und damit der erste Schritt in Richtung Zukunft als implantologisch tätige/-r Zahnärztin und Zahnarzt.

Der Abschluss spiegelte genau das wider: gute Laune, gegenseitige Wertschätzung und das Bewusstsein, dass jede und jeder Einzelne gewachsen ist – fachlich wie menschlich.

Der letzte Kurstag war mehr als nur Abschlussprüfung und die formale Zertifikatsübergabe. Er war ein Moment des Inne-

haltens: Was haben wir gelernt? Was hat uns überrascht? Was nehmen wir mit in den Praxisalltag?

Die Antworten der Teilnehmenden zeigten, wie stark das Curriculum gewirkt hat: mehr Sicherheit in der implantologischen Planung und Durchführung, mehr Struktur in der Entscheidungsfindung, mehr Klarheit über Risiken, Alternativen und patientenorientierte Kommunikation und vor allem die Bestätigung für die eigene Weiterentwicklung.

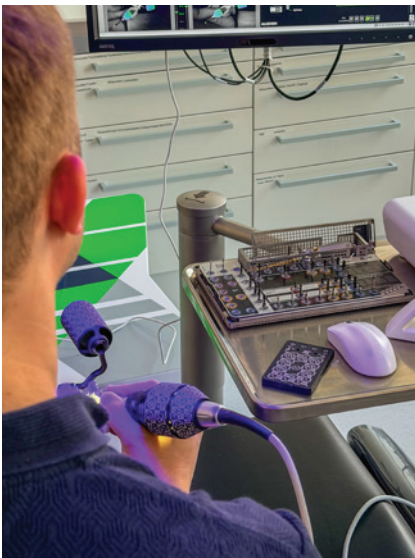
Der Abschluss des Curriculum Süd – Implantologie des BDIZ EDI zeigt, wie moderne Fortbildung aussehen kann: lebendig, praxisnah, kollegial und getragen von echter Begeisterung. Die Teilnehmenden gehen mit neuem Wissen, neuen Fähigkeiten und neuen Verbindungen zurück in die Praxen – und mit dem Gefühl, Teil einer starken Gemeinschaft zu sein.

Absolventen des 2. Curriculum Implantologie Süd

Dr. Ulrike Berger	Katharina Hartmann	Dr. Emilia Schober
Dr. Marlene Blessing	Dr. Natalie Haußmann	Dr. Maximilian Simbeck
Dr. Karolin De Angelis	Dr. Marvin Johanning	Daniel Stiefel
Dr. Robert Endlich	Dr. Laura Kuck	Dr. Greta Unzeitig
Dr. Thomas Endlich	Dr. Pascal Löffler	Tobias Eisenmenger
Andreas Gärtner	Petya Nikolova	Dr. Marie-Anne Graf
Dr. Lea Gräfin von Einsiedel	Dr. Lilian Ohling	Hannah Pinker
Dr. Annalena Häckel	Manuel Plietz	
Dr. Noëmi Harder	Martin Johannes Roppelt	



Abschlussbild des Curriculum Süd 2025/2026.



Navigierte Implantologie zum Ausprobieren.



Dr. Dr. Matthias Tröltzsch mit Fachwissen und guter Laune.



Das Herrieder Tor – Ansbacher Wahrzeichen in der Nähe des Veranstaltungsorts.



Praktische Übungen und fachlicher Austausch.

Start des 3. Curriculum Süd

Es geht in die dritte Runde: Curriculum Implantologie Süd startet am 18./19. September 2026 in Ansbach. Es gibt noch wenige freie Plätze, bitte rasch anmelden: www.bdizedi.org/curriculum-sued/ oder via QR-Code



Start des 28. Curriculum in Köln

Das Curriculum Implantologie von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller geht in das 28. Jahr. Am 6. und 7. November 2026 startet an der Universität Köln das erste Modul des neuen Kurses.

Anmelden: www.bdizedi.org/curriculum-koeln/ oder via QR-Code.



Rückblick auf die 36. Gutachterkonferenz Implantologie

Sensibles Spannungsfeld zwischen Zahnmedizin und Recht

Die 36. Gutachterkonferenz Implantologie des BDIZ EDI, ausgerichtet im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie und in enger Kooperation mit der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, stand erneut im Zeichen eines Themenfeldes, das die zahnärztliche Profession seit Jahren intensiv beschäftigt: das komplexe Verhältnis zwischen klinischer Realität, gutachterlicher Verantwortung und juristischer Bewertung.



Die 36. Gutachterkonferenz Implantologie im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie fand in Kooperation mit der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Haus der Zahnärztekammer in Schwerin statt.

Zahnärztliche Gutachten sind ein zentrales Instrument der Rechtsprechung. Zahnärztliche Gutachten tragen maßgeblich zur Entscheidungsfindung des Gerichts bei. Sie liefern die fachliche Grundlage, auf deren Basis Gerichte zahnärztliche Behandlungen bewerten, Sorgfaltspflichten einordnen und Kausalitäten prüfen. Dieser Grundsatz bildet seit 35 Jahren den Ausgangspunkt für die Gutachterkonferenz des BDIZ EDI, die sich der Qualitäts-

sicherung gutachterlicher Tätigkeit widmet und aktuelle Herausforderungen aus Recht, Leitlinienentwicklung und klinischer Praxis zusammenführt.

Eröffnung und fachpolitische Einordnung

Die Veranstaltung wurde eröffnet von BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, der Präsidentin der Zahnärztekammer Meck-

lenburg-Vorpommern, Stefanie Tiede, sowie von Gutachterreferent Dr. Stefan Liepe. In der Begrüßung betonten sie die Bedeutung einer gutachterlichen Kultur, die Transparenz und fachliche Exzellenz verbindet. Die 36. Konferenz knüpfte damit an die langjährige Tradition an, Gutachterinnen und Gutachter aus ganz Deutschland zusammenzubringen, um Neuerungen zu diskutieren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.

Zentrale Themen und fachliche Schwerpunkte

Die Gutachterkonferenz griff die Themen auf, die auch 2026 erneut im Mittelpunkt stehen – ein Hinweis darauf, wie konstant und zugleich dynamisch die gutachterliche Tätigkeit im implantologischen Umfeld ist.

Befangenheit

Ein Schwerpunkt lag auf der juristischen Perspektive: Die Rolle des Gutachters im Prozess, die Anforderungen an Unvoreingenommenheit und die professionelle Distanz beleuchtete BDIZ EDI-Justiziar RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak anhand aktueller Fallkonstellationen. Die anschließende Diskussion zeigte, wie wichtig klare Kriterien und nachvollziehbare Entscheidungswege sind, um Befangenheitsvorwürfe zu vermeiden.



Die Referenten der Gutachterkonferenz (v. l. n. r.): Prof. Dr. Dr. Johann Müller, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Dr. Dr. Elisabeth Goetze, Stefanie Tiede, Christian Berger und Prof. Dr. Georg Meyer.

Frontzahntraumata und SGB V Regelungen

Die ambulante Versorgung von Frontzahntraumata analysierte Stefanie Tiede mit Blick auf die Behandlungsrichtlinie zu § 28 Abs. 2 SGB V. Die Teilnehmenden diskutierten die praktische Umsetzung und die Frage, wie Richtlinien in gutachterlichen Bewertungen angemessen berücksichtigt werden.

CMD unter gutachterlichen Aspekten

Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD) stellen Gutachterinnen und Gutachter regelmäßig vor komplexe Herausforderungen. Referent Prof. Dr. Georg Meyer widmete sich der Frage, wie Diagnostik, Befundinterpretation und therapeutische Optionen gutachterlich einzuordnen sind.

Implantatchirurgische Konzepte und Rekonstruktionen

Moderne chirurgische Konzepte – insbesondere bei komplexen Knochen- und

Weichteilrekonstruktionen – zeigte Prof. Dr. Dr. Andreas Schlegel aus München via Online-Zuschaltung. Die Teilnehmenden erhielten Einblicke in aktuelle Entwicklungen der ambulanten implantologischen Chirurgie und deren Bewertung im Gutachten.

Versorgungskonzepte nach § 28 SGB V

Dr. Dr. Elisabeth Goetze stellte chirurgisch zahnärztliche Versorgungskonzepte nach § 28 SGB V in den Fokus. Die Diskussion zeigte, wie anspruchsvoll die gutachterliche Bewertung komplexer Rekonstruktionen ist und welche Kriterien dabei im Vordergrund stehen.

Aufbau und Struktur eines Gutachtens

Abgerundet wurde das Programm durch eine praxisorientierte Darstellung des Gutachtens selbst von Prof. Dr. Dr. Johann Müller: Aufbau, Struktur, Argumentationsführung und die Frage, wie belastbare, nachvollziehbare und rechtssichere Gutachten entstehen.

Austausch, Diskussion und kollegiale Vernetzung

Wie in jedem Jahr bot die 36. Gutachterkonferenz Raum für intensiven Austausch. Diskussionsrunden und Pausen wurden genutzt, um diverse Fragestellungen zu besprechen, Erfahrungen zu teilen und die eigene gutachterliche Praxis zu reflektieren. Die Veranstaltung unterstrich einmal mehr, dass Qualität in der Gutachtertätigkeit nicht allein durch Fachwissen entsteht, sondern durch kontinuierliche Reflexion und kollegiale Zusammenarbeit.

Fazit

Die 36. Gutachterkonferenz Implantologie zeigte, wie eng Zahnmedizin und Recht miteinander verflochten sind – und wie entscheidend es ist, dieses Spannungsfeld professionell, neutral und wissenschaftlich fundiert zu gestalten.

AWU

Mitgliederversammlung des BDIZ EDI 2026

Wichtige Weichenstellungen

Die Mitgliederversammlung des BDIZ EDI 2026 in Schwerin stand im Zeichen wichtiger Weichenstellungen für die Zukunft des Verbandes. In einer politisch angespannten Lage – geprägt durch das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und spürbare finanzielle Einschnitte für Leistungserbringer – betonte Präsident Christian Berger die Bedeutung einer starken berufspolitischen Stimme und einer verlässlichen Verbandsstruktur.



Der Vorstand 2026 in Schwerin (v.l.n.r.): Kristin-Theres Tischer, Prof. Dr. Dr. Johann Müller, Dr. Wolfgang Neumann, Dr. Stefan Liepe, Christian Berger, Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Stefanie Tiede und Dr. Dr. Markus Tröltzsch

„Die heutige Versammlung ist eine besondere: Wir sprechen über eine Satzungsänderung, die unseren Verband zukunftsfähig macht, und über eine maßvolle Beitragsanpassung“, sagte der BDIZ EDI-Präsident in seinem Rechenschaftsbericht.

Satzungsänderung: Modernisierung und rechtliche Zukunftsfähigkeit

Die Mitgliederversammlung befasste sich ausführlich mit der geplanten Satzungsänderung, die von Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak erarbeitet wurde. Ziel ist

eine zeitgemäße, flexible und rechtlich robuste Verbandsstruktur. Die Änderungen umfassen laut Rede:

- „die Modernisierung veralteter Begriffe (z. B. ‚Schriftführer‘)“
- „die Möglichkeit hybrider Versammlungen, nur für den Fall einer erneuten Pandemie oder falls andere außergewöhnliche Umstände dies erfordern“
- kleinere strukturelle Anpassungen zur organisatorischen Zukunftsfähigkeit (E-Mail statt Brief)
- die Option einer Verkleinerung des erweiterten Vorstandes

Berger betonte, dass diese Reformen maßvoll und notwendig seien, um den Verband effizient und handlungsfähig zu halten.

Beitragsanpassung: Erstmals seit 14 Jahren

Ein zentraler Punkt der Versammlung war die geplante Beitragsanpassung, die der Vorstand bereits in den Rundschreiben und Newslettern angekündigt hatte. Seit 14 Jahren wurden die Mitgliedsbeiträge nicht erhöht – trotz einer allgemeinen Preissteigerung von 30 bis 35 Prozent. Andere Verbände haben bereits deut-

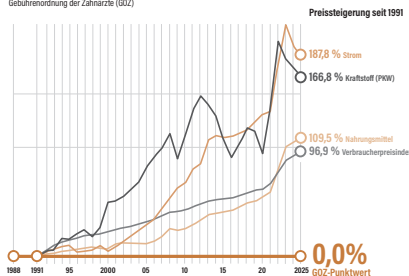


© Arno – stock.adobe.com

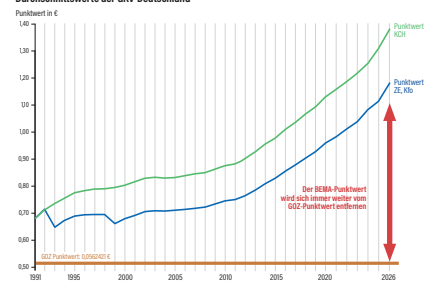
Folgen der Nichtanpassung des GOZ-Punktwerts seit 1988

In den Jahren 2021 bis 2024 gab es erstmals seit langer Zeit einen deutlichen Anstieg der Inflationsrate, aber auch in den Jahren davor stiegen die Kosten durch Inflation langsam aber stetig. Während all dieser Jahre blieben die Honorare der GOZ wegen des Stillstands des Punktwerts zurück. Die Bundeszahnärztekammer hat das eindrücklich abgebildet:

Inflationsverlust 1988 bis 2026:
Seit 38 Jahren keine Anpassung des GOZ-Punktwerts
Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ)



Punktwerte 1991 bis 2026
Durchschnittswerte der GKV-Deutschland



Seite 4

lichere Anpassungen vorgenommen. Der BDIZ EDI setzt bewusst auf einen moderaten Schritt: „Unsere Anpassung ist mit ca. 23 Prozent – das sind dann weniger als 2 Prozent pro Jahr – maßvoll, transparent und orientiert an der realen Kostenentwicklung“, erklärte Berger.

Die Beitragsanpassung diene der Sicherung der Leistungsfähigkeit des Verbandes, insbesondere für:

- hochwertige Fortbildungen
- rechtliche und abrechnungstechnische Unterstützung
- Praxisleitfäden, Tabellen und Analysen
- europäische Kooperationen
- politische Sichtbarkeit

Berger machte deutlich: „Nur mit einer soliden finanziellen Basis kann der BDIZ EDI seine umfangreichen Leistungen weiterhin in gewohnt hoher Qualität anbieten.“

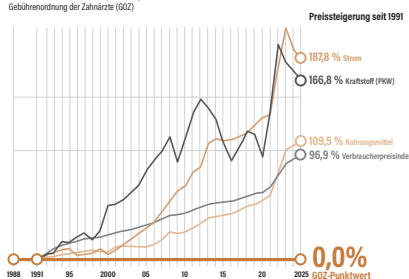
Ausblick

Mit neuen Curricula, dem Ausbau der Gutachterarbeit und starken europäischen Partnerschaften blickt der BDIZ EDI optimistisch auf die kommenden Jahre. Die Satzungsänderung und die Beitragsanpassung bilden dabei die strukturelle Grundlage für eine weiterhin erfolgreiche Verbandsarbeit. Die Mitgliederversammlung stimmte Satzungsänderung und Beitragsordnung einstimmig zu. Der Haushalt 2025 wurde genehmigt und der Plan 2027, wie von Schatzmeister Dr. Wolfgang Neu-

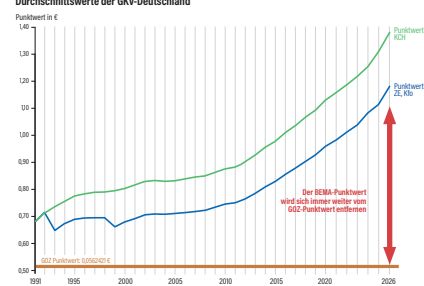
Folgen der Nichtanpassung des GOZ-Punktwerts seit 1988

In den Jahren 2021 bis 2024 gab es erstmals seit langer Zeit einen deutlichen Anstieg der Inflationsrate, aber auch in den Jahren davor stiegen die Kosten durch Inflation langsam aber stetig. Während all dieser Jahre blieben die Honorare der GOZ wegen des Stillstands des Punktwerts zurück. Die Bundeszahnärztekammer hat das eindrücklich abgebildet:

Inflationsverlust 1988 bis 2026:
Seit 38 Jahren keine Anpassung des GOZ-Punktwerts
Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ)



Punktwerte 1991 bis 2026
Durchschnittswerte der GKV-Deutschland



Seite 4

mann vorgetragen, einstimmig, ohne Enthaltung angenommen. Den Rechenschaftsbericht verlas Rechnungsprüfer Dr. Maximilian Grimm und bescheinigte tadellose Buchführung.

Für Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller als Fortbildungsreferent und Vizepräsident verlas Christian Berger dessen Bericht. Zöller wies in Abwesenheit auf die überaus erfolgreiche Arbeit der beiden Curricula Implantologie sowie auf das 2026 zum 35. Mal stattfindende Expertensymposium

auf Fuerteventura hin, das in Kooperation mit dem BDIZ EDI veranstaltet wird.

Generalsekretär Dr. Stefan Liepe stellte die positive Entwicklung von Experten Symposium und Europa-Symposium heraus und begrüßte das neue Curriculum Gerichts- und Privatgutachten als weiteren Schritt für die Nachwuchsarbeit, um die qualitative Sachverständigenarbeit des BDIZ EDI zu festigen.

AWU

Rechenschaftsbericht und Satzungsänderung

Der verbandspolitische Vortrag von Christian Berger kann für Mitglieder online eingesehen werden. Ebenso steht die Satzung für Mitglieder online.

Rede Berger 2026



Satzung





Das 19. Europa-Symposium des BDIZ EDI

Tiefe Eindrücke aus Athen

Athen zeigte sich Mitte April von seiner beeindruckendsten Seite: ein klarer Blick auf die Stadt, ein weitreichender Ausblick auf die Akropolis – und mittendrin ein internationales Fachpublikum, das sich zum 19. Europa-Symposium versammelt hatte.

Schon bei der Ankunft im Konferenzzentrum des Golden Age of Athens Hotels lag eine besondere Energie in der Luft. Ein Stimmengewirr in verschiedenen Sprachen, Wiedersehen mit ehemaligen Kom-

mitonen, erste Gespräche über neue Entwicklungen – die Atmosphäre war vielversprechend. Auf die Teilnehmer wartete ein Programm, das sowohl die aktuellen Herausforderungen in der Implantologie

beleuchtete als auch die Chancen, die digitale und biologisch orientierte Konzepte bieten.

Vielfalt der Perspektiven

Besonders beeindruckend war die Vielfalt der Perspektiven: Renommiertere Referenten präsentierten neue Erkenntnisse zu digitalen Arbeitsabläufen, Hart- und Weichgewebemanagement, Langzeitstabilität und klinischen Entscheidungsprozessen. Die Vorträge verbanden wissenschaftliche Evidenz mit praktischer Relevanz – ein Markenzeichen des BDIZ EDI, das von den Teilnehmern immer wieder hervorgehoben wurde.

Zwischen den Vorträgen boten die Pausen Gelegenheit zu intensiven Diskussionen: Kollegen tauschten sich über Fallbeispiele aus, verglichen Behandlungsansätze und knüpften neue Kontakte. Die internationale Zusammensetzung verlieh dem Symposium eine besondere Note – man spürte, wie sehr die Implantologie vom globalen Wissenstransfer profitiert.



Volles Haus mit vielen jungen, wissbegierigen Zahnärztinnen und Zahnärzten.



Der BDIZ EDI-Präsident stellte die zwei jüngsten Praxisleitfäden der EuCC vor.



Gemeinsame Diskussion mit dem Publikum: Dr. Alexandros Manolakis, Christian Berger und Prof. Dr. Phoebus Madianos.

Europäischer Partner im wissenschaftlichen Dialog

Ein Höhepunkt der Veranstaltung war der Vortrag von Prof. Phoebus Madianos, Vorsitzender des Kongresskomitees der EUROPERIO (European Federation of Periodontology). Er stellte minimalinvasive rekonstruktive Strategien in der ästhetischen Implantatbehandlung vor. Seine Anwesenheit unterstrich die enge Verbindung zwischen Parodontologie und Implantologie und würdigte zugleich die Rolle des BDIZ EDI als europäischer Partner im wissenschaftlichen Dialog. Viele Teilnehmer sahen in seinen Worten eine Brücke zwischen Disziplinen, die gemeinsam die Zukunft der Oralmedizin gestalten.

Teampartner beim BDIZ EDI

Nicht weniger beeindruckend war der Vortrag von Prof. Stratis Papazoglou. Er stellte das chirurgisch-prothetische Verfahren zur Behandlung mit einem Einzelimplantat im Frontzahnbereich vor und

demonstrierte einmal mehr, warum der BDIZ EDI seit Jahren mit diesem Wissenschaftler zusammenarbeitet. Auch Dr. Alexandros Manolakis gehört zum „Team“ des BDIZ EDI, da er regelmäßig auf dessen Symposien referiert. In seinem fesselnden Vortrag hob er hervor, wie präzise moderne digitale Arbeitsabläufe in der Implantologie sind.

