



konkret

Journal für die implantologische Praxis



Wegweiser aus dem GOZ-Dilemma

Der BDIZ EDI bietet Lösungen an!

Größer, besser, zielführender:

**Die neue BDIZ EDI-
Tabelle 2022**

Seite 8

Praxisleitfaden 2022

**Kölner ABC-Risiko-Score
aktualisiert**

Seite 29

Der Praxistipp

**Die Abrechnung
von Abutments**

Seite 64

Geistlich Bio-Oss Pen®

Bekannt, geschätzt
... und jetzt noch besser!

Kolben

Geringere Fertigungstoleranzen erlauben präzisere Stempelführung.

Fingerauflage

Für noch mehr Kontrolle durch sicherere Führung des Kolbens.

Schutz- und Filterkappe

Sicheres Abschrauben durch größeren Abstand zwischen Schutz- und Filterkappe.



Geistlich Biomaterials

Vertriebsgesellschaft mbH
Schöckstraße 4 | 76534 Baden-Baden
Tel. 07223 9624-0 | Fax 07223 9624-10
info@geistlich.de | www.geistlich.de

Bitte senden Sie mir die Broschüre zu:

- Produktkatalog
- Flyer Meta Technologies wird ein Teil der Geistlich Familie

Wegweiser aus dem GOZ-Dilemma



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit über 30 Jahren tut die Bundesregierung nichts, um die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Das ist ein unerträglicher Zustand für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte – wirtschaftlich und wissenschaftlich betrachtet. Schuld daran trägt der Unwillen der jeweiligen Bundesregierung, die in unseliger Melange als Verordnungsgeberin und gleichzeitig Dienstherrin der Beschäftigten im öffentlichen Dienst kein Interesse daran hat, die GOZ-Punktwerte anzuheben (Stichwort: Beihilfe-versichert).

Warum erwähne ich das? Weil wir im BDIZ EDI eine wichtige Aufgabe darin sehen, die Mitglieder im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung zu unterstützen. Wie Sie wissen, unterstützen wir Sie über die Abrechnungshotline des BDIZ EDI und über unsere jährliche BDIZ EDI-Tabelle sowie über die Beratung unseres Justiziars beständig im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung. Informieren Sie sich auf jeden Fall in dieser Ausgabe über die Möglichkeiten, wie Sie den parodontologischen BEMA-Leistungen in der GOZ begegnen können. Da den neuen BEMA-Leistungen die „alten“ Leistungsziffern der GOZ aus den Jahren 2012 bzw. 1988 gegenüberstehen, die nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard abbilden, haben wir konkrete Vorschläge für Sie erarbeitet bzw. zusammengeführt, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht gangbare Wege für Ihre Praxis aufzeigen.

Während die Bundeszahnärztekammer die neuen, aktuellen leitlinienbasierten Leistungen überwiegend als Analogberechnung beschreibt, beschreiten ein Expertenteam und ich in meiner Funktion als BDIZ EDI-Präsident und Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) einen anderen Weg. Da wir wissen, dass wir Zahnärztinnen und Zahnärzte bei vielen parodontologischen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz der GOZ 2012

verlangen oder überschreiten müssen, um für vergleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen in der neuen BEMA-Richtlinie bezahlen, haben wir einen anderen Lösungsansatz gewählt: die analoge Berechnung aller Leistungen mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für die vergleichbare Leistung ein vergleichbares Honorar bezahlen. Gleichzeitig sollen diese Analogpositionen in den kommenden Jahren einen Teuerungsausgleich über den Steigerungsfaktor zulassen.

Das Beschriebene manifestiert sich in der BDIZ EDI-Tabelle 2022, die in dieser Ausgabe vorgestellt wird und die Sie als Mitglied bereits erhalten haben.

Auf politischer Ebene werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wenig bis nichts erreichen, das haben die vergangenen Jahrzehnte im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik gezeigt. Wir müssen uns andere Lösungen suchen und sie tatsächlich nutzen, um für das betriebswirtschaftliche Auskommen unserer Praxen zu sorgen. Diesen Weg zeigen wir Ihnen in dieser Ausgabe auf!

Gutes Gelingen wünscht

Ihr

Christian Berger
Präsident BDIZ EDI



20 Analyse zur GOÄ-Reform von Prof. Dr. Thomas Drabinski



24 32. Gutachterkonferenz Implantologie in Frankfurt am Main



60 Neues aus dem Recht für Zahnärzte von Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Aktuell

Größer, besser, zielführender: Die neue BDIZ EDI-Tabelle 8

PAR-Leistungen richtig berechnen 10

Rezension von Dr. Wilfried Beckmann: In der GOZ sieht man oft „rot“ 18

Analyse zur GOÄ-Reform: Marktversagen im Gesundheitswesen? 20

32. Gutachterkonferenz Implantologie 24

Rückschau 26

Vorschau 28

Praxisleitfaden 2022: Risikoeinschätzung auf einen Blick 29

All-on-1 beim 17. Experten Symposium: Abrechnung, Chirurgie, Prophylaxe und Ernährung 39

Der BDIZ EDI gratuliert 44

Zahnärzte im deutschen Kinofilm – Teil 1 46

Wussten Sie schon, ... 52

Aktuell Europa

Digitale Kompetenz verbessern fordert der CED 54

News-Ticker 55

Europa-Ausschuss des BDIZ EDI: Große Nachfrage nach implantologischer Fortbildung 57

EuGH-Entscheidung zur Rezeptpflicht: Ausnahmen nur in besonderen medizinischen Bedarfsfällen 58

Abrechnung und Recht

Serie von Prof. Dr. Thomas Ratajczak: Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 4) 60

Der Praxistipp des BDIZ EDI: Abrechnungstipp: Abutments 64

Fortbildung

Sofortimplantation und Sofortversorgung mit neuer Präzision – Ein Beitrag von Dr. Markus Sperlich und Dr. Mathias Sperlich 66

Unterstützung der Osseointegration vom Keramikimplanten Ein Beitrag von Dr. Dominik Nischwitz 70

Events

EUROSYMPOSIUM 2022 73

„BEGO Dialoge“ – Kongress für Zahnmedizin & Zahntechnik in Bremen 74

Markt

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie 76

Termine und Mitteilungen

Termine und Impressum 82

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



Fachbeitrag Dr. Dominik Nischwitz

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.



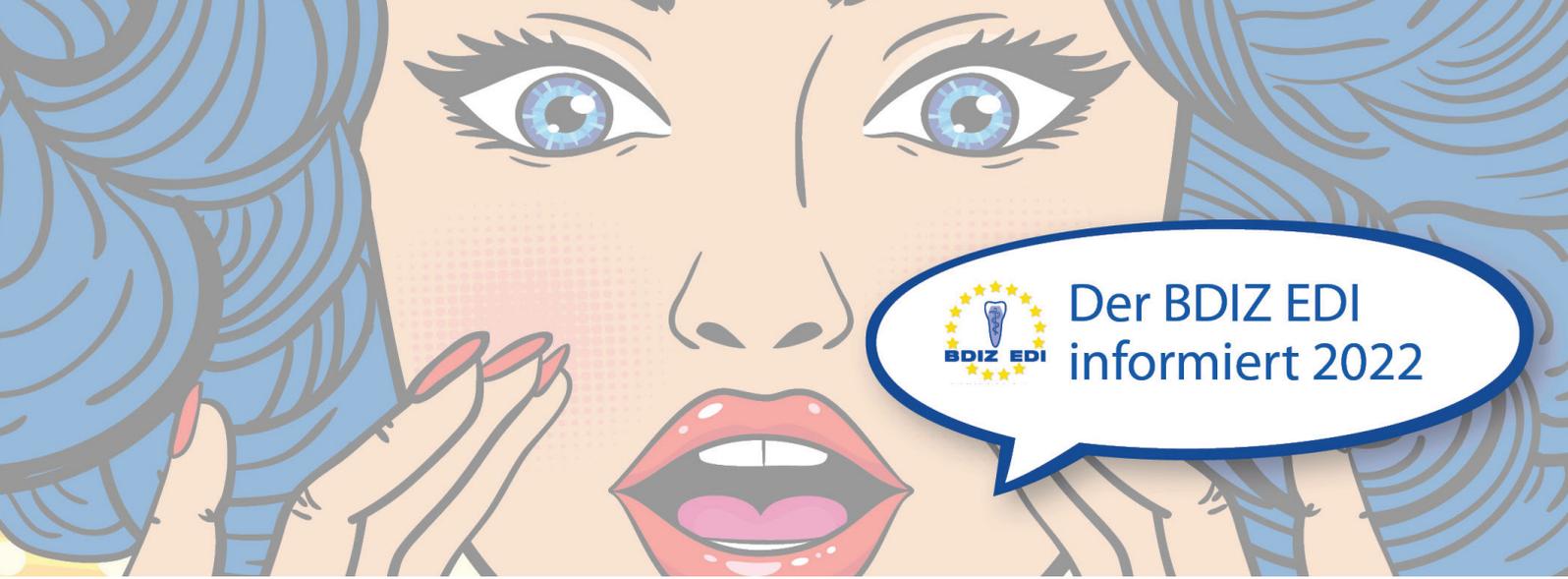
6 Höchste Drehmomentpräzision durch das optimierte Kalibriersystem AHC: Sicherheit gegen überhöhte Drehmomente bei der Implantation.



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.



Online-Fortbildungsprogramm im 2. Halbjahr 2022

27.06.2022, 19 Uhr

Wege aus dem GOZ-Dilemma 1 – so geht's:
Analogberechnung der PAR-Richtlinie
Referent: Christian Berger, BDIZ EDI-Präsident
2 Fortbildungspunkte

29.06.2022, 13 Uhr

Wege aus dem GOZ-Dilemma 2 –
PAR-Analogleistungen sicher umgesetzt
Referentin: Kerstin Salhoff, Abrechnungsexpertin
2 Fortbildungspunkte

05.07.2022, 13 Uhr

Aus HKP wird EBZ: Tipps und Hinweise zum neuen
Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren
Referentin: Kerstin Salhoff
2 Fortbildungspunkte

Im Juli 2022

Kölner ABC-Risiko-Score – so bewerten Sie die
anstehende Implantatbehandlung richtig
Referent: Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Generalsekretär des BDIZ EDI
2 Fortbildungspunkte

20.09.2022, 19 Uhr

Die Begründung zahnärztlichen Handelns vor Gerichten
Referent: Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Justiziar des BDIZ EDI
2 Fortbildungspunkte

→ Im September 2022

Weichgewebsmanagement für den
langfristigen Implantaterfolg
Referent: Prof. Dr. Stefan Fickl, Universität Würzburg
2 Fortbildungspunkte

→ Im Oktober 2022

Parodontologie, Implantologie und Ernährung
Referent: Dr. Maximilian Gärtner, Zahnarzt und Ernährungsexperte
2 Fortbildungspunkte

→ Im November 2022

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

→ 13.12.2022, 19 Uhr

Rechtsprechungs-Update Zahnrecht
Referent: Prof. Dr. Thomas Ratajczak
2 Fortbildungspunkte



Kerstin Salhoff
Christian Berger
Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Prof. Dr. Stefan Fickl
Dr. Maximilian Gärtner

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



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

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



Alle Leistungen in BEMA, GOZ, GOÄ mit Zeitwerten und Analogabrechnung der neuen PAR-Leistungen

Größer, besser, zielführender: Die neue BDIZ EDI-Tabelle

Auch 2022 gibt es eine BDIZ EDI-Tabelle. Sie erscheint im neuen Design, ist deutlich nutzerfreundlicher und enthält die neuen PAR-Leistungen im BEMA. So weit, so gut. Der neue, wegbereitende Ansatz der BDIZ EDI-Tabelle 2022 zielt auf die Analogabrechnung. Hier hat BDIZ EDI-Präsident Christian Berger den neuen parodontologischen Leistungen, die es seit Juli 2021 basierend auf der PAR-Richtlinie gibt, Analogpositionen gegenübergestellt.

Da den neuen BEMA-Leistungen in der Parodontologie die „alten“ Leistungsziffern der GOZ aus den Jahren 2012 bzw. 1988 gegenüberstehen, die nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard abbilden, hat der BDIZ EDI konkrete Vorschläge für die Zahnärztinnen und Zahnärzte erarbeitet bzw. zusammengeführt, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht gangbare Wege für die Praxis aufzeigen. Für die Analogberechnung der PAR-Leistungen werden zwei Versionen unterbreitet.

- **Versio n 1 (Tabellenseiten 18–19)** zeigt den Vorschlag der Bundeszahnärztekammer, die die neuen, aktuellen leitlinienbasierten Leistungen überwiegend als Analogberechnung beschreibt.
- **Versio n 2 (Tabellenseiten 20–22)** bildet die Vorschläge von BDIZ EDI und BLZK ab. Sie gehen in der Analogberechnung deutlich weiter als jene der BZÄK.

Die Tabelle zeigt anschaulich, dass Zahnärzte bei vielen parodontologischen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz der GOZ 2012 verlangen oder überschreiten müssen, um für ver-

gleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen aufgrund der neuen BEMA-Richtlinie bezahlen.

Die Lösung des BDIZ EDI: die analoge Berechnung mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für die vergleichbare Leistung ein vergleichbares Honorar bezahlen.

Christian Berger dazu: „Auf politischer Ebene werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wenig bis nichts erreichen, das haben die vergangenen Jahrzehnte im Dialog bzw. in der Auseinandersetzung mit der Politik gezeigt. Wir müssen uns andere Lösungen suchen und sie tatsächlich nutzen, um für das betriebswirtschaftliche Auskommen unserer Praxen zu sorgen. Den Weg zeigt der BDIZ EDI. Unsere Tabelle macht es möglich, Zahnmedizin nach State of the Art mit angemessenen Honoraren anzubieten. Für den Praxisalltag bietet sie eine schnelle Orientierung im Leistungsdschungel von BEMA, GOZ und GOÄ.“

Seine Mitglieder wird der BDIZ EDI bei Erstattungsproblemen gebührenrechtlich und gutachterlich unterstützen, sofern sie den Empfehlungen folgen.

Mitgearbeitet an der Tabelle haben u. a. der Justiziar des BDIZ EDI, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, und die Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff. Die BDIZ EDI-Tabelle 2022 ist über den Online-Shop des BDIZ EDI zum Preis von 26 Euro bestellbar. Mitglieder erhalten ein Exemplar kostenfrei zugesandt.

AWU

Bibliografie

BDIZ EDI-Tabelle 2022 – Wire-O-Bindung, 46 Seiten im Format 297 x 148 mm

- Enthält alle zahnärztlichen Abrechnungsleistungen im BEMA, der GOZ und der GOÄ
- Enthält konkrete Vorschläge zur Analogabrechnung
- Enthält Zeitangaben in Minuten berechnet nach dem Honorarumsatz/Stunde von 320 Euro im BEMA sowie in den Steigerungsfaktoren von GOZ und GOÄ
- Ermöglicht den direkten Vergleich zwischen BEMA-Wert und GOZ/GOÄ im 2,3-fachen Steigerungssatz
- Basiert im BEMA auf dem vdek-Punktwert Bayern, 1. Quartal 2022
- Preis: 26 Euro zzgl. Versandgebühren – bestellbar im Online-Shop des BDIZ EDI: www.bdizedi.org
- Mitglieder erhalten die Tabelle kostenfrei zugesandt

QR-Code zum Shop:



Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 320 EUR/h

Leistungsbeschreibung	BEMA Stand 01.01.2022			GOZ 2012				GOÄ 1995							
	Nr.	Bewert. Zahl	EUR	Nr.	Punkt-Zahl	max. Zeit in Min.	EUR	Nr.	Punkt-Zahl	max. Zeit in Min.	EUR				
Röntgendiagnostik der Zähne, bis 2 Aufnahmen *	R02	A025a	12	14,20	2,7			2x5000	100	5,83	1,1	10,40	2,5	14,57	3,8
Röntgendiagnostik der Zähne, bis 5 Aufnahmen *	R08	A025b	19	22,63	4,2			5x5000	250	14,57	2,7	26,23	6,3	36,43	9,6
Röntgendiagnostik der Zähne, bis 3 Aufnahmen *	Stat	A025c	27	32,15	6,0			10x5000	400	23,31	4,4	41,97	10,1	58,29	15,3
Röntgendiagnostik der Zähne, Status bei mehr als 8 Aufnahmen *	Stat	A025d	34	40,49	7,6			5095	200	11,66	2,2	20,08	5,0	29,14	7,7
Aufnahme des Schädels, eine Aufnahme (auch Fernr./FRS) *		A034a	19	22,63	4,2			5090	400	23,31	4,4	41,97	10,1	58,29	15,3
Aufnahme des Schädels, 2 Aufnahmen *		A034b	30	35,72	6,7			5298							
Orthopantom/Panorama aller Zähne/2 Halbsitaaufnahmen *		A035d	36	42,87	8,0			5370	2.000	116,57	21,9	209,83	50,3	291,44	76,5
Zuschlag zu 5010 - 5290 bei Anwend. digitaler Tomographie *															
Computergestützte Tomographie im Kieferbereich *	Vipr	08	6	7,14	1,3	0070	50	2,81	0,5	6,47	1,2	9,84	1,8		
Sensibilitätsprüfung der Zähne	uz	10	6	7,14	1,3	2010	50	2,81	0,5	6,47	1,2	9,84	1,8		
Behandlung überempfindl. Zahnlflächen, je Sitzung (GOZ je Kiefer)	pV	11	19	22,63	4,2	2020	98	5,51	1,0	12,68	2,4	19,29	3,6		
Exkavieren u. prov. Verschluss Kavität als alleinige Leist. u. Füllung	bMF	12	10	11,91	2,2	2030	65	3,66	0,7	8,41	1,6	12,80	2,4		
Besondere Maßnahmen beim Präp./Füllen, je Sitzung, je Kiefer/ Frontz.	bMF	12	10	11,91	2,2	2040	65	3,66	0,7	8,41	1,6	12,80	2,4		
Anliegen von Spannungsm															

Zeitangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 320 EUR/h

Leistungsbeschreibung	BEMA Stand 01.01.2022			GOZ 2012				GOÄ 1995					
	Nr.	Bewert. Zahl	EUR	Nr.	Punkt-Zahl	max. Zeit in Min.	EUR	Nr.	Punkt-Zahl	max. Zeit in Min.	EUR		
Präparieren, Füllen mit plast. Material, einflächig	F1	13a	32	38,11	7,1	2050	213	11,90	2,2	27,55	5,2	41,93	7,8
Präparieren, Füllen mit plast. Material, mehr als dreiflächig, Eckenaufbau	F2	13b	39	46,44	8,7	2070	242	13,61	2,8	31,30	5,9	47,84	8,9
Präparieren, Füllen mit plast. Material, dreiflächig	F3	13c	49	58,35	10,0	2090	297	16,70	3,1	36,42	7,2	58,46	11,0
Präparieren, Füllen mit plast. Material, mehr als dreiflächig, Seitenzahn; bei Amalgam-Allerg. Nerveninsuffizienz	F4	13d	58	69,07	11,6	2080	527	29,64	5,6	68,17	12,8	103,74	19,5
Präparieren, Füllen mit plast. Material, mehr als dreiflächig, Seitenzahn; bei Amalgam-Allerg. Nerveninsuffizienz		13e	64	76,21	14,3	2080	556	31,27	5,9	71,92	13,5	109,45	20,5
Zweifläch. Kompositfüllg. Seitenzahn; bei Amalgam-Allerg. Nerveninsuffizienz		13f	64	76,21	14,3	2100	642	35,11	6,8	83,05	15,6	126,38	23,7
Zweifläch. Kompositfüllg. Seitenzahn; drei Amalgam-Allerg. Nerveninsuffizienz		13h	100	119,00	22,3	2120	770	43,31	8,1	99,60	18,7	151,57	28,4
Restaurieren mit Komposit in Adhäsivtechnik, mehr als dreiflächig		14	50	59,54	11,2	2250	210	11,81	2,2	27,16	5,1	41,34	7,8
Konfektionierte Krone bei pädiat. ZMK, inkl. Mat., Laboz.	St	16	20	23,82	4,5	2430a	204	10,4	2,1	26,39	4,9	36,47	6,8
Stützerankerung Füllung, zu 13c.d.		2150	1141	64,17	12,0	147,60	21,1	224,60	42,1				
Stützerankerung Füllung, zu 13c.d. je Zahn, einsech. Mat.		2160	1356	76,36	14,3	175,41	26,9	266,92	53,0				
Kontrolle, Einleiten/Poliereiner Restauration		2170	1709	95,12	18,0	221,97	41,5	336,41	64,1				
Einlagefüllung, einflächig		2197	190	7,31	1,4	16,82	3,2	25,59	4,8				
Einlagefüllung, zweiflächig													
Einlagefüllung, mehr als zweiflächig													
Einlagefüllung, zweiseitig													
Einlagefüllung, zweiseitig													
Achshäse Befestigung													
Entfernen Krone, Brückenanker, Wurzelstift; Entfernen Krone, Brückenanker, Wurzelstift; Entfernen Stütz, je Trennstelle	Ekr	23	17	20,24	3,8	2290	180	10,12	1,9	23,28	4,4	35,43	6,8



© SB – stock.adobe.com

Gebührenrechtliche Einordnung der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“

PAR-Leistungen richtig berechnen

Mit der am 1. Juli 2021 in Kraft getretenen Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontal-Erkrankungen wurde das Leistungsangebot im GKV-Bereich erheblich gestärkt. Die Richtlinie basiert auf der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ und wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Gesetzlich versicherte Patienten werden in ein Therapiekonzept eingebunden und können sich somit als bestens versorgt betrachten. BDIZ EDI-Präsident Christian Berger zeigt in diesem Beitrag auf, wie sich die PAR-Leistungstrecke in der GOZ beschreiben lässt.

Privat versicherte Patienten – Patienten zweiter Klasse?

Auch privat versicherten Patienten sollte es möglich sein, eine wissenschaftlich belegte systematische Parodontitis-Therapie zu erhalten. Wie kann jedoch das neue PAR-Konzept in die Rechnungsstellung der PKV übertragen werden?

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) wurden Leistungen aufgenommen, die es in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht gibt. Die im Kapitel E (Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) der GOZ zur Verfügung stehenden Gebühren werden den Leistungen der neuen Richtlinie nicht gerecht, da sie nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard darstellen. Nach Ansicht der des BDIZ EDI ist eine aufwandsangemessene Honorierung im privat Zahnärztlichen Bereich nur möglich, wenn die Leistungen der S3-Leitlinie analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden. Die Bundeszahnärztekammer bestätigt grundsätzlich diese Auffassung und hat ein Positionspapier zur gebührenrechtlichen Einordnung der S3-Leitlinie veröffentlicht, in dem sie für die Leistungen der aktuellen PAR-Leistungstrecke, die nicht in der GOZ beschrieben sind bzw. deren Leistungsinhalte nicht mehr der wissenschaftlichen Leitlinie entsprechen, konkrete Analogziffern benennt, die von der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und dem BDIZ EDI vorgeschlagen wurden. Die BLZK geht hier weiter und empfiehlt die Analogisierung der gesamten PAR-Behandlungstrecke.

Die richtige Gebühr zur Analogberechnung

Ist die zahnärztliche Maßnahme nicht in der Gebührenordnung beschrieben, ist für die Berechnung eine andere Position heran-

zuziehen. Der Zahnarzt wählt eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung des Gebührenverzeichnisses aus. Es gibt keine vorgeschriebenen Gebührennummern, die für eine bestimmte Analogberechnung verwendet werden müssen. § 6 Abs. 1 Satz 2 GOZ lautet: „Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.“

Ausdrücklich darf der Zahnarzt also auch in der GOÄ nach vergleichbaren Leistungen suchen. Dies allerdings nur in den für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffneten Bereichen. Auszug aus der amtlichen Begründung zur GOZ: „Satz 2 stellt klar, dass bei der Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen ist und für den Analogabgriff erst nachrangig eine Leistung aus den nach Absatz 2 eröffneten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung als Analogbewertung infrage kommt.“

Faktor bei Analogleistungen

Für analog berechnete Leistungen gelten die Bestimmungen des § 5 GOZ. In § 5 Abs. 2 heißt es: „Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann

HONORAR- UND ZEITVERGLEICH

Leistungsbeschreibung	BEMA			GOZ				
	Nr.	EUR Punktwert 1,1908	Max. Zeit in Min.	Nr.	EUR Faktor 2,3	Max. Zeit in Min.	Faktor zum Ausgleich BEMA	EUR
Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	4	52,40	9,8	4000	20,70	3,9	5,9	53,10
Erhebung Parodontaler Screening-Index	04	14,29	2,7	4005	10,35	1,9	3,2	14,40
Lokalbehandlung von Mundschleimhautrekrankungen	105	9,53	1,8	4020	5,82	1,1	3,8	9,61
Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches	106	11,91	2,2	4030	4,53	0,8	6,1	12,01

auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.“ Wenn bei einer Analogberechnung allerdings ein höherer Faktor als 2,3-fach gewählt werden muss, um der durchgeführten Leistung gerecht zu werden, kann dies ein Indiz dafür sein, dass eine falsche Gebührennummer für die Analogberechnung ausgewählt wurde.

Honorarvergleich

Die Honorierung der privatärztlichen Leistung unterliegt dem seit über 30 Jahren (!) unveränderten Punktwert von 5,62421 Cent (zum damaligen Zeitpunkt: 11 Deutsche Pfennige).

In der vertragszahnärztlichen Versorgung gibt es jährlich immerhin geringe Anpassungen nach oben. Bei genauerem Hinsehen finden sich bei parodontologischen Leistungen etliche Beispiele, in denen eine vergleichbare Leistung im BEMA besser bewertet ist als in der GOZ. Selbst der 3,5-fache Steigerungssatz ist nicht ausreichend, um die gleiche Vergütung zu erhalten, wie sie die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der neuen PAR-Richtlinie vergüten (siehe Tabelle oben).

Jeder Zahnarzt muss also wissen, welchen Umsatz er in einer Behandlungsstunde erzielen soll. Mit dem Steuerberater lässt sich der eigene betriebswirtschaftliche Minutenwert errechnen. Somit können die Basiswerte entsprechend angepasst werden. Die folgenden Berechnungen und Beispiele der BLZK beruhen auf einem Mindesthonorarumsatzbedarf einer kleinen Zahnarztpraxis. Dieser liegt aktuell bei 320 Euro pro Stunde.

