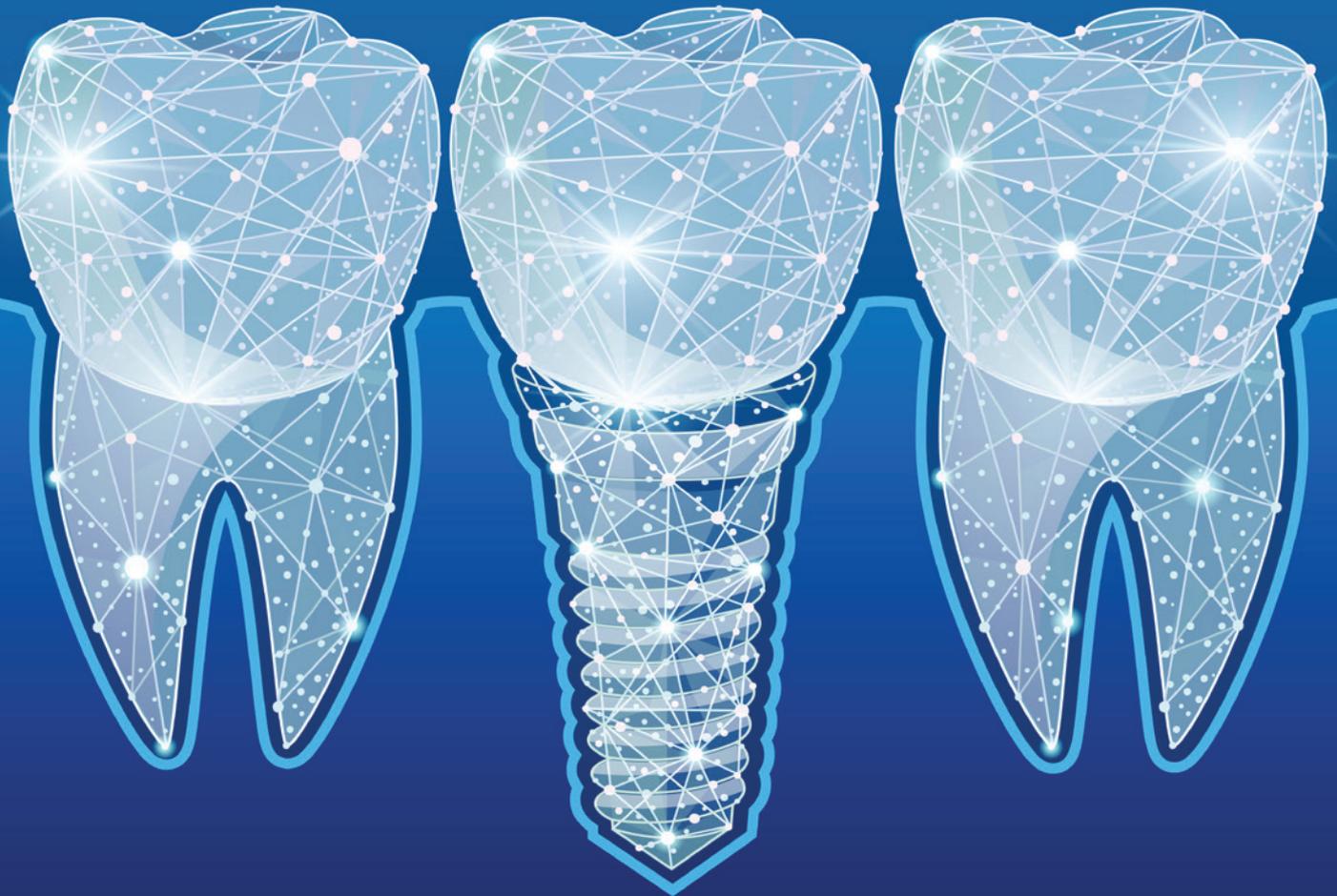




konkret

Journal für die implantologische Praxis



Standortbestimmung Zahnheilkunde – Implantologie – Gesundheitspolitik

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

**Noch nicht
TSP-zertifiziert?**

Seite 32

17. Experten Symposium

**Risikofaktor parodontale
Erkrankungen**

Seite 34

Der Praxistipp des BDIZ EDI

**Wundverschluss und
Hautlappenplastik**

Seite 58

UNTER DER SCHIRMHERRSCHAFT VON



Anmeldung unter
WWW.OSTEOLOGY-BADEN-BADEN.ORG

NATIONALES
**OSTEOLOGY
SYMPOSIUM
BADEN-BADEN**

6.-7. MAI 2022

WWW.OSTEOLOGY-BADEN-BADEN.ORG

NETZWERK REGENERATION

Organisation | Registrierung | Information

Geistlich Biomaterials
Vertriebsgesellschaft mbH
Schöckstraße 4 | 76534 Baden-Baden
Tel. +49 7223 9624-0 | Fax +49 7223 9624-10
info@geistlich.de | www.geistlich.de

Kongressort

Kongresshaus Baden-Baden
Augustaplatz 10 | 76530 Baden-Baden

Unter der Schirmherr- schaft der

Osteology Foundation
Landenbergstr. 35
6002 Luzern
Schweiz



WWW.OSTEOLOGY-BADEN-BADEN.ORG

Wissenschaftlicher Vorsitz

Prof. Dr. Dr. S. Jepsen | Prof. Dr. F. Schwarz

Referenten Workshops | Osteology Junges Forum

PD Dr. R. Cosgarea | PD Dr. T. Fretwurst
Prof. Dr. Dr. Dr. S. Ghanaati | PD Dr. K. Jepsen | Prof. Dr. Dr. S. Jepsen
PD Dr. Dr. H. Naujokat | Dr. A. Ramanauskaite PhD. | PD Dr. Dr. E. Schiegnitz
PD Dr. Dr. M. Schlee | Dr. C. Schmitt | Dr. M. Schulz
Dr. Dr. M. Tröltzsch | Dr. A. Volkmann

Referenten Wissenschaftliches Programm

PD Dr. T. Fretwurst | Dr. J. Derks | Prof. Dr. H. Dommisch
Dr. T. Gerlach | Prof. Dr. Dr. Dr. S. Ghanaati | Prof. Dr. R. Gruber
PD Dr. K. Jepsen | Prof. Dr. Dr. S. Jepsen | PD Dr. I. Mihatovic
PD Dr. Dr. H. Naujokat | Prof. Dr. Dr. Dr. R. Sader | PD Dr. Dr. M. Schlee
Prof. Dr. F. Schwarz | Prof. Dr. Dr. A. Sculean

Solidarität



Liebe Leserinnen und Leser,

es herrschen bittere Zeiten. Während Covid-19 von einem Virus hervorgerufen wird, das uns seit Februar 2020 im Bann hält, ist der Krieg in der Ukraine von Menschen verursacht und verwüstet, nur eine Tagesreise von uns entfernt, ein ganzes Land. Unbeirrt treibt Wladimir Putin mit seiner Kriegsmaschinerie die Unterwerfung der Ukraine voran – erbarmungslos und scheinbar unbeeindruckt, welches Entsetzen er außerhalb Russlands damit auslöst.

„Von Tag zu Tag wird das Leid größer, das die russische Invasionsarmee dem ukrainischen Brudervolk zufügt“, kommentiert die Frankfurter Allgemeine. Je mehr Menschen getötet werden, obdachlos werden, fliehen müssen, desto weiter entfernt sich Russland von dieser einstigen Nähe oder Gemeinsamkeit aus Sowjetzeiten. Und Russland isoliert sich auf diese Weise immer mehr. Im Krieg gibt es nur Verlierer. Was gewinnt Putin, wenn er die Ukraine unterworfen hat? Auch das eigene Volk zahlt einen Blutzoll. Und Russland wird isoliert sein – politisch, wirtschaftlich, gesellschaftlich, kulturell.

Auch wir in Europa werden Verlierer sein. Der Artilleriebeschuss des Atomkraftwerks Saporischschja durch die russische Armee verbreitet über die Grenzen der Ukraine hinaus Angst und Schrecken. Die Folgen der Katastrophe von Tschernobyl sind nicht vergessen. Wie weit geht ein egomanischer Präsident, um seine Macht innerhalb und außerhalb seines Landes zu demonstrieren? Auch Russland wird von den Folgen eines Atomangriffs betroffen sein – ebenso wie der gesamte Kontinent.

Die lange Friedenszeit in Europa ist vorbei. Der gesamte Kontinent ist von den kriegerischen Auswirkungen betroffen. Wir im BDIZ EDI und unsere assoziierten Partnerverbände erklären

uns solidarisch mit den Menschen in der Ukraine – ebenso, wie das andere europäische Organisationen tun. Die offizielle Stellungnahme finden Sie in dieser Ausgabe.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, zu helfen: Sie können Geld spenden oder Sie können dringend notwendige Sachgüter – insbesondere medizinische Güter – über Hilfstransporte liefern lassen. Auch wir im BDIZ EDI sind aktiv. Unser Vorstandsmitglied Dr. Dr. Markus Tröltzsch organisiert Hilfstransporte in die Ukraine.

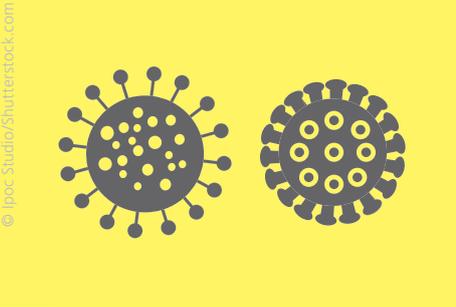
Der BDIZ EDI unterstützt insbesondere auch die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte. Mehr finden Sie unter www.stiftung-hdz.de

Ich bedanke mich sehr herzlich bei Ihnen.

Anita Wuttke
Chefredaktion



16 Webinarreihe des BDIZ EDI: 5-Sterne-Programm



22 Corona-Pandemie: Härtetest für Politik und Gesellschaft



52 Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 3)

Aktuell

Standortbestimmung 2022 6

Rückschau 12

Vorschau 14

„Der BDIZ EDI informiert 2022“ im ersten Halbjahr: 5-Sterne-Programm 16

Jetzt anmelden zum Curriculum 24 in Köln: Ein Muss für Einsteiger 20

RA Peter Knüpper über Gesundheitspolitik: Härtetest für Politik und Gesellschaft 22

Partnerschaft zwischen BDIZ EDI und OEMUS MEDIA AG 26

Wussten Sie schon, ... 28

Prüfung zum „Spezialist für Implantologie der EDA“ 29

Der BDIZ EDI gratuliert 30

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie des BDIZ EDI: Noch nicht TSP-zertifiziert? 32

Das 17. Experten Symposium: Risikofaktor parodontale Erkrankungen 34

Chefsache: zahnärztliche Dokumentation 36

Aktuell Europa

Newsticker 38

Dachverband der europäischen Zahnärztinnen und Zahnärzte CED: Neuer Präsident aus Dänemark 40

Stellungnahme zum E-Evidence-Entwurf: CED fordert Ausnahmeregelung 41

Heilmittelwerberecht und Gewinnspielaktionen: Koppeln mit Rezept? 42

Europäische Medizinprodukteverordnung: Plan zur Überwachung der Gebrauchphase 44

BDIZ EDI und assoziierte Partnerverbände: Stellungnahme zu den Kämpfen in der Ukraine 48

Statement der europäischen Organisationen CED und ERO: Solidarität mit zahnärztlichen Kollegen 50

Abrechnung und Recht

Serie von Prof. Dr. Thomas Ratajczak: Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 3) 52

Der Praxistipp des BDIZ EDI: Der Wundverschluss und die richtige Abrechnung von Hautlappenplastiken 58

Fortbildung

Minimalinvasive Implantation mit internem Sinuslift – Ein Beitrag von Dr. Mahssa Arjmandi 60

Der modifizierte, koronal oder lateral verschobene Tunnel zur Behandlung singulärer und multipler Rezession – Ein Beitrag von Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. mult. Anton Sculean 64

Events

Giornate Veronesi: Implantologie und moderne Zahnheilkunde im Mai 2022 67

„Bego Dialoge“ Kongress für Zahnmedizin & Zahntechnik in Bremen 68

Osteology Symposium 69

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie 70

Termine und Mitteilungen

Termine und Impressum 82

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

Go beyond.



Die neue Surgic Pro2

Bedienbarkeit, Sicherheit, digitale Vernetzung: in diesen entscheidenden Feldern macht die neue Surgic Pro2 den großen Unterschied. Mit Funktionen, die dem Anwender ein effektives, zuverlässiges und komfortables Arbeitserlebnis vermitteln, stellt das neue chirurgische Mikromotor-System eine echte Innovation dar. Es gibt so viele gute Gründe für Surgic Pro2 – entscheiden Sie sich für den Fortschritt und gehen Sie mit Surgic Pro2 einen Schritt weiter.



1 Verbessertes Handling dank des neuen, noch kompakteren Mikromotors. Der optimierte Schwerpunkt ermöglicht ergonomisches und ermüdungsfreies Arbeiten.



2 Sicher und fehlerfrei in der Anwendung ist das leicht zu reinigende, flache Display. Das smarte Bedienfeld lässt sich in seiner Sensitivität einstellen und mit Handschuhen oder unter Benutzung von hygienischen Folien zuverlässig bedienen.



3 Alles unter Kontrolle für einen sicheren und reibungslosen Behandlungsablauf: eindeutige, intuitiv zu bedienende Symbolsprache auf dem Bedienfeld und große, kontraststarke Parameterdarstellungen in 10 Helligkeitsstufen.



4 Sicht wie unter Tageslicht bei minimaler Wärmeentwicklung mit der hochauflösenden Farb-LED. Blut, Zahnfleisch und andere Substanzen erscheinen in ihren tatsächlichen Farben für ein unverfälschtes Bild der Situation.



5 Gleichmäßiger und geräuscharmer Transport des Kühlmittels über das kompakte Pumpenmodul bei maximaler Individualisierung: fünf Leistungsstufen lassen sich individuell durch den Anwender einstellen.



6 Höchste Drehmomentpräzision durch das optimierte Kalibriersystem AHC: Sicherheit gegen überhöhte Drehmomente bei der Implantation.



7 Wann kann ein Implantat belastet werden? Das Osseointegrations-Messgerät Osseo 100+ gibt mehr Sicherheit in dieser Frage und lässt sich an Surgic Pro2 anbinden.



8 Erweiterte Möglichkeiten und Komfort durch die kabellose Anbindung mehrerer Geräte wie VarioSurg3, Osseo 100+, iPad mit Surgic Pro2 App und Fußsteuerung.

Ein Blick über die Mundhöhle hinaus

Standortbestimmung

Mit der ersten Ausgabe des Jahres 2022 wagt die Redaktion des BDIZ EDI konkret eine Standortbestimmung. Was ist Status quo in der Implantologie? Was ist Stand der Zahnheilkunde generell? Was beschäftigt uns rechtlich und abrechnungstechnisch? Wir blicken aber auch über die Mundhöhle hinaus. Wo steht die Zahnmedizin in Sachen Nachhaltigkeit? Was passiert seit dem Regierungswechsel in der Gesundheitspolitik? Unsere Experten geben Auskunft.



Der BDIZ EDI heute und morgen

von Christian Berger

Präsident des BDIZ EDI

Der BDIZ EDI ist seiner Zeit meist voraus: 2001 mit der Durchsetzung des TSP vor dem Bundesverfassungsgericht, 2013 mit der Klage von sechs Zahnärzten gegen die GOZ 2012, 2015 mit dem alternativen Gesetzentwurf gegen das Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen. Dazwischen gaben wir das GOZ-Kompendium heraus, die Analogtabelle und jedes Jahr die BDIZ EDI-Tabelle, die den BEMA mit GOZ und GOÄ vergleicht und auf die betriebswirtschaftlichen Aspekte in der Zahnarztpraxis hinweisen soll. In diesem Jahr wird die Tabelle erstmals die neuen BEMA-Positionen der PAR-Richtlinie abbilden und dazu analoge Berechnungsmöglichkeiten darstellen. Unsere wöchentliche Abrechnungshotline liefert unbürokratische Unterstützung bei vielen Fragestellungen zur privaten Liquidierung.

Zum BDIZ EDI-Jahr gehört das Curriculum Implantologie in Zusammenarbeit mit der Uni Köln. Auch die Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie wird jedes Jahr mit einer anderen deutschen Zahnärztekammer veranstaltet. Nicht wegzudenken sind unsere Experten Symposien in Köln und die dazugehörigen Europäischen Konsensuskonferenzen, die einen Praxisleitfaden als Handlungsempfehlung für die Zahnarztpraxen erarbeiten. Die Planungen für das Experten Symposium in Köln, die Gutachterkonferenz in Frankfurt am Main und das Europa-Symposium in Karlsbad laufen.

Die Gründerväter wollten einen starken Berufsverband, der mehr ist als eine implantologische Fachgesellschaft. In der Pandemie haben wir buchstäblich einen Zahn zugelegt. Seit 2020 und in einer Zeit, in der die meisten Live-Veranstaltungen ausgefallen sind, boten und bieten wir regelmäßig Online-Fortbildungen an: bis Ende 2021 waren es 46 Webinare mit 12.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und einer überwältigend positiven Resonanz zur Qualität der Webinare. Es geht um Abrechnung, rechtliche Belange in der Praxis und um aktuelle Gesetzesänderungen und Sonderregelungen; es geht in der Fortbildung um Implantatchirurgie sowie Implantatprothetik. und auch hier werden die Themen von morgen bereits heute von uns angepackt.

Die Webinare wird es auch in Zukunft geben. Das Programm für das 1. Halbjahr 2022 läuft bereits und bildet das gesamte Spektrum der vielfältigen BDIZ EDI-Arbeit ab. Mit den Webinaren und deren Bewerbung über die Social-Media-Kanäle erreichen wir auch jene Kolleginnen und Kollegen, die uns bisher noch nicht kannten.

Der im Oktober 2021 gewählte Vorstand hat viel vor. Wir werden 2022 eine neue und erweiterte Analogtabelle auflegen, und das Webinarprogramm für die zweite Jahreshälfte ist in Arbeit. Unserem Leitmotiv bleiben wir treu: Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt soll nach entsprechender Fortbildung die Möglichkeit haben, in der eigenen Praxis implantologisch tätig zu sein!

Gesundheitspolitik heute und morgen – was ist zu erwarten?

von Peter Knüpper

Rechtsanwalt in einer renommierten Münchener Medizinrechtskanzlei. Er lehrt an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München zur Geschichte der Zahnmedizin und zu Berufsrecht und Berufsethik.

Die staatliche Gesundheitspolitik ist seit drei Jahrzehnten – trotz Ausweitung des Leistungskatalogs – an Kostendämpfung orientiert. Das wird in Deutschland auch künftig wegen der demografischen Entwicklung so sein. Andererseits zwingt der medizinische Fortschritt zur Neuorientierung. Innovationssprünge in Medizin und Medizintechnik stellen alle herkömmlichen (Finanzierungs-)Instrumente des Gesundheitssystems auf den Prüfstand. Der Weg in eine zunehmend individualisierte Medizin braucht neue ökonomische Leitplanken. Politik, der Gesetz- und Verordnungsgeber, nicht einmal eine „Europäische Gesundheitsunion“ werden dies alleine schaffen.

Das Vehikel der sozialen Krankenversicherung, mit dem wir uns bisher zwischen Haus- und Facharzt, Apotheke und Physiotherapie, hin zur stationären Versorgung und am Ende in die Pflege bewegen, muss im Sinne von Nachhaltigkeit durch effiziente Fortbewegungsmittel ersetzt werden, ähnlich wie der Verbrennungsmotor durch den elektrischen Antrieb. Wir alle können in Selbstverantwortung einen Beitrag für mehr Nachhaltigkeit leisten. Daneben werden Wissenschaft und Forschung, Digitalisierung und Automatisierung die Treiber künftiger Gesundheitspolitik sein. Doch ebenso wie die Gesellschaft insgesamt wird jeder Einzelne, der auf medizinische oder pflegerische Hilfe angewiesen ist, auch in Zukunft Ärztinnen und Ärzte als fachliche, persönliche und soziale Autorität brauchen, am Patienten orientierte Steuerleute mit Empathie in einem zunehmend komplexeren Versorgungssystem, als Helfer und Partner, um gesund zu bleiben oder wieder zu gesunden.



Was ist aus zahnärztlicher Sicht von Europa zu erwarten?

von Dr. Alfred Büttner

Leiter der Abteilung Europa/Internationales der Bundeszahnärztekammer in Brüssel

Trotz eingeschränkter Kompetenzen im Gesundheitsbereich beeinflusst die Europäische Union im zunehmenden Maße die Berufswelt der Zahnärztinnen und Zahnärzte. Die Datenschutz-Grundverordnung und die EU-Medizinprodukteverordnung sind nur zwei Beispiele dafür aus der jüngsten Vergangenheit. In den kommenden Monaten sind weitere gesundheits-, umwelt- und binnenmarktpolitische EU-Initiativen zu erwarten, die sich auf die Praxen auswirken werden. Die politische Großwetterlage dafür ist günstig. Die Corona-Pandemie hat dazu geführt, dass die Gesundheitspolitik, anders als in den Jahren zuvor, kein Nischendasein mehr auf EU-Ebene fristet. Unter dem Schlagwort „Schaffung einer Gesundheitsunion“ ist die EU derzeit im Begriff, ihre Reaktionsfähigkeit auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren zu verbessern. Ein weiteres Schwerpunktthema auf EU-Ebene sind die Digitalisierung des Gesundheitswesens und die Nutzung elektronischer Gesundheitsdienste. Flankiert wird dies durch aktuelle Initiativen, den Einsatz künstlicher Intelligenz zu regeln. Für 2022 hat die Europäische Kommission zudem einen Vorschlag zur Schaffung eines europäischen Raums für Gesundheitsdaten angekündigt. Der Kampf gegen Antibiotikaresistenzen soll künftig viel konsequenter geführt werden. Ebenfalls für 2022 ist eine Revision der EU-Quecksilberverordnung vorgesehen. Die EU-Kommission möchte in diesem Kontext aus umweltpolitischen Gründen den europaweiten Ausstieg aus dem Werkstoff Amalgam bis zum Ende dieses Jahrzehnts unter Dach und Fach bringen.

Wo steht die Zahnmedizin heute, wohin geht es morgen?

von Prof. Dr. Roland Frankenberger

Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung an der Philipps-Universität Marburg und am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Präsident der DGZMK

Der Status quo der deutschen Zahnmedizin ist im Positionspapier „Perspektive Zahnmedizin 2030“ ausführlich beschrieben, es bildet auch die Grundlage dieses Statements.¹

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde in der Zahnmedizin erfolgreich der Paradigmenwechsel vom Reparaturfach zum medizinischen Präventionsfach „Orale Medizin“ eingeleitet.² Viele täglich anzutreffenden Therapien und Therapieentscheidungen waren jahrzehntlang mit den Inhalten der zahnärztlichen Approbationsordnung von 1955 verquickt. Diese basierte jedoch auf den epidemiologischen Grundlagen der Nachkriegszeit, verbunden mit eingeschränkten technischen Möglichkeiten vor allem auf dem Gebiet der Zahnerhaltung. Natürlich bildete der klassische Zahnersatz damals den Kern der zahnärztlichen Bemühungen, 67 Jahre später ist das aber schlichtweg nicht mehr so. Unabhängig davon steigt das Durchschnittsalter unserer Patienten kontinuierlich an, wodurch Multimorbidität und Morbiditätskompression einen immer größeren Impact auf unseren Beruf haben. Eine bessere horizontale Transparenz zur Medizin ist daher fundamental für eine moderne Ausbildung der jungen Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner. Diese Aspekte wurden im Rahmen der Novelle der Approbationsordnung ab 2019 erfolgreich aufgegriffen, es stellen sich aber bei genauem Hinsehen drei erhebliche Probleme dar:

1. Aus Kostengründen wurden wichtige Weichenstellungen für die neue AOZ von der Politik ohne Begründung gestrichen.
2. Die Reform der AOZ ist nur für die klinische Ausbildung vollzogen. Der vorklinische Bereich wurde, außer einer Reduktion der zahntechnischen Anteile, nicht wesentlich novelliert, hier ist also noch ein zweiter Schritt nötig, der in einem MFT-Positionspapier bereits beschrieben wurde und der ebenfalls Geld kosten wird.³
3. Der so wichtige nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) ist in seiner momentanen Form lediglich ein „Papiertiger“, da er nicht in der AOZ verankert ist und somit keine nachhaltige Gültigkeit besitzt.³ Fazit: Erst wenn diese drei Punkte verantwortungsvoll – und das bedeutet auch ausfinanziert – adressiert sind, sind die Weichen für eine zukunfts-sichere zahnärztliche Ausbildung erfolgreich gestellt.



Quellen:

1 Frankenberger R, Weng D, Wucherpennig G, Tröltzsch M, Ries S, Baresel J, Bechtold M, Walter M, Wiltfang J. Perspektive Zahnmedizin 2030 – Positionspapier der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 2020;75:D1-D8.

2 The Lancet. Oral health at a tipping point. Lancet. 2019;394(10194):188.

3 Medizinischer Fakultätentag: Das Zahnmedizin-studium der Zukunft (2021).



Standortbestimmung Implantatchirurgie

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

Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität zu Köln und der interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Vizepräsident im BDIZ EDI

In der modernen Implantologie stehen dem Anwender eine Vielzahl von Implantatdesigns zur Verfügung, die für eine sichere und schnelle Einheilung und Versorgung werben. Damit eine provisorische oder definitive prothetische Versorgung ein beständiges Ergebnis zeigt, muss ein ausreichend stabiles Knochenlager gegeben sein. Dies ist leider oftmals nicht der Fall. Auch hier werden von unterschiedlichen Protagonisten Verfahren oder Materialien empfohlen, die einen schnellen und sicheren Knochenaufbau ermöglichen sollen. Bei all diesen Materialien muss aber das Grundprinzip der Osseointegration und Knochenregeneration beachtet werden. Die Zellen lassen sich nicht durch Marketing beschleunigen und der autologe Knochen stellt immer noch den Goldstandard dar. Neben der Biologie ist die Qualität der operativen Leistung ein

wesentlicher Erfolgsfaktor. So muss sich jeder chirurgisch Tätige durch eine bedachte Patientenauswahl seine persönliche Lernkurve erarbeiten. Zuletzt darf der Gesundheitszustand des Patienten nicht außer Acht gelassen werden. In einer alternden Gesellschaft in einem hoch entwickelten Industriestaat wird die Lebensqualität durch moderne pharmakologische Präparate „hochgehalten“, dabei ist aber der Einfluss dieser Therapien auf die knöcherne Wundheilung oftmals nicht bekannt. Somit steht der Chirurg in einem komplexen Umfeld unter der strengen Beobachtung, dass natürliche Risiken und Komplikationen oftmals nicht verstanden und als Behandlungsfehler gewertet werden.

Standortbestimmung Implantatprothetik

von Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Professur für Digitalisierung in der Zahnheilkunde an der Steinbeis-Hochschule, Berlin, Transfer-Institut Management of Dental and Oral Medicine, Generalsekretär im BDIZ EDI

Die passgenaue und ästhetisch ansprechende Versorgung von Implantaten hat schon immer das objektive und subjektive Ergebnis einer Implantatbehandlung bestimmt. Besonders der Einsatz von CAD/CAM-Technologien hat hier zu einer Vereinfachung bei der passgenauen Anfertigung der Versorgungen geführt, da bei bekannten Konstruktionsdaten der Implantate eine genauere Anschlussgeometrie erreicht werden kann. Leider ist das tägliche Vorgehen noch nicht so einfach, da es oftmals gilt, die Schnittstellen genau zu definieren. Da die digitalen Arbeitsabläufe teilweise sehr standardisiert sind, ist es oft nicht möglich, bei besonderen Patientensituationen vom Standardvorgehen abzuweichen. Dies ist nicht nur ein Problem der geschlossenen Systeme, sondern auch vermeintlich offene Systeme scheitern an den Einstellungsparametern.

Wenn aber die Lernkurve absolviert wurde und ein für den individuellen Behandler angepasster Arbeitsablauf etabliert ist, können Implantate heute sehr effizient und stabil versorgt werden. Gerade durch die CAD/CAM-Technologien lassen sich auch neue Werkstoffe verwenden, die weitere Behandlungsoptionen eröffnen. Auch wenn die Digitalisierung des implantologischen Behandlungsablaufs über alle Prozessschritte noch nicht durchgängig etabliert ist, liegt hierin die Zukunft für eine effektive und akzeptierte prothetische Versorgung.



Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin

von Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Vorsitzender der APW in der DGZMK, Vorstandsmitglied des BDIZ EDI seit 2021

Die Gesellschaft bewegt sich zunehmend in Richtung einer ressourcenschonenden und nachhaltigeren Lebensweise – eine Entwicklung, die in der Medizin und Zahnmedizin bisher nur wenig angekommen ist. Dabei ist der ökologische Fußabdruck der Medizin mit über 5 Prozent am gesamten Fußabdruck der Menschen sehr relevant.

Der Begriff der Nachhaltigkeit wird verschieden interpretiert. Manche verstehen darunter, Bambus-Zahnbürsten zu verwenden, manche Papierbecher und andere, das gesamte Konzept der Erfolgsraten der Behandlungen auf ein ressourcenschonenderes und umweltfreundliches Vorgehen festzulegen. Insgesamt kann man festhalten, dass Einzelmaßnahmen nicht zielführend sind und auch Einzelprodukte, die nachhaltig aussehen, nicht zwingend nachhaltig sein müssen. Die Zahnmedizin ist insgesamt in einer Situation, in der sie immer mehr Anforderungen von allen Seiten gleichzeitig bewältigen muss – von Betriebswirtschaftlichkeit über Patientenwünsche

bis hin zum Datenschutz – und dies soll alles ohne erhöhte Honorierung geleistet werden. Da echte Nachhaltigkeit von Materialauswahl über Prozessoptimierungen bis hin zu Kompensationen mit seriösen Projekten reicht, ist dies aufwendig und ein in der Praxis allein seriös fast nicht stemmbares Projekt.

Die Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin kann nur gemeinsam und konzertiert in kleinen Schritten erreicht werden, muss wissenschaftlich basiert sein und wir sollten immer vor Augen haben, dass die Sicherheit, die Erfolgsraten der Abläufe und die Praktikabilität der Praxisabläufe nicht gefährdet werden.

Die Zahnarztpraxis im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Erfordernis

von RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Sozialrecht und Justiziar des BDIZ EDI

Rechtliche Entwicklungen reagieren in der Regel auf tatsächliche Erfordernisse und formen die Welt nicht eigenständig. Die Aufnahme der Zahnärzte in den Katalog der gegen Covid-19 Impfberechtigten ist nicht dem Willen entsprungen, Impfberechtigungen generell neu zu gestalten. Der Gesetzgeber hat die Aufgabe, das Gesundheitswesen funktionsfähig zu gestalten und zu erhalten. Hier gibt es seit Jahren einen immer stärker werdenden Entscheidungsdruck als Folge der sinkenden Bereitschaft, in Praxen mitzuarbeiten, und das mit einem Arbeitspensum, das zu Zeiten, als man seitens der Politik Studenten vom Studium der Medizin und Zahnmedizin wegen drohendem akademischen Proletariats abriet, als normal galt.

Die Veränderungen in den monatlichen Arbeitspensum der Praxen sind real. Wenn immer weniger ZFAs dauerhaft im Beruf arbeiten wollen, hat das Gründe, die der Gesetzgeber nur dann hinnehmen dürfte, wenn man ZFAs nicht bräuchte. Wenn bei den Behandlern 50-Stunden-Wochen durch 30-Stunden-Wochen ersetzt werden, dann reduziert sich die für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehende Zeit um 40 Prozent, nicht aber der Behandlungsbedarf. So entsteht ein Delta, das immer größer wird. Man sieht es an der Entwicklung der Versorgungsdichte.

Damit stellt sich immer drängender die berufspolitisch höchst unangenehme Frage der Delegation und Substitution zahnärztlicher Leistungen. Wer soll das Delta ausfüllen? Wie soll der Beruf der nichtzahnärztlichen Praxismitarbeiter so attraktiv gestaltet werden, dass sie bleiben oder nach Elternzeit in den Beruf zurückkehren? Mehr Verantwortung wagen ist die Lösung, zu der sich der Gesetzgeber als Folge der Veränderungen der Arbeitswelt wohl gezwungen sehen wird.



Privatzahnärztlichen Abrechnung – auf was müssen Zahnarztpraxen 2022 achten?

von Kerstin Salhoff

Abrechnungsexpertin im Bereich BEMA, GOZ, GOÄ, BEL, BEB. Sie betreut die Abrechnungshotline des BDIZ EDI.

Kurze Antwort auf die Frage: auf konsequente, vollständige und sichere Berechnung ihrer Leistungen als Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Praxisjahr 2022. Die unaufhaltsam steigende Bürokratie und die auferlegten Pflichten zwingen zum Ausstieg aus der Kostenfalle.

Und die Schere geht auseinander. Der BEMA wird häufig besser bewertet als die GOZ. Die Gründe hierfür liegen einerseits in der kontinuierlichen BEMA-Punktwerterhöhung, der Erhöhung der Festzuschussbeträge bei Zahnersatzversorgungen und nicht zuletzt an neuen modernen Leis-



tungen wie die neue PAR-S3-Leitlinie oder die Unterkieferprotrusionsschiene im BEMA, also moderne Zahnmedizin, die in der GOZ 2012 nicht existiert.

Dazu kommt, dass die Leistungsbeschreibungen der vorhandenen GOZ-Ziffern häufig nicht mehr unserer Tätigkeit bei der Behandlung gerecht werden, nicht Bestandteil der GOZ sind und zur analogen Berechnung zwingt. Im Umkehrschluss bleibt nur die Möglichkeit, neue Leistungen und auch nicht vorhandene GOZ-Leistungen gemäß § 6 Abs.1 GOZ analog entsprechend zu definieren und im PVS zu etablieren. Ebenso muss geprüft werden, ob das Privathonorar bei vorhandenen GOZ-Ziffern noch ausreichend ist. Eine Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 der GOZ scheint bei vielen Leistungen unumgänglich. Wichtig: die Vereinbarung muss vor Beginn der Behandlung von Behandler und Patient unterzeichnet sein.