Auch Dr. Erion Çerekja aus Tirana ist regelmäßiger Gastredner bei den europäischen Symposien des BDIZ EDI. In diesem Jahr referierte er über die Vorhersagbarkeit in der Implantatchirurgie und skizzierte deren grundlegende Prinzipien und klinische Strategien. Leider konnte Prof. Robert Čelić aus Kroatien krankheitsbedingt nicht teilnehmen. BDIZ EDI-Präsident Christian Berger sprang für ihn ein und referierte sowohl über die aktuellen Praxisleitfäden der Europäischen Konsensuskonferenz für Implantologie zu digitalen Arbeitsabläufen als auch über Komplikationen bei der Implantatbehandlung. Letzteres basierte auf dem Konsensuspapier des vergangenen Jahres.

Wir werden in Zukunft europaweit noch viel von Dr. Dimitris Xygkas hören. Sein Vortrag über die Alveolarkammaugmentation unter Verwendung kollagenhaltiger Biomaterialien gehört zu den Schlüsselthemen, die die Zukunft der oralen Implantologie prägen.

Fazit

Das Symposium war nicht nur eine akademische Veranstaltung, sondern eine Quelle der Inspiration. Die Teilnehmenden nahmen neue Ideen mit nach Hause – und das Gefühl, Teil einer europäischen Gemeinschaft zu sein, die das Fachgebiet der Implantologie mit Leidenschaft und Verantwortungsbewusstsein vorantreibt.

Am Rande des Symposiums wurde die Idee geboren, dass die griechischen Implantologen ein „Greece EDI“ gründen wollen. Organisiert wurde das Symposium vom langjährigen Partner des BDIZ EDI, dem Fachverlag OMNIPRESS in Athen, der von Yannis Roussis gegründet wurde.



Das Referententeam: Prof. Dr. Phoebus Madianos, Dr. Erion Çerekja, Christian Berger, Dr. Dimitris Xygkas, Prof. Dr. Stratis Papazoglou und Dr. Alexandros Manolakis.

Statements der Referenten

Die Take-Home Messages der Referenten lassen sich über den Instagram-Account des BDIZ EDI als Kurz-Video ansehen:



NEWS-TICKER

WHO Europa und Healthcare Denmark

Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich



Die WHO Europa und Healthcare Denmark haben eine Absichtserklärung (MoU) unterzeichnet, um die Zusammenarbeit in den Bereichen digitale Gesundheit, Gesundheitsdaten, künstliche Intelligenz (KI) und Innovationen im Gesundheitswesen in den 53 Ländern der europäischen Region der WHO voranzutreiben. Im Rahmen der Vereinbarung wird WHO Europa seinen weltweiten Sachverstand zu den Themen digitale Gesundheit und künstliche Intelligenz an Healthcare Denmark und relevante dänische Interessengruppen weitergeben. WHO Europa wird an Delegationsbesuchen, Runden Tischen, Webinaren und anderen fachlichen Austauschveranstaltungen teilnehmen und zur Verbreitung evidenzbasierter, innovativer Gesundheitskonzepte beitragen, die auf die Bedürfnisse der Länder zugeschnitten sind. „Ich habe gesehen, was Dänemark auf die Beine gestellt hat, und es ist beeindruckend“, sagte Dr. Hans Henri P. Kluge, WHO-Regionaldirektor für Europa. „Das Land verfügt über ein Gesundheitssystem, in dem Daten sicher zwischen Patienten, Ärzten und Forschern ausgetauscht werden und in dem KI Ärzte nicht ersetzt, sondern unterstützt. Healthcare Denmark will seinerseits den Wissensaustausch fördern, indem es Dänemarks Erfahrungen und bewährte Verfahren weitergibt. Zu den zentralen Themen für eine Zusammenarbeit gehören digitale Transformation, Gesundheitsinformationssysteme, Datenanalytik und KI im Gesundheitswesen, die allesamt im Aktionsplan zur Förderung der digitalen Gesundheit in der europäischen Region der WHO (2023–2030) thematisiert werden.

Quelle: WHO Europa

Kariesrisikobewertung
in europäischen Zahnarztpraxen

Kaum standardisierte Instrumente

Standardisierte Instrumente zur Kariesrisikobewertung kommen in europäischen Zahnarztpraxen bislang nur selten zum Einsatz. Das zeigt eine aktuelle internationale Beobachtungsstudie, über die das *British Dental Journal* berichtet. Im Praxisalltag beginnt Kariesmanagement nicht erst bei der Läsion. Entscheidend ist die Frage, wie das individuelle Risiko überhaupt eingeschätzt wird, und genau hier zeigt sich in Europa ein uneinheitliches Bild. Im Rahmen der sogenannten CARMEN-Studie wurden Behandlungsdaten und Vorgehensweisen von 51 Zahnärztinnen und Zahnärzten aus vier europäischen Ländern analysiert. Insgesamt flossen die Daten von 1.008 Patientinnen und Patienten ein, bei denen ein Kariesrisikomanagement erforderlich war. Die Auswertung zeigt, dass weniger als 15 Prozent der Teilnehmenden standardisierte Instrumente zur Einschätzung des individuellen Kariesrisikos nutzten. Stattdessen basieren viele Entscheidungen auf klassischen Verfahren wie klinischer Untersuchung und Anamnese. Ergänzende Faktoren spielen dabei oft nur eine Nebenrolle.

Ernährungsgewohnheiten oder die Fluoridaufnahme werden seltener systematisch erfasst. Speicheltests oder mikrobiologische Analysen kommen im Praxisalltag kaum zum Einsatz. Noch deutlicher wird es beim Blick auf die Patientengruppen. Mit sinkendem sozioökonomischem Status steigt das Kariesrisiko. Gleichzeitig orientieren sich Zahnärztinnen und Zahnärzte mit entsprechender universitärer Ausbildung häufiger an empfohlenen Vorgehensweisen.

Die Ergebnisse basieren auf der Studie „Caries risk assessment and management in Europe: the multi-country observational CARMEN study“ von Frias-Bulhosa et al., veröffentlicht 2026 im *Dentistry Journal* und zusammengefasst im *British Dental Journal*.

Quellen: ZWP online, British Dental Journal

Infektionskrankheiten zunehmend in Europa

Klimawandel verändert die Landkarte

Lange Zeit galten Erkrankungen wie das Denguefieber, das Chikungunyafieber oder das West-Nil-Fieber als typische Tropen- und Subtropenkrankheiten. Inzwischen werden diese Infektionen jedoch zunehmend in Europa registriert.



Experten sehen darin eine direkte Folge des Klimawandels. Mildere Winter, längere Sommer und veränderte Niederschlagsmuster schaffen günstigere Lebensbedingungen für Mückenarten, die ursprünglich in wärmeren Regionen beheimatet waren. Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) warnt deshalb vor einer zunehmenden Etablierung mückenübertragener Viruserkrankungen auf dem Kontinent. Die Asiatische Tigermücke spielt dabei eine wichtige Rolle. Die ursprünglich aus Südostasien stammende Art hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in zahlreichen europäischen Ländern etabliert. Sie gilt als wichtiger Überträger von Dengue-, Chikungunya- und Zika-Viren. Auch Deutschland gehört mittlerweile zu den Ländern, in denen sich die Tigermücke dauerhaft angesiedelt hat. Populationen finden sich insbesondere im Südwesten Deutschlands sowie in einzelnen Ballungsräumen wie Berlin.

Quelle: medscape vom 12.6.2026

Starke Übermüdung nachweisbar in den Biomolekülen

Biomarker im Speichel identifiziert

Ein Forschungsteam der Universität Zürich hat erstmals Biomarker für starke Übermüdung im Speichel identifiziert. Bereits mit einer einzigen Speichelprobe lässt sich akuter Schlafentzug nachweisen. Die Methode könnte künftig dazu beitragen, die Sicherheit im Straßenverkehr und in sicherheitskritischen Berufen zu erhöhen. Das Forschungsteam des Instituts für Rechtsmedizin und des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Zürich (UZH) hat nun untersucht, ob sich Schlafmangel anhand von Stoffwechseleränderungen im Speichel nachweisen lässt. „Unsere Studie liefert die ersten direkten Biomarker für Schlafmangel im Speichel unter alltagsnahen Bedingungen und markiert damit einen Meilenstein für die forensische Forschung“, sagt Thomas Krämer, Professor für Forensische Pharmakologie und Toxikologie am Institut für Rechtsmedizin der UZH. Für die Studie untersuchten die Forschenden 20 gesunde junge Männer. Die Teilnehmer durchliefen in zufälliger Reihenfolge drei Szenarien: eine Nacht ohne Schlaf, vier Nächte mit jeweils zwei Stunden weniger Schlaf als üblich sowie eine Kontrollbedingung mit rund acht Stunden Schlaf. Anschließend analysierte das Team die Speichelproben mit hochauflösender Massenspektrometrie und suchte mithilfe von Verfahren des maschinellen Lernens nach molekularen Mustern, die auf akuten Schlafentzug hinweisen. „Wir haben festgestellt, dass starke Übermüdung rund zehn Prozent aller Biomoleküle im Speichel beeinflusst. Die Herausforderung bestand darin, aus zehntausenden Molekülen genau diejenigen herauszufiltern, die Übermüdung zuverlässig anzeigen. Mithilfe modernster Technologie ist es uns gelungen, zehn Biomarker zu identifizieren, die genau diese Aufgabe erfüllen“, sagt Erstautor Michael Scholz. Im Rahmen seiner Doktorarbeit hat er sich intensiv mit der Frage beschäftigt, wie sich Müdigkeit im Körper objektiv messen lässt. Das Projekt tritt nun in die nächste Phase ein mittels einer groß angelegten internationalen Feldstudie.

Quelle: zm Deutschland

Scholz M. et al., Leveraging the Metabolic Fingerprint of Sleep Deprivation and Sleep Restriction for Forensic Applications: A Machine Learning Study in Oral Fluid Metabolomics. *J Proteome Res.* 2026 Jun 5;25(6): 2740-2750. doi: 10.1021/acs.jproteome.5c01064. Epub 2026 May 6. PMID: 42090244; PMCID: PMC13247977.

EuGH-Urteil: Mindeststandards für Asylbewerberleistungen (C 621/24)

Bett, Brot und Seife reichen nicht

Die deutschen Leistungskürzungen in sog. „Dublin-Fällen“ waren unionsrechtswidrig, urteilte der Europäische Gerichtshof am 4. Juni 2026 (Az. C-621/24), weil sie nur ein rein physisches Existenzminimum gewährten. Leistungen für Gesundheitspflege und Krankenhilfe dürfen dem Urteil zufolge nicht unter ein menschenwürdiges Minimum sinken.



Auch ausreisepflichtigen Asylbewerbern steht nach EU-Recht ein "angemessener Lebensstandard" zu. Regelungen im deutschen Asylrecht, wonach in Dublin-Fällen keine Geldleistungen gewährt werden, sind deshalb unionsrechtswidrig, so der EuGH.

Paukenschlag aus Luxemburg

Leistungskürzungen in Deutschland für abgelehnte Asylbewerber verstoßen nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) gegen EU-Recht (Urt. v. 4.6.2026, Az. C-621/24). Die Entscheidung resultiert auf einer Vorlage des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2024 (Az. B 8 AY 6/23 RBSG).

Konkret befassen musste sich der EuGH mit einer Regelung im deutschen Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Diese –

inzwischen sogar verschärfte Regelung – sah vor, dass Leistungen für Personen, deren Asylantrag wegen der Zuständigkeit eines anderen Mitgliedstaates als unzulässig abgelehnt wurde (sog. Dublin-Fälle), beschränkt werden können: auf Sachleistungen für Ernährung, Unterkunft einschließlich Heizung sowie Körper- und Gesundheitspflege. Einen Anspruch auf Kleidung und Geldleistungen zur Deckung des persönlichen Lebensbedarfs haben sie danach nicht mehr.

Entscheidung widerspricht Unionsrecht

Eine solche Einschränkung widerspricht nach Auffassung des EuGH dem Unionsrecht, und zwar konkret Art. 17 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 2 Buchst. g der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU). Danach

müssen die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass die im Rahmen der Aufnahme gewährten materiellen Leistungen einem angemessenen Lebensstandard entsprechen, der den Lebensunterhalt sowie den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit von Antragstellern gewährleistet.

Vorlage des Bundessozialgerichts

Der EuGH entschied nun, dass diese Pflicht in vollem Umfang auch gegenüber Asylbewerbern gilt, die gemäß der Dublin-III-Verordnung deshalb ausreisepflichtig sind, weil sie zuvor in einem anderen EU-Staat einen Asylantrag gestellt hatten.

Im konkreten Fall hatten die deutschen Behörden im bayerischen Landkreis Schweinfurt im Jahr 2022 den Asylantrag eines Afghanen gemäß der Dublin-III-Verordnung

recht vereinbar sind, legte es dem EuGH den Fall vor.

Kleidung und Geldleistungen „unverzichtbar“

Das Luxemburger Gericht entschied nun zugunsten des Afghanen: Die Richterinnen und Richter stellten klar, dass sowohl Kleidung als auch Geld zu einem angemessenen Lebensstandard im Sinne der Richtlinie dazugehörten. Ohne Kleidung und Geldleistungen ließe sich der tägliche Bedarf nicht decken, so das Gericht. Kleidung zähle ebenso wie Unterkunft, Verpflegung und Körperpflege zu den elementarsten Bedürfnissen.

Weiterhin seien auch Geldleistungen zur Deckung des täglichen Bedarfs unverzichtbar, um den betreffenden Menschen zu einem Minimum an Selbstbestimmung zu verhelfen. Sie ermöglichten es, sich über Unterkunft, Verpflegung und Kleidung hinaus Güter des täglichen Bedarfs und Verbrauchsgüter des Haushalts zu beschaffen. Außerdem werde damit ein Mindestmaß an Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben gewährleistet. Geldleistungen trügen somit dazu bei, den Lebensunterhalt des Antragstellers und den Schutz seiner physischen und psychischen Gesundheit zu gewährleisten.

Schließlich stellte der EuGH klar, dass Deutschland die Verweigerung derartiger Leistungen auch nicht damit begründen könne, dass der Asylbewerber ausreisepflichtig sei und eine vollziehbare Überstellung nach Rumänien vorgelegen habe. „Die sich aus der Aufnahme richtlinie ergebenden Verpflichtungen des Mitgliedstaates, in dessen Hoheitsgebiet der Antragsteller wohnt, endeten erst mit der tatsächlichen Überstellung in den ersuchten Mitgliedstaat“, so das Gericht.

Die deutsche Kürzungsregelung, um die es konkret vor dem Gerichtshof ging, wurde 2024 sogar noch verschärft: Nach § 1 Abs. 4 Nr. 2 AsylbLG (vormals § 1a Abs. 7) können Leistungen inzwischen auch kom-

plett ausgeschlossen werden, nachdem festgestellt wurde, dass ein anderer Mitgliedstaat für einen Asylbewerber zuständig ist und er ausreisen muss. Mit den Vorgaben aus Luxemburg dürfte dies nun erst recht nicht vereinbar sein. „Wenn ich schon nicht kürzen darf, darf ich natürlich erst recht nicht entziehen“, erklärte der Sozialrechtler Constantin Hruschka gegenüber der dpa.

Auch nach GEAS-Reform: „Angemessener Lebensstandard“ verpflichtend

Allerdings bezieht sich die Entscheidung des EuGH auf eine Fassung der Aufnahme richtlinie aus dem Jahr 2013, die bald der Vergangenheit angehört. Denn ab dem 12. Juni greift die Reform des Gemeinsamen Asylsystems (GEAS). Es gilt dann die neue Aufnahme richtlinie 2024/1346, wie der Migrationsrechtler Prof. Dr. Winfried Kluth gegenüber Legal Tribune Online erläuterte.

In dieser regelt dann Artikel 23 die Voraussetzungen für die Kürzung von Leistungen. Dessen Absatz 4 normiere die Leistungsuntergrenze im Falle von Leistungskürzungen, so Kluth. Art. 23 Abs. 4 sieht vor, dass die Mitgliedstaaten einen Zugang zur medizinischen Versorgung und für alle Antragsteller einen Lebensstandard gewährleisten, „der mit dem Unionsrecht, einschließlich der Charta, und internationalen Verpflichtungen in Einklang steht“.

Nach der Entscheidung des EuGH, so Kluth, werde man wohl mit einem geringen Geldbetrag zur freien Verfügung rechnen müssen. Ähnlich beurteilt es Asylexperte Hruschka: „Auch in der neuen Regelung steht drin, dass ein Mindeststandard im Einklang mit dem Unionsrecht gewährleistet sein muss.“ Dazu gehöre etwa die EU-Grundrechtecharta.

Quellen: Legal Tribune Online; EuGH-Urteil, Az. (C 621/24)



© Atlas – stock.adobe.com

als unzulässig abgelehnt. Zudem hatten sie die Abschiebung nach Rumänien angeordnet, wo er bereits einen Asylantrag gestellt hatte.

Auf Grundlage des AsylbLG bekam der Mann nur noch in beschränkterem Umfang Sachleistungen. So wurde er zwar mit Essen, einer beheizten Unterkunft sowie im Hinblick auf Hygiene und Gesundheit versorgt („Bett, Brot, Seife“). Geldleistungen für Kleidung und Haushaltsprodukte bekam er jedoch nicht mehr.

Daraufhin klagte er vor den deutschen Sozialgerichten und verlangte insbesondere Geldleistungen zur Deckung seines persönlichen Bedarfs. Weil am Ende das Bundessozialgericht (BSG) Zweifel bekam, ob die im deutschen Recht vorgesehenen Leistungsbeschränkungen mit dem Unions-



35. Expertensymposium vom 23. bis 30. Oktober 2026 auf Fuerteventura

Reduziertes Knochenangebot, was tun?

Das Internationale Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin auf Fuerteventura widmet sich 2026 einer der zentralen Fragestellungen der modernen Implantologie: Soll bei unzureichendem Knochenangebot augmentiert oder auf kurze Implantate zurückgegriffen werden?

Das 35. Expertensymposium für regenerative Verfahren auf der Kanareninsel unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller stellt zudem weitere aktuelle Herausforderungen und neue Lösungsansätze bei implantologischen Behandlungen in den Fokus.

Renommiertere Fachreferenten beleuchten das Thema aus wissenschaftlicher, klinischer und praktischer Perspektive. Im Fokus stehen aktuelle Studienergebnisse, biomechanische Aspekte sowie Langzeiterfahrungen aus der täglichen Praxis. Das Symposium bietet ein Forum für neue Impulse und interdisziplinären Dialog – in einem inspirierenden Umfeld, das Wissenschaft und Erholung miteinander verbindet.

Neben dem wissenschaftlichen Vortragsprogramm winken Workshops, Sport, Get-together und die große Abschlussnacht: White-BBQ.

Das Programm der wissenschaftlichen Vorträge

Sichere und komplikationsarme Methoden der Knochenaugmentationen: Ergebnisse von Langzeitstudien

Prof. Dr. Fouad Khoury, Olsberg

Grenzüberschreitung! Augmentation/kurze Implantate – welchen Weg gehen wir?

Dr. Peter Radelzhofer, München

Augmentation oder kurze Implantate – Gibt es evidenzbasierte Kriterien?

Dr. Stefan Reinhardt, Hörstel

Morphologie der Kiefer in Vorbereitung zur Augmentation – Ergebnisse von mehr als 2.500 Fallanalysen

Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, M.Sc., Köln

Alveolarfortsatzatrophie – kompromittierendes Knochenlager – Lösungskonzepte?

Dr. Frank Kornmann, Oppenheim

Wann ist eine Augmentation indiziert? Differenzialindikation der Augmentationstechniken

Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Köln

Schalentechnik kompakt: präzise Formgebung, sichere Fixation, reproduzierbare Ergebnisse

Prof. Dr. Dr. Peer Kämmerer, Mainz

Kurze und durchmesserreduzierte Titanimplantate oder doch besser augmentieren? Einsatz von Keramikimplantaten – was macht wann Sinn? Haben wir evidenzbasierte Daten?

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

16 Jahre Erfahrung mit kurzen und extrakurzen Implantaten – halten sie, was sie versprechen?

Prof. Dr. Dr. Rolf. Ewers, Wien

Weniger ist mehr? 30 Jahre Erfahrung mit kurzen Implantaten im Praxisalltag

Dr. Helmut Steveling, Gernsbach

Erfolgsbewertungen von autologem Knochen vs. KEM – ein Überblick

Dr. Franziska M. Baum, Bad Eilsen

Komplexe Sinusliftfälle

Dr. Claudia Schönebeck, Düsseldorf



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

Im Überblick

35. Expertensymposium auf Fuerteventura

Thema: Augmentation oder kurze Implantate – pro und kontra
Termin: 23.–30. Oktober 2026
Ort: Robinson Club
Esquinzo Playa,
Fuerteventura



Info und Anmeldung:

Paradigmenwechsel in der Implantologie? Neue Design-, Loading- und Placement-Strategien.