(Bei den angegebenen BEMA-Leistungen gilt der Punktwert 1,1908; 1. Quartal 2022; Bayern; vdek)

(Die angegebenen Werte beziehen sich auf Minuten. Beispiel: 2,2 = 2 Minuten und 12 Sekunden)

ERHEBUNG PARODONTALER SCREENING-INDEX

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. 04	Der Versicherte erhält eine Information über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf, die Notwendigkeit zur Erstellung eines klinischen und eines röntgenologischen Befundes sowie zur Stellung der Diagnose. Diese Informationen erfolgen in einer für den Versicherten verständlichen Art und Weise auf dem Vordruck 11 der Anlage 14a zum BMV-Z.	14,29	2,7
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4005 und GOÄ 70 nicht zu verwenden.			
GOZ 4005 beschreibt lediglich die Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex. Weder eine individuelle Befundung noch daraus folgende Therapieoptionen oder eine patientenbezogene Vorausschau über den Verlauf der Erkrankung sind dort Leistungsinhalt. Der Leistungsinhalt der GOÄ 70 trifft nicht zu, da dieser auf eine kurze Bescheinigung, z. B. Anwesenheitsbescheinigung für die Schule oder Arbeit, abzielt und das Formblatt nicht nach einer Behandlung durch die Praxisverwaltung ausgestellt wird, sondern im Behandlungszimmer nach erbrachter Erhebung des PSI, und dem Patienten mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen ausgehändigt wird. Dieses Formblatt ist weder in GOZ 4005 noch in GOÄ 70 beschrieben.			
GOZ 7000a	Erhebung des Parodontal-Befundes gemäß BEMA-Richtlinie mit Messsonde, der Diagnose, Planung, Dokumentation der Therapie „EPB“, schriftliche Information des Patienten über das Untersuchungsergebnis und den Behandlungsbedarf entsprechend Eingliederung Aufbissbehelf ohne Adjustierung.	15,19 (Faktor 1,0)	2,8
GOÄ 75a	Erhebung des Parodontal-Befundes gemäß BEMA-Richtlinie mit Messsonde, der Diagnose, Planung, Dokumentation der Therapie „EPB“, schriftliche Information des Patienten über das Untersuchungsergebnis und den Behandlungsbedarf entsprechend ausführlicher Befundbericht.	15,16 (Faktor 2,0)	2,8

BEFUNDERHEBUNG UND ERSTELLUNG EINES PARODONTALSTATUS

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. 4	Die Befunderhebung und Erstellung eines Parodontalstatus basieren auf einem neuen Klassifikationschema, das Schweregrad, Ausdehnung, Progressionsrate sowie patientenindividuelle Risiko- und Komplikationsfaktoren zur Grundlage der Beurteilung der parodontalen Erkrankung und der hieraus resultierenden Therapie macht. Die Verwendung der Vordrucke 5a/5b ist Voraussetzung.	52,40	9,8
<p style="text-align: center;">Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4000 nicht zu verwenden.</p> <p>Die GOZ-Position ist auf das Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus beschränkt. Die Aufnahme der individuellen allgemeinen und parodontitispezifischen Anamnese, der patientenbezogenen Befunde, Diagnosen und Prognosen sowie die entsprechende Dokumentation sind in dieser Gebühr nicht enthalten.</p>			
GOZ 9000a	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Implantatbezogene Analyse.	54,69 (Faktor 1,1)	10,3
GOÄ 31a	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Homöopathische Folgeanamnese.	55,08 (Faktor 2,1)	10,3

PARODONTOLOGISCHES AUFKLÄRUNGS- UND THERAPIEGESPRÄCH

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. ATG	Die Maßnahme ist eine spezifische Beratungsleistung zu einem komplexen Thema, in seiner inhaltlichen Ausgestaltung eng anknüpfend an die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten.	33,34	6,3
<p style="text-align: center;">Der BDIZ EDI empfiehlt, GOÄ 34 und GOÄ 3 nicht zu verwenden.</p> <p>Die GOÄ 34 als Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit kommt nach Ansicht der Bayerischen Landeszahnärztekammer nicht direkt in Betracht, da diese Leistung im zahnmedizinischen Bereich hauptsächlich im Zusammenhang mit Tumoren im Mund- und Kieferbereich, nach Eingliederung von Obturatoren oder Epithesen, Unfallverletzungen, umfangreichen Implantatversorgungen, Dysgnathien und deren operativen Behebung, u. Ä. anfällt. Um zu entscheiden, ob der analoge Ansatz der GOÄ-Ziffer 34 gerechtfertigt ist, sollte der Zahnarzt immer die Schwere der Krankheit, ihre Risiken und unmittelbaren Konsequenzen für den Patienten beurteilen.</p> <p>GOÄ 3 als eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung beschreibt nicht das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch. Zudem kann GOÄ 3 nur als einzige Leistung in einer Sitzung oder im Zusammenhang mit Untersuchungen nach den GOÄ-Nrn. Ä5, Ä6 oder der GOZ-Nr. 0010 berechnet werden. Zusätzliche Maßnahmen sind nicht möglich.</p>			
GOZ 9040a	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Freilegen eines Implantates und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem.	35,21 (Faktor 1,0)	6,6
GOÄ 34a	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Erörterung lebensverändernder Erkrankung.	34,98 (Faktor 2,0)	6,6

PATIENTENINDIVIDUELLE MUNDHYGIENEUNTERWEISUNG

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. MHU	Die Leistung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit BEMA-Nr. AIT und umfasst: Mundhygieneaufklärung, Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva, Anfärben von Plaque, individuelle Mundhygieneinstruktion, praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene.	53,59	10,0
<p style="text-align: center;">Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 1000, 1010 und 4005 nicht zu verwenden.</p> <p>Lediglich einzelne Bestandteile des Leistungsinhaltes der BEMA-Nr. MHU werden in Leistungen der GOZ-Nrn. 1000, 1010, 4005 abgebildet. Der vollständige Umfang der Leistung und deren strukturierte Zuordnung zu einem patientenindividuellen und umfassenden Behandlungskonzept sind jedoch in keiner Gebührennummer der GOZ beschrieben.</p>			
GOZ 9150a	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Fixation oder Stabilisierung des Augmentates.	56,95 (Faktor 1,5)	10,7
GOÄ 1509a	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone.	53,98 (Faktor 2,0)	10,1

ANTIINFEKTÖSE THERAPIE – EINWURZELIGER ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. AITa	Die antiinfektiöse Therapie (AIT) ist die Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens. Die AIT orientiert sich am individuellen Krankheitsbild und enthält als fakultative Behandlungsschritte die Gingivektomie und Gingivoplastik.	16,67	3,1
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4070 nicht zu verwenden.			
Die Gebührenziffer GOZ 4070 ist nicht deckungsgleich mit BEMA-Nr. AITa, da Leistungsinhalt der GOZ 4070 die parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) ist. Die Instrumentierung beschränkt sich auf den subgingivalen Bereich – supragingivale Bereiche sind nicht enthalten.			
GOZ 9060a	Antiinfektiöse Therapie (incl. deep scaling und root planing), je behandeltem einwurzeligen Zahn oder Implantat (AITa) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Auswechseln von Aufbauelementen im Reparaturfall.	17,60 (Faktor 1,0)	3,3
GOÄ 2001a	Antiinfektiöse Therapie (incl. deep scaling und root planing), je behandeltem einwurzeligen Zahn oder Implantat (AITa) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht.	17,43 (Faktor 2,3)	3,3

ANTIINFEKTÖSE THERAPIE – MEHRWURZELIGER ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. AITb	Die antiinfektiöse Therapie ist die Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens. Die AIT orientiert sich am individuellen Krankheitsbild und enthält als fakultative Behandlungsschritte die Gingivektomie und Gingivoplastik.	30,96	5,8
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4075 nicht zu verwenden.			
Die Gebührenziffer GOZ 4075 ist nicht deckungsgleich mit BEMA-Nr. AITb, da Leistungsinhalt der GOZ 4075 die parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) ist. Die Instrumentierung beschränkt sich auf den subgingivalen Bereich – supragingivale Bereiche sind nicht enthalten.			
GOZ 9020a	Antiinfektiöse Therapie (incl. deep scaling und root planing), je behandeltem mehrwurzeligen Zahn (AITb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib.	31,86 (Faktor 1,1)	6,0
GOÄ 2004a	Antiinfektiöse Therapie (incl. deep scaling und root planing), je behandeltem mehrwurzeligen Zahn (AITb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht.	32,18 (Faktor 2,3)	6,0

BEFUNDEVALUATION NACH AIT ODER CPT

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. BEVa BEMA-Nr. BEVb	Die Dokumentation des klinischen Befundes umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter. Die erhobenen Daten werden mit den Befunddaten des Parodontalstatus verglichen. Dem Versicherten wird der Nutzen der UPT-Maßnahmen erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.	38,11	7,1
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4000 nicht zu verwenden.			
Die Befundevaluation nach BEMA BEVa und BEVb übersteigt den Leistungsinhalt der GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) deutlich. Die patientenindividuelle Relationierung des Knochenabbaus zum Alter des Patienten, die vergleichende Auswertung der Befunddaten mit dem zu Beginn der Behandlung erhobenen Status, die Aufklärung des Patienten über den Nutzen der unterstützenden Parodontitistherapie und die Planung und Besprechung der weiteren Behandlung sind nicht Bestandteil der Leistungsbeschreibung der GOZ 4000.			
GOZ 9040a	Befundevaluation nach AIT (BEVa) oder CPT (BEVb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Freilegen eines Implantates und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem.	38,73 (Faktor 1,1)	7,3
GOÄ 80a	Befundevaluation nach AIT (BEVa) oder CPT (BEVb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Schriftliche gutachterliche Äußerung.	38,48 (Faktor 2,2)	7,2

CHIRURGISCHE THERAPIE – EINWURZELIGER ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. CPTa	Die chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschl. Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.	26,20	4,9
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4090 nicht zu verwenden.			
Nur die herkömmliche Lappenoperation – offene Kürettage – ist in der GOZ 4090 abgebildet. Insbesondere in der Front ist eine offene Kürettage aus ästhetischen Gründen nur eingeschränkt lege artis. Die herkömmliche Lappenoperation nach GOZ 4090 an einem Frontzahn beinhaltet vor allem die Entfernung der Konkremete sowie die Reinigung und Glättung der Wurzeloberfläche. BEMA-Nr. CPTa ist lediglich im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung und nur bei einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr berechenbar. In der Gebührenordnung gibt es keine Leistung mit diesen Einschränkungen. Bei parodontalchirurgischer Intervention werden moderne PAR-Techniken wie strukturerhaltende noninvasive Verfahren, mit speziellen Schnittführungen und/oder Erhalt der Papille angewandt, für die die Leistungsbeschreibung der GOZ 4090 nicht zutrifft. Da die dabei erbrachten Maßnahmen den Leistungsinhalt der herkömmlichen Lappenoperation weit übersteigen, muss die Gesamtleistung analog berechnet werden.			
GOZ 9090a	Minimalinvasive strukturerhaltende (parodontalchirurgische) Intervention „MIPI“ unter Erhalt der Papille, je behandeltem einwurzeligen Zahn oder Implantat (CPTa) gemäß BEMA-Richtlinie Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung.	27,00 (Faktor 1,2)	5,1
GOÄ 2685a	Minimalinvasive strukturerhaltende (parodontalchirurgische) Intervention „MIPI“ unter Erhalt der Papille, je behandeltem einwurzeligen Zahn oder Implantat (CPTa) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Reposition eines Zahnes.	26,82 (Faktor 2,3)	5,0

CHIRURGISCHE THERAPIE – MEHRWURZELIGER ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. CPTb	Die chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschl. Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.	40,49	7,6
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4100 nicht zu verwenden.			
Nur die herkömmliche Lappenoperation – offene Kürettage – ist in der GOZ 4100 abgebildet. Insbesondere im sichtbaren Bereich ist eine offene Kürettage aus ästhetischen Gründen nur eingeschränkt lege artis. Die herkömmliche Lappenoperation nach GOZ 4100 an einem Seitenzahn beinhaltet vor allem die Entfernung der Konkremete sowie die Reinigung und Glättung der Wurzeloberfläche. BEMA-Nr. CPTb ist lediglich im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung und nur bei einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr berechenbar. In der Gebührenordnung gibt es keine Leistung mit diesen Einschränkungen. Minimalinvasive parodontalchirurgische Interventionen sind nicht in der GOZ beschrieben. Da deren erbrachte Maßnahmen den Leistungsinhalt der herkömmlichen Lappenoperation weit übersteigen, muss die Gesamtleistung analog berechnet werden.			
GOZ 9140a	Minimalinvasive strukturerhaltende (parodontalchirurgische) Intervention „MSPI“, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn (CPTb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes.	43,87 (Faktor 1,2)	8,2
GOÄ 2686a	Minimalinvasive strukturerhaltende (parodontalchirurgische) Intervention „MSPI“, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn (CPTb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes.	40,23 (Faktor 2,3)	7,5

MUNDHYGIENEKONTROLLE

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTa	Die Mundhygienekontrolle dient der Evaluation der aktuell vom Patienten praktizierten Mundhygiene ohne zeitnah vorangegangene Instruktion. Das Leistungsziel stellt durch Benennung und Zuordnung nur auf parodontale Erkrankungen ab.	21,43	4,0
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 1000 und 1010 nicht zu verwenden.			
Keine der beiden Gebührenpositionen sind mit BEMA-Nr. UPTa vergleichbar. Sie sind in der GOZ auch nicht auf parodontale Erkrankungen spezifiziert. Insbesondere, wenn GOZ 1000 bei der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung originär verwendet werden würde, käme die Gebühr schon allein wegen der Abrechnungsbeschränkung auf 1x innerhalb eines Jahres nicht mehr in Betracht.			
GOZ 9160a	MH-Kontrolle (UPTa) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren – einschließlich Fixierung –, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.	22,27 (Faktor 1,2)	4,2
GOÄ 1466a	MH-Kontrolle (UPTa) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle.	22,84 (Faktor 2,2)	4,3

MUNDHYGIENEUNTERWEISUNG – SOWEIT ERFORDERLICH

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTb	Die optimierende Mundhygieneunterweisung erfolgt nach festgestellten Defiziten. Das Leistungsziel stellt durch Benennung und Zuordnung nur auf parodontale Erkrankungen ab.	28,58	5,4
Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 1000 und 1010 nicht zu verwenden.			
Keine der beiden Gebührenpositionen ist mit BEMA-Nr. UPTb vergleichbar. Sie sind in der GOZ auch nicht auf parodontale Erkrankungen spezifiziert. Insbesondere, wenn GOZ 1010 bei der Mundhygienekontrolle originär verwendet werden würde, käme die Gebühr schon allein wegen der Abrechnungsbeschränkung auf 3x innerhalb eines Jahres nicht mehr in Betracht.			
GOZ 9090a	MH-Unterweisung (UPTb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung.	29,25 (Faktor 1,3)	5,5
GOÄ 4a	MH-Unterweisung (UPTb) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Erhebung der Fremdanamnese/Bezugsperson.	29,49 (Faktor 2,3)	5,5

SUPRAGINGIVALE UND GINGIVALE REINIGUNG ALLER ZÄHNE VON ANHAFTENDEN BIOFILMEN UND BELÄGEN, JE ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTc	Die Gebühr beinhaltet das Entfernen von Belägen als auch von anhaftendem Biofilm.	3,57	0,7
<p>Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 1040 nicht zu verwenden.</p> <p>GOZ 1040 (Professionelle Zahnreinigung) stellt eine prophylaktische Leistung dar, die der Prävention zugeordnet ist oder auch im Vorfeld einer Parodontalbehandlung durchgeführt wird. Dagegen ist BEMA-Nr. UPTc nur im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung berechenbar. Eine therapeutische Leistung, die das Ergebnis einer Parodontalbehandlung stabilisieren und optimieren soll, ist in der GOZ nicht enthalten. Der Leistungstext der GOZ 1040 trifft nicht auf die UPT zu.</p>			
GOZ 0070a	Subgingivale und gingivale Dekontamination „SGD“, je Zahn oder Implantat, zum Schutz vor Destabilisierung im Rahmen einer Unterstützungstherapie (UPTc) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne.	3,66 (Faktor 1,3)	0,7
GOÄ 261a	Subgingivale und gingivale Dekontamination „SGD“, je Zahn oder Implantat, zum Schutz vor Destabilisierung im Rahmen einer Unterstützungstherapie (UPTc) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter.	3,68 (Faktor 2,1)	0,7

MESSUNG VON SONDIERUNGSBLUTEN UND SONDIERUNGSTIEFEN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTd	Abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL.	17,86	3,3
<p>Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4005 nicht zu verwenden.</p> <p>Bei der BEMA-Nr. UPTd handelt es sich um die „Messung“ von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen mit dem Ziel der Verlaufskontrolle in der UPT-Phase. Die GOZ 4005 erhebt einen „Index“ mit dem Ziel, über ein Screening die Patienten zu erfassen, die einer weitergehenden Befundung (und Behandlung) zugeführt werden sollen. Methodik und Ziel der Leistungen sind völlig unterschiedlich. Die GOZ 4005 beschreibt deshalb nicht den Leistungsinhalt der BEMA-Nr. UPTd.</p>			
GOZ 9005a	Sondierende Messung von Blutung und Taschentiefe „MBT“, Dokumentation und Ergebniskontrolle, im Rahmen einer parodontalen Unterstützungstherapie (UPTd) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone.	18,56 (Faktor 1,1)	3,5
GOÄ 1505a	Sondierende Messung von Blutung und Taschentiefe „MBT“, Dokumentation und Ergebniskontrolle, im Rahmen einer parodontalen Unterstützungstherapie (UPTd) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Eröffnung eines peritonsillären Abszesses.	18,99 (Faktor 2,2)	3,6

SUBGINGIVALE INSTRUMENTIERUNG – EINWURZELIGER ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTe	Bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr. Abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL.	5,95	1,1
Die Leistung UPTe beschreibt eine noninvasive, nichtchirurgische subgingivale Belagentfernung, wie sie in der GOZ nicht zu finden ist.			
GOZ 9003a	Subgingivale Dekontamination „SGD“ zum Schutz vor Destabilisierung im Rahmen einer Unterstützungstherapie, je einwurzeligem Zahn oder Implantat (UPTe) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer.	6,19 (Faktor 1,1)	1,2
GOÄ 297a	Subgingivale Dekontamination „SGD“ zum Schutz vor Destabilisierung im Rahmen einer Unterstützungstherapie, je einwurzeligem Zahn oder Implantat (UPTe) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung.	6,03 (Faktor 2,3)	1,1

SUBGINGIVALE INSTRUMENTIERUNG – MEHRWURZELIGER ZAHN

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTf	Bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr. Abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL.	14,29	2,7
Die Leistung UPTf beschreibt eine noninvasive, nichtchirurgische subgingivale Belagentfernung, wie sie in der GOZ nicht zu finden ist.			
GOZ 9050a	Subgingivale Dekontamination „SGD“ zum Schutz vor Destabilisierung im Rahmen einer Unterstützungstherapie, je mehrwurzeligem Zahn (UPTf) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase.	17,60 (Faktor 1,0)	3,3
GOÄ 271a	Subgingivale Dekontamination „SGD“ zum Schutz vor Destabilisierung im Rahmen einer Unterstützungstherapie, je mehrwurzeligem Zahn (UPTf) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer.	15,38 (Faktor 2,2)	2,9

UNTERSUCHUNG DES PARODONTALZUSTANDES

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. UPTg	Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befundes umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV oder nach Nr. UPTd verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. Die Leistung nach Nr. UPTg ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar.	38,11	7,1
<p>Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4000 nicht zu verwenden.</p> <p>Weder die Sondierungsblutung, die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter, die Zuordnung zu einem Erkrankungsstadium, die patientenindividuelle vergleichende Auswertung der Befunde mit der vorangegangenen Befundevaluation, die Erläuterung der Befunde noch die Besprechung eines weiteren Vorgehens sind Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 4000.</p> <p>Da die Berechenbarkeit von GOZ 4000 auf 2× innerhalb eines Jahres beschränkt ist, kann das Konzept bei Erkrankungen des Stadiums C nach zeitlicher Staffelung nicht umgesetzt werden.</p>			
GOZ 9150a	Untersuchung des Parodontalzustandes (UPTg) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Fixation des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen.	41,78 (Faktor 1,1)	7,8
GOÄ 2702a	Untersuchung des Parodontalzustandes (UPTg) gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Wiederanbringung einer gelösten Apparatur.	38,48 (Faktor 2,2)	7,2

EINSCHLEIFEN DES NATÜRLICHEN GEBISSES ZUM KAUEBENENAUSGLEICH UND ZUR ENTLASTUNG, JE SITZUNG

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. 108	Für das Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kaugebenausgleich oder zur Entlastung. Nicht berechenbar im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen.	7,14	1,3
<p>Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 8100 und 4040 nicht zu verwenden.</p> <p>GOZ 4040 (Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation) hat einen anderen Fokus. Ziel der Leistung ist die Ausschaltung einzelner Vorkontakte an Zähnen und Zahnersatz, die zu einer Fehlbelastung und Lockerung einzelner Zähne führen können. BEMA-Nr. 108 hat das Ziel, durch Einschleifen ausschließlich der natürlichen Zähne einen Kaugebenausgleich bzw. eine Entlastung zu erreichen. Die Indikation der Leistungen und ihr Umfang sind nicht vergleichbar.</p> <p>Bei GOZ 8100 (Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar) liegt die Indikation nicht in der Behandlung der Parodontitis, sondern im Spektrum der Funktionstherapie (Muskulatur, Kiefergelenk). BEMA-Nr. 108 ist lediglich im Rahmen einer parodontalen Therapie berechenbar. Ihr Leistungsinhalt unterscheidet sich signifikant von GOZ 4040 und 8100.</p>			
GOZ 5090a	Therapeutisches Einschleifen im Rahmen einer noninvasiven oder minimalinvasiven parodontal-chirurgischen Intervention gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselementes.	7,42 (Faktor 1,2)	1,4
GOÄ 1479a	Therapeutisches Einschleifen im Rahmen einer noninvasiven oder minimalinvasiven parodontalchirurgischen Intervention gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle.	7,57 (Faktor 2,2)	1,4

NACHBEHANDLUNG IM RAHMEN DER SYSTEMATISCHEN BEHANDLUNG VON PARODONTITIS UND ANDEREN PARODONTALERKRANKUNGEN, JE SITZUNG

Gebühr		EUR	Max. Zeit (in Min.)
BEMA-Nr. 111	Die postoperative Nachbehandlung in einer gesonderten Sitzung nach der antiinfektiösen (AIT) bzw. chirurgischen Therapie (CPT). Die alleinige Nachkontrolle kann mit BEMA-Nr. 111 nicht berechnet werden. Die Leistung wird je Sitzung berechnet.	11,91	2,2
<p>Der BDIZ EDI empfiehlt, GOZ 4150 und 4060 nicht zu verwenden. Der Begriff „Systematische Behandlung von Parodontalerkrankungen“ umschreibt eine patientenindividuelle umfassende Behandlung der Parodontitis in mehreren Behandlungsphasen. Eine vergleichbare Leistung gibt es in der GOZ nicht. Weder GOZ 4150 (Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen) noch GOZ 4060 (Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren) beschreiben die spezifische Nachbehandlung im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung.</p>			
GOZ 2430a	Nachbehandlung mit vollständiger Desinfektion der Mund- und Wangenschleimhaut, ggf. Zungenreinigung nach noninvasiver oder minimalinvasiver Intervention gemäß BEMA-Richtlinie entsprechend Medikamentöse Einlage.	12,62 (Faktor 1,1)	2,4
GOÄ 2008a	Nachbehandlung mit vollständiger Desinfektion der Mund- und Wangenschleimhaut, ggf. Zungenreinigung nach noninvasiver oder minimalinvasiver Intervention gemäß BEMA-Richtlinie Wund- oder Fistelspaltung.	12,08 (Faktor 2,3)	2,3

Die Übernahme von Fristen oder Genehmigungsverfahren sowie von definierten Verfahrensabläufen, wie sie in der GKV vorgeschrieben sind, sind bei der Privatabrechnung nicht erforderlich.

Für Analogleistungen besteht keine gesonderte Vereinbarungspflicht. Jedoch empfiehlt es sich, den Patienten darauf hinzuweisen, dass es bei der Umsetzung der S3-Leitlinie zu Erstattungsproblemen mit seiner Versicherung kommen kann.

WEITERE PARODONTOLOGISCHE LEISTUNGEN, DIE IM BEMA NICHT ENTHALTEN SIND

Nr.	Leistungsbeschreibung	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)					
		1,0-fach		2,3-fach		3,5-fach	
		EUR	Max. Zeit in Min.	EUR	Max. Zeit in Min.	EUR	Max. Zeit in Min.
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik	2,35	0,5	5,28	1,1	8,86	1,7
4110	Auffüllen parodontaler Knochendefekte	10,12	1,9	23,28	4,4	35,43	6,6
4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens	15,47	2,9	35,57	6,7	54,13	10,1
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut	10,12	1,9	23,28	4,4	35,43	6,6
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe	49,49	9,3	113,83	21,3	173,23	32,5
4136	Osteoplastik/ Kronenverlängerung/ Tunnelierung	11,25	2,1	25,87	4,9	39,37	7,4
4138	Membran zur Behandlung von Knochendefekten einschl. Fixierung	12,37	2,3	28,46	5,3	43,31	8,1

Bei Unklarheiten zur Delegationsfähigkeit von Leistungen im Rahmen der systematischen Parodontitis-Behandlung empfiehlt sich die Lektüre des BZB 6/2021, S. 24 f.



Info



Christian Berger

Präsident des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) und Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Rezension der BDIZ EDI-Tabelle 2022 von Dr. Wilfried Beckmann

In der GOZ sieht man oft „rot“

Der BDIZ EDI legt auch im Jahr 2022 wieder die „BDIZ EDI-Tabelle“ als wertvolle Übersichtsinformation zur Relation der zahnärztlichen bzw. ärztlichen Gebührenordnungen vor. Für die BEMA-Leistungen wird jeweils dargestellt, welche maximale Behandlungszeit das Honorar finanziert. Die BDIZ EDI-Tabelle geht dabei von einem aktualisierten Mindesthonorarumsatzbedarf pro Stunde von 320 Euro aus.

Den BEMA-Leistungen werden die GOZ- bzw. GOÄ-Leistungen (bei 1,0-, 2,3- und 3,5-fachem Steigerungssatz) gegenübergestellt. Das höhere Honorarbetrag wird „grün“, der geringere Betrag „rot“ dargestellt. Schon die schnelle Durchsicht macht das Problem der GOZ deutlich: In der Spalte der BEMA-Leistungen finden sich viele grüne Honorarzahlen, in GOZ-Spalten sieht man oft rot! Dabei sind inzwischen viele hochfrequente Leistungen im BEMA besser bewertet als zum 2- bis 3-fachen GOZ-Satz. Der Blick in die Spalte der GOZ-Honorare mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz macht deutlich, dass zum Erreichen des BEMA-Honorars der Honorarraum verlassen, also nach § 2 GOZ der Steigerungssatz mit dem Patienten vereinbart werden muss.

Im Klartext heißt das: Für viele (konkret nach BDIZ EDI-Tabelle: 164) Leistungen stellen GOZ und GOÄ weniger Behandlungszeit für den Privatversicherten zur Verfügung als der BEMA für sozialversicherte Patienten!

Wer allen seinen Patienten zumindest die Behandlungszeit zur Verfügung stellen möchte, die der BEMA bietet, muss deshalb immer häufiger sein Honorar mit dem Patienten vereinbaren (§ 2 GOZ).

Die BDIZ EDI-Tabelle zeigt aber in diesem Jahr überdeutlich, dass dieser Honorar-Vergleich nicht das einzige Problem ist. In Vorjahren haben wir schon zur Kenntnis nehmen müssen, dass gerade eine zeitgemäße Versorgung für Kleinkinder (z.B. FU-Leistungen) oder für Patienten in einer stationären Pflege (SGB V § 22a) nicht in den privaten Gebührenordnungen beschrieben ist. Wer also zeitgemäße Versorgung auch für diese Patientengruppen anbieten möchte, musste bereits die Analogberechnung (§ 6 GOZ) nutzen.

Info



Dr. Wilfried Beckmann

Dr. Wilfried Beckmann ist seit 2017 Partner in der Partnerschaft Dr. Beckmann – Zahnärzte und seit 2005 Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Von 2008 bis 2018 führte er als Präsident die Privatzahnärztliche Vereinigung e.V. (PZVD). Bekannt wurde Dr. Beckmann bereits vorher: als Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ), dem er von 1997 bis 2005 vorstand. Dr. Beckmann, der seit vielen Jahren für eine angemessene Honorierung in der GOZ eintritt, ist auch Vorsitzender der ZAHNARZT PARTNER PRAXEN Gütersloh e.V.

Systematische Paro-Thrapie nicht mehr durch die GOZ abgebildet

Die BDIZ EDI-Tabelle 2022 zeigt aktuell, dass durch die ab 1.7.2021 gültige PA-Richtlinie des BEMA, die eine S3-Leitlinie in Gebührenrecht umsetzt, der gesamte Bereich der systematischen Parodontitis-Therapie nicht mehr durch den Gebührenkatalog der GOZ 2012 abgebildet wird. Das aktuelle Gebühren-Kompendium stellt dazu gleich zwei Vorschläge vor, wie Privatversicherten eine systematische PA-Versorgung angemessen auf BEMA-Honorar-Niveau berechnet werden kann.

Neben den Vorschlag der Bundeszahnärztekammer, der bei einigen wenigen Positionen an den bekannten alten GOZ-Positionen festhält, stellt die BDIZ EDI-Tabelle einen Vorschlag des BDIZ EDI und der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. Dieser löst sich komplett von den alten GOZ-Ziffern und berechnet die gesamte PA- und UPT-Strecke analog. Zur Analogiebildung werden in der Regel vergleichsweise aktuelle GOZ-Positionen aus dem Bereich der GOZ 9000 ff. genutzt. Um das Honorar auf Niveau der Sozialversicherung darzustellen, ergeben sich dabei geringe Steigerungsfaktoren.

Die Tabelle ist also mehr als eine praktische Hilfe im Gebührenalltag. Sie zeigt auf, wie Leistungsbeschreibung und Honorarvereinbarung durch Zahnärzte den Privatpatienten-Zugang zu angemessenen, fachlich-wissenschaftlich aktuellen Versorgungsformen ermöglichen werden.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2022 ist deshalb dringend allen Praxen empfohlen, die gute Zahnmedizin angemessen berechnen möchten.

Dr. Wilfried Beckmann, Gütersloh

ANZEIGE

FairWhite 2.0

www.fairimplant.de

FairWhite Schulter



- **schmäler:**
Reduktion des kleinsten Durchmessers auf 3,5 mm
- **primärstabiler:**
die erzielbare Primärstabilität ist deutlich höher



- **belastbarer:**
das keramikgerechte Design ist noch weiter optimiert worden

- **schmäler:**
Reduktion des kleinsten Durchmessers auf 3,5 mm

- **primärstabiler:**
die erzielbare Primärstabilität ist deutlich höher

neue Austrittsform FairWhite Parallel



- **belastbarer:**
das keramikgerechte Design ist noch weiter optimiert worden

- **biologischer:**
das Implantat nutzt die gegebenen Hart- und Weichgewebsverhältnisse, ohne mit einem vorgegebenen Austrittsprofil Einfluss zu nehmen



belastbarer • primärstabiler • biologischer
Das verbesserte Keramikimplantat



Analyse zur GOÄ-Reform von Prof. Dr. Thomas Drabinski

Marktversagen im Gesundheitswesen?

Der Kieler Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Drabinski, Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), hat sich in einer Kurzanalyse für den ärztenachrichtendienst (änd) mit dem Thema GOÄ auseinandergesetzt. Seine Schlussfolgerung ist dabei an Deutlichkeit nicht zu überbieten: In seinem Beitrag geht es um Markt- und Staatsversagen.

Marktversagen im Gesundheitswesen kann durch private Akteure der Gesundheitswirtschaft ausgelöst werden. Private Akteure sind Unternehmen, Gemeinschaften und Interessenvertretungen, die nicht Teil der unmittelbaren oder mittelbaren (z. B. Selbstverwaltung) Staatsverwaltung sind. Marktversagen bedeutet, dass vor allem Preismechanismen des Marktes gestört sind und im Ergebnis Finanzmittel nicht optimal allokiert werden.

Ein Marktversagen z. B. auf dem Markt der Vergütung privatärztlicher Leitungen (GOÄ) könnte dann vorliegen, wenn der Vergütungsmechanismus zwischen Anbietern, das sind Ärzte vertreten durch die Bundesärztekammer (BÄK), und Nachfragern, das sind PKV-Patienten vertreten durch PKV-Unternehmen (PKV), keine kostendeckenden bzw. nicht ausreichend ge-

winnbringende Preise für die Anbieter bereitstellt. In Folge steigt die Wahrscheinlichkeit, dass auf dem PKV-Markt ärztliche Leitungen nicht mehr patienteneffizient angeboten werden können, da anhaltende Fehlvergütungen zu Ineffizienzen bei Behandlungsmenge und -qualität führen. Liegt Marktversagen persistent vor, so kann es durch gesundheitspolitische Instrumente, d. h. durch Eingriffe des Staates, korrigiert werden.