Honorarvereinbarungen sind 2022 und darüber hinaus für die Sicherung des wirtschaftlichen Erfolgs der Praxen notwendig. Ein erschütterndes Ergebnis liefert die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe in einer Vergleichsliste BEMA/GOZ: 50 Leistungen sind im BEMA höher bewertet als in der GOZ. Ergo müssen Praxen mit einem Faktor über dem 2,3-fachen Satz liquidieren – selbstverständlich mit der Angabe einer Begründung nach § 5 Abs. 1 und 2 GOZ, was wiederum einen erhöhten Dokumentationsaufwand und Zeitbedarf bei Rechnungserstellung und Patientenkommunikation bedeutet. 43 Leistungen aus dieser aktuellen Vergleichsliste liegen über dem 3,5-fachen Faktor und sind somit nur in Verbindung mit einer Honorarvereinbarung adäquat zu berechnen.

Mein Tipp: Preise und Honorare anpassen! Dabei hilft die neu konzipierte BDIZ EDI-Tabelle 2022.

ANZEIGE

4 Formen – 1 System nur ein Chirurgie-Set für alle Formen



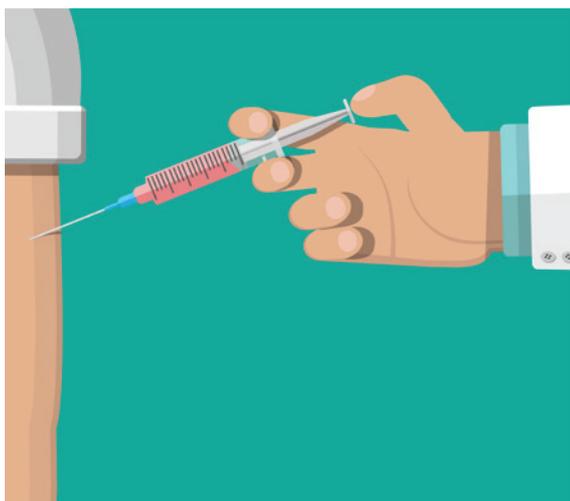
Sichere
Chirurgie
und weniger
Instrumente



RÜCKSCHAU

Corona-Schutzimpfung in Zahnarztpraxen

Zahnärzte bereit – Gesetzgeber nicht



Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“ wurden – zeitlich befristet – auch Schutzimpfungen gegen das Coronavirus in Zahnarztpraxen theoretisch ermöglicht. Das Impfen in den Zahnarztpraxen selbst konnte jedoch bis jetzt noch nicht starten, weil sich der Gesetzgeber vorbehalten hat, noch Details, u.a. zur Meldung der Impfungen an das Robert Koch-Institut (RKI) und zur Abrechnung, zu regeln. Viele Nachfragen von Zahnarztpraxen, die alle Voraussetzungen zum Impfen gemäß Infektionsschutzgesetz erfüllen, erreichen seit Wochen die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die (Landes-)Zahnärztekammern. Die vorgeschriebenen Schulungen seien in allen Kammerbereichen längst rege angenommen worden. Grundlegende Voraussetzung für weitere Schritte ist allerdings, dass die Zahnärzteschaft in der Impf-Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) genannt wird. Dies sei noch nicht der Fall. Nachfolgend muss noch die Anbindung an die Impfsurveillance des RKI und die Impfstoffbestellung ermöglicht werden. Ohne Impfverordnung fehlen zudem die rechtlichen Grundlagen für die Abrechnung. Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) unterstützen und beraten nach Verlautbarung das BMG hierbei und setzen sich, eigenen Angaben zufolge, für praktikable und bürokratiearme Lösungswege ein.

Quelle: BZÄK-Klartext

Mundgesundheit im europäischen Vergleich

IDZ-Vergleich in fünf Ländern

Eine aktuelle Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der TU Berlin vergleicht Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in fünf europäischen Ländern: Belgien, Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und Spanien. Anders als in Belgien und Deutschland werden in Dänemark nur einige Versorgungsleistungen für Erwachsene und Senioren umfänglich öffentlich abgedeckt, in Spanien und den Niederlanden gibt es kaum zahnmedizinische Leistungen, die öffentlich finanziert werden. Bei der Mundgesundheit schnitt kein Land über alle Altersgruppen gleichermaßen hervorragend ab: Bei den 5- bis 7-Jährigen Dänemark, die Niederlande und Spanien überdurchschnittlich, bei den 12- bis 14-Jährigen Deutschland und Dänemark, bei den 35- bis 44-Jährigen die Niederlande, Spanien und Belgien und bei den 65- bis 74-Jährigen Belgien und die Niederlande. Ein über alle Bereiche vorzugswürdiges zahnmedizinisches Versorgungssystem ist insofern nicht eindeutig zu ermitteln. Die Verfügbarkeit oralepidemiologischer Daten innerhalb der EU sei derzeit noch sehr begrenzt, so das IDZ. Es bleibe abzuwarten, ob die EU-Kommission die Idee eines „Europäischen Gesundheitsdatenraumes“ umsetzt. Ein Best-Practice-Ansatz sei auf fundierte Daten angewiesen.



Quelle: IDZ-Studie

Einführung von e-Rezept und eAU verschoben

Aufgeschoben ist nicht aufgehoben

Ärzte und Zahnärzte in Deutschland hatten bis Mitte Dezember über 50.000 Unterschriften gesammelt, um die Forderung: „Einjährige Testphase für Anwendungen in der Telematikinfrastruktur (TI)“ in den Petitionsausschuss zu tragen. Ob es im kausalen Zusammenhang steht oder nicht: Kurze Zeit später setzte das Bundesgesundheitsministerium das elektronische Rezept (e-Rezept), das am 1. Januar 2022 starten sollte, aus. Wie die zm meldet, böte dieser Umstand Zahnarztpraxen die Möglichkeit, in der verlängerten Testphase praktische Erfahrungen mit dem e-Rezept zu sammeln, bevor es in die Regelversorgung komme.

Quellen: diverse



NovoMatrix[®] Rekonstruktive Gewebematrix – das Material der nächsten Generation

NovoMatrix[®] ist eine aus porcinem Gewebe hergestellte azelluläre dermale Matrix. Die proprietäre Gewebeerarbeitung von LifeCell[™] ermöglicht eine optimale Zellrepopulation und Revaskularisation für eine ästhetische Weichgeweberegeneration.

Indikationen

- Vermehrung von befestigtem Gewebe um Zähne und Implantate
- Rekonstruktion des Kieferkammes für die prothetische Versorgung
- Gesteuerte Geweberegeneration bei Rezessionsdefekten zur Wurzeldeckung

Produktmerkmale

- Konsistente Dicke (1 mm)
- Vorhydriert
- Kontrollierte Herkunft

www.camlog.de/novomatrix



Kollagen-Matrices
im Vergleich

Vor der Anwendung bitte die Gebrauchsanweisung beachten.
NovoMatrix[®] ist eine eingetragene Marke von BioHorizons. ©BioHorizons.
Alle Rechte vorbehalten. Nicht alle Produkte sind in allen Ländern erhältlich.

VORSCHAU

Webinare mit dem BDIZ EDI 2022

Virtuell in den Frühling



Von A wie Abrechnung
bis Z wie zahnärztliches Praxislabor

Die Online-Seminare des BDIZ EDI
mit aktuellen Themen für die Zahnarztpraxis
www.bdizedi.org/seminare

Das 1. Halbjahr der Fortbildungsreihe „Der BDIZ EDI informiert 2022“ geht an den Start. Kerstin Salhoff stellt am 5. April 2022 um 13 Uhr im Abrechnungsseminar die Frage: „Erstversorgung oder Erneuerung einer Suprakonstruktion?“ Eine Woche später folgt das implantatchirurgische Seminar mit Dr. Dr. Markus Tröltzsch zum Thema: Implantatverlust – Ursachen & Rehabilitation. Alle weiteren Seminare sind online gelistet und wie gewohnt für Mitglieder kostenfrei: Meist dienstags oder donnerstags. Die Seminare im Überblick auf der Seite www.bdizedi.org/seminare. Wer einmal ein Seminar versäumt hat, kann sich die meisten Webinare im Mitgliederbereich online nochmals ansehen.

Quelle: BDIZ EDI

7. Mai 2022 in Köln

17. Experten Symposium im Frühling live

Risikofaktor parodontale Erkrankungen – Zahnerhalt oder Implantologie? Das Thema des Symposiums spannt den Bogen von der Parodontologie zur Implantologie. Das eintägige Symposium wird als Präsenzveranstaltung angeboten. Referenten sind u. a. Christian Berger, Dr. Wolfgang Bolz, Prof. Dr. Stefan Fickl, Prof. Dr. Dr. h.c. (mult.) Anton Sculean, Prof. Dr. Johannes Einwag, Dr. Maximilian Gärtner und Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig. Der von der Europäischen Konsensuskonferenz aktualisierte Praxisleitfaden Update ABC Kölner Risikoscore wird ebenfalls vorgestellt. Die wissenschaftliche Leitung obliegt Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller. Programm und Anmeldung auf der Internetseite des BDIZ EDI: <https://expertensymposium.bdizedi.org/> sowie in dieser Ausgabe und als Beilage.

Quelle: BDIZ EDI

27. Mai 2022 in Karlsbad

15. Europa-Symposium länderübergreifend

Der BDIZ EDI wird beim diesjährigen gemeinsamen Zahnärztetag von Bayern, Sachsen, Tschechien und Oberösterreich Kooperationspartner sein. Die Veranstaltung findet in Karlsbad/Tschechien statt. Die BDIZ EDI-Präsidenten Christian Berger und Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller stehen als Referenten im Programm. Es geht u.a. um die moderne Implantologie, um die Parodontaltherapie im Ländervergleich, um Laser, Botulinumtoxin in der modernen Zahnheilkunde und Gesichtschirurgie und um die Autotransplantation von Zähnen. Mehr dazu demnächst auf der Internetseite des BDIZ EDI unter „Veranstaltungen“. Der Kongress findet im Grandhotel PUPP in Karlovy Vary (Karlsbad) statt.

Quellen: BLZK und BDIZ EDI

2. Juli in Frankfurt am Main

32. Gutachterkonferenz Implantologie

Save the date: Zum 32. Mal findet die Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt. 2022 ist die hessische Landes Zahnärztekammer Kooperationspartner. Mehr dazu demnächst auf der Internetseite des BDIZ EDI unter Veranstaltungen.

Quelle: BDIZ EDI

Fachdental und id infotage dental

Veranstaltungen 2022 mit dem BDIZ EDI

Sämtliche Termine von Fachdental und id infotage dental sind für dieses Jahr terminiert. Der BDIZ EDI wird mit Stand jeweils vor Ort dabei sein.

Fachdental Leipzig: 23./24.09.2022

Fachdental Stuttgart: 14./15.10.2022

id infotage dental München: 21./22.10.2022

id infotage dental Frankfurt am Main: 11./12.11.2022

Quelle: Fachdental/id dental



tiologic
TWINFIT

conical

platform

IT'S MY CHOICE.

Entscheiden Sie jederzeit individuell und flexibel, welche Abutmentvariante für Ihren Patienten die beste ist – conical oder platform.

Mehr Informationen →



D DENTAURUM
IMPLANTS

www.dentaurum-implants.com



© Vitechek – stock.adobe.com

Webinarreihe des BDIZ EDI im ersten Halbjahr 2022

5-Sterne-Programm

Der BDIZ EDI setzt die erfolgreiche Seminarreihe „Der BDIZ EDI informiert“ 2022 fort. Im ersten Halbjahr stehen elf Online-Seminare auf dem Programm, die das breit gefächerte Spektrum des zahnärztlichen Berufsverbandes im Bereich Abrechnung, Recht, zahnärztlich-implantologische Fortbildung widerspiegelt. Auch 2022 bleiben die Webinare für Mitglieder kostenfrei. 2020 bis 2021 nahmen 12.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Webinaren teil.

Das Fortbildungsprogramm richtet sich an das gesamte Praxisteam. Von Januar bis Juni geht es um Abrechnung, um rechtliche Fragen, unternehmerische Aspekte und natürlich um hochwertige zahnärztliche Fortbildung. Fünf Webinare sind in diesem Jahr bereits gelaufen und haben die hohen Erwartungen der Teilnehmer erfüllt. Den Überblick über das gesamte Fortbildungsprogramm erhalten Sie in dieser Ausgabe. Drei Webinare möchten wir Ihnen hier gerne vorstellen:

5. April 2022, 13.00 – 14.30 Uhr Erstversorgung oder Erneuerung einer Suprakonstruktion

Das Webinar ist für Einsteiger als Grundlagenkurs, für Insider zur Auffrischung des Wissens geeignet: Wie ermittle ich den korrekten Festzuschuss? Im Webinar werden Tipps gegeben, wie der HKP beantragt werden muss.

Suprakonstruktionen gehören zum Alltag (auch ohne Implantation) und die Berechnung stellt uns immer wieder vor neue Herausforderungen. Wer jedoch die Zahnersatzrichtlinien genau betrachtet, für den stellt der Weg zur Ermittlung des korrekten Festzuschusses kein Problem dar. Zusätzlich ein paar Tipps für die Berechnung nach GOZ – und die Abrechnung wird zum Kinderspiel.

Referentin: Kerstin Salhoff

14. April 2022, 19.00 – 20.30 Uhr Implantatverlust – Ursachen und Rehabilitation

Wie lange hält ein Implantat? Die Patienten und wir Behandler hoffen natürlich: idealerweise für immer. Leider ist dies häufig nicht der Fall und somit ist die Frage, was einen Implantatverlust bewirken kann, ein wichtiger Entscheidungsfaktor bei der Therapieplanung. Zudem ist es wichtig, sich zu überlegen, wie mit Fällen umgegangen werden kann, in denen ein Implantatverlust nicht mehr zu verhindern ist. Dieser Vortrag geht auf Ursachen von Implantatverlusten und die Therapiemöglichkeiten für nicht mehr erhaltbare Implantate ein.

Referent: Dr. Dr. Markus Tröltzsch



Immer aktuell

Die Webinare des BDIZ EDI finden Sie immer aktuell auf der Internetseite des BDIZ EDI:

www.bdizedi.org/seminare

19. Mai 2022, 19.00 – 20.30 Uhr Funktion vor Implantation: Funktionsdiagnostik und -therapie mit besonderem Bezug zur Implantologie

Studien zum sog. „Implantatversagen“ zeigen, dass die restaurativen Komplikationen mindesten vier Mal häufiger sind als chirurgische Ursachen. Ein Teil davon ist sicherlich auf eine funktionelle Ätiologie zurückzuführen. Dies ist gerade vor dem Hintergrund der in den vergangenen Jahren deutlich gesteigerten angenommenen Behandlungsbedürftigkeit zahnärztlich-funktioneller Störungen in Europa von Bedeutung: Bei einer Inzidenz von ca. 80 Prozent in der Bevölkerung wird die Behandlungsbedürftigkeit nunmehr mit ca. 15 Prozent angegeben! In dem Webinar werden anhand von klinischen Fällen die Gefahren und mögliche Lösungen aufgezeigt und ein systematisches, wissenschaftlich-praktisch basiertes Konzept bei Diagnostik und Therapie vorgestellt.

Referent: Prof. Dr. Dr. Johann Müller

Die Seminare sind für Mitglieder des BDIZ EDI kostenlos. Für Nichtmitglieder wird eine Gebühr von 50 Euro erhoben. Wer Mitglied wird, erhält die Gebühr zurückerstattet. Pro Seminarteilnahme gibt es 1 bis 2 Fortbildungspunkte (nur bei Teilnahme an der Live-Veranstaltung). Exklusiv für Mitglieder wird eine Aufzeichnung des Webinars im Mitgliederbereich zeitlich befristet angeboten.

AWU



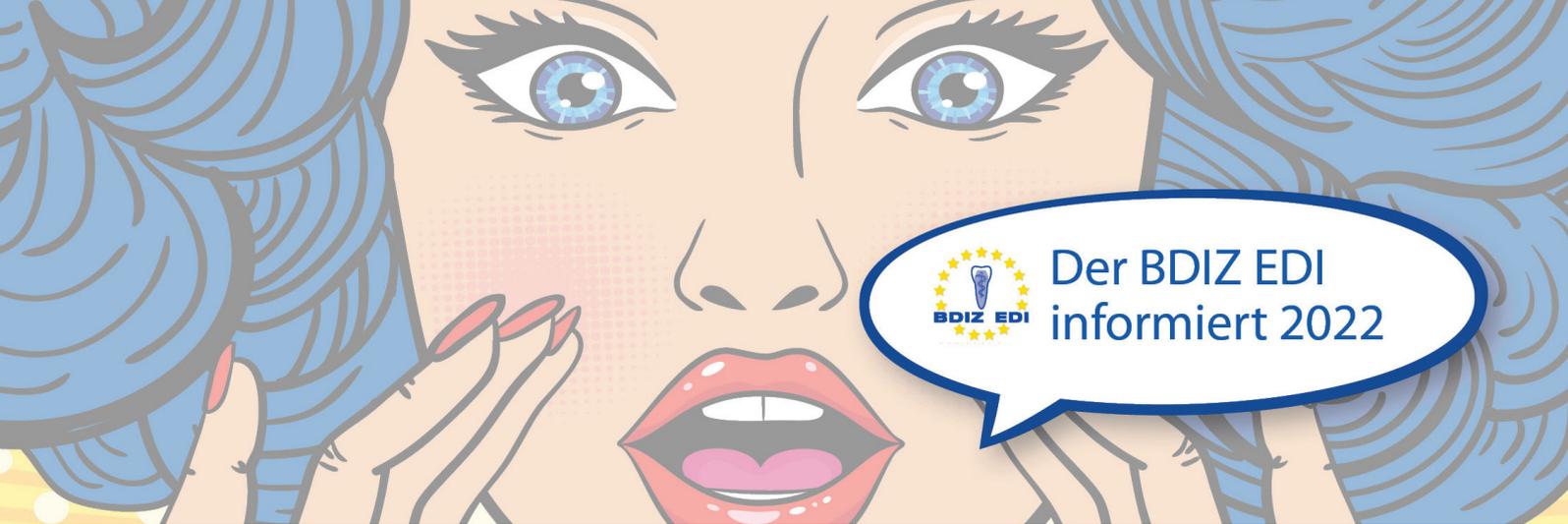
Kerstin Salhoff
Prof. Dr. Dr. Johann Müller
Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Anmeldung zum BDIZ EDI-Newsletter per E-Mail an: office-munich@bdizedi.org oder via Fax an 089 72069889

Ja, ich möchte künftig über die aktuellen Webinare informiert werden und den Newsletter erhalten:

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse



Online-Fortbildungsprogramm im 1. Halbjahr 2022

18.01.2022 / 19.00–20.30 Uhr

Update Gesetzesänderungen und Sonderregelungen
Referentin: Kerstin Salhoff, Abrechnungsexpertin
2 Fortbildungspunkte

25.01.2022 / 19.00–20.30 Uhr

PAR-Richtlinie, Teil 2: Richtlinienkonforme Umsetzung –
so funktioniert's
Referentin: Kerstin Salhoff, Abrechnungsexpertin
2 Fortbildungspunkte

10.02.2022 / 19.00–20.00 Uhr

Praxisstrategien: Ihre Praxis als Unternehmen sehen –
welche Rechtsform passt?
Referent: Dr. Freimut Vizethum, Vorstandsmitglied im BDIZ EDI
1 Fortbildungspunkt

15.03.2022 / 19.00–20.30 Uhr

Crystal Meth – Auswirkungen der Designerdroge
auf die Mundhöhle
Referent: Dr. Christoph Urban, Vorsitzender des BDO Bayern
2 Fortbildungspunkte

24.03.2022 / 19.00–20.30 Uhr

Wir machen auch Hausbesuche: Wenn der Staatsanwalt kommt...
Referent: Thomas Hochstein, 1. Staatsanwalt der General-
staatsanwaltschaft am Landgericht Stuttgart
2 Fortbildungspunkte

→ 05.04.2022 / 13.00–14.30 Uhr

Erstversorgung oder Erneuerung einer Suprakonstruktion
Referentin: Kerstin Salhoff, Abrechnungsexpertin
2 Fortbildungspunkte

→ 14.04.2022 / 19.00–20.30 Uhr

Implantatverlust – Ursachen und Rehabilitation
Referent: Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Vorsitzender der APW in der DGZMK
2 Fortbildungspunkte

→ 19.05.2022 / 19.00–20.30 Uhr

Funktion vor Implantation – Funktionsdiagnostik und -therapie
mit besonderem Bezug zur Implantologie
Referent: Prof. Dr. Dr. Johann Müller, Präsident der EDA
2 Fortbildungspunkte

→ Termin wir rechtzeitig bekannt gegeben

Kölner ABC-Risikoscore – so bewerten Sie die anstehende
Implantatbehandlung richtig (Praxisleitfaden 2022)
Referenten: Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Prof. Dr. H.J. Nickenig, Uni Köln
2 Fortbildungspunkte

→ 21.06.2022 / 13.00–14.30 Uhr

Berechnungsmöglichkeiten: konv. vs. digitale Abformung
Referentin: Kerstin Salhoff, Abrechnungsexpertin
2 Fortbildungspunkte

→ Termin wird rechtzeitig bekannt gegeben

PRF als autologe Komponente zur Unterstützung der
Eigenregeneration in der Implantologie
Referent: Prof. Dr. Dr. Shahram Ghanaati, Uni Frankfurt
2 Fortbildungspunkte



Kerstin Salhoff
Prof. Dr. Dr. Johann Müller
Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Dr. Dr. Markus Tröltzsch
Thomas Hochstein
Dr. Freimut Vizethum
Dr. Christoph Urban

Die Seminarreihe „Der BDIZ EDI informiert!“ bildet das breite Spektrum der BDIZ EDI-Arbeit ab – von A wie Abrechnung bis Z wie zahnärztliche Dokumentation. Teilnehmende Mitglieder der Online-Seminare erhalten nach den speziell gekennzeichneten Vorträgen gegen Gebühr auch das Skript zugesandt.
Termin verpasst? Jetzt den Newsletter über unsere Webseite abonnieren: www.bdizedi.org

Die Fortbildungspunkte werden gemäß den Leitlinien für Fortbildung von BZÄK, DGZMK und KZBV vergeben.

Die Online-Seminare sind kostenfrei für Mitglieder. Nichtmitglieder zahlen bitte 50 Euro. Jetzt Mitglied werden und von den tollen Seminarangeboten profitieren!



Anmeldung unter:
www.bdizedi.org/seminare



Osstem Implant

Your partner for dental solutions



Neben Implantaten und anderen hochwertigen und innovativen Produkten, zu einem attraktiven Preis, ist unser oberstes Ziel, unseren Kunden einen individuellen und höchstmöglichen Service anzubieten um den Erfolg für Patienten wie Behandler sicherzustellen. Dabei steht der Leitsatz, "Verlässlichkeit schafft Vertrauen", stets im Vordergrund.



Unser Unternehmen hat ein Gesicht, lernen Sie uns doch mal kennen.

✉ bestellung@osstem.de

☎ +49 (0) 6196 777 5501

🌐 www.osstem.de

OSSTEM[®]
IMPLANT



Jetzt anmelden zum Curriculum 24 in Köln

Ein Muss für Einsteiger

Das Curriculum Implantologie des BDIZ EDI ist nicht nur für Einsteiger ein Muss. Der BDIZ EDI bietet regelmäßig in Kooperation mit der Universität zu Köln einen profunden Grundkurs in die Implantologie, der mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen punktet. Eine Besonderheit ist, dass auch Fortbildungsbausteine, die nicht beim BDIZ EDI erworben wurden, in das Curriculum des BDIZ EDI integriert werden können, wenn deren Wissenschaftlichkeit anerkannt ist.

Das gemeinsame Curriculum von BDIZ EDI und Universität Köln zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass die Teilnehmer über alle acht Module hinweg durch das Kölner Team (Prof. Dr. Dr. J. E. Zöller, Prof. Dr. Nickenig M.Sc., Priv-Doz. Dr. Dr. Kreppel)

begleitet werden. Ein aktuelles Skript zu jedem Modul sorgt dafür, dass der sogenannte „rote Faden“ nicht verloren geht.

Acht Module

Die Module bauen systematisch aufeinander auf, sodass der Teilnehmer im Verlaufe des Curriculums vom einfachen Standardprotokoll bis hin zu 3D-gestützten Augmentationstechniken und aufwendiger Implantatprothetik ein komplexes Gesamtpaket Implantologie für die Praxis erhält.

Damit der Einstieg in die Implantologie leicht gemacht wird, werden bewusst auch scheinbar selbstverständliche Dinge wie Protokolle, unterschiedliche Implantatsysteme, erforderliche Instrumentensätze, einfache und spezielle Diagnostik, implantatprothetische Versorgungskonzepte dargestellt. Die begleitenden Workshops ermöglichen das nachfolgende implantatchirurgische und -prothetische Training. Neben den vorgesehenen

Live-OPs können nach gemeinsamer Vorbereitung auch Fälle der Teilnehmer unter deren Assistenz von einem Kölner Referenten im Rahmen der Live-OP operiert werden. Zur Ergänzung des Lerneffektes in der Gruppe finden regelmäßig Fallpräsentationen von Fällen der Teilnehmer statt. Gegen Ende des Curriculums werden die erlernten Techniken am Humanpräparat trainiert.

Die Integration aktuellster Themenbereiche und Therapiemethoden (3D-gestützte Operationen, Knochenaufbereitung mittels Ultraschall, CAD/CAM-Technologien zur Knochenregeneration etc.) runden das Bild des praxisorientierten Curriculums ab.

Zur Abschlussprüfung werden von jedem Teilnehmer zwei implantatchirurgische und/oder implantatprothetische Fälle präsentiert und zur Diskussion gestellt. Die Zertifikatübergabe erfolgt im unmittelbaren Anschluss zur bestandenen Prüfung.

RED

Info

Die Kurse finden jeweils statt:

- 1. Tag – Donnerstag
14.00 – 20.00 Uhr
- 2. Tag – Freitag
08.00 bzw. 09.00 – 18.00 Uhr

Kursgebühr und Anmeldung

- 4.500,00 Euro für
BDIZ EDI-Mitglieder
- 5.800,00 Euro für Nicht-Mitglieder

Anmeldung:

office@bdizedi.org,
Tel. 02203 8009339
www.bdizedi.org/curriculum

* die ermäßigte Gebühr gilt nur in Verbindung mit dem Abschluss einer Mitgliedschaft für eine Mindestlaufzeit von mehr als 36 Monaten

Die acht Module im Curriculum Implantologie

Modul 1

Grundlagen der Implantologie

- Anatomie und Histologie des stomatognathen Systems
 - Allgemeine Diagnostik in der Implantologie
 - Aufklärung
 - Kölner ABC-Risiko-Score
- + externe Referenten

Modul 2

Indikationen, Diagnostik und Fallplanungen

- Risikopatienten und Monitoring
 - Indikationsbeschreibungen
 - Vermeidung von Fehlpositionierungen
 - Blutgerinnungskompromitt. Patienten
- Workshop I: Chirurgische und prothetische Protokolle*
+ externer Referent

Modul 3

Implantatsysteme, Instrumente, erweiterte Diagnostik

- Informationen zur Schnittbilddiagnostik
 - Grundlagen zur 3D-Diagnostik
 - Führungsschablonen/Führungshülsen
 - Welches Implantat? Systemvergleich
- Workshop II: 3D-Workshop mit interaktiver Planung*
Demo unterschiedlicher Instrumentensets
Fallpräsentationen der Teilnehmer I

Modul 4

Implantatprothetik I + minimalinvasive Eingriffe

- Moderne Zahnextraktion
 - Implantatprothetik (Instrumente, Abdrücke, Aufbauten)
 - Minimalinvasive Eingriffe
(Flapless Surgery, 3D Bone-Splitting, Sinuslift)
 - Notfälle in der zahnärztlichen Praxis
- Workshop III: Chirurgische und prothetische Protokolle, Instrumentensets*
Modifiziertes Bone Splitting mittels Piezosurgery
Fallpräsentationen der Teilnehmer II

Modul 5

Augmentation I – regionaler Knochen

- Ungünstige Biomechanik vs. Augmentation
 - Sofortimplantation
 - Sinusbodenelevation
- Workshop IV: Training Sinusbodenelevation am Modell- und Tierpräparat*
Übung: Customized Bone Regeneration
Fallpräsentationen der Teilnehmer III
+ externe Referenten

Modul 6

Implantatprothetik II + Weichgewebsmanagement

- Antibiotikatherapie
 - Implantatfreilegung und Weichgewebekorrekturen
 - Implantatprothetik II: Zähne und Implantate
 - Implantatprothetik III: Herausnehmbarer ZE
- Workshop V: Hart- und Weichgewebsmanagement – Übungen am Schweinekiefer*
+ externe Referenten
Fallpräsentationen der Teilnehmer IV
Klausur

Modul 7

Augmentation II – Knochenferntransplantation + Distraction

- Beckenkammaugmentation
 - Grundlagen und Ergebnisse der Distractionsosteogenese
 - Implantatprothetik Frontzahn
- Praktische Übungen am Humanpräparat, Training der erlernten Operationstechniken*
+ externe Referenten
Fallpräsentationen der Teilnehmer V

Modul 8

Recall – Komplikationsbewältigung – Zukunftsperspektiven

- Recall
 - Periimplantitis-Therapie
 - Der Implantologe vor Gericht
 - Keramik-Coating von Implantaten
- + externe Referenten

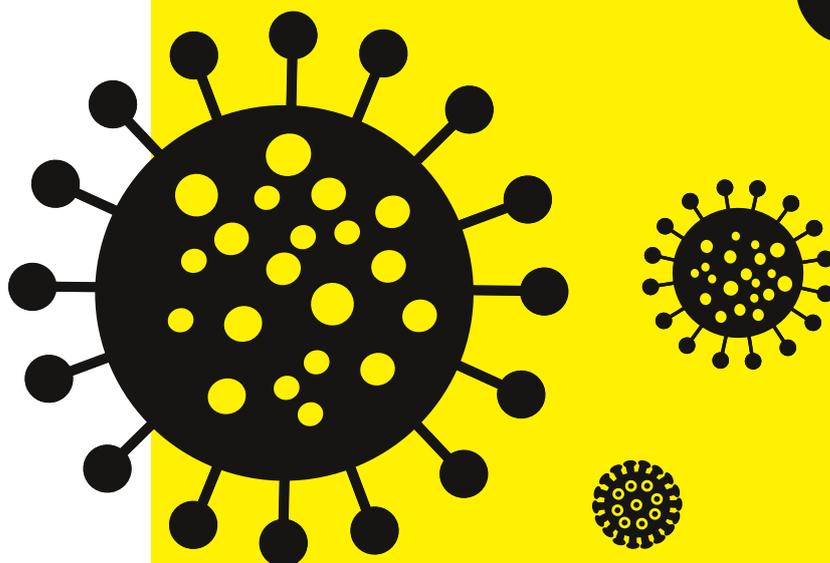
Abschlussprüfung

Curriculum online

Auf der Internetseite des BDIZ EDI finden sich weitere Informationen zum Curriculum: www.bdizedi.org/curriculum/

Peter Knüpper über Gesundheitspolitik im Zeichen der Corona-Pandemie

Härtetest für Politik und Gesellschaft



Die beiden vergangenen Jahre standen nicht nur gesundheitspolitisch ganz im Zeichen der Corona-Pandemie. Viele Bereiche unseres Daseins waren betroffen. Seit der Pest im 14. und der Spanischen Grippe im 20. Jahrhundert, seit den bereits zu Beginn der Menschheitsgeschichte aufgetretenen Pocken gab es kein vergleichbares Szenario globaler Bedrohung von Gesundheit und Leben. Doch „Corona“ ist längst kein virologisches, kein medizinisches Thema mehr. Markus Söder (CSU), der Bayerische Ministerpräsident, hat in einem Interview für die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (FAS vom 23.1. 2022) zutreffend auf die „gesellschaftliche und wirtschaftliche“ Dimension hingewiesen. Volkswirte schätzen, dass die Kosten der Pandemie sich alleine in Deutschland bislang auf 350 Milliarden Euro belaufen.

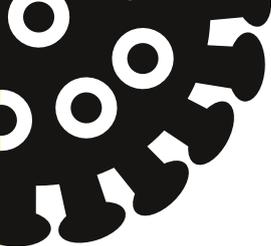
Die Ursachen und Ängste

Noch immer scheinen jene Ursachen nicht geklärt, die dem erstmals am Jahreswechsel 2019/2020 in China diagnostizierten, neuartigen Corona-Virus (nCoV) zur weltweiten Ausbreitung verhelfen und binnen eines Monats zur Ausrufung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite, der höchsten Warnstufe der Weltgesundheitsorganisation (WHO), führten. Das ist ebenso beunruhigend wie beängstigend. War es ein Wildtier-Markt in der chinesischen Provinzstadt Wuhan, wo das Virus auf den Menschen übersprang? So vermutet es die WHO in ihrem Ende März 2021 vorgelegten Bericht. Oder ein Laborunfall, vielleicht bei der Herstellung biologischer Kampfstoffe? Handelt es sich um Vorboten der biblischen Apokalypse, die den baldigen Weltuntergang prophezeien, wie mir eine Nachbarin glaubhaft versichert? Bis heute bilden diese Ängste den febrilen Nährboden für Querdenker und Verschwörungstheoretiker.

Die Politik

In kürzester Zeit legte das Virus viele Schwachstellen unseres Gesundheitssystems frei. In ihrer Hilflosigkeit reagierten Staaten mit Abschottung, Politiker mit Bagatellisierung. (Man denke nur an die Diskussion über die Sinnhaftigkeit von Gesichtsmasken.) Den Prognosen vermeintlicher und tatsächlicher Experten über den Verlauf der Infektion schlug das gefährliche Virus ein über's andere Mal ein Schnippchen.