Dr. Kianusch Yazdani, Münster

Sinuslift & Co.: Abrechnung ohne Stolperfallen

Sophia Sachau, Volkach

Kurze Implantate sind anders – chirurgische und prothetische Besonderheiten

Prof. Dr. Fred. Bergmann, Viernheim

Führen voller Kraft und Klarheit

Bianka Rieken, Winsen an der Luhe

Patientenspezifische Implantate und Weichteilmanagement

Priv.-Doz Dr. Dr. Matthias Zirk, Köln

Was ist Ästhetik? Nur ein Gefühl oder nur Geschmackssache?

Dr. Wolfram Bücking, Wangen

Wenn Mikrometer den Unterschied machen: Digitale Präzision für festsitzende und herausnehmbare Implantatversorgungen

Priv.-Doz. Dr. Peter Gehrke, Ludwighafen

Der einfache Umgang mit digitalen Daten anhand eines kompletten Patientenfalls!

Dr. Fabian Hirsch, Zeuten

Keramik als Implantat-Werkstoff

Sicherheit trifft Präzision – ein Entwickler spricht Klartext!

Thorsten Buurlage, Freiburg im Breisgau

Die Sofortversorgung: Flapless, KI-designet und 3D-gedruckt

Dr. Volker Knorr, Eislingen/Fils

Fräsen, drucken oder gießen – wer macht das Rennen in der Suprakonstruktion?

Dr. Gerhard Werling, Landau

Der Einsatz von autologem Knochen, autologer Zahntransplantate oder KEM in der Implantologie/Parodontologie – was nehmen wir bei welchem Defekt? Tipps und Tricks

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

Stolperfalle Funktion – was nicht funktioniert und warum

Dr. Christian Könecke, Bremen

Erfahrungen mit schmalen und kurzen Implantaten aus Titan und Keramik

Dr. Lars Börner, Berlin

Schnarchbehandlungen ab sofort auch in Ihrer Praxis! Wissenschaftlich fundiert, einfacher Workflow, delegierbar!

Dr. Gerhard Werling, Landau

Operative Weisheitszahnentfernung vs. Koronektomie

Reem Ouis, Basel

True Crime in der Zahnmedizin

Dr. Klaus Ständer, Traunreut

Sofortversorgung mit verschweißtem Metallgerüst: Eine Variante des All-on-4/6-Konzeptes unter Verwendung des modifizierten WeldOne-Verfahrens

Dr. Johannes Petschelt und Dr. Andreas Petschelt, Lauf

Der Einsatz von autologem Knochen, autologer Zahntransplantate oder KEM in der Implantologie/Parodontologie – was nehmen wir bei welchem Defekt? Tipps und Tricks

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

Update zur einer Anwenderbeobachtung mit keramischen Bonelevel-Implantaten

Dr. Franz-Jochen Mellinghof, Ulm

Zahnarzt in D-A-CH. Drei Welten? Honorare im Vergleich

Christian Berger, Kempten

Angewandte Stammzellforschung – ist die „Beauty-Creme“ Realität?

Univ.-Prof. Dr. Dr. Jürgen Hescheler, Köln

Herz trifft Zahn: Leitlinien-Update zur Endokarditisprophylaxe

Dr. Vanessa und Dr. Valentin Wennekes-Neagu, Emmendingen

Technik der Wiederbelebung. Was ist Medizinischer Standard?

Univ.-Prof. Dr. Dr. Bernd W. Böttinger, Köln

MKG-Operationen in der Kunst: erste Fundstücke

Univ.-Prof. Dr. Axel Karenberg, Köln

Mehr Ruhe im Praxisalltag: Terminausfälle senken, Recall steuern, Team entlasten (wie automatisierte Patientenkommunikation Prozesse vereinfacht)

Thilo Mann, Düsseldorf

Praxisübergabe bei Windstärke 10? – ein Update

Dr. Freimut Vizethum, Rauenberg

Beratung zur Praxisabgabe: Was ist wichtig?

Thomas Müller, Walldorf

Wie könnten Städte aus der finanziellen Sackgasse herausfinden?

Henriette Reker, Köln

Festvortrag

Wem 35 Jahre Lernen und Lehren nicht reichen, muss halt weitermachen!
Ein sehr kritischer Rück- und Ausblick auf das Expertensymposium
Dr. Ulrich Fürst, Atnang-Puchheim



Interdisziplinärer Kongress im Bereich Medizin und Zahnmedizin

Ein globales medizinisches Mosaik

Mehr als 300 Experten aus 40 Ländern versammelten sich im April in Athen. Die Stadt wurde für wenige Tage zu einem Knotenpunkt der globalen Medizin. Der „International Exchange of Professionals – Thematic Event in Medicine“ findet jährlich statt und wird von der World High Technology Society veranstaltet. Ihr Anspruch: interdisziplinärer Treffpunkt zu sein, an dem sich wissenschaftliche Welten überschneiden, aufeinanderprallen und letztendlich gegenseitig bereichern.

An der Spitze dieser Zusammenkunft steht Dr. Xiaodan Mei, Vorsitzender des Kongresses und Präsident der BIT Group Global Ltd. aus China, die sich selbst als „hochkarätiger internationaler Konferenzveranstalter im asiatisch-pazifischen Raum“ bezeichnet. Seine Eröffnungsrede gab den Ton an: ein Aufruf zur Zusammenarbeit über Grenzen, Disziplinen und Generationen hinweg, um medizinische Innovationen in einer Zeit zu beschleunigen, die von Komplexität und raschem Wandel geprägt ist.

Die neun Säulen der modernen Medizin

Was diese Veranstaltung von traditionellen medizinischen Kongressen unterscheidet, ist ihr Aufbau: neun große wissenschaftliche Tagungen, die zu einer einzigen vernetzten Plattform verwoben sind.

Jeder Kongress brachte seine eigene Fachgemeinschaft, seine eigenen Herausforderungen und seine eigenen Innovationen mit, doch alle teilten ein gemeinsames Ziel – die Förderung der menschlichen

Gesundheit durch Wissensaustausch.

- International Drug Discovery Science & Technology – mit den Schwerpunkten KI-gestützte Wirkstoffforschung, Molekularer Technik und translationale Pipelines
- World Cancer Congress – mit den Schwerpunkten Immuntherapien, Präzisionsonkologie und Früherkennung
- World Congress of Neurotalk – von Neurodegeneration bis hin zu neuronalen Schnittstellen
- International Congress of Cardiology – mit den Schwerpunkten Prävention, Bildung und Fortschritte in der interventionellen Kardiologie
- International Congress of Gynaecology and Obstetrics – mit den Schwerpunkten Müttergesundheit, Reproduktionsmedizin und chirurgische Innovationen
- Weltkongress für Infektionskrankheiten – globale Überwachung, Antibiotikaresistenz und Impfstoffentwicklung
- Weltkongress für Orthopädie – Robotik, regenerative Therapien und Traumaversorgung
- Weltkongress für Verdauungskrankheiten – Mikrobiomforschung, Hepatologie und minimalinvasive Techniken

- Weltkongress für Mund- und Zahnmedizin – digitale Arbeitsabläufe, Implantologie und die Wechselwirkung zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit

Diese Struktur verwandelte den Kongress in ein medizinisches Mosaik – einen Ort, an dem Onkologen von Neurowissenschaftlern lernten, Kardiologen Ideen mit Zahnmedizinern austauschten und Spezialisten für Infektionskrankheiten mit Experten für Verdauungsgesundheit diskutierten. Das Ergebnis war eine seltene intellektuelle Synergie.

Unter der Moderation von Dr. Gerhard Litscher, Professor an der Schweizerischen Hochschule für Traditionelle Chinesische Medizin, gingen acht Hauptredner kurz auf ihre Themen ein. Christian Berger, BDIZ EDI-Präsident, verwies auf die Vielfalt des Kongresses, die nicht nur die Komplexität der modernen Medizin widerspiegeln, sondern auch den dringenden Bedarf an integrierten, interdisziplinären Ansätzen zur Bewältigung der heutigen Herausforderungen im Gesundheitswe-

sen. „Beim BDIZ EDI geht unsere Mission über die Weiterentwicklung der Zahnimplantologie hinaus – es geht darum, Forschung, Ausbildung und klinische Praxis miteinander zu verknüpfen, um in der Praxis etwas zu bewirken“, sagte er.

Keynote-Forum

Das Keynote-Forum begann mit dem Vortrag „358 Jahre Wissenschaft und Innovation“ von Dr. Ulrich Betz, Senior Vice President für Entwicklung bei der Merck-Gruppe, Deutschland. Dr. Efsthios Efsthopoulos, Vizerektor für Forschung und Innovation sowie Professor für Medizinische Physik an der Nationalen und Kapodistrias-Universität Athen, sprach über Zukunftsperspektiven für künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen. Dr. Harry Steinbusch, Professor an der Universität Maastricht, beleuchtete das Thema „Altern und epigenetische Veränderungen bei neuropsychiatrischen Erkrankungen“.

Dr. Jesper Lau, Associate Scientific Vice President, Global Research bei Novo Nordisk, Dänemark, stellte die Entwicklung des einmal wöchentlich oral verabreichten GLP-1-Präparats Semaglutid vor. Dr. Zhi Q. Yao, Professor und Direktor des Center of Excellence für HIV/AIDS an der East Tennessee State University, USA, sprach kurz darüber, wie synthetische gRNA/Cas9/Cas12/Cas13-Ribonukleoproteine die HBV-Replikation und -Expression unterbrechen. Die Höhen und Tiefen von Arzneimittelabgabesystemen (DDS) wurden von Dr. Vladimir Muzykantov, Professor an der University of Pennsylvania, USA, erläutert. Dr. Heinz-Peter Schultheiss, Geschäftsführer des Instituts für kardiovaskuläre Diagnostik und Therapie sowie emeritierter Professor und Vorsitzender des Herzkreislauf-Zentrums am Universitätsklinikum der Charité in Berlin, konzentrierte sich auf die Analyse von Endomyokardbiopsien als Grundlage für eine kausale, spezifische und personalisierte Therapie bei entzündlichen Herzmuskelerkrankungen. Dr. Anil K. Dutta, außerordentlicher Professor an der University of Texas, Health

Science Center in San Antonio, USA, hielt einen Vortrag über paraskapuläre Schulterschmerzen sowie deren klinische Merkmale, Differenzialdiagnosen und Behandlungsstrategien.

Athen als Katalysator für den Austausch

Athen mit seiner jahrtausendealten Tradition der Gelehrsamkeit und Debatte erwies sich als inspirierender Schauplatz. Die Teilnehmer beschrieben die Atmosphäre als intellektuell anregend und zugleich kulturell geerdet. Zwischen den Sitzungen setzten sich die Gespräche in den Cafés, Museen und historischen Stätten der Stadt fort und verwandelten den Kongress in einen lebendigen Dialog zwischen Vergangenheit und Zukunft.

Eines der großen Themen war der digitale Wandel in der Medizin; so wurden KI-gestützte Diagnostik, prädiktive Analytik und digitale Therapeutika nicht mehr als Zukunftstrends präsentiert, sondern als heutige Realitäten, die die klinische Praxis neu gestalten. Von der Onkologie bis zur Kardiologie dominierte der Wandel hin zu individualisierten Behandlungsstrategien die Diskussionen.

Der Weltkongress für Infektionskrankheiten unterstrich die Dringlichkeit koordinierter Überwachungssysteme und widerstandsfähiger Gesundheitsinfrastrukturen.

In den Bereichen Orthopädie, Gynäkologie und Gastroenterologie wurden Fortschritte vorgestellt, die die Genesungszeiten verkürzen und die Behandlungsergebnisse verbessern. Das vielleicht wichtigste Thema war die Erkenntnis, dass Durchbrüche zunehmend an den Schnittstellen zwischen den Disziplinen stattfinden.

Der Kongress diente zudem als Sprungbrett für junge Forscher. Start-ups präsentierten neuartige Technologien, Nachwuchswissenschaftler stellten vielversprechende Daten vor, und die interdisziplinäre Betreuung blühte auf. Die Förderung der nächsten Generation war während des gesamten Programms gegenwärtig.

Eine Vision für die Zukunft

Als die letzten Sitzungen zu Ende gingen, herrschte unter den Teilnehmern Einigkeit: Die Zukunft der Medizin liegt in der Zusammenarbeit. Der „International Exchange of Professionals – Thematic Event in Medicine 2026“ hat gezeigt, dass das Zusammenkommen verschiedener wissenschaftlicher Gemeinschaften nicht nur zu einer bloßen Summe der Einzelteile führt, sondern eine transformative Wirkung entfaltet.

Der Kongress wird im nächsten Jahr an einen neuen Veranstaltungsort verlegt, nämlich nach Bukarest in Rumänien.

AWU



Wechsel an der Spitze des wissenschaftlichen Beirats

Personalien

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Köln, übernimmt mit Wirkung vom 1. Mai 2026 die Leitung des wissenschaftlichen Beirats der beiden implantologischen Fachzeitschriften *BDIZ EDI konkret* und *EDI Journal*. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Jörg Neugebauer an, der den wissenschaftlichen Beirat über mehr als 20 Jahre geprägt und mit großem persönlichen Einsatz begleitet hat.

Mit dem Wechsel würdigt der BDIZ EDI sowohl die langjährige, verdienstvolle Tätigkeit von Prof. Neugebauer als auch die zukünftige wissenschaftliche Ausrichtung unter der Leitung von Prof. Zöller, der seit vielen Jahren eng mit dem BDIZ EDI verbunden ist und die implantologische Fortbildungsarbeit seit 2005 prägt. Professor Zöller ist emeritierter Universitätsprofessor und war bis 2022 Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und der Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie der Uniklinik Köln. Des Weiteren war er geschäftsführender Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Für den BDIZ EDI fungiert er als wissenschaftlicher Leiter des von ihm gegründeten Experten Symposiums sowie als Leiter des Curriculum Implantologie, das seit über 27 Jahren erfolgreich an der Universität Köln veranstaltet wird.

„Mit Prof. Zöller gewinnt der wissenschaftliche Beirat eine Persönlichkeit, die die implantologische Fachwelt seit Jahrzehnten maßgeblich mitgestaltet“, betont BDIZ EDI-Präsident Christian Berger. „Gleichzeitig danken wir Prof. Neugebauer für seine herausragende, über 20-jährige Arbeit, die die Qualität und Reputation unserer Publikationen im Fortbildungsbereich mitgeprägt hat“.

Beide Magazine werden von der OEMUS MEDIA AG verlegt. Das englischsprachige *EDI Journal* wird in weiten Teilen Europas vertrieben, insbesondere gehen große

Kontingente an die assoziierten Partnerverbände des BDIZ EDI. Das deutsche *BDIZ EDI konkret* ist ein Fachmagazin für Mitglieder, für Abonnenten und geht an die Institutionen der Ärzte, Zahnärzte so-

wie an die gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien in Deutschland.

AWU



Kurz-CV Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

- **Geboren:** 6. September 1953 in Karlsruhe
- **Studium:** Human- und Zahnmedizin an den Universitäten Heidelberg und Mainz (1974–1983)
- **Promotionen:** Dr. med. (1980), Dr. med. dent. (1984)
- **Habilitation:** 1992 im Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universität Heidelberg

• Berufliche Stationen:

- MKG-Chirurgie Universität Heidelberg (1983–1997), zuletzt leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor
- Seit 1997: Direktor der Klinik und Poliklinik Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und der Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie der Uniklinik Köln
- 2012–2022: Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Köln

- **Wissenschaftliche Schwerpunkte:** Implantologie, Augmentationsverfahren, DVT-Diagnostik, medikamentöse Prävention von malignen Kopf-Hals-Tumoren, plastische, ästhetische und funktionelle operative Rekonstruktionsverfahren mittels mikrochirurgischen Gewebetransfers und vor allem kraniofaziale Operationstechniken bei fazialen und kraniofazialen Fehlbildungen.

- **Engagement:** Führende Funktionen in implantologischen Fachgesellschaften, langjährige Zusammenarbeit mit dem BDIZ EDI als Vizepräsident und Referent für oralimplantologische Fortbildung

- **Humanitäre Projekte:** Internationale chirurgische Einsätze u. a. für Tschernobyl-Opfer und Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten

- **Publikationen:** Zahlreiche Fachartikel, Monographien und Standardwerke, u. a. zur digitalen Volumetomografie



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

22. EXPERTEN SYMPOSIUM DES BDIZ EDI

REDUZIERTES KNOCHENANGEBOT WAS TUN?

SAVE THE DATE

06. – 08.
FEBRUAR 2027
IN KÖLN



**FORTBILDUNG besuchen
& KARNEVAL erleben!**

Das 22. Experten Symposium findet Karnevalssonntag statt.
Somit ergibt sich die Möglichkeit, Kölns letzte Karnevalssitzung der
Session im Gürzenich mit den Stars des Kölschen Karnevals zu erleben.

Mehr Infos unter



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
Trimbургstr. 2 | Gebäude 240, 6. OG
81249 München
Tel.: 089-38164189-0
Fax: 089-38164189-5
E-Mail: gassner@rpmed.de

Inhalt

Versicherungsfremde Leistungen
(§ 221 SGB V)
Prävention (§ 25 SGB V)
Zweitmeinung (§ 27b SGB V)
Kieferorthopädie (§ 28 SGB V)
Krankengeld
Zahnersatz und Zahnkronen
Beitragssatzstabilität
Krankenhausbereich
Vorstandsvergütungen
Zusammenfassung

Analyse zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

„D-Day“ und planlose Hektik in Berlin

Wir leben in seltsamen Zeiten. Für das Gesundheitswesen liegen zwei umfangreiche neue Gesetzentwürfe auf dem Tisch, neben dem hier zu besprechenden Gesetzentwurf noch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, für den Pflegebereich ist für Mitte Mai ein weiterer Gesetzentwurf angekündigt. Das Bundesgesundheitsministerium ist also strebend bemüht. Aber am Muttertag des Jahres 2026, an dem ich diesen Beitrag verfasse, steht die Nation nach einer Meldung in *BILD* zwei Tage vor einer weiteren Sitzung des Koalitionsausschusses in Berlin, dem Teilnehmer vorab die Bedeutung eines D-Days zugewiesen haben sollen. Das kann auch bedeuten, dass es zunächst keines dieser Gesetze geben wird. Wenn sie doch kommen, dann wohl nicht ohne erhebliche Änderungen.

Es herrscht planlose Hektik in Berlin. Ich denke, so muss man bei allem Respekt die Situation bezeichnen, und sie betrifft auch das hier zu besprechende Gesetz mit dem sperrigen Namen „Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)“. Die Abkürzung des Gesetzes soll GKV-BStabG lauten, in der Presse ist fast nur vom Spargesetz die Rede – und diese Abkürzung ist durchaus treffend. Allerdings wird vor allem zulasten der Leistungserbringer gespart, als ob es in deren Verantwortung läge, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch zu minimieren, dass sie dafür Sorge tragen, dass den Versicherten möglichst viele Leistungen vorenthalten werden, auf die sie eigentlich nach Maßgabe des § 2 SGB V Anspruch haben.

Die *Ärztezeitung* bezeichnete in einer am 7.5.2026 veröffentlichten Kolumne das Gesetzesvorhaben treffend als „Spiegel der aktuellen Arbeits- und Denkblockaden der Koalition“.

Um es nicht untergehen zu lassen: Die Bundesgesundheitsministerin hat recht, wenn sie in einem Interview im Deutschlandfunk am 29.4.2026 ausführt, die Botenschaft müsse doch sein, dass wir seit Jahren über unsere Verhältnisse gelebt haben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Aber sie ist nicht bereit, die Ursachen zu benennen und anzugehen.

Die Milliardenausgaben fließen ja nicht vor allem in Verwaltungsausgaben. Den Krankenkassen und damit den Beitragszahlern wird die Verwirklichung von systemsparenden Aufgaben übertragen:

- Unbegrenzte medizinische Leistungen – niemand soll früher sterben müssen, weil er arm ist. Konsequenzen jeglichen persönlichen Fehlverhaltens gegen die eigene Gesundheit sollen von der Solidargemeinschaft sanktionslos ausgeglichen werden.
- Finanzierung von (lokal-)politisch erwünschten Versorgungsstrukturen ohne Rücksicht auf den medizinischen Bedarf, was vor allem den Krankenhausbereich betrifft.
- Finanzierung von industriepolitisch gewollten Ergebnissen zulasten der Beitragszahler, vor allem im Bereich der Pharmaindustrie.