Staatsversagen im Gesundheitswesen

Staatsversagen im Gesundheitswesen wird durch Staatsakteure der (un)mittelbaren Staatsverwaltung ausgelöst. Staatsakteure sind der Gesetzgeber (z. B. Bundestag), die festgelegten exekutiven Organe (z. B. BMG, Bundesbehörden, direkt staatlich kontrollierte Unternehmen wie z. B. die gematik) sowie die diversen



(gemeinsamen) Selbstverwaltungen auf Kostenträger- und Leistungserbringerseite. Zu einem Staatsversagen kann es kommen, wenn Staatsakteure auf den Gesundheitsmärkten wie Unternehmen zentralplanerisch tätig werden und sich daraus ein volkswirtschaftlicher Outcome zeigt, der ineffizienter ist als der Outcome einer marktwirtschaftlichen Koordination. Ineffizienz bedeutet:

- Fehlallokation bei Preisen, Mengen und Qualität
- Staatsversagen kann aus direkter staatsplanerischer Tätigkeit, aber auch durch Unterlassung notwendiger Tätigkeiten entstehen, z. B. wenn die mittelbare Staatsverwaltung die ihr übertragenen Aufgaben nicht sachgemäß erfüllt
- Anzeichen für Staatsversagen im Gesundheitssystem ist das zeitgleiche Zusammentreffen mehrere Fehlallokationen:
- überproportionale Administrationskosten aufgrund von Überregulierung
- nachfrageseitige Preissetzungs- und Vertragsgestaltungsdominanz (Kostenträger)
- zunehmend angebotsseitige Mengenausweitungen in Fallzahl und Fallabrechnungsbreite (angebotsinduzierte Nachfrage)
- Marktkonzentration auf der Anbieter- und Nachfrageseite (z.B. durch gezielten Aufkauf bestimmter Gesundheitseinrichtungen oder durch erzwungene Fusionen im Kostenträgerbereich)
- Zunehmende Nachwuchs- und Fachpersonaldefizite sowie wachsende Defizite in der qualitativen und quantitativen medizinisch-technischen Infrastruktur (z. B. in Krankenhäusern oder bei der digitalen Grundversorgung)

- Verzögerungen bei der Entwicklung und Bereitstellung innovativ-medizinischer und sinnvoll-technischer Leistungen
- Zunahme der weisungsgebundenen Medizin durch Zurückdrängung freiberuflicher und selbstständiger Tätigkeit im direkten Arzt-Patienten-Kontakt

Staatsversagen im Gesundheitssystem bedeutet Instabilität in den betroffenen Beschaffungs- und Versorgungsmärkten: Die Produktion des Gutes Gesundheit wird durch staatliche Planungsineffizienzen eingeschränkt. Im Ergebnis führt dies zu einer nicht optimalen Patientenversorgung: Anbieter und Patienten sind zunehmend unzufrieden, da Leistungen nicht wie benötigt, viel zu billig oder viel zu teuer und mit nicht zeitgemäßen Technologien und Qualifikationen produziert und nachgefragt werden müssen. Staatsversagen im Gesundheitswesen zieht auch langfristige Wohlfahrtsverluste nach sich, da Fehlallokationen im Status quo wie eine Fehlinvestition in das Gesundheitswesen der Zukunft wirken und dadurch die Krankheitslast und die Krankheitskosten der Zukunft erhöht werden.

Planung des Gesundheitswesens zulasten von Patientenindividualität

Wohlfahrtsverluste können dann umso größer ausfallen, je stärker die Planung des Gesundheitswesens einer Zentralverwaltungswirtschaft ähnelt. Dabei gilt: Je stärker der Fokus auf Einheitslösungen liegt, desto weniger werden patientenindividuelle

Bedürfnisse abgebildet. Planen ein oder mehrere Planer in der GKV falsch, dann wird ein falscher Plan für alle Patienten und Leistungserbringer im Planungsbereich exekutiert. Korrekturen von zentralen Planungsfehlern sind im Nachhinein dann umso schwieriger, je schwerer der Fehler in Milliarden Euro war. Beispiele sind der Gesundheitsfonds, die DRGs, Budgets in der vertragsärztlichen Versorgung und vieles andere mehr.

GOÄ-Novelle

Die heutzutage in der privatärztlichen Abrechnung zur Anwendung kommende GOÄ ist mittlerweile 40 Jahre alt, die letzte Teilerneuerung wurde vor 26 Jahren umgesetzt. Eine GOÄ-Novellierung, die das Ziel einer vollständigen Aktualisierung bei Preisen und Leistungsbeschreibungen verfolgt, ist damit ein gesundheits- und ordnungspolitisches Großprojekt. Mit der GOÄ-Novellierung sind vorrangig private Akteure (BÄK, PKV-Verband) beauftragt. Aus Meinungsäußerungen dieser privaten Akteure ist erkennbar, dass die GOÄ von Grund auf veraltet ist und damit keine zeitgemäße Abrechnungsgrundlage für PKV-Patienten inklusive Beihilfeberechtigte und GKV-Selbstzahler mehr ist.

In den letzten zehn Jahren gab es mehrere GOÄ-Novellierungsversuche. Aber trotz umfangreicher Arbeiten von BÄK und PKV-Verband konnte keine GOÄ-Novelle so weit konsentiert werden, dass die Ausarbeitung vom zuständigen Bundesgesundheitsminister abgenommen und rechtsverbindlich umge-



setzt wurde. Damit liegt zunächst ein Marktversagen vor: Die Arbeit der privaten Verhandlungspartner hat zu keinem umgesetzten Ergebnis geführt. Eine bepreiste GOÄ-Novelle nach dem aktuellen medizinisch-technischen Stand liegt auch nach über zehn Jahren Arbeit nicht vor. Damit handelt es sich um ein persistentes Marktversagen, da die im GOÄ-Markt genutzten Preise (€-Beträge) und Mengen (Leistungskatalog und -legenden) nach einem Vierteljahrhundert nun veraltet sind.

Absichten einer Novellierung nicht bekannt

Das persistente Marktversagen könnte durch Eingriff des Staates, z.B. durch Eingriff des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) behoben werden. Bisher sind keine Absichten des BMG bekannt geworden, die zur Behebung dieses Marktversagens beitragen könnten. Um das Dilemma auf die Spitze zu treiben, kommt gesundheitspolitisch zusätzlich noch ein Staatsversagen zu diesem Marktversagen hinzu: Denn selbst wenn das BMG eine konsenterte und abgeschlossene GOÄ vorgelegt bekäme, dann würde sich die BMG-Leitung – so wird berichtet – diesen Entwurf wohl nur anschauen, aber nicht umsetzen können, da (Absprachen und) ein Ampel-Koalitionsvertrag eine Exekution nicht erlauben.

Denn die Ampel-Koalitionäre haben – nach Verlautbarung – vereinbart, dass solche Aktivitäten zu unterlassen sind, mit denen

das ordnungspolitische Gleichgewicht zwischen GKV und PKV verändert wird. Eine GOÄ-Novelle könnte das Gleichgewicht zwischen GKV und PKV zugunsten der PKV verändern, da der Abstand der Vergütung zwischen GKV- und PKV-Patienten dann wahrscheinlich noch größer ausfällt als im Status quo.

In letzter Konsequenz bedeutet dies: Durch Exekution einer GOÄ-Novelle könnte das BMG die Vereinbarungen zwischen SPD, Grünen und der FDP verletzen. Im Koalitionsvertrag ist keine Interpretation zu einer GOÄ-Novelle zu finden.

Ausblick

Die GOÄ-Novelle ist ein Paradebeispiel für simultanes Markt- und Staatsversagen. Treffen beide Versagensbereiche wechselseitig aufeinander, so kann dieser doppelte Versagenszustand noch für längere Zeit fort dauern. Aus Perspektive der Leistungsanbieter bedeutet dies, dass sie weiterhin nach einer veralteten GOÄ abrechnen und Kostensteigerungen bei Personal und Material praxisintern oder durch abrechnungstechnische Graubereiche refinanzieren müssen.

Komfortabel für PKV-Unternehmen

Aus Perspektive der PKV-Unternehmen ist dieser Zustand hingegen komfortabler. Denn mit jedem Jahr ohne GOÄ-Novelle fallen die intertemporalen Betriebsüberschüsse und Alterungsrückstellungen größer aus. So sind die PKV-Ausgaben für Arztbehandlung (ambulante Leistungen, AL) im Zeitraum von 2009 bis 2019 nur um insgesamt 1,635 Mrd. € angestiegen. Im gleichen Zeitraum sind die Alterungsrückstellungen (AR) der Krankenversicherung um 12,601 Mrd. € angestiegen.

Die Relation AL/AR, die den Anteil der ambulanten Ausgaben an den Alterungsrückstellungen misst, ist im Zeitraum 2009 bis 2019 von 52,7 auf 30,3 % gesunken. Dadurch ist es zu einer intertemporalen Verlagerung etwaiger Honorarsprüche der Arztpraxen gegenüber den PKV-Unternehmen in die ferne Zukunft gekommen („Sankt-Nimmerlein-Prinzip“).

Quelle: änd – mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der Redaktion

X-fach flexibel:

Implantatsysteme für konventionelle Protokolle und Sofortversorgung.



Die Straumann **Implantatsysteme TLX und BLX** bieten in x-facher Hinsicht Vorteile für Sie und Ihre Patienten. Profitieren Sie von einem progressiven Gewindedesign für hervorragende Primärstabilität und einer Zeitersparnis dank vereinfachtem Bohrprotokoll und nur einer Chirurgiekassette für beide Systeme. Informieren Sie sich aus erster Hand, wie TLX und BLX Ihren Praxisalltag unterstützen können.



Jetzt QR-Code scannen und Podcast mit Prof. Dr. Schnutenhaus anhören.





32. Gutachterkonferenz Implantologie am 2. Juli 2022 in Frankfurt am Main

Wesentlicher Aspekt der BDIZ EDI-Arbeit

Die sorgfältige Fortbildung der Gutachter im Bereich der Implantologie ist seit über drei Jahrzehnten ein wesentlicher Aspekt der Verbandsarbeit. Einmal im Jahr lädt der BDIZ EDI die zahnärztlichen Sachverständigen zur Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie ein – 2022 findet die eintägige Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Landeszahnärztekammer Hessen in Frankfurt am Main statt.

Seit über 30 Jahren treffen sich die zahnärztlichen Sachverständigen einmal im Jahr auf Einladung des BDIZ EDI zur Gutachterkonferenz Implantologie. Seit über 30 Jahren findet sie zudem im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt, in der sich Fachgesellschaften und Berufsverbände zusammengeschlossen haben, um gemeinsam zu arbeiten. So sind die Indikationsklassen Implantologie entstanden. Die Konsensuskonferenz hat zudem eine gemeinsame Plattform, auf der die Gutachter der Fachgesellschaften und Verbände gelistet sind: <https://konsensuskonferenz-implantologie.eu/>

Die jährliche Gutachterkonferenz dient dem Austausch der Gutachter. Im diesjährigen Programm greift der BDIZ EDI erneut das Thema Leitlinien und Richtlinien auf und gibt aktuelle Informationen. Nach den jeweiligen Vorträgen wird ausgiebig diskutiert.

Programm:

- **Wie hätten Sie entschieden? Gutachterliche Stellungnahmen und ihre Folgen**
Prof. Dr. Olaf Winzen, Vorstandsmitglied der LZÄK Hessen
- **Endodontie als Alternative zum Implantat: seltene endodontische Anatomien – Diagnostik und Therapie**
Dr. Gabriel Magnucki, Bassum
- **Die Auswirkung von Leitlinien auf die gutachterliche Tätigkeit** Prof. Dr. Ina B. Kopp, Marburg
- **Leitlinien: Relevanz für Gutachten?**
Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden
- **Analogabrechnung der PAR-Richtlinie des BEMA**
Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI
- **Gutachterliche Überprüfung der Analogabrechnung**
RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Justiziar des BDIZ EDI

Durch das Programm führen Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI, und Gutachterreferent Dr. Stefan Liepe. Teilnehmen können Gutachter aller zahnärztlichen Disziplinen und Mitglieder des BDIZ EDI. Mehr zu Programm, Themen und insgesamt zur Gutachterthematik unter www.bdizedi.org/gutachter

AWU

Info

Gutachter
Fachgesellschaften/
Verbände



Programm,
Themen



Im Jahr 2021 fand die Gutachterkonferenz Implantologie unter Pandemiebedingungen in Heidelberg statt.

Drei Fragen an Gutachterreferent Dr. Stefan Liepe



Dr. Stefan Liepe aus Hannover ist seit 2022 Gutachterreferent des BDIZ EDI und für die Ausrichtung der Gutachterkonferenz zuständig. Er beantwortet drei Fragen zum Gutachterausschuss des BDIZ EDI und zur Bedeutung der Gutachterkonferenz.

Wir stehen vor der 32. Gutachterkonferenz Implantologie des BDIZ EDI. Warum ist es so wichtig, die implantologischen Gutachter einmal im Jahr zu versammeln?

So wie der Stand der zahnärztlichen Wissenschaft immer weiter voranschreitet, entwickelt sich auch die Rechtsprechung im Medizinbereich immer weiter. Darüber hinaus gibt es ständige Veränderungen im Bereich der Gesetzgebung, die Auswirkungen auf die gutachterliche Tätigkeit haben. Der persönliche Austausch der Gutachter untereinander ist ein weiterer wichtiger Grund, weshalb die Gutachterkonferenz regelmäßig von den Gutachtern gerne besucht wird.

Sie haben das Thema Leitlinien und Richtlinien nach 2021 wieder zum Thema der Gutachterkonferenz gemacht, warum?

Das Thema entwickelt sich quasi zum „Dauerbrenner“ in der zahnärztlichen Berufsausübung. Die stark steigende Anzahl von Leitlinien, Leitfäden und Richtlinien wird für den einzelnen Behandler zunehmend unübersichtlich. Die Bandbreite der Qualität von Leitlinien hat sich vergrößert. Wir beobachten zusätzlich einen zunehmend kleinteiligen Empfehlungscharakter einzelner Leitlinien. Für Gutachter ist es wichtig, Leitlinien in ihrer Aussagekraft beurteilen und den Stellenwert in einem Gerichtsverfahren einordnen zu können.

Welche Aufgaben umfasst der Gutachterausschuss?

Der Gutachterausschuss ist ein ständiger Ansprechpartner für die Mitglieder und die Gutachter des BDIZ EDI in Gutachterfragen. Neben der Ausbildung, Bestellung und Betreuung der Gutachter bereitet er auch die jährliche Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie und in Abstimmung mit einer – jährlich wechselnden – Landeszahnärztekammer vor.

Herr Dr. Liepe, vielen Dank für die Informationen.

AWU

RÜCKSCHAU

Bundestag beschließt Steuererleichterungen

Pflegebonus bis 4.500 Euro steuerfrei

Der Deutsche Bundestag hat steuerliche Erleichterungen beschlossen, die auch die Beschäftigten in den Zahnarztpraxen betreffen. Die Ampelkoalition besserte den Entwurf der Bundesregierung noch nach, verlängerte etwa Fristen für die Steuererklärung und hob die Summe an, bis zu der sogenannte Pflegebonus steuerfrei bleibt. Viele Beschäftigte in der Pflege, in Krankenhäusern und Praxen bekommen von ihren Arbeitgebern Corona-Boni. Der Bundestag regelte nun, dass diese Zahlungen bis zu einer Höhe von 4.500 Euro steuerfrei bleiben. Das gilt für Sonderzahlungen unter anderem für Mitarbeiter in Krankenhäusern, in der Intensivpflege, für ambulante Pflegekräfte und Beschäftigte in Pflegeheimen, aber auch in bestimmten Reha-Einrichtungen, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie im Rettungsdienst.

Quellen: dpa, SZ

Ärztetag beschließt Maßnahmenkatalog

Transparenz durch MVZ-Register und Praxisschild

Der Deutsche Ärztetag hat einen Maßnahmenkatalog gegen den Kommerzialisierungsdruck in der ambulanten und stationären Versorgung beschlossen. Darin fordert die Ärzteschaft unter anderem, die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Krankenhäuser an einen fachlichen, räumlichen und regionalen Bezug zu deren Versorgungsauftrag zu koppeln. „Ärztliche Entscheidungen dürfen nicht zulasten der medizinischen Indikation und Versorgungssicherheit von wirtschaftlichen Vorgaben beeinflusst werden“, stellt der Deutsche Ärztetag klar. In einem weiteren Beschluss forderte der Ärztetag den Gesetzgeber dazu auf, dem fortschreitenden Aufkauf des ambulanten medizinischen Sektors durch Private Equity und börsennotierte Aktienunternehmen Einhalt zu gebieten. Für mehr Transparenz würde nach Auffassung des Ärztetages ein öffentliches und frei zugängliches MVZ-Register sorgen. Zusätzlich sollten die MVZ dazu verpflichtet werden, die Trägerschaft auf dem Praxisschild auszuweisen.

Quelle: BÄK

Arbeitsgericht: Fristlose Kündigung rechtmäßig

Krankheit vorgetäuscht

Wenn sich ein gesunder Auszubildender krankschreiben lässt, um eine Prüfung zu schwänzen, begeht er dadurch eine schwere Verletzung seiner arbeitsvertraglichen Pflichten. Eine fristlose Kündigung durch den Arbeitgeber kann dann gerechtfertigt sein. So entschied das Arbeitsgericht Siegburg (Az. 5 Ca 1849/21) laut Redaktion Steuern & Recht der DATEV eG. Kein Auszubildender dürfe davon ausgehen, dass dessen Ausbilder es hinnimmt, falsche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt zu bekommen, um sich den anstehenden Prüfungen, insbesondere wenn es sich um Nachholprüfungen handelt, zu entziehen, so das Gericht.

Quellen: adp-Newsletter, Redaktion Steuern & Recht der DATEV eG, Az. 5 Ca 1849/2

GOÄ-Novellierung Thema beim 126. Deutschen Ärztetag

Filigranes Gleichgewicht?



Der 126. Deutsche Ärztetag forderte in Bremen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die für die Ärzte überfällige GOÄ-Novellierung. Lauterbach verhielt sich erwartungsgemäß vorsichtig-zurückhaltend. Reinhardt mahnte auch Reformen im Gesundheitswesen an, auf die Lauterbach in seiner Replik nur teilweise einging. So müsse die für Privatpatienten relevante Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die seit Jahrzehnten nicht verändert worden ist, endlich modernisiert, mit neuen Krankheitsbildern und Preisen versehen werden, forderte Reinhardt. Er überreichte Lauterbach ein Konvolut, wie sich die Ärzteschaft die neue GOÄ vorstelle. Letzterer versprach, das „vorurteilsfrei“ zu prüfen, hielt sich aber bedeckt, da er das „filigrane Gleichgewicht“ zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen in dieser Legislaturperiode nicht verschieben wolle. Lauterbach, selbst Arzt, versicherte, er sehe die Anwesenden als „Kollegen, nicht als Kostenfaktor“.

Quellen: BÄK, FAZ

Echte Knochenregeneration

ethoss[®]

Grow Stronger

SAFER

keine menschlichen
oder tierischen Zellen

SIMPLER

keine Kollagen-
membranen
notwendig

STRONGER

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



Artikelnummer:

ETH0005

349,00 €

Inhaltsmenge: 3 x 0,5 ml

ETH0010

499,00 €

Inhaltsmenge: 3 x 1,0 ml

Jetzt Demo-Termin mit
unserem Außendienst
vereinbaren:



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

zantomed
www.zantomed.de

VORSCHAU

5. Verordnung zur Änderung der Corona-Impfverordnung

Auch Zahnärzte dürfen jetzt impfen



Ab sofort sind Zahnärzte berechtigt, eigenverantwortlich Corona-Impfungen durchzuführen. Mit der „5. Verordnung zur Änderung der Corona-Impfverordnung“ hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die letzte rechtliche Hürde aus dem Weg geräumt. Dies teilen BZÄK und KZBV mit. Um die Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 eigenverantwortlich durchführen zu können, muss eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu zählt unter anderem eine spezielle Schulung. Darüber hinaus müssen die Praxen an die sogenannte Impf-Surveillance angeschlossen sein, damit sie dem Robert Koch-Institut (RKI) die Impfungen melden können. Die Zugangsdaten für das Meldeportal wird die Bundesdruckerei zeitnah verschicken. Eine Bestellung von COVID-19-Impfstoffen durch Zahnärzte ist nach Änderung der die technische Umsetzung regelnden Allgemeinverfügung möglich. Dies erfolgte nach Angaben von BMG und Apothekerschaft am 7. Juni 2022.

Quelle: BZÄK/KZBV

Weitere Informationen zum Impfen durch Zahnärzte finden Sie auf <https://www.bzaek.de/berufsausuebung/sars-cov-2/covid-19/impfen.html> oder via Scannen des QR-Codes.



RKI bittet um erhöhte Wachsamkeit

Viren verursachen Affenpocken



Nach mehreren Fällen von Affenpocken in Großbritannien, Spanien und Portugal skizziert das Robert Koch-Institut (RKI) in seinem Epidemiologischen Bulletin Symptome der Zoonose und bittet um erhöhte Wachsamkeit. 2022 wurde in Großbritannien ein Fall von Affenpocken diagnostiziert, der nach einem Urlaub in Nigeria aufgetreten war. Seither wurden sechs weitere Fälle von Affenpocken im Vereinigten Königreich bei Personen ohne vorherige Reisen und ohne Kontakt zu bekannten reiseassoziierten Fällen dokumentiert, schreibt das RKI und beruft sich auf Informationen der Gesundheitsbehörde UK Health Security Agency (UKHSA). Affenpocken sind eine durch Affenpockenviren verursachte Erkrankung. Die Krankheit verläuft in der Regel milder als die klassischen Pocken (Variola-Virusinfektion), aber gerade bei sehr jungen und/oder immungeschwächten Patienten sind demzufolge gerade in Endemiegebieten auch schwere Verläufe und Todesfälle möglich. Eine mögliche Therapieoption, vor allem für immungeschwächte Patienten, ist laut RKI seit Januar 2022 auch in der Europäischen Union zugelassen, bisher aber nicht breit verfügbar.

Quellen: RKI, zm

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

Quellen: Fachdental/id dental

Update Kölner ABC-Risiko-Score für die Implantatbehandlung als Praxisleitfaden 2022

Risikoeinschätzung auf einen Blick

In jedem Jahr widmet sich der BDIZ EDI mit dem Experten Symposium einer komplexen Fragestellung in der zahnärztlichen Implantologie, die in der Fachwelt aktuell diskutiert wird. Das Papier zum Kölner ABC-Risiko-Score wurde nun nach zehn Jahren überarbeitet und aktualisiert. Dazu diskutierte die 17. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) des BDIZ EDI in diesem Jahr online. Prof. Dr. Jörg Neugebauer stellte die Ergebnisse im Rahmen des 17. Experten Symposiums in Köln vor.

Verknüpft mit dem Experten Symposium diskutiert die Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) das Thema „Risikofaktor parodontale Erkrankungen – Zahnerhalt oder Implantatologie?“. Die Ergebnisse der Konsensuskonferenz fließen wie in jedem Jahr in den Praxisleitfaden des BDIZ EDI. Der Praxisleitfaden soll dem implantologisch tätigen Zahnarzt/Arzt als Empfehlung dienen, präimplantologisch den Schwierigkeitsgrad der individuellen Patientensituation einzuschätzen und somit zur Risikominimierung der implantologischen Therapie beitragen.

Am 26. April 2022 diskutierte die EuCC unter Moderation von Prof. Dr. H.-J. Nickenig eine Vorlage der Universität zu Köln. Nach einem einfachen ABC-System und visuell ansprechend in verschiedenen Farben dargestellt, soll der Behandler die Möglichkeit haben, die anstehende Implantatbehandlung zu bewerten. Dazu gibt es vier Teilbereiche:

1. Anamnese
2. Lokalbefund
3. Chirurgie
4. Prothetik

Jeder Teilbereich erhält eine zusammenfassende Bewertung. Die Bewertung erfolgt wie bei den Kriterien farblich in Grün, Gelb oder Orange entsprechend A-B-C (Always-Between-Complex). Sobald in einem Teilbereich mind. zwei Kriterien/Fragestellungen mit Gelb (für „B“, mittleres Risiko) bewertet sind, wird der gesamte Teilbereich als mittelschwer eingeschätzt. Ab 4 x Gelb oder 2 x Orange wird der gesamte Teilbereich mit „C“ (= erhöhtes Risiko) bewertet. Die ABC-Kriterien gliedern sich wie folgt:

- A = Always = günstige Risikoeinschätzung, grüner Bereich
- B = Between = mittleres Risiko, gelber Bereich
- C = Complex = erhöhtes Risiko, orangefarbener Bereich

Die Ampelfarbe Rot bleibt ausschließlich der Risikoeinschätzung vorbehalten, bei der die Therapie möglicherweise nicht empfehlenswert erscheint (nicht mit Kontraindikation gleichzusetzen). „Wir möchten keine Kontraindikation aussprechen, aber

bei Rot ist die Therapie möglicherweise nicht empfehlenswert“, so Professor Neugebauer.

In der Gesamtbewertung eines Patientenfalles gilt nach dem Kölner ABC-Risiko-Score:

- Sind alle vier Teilbereiche mit Grün bewertet, so handelt es sich um einen Patientenfall der Risikoeinschätzung „Always“.
- Sind mind. zwei der vier Teilbereiche mit Gelb bewertet, so erfolgt für die Gesamtsituation eine Risikoeinschätzung „Between“ für mittelschwer.
- Sobald vier Teilbereiche mit Gelb bewertet werden, handelt es sich um einen Patientenfall erhöhten Anspruchs, der mit „C“ für „Complex“ beschrieben wird. Derselbe Sachverhalt ist erfüllt, sobald mind. zwei der vier Teilbereiche eine Bewertung in Orange und Gelb erfahren haben.

Im Vergleich zum Vorgänger-Risiko-Score gibt es nach Aussage Neugebauers besonders im Bereich der Medikation Änderungen. Bei der Medikation ist neu die Einteilung der Antiresorptiven Medikamente (ARD). Bei hoher Dosis steht die Ampel auf Rot: keine Augmentation und Sofortimplantation. Weitere Medikamente wurden entsprechend der Ausarbeitungen der letzten Jahre aufgenommen. Der Punkt Bisslage ergänzt neu den lokalen Befund.

Info

Der Kölner ABC-Risiko-Score kann als Gesamt-Score für Befund und Behandlungsplanung verwendet werden, lässt sich in den einzelnen Teilbereichen aber auch getrennt erfassen. Der Kölner

ABC-Risiko-Score der 17. Europäischen Konsensuskonferenz des BDIZ EDI ist für Mitglieder als Download samt Literaturquellen in Farbe unter www.bdizedi.org/praxisleitfaden/ zu finden: www.bdizedi.org oder via QR-Code





Bundesverband der
implantologisch
tätigen Zahnärzte
in Europa

European
Association of
Dental
Implantologists

Praxisleitfaden 2022

Update Kölner ABC-Risiko-Score für die Implantatbehandlung

17. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) 2022

26. April 2022

Erarbeitet: Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig M.Sc.
Prof. Dr. Jörg Neugebauer
Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
und Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Moderator: Prof. Dr. H.-J. Nickenig, M.Sc. (Deutschland)
Protokoll: Prof. Dr. J. Neugebauer (Deutschland)
Diskutanten: C. Berger (Deutschland)
Dr. E. O'Connell (Großbritannien)
Prof. Dr. A. Felino (Portugal)
Dr. F. Kasapi (Mazedonien)
Prof. Dr. P. Kobler (Kroatien)
Prof. Dr. V. Konstantinović (Serbien)
Dr. S. Liepe (Deutschland)
Prof. Dr. K. Nagy (Ungarn)
Prof. Dr. J. Neugebauer (Deutschland)
Dr. W. Neumann (Deutschland)
Prof. Dr. H.J. Nickenig (Deutschland)
Prof. Dr. H. Özyuvaci (Türkei)
W. Tomkiewicz (Polen)
Dr. J. W. Vaartjes (Niederlande)
Prof. Dr. A. Wojtowicz (Polen)
Prof. Dr. Dr. J.E. Zöller (Deutschland)

Inhalt

1. Methodik	Seite 2
2. Anwendung der Kölner ABC-Risiko-Score	Seite 3
3. Unterabschnitte Anamnese, lokale Befunde, Chirurgie, Prothetik	Seite 5
4. Literatur	Seite 7

BDIZ EDI
Mühlenstr. 18
D-51143 Köln
GERMANY

Fon: +49-228-93592-44
Fax: +49-228-93592-46
office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org



Praxisleitfaden 2022: Update Kölner ABC-Risiko-Score
für die Implantatbehandlung
26.04.2022
Seite 2 von 4

1. Methodik

1.1. Zielsetzung

Das Update des vorliegenden Leitfadens soll dem implantologisch tätigen Zahnarzt/Arzt als Empfehlung dienen, präimplantologisch den Schwierigkeitsgrad der individuellen Patientensituation einschätzen zu können und somit zur Risikominimierung der implantologischen Therapie beizutragen.

1.2. Einführung

Dieses Konsensuspapier behandelt die allgemeinen, nicht Implantatdesign-spezifischen Aspekte einer Implantatbehandlung, um diagnostische und therapeutische Unsicherheiten auszuräumen, damit Komplikationen vermieden werden.

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

1.3. Hintergrund

Seit der ersten Ausarbeitung des Kölner ABC-Risiko-Score haben sich die allgemeinmedizinischen Behandlungskonzepte, die einen möglichen Einfluss auf die Implantatbehandlung zeigen, weiterentwickelt. Somit war eine intensive Überarbeitung in der Untergruppe 1 Anamnese notwendig. Die implantologisch orientierten Untergruppen 2-4 wurden nach dem aktuellen Kenntnisstand überarbeitet.

1.4. Literaturrecherche

Die Literaturdatenbanken Cochrane Library, EMBASE, DIMDI und Medline wurden herangezogen. Die Suchstrategie beinhaltet ausgewählte Suchbegriffe zu den entsprechenden Teilgebieten und Fragestellungen. Es erfolgte die Sichtung der aufgefundenen Literaturstellen anhand der Abstracts. Nicht relevante Literaturstellen wurden zu diesem Zeitpunkt identifiziert und ausgeschlossen. Für alle Literaturstellen mit einem (möglichen) inhaltlichen Bezug wurde dann die Publikation als Volltext recherchiert bzw. bestellt. Zu den unterschiedlichen Themenbereichen liegen keine oder wenige RCTs (randomised controlled trials) und andere systematische, klinische Studien vor.

1.5. Verfahren zur Erstellung des Leitfadens/Konsensuspapiers

Ein Erstentwurf des Kölner ABC-Risiko-Score (erarbeitet von Prof. Dr. H.-J. Nickenig M.Sc., Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller und Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Köln, Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller) wurde den Mitgliedern der Arbeitsgruppe am Tag der Konsensuskonferenz online zur Verfügung gestellt. Der Ablauf der Konsensuskonferenz erfolgte in vier Schritten: Durchsicht des Erstentwurfes / Registrierung von Alternativvorschlägen / Diskussion der nicht konsensfähigen Punkte / endgültige Abstimmung.