Nein, Politik und Gesellschaft waren auf eine solche Gefahrensituation nicht vorbereitet: Fehlende Schutzausrüstung der Pfleger und Behandler, mangelhafte Personal- und Sachkompetenz staatlicher Gesundheitsämter, unzureichende Datenerfassung, Kommunikationsprobleme, dazu ein Kompetenzwirrwarr aufgrund föderaler Strukturen in Deutschland zeigten gewaltige Defizite auf. Nicht nur Zentralstaaten mit staatlichen Gesundheitssystemen lernten – wieder einmal – die Grenzen ihres Versorgungsversprechens kennen. Auch die Privatisierung von Krankenhäusern offenbarte jetzt Schwächen: Intensivmedizin ist kein lukratives Geschäft für kommerziell orientierte Klinikbetreiber. Es spricht für sich, dass erst durch Ausrufung des Katastrophenschutzes hierzulande Privatkliniken zur Übernahme von Corona-Patienten verpflichtet werden konnten, um Universitätskliniken und Schwerpunktkrankenhäuser zu entlasten. Die Schreckensbilder aus den Hospitälern im oberitalienischen Bergamo ließen Europas Regierungen in Aktionismus verfallen. Der Deutsche Bundestag rief in Zusammenhang mit der Neuregelung des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite aus und hob den Arztvorbehalt auf, der zur medizinisch notwendigen Behandlung eine staatliche Approbation voraussetzt. Zahllose Ministerkonferenzen, zunächst im herkömmlichen Format, dann zeitweise nur noch virtuell, verhandelten Maßnahmenpakete und Rechtsverordnungen. Großveranstaltungen, wie das Oktoberfest, fanden nicht mehr statt, auf der Münchener Theresienwiese wurde stattdessen ein Test- und Impf-



zentrum „aus dem Boden gestampft“. Die Fußballbundesliga fand vor leeren Zuschauerrängen statt, Kontaktbeschränkungen wurden verhängt. Millionen Angestellte fanden sich im Homeoffice wieder, Homeschooling zeigte rasch, wie wenig das deutsche Bildungssystem mit digitalen Techniken vertraut war (und ist), getoppt von einer überforderten Ministerialbürokratie, die freitags nach Unterrichtsende neue Direktiven für den Lehrablauf der darauffolgenden Woche an die Schulsekretariate versandte, wo Pädagogen sich ob der eingehenden Faxanweisungen die Haare raufte. Die öffentliche Sicherheit und Ordnung schien ins Wanken zu geraten. Spötter posteten, der Beginn der wärmeren Jahreszeit sei bis dato die effektivste Maßnahme gegen Corona.

Die Antwort der Medizin

Bei so viel Chaos kommt es fast einem Wunder gleich, dass zeitnah Impfstoffe entwickelt werden konnten, die Schutz vor Ansteckung oder zumindest vor schwerwiegenden Verläufen dieser gefährlichen Virusinfektion bieten. Das erinnert an die Entwicklungssprünge in der Medizin vor 200 Jahren. Wer heute Ugur Sahin, Özlem Türeci und ihr Mainzer Unternehmen BioNTech für ihre bahnbrechenden Erfolge feiert, darf auch an den Arzt Johann Peter Frank (1745–1821) und den Forscher und Wissenschaftler Rudolf Virchow (1821–1902) erinnern. Letzterer hat mit seiner Forschung zur Zellulärpathologie an der Berliner Charité vor 200 Jahren den Grundstein einer wissenschaftsbasierten Medizin gelegt. Sein pragmatischer Einsatz für den Ausbau des Berliner Kanalsystems half nicht nur bei der Bekämpfung der Cholera, Medizin wurde zu einem sozialen Faktor. Mit Virchow hat sich das Bild der Heilkunst, geprägt von der auf den Lehren des Hippokrates und der Galenik fußenden Humoraltheorie, verändert. Forschung und Wissenschaft, gepaart mit Unternehmergeist und Technik, traten in den Vordergrund. Aus der Pharmakologie entwickelte sich eine Pharmaindustrie, die – standortverbunden

und häufig unternehmergeführt – zu einem Wirtschaftsfaktor in Deutschland wurde. Selbst wenn der Forschungs- und Handlungsspielraum von Pharmaunternehmen durch die Politik immer wieder eingeschränkt wird und viele Unternehmen ins Ausland abgewandert sind, ist deren Anteil an der Krankheitsbekämpfung eine Erfolgsgeschichte. Im Vergleich dazu geriet die politische Impfstrategie gegen Corona in Deutschland zu einem Desaster. Das hatte auch damit zu tun, dass mögliche Nebenwirkungen der mRNA-basierten Technik bei Entwicklung und Herstellung von Impfstoffen in den Vordergrund der medialen Berichterstattung gerückt wurden. So beeilten sich Politiker recht früh, eine allgemeine Impfpflicht partout auszuschließen. Dabei hätte die Erfahrung bei der Ausrottung der Pocken lehren müssen, dass gegen lebensbedrohliche Viren „ein Kraut gewachsen ist“, wenn man es denn anwendet. Mit der Hoffnung auf ein Abflauen der Pandemie begaben sich die Parteien 2021 in den Bundestagswahlkampf. So verfloß erneut wertvolle Zeit zum Handeln. Im November 2021 war Deutschland in einer vierten Welle der Pandemie angekommen.

Die gesellschaftspolitische Debatte

Spätestens mit Otto von Bismarck (1815–1898) ist Gesundheit auch zum Exerzierplatz deutscher Politik geworden, die seit 1883, dem Jahr des Inkrafttretens des „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ zunehmend Einfluss auf die Krankenversorgung nahm. Was als Solidaritätsbeitrag zur Minderung existenzieller, wirtschaftlicher Risiken begann, hat sich heute zu einem kaum noch zu überblickenden Versorgungsapparat entwickelt, der die Gesunden in trügerischer Gewissheit wiegt, das Versicherungssystem garantiere einen grundrechtlich gesicherten (und einklagbaren) Rechtsanspruch auf Gesundheit. Mehr noch: Mit einem überschaubaren Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei jede Form von

Zum Autor



Peter Knüpper ist Rechtsanwalt in einer renommierten Münchener Medizinrechtskanzlei. Er war von 1995 bis 2018 Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) und von 2017 bis 2019 Geschäftsführer der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB). Er lehrt an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München zur Geschichte der Zahnmedizin und zu Berufsrecht und Berufsethik.

Krankheit zu heilen, mindestens aber zu lindern. In der Ergänzung des Leistungsversprechens um vielfältige versicherungsfremde Leistungen erscheint die GKV heute als Rundum-sorglos-Paket. Wer dagegen auf den Grundsatz der Selbstverantwortung für die Gesundheit hinweist, stößt häufig auf Erstaunen. Ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich müssen die Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der GKV nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sein. Sie sollen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Darüber hinausgehende Leistungen dürfen von den zugelassenen Vertragsärzten und -zahnärzten und auch von den Krankenhäusern nicht bewirkt, von den Krankenkassen nicht bewilligt werden, § 12 Abs. 1 SGBV. Das sehen erkrankte Versicherte meist anders, zumal sich die individuelle Inanspruchnahme von Leistungen nicht auf

den (politisch festgesetzten) Beitrag auswirkt, zu dem der Arbeitgeber die Hälfte beisteuert. Nur privat Versicherte, das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kennt hier kein Wirtschaftlichkeitsgebot und der Bund zahlt auch keinen milliardenschweren Zuschuss zu deren Krankenversicherung, erfahren die Wechselwirkung zwischen Leistung und Beitrag.

Die Rechtslage

In Zusammenhang mit der Corona-Krise schien auch die Justiz zeitweise überfordert, die zahlreichen Rechtsverordnungen von Bund und Ländern im Hinblick auf formelle und materielle Rechtmäßigkeit zu prüfen. Dass Einschränkungen von Freiheitsrechten, auch dem Recht auf Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG), Schranken unterliegen und verhältnismäßig sein müssen, das ist keine Norm, sondern ein Prüf- und Auslegungskriterium der Verwaltungs- und Verfassungsgerichte. Je gravierender die Eingriffe in individuelle Grundrechte, umso intensiver erfolgt diese Prüfung – mit unterschiedlichen Ergebnissen. Auch Justitia lernte dazu und tut es immer noch, wie zuletzt die Entscheidung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes zur sogenannten „2G-Regelung“, die ausschließlich Geimpften und Genesenen Zugang zu Einzelhandelsgeschäften gewährte, zeigt (BayVGH, Beschluss vom 19. Januar 2022, Az. 20 NE 21.3119).

Einschränkungen der persönlichen Handlungsfreiheit muss ein Freiheitsbegriff zugrunde liegen, der auf persönlicher und sozialer Verantwortung beruht. Beides gehört zueinander. Dazu passt nicht das Verlangen des Ungeimpften, jederzeitige und bestmögliche medizinische Versorgung bei einer Corona-Erkrankung zu beanspruchen, zugleich aber seinen nächsten Angehörigen, Nachbarn, Kollegen, Alten und Kindern in der Gesellschaft, ja selbst dem medizinischen Behandlungspersonal einen persönlichen Beitrag zum Schutz vor Ansteckung zu verweigern. Diesen gesellschaftspolitische Härtetest müssen wir in Deutschland erst noch bestehen.

Die Zukunft

Man muss kein Wahrsager sein, um zu prognostizieren, dass Gesundheitspolitik nach der Corona-Pandemie einen anderen Stellenwert haben wird. Das ist allein schon an einer besonderen Personalie abzulesen. Dass ein Gesundheitsminister durch kassandraartige Warnungen und medienwirksamen Aktionismus vorübergehend auf den ersten Plätzen der Polit-Beliebtheitsskala landen könnte, hätte man bis dahin als Fehleinschätzung abgetan. Dass es Karl Lauterbach (SPD) wäre, dem dies Kunststück gelingt, erst recht. Wünschenswert wäre, dass die bislang häufig nur unter ökonomischen Gesichtspunkten geführte Diskussion über die Zukunft des Krankenversicherungssystems eine neue, eine zusätzliche Dimension erhielte. Auch wenn wir weit von einer Gesundheitsdiktatur entfernt sind, wie sie von Juli Zeh in ihrem 2009 erschienenen Roman „Corpus delicti“ an die Wand gemalt wurde, muss man kein „Querdenker“ oder „Verschwörungstheoretiker“ sein, um zu erkennen, dass Corona unsern Blick auf die Gesellschaft, ihre Strukturen und Organisationen verändert hat. Bislang nicht für denkbar gehaltene Einschränkungen der Freiheitsrechte aus Gründen des Gesundheitsschutzes liegen jenseits der Debatte um Beitragssatzstabilität und Bürgerversicherung. Künftig wird die Auseinandersetzung um den richtigen Weg, das Gesundheitssystem zu stabilisieren, auch eine noch stärkere gesellschaftspolitische Dimension haben. Vielleicht ist insoweit der Begriff „Zweiklassenmedizin“ neu zu interpretieren: Auf der einen Seite Verantwortungsbewusste, die sich und andere – auch ohne Impfpflicht –, so gut es geht, vor einer gefährlichen Virus-Pandemie schützen, auf der anderen Seite Menschen, die Gesundheit als Grundrecht einfordern, ohne selbst einen Beitrag zu ihrem Schutz vor eigener Ansteckung und – was viel gravierender ist – zum Schutz anderer leisten zu wollen. Nicht dass Bundesregierung und Bundestag in Befolgung ihres verfassungsmäßigen Auftrages,

Schaden vom deutschen Volk abzuwenden, über eine Impfpflicht, vielleicht auch nur für Risikogruppen, entscheiden, ist das Problem, sondern dass die fehlende Eigenverantwortung einer kleinen, zu meist unbelehrbaren Minderheit mittelbar zu Freiheitseinschränkungen einer großen verantwortungsbereiten Mehrheit führt.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in einer Entscheidung Ende letzten Jahres den Gesetzgeber aufgefordert, Schutzrechte besonders vulnerabler und benachteiligter gesellschaftlicher Gruppierungen zu beachten und Vorgaben für eine im schlimmsten Fall notwendige Priorisierung medizinischer Leistungen zu definieren (BVerfG, Beschluss v. 16.12.2021, Az. 1 BvR 1541/20). Müsste in eine gesetzgeberische Verteilungsentscheidung nicht auch einfließen, wie bei Knappheitssituationen in der Intensivmedizin und damit einer Triage zu verfahren ist, wenn lebensbedrohlich Erkrankte zuvor bewusst auf den ihnen angebotenen, in Zukunft möglicherweise verpflichtenden Impfschutz verzichtet haben?

Ein Fazit

Die Letztverantwortung für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im konkreten Einzelfall, auch darauf hat das BVerfG hingewiesen, liegt beim ärztlichen Personal. Was zu der abschließenden Feststellung führt, dass sich die Gesundheitspolitik in Zukunft – nicht nur beim Thema Pflege – wieder stärker an den Strukturen der (immer noch) freiberuflich orientierten medizinischen Versorgung und Verantwortung der Heilberufe ausrichten muss. Es ist ein Fehler, den Eindruck zu wecken, der Staat könne Gesundheit gewährleisten. Es war ein Fehler, die Kompetenz der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie ihrer Selbstverwaltungskörperschaften nicht von Beginn an in die Bekämpfung der Corona-Pandemie einzubeziehen. Das darf sich nicht noch einmal wiederholen.

Peter Knüpper, Rechtsanwalt



#ONE FOR ALL



Einscannen
und Torq Control®
in Aktion erleben!

Anthogyr Torq Control® – Universeller Drehmomentschlüssel, kombinierbar mit jedem Implantatsystem

Ein Werkzeug für alle Implantatsysteme und Protokolle. Hochpräzise und sicher, einfach und komfortabel zu handhaben. Hohe Präzision beim Drehmoment und mehr Komfort für Behandler und Patienten. Mehr Informationen finden Sie unter www.anthogyr.de



Herausgabe und Verlag von BDIZ EDI konkret und EDI Journal

Partnerschaft zwischen BDIZ EDI und OEMUS MEDIA AG

BDIZ EDI konkret und EDI Journal, Fachjournale für die implantologische Praxis, werden seit dem 1. Januar 2022 von der OEMUS MEDIA AG verlegerisch betreut. Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) hat als Herausgeber den Vertrag Mitte Dezember 2021 unterzeichnet.

Die Mitgliederzeitschrift BDIZ EDI konkret und ihr europäisches Pendant, das englischsprachige EDI Journal, erscheinen vier Mal im Jahr in einer Auflage von jeweils ca. 7.000 Exemplaren. Die Leserschaft in Deutschland und Europa ist vielfältig: Mitglieder, Abonnenten, Universitäten, Verbände, Vereine, zahnärztliche Körperschaften, Kammern, assoziierte Partnerverbände des BDIZ EDI aus Europa und darüber hinaus, Versicherungen, Rechtsexperten, Abrechnungsstellen, Zahnlabore, europäische Parlamentarier, EU-Kommission, der europäische Dachverband Council of European Dentists (CED), die Federation Dentaire In-

ternationale (FDI) als weltweit größter zahnärztlicher Verband, Bundesgesundheitsministerium, Bundesjustizministerium, Bundesfinanzministerium, Lobbyisten in Brüssel und Berlin und die Dentalindustrie.

Herausgeber und Verlag

Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI: „Der Vorstand hat sich einvernehmlich für die Intensivierung der europäischen Ausrichtung entschieden, die wir mit der OEMUS MEDIA AG umsetzen



von oben links nach unten rechts:

Präsident BDIZ EDI – Christian Berger,
Generalsekretär BDIZ EDI – Prof. Dr. Jörg Neugebauer,
Projektleiter – Stefan Thieme,
Chefredakteurin – Anita Wuttke,
Vorstand OMAG – Lutz Hiller



möchten, die stark europäisch orientiert und über die verlegerische Komponente hinaus breit aufgestellt ist. Wichtig ist uns die crossmediale Vernetzung und Weiterentwicklung der beiden Fachtitel. Die Chefredaktion für BDIZ EDI konkret und EDI Journal bleibt auch in der neuen Konstellation in den Händen der Münchner Fachjournalistin Anita Wuttke. Sie stellt seit 2013 ihr Können als Blattmacherin eindrucksvoll unter Beweis!“

Lutz V. Hiller, Mitglied des Vorstandes der OEMUS MEDIA AG: „Als Verlag freuen wir uns sehr über die Entscheidung des Vorstandes des BDIZ EDI, uns die verlegerische Betreuung dieser beiden renommierten Titel anzuvertrauen. Die beiden Zeitschriften passen sehr gut in unser bestehendes Portfolio und ergänzen hier die bisher noch fehlende standespolitische Komponente. Wir sehen mit Freude der vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem BDIZ EDI entgegen.“

Im Team verantwortlich

Die Zusammenarbeit wird aufseiten des Verlags von Stefan Thieme als Projektleiter gemanagt. Er sorgt für den reibungs-

losen strukturellen und redaktionellen Ablauf. Er ist auch für die Mediaberatung bei OEMUS zuständig und damit Ansprechpartner der Dentalindustrie für EDI Journal und BDIZ EDI konkret. Thieme weist eine über 20-jährige Marketing-Erfahrung auf.

Weiter Kopf der Fachmagazine ist und bleibt Chefredakteurin Anita Wuttke. Zu ihren Aufgaben zählt die inhaltliche Konzeption der Magazine: der gesundheits- und verbandspolitische Input sowie die innovativen Schwerpunkte von BDIZ EDI konkret und EDI Journal.

Als Leiter des wissenschaftlichen Beirats prüft Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Generalsekretär des BDIZ EDI, die eingereichten Fachartikel im Fortbildungsbereich beider Magazine auf Herz und Nieren. Er ist für die Qualität der implantatchirurgischen und implantatprothetischen Inhalte zuständig.

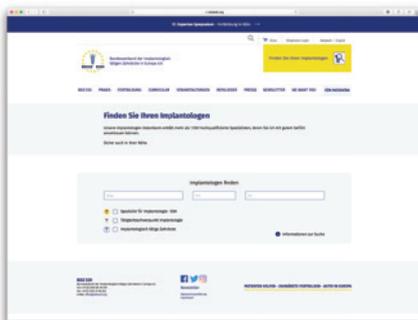
RED/AWU

Wussten Sie schon, ...



... dass der BDIZ EDI den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie im Jahr 2001 vor dem Bundesverfassungsgericht erstritten hat? Seit diesem Zeitpunkt können sich Zahnärztinnen und Zahnärzte für ihren Fachbereich zertifizieren lassen. Der BDIZ EDI als Berufsverband für ein spezielles Gebiet in der Zahnmedizin legt großen Wert darauf, dass hinter dem veröffentlichten Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie Erfahrung, Kenntnisse und nachhaltige Tätigkeit stehen, auf die der Patient sich auch verlassen kann. Eine Praxis muss auch leisten, was sie auf ihrem Schild avisiert. Der Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie des BDIZ EDI beruht auf überprüfter Qualifikation und nachgewiesener praktischer Tätigkeit. Alle fünf Jahre wird überprüft, ob die Kriterien eingehalten werden.

Interesse am TSP? Mehr dazu: <https://bdizedi.org/taetigkeitsschwerpunkt/>



... dass sich TSP-zertifizierte implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte und EDA-Spezialisten auf der Webseite des BDIZ EDI in das Implantologenregister eintragen lassen können? Für einen geringen Obolus ist die Praxis für Patienten auf der Internetseite des BDIZ EDI auffindbar. Viele Patienten nutzen die Plattform des BDIZ EDI für die Suche nach einem geeigneten Implantologen in ihrer Nähe.

Mehr dazu: <https://bdizedi.org/implantologie/>



... dass der BDIZ EDI regelmäßig die Prüfung zum „Spezialist für Implantologie der EDA“ anbietet? Erfahrene implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte haben die Möglichkeit, die Anerkennung als Spezialist für Implantologie der EDA zu erwerben. Wer sich für die Teilnahme an der Prüfung bewirbt, muss einige Voraussetzungen erfüllen und wird anschließend von einer Jury geprüft. Die Anerkennung zum EDA-Spezialisten ist ein zukunftsweisender Weg, um sich im europäischen Feld zu behaupten.

Mehr dazu: <https://bdizedi.org/expertenpruefung/>

BDIZ EDI und EDA bieten Qualifikationsnachweis auf hohem Niveau

Prüfung zum „Spezialist für Implantologie der EDA“

Erfahrene implantologisch tätige Zahnärzte haben die Möglichkeit, die Anerkennung als „Spezialist für Implantologie der EDA“ zu erwerben. Wer sich für die Teilnahme an der Prüfung bewirbt, muss jedoch zunächst einige Voraussetzungen erfüllen. Die Anerkennung zum EDA-Spezialisten wird als zukunftsweisender Weg gesehen, um sich im europäischen Feld zu behaupten.

Die Anerkennung als „Spezialist für Implantologie der EDA“ ist ein Qualifikationsnachweis auf hohem Niveau. Die European Dental Association (EDA) stellt Richtlinien für die Spezialisierung in den einzelnen Fachdisziplinen der Zahnheilkunde auf. Deren Erfüllung ist die Grundlage beim Nachweis einer entsprechenden Anzahl von Fortbildungsstunden in Theorie und Praxis und Voraussetzung für eine praktische und theoretische Prüfung. Sie hat eine Zertifizierung entwickelt, die Standards für eine hohe Behandlungsqualität festlegt, um Leistung und Können europaweit vergleichbar zu machen. Der BDIZ EDI arbeitet im Fachgebiet Implantologie eng mit der EDA zusammen und prüft gemeinsam mit der EDA, ob die Voraussetzungen zur Prüfung erfüllt sind. BDIZ EDI-Vorstandsmitglieder, die bereits als EDA-Spezialist zertifiziert wurden, sitzen regelmäßig im Prüfungsgremium.

Fünf Jahre schwerpunktmäßige Erfahrung

Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung sind 250 von der EDA anerkannte Fortbildungsstunden aus den verschiedenen Teilbereichen der Implantologie, die Vorlage von zehn dokumentierten, selbstständig durchgeführten implantologischen Behandlungsfällen und eine mindestens fünfjährige schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der

Implantologie. Die besondere Erfahrung und die schwerpunktmäßige Tätigkeit auf dem Gebiet der Implantologie werden durch mindestens 400 gesetzte und 150 prothetisch versorgte Implantate innerhalb der vergangenen fünf Jahre nachgewiesen.

„Spezialist“ ist sachangemessene Information

Renate Jaeger, früher Richterin am Bundesverfassungsgericht, sagt zur Spezialisierung: „Kann sich ein Arzt zu Recht als Spezialist bezeichnen, stellt dies grundsätzlich eine interessengerechte und sachangemessene Information für die Patienten dar. Es handelt sich um die Angabe, dass ein Arzt auf einem Gebiet, das enger ist als seine Gebietsbezeichnung, ein

besonderer Fachmann ist. Wenn solche Angaben wahrheitsgemäß sind und in sachlicher Form erfolgen, ist diese wünschenswerte Information der Patienten nicht zugleich mit der unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes verbunden. Der Bedeutungsgehalt aufweisen: Unter der Bezeichnung „Spezialist“ wird ein Fachmann verstanden, der über besondere Erfahrungen in einem engeren (medizinischen) Bereich verfügt, während die Facharztbezeichnung eine förmlich erworbene Qualifikation darstellt.“

AWU

Weitere Informationen:

www.bdizedi.org/expertenpruefung/

Expertenprüfung

Die Anerkennung „Spezialist für Implantologie der EDA“ ist ein Qualifikationsnachweis auf hohem Niveau. Der BDIZ EDI führt die Prüfung gemeinsam mit der EDA (European Dental Association) durch.

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten April bis Juni 2022 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

April



1. April

Dr. Reinhard Ganz (Wehr)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

2. April

Dr. Werner Hillebrand (Biberach)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Bengt-Ove Mattsson (Mosbach)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

3. April

Dr. Dieter Nolte (Hanau)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

4. April

Jolanta Bergmüller
(Hechthausen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. April

Dr. Dr. Dieter Derichs (Aachen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Prof. Dr. Dr. Maick Griebenow, MSc
(Dortmund)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. April

Per Fossdal (Kempten)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

8. April

Dr. Martin Untch, MSc
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

9. April

Achim Witte (Stadthagen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

12. April

Dr. Erhardt Meiser (St. Johann)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

13. April

Dr. Hermann Derks
(Emmerich)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

Dr. Josef Schuster

(Landshut)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

17. April

Dr. Reiner Eisenkolb, MSc
(Münzenberg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

19. April

Dr. Berthold Herzogenrath
(Weingarten)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

21. April

Dr. Michael Monnerjahn, MSc
(Tönisvorst)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. April

Dr. Jörg Augenstein, M.A.
(Pforzheim)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

23. April

Dr. Volker Black (Germering)
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

25. April

Dr. Ulrich Götz (Stuttgart)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

28. April

Dr. Jürgen Martin (Backnang)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

Mai



4. Mai

Dr. Horst Neuhäuser (Pforzheim)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

6. Mai

Dr. Norbert Ruffer (Remshalden)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. Mai

Dr. Andreas Sielemann (Mainz)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

18. Mai

Dr. Uwe Sander (Berlin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

19. Mai

Dr. Norbert Vogl, MSc (Arnbruck)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

27. Mai

Dr. Axel Güllering (Bitburg)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

30. Mai

Dr. Thomas Wölfling (Monheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs



Juni



4. Juni

Dr. Ludwig Aichner (Bad Albach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. Juni

Dr. Christoph Wolf (Haar)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

9. Juni

Dr. Andreas Otremba (Velen)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

11. Juni

Dr. Dr. Claus-Hermann Wagner (Berlin)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

12. Juni

Dr. Werner Hölscher (Frankfurt am Main)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Dr. Steffen Rauschenbach (Hannover)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

13. Juni

Dr. Andreas Jenkner (Pforzheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

16. Juni

Dr. Achim Merten, MSc (Verl)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

18. Juni

Dr. Wolfgang Schemel
(Freiburg im Breisgau)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

20. Juni

Dr. Bernhard Reiter
(Königswinter)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

24. Juni

Karl Bloier (Waldkirchen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. Juni

Dr. Cornelia Schmidt-Stütze
(Pforzheim)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Dr. Jörg Torsten Hilger

(Braunschweig)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. Juni

Dr. Thomas Spreckelmeyer
(Borgholzhausen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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

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

Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie des BDIZ EDI

Noch nicht TSP-zertifiziert?

Es war der BDIZ EDI, der im Jahr 2001 mit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts den Tätigkeitsschwerpunkt (TSP) Implantologie als wiedergabefähige Bezeichnung auf dem Praxisschild erreicht hat. In diesem Beitrag wollen wir auf die Voraussetzungen zur Zertifizierung des TSP Implantologie hinweisen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 23.07.2001-1 BvR 873/00 und 1 BvR 874/00 – die Zulässigkeit der Führung des Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie trotz entgegenstehender Regelungen in zahnärztlichen Berufsordnungen aus verfassungsrechtlichen Gründen gebilligt. Voraussetzung ist die Zulässigkeit von die Berufsausübung näher beschreibenden (spezifizierenden) Angaben als Anforderung, dass die ausgewiesene Tätigkeit nachhaltig auf einem Spezialgebiet ausgeübt wird.

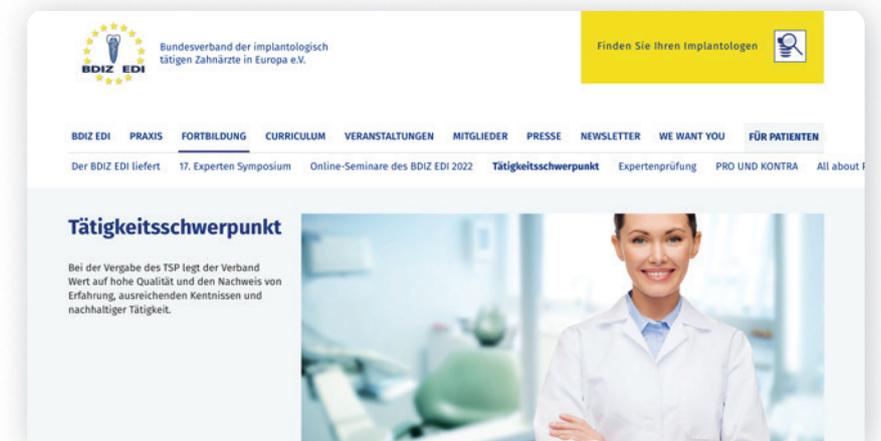
Voraussetzung für die TSP-Zertifizierung

Um die Zertifizierung zum Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie des BDIZ EDI können sich approbierte Zahnärzte und Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bewerben, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. das Zertifikat über das Curriculum Implantologie;
2. den Nachweis einer mindestens dreijährigen Tätigkeit in der Implantologie;
3. den Nachweis von mindestens 200 Implantaten (gesetzt und/oder versorgt)
4. und/oder 70 Patientenfälle (eidesstattliche Erklärung, Stichproben durch fünf bis zehn OPGs).
5. Mitgliedschaft im BDIZ EDI

TSP-Verlängerung oder Rezertifizierung

Für die Verlängerung der Berechtigung zum Führen des Tätigkeitsschwerpunktes



Implantologie sind nach Ablauf von fünf Jahren erneut die Fortbildungsnachweise nach Maßgabe dieser Richtlinien nachzuweisen:

- 100 Fortbildungsstunden oder entsprechende Fortbildungspunkte
- 200 gesetzte Implantate oder 70 Fälle

Die Verlängerung erfolgt für jeweils fünf Jahre. Erfolgt keine Rezertifizierung, erlischt die Berechtigung zur Führung des Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie.

Implantologenregister

Der BDIZ EDI führt ein Implantologenregister, das bei Patientenfragen nach implantologischer Behandlung der diesbezüglich Vermittlung und Benennung der zertifizierten Zahnärzte, Oralchirurgen und Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie dient. Um in dieses Zentralregister aufgenommen zu werden, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die zertifizierten Zahnärzte, Oralchirur-

gen beziehungsweise Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sollten über eine mehrjährige Erfahrung (mindestens drei Jahre) mit wenigstens zwei Implantatsystemen verfügen.

2. Sie sollten mindestens 200 Implantate inseriert und/oder versorgt, beziehungsweise 70 Fälle abgeschlossen haben.
3. Sie sollten den Nachweis führen können, dass Sie jährlich mindestens 50 Implantate inserieren.

Weitere Informationen

Die Zertifizierung wird schriftlich bei der Geschäftsstelle in Köln beantragt. TSP-Richtlinien und Anmeldeformular erhalten Sie auf der Internetseite des BDIZ EDI unter www.bdizedi.org/taetigkeitsschwerpunkt Für die Zertifizierung wird eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 250 Euro erhoben, für die Aufnahme in das Zentralregister (Implantologenregister) 80 Euro.

RED

#whdentalwerk



video.wh.com

W&H Deutschland GmbH

office.de@wh.com

wh.com



Der Durchbruch in der oralen Chirurgie

Jetzt zum
Aktionspreis
sichern!
Mehr Infos
unter wh.com



**Piezochirurgie und Implantmed
in einem Gerät - mit dem neuen
Piezomed Modul.**

Moderne Piezochirurgie für Ihr Implantmed.

Das Piezomed Modul ist der Game Changer in der Piezochirurgie. Als einfache Add-on-Lösung kann es mit Implantmed Plus kombiniert werden. Damit durchbricht W&H erstmals Grenzen in der chirurgischen Anwendung. Geballte Kompetenz verschmilzt zu einem faszinierenden modularen System.



piezomed
module



Das 17. Experten Symposium findet am 7. Mai 2022 in Köln statt

Risikofaktor parodontale Erkrankungen

Das Experten Symposium des BDIZ EDI hat eine lange Tradition. Die Kombination von Fortbildung und Karneval lockt jedes Jahr viele interessierte Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem In- und Ausland nach Köln. In diesem Jahr ist es anders. Der BDIZ EDI hat sich aufgrund der anhaltenden Pandemie entschieden, das Symposium auf Samstag, 7. Mai 2022 zu verschieben.

Das eintägige 17. Experten Symposium unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Vizepräsident des BDIZ EDI, steht unter dem Motto: Risikofaktor parodontale Erkrankungen – Zahnerhalt oder Implantation? Termin: Samstag, 7. Mai 2022, 9 bis 18 Uhr im Hotel Dorint am Heumarkt in Köln. Die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) wird auf der Basis eines Arbeitspapiers der Uni Köln zum Thema Update Kölner ABC-Risiko-Score im Vorfeld und online diskutieren. Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Uni Köln, stellt den fertigen Praxisleitfaden 2022 am Ende des Symposiums zum ersten Mal vor.

PAR-Richtlinie ebenfalls Thema

Die Parodontologie hat durch die PAR-Richtlinie eine enorme Aufwertung und

zahnmedizinische Anerkennung erfahren. Dennoch herrscht Unsicherheit in den Praxen bezüglich ihrer Umsetzbarkeit. Aufklärung verspricht der Vortrag von BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, der sich als KZV-Vorsitzender in Bayern intensiv mit den neuen Möglichkeiten für die Zahnarztpraxis auseinandergesetzt hat. Weitere Vorträge behandeln die Rezessionsdeckung am Implantat, der Implantat-Recall beim PA-Patienten, die Ernährungsfrage, ob man Parodontitis „gesund essen“ kann.

Teilnahmegebühr: 245 Euro (Mitglied), 345 Euro (Nichtmitglied). Studenten und Assistenten bis zum 5. Praxisjahr erhalten Sonderkonditionen. Für die Teilnahme an der Veranstaltung gibt es 8 Fortbildungspunkte gemäß BZÄK/DGZMK/KZBV. Das Programm ist ebenso wie die Teilnehmer-

Anmeldung unter folgendem Link erreichbar: <https://expertensymposium.bdizedi.org/>

Anmeldung

Das Programm ist ebenso wie die Teilnehmer-Anmeldung unter folgendem QR-Code erreichbar:



17. Experten Symposium des BDIZ EDI Risikofaktor parodontale Erkrankungen – Zahnerhalt oder Implantologie?

Termin: Samstag, 7. Mai 2022, von 09.15 Uhr bis 18.00 Uhr
Ort: Hotel Dorint am Heumarkt in Köln

Programm	
09.15 – 09.30 Uhr	Begrüßung Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Wissenschaftlicher Leiter
09.30 - 10.15 Uhr	Die Neue PAR-Richtlinie im BEMA und deren Auswirkung in der Implantologie Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI
10.15 – 11.00 Uhr	Parodontale Sanierung durch All-on-4 – Zahnlosigkeit als Chance oder Risiko? Dr. Wolfgang Bolz, München
11.00 – 11.15 Uhr	Diskussion
11.15 – 11.45 Uhr	Kaffeepause
11.45 – 12.30 Uhr	Minimalinvasive Implantattherapie im teilbezahnten PA-Patienten, wann erfolgreich? Prof. Dr. Stefan Fickl, Würzburg
12.30 – 12.45 Uhr	Diskussion
12.45 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 14.45 Uhr	Möglichkeiten und Grenzen der Deckung von Rezessionen am Implantat Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Sculean, Bern
14.45 – 15.30 Uhr	Periimplantitis? – Implantat-Recall bei PA-Risikopatienten Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart
15.30 – 15.45 Uhr	Diskussion
15.45 – 16.15 Uhr	Kaffeepause
16.15 – 17.00 Uhr	Prophylaxe und Therapie parodontaler Entzündungen durch Ernährungslenkung Dr. Maximilian Gärtner, Freiburg im Breisgau
17.00 – 17.45 Uhr	Update Kölner Risiko-Score Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln
17.45 – 18.00 Uhr	Abschlussdiskussion

8 Fortbildungspunkte gemäß den Leitlinien von DGZMK/BZÄK/KZBV.

Hinweis: Der BDIZ EDI tagt im Hotel Dorint in der Pipinstraße in Köln. Hier steht ein begrenztes Zimmerkontingent für unsere Teilnehmer, Stichwort BDIZ EDI, bis Mitte April zur Verfügung: EZIDZ 141 Euro inkl. Frühstück.