Die Auswirkungen dieser Erwartungshaltung hat der Augenarzt Hans Biermann in

seinem 1992 erschienenen, unverändert aktuellen Werk *Die Gesundheitsfalle – Der medizinisch-industrielle Komplex* untersucht und dabei als einer der ersten auf die Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesens hingewiesen, die mittlerweile durch zahlreiche Untersuchungen nicht zuletzt der OECD gesichert ist. Er hat in seinem Werk u. a. eine simple Überlegung angestellt: Was würde geschehen, wenn Deutschland das gesamte Bruttosozialprodukt für den Sektor Gesundheit ausgäbe? Man muss nicht lange nachdenken, dass bei dieser Grundkonstellation spätestens nach 14 Tagen niemand mehr leben würde, weil keine Ressourcen für die einfachsten Grundnahrungsmittel inkl. Wasser zur Verfügung stünden.

Kein Gesetz wird in der Lage sein, die Ausgaben zu bremsen, wenn nicht am Versorgungsniveau angesetzt wird. Die Arzneimittelausgaben laufen seit Jahren aus dem Ruder, weil immer neue Heilsversprechen entstehen, die zwar selten Heilung, aber doch das Hinausschieben des Sterbezzeitpunkts versprechen. Antikörpertherapien und Gentherapien drängen immer stärker auf den Markt. Über die Mehrkosten wird in der breiten Öffentlichkeit selten berichtet (eine Ausnahme war kürzlich zu Keytruda® zu lesen). Dass es zu der Gentherapie Casgevy® angesichts deren horrenden Kosten eine geheime Preisvereinbarung gibt, erfahren nur Fachkreise. Der Hersteller Vertex bemüht sich, die Zahl der für die Therapie in Betracht kommenden Patienten mit β -Thalassämie-Diagnose auf 21 bis 88 kleinzurechnen und nicht die 13.653 Patienten zugrunde zu legen, die in Deutschland an dieser Krankheit leiden. Aber auch so sind angesichts der in den USA mit 1,87 Mio. Euro und in Großbritannien mit 1,91 Mio. Euro gelisteten Therapiekosten pro Fall Summen im Raum, die Casgevy® zum Blockbuster machen und bei Behandlung aller Patienten eine Lücke von rund 25 Mrd. Euro in das deutsche Gesundheitswesen sprengen würde. Und das ist ja nur ein neues Arzneimittel in dieser immer größer werdenden Topkategorie.

Die Frage, die über allem steht, was sich das deutsche Gesundheitswesen an Ausgaben zugunsten einzelner unter welchen Bedingungen, bei welchen Aussichten eines Behandlungserfolges leisten kann und will, wird seit jeher in den Gesundheitsreformen gefürchtet wie das Weihwasser vom Teufel. Aber solange man diese Frage nicht angeht und beantwortet, ist jede Beitragssatzstabilisierung angehende Reform zum Scheitern verurteilt.

Da hilft auch kein Rekurs auf die angesichts des zur Beurteilung stehenden medizinischen Sachverhalts und der Übernahme von Behandlungskosten für eine Therapie, die man wohl am besten unter die Überschrift Scharlatanerie bringt die vorgetragenen Bedenken u. a. der Bundesregierung und des G-BA leichtfertig ignorierende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im sog. Nikolausbeschluss vom 6.12.2005 (AZ: 1 BvR 347/98).

Die Ruhr-Universität Bochum bietet eine Übersicht über Gerichtsentscheidungen, die auf dem Nikolausbeschluss beruhen (<https://www.nikolaus-beschluss.de/pages/statistik>). Bisher wurden 957 Entscheidungen ausgewertet.

Man kann mit solchen Entscheidungen jedes System zugrunde richten, Keytruda® und Casgevy® sind dafür nur sehr prägnante Beispiele. Also muss man dafür Sorge tragen, dass diese Entscheidung korrigiert wird. Das ist Aufgabe des Gesetzgebers, nicht der Leistungserbringer. Genau Letzteres ist aber auch jetzt wieder die unausgesprochene Erwartung.

Zur Erinnerung: Kostendämpfungsgesetze gab es schon viele, alle erreichten nicht nachhaltig ihre Ziele. Es ging 1977 mit dem Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG) los.

1981 gab es mit dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und

zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) und dem Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz – KVEG) gleich zwei solcher Versuche.

1988 wagte man den großen Wurf mit dem vom damals zuständigen Minister Norbert Blüm als Jahrhundertreform angepriesenen Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG), dem nur drei Jahre später mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) die Reform der Reform folgte.

Und so ging es in immer kürzerer Reihenfolge weiter, mit immer fantasievolleren Gesetzesnamen, die selten hielten, was sie versprochen.

Am 28.9.2010 gab es den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz).

Am 19.9.2022 wurde der Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) veröffentlicht.

Das hat alles nichts gebracht. Dass das GKV-BStabG nicht wie seine fast namensgleichen Vorgängergesetze erst im September 2026 auf den Tisch kommt, liegt nicht am Zufall, sondern am vorzeitigen Ende der Ampelkoalition.

Womit ich wieder am Anfang meiner Vorbemerkungen wäre.

Der nachstehende Artikel behandelt nicht alle Änderungen, die das GKV-BStabG bringt. Es gibt im Nachgang zu der Veröffentlichung des Gesetzentwurfs bereits derart viele Änderungswünsche, auch aus den Regierungsfractionen, dass es sinn-



© Masterlevsha/Shutterstock.com

bezeichnenden Nebenaspekt werden neue detaillierte Vergütungsregelungen u. a. für die Vorstände der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses getroffen.

Versicherungsfremde Leistungen (§ 221 SGB V)

Hauptanliegen des Gesetzes ist die Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV. Das wäre nachvollziehbar, wenn endlich dafür gesorgt werden würde, dass die ganzen sog. versicherungsfremden Leistungen den Krankenkassen 1:1 aus dem Bundeshaushalt erstattet werden. Nach § 221 Abs. 1 SGB V in der aktuell geltenden Fassung leistet der Bund zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. Dieser Betrag soll durch das GKV-BStabG nicht etwa um die 12 Mrd. Euro aufgestockt werden, welche die GKV jährlich für die Behandlungsleistungen für Bürgergeldbezieher bezahlen muss, sondern um 2 Mrd. Euro reduziert werden (§ 221 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E).

Versicherungsfremde Leistungen sind Ausgaben, die zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahler für Ausgaben des Staates aufgewendet werden. Das ist ein Vorgang, der eigentlich per se unerhört ist. Die Beiträge zu den Sozialversicherungen sind keine Steuern, sondern zweckgebunden für die Belange der Sozialversicherung zu verwenden. Dazu gehören all-

gemeine Staatsausgaben nicht, was schon immer ein Problem bei der Krankenhausfinanzierung ist. Aber beim Bürgergeld ist das besonders eklatant. Wenn es ausreicht, in der GKV jetzt 16 Mrd. Euro statt der im Referentenentwurf vom 16.4.2026 noch avisierten 20 Mrd. Euro zu sparen, würde der Ausgleich der Behandlungskosten für Bürgergeldempfänger das für 2027 erwartete Defizit auf unter 4 Mrd. Euro reduzieren.

Prävention (§ 25 SGB V)

Das GKV-BStabG nimmt sich des Problems an, dass die Ergebnisse durch die Einführung von immer neuen Screening-Verfahren nicht besser werden. Aktueller Anlass ist offenbar die Diskussion um die Sinnhaftigkeit des Hautkrebsscreenings geworden. Man könnte auch genauso gut das Brustkrebsscreening heranziehen, bei dem das RWI seit Jahren darauf hinweist, dass man die Frauen mit manipulativen Zahlen regelrecht dazu dränge, obwohl sich die absoluten Vorteile im kaum messbaren Promillebereich bewegten. Jedenfalls sollen nach § 25 Abs. 4 SGB V-E diese Gesundheitsuntersuchungen durch den G-BA kritisch hinterfragt und für das Hautkrebsscreening ein risikobasierter Ansatz gewählt werden. Das ist sicher sinnvoll.

Zweitmeinung (§ 27b SGB V)

Zweitmeinungsverfahren gelten als Methode, den Patienten von vorschnellen Entscheidungen zu operativen Eingriffen abzuhalten. Das GKV-BStabG verschärft nun die Sanktionen, wenn ein Eingriff ohne obligatorische Zweitmeinung durchgeführt wurde. Für diesen Fall entfällt der Vergütungsanspruch (§ 27b Abs. 3 Satz 1 SGB V-E). Der G-BA soll erstmals zum 31.3.2027 und dann jährlich mindestens einen planbaren Eingriff in diesem Sinne bestimmen. Auch dagegen ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Im internationalen Vergleich wird in Deutschland zweifellos viel operiert, was auch konservativ behandelt werden könnte. Allerdings kommt

voll erscheint, nur ausgewählte Themen zu behandeln.

Zum besseren Verständnis der nachfolgend verwendeten Abkürzungen: Neu eingeführte Paragraphen werden mit der üblichen Gesetzesabkürzung angegeben, der „-E“ angehängt wird, also z. B. SGB V-E.

Inhalte

Das GKV-BStabG sieht umfangreiche Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) vor, daneben vor allem Änderungen im Krankenhausbereich. In einem eher als kurios zu

bei der Neuregelung der Zweitmeinung sofort wieder ein Wust an Bürokratie ins Spiel mit in § 27b Abs. 6 Satz 2 ff. SGB V-E detailliert geregelten Informations- und Aufklärungspflichten durch den Arzt, nicht durch die Krankenkasse. Wir sind in Deutschland. Alles muss belegt, nachvollziehbar sein, normiert werden. Das kostet vor allem sinnlos Zeit und bringt den Patienten nichts.

Kieferorthopädie (§ 28 SGB V)

Es hat sich schon herumgesprochen, dass das GKV-BStabG die kieferorthopädische Behandlung zulasten der GKV nur noch den Fachzahnärzten für Kieferorthopädie vorbehalten, also den „normalen“ Zahnärzten, auch den M.Sc. Kieferorthopädie-Zahnärzten wegnehmen will (§ 28 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V-E). Lediglich angefangene Behandlungen sollen durch sie noch

fortgeführt werden dürfen, aber keine neuen Behandlungen. Stichtag soll der Tag der Verkündung des GKV-BStabG im Bundesgesetzblatt sein (§ 28 Abs. 2a SGB V-E).

Das GKV-BStabG greift damit einen Vorschlag im ersten Bericht der FinanzKommission vom 30.3.2026 auf, der von einer Überversorgung in der Kieferorthopädie ausgeht und eine weitgehend fehlende Sicherung der Ergebnisqualität in der Kieferorthopädie behauptet (S. 185 des Berichts). Dazu heißt es:

„Derzeit sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, kieferorthopädische Leistungen anzubieten, auch ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Damit werden zusätzliche Kosten durch potenziell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht.“

Es ist schwierig, epidemiologische Studien zu Behandlungserfolgen auf den Einzelfall herunterzubrechen. Randomisiert kontrollierte Studien, am besten noch placebo-kontrolliert und im Split-Mouth-Design, wie vor Jahren eine private Krankenversicherung meinte, für neue Implantate fordern zu müssen, sind mit Kindern und Jugendlichen schwierig bis gar nicht zu erstellen. Aber ganz offensichtlich ist die Nachfrage nach kieferorthopädischen Behandlungsleistungen in Deutschland hoch.

Wenn der Gesetzgeber die nicht befriedigt sehen will, dann soll er das entscheiden und die Kriterien so ändern, dass Kieferorthopädie wie in den 60er- und frühen 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts gemacht wird, als es einen ausgeprägten Mangel an entsprechendem Angebot gab. Die Anknüpfung an den Fachzahnarzt ist ein untaugliches Kriterium. Die Finanz-

ANZEIGE

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



JETZT Kontakt aufnehmen unter
dentalautoren.de

Werden Sie
Dentalautor/-in!



Kommission liefert dafür genauso wenig eine auch nur näherungsweise die verfassungsrechtlichen Dimensionen eines solchen Eingriffs erfassende Rechtfertigung wie der Gesetzentwurf.

Die Änderung bleibt allerdings nicht isoliert. In § 87 SGB V soll nach einem neuen Absatz 1d die Vergütung kieferorthopädischer Leistungen zu vier Leistungskomplexen auf Bundesebene zusammengefasst werden, auch das in teilweiser Umsetzung eines Vorschlags der Finanzkommission (S. 186 des Berichts):

1. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben,
3. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels,
4. Maßnahmen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

Die Leistungskomplexe sollen in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden können. Alles Nähere soll im BMV-Z geregelt werden.

§ 87 Abs. 2h SGB V soll um folgenden vierten Satz ergänzt werden:

„Die Leistungskomplexe der kieferorthopädischen Versorgung nach Absatz 1d werden in Abhängigkeit ihres Schweregrades jeweils mit einer Gesamtpunktzahl bewertet; mit dieser Gesamtpunktzahl sind alle unter das jeweilige Leistungspaket fallenden kieferorthopädischen Maßnahmen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer abgegolten.“

Damit ist klar, dass es künftig in der Kieferorthopädie nur noch vier Komplexgebühren geben soll, die alle Leistungen abdecken.

In § 92 Absatz 1a Satz 4 SGB V-E wird dem G-BA ergänzend aufgegeben, bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgenaufnahmen sowie Panoramaaufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung zu beschließen.

Auch das ist ein Aspekt, den die Finanzkommission für besonders erwähnenswert hielt (S. 186 des Berichts).

Krankengeld

Das GKV-BStabG bringt neue Regelungen zum Krankengeld, insbesondere die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit in § 44c SGB V und des Teilkrankengeldes in § 44d SGB V. Da dies für Zahnarztpraxen relevant werden könnte, sollen die Grundzüge dargestellt werden. § 44c Abs. 1 SGB V soll folgenden Wortlaut erhalten:

„Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, können während der Dauer der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen, wenn

1. sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen,
2. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und
3. der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.

Eine nicht nur geringfügige Erkrankung im Sinne einer Teilarbeitsunfähigkeit liegt insbesondere vor, wenn aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist.“

Das ist im Grundsatz eine sinnvolle Entwicklung, zumal sie durch den nachstehenden zweiten Absatz sinnvoll kombiniert wird. Der Arbeitgeber muss mit einer teilweisen Ausübung der Arbeit einverstanden sein, er kann dazu aber nicht gezwungen werden. Aber er muss die Sieben-Tage-Frist des § 44c Abs. 2 Satz 3 SGB V-E einhalten, wenn er der Teilzeitarbeit widersprechen will, sonst gilt der Arbeitsplatz als für eine Teilzeitarbeit geeignet.

„(2) Stimmen Versicherte einer teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit zu, muss der Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber angezeigt werden. Nach Anzeige der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Versicherten hat der Arbeitgeber innerhalb von sieben Kalendertagen zu prüfen und gegenüber dem Versicherten zu erklären, ob der Arbeitsplatz für eine Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geeignet ist. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Erklärung, gilt der Arbeitsplatz als geeignet. Widerspricht der Arbeitgeber dem Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit, wird die Arbeitsunfähigkeit entsprechend der ärztlichen Feststellung in vollem Umfang fortgeführt.“

Es wird immerhin davon abgesehen, dem Arbeitnehmer einen Anspruch auf Anpassung des Arbeitsplatzes einzuräumen. § 44c Abs. 3 SGB V-E bestimmt:

„Ein Anspruch der Versicherten auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht nicht.“

Stimmt der Arbeitgeber der Teilzeittätigkeit im Krankenstand zu, muss er nach § 44d Abs. 1 Satz 2 SGB V-E die geleistete Arbeitszeit mit anteiligem Arbeitsentgelt vergüten.

Es wird sicher Streit um die Frage geben, was z. B. eine ZFA bei einer solchen teilweisen Tätigkeit an Leistungen erbringen kann/darf/soll.

Zahnersatz und Zahnkronen

Das SGB V hat die prothetische Behandlung neben der kieferorthopädischen Behandlung als weiteren Sparbereich für sich entdeckt und reduziert den Festzuschuss im Basisbereich auf 50 und im oberen Bereich auf maximal 65 % (§ 55 Abs. 1 Sätze 2, 3, 5 und 6 und Abs. 2 Satz 1 SGB V-E). Gelten soll dies für alle ab dem 1.1.2027 bewilligten Festzuschüsse (§ 55 Abs. 6 SGB V). Das dürfte im Ergebnis weniger die Zahnärzteschaft als die Zusatzversicherungen der PKV belasten, die durch die Erhöhung der Festzuschüsse entlastet worden waren.

Zahnärztliche Vergütung

Veränderungen der Punktwerte sind künftig an die Veränderungsrate des § 71 SGB V gebunden (Grundsatz der Beitragsstabilität). Dies soll nach § 87 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E nicht gelten für

- Zahnersatz,
- Individualprophylaxe nach § 22 SGB V,
- Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 22a SGB V,
- Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V,
- aufsuchende Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V,
- für Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b SGB V (ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen), und
- für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX leistungsberechtigt sind.

Für das Gros der vertragszahnärztlichen Leistungen bedeutet das aber Budgetierung und damit neuen Diskussionsbedarf um die inhaltliche Ausgestaltung und Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe.

Beitragsatzstabilität

Das GKV-BStabG bringt – mit wenigen Ausnahmen – die Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und damit zu einer strikten Budgetierung der Vergütungsregelungen. Die bisher in § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V enthaltene Ausnahme für eine Überschreitung bei Einsparungen an anderer Stelle soll gestrichen werden, da sie sich, wie es in der Begründung heißt, nicht bewährt habe. Neues Bemessungskriterium soll nun fast ausschließlich die Veränderung der Grundlohnrate des § 71 Abs. 3 SGB V sein, auf die in zahlreichen Einzelvorschriften des SGB V Bezug genommen wird (z.B. § 4 Abs. 5 Satz 1, § 73b Abs. 5 Satz 2, § 85 Abs. 2d, § 87 Abs. 2g Satz 2, § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V-E).

Krankenhausbereich

Der Krankenhausbereich erfährt zahlreiche Änderungen. Die eingriffsintensivste Änderung, die der Referentenentwurf vom 16.4.2026 noch vorgesehen hatte, insbesondere das Verbot der Finanzierung von Tarifsteigerungen zulasten der Krankenkassen, wurde dagegen wieder aufgeweicht (s. § 6 Abs. 3 KHEntG). Die Gewerkschaften waren vor allem dagegen.

Es ist doch etwas anderes, ob der Krankenhausarbeitgeber einer Vergütungsforderung entgegenhalten kann, er könne diese nicht gegenfinanzieren, oder ob die Gegenfinanzierung wie zuletzt Aufgabe der Krankenkassen ist.

Bei der Gelegenheit sei die Frage erlaubt, ob je der Gesetzgeber sich darüber den Kopf zerbrochen hat, wie die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte die Gehaltssteigerungen ihrer Mitarbeiter refinanzieren können, wie sie insbesondere der in den letzten Jahren als Folge der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung außerordentlich gestiegenen Vergütung der Krankenhausmitarbeiter etwas entgegensetzen können sollen, um ihre Mitarbeiter nicht an die Kliniken zu verlieren? Die Frage ist – natürlich – rhetorisch.

Vorstandsvergütungen

Regelungen zu Vorstandsvergütungen kannte das SGB V schon bisher (z.B. § 35a Abs. 6a SGB IV, § 79 Abs. 6 SGB V). Nun werden sie allerdings explizit ausgeweitet auf Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene der Krankenkassen, ihrer Landesverbände, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 411 SGB V-E). Und sie werden an die Veränderungsrate des § 71 SGB V gebunden. Außerdem soll es zusätzlich ein Veränderungsmoratorium bis zum 31.12.2027 geben (§ 410 SGB V-E).

Schlussbemerkung

Das GKV-BStabG versteht unter Ausgewogenheit, dass das gesamte Morbiditätsrisiko künftig wieder von den Leistungserbringern getragen werden soll. Man könnte dies auch als Aufforderung verstehen, weniger zu verordnen und weniger zu behandeln, jedenfalls weniger zulasten der GKV. Bisher werden als Folge der Budgetierung im ambulanten Bereich Millionen an Behandlungsstunden ohne Vergütung erbracht. Das muss ja nicht so bleiben. Es wird eine wichtige Aufgabe für die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sein, hier steuernd zugunsten der Einkommenssicherung ihrer Mitglieder einzugreifen. Dass das geht, hat die Zahnärzteschaft in den Jahren nach 1992 bewiesen.

Abrechnungstipp zur Bundesbeihilfeverordnung seit 1. Januar 2026

BBhV: Änderungen zur Zahnbehandlung

Im Abrechnungstipp in dieser Ausgabe listet Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff auf, was sich durch die novellierte Bundesbeihilfeverordnung zur Zahnbehandlung verändert hat. Die am 1. Januar 2026 in Kraft getretene Novellierung hat zum Ziel, die bisher geltenden Regelungen zu präzisieren und an aktuelle Versorgungsstandards anzupassen.