BDIZ EDI
Mühlenstr. 18
D-51143 Köln
GERMANY

Fon: +49-228-93592-44
Fax: +49-228-93592-46
office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org



2. Anwendung des Kölner ABC-Risiko-Score

2.1. Einleitung

In der Literatur werden in erster Linie Klassifikationen oder Scores beschrieben, die lediglich auf Teilbereiche der Implantattherapie angewendet werden können (z. B. Indikationsklassifizierungen). Nur wenige Klassifikationen dienen der präimplantologischen Gesamtrisikoeinschätzung eines Patientenfalles (z. B. SAC-Klassifikation). Der Kölner ABC-Risiko-Score soll eine fachliche Bewertung der Einzelfallsituation bezüglich der Anamnese, des Lokalbefundes sowie der chirurgisch und prothetisch erforderlichen Maßnahmen in möglichst übersichtlicher, einfacher und schneller Art und Weise ermöglichen.

Zum Zeitpunkt der Konsensuskonferenz lagen zu den Teilgebieten nur vereinzelte randomisierte, kontrollierte Studien (RCT englisch: randomized controlled trial) vor, d.h. es lagen in erster Linie retrospektive Studien vor (Evidenzklasse Ib/III), sodass der Empfehlungsgrad der Leitlinie dem Grad „B“, also einer „Sollte“-Empfehlung entspricht.

2.2. Grundsätze des Kölner ABC-Risiko-Score (s. Formblatt in der Anlage)

- Jede Auswertung bzw. Risikoeinschätzung mittels des Kölner ABC-Risiko-Score erfolgt individuell für jeden Patienten.
- Der Kölner ABC-Risiko-Score kann nur durch den behandelnden Arzt (oder dem Ärzteteam) bestimmt werden.
- Der Kölner ABC-Risiko-Score ist nicht zur Risikoeinschätzung aufgrund der Aktenlage oder auf der Basis von Modellbefunden geeignet.
- Der Kölner ABC-Risiko-Score kann als Gesamt-Score für den Befund (Anamnese + Lokalbefund) und die Behandlungsplanung (Chirurgie + Prothetik) erfasst werden.
- Der Kölner ABC-Risiko-Score kann bei Bedarf nur für Teilbereiche (z. B. nur Prothetik, bei Überweiserkonzepten) bestimmt werden.

2.3. Auswertung des Kölner ABC-Risiko-Score

Die Erfassung des Kölner ABC-Risiko-Score sollte für jeden Teilbereich möglichst vollständig erfolgen.

2.3.1. Kriterien

- Für jedes Kriterium bzw. für jede Fragestellung des Scores wird die jeweilig zutreffende Einschätzung mit Grün für „A“ (= Always, für die günstige Risikoeinschätzung) mit Gelb für „B“ (= Between, mittleres Risiko) und Orange für „C“ (= Complex, hohes Risiko) angegeben.
- Die Farbe Rot bleibt ausschließlich der Risikoeinschätzung vorbehalten, bei der eine Therapie möglicherweise nicht empfehlenswert erscheint (nicht mit Kontraindikation gleichzusetzen).

BDIZ EDI
Mühlenstr. 18
D-51143 Köln
DEUTSCHLAND

FON: +49-2203-80 09 339
FAX: +49-2203-91 68 822
office@bdizedi.org
www.bdizedi.org



Praxisleitfaden 2022: Update Kölner ABC-Risiko-Score
für die Implantatbehandlung
26.04.2022
Seite 4 von 4

2.3.2. Teilbereiche (Anamnese – Lokalbefund – Chirurgie – Prothetik):

- Jeder Teilbereich erhält eine zusammenfassende Bewertung. Die Bewertung erfolgt wie bei den Kriterien farblich in Grün, Gelb oder Orange entsprechend A-B-C (Always-Between-Complex).

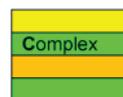
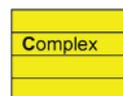
- Sobald in einem Teilbereich mind. zwei Kriterien/Fragestellungen (s. o.) mit Gelb (für „B“, mittleres Risiko) bewertet sind, wird der gesamte Teilbereich als mittelschwer eingeschätzt. Ab 4 x Gelb oder 2 x Orange wird der gesamte Teilbereich mit „C“ (= hohes Risiko) bewertet.

2.3.3. Gesamtbewertung eines Patientenfalles

Sind alle vier Teilbereiche mit Grün bewertet, so handelt es sich um einen Patientenfall der Risikoeinschätzung „Always“.

Sind mind. zwei der vier Teilbereiche mit Gelb bewertet, so erfolgt für die Gesamtsituation eine Risikoeinschätzung „Between“ für mittelschwer.

Sobald vier Teilbereiche mit Gelb bewertet sind, handelt es sich um einen Patientenfall hohen Anspruchs, der mit „C“ für Complex beschrieben wird. Derselbe Sachverhalt ist erfüllt, sobald mind. zwei der vier Teilbereiche eine Bewertung in Orange und Gelb erfahren haben.



Köln, den 7. Mai 2022

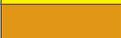

Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller
Vizepräsident


Prof. Dr. J. Neugebauer
Generalsekretär

BDIZ EDI
Mühlenstr. 18
D-51143 Köln
DEUTSCHLAND

FON: +49-2203-80 09 339
FAX: +49-2203-91 68 822
office@bdizedi.org
www.bdizedi.org

UNTERABSCHNITT 1: ANAMNESE

Gesundheitszustand	ASA Klassifikation [11]	ASA 1,2	
		ASA = 3	
		ASA >= 4	
Vorerkrankungen	Diabetes mellitus [5, 15, 17, 18, 44, 45, 54, 55, 61, 78]	HbA1c < 6.5	
		HbA1c 6.5 – 7.5	
		HbA1c > 7.5	
	Bestrahlter Kiefer [18, 25, 62, 79, 88]	< 55 Gy	
		< 55 Gy: Oberkiefer oder augmentierte Areale	
		> 55 Gy	
		Innerhalb der letzten 12 Monate	
	Parodontopathie [6, 21, 28, 53, 72, 76, 87]	Kein Anhalt für Parodontopathie	
		Behandelte oder Anamnese einer Parodontopathie	
		Unzureichende unterstützende Parodontaltherapie	
Nicht therapierte Parodontopathie			
Medikation	Keine Medikation		
	Antiresorptive Medikation (ARDs) [7, 16, 40, 63, 67, 77, 81, 85]	Niedrige Dosis für Osteoporose (oral und systemisch)	
		• Niedrige Dosis mit Augmentation, Sofortimplantation	
		Höhere Dosis zur Prophylaxe ossärer, tumorbedingter Komplikationen	
		• Höhere Dosis mit Augmentation, Sofortimplantation	
		Hochdosis, > 4x jährlich zur Therapie ossärer Metastasen	
		• Hochdosis mit Augmentation, Sofortimplantation	
		ARDs und weitere Infektionsrisiken (z.B. Parodontopathie)	
	Immunsuppression [32, 33, 68]	Niedrigdosierte Steroid-Therapie	
		Cytotoxische Medikation	
Antikoagulation	Prophylaktisch		
	Therapeutisch		
Protonenpumpeninhibitoren [1, 4, 27]			
Raucher [18, 24, 59]	Nichtraucher		
	Schwacher Nikotinkonsum	< 10 Zig. pro Tag 	
	Starker Nikotinkonsum	> 10 Zig. Pro Tag 	
Bruxism [10, 22, 26, 49–51, 89]	Nein		
	Ja		
Patientenerwartung [86]	Angemessen		
	Nicht angemessen		

LEGENDE

	Geringes Risiko		Mittleres Risiko		Hohes Risiko		Therapie nicht empfehlenswert (keine KI)
---	-----------------	---	------------------	---	--------------	---	---

UNTERABSCHNITT 4: PROTHETIK

Biomechanik [39]	Keine biomechanischen Probleme zu erwarten		
	Verbindung Implantat-Zahn [12, 42, 47, 82, 84]	Starr	
		Beweglich/mobil	
	Extension erforderlich [36, 70, 71, 74]		
	Ungünstige Lastverteilung [65] (Kronen-Implantat-Verhältnis /Einzelzahnversorgung)		
	Nicht angepasster Implantatdurchmesser [52]		
	Notwendigkeit der Reparatur, Überarbeitung der Suprastruktur		
Versorgung von verschiedenen Implantatsystemen in einer Versorgung			
Ästhetik [41, 52, 58]	Nachbarzahnsituation	Zahn	
		Brückenglied	
		Implantat	
Art der Versorgung [39, 52, 64]	Anzahl und/oder Verteilung der Implantate	Adäquat	
		Nicht adäquat	
	Festsitzend	Zirkuläre Brücke	
	Herausnehmbar	Brückendesign	
Komplexität übersteigt Fähigkeiten des Patienten [64, 86]	Handling und/oder Reinigbarkeit	Günstig	
		Sehr schwierig/unmöglich	

LITERATURLISTE ZUM KÖLNER ABC-RISIKO SCORE 2022

- Aghaloo T, Pi-Anfruns J, Moshaverinia A, Sim D, Grogan T, Haddaya D. The Effects of Systemic Diseases and Medications on Implant Osseointegration: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2019; 34: s35–s49.
- Aghaloo TL, Moy PK. Which hard tissue augmentation techniques are the most successful in furnishing bony support for implant placement? *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007; 22 Suppl: 49–70.
- Al-Sabbagh M, Xenoudi P, Al-Shaikhli F, Eldomiaty W, Hanafy A. Does Peri-Implant Mucosa Have a Prognostic Value? *Dent Clin North Am* 2019; 63: 567–580.
- Altay MA, Sindel A, Ozalp O, Yildirimyan N, Kocabalkan B. Proton pump inhibitor intake negatively affects the osseointegration of dental implants: a retrospective study. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2019; 45: 135–140.
- American Diabetes A. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care* 2019; 42: S13–S28.
- Amerio E, Mainas G, Petrova D, Giner Tarrida L, Nart J, Monje A. Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020; 47: 81–100.
- Anastasiaklis AD, Pepe J, Napoli N, Palermo A, Magopoulos C, Khan AA, Zillikens MC, Body JJ. Osteonecrosis of the Jaw and Antiresorptive Agents in Benign and Malignant Diseases: A Critical Review Organized by the ECTS. *J Clin Endocrinol Metab* 2022; 107: 1441–1460.
- Bajkin BV, Wahl MJ, Miller CS. Dental implant surgery and risk of bleeding in patients on antithrombotic medications: A review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2020; 130: 522–532.
- Bassir SH, El Kholy K, Chen CY, Lee KH, Intini G. Outcome of early dental implant placement versus other dental implant placement protocols: A systematic review and meta-analysis. *J Periodontol* 2019; 90: 493–506.
- Bertolini MM, Del Bel Cury AA, Pizzoloto L, Acapa IRH, Shibli JA, Bordin D. Does traumatic occlusal forces lead to peri-implant bone loss? A systematic review. *Braz Oral Res* 2019; 33: e069.
- Böhmer A, Defosse J, Geldner G, Rossaint R, Zacharowski K, Zwißler B, Wappler F. Die aktualisierte Version der ASA-Klassifikation. *Anästhesiologie* 2021; 62: 223–228.
- Borg P, Puryer J, McNally L, O'Sullivan D. The Overall Survival, Complication-Free Survival, and Related Complications of Combined Tooth-Implant Fixed Partial Dentures: A Literature Review. *Dent J (Basel)* 2016; 4.
- Borges GA, Costa RC, Nagay BE, Magno MB, Maia LC, Barao VAR, Mesquita MF. Long-term outcomes of different loading protocols for implant-supported mandibular overdentures: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent* 2021; 125: 732–745.
- Brito C, Tenenbaum HC, Wong BK, Schmitt C, Nogueira-Filho G. Is keratinized mucosa indispensable to maintain peri-implant health? A systematic review of the literature. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater* 2014; 102: 643–650.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2021; 10.6101/AZQ/000475.
- Chadha GK, Ahmadieh A, Kumar S, Sedghizadeh PP. Osseointegration of dental implants and osteonecrosis of the jaw in patients treated with bisphosphonate therapy: a systematic review. *J Oral Implantol* 2013; 39: 510–520.
- Chambrone L, Palma LF. Current status of dental implants survival and peri-implant bone loss in patients with uncontrolled type-2 diabetes mellitus. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2019; 26: 219–222.
- Chen H, Liu N, Xu X, Qu X, Lu E. Smoking, radiotherapy, diabetes and osteoporosis as risk factors for dental implant failure: a meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8: e71955.
- Chen H, Zhang G, Weigl P, Gu X. Immediate placement of dental implants into infected versus noninfected sites in the esthetic zone: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent* 2018; 120: 658–667.
- Cheng Q, Su YY, Wang X, Chen S. Clinical Outcomes Following Immediate Loading of Single-Tooth Implants in the Esthetic Zone: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2020; 35: 167–177.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Periodontally compromised vs. periodontally healthy patients and dental implants: a systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2014; 42: 1509–1527.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Bruxism and Dental Implants: A Meta-Analysis. *Implant Dent* 2015; 24: 505–516.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Dental implants inserted in fresh extraction sockets versus healed sites: a systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2015; 43: 16–41.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Smoking and dental implants: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2015; 43: 487–498.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Dental implants in irradiated versus nonirradiated patients: A meta-analysis. *Head Neck* 2016; 38: 448–481.
- Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Bruxism and dental implant failures: a multilevel mixed effects parametric survival analysis approach. *J Oral Rehabil* 2016; 43: 813–823.
- Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Intake of Proton Pump Inhibitors Is Associated with an Increased Risk of Dental Implant Failure. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2017; 32: 1097–1102.
- Coli P, Christiaens V, Sennerby L, Bruyn H. Reliability of periodontal diagnostic tools for monitoring peri-implant health and disease. *Periodontol* 2000 2017; 73: 203–217.
- Cortellini S, Favril C, De Nutte M, Teughels W, Quirynen M. Patient compliance as a risk factor for the outcome of implant treatment. *Periodontol* 2000 2019; 81: 209–225.
- Dawoud BES, Kent S, Tabbenor O, George P, Dhanda J. Dental implants and risk of bleeding in patients on oral anticoagulants: a systematic review and meta-analysis.

- Int J Implant Dent 2021; 7: 82.
31. Di Murro B, Canullo L, Pompa G, Di Murro C, Papi P. Prevalence and treatment of retrograde peri-implantitis: a retrospective cohort study covering a 20-year period. *Clin Oral Investig* 2021; 25: 4553–4561.
 32. Diz P, Scully C, Sanz M. Dental implants in the medically compromised patient. *J Dent* 2013; 41: 195–206.
 33. Duttonhoefer F, Fuessinger MA, Beckmann Y, Schmelzeisen R, Groetz KA, Boeker M. Dental implants in immunocompromised patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Implant Dent* 2019; 5: 43.
 34. Esposito M, Felice P, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: augmentation procedures of the maxillary sinus. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 5: CD008397.
 35. Fornà N, Agop-Fornà D. Esthetic aspects in implant-prosthetic rehabilitation. *Med Pharm Rep* 2019; 92: 6–13.
 36. Freitas da Silva EV, Dos Santos DM, Sonogo MV, de Luna Gomes JM, Pellizzer EP, Goiato MC. Does the Presence of a Cantilever Influence the Survival and Success of Partial Implant-Supported Dental Prostheses? Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2018; 33: 815–823.
 37. Garcia-Sanchez R, Dopic J, Kalemaj Z, Buti J, Pardo Zamora G, Mardas N. Comparison of clinical outcomes of immediate versus delayed placement of dental implants: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2022; 33: 231–277.
 38. Giovannoli JL, Rocuzzo M, Albouy JP, Duffau F, Lin GH, Serino G. Local risk indicators - Consensus report of working group 2. *Int Dent J* 2019; 69 Suppl 2: 7–11.
 39. Goodacre CJ, Bernal G, Rungcharassaeng K, Kan JY. Clinical complications with implants and implant prostheses. *J Prosthet Dent* 2003; 90: 121–132.
 40. Guazzo R, Sbricoli L, Ricci S, Bressan E, Piattelli A, Iaculli F. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw and Dental Implants Failures: A Systematic Review. *J Oral Implantol* 2017; 43: 51–57.
 41. Happe A, Schmidt A, Neugebauer J. Peri-implant soft-tissue esthetic outcome after immediate implant placement in conjunction with xenogeneic acellular dermal matrix or connective tissue graft: A randomized controlled clinical study. *J Esthet Restor Dent* 2022; 34: 215–225.
 42. Hoffmann O, Zafiropoulos GG. Tooth-implant connection: a review. *J Oral Implantol* 2012; 38: 194–200.
 43. Isler SC, Uraz A, Kaymaz O, Cetiner D. An Evaluation of the Relationship Between Peri-implant Soft Tissue Biotype and the Severity of Peri-implantitis: A Cross-Sectional Study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2019; 34: 187–196.
 44. Javed F, Romanos GE. Impact of diabetes mellitus and glycemic control on the osseointegration of dental implants: a systematic literature review. *J Periodontol* 2009; 80: 1719–1730.
 45. Jiang X, Zhu Y, Liu Z, Tian Z, Zhu S. Association between diabetes and dental implant complications: a systematic review and meta-analysis. *Acta Odontol Scand* 2021; 79: 9–18.
 46. Khzam N, Arora H, Kim P, Fisher A, Mattheos N, Ivanovski S. Systematic Review of Soft Tissue Alterations and Esthetic Outcomes Following Immediate Implant Placement and Restoration of Single Implants in the Anterior Maxilla. *J Periodontol* 2015; 86: 1321–1330.
 47. La Monaca G, Pranno N, Annibaldi S, Massimo C, Polimeni A, Patini R, Paola Cristalli M. Survival and complication rates of tooth-implant versus freestanding implant supporting fixed partial prosthesis: a systematic review and meta-analysis. *J Prosthodont Res* 2021; 65: 1–10.
 48. Lozano-Carrascal N, Anglada-Bosqued A, Salomo-Coll O, Hernandez-Alfaro F, Wang HL, Gargallo-Albiol J. Short implants (<8mm) versus longer implants (>=8mm) with lateral sinus floor augmentation in posterior atrophic maxilla: A meta-analysis of RCTs in humans. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2020; 25: e168–e179.
 49. Manfredini D, Ahlberg J, Lobbezoo F. Bruxism definition: Past, present, and future - What should a prosthodontist know? *J Prosthet Dent* 2021; 10.1016/j.prosdent.2021.01.026.
 50. Manfredini D, Poggio CE, Lobbezoo F. Is bruxism a risk factor for dental implants? A systematic review of the literature. *Clin Implant Dent Relat Res* 2014; 16: 460–469.
 51. Melo G, Duarte J, Pualetto P, Porporatti AL, Stuginski-Barbosa J, Winocur E, Flores-Mir C, De Luca Canto G. Bruxism: An umbrella review of systematic reviews. *J Oral Rehabil* 2019; 46: 666–690.
 52. Momberger N, Mukaddam K, Zitzmann NU, Bornstein MA, Filippi A, Kuhl S. Esthetic and functional outcomes of narrow-diameter implants compared in a cohort study to standard diameter implants in the anterior zone of the maxilla. *Quintessence Int* 2022; 53: 502–509.
 53. Monje A, Aranda L, Diaz KT, Alarcon MA, Bagramian RA, Wang HL, Catena A. Impact of Maintenance Therapy for the Prevention of Peri-implant Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res* 2016; 95: 372–379.
 54. Monje A, Catena A, Borgnakke WS. Association between diabetes mellitus/hyperglycaemia and peri-implant diseases: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2017; 44: 636–648.
 55. Moraschini V, Barboza ES, Peixoto GA. The impact of diabetes on dental implant failure: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016; 45: 1237–1245.
 56. Moraschini V, Luz D, Velloso G, Barboza EDP. Quality assessment of systematic reviews of the significance of keratinized mucosa on implant health. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2017; 46: 774–781.
 57. Moy PK, Aghaloo T. Risk factors in bone augmentation procedures. *Periodontol* 2000 2019; 81: 76–90.
 58. Naishlos S, Reiser V, Zelikman H, Nissán J, Masri D, Nassra H, Chaushu G, Blumer S, Chaushu L. Esthetic Assessment following Ridge Augmentation, Late Implant Placement and Immediate Esthetic Reconstruction of the Atrophic Anterior Maxilla. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19.
 59. Naseri R, Yaghini J, Feizi A. Levels of smoking and dental implants failure: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020; 47: 518–528.
 60. Nasr S, Slot DE, Bahaa S, Dorfer CE, Fawzy El-Sayed KM. Dental implants combined with sinus augmentation: What is the merit of bone grafting? A systematic review. *J Craniomaxillofac Surg* 2016; 44: 1607–1617.
 61. Naujokat H, Kunzendorf B, Wiltfang J. Dental implants and diabetes mellitus-a systematic review. *Int J Implant Dent* 2016; 2: 5.
 62. Nooh N. Dental implant survival in irradiated oral cancer patients: a systematic review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013; 28: 1233–1242.
 63. Papadakis I, Spanou A, Kalyvas D. Success Rate and Safety of Dental Implantology in Patients Treated With Antiresorptive Medication: A Systematic Review. *J Oral Implantol* 2021; 47: 169–180.
 64. Pappaspyridakos P, Bordin TB, Kim YJ, El-Rafie K, Pagni SE, Natto ZS, Teixeira ER, Chochlidakis K, Weber HP. Technical Complications and Prosthesis Survival Rates with Implant-Supported Fixed Complete Dental Prostheses: A Retrospective Study with 1- to 12-Year Follow-Up. *J Prosthodont* 2020; 29: 3–11.
 65. Pellizzer EP, Marcela de Luna Gomes J, Araujo Lemos CA, Minatele L, Justino de Oliveira Lirio JP, Dantas de Moraes SL. The influence of crown-to-implant ratio in single crowns on clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent* 2021; 126: 497–502.
 66. Penarrocha-Oltra D, Blaya-Tarraga JA, Menendez-Nieto I, Penarrocha-Diogo M, Penarrocha-Diogo M. Factors associated with early apical peri-implantitis: A retrospective study covering a 20-year period. *Int J Oral Implantol (Berl)* 2020; 13: 65–73.
 67. Qi WX, Tang LN, He AN, Yao Y, Shen Z. Risk of osteonecrosis of the jaw in cancer patients receiving denosumab: a meta-analysis of seven randomized controlled trials. *Int J Clin Oncol* 2014; 19: 403–410.
 68. Radzewski R, Osmola K. The Use of Dental Implants in Organ Transplant Patients Undergoing Immunosuppressive Therapy: An Overview of Publications. *Implant Dent* 2016; 25: 541–546.
 69. Ramanaukaite A, Juodzbals G, Tozum TF. Apical/Retrograde Periimplantitis/Implant Periapical Lesion: Etiology, Risk Factors, and Treatment Options: A Systematic Review. *Implant Dent* 2016; 25: 684–697.
 70. Rodriguez AM, Aquilino SA, Lund PS. Cantilever and implant biomechanics: a review of the literature, Part 2. *J Prosthodont* 1994; 3: 114–118.
 71. Rodriguez AM, Aquilino SA, Lund PS. Cantilever and implant biomechanics: a review of the literature. Part 1. *J Prosthodont* 1994; 3: 41–46.
 72. Salvi GE, Cosgarea R, Sculean A. Prevalence and Mechanisms of Peri-implant Diseases. *J Dent Res* 2017; 96: 31–37.
 73. Sanda M, Fueki K, Bari PR, Baba K. Comparison of immediate and conventional loading protocols with respect to marginal bone loss around implants supporting mandibular overdentures: A systematic review and meta-analysis. *Jpn Dent Sci Rev* 2019; 55: 20–25.
 74. Schmid E, Morandini M, Rocuzzo A, Ramseier CA, Sculean A, Salvi GE. Clinical and radiographic outcomes of implant-supported fixed dental prostheses with cantilever extension. A retrospective cohort study with a follow-up of at least 10 years. In *Clinical oral implants research, Edition 2020*.
 75. Seysens L, De Lat L, Cosyn J. Immediate implant placement with or without connective tissue graft: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2021; 48: 284–301.
 76. Sgolastra F, Petrucci A, Severino M, Gatto R, Monaco A. Periodontitis, implant loss and peri-implantitis. A meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2015; 26: e8–e16.
 77. Sher J, Kirkham-Ali K, Luo JD, Miller C, Sharma D. Dental Implant Placement in Patients With a History of Medications Related to Osteonecrosis of the Jaws: A Systematic Review. *J Oral Implantol* 2021; 47: 249–268.
 78. Singh K, Rao J, Afshin T, Tiwari B. Survival rate of dental implant placement by conventional or flapless surgery in controlled type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. *Indian J Dent Res* 2019; 30: 600–611.
 79. Smith Nobrega A, Santiago JF, Jr., de Faria Almeida DA, Dos Santos DM, Pellizzer EP, Goiato MC. Irradiated patients and survival rate of dental implants: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent* 2016; 116: 858–866.
 80. Smith RB, Rawdin SB, Kagan V. Influence of Implant-Tooth Proximity on Incidence of Caries in Teeth Adjacent to Implants in Molar Sites: A Retrospective Radiographic Analysis of 300 Consecutive Implants. *Compend Contin Educ Dent* 2021; 42: 38–42.
 81. Stavropoulos A, Bertl K, Pietschmann P, Pandis N, Schiodt M, Klinge B. The effect of antiresorptive drugs on implant therapy: Systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2018; 29 Suppl 18: 54–92.
 82. Tsaousoglou P, Michalakis K, Kang K, Weber HP, Sculean A. The effect of rigid and non-rigid connections between implants and teeth on biological and technical complications: a systematic review and a meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2017; 28: 849–863.
 83. Tunkiwala A, Kher U, Bijlani P. Numerical guidelines for selection of implant supported prostheses for completely edentulous patients. *Quintessence India* 2017; 1: 47–54.
 84. von Stein-Launsitz M, Nickenig HJ, Wolfart S, Neumann K, von Stein-Launsitz A, Spies BC, Beuer F. Survival rates and complication behaviour of tooth implant-supported, fixed dental prostheses: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2019; 88: 103167.
 85. Walter C, Al-Nawas B, Wolff T, Schiegnitz E, Grotz KA. Dental implants in patients treated with antiresorptive medication – a systematic literature review. *Int J Implant Dent* 2016; 2: 9.
 86. Wright SP, Hayden J, Lynd JA, Walker-Finch K, Willett J, Ucer C, Speechley SD. Factors affecting the complexity of dental implant restoration – what is the current evidence and guidance? *Br Dent J* 2016; 221: 615–622.
 87. Zangrando MS, Damante CA, Sant'Ana AC, Rubo de Rezende ML, Greggi SL, Chambrone L. Long-term evaluation of periodontal parameters and implant outcomes in periodontally compromised patients: a systematic review. *J Periodontol* 2015; 86: 201–221.
 88. Zen Filho EV, Tolentino Ede S, Santos PS. Viability of dental implants in head and neck irradiated patients: A systematic review. *Head Neck* 2016; 38 Suppl 1: E2229–2240.
 89. Zhou Y, Gao J, Luo L, Wang Y. Does Bruxism Contribute to Dental Implant Failure? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2016; 18: 410–420.

INTERNATIONAL BLOOD CONCENTRATE DAY

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.bc-day.info

16. September 2022
Frankfurt am Main – Radisson Blu Hotel

Jetzt
anmelden!

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati/
Frankfurt am Main

OFFIZIELLER WISSENSCHAFTLICHER
PARTNER

SBCB

Society for Blood Concentrates and Biomaterials



17. Experten Symposium: Parodontale Erkrankungen und Implantologie

All-on-1: Abrechnung, Chirurgie, Prophylaxe und Ernährung

Die klassische Frage Zahnerhalt versus Implantologie treibt die Zahnheilkunde seit vielen Jahren um. Das Thema des 17. Experten Symposiums „Risikofaktor parodontale Erkrankungen – Zahnerhalt oder Implantologie?“ bot einen interdisziplinären Ansatz, beantwortete nicht nur viele offene Fragen, sondern stellte auch neue Verfahren zur Diskussion. Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller moderierte das Symposium, das endlich wieder live in Köln stattfand.



Christian Berger: Die PAR-Richtlinie und deren Auswirkung in der Implantologie

Über die neue PAR-Richtlinie im BEMA und deren Auswirkung in der Implantologie sprach zum Auftakt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger und stellte erstmals öffentlich die neue BDIZ EDI-Tabelle 2022 vor. Auf der Grundlage der PAR-Richtlinie, die im vergangenen Jahr vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen wurde, erinnerte er daran, dass es im BEMA nun zwar neue Leistungen für die systematische Parodontistherapie gebe, die im Kapitel E (Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) stehenden GOZ-Gebührensnummern aus 1988 den Leistungen Richtlinie aus 2022 jedoch nicht gerecht würden, da sie nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard darstellten. Die jährliche BDIZ EDI-Tabelle beinhalte aus diesem Grund 2022 die Analogisierung der gesamten PAR-Behandlungsstrecke. Berger beruft sich dabei auf die Bestimmungen des § 6 GOZ: Ist die zahnärztliche Maßnahme nicht in der Gebührenordnung beschrieben, kann der Behandler für die Berechnung eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung des Gebührenverzeichnisses auswählen. Der BDIZ EDI, so Berger, habe bewusst dafür Positionen aus der Implantologie gewählt, weil sie erst 2012 beschrieben worden sind, damit relativ neu seien und zugleich auch komplexe Behandlungen beinhalten.

Dies entspreche dem, was in der unterstützenden Parodontistherapie, aber auch in der chirurgischen Parodontistherapie angewendet wird. Mehr dazu lesen Sie im Schwerpunktteil dieser Ausgabe, wo dieser neue Ansatz ausführlich vorgestellt wird.