Anmeldung zum 17. Experten Symposium des BDIZ EDI per E-Mail an: office@bdizedi.org oder via Fax an 02203 9168822

- Ja, ich nehme am 17. Experten Symposium des BDIZ EDI
am Samstag, 7. Mai 2022, im Hotel Dorint am Heumarkt, Köln, teil als
- Mitglied 245 Euro
 Nichtmitglied 345 Euro
 Berufseinsteiger bis zum 5. Praxisjahr 149 Euro
 Student 99 Euro

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse oder Telefonnummer

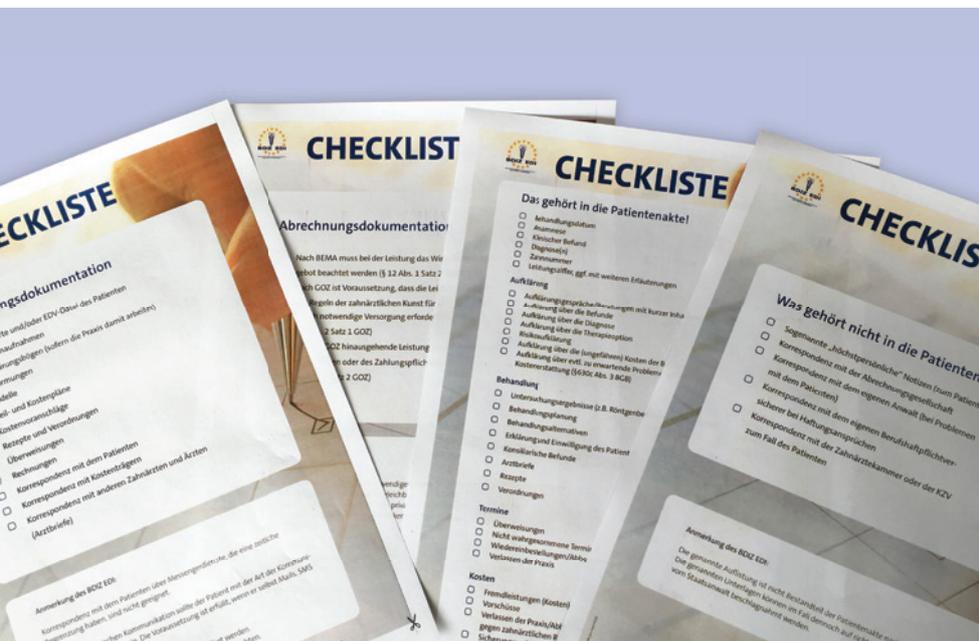
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

Unterschrift

BDIZ EDI-Checklisten nach wie vor begehrt

Chefsache: zahnärztliche Dokumentation

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



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

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

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

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

Checklisten finden

Unter www.bdizedi.org

- > Mitglieder
- > Exklusiv für Mitglieder

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



Chirurgische Absaugung VC 65

Flüsterleise Power



Mit der VC 65 herrscht endlich Ruhe während der Behandlung.

Da muss man schon richtig hinhören – die neue chirurgische Saugereinheit kombiniert maximale Saugleistung mit minimalem Betriebsgeräusch. Für Aufmerksamkeit sorgen, das mobile Design, der hohe Bedienkomfort und die für den harten Praxisalltag ausgelegte Zuverlässigkeit.

Mehr unter www.duerrdental.com

NEWSTICKER

Macron will europäische Gesundheitsunion vorantreiben

Frankreich übernimmt EU-Ratspräsidentschaft

Die Coronavirus-Pandemie hat Schwachstellen bei der Gesundheitsversorgung in der EU offengelegt. Bei einigen Themen wollen die Mitgliedstaaten enger zusammenrücken. Frankreich übernimmt in den ersten sechs Monaten des Jahres die EU-Ratspräsidentschaft. Staatspräsident Emmanuel Macron stellte im Januar seine Pläne in Straßburg vor. Ein wichtiges Ziel, das er nannte ist es, die europäische Gesundheitsunion voranzutreiben. Mit der Einrichtung einer neuen Digitalplattform will die EU Engpässe bei Arzneimitteln und Medizinprodukten rechtzeitig erkennen und möglichst verhindern. Angesiedelt werden soll die Plattform bei der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) in Amsterdam. Nicht nur Behörden, sondern auch Ärzte und Patienten sollen Zugang zu den Daten der Plattform bekommen. Das soll für mehr Transparenz beim Thema Arzneimittelengpässe sorgen. Am 19. Januar hat das EU-Parlament die entsprechende Verordnung verabschiedet, die bereits Anfang März in Kraft treten soll.

Quellen: Ärzte-Zeitung, EMA, EU-Parlament

Gesundheitswesen in Schweden

Völlig unterdimensioniert

Schwedens Gesundheitswesen steht wegen chronischer Überlastung seit Jahren in der Kritik. Die Pandemie hat daran nichts geändert, schreibt Aftonbladet empört: „Nur ganz nebenbei sagte die Ministerpräsidentin, das Gesundheitswesen sei derzeit auch von anderen Krankheiten, so von der Saisongrippe, schwer belastet. ... Sollte es in der Politik nicht darum gehen, die Kapazität des Gesundheitswesens auf kurze und längere Sicht zu stärken, statt um diese ewigen einschränkenden Maßnahmen? ... Zwei Jahre nach Pandemiebeginn sind früher unvorstellbare Freiheitsbeschränkungen in einem solchen Maße neuer Normalzustand, dass man sie dazu nutzen kann, ein unterdimensioniertes Gesundheitswesen am Laufen zu halten. Das ist ungeheuerlich.“

Quelle: Aftonbladet

EU-Mitgliedstaaten und Rechtsstaatlichkeit

Treffen der Präsidenten der obersten Gerichte

Im Rahmen der französischen EU-Ratspräsidentschaft organisierten das französische Verfassungsgericht, der Conseil d'État (Staatsrat; oberstes Verwaltungsgericht in Frankreich) und die Cour de Cassation (Kassationshof; oberstes Gericht der ordentlichen Gerichtsbarkeit in Frankreich) Ende Februar eine Konferenz der Präsidenten der obersten Gerichte der EU-Mitgliedstaaten, bei der die Rolle der Richter bei der Konsolidierung der Rechtsstaatlichkeit in Europa im Mittelpunkt steht. In diesem Jahr, in dem das 70-jährige Bestehen des Gerichtshofs der Europäischen Union begangen wird, bietet die Konferenz Gelegenheit, die Rolle des



EuGH und des Austausches zwischen den Richtern im Hinblick auf das Europäische Aufbauwerk sowie bei der Förderung und Verteidigung der gemeinsamen Werte zu würdigen. Vor dem Hintergrund vielfältiger Krisen (Terrorismus, Corona-Pandemie) mussten die EU-Mitgliedstaaten Maßnahmen ergreifen, durch welche die Grundrechte und Grundfreiheiten eingeschränkt wurden. Die innerstaatlichen Gerichte haben sich zur Vereinbarkeit dieser Einschränkungen mit verfassungsrechtlichen und vertraglichen Bestimmungen geäußert. Darüber hinaus wurden auch Stimmen laut, die eine Absenkung der Garantien des Rechtsstaats fordern und beabsichtigen, dessen juristische, politische und wirtschaftliche Grundlagen infrage zu stellen. In einem Teil der Europäischen Union ist der Rechtsstaat selbst gefährdet. Dieser Situation mit all ihren Facetten können weder die Europäische Union noch die einzelnen Mitgliedstaaten gleichgültig gegenüberstehen. Es liegt in ihrer gemeinsamen Verantwortung, die Achtung der Rechtsstaatlichkeit zu gewährleisten, welche die Grundlage des europäischen Aufbauwerks darstellt. Die nationalen Gerichte, insbesondere die jeweiligen obersten Gerichtshöfe, spielen diesbezüglich eine entscheidende Rolle.

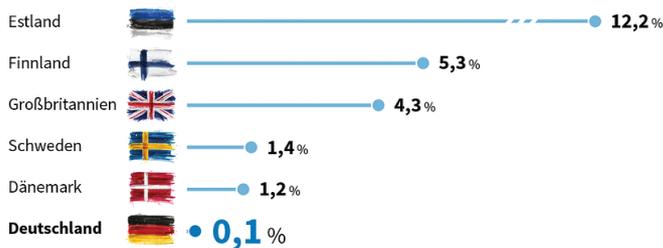
Quelle: europa.eu

PKV-Studie vergleicht europaweit Gesundheitssysteme

Deutschland steht gut da

Kein Problem mit Wartezeiten in Deutschland

Anteil der Bevölkerung, der seinen Bedarf an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartelisten nicht gedeckt sieht*



* 2020 oder letztes verfügbares Jahr. Berücksichtigt sind nur 16-Jährige und Ältere. Bis auf Polen (3,0%), Slowenien (2,9%) und der Slowakei (1,7%) haben die nicht gezeigten EU-Länder einen Anteil von unter 1,2%.
Quelle: WIP auf Grundlage von Eurostat (2021b)

Das deutsche Gesundheitssystem muss sich im Vergleich zu anderen Ländern nicht verstecken. Das zeigt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV. Ein Grund dafür, so die Autoren: das duale System aus PKV und GKV. Im Vergleich zu anderen Ländern in Europa ist der Zugang, vor allem zu Fachärzten, in Deutschland besonders leicht. „Auch wenn es an manchen Stellen hakt und es einige Baustellen gibt, stehen wir international sehr gut da“, sagte Dr. Frank Wild, Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), gegenüber der Ärzte-Zeitung. Dazu trägt seiner Meinung nach auch das hiesige duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei. Das WIP hat in einer aktuellen Untersuchung die Gesundheitssysteme in 26 europäischen Staaten verglichen. Im Mittelpunkt der Analyse standen die unterschiedlichen Zugangshürden in der Versorgung. In vielen Ländern sei die Wahlfreiheit in der ärztlichen Versorgung durch Gatekeeping beziehungsweise finanzielle Anreize eingeschränkt, sagte Wild. „Deutschland zeichnet sich hier durch eine hohe Wahlfreiheit und damit große Patientensouveränität aus.“ Zwar gibt es hierzulande die hausarztzentrierte Versorgung und Hausarzttarife in der PKV. Die Teilnahme ist jedoch freiwillig. „Das unmittelbare Aufsuchen eines Facharztes (ohne Überweisung) ist in Deutschland jederzeit möglich“, schreibt Autor Lewe Bahnsen in der Studie. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass das duale System im europäischen Vergleich über einen der umfangreichsten Leistungskataloge verfügt. Wild verwies darauf, dass sich der Umfang der Absicherung im ambulanten und stationären Bereich zwischen den Ländern nicht so sehr stark unterscheidet. Anders sieht es aus bei der zahnärztlichen und der Arzneimittelversorgung. Hier liegt Deutschland beim Leistungsumfang jeweils an der Spitze. „In Deutschland sind auffällig viele neue Medikamente sofort auf dem Markt verfügbar, in vielen anderen Ländern können die Patienten diese Medikamente erst einmal nicht erhalten“, berichtete Wild. Die WIP-Studie unterstreicht, dass Deutschland auch mit Blick auf die Wartezeiten gut abschneidet. Kostenbeteiligungen seien ein gängiges Instrument zur Steuerung des Nachfrageverhaltens, sagte Autor Bahnsen. Private Zuzahlungen spielen in allen Ländern eine Rolle, in Deutschland aber eine vergleichsweise geringe. In den vergangenen Jahren habe die Bedeutung der Kostenbeteiligungen in vielen Ländern zugenommen. „Zuzahlungen sind mittlerweile ein wichtiger Pfeiler in der Finanzierung.“

Quelle: Ärzte-Zeitung, PKV-Verband

Großbritannien will Sozialversicherungsbeiträge erhöhen

NHS wird alles verschlingen

Der britische Premier Boris Johnson hat eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge um 1,25 Prozent angekündigt, um dem überlasteten Gesundheitssystem mehr Geld zur Verfügung zu stellen. Damit bricht die konservative Regierung ihr Wahlversprechen, Steuerzahler nicht stärker zur Kasse zu bitten. Die zusätzliche Abgabenbelastung sei



angesichts der Probleme im Gesundheitssystem gerechtfertigt, lobt The Guardian: „Das wird bei der breiten Masse vermutlich auf große Zustimmung stoßen. Umfragen zeigen, dass die Öffentlichkeit bereit ist, mehr Steuern für eine bessere Versorgung zu zahlen. Und der Gesundheitsdienst NHS braucht das Geld dringend, weil die Wartelisten für Behandlungen in England länger sind als je zuvor.“ Anders sieht das The Daily Telegraph und titelt: „Ohne Reform wird NHS alle Gelder verschlingen“. Laut Telegraph fehlt es an echten Ideen und somit drohe die schlechteste Kombination: wirtschaftlich schädliche Steuererhöhung und ein nicht reformierter Gesundheitsdienst NHS, „der alles, was er kriegt, verschlingen und noch mehr fordern wird.“

Quelle: FDI

Dachverband der europäischen Zahnärztinnen und Zahnärzte CED

Neuer Präsident aus Dänemark

Die Delegierten des Council of European Dentists (CED) haben auf der Generalversammlung am 19. November 2021 in Brüssel Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg aus Dänemark zum neuen Präsidenten gewählt. Sloth-Lisbjerg war zehn Jahre als niedergelassener Zahnarzt in Kellinghusen in Schleswig-Holstein tätig.

Das Vorstandsmitglied der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen, D.M.D./ Univ. of Florida Henner Bunke, wurde erneut in den CED-Vorstand gewählt –

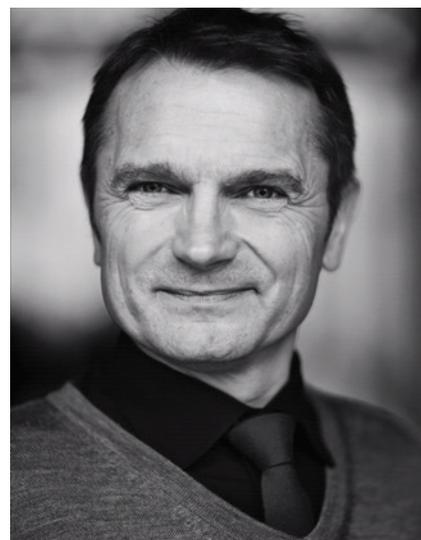
gemeinsam mit Dr. Anna Lella aus Polen und Dr. Robin Foyle aus Irland. Bunke engagiert sich seit Jahren in der gleichnamigen CED-Arbeitsgruppe für die Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen. Er strebt an, die Bedeutung der Zahnmedizin auf europäischer Ebene stärker sichtbar zu machen und politisch besser zu verankern.

Profil

The Council of European Dentists (CED) repräsentiert als Non-Profit-Gesellschaft über 340.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte von 32 Zahnärztekammern und -verbänden aus 30 europäischen Ländern. Seine Hauptziele sind die Förderung hoher Standards in der Mundgesundheit und einer wirksamen auf Patientensicherheit ausgerichteten Berufspraxis in ganz Europa, unter anderem durch regelmäßige Kontakte mit anderen europäischen Organisationen und EU-Institutionen.

Stellungnahme zum Dentaltourismus

Darüber hinaus verabschiedeten die CED-Delegierten mit großer Mehrheit eine Stellungnahme zu Dentaltourismus und grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung. Dabei zeigten sich die CED-Delegierten besorgt über die Sicherheit und Behandlungskontinuität, die den Patientinnen und Patienten geboten wird. Der CED befürchtet, dass die kommerziellen Interessen, die einigen Dentaltourismus-Geschäftsmodellen zugrunde lie-



Neuer Präsident des Council of European Dentists (CED): Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg (Dänemark)

gen, der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Patienten abträglich sein könnte.

Quelle: CED

Stellungnahme zum E-Evidence-Entwurf

CED fordert Ausnahmeregelung

Auf seiner Sitzung im September 2021 befasste sich der Vorstand des Rates der Europäischen Zahnärzte (Council of European Dentists, CED) mit dem Vorschlag der Europäischen Kommission zu einer Verordnung über Europäische Herausgabe- und Sicherungsanordnungen für elektronische Beweismittel in Strafsachen (COM [2018] 225, E-Evidence-Verordnung).

Der CED-Vorstand kam zu dem Schluss, dass der Entwurf in seiner jetzigen Form die Privatsphäre der Patienten verletzt und Zahnärzte daran hindert, sich an die Grundsätze ihrer Berufsethik und ihrer ärztlichen Schweigepflicht zu halten, und somit die Arzt-Patienten-Beziehung gefährdet.

Der CED erklärte in einer Pressemitteilung, dass er die Position des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME) zum Entwurf der E-Evidence-Verordnung in vollem Umfang unterstützt. Diese Position wurde im September 2021 in einer CPME-Erklärung dargelegt. Für Zahnärzte hätte der Entwurf ähnliche Folgen wie die, mit denen die Ärzteschaft allgemein konfrontiert ist. Der CED schließt sich der Forderung des CPME an, Berufe, die dem Berufsgeheimnis unterliegen, vom Geltungsbereich der Verordnung auszunehmen.

Der Standpunkt des Europäischen Parlaments zur grenzüberschreitenden Erhebung von elektronischen Beweismitteln ist nach Ansicht des Europäischen Justiziellen Netzes (EJN) „verwirrend, unklar und inkonsistent“. Das EJN ist ein Zusammenschluss der nationalen Kontaktstellen der EU-Mitgliedstaaten für die Zusammenarbeit in Strafsachen.

Die vorgeschlagenen Regeln sollen es den nationalen Behörden erleichtern, für Strafverfahren auch länderübergreifend Zugang zu digitalen oder elektronischen Informationen zu erhalten.

Unbestritten sind neue Regeln in diesem Bereich erforderlich. Allerdings sollten strenge Schutzmaßnahmen gewährleisten, dass Daten nur in begründeten Fällen weitergegeben werden und dass das Berufsgeheimnis und die Schweigepflicht von Ärzten, Rechtsanwälten, Journalisten und anderen wirksam geschützt werden.

Das Europäische Parlament hat im Dezember 2020 in seiner Stellungnahme für die Verhandlungen mit dem Rat der EU den ursprünglichen Vorschlag der Kommission in zahlreichen Punkten geändert. Diese Verhandlungen laufen seit Kurzem in vertraulichem Rahmen.

Das Ergebnis des parlamentarischen Verfahrens wurde von der Vereinigung European Digital Rights (EDRi) kritisiert, auch weil es die Rechte von Journalisten, Ärzten und Anwälten gefährden könnte. Es ist sogar wahrscheinlich, warnte EDRi, dass der Text weiter verwässert wird, da „das Parlament in seinen Verhandlungen mit dem Rat noch weitere Kompromisse akzeptieren muss“.

Juristen sind ebenfalls nicht glücklich mit dem Entwurf, wenn auch nicht unbedingt aus den gleichen Gründen. Das EJN ist der Ansicht, dass die vom EU-Parlament gewünschten Änderungen „innerhalb der Verordnung und im Zusammenhang mit anderen in den EU-Mitgliedstaaten geltenden Rechtsinstrumenten nicht kohärent sind“.

Quellen: CED-Pressemitteilung, Statewatch, EDRi

Über EDRi

Nach eigenen Angaben ist EDRi „das größte europäische Netzwerk zur Verteidigung von Rechten und Freiheiten im Internet“. EDRi ist eine dynamische und schlagkräftige Vereinigung von mehr als 45 NGOs sowie Experten, Juristen und Wissenschaftlern, die sich für die Verteidigung und Förderung digitaler Rechte in Europa und darüber hinaus einsetzt. EDRi engagiert sich für eine solide und robuste Gesetzespraxis und einen gesunden und verantwortungsvollen Technologiemarkt. Dazu soll die Öffentlichkeit informiert und mobilisiert werden. Zu den Mitgliedsverbänden gehört auch Amnesty International.



Composing: © stockwerk-fotodesign/Shutterstock.com und © Tania Shustyk/Shutterstock.com

Heilmittelwerberecht und Gewinnspielaktionen von Versandapotheken

Koppeln mit Rezept?

Der Arzneimittelmarkt boomt. Schon lange handelt es sich dabei nicht mehr um einen streng kontrollierten Markt-bereich, der jeglichem Wettbewerb entbehrt. Gleichzeitig ist dem nationalen Gesetzgeber – nachvollziehbarerweise – daran gelegen, eine unsachgemäße Beeinflussung des Verbrauchers auf dem Gebiet der individuellen Gesundheit um jeden Preis zu verhindern. Die Vorstellungen von einem kontrollierten Arzneimittelhandel sind dabei weitaus weniger liberal als die mancher europäischer Nachbarn. Daher verwundert es nicht, dass der grenzüberschreitende Heilmittel-verkehr in einen besonders sensiblen Bereich des Wettbewerbsrechts fällt. Mit der speziellen Frage, ob die Auslobung eines Gewinnspiels durch eine Versandapotheke, um Kunden zu werben, wenn die Teilnahme an diesem Gewinnspiel an die Einreichung eines Rezepts für ein verschreibungspflichtiges Medikament gekoppelt ist, verboten werden kann, hat sich der Europäische Gerichtshof (EuGH) in seinem Urteil vom 15.07.2021 (C-190/20) beschäftigt.

Der Fall

Der Entscheidung liegt ein deutscher Rechtsstreit zugrunde. Die Apothekerkammer Nordrhein, die mit der Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten von Apothekern betraut ist, ging gegen die in den Niederlanden ansässige Versandapotheke DocMorris vor. Ebendiese Versandapotheke war bereits in der Vergangenheit Klagegegner verschiedener deutscher Verbände. Nach den Feststellungen des EuGH ist der Betrieb einer Versandapotheke prinzipiell möglich, auch wenn dieses Geschäftsmodell der klassischen deutschen Vorstellung des Arzneimittelverkaufs mangels Möglichkeit einer persönlichen Beratung vor Ort widerspricht. Im konkreten Fall ging es jedoch nicht um den Betrieb der Versand-

apotheke als solches, sondern um ein Gewinnspiel, für das DocMorris im März 2015 warb. Als Hauptpreis wurde ein E-Bike im Wert von EUR 2.500 ausgelobt, weitere Gewinne sollten hochwertige elektronische Zahnbürsten sein. Zur Teilnahme am Gewinnspiel sollte es genügen, einen Bestellschein für ein verschreibungspflichtiges Medikament sowie das entsprechende Rezept auf dem Postweg an DocMorris zu senden.

Die Apothekerkammer Nordrhein sah hierin einen Verstoß gegen das Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) und hielt das Vorgehen daher für wettbewerbswidrig. Vor dem Landgericht Frankfurt am Main klagte sie erfolglos auf Unterlassung der Werbung für ebenjenes Gewinnspiel. Das Landgericht kam zu dem Ergebnis, dass das HWG im konkreten Fall auf-

grund einer Determinierung durch das Unionsrecht gar nicht anwendbar sei. Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main gab der Klage in der Berufungsinstanz jedoch statt. Mit der Revision vor dem Bundesgerichtshof (BGH) begehrte DocMorris die Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils. Dieser ging, ähnlich wie das Oberlandesgericht, von einer Verletzung des allgemeinen Werbegabeverbots nach § 7 Abs.1 Satz 1 HWG aus. Durch das Gewinnspiel würden Arzneimittelverbraucher zum Verzicht auf eine persönliche Beratung in der Apotheke verleitet und so die abstrakte Gefahr einer unsachlichen Beeinflussung der Patienten geschaffen. Von der Vereinbarkeit der Regelung des HWG mit der EU-Richtlinie 2001/83 (sog. Gemeinschaftskodex für Human-

arzneimittel) war der BGH dennoch nicht vollends überzeugt. Für den Fall, dass der konkrete Fall in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie falle, könnte die Anwendung des HWG ausgeschlossen sein. Die Richtlinie sehe – anders als das HWG – keine speziellen Vorschriften über die Werbung für ein Arzneimittel in Form einer Verlosung vor. Deshalb setzte er das Verfahren aus und legte dem EuGH folgende Frage zur Vorabentscheidung vor:

„Steht es mit den Bestimmungen der [...] Richtlinie 2001/83 in Einklang, wenn eine nationale Vorschrift (hier: § 7 Abs. 1 Satz 1 HWG) dahin ausgelegt wird, dass es einer in einem anderen Mitgliedstaat ansässigen Versandapotheke verboten ist, mit der Auslobung eines Gewinnspiels um Kunden zu werben, wenn die Teilnahme an dem Gewinnspiel an die Einreichung eines Rezepts für ein verschreibungspflichtiges Humanarzneimittel gekoppelt ist [...]?“

Die Entscheidung

Diese Frage verneinte der EuGH im Ergebnis. Er stellte zunächst klar, dass die bezeichnete Richtlinie sich nur auf Werbung für bestimmte Arzneimittel, nicht aber auf die Werbung für den Online-Verkauf als solchen beziehe. Das Gewinnspiel der Versandapotheke könne jedoch allenfalls als Werbemaßnahme für das gesamte Sortiment von DocMorris angesehen werden, schließlich wurde als Gewinn nicht ein bestimmtes anderes Arzneimittel, sondern ein ganz anderer Gebrauchsgegenstand ausgelobt. Die beanstandete Werbeaktion falle also nicht in den Anwendungsbereich der Richtlinie, weshalb diese der Anwendung des HWG im konkreten Fall auch nicht entgegenstehe. Unabhängig von der konkreten Vorlagefrage prüfte der EuGH jedoch auch die Vereinbarkeit der Regelung im HWG mit weiterem Unionsrecht. Aber auch einen solchen Verstoß konnte er letztlich nicht feststellen. Der Anwendungsbereich der



Inken Huschke

Richtlinie 2000/31 (sog. eCommerce-Richtlinie) sei nicht eröffnet, da nicht für eine elektronisch erbrachte Dienstleistung, sondern für den Versandhandel geworben werde. Damit kam der EuGH zum Ergebnis, dass das Verbot von Gewinnspielen zur Werbung für den Verkauf von Arzneimitteln im Versandhandel nicht durch das europäische Recht harmonisiert sei. Für entsprechende Regelungen seien daher die Mitgliedstaaten zuständig.

Dabei müssten diese – wie immer – jedoch auf den Schutz der sog. europäischen Grundfreiheiten achten. In Bezug auf den vorliegenden Fall sei insbesondere die Garantie des freien Warenverkehrs relevant. Eine Verletzung dieser Grundfreiheit sei nach dem EuGH im gegenständlichen Fall jedoch nicht erkennbar, da die Regelung des HWG sich auf die Werbung für den Verkauf von Arzneimitteln durch den Versandhandel insgesamt beziehe. Und zwar unabhängig davon, ob das Arzneimittel aus Deutschland oder einem anderen Mitgliedstaat stammt. Der Handel mit Waren zwischen den Mitgliedstaaten werde insofern nicht behindert. Damit kam der EuGH zu dem Ergebnis, dass Unionsrecht der Anwendung des HWG als nationaler Vorschrift nicht entgegenstehe.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Gewinnspiel der Versandapotheke konnte als Werbemaßnahme also an den nationalen Regelungen des HWG gemessen werden. Unionsrechtliche Vorschriften waren in diesem Zusammenhang unbeachtlich. Der BGH kam mit seinem endgültigen Urteil vom 18.11.2021 daher tatsächlich zu dem Schluss, dass im Bewerben des Gewinnspiels ein Verstoß gegen das Werbegabeverbot nach § 7 Abs. 1 Satz 1 HWG bestand. Er wies die Revision der Versandapotheke im Ergebnis zurück. Damit dürfte der Angst der Apothekerkammern, dass der deutsche Arzneimittelmarkt zunehmend von ausländischen Versandapotheken wie DocMorris beherrscht wird, ein Stück weit entgegengetreten worden sein. Das Urteil des EuGH bedeutet im Ergebnis nämlich eine Stärkung des Vor-Ort-Verkaufs von Arzneimitteln in standortgebundenen Apotheken. Der Schutz dieses Geschäftsmodells bleibt dem deutschen Gesetzgeber, jedenfalls im Zusammenhang mit der Bewerbung des gesamten Arzneimittelsortiments, auch in Zukunft möglich. Versandapotheken des europäischen Auslands müssen sich insofern den strengeren deutschen Regelungen beugen.

Vergleichbare Werbeverbote gibt es auch für Medizinprodukte, sodass das Urteil auch für diesen Bereich Beachtung finden muss.

Kontakt

Inken Huschke

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der
Kanzlei Ratajczak & Partner mbB
Rechtsanwälte
Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg
im Breisgau · Köln · Meißen ·
München · Sindelfingen
Posener Str. 1, 71065 Sindelfingen

Tel.: 07031 9505-27

(Sybill Ratajczak)

Fax: 07031 9505-99

E-Mail: huschke@rpmed.de



Europäische Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation, MDR)

Plan zur Überwachung der Gebrauchsphase

Über Auswirkungen und Umsetzung der Europäischen Medizinprodukteverordnung MDR hat die Redaktion vielfach informiert. Der BDIZ EDI stellte rechtzeitig vor Ablauf der Übergangsfrist am 26. Mai 2021 alle notwendigen Formulare für Mitglieder online. In dieser Ausgabe soll auf die Überwachung in der Gebrauchsphase nach dem Inverkehrbringen hingewiesen werden. Das betrifft gleichermaßen Zahnarztpraxen wie Praxislabore. Im Anschluss an diesen Beitrag finden Sie den Plan zur Überwachung, der auch im Mitgliederbereich der Internetseite für Mitglieder heruntergeladen werden kann.

Die MDR regelt die Herstellung und Verarbeitung von Medizinprodukten. Sie dient der Sicherheit, Eignung und Leistung von Medizinprodukten bzw. deren Zubehör sowie der Gesundheit und dem erforderlichen Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten. Im Vergleich zum MPG sieht die Verordnung erhöhte Anforderungen an das Inverkehrbringen und die Überwachung von Medizinprodukten in der Europäischen Union vor. Zahnarztpraxen und zahntechnische Labore sind von der seit 26. Mai 2021 geltenden EU-Medizinprodukteverordnung (MDR = Medical Device Regulation)

betroffen. „Kaum ein Produkt, das in einer Zahnarztpraxis zu Einsatz kommt, ist kein Produkt im Sinne der MDR“, schrieb der Sindelfinger Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht und Sozialrecht, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, in einem vierteiligen Übersichtsartikel im BDIZ EDI konkret zur MDR.

In Art. 2 MDR, Abs. 1 heißt es: „Medizinprodukt“ bezeichnet ein Instrument, einen Apparat, ein Gerät, eine Software, ein Implantat, ein Reagenz, ein Material oder einen anderen Gegenstand, das dem Hersteller zufolge für Menschen bestimmt ist (...).

Der BDIZ EDI stellt seinen Mitgliedern MDR-Mustervorlagen zur Verfügung, die interaktiv ausgefüllt und abgespeichert bzw. auch heruntergeladen werden können. Manche Dokumente haben ein Ampelsystem zur Auswahl.

1. Bestellung der verantwortlichen Person
2. Konformitätserklärung
3. Risikomanagementplan
4. Meldesystem
5. Plan zur Überwachung der Gebrauchsphase
6. Risikoanalyse

Medizinprodukte in der Zahnarztpraxis, die Definition, Klassifizierung serienmäßig hergestellter Medizinprodukte und zahnärztlicher Sonderanfertigungen haben wir ausführlich beschrieben. Diese Ausgabe beschäftigt sich mit dem Risikomanagementsystem und insbesondere dem Plan zur Überwachung.

Risikomanagementsystem

Anhang I (Nr. 3) MDR sieht für Hersteller die Einführung eines Risikomanagementsystems vor. Dies bedeutet für die Zahnarztpraxis, die Sonderanfertigungen herstellt, dass ein entsprechendes Risikomanagementsystem eingeführt und fortlaufend dokumentiert werden muss.

Ein Risikomanagementsystem besteht aus:

- Risikomanagementplan (Risikomanagementakte, Ergebnis der ersten Risikoanalyse)
- Risikoanalysen (Produktgruppen, Lebensphasen des Produktes, Risikominimierung)
- Plan zur Überwachung und Sicherheitsbericht (Produktbeobachtung)

Hinweis: Reparaturen und Erweiterungen sind zwar keine Neuanfertigungen. Dennoch muss hinsichtlich der Materialien, die im Rahmen der Reparatur und Erweiterung neu eingebracht wurden, eine Dokumentation und Rückverfolgbarkeit gewährleistet sein.

Inverkehrbringen von Medizinprodukten überwachen

Hersteller, also damit auch Zahnarztpraxen, in denen Sonderanfertigungen hergestellt werden, müssen für jedes Medizinprodukt ein System zur Überwachung nach dem Inverkehrbringen planen, einrichten, dokumentieren, anwenden, instand halten und auf den neuesten Stand bringen.

Hierfür ist gemäß Art. 84 und Art. 86 MDR ein

- Plan zur Überwachung nach dem Inverkehrbringen,
 - regelmäßig aktualisierter Bericht über die Sicherheit
- erforderlich. Gemäß Anhang XIV Teil A und B der MDR ist zudem eine klinische Bewertung und klinische Nachbeobachtung der Medizinprodukte nach dem Inverkehrbringen durchzuführen. Die klinische Bewertung soll dabei für jedes Medizinprodukt geplant, kontinuierlich durchgeführt und dokumentiert werden. Die klinische Nachbeobachtung nach dem Inverkehrbringen soll eine fortlaufende Aktualisierung der klinischen Bewertung sein. Hierbei sollen die Methoden und Verfahren für das proaktive Sammeln und Bewerten klinischer Daten beschrieben werden.

Vorkommnisse müssen überwacht und gemeldet werden

Die MDR sieht ein System der Aufzeichnung und Meldung von Vorkommnissen, Überwachung nach Inverkehrbringen vor. Im System der Aufzeichnung und Meldung von Vorkommnissen, Überwachung nach Inverkehrbringen wird festgehalten, wie

- Vorkommnisse erfasst und bewertet,
- schwerwiegende Vorkommnisse gemeldet,
- ggf. Rückrufe durchgeführt bzw. über Maßnahmen informiert werden.