Zusammengefasst geht es um die Beihilfefähigkeit von Material- und Laborkosten, der Anzahl von Implantaten, FAL/FTL-Leistungen sowie KFO-Behandlungen.

Gesondert berechnete Auslagen sowie Material- und Laborkosten (§ 16 BBhV) sind:

- bei Erwachsenen ab dem 1.1.2026 einheitlich zu 80 % beihilfefähig. Die bisherige Unterscheidung zwischen 60 und 100 %, je nach Gebührenposition, entfällt;
- bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind die o. g. Aufwendungen einheitlich zu 100 % beihilfefähig. Die Nachvollziehbarkeit der beihilfefähigen Beträge für die behandelten Personen soll damit erhöht werden.

Implantologische Leistungen (§ 15 BBhV)

- Die Begrenzung der beihilfefähigen Implantatanzahl entfällt, jedoch sieht die BBhV eine angemessene Eigenbeteiligung vor.
- Die GOZ 9000ff. sind seit dem 1.1.2026 nur zu 50 % beihilfefähig. Andere GOZ-Ziffern bleiben zu 100 % beihilfefähig. Die Neuregelung soll zusammen mit dem einheitlichen Erstattungssatz bei Auslagen, Material- und Laborkosten (s. o.) eine angemessene Kosten-erstattung bei Implantaten gewährleisten.
- Aufwendungen einer implantologischen Behandlung, die vor dem 1.1.2026 begonnen wurde und fortgeführt wird, sind im Rahmen einer Übergangsregelung nach den bisherigen Bestimmungen weiter berechnungsfähig.
- Liegt eine Ausnahmeindikation für Implantate vor (z. B. größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte), bleiben die Aufwendungen voll beihilfefähig.

Funktionsanalytische/-therapeutische Leistungen (§ 15b BBhV)

Die spezielle zahnärztliche Dokumentation (Formblatt für FAL/FTL-Leistungen) im Rahmen der Beihilfegewährung ist nur noch auf Anforderung vorzulegen. Der Patient benötigt somit

nicht mehr zwingend das Beiblatt zum Funktionsstatus. Die Beihilfestelle will zukünftig anhand der eingereichten Rechnung die erforderlichen Voraussetzungen prüfen.

Auskünfte zu Heil- und Kostenplänen (§ 14 BBhV)

Da die Neuregelungen mehr Transparenz bezüglich der zu erwartenden Beihilfe schaffen, entfällt der Bedarf für eine individuelle Auskunft zu Heil- und Kostenplänen (HKP). Die Beihilfestellen des BVA werden daher keine HKP vorab zu geplanten Behandlungen mehr prüfen. Beihilfeberechtigte sollen unter beihilfe.bund.de eine Berechnungshilfe mit dem Merkblatt „Beihilfe für Zahnersatz“ zur einfachen Selbstauskunft zur Verfügung gestellt bekommen.



Vereinfachungen bei kieferorthopädischen Leistungen nach §§ 15a und 16 BBhV

- Die Beihilfe muss KFO-Behandlungen von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nicht mehr vor Behandlungsbeginn genehmigen. Damit entfällt die Vorlage eines HKP. Bei Erwachsenen bleibt die Voranerkennungspflicht mit gutachterlicher Bestätigung bestehen (§ 15a Abs. 2 BBhV).
- Auf die Einschränkungen bei einem Wechsel des Kieferorthopäden wird künftig verzichtet. Auch bei einem Behandlerwechsel wird von einer Fortführung der medizinisch notwendigen Behandlung ausgegangen.
- Bei einer Weiterbehandlung entfällt die Einschränkung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums.
- Bei Erwachsenen sind diese Kosten einheitlich zu 80 Prozent beihilfefähig, bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu 100 Prozent.
- Auslagen, Material- und Laborkosten sind auch im Rahmen einer über das 18. Lebensjahr noch andauernden Behandlung voll beihilfefähig.
- Für vor dem 1.1.2026 begonnene und fortzuführende KFO-Behandlungen gelten die bisherigen Bestimmungen weiter.

Aufwendungen für Dienstunfähigkeitsbescheinigungen (§ 12 BBhV und § 14 BBhV)

Ärztliche Bescheinigungen nach Nr. Ä70 sind grundsätzlich zum Bemessungssatz beihilfefähig. Das gilt künftig auch für Dienstunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der beihilferechtigten Person. Die Prüfung im Rahmen der Beihilfeabrechnung wird damit erheblich vereinfacht.

Fazit

Ob die Beihilfen auf Länderebene die Regelungen des Bundes 1:1 übernehmen oder wie bisher abgewandelte Regelungen haben, ist noch offen.

Mein Tipp: „Informieren Sie den Patienten im Sinne des Patientenrechtegesetzes (§630 BGB) weiterhin über die Gesamtkosten, insbesondere der möglichen Nichterstattung. Nur so kommen Sie der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht nach. Vereinbaren Sie mit dem Patienten, bzw. Zahlungspflichtigen, dass alle Leistungen unabhängig vom Erstattungsbetrag des Kostenträgers, zur Zahlung fällig werden.“



Kerstin Salhoff
goz@bdizedi.org

ANZEIGE

Wir sind aus den 90ern.

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



oemus.com

Prothetische Versorgung innerhalb von sieben Tagen

Navigierte All-on-6-Implantation in Analgosedierung

Ein interdisziplinärer Fallbericht von Dr. Kresimir Mestrovic und ZTM Jan-Dominic Viergutz

Die implantatgestützte Rehabilitation des zahnlosen Unterkiefers gehört heute zum Standard der modernen Implantologie. Dennoch stellt der zahnlose Unterkiefer mit geringer Atrophie mit ausgeprägtem horizontalem und vertikalem Knochenabbau eine besondere Herausforderung dar. Klassische Augmentationsverfahren verlängern die Gesamtbehandlungsdauer erheblich und sind mit zusätzlicher Morbidität verbunden. Alternativ bieten Sofortbelastungskonzepte auf der Grundlage präziser dreidimensionaler Implantatplanung die Möglichkeit, auch bei reduziertem Knochenangebot augmentationsfrei zu rehabilitieren.

Durch eine DVT-gestützte dreidimensionale Planung, eine CAD/CAM-gefertigte Bohrschablone und ein klar definiertes prothetisches Behandlungsprotokoll werden Implantation und verzögerte Sofortversorgung in einem vorhersagbaren Workflow zusammengeführt.

Der vorliegende Fallbericht zeigt, wie dieser Ansatz bei einer 69-jährigen Patientin mit zahnlosem Unterkiefer mit geringer Atrophie in Kombination mit einem vollständig digitalen zahntechnischen Inhouse-Workflow eine definitive prothetische Versorgung innerhalb von sieben Tagen ermöglichte.

Ausgangsbefund

Die 69-jährige Patientin stellte sich in der Klinik am Schloss MVZ GmbH mit einer insuffizienten, schlecht sitzenden Totalprothese im Unterkiefer vor. Die klinische und radiologische Untersuchung (OPG, DVT) zeigten einen zahnlosen Unterkiefer mit geringer Atrophie mit ausgeprägtem horizontalem und vertikalem Knochendefizit (Abb. 1+2). Kaufunktion und Wohlbefinden der Patientin waren erheblich eingeschränkt. Allgemeinmedizinisch la-

gen keine Kontraindikationen gegen einen implantologischen Eingriff vor.

Im Oberkiefer war die Patientin bereits mit einer implantatgestützten Festversorgung auf sechs Implantaten versorgt. Entspre-

chend wünschte sie ausdrücklich eine äquivalente festsitzende Versorgung im Unterkiefer. Alle Eingriffe sollten auf ihren Wunsch hin unter Analgosedierung in Anwesenheit eines Facharztes für Anästhesiologie stattfinden.

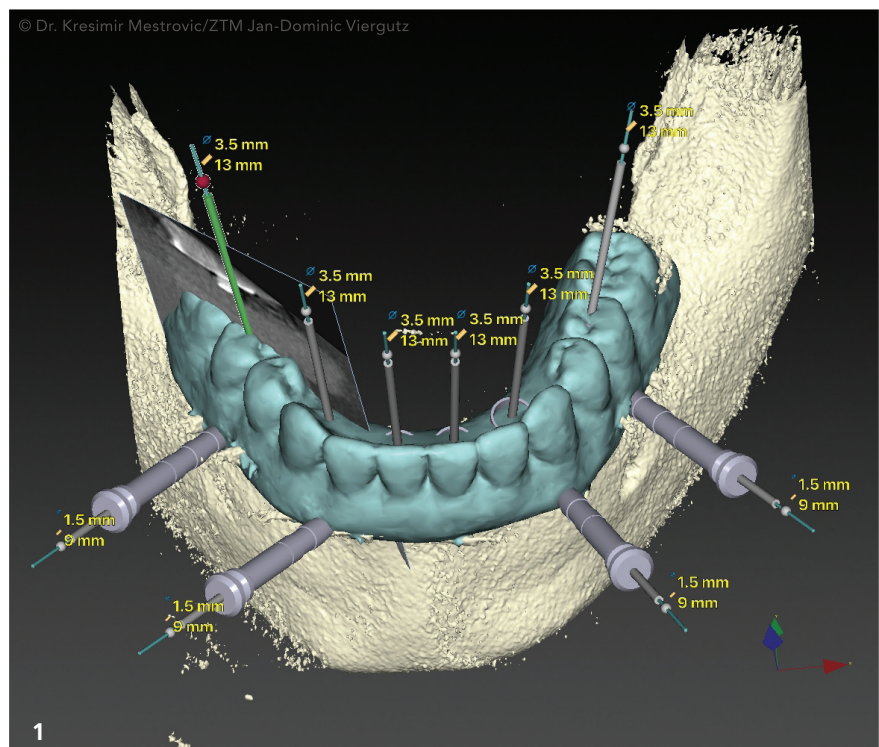


Abb. 1: DTX Studio – Implantatplanung 1.

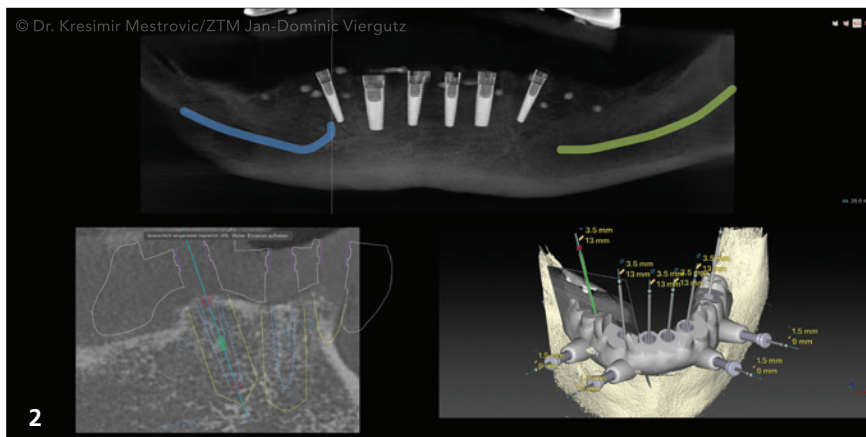


Abb. 2: DTX Studio – Implantatplanung 2.

Therapieplanung

Nach Aufklärung und Risikoabwägung wurde eine All-on-6-Versorgung gemäß dem Nobel Biocare Immediate Solutions™-Protokoll¹ mit verzögerter Sofortbelastung empfohlen. Dieses Protokoll ermöglicht durch prothetisch orientierte, schablonengeführte Implantation eine augmentationsfreie Rehabilitation auch bei reduziertem Knochenangebot.

Im zahntechnischen Labor wurde ein Duplikat der vorhandenen Totalprothese als Röntgenschablone angefertigt. Nach DVT-Aufnahme unter gleichzeitigem Tragen der Schablone wurde die dreidimensionale Implantatplanung in DTX Studio Clinic (Nobel Biocare) durchgeführt: Geplant wurden sechs Nobel Replace NP-Implantate

(Durchmesser 3,5 mm, Länge 13 mm) in Regio 31, 33, 35, 41, 43 und 45. Die NobelGuide®-Bohrschablone wurde auf Basis der Planungsdaten von Nobel Biocare gefertigt. Zur intraoralen Positionierungskontrolle wurde im Labor ein individueller Silikonbiss hergestellt.

Chirurgische Phase Tag 1

Die chirurgische Phase erfolgte unter Analgosedierung und Lokalanästhesie in Anwesenheit eines Facharztes für Anästhesiologie. Die NobelGuide®-Bohrschablone wurde mit dem Silikonbiss lagegerecht positioniert und mit den Fixationspins gesichert (Abb. 3+4). Die Implantation erfolgte sequenziell unter vollständiger Schablonenführung. Alle sechs Implantate wurden mit einem Insertionstorque

von 30–35 Ncm inseriert, was eine ausreichende Primärstabilität für die verzögerte Sofortbelastung sicherstellte (Abb. 5).

Unmittelbar postoperativ wurden die Scanbodys aufgeschraubt und der digitale Intraoralscan mit dem iTero® Intraoralscanner (Align Technology) durchgeführt (Abb. 6+7). Postoperativ erhielt die Patientin eine Antibiotikatherapie über drei Tage (Amoxicillin 1.000 mg, N1, dreimal täglich) sowie die Empfehlung zur weichen Kost für acht Wochen.

Zahntechnischer Workflow Tage 1–3

Anhand der digitalen Scandaten wurden die Implantatmodelle im Modelmaker (Zirkonzahn) hergestellt und durch die Firma CADSPEED im 3D-Druckverfahren ausgeführt. Parallel wurde das Try-in-Gerüst (EXMON, Zirkonzahn) in der Modellier-Software (Zirkonzahn) konstruiert (Abb. 8).

Einprobe Tag 3

An Tag drei erfolgte die klinische Einprobe des Try-ins. Passung und Sitz wurden röntgenologisch mittels Panoramaschichtaufnahme verifiziert (Abb. 9). Die Bisslage wurde durch eine zentrische Registratur (Silikonregistrar) gesichert und als Referenz für die definitive Restauration dokumentiert.



Abb. 3: Präimplantäre klinische Ausgangssituation.



Abb. 4: NobelGuide®-Bohrschablone mit individuellem Silikonbiss zur intraoralen Positionierungskontrolle.

Zahntechnischer Workflow Tag 3–7

Für die definitive Restauration wurde ein primärer Steg aus Kobalt-Chrom (CoCr) als tragendes Gerüst konstruiert und gefräst.

Darüber wurde die monolithische Zirkonbrücke aus Multilayer-Zirkon (Prettau® 3 Dispersive, Zirkonzahn) designt.² Dieses Material verfügt über einen Dreifachverlauf in Transluzenz, Farbe und Biegefestigkeit. Zervikal maximale Festigkeit, inzisal

natürliche Transluzenz, beides in einem monolithischen Block ohne Verblendung. Damit werden Chipping- Komplikationen, die bei verblendeten Konstruktionen häufig auftreten, strukturell ausgeschlossen. Die gesamte Fertigung erfolgte im 5-Achs-CAD/CAM-Verfahren inhouse. Verblendet wurde nur im Gingivabereich mit Initial Zr-Fs (GC Europe). Final wurde die Zirkonbrücke mit Multilink Automix Opaque (Ivoclar Vivadent) mit dem Kobalt-Chromsteg verklebt. Auf Multiunit-Abutments wurde bewusst verzichtet, um Komplexität zu minimieren (Abb. 10+11).

Definitive Eingliederung Tag 7

Die definitive Restauration wurde an Tag sieben eingegliedert und mit dem empfohlenen Anzugsdrehmoment von 30Ncm verschraubt. Okklusion und Artikulation

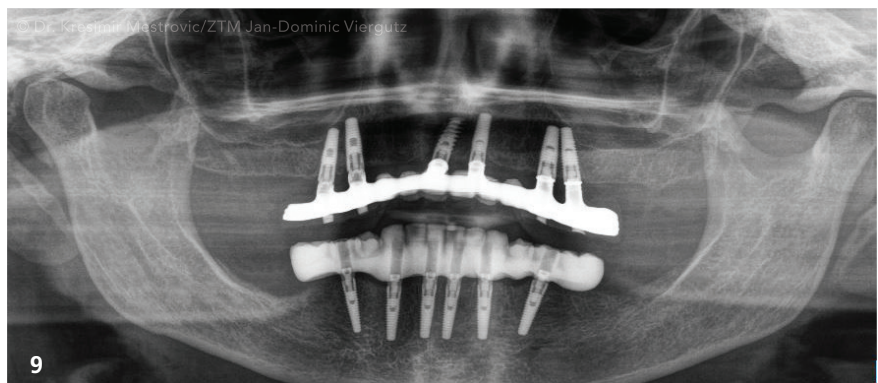
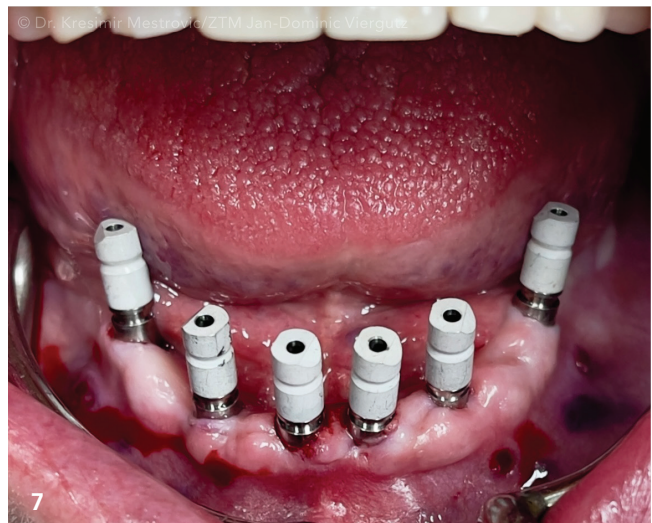


Abb. 5: Insertion aller sechs Implantate. – **Abb. 6:** Postoperative klinische Situation. – **Abb. 7:** Aufgeschraubte Scanbodies zur digitalen Abformung. – **Abb. 8:** Try-in-Gerüst auf dem Implantatmodell. – **Abb. 9:** Panoramaröntgenkontrollaufnahme nach der Try-in-Einprobe.

wurden in zentrischer Relation überprüft und adjustiert. Die abschließende Panoramakontrollaufnahme verifizierte eine einwandfreie Implantat- und Gerüstpassung ohne Anzeichen von Komplikationen. Die Patientin äußerte unmittelbar nach Eingliederung eine deutliche Verbesserung von Komfort, Kaufunktion und Ästhetik (Abb. 12+13).

Diskussion

Der vorliegende Fall zeigt, dass ein vollständig digitaler Workflow, von der DVT-gestützten Implantatplanung bis zur Inhouse-CAD/CAM-Fertigung, eine definitive prothetische Vollversorgung innerhalb von sieben Tagen ermöglicht. Entscheidend für dieses zügige Ergebnis sind drei Faktoren.

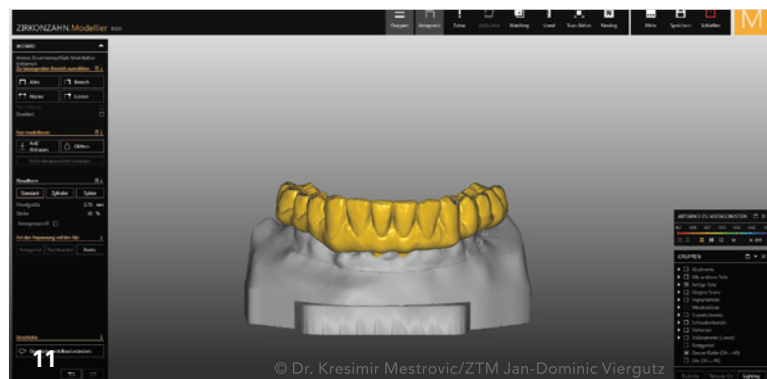
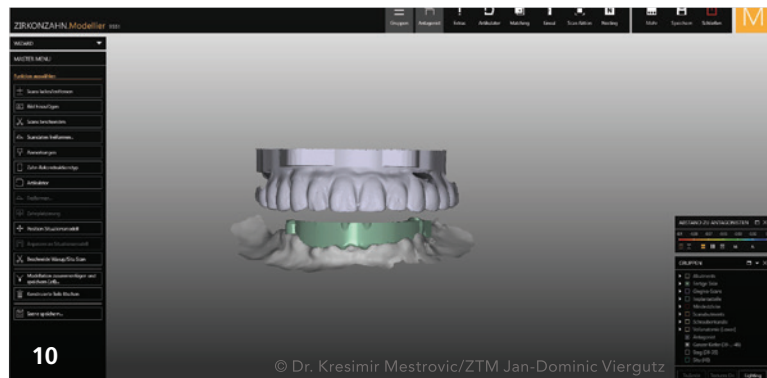


Abb. 10: CAD-Konstruktion des CoCr-Primärstegs.