Professor Neugebauer: Parodontale Sanierung durch All-on-4

Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Generalsekretär des BDIZ EDI, übernahm den angekündigten Vortrag von Dr. Wolfgang Bolz, der krankheitsbedingt nicht in Köln sein konnte. Der Titel: Parodontale Sanierung durch All-on-4 – Zahnlosigkeit als Chance oder Risiko. Die Erfahrung, das Thema entsprechend zu beleuchten, brachte der Referent allemal mit. Neugebauer sprach von mehreren Hundert Fällen, die in der Landsberger Praxis mit dem Konzept mit allen gängigen Implantatsystemen durchgeführt wurden – sofern Abutments eingebracht worden seien. Die Frage nach dem prothetischen Konzept beim parodontal geschädigten Zahnsystem, wie viel Chirurgie und wie viele Implantate, suchte Professor Neugebauer anhand diverser Beispiele aus der Praxis zu beantworten. Dabei ging er auch auf die Frage nach der festsitzenden oder der herausnehmbaren Versorgung ein und verwies in diesem Zusammenhang auf den Praxisleitfaden der 11. Europäischen Konsensuskonferenz des BDIZ EDI aus dem Jahr 2016, der Empfehlungen zur Versorgung mit kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten gibt. Diese minimalinvasive Implantattherapie stelle bei reduziertem Knochenangebot und unter Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter eine verlässliche Therapieoption im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Im-

plantaten mit Standarddimensionen in Kombination mit augmentativen Verfahren dar. Mit dem All-on-4- und All-on-6-Konzept habe man heute die Möglichkeit, mit einer reduzierten Anzahl von Implantaten eine festsitzende Brücke einzubringen. Vorteil für den Patienten: Er habe nicht mehr zehn bis zwölf Zahnzwischenräume zu pflegen, sondern nur noch drei. Bei der parodontalen Sanierung durch All-on-4 sind aus Professor Neugebauers Sicht die folgenden Faktoren wichtig: die Reduktion der parodontalen Risikofaktoren, ein standardisiertes Vorgehen, um stabile Langzeitergebnisse zu ermöglichen, Motivation und Führung der Patienten und nicht zuletzt ein aktives Netzwerk aus Chirurg, Prothetiker und Dentalhygiene.

Professor Fickl: Minimalinvasive Implantattherapie im teilbezahnten PA-Patienten

Prof. Dr. Stefan Fickl, Würzburg, zeigte die Schnittstelle zwischen Parodontologie und Implantologie auf. Ist die minimalinvasive Implantattherapie überhaupt sinnvoll beim PA-Patienten? Diese Frage beantwortete der Parodontologe und Implantologe sehr ausführlich. Implantate seien zwar eine sehr gut dokumentierte Methode zur Versorgung des teilbezahnten Patienten. Auf der anderen Seite sei bekannt, dass gerade Patienten, die durch eine Parodontitis Zähne verloren haben, ein größeres Risiko für einen Implantatverlust oder Entzündungen um Implantate aufweisen. „In diesem Spannungsfeld bewegen wir uns als Kliniker sehr oft, denn ein Großteil der Zähne, die aktuell verloren gehen, haben als Verlustursache eine schwere Parodontitis. Nun stellt sich die Frage, ob Implantate in diesen Situationen möglich sind oder ggf. konventionelle prothetische Konzepte hier besser geeignet sind.“ Er untermauerte seine Aussagen u. a. mit Daten aus Schweden von Karlsson et al., der 598 Implantatpatienten über neun Jahre analysierte und feststellte, dass 42 Prozent aller Patienten über neun Jahre Komplikationen aufwiesen. Bei Parodontitispatienten sei das Risiko 1,6-fach höher, bei Partial-Arch und Full-Arch besteht ein bis zu 4-fach höheres Risiko. Für ihn,



Fickl, habe sich in den vergangenen Jahren herauskristallisiert: „Wenn Sie einen Risikopatienten haben, versuchen Sie so konservativ wie möglich zu sein, versuchen Sie, die Implantate hinauszuzögern, denn Sie werden Probleme bekommen!“. Nach einigen gezeigten Studien, die allesamt das Risiko einer Implantation bei Parodontitispatienten untermauerten, und einigen seiner Implantatfälle, fasste Professor Fickl als Take-Home-Message zusammen, dass biologische Komplikationen bei PA-Patienten häufig seien, der Zahnerhalt, wenn möglich, zu bevorzugen und das Einhalten von strengen Voraussetzungen für die Implantologie notwendig sei. Wenn Implantation, dann kleine Einheiten, mit ausreichend Knochen und Weichgewebe, und auch das Implantatsystem sei von entscheidender Bedeutung.



Professor Sculean: Rezessionsdeckung am Implantat

Online zugeschaltet sprach Prof. Dr. Dr. h.c. MS Anton Sculean aus Bern über Möglichkeiten und Grenzen der Deckung von Rezessionen am Implantat. Er ging auf die Unterschiede bei der biologischen Verankerung des Zahnes und des Implantates ein. Das Implantat habe direkten Kontakt zum Knochen und das Weichgewebe sei im Unterschied zum Zahn weniger vaskularisiert, was wiederum zu Konsequenzen bei der Weichgewebschirurgie führe. Bei der mukosalen Abdichtung (mucosal seal) gibt es laut Sculean zwei Komponenten: die bindegewebige Integration und die Epithelschicht. Gerade Erstere spiele eine große Rolle bei einer Infektion in diesem Bereich. Als ätiologische Faktoren für eine Weichgewebsrezession am Implantat nannte Sculean an erster Stelle das nicht korrekt gesetzte Implantat – zu stark vestibulär oder auch umgekehrt – zu stark oral. Weitere Faktoren: das Fehlen des knöchernen Envelopes und der falsche (zu große) Durchmesser im Vergleich zum vorhandenen Knochen, zu viele gesetzte Implantate, zu nah beieinander gesetzt, wodurch die interimplantäre Papille verloren ginge, zu nah am Zahn gesetzt, eine zu dünne Mukosa oder das Fehlen von attached keratinisierter Mukosa, natürlich die periimplantäre Mukositis und die Periimplantitis. Die Mission Impossible ist für Sculean, wenn das Implantat zu stark

außerhalb des knöchernen Envelopes gesetzt ist. Hier helfe nur noch die Explantation.

Was lässt sich am Implantat also decken? Für Sculean ist eine erfolgreiche Therapie möglich, wenn die Dehiszenz nicht tiefer als 2–3 mm, maximal 4 mm geht, bzw. wenn das Implantat einigermaßen im knöchernen Envelope steht. Er zeigte einige seiner Fälle mit der modifizierten (MCAT) und lateralen (LCT) Tunneltechnik. Die Idee dabei sei, die Papillen nicht zu trennen, sondern diesen Bereich im Rahmen einer mukoperiostalen Tunnelierung freizulegen, sodass neues Gewebe, u. a. auch ein Bindegewebstransplantat etc., eingebracht werden kann, um das Gewebe zu verdicken. Wichtig dabei: die spannungsfreie Präparation. Die Tunnelierungstechniken sind für Professor Sculean eine gute Option bei kleinen mukosalen Defekten und dort wo das Implantat, wie bereits beschrieben, nicht zu weit außerhalb des Envelopes steht.

Professor Einwag: Prävention periimplantärer Entzündungen

Ob Karies oder Gingivitis/Parodontitis – alles Biofilm-induzierte Erkrankungen, leitete Professor Johannes Einwag aus Stuttgart seinen Vortrag ein. Jedes Bakterium habe seine ökologische Nische und die Mundhöhle sein ein Ökosystem. „Wir müssen biologisch denken“, forderte er. Sinnvoll wäre ein biologisches Gleichgewicht zwischen Biofilmmattake und Immunabwehr. Leider sei die Möglichkeiten einer gezielten Immunabwehr nach aktuellem Kenntnisstand begrenzt. Was bleibt, ist für ihn klar: „Wir müssen uns auf die Prophylaxe fokussieren und damit auf ein effizientes Biofilmmanagement: Entweder Abwehr stärken oder Angriff senken, sprich: der Biofilm muss weg, bevor er pathogen wird!“. Die Frage, die der Referent in den Raum stellte: Gilt die Parodontitisprophylaxe auch bei Implantaten? Erst 2010, da befand sich, so Einwag, die Implantologie nicht mehr in den Kinderschuhen, hätten die Parodontologen festgestellt: Ja, auch periimplantäre Erkrankungen sind Biofilm-induziert. Sein Vorwurf: „Wir setzen seit 40 Jahren Implantate und hatten bis 2012 und selbst 2018 kein Standardprotokoll!“ Als gesichert gelte heute, dass sich die Biofilmbildung auf Implantatoberflächen von der Biofilmbildung auf Wurzeloberflächen unterscheidet und dass sie durch die Oberflächenrauigkeit der Implantate verstärkt wird. Das Problem bei der Prävalenz der Periimplantitis sei, dass bis 2018/19 keine klare Definition vorgelegen habe. Das Risiko für eine Periimplantitis bei PAR



steige um den Faktor 5,5 (Schwarz et al., 2021). Während sich die Entzündungsreaktion bei Gingivitis und Mukositis nicht unterscheidet (7. European Workshop on Periodontology 2010), weil Sulkus und Saumepithel gleich seien, sieht das laut Einwag bei Parodontitis und Periimplantitis völlig anders aus. Der Grund: Bei der Parodontitis kämen über parodontale Stützgewebe körpereigene Abwehrmechanismen zum Einsatz, die bei der periimplantären Entzündung fehlten. Mechanisches Biofilmmanagement mache Sinn,

wenn man bereits die Mukositis verhindern könne. Deshalb sei die PZR und nicht erst die UPT sinnvoll! Eine Übernahme der bei natürlichen Zähnen bekannten erfolgreichen Prophylaxestrategien ist für Professor Einwig zwar angezeigt, Modifikationen im Detail seien allerdings erforderlich – von der Interdentalraumreinigung bis zum Einsatz des Pulver-Wasser-Strahlgerätes.



Abb. 1: Als wissenschaftlicher Leiter moderierte BDIZ EDI-Vizepräsident Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller das 17. Experten Symposium. – **Abb. 2:** BDIZ EDI-Präsident Christian Berger stellte mit der Analogabrechnung im GOZ-Bereich einen neuen Weg im Umgang mit der PAR-Richtlinie vor.

Dr. Gärtner: Ernährungstherapie in der (Zahn-)Arztpraxis

Wie wirkt sich Ernährung auf Entzündung aus? Dr. Maximilian Gärtner, Zahnarzt und Ernährungsmediziner aus Freiburg, stellte eingangs fest, dass die Ernährungsweise noch vor Rauchen und körperlicher Inaktivität als der größte Risikofaktor für nicht übertragbare Erkrankungen (non communicable diseases – NCDs) wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall gelte. Wie bei der Parodontitis handele es sich bei diesen letztlich um chronische Entzündungserkrankungen. Gärtner sprach von einer überwältigenden Anzahl von Studien, die sich mit dem Einfluss der Ernährung beschäftigen. Die Studienlage zeige bei allen, dass einfache Kohlenhydrate – also Zucker, aber auch Stärke – den oxidativen Stress erhöhen. Die Deutschen ernähren sich laut Gärtner sehr stärkehaltig. Auch die parodontalen Parameter wurden untersucht. So seien insbesondere die Kohlenhydrate Plaque-fördernd und beförderten auch die Gingivitis, während Fette, Eiweiß, Ballaststoffe, Spurenelemente, Antioxidantien die umgekehrte Wirkung hätten. In seiner Doktorarbeit beschäftigte er sich mit den Effekten einer mundgesundheitsoptimierten Ernährung auf orale und systemische Entzündungsparameter mit 30 Probanden. Während sich die Kontrollgruppe kohlenhydrathaltig ernährte, ohne Zahnzwischenraumpflege, hat sich die Experimentalgruppe (ebenfalls ohne Zahnzwischenraumpflege) ab Woche zwei ballaststoffreicher ernährt mit Nüssen, Rohkost, Gemüse. Beide Gruppen hatten zu Beginn gleiche Plaquewerte. Nach acht Wochen zeigte sich in der Experimentalgruppe bei den Makronährstoffen (Eiweiß, Kohlenhydrate, Fette) eine Veränderung hin zu weniger Kohlenhydraten, stattdessen mehr Fett und Eiweiß, was 30 Prozent Reduktion bei den Kalorien einbrachte und einen deutlichen Anstieg bei den Mikronährstoffen (wie Vitamin E, K, B6, C, Folsäure, Magnesium). Auf der anderen Seite 70 Prozent weniger Kochsalz. Parodontal gesehen ergab sich in der Experimentalgruppe ein Gingivitisrückgang von 40 Prozent, wobei auch die Kontrollgruppe fast 20 Prozent erreichte. Als Vergleich dazu die konventionelle Therapie: Floss hat keinen Nutzen (Bercher et al., 2008), Interdentalbürstchen zeigen einen Erfolg von 34 Prozent weniger Gingivitis (Poktepic et al., 2013), und das optimale Präventionskonzept zeigt eine Verbesserung um 50 Prozent (Huguson et al., 2007). Adressiert wurde in der schwedischen Studie der Plaque-Index mit einem Ergebnis von 60 bis 80 Prozent Reduktion. „Wir hatten nicht einmal 20 Prozent Plaque-Reduktion“, so Dr. Gärtner. In seinem Fazit stellte er die Meilensteinstudie von Löe und Theilade mit der Aussage: Wenn wir zwei Wochen lang die Zähne nicht putzen, haben wir mehr Plaque und Entzündung, infrage. Gärtners Dissertation hat es dem Vernehmen nach in die New York Times geschafft. Er informierte, dass Ärzte Ernährungstherapie „verschreiben“ können. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit habe der Patient die Chance,



mithilfe eines Experten und ausreichend Zeit seine Ernährungsweise nachhaltig zu verändern. „So können wir als Zahnärzte – neben der herkömmlichen Parodontitis-therapie – unseren Patienten anbieten, ihre oralen Erkrankungen als eine präventive Chance zu sehen, anderen chronischen Entzündungserkrankungen vorzubeugen.“ Gärtner ist mit Krankenkassen und der Bundeszahnärztekammer im Kontakt, um diesen neuen Weg zu implementieren.

Fazit

Von der abrechnungsrelevanten Komponente als Einstiegsthema spannte das 17. Experten Symposium einen Bogen zur parodontalen Sanierung, Rezessionsdeckung am Implantat bis hin zur Prävention periimplantärer Entzündungen und bezog als neuen Aspekt für Zahnmediziner die Ernährung ein. Fazit: ein hochinteressanter Fortbildungstag, der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihren Bann zu ziehen vermochte und viel Neues im Bereich parodontaler Erkrankungen, ihrer Ursachen und Behandlung mit besonderem Bezug zur Implantologie erörterte. Das Update Kölner ABC-Risiko-Score und damit die Vorstellung des 17. Praxisleitfadens des BDIZ EDI lesen Sie an anderer Stelle in dieser Ausgabe.

AWU

Vorschau

Das 18. Experten Symposium findet am 19. Februar 2023 wieder in Köln statt. Thema, Programm und Anmeldung demnächst auf der Webseite des BDIZ EDI: www.bdizedi.org



ANZEIGE

Ihr erster navigierter
Implantatfall mit dem

BEGO Guide Starterpaket

EINFACH. SICHER. IMPLANTIEREN.

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

GARANTIERT EIN VOLLES
ERFOLGS PAKET

Ihr
Starterpreis
€ 399,-
zzgl. MwSt.

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

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

Juli



1. Juli

Dr. Franz-Georg Rademacher (Olpe)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

2. Juli

Dr. Bernhard Blumenröhr (Weilheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

13. Juli

Dr. Dr. H. Karin Spagert (Regenstauf)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

14. Juli

Dr. Rolf Peters (Hannover)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

15. Juli

Dr. Volker Sauerzweig, MSc
(Magdeburg)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

16. Juli

Dr. Ludwig Bogner (Berlin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Dr. Jens Knopf, MSc (Köln)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

21. Juli

Thomas Hamann (Berlin)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Dr. Uwe Wurster, MSc (Göppingen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

30. Juli

Dr. Volker Kruse (Hamburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

31. Juli

Dr. Jochen Sänger (Hofheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

August



3. August

Dr. Detlef Dieckow (Hannover)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

5. August

Dr. Olaf Preuß (Weil am Rhein)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

11. August

Dr. Carsten Klingler (Bad Salzungen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

13. August

Fried-Jörg Schulz (Kassel)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

18. August

Dr. Axel Strukmeier (Wolfenbüttel)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

23. August

Dr. Eric Coossens (Goslar)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Dr. Dr. Wolfgang Jakobs (Speicher)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

25. August

Dr. Elmar Erpelding (Altena)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Dr. Yusuf Özmen (Delmenhorst)

zur Vollendung des 60. Lebensjahres

27. August

Dr. Frank Bellmann (Langenhagen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Dr. Bernd Rupprecht, MSc

(Beuren)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

Dr. Peter Skop (Wiesbaden)

zur Vollendung des 65. Lebensjahres

28. August

Dr. Werner Faidt (Münsing)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

September



2. September

Dr. Marco Lovisa (Schwelm)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

4. September

Dr. Heinz-Uwe Eschweiler, MSc
(Hannover)
Zur Vollendung des 60. Lebensjahres

Dr. Werner Neumahr

(Durmshheim)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres



Dr. Andreas Ruhe, MSc (Bochum)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

6. September

Dr. Helmut Lindmayer (Stuttgart)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

7. September

Dr. Eric Galler (Heidesheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

9. September

Dr. Dieter Matz (Friedrichshafen)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

12. September

Dr. Jürgen Glänzer (Eisenach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

13. September

Dr. Hartwig Messinger (Dinslaken)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

17. September

Dr. Jörg-Sebastian Metz (Hamburg)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

18. September

Prof. Dr. Liviu Steier (Mayen)
zur Vollendung des 65. Lebensjahres

23. September

Dr. Carsten Ullrich (Mannheim)
zur Vollendung des 60. Lebensjahres

24. September

Dr. Helmut Hümmer (Haßfurt)
zur Vollendung des 70. Lebensjahres

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.

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin: Filmzahnärzte 1907 bis 1963

Zahnärzte im deutschen Kinofilm – Teil 1

Filmische Porträts von Zahnärzten stellen ein bedeutendes Bildarchiv dar. Sie fangen wissenschaftliche und technische Entwicklungen ein, geben zwischenmenschliche Interaktionen wieder und reflektieren gesellschaftliche Bewertungen. Damit spiegeln sie das „Image“ des Berufsstandes – im Sinne des optischen wie des gesellschaftlichen Bildes.

Bislang hat diese Welt an der Grenze von Realität und Fiktion im Rahmen einzelner Dissertationen eine gewisse Aufmerksamkeit gefunden [Gerhards, 1991; Riescher, 2001; Petzke, 2009]. Zunächst interessieren bei einer vertieften Analyse cineastischer Darstellungen banale Fakten: Woher stammen die Produktionen, wann sind sie entstanden, welchen Filmgenres sind sie zuzuordnen? Dann folgt das Zahnmedizinische: Wo wird was wie diagnostiziert oder therapiert? Ist die Schilderung authentisch? Ferner sind Gender- und Statusaspekte zu beachten, und betrachtet man alle erreichbaren Filme zusammen, folgen die wichtigsten Punkte: Wie wurde das mediale Image über die Jahrzehnte konstruiert? Welche Kontinuitäten, welche Brüche sind nachweisbar? In sechs Zeitperioden und zwei Teile gegliedert, versucht der vorliegende Beitrag Antworten auf diese Fragen zu finden.



Abb. 1: *Beim Zahnarzt (1907), Standbild. Internationale Kinematograph- und Lichtbild-Gesellschaft (Berlin). Bildzitat einer öffentlich zugänglichen Kopie des Deutschen Filminstituts (DIF).*

Kaiserreich und Weimarer Republik (1907–1932)

Bewegte Bilder und moderne Zahnmedizin entstanden zur gleichen Zeit: im wilhelminischen Deutschland und der Weimarer Republik. Das ursprüngliche „Kino der Attraktionen“ mit Streifen von einer bis drei Minuten Länge wich langsam dem „Kino des Erzählens“, das längere Geschichten schätzte, für Produktionsfirmen attraktiv wurde und bis heute gängige Berufsbilder wie Filmregisseur und Filmschauspieler schuf [Toeplitz, 1979; Balázs, 1980]. Das Medizinfach wuchs in diesen Jahren über ein rein chirurgisches Handeln hinaus und integrierte erstmals konservierende und präventive Aspekte, die Verbreitung der Leitungsanästhesie (ab 1905) und die Einführung der Röntgendiagnostik (ab etwa 1920) stellten weitere Modernisierungsschritte dar [Hoffmann-Axthelm, 1985]. Zwar wurde nach dem Ersten Weltkrieg die noch junge akademische Disziplin durch die Promotionserlaubnis aufgewertet, gleichzeitig existierte jedoch ein Dualismus von Zahnärzten und Dentisten [Groß, 2006].

Davon bot der Stummfilm seinen Zuschauern fast nichts. Erhalten sind nur sehr wenige deutsche Kurzfilme mit dentalen Motiven (Tab. 1). Keine Ausnahme, denn weltweit sind 80 Prozent aller „silent movies“ nicht archiviert oder zerstört worden [Nowell-Smith, 1998]. Leider gilt auch „Fräulein Zahnarzt“ (1919) als verschollen, das erste Werk mit einer Filmzahnärztin. Zugänglich ist dagegen ein früher Streifen, der in drei Minuten eine vollständige Zahnbehandlung vorführt: „Beim Zahnarzt“ aus dem Jahr 1907. Die Fachbezeichnung lautet „Tonbild“, weil der handgekurbelte Projektor mit einem Grammophon, auf dem eine Schellackplatte lief, synchronisiert werden musste.

Die Zuschauer blickten durch eine starre Kamera in einen Salon (Abb. 1). Der Behandler trägt Berufsoberbekleidung und verfügt über einen Zahnarztstuhl, eine Fußtretbohrmaschine, ein Tray und eine Art Speigelfaß sowie eine Haushälterin, nicht aber über eine Assistenz. Er schaut dem schmerzgeplagten Patienten kurz in den Mund, nimmt kurzentschlossen die Zange und zieht zügig den ersten Zahn. Dann wird es merkwürdig: Der Behandler inspiziert nochmals das Operationsgebiet, lacht und entfernt

rasch einen zweiten Zahn – jetzt offenbar den richtigen. Am Ende zahlt der erleichterte Schmerzpatient das Honorar und verlässt das „Atelier“.

Ein weiteres, kurz nach dem Ersten Weltkrieg entstandenes Werk führt vollends in den Bereich des Slapsticks. Der Protagonist von „Emil hat Zahnschmerzen“ (1921) unternimmt erfolglos eine Selbsttherapie seiner Beschwerden mit Wärme. Notgedrungen muss er sich einem teuflisch grinsenden Zahnarzt anvertrauen, der umgehend zur Kneifzange greift. Der weitere Vorgang bleibt für die Betrachter optisch verborgen, obwohl die Kamera bereits schwenken und zoomen konnte. Um eine komische Situation zu erzeugen, zieht der Zahnarzt erneut den falschen Zahn. Es folgen Handgreiflichkeiten vonseiten des Patienten, der die Bezahlung verweigert und seinen Peiniger auf die Straße jagt.

Nur diese zwei deutschen Stummfilme zum Thema sind heute verfügbar. Vor allem der zweite etablierte die aus Hollywood kommende Figur des „komischen“ Zahnarztes im deutschen Lichtspiel. Als fachliches Motiv dominierte die Extraktion ohne Anästhesie, damals eine international übliche Darstellung der Zahnheilkunde [Gierok/Mirza/Karenberg, im Druck]. Die Fokussierung auf das Chirurgische erklärt sich aus den Rahmenbedingungen: Die sensationshungrigen Zuschauer weideten sich am Schicksal der geplagten Mitmenschen und wurden dank drastischer Schauwerte sowie derber Situationskomik trefflich unterhalten.

NS-Zeit (1933–1945)

Anfang der 1930er-Jahre änderte sich vieles. Die Nationalsozialisten gaben nicht nur beim Film den Ton an, sondern auch in den gleichgeschalteten medizinischen Verbänden. Das berufsständische Nebeneinander existierte weiterhin, die Zahl der Dentisten (1933: 18.000) überzog die der Zahnärzte (10.000) deutlich [Rinnen/Westemeier/Groß, 2020]. Fachliche Innovationen betrafen mit Panorama-Aufnahmen und dem Werkstoff Paladon für die Prothetik vor allem Röntgen- und Zahntechnik. NS-Filme werden heute gemeinhin mit Propaganda verbunden, tatsächlich spielte quantitativ die in den UFA-Studios am Fließband produzierte „leichte Unterhaltung“ fernab des Alltages der Menschen für die nationalsozialistische Filmpolitik eine viel größere Rolle [Lowry, 1994]. Die elf im „Dritten Reich“ entstandenen Filme zum Thema fallen ebenfalls in diese Kategorie. Immerhin sieben davon sind erhalten (Tab. 2), auch in diesem Zeitabschnitt trat eine Zahnärztin auf („Meine Herren Söhne“, 1945). Allerdings verzichtete der Regisseur darauf, sie bei der Berufsausübung zu zeigen.

Die temporeiche Screwball-Komödie „Kapriolen“ führt 1937 Gustav Gründgens und Marianne Hoppe im Wartezimmer einer



Abb. 2: Hundstage (1944), Standbild. Deutschen Forst-Filmproduktion GmbH und Wien-Film. Regie Géza von Cziffra, Rolf Wanka und Wolf Albach-Retty als Zahnärzte. © Wien-Film / Mit freundlicher Genehmigung von Herbert Klemens, Filmbild Fundus.

Zahnarztpraxis zusammen, spontan verlieben sie sich ineinander. Während der anschließenden Behandlung des jungen Mannes ist nicht mehr von Extraktion, sondern von einer „Goldplombe“ die Rede. Selbst zum Urheber erotischen Knisterns wurde der Zahnarzt in einem flachen Lustspiel, das neun Monate vor Kriegsende in den Kinos startete. Hauptdarsteller in „Hundstage“ (1944) sind die Freunde und Kollegen Peter und Paul. Letzterer

Nr.	Titel	Jahr	Regisseur
1-1	Beim Zahnarzt	1907	?
1-2	Zahnarzt wider Willen	1917	?
1-3	Karlchen beim Zahnarzt	1919	Emil Albes
1-4	Fräulein Zahnarzt	1919	Joe May
1-5	Wenn Zahnarzt Krause spazieren geht	1921	(animated film)
1-6	Emil hat Zahnschmerzen	1921	Albert Lastmann
1-7	Weekend im Paradies	1931	Robert Land

Tabelle 1: Spielfilme mit Zahnarzt-Motiv (1907–1932)

hat bereits seine Helferin geehelicht, Praxisvertreter Peter bandelt mit einer Patientin an (Abb. 2). Bemerkenswert wirken in beiden Filmen vor allem die hyperrealistisch-modern anmutenden Praxen mit hydraulisch verstellbaren Zahnarztstühlen, Behandlungseinheit inklusive Doriotgestänge, Tray, Lampe, Speibecken usw. – ein Quantensprung gegenüber der Stummfilmzeit. Die Technisierung als säkularer Trend des Faches war auch im Spielfilm angekommen. Erschreckend erscheint im Rückblick allerdings der Versuch der Ausstatter, mithilfe einer aufgeräumten und fast futuristischen Praxis am Set die Illusion von Normalität und Fortschrittlichkeit im kriegszerstörten Deutschland aufrechtzuerhalten.

Insgesamt festigte sich im NS-Kino der Auftritt der Zahnarztfigur in der Komödie, ohne dass die berufliche Tätigkeit selbst ein komisches Element kreierte. In knapp der Hälfte der erhaltenen Filme spielte der Zahnarzt sogar die Hauptrolle. Dennoch blieben Behandlungsszenen kurz, ein Kennzeichen auch späterer Produktionen. Die zuvor dominante Extraktion wurde durch eine zahnerhaltende Therapie abgelöst, einmal sogar eine prothetische angedeutet. Entsprechend der NS-Filmpolitik sollten die Lustspiele von der Wirklichkeit ablenken und ein normales Leben, wozu eben auch Zahnarztbesuche gehörten, vorgaukeln.

Nr.	Titel	Jahr	Regisseur
2-1	Liebe und Zahnweh	1934	Georg Jacoby
2-2	Wette um einen Kuss	1936	Jürgen von Alten
2-3	Vier Mädels und ein Mann	1936	Peter Paul Brauer
2-4	Der Prüfstein	1937	Ernst Martin
2-5	Kapriolen	1937	Gustaf Gründgens
2-6	Der Maulkorb	1938	Georg Jacoby and others
2-7	Großalarm	1938	Robert Land
2-8	Die unheimliche Wandlung des Alex Roscher	1943	Paul Ostermayr
2-9	Gefährlicher Frühling	1943	Hans Deppe
2-10	Hundstage	1944	Geza von Cziffra
2-11	Meine Herren Söhne	1944	Robert A. Stemmle

Tabelle 2: Spielfilme mit Zahnarzt-Motiv (1933–1945)

Nr.	Titel	Jahr	Regisseur
3-1	Affaire Blum	1948	Erich Engels
3-2	Die Frau von gestern Nacht	1949	Arthur M. Rabenalt
3-3	Peter als Zahnarzt	1950	Hans Böhlke
3-4	Meine Nichte Susanne	1952	Wolfgang Liebeneiner
3-5	Liebe im Finanzamt	1952	Kurt Hoffmann
3-6	Heute heiratet mein Mann	1956	Kurt Hoffmann
3-7	Besondere Kennzeichen: keine	1956	Joachim Kunert
3-8	Alter Kahn und junge Liebe	1957	Hans Heinrich
3-9	Die Zürcher Verlobung	1957	Helmut Käutner
3-10	Witwer mit fünf Töchtern	1957	Erich Engels
3-11	Der Maulkorb	1958	Wolfgang Staudte
3-12	Die feuerrote Baronesse	1958	Rudolf Jugert
3-13	Ein Engel auf Erden	1959	Géza v. Radványi and others
3-14	Buddenbrooks	1959	Alfred Weidenmann
3-15	Drei Kapitel Glück	1961	Walter Beck
3-16	Die Türkischen Gurken	1962	Rolf Olsen
3-17	Meine Tochter und Ich	1963	Thomas Engel

Tabelle 3: Spielfilme mit Zahnarzt-Motiv (1946–1963)

Nachkriegszeit (1946–1963)

Schon in den Jahren unmittelbar nach Kriegsende entwickelten sich die beiden Teile Deutschlands auseinander. Es begann auch das Nebeneinander von zwei Filmwelten, mit einer an Hollywood orientierten Filmindustrie im Westen und der Deutschen Film AG (DEFA) im Osten. Obwohl viele Produktionen im Rückblick flach und affirmativ anmuten – „Amusement ohne wirklichen Tiefgang“ –, waren es doch goldene Jahre. Spitzenwerte von fast 10.000 Lichtspieltheatern mit über einer Milliarde Besuchern deutschlandweit sprechen für sich; jeder Bürger ging im Schnitt mehr als zehn Mal pro Jahr ins Kino, wozu der Durchbruch des Farbfilms beitrug [Deutscher Film, 1945–1990]. Auch der Wiederaufbau der zahnmedizinischen Versorgung verlief getrennt [Groß, 2019]. Dem Bundesverband Deutscher Zahnärzte im Westen stand die Deutsche Gesellschaft für Stomatologie im Osten gegenüber. Auf beiden Seiten des Eisernen Vorhanges kam es zur Aufhebung des Dualismus und zur Integration

der Dentisten in den Zahnärztstand. Technische Weiterentwicklungen betrafen wiederum vor allem das zahnärztliche Röntgen (OPTG), großen Aufschwung nahm auch die Funktionskieferorthopädie [Baltes, 2013].