Die maximal mögliche **Meldefrist** von schwerwiegenden Vorkommnissen (entspricht bisherigem meldepflichtigem Vorkommnis) wurde gemäß Art. 87 Abs. 2 MDR **von 30 Tagen auf 15 Tage reduziert**. Im Falle einer schwerwiegenden Gefahr für die öffentliche Gesundheit ist eine Meldung nach spätestens



MDR-Formulare online

Der BDIZ EDI stellt unter www.bdizedi.org im Mitgliederbereich die Formulare zur MDR zur Verfügung. Die PDFs sind interaktiv, also auch elektronisch ausfüllbar. Dazu gehört ein Risikomanagementplan, die Konformitätserklärung, die Bestellung der verantwortlichen Person, die Vorlage eines Meldesystems, Überwachungsplan und Risikoanalyse. Dazu eine ausführliche Übersicht über die neuen Anforderungen.

zwei Tagen nach Kenntnis des Herstellers erforderlich. Im Falle des Todes oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist eine Meldung nach spätestens 10 Tagen erforderlich.

RED



EU-Medizinprodukteverordnung MDR

Umsetzung in der Zahnarztpraxis und im Praxislabor

Plan zur Überwachung der Gebrauchsphase nach dem Inverkehrbringen

Inhaber des Praxislabors oder der Praxislaborgemeinschaft

Überwacht werden:

- Reklamationen und Kulanzen;
- Rückmeldungen von Herstellern, die im Zusammenhang mit Materialien stehen könnten;
- Beschwerden von Patienten die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erfasst sind (BfArM).

Folgende Produktgruppen sind relevant:

Zahnersatz und therapeutische Mittel mit folgenden Untergruppen:

- Festsitzender Zahnersatz
- CAD/CAM
- Herausnehmbarer Zahnersatz
- Schienen
- KFO
- Erweiterungen, wenn im Praxislabor hergestellt
- Reparaturen, wenn im Praxislabor hergestellt

Eine Überprüfung erfolgt:

- innerhalb der 2-jährigen Routineüberprüfung

oder

- aus aktuellem Anlass

Was war der Anlass? (z.B. Reklamationen, Rückmeldungen von Herstellern)

Für die Einhaltung des Plans zur Überwachung verantwortliche Person laut Artikel 15 MDR ist

Name, Vorname

Formularfelder leeren Seite 1



Bundesverband der
implantologisch
tätigen Zahnärzte
in Europa

European
Association of
Dental
Implantologists

Gemeinsame Pressemitteilung von BDIZ EDI und assoziierten Partnerverbänden

Stellungnahme zu den Kämpfen in der Ukraine

10. März 2022

Als europäisch ausgerichteter Berufsverband nimmt der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) gemeinsam mit seinen assoziierten Partnerverbänden zu den Kriegshandlungen in der Ukraine Stellung.

Der BDIZ EDI und seine assoziierten Partnerverbände aus Großbritannien (ADI UK), Spanien (SEI), Polen (OSIS EDI), Serbien (USSI EDI), Portugal (SPCO), Mazedonien (EDI Macedonia), die Niederlande (EDI Netherlands) und Indien (EDI India) sowie befreundete Verbände aus Frankreich, Italien, Griechenland, Ungarn, Tschechien, Slowakei und Österreich verurteilen den völkerrechtswidrigen Einmarsch in die Ukraine aufs Schärfste.

Unsere Gedanken sind bei den Bürgerinnen und Bürgern der Ukraine – darunter auch Mitglieder (Zahnärztinnen und Zahnärzte) im BDIZ EDI. Die medizinische Lage im Kriegsgebiet ist verheerend. Menschen sterben durch Kriegshandlungen, aber auch durch fehlende medizinische Versorgung. In der Ukraine fehlt es an medizinischen Gütern und an Gütern des täglichen Bedarfs.

Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Vorstandsmitglied im BDIZ EDI, organisiert und unterstützt bereits regionale Hilfstransporte in die Ukraine. „Unseren Mitgliedern in der Ukraine, die vor Ort medizinisch und organisatorisch helfen, bieten wir unsere Unterstützung an. Sie können sich bei Bedarf an uns wenden, wir helfen gerne bei jeder Art und Möglichkeit“, so Dr. Dr. Tröltzsch.

Der BDIZ EDI unterstützt auch ausdrücklich die Spendenaktion der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) und deren Schirmherrin, die Bundeszahnärztekammer. Wer spenden möchte, erhält bei Adressangabe eine Spendenquittung:

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
Stichwort: Ukraine
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
IBAN: DE28 300 60601 000 4444 000
BIC: DAAEDED

Bei Rückfragen: Anita Wuttke, Pressereferentin BDIZ EDI, E-Mail: wuttke@bdizedi.org

BDIZ EDI
Mühlenstraße 18
51143 Köln
GERMANY

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) ist ein zahnärztlicher Berufsverband mit europaweit rd. 5.800 Mitgliedern. Kernaufgaben sind die professionelle Unterstützung seiner Mitglieder in Fragen des Rechts und der privat Zahnärztlichen Abrechnung sowie die hochkarätige Fortbildung im implantatchirurgischen und implantatprothetischen Bereich. Der BDIZ EDI übernimmt häufig die Vorreiterrolle, wenn es darum geht, Gesetze und Verordnungen für Zahnärzte zu hinterfragen.

Fon: +49 2203 8009339
Fax: +49 2203 9168822
office@bdizedi.org
www.bdizedi.org

Mit SOPIRA® Citocartin stellen auch Sie Ihren Anästhesie-Kader auf eine erfolgreiche und eingespielte Formation um.

Und das mit einem bis zu 25 % günstigerem* Lokalanästhetikum!

Sichern Sie sich jetzt und hier Ihre erfolgversprechende Aufstellung!

Platzverweis für teure Anästhesie
Jetzt Aufstellung wechseln und bares Geld sparen!

* Aktueller Preisvergleich der verfügbaren Anästhetika auf AERA-Online vom 07.03.22. Vergleichen Sie täglich selbst.

SOPIRA – Lokalanästhesie aus einer Hand.

Citocartin® – Das Lokalanästhetikum von Kulzer



Auch 2022 keine Preissteigerung

Mundgesundheits in besten Händen.



KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

© 2022 Kulzer GmbH. All Rights Reserved.

Sopira Citocartin mit Epinephrin 40mg/ml + 10Mikrogramm/ml Injektionslösung; Sopira Citocartin mit Epinephrin 40mg/ml + 5Mikrogramm/ml Injektionslösung • Für Erwachsene, Jugendliche (13 – 18 Jahre) und Kinder ab 4 Jahren. • **ZUSAMMENSETZUNG:** Sopira Citocartin mit Epinephrin 40mg/ml + 10 Mikrogramm/ml Injektionslösung: 1 ml Injektionslösung enth. 40 mg Articainhydrochlorid u. 10 Mikrogramm Epinephrin; Sopira Citocartin mit Epinephrin 40mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung: 1 ml Injektionslösung enth. 40 mg Articainhydrochlorid u. 5 Mikrogramm Epinephrin; Sonst. Bestandt. m. bek. Wirkung: Natriummetabisulfit (Ph. Eur.) (E223), Natriumchlorid, Wasser f. Injekt., Salzsäure 2% (E507) z. pH-Einstellung • **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen, Jugendlichen (13 – 18 Jahren) und Kindern ab 4 Jahren zur Lokalanästhesie (Infiltrations- u. Leitungsanästhesie) in der Zahnheilkunde; Sopira Citocartin mit Epinephrin 40 mg/ml + 10Mikrogramm/ml Injektionslösung: Zahnärztl. Behandlungen, die verlängerte Schmerzfreiheit und starke Verminderung der Durchblutung erfordern; Sopira Citocartin mit Epinephrin 40mg/ml + 5 Mikrogramm/ml Injektionslösung: Zahnärztliche Routinebehandlungen. • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit/Allergie geg. einen d. Bestandteile; Allergie geg. Lokalanästhetika v. Amid-Typ; Allergie gegen Sulfite; schwere Störungen d. Reizbildungs- od. Reizleitungssystems des Herzens; Anamnese v. plötzlich auftretenden schweren Herzanfällen mit Atemnot u. anschwellenden Extremitäten; sehr niedriger od. sehr hoher Blutdruck; Muskelschwäche (Myasthenia gravis); kürzlich erfolgter Herzinfarkt; nach Koronararterien-Bypass-Operation; unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie); Herzrasen (paroxysmale Tachykardie); Nebennierentumor (Phäochromocytom); Engwinkelglaukom; Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose); Asthma. • **Nebenwirkungen:** Selten: verlangsamter Herzschlag (Bradykardie); unregelm. Herzschlag (Arrhythmie); Erregung (exzitatorische Reaktionen), Zittern (Tremor), Orientierungsprobleme, metall. Geschmack, Schwindelgefühl (Vertigo), Ohrenklingen/Ohngeräusche (Tinnitus), Pupillenerweiterung (Mydriasis), „Ameisenlaufen“ (Parästhesie), Kieferkrämpfe/Krampfanfälle (Konvulsionen); vorübergehende Augenbeschwerden (z. B. Doppeltsehen); beschleunigte Atmung (Tachypnoe), Erweiterung d. Luftwege (Broncho dilatation); Übelkeit/Erbrechen; beschleunigter Stoffwechsel; niedriger od. hoher Blutdruck (Hypotonie od. Hypertonie); Anstieg d. Körpertemperatur; Nervosität (Angustzustände), Schmerzen i. Rachen od. hinter dem Brustbein, Hitzegefühl, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen; schwere allerg. Rkt. u. Bronchialkrämpfe (Bronchospasmen). Sehr selten: Hautausschlag, Juckreiz (Pruritus), juckender Hautausschlag – oftmals m. Blasenbildung (Urtikaria); Überempfindlichkeitsreaktionen (Atembeschwerden, Anschwellen von Kehlkopf u. Luftröhre bis z. Herz- u. Atemversagen [kardiorespiratorischer Kollaps] aufgr. eines anaphylakt. Schocks). Aufgrund des Gehaltes an Natriummetabisulfit kann es, insbesondere bei Bronchialasthmatikern, sehr selten zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewusstseinsstörungen oder Schock äußern können. Bei versehentl. Injektion in ein Blutgefäß: Blockierung d. Durchblutung a.d. Injektionsstelle bis z. Absterben des Gewebes (Gewebsstod, Gewebsnekrose). • **Verschreibungspflichtig** • **Pharmazeutischer Unternehmer:** Kulzer GmbH, Leipziger Straße 2, 63450 Hanau • **STAND DER INFORMATION:** 07/2017



Statement der europäischen Organisationen CED und ERO

Solidarität mit zahnärztlichen Kollegen und der Bevölkerung der Ukraine

„Mit großer Bestürzung und Besorgnis betrachten die Zahnärzte in Europa, vertreten durch den Rat der Europäischen Zahnärzte (Council of European Dentists CED) und die Europäische Regionalorganisation der Weltzahnärztesföderation (ERO), die Ereignisse in der Ukraine. Nach mehr als sieben Jahrzehnten Frieden und Sicherheit hätte noch vor wenigen Tagen niemand für möglich gehalten, Zeuge eines Angriffskrieges in Europa zu sein.“

Die Bilder der Menschen, die in den U-Bahn-Stationen der Hauptstadt Kiew dicht gedrängt sind und Schutz vor den Bombenanschlägen suchen, erinnern uns alle schmerzlich daran, wie zerbrechlich und schutzbedürftig der von uns als selbstverständlich erachtete Friedenszustand wirklich ist. Russlands Angriff hat das Rad der Geschichte weit zurückgedreht. Die Angst vor einem dritten Weltkrieg, vielleicht sogar mit Atomwaffen geführt, ist zurückgekehrt.

Überall auf der Welt – sowohl auf den Straßen als auch in den sozialen Medien – gibt es in diesen Tagen eine beeindruckende Solidaritätsbekundung mit der Ukraine und ihren Menschen,

die mit großem Mut darum kämpfen, als freies Land in Demokratie regiert zu werden. Dieser Mut und die Entschlossenheit der Ukrainer nötigen uns den größten Respekt ab.

Die führenden Organisationen europäischer Zahnärzte erklären im Namen ihrer Mitgliedsorganisationen in den Ländern der Europäischen Union und – im Falle der ERO – Ländern außerhalb der Union ihre volle Solidarität mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Ukraine, ihren Praxisteams und allen Einwohnern dieses umkämpften Landes.

In vielen Mitgliedstaaten des CED und der ERO wurden bereits Spenden- und Hilfsaktionen gestartet, auch von den Zahnärzten, und wir bitten Sie, diese Aktionen im Interesse aller zu unterstützen, die von den Folgen der Kämpfe betroffen sind.“

Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg, Präsident des CED

Dr. Michael Frank, Präsident der ERO

RED



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), Mühlenstr. 18, 51143 Köln. 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 +49 2203 9168 822

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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



BDIZ EDI · Mühlenstr. 18 · 51143 Köln
 Fon +49 2203 8009 339 · Fax +49 2203 9168 822
 office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Serie

Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 3)



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

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwältinnen
Berlin · Essen · Freiburg im
Breisgau · Meißen · München ·
Sindelfingen

Posener Straße 1
71063 Sindelfingen
Fon +49 7031-9505-18
(Sybill Ratajczak)
Fax +49 7031-9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

INHALT

Nachtrag zur GOZ
DVT und Leitlinien
Endodontie
Gesellschaftsrecht

Nachtrag zur GOZ

DVT und Leitlinien

Der **VGH Baden-Württemberg** befasste sich in einer die Postbeamtenkrankenkasse betreffenden Entscheidung vom 07.09.2021 – 2 S 1307/21 – mit der Abrechnung von DVT-Aufnahmen. Für die Entscheidung spielt die s2k-Leitlinie Dentale digitale Volumentomographie der GMZKM vom 05.08.2013 und eine Stellungnahme der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein zur Indikation von DVTs vom 18.11.2019 eine entscheidende Rolle. Die Behandlung fand offenbar in Schleswig-Holstein statt. Die Postbeamtenkrankenkasse hat ihren Sitz in Stuttgart.

Der VGH wiederholt zunächst die Rechtsprechungsgrundsätze zur Kostenübernahmepflicht im Rahmen von Beihilfeleistungen:

„Ob eine Maßnahme medizinisch notwendig ist, bestimmt sich nach objektiv medizinischen Kriterien. Auf die subjektive Sicht des Arztes oder des Patienten kommt es nicht an. Die Kosten lediglich nützlicher, aber nicht notwendiger Behandlungen muss der Beihilfeberechtigte bzw. der Versicherte selbst tragen. Die medizinische Notwendigkeit von Aufwendungen für eine ärztliche Behandlung unterliegt grundsätzlich der gerichtlichen Nachprüfung, auch wenn regelmäßig der Beurteilung des verordnenden Arztes zu folgen sein wird, weil dieser über die erforderliche Sachkunde verfügt.“ (Rz. 31)

Er prüft dann die Notwendigkeit der DVT-Aufnahmen in der Endodontie und führt dazu unter Bezugnahme auf den Kommentar von Liebold/Raff/Wissing aus:

„Ihr Einsatz kann auch in der Endodontie sinnvoll und notwendig sein. Sie ermöglicht die dreidimensionale Darstellung einer komplexen Wurzelanatomie bzw. des Verlaufes der Wurzelkanäle mit komplikationsbehafteten Besonderheiten, wie z.B. Blockaden, Frakturen, präzise Ortung frakturierter Wurzelkanalinstrumente, Perforationen oder atypisch weiter apikaler Foramina.

Mögliche Indikationen ergeben sich aus der ‚s2k-Leitlinie Dentale digitale Volumentomographie‘ der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vom 05.08.2013, auch wenn sie derzeit überarbeitet wird.“ (Rz. 33 f.)

Der VGH verneint im konkreten Fall die Voraussetzungen dieser Leitlinie und damit die Erstattungsfähigkeit der Kosten für das DVT. Die Begründung für diese Einschätzung des VGH wird nachstehend vollständig wiedergegeben, da man daraus Lehren für die Indikationsstellung und deren Begründung ziehen kann:

„Von den in der Leitlinie unter Nummer 7.5 für den Bereich der Endodontie genannten möglichen Indikationen kommen hier nach der Stellungnahme der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein nur zwei in Betracht, nämlich ‚apikale Veränderungen mit klinischer Symptomatik, wenn diese auf zweidimensionalen Aufnahmen nicht detektierbar bzw. räumlich korrelierbar sind‘ sowie eine ‚komplexe Wurzelanatomie und Morphologie (zusätzliche Kanalsysteme, apikaler Chirurgie an OKIUK Molaren UK Prämolaren, Dens invaginatus)‘.

Beide liegen hier nicht vor. Soweit es in der Begründung der Rechnung des behandelnden Zahnarztes zu dieser Rech-

nungsposition heißt: *„Dreidimensionale Analyse notwendig zur Darstellung von Strukturen, die mittels zweidimensionaler Röntgendiagnostik nicht erkennbar sind“*, handelt es sich hierbei lediglich um eine allgemeine Umschreibung der Vorzüge der dreidimensionalen Bildgebung gegenüber der zweidimensionalen, nicht aber um eine konkrete fallbezogene Indikation. Nicht erläutert wird, welche Strukturen dargestellt werden sollen. Auch die weitere Begründung *„unklare Lagebeziehung und Ausdehnung der ossären Lyseareale zur Kieferhöhle bei starker Rezessusbildung“* stellt keine der genannten Indikationen dar, sondern umschreibt – wie von der Beklagten unbestritten vorgetragen – lediglich den Grund für die Behandlung. Von daher ist es nur folgerichtig, dass auch die Stellungnahme der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein keine auf den Einzelfall des Klägers bezogene Indikation benennt, sondern nur allgemein zwei der möglichen Indikationen nach der *„Leitlinie Dentale digitale Volumtomographie“* aufzeigt.“ (Rz. 36 f.)

Das Urteil ist zum einen ein gutes Beispiel für die Bedeutung von Leitlinien in der Zahnheilkunde und zeigt die Verantwortung auf, die Leitlinienverfassern zukommt. Die Rechtsprechung hinterfragt Leitlinien selten kritisch, sofern keine Prozesspartei dazu Anlass gibt. Der Patient hat i. d. R. schon gar nicht das erforderliche Wissen, um Leitlinien anzugreifen. Zu erwarten, dass der Anwalt des Patienten sich mit der Detailanalyse von Leitlinien und Leitlinienreports und der seit der Erstellung der Leitlinie veröffentlichten Studienliteratur befasst, ist erst recht unrealistisch. Wenn überhaupt, kann nur der Behandler oder ein Privatgutachter hier Hilfe leisten.

Das Urteil ist zum anderen ein gutes Beispiel für das leider häufig zu beobachtende Geschwurbel bei der Begründung von Indikationen und Steigerungsfaktoren. Im Falle des VGH wäre vorzutragen gewesen, warum bei diesem Patienten zur sauberen Diagnostik ein DVT erfor-

derlich war. Dass man mit dem DVT mehr sieht als mit einer zweidimensionalen Aufnahme: geschenkt! Aber das ist rechtlich keine relevante Argumentation. Wenn man es pragmatisch handhaben will, sollte sich wenigstens aus der Auswertung des DVT auch die Begründung für die Notwendigkeit ergeben. Wenn man vorher und nachher nicht weiß, warum das DVT notwendig war, dann hilft nur eines: nicht abrechnen.

Endodontie

Der **VGH Baden-Württemberg** befasste sich in derselben die Postbeamtenkrankenkasse betreffenden Entscheidung auch mit Feinheiten der Abrechnung der endodontischen Behandlung. Es ging zum einen um die Abrechnung der **intra-kanalären Diagnostik** und zum anderen die Abrechnung für die **Entfernung alten Wurzelfüllmaterials**. Beide Leistungen sind in der GOZ nicht beschrieben. Der behandelnde Zahnarzt hatte für die intrakanaläre Diagnostik die Nr. 2220 GOZ analog und für die Entfernung des Wurzelfüllmaterials die Nr. 2210 GOZ analog abgerechnet.

Der VGH akzeptierte die Analogabrechnung für die Entfernung des Wurzelfüllmaterials, aber nicht für die intrakanaläre Diagnostik.

Die **intra-kanaläre Diagnostik** beschreibt der VGH unter Bezugnahme auf die Kommentierung von Liebold/Raff/Wising wie folgt:

„Für die sogenannte intrakanaläre Diagnostik wird ein Dentalmikroskop (Operationsmikroskop) mit bis zu 40-facher Vergrößerung eingesetzt. Sie erfolgt zeitgleich zur Wurzelkanalaufbereitung und wird dabei kontinuierlich fortgesetzt. Ziel ist es, z. B. Isthmen (enge, bandförmige Verbindungen zwischen Wurzelkanälen, die Pulpagewebe beinhalten), Perforationen, Seitenkanäle, Risse, versperrte, verlegte oder verkalkte Wurzelkanäle und Instrumentenfragmente zu entdecken oder im Fall einer Revisionsbehandlung die Ursache für eine mikrobielle Infektion zu ermitteln. So können Risiken vor Ab-

schluss einer Wurzelbehandlung erkannt und dadurch ggf. der Erhalt des Zahnes gewährleistet werden, wenn ohne diese Diagnostikmaßnahme eine ordnungsgemäße Behandlung oder Weiterbehandlung des Zahnes nicht möglich wäre. Auch dient die intrakanaläre Diagnostik dazu, das vom Behandler ausgewählte Therapiekonzept auf seine Wirksamkeit zu überprüfen und ggf. den medizinischen Erfordernissen anzupassen. Auch eine Früherkennung nicht erhaltungsfähiger Zähne (z. B. wegen einer Wurzelfraktur) wird so ermöglicht.“ (Rz. 42)

Für den VGH ist entscheidend, dass die Nutzung des Operationsmikroskops bei der Wurzelkanalaufbereitung den Zuschlag nach GOZ-Nr. 0110 auslöst. Da die intrakanaläre Diagnostik zeitgleich zur Wurzelkanalaufbereitung erfolge, gehe es in der Sache um die zeitgleiche Nutzung des bereits unterstützend eingesetzten Operationsmikroskops zu diagnostischen Zwecken. Daher sei die Leistung „Nutzung des Operationsmikroskops“ mit GOZ-Nr. 0110 beschrieben und einer Analogberechnung nicht mehr zugänglich. Es handele sich um keine selbstständige Leistung (Rz. 43 f.).

Dass das AG Ludwigsburg in einer Entscheidung vom 28.03.2017 – 8 C 1040/16 – die intrakanaläre Diagnostik als analog abrechnungsfähig angesehen hatte, bügelt der VGH mit der Bemerkung ab, das AG habe mit seiner Begründung die rechtliche Beurteilung nach § 6 Abs. 1 GOZ dem Sachverständigen überlassen. Den Urteilsgründen sei auch nicht weiter zu entnehmen, auf welcher tatsächlichen Grundlage diese rechtliche Bewertung beruhe, sodass sie nicht nachvollzogen werden könne (Rz. 45).

Soweit es entsprechende Entscheidungen zur GOZ 1987 gäbe, hält der VGH diese für irrelevant, weil diese Gerichte zu der entscheidungserheblichen Frage, ob durch die Anwendbarkeit der erst seit 2012 geltenden GOZ-Nr. 0110 die Analogberechnung der intrakanalären Diagnostik ausgeschlossen ist, nicht Stellung nehmen konnten (Rz. 46).



© Masterlevsha/Shutterstock.com

Für die **Entfernung alten Wurzelfüllmaterials** bejahte der VGH dagegen das Vorliegen einer selbstständigen, durch das Gebührenverzeichnis der GOZ nicht erfassten Leistung. U. a. rechtfertige der erhebliche, mit der Entfernung des alten Wurzelfüllmaterials verbundene Aufwand eine analoge Bewertung (Rz. 54). Interessant sind die Ausführungen des VGH zur Auswahl der Analogposition. Sie zeigen, dass das durchaus „eine Wissenschaft für sich“ ist, und sollen deshalb hier vollständig wiedergegeben werden:

„Nach welcher Analognummer die Maßnahme abgerechnet werden kann, wird nicht einheitlich beantwortet. Das Amtsgericht Bad Homburg hat die Abrechnung nach GOZ-Nr. 3120 (Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn) für angemessen gehalten (Urteil vom

19.04.2016 – 2 C 2200/14 –), und das Amtsgericht Heidenheim hat GOZ-Nr. 3110 (Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn) angewandt (Urteil vom 13.07.2018 – 5 C 1225/17 –). Nach der Auffassung des Amtsgerichts Düsseldorf ist eine Abrechnung nach GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) angemessen (Urteil vom 01.07.2016 – 25 C 2953/14 –). Für eine Anwendung von GOZ-Nr. 2170 (Einlagefüllung, mehr als zweiflächig) hat sich das Amtsgericht Siegburg ausgesprochen (Urteil vom 28.10.2016 – 102 C 118/15 –).

Das kann hier offenbleiben. Nach Ansicht des Senats sind die für das Entfernen alten Wurzelmaterials zu erbringenden Leistungen jedenfalls mindestens – wie das Verwaltungsgericht angenommen hat – nach Art, Kosten- und Zeitaufwand mit einer Wurzelkanalaufbereitung nach GOZ-Nr. 2410, die geringer vergütet wird als die übrigen von den oben genannten Gerichten angewandten Analognummern, vergleichbar. Das wird weder vom Kläger noch von der Beklagten – auch nicht hilfsweise – beanstandet. Von daher hat der Kläger Anspruch auf Erstattung weiterer Aufwendungen in Höhe von 15,21 EUR (30 Prozent der 2,3-fachen Gebühr in Höhe von 50,71 EUR.“ (Rz. 55 f.)

Gesellschaftsrecht

Die Anforderungen der Sozial- und Finanzgerichte an die Gesellschafterstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft differieren erheblich von der Auffassung der Zivilgerichte – und noch erheblicher von Auffassungen im Berufsstand der Ärzte und Zahnärzte, die in der Beratung vielfach anzutreffen sind. Dass Gesellschaftsverträge nicht nur aufgesetzt werden, damit der Zulassungs-

ausschuss für die Genehmigung der Berufsausübungsgemeinschaft Ruhe gibt, ist zwar bekannt, wird aber nicht immer verstanden, jedenfalls oft nicht akzeptiert. Noch weniger wird erkannt, welches Gefahrenpotenzial in Verträgen liegt, die mit der in der Gesellschaft gelebten Praxis nichts gemein haben.

In diesem Beitrag will ich nicht erneut die gesamte Bandbreite der Probleme darstellen, die sich auftun können, wenn hier nicht achtsam mit den Fragestellungen umgegangen wird, sondern auf eine neue Entscheidung des **Finanzgerichts (FG) Münster** vom 26.11.2021 – 1 K 1193/18 G, F – hinweisen.

Der Fall betraf eine augenärztliche Berufsausübungsgemeinschaft, hätte aber genauso gut eine zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft betreffen können. Die rechtlichen Probleme, die sich aus der Gestaltung des Gesellschaftsverhältnisses ergeben, sind dieselben.

Die Praxis betrieb zwei Praxisstandorte. Am zweiten Standort in R. war nur die Gesellschafterin Dr. K. tätig, am Hauptsitz fünf Gesellschafter. Die ersten 36 Monate der Zusammenarbeit ab 2008 wurden im Gesellschaftsvertrag als „Kennlernphase“ bezeichnet. Frau Dr. K. war am Vermögen der Gesellschaft in den Jahren 2008 bis 2013 nicht beteiligt. Das Stimmrecht war in der Anlage 2 zum Gesellschaftsvertrag dergestalt geregelt, dass zwei Gesellschafter jeweils 28,38033 Stimmen, ein Gesellschafter 28,37934 Stimmen, zwei Gesellschafter 6,93 Stimmen und Frau Dr. K. eine Stimme hatte. Wie man auf solche Stimmverteilungen kommt und warum man die in einer Anlage regelt? Gute Frage und problematische Frage, weil sich der Sinn nicht erschließt. Je mehr über den Sinn von Vertragsklauseln nachgedacht werden muss, umso mehr neigen die Gerichte zu kritischer Beurteilung.

Für Frau Dr. K. gab es einen festen Gewinnanteil von im ersten Jahr monatlich 5.000 € und eine Beteiligung am nach Abzug ihres Gewinnanteils verbleibenden Restgewinn in Höhe ihres Anteils am Gesellschaftsvermögen, also von weite-

ren 0 %. Der feste Gewinnanteil erhöhte sich 2009 und 2010 um jeweils 416,66 €/Monat.

In einer Gesellschafterversammlung wurde im Dezember 2010 beschlossen, den Gewinnanteil für Dr. K. ab 01.01.2011 auf monatlich 8.333,33 € zu erhöhen, ihr außerdem ab 2011 eine Gewinnbeteiligung von 10 v. H. des Jahresgewinns, der in der von ihr allein geführten Praxis in R. erzielt wird, und einen einmaligen zusätzlichen Gewinnanteil für 2010 in Höhe von 10.000 € zuzugestehen.

Im Juli 2014 wurde beschlossen, Frau Dr. K. solle für 2013 eine zusätzliche Gewinnbeteiligung in Höhe von 25.000 € erhalten.

Mit Kaufvertrag über Teilgesellschaftsanteile vom Februar 2016 hat Frau Dr. K. rückwirkend zum Januar 2014 einen Anteil von 3 % an den materiellen und immateriellen Werten der Berufsausübungsgemeinschaft erworben.

Das Finanzamt führte Betriebsprüfungen durch und kam zum Ergebnis, dass Frau Dr. K. zwar zivilrechtlich Gesellschafterin, steuerrechtlich aber nicht Mitunternehmerin gewesen sei, und veranlagte die Praxis zur Gewerbesteuer.

Die Klage dagegen hatte nur teilweise Erfolg – und das nicht aus Rechtsgründen, sondern weil das FG die Festlegungen für die Jahre 2008 bis 2010 aufgrund des ersten Betriebsprüfungsberichts verwirkt sieht. Dieser Aspekt wird im Folgenden nicht weiter beleuchtet.

In der Sache verneint das FG für Frau Dr. K. die Mitunternehmerstellung. Daraus folgt zwangsläufig, dass die Gesamteinnahmen der Berufsausübungsgemeinschaft nicht mehr als freiberuflich, sondern als gewerblich zu qualifizieren sind. Die entsprechenden Urteils passages sind gut verständlich abgefasst und werden deshalb nachstehend im Wortlaut wiedergegeben. Man kann aus ihnen lernen, worauf es ankommt, was geht, und was nicht – und sollte es auch. In der Urteilsbegründung wird Frau Dr. K. als die „Beigeladene“ bezeichnet. Ich habe den Begriff beibehalten, weil es ein nur wenig gekürztes Zitat bleiben soll:

„Als Mitunternehmer ist ein Gesellschafter einer GbR nur dann anzusehen, wenn er die Merkmale der Mitunternehmerinitiative und des Mitunternehmerrisikos erfüllt. Beide Merkmale können im Einzelfall mehr oder weniger ausgeprägt sein. Ein geringeres mitunternehmerisches Risiko kann durch eine besonders starke Ausprägung des Initiativrechts ausgeglichen werden und umgekehrt. Beide Merkmale müssen jedoch vorliegen. Ob dies zutrifft, ist unter Berücksichtigung aller die rechtliche und wirtschaftliche Stellung einer Person insgesamt bestimmenden Umstände zu würdigen. Die Kriterien für die Annahme einer freiberuflichen Mitunternehmerschaft unterscheiden sich nicht von denen einer gewerblichen Mitunternehmerschaft.

Mitunternehmerisiko bedeutet Teilhabe am Erfolg oder Misserfolg eines gewerblichen Unternehmens. Das volle Mitunternehmerisiko von Gesellschaftern einer GbR ist im Regelfall dadurch gekennzeichnet, dass das Unternehmen im Innenverhältnis (d. h. mit schuldrechtlicher Wirkung) auf gemeinsame Rechnung und Gefahr der einzelnen Gesellschafter geführt wird. Der Gesellschafter muss daher nicht nur am laufenden Unternehmenserfolg beteiligt sein; darüber hinaus müssen die Regelungen des Gesellschaftsvertrags die Gewähr dafür bieten, dass er (grundsätzlich) im Falle der Beendigung des Gesellschaftsverhältnisses entsprechend seinem Gewinnanteil Anspruch auf den Zuwachs der stillen Reserven des Betriebsvermögens einschließlich des Zuwachses an dem Firmenwert hat. Im vorliegenden Fall ist die Beigeladene nicht am laufenden Gewinn der GbR beteiligt. Gem. § 14 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrags von 2008 erhielt sie während der ersten zwölf Monate ihrer Tätigkeit für die Gesellschaft einen Anteil in Höhe von 5.000 €, während der zweiten zwölf Monate ihrer Tätigkeit einen Anteil in Höhe von 5.416,66 € und beginnend mit dem 25. Monat einen Anteil in Höhe von 5.833,33 €. Eine Beteiligung am Gewinn des Unternehmens erfolgt dadurch nicht. Vielmehr hat die zwischen den

Altgesellschaftern und ihr getroffene Vereinbarung den **Charakter eines fixen (Arbeits-)Entgeltes**. Hieran ändert auch der Umstand nichts, dass die Beigeladene für das Streitjahr 2010 aufgrund des Beschlusses der Gesellschafterversammlung von 12.2010 einen „zusätzlichen Gewinnanteil“ in Höhe von 10.000 € erhalten hat. Bei diesem – (erst) am Ende des Geschäftsjahres 2010 – vereinbarten pauschalen Betrag handelt es sich nach Zeitpunkt und Art der Vereinbarung vielmehr um eine **Gratifikation** und nicht um eine Gewinnbeteiligung. Die Berechnungskriterien für den „zusätzlichen Gewinnanteil“ werden nicht offengelegt. Ein Zusammenhang mit einem besonderen wirtschaftlichen Erfolg ist nicht erkennbar.