Abb. 11: CAD-Konstruktion der Zirkonbrücke.

ANZEIGE



ZWP ONLINE

www.zwp-online.info

Seid ihr auch
#ADDICTED

Wir sind es!

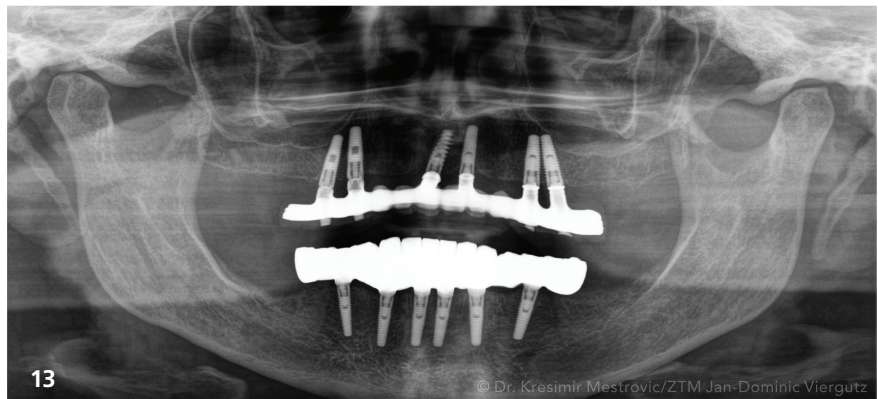
Nach News, News und
noch mehr News!



Die präzise DVT-gestützte, schablonen-geführte Chirurgie gemäß dem Nobel Biocare Immediate Solutions™-Protokoll¹, der sofortige digitale Intraoralscan nach Implantatinsertion und die Inhouse-Fertigungskapazität des Praxislabor.



Abb. 12: Finale Restauration in situ nach definitiver Eingliederung an Tag sieben. – **Abb. 13:** Panoramaröntgenkontrollaufnahme nach definitiver Eingliederung.



Das Konzept der verzögerten Sofortbelastung setzt eine ausreichende Primärstabilität voraus. Im vorliegenden Fall wurde mit einem Insertionstorque von 30–35 Ncm ein Wert erreicht, der in der Fachliteratur einheitlich als sicherer Schwellenwert für die Sofortbelastung gilt. Dies entspricht den Vorgaben des Nobel Biocare Immediate Solutions™-Protokolls¹, das explizit einen Mindesttorque von 30 Ncm als Voraussetzung für die Sofortbelastung definiert.

Die Materialwahl der steggestützten Vollzirkonstruktion (Prettau® 3 Dispersive)² reflektiert den aktuellen Stand der Werkstoffkunde. Monolithische Zirkonbrücken eliminieren das bei verblendeten Konstruktionen bekannte Chipping-Problem vollständig. Der CoCr-Steg als primäres Gerüst gewährleistet die notwendige Biegesteifigkeit bei schlanker Dimensionierung, während die aufgeklebte Zirkonstruktur ästhetische Anforderungen über den gesamten Bogen erfüllt.

CAD/CAM-Fertigung ermöglicht eine vorhersagbare, hochwertige Vollversorgung des zahnlosen Unterkiefers innerhalb von sieben Tagen. Die steggestützte monolithische Zirkonbrücke (Prettau® 3 Dispersive)² minimiert Komplikationsrisiken und gewährleistet langfristige ästhetische und

funktionelle Stabilität. Für entsprechend ausgerüstete implantologische Einrichtungen stellt dieser Workflow einen effizienten und patientenzentrierten Behandlungsalgorithmus für die Rehabilitation des zahnlosen Unterkiefers bei reduziertem Knochenangebot dar.

Literatur



Limitationen des Fallberichts liegen im fehlenden Langzeit-Follow-up, und klinische Nachsorgeuntersuchungen nach sechs und zwölf Monaten sind zur abschließenden Bewertung des Behandlungsergebnisses erforderlich und geplant. Darüber hinaus ist die Analgosedierung, auf ausdrücklichen Patientenwunsch durchgeführt, an die Voraussetzung einer vollständigen präanästhesiologischen Evaluation, die Anwesenheit eines Facharztes für Anästhesiologie sowie eine entsprechende infrastrukturelle Ausstattung der Einrichtung gebunden.

Schlussfolgerung

Die Kombination aus dem Nobel Biocare Immediate Solutions™-Protokoll¹, digitalem Intraoralscan und Inhouse-5-Achs-



Kontakt

Dr. med. dent. Kresimir Mestrovic
viegutzjan@icloud.com
www.klinik-am-schloss.de



Kontakt

ZTM Jan-Dominic Viegutz
viegutzjan@icloud.com
www.klinik-am-schloss.de

Interdisziplinäre Therapie einer Angstpatientin

Von der Akutversorgung zur umfassenden Rehabilitation

Ein Bericht von Lucas Fahling

Müde von den vielen vorangegangenen zahnärztlichen Behandlungen – sowohl konservierend als auch chirurgisch – konsultieren Patienten einen Arzt erst dann, wenn sie ein akutes Problem haben. Häufig stellen sie sich dann in neuen Praxen vor und äußern ganz deutlich den Wunsch nach einer schnellen, minimalinvasiven Lösung. Bei der Befundung ergeben sich jedoch oft Diagnosen, die umfassende zeitintensive Therapiemaßnahmen im Sinne der allgemeinen medizinischen Gesundheit erforderlich machen.

Hierfür ist es unabdingbar, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, ihnen zu erläutern, dass zum einen genetische Faktoren, zum anderen aber auch weitere entzündungsmodulierende Ursachen und Verhaltensweisen zu ihren Problemen führen.¹ In einfühlsamen Gesprächen gilt es, diesen Ursachen auf den Grund zu gehen und die Patienten zu motivieren, im Hinblick auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand einige Verhaltensmuster aus eigenem Antrieb zu verändern. Im folgenden Fall ließ sich eine Patientin nach initialer, erfolgreicher Problemlösung und Rauchentwöhnung² auf eine zeitintensive Therapie zum Wohle ihrer (Mund-)Gesundheit ein.

Zahnarztangst und mangelndes Vertrauen sind oft Ursachen für das „Ärztelisting“. So werden Kontroll- und Mundhygienetermine nicht wahrgenommen und auftretende Zahnprobleme nicht rechtzeitig behandelt. Bei Angstpatienten ist es essenziell, viel Zeit für Gespräche einzuplanen, die Ursachen zu ergründen, Vertrauen zu schaffen und sie zum Umdenken zu motivieren. Der behandelnde Arzt sollte neben der kausal-therapierenden zahnmedizinischen Behandlung wie der restaurativen Therapie oder der notwendigen Mundhygienemaßnahmen auch eine Funktions-

diagnostik durchführen, um Kiefergelenk- oder skelettale Probleme zu eruieren.^{4,5} Diese Themen sollten zwingend in Patientengesprächen adressiert werden.

Klinische und radiologische Diagnostik

Im Frühjahr 2021 stellte sich eine Patientin wegen kosmetischer und entzündlicher Probleme an einem Implantat Regio 11 und dem benachbarten Zahn 12 vor. Aufgrund der langen Vorgeschichte hinsichtlich ihrer Zahnbehandlungen wünschte sie eine schnelle Problemlösung. Klinisch war der freiliegende nicht reinigungsfähige Implantatthals sowie der Kronen-Abutment-Übergang sichtbar. Nach röntgenologischer Befundung zeigten sich ein massiver Knochenabbau am Implantat aufgrund einer Fehlpositionierung durch starke Angulation nach palatinal sowie eine parodontale Entzündung am seitlichen Schneidezahn, der mit einem Stiftaufbau alio loco aufgebaut worden war (Abb. 1–3).

Die klinische Diagnostik ergab ein Veneer an Zahn 21, eine Implantatkronen Regio 24 sowie eine implantatgetragene Brücke im Unterkiefer rechts (44–46) und eine zahn-/implantatgetragene Brücke 35 bis 37.

Die natürlichen Zähne waren abgenutzt, was auf Funktionsstörungen und Kiefergelenkprobleme hindeutete.⁶ Die Mundhygiene war an schwer zugänglichen Stellen verbesserungswürdig. Sowohl das Frontzahnimplantat als auch der Stiftzahn im Oberkiefer waren nicht erhaltungsfähig. Die Diagnose: Extraktion, Explantation und Veneer-Entfernung sowie der Lösungsansatz eines zweizeitigen Vorgehens zum Knochenkonturaufbau und therapeutischen Zahnersatz mit Spätimplantation wurden mit der Patientin besprochen. Sie wünschte wieder eine Implantatversorgung akzeptierte jedoch weder sofortige Maßnahmen zum Knochenaufbau noch einen herausnehmbaren Interimsersatz. Nach Situationsabformung, Gesichtsbogenübertragung und Bissregistrierung und Analyse der Okklusionsbeziehung⁷ wurde im Labor präoperativ eine metallunterstützte Marylandbrücke (Auflagen an 14/13 und 22/23, Brückenglieder 12 und 11, LKP-Krone 21) gefertigt, die unmittelbar nach der Explantation und Kürettage der Alveolen sowie Präparation des Schneidezahns 21 eingesetzt wurde (Abb. 4–6). Um die Grundvoraussetzung für eine bessere Gewebeheilung zu schaffen, wurde ihr eine Rauchentwöhnung nahegelegt.²

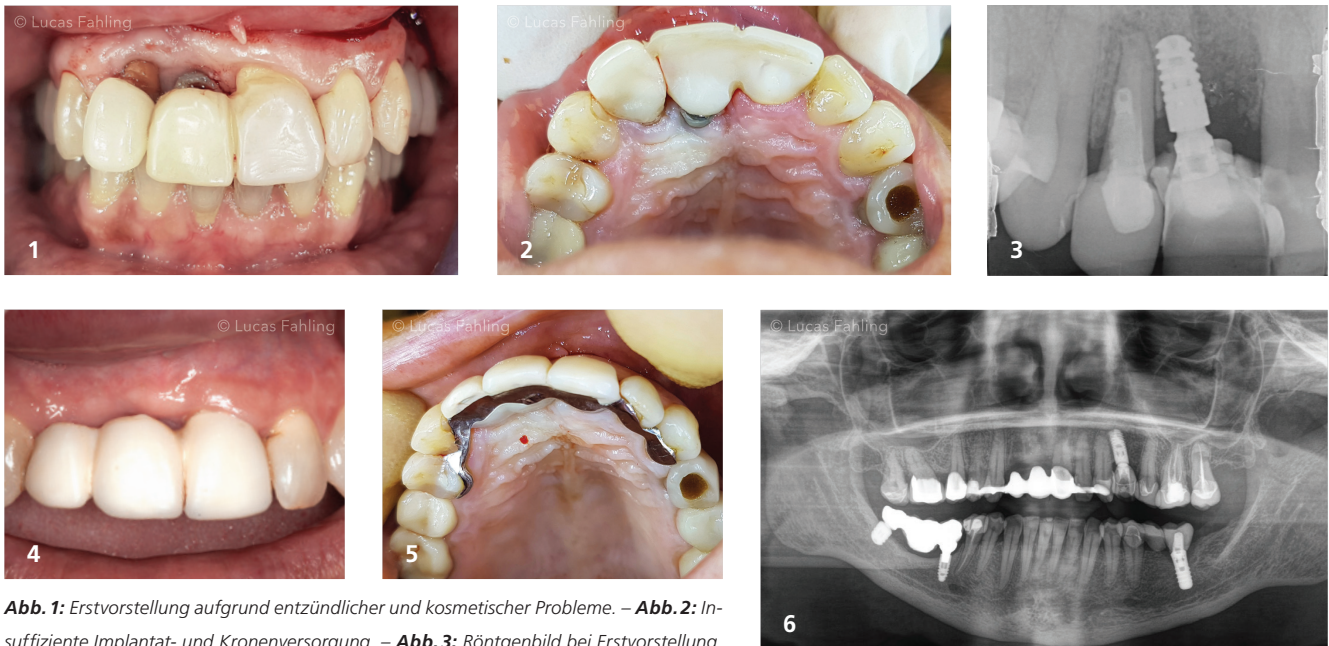


Abb. 1: Erstvorstellung aufgrund entzündlicher und kosmetischer Probleme. – **Abb. 2:** In-suffiziente Implantat- und Kronenversorgung. – **Abb. 3:** Röntgenbild bei Erstvorstellung, nicht erhaltungsfähiges Implantat Regio 11 und parodontale Entzündung an Zahn 12. – **Abb. 4+5:** Eingegliederte modifizierte metallunterstützte Marylandbrücke (13, 14/22, 23 Auflagen, 12,11 Brückenglieder, LZF-Krone 21) nach Explantation 11, Extraktion 12 und Veneer-Entfernung 21. – **Abb. 6:** Röntgenkontrolle nach Entfernen von Zahn und Implantat sowie eingesetztem Langzeitprovisorium.

Im Oktober 2021, die Patientin war inzwischen mehrere Monate Nichtraucherin, brach die Verbundbrücke im linken unteren Quadranten. Zunächst wurden das Brückenglied herausgetrennt und der Zahn 35 provisorisch versorgt. Die Implantatversorgung 37 war intakt. Die Lücke 36 wurde belassen. Auf Basis einer DVT erfolgte die Implantatplanung für die Oberkieferfrontzahnregion. Der diagnostizierte fortgeschrittene horizontale und vertikale Knochenabbau sollte mittels Schalenteknik augmentiert und nach circa sechs Monaten zwei Implantate Regio 12 und 11 inseriert werden.⁸ Eine Verdickung der periimplantären Weichgewebe sollte mittels Bindegewebestransplantat bei der Freilegung erfolgen. Die ZE-Planung umfasste zunächst nur die Regionen 12–21 sowie eine Krone Regio 35 und eine Implantatversorgung Regio 36.

Der Knochenaufbau

Im November 2021 erfolgte die Rekonstruktion des Kieferknochens, der sich durch den physiologischen Umbauprozess nach der Extraktion und Explantation sowohl

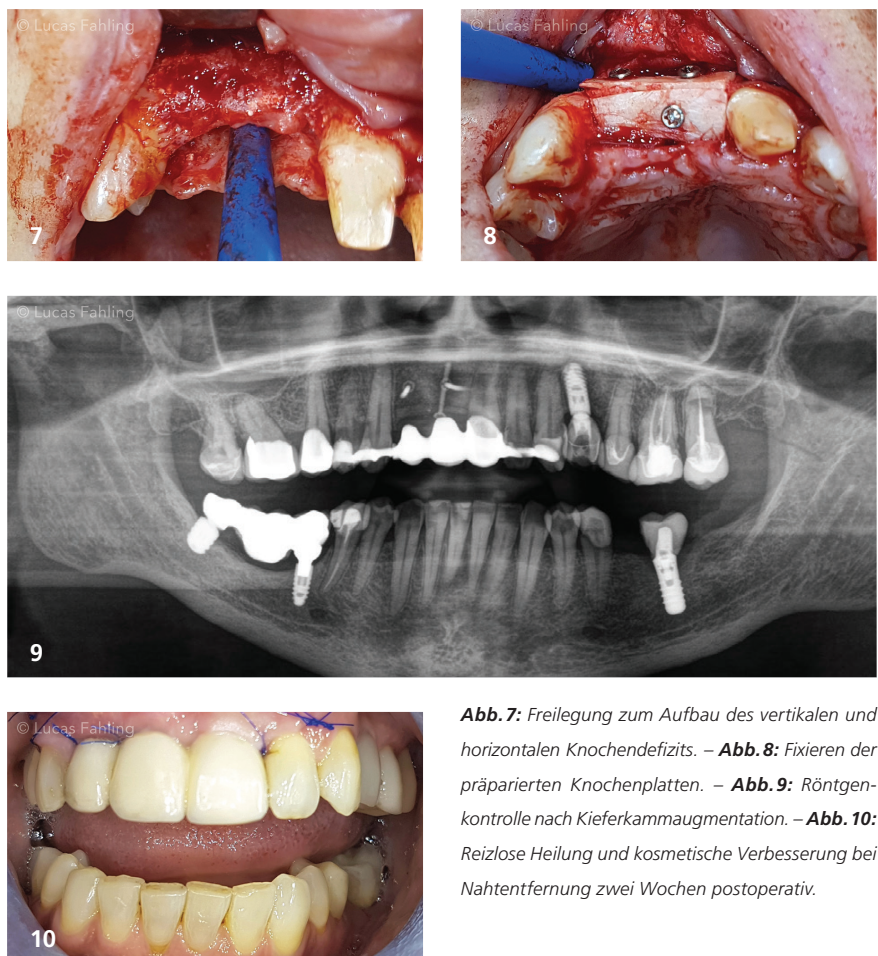


Abb. 7: Freilegung zum Aufbau des vertikalen und horizontalen Knochendefizits. – **Abb. 8:** Fixieren der präparierten Knochenplatten. – **Abb. 9:** Röntgenkontrolle nach Kieferkammaugmentation. – **Abb. 10:** Reizlose Heilung und kosmetische Verbesserung bei Nahtentfernung zwei Wochen postoperativ.

horizontal als auch vertikal abgebaut hatte. Der Wiederaufbau des Alveolar-knochens ist unabdingbar, um zum einen ein entsprechendes breites knöchernes Implantatlager zu generieren, zum anderen, um eine langzeitstabile Hart- und Weichgewebesituation für die ästhetische Frontzahnversorgung zu schaffen. Bei dem vorliegenden ausgeprägten Knochendefekt könnte parallel zur Implantation aufgrund des biologischen Umbauprozesses ein augmentatives Relining erforderlich werden. Zwei Knochenschalen, gewonnen aus dem retromolaren Bereich im linken Unterkiefer, wurden an den Knochendefekt angepasst und mit Osteosyntheseschrauben lagestabil fixiert.^{9–11} Vor der Abdeckung mit einer Kollagenmembran¹² und autologen Knochenchips wurden scharfe Knochenkanten abgetragen, das Weichgewebe mobilisiert und spannungsfrei vernäht. Das metallverstärkte Provisorium wurde gereinigt, und die Pontics wurden für ein druckloses Einheilen des Augmentats an die Gewebesituation angepasst (Abb. 7–10). Zwei Wochen nach der Augmentationschirurgie konnten bei sichtbar reizloser Einheilung und verbesserter Kosmetik die Nähte entfernt werden.

Die Implantation

Sechs Monate später (im Juni 2022) erfolgte die Implantation im Oberkiefer. Bei der Eröffnung mittels Mukoperiostlappens zeigte sich, dass die vertikale Schale nicht vollständig osseointegriert war, sodass ich mich entschlossen hatte, sie komplett zu entfernen. Das darunterliegende „Augmentat“ war gut durchblutet und perfekt verknöchert (Abb. 11).

Wegen der potenziellen späteren Resorption des Knochens entschieden wir, die Implantate Regionen 12 und 11 (CAMLOG® SCREW-LINE Promote Plus; Ø 3,8 mm/ L 11 mm) trotz des vertikalen Knochenverlustessubkrestal zu platzieren (Abb. 12+13).¹³ Die Knochenchips aus den Bohrstellen wurden um die Implantate aufgelagert, das Weichgewebe mit mikrochirurgischem Nahtmaterial verschlossen und das Provi-

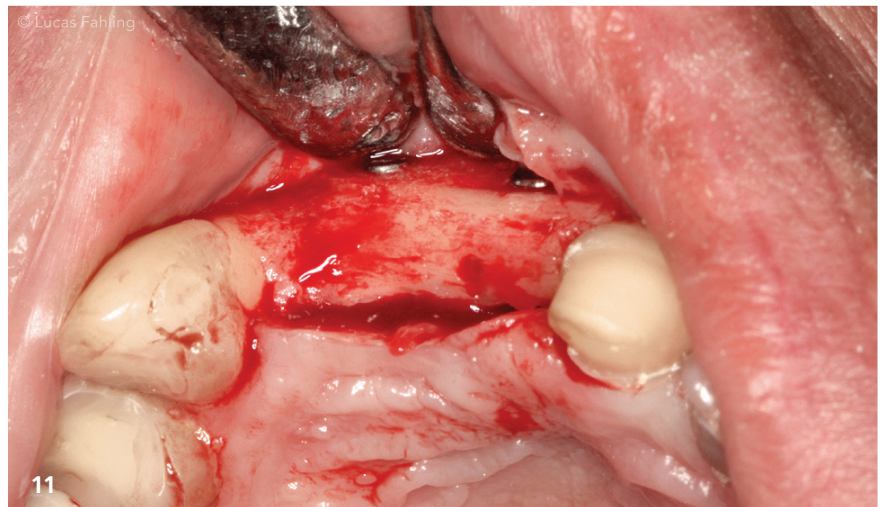


Abb. 11: Entscheidung zur Entfernung der vertikalen Knochenplatte, da nicht vollständig osseointegriert.

sorium nach Anpassung an die neue Situation eingesetzt. Das Implantat Regio 36 wurde im Juli auf Knochenniveau inseriert.