Die Frequenz von rund einer Zahnarztrolle pro Filmjahr aus der NS-Zeit findet sich unverändert auch im Nachkriegskino, mit deutlichem Übergewicht zugunsten des Westens (Tab. 3). Es begann die Zeit bekannter Filmzahnärzte wie Werner Finck und Heinz Rühmann, noch bekannterer Filmpatienten wie Romy Schneider und Hans-Joachim Fuchsberger und dramaturgisch zentraler Zahnarzt-Szenen, etwa in der Klamotte „Witwer mit fünf Töchtern“ (1957) oder dem Lustspiel „Die Zürcher Verlobung“ (ebenfalls 1957). Endlich traten in zwei Alltagskomödien beruflich aktive Filmzahnärztinnen auf – 50 Jahre nach Beginn des Frauenstudiums.

Der Zahnarztbesuch des Senators Thomas in den „Buddenbrooks“ ist vor allem Literaturliebhabern bekannt. Bereits 1923



Abb. 3: *Meine Tochter und Ich* (1963), Filmplakat. KG DIVINA-FILM GmbH & Co. Regie Thomas Engel, Heinz Rühmann als Zahnarzt. © Gloria/Mit freundlicher Genehmigung von Herbert Klemens, Filmbild Fundus.

wurde der Roman erstmals verfilmt, ohne allerdings dem berühmten-berühmten Zahnarzt Brecht einen Auftritt zu gönnen [Pommer, 1923]. Im Jahr 1959 folgte ein historisierendes Remake, das nun die Behandlung – oder besser den Behandlungsversuch – aufnahm. Es gehört fast zur medizinischen Allgemeinbildung, dass kein genuin orales Problem Thomas Buddenbrook in die Praxis geführt hatte, sondern kardial bedingte Schmerzen, die sich in den rechten Unterkieferbereich projizierten. Herr Brecht wäre deshalb eventuell eine Fehldiagnose und eine nicht lege artis durchgeführte Extraktion mit Frakturierung eines Molaren und drei abgebrochenen Wurzeln anzulasten, kaum aber der kurz darauf folgende Sekunden-Herztod des Senators. Bei dieser filmischen Darstellung des seltenen „Buddenbrook-

Syndroms“ [Moog, 2003] fallen leichte Abweichungen zur literarischen Vorlage und zur Wirklichkeit auf: Im Roman verblieben vier Wurzelreste in situ, realiter strahlte der Schmerz viel öfter in die linke Regio mandibularis aus.

In der Komödie „Meine Tochter und Ich“ (1963) (Abb. 3) sanierte Heinz Rühmann alias Dr. med. dent. Robert Stegemann in einer Sequenz seiner ängstlichen Patientin nicht nur das Gebiss, sondern heilte auch ihre durch die Zeitläufte verwundete Seele: „Tapferkeit ist die Überwindung unserer Angst“, „Jetzt haben wir es schon geschafft“, „sieht schon ganz schön aus“, „nur noch kleine Korrekturen nötig“. Sicher ist es eine gewagte, dennoch plausible Interpretation, die sanierten Zahnreihen mit der wiederaufgebauten Bundesrepublik gleichzusetzen und die Aufbau-Generation mit dem Zahnarzt, der im letzten Jahr der Adenauer-Ära Bilanz zieht nach ebenso entbehrungsreichen wie dann wirtschaftlich erfolgreichen Nachkriegsjahren. Anders formuliert: Die gelungene restaurative Therapie wird zum Symbol für die gelungene politisch-gesellschaftliche Restauration in der Bundesrepublik und den damit verbundenen Werten.

Im Rückblick auf die Jahre 1948–1963 lässt sich resümieren: Die Zahnarztrolle blieb in beiden Nachkriegsdeutschlands mäßig populär, als Genre standen Komödien im Mittelpunkt. Im Westen entstand die Figur des gereiften, jovial-kompetenten Behandlers; auch diese durchaus ein Spiegelbild der Zeit. Führend war nun die Zahnerhaltung, Extraktionen wurden selten gezeigt und galten fast schon als Anachronismus.

(Teil 2 folgt in der nächsten Ausgabe)

Literatur unter www.bdizedi.org/news

Dennis Henkel¹, Andreas Petzke², Axel Karenberg¹, Joachim Zöller³

¹ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Uniklinik Köln und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

² Zahnarztpraxis, Josef-Schregel-Straße 31, 52349 Düren

³ Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Kontakt

Prof. Dr. med. Axel Karenberg

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Uniklinik Köln
Joseph-Stelzmann-Straße 20
50931 Köln

Tel.: +49 221 4785266
ajg02@uni-koeln.de

PATENT™ Im Vertrieb von Champions

Das biologische Keramikimplantat mit vielen Vorteilen

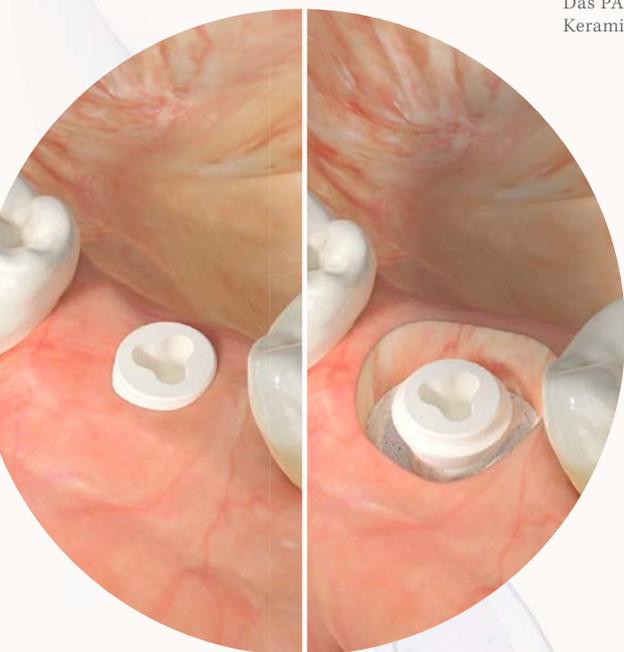
- **Raue Oberfläche** – mit einem patentierten Produktionsverfahren zur besten Osseointegration
- **Keine Neukonstruktion** – seit 2004 auf dem Markt und bewährt
- **Wissenschaftliche Studien** – auch Langzeitstudien über 9 Jahre bestätigen eine Osseointegrationsrate von ca. 95 %
- **Periimplantitis** – sehr geringes Risiko, da der Post bakteriendicht supragingival verklebt wird – spaltfrei
- **Bakteriendichtigkeit** – das zweiteilige Implantatssystem ist völlig spaltfrei, statt Spaltgrößen von 60 bis 80 µm, wie bei verschraubten Zirkonimplantaten
- **Zweiteiliges Implantatsystem** ab \varnothing 3,5 mm
- **0,25 % Aluminiumoxid** – statt 25 % (ATZ-Implantate)



Das PATENT-
Keramikimplantat



Stanz- &
Bohrersequenz



Ideal als Spät- und Sofortimplantat

Auch wenn Spätimplantate die Regel sind, sind Sofortimplantate die Zukunft moderner Implantologie. Alle Kniffe und Tricks lernen Sie in den Fortbildungen der Future Dental Academy kennen.

future-dental-academy.com

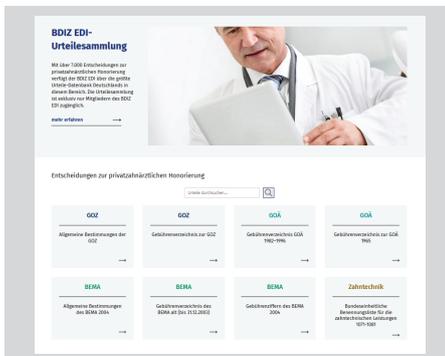


Sofortimplantation eines
PATENT-Keramikimplantats

Servicenummer: 06734 91 40 80
champions-implants.com

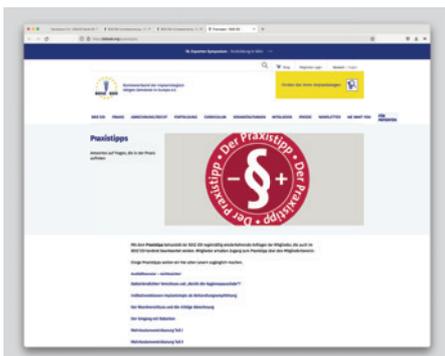
CHAMPIONS

Wussten Sie schon, ...



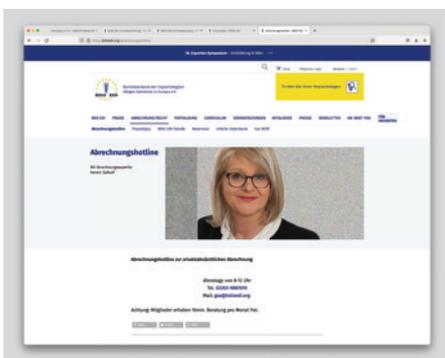
... dass der BDIZ EDI mit weit über 7.000 Entscheidungen über die größte Urteilesammlung zur privatärztlichen Honorierung, zu BEMA und zum Zahnarztrecht Deutschlands verfügt? Die Urteilesammlung ist exklusiv nur Mitgliedern des BDIZ EDI zugänglich. Das Nachlagewerk für den implantologisch tätigen Zahnarzt und Behandler dient der Unterstützung im Umgang mit den Kostenerstatter. Nach Suchbegriffen und Gebührenpositionen sortiert und damit am Bedarf der Anwender orientiert, hat der Justitiar des Verbandes, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, die Gerichtsurteile zusammengestellt und ausgewertet, darunter auch Instanzenentscheidungen: Diese lassen erkennen, ob seitens der Kostenerstatter zitierte Entscheidungen inzwischen von höheren Instanzen aufgehoben wurden und insofern keine Rechtsgültigkeit mehr besitzen.

Mehr dazu: <https://bdizedi.org/bdiz-edi-urteilesammlung/>



... dass der Praxistipp regelmäßig im *BDIZ EDI konkret* unter der roten Rubrik „Abrechnung & Recht“ erscheint und wiederkehrende Anfragen von Mitgliedern aufgreift, die unsere Abrechnungshotline konsultieren? Hier fassen wir den jeweiligen Themenkomplex in der Übersicht zusammen und geben natürlich die erwarteten Antworten. Der Praxistipp erscheint auch online.

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



... dass unsere Abrechnungshotline immer dienstags von 8 bis 12 Uhr erreichbar ist? Mitglieder erhalten 15 Min./Monat freie Beratung durch Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff, die die Hotline betreut. Nichtmitglieder erhalten einmalig 10 Min. Beratungszeit. Darüber hinaus wird eine Gebühr fällig. Hotline: +49 2203 9887670 oder schneller via Mail an goz@bdizedi.org

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



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

Profitieren auch Sie von einer Mitgliedschaft im BDIZ EDI

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

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Homepage _____

Geburtsdatum _____ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit _____ Curriculum Implantologie seit _____

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

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

Vollversammlung des Council of European Dentists (CED)

Digitale Kompetenz verbessern

Zahnärzte sollen ihre digitalen Kompetenzen erweitern, forderte der Council of European Dentists (CED) auf seiner Vollversammlung in Porto. Es gebe Anhaltspunkte dafür, dass die digitale Bildung im Studium unzureichend sei.

Der CED hat in seinem Arbeitspapier eine Auflistung von digitalen Kompetenzen vorgenommen, die Studierende der Zahnmedizin benötigen, um in ihrer beruflichen Praxis als Zahnärzte tätig zu sein. Dazu gehört zum Beispiel die Vertrautheit mit digitalen Gesundheitslösungen (etwa für Telemedizin, eHealth, mHealth, Augmented Reality und künstliche Intelligenz) sowie Wissen darüber, wie sie effizient, sicher und ethisch vertretbar eingesetzt werden können. Die Interessen des Patienten sollten dabei im Mittelpunkt stehen.

Zahnärztinnen und Zahnärzte müssten ihr Verständnis dafür erweitern, wie sich zahnmedizinische Anwendungen, Telemedizin, digitale Workflow-Modelle, digitale Gesundheitsinformationen und KI-Geräte entwickeln und die traditionelle zahnärztliche Praxis beeinflussen, stellte der CED auf seiner halbjährlichen Vollversammlung in Porto, Portugal, heraus. Die Zahnärzteschaft müsse lernen, wie sie diese neu entstehenden digitalen Gesundheitswerkzeuge nutzen und ihre digitalen Kompetenzen (eSkills) verbessern könne, heißt es in einem auf der Versammlung verabschiedeten Arbeitspapier.

Derzeit gebe es allerdings Anhaltspunkte dafür, dass die digitale Bildung und praktische Ausbildung für Angehörige der Gesundheitsberufe im Grundstudium unzureichend sei. Gleichzeitig werde erwartet, dass in der Europäischen Union (EU) die Nachfrage nach digitalen Kompetenzen im Gesundheitssektor bis 2030 erheblich steige. Es gelte, die digitalen Kompetenzen der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu stärken und sicherzustellen, dass sie auf dem neuesten Stand sind.

Arbeitspapier für Studierende und Zahnärzte

Ferner zählt der CED dazu Computerkenntnisse, Verständnis der Leistung und Kompatibilität medizinischer Geräte, mobile Apps, Cloud-Speicher, Surfen im Internet (einschließlich der Suche nach verlässlichen Informationsquellen im Internet) und die Fähigkeit, Informationen mithilfe eines intelligenten Geräts („Smart Device“) zu lesen, zu verstehen und weiterzugeben. Auch kritisches Wissen über Formate von Röntgen- und Scan-Dateien, deren Verarbeitung und zulässige Komprimierung sowie Schnittstellen gehöre dazu.

Auf der Versammlung hat der CED außerdem eine Stellungnahme zur Zahnmedizin und Patientensicherheit während der Corona-Pandemie verabschiedet. Unter anderem betont der Verband, dass zahnmedizinische Versorgung als grundlegende medizinische Versorgungsleistung betrachtet werden sollte und nicht aufgrund von Schwankungen der COVID-19-Pandemie aufgeschoben werden dürfe. Ein Aufschub der zahnmedizinischen Versorgung hätte schwerwiegende negative Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung.

Die Zahnmedizin habe sich als sicher für Patienten, Mitglieder des zahnärztlichen Teams und auch für die Zahnärzte selbst erwiesen, betont der CED. Wirksame persönliche Schutzausrüstung werde zum Schutz sowohl des medizinischen Personals als auch des Patienten eingesetzt. Ferner sollten Patienten – ungeachtet der Art und der Größe der Praxis – überall auch in Pandemiezeiten denselben sicheren Behandlungsstandard erhalten, fordert der Verband.

Quellen: zm, Brüsseler Büro der BZÄK, CED

NEWS-TICKER

National Health Service in Großbritannien

Outsourcing auf dem Vormarsch

Britische Ärzte schlagen Alarm: Immer mehr medizinische Dienstleistungen im staatlichen Gesundheitsdienst NHS werden von privaten Anbietern erbracht. Die Coronapandemie hat diesen Trend beschleunigt. Outsourcing von Gesundheitsleistungen ist das Zauberwort britischer Gesundheitspolitiker. Der Trend ist eindeutig: In den vergangenen 15 Jahren hat sich der Anteil privat erbrachter medizinischer Dienstleistungen im staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) verzehnfacht. Ärzteverbände schlagen Alarm. Wie der größte und gesundheitspolitisch einflussreichste Berufsverband von Ärzten im Königreich, British Medical Association (BMA), jetzt in einem neuen Report zum Thema „Outsourcing im NHS“ kritisch feststellte, ist der Trend, Operationen und fachärztliche Behandlungen an Privatanbieter zu vergeben, nicht neu. Die Pandemie habe die Versorgungslage noch weiter verschlechtert. „Die NHS-Wartelisten sind auf Rekordniveau, und in den nächsten Jahren, wenn der NHS versucht, die durch die COVID-Pandemie entstandenen langen Wartelisten abzuarbeiten, dürfte dies ohne massive Beteiligung privater Anbieter nicht funktionieren“, hieß es in London.

Quelle: Ärzte Zeitung

ERO in der FDI

Frühjahrskonferenz in Bukarest



Am 29. und 30. April fand die Frühjahrskonferenz der European Regional Organisation (ERO) des Weltverbands der Zahnärzteschaft FDI statt. Dr. Simona Dianišková, Slowakei, übernahm turnusgemäß die Präsidentschaft von ihrem Vorgänger Dr. Michael Frank, Deutschland. In den ERO-Vorstand wurden Dr. Edoardo Cavallé, Italien, als President-Elect, Dr. Oliver Zeyer, Schweiz, als Schatzmeister, Dr. Taner Yücel, Türkei, als Generalsekretär und Prof. Dr. Paula Perlea, Rumänien, als Vorstandsmitglied gewählt. Eine Solidaritätsbekundung mit der Ukraine wurde mit großer Mehrheit durch das Plenum verabschiedet.

Quelle: klartext der BZÄK

EU-Datenschützer zum Data Act

Schwere Bedenken



Mit ihrem Entwurf für ein Datengesetz sei die EU-Kommission übers Ziel hinausgeschossen. Dies monieren der Europäische Datenschutzausschuss (EDSA) und der EU-Datenschutzbeauftragte Wojciech Wiewiórowski in einer gemeinsamen Stellungnahme. Sie fordern die EU-Gesetzgeber nachdrücklich auf, dafür zu sorgen, dass die verbrieften Rechte der Bürger beachtet werden. Dies sei entscheidend, da der vorgesehene Data Act auch für hochsensible personenbezogene Daten gelten würde. Laut Heise.de besteht das Kernanliegen der Initiative der Kommission darin, den Datenaustausch zwischen Unternehmen untereinander und mit der öffentlichen Hand voranzubringen, neue Datenzugangsrechte bei vernetzten Produkten einzuführen sowie den internationalen Datentransfer sicherer zu machen. Jeder Nutzer soll Zugriff auf alle Informationen erhalten, zu deren Erzeugung er beigetragen hat. Der EDSA und Wiewiórowski raten dem EU-Parlament und dem Ministerrat, die Möglichkeiten zur Verwendung einschlägiger Daten klar zu beschränken. Starke Bedenken haben die EU-Datenschützer hinsichtlich der von der Kommission ins Spiel gebrachten Notfallklausel. Öffentliche Stellen dürften demnach etwa bei Naturkatastrophen, Pandemien und Terroranschlägen in verhältnismäßigem Umfang auf private Daten zugreifen. Die Kontrolleure stellen die „Rechtmäßigkeit, Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit“ dieser Passage infrage.

Quelle: Heise.de

Deutscher Versandhändler übernimmt die Basler Medgate-Gruppe

Internationale Ambitionen in der Telemedizin

Mit der Swisscom und den Aevis-Privatspitälern hatte die Basler Telemedizin-Firma Medgate bisher renommierte Schweizer Partner an ihrer Seite. Erstere stand für ihre Technologieexpertise und war mit 40 Prozent an der Schweizer Gesellschaft beteiligt. Letztere schien als Gesundheitspartner prädestiniert und war mit 40 Prozent an der Holding beteiligt. Beide haben nun verkauft: Medgate hat sich einen neuen Partner gesucht, der ihre internationalen Ambitionen unterstützt. Neuer Mehrheitsaktionär ist die deutsche Versandhandelsgruppe Otto (Otto, Quelle, Manufactum, Bonprix). Der Riese, der einen Jahresumsatz von 15 Milliarden Euro auf die Waage bringt, hat zwar keine Erfahrungen im E-Health-Bereich, dafür solche beim digitalen Geschäft. Den Partnerwechsel verbindet Medgate mit einem Schulterchluss: So kommt die Kölner E-Health-Plattform BetterDoc ebenfalls unter das Dach der Medgate Holding. Während Medgate telemedizinische Beratung und Behandlung anbietet, hilft BetterDoc bei der Suche nach ärztlichen Spezialisten. Medgate ist ein akzeptierter Partner für Krankenkassen. Die Dienste von BetterDoc stoßen jedoch vor allem bei Hausärzten auf Kritik. In den Diensten von Krankenkassen sollen sie nämlich nicht nur taugliche Fachärzte vermitteln, sondern mit verordneten Zweitmeinungen vor allem die Zahl der nicht zwingend notwendigen Eingriffe minimieren.

Quelle: Luzerner Zeitung

Treffen der Gesundheitsminister

G7-Staaten schmieden Pandemie-Pakt

Angesichts der Pandemie-Folgen wollen die Gesundheitsminister der G7-Staaten vorsorgen. Um auf künftige Ausbrüche effektiver zu reagieren, soll die WHO mehr Geld bekommen und ein weltweites Experten-Netzwerk aufgebaut werden. Die G7-Gesundheitsminister haben sich bei ihrem Treffen in Berlin auf einen Pakt geeinigt, um Pandemien zu bekämpfen, meldet die Tagesschau. Ziel sei es, Ausbrüche künftig schneller zu erkennen und effektiver darauf zu reagieren, sagte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zum Abschluss der Beratungen. Dafür sollen weltweite Expertennetzwerke aufgebaut werden. Mit dem Pandemie-Pakt (englisch: G7-Pact for Pandemic Readiness) würden die Frühwarnsysteme zur effektiven Pandemie-Vorsorge gestärkt, sagte Lauterbach. Der sogenannte Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence der Weltgesundheitsorganisation (WHO) soll als Knotenpunkt genutzt werden, damit Daten schneller analysiert und genutzt werden können, beschloss die Teilnehmer.

Quelle: Tagesschau.de

British Dental Association zum NHS

Kinder haben keinen Zahnarzt



In Großbritannien haben Grundschullehrer offenbar Wohltätigkeitsorganisationen darum gebeten, den Kindern Zugang zur zahnärztlichen Versorgung zu verschaffen. Insgesamt 12,5 Millionen Behandlungen für Kinder sind seit dem Lockdown bereits ausgefallen, rügt die British Dental Association (BDA). Laut Ärzte Zeitung fordern Zahnärzte zügige Reformen des NHS, da Wohltätigkeitsorganisationen bereits einspringen, um Schulkindern eine zahnmedizinische Versorgung zu ermöglichen. Die BDA bezieht sich auf Veröffentlichungen der BBC, wonach sich Lehrer der Trinity Academy-Grundschule in Calderdale an die örtlichen Behörden gewandt hatten, da es vor Ort keine Zahnarztpraxen gibt, die eine NHS-Versorgung der Schulkinder anbieten können. Die Behörden beauftragten laut BBC daraufhin Dentaid, um die Schüler zu untersuchen und zu behandeln. Zugangsprobleme sind schon seit einer Generation die Regel: Seit 2006 sind Zahnärzte gezwungen, nach einem weiterhin diskreditierten NHS-Zielvertrag zu arbeiten, bei dem die Praxen eine bestimmte Menge an Leistungen erbringen müssen. Die BDA hat die Regierung aufgefordert, die Dringlichkeit des Problems anzuerkennen und die notwendigen Mittel für den Wiederaufbau und die Reform des Dienstes bereitzustellen. Die NHS-Zahnmedizin liege in den letzten Zügen, sagt BDA-Vorsitzender Eddie Crouch Crouch: „Überlastet, unterfinanziert und mit einem noch nie dagewesenen Rückstau konfrontiert, sind viele Zahnärzte am Ende ihrer Kräfte.“

Quelle: Ärzte Zeitung

30. Europa-Ausschuss des BDIZ EDI in Köln

Große Nachfrage nach implantologischer Fortbildung

Auch 2022 kamen die Repräsentanten der assoziierten Partnerverbände des BDIZ EDI und geladene Gäste am Rande des 17. Experten Symposiums zusammen, um sich auszutauschen. Das große Thema Anfang Mai in Köln war die Corona-bedingte Situation der Zahnärzte in den verschiedenen Ländern.

Das Gremium setzte sich aus den folgenden Teilnehmern zusammen: Christian Berger, Dr. Renate Tischer und Anita Wuttke seitens des BDIZ EDI, Prof. Dr. Antonio Felino (Portugal), Dr. Fisnik Kasapi (Mazedonien), Dr. Davorin Simunovic und Dr. Deni Milevcic (Kroatien), Prof. Dr. Vitomir Konstantinovic (Serbien), Dr. Zoran Marjanovic (Serbien), Dr. J.W. Vaartjes (Niederlande) und Dr. Eimear O'Connell (Großbritannien).

In den Berichten aus den Ländern zeigte sich, dass es der implantologischen Fortbildung in einigen Ländern an seriösen Anbietern bzw. Angeboten mangelt. In Großbritannien gibt es nach Ansicht der Präsidentin der ADI UK, Dr. Eimear O'Connell, viele sehr unterschiedliche Anbieter im Markt. Auf der anderen Seite gäbe es viele junge Zahnärzte/-innen, die zu schnell implantieren würden, ohne die notwendige Ausbildung zu haben. Prof. Dr. Antonio Felino hob die Qualität der Zahnmedizin in Portugal hervor, beklagte aber auch die Flut der Zahnmedizinabsolventen, die das Land nicht aufnehmen könne. Zudem würde sich der Großteil auf Oralchirurgie fokussieren. Prof. Dr. Vitomir Konstantinovic bestätigte für Serbien, dass der Großteil der oralimplantologischen Fortbildung industriegesteuert sei. Dr. Zoran Marjanovic, Vizepräsident der USSI EDI, ergänzte zur serbischen Situation, dass es schwer sei Partner zu finden, um ein Curriculum Implantologie nach BDIZ EDI-Muster umzusetzen. Dr. Fisnik Kasapi, EDI Macedonia, beklagte den ständigen Wechsel in der Regierung von Mazedonien und damit verbunden den Mangel an Gesetzgebung. Derzeit versuche die Zahnärztekammer das Anästhesie-Problem zu lösen. Sedierung erfolge derzeit ausschließlich in Krankenhäusern.

Das Problem von ausbleibenden Patienten in Zusammenhang mit der Coronapandemie scheint sich aufzulösen. Patienten gebe es genug, das Problem sei Praxismitarbeiter/-innen zu finden, ließ Dr. Jan Willem Vaartjes wissen. Derzeit gehe er gegen die niederländische Antibiotika-Leitlinie vor, die vorsieht, die Gabe von Antibiotika zu reglementieren. Für Deutschland berichtete



Stelldichein der Mitglieder des Europa-Ausschusses im Hotel Dorint in Köln.

BDIZ EDI-Präsident Christian Berger von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht.

Anita Wuttke bedankte sich bei allen Beteiligten für die intensive Zusammenarbeit in Bezug auf das *EDI Journal*. Sie informierte über den Wechsel des Verlages. Nach vielen Jahren der Zusammenarbeit sei der BDIZ EDI jetzt zur OEMUS MEDIA gewechselt.

AWU

Ausblick auf 2023

Das 18. Experten Symposium des BDIZ EDI und damit auch der 31. Europa-Ausschuss finden am 17./18. Februar 2023 wieder in Köln statt. Der BDIZ EDI wird auch auf der IDS 2023 mit eigenem Stand dabei sein.



© lizaelesina – stock.adobe.com

EuGH-Urteil zum Vertrieb von rezeptfreien Arzneimitteln in andere EU-Staaten

Ausnahmen nur in besonderen medizinischen Bedarfswfällen

Wenn ein Arzneimittel in einem Mitgliedstaat der EU rezeptfrei verkauft werden darf, bedeutet dies nicht automatisch, dass es auch in anderen EU-Staaten vertrieben werden darf. Das entschied der Europäische Gerichtshof in Luxemburg.

Demnach darf ein in einem Mitgliedstaat nicht der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegendes Arzneimittel in einem anderen Mitgliedstaat nur dann vertrieben werden, wenn auch dieser Staat oder die EU-Kommission sein Inverkehrbringen genehmigt. Ausnahmen sind nach dem Urteil nur in besonderen medizinischen Bedarfswfällen möglich.

Auslöser des EuGH-Verfahrens war ein Rechtsstreit in Ungarn. Dort klagt das Unternehmen Pharma Expressz vor einem Gericht gegen die behördliche Aufforderung, den nicht über ein Sonderverfahren abgewickelten Vertrieb von bestimmten Arzneimitteln einzustellen. Das ungarische Gericht bat dann den EuGH um eine Auslegung der EU-Arzneimittelrichtlinie.

Nach ungarischem Recht dürfen Arzneimittel, die über keine von den ungarischen Behörden oder der Europäischen Kommission erteilte Genehmigung für das Inverkehrbringen verfügen, nur unter strengen Auflagen vertrieben werden. Diese sehen laut EuGH vor, dass die Verwendung zu therapeutischen Zwecken den ungarischen Behörden von verschreibenden Ärztinnen und Ärzten mitgeteilt wird. Diese müssen zudem eine Stellungnahme dieser Behörden zur Anwendung einholen.

Verstoß gegen EU-Recht?

Pharma Expressz hatte den Bescheid der ungarischen Behörden beim Fővárosi Törvényszék (Hauptstädtisches Stuhlgericht, Ungarn) angefochten, das den Gerichtshof um Klärung der Frage



ersucht hat, ob es nicht gegen das Unionsrecht verstoße, die Einhaltung dieser Formalitäten für den in Ungarn erfolgenden Vertrieb von Arzneimitteln zu verlangen, deren Inverkehrbringen als nicht der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegende Arzneimittel durch einen anderen Mitgliedstaat genehmigt wurde.

EuGH: Ohne Genehmigung kein Vertrieb

Der EuGH wies darauf hin, dass nach der Arzneimittelrichtlinie ein Arzneimittel in einem Mitgliedstaat erst dann in den Verkehr gebracht werden darf, wenn die zuständige Behörde dieses Mitgliedstaats oder die Kommission in Anwendung des dafür vorgesehenen zentralisierten Verfahrens eine Genehmigung für das Inverkehrbringen erteilt hat. Verfügt ein Arzneimittel also nicht über eine von der zuständigen Behörde des Mitgliedstaats, in dem es zum Verkauf angeboten wird, oder eine nach dem zentralisierten Verfahren erteilte Genehmigung für das Inverkehrbringen, darf es in diesem Staat nicht vertrieben werden, und zwar unabhängig davon, dass es in einem anderen Mitgliedstaat ohne ärztliche Verschreibung verkauft werden darf, durch einen Mitgliedstaat genehmigt wurde, durch einen anderen Mitgliedstaat, der dessen Vertrieb nicht genehmigt hat, ebenfalls als nicht der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegendes Arzneimittel anzusehen ist, sondern steht ganz im Gegenteil dieser Möglichkeit entgegen.