Auch in den Streitjahren 2011 bis 2013 führen die gesellschaftsvertraglichen Regelungen zu keinem anderen Ergebnis. So erhielt die Beigeladene laut Beschluss der Gesellschafterversammlung von 12.2010 ab 04.2011 einen monatlichen Geldbetrag in Höhe von 8.333,33 € und zusätzlich ab 01.2011 eine „Gewinnbeteiligung“ von 10 v. H. des Jahresgewinns, der in der Praxis in R. erzielt wurde. **Ihre Einnahmen blieben unabhängig vom wirtschaftlichen Erfolg auf den Anteil von 10 v. H. ihrer Honorarumsätze begrenzt. Sie nahm damit nicht an den (gesamten) Gewinnchancen der Klägerin teil.** Hinsichtlich des mit Protokoll der Gesellschafterversammlung von 07.2014 beschlossenen zusätzlichen Auszahlungsbetrags für 2013 in Höhe von 25.000 € gelten die bereits zum Geschäftsjahr 2010 erfolgten Ausführungen.

Die **fehlende Gewinnbeteiligung** der Beigeladenen zeigt sich auch eindeutig an der Gewinnverteilung zwischen den „Altgesellschaftern“ der Klägerin. Deren Gewinnanteile bemessen sich nicht nach dem Verhältnis der von ihnen erzielten Umsätze. Sie sind vielmehr am gesamten Gewinn der Klägerin entsprechend ihrer Vermögensbeteiligung beteiligt. Damit standen die Gewinnchancen in den Streitjahren alleine den „Altgesellschaftern“ zu.

Eine Beschränkung des Mitunternehmerrisikos ergibt sich auch dadurch, dass die Beigeladene **nicht an den stillen Reserven** der Klägerin beteiligt war. Eine Beteiligung an den stillen Reserven der materiellen Wirtschaftsgüter schließt der Gesellschaftsvertrag in § 10 Abs. 2 Satz 2 ausdrücklich aus. Eine Gewähr, dass die Beigeladene an den stillen Reserven der immateriellen Werte beteiligt war, bietet der Gesellschaftsvertrag ebenfalls nicht. Er enthält keine Regelung über die Beteiligung an den immateriellen Werten. Auch eine Ableitung eines derartigen Anspruchs aus § 738 BGB ist nicht möglich, da diese Vorschrift voraussetzt, dass der Gesellschafter einen Anteil am Gesellschaftsvermögen hat, was vorliegend nicht der Fall ist. Die Beigeladene hat nach dem Kaufvertrag über Teilgesellschaftsanteile vom 02.2016 erst zum 01.2014 einen Anteil von 3 % an den materiellen und immateriellen Werten der Klägerin erworben.

Darüber hinaus ist das wirtschaftliche Risiko der Beigeladenen infolge der in § 9 des Gesellschaftsvertrags vereinbarten Außenhaftung unter Berücksichtigung der Gesamtumstände als gering anzusehen. Aufgrund der hohen jährlichen Gewinne der GbR brauchte sie mit einer Inanspruchnahme für Verbindlichkeiten der GbR nicht zu rechnen. Die Haftung für Behandlungsfehler wurde durch die **Freistellung im Innenverhältnis** und den **Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung** maximal verringert.

Das maximal beschränkte Mitunternehmerrisiko der Beigeladenen wurde auch nicht durch eine besonders ausgeprägte **Mitunternehmerinitiative** kompensiert. Eine ausgeprägte Initiativbefugnis **setzt voraus, dass dem Gesellschafter Aufgaben der Geschäftsführung, mit denen ein nicht unerheblicher Entscheidungsspielraum und damit auch ein Einfluss auf grundsätzliche Fragen der Geschäftsleitung verbunden ist, zur selbstständigen Ausübung übertragen werden.** Dies ist vorliegend nicht der Fall. Nach § 3 Abs. 1 des Gesellschaftsvertrages üben die Gesellschafter die Geschäftsführung ge-

meinschaftlich aus. Geschäftsführungsentscheidungen konnte die Beigeladene nicht selbst treffen. Sie waren mehrheitlich zu treffen. Zur Erledigung sonstiger, nicht die originäre Berufsausübung betreffender, laufender Geschäfte hat die Klägerin gem. § 3 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrags Herrn Dr. T. und Herrn Dr. P. als **geschäftsführende Gesellschafter** bestimmt. Diese sind gem. § 3 Abs. 6 des Gesellschaftsvertrags auch für die Umsetzung von Beschlüssen und die rechtsgeschäftliche Vertretung der Gesellschaft bei Abschluss von Verträgen zuständig. Insoweit steht der Beigeladenen **gar keine Entscheidungsbefugnis** zu. Lediglich hinsichtlich der Rechtsgeschäfte der originären Berufsausübung und für die Ausübung des fachlichen Direktionsrechts des Arbeitsgebers ist die Beigeladene gem. § 3 Abs. 2 und 3 berechtigt und verpflichtet. Diese Rechte und Pflichten ergeben sich jedoch bereits aus ihrer originären Position als Fachärztin in einer Arztpraxis und haben keinen Einfluss auf grundsätzliche Fragen der Geschäftsleitung.“ (Rz. 41 – 48)

Steuerrechtlich war Frau Dr. K. damit nicht Gesellschafterin, sondern freie Mitarbeiterin. Da sie allein in der Praxis in R. tätig war, konnten die anderen Gesellschafter i. S. des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG nicht mehr eigenverantwortlich tätig sein. Dazu führt das FG aus:

„Eine aufgrund eigener Fachkenntnisse eigenverantwortliche Tätigkeit liegt nur vor, wenn die persönliche Teilnahme des Berufsträgers an der praktischen Arbeit in ausreichendem Umfang gewährleistet ist. Die Eigenverantwortlichkeit erschöpft sich nicht darin, nach außen die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der einzelnen Tätigkeit zu tragen. Die Ausführung jedes einzelnen Auftrags muss vielmehr dem Steuerpflichtigen selbst und nicht den qualifizierten Mitarbeitern zuzurechnen sein. Es genügt daher nicht eine gelegentliche fachliche Überprüfung der Mitarbeiter.

Die Tatbestandsmerkmale ‚leitend‘ und ‚eigenverantwortlich‘ stehen nach dem Wortlaut des § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG

selbstständig nebeneinander. Auch eine besonders intensive leitende Tätigkeit, zu der u. a. die Organisation des Sach- und Personalbereichs, Arbeitsplanung, Arbeitsverteilung, Aufsicht über Mitarbeiter und deren Anleitung und die stichprobenweise Überprüfung der Ergebnisse gehören, vermag daher die eigenverantwortliche Tätigkeit nicht zu ersetzen.“ (Rz. 52 f.)

Der häufig übersehene Switch in § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG führt dazu, dass die Einkünfte von der Freiberuflichkeit in die Gewerblichkeit fallen und damit dem Grunde nach Gewerbesteuerpflicht entsteht. Ob das zu einem Netto-Abfluss an Liquidität führt, hängt u. a. am lokalen Gewerbesteuerhebesatz. Bei Praxisumsätzen über 600.000€/Jahr oder Gewinnen von mehr als 60.000€/Jahr muss bei Gewerbesteuerpflicht anstelle der bei Freiberuflern üblichen Einnahmenüberschussrechnung **bilanziert** werden. Außerdem besteht die Verpflichtung zur kaufmännischen und damit **doppelten Buchführung** usw. Die Details sollen hier nicht dargestellt werden.

Die Kriterien der Mitunternehmerschaft sind nach Ansicht des Bundessozialgerichts durchaus auch bedeutsam für die Frage, ob vertrags(zahn)arztrechtlich eine Gesellschafterstellung vorliegt (s. BSG, 23.06.2010 – B 1 KA 7/09 R –, Rz. 44) sowie für die zunehmend aktueller werdende Fragestellung, ob der nicht die Anforderungen an eine Mitunternehmerschaft erfüllende Gesellschafter i. S. des § 7 SGBIV sozialversicherungsrechtlich beschäftigt ist.

Man sollte aus dieser Entwicklung den Schluss ziehen, entweder klare Arbeitsverhältnisse oder klare Gesellschaftsverhältnisse, Letztere stets mit Kapitalbeteiligung, zu gründen. Das dem Verfahren beim FG Münster vermutlich zugrunde liegende Entgegenkommen an Unentschlossene ist keine Unternehmensstrategie.

(Der Beitrag wird fortgesetzt.)



MIMI – fantastischer Workflow

Insertionsprotokoll und Implantatsysteme aus einer Hand:
Das ist das minimalinvasive Insertionsprotokoll „MIMI“.

Keine Schnitte – keine Nähte – keine Narben
= schneller Heilungsverlauf mit weniger Komplikationen
= zufriedene Patienten

That's the magic of Champions-Implants



· Titan Grad 4 (KV)
· in den Längen (mm):
6,5 - 8 - 10 - 12 - 14 - 16
· in den Durchmessern (mm):
3,5 - 4,0 - 4,5 - 5,5

**CHAMPIONS
(R)EVOLUTION
TITAN-IMPLANTAT**

oder



Das einzige Keramik-
Implantat mit wissen-
schaftlichen Langzeit-
studien (seit 2004),
patentierter makro-
rauer Oberfläche sowie
95,8% Osseo- und Bio-
integrationsrate

**PATENT™
KERAMIK-IMPLANTAT**

+



Chairside Aufbereitung
von autologem
Zahnmaterial

SMART GRINDER

Der Praxistipp: Top und Flop

Der Wundverschluss und die richtige Abrechnung von Hautlappenplastiken

Über die BDIZ EDI-Hotline erreichen uns zahlreiche Anrufe und damit Fragen, wie die Hautlappenplastiken richtig abgerechnet werden. Dazu nimmt Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff Stellung.

Ganz oben auf der Top 10-Bearstandungsliste stehen weichteilchirurgische Maßnahmen, egal, ob in Verbindung mit der Implantation, Freilegung oder anderen chirurgischen Maßnahmen. Patienten legen den Praxen Leistungsabrechnungen mit Texten wie „bereits mit 9000ff. abgegolten“ oder „nicht neben 9040 GOZ zusätzlich berechnungsfähig“ vor.

Nicht selten vermuten Patienten eine fehlerhafte Abrechnung der Praxis – schließlich schreibt ja die PKV, dass es so sei, und so glaubt der Patient in Ermangelung besseren Wissens „seiner“ Versicherung. Der Weg des geringsten Widerstands verläuft meist über die Zahnarztpraxis, in der Hoffnung, der Behandler „knickt“ ein und der Patient muss die nicht erstattete Summe nicht bezahlen. Kerstin Salhoffs Tipp an die Praxen: „Kürzen Sie die Rechnung nicht, sondern empfehlen Sie dem Patienten, seine Rechtsschutzversicherung mit der nicht vollständigen Leistungsabrechnung zu beauftragen!“

Der Flop

PKVen vertreten häufig die Meinung: „Bei einer Operation entsteht immer eine Wunde, die verschlossen werden muss. Dieser Wundverschluss ist bereits in der Gebührezziffer enthalten, die für die eigentliche Operation (Hauptleistung) berechnet wurde, und darf nicht zusätzlich angesetzt werden.“

Top: Ihre Argumentation

Dass bei einer Operation immer eine Wunde entsteht, die verschlossen werden muss, ist korrekt. Entscheidend ist aber, wie und mit welcher Technik der Wundverschluss erfolgt ist:

Der primäre Wundverschluss ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und umfasst das spannungsfreie Aneinanderbringen readaptierbarer Wundränder – ohne weitere Maßnahmen.

Auch das Reinigen der Wunde und das Fixieren eines plastischen Wundverbandes ist ebenso mit der Hauptleistung abgegolten.

Der plastische Wundverschluss mit zusätzlicher Lappenbildung einschließlich Periostschlitzung der nicht der Vertiefung des Vestibulums oder Mundbodens dient, wird nach 3100 GOZ beziehungsweise Ä2382 berechnet.

Ist also ein Wundverschluss nur mit zusätzlicher Präparation eines Schleimhautlappens und Periostschlitzung möglich, so erfolgt gemäß der aktuellen GOZ-Kommentierung der BZÄK die Berechnung nach 3100 GOZ.

Vorsicht ist jedoch geboten, wenn die Leistung in Verbindung mit der 9100 GOZ (Komplexleistung), bei der ein „Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung“ Bestandteil der Leistung ist, erbracht wurde, da hier die zusätzliche Berechnung der 3100 GOZ aufgrund der Leistungsüberschneidung ausgeschlossen ist. Die Gebührennummer 3100 GOZ umfasst alle einfachen plastischen, eindirektionalen Maßnahmen zur Ver-



Auszug aus den allgemeinen Bestimmungen der Abschnitte D, E, K der GOZ 2012:

„Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.“

längerung oder Verschiebung von Weichgewebe im Rahmen einer Wundversorgung.

Schwierige Hautlappenplastiken mit eigenständiger und über den reinen Wundverschluss hinausgehender Indikation werden nach Ä2382 berechnet, z. B.

- Spaltlappen
- lateraler Verschiebelappen
- Schwenklappen
- Rotationslappen
- Papillenrekonstruktionslappen
- Semilunarlapen etc.

Weitere zusätzlich berechnungsfähige selbstständige Leistungen, wie weichgewebeschirurgische und mukogingivalchirurgische Maßnahmen, dürfen ebenso zusätzlich berechnet werden – z. B. 3240 GOZ oder Ä2675 zum Erreichen einer ausreichenden Zone keratinisierter Gingiva.

3240 GOZ wird für eine Vestibulum- oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs von bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen, auch im zahnlosen Kiefer, berechnet.

Geht diese Plastik allerdings über den Bereich von zwei nebeneinanderliegen-



Kerstin Salhoff betreut die Abrechnungshotline des BDIZ EDI, dienstags von 8 bis 12 Uhr.

den Zähnen hinaus, erfolgt die Abrechnung nach GOÄ:

Ä2675 beschreibt eine Vestibulum-, Mundboden- oder Gingivaextentionsplastik, die sowohl für die Verbesserung des Weichteil-lagers als präprothetische Maßnahme dienen kann, aber auch im Rahmen anderer chirurgischer, parodontalchirurgischer oder implantologischer Maßnahmen erfolgen kann.

Tipp:

Berechnen Sie Ihre erbrachten Leistungen, dokumentieren Sie vollständig und nachvollziehbar. Geben Sie bereits bei Rechnungserstellung die Indikation, die Art der Plastik (Schnittführung etc.) und die Region an, um Rückfragen der Kostenerstatter zu vermeiden.

SAL

ANZEIGE

BEGO DIALOGUE

Kongress für Zahnmedizin & Zahntechnik · 29.–30. April 2022 in Bremen
12 Fortbildungspunkte gem. Richtlinien der BZÄK/DGZMK · www.bego.com/dialogue

Ihr erster navigierter Implantatfall mit dem BEGO Guide Starterpaket

EINFACH. SICHER. IMPLANTIEREN.



Hier wartet Ihr volles Erfolgspaket auf Sie:
<https://guide.bego.com>

Ihr
Starterpreis
€ 399,—
zzgl. MwSt.

GARANTIERT EIN VOLLES ERFOLGSPAKET

 **BEGO**

Minimalinvasive Implantation mit internem Sinuslift

Ein Beitrag von Dr. Mahssa Arjmandi

Die zahnärztlich-chirurgische Rehabilitation von älteren Patienten mit diversen Vorerkrankungen und teilweise geringem Knochenangebot erfordert ein minimalinvasives Verfahren, welches die Patienten so wenig wie möglich belastet. Selbst bei geringem Knochenangebot im Bereich der Kieferhöhle kann der Halt der Prothese bei Senioren einfach und unkompliziert um ein Vielfaches verstärkt werden. Die Anwendung des MIMI®-Verfahrens (minimalinvasive Methodik der Implantation) in Kombination mit dem internen direkten Sinuslift bieten für die Patienten eine sehr kurze Behandlungsdauer und nahezu keine postoperativen Beschwerden. Im Folgenden wird anhand eines Fallberichts dieses Vorgehen beispielhaft vorgestellt.

Ausgangssituation

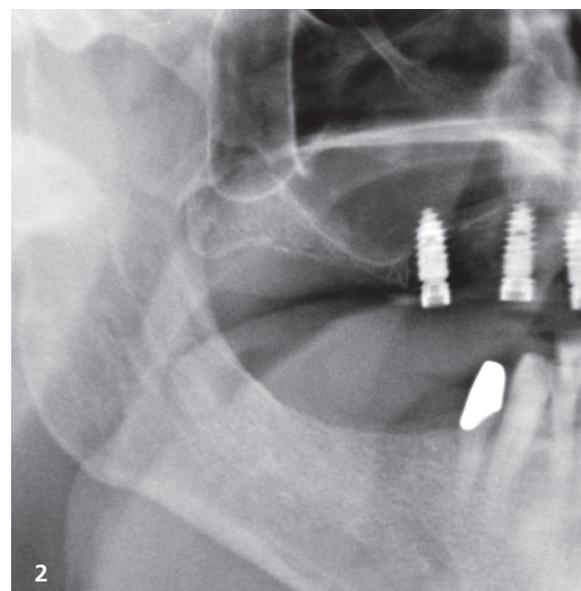
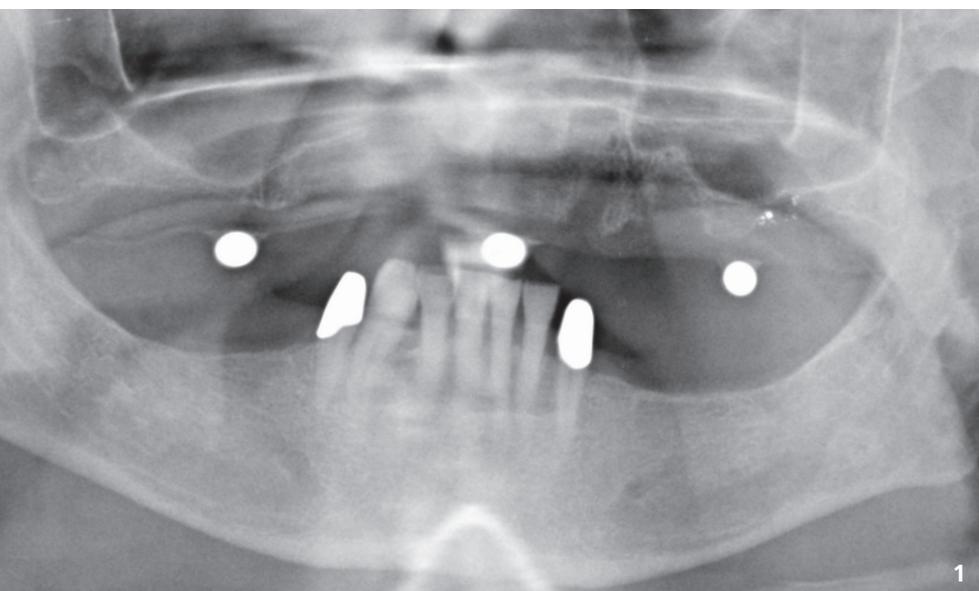
Der Patient (männlich, 88 Jahre) wurde in der Praxis mit einer Teleskopprothese im Oberkiefer vorgestellt. Der notwendige Halt der Prothese war nicht mehr gegeben und der Patient wünschte eine neue Versorgung. Da die beiden restlichen Pfeilerzähne eine massive Parodontalspaltverbreiterung und Lockerungsgrad 3 aufwiesen, waren diese nicht erhaltungswürdig. Eine Exzision war angezeigt. Der Patient wollte eine weitere Verschlechterung des Prothesen-

halts nach Exzision nicht akzeptieren und entschied sich für eine implantatgetragene Prothese auf sechs Implantaten mit Kugelkopfantern. Der Patient war multimorbide, unter anderem Diabetiker und nahm diverse Medikamente ein, einschließlich der Blutverdünnungstablette ASS 100.

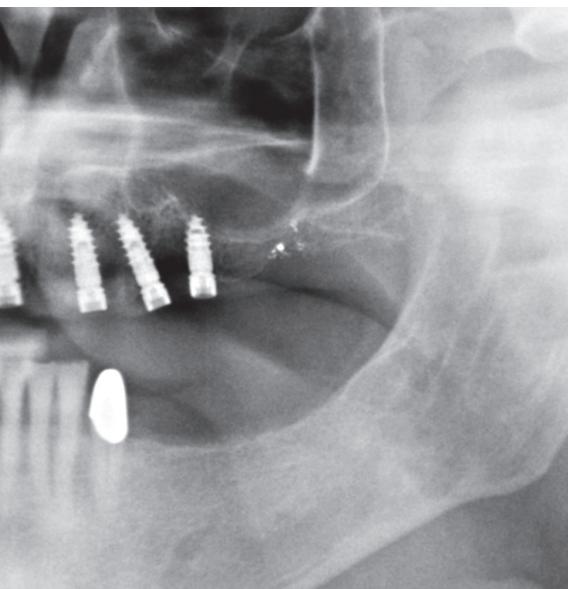
Vorgehensweise

Die vertikale Knochenhöhe wurde anhand eines OPGs bestimmt (Abb. 1). Der Vergrößerungsfaktor wurde mit

drei Messkugeln ermittelt, die an einer Messschablone fixiert waren. Es wurden sechs zweiteilige Champions (R)Evolution® Implantate in den Größen 10/4,0 mm, 10/3,5 mm, 8/3,5 mm im Bereich Regio 15 bis 25 gesetzt. Für die Anästhesie wurde Ultracain D-S in kleinen Depots im zu implantierenden Bereich verteilt. Die Implantation war CNIP-(Cortical Navigated Implantation Procedure-)navigiert und minimalinvasiv, das heißt, die Bohrungen erfolgten transgingival und die Führung war bei niedriger Umdrehungszahl durch die Kortikalis gegeben.



Wegen der niedrigen Umdrehungszahl konnte auf Wasserkühlung mit Kochsalzlösung verzichtet werden. Nach jeder Bohrung wurde die Integrität der Knochenwände in der Kavität mit einer ausreichend langen, stumpfen Sonde zu allen Seiten überprüft (Knochenkavitätsprobe). Im Bereich 14 erfolgte ein interner, direkter Sinuslift. Hierzu wurde mit dem Dreikantbohrer (\varnothing 2,3 mm, konischer Dreikantbohrer) bis etwa 1 mm vor den Kieferhöhlenboden vorgebohrt. Der restliche Knochen des Kieferhöhlenbodens wurde dann mit Condensern verdichtet. Die Membran wurde mit einem Condenser (\varnothing 3,0 mm) mit abgerundeter Spitze angehoben. Ein Kollagenvlies (CollaWin!) wurde in die Knochenkavität eingeführt und mit einem sehr kurzen und runden Bohrer (\varnothing 3,7 mm) linksdrehend verdichtet. Die Stabilität wurde mit Condensern aufsteigenden Durchmessers überprüft und das Implantat (10/4,0 mm) anschließend mit einer Primärstabilität von 30 N eingebracht. Die Shuttle der Implantate, welche auch als Gingivaformer dienen, wurden äquigingival versenkt. Im Anschluss an die Implantation wurde ein OPG als Kontrollbild angefertigt (Abb. 2). Aufgrund der Unschärfe im Frontzahnbereich wurden, für die bessere Darstellung, noch Einzelbilder angefertigt (Abb. 3a und b). Auf dem Einzel-



Info



Dr. Mahssa Arjmandi

Frau Dr. Arjmandi, Sie sind angestellte Zahnärztin in der Praxis Dres. Weickum in Mannheim – Was fasziniert Sie an der Implantologie?

Die Implantologie stellt meines Erachtens einen Teilbereich der Zahnmedizin dar, der für die Versorgung der Patienten eine völlig neue Welt an Möglichkeiten eröffnet. Inzwischen lässt sich die Behandlung für den Patienten so schnell, minimalinvasiv und schmerzarm durchführen, dass Belastbarkeit und Alter kaum eine Rolle spielen, wenn der Patient seine Lebensqualität in dieser Hinsicht verbessern möchte.

Sie haben das Curriculum „Experte für Implantologie und Implantatprothetik“ absolviert. Was war dabei Ihre größte Lernkurve?

Das Curriculum hat vor allen Dingen meine eigene Sicherheit gestärkt. Ich hatte bereits vor dem Curriculum kleine, simple implantologische Planungen aufgestellt und durchgeführt, hätte mich jedoch nicht an komplexere Rehabilitationen herangewagt. Das Curriculum war sehr praktisch ausgelegt, sodass ich mit dem Vorgehen bei unterschiedlichen Knochenhärten, geringem Knochenangebot und auch schmalen Kieferkämme richtig vertraut wurde. Das Wissen über einen Sinuslift beispielsweise blieb eben nicht nur auf der Ebene der Theorie. Ich hatte die Möglichkeit, Kolleginnen und Kollegen bei ihren Implantationen zu assistieren und Behandlungen in der eigenen Praxis mit Begleitung durchzuführen. Meine größte Lernkurve war, dass das Spektrum an Patienten, denen ich eine implantologische Behandlung empfehlen und anbieten kann, zugenommen hat, weil ich mit viel mehr anatomischen Gegebenheiten umgehen konnte.

Was fordert Sie in Ihrer täglichen implantologischen Arbeit immer wieder heraus?

Die größte alltägliche Herausforderung sind suboptimale Knochenverhältnisse, vor allem, wenn größere Knochendefekte aufgrund vorangegangener entzündlicher Prozesse bestehen.

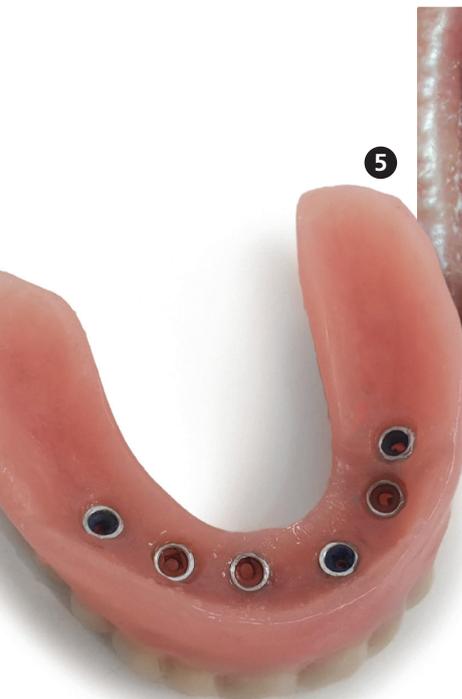
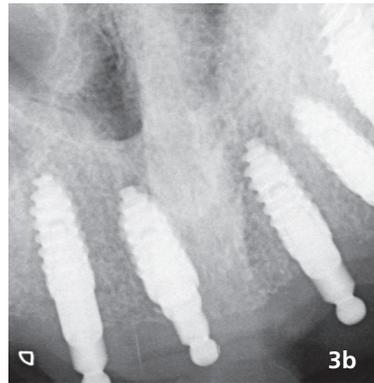
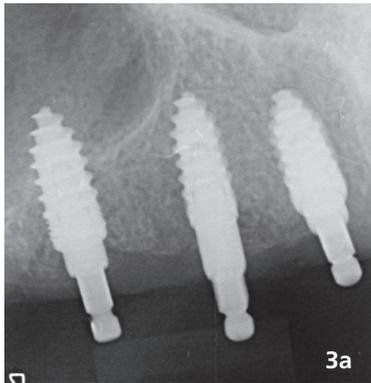


bild des ersten Quadranten (Abb. 3a) ist der Sinuslift sehr gut zu erkennen. Abbildung 4 zeigt den Zustand im Mund direkt im Anschluss an die Implantation. Hier lassen sich die Vorzüge der Implantation nach dem MIMI-Verfahren deutlich erkennen.

Unmittelbares Ergebnis

Der Patient verlässt die Praxis mit sechs neuen Implantaten, ohne dass eine Wunde im Mundraum zu erkennen wäre. Prophylaktisch wurde ein Rezept über Ibuprofen 600 ausgestellt, diese Tabletten waren nach Bedarf einzunehmen. Der Patient berichtete, nur eine Tablette am Tag der Implantation gebraucht zu haben. Aufgrund der Multimorbidität des

Patienten und der Diabeteserkrankung erfolgte eine postoperative Antibiotikagabe mit Augmentan 875/125 mg für fünf Tage.

Die provisorische Versorgung erfolgte durch Umarbeitung der Teleskopprothese des Patienten. Im Bereich der Implantate wurde die Prothese so weit ausgeschliffen, dass die Implantate während der Einheilphase nicht belastet werden konnten.

Nachsorge

Nach zehn Wochen erfolgte die Abformung für eine konventionelle Oberkiefer-Vollprothese. Der Zahntechniker sparte im Bereich der Implantate genügend Platz für die Matrizen (MMTs) aus. Im letzten Schritt wurden die Shuttles ab- und die Kugelkopfabutments mit etwa 20 N eingeschraubt. Die MMTs wurden auf die Kugelköpfe aufgesteckt und mit Kunststoff an der fertigen Prothese fixiert. Die Ausarbeitung erfolgte im hauseigenen Labor (Abb. 5). Die Prothese wurde eingegliedert und dem

Patienten wurden Handhabung, Pflege und Reinigung der Prothese sowie der Implantate gezeigt. Nach zwei Tagen kam der Patient sehr zufrieden zu seinem Kontrolltermin, es musste nur eine kleine Druckstelle beseitigt werden. Abbildung 6 zeigt den Zustand der Implantate bei einer Kontrolluntersuchung acht Monate nach Implantation. Der Patient kommt mit der Pflege sehr gut zurecht und berichtet glücklich von einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität. Er kann das Essen wieder richtig genießen. Auch Essenseinladungen im Familien- und Freundeskreis können nun wieder mit Freude angenommen werden.

Kontakt

Dr. Mahsa Arjmandi
Praxis Dres. Weickum
Amorbacher Straße 19
68259 Mannheim

dres-weickum.de

» Sicherheit für Chirurg und Patient

Sonderangebot 10%
Code: #Chirurgie2022

ab 314,10 €

zzgl. MwSt.



EthOss – Biphasisches β -Tricalciumphosphat Knochenregenerationsmaterial

EthOss besteht zu 100 % aus synthetischen Calcium Sulfat Verbindungen. Die Besonderheit von EthOss besteht in seiner Zusammensetzung von 65 % β -TCP und 35 % Kalzium Sulfat. Dies führt zu einem schnellen Knochenumbau und einem stabilen Knochen volumen.

NEU

251,10 €

zzgl. MwSt.



Sonderangebot 10%
Code: #Chirurgie2022

EthOss – Degranulation Kit

Eignet sich perfekt für die Reinigung von Alveolen und zur Entfernung von Granulationsgewebe, ohne dabei den gesunden Knochen abzutragen. Inhalt eines Kits: 4 Bohrer (Größe: 1,0/ 2,5/ 3,0/ 3,5 mm) inkl. Metallständer, Absaugkanüle und Reinigungsbürste

Aktion
5+1

ab 74,92 €

zzgl. MwSt.



Safescraper® gebogen

Safescraper® gerade

Safescraper (je 3 Stck. steril, Einweg)

Sichere, minimalinvasive Entnahme – vielfach bewährt! Die intraorale Gewinnung von kortikalen Knochenspänen gelingt mittels dem originalen Safescraper® Twist medizinisch sicher, einfach und schnell.

55,00 €

zzgl. MwSt.



Sonderangebot 10%
Code: #Chirurgie2022

Micross

Für die minimalinvasive Gewinnung von autologem Knochen. Das gesamte Augmentat wird mit der Pinzette übertragen und in den jeweiligen Defekt eingebracht.

NEU

Preis SMARTACT evo
2090,00 €

sterile PINS - 3 Stück
36,00€

zzgl. MwSt.



SMARTACT evo - Membran Fixierer im neuen Design

Mit SMARTACT evo lassen sich Membranen sicher, präzise und zeitreduziert fixieren. Die neuen PINS aus Reintitan ermöglichen eine sichere Verankerung, auch in sehr hartem Knochen. Das pneumatische System dient der Fixierung der PINS völlig ohne Kraftaufwand.

Aktion
5+2

54,90 €

zzgl. MwSt.



ParoMit® Dental-Spray, 30 ml

Unterstützt die Heilungsfunktion im Weichgewebe. Ideal nach oralchirurgischen Eingriffen bei Blutungs- und Entzündungsrisiken.

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



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

Preise zzgl. MwSt. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.
Angebot gültig bis 30.04.2022

zantomed
www.zantomed.de

Der modifizierte, koronal oder lateral verschobene Tunnel zur Behandlung singulärer und multipler Rezessionen

Von Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. mult. Anton Sculean, M.S., Bern, Schweiz.

Die vorhersagbare Deckung der Rezessionen stellt den Praktiker oft vor eine besondere Herausforderung. Mit der Entwicklung verschiedener Varianten der Tunneltechnik können heutzutage Ergebnisse erreicht werden, die vor einigen Jahren noch undenkbar waren. Im Folgenden werden anhand von klinischen Fällen die chirurgische Technik und die Ergebnisse der MKVT und LGT bei der Behandlung von singulären und multiplen Rezessionen im Unter- und im Oberkiefer aufgezeigt.

Die Freilegung der Wurzeloberfläche aufgrund des Rückgangs des Gingivarandes apikal der Schmelz-Zement-Grenze (SZG) wird als gingivale Rezession definiert. Sie kann isoliert und generalisiert auftreten, sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Personen mit guter, aber auch suboptimaler Mundhygiene. Eine Vielzahl verschiedener Faktoren, wie beispielsweise die Präsenz von knöchernen Dehiszenzen, die von einer dünnen und fragilen Gingiva bedeckt sind, oder marginal einstrahlende Lippen- und Wangenbändchen, welche die Durchführung einer korrekten und atraumatischen Plaquekontrolle erschweren, können die Entstehung von gingivalen Rezessionen begünstigen. Gingivale Rezessionen können die Durchführung von Mundhygienemaßnahmen erschweren und dadurch die Entstehung von Gingivitis oder Wurzelkaries und das Fortschreiten des Attachment- und Knochenverlustes begünstigen.

Darüber hinaus können sie das ästhetische Erscheinungsbild beeinträchtigen und/oder zu einer Zahnhalsüberempfindlichkeit führen. Auch weitere Faktoren, die häufig mit einer gingivalen Rezession assoziiert werden, sind die kieferorthopädische Therapie und das Tragen oraler

Schmuckstücke, wie z. B. Lippen- und Zungenpiercings.

Die primären Indikationen für eine Therapie von gingivalen Rezessionen sind die Verbesserung der Mundhygiene und die Verbesserung der Ästhetik sowie in Einzelfällen die Behandlung von Zahnhalsüberempfindlichkeit.

Die vorhersagbare Deckung singulärer und multipler benachbarter Rezessionen stellt den Praktiker oft vor eine besondere Herausforderung. Mit der Entwicklung verschiedener Varianten der Tunneltechnik können allerdings heutzutage Ergebnisse erreicht werden, die vor einigen Jahren noch undenkbar waren.