Die CMD-Therapie

Nach einer regelgerechten Einheilung wurden die drei Implantate im November 2022 freigelegt. Ein Bindegewebetransplantat aus dem Gaumen Regionen 13 bis 15 wurde in den präparierten Spalt gezogen und mit einer Naht fixiert, um das periimplantäre Weichgewebe zu verdicken und damit auf lange Sicht den Knochen zu schützen (Abb. 14+15).

Die Patientin äußerte sich in dieser Sitzung über vermehrt auftretende Schmerzen in der Kaumuskulatur sowie im Nackenbereich und reflektierte das eingangs geführte Gespräch über eine Therapiemaßnahme zur Hebung des Bisses.⁵ Ihr wurde nochmals erklärt, dass sich die Korrektur des zu tiefen Bisses zur Verbesserung der Kaufunktion über einen längeren Zeitraum erstrecken, sich jedoch auch positiv auf den ganzen Körper auswirken würde. Allerdings ginge mit der Bisskorrektur nach erfolgter Schienentherapie eine umfangreiche Sanierung ihrer Zähne einher.

Die folgende Funktionsdiagnostik ergab beidseits eine extrem verspannte Muskulatur, Deviation bei Mundöffnung nach

links, eine Nonokklusion im linken Seitenzahnbereich und eine verschobene Mittellinie um eine $\frac{3}{4}$ Unterkieferinzisivenbreite. Das Kinn wich in habitueller Interkuspidation nach rechts ab. Die Asymmetrie der Linien vermittelte einen unharmonischen Gesichtsausdruck. Zusätzlich traten beim Öffnen des Mundes rechts Gelenkgeräusche auf. Das OPG bestätigte eine Veränderung des rechten Gelenkköpfchens im Seitenvergleich zum linken.

Der Therapievorschlagn:

- implantatgetragenes Langzeitprovisorium
- Lockerung der Muskulatur durch Physiotherapie
- Schienentherapie, um den Unterkiefer nach links auszurichten und eine zentrale Kondylenposition einzustellen
- anschließend Bisshebung durch umfangreiche Gebissanierung

Mit diesem Therapievorschlagn war die Patientin einverstanden. Für die Fertigung einer Aufbisschiene (ABS) wurde die Patientin zunächst mit dem PlaneFinder® System nach Udo Plaster vermessen.^{14, 15} Damit wurde die natürliche Kopfposition ermittelt. Die Auflösung der craniomandibulären Dysfunktion erfolgte mittels Aqualizier. Durch Sprechproben wurde die vertikale Dimension eruiert. Beim Sprechen der Vokale i und e zeigte sich ein

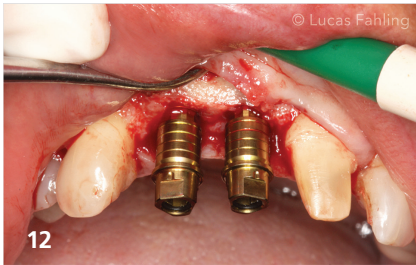


Abb. 12: Subkrestale Insertion der CAMLOG® SCREW-LINE Promote Plus Implantate. – **Abb. 13:** Gedeckte Einheilung mit druckloser Ausformung der Weichgewebe.

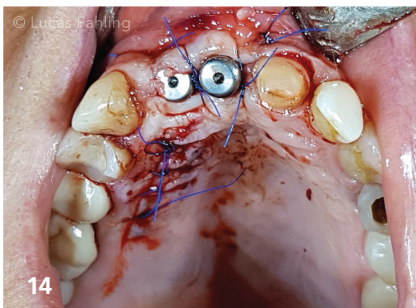


Abb. 14: Freilegung mit Bindegewebstransplantat zur Weichgewebeverdükung. – **Abb. 15:** Modifiziertes Langzeitprovisorium über Gingivaformern.



großer interokklusaler Abstand, das Indiz für einen abgesenkten Biss, der sich auch darin bestätigte, dass die Oberkieferschneidezähne bei neutralem Gesichtsausdruck nicht sichtbar waren.

18 Monate nach der Erstvorstellung, im Dezember 2022 wurden das implantatgetragene Langzeitprovisorium und die ABS eingesetzt (Abb. 16+17). Durch Verlust der vertikalen Schale bei der Implantation war der Gingivaverlauf zunächst unsymmetrisch. Dies kann beim definitiven Zahnersatz durch eine Kronenverlängerung und das Anbringen von rosa Keramik kompensiert werden.

Nach mehreren Physiotherapiesitzungen und Okklusionskorrekturen der Schiene kam die Patientin im März 2023 zur Weiterbehandlung in die Praxis. Sie war mit der Schienentherapie sehr zufrieden, die Muskulatur war gelockert, es gab keine

Gelenkgeräusche, das Gesicht war extraoral symmetrisch, ohne fliehendes Kinn. Und sie war sehr stolz auf sich, dass sie dem Rauchen bis zu diesem Tag abgeschworen hatte.

Die Neueinstellung der Okklusion sollte noch weitere drei Monate stabilisiert werden. In der Zwischenzeit wurde die Gesamtsanierung besprochen. Nach dieser Retentionsphase wurden im Juli 2023 eine

Neuvermessung der Gesichtslinien sowie Abdrücke für ein Makeover gemacht. Die Bissnahme erfolgte mit der Aufbiss-schiene, um die korrekte Bisshebung und Okklusionsebene übertragen zu können. Im Labor wurden die Modelle in den Artikulator eingesetzt und die Zähne funktionell aufgewachst. Diese Modelle wurden dubliert und Tiefziehschienen gefertigt, die zur Herstellung des Makeover nach der Präparation der Zähne dienen (Abb. 18).



Abb. 16: Implantatgetragenes Langzeitprovisorium mit Brückenglied 12 und Krone 21. – **Abb. 17:** Therapie der craniomandibulären Dysfunktion mittels Schiene.



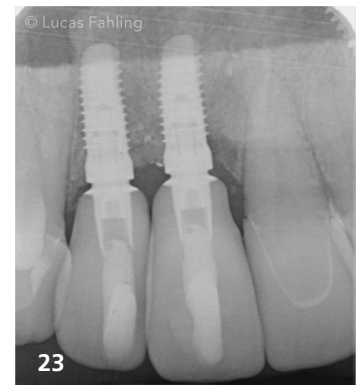
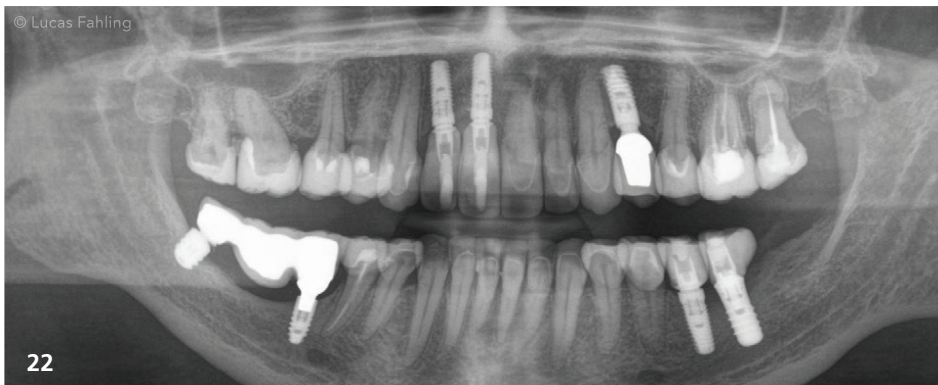
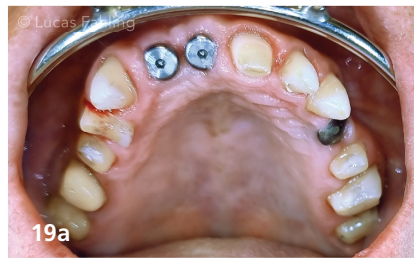


Abb. 18: Makeover nach erfolgter CMT-Therapie und dreimonatiger Retentionsphase. – **Abb. 19a+b:** Finale zahnschmerzschonende Präparation. Im Oberkiefer für Vollkeramikkronen und im Unterkiefer weitestgehend Teilkronen/Veneers. – **Abb. 20a+b:** Definitive Vollkeramikrestauration überwiegend mit Einzelzahnkronen, Veneers und Teilkronen. Implantatgetragene Brücke im Unterkiefer rechts. – **Abb. 21:** Das Gewebedefizit Regio 12 konnte mit rosa Keramik ästhetisch kaschiert werden. – **Abb. 22:** Komplettsanierung des Ober- und Unterkiefers. – **Abb. 23:** Follow-up zwölf Monate nach Eingliederung der definitiven Versorgung. Knochen nach Remodelling konstant und reizfrei.

Die definitive Versorgung

Die Präparation der Zähne erfolgte zahnschmerzschonend, weitestgehend mit Teilkronen beziehungsweise Veneers (Abb. 19a+b). Eine Gesamtabformung beider Kiefer (Zähne und Implantate) erfolgte für die Herstellung der Meistermodelle. Die Modelle wurden mittels Kreuzmontage auf Basis der Neuvermessung in den Artikulator eingesetzt und der definitive vollkeramische Zahnersatz gefertigt.¹⁶ Dank der chirurgischen Kronenverlängerung und dem zahnfleischfarbenen Keramikanteil an der Implantatkronen 12 konnte der Gingivaverlauf harmonisiert werden (Abb. 20–22). Beim Follow-up ein Jahr nach definitiver

Eingliederung zeigte sich eine überglückliche Patientin. Ihre neuromuskuläre Verspannung war gelöst, die Kondylenposition war symmetrisch und die Okklusion perfekt eingestellt. Das vertikale Knochendefizit durch den Verlust der Knochenschale zeigt sich stabil und reizfrei (Abb. 23).

Fazit

Durch einfühlsame Kommunikation und Gesprächsführung können Patienten motiviert werden, ihre Ängste beziehungsweise Abneigungen zu überwinden und ihre Lebensgewohnheiten, in diesem Fall das Rauchen, zu ihrem eigenen Wohle zu ändern. Eine CMD-Behandlung zur Lin-

derung ihrer körperlichen Schmerzen und Muskelverspannungen verbesserte das Lebensgefühl und ermöglichte einen ästhetischen und funktionalen Zahnersatz.

Lucas Fahling



Literatur



Kontakt

Lucas Fahling
Zahnärzte- und Prophylaxepraxis
Dr. med. dent. Matthias Thuma
& Kollegen, Berlin
www.dr-thuma.de

Update Laseranwendungen in der Zahnheilkunde

Ein Beitrag von Dr. Georg Bach und Markus Bach

Es ist stiller um das Thema Laser in der Zahnheilkunde geworden, doch das war nicht immer so: Anfang der 1990er-Jahre löste die aus Nordamerika kommende Laser-Euphorie in Deutschland große Erwartungen aus. Viele gingen damals davon aus, dass Laseranwendungen in der Zahnmedizin einen ähnlichen Siegeszug wie die orale Implantologie antreten und bald in nahezu jeder Zahnarztpraxis ein Lasergerät stehen würde.

Mehr als zwei Jahrzehnte später zeigt sich jedoch, dass diese Prognose so nicht eingetreten ist. Dennoch hat sich auf dem Gebiet der Laserzahnheilkunde in den vergangenen Jahren viel getan, was den Einsatz von monochromatischem Licht in der Zahnmedizin klar rechtfertigt. Drei Jahrzehnte Laserzahnheilkunde führen zu zwei zentralen Erkenntnissen: Zum einen gab es in wenigen Bereichen der Zahnheilkunde so viel Bewegung wie hier, zum anderen gibt es nicht den einen Hardlaser für alle chirurgischen Anwendungen, sondern verschiedene Systeme, die sich jeweils für bestimmte Einsatzgebiete besonders bewährt haben.

Neue Entwicklungen

Laser in der Endodontie

Aktuelle Erkenntnisse der Aachener Laserarbeitsgruppe um Professor Braun zeigen, dass der adjuvante Einsatz von Laserstrahlung auch in tiefen Gewebeabschnitten Keime abtöten kann, darunter problematische Erreger wie *Enterococcus faecalis*. Eine weitere Option ist die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT), bei der ein Farbstoff als Mediator die eingebrachte Laserenergie aufnimmt. Bei Patienten mit periapikalen Läsionen konnte so im Vergleich zur konventionellen Behandlung eine zusätzliche Reduktion von Mikroorganismen erreicht werden. Auch der Erbium-YAG-Laser kann in der Endo-

dontie erfolgreich eingesetzt werden, etwa zur photoakustischen Spülung.

Halbleiter-Lasersysteme in der Praxis

Während anfangs nur die Wellenlängen 810 nm und 980 nm verfügbar waren, ist das Spektrum heute deutlich breiter.

Einsatzgebiete sind unter anderem die Laserfluoreszenzdiagnostik von Karies und Konkrementen, die antimikrobielle photodynamische Therapie, Low-Level-Laser-Therapie, laserunterstützte Zahnaufhellung, Gewebedesinfektion in Endodontie und Parodontologie sowie die Weichgewebeschirurgie. Aufgrund ihrer Vielseitigkeit und vergleichsweise überschaubaren Anschaffungs- und Betriebskosten bieten aktuelle Halbleiter-Lasersysteme eine gute Möglichkeit, Laserenergie sinnvoll in die zahnärztliche Behandlung zu integrieren.

Laser in der Zahnerhaltung

Ein Ulmer Verbundprojekt entwickelte eine lasergestützte „Revers-Fix-Technologie“ zur zerstörungsfreien Entfernung kieferorthopädischer Brackets und zahnärztlicher Restaurationen. Auch in der Kariesdiagnostik und -therapie bietet der Laser Vorteile: Er ermöglicht eine hochsensitive und spezifische Erfassung von Schweregrad und Aktivität kariöser Läsionen und ergänzt herkömmliche Verfahren effizient, schonend und schmerzarm.

Neues aus der Laserchirurgie

Im zahnärztlichen Bereich treten Malformationen der Lippe vergleichsweise häufig auf. Hier kommen seit längerem laserunterstützte Verfahren zum Einsatz, vor allem mit Nd:YAG- und Diodenlasern. Neu sind Kombinationsverfahren aus prä- und perioperativer Kühlung sowie intraoperativer Diodenlaser-Anwendung. Dabei wird die gute Absorption des 810-nm-Diodenlaserlichts mit gleichzeitiger Kühlung durch einen Eisblock kombiniert, um Nebenwirkungen möglichst gering zu halten oder ganz zu vermeiden.

Fazit

Obwohl Laser in deutschen Zahnarztpraxen noch nicht flächendeckend verbreitet sind, hat sich die Laserzahnheilkunde durch wissenschaftliche Fortschritte stark entwickelt und nimmt heute in Europa eine herausragende Stellung ein.

Dr. Georg Bach



Lesen Sie hier den ganzen Artikel
Teil 1

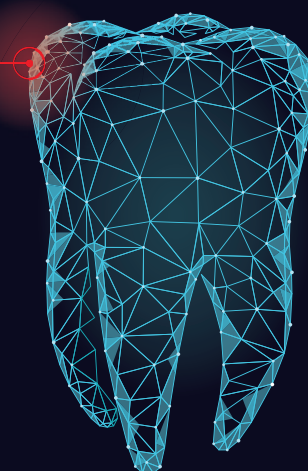


Teil 2



Kontakt

Georg Bach
doc.bach@t-online.de
www.herrmann-bach.de



© LuckyStep - stock.adobe.com

Entdecken Sie die Zahnmedizin von morgen
im Herzen des magischen Prags

4 – 7 September 2026

Prag | Tschechien
O2 universum

Begleiten Sie uns ins magische Prag

**Wissenschaftliches Programm mit KI in mehr
als 10 Sprachen übersetzt (einschließlich Deutsch)**



Mehr als 90 renommierte Referenten und Referentinnen
aus aller Welt. Vier Tage. Neun parallele Vorträge.

Das vollständige
Fachprogramm

Lernen Sie von den Besten: Eingeladene Referenten



Domenico Ricucci
Italien



James Chow
Hongkong



Daniel Edelhoff
Deutschland



Niklaus Lang
Schweiz



Radovan Žižka
Tschechien



Kai Yuan Fu
China



Nicola Scotti
Italien



Tomasz Gedrange
Deutschland



Katrin Bekes
Österreich



Martin Tomeček
Tschechien

Sichern Sie sich jetzt Ihren Platz

Treffen Sie die Referenten
und Referentinnen



Kongressekretariat

GUARANT International spol. s r.o.

 fdiwdc2026@guarant.cz

2026.world-dental-congress.org



EAO-Kongress 2026 in Lissabon

Implantologie im internationalen Fokus

Wenn sich vom 24. bis 26. September 2026 in Lissabon Experten aus aller Welt zum 33. Jahreskongress der European Association for Osseointegration (EAO) versammeln, dürfte die portugiesische Hauptstadt zum Zentrum der internationalen Implantologie werden. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass der Kongress zu den wichtigsten Veranstaltungen des Fachgebiets in diesem Jahr zählen wird. Im Mittelpunkt stehen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, klinische Exzellenz und die Frage, wie sich die Patientenversorgung im Zeitalter technologischer und therapeutischer Innovation weiterentwickeln lässt.

Der EAO-Kongress versteht sich seit jeher nicht nur als Plattform für wissenschaftlichen Austausch, sondern auch als Forum für berufliche Weiterentwicklung. Auch die Ausgabe 2026 knüpft an diesen Anspruch an. Sie richtet sich an ein breites Fachpublikum – von jungen Kollegen am Beginn ihrer klinischen Laufbahn bis hin zu erfahrenen Behandlern, die ihre Expertise im internationalen Dialog vertiefen möchten. Damit folgt der Kongress dem langjährigen Selbstverständnis der EAO, Fortbildung, Praxisrelevanz und kollegiale Vernetzung in einem gemeinsamen Rahmen zusammenzuführen.

Die Tagung steht unter dem Leitthema „Gesundheit und verlässliche Behandlungsergebnisse: Die Zukunft der Patientenversorgung gestalten“. Der Fokus liegt damit klar auf der Frage, wie sich Gesundheit langfristig sichern und gleichzeitig verlässliche klinische Ergebnisse erzielen lassen. Erwartet werden Beiträge renommierter Experten, die neueste Forschungsergebnisse, technologische Entwicklungen und etablierte Behandlungskonzepte vorstellen. Ziel ist es, jene Faktoren zu beleuchten, die die moderne Implantologie heute bestimmen – und künftig noch stärker prägen werden.

Internationale Zusammenarbeit und fachlicher Dialog im Fokus

Ein besonderes Signal setzt der Kongress mit der Zusammenarbeit mit der Brazilian Society of Periodontics and Implants (SOBRAPI). Die Partnerschaft verweist auf die zunehmende Internationalisierung des wissenschaftlichen Austauschs und unterstreicht, wie wichtig globale Perspektiven für die Weiterentwicklung implantologischer Therapiekonzepte geworden sind. Zugleich rückt sie den interdisziplinären Dialog in den Vordergrund – ein Aspekt, der in einem Fachgebiet mit ho-



© neirfy – stock.adobe.com

Leitlinien, Praxisrelevanz und Ausblick auf den Kongress

her Dynamik und stetig wachsender Spezialisierung zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Neben den wissenschaftlichen Inhalten wird auch der persönliche Austausch eine zentrale Rolle spielen. Kongresse wie dieser sind längst mehr als reine Fortbildungsveranstaltungen. Sie schaffen Räume für Begegnungen, Kooperationen und fachliche Netzwerke, die häufig weit über die eigentliche Veranstaltung hinauswirken. Gerade in einem internationalen Umfeld können solche Kontakte entscheidende Impulse für die eigene klinische und wissenschaftliche Arbeit liefern.

Das wissenschaftliche Programm selbst verspricht ein breites Spektrum an Themen und Formaten. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Einfluss des Faktors Zeit in der Implantologie – insbesondere auf der Frage, welche Rolle das Timing in Behandlungsplanung, chirurgischen und prothetischen Abläufen sowie für die Vorhersagbarkeit von Ergebnissen spielt. Interaktive Sitzungen sollen diesen Aspekt aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten und den Transfer in die klinische Praxis erleichtern.