Ausnahme ist ordnungsgemäße Umsetzung

Schließlich stellte der Gerichtshof fest, dass die sich aus den ungarischen Rechtsvorschriften ergebenden Formalitäten offen-

bar die Umsetzung einer in der Arzneimittelrichtlinie vorgesehenen Ausnahme in ungarisches Recht darstellen, die in besonderen medizinischen Bedarfsfällen das Inverkehrbringen von Arzneimitteln in einem Mitgliedstaat gestattet, selbst wenn keine von diesem Staat oder der Kommission erteilte Genehmigung für das Inverkehrbringen vorliegt. Da Ungarn mit der Einführung dieser Formalitäten eine ordnungsgemäße Umsetzung dieser Ausnahme vorgenommen hat, können sie jedoch nicht als mengenmäßige Einfuhrbeschränkungen oder Maßnahme gleicher Wirkung im Hinblick auf den Grundsatz des freien Warenverkehrs eingestuft werden.

Anerkennungsantrag wurde nicht gestellt

Zu dem in der Arzneimittelrichtlinie vorgesehenen Verfahren der gegenseitigen Anerkennung einer Genehmigung für das Inverkehrbringen stellt der Gerichtshof fest, dass es unter strengen Voraussetzungen durchgeführt wird und davon abhängt, dass der Inhaber einer Genehmigung für das Inverkehrbringen eines bestimmten Arzneimittels in einem Mitgliedstaat einen Antrag auf Anerkennung dieser Genehmigung in den anderen Mitgliedstaaten stellt, was nicht den Umständen der vorliegenden Rechtssache entspricht. Folglich verlangt die Arzneimittelrichtlinie nicht nur nicht, dass ein Arzneimittel, dessen Inverkehrbringen als nicht der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegendes Arzneimittel durch einen Mitgliedstaat genehmigt wurde, durch einen anderen Mitgliedstaat, der dessen Vertrieb nicht genehmigt hat, ebenfalls als nicht der ärztlichen Verschreibungspflicht unterliegendes Arzneimittel anzusehen ist, sondern steht ganz im Gegenteil dieser Möglichkeit entgegen. Schließlich stellt der Gerichtshof fest, dass die sich aus den ungarischen Rechtsvorschriften ergebenden Formalitäten offenbar die Umsetzung einer in der Arzneimittelrichtlinie vorgesehenen Ausnahme in ungarisches Recht darstellen, die in besonderen medizinischen Bedarfsfällen das Inverkehrbringen von Arzneimitteln in einem Mitgliedstaat gestattet, selbst wenn keine von diesem Staat oder der Kommission erteilte Genehmigung für das Inverkehrbringen vorliegt.

Da Ungarn mit der Einführung dieser Formalitäten eine ordnungsgemäße Umsetzung dieser Ausnahme vorgenommen hat, können sie jedoch nicht als mengenmäßige Einfuhrbeschränkungen oder Maßnahme gleicher Wirkung im Hinblick auf den Grundsatz des freien Warenverkehrs eingestuft werden.

Quelle: Pressemitteilung des EuGH vom 8. Juli 2021, Urteil in der Rechtssache C-178/20

Serie

Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 4)



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

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

Posener Straße 1
71063 Sindelfingen
Tel.: +49 7031 9505-27
E-Mail: syr@rpmed.de
(Sybill Ratajczak)
Fax.: +49 7031 9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

INHALT

- Zahnärzte mit Zulassung in einem Mitgliedstaat der EU
- Assistenten in MVZ
- Abtretung von Honorarforderungen gegen die KZV
- Fachgebietsbezeichnung

Zahnärzte mit Zulassung in einem Mitgliedstaat der EU

Wenn ein Zahnarzt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union über eine Approbation oder eine dieser vergleichbaren Zulassung verfügt und dort niedergelassen ist, hat das nach Art. 5 Abs. 1 der Europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG zur Konsequenz, dass er in allen Mitgliedstaaten behandeln darf. Davon zu trennen ist die Frage, wer seine Behandlung zu bezahlen hat. Der so im EU-Ausland behandelnde Zahnarzt ist, wenn er in Deutschland behandelt, Privat Zahnarzt und damit kein Behandler i. S. des § 76 SGB V. Die gesetzliche Krankenversicherung muss seine Behandlung – außer in Notfällen – nicht bezahlen.

Mit einem solchen Fall hatte sich das LSG Hessen in einem Urteil vom 15.07.2021 – L 8 KR 222/20 – zu befassen.

Eine in Hessen zugelassene Zahnärztin hatte für einen Kassenpatienten am 19.04.2016 einen Heil- und Kostenplan erstellt. Der Festzuschuss betrug 657,89 €. Die Krankenkasse genehmigte den Plan am 04.05.2016. Mit E-Mail vom 19.05.2016 übersandte der Patient seiner Krankenkasse die Kopie einer Seite mit Informationen der „Zahnarztpraxis ‚D.‘ in A-Stadt“, auf der von einem namentlich nicht benannten Zahnarzt mit 25 Jahren Berufserfahrung u. a. angegeben wird, nicht selber direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Die Patienten sollten daher mit einem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eines anderen Zahnarztes zu ihm kommen. Weiter heißt es darin wörtlich: „Sie werden dann von mir aufgeklärt, dass ich nicht direkt mit den gesetzlichen Kranken-

kassen abrechne... Die Kasse zahlt dann den Festzuschuss direkt an den Patienten.“

Nach Mitteilung des Patienten, dass es sich bei dem Zahnarzt um Dr. E. handele, teilte die Krankenkasse per E-Mail vom 20.05.2016 mit, dass sie eine Vorgehensweise in der beschriebenen Form nicht akzeptieren könne. Dr. E verfügt über eine Zulassung in Italien, aber nicht in Deutschland, behandelte aber offenbar regelmäßig in Hessen. Bei der LZK Hessen war er nicht gemeldet.

Die Klage des Patienten blieb vor dem SG Frankfurt am Main und dem LSG Hessen ohne Erfolg.

Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V scheidet aus, weil weder ein Notfall vorgelegen habe noch die Sachleistung von der Krankenkasse zu Unrecht abgelehnt worden sei. Als Privat Zahnarzt unterliege er nicht dem Kreis der Behandler, die der Patient nach § 76 SGB V auswählen dürfe. Auf die Richtlinie 2005/36/EG könne der Patient sich nicht berufen. Diese diene der gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen, nicht jedoch der Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der Krankenversicherung. Nach Erwägungsgrund 38 der Richtlinie berührten ihre Bestimmungen nicht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Gestaltung ihres nationalen Sozialversicherungssystems und die Festlegung der Tätigkeiten, die im Rahmen dieses Systems ausgeübt werden müssen. Die Richtlinie beschränke sich demgemäß mit Ausnahme derjenigen Regelungen, auf deren Harmonisierung sich die Mitgliedstaaten für die Ausübung reglementierter Berufe in den Systemen der nationalen sozialen

Sicherung verständigt haben, auf die Anerkennung von Berufsqualifikationen und regelt keine weiteren sozialrechtlichen Aspekte für die grenzüberschreitenden Leistungserbringer. Die Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung werde vom Regelungsgehalt der Richtlinie 2005/36/EG nicht umfasst.

Einen Grund zur Vorlage an den Europäischen Gerichtshof (EuGH) sah das LSG Hessen nicht.

Die Entscheidung ist richtig. Es gibt immer wieder Zahnärzte, die aus welchen Gründen auch immer meinen, zwischen verschiedenen Praxen irrlüchern zu müssen: Problem der Berufsausübung im Umherziehen. Das ist in Deutschland grundsätzlich verboten (z.B. § 17 Abs. 3 Satz 1 Berufsordnung der LZK Hessen). Bei grenzüberschreitender Behandlung wird das LSG-Urteil Schule machen und den Griff auf die Krankenkassenvergütung unterbinden.

Unangenehm könnte der Fall ggf. noch für die Zahnärztin werden, die den HKP vom 19.04.2016 ausgestellt hatte. Wenn der Patient die Behandlungsrechnung komplett bezahlt hat und – nach zwei verlorenen Gerichtsinstanzen – auf den Festzuschuss (und ggf. die gesamten Behandlungskosten, welche die Krankenkasse nicht deckte) nicht verzichten mag, wird er ihn sich bei ihr holen, sollte sie ihn auf diese Idee mit dem Dreiecksverhältnis gebracht haben. Auch könnte die Krankenkassenseite nachprüfen, ob es mehr Fälle dieser Art in der Vergangenheit gegeben hat – und sich im Rahmen der Verjährungsfristen die Festzuschüsse von der Zahnärztin zurückholen.

Assistenten in MVZ

Der Kampf der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gegen MVZ hat sich eine Zeit lang auf Nebenschauplätzen abgespielt. Die Idee war, in zahnärztlichen MVZ nur einen Assistenten pro MVZ zu genehmigen. Dazu wurden die Assisten-

ten- und Vertreterrichtlinien angepasst. Das BSG entschied dazu am 12.02.2020 – B 6 KA 1/19 R –, dass zahnärztliche MVZ für jeden vollen Versorgungsauftrag, den sie zu erfüllen haben, einen Assistenten in Vollzeit beschäftigen dürfen.

Das SG Marburg legte in einer Entscheidung vom 17.03.2021 – S 12 KA 373/20 – nach und ergänzte, dass Assistenten- und Vertreterrichtlinien einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung auch mit Satzungsqualität die notwendige Qualifikation des Ausbilders nicht von einer vorherigen Tätigkeit als Vertragszahnarzt und/oder Leiter eines MVZ abhängig machen dürfen.

Abtretung von Honorarforderungen gegen die KZV

Einen vermutlich gar nicht so selten vorkommenden Fall hat das SG Marburg am 04.01.2021 – S 12 KA 138/20 – entschieden. Ein Zahnarzt hatte seine Zulassung wegen Abrechnungsbetrugs gegenüber der KZV Hessen mit einem Gesamtschaden in den Jahren 2014 und 2015 von rund 620.000 € verloren. Er hatte dagegen zunächst Klage erhoben. Die Entziehung wurde aber mit der am 07.09.2016 erfolgten Rücknahme der Klage bestandskräftig. Über sein Vermögen wurde am 01.06.2016 das Insolvenzverfahren eröffnet.

Die KZV Hessen setzte mit Bescheid vom 16.07.2015 den Regressbetrag fest.

Der Zahnarzt arbeitete mit einem Dental-labor zusammen, das in den Monaten Juni bis August 2015 Leistungen in Höhe von 79.095,38 € für ihn erbrachte, die er aber nicht bezahlen konnte. Am 01.09.2015 teilte der Zahnarzt der KZV Hessen mit, er trete seine Ansprüche ihr gegenüber in Höhe eines erstrangigen Teilbetrages von insgesamt 79.095,38 € an das Dental-labor zur Sicherung von dessen Laborrechnungen für die Monate Mai bis August 2015 ab.

Die KZV Hessen erkannte die Abtretung nicht an, stellte sich jedoch vor allem auf den Standpunkt, es sei davon auszugehen, dass der Zahnarzt keine ordnungsgemäßen Honorarforderungen gegen sie erworben habe. Der Schriftwechsel erstreckte sich auch auf die Frage, ob der von dem Dentallabor gelieferte Zahnersatz ordnungsgemäß eingegliedert worden sei, da der Zahnarzt bei der Abrechnung gegenüber der KZV angegeben hatte, er habe den Zahnersatz im Eigenlabor angefertigt.





© Masterlevsha/Shutterstock.com

Die Klage hatte vor dem SG Marburg keinen Erfolg.

Das SG begründet die Klageabweisung mit drei Argumenten:

1. Das Dentallabor könne – die Wirksamkeit der Abtretung unterstellt – als Abtretungsempfänger (Zessionar) nur die Rechte geltend machen, die der Zahnarzt als Abtretender (Zedent) gegenüber der KZV habe. Der Anspruch auf vertragszahnärztliches Honorar werde dem Grunde nach bereits mit der Leistungserbringung begründet, als konkreter Zahlungsanspruch aber erst mit Erlass des Honorarbescheides durch die KZV fällig. Solche Honorarfestsetzungen seien nicht ersichtlich. Insofern bestehe kein fälliger Zahlungsanspruch des Zahnarztes gegenüber

der KZV, den das Dentallabor realisieren könnte. Dies gelte sowohl für Honoraransprüche als auch Ansprüche aus ZE-Leistungen.

2. Mit der Festsetzung des Regressbetrags im Bescheid vom 16.07.2015 habe die KZV evtl. bestehende Honorarfestsetzungen aufgehoben. Auch von daher bestünden keine Zahlungsansprüche des Zahnarztes gegenüber der KZV, den das Dentallabor realisieren könnte. Die KZV sei auch erst nach Erlass des Bescheides über die Abtretung informiert worden, nämlich erst am 01.09.2015. Insofern muss sich auch das Dentallabor den Regressbescheid vom 16.07.2015 entgegenhalten lassen.

3. Einer KZV bleibe die mit der Einstellung von Forderungen gegen den Zahnarzt in das Kontokorrent verbundene Aufrechnungsmöglichkeit auch dann erhalten, wenn ihre Forderung – z. B. auf Rückzahlung von Honorar nach Richtigstellung – erst nach Kenntnis einer Abtretung der Honoraransprüche durch den Vertragszahnarzt entstehe. Das trage dem Umstand Rechnung, dass die KZV nicht die Möglichkeit habe, einseitig und sofort die Rechtsbeziehungen zu einem Zahnarzt zu beenden, der eine Globalzession seiner Honoraransprüche offenlege. Eine KZV sei vielmehr verpflichtet, Abschlagszahlungen und Quartalshonorarzahlungen weiterhin zu leisten, solange die Zulassung fortbestehe. Würde ihr die Aufrechnungsmöglichkeit z. B. bei nachträglichen Richtigstellungen, Degressionsabzügen, Regressen aufgrund Wirtschaftlichkeitsprüfung oder Honorarkürzungen bei Verletzung der Fortbildungspflicht genommen, hätte das eine einseitige Freistellung des einzelnen Zahnarztes

von den Folgen seines Tuns zulasten aller Mitglieder der KZV zur Folge. Das wäre mit den Verpflichtungen nach dem Vierten Kapitel des SGB V nicht vereinbar. Die deshalb erforderliche Modifikation der Regelung in § 406 BGB durch Zuerkennung einer erweiterten Aufrechnungsmöglichkeit gelte für alle Ansprüche, die der KZV gegenüber dem Zahnarzt aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit zustehen.

Die Quintessenz dieser Entscheidung: Wenn eine KZV sich nicht allzu ungeschickt anstellt, laufen alle Abtretungen, die von vertragszahnrechtlich kompromittierten Zahnärzten erfolgt sind, ins Leere.

Fachgebietsbezeichnung

Das OLG Oldenburg befasste sich in einem Urteil vom 30.04.2021 – 6 U 263/20 – mit den Anforderungen an eine nicht irreführende Zahnarztbezeichnung.

Klägerin war die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V. mit Sitz in Bad Homburg, Beklagter ein Zahnarzt in Nordniedersachsen, der offenbar gar zu gerne Kieferorthopäde gewesen wäre. Er bewarb seine Praxis über verschiedene Medien. Unter anderem wurde er bei Einträgen unter der Suchmaschine Google als „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ und „Kieferorthopäde“ bezeichnet. Darüber hinaus war das Foto eines Praxis Schildes mit der Aufschrift „Fachpraxis für Kieferorthopädie“ zu finden. In einer Stellenanzeige des „Heimatblattes“ vom 24.08.2019 suchte er eine/n Mitarbeiter/in mit dem Hinweis „KFO-Fachpraxis Dr. ...“. Er ist allerdings kein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, sondern nur MSc Kieferorthopädie.

Der beklagte Zahnarzt wandte ein, das Praxis Schild mit der Aufschrift „Fachpraxis für Kieferorthopädie“ verwende er bereits seit zwei Jahren nicht mehr. Das Foto sei nicht von ihm, sondern vermutlich von einem Patienten ins Internet ge-

stellt worden. Die Anzeige sei unter Verwendung einer alten Vorlage durch den Herausgeber selbst veranlasst worden. Bei den Ergebnissen der Suchmaschine Google handle es sich um alte Eintragungen, die er im geschäftlichen Verkehr gar nicht führe. Außerdem seien die verwendeten Bezeichnungen – sofern sie überhaupt von ihm verwendet würden – nicht irreführend.

Das OLG gab der Klage statt.

Die Einträge des Beklagten bei Internet-Suchmaschinen seien geschäftliche Handlungen im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 UWG. Sie seien nach § 3 Abs. 1 UWG unzulässig, weil sie nach § 5 Abs. 1 Satz 1 UWG irreführend und geeignet sind, dem Verbraucher zu einer geschäftlichen Entscheidung zu veranlassen, die er andernfalls nicht getroffen hätte.

Nach § 5 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 UWG sei eine geschäftliche Handlung irreführend, wenn sie unwahre Angaben oder sonstige zur Täuschung geeignete Angaben über die Befähigung der Person enthalte. Gegen § 5 Abs. 1 Nr. 3 UWG verstoße, wer in irreführender Weise u. a. Tätigkeits- oder Berufsbezeichnungen verwende, die das Vertrauen der Verbraucher gewinnen und ihre Nachfrageentscheidung anregen sollen. Insbesondere könne eine Irreführung durch die Beifügung eines Fachgebietes zur Berufsangabe Zahnarzt, beziehungsweise durch Angaben, die als solche Gebietsbezeichnung wirken, verursacht werden, weil sie vom Verkehr entsprechend der geltenden Rechtslage so verstanden werden, dass sie nach einer entsprechenden Weiterbildung in einem geordneten Verfahren durch die zuständigen inländischen Stellen verliehen worden seien.

Im vorliegenden Fall stelle die vorgenommene Bezeichnung des Beklagten als „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ eine irreführende geschäftliche Handlung dar, weil diese Bezeichnung bei durchschnittlich informierten Patienten den unzutref-

fenden Eindruck erwecken konnte, der Beklagte sei Fachzahnarzt für Kieferorthopädie.

Die Irreführung ergebe sich insbesondere daraus, dass der Beklagte einen Begriff verwendete, der in § 13 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen als alternative Gebietsbezeichnung für einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie aufgeführt sei.

Nach § 1 Abs. 2 WBO Niedersachsen dürfe eine Gebietsbezeichnung nur führen, wer hierfür eine Anerkennung der Zahnärztekammer Niedersachsen erhalten habe. Die Gebietsbezeichnung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie laute gemäß § 13 WBO „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“. Alternativ ist gemäß § 13 WBO auch die Führung der Gebietsbezeichnung „Kieferorthopäde“ oder „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ möglich. Über die entsprechende Anerkennung der Zahnärztekammer verfüge der Beklagte indes nicht. Damit stehe die Verwendung dieser Begriffe auch nicht im Einklang mit der Qualifikation des Beklagten als „Master of Science“ und sei zu beanstanden.

Indem der Beklagte in Internet-Suchmaschinen unter der Bezeichnung „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ zu finden ist, liegt ein Verstoß gegen Marktverhaltensregeln vor.

Die irreführende Angabe „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ in den Internet-Suchmaschinen sei dem Beklagten auch zuzurechnen, auch wenn er die Einträge möglicherweise nicht selbst veranlasst habe. Zum einen sei davon auszugehen, dass die Verwendung der Bezeichnung auch darauf beruhe, dass der Beklagte selbst (in der Vergangenheit) irreführende Bezeichnungen verwendet habe. Der Beklagte könne sich nicht darauf zurückziehen, er sei für die Bezeichnung nicht verantwortlich. Nach den technischen Vorgängen um die schlagwortmäßige Auswertung von Internetwerbung durch Suchmaschinenbetreiber sei davon aus-

zugehen, dass die Angabe „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ Teil der Internetwerbung sei und vom Beklagten beeinflusst werden könne. Würde dieser Begriff in seiner Werbung nicht auftauchen, so führte auch eine Abfrage bei einem Suchmaschinenbetreiber nicht zu einem Eintrag über den Beklagten.

Zum anderen sei der Beklagte verpflichtet, im Internet vorhandene Einträge auf ihre Richtigkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls Änderungen zu veranlassen. Nach § 21 Abs. 3 Satz 2 der Berufsordnung dürfe ein Zahnarzt eine berufswidrige Werbung durch Dritte weder veranlassen noch dulden und habe dem entgegenzuwirken. Daher wäre der Beklagte verpflichtet gewesen, darauf hinzuwirken, dass seine Sucheinträge nicht unter der Kategorie „Zahnarzt für Kieferorthopädie“ veröffentlicht werden. Ferner sei er verpflichtet, die Branchen- und Telefonbucheinträge daraufhin zu überprüfen, ob diese Vorgabe beachtet worden war und im Falle eines weisungswidrigen Eintrags auf eine alsbaldige Berichtigung hinzuwirken.

Das Urteil bestätigt die seit Langem vorherrschende Meinung. Der Master of Science fällt in die Kategorie „nice to have“, ist aber kein Ersatz für einen Fachzahnarztstitel. Damit muss man sich abfinden. Alle Versuche, sich semantisch einer Facharztbezeichnung anzunähern, landen früher oder später vor dem Kadi, sei es vor den Berufsgerichten, sei es – wie hier – vor den Wettbewerbsgerichten.

(Der Beitrag wird fortgesetzt)

GOZ 9040, 9050, 9060 oder doch analog?

Abrechnungstipp: Abutments

Nicht jeder implantologische Teilschritt ist in der Leistungsbeschreibung der GOZ eindeutig beschrieben. Wenn der Leistungstext die erbrachte selbstständige Leistung nicht widerspiegelt, bedienen wir uns der analogen Berechnung. Ein Tipp von Kerstin Salhoff.

Welche Gebührenposition für welche Leistung berechnungsfähig bzw. welche Leistung analog zu berechnen ist, wird nachfolgend beschrieben. Beim Auswechseln von Aufbauelementen (Abutments) bei zweiphasigen Implantatsystemen stehen im Teil K der GOZ (Implantologische Leistungen) folgende Gebührenpositionen als Berechnungsgrundlage zur Verfügung:

GOZ 9040 Freilegen eines zweiphasigen Implantates

Abgesehen davon, dass in der GOZ 2012 bei der Freilegung eines Implantates der Zuschlag für das ambulante Operieren schlichtweg vergessen wurde, findet sich eine eindeutige Einschränkung in der Leistungsbeschreibung, durch die in derselben Sitzung eine Nebeneinanderberechnung mit der GOZ 9050 ausgeschlossen wurde. Das erste Einfügen von Aufbauelementen (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem erfolgt unmittelbar nach der chirurgischen Freilegung in der gleichen Sitzung. Da die Freilegung und das Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente Leistungsbestandteile der GOZ 9040 sind, darf in dieser Sitzung die GOZ 9050 nicht zusätzlich für dasselbe Implantat berechnet werden.

GOZ 9050 Wechselvorgänge während der rekonstruktiven Phase nur

maximal dreimal je Implantat berechenbar

Nachdem nun das Implantat freigelegt und mit einem Gingivaformer versorgt wurde (Leistungsbestandteil der GOZ 9040), beginnt in der nachfolgenden Sitzung die sogenannte „rekonstruktive Phase“ – die endgültige Zahnersatzversorgung auf Implantaten (Suprakonstruk-

rücksichtigt bleiben die tatsächlich erbrachten Wechselvorgänge in der jeweiligen Sitzung. Hier kann nur ein Honorarausgleich über den Steigerungssatz gemäß §5 GOZ oder ggf. eine Honorarvereinbarung gemäß §2 Abs.1 und 2 GOZ erreicht werden. Die rekonstruktive Phase mit mehreren Behandlungsschritten endet mit der definitiven Eingliederung der endgültigen Suprakonstruktion.

GOZ 9050 auch in der Eingliederungssitzung

Die Leistung nach der GOZ 9050 ist auch in der Eingliederungssitzung einer Suprakonstruktion (Kronen, Brückenanker, Teleskopkronen u. a.) berechnungsfähig, wenn der Gingivaformer gegen ein definitives Abutment ausgetauscht wird. Wenn vor der unmittelbaren Eingliederung einer individuell hergestellten Primärkrone ein Wechselvorgang eines Aufbauelementes erfolgt, kann auch in der Eingliederungssitzung die GOZ 9050 berechnet werden – jedoch insgesamt nicht häufiger als dreimal während der gesamten rekonstruktiven Phase. Auch hier sollten Sie Ihrem Zeitaufwand und der Schwierigkeit entsprechend den Steigerungsfaktor wählen bzw. ggf. vor Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung treffen. Wenn in der Eingliederungssitzung kein Wechselvorgang eines Aufbauelementes erfolgte, weil z.B. das Abutment das Primärteil einer Teleskopkrone darstellt, ist die GOZ 9050 nicht zusätzlich berechnen-



tion). Hier sind bedingt durch mehrere Abformungen, Einproben (z.B. Gerüst- und/oder Rohbrandeinprobe) auch mehrere Wechselvorgänge (Gingivaformer gegen Abformpfosten, Abutments o. Ä.) notwendig, die die Berechnung der GOZ 9050 auslösen. Allerdings ist diese Leistungsnummer GOZ 9050 in der Abrechnung leider auf maximal dreimal pro Implantat eingeschränkt worden. Unbe-

bar, da die Eingliederung einer Primärteleskopkrone, egal ob auf einem natürlichen Pfeilerzahn oder einem Implantat, durch den Ansatz der GOZ 5040 abgegolten ist.

Analoge Berechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Verbesserung des Emergenzprofils der Gingiva

- Das Entfernen und Wiedereinsetzen oder der Austausch eines Gingivaformers nach der chirurgischen Freilegung des Implantates (nach GOZ 9040) – aber vor dem Beginn der rekonstruktiven Phase (Beginn mit der Abformung für die Suprakonstruktion) – ist weder in der 9040 noch 9050 GOZ beschrieben. Meist sind mehrere Wechselvorgänge in den jeweiligen Sitzungen der rekonstruktiven Phase eines Abutments zur Verbesserung des Emergenzprofils der Gingiva erforderlich. Diese Wechselvorgänge sind nach § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.

Entfernen eines Abutments

- Auch das alleinige Entfernen eines Abutments ist keiner GOZ-Leistungsbeschreibung zu entnehmen. Somit kann auch diese Maßnahme entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden. Wählen Sie Ihre persönliche Analogziffer, je nach Zeitaufwand und Schwierigkeit der Leistung. Die BZÄK empfiehlt grundsätzlich keine Analogziffer, um die Freiräume für den Behandler nicht einzuschränken.

BDZI-EDI-Tabelle

Eine tolle Unterstützung, die angemessene Honorierung zu finden, bietet Ihnen die neue BDZI EDI-Tabelle 2022, die Sie druckfrisch erhalten haben.

GOZ 9060 für den Austausch von Aufbauelementen im Reparaturfall

Das Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall ist nach

GOZ 9060 nur einmal je Sitzung und je Implantat berechnungsfähig. Auch hier bleibt die Anzahl der tatsächlich notwendig ausgewechselten Aufbauelemente unberücksichtigt. Die 9060 GOZ ist also beim Austausch eines Implantataufbaus, Implantatpfostens (Abutment), Befestigungsschrauben, Abutmentverschraubungen, Koronalverschraubungen Ihre korrekte Gebührennummer.

Je nach Implantatsystem (und davon gibt es viele verschiedene) sind ggf. mehrere Aufbauelemente als eine Einheit zusammengefügt (z. B. Insert, Konnektor, Verschlusschraube) und dürfen nur einmal je Sitzung und Implantat berechnet werden.

Erfahrungsgemäß ist der Zeitaufwand für diese Arten von Wiederherstellungen der Funktion der Suprakonstruktion immens hoch. Teilweise führen derartige Maßnahmen/derartige Reparaturen zu zusätzlichen Rücksprachen mit dem Zahn-techniker und ggf. zu Sonderbestellungen in der Praxis, weil Sie in Ihrer Praxis nicht über dieses System verfügen, z. B. weil es ein neuer Patient ist, den Sie nicht implantiert haben. Cave: Ohne eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ kann hier sicher kein ausreichendes Honorar erzielt werden.

Frakturierte Schraube? Schon wieder Analogie

- Entfernung einer intrainplantär frakturierten Schraube eines Implantataufbaus. Auch diese extrem zeitaufwendige und oft komplizierte Behandlungsmaßnahme ist in der GOZ 2012 nicht beschrieben. Somit muss auch hier die analoge Berechnung dieser selbstständigen Leistung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog erfolgen.

Material- und Laborkosten

Bitte vergessen Sie nicht, gemäß den allgemeinen Bestimmungen der GOZ, Teil-K Abs. 2, alle Materialkosten für Implantate, Implantatteile (Abutments, Gingivaformer), Abdruckpfosten, Laborimplantate etc. unter Beachtung des



Antikorruptionsgesetzes 1:1 dem Patienten in Rechnung zu stellen, da diese Materialkosten immer zusätzlich zu den GOZ-Nummern 9040, 9050 und 9060 berechnet werden müssen.

Demontage einer Suprakonstruktion im Rahmen der PZR

- Das Abnehmen und Wiederbefestigen von Implantataufbauten zum Zweck der Reinigung nach der rekonstruktiven Phase ist in der GOZ ebenfalls nicht beschrieben. Diese selbstständige Maßnahme kann gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden und bietet eine weitere analoge Leistung im Rahmen der PZR an.
- Denken Sie auch an weitere Analogleistungen im Rahmen der PZR, wie z. B. 4025 GOZ, bei Applikation an einem Implantat und viele andere selbstständige Leistungen, insbesondere im Rahmen der neuen PAR-Behandlungsstrecke.

Hilfestellung zur analogen Berechnungsmöglichkeit erhalten Sie immer dienstags von 8 bis 12 Uhr über die BDIZ EDI-Hotline. Auch können Sie die aufgezeichneten Webinare „Analogleistungen – gewusst wie“ oder „Grundlagen implantologischer Leistungen“ nochmals über den Mitgliederbereich der Internetseite www.bdizedi.org abrufen.