MKVT und LGT

Varianten der Tunneltechnik sind der modifizierte koronal verschobene Tunnel (MKVT) und der lateral geschlossene Tunnel (LGT), welche sich beide durch eine mukoperiostale Lappenpräparation und eine spannungsfreie koronale oder laterale Verschiebung des Tunnellappens und die Deckung des Transplantats oder des Weichgewebersatzmaterials auszeichnen (Sculean 2018; Sculean und Allen 2018; Sculean et al. 2014, 2016, 2017).

Chirurgische Technik und Ergebnisse

Im Folgenden werden aufgrund von klinischen Fällen die chirurgische Technik und die Ergebnisse der MKVT und LGT bei der Behandlung von singulären und multiplen Rezessionen im Unterkiefer und im Oberkiefer dargestellt (Abb. 1–3). Bei beiden Verfahren werden nach einem leichten Scaling der exponierten Wurzeloberflächen, um den eventuell vorhandenen Biofilm zu entfernen, intrasulkuläre Inzisionen im Rezessionsbereich gesetzt und das ganze bukkale Weichgewebe (d. h. die Gingiva und die bewegliche Mukosa) im Sinne einer mukoperiostalen Präparation mittels speziellen Tunnelierungsinstrumenten gelöst und über die Mukogingivalgrenze hinaus mobilisiert. Nach Unterminierung und Mobilisierung der Papillen entsteht der tunnelierte Lappen (sog. „Tunnellappen“; Abb. 4–8).

Um den Tunnellappen spannungsfrei bis zu – oder sogar koronal – der Schmelz-Zement-Grenze bzw. lateral der Rezession zu mobilisieren, werden einstrahlende Fasern von der Innenseite des Lappens mittels eines Miniskalpells oder einer scharfen Kürette gelöst.

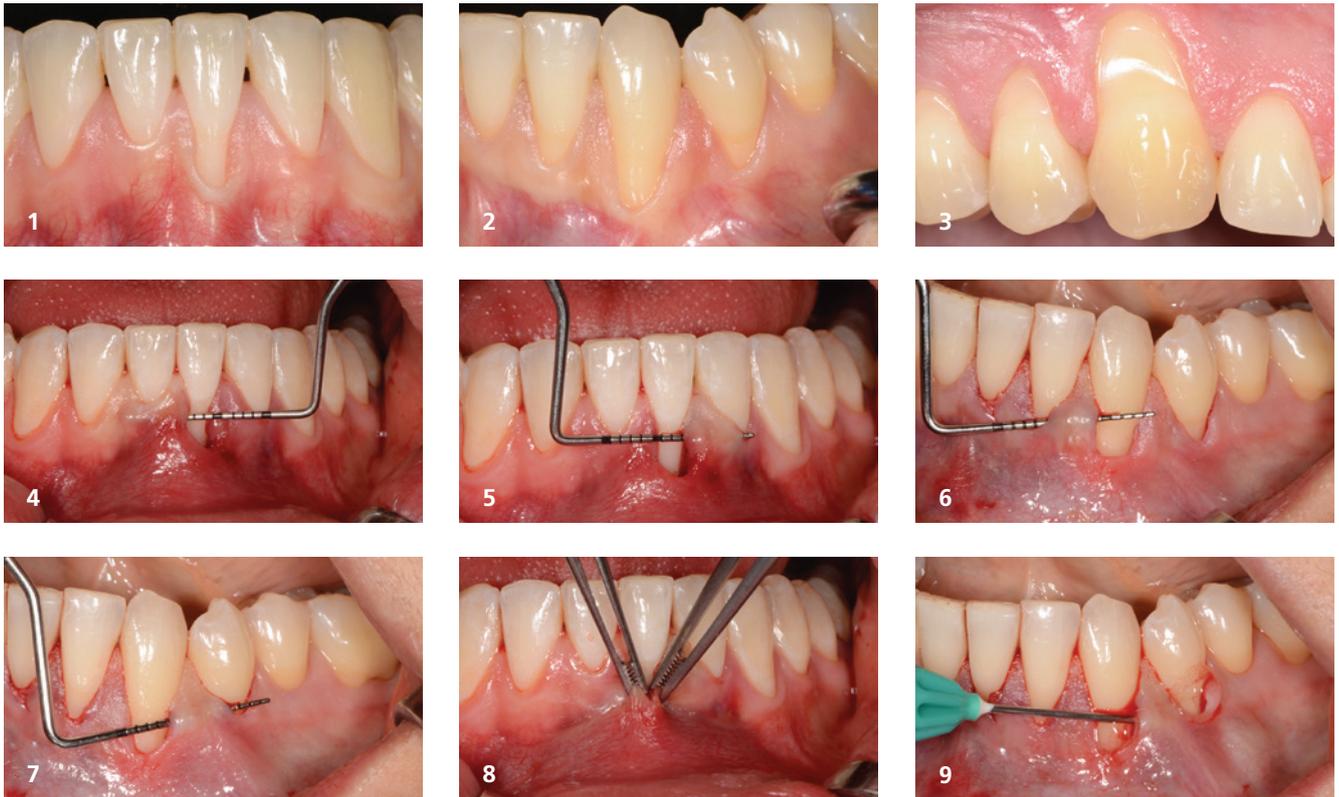


Abb. 1: Präoperative Situation einer isolierten RT 2-Rezession in der UK-Front. – **Abb. 2:** Präoperative Situation multipler, benachbarter RT 1-Unterkieferrezessionen. – **Abb. 3:** Präoperative Situation multipler, benachbarter RT 1-Oberkieferrezessionen. – **Abb. 4:** Tunnelierte mesiale Papille am Zahn 31 (Fall aus Abb. 1). – **Abb. 5:** Tunnelierte distale Papille am Zahn 31 (Fall aus Abb. 1). – **Abb. 6:** Tunnelierte mesiale Papille am Zahn 33 (Fall aus Abb. 2). – **Abb. 7:** Tunnelierte distale Papille am Zahn 33 (Fall aus Abb. 2). – **Abb. 8:** Der vollmobilisierte Tunnellappen kann spannungsfrei nach mesial bzw. distal über die Rezession am Zahn 31 verschoben werden (Fall aus Abb. 1, 4 und 5). – **Abb. 9:** Applikation von Hyaluronsäure zur Verbesserung der Wundheilung (Fall aus Abb. 2, 6 und 7).

Bei tiefen Rezessionen können biologische Materialien wie Schmelz-Matrix-Proteine oder Hyaluronsäure auf die Wurzeloberflächen appliziert werden, um die parodontale Wundheilung und Regeneration zu unterstützen (Abb. 9) (Sculean und Allen 2018; Sculean et al. 2014, 2016; Guldener et al. 2020; Lanzrein et al. 2020). Um eine optimale Stabilisierung zu erreichen, wird anschließend ein subepitheliales Bindegewebsstransplantat oder ein Weichgewebersatzmaterial mittels Einzelknopf- oder Matratzennähten in den Tunnel gezogen und mit Umschlingungsnähten an der Schmelz-Zement-Grenze der jeweiligen Zähne fixiert (Abb. 10–12). Zum Schluss wird der Tunnellappen nach koronal oder nach lateral reponiert und mittels Umschlingungsnähten über die Zähne oder über die vorher verblockten Kontaktpunkte befestigt (Abb. 13–15).

Komplikationsvermeidung

Durch die mukoperiostale Präparation wird die Gefahr einer Lappenperforation oder Lappennekrose minimiert, eine Komplikation, die insbesondere an Stellen mit einem extrem dünnen Weichgewebe auftreten kann. Durch den Verzicht auf vertikale Inzisionen und von Inzisionen der Papillen wird eine ausreichende Durchblutung des Mukoperiostlappens gewährleistet. Die koronale oder laterale spannungsfreie Verschiebung des Tunnels ermöglicht eine vollständige oder partielle Deckung der Weichgewebsstransplantate und verbessert dadurch deren Ernährung und Überlebenschance.

Der lateral geschlossene Tunnel

Der LGT stellt eine Variante der MKVT dar und ist primär zur Behandlung von

tiefen, isolierten RT 1- und RT 2-Rezessionen im UK indiziert, wo eine koronale Verschiebung des Lappens, bedingt durch den Zug der Lippenbänder und -muskeln, besonders schwierig ist (Sculean und Allen 2018). Die Präparation des Tunnels erfolgt in der gleichen Weise wie beim MKVT mit dem Unterschied, dass die Wundränder mittels Einzelknopfnähten oder doppelten Umschlingungsnähten seitlich verschlossen werden, um das Transplantat und die Rezession zu decken (Abb. 4, 5, 8).

Bei singulären und multiplen Miller-Klasse I-, II- und III-Rezessionen (heute RT 1 und RT 2) führen die MKVT und LGT in Kombination mit einem subepitheliales Bindegewebsstransplantat (SBGT) zu einer mittleren Deckung zwischen 83 und 96 Prozent (Abb. 16–18). Neueste Ergebnisse zeigen eine Stabilität über ei-



Abb. 10: Das Transplantat wurde in den Tunnel gezogen und mittels Umschlingungsnahten über die Rezession am Zahn 31 befestigt (Fall aus Abb. 1, 4, 5 und 8). – **Abb. 11:** Ein ausreichend langes und breites SBTG unterstützt die Papillen und verdickt das bukkale Weichgewebe (Fall aus Abb. 2, 6, 7 und 9). – **Abb. 12:** Das Transplantat wurde in den Tunnel gezogen und mittels Umschlingungsnahten über die Rezessionen an den Zähnen 32, 33 und 44 fixiert (Fall aus Abb. 2, 6, 7, 9 und 11). – **Abb. 13:** Spannungsfreie laterale Schließung der Rezession und des Transplantats am Zahn 31 (Fall aus Abb. 1, 4, 5, 8 und 10). – **Abb. 14:** Spannungsfreie Deckung der Rezessionen und des Transplantats an den Zähnen 32, 33 und 44 mittels Umschlingungsnahten (Fall aus Abb. 2, 6, 7, 9, 11 und 12). – **Abb. 15:** Spannungsfreie Deckung der Rezessionen und des Transplantats an den Zähnen 13, 14 und 15 mittels Umschlingungsnahten (Fall aus Abb. 3). – **Abb. 16:** Ein Jahr nach Therapie sind eine gute Wurzeldeckung sowie eine optimale Farbe und Verdickung ersichtlich (siehe Anfangsbild von Abb. 1). – **Abb. 17:** Klinisches Ergebnis ein Jahr nach der Therapie der in Abb. 2 abgebildeten Rezessionen. Eine hervorragende Wurzeldeckung und eine natürliche Farbe und Verdickung konnten erreicht werden. – **Abb. 18:** Klinisches Ergebnis fünf Jahre nach der Therapie der in Abb. 3 abgebildeten Rezessionen. Eine langzeitstabile, komplette Wurzeldeckung mit einer natürlichen Farbe wurde erreicht.

nen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren (Abb. 18).

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass der MKVT auch bei der Behandlung von gingivalen Rezessionen an überkronten Zähnen hervorragende Ergebnisse liefert. Dabei konnte ein Jahr nach Therapie eine mittlere Rezessionsdeckung von 92,62 Prozent erreicht werden (Sculean et al. 2017).

Chirurgische Technik und Ergebnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl der MKVT als auch der LGT eine gute Durchblutung des koronal

oder lateral verschobenen Lappens und des darunter liegenden Transplantats sichern und dadurch die Wundheilung und das klinische Ergebnis verbessert. Durch den Verzicht auf vertikale Inzisionen wird die Blutversorgung im operierten Bereich verbessert und eine narbenlose Heilung und ein optimales ästhetisches Ergebnis ermöglicht. Trotz des Verzichts auf vertikale Entlastungsinzisionen kann der MKVT zu einer kompletten und spannungsfreien Mobilisierung des Lappens und zu einer kompletten Deckung der Rezessionen führen. Eine Langzeitstabilität der Ergebnisse wird am besten durch die Anwendung eines SBTGs oder von einem kollagenbasierten Weichgewebersatzmaterial ge-

währleistet, damit der Lappen verdickt und das darunter liegende Blutkoagulum besser geschützt werden kann (Cosgarea et al. 2020; Sculean 2018).

Kontakt

**Prof. Dr. med. dent., Dr. h.c. mult.
Anton Sculean, M.S.**

Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstr. 7
3010 Bern, Schweiz

Tel.: +41 31 6322577
anton.sculean@zmk.unibe.ch

Giornate Veronesi

Implantologie und moderne Zahnheilkunde im Mai 2022

Implantologie und moderne Zahnheilkunde stehen am 20. und 21. Mai 2022 in Valpolicella/Italien auf der Tagungsordnung. Sozusagen unter der Sonne Italiens bieten die Giornate Veronesi nach einer Phase der coronabedingten Einschränkungen hochkarätige wissenschaftliche Vorträge, Seminare, Table Clinics, ein Live-Tutorial sowie ein tolles Rahmenprogramm.

Aller guten Dinge sind drei. Nachdem die Veranstaltung durch die Coronapandemie 2020 und 2021 ausgebremst worden war, startet am 20. und 21. Mai 2022 erneut der Versuch, das Fortbildungsevent Giornate Veronesi mit dem besonderen italienischen Flair wieder zum Leben zu erwecken. Zahnärzte sowie deren Teams werden in das Kongressresort Villa Quaranta Tommasi Wine Hotel & Spa in Valpolicella/Italien eingeladen.

Das wissenschaftliche Programm bleibt weitgehend identisch mit der vorjährigen Planung. Neben dem Schwerpunktthema Implantologie gibt es ein durchgängiges Programm Allgemeine Zahnheilkunde sowie ein Programm für die Zahnärztliche Assistenz. Somit eignet sich die Veranstaltung hervorragend auch als Teamfortbildung. Bis auf einen Vortrag (Englisch) wird die Kongresssprache Deutsch sein.

Gestartet wird am Freitagvormittag zunächst mit einem Teamworkshop. Ab Mittag folgen dann zunächst das OP-Tutorial sowie im Anschluss die Table Clinics. Am Samstag finden dann in zwei parallelen Podien die wissenschaftlichen Vorträge statt. Die Programmstruktur gibt somit maximale Flexibilität bei der individuellen Programmgestaltung. Die wissenschaftliche Leitung der Tagung liegt in den Händen von Prof. Dr. Mauro Marincola/Italien.

Darüber hinaus bieten die Giornate Veronesi ungewöhnlich viel Raum für Referatengespräche und kollegialen Austausch. Neben dem Fachprogramm geben dazu vor allem das Get-together am Freitag sowie die Dinnerparty mit Wein und Musik am Samstagabend ausreichend Gelegenheit. Da die Veranstaltung auf dem berühmten Weingut der Familie Tommasi stattfindet, liegt es natürlich nahe, den Kongressteilnehmern bereits am Donnerstagabend zusätzlich die Möglichkeit zu geben, sich im Rahmen eines Weinseminars zum „Fachmann“ auch auf diesem Gebiet ausbilden zu lassen.

Hinweis: Die Veranstaltung wird entsprechend der geltenden Hygiene-richtlinien durchgeführt!

Giornate Veronesi 

Implantologie & Allgemeine Zahnheilkunde

20./21. Mai 2022
Valpolicella (Italien)

KONGRESSSPRACHE
DEUTSCH

16 FORTBILDUNGSPUNKTE

Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig



Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de
www.giornate-veronesi.info

Am 29. und 30. April 2022 lädt BEGO Zahnmediziner und Zahntechniker in die Hansestadt Bremen ein.

„BEGO Dialoge“ Kongress für Zahnmedizin & Zahntechnik in Bremen

Die zweitägige Veranstaltung bietet ein inspirierendes Programm aus Workshops und Vorträgen renommierter Referenten. Die Teilnehmer erwartet eine praxisrelevante Fortbildung auf höchstem Niveau mit Einblicken in aktuelle wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse zu Themen wie 3D-Druck, Intraoralscan und (navigierte) Implantologie.

Als Referenten konnten Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Howaldt (Gießen), Prof. Dr. Dr. Philipp Streckbein (Gießen), Prof. Dr. Dritan Turhani (Krems/Österreich), Prof. Dr. Dr. Constantin von See (Krems/Österreich), Prof. Dr. Dr. Roland Garve (Lüneburg), PD Dr. Amelie Bäumer-König, PD Dr. Dr. Keyvan Sagheb (Mainz), Dr. Ingo Baresel (Carolzburg) und Dr. Mathias Siegmund (Regensburg) gewonnen werden. Die Vorträge werden diverse Aspekte rund um den digitalen Workflow abbilden sowie fachübergreifende Schnittstellen aufzeigen, wobei Prof. Dr. Dr. Garve mit dem „besonderen“ Vortrag einen einzigartigen Einblick in rituelle und vermeintlich „therapeutische“ Mutilationen an den Zähnen und im Orofazialbereich bei indigenen und traditionellen Völkern gewährt. Workshops, z. B. zur patientenorientierten Prothetik im digitalen Workflow, ergänzen das Programm nachhaltig. Eine Abendveranstaltung beendet den ersten Kongress-tag und gibt Gelegenheit zum Austausch in entspannter Runde.

„Wir freuen uns schon sehr auf ein persönliches Wiedersehen mit unseren Kunden und wollen ihnen einen interdisziplinären und aktiven Austausch ermöglichen. Mit den BEGO Dialogen bieten wir unseren Gästen ein ausgeglichenes Angebot zur fachlichen Weiter-

JETZT ANMELDEN!

BEGO DIALOGE

KONGRESS FÜR ZAHNMEDIZIN & ZAHNTECHNIK

FR. / SA. 29.04. – 30.04.2022
ATLANTIC HOTEL UNIVERSUM, BREMEN

Am 29. und 30. April 2022 lädt der Dentalspezialist BEGO zum Kongress für Zahnmedizin und Zahntechnik ein.

entwicklung, bei dem alle auch das Gespräch mit Kollegen und der BEGO Familie in persona genießen können“, sagt Axel Klarmeyer, Geschäftsführer bei BEGO.

Für die Teilnahme an der Veranstaltung werden zwölf Fortbildungspunkte gemäß den Richtlinien der BZÄK/DGZMK vergeben.

Weitere Informationen finden sich auf der BEGO Website. Die Anmeldung zur Veranstaltung erfolgt über [eveeno](#). BEGO Dialoge findet unter Einhaltung der zum Zeitpunkt der Veranstaltung gültigen Corona-Schutzverordnung des Bundeslandes Bremen statt.

Quelle: BEGO

Nationales Osteology Symposium

Das „Netzwerk Regeneration“ in Baden-Baden erleben

Am 6. und 7. Mai 2022 findet das 7. Nationale Osteology Symposium unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen und Prof. Dr. Frank Schwarz in Baden-Baden statt.

Das Hauptprogramm des Symposiums steht in diesem Jahr unter dem Titel „Netzwerk Regeneration“. Im Fokus stehen neben der regenerativen parodontalen Therapie, gemäß den Leitlinien der europäischen Consensus Konferenz, die Biologisierung der Biomaterialien sowie die verschiedenen Augmentationstechniken der rekonstruktiven chirurgischen Therapie der Periimplantitis. Evidenzbasierte Vorträge von nationalen und internationalen Experten als auch Präsentationen und Falldiskussionen komplexer Patientenfälle haben zum Ziel, den Teilnehmer*innen praktische Erkenntnisse aus der klinischen Anwendung und der patienten-nahen Forschung für den Alltag mitzugeben.

Teilnehmende können sich zudem auf einen vielfältigen Workshop-Tag zum Thema Hart- und Weichgewebemanagement freuen. Als besonderes Highlight für Studierende, Berufseinsteigende und junge Zahnarzt*innen findet ein spezielles Hands-on-Zirkeltraining im Rahmen des Jungen Forums statt. Eine weitere Attraktion ist das Wissenschaftsforum. Kliniker*innen und Wis-

senschaftler*innen reichen im Vorfeld des Symposiums ihre innovativen Forschungsprojekte als Poster Abstracts ein. Die besten Poster werden während des Kongresses präsentiert und prämiert.

Das vollständige Programm sowie Informationen über die Teilnahme sind unter www.osteology-baden-baden.org zu finden.

Kontakt

Osteology Foundation

Tel.: +41 41 3684444
www.osteology.org



Interview zu greenviu mit Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Nachhaltigkeit schafft die Zahnarztpraxis nicht alleine

Im Bereich Nachhaltigkeit in der Zahnarztpraxis und Green Dentistry gibt es erste Schritte von Vereinen und Körperschaften, das Thema anzupacken. Dr. Dr. Markus Tröltzsch geht einen anderen Weg. Er hat gemeinsam mit seinem Bruder und einem weiteren Partner die greenviu GmbH gegründet. Über Beweggründe, Ziele und Hoffnungen gibt er im Interview Aufschluss.



Was ist greenviu, Herr Dr. Tröltzsch?

Die Frage lässt sich nur aus zwei Perspektiven heraus beantworten: Wenn es um die Struktur geht, dann ist es eine klassische GmbH, die eine Dienstleistung anbietet und zwar, medizinischen Betrieben den Weg zur Nachhaltigkeit zu vereinfachen und zu ermöglichen. Der spannendere Aspekt ist das Prinzip, das hinter greenviu steckt. Es handelt sich um eine Gesellschaft von medizinischen Einrichtungen, dazu gehören Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Apotheker, alles was im medizinischen Bereich unterwegs ist, die sich zum Ziel gesetzt haben, dass Medizin sowohl für den Menschen als auch für die Natur vorteilhaft

sein soll. Also: Medizin so nachhaltig wie möglich zu praktizieren. Über die Plattform greenviu wird den Profis aus dem Medizinbereich der Zugang zu den entsprechenden Wissensbereichen gegeben, zu den entsprechenden Praxisabläufen, wie man nachhaltiger werden kann und sie erhalten Zugang zu den entsprechenden Produkten, die tatsächlich, soweit man das nachvollziehen kann, nachhaltiger sind. Es geht aber auch um Zugang zu seriösen Kompensationsmöglichkeiten für den Teil der Medizin, der einfach nicht nachhaltig werden kann, weil wir ja die Sicherheit des Patienten an die erste Stelle setzen. Dieser Teil soll über seriöse Projekte ausgeglichen werden können. Greenviu ist Teil der Klima-Initiative der Vereinten Nationen und hat darüber Zugriff auf die Klimakompensationsprojekte der Vereinten Nationen und so lässt sich wiederum sicherstellen, dass es im großen Kontext wirkt.

Klingt professionell. Wer steckt dahinter?

Es hat damit angefangen, dass wir, also mein Bruder und ich, in der eigenen Praxis versucht haben, einen Weg zur Nachhaltigkeit einzuschlagen. Dann haben wir gemerkt: Wenn wir das seriös machen wollen, schaffen wir das alleine nicht. Es geht ja nicht darum, es einfach nur ein bisschen zu machen, sondern die Praxis soll vom Prozessmanagement

bis zu den verwendeten Produkten wissenschaftlich basiert nachhaltig werden, ohne die Sicherheit, Praktikabilität, Erfolgsrate und Effizienz der Praxisabläufe zu verschlechtern. Und bezahlbar soll es natürlich auch bleiben. Somit haben wir verstanden: wir müssen es tatsächlich in einen größeren Kontext stellen, also haben wir die genannte Firma gegründet. Inzwischen stehen viele namhafte Persönlichkeiten aus der Welt der Medizin und Zahnmedizin dahinter. Auf der Webseite sieht man einige davon, z.B. gehört auch Professor Schlegel dazu. Das Ziel dieser Unterstützer ist es, das Projekt gemeinsam nach vorne zu bringen. Zunehmend gibt es auch Interesse aus der Industrie.

Warum nicht non-profit?

Eine wichtige Frage. Non-profit heißt am Ende, dass man die Gesamtstruktur natürlich vereinsmäßig ausrichten muss und gleichzeitig, dass damit kein Geld verdient werden soll. Wir haben uns gezielt entschieden, Geld damit zu verdienen, damit wir Finanzmittel zur Verfügung haben, um sie in die Weiterentwicklung der nachhaltigen Medizin zu investieren. Zum Beispiel über die entsprechende Forschungsförderung, die dieses Jahr beginnt. Hier werden ganz gezielt die wissenschaftlichen Bereiche gestärkt, und es ist zielführender, wenn die finanzielle Unterstützung von einer Firma kommt. Auf

diese Weise kann über Kooperationen gearbeitet werden. Damit wird der Anreiz gegeben, dass weitere profitorientierte Firmen Interesse daran haben, den Nachhaltigkeitsgedanken nach vorne zu bringen. Insgesamt ist man als Nicht-non-profit deutlich flexibler in seiner Struktur, kann deutlich besser das erwirtschaftete Geld einsetzen. Man darf sich nicht täuschen, auch Non-Profit-Organisationen verdienen natürlich Geld, geben das dann für Vereinsstrukturen oder Ähnliches aus und das ist im Rahmen von Nicht-non-Profit deutlich transparenter zu gestalten.

Wer darf teilnehmen und in welcher Form: als Mitglied, als Gesellschafter?

Voraussetzung für die Mitgliedschaft: Man muss im Bereich der Medizin arbeiten. Mitglieder schließen eine jährliche Mitgliedschaft ab. Momentan ist der überwiegende Teil Ärzte und Zahnärzte, aber natürlich können auch Pharmazeuten, Osteopathen, Medizinjournalisten, also medizinische Profis, Mitglied werden. Alle, die den medizinischen und zahnmedizinischen Betrieb am Laufen halten, sind angesprochen. Im Moment ist Mitgliedschaft nur auf Einladung möglich, damit wir das Wachstum etwas steuern können. Langfristig wird es aber so sein, dass es frei zugänglich sein soll. Ob wir das in diesem Jahr noch schaffen, weiß ich nicht. Im nächsten Schritt werden wir verschiedene Fachgesellschaften ansprechen, damit deren Mitglieder auch die Möglichkeit haben, dabei zu sein.

Wohin soll die Reise gehen?

Die Idee ist, Möglichkeiten für einen Standard zu bieten, um nachhaltige Medizin auf seriösem wissenschaftlichen Niveau nach vorne zu bringen. In dem Moment, wo jeder seine eigene kleine Suppe kocht und wo jeder das für sich umsetzt, ist a) keine Struktur drin, b) keine Glaubwürdigkeit drin und c) wird man nicht die gesamte Industrie in eine Richtung bekommen.

Das Problem ist, wenn ich das in der eigenen Praxis mache – übrigens auch ein Grund, warum wir das alleine nicht umgesetzt haben –, fehlt mir komplett die Glaubwürdigkeit, weil es einfach viel zu viele Definitionen dazu gibt. Mit greenviu schaffen wir ein standardisiertes Herangehen, das in der Medizin insgesamt funktionieren kann, und werden damit auch versuchen, über viele Länder hinweg tatsächlich ein einheitliches System zu etablieren. Der Patient soll wissen, wenn ich in der greenviu-Praxis bin, dann bin ich in einer Praxis, in der Nachhaltigkeit großgeschrieben wird, aber nicht zulasten meiner Sicherheit und nicht zulasten des Erfolgs der Medizin, der hier praktiziert wird, sondern im Einklang damit. Im Moment ist es so, dass wir in 22 Ländern Mitglieder haben. Es entwickelt sich also langsam weiter.

Stehen Sie damit in Konkurrenz zu den Vereinen, die Green Dentistry in der Medizin und Zahnmedizin als Thema entdeckt haben?

Nein. Ich finde es großartig, dass auf verschiedenen Ebenen verstanden wird, wie notwendig Nachhaltigkeit in Medizin und Zahnmedizin ist. Und natürlich ist es sinnvoll, in verschiedene Richtungen zu denken. Das Problem bei den unterschiedlichen Aktivitäten ist jedoch oftmals, dass es im Grunde wieder die Praxis alleine ist, die etwas umsetzen soll. Und das halten wir für sehr schwierig, weil es von der Identifikation von nachhaltigen Produkten bis zum Prozessmanagement relativ aufwendig ist, es alleine zu versuchen. Außerdem bringt es uns wieder ein bisschen in diese Falle rein, dass es keine Vergleichbarkeit, keinen einheitlichen Standard gibt. Alle Aktivitäten in diese Richtung sind hochwillkommen und unterstützenswert, und wo es Möglichkeiten gibt, würden wir auch gemeinsam vorangehen. Die Idee hinter greenviu ist doch, dass die Arbeit, die nötig ist, um nachhaltig zu werden, von greenviu zum großen Teil für die Praxen übernommen wird.

Welche Vorteile hat das einzelne Mitglied von den Aktivitäten? Das Plakat von greenviu – ist das ein Aushängeschild?

Zum einen hat das Mitglied ein Zertifikat über die Mitgliedschaft. Jedes Mitglied kompensiert im Rahmen seiner Mitgliedschaft über ein Projekt, zwingend 10 Tonnen CO₂ im Jahr. Das ist ein fester Bestandteil der Mitgliedschaft, der auch nicht „abwählbar“ ist, d. h. jedes Mitglied ist dadurch tatsächlich auch einen Schritt im Rahmen der seriösen Nachhaltigkeit unterwegs. Die Mitglieder bekommen neben den ganzen Prozess-Guidelines für die Praxen Zugang zu nachhaltigen Produkten, die aber nicht wahllos zusammengewürfelt sind, sondern tatsächlich in einem langen Prozess von uns ausgesucht werden, die qualitativ auch mindestens genauso gut, wenn nicht besser sind, als jene, die wir standardmäßig in der Praxis verwenden. Die Mitglieder bekommen diese Produkte über ihre Mitgliedschaft günstiger, als sie sie sonst im Handel erhalten würden. Das stellt auch den finanziellen Anreiz dar. Außerdem bieten wir den Mitgliedern Unterstützung für Social Media und PR. Im Mitgliederbereich finden sich zudem Inhalte, die man für die verschiedenen News-Kanäle einsetzen kann. Die sind von uns vorbereitet, können aber natürlich auch individualisiert werden, um über bestimmte Kanäle die Patienten darauf hinzuweisen, dass die Praxis den Weg in die Nachhaltigkeit geht.

Vielen Dank, Herr Dr. Dr. Tröltzsch für Ihre Ausführungen.

Das Interview führte
Chefredakteurin Anita Wuttke



greenviu
THE GREEN CLINIC SOCIETY

Interview zum Werkstoff Cercon der Firma Dentsply Sirona mit Dr. Lothar Völkl

Spannende 20 Jahre Cercon – ihre Fortsetzung erleben wir gerade

Zirkonoxid hat die prothetische Zahnheilkunde verändert. Dabei übernahm Cercon (Dentsply Sirona) vor 20 Jahren die Rolle des Pioniers für vorgesintertes und voreingefärbtes Zirkonoxid. Drei Personen sind besonders eng mit diesem Werkstoff verbunden und erläutern in unserem Interview, warum sie es weiter bleiben werden.



© Dentsply Sirona

Herr Dr. Völkl, was bedeutet für Sie als Senior Manager Forschung und Entwicklung bei Dentsply Sirona der Werkstoff Cercon?

Dr. Lothar Völkl: Als wir 1999 mit dem Entwicklungsprojekt Cercon starteten, hatte ich das Glück, der Projektleiter zu werden. Wenn ich mir ansehe, auf welche vielfältige Weise Zahntechniker und Zahnärzte Zirkonoxid heute einsetzen, muss ich sagen: Keiner von uns hätte sich das vor 20 Jahren vorstellen können. Auch viele meiner Kolleginnen und Kollegen finden: Cercon ist und bleibt eines der spannendsten Projekte in unserem Hause.

20 Jahren rund 80 klinische Studien auf die Waage. Das ist die große Masse an klinischen Studien, die es überhaupt zu Zirkonoxid gibt und für mich als Zahnarzt ein wesentliches Qualitätskriterium, auch gegenüber anderen marktgängigen Zirkonoxiden. Auf diesem Fundament hat Cercon eine große Verbreitung gefunden, namentlich für Kronen und Brücken im Frontzahnbereich und für bis zu drei- und viergliedrige Brücken im Seitenzahnbereich. In diesen Indikationen und, je nach Materialvariante, sogar bis hin zu mehrgliedrigen Front- und Seitenzahnbrücken mit bis zu zwei benachbarten Zwischengliedern kann Zirkonoxid Metallkeramik ersetzen. Diese behält aber ihre Berechtigung in verschiedenen Bereichen – etwa bei komplexen Restaurationen, bei mehrspannigen Brücken, bei Kronen zur Verankerung von abnehmbarem Zahnersatz und bei bestimmten implantatprothetischen Versorgungen. In meiner eigenen Praxis liege ich – grob geschätzt – heute bei „60 Prozent Zirkonoxid“ zu „40 Prozent Metallkeramik unter Verwendung hochgoldhaltiger Legierungen“. Mit diesen 40 Prozent liege ich wahrscheinlich deutlich über dem Durchschnitt. Das erklärt sich aus dem hohen Anteil an komplexen Restaurationen in unserer Praxis und aus einer großen Zahl von Patienten, die nach jahrelangen guten Erfahrungen mit metallkeramischen Restaurationen einfach dabei bleiben möchten.



© privat

Herr Bartsch, Sie betreiben seit vielen Jahren ein zahntechnisches Labor in Eschweiler. Wie sind Sie zur Zirkonoxid-Technologie gekommen?

ZTM Thomas Bartsch: Wir haben die Produkteinführung von Cercon erlebt und arbeiteten schon in der Frühphase mit einigen alternativheilkundlichen Zahnärzten. Sie hatten sich zum Ziel gesetzt, gänzlich metallfrei zu versorgen, und so erkannten wir schnell: Für diese Gruppe von Zahnärzten ist Cercon eine exzellente Lösung.



© privat

Herr Prof. Rinke, Sie sind niedergelassener Zahnarzt und Privatdozent und haben bei vielen wissenschaftlichen Studien zu Cercon mitgewirkt. Wo steht dieser Werkstoff heute?

Prof. Dr. Sven Rinke: Cercon bringt aus

Abb. 1: Dr. Lothar Völkl, Senior Manager Research & Development bei Dentsply Sirona in Hanau – **Abb. 2:** ZTM Thomas Bartsch, TRIODONT Zahntechnik, Eschweiler – **Abb. 3:** Prof. Dr. Sven Rinke, Klein-Auheim

Herr Bartsch, Cercon hat sich im Laufe der Zeit für immer mehr Indikationen angeboten und steht in unterschiedlichen Varianten zur Verfügung. Inwiefern arbeiten Sie heute ganz anders mit diesem Werkstoff als zu Anfang?