Zu den besonders erwarteten Höhepunkten zählt der erste globale Konsens zu klinischen Leitlinien in der Implantologie. Dieser Programmpunkt unterstreicht den Anspruch des Kongresses, nicht nur Wissen zu vermitteln, sondern aktiv an der Formulierung künftiger Standards mitzuwirken. Gerade in einem Fachgebiet, das sich durch rasche wissenschaftliche und technologische Entwicklungen auszeichnet, kommt solchen Leitlinien eine wichtige orientierende Funktion zu.

Darüber hinaus werden zahlreiche Sitzungen von international anerkannten Klinikern und Wissenschaftlern gestaltet, die Einblicke in aktuelle Entwicklungen und klinische Strategien geben. Der fachübergreifende Austausch soll dabei bewusst gefördert werden – nicht zuletzt, weil eine hochwertige Patientenversorgung heute mehr denn je vom Zusammenspiel unterschiedlicher Disziplinen abhängt.

Dass Lissabon als Veranstaltungsort gewählt wurde, erscheint in diesem Zusammenhang folgerichtig. Die Stadt verbindet historische Tiefe mit zeitgenössischer Dynamik und bietet damit einen passenden Rahmen für einen Kongress, der Tradition und Zukunft eines Fachgebiets gleichermaßen in den Blick nimmt. Mit ihrer offe-

nen Atmosphäre, ihrer architektonischen Vielfalt und ihrem besonderen kulturellen Charme schafft die portugiesische Hauptstadt zudem Bedingungen, die den fachlichen Austausch auf angenehme Weise begleiten.

Schon jetzt deutet vieles darauf hin, dass der EAO-Kongress 2026 in Lissabon ein wichtiger Punkt im internationalen Fortbildungskalender sein wird. Die Verbindung aus wissenschaftlicher Aktualität, globaler Vernetzung und praxisrelevanter Orientierung macht die Veranstaltung zu einem Format, das die weitere Entwicklung der Implantologie mitprägen dürfte.

Hier gehts zur Anmeldung



Kontakt

**European Association
for Osseointegration (EAO)**

info@eao.org
www.eao.org

DENTAURUM GmbH & Co. KG

Flexibel digital versorgen

Mehr Infos



duell anpassbarer Schraubenkanal einfach und digital realisieren.

Angulationen, Gingivahöhen und Durchmesser sind als CAD/CAM-Dateien verfügbar. Zudem besteht die Wahl zwischen Konus und Plattform.

Die tioLogic® TWINFIT Komponenten von Dentaurum optimieren den Ablauf von der Insertion bis zur endgültigen Versorgung.

Kontakt

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

Die neue CAD/CAM-Titanbasis VARIO von Dentaurum ermöglicht effizientes, flexibles und zuverlässiges Arbeiten durch ein revolutionäres Design. Eine innovative Ergänzung des patentierten tioLogic® TWINFIT Implantatsystems, von dem bereits zahlreiche Anwender überzeugt sind. Neben dem Abutment-Switch, der Wechselmöglichkeit zwischen Konus und Plattform, lassen sich verschiedene Höhen sowie ein indivi-

Mit einer Kaminhöhe von 8,5 mm bietet die CAD/CAM-Titanbasis VARIO die optimale Unterstützung für hohe Restaurationen und vergrößert die Klebefläche. Im innovativen Design sind vier individuelle Klebezyllinderlängen von 4,0–8,5 mm in 1,5 mm-Schritten möglich. Gekürzt wird die VARIO Basis einfach mit einer Trennscheibe, geführt von vorpräparierten Führungslinien. Das vorgeformte Fenster kann einfach entfernt werden, um einen angulierten Schraubenkanal mit einem Winkel bis zu 20° zu realisieren. Alle Längen,

Straumann GmbH

Effiziente und sichere Instrumentenaufbereitung



Die neue ProClean™ Metallkassette wurde für die maschinelle klinische Aufbereitung entwickelt und ist mit allen gängigen Reinigungs- und Desinfektionsgeräten kompatibel. Dank ihres optimierten Designs ermöglicht sie ein deutlich vereinfachtes Aufbereitungsverfahren sowie hervorragende und reproduzierbare Reinigungsergebnisse, die höchste klinische Anforderungen erfüllen. Durch signifikant reduzierten Kontakt mit scharfen oder kontaminier-

ten Instrumenten erhöht die Kassette die Sicherheit für das Personal und schafft mehr Zeit für klinische Aufgaben.

Die Metallkassette ist in zwei Versionen erhältlich: für die iExcel™ Freihand-Anwendung – ermöglicht die flexible Nutzung von vier Implantatsystemen in einer einzigen Kassette und für das neue iGuide™-System – optimiert für eine sichere, schaftgeführte Implantologie.

Beide Versionen unterstützen effiziente, wirtschaftliche und regulatorisch konforme Abläufe in Praxis und Klinik.

Infos zum Unternehmen



Kontakt

Straumann GmbH
www.straumann.com

Zantomed GmbH

Echte biologische Knochenregeneration – auch in der Parodontologie entscheidend

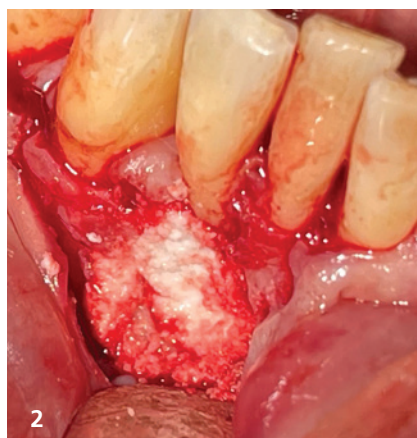
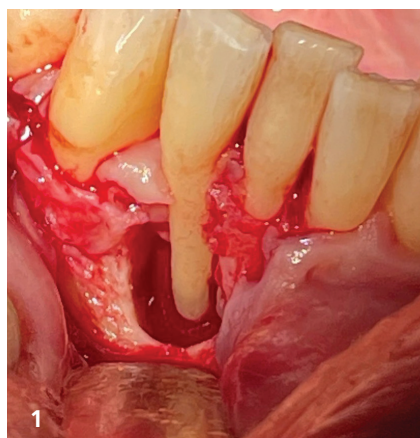


Abb. 1: Parodontaler Defekt mit mehr als 11 mm Tasche, Knochenverlust und nach Degranulationsreinigung. – **Abb. 2:** Defekt aufgefüllt mit EthOss Regenerationsmaterial und ohne Membran mit Gewebeflap vernäht. – **Abb. 3:** Im zweiten Recalltermin zwölf Monate nach OP: kompletter Zahnerhalt mit 3 mm Taschentiefe nach Sondierung.

Erfolgreiche parodontale Knochenregeneration erfordert das Zusammenspiel von Knochenneubildung, vaskulärer Integration und stabiler Weichgewebsheilung. Genau hier setzt EthOss an: Das vollständig synthetische, resorbierbare Zweiphasensystem aus β -TCP und Calciumsulfat bietet ein stabiles osteokonduktives Gerüst und fungiert gleichzeitig als temporäre Barriere – vergleichbar mit einer Membran, jedoch ohne zusätzliches Fremdmaterial.

Gerade in parodontal kompromittierten Defekten zeigt sich ein entscheidender Vorteil: Die initiale Stabilisierung des Augmentats verhindert das Einwandern von Weichgewebe, während die physiologische Angiogenese unterstützt wird. Studien belegen, dass diese Kombination zu beschleunigter Knochenneubildung und verbesserter Gewebeintegration führt.

Der zentrale Mechanismus liegt in der biologischen Dynamik: Während das Material kontrolliert resorbiert wird, erfolgt parallel der Ersatz durch vitalen, belastbaren Knochen. Darauf aufbauend entwickelt sich stabiles, gut durchblutetes Weichgewebe nahezu selbstorganisiert – begünstigt durch verbesserte Perfusion, reduzierte Entzündungsreaktionen und den Verzicht auf verbleibende Fremdmaterialien.

„Für die Praxis bedeutet das einen echten Mehrwert: weniger Komplexität im chirurgischen Ablauf, reduzierte Materialkosten durch den Verzicht auf Membranen und gleichzeitig vorhersagbare, biologisch hochwertige Ergebnisse. Gerade in der Parodontologie, wo Gewebestabilität und Langzeitprognose entscheidend sind, eröffnet EthOss damit neue therapeutische Perspektiven“, so Dirk Ziebolz von der Medizinischen Hochschule Brandenburg.

Die Zukunft der regenerativen Zahnmedizin liegt nicht im Ersatz biologischer Prozesse, sondern in deren intelligenter Unterstützung. EthOss kommt dieser Lösung bereits sehr nah.

Kontakt

Zantomed GmbH
www.zantomed.de

CP GABA GmbH

Effektiver Fluoridlack für schnelle Schmerzlinderung in der Praxis

In der Praxis

&

zu Hause



© CP GABA GmbH



Mit dem elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Duraphat Fluoridlack in Einzeldosen bietet CP GABA eine praktische In-Office-Anwendung zur schnellen Schmerzlinderung bei Dentinhypersensibilität. Der Fluoridlack sorgt mit einer einzigen Anwendung für einen vollständigen Tubulverschluss.^{1,*} Er kann auf diesem Weg eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung unterstützen.

Diese professionelle Fluoridanwendung ergänzt die elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Zahnpasta mit klinisch bewährter PRO-ARGIN Technologie, die Patienten mit schmerzempfindlichen Zähnen zu Hause verwenden können.

Vollständiger Tubulverschluss nach einmaliger Anwendung

Die hochfluoridhaltige Formel des elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Duraphat Fluoridlacks (5 Prozent Natriumfluorid, 22.600ppm F) dringt tief in die Dentintubuli ein.² Bereits eine einzige Anwendung erzielt einen vollständigen Verschluss der tubulären Struk-

turen, wie rasterelektronenmikroskopische Aufnahmen belegen.^{1,*} Dentinhypersensibilität, die durch den Kontakt mit kalten oder heißen sowie süßen oder sauren Getränken und Speisen ausgelöst werden kann, wird auf diesem Weg gelindert. Bei Patienten mit starker Schmerzempfindlichkeit kann der Fluoridlack alle drei bis sechs Monate angewandt werden.

Unterstützt eine schmerzfreie zahnärztliche Behandlung

Auch zahnärztliche Behandlungen können Schmerzempfindlichkeit auslösen: Klinischen Studien zufolge leidet mehr als die Hälfte der Patienten eine Woche nach einer Parodontalbehandlung an Dentinhypersensibilität.^{3,4} Um hier vorzubeugen, kann der elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Duraphat Fluoridlack im Anschluss an die Parodontalbehandlung angewandt werden. Er ist zudem geeignet für die Anwendung nach der professionellen Zahnreinigung sowie vor einer professionellen Aufhellungsbehandlung.

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

Praktische, schnelle Anwendung in wenigen Schritten

Eine Einzeldosis enthält neben dem Lack auch einen Applikationspinsel. Die Behandlung erfolgt in wenigen Schritten: Die Zahnoberfläche wird mit Gaze oder Luft getrocknet, der Lack mit dem Applikationspinsel kurz umgerührt und anschließend als dünne, gleichmäßige Schicht aufgetragen. Vor dem erneuten Eintauchen des Pinsels sollte dieser mit Gaze abgewischt werden. Der transparente Lack mit Himbeergeschmack nimmt beim Trocknen die natürliche Farbe des Zahnschmelzes an.

In der Praxis und zu Hause: elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL bei Dentinhypersensibilität

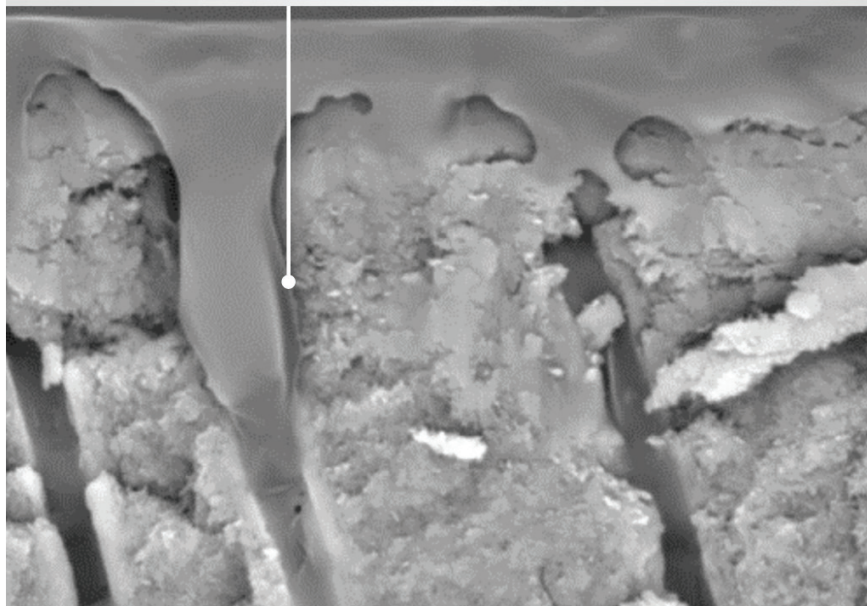
In der zahnärztlichen Behandlung erfordert Dentinhypersensibilität ein besonderes Augenmerk. Die Schmerzempfindlichkeit kann bei Betroffenen zu einer Vermeidung der Mundhygiene führen und zudem die Lebensqualität einschränken.⁵

Für die tägliche häusliche Zahnpflege eignet sich für Patienten mit Dentinhypersensibilität die elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Zahnpasta. Die Zahnpasta enthält acht Prozent Arginin, Kalziumkarbonat sowie ein Prozent Zinkphosphat. Diese PRO-ARGIN Technologie ahmt die natürlichen Remineralisierungsprozesse des Speichels wirksam nach und bietet eine klinisch erprobte Möglichkeit zur sofortigen** und lang anhaltenden Schmerzlinderung bei Dentinhypersensibilität.^{6,7} Bereits nach drei Anwendungen sind die Tubuli zu 76 Prozent, nach fünf Anwendungen sogar zu 90 Prozent verschlossen.⁷ Klinische Daten zeigen zudem eine dauerhafte Verbesserung der Empfindlichkeit sowohl bei taktilen Reizen als auch bei Luftstoßmessungen nach vierwöchiger Anwendung der elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Zahnpasta bei 100 Prozent der Patienten.⁸

Patienten, die zusätzlich zu einer Dentinhypersensibilität erste Anzeichen für Zahnfleischprobleme oder bereits bestehende Zahnfleischbeschwerden haben, können von der elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL REPAIR & PREVENT Zahnpasta profitieren. Auch

Eindringen des 5-prozentigen Fluoridlacks in die offenen Tubuli (10 µm Maßstab)

© CP GABA GmbH



Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme sechs Stunden nach Applikation des elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL Duraphat Fluoridlacks auf eine Dentinprobe.

hier wirkt die PRO-ARGIN Technologie gegen Dentinhypersensibilität. Zusätzlich enthält die Formulierung weitere Zinkverbindungen in Form von Zinkoxid und Zinkcitrat, welche helfen, das Zahnfleisch zu stärken und dessen Rückgang vorzubeugen.⁹

Ergänzend empfiehlt sich die elmex® EXPERT PRÄZISION SENSITIVE Zahnbürste. Mit mehr als 4.000 ultraweichen und hochdichten Borsten reinigt sie gründlich und extra sanft die Zahnzwischenräume und die Zahnoberfläche.

Kontakt

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

Quellen



* In-vitro-Studie, konfokales Bild nach einer Anwendung.

**Für sofortige Schmerzlinderung bis zu zweimal täglich mit der Fingerspitze auf den empfindlichen Zahn auftragen und für eine Minute sanft einmassieren.

medentis medical GmbH

Das neue Guided-Konzept für eine präzise Implantatversorgung

ICX-IN-A-SMILEBOX PRO stellt den nächsten logischen Schritt im digitalen Planungs- und Fertigungsservice von medentis dar und unterstützt Zahnarztpraxen dabei, Behandlungsabläufe effizienter zu gestalten und digitale Implantatkonzepte erfolgreich umzusetzen.

Der Service ermöglicht einen einfachen Zugang zu digitalen implantologischen Workflows, ohne dass zusätzliche Investitionen in eigene Hard- oder Software erforderlich sind.

Durch digital unterstützte Planungs- und Sofortversorgungsprotokolle lassen sich Behandlungsprozesse klar strukturieren und die Behandlungszeit am Stuhl effizienter gestalten.

Ein standardisierter Workflow für geführte implantatchirurgische Verfahren ermöglicht eine planungsorientierte Vorgehensweise und unterstützt sowohl die Behandlungsplanung als auch die präzise Umsetzung chirurgischer Schritte.

Praxen können individuell festlegen, welche Prozessschritte intern durchgeführt und welche Leistungen im Rahmen des Services ausgelagert werden. Dadurch entsteht mehr Freiraum für die Konzentration auf zusätzliche Patienten.

ICX-IN-A-SMILEBOX PRO unterstützt Praxen in unterschiedlichen Entwicklungsphasen dabei, digitale implantologische Behandlungsabläufe zu integrieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Der ICX-IN-A-SMILEBOX PRO Service deckt ein breites Indikationsspektrum ab – vom Einzelzahn bis hin zum Zahnersatz für vollständig zahnlose Patienten.

Mehr Präzision in jeder Phase der schablonengeführten Implantation

Planung, Chirurgie und Prothetik greifen in der modernen Implantologie nahtlos ineinander.

Die Stackable Guides wurden entwickelt, um diesen Workflow konsequent umzusetzen – insbesondere in Fällen, in denen vor der Implantatinserktion eine Knochenreduktion erforderlich ist.

Durch die Modifikation des Knochenlagers verändern sich häufig die ursprünglichen

VORTEILE AUF EINEN BLICK

- **Mehr Übersicht im Operationsfeld**
Sequenzieller Einsatz der Schablonen sorgt für zusätzlichen intraoralen Arbeitsraum.
- **Vereinfachter chirurgischer Workflow**
Keine gleichzeitige Positionierung mehrerer Schablonen erforderlich.
- **Hohe Prozesssicherheit**
Stabile Fixation aller Komponenten über ein einheitliches Pin-System.
- **Effiziente prothetische Integration**
Einfache Verblockung der prothetischen Versorgung mit den Abutments.
- **Kontinuierliche Okklusionskontrolle**
Überprüfung während des gesamten Behandlungsablaufs.



Referenzpunkte sowie die vertikale Dimension. Dies kann die präzise Positionierung einer vorgefertigten prothetischen Versorgung auf Multi-Unit-Abutments deutlich erschweren.

Die neuen Pin-Provisorien ermöglichen erstmals eine zuverlässige und reproduzierbare Umsetzung der präoperativen Planung – auch nach erfolgter Knochenreduktion.

Mehr Kontrolle während des gesamten Workflows

Ein entscheidender Vorteil des Systems ist die kontinuierliche Überprüfung der Okklusion während der Behandlung.

Dadurch kann die prothetische Versorgung jederzeit präzise kontrolliert und bei Bedarf unmittelbar angepasst werden.

Mehr Infos



Kontakt

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

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
September				
24.–26.09.2026	EAO Congress	Lissabon Portugal	congress.eao.org	European Association for Osseointegration (EAO)
Oktober				
1.–3.10.2026	ICOI/ADIA World	Las Vegas USA	icoi.world/upcoming-events	Internationaler Kongress der Oral Implantologen (ICOI)
November				
13./14.11.2026	OSSTEM EUROPE MEETING 2026	Prag Tschechien	www.osstem.de/registration2.php	Osstem Europe
24.–28.11.2026	ADF Paris	Paris Frankreich	adfcongres.com/en	French Dental Association (ADF)

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

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

Chefredaktion:

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

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (ST)

Redaktion BDIZ EDI:

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

Verlag:

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

Leserservice:

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

Redaktion:

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

Anzeigen und PR:

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

Anzeigendisposition:

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

Art Direction/Grafik:

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

Druck:

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

Erscheinungsweise:

4 x im Jahr

Bezugspreis:

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

Urheber-/Verlagsrecht:

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

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

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

Profitieren auch Sie von einer Mitgliedschaft im BDIZ EDI

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

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

Per Fax an +4989 72069889

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

- ☐ Niedergelassener Zahnarzt 345,00 €
- ☐ Assistenzzahnärzte, Berufsanfänger bis zum fünften Jahr nach der Approbation 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 €

Hinweis: Ab 2027 wird die von der Mitgliederversammlung beschlossene neue Beitragsordnung wirksam.

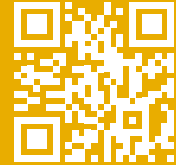


BDIZ EDI · Lipowskystr. 12 · 81373 München.
Fon +4989 72069888 · Fax +4989 72069889
office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

11.–12.
SEPTEMBER
2026
BREMEN

06.–07.
NOVEMBER
2026
LEIPZIG

20.–21.
NOVEMBER
2026
MÜNCHEN



Made in Bremen
seit 1890

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>