ZTM Thomas Bartsch: Als wir einstiegen, gab es zunächst nur die Ausführung von Cercon in Form schneeweißer opaker Rohlinge. Wir arbeiteten mit einem Liner, verblendeten grundsätzlich immer und verwendeten teilweise noch Schultermassen.

Dies ist seit Einführung der transluzenten Varianten Cercon ht und Cercon xt nicht mehr nötig. Sie machen außerdem monolithische Zirkonoxid-Restaurationen möglich – in unserem Labor heute ein Drittel bis die Hälfte aller Arbeiten und in Einzelfällen sogar für den Frontzahnbereich. Hierzu verwenden wir Cercon bevorzugt in Form von Multilayer-Disks mit natürlichem Farbverlauf. Gemäß der für Cercon entwickelten True-Color-Technology kann ich zwar auch mit monochromem hochtransluzentem und extra transluzentem Zirkonoxid Gerüste und vollanatomische Restaurationen in allen VITA¹-Farben gestalten. Aber aus dem Multilayer gefräste Arbeiten reichen häufiger schon bei monolithischer Ausführung an die Ästhetik verblendeter Restaurationen heran.

All diese Zirkonoxid-Varianten kann ich übrigens nach demselben Programm sintern. So brauche ich mich nicht zu entscheiden, ob ich über Nacht Restaurationen aus klassisch-opakem, elfenbein eingefärbtem, hochtransluzentem, extratransluzentem oder Multilayer-Zirkonoxid in den Ofen gebe. Ich kann sie alle nebeneinander hineinlegen.

Herr Dr. Völkl, die Arbeit mit Zirkonoxid im Labor hat sich über die vergangenen 20 Jahre verändert. Wie sind Sie bei Ihrer Entwicklung vorgegangen?

Dr. Lothar Völkl: Von Zahntechnikern haben wir in der Anfangszeit ab und an die folgende Anfrage bekommen: „Schön, dass wir keine dunklen Metallränder mehr haben, aber was ist mit den schneeweißen Zirkonoxidrändern?“ Daraus hat sich in unserem Hause die Idee entwickelt, Zirkonoxid werkseitig einzufärben. Wir haben dies werkstofftechnisch umgesetzt und später für die True-Color-Technology zusammen mit vielen Zahntechnikern aus mehreren Ländern eine Feinabstimmung der Farben gemäß dem VITA¹-Farbring vorgenommen.

Eng verbunden mit diesen Entwicklungen sind auch innovative mechanische Prüfverfahren, so etwa die Anpassung wissenschaftlicher VHCF2-Prüfungen auf dentale Verhältnisse in Kooperation mit der Universität Siegen. Damit können wir insbesondere die Ermüdungsfestigkeit von farblich modifiziertem Zirkonoxid abschätzen, dabei eine jahrzehntelange Tragedauer simulieren und so Zahntechnikern, Zahnärzten und Patienten die Werkstoffsicherheit geben, die sie sich wünschen.

Ein großes Plus an Sicherheit schafft unser spezieller Adapter. In der Form eines Rings umschließt er die Zirkonoxid-Disk und weist einige „Taschen“ auf, sodass eine gleichmäßige Verklebung sichergestellt wird. Denn der Adapter soll ja ohne Span-

nung anliegen, um die vorgesinterte und daher noch relativ weiche Oxidkeramik zu schonen. Aus diesem Grunde besteht er auch aus einem fasergefüllten und in seinem Wärmeausdehnungskoeffizienten an Zirkonoxid angepassten Kunststoff. Dieser wird durch Präzisionspritzguss in die exakte Form des Adapters gebracht. Er mag äußerlich unscheinbar aussehen, aber dank ihm überstehen unsere Zirkonoxid-Disks selbst extreme Temperaturschwankungen unbeschadet – zum Beispiel die beim Versand per Luftfracht typischen -50 Grad Celsius.

Herr Prof. Rinke, über die vergangenen 20 Jahre sind viele Innovationen in dentales Zirkonoxid eingeflossen. Wo setzen Sie als Zahnarzt diesen Werkstoff heute am liebsten ein?

Prof. Sven Rinke: Im Frontzahnbereich! Mit Zirkonoxid verbessere ich gegenüber Metallkeramik die Ästhetik, dennoch kann ich provisorisch befestigen und einfach zementieren – genau wie bei Metallkeramik. Bei Keramiken mit geringerer Dauerbiegefestigkeit dagegen ist die adhäsive Befestigung ein Muss. Ich setze Zirkonoxid im Frontzahnbereich in der Regel teil- oder vollverblendet ein. Bei Seitenzahnrestaurationen dagegen überwiegen für mich die Vorteile einer monolithischen Ausführung, denn im posterioren Bereich entfällt mit der Verblendung gleichzeitig ein Faktor für Komplikationen.

Ein springender Punkt ist die Ästhetik. Hier müssen sich die Hersteller beweisen. Dabei überzeugt mich Cercon mit seiner guten Farbabstimmung und der Anpassung an den VITA¹-Farbring, auch im Vergleich zu anderen Zirkonoxid-Werkstoffen, die ich in meiner Praxis einsetze. Ich kann Cercon in allen seinen Indikationen als höchästhetisches Material verwenden.

Diese Indikationen reichen heute weit – beispielsweise für Einzelkronen und Brücken, auch mit mehr als vier Gliedern, in der



Abb. 4 und 5: Multilayer-Disks: Sie sind aus insgesamt vier Schichten aufgebaut und unterscheiden sich primär in der Transluzenz und dem Indikationsbereich. So besteht beispielsweise der hochtransluzente Hybrid-Multilayer Cercon ht ML aus dem hochtransluzenten Cercon ht als „Dentin“ und dem extra transluzenten Cercon xt als „Schneide- und Übergangsbereich“. Der Übergang von einer Schicht zur anderen wird durch den Sinterprozess fließend und ist damit nicht sichtbar.

Implantatprothetik; monolithische Kronen und Brücken, zahnwie implantatgetragen; Klebebrücken, Extensionsbrücken.

Mit welchen Aussagen zur Befestigung?

Prof. Sven Rinke: Über 20 Jahre Erfahrung mit Cercon zeigen, dass eine konventionelle Zementierung grundsätzlich möglich, aber mit einem höheren Risiko für Retentionsverluste verbunden ist. Darum gehe ich meist den goldenen Mittelweg über selbstadhäsive Kompositzemente. Das erfordert keine Konditionierung des Zahns oder der prothetischen Arbeit und auch keine absolute Trockenlegung. Bewährt hat sich beispielsweise insbesondere Calibra Universal von Dentsply Sirona. Lediglich Klebebrücken und Extensionsbrücken würde ich grundsätzlich volladhäsiv befestigen.

Herr Bartsch, was meinen Sie, in welche Richtung sich das Arbeiten mit Zirkonoxid jetzt bewegen wird?

ZTM Thomas Bartsch: Ich erwarte, dass wir in unserem zahn-technischen Labor alles oder fast alles aus den neuen Cercon-Multilayer-Werkstoffen herstellen werden. Manche bevorzugen Cercon xt ML wegen seiner optischen Nähe zu Glaskeramik, andere das höhere Chroma von Cercon ht ML. Diese Rohlinge reichen, und wenn ich nur den Dentin-Anteil brauche, dann fahre ich meinen Rohling eben in der Maschine nach unten und verwende nur das Dentin – zum Beispiel bei zweiteiligen Abutments. Apropos Implantatprothetik: Hier verwende ich bereits heute fast ausschließlich Zirkonoxid.

Schon aus Lagerhaltungsgründen erscheint mir die Konzentration auf Multilayer-Material für meine Zwecke sinnvoll. So kann Cercon heute als ein verträglicher, ästhetischer und ökonomisch attraktiver Werkstoff eingesetzt werden.

Herr Prof. Rinke, wo sehen Sie Cercon in der Zukunft?

Prof. Sven Rinke: Am stärksten dürfte ganz allgemein die Digitalisierung die Praxis der Zukunft prägen, vom Praxismanagement über das intraorale Röntgen bis hin zur Farbbestimmung per Videochat gemeinsam mit dem Zahntechniker; das ist Kommunikation auf einem ganz neuen Level. Als CAD/CAM-Werkstoff kann ich Zirkonoxid nahtlos in digitale Arbeitsabläufe integrieren. So sollte die Bedeutung von Cercon weiter steigen.

Herr Dr. Völkl, welche Entwicklungen stehen rund um Cercon bei Ihnen im Vordergrund?

Dr. Lothar Völkl: Ich finde es zunächst einmal gut, wie viele bewährte Konstanten es rund um Cercon gibt: Seit über 20 Jahren mussten wir noch kein einziges Mal eine Charge zurückrufen. Wir bleiben in unseren Empfehlungen auf der sicheren Seite, so gilt beispielsweise nach wie vor unsere Devise „maximal zwei benachbarte Brückenglieder“.

Zwei mögliche Entwicklungen sehe ich, allerdings in kleinen Schritten. Erstens: Zirkonoxid-Varianten könnten in der Ästhetik noch ein Stück näher an die Glaskeramik herankommen, hier

liegt sicherlich die größte Herausforderung in der Kombination von Festigkeit und Transluzenz. Zweitens könnten eine zunehmende Digitalisierung und intensiviertere Kommunikation zu einer Beschleunigung auch der Fertigung von Zirkonoxid-Restaurationen im Rahmen des Behandlungsablaufs führen.

Wir werden die Chancen, die sich aus diesen Entwicklungen ergeben sowie in enger Abstimmung mit zahntechnischen Laboren ausloten und, gegebenenfalls mit neuen Verfahren und Produkten, vorantreiben. Damit bleibt mein Leben spannend und ich denke: Das gilt auch für Herrn Bartsch und Herrn Prof. Rinke.

Vielen Dank für dieses Interview!

1 VITA ist ein eingetragenes Warenzeichen der VITA Zahnfabrik H. Rauter & Co. KG, Bad Säckingen

2 VHCF = Very High Cyclic Fatigue



Abb. 6 und 7: Oft verzichtbar, in Einzelfällen aber wichtig ist die volladhäsive Befestigung einer prothetischen Restauration aus Zirkonoxid, hier: Adhäsivbrücke zum Lückenschluss Regio 12 (12-21) – zahntechnische Arbeit, bereit zum Einsetzen (oben) und eingegliedert im Mund des Patienten (unten).

Kontakt

Dentsply Sirona
13320-B, Ballantyne Corporate Pl
Charlotte, NC 28277 USA

Tel. +1-800 877-0020
contact@dentsplysirona.com

Dentaurum

Die neue Fixierschraube – eine Weiterentwicklung für den digitalen Workflow



Abb. 2: tiLogic® TWINFIT Scanaufbau Titan.

Verbesserungen beginnen im Detail. Getreu diesem Motto haben die Entwickler von Dentaurum Implants die Fixierschraube entwickelt. Mit dieser lassen sich die neuen Scanaufbauten aus Titan sicher und präzise einsetzen. Der korrekte Sitz des Aufbaus ist damit gesichert, auch an schwer einsehbaren Bereichen. Und das ohne zusätzliches Röntgen.

Weniger Gewinde, mehr Sicherheit beim Einsatz? Ganz genau!

Die neue Fixierschraube hat ein verkürztes Gewinde und kann damit nur greifen, wenn der Scanaufbau korrekt im Implantat sitzt. Bei kleinsten Abweichungen findet das Gewinde keinen Halt und der Behandler spürt sofort, dass nachjustiert werden muss. Selbst unter schlechter Sicht oder bei erhöhter Gingiva ist der perfekte Sitz sichergestellt. Abweichungen beim digitalen Abdruck werden minimiert. Zur einfacheren Unterscheidung ist die neue Fixierschraube zudem rot anodisiert.

Neues Material, bewährtes Design – der Scanaufbau ist jetzt aus Titan

Dentaurum Implants setzt sich aktiv für den Umweltschutz ein. Neben der Zerti-



Abb. 1: Die neue Fixierschraube.

fizierung nach DIN EN ISO 14001 und EMAS gehört das Reduzieren von Einmalartikeln fest zum Konzept. Mit der neuartigen HLD-Beschichtung ist es gelungen, die Scanaufbauten und Scan-kappen völlig ohne Pulver oder Spray scanbar zu machen. Nach dem Einsatz lassen sich die Artikel im Thermodesinfektor sterilisieren. Mit dem Werkstoff Titan sind die Aufbauten robust und formstabil und damit langlebiger und umweltfreundlicher.

Kontakt

DENTAURUM Implants GmbH

Tel.: +49 7231 803-0
www.dentaurum-implants.com

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

W&H – Piezotechnologie für Implantmed als einfaches Add-on

Der Durchbruch in der oralen Chirurgie



Das neue Piezomed Modul von W&H ist DER Gamchanger in der Piezochirurgie! Als einfache Add-on-Lösung kann es mit Implantmed Plus kombiniert werden. Damit durchbricht W&H erstmals Grenzen in der chirurgischen Anwendung. Geballte Kompetenz verschmilzt zu einem faszinierenden modularen System und erfüllt den Wunsch nach einem maximalen Workflow.

Das Implantmed Plus wird jetzt zum absoluten Allrounder! Möglich macht dies das neue Piezomed Modul von W&H. Einfach und kostengünstig lässt sich der Implantologiemotor mit dem neuen Modul nachrüsten. Das kombiniert Implantologie und Piezochirurgie in einem Gerät. Gekoppelt mit den Funktionalitäten der Implantatstabilitätsmessung und Dokumentation deckt W&H als erster Hersteller den gesamten Chirurgie-Workflow ab. Oralchirurgen dürfen sich also auf neue Möglichkeiten in der Behandlung freuen.

Gewohnte Abläufe durchbrechen

Das Piezomed Modul vereinfacht die Abläufe in der Oralchirurgie und Implantologie. Denn ab sofort steht je nach Anwendung immer das passende Gerät bereit – kompakt und platzsparend.

Die einheitliche Bedienung des modularen Systems erleichtert die täglichen Abläufe des Praxisteam. Darüber hinaus werden nur noch ein Sprayschlauch und eine Kochsalzlösung benötigt, was ein optimiertes Handling mit sich bringt. Egal, ob im alltäglichen oder beim Intensiveinsatz – mit den zwei verfügbaren Modulvarianten „Piezomed Plus“ und „Piezomed Classic“ deckt W&H jeden piezochirurgischen Praxisbedarf:

- Einfachste Bedienung
 - Patentierte automatische Instrumentenerkennung
 - Perfekte Präzisionsschneidleistung
 - Optimale Kühlung der Behandlungsstelle durch spezielles Spraydesign
- Das neue Modul macht alle Vorteile der W&H Piezotechnologie für ihre Anwender nutzbar.

Chirurgie-Workflow neu definiert

Die Kombination aus Implantmed Plus und Piezomed Modul verändert die Arbeitsweise in der Oralchirurgie & Implantologie. Alle Produkte und Features, die das neue modulare System ergänzen, sind ideal auf den Workflow des Anwenders abgestimmt:





1

Abb. 1: Implantologie und Piezochirurgie verschmelzen zu einem modularen System.

Abb. 2: Das Piezomed Classic Modul ist DAS Tool für den allgemeinen zahnärztlichen Gebrauch.

Abb. 3: Das neue modulare System von W&H vereinfacht den Chirurgie-Workflow.

Die W&H Chirurgiewinkelstücke ermöglichen Eingriffe mit höchster Präzision, eine kabellose Fußsteuerung sorgt für mehr Komfort und Bewegungsfreiheit. Der Osstell Beacon zur Messung der Implantatstabilität gibt Sicherheit für die Beurteilung des richtigen Implantatbelastungszeitpunkts. Eine volle Rückverfolgbarkeit ist durch die lückenlose Dokumentation garantiert. Der nahtlose Übergang zwischen den beiden Techniken durch das einfache Add-on ist die Zukunft. Implantologie und Piezochirurgie werden zu einer Einheit – ein Durchbruch in jeder Hinsicht!

Kontakt

W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH

Ignaz-Glaser-Straße 53, Postfach 1
5111 Bürmoos, Österreich
Tel.: +43 6274 6236-0
www.wh.com

Dürr Dental präsentiert neue chirurgische Saugereinheit VC 65

Flüsterleise Power auf den Punkt

Man muss schon ganz genau hinhören, um das Flüstern der mobilen chirurgischen Absaugung VC 65 von Dürr Dental überhaupt wahrzunehmen, so leise verhält sie sich! Und bringt doch auf den Punkt die Power, die sich das chirurgische Team wünscht.

Denn hier ist es genau umgekehrt als sonst üblich. Statt eines hohen Volumenstroms bei ausreichendem Vakuum braucht das chirurgische Team gerade in kritischen Situationen direkt und sofort ein starkes Vakuum.

Dazu ein Beispiel: Es kommt im Zuge eines Eingriffs zu einer Nachblutung. Selbstverständlich möchte man schnell reagieren, und deswegen ist es so enorm wichtig, dass das Absaugsystem das benötigte hohe Vakuum absolut verlässlich und punktgenau bereitstellt. Genau dies bietet die mobile chirurgische Absaugung VC 65 – und fährt darüber hinaus auf dem multifunktionalen Cart auch alles andere mit ins Behandlungszimmer, was das Team für eine perfekte Absaugung braucht. Um nur ein Beispiel zu nennen: Die chirurgischen Absaugkanülen sind schlank, lassen sich daher besonders gut, ja elegant, handhaben. Dennoch eignen sie sich selbst für große Blutmengen. Die Kanülen verfügen über eine Spitze mit integrierten Protect-Nebenluft einlässen. Sie erfüllen dieselbe Funktion wie bei der Universalkanüle Protect, vermeiden somit eine Unterbrechung des Luftstroms und bieten demnach den bestmöglichen Schutz vor Reflux aus dem Saugsystem. Trotz ihrer enormen Power arbeitet die VC 65 unauffällig und flüsterleise im Hintergrund. Man muss schon ganz

genau hinhören, um sie wahrzunehmen. So wird jedes Behandlungszimmer, in das die VC 65 zum Einsatz gleitet, fast zu einem lauschigen Plätzchen.

Kontakt

DÜRR DENTAL SE

Anna-Joy Klenk
Product Marketing & Assistant
Product Management Equipment

Tel.: +49 7142 705-544
anna-joy.klenk@duerrdental.com



BEGO Unternehmensgruppe

TOP 100-Siegel für Ideenschmiede

Ausgezeichnete Innovationsarbeit: Die BEGO Unternehmensgruppe aus Bremen hat bei der 29. Runde des Wettbewerbs TOP 100 als Ideenschmiede überzeugt.

Sie hat dafür das TOP 100-Siegel 2022 verliehen bekommen. Nur besonders innovativen mittelständischen Unternehmen wird diese Auszeichnung zuteil. Kernstück des Innovationswettbewerbs TOP 100 ist ein wissenschaftliches Auswahlverfahren, das die Teilnehmer durchlaufen müssen. Im Auftrag von compamedia, dem Ausrichter des Vergleichs, untersuchten der Innovationsforscher Prof. Dr. Nikolaus Franke und sein Team die BEGO Unternehmensgruppe anhand von mehr als 100 Innovations-Indikatoren aus fünf Kategorien: Innovationsförderndes Top-Management, Innovationsklima, Innovative Prozesse und Organisation, Außenorientierung/Open Innovation und Innovationserfolg. Im Grundsatz geht es in der TOP 100-Analyse um die Frage, ob die Innovationen eines Unternehmens nur ein Zufallsprodukt sind oder aber systematisch geplant werden und damit in Zukunft wiederholbar sind. Eine besondere Gewichtung erfährt die Frage, ob und wie sich Neuheiten und Produktverbesserungen am Markt durchsetzen. Weitere Informationen zu den Prüfkriterien unter www.top100.de/pruefkriterien. BEGO zählt bereits zum zweiten Mal zu den Top-Innovatoren. Zahntechnikern und Zahnärzten bietet das 1890 gegründete deutsche Traditionsunternehmen innovative Geräte, Instrumente, Werkstoffe, Implantate, Dienstleistungen und Verfahren zur Herstellung und Verarbeitung von Zahnersatz. Bereits in fünfter Generation inhabergeführt vom geschäftsführenden Gesellschafter Christoph Weiss, beschäftigt BEGO weltweit rund 500 Mitarbeiter – Tendenz steigend. BEGO ist mit dem Se-



lective Laser Melting (SLM) seit über 20 Jahren Pionier im dentalen 3D-Druck. 2015 brachte BEGO außerdem als erstes Unternehmen der Dentalbranche ein mit und für Dentallabore im eigenen Hause entwickeltes 3D-Druck-System „Varseo“ zur laborseitigen Fertigung verschiedenster dentaler Versorgungskunststoffen auf den Markt. Anfang 2020 präsentierte der Bremer Dental-Experte mit VarseoSmile Crown plus das weltweit erste als Medizinprodukt der Klasse IIa zugelassene zahnfarbene, keramisch gefüllte Hybridmaterial für den 3D-Druck permanenter Einzelkronen, Inlays, Onlays und Veneers. „Wie sehr ist ein Unternehmen auf Innovation ausgerichtet? Wie konsequent folgen seine Strukturen diesem Ziel? Bei TOP 100 untersuchen wir das“, erläutert

Prof. Dr. Nikolaus Franke, der wissenschaftliche Leiter von TOP 100. „Die innovativsten Mittelständler erhalten das Siegel. Es zeigt, dass sie hervorragend für künftige Herausforderungen gerüstet sind.“ Am 24. Juni wird BEGO für diese Leistungen zusätzlich vom Mentor des Wettbewerbs, dem Wissenschaftsjournalisten Ranga Yogeshwar, persönlich geehrt.

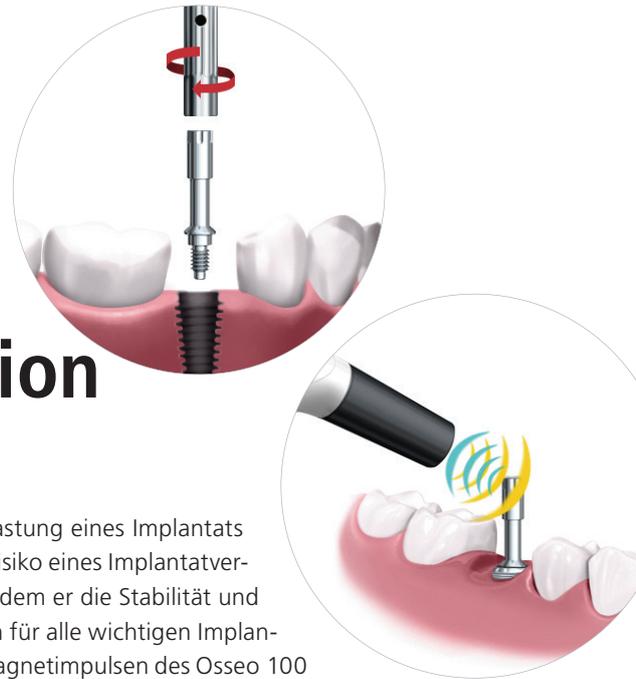
Kontakt

BEGO GmbH & Co. KG
Maike Wachendorf
Global Marketing

Tel.: +49 421 2028-267
Fax: +49 421 2028-44267
maike.wachendorf@bego.com

NSK

Auf den Punkt genau messbare Osseointegration



Ein aktueller Trend ist, nur sehr kurze oder überhaupt keine Zeit vor der Belastung eines Implantats verstreichen zu lassen. Eine unzureichende Primärstabilität kann jedoch das Risiko eines Implantatverlusts massiv erhöhen. Der Osseo 100 von NSK beugt diesem Problem vor, indem er die Stabilität und Osseointegration von Implantaten misst. Dazu wird ein MultiPeg™ (erhältlich für alle wichtigen Implantatsysteme) in das Innengewinde des Implantats eingeschraubt und mittels Magnetimpulsen des Osseo 100 in Vibration versetzt. Je höher der so ermittelte ISQ-Wert liegt, desto geringer ist die Mikromobilität zwischen Knochen und Implantatoberfläche. Behandler erhalten auf diese Weise unmittelbar Aufschluss über den richtigen Zeitpunkt der Belastung. Das Gerät ist jetzt auch als Osseo 100+ erhältlich: Dieses kann per Bluetooth® mit Surgic Pro2 verbunden werden, sodass die Übermittlung und Speicherung des ISQ-Werts über eine gemeinsame Schnittstelle möglich ist.

Bis Ende Juni ist Osseo 100+ zusammen mit Surgic Pro2 in einem attraktiven Aktionspaket erhältlich!

Kontakt

NSK Europe GmbH

Tel.: +49 6196 77606-0
www.nsk-europe.de



ANZEIGE

EndoPilot²

Erweiterbar - Kompakt - Sicher



EndoPilot² ultra



Apex



EndoMotor



DownPack



UltraSchall



BackFill



Pumpe



Akku



Wireless



EndoPilot² comfort plus

Sofortimplantate und ihre Möglichkeiten

Artikel von Dr. Armin Nedjat, Experte Implantologie & Implantatprothetik CIPC

Sofortimplantationen – die Extraktion und Insertion eines Implantats in einer Sitzung – galten bis vor wenigen Jahren als Exoten unter den Implantationen. Viele Studien, auch internationale, bestätigen aber mittlerweile, dass Sofortimplantate nicht nur besonders geeignet sind, Hart- und Weichgewebe nach einer Extraktion zu erhalten, sondern dass die Osseointegrationsquote praktisch identisch ist mit der von Spätimplantationen.

Sofortimplantationen sind die Zukunft in unseren Zahnarztpraxen und versprechen einen Boom erfolgreicher, nachhaltiger zahnärztlicher Implantologie. Auch in Molaren-Regionen sind Sofortimplantate kontrolliert und sicher möglich. Das Implantatbett wird nach der Pilotbohrung (Abb. 1) mit konischen Dreikantbohrern in die (dünne) Bifurkation, z.B. mit den Champions® WS-Condensern, aufbereitet (Abb. 2). Zunächst bohrt man von distal kommend und richtet bei etwa 50 Ncm die Instrumente achsengerecht auf.



Abb. 1: Pilotbohrung mit einem konischen Dreikantbohrer. – **Abb. 2:** Aufbereitung des Implantatbettes mit Condensern. – **Abb. 3:** Insetiertes 2-teiliges Implantat Champions(R)Evolution®.



Die „neue Alveole“ in der alten Alveole wird danach mit Condensern in aufsteigenden Durchmessern im gesunden Knochen in prothetisch optimaler Lage aufbereitet (Abb. 4).



Abb. 4: Champions® WS-Condenser

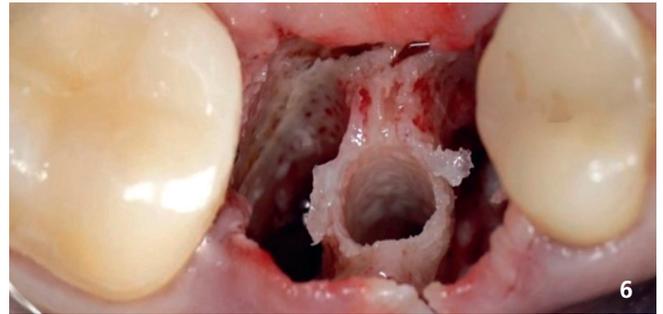


Abb. 5: Nach der Pilotbohrung. – **Abb. 6:** Neue Alveole nach Aufbereitung mit den Champions® WS-Condensern.

Sofortimplantate und verzögerte Sofortimplantate (teilweise mit Sofortversorgung) sollten inzwischen zum Standard einer innovativ praktizierenden Zahnarztpraxis gehören. Selbst ausgeprägte Granulome stellen keine Tabus mehr für eine Sofortimplantation dar. Gentamicin-Tropfen (starkes Antibiotikum aus der Ophthalmologie), unmittelbar vor Insertion in die Alveole getropft, genügen i. d. R. als antibiotische Abdeckung.

Videos

Beispiel einer Sofortimplantation im Molarenbereich



Beispiel einer Sofortimplantation im Frontzahnbereich

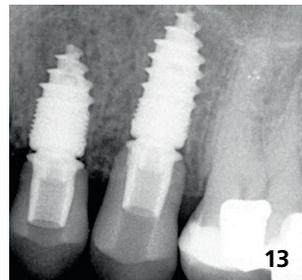
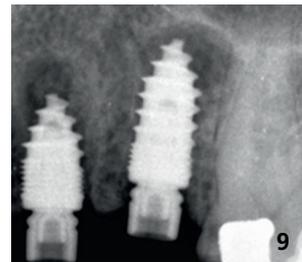
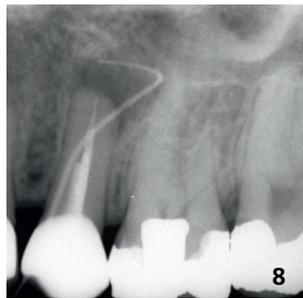


Abb. 7–14: Selbst ausgeprägte Granulome stellen keine Tabus mehr für eine Sofortimplantation dar. Gentamicin-Tropfen (starkes Antibiotikum aus der Ophthalmologie) unmittelbar vor Insertion in die Alveole getropft, genügt i. d. R. als antibiotische Abdeckung.

Patientenpsychologisch gesehen sind Sofortimplantate beliebt und werden auch immer öfter angefragt: Die „kranke Wurzel“ wird entfernt und eine „gesunde, neue Wurzel“ wird in der gleichen Sitzung inseriert. Die ein- und zweiteiligen Implantatsysteme von Champions® in Titan und das Keramikimplantat Patent™ der Zircon Medical AG (ebenfalls im Vertrieb der Champions-Implants GmbH) sind aufgrund ihres Designs, der Möglichkeit der IOM (iatrogene, ossäre Metamorphose) und Nachhaltigkeit (wissenschaftliche Langzeitstudien liegen vor) für Sofortimplantationen sehr gut geeignet.

Kontakt

Dr. med. dent. Armin Nedjat
 CEO Future Dental Academy GmbH
 Championsplatz 1
 55237 Flonheim
 Tel.: +49 6734 914080
 anmeldung@future-dental-academy.com
 www.future-dental-academy.com

Die FUTURE DENTAL ACADEMY bietet Fortbildungen mit Live-OPs zu minimalinvasiven Themen an, u. a. mit Keramikimplantaten: www.future-dental-academy.com

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
April 2022				
01./02.04.2022	Zahnärztetag Rheinland-Pfalz – Zahnheilkunde 2022	Hilton Mainz, Mainz, Deutschland	www.zahnaerztetag-rheinland-pfalz.de	Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz
29./30.04.2022	BEGO Dialoge 2022 – Kongress für Zahnmedizin und Zahntechnik	ATLANTIC Hotel Universum, Bremen, Deutschland	www.bit.ly/BEGO-Dialoge	BEGO GmbH & Co. KG
Mai 2022				
06.–07.05.2022	Nationales Osteology Symposium 2022	Kongresshaus Baden-Baden, Baden-Baden, Deutschland	https://www.osteology-baden-baden.org	Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH
07.05.2022	17. Experten Symposium des BDIZ EDI „Risikofaktor parodontale Erkrankungen – Zahnerhalt oder Implantologie?“	Hotel Dorint am Heumarkt, Köln, Deutschland	https://bdizedi.org/17-experten-symposium/	BDIZ EDI

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e. V. (BDIZ EDI) · Mühlenstr. 18 · 51143 Köln · Telefon: +49 2203 8009 339
Fax +49 2203 9168 822 · E-Mail: office@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Chefredaktion:

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

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (ST)

Redaktion BDIZ EDI:

Christian Berger (BER), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (ZOE),
Dr. Detlef Hildebrand (HIL), Prof. Dr. Jörg Neugebauer (NEU),
Dr. Wolfgang Neumann (WNE), Prof. Dr. Thomas Ratajczak (RAT),
Dr. Renate Tischer (RTI), Dr. Stefan Liepe (LIE), Kerstin Salhoff (SAL)

Verlag:

OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Telefon: 0341 48474-224 · Fax: 0341 48474-290
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de · Internet: www.oemus.com

Leseservice:

OEMUS MEDIA AG · Sylvia Schmehl · Telefon: +49 341 48474-201
E-Mail: s.schmehl@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 · Dipl.-Des. (FH) Berit Frede

Druck:

Silber Druck oHG · 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

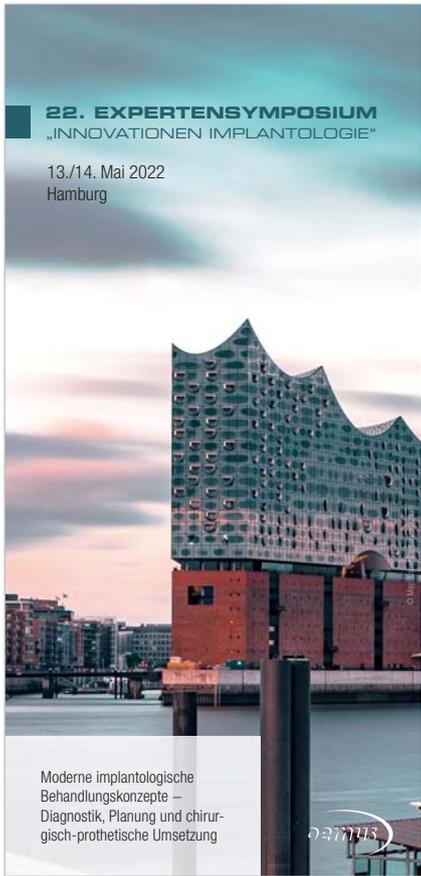
Urheber/Verlagsrecht:

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.

Unser Hamburger Trio!

Implantologie – Ästhetik – Prävention

13./14. Mai 2022 | Hamburg – Privathotel Lindtner



EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“

Thema: Moderne implantologische
Behandlungskonzepte – Diagnostik,
Planung und chirurgisch-prothetische
Umsetzung

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets/Hamburg



www.innovationen-implantologie.de



18. Jahrestagung der DGKZ

Thema: Rot-weiße Ästhetik –
Optionen und Standards

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Martin Jörgens/Düsseldorf



www.dgkz-jahrestagung.de



Präventionskongress der DGPZM

Thema: Praxisorientierte Präventions-
konzepte

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten



www.praeventionskongress.info

permadental[®]
Modern Dental Group

PERMADENTAL.DE

0 28 22 -71330



WIR SIND IHR ANSPRECHPARTNER FÜR IMPLANTAT- VERSORGUNGEN

Der Mehrwert für Ihre Praxis: Als Komplettanbieter für zahntechnische Lösungen beliefern wir seit Jahrzehnten renommierte Zahnarztpraxen, Implantologen und implantologisch tätige Praxen.