KSA

Sofortimplantation und Sofortversorgung mit neuer Präzision

Ein Beitrag von Dr. Markus Sperlich und Dr. Mathias Sperlich

Auf Patientenseite wächst die Nachfrage nach weniger invasiven und langwierigen Behandlungen, welche die körperliche und psychische Einschränkung so gering wie möglich halten. Dies bestätigen jüngste Trends und Zukunftsanalysen¹ und deuten auf eine steigende Nachfrage nach effizienten, sofortigen implantologischen und implantatprothetischen Lösungen hin. Infolge der Digitalisierung ist zudem der Informationsstand bzw. das Bewusstsein der Patienten zu implantologischen Sofortversorgungen deutlich größer geworden. Im nachfolgenden Beitrag befassen sich die Zahnärzte Dr. Markus Sperlich und Dr. Mathias Sperlich (Freiburg im Breisgau) mit dem Behandlungskonzept der implantologischen Sofortbehandlung.

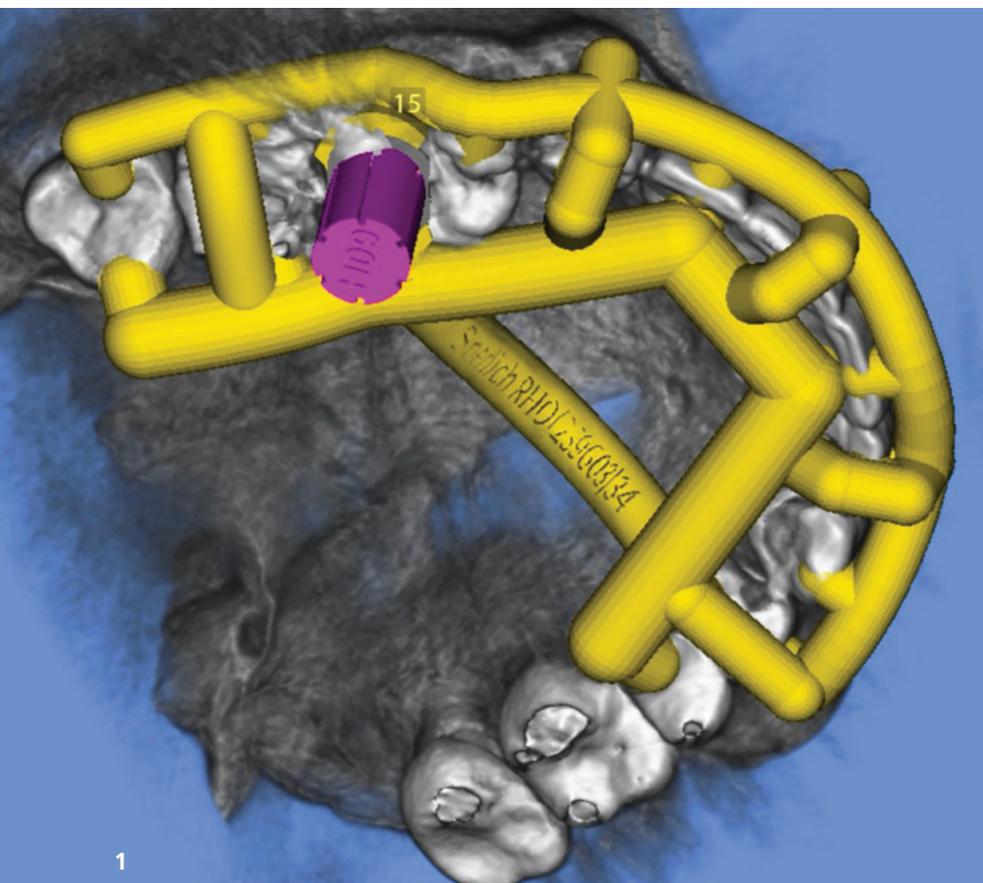
Das Behandlungskonzept der implantologischen Sofortbehandlung mit Sofortimplantation und Sofortversorgung bietet dem Patienten eine moderne und vorteilhafte Behandlungsoption unter

maximalem Erhalt der biologischen und physiologischen Gegebenheiten. Dadurch können die Gesamtbehandlungszeit für den Patienten deutlich verkürzt und gleichzeitig Kosten reduziert wer-

den.² Der Eingriff verläuft atraumatisch, verkürzt die Heilungszeit und ermöglicht eine schnelle Rehabilitation. Somit wird dem Patienten zu mehr mundbezogener Lebensqualität verholfen. Physiologisch können durch dieses Behandlungskonzept die Dimensionsveränderungen im Bereich der marginalen Knochenwände nach Zahnextraktion deutlich reduziert werden.^{3,4}

Fallbeispiele einer Sofortimplantation

In einer Fallserie wurden hierfür 20 nicht-erhaltungswürdige Zähne durch Sofortimplantation mit Straumann BLX Implantaten und präoperativ gefertigten CAD/CAM-Kronen sofortversorgt. Präoperativ erfolgte in allen Fällen eine dreidimensionale Implantatplanung mit dem Planungssystem SMOP Swissmeda (Abb. 1) zur Festlegung der optimalen prothetischen Implantatposition, um eine Sofortversorgung zu gewährleisten. Anschließend wurde die Bohrschablone konstruiert und gleichzeitig die Dimension für die spätere prothetische Suprakonstruktion mithilfe der Abutmentgeometrie definiert. Die STL-Daten der prospektiven Implantatposition wurden aus dem 3D-Implantatplanungssystem SMOP generiert und direkt in eine CAD-Software



1

Abb. 1: Dreidimensionale Implantatplanung in SMOP Swissmeda.

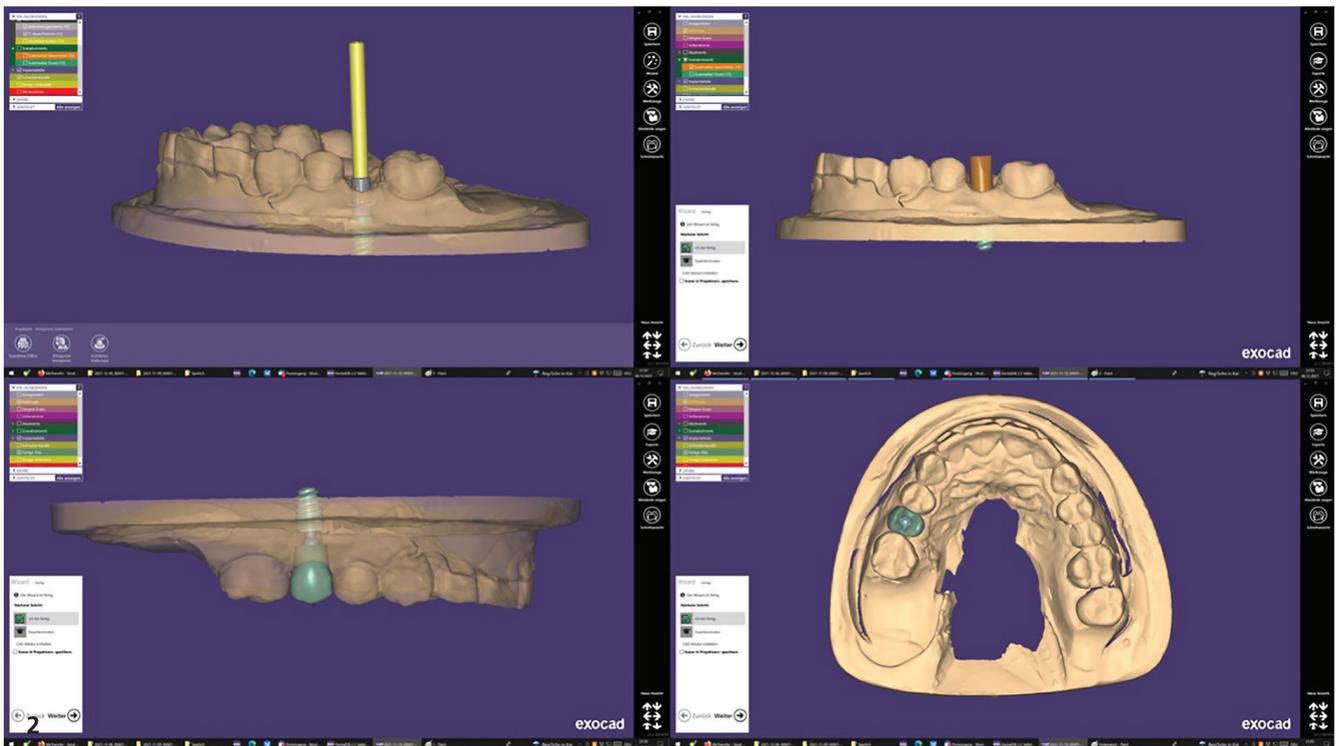


Abb. 2: Konstruktion der präoperativ gefertigten Krone in exocad.

(exocad) eingespielt (Abb. 2). Auf dieser Grundlage erfolgte in exocad die präoperative CAD/CAM-Fertigung der Prothetik. In der beschriebenen Fallserie wurden präoperativ jeweils transokklusal verschraubte Einzelkronen aus Kunststoff hergestellt.

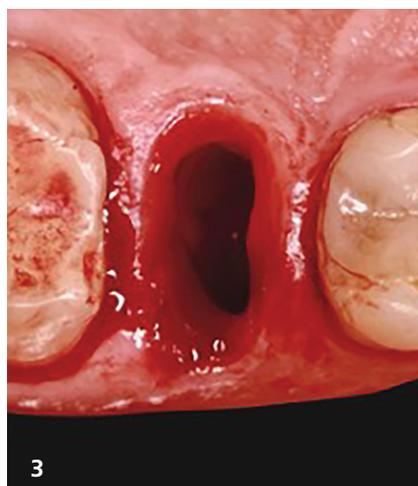
Operativer Workflow

Operativ wurden zunächst die atraumatische Extraktion der Zähne (Abb. 3), ein Alveolenmanagement und anschließend die Sofortimplantation mit einem dafür geeigneten Implantat (Abb. 4) durchgeführt. Bei Erreichen eines Eindrehmomentes von größer als 35 Ncm erfolgte die Sofortversorgung mit der präoperativ gefertigten transokklusal verschraubten Krone. Voraussetzung für dieses operative Vorgehen sind eine intakte Alveole, intakte Weichgewebsverhältnisse, Entzündungsfreiheit sowie die Compliance des Patienten.⁵

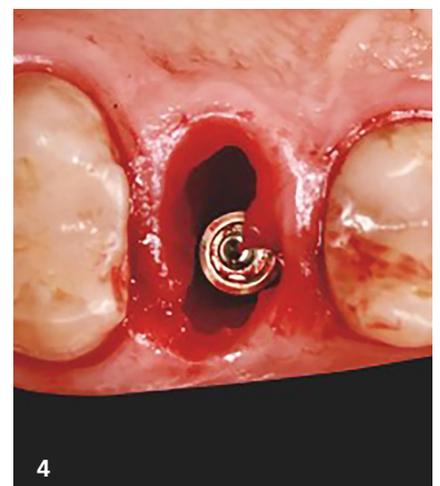
Für die Durchführung des beschriebenen Workflows ist eine dreidimensionale Planung unumgänglich.⁶⁻⁸ Nur durch die

schablonengeführte Insertion ist es möglich, dass das Implantat chirurgisch in der durch die digitale Planung festgelegten vertikalen Höhe und Rotationsausrichtung der Innenverbindung platziert werden kann. Dafür muss die TorcFit-Verbindung des Straumann BLX Implantats aus der digitalen Planung chirurgisch exakt reproduziert werden. In unserer Praxis speziell entwickelte Eindrehwerkzeuge H07/H09/H11 (Abb. 5 und 6) definieren

die Anschlagshöhe auf dem Hülsenlager der Bohrschablone sowie die richtige vertikale Implantatposition, Angulation und Rotationsausrichtung der TorcFit-Innenverbindung (Abb. 7) über einen Positionierungsmarker. Dieses Vorgehen vermeidet eine nachträgliche Bearbeitung der prothetischen Sofortversorgung. Dadurch werden eine manuelle und chemische Manipulation des Operationsgebietes ausgeschlossen und eine ungestörte



3



4

Abb. 3: Atraumatische Zahnentfernung. – Abb. 4: Sofortimplantation.

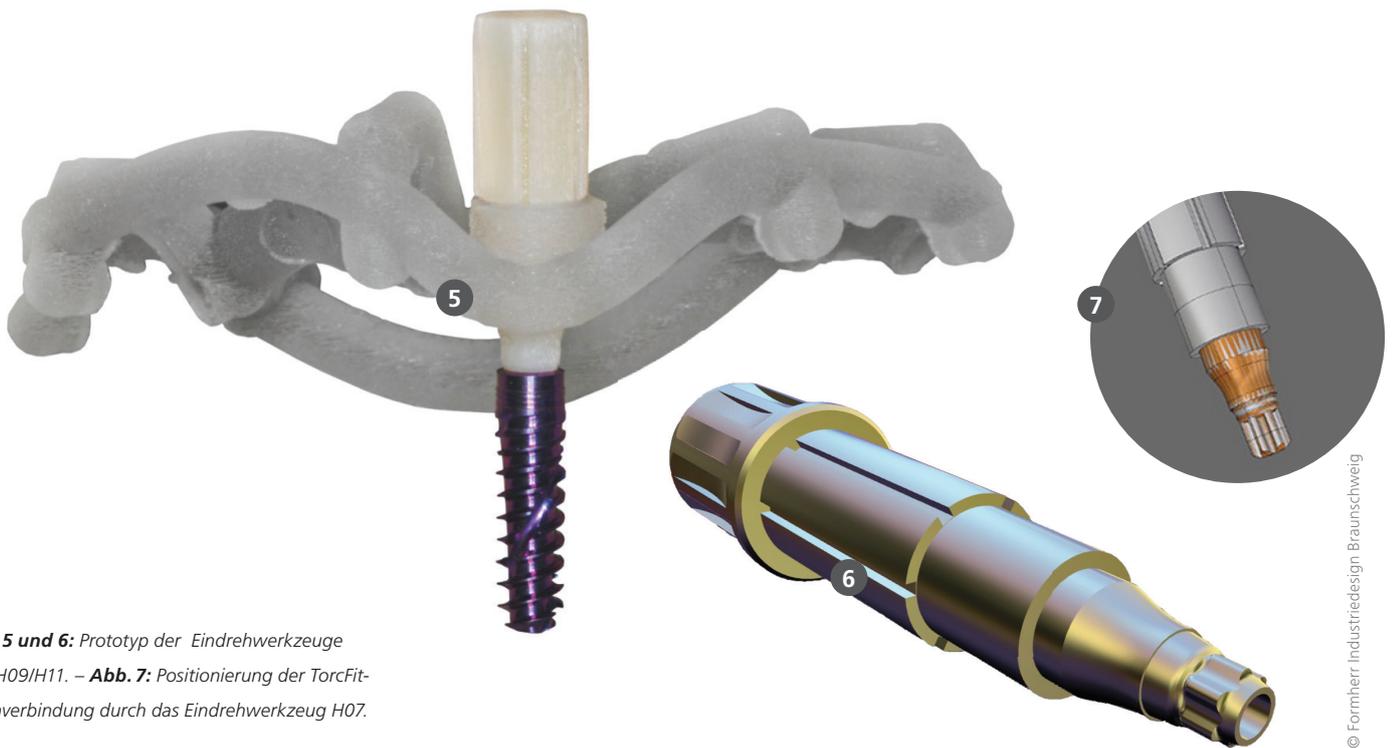


Abb. 5 und 6: Prototyp der Eindrehwerkzeuge H07/H09/H11. – **Abb. 7:** Positionierung der TorcFit-Innenverbindung durch das Eindrehwerkzeug H07.

Abb. 5–7: © Formherr Industriedesign Braunschweig

initiale Heilung ermöglicht. Die Oberfläche der eingesetzten Kronen behält somit die im Labor erzeugte finale und polierte Beschaffenheit (Abb. 8) und dem Patienten wird eine prothetische Prolongation des Eingriffs erspart.

Die Sofortbehandlung weist gegenüber anderen Beispielen gleichwertige Erfolgsgrade auf.⁹ Für den Erfolg entscheidend sind dabei die folgenden Parameter:¹⁰ die Patientenauswahl, Knochenqualität und -quantität, das Implantatdesign, der Ein-

drehmoment (ITV) von größer als 35 Ncm,¹¹ die Eindrehwerkzeuge H07/H09/H11 und die chirurgische Erfahrung. Eine Grundvoraussetzung für diesen Workflow ist eine wie oben beschriebene digitale Implantatplanung.⁷

Erfolgsraten präoperativ gefertigter Prothetik

In der oben beschriebenen Fallserie wurde eine Passgenauigkeit der präoperativ gefertigten Prothetik von 95 Prozent erzielt.

Dabei wurde eine intraoperative nachträgliche Manipulation der Prothetik als Misserfolg gewertet. Die Überlebensrate und Erfolgsrate der gesetzten Implantate lagen nach 18 Monaten bei 100 Prozent (Abb. 9 und 10). Die prothetische Erfolgsrate der präoperativ hergestellten Sofortversorgung lag bei 90 Prozent. In zwei Fällen kam es zur Lösung der Krone von der Klebepbasis im Laufe der ersten sechs postoperativen Monate. In einer Übersichtsarbeit zeigten die Autoren einen Vergleich zwischen den verschiede-

Literatur



Abb. 8: Präoperativ gefertigte CAD/CAM-Krone in Regio 25.



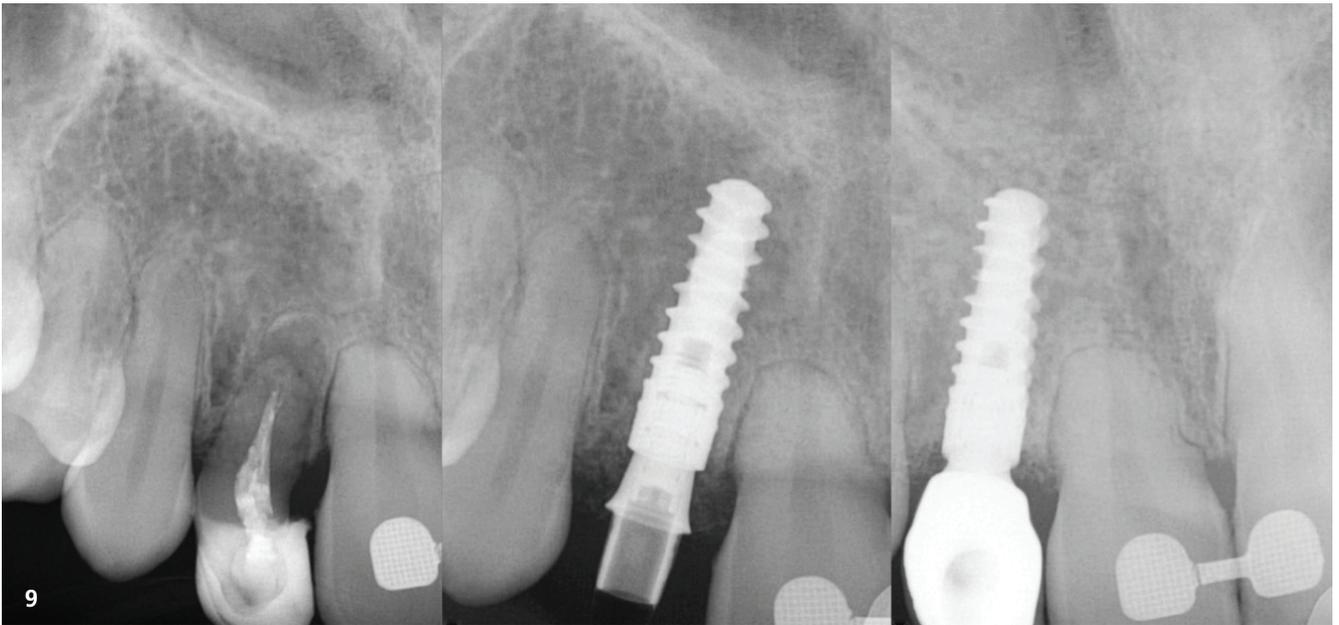


Abb. 9: Konstruktion der präoperativ gefertigten Krone in exocad.

nen Implantations- und Belastungsprotokollen.¹² Die Sofortimplantation zusammen mit einer Sofortbelastung zeigte in dieser Arbeit einer Erfolgsrate von 98,4 Prozent. Herkömmliche Protokolle einer Spätimplantation kombiniert mit einer konventionellen Belastung weisen eine Erfolgsrate von 97,7 Prozent auf. Beachten sollte man jedoch, dass es beim Vergleich der einzelnen Protokolle einen zum Teil erheblichen Evidenzunterschied der eingeschlossenen Arbeiten gibt. Bei der Sofortbehandlung handelt es sich lediglich um klinisch dokumentierte Daten.

Fazit

Vorteile des oben beschriebenen Workflows sind ein Höchstmaß an Patientenzufriedenheit, eine verkürzte Behandlungszeit sowie ein optimaler Erhalt vorhandener biologischer Strukturen. Eine erfolgreiche Umsetzung basiert auf der strikten Einhaltung der genannten Voraussetzungen sowie der Notwendigkeit einer ausreichend chirurgischen Erfahrung. Zukünftig benötigt es weitere wissenschaftliche Untersuchungen mit hoher Evidenz, um diese Ergebnisse zu bestätigen und zu festigen.

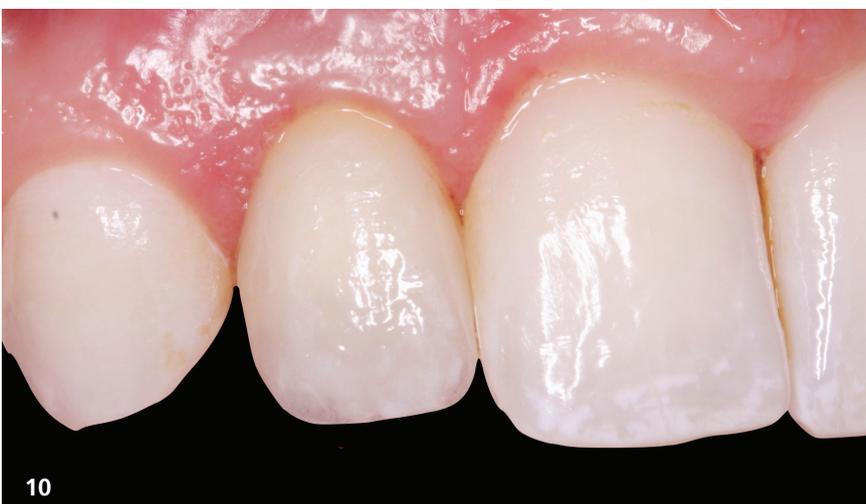


Abb. 10: Klinisches Follow-up nach 18 Monaten Regio 22.

Infos zum Autor
[Dr. Markus Sperlich]



Infos zum Autor
[Dr. Matthias Sperlich]



Unterstützung der Osseointegration von Keramikimplantaten

Ein Beitrag von Dr. Dominik Nischwitz

In der traditionellen oralen Chirurgie und Implantologie liegt der Fokus auf der Einheilung eines Implantates und den lokal notwendigen Faktoren, um Knochen und Gewebe zu erhalten oder aufzubauen. Die Sichtweise geht noch selten über die Mundhöhle hinaus. Klassischerweise kommen potenziell vier Methoden für den Knochenaufbau infrage: die Osseoinduktion (Wachstumsfaktoren), Osseokonduktion (Knochenaufbaumaterial als „Platzhalter“), die Distraktionsosteogenese und die Guided Tissue Regeneration (Membranen, Schalenteknik etc.).¹

In der Biologischen Zahnmedizin nutzen wir Erfahrung und Wissen aus der funktionellen Medizin und Ernährung sowie gezielte Mikronährstofftherapien, um die systemische Voraussetzung für eine geplante Operation und anschließende Knochen- und Geweberegeneration zu unterstützen.

Lokale Bedingungen

Zu den lokalen Bedingungen der intelligenten Knochen- und Weichgewebsregeneration zählen die Dekontamination des Operationsgebietes (Atem, Speichel), die Aktivierung von lokalen Wachstumsfaktoren (IGF-1, Osteoblasten, Plasmaproteine etc.) durch Bohrung und Bleeding Spots (Anfrischung des Knochens) und damit Knochenstimulation sowie der Einsatz von intelligentem Biomaterial wie PRF-Membranen, um die extrazelluläre Matrix zu verbessern und die Knochen- und Weichgewebssituation zu optimieren.

Der Einsatz von mikroinvasiven Techniken, wie der Piezosurgery, der Einsatz von Ozon, navigierte Implantationen, und die verbesserte Bildgebung eines DVT haben uns zahnmedizinisch-handwerklich weit nach vorn gebracht. Der Trend geht klar in Richtung Ästhetik und Gesundheit. Keramikimplantate sind kein Tabuthema mehr, sondern die Zukunft der Implantologie. Dennoch operieren bisher nur circa ein Prozent aller Chirurgen Keramikimplantate. Der Autor kann aus seiner zehnjährigen Erfahrung (über 4.000 eingesetzte Keramikimplantate) sagen, dass man chirurgisch, aber vor allem systemisch mehr Informationen benötigt, um eine hohe Einheilungsquote zu verzeichnen.

Keramikimplantate heilen entzündungsfrei ein, und hier liegt auch schon die Krux. Kaum einer von uns kennt sich mit der Biochemie des gesamten Körpers wirklich aus. In der Keramikimplantologie ist es wichtig, das Wissen aus der funktionellen Medizin über Ernährung und Mikronährstoffe mit einzubeziehen, um den Körper auf eine „Umbauphase“ vorzubereiten. Dementsprechend

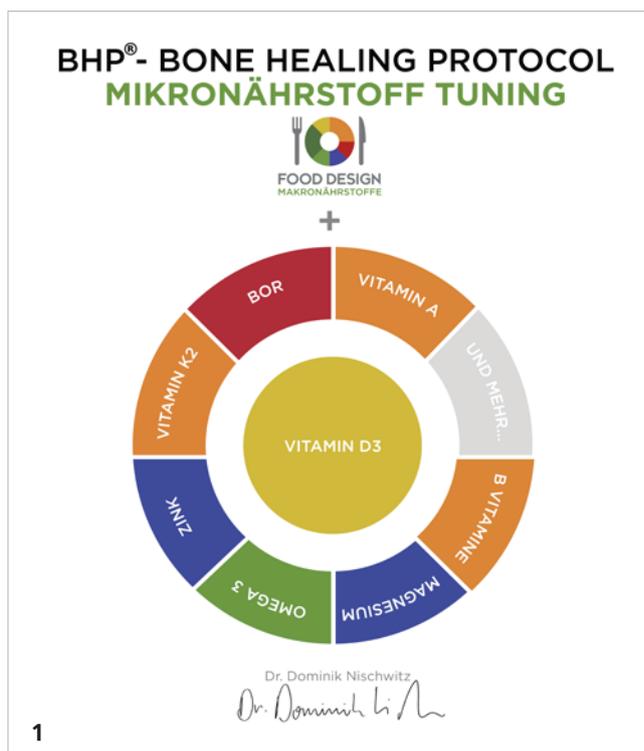


Abb. 1: Übersicht zum Bone Healing Protokoll. – Abb. 2: OPG-Aufnahme vor der Operation.



Abb. 3: Intraorale Situation vor der Operation. – **Abb. 4:** Vorbereitung für die Implantatsetzung. – **Abb. 5 und 6:** Zustand nach dem Eingliedern des Zahnersatzes.

legen wir sehr großen Fokus auf den Lifestyle unserer Patienten. Die systemische Vorbereitung für den Operationstermin ist genauso wichtig wie die gezielte Nachbereitung.

Intelligentes Knochen- und Weichgewebemanagement

Systemische Bedingungen: OP-Vorbereitung und Ernährungsumstellung. Eine falsche Ernährung mit Zucker, Weizen, raffinierten Speiseölen, konventionellen Kuhmilchprodukten („CORE FOUR-Krankmacher“) und anderen Nahrungstoleranzen führt zur generellen Entzündungsneigung des Körpers sowie zu Makro- und Mikronährstoffmangel: Protein und Aminosäuren, die fettlös-

lichen Vitamin A, D3, E und K, wasserlösliche B- und C-Vitamine, Mineralien wie Zink, Magnesium und gesunde Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren fehlen für den Aufbau und die Regeneration von Gewebe und Knochen.² Unser Ziel ist es, die Patienten möglichst effektiv auf die Operation vorzubereiten. Dabei liegt die Versorgung mit den richtigen Makronährstoffen sowie die Vermeidung möglichst vieler Stressoren im Fokus. Die „CORE FOUR-Krankmacher“ sollten streng gemieden werden.

Dr. Weston Price erforschte vor über 100 Jahren unterschiedliche Völker überall auf der Welt. Seine Forschungen dokumentierte er in seinem Buch *Nutrition and Physical Degeneration*³: Menschen, die sich artgerecht ernährten, waren quasi immun gegen Karies. Die Nachkommen, die bereits mit industriell verarbeiteten Nahrungsmitteln in Kontakt kamen, litten bereits an typischen Degenerationszeichen, da es ihnen an Nährstoffen fehlte. Der wichtigste Makronährstoff für den Aufbau von Körpergewebe (Knochen, Weichgewebe, Muskulatur etc.) ist Protein.

Protein – Aminosäuren – Bausteine des Lebens

Wenngleich es 20 proteinogene Aminosäuren gibt, sind es tatsächlich nur acht, die aus der Nahrung aufgenommen werden müssen. Diese essenziellen Aminosäuren sind Isoleucin, Leucin, Lysin, Methionin, Phenylalanin, Threonin, Tryptophan und Valin. Der Körper ist in der Lage, aus diesen acht Aminosäuren jedes Protein aufzubauen, vorausgesetzt es ist genug Rohstoff vorhanden.

Zahlreiche Studien konnten einen Zusammenhang zwischen mangelhafter Knochenbildung, verminderter Knochendichte sowie verzögerter Knochenbruchheilung und einem Protein- und Aminosäurenmangel nachweisen. Je älter die Patienten, umso signifikanter ist der Zusammenhang. Dayer et al. stellten bereits 2006 in einer Tierstudie eine verminderte Titanimplantat-Osseointegration bei Ratten mit Proteinmangel (< 1 g/kg Körpergewicht) fest.^{4,5} Die Kraft, ein Implantat nach sechs bis acht Wochen wieder aus dem Knochen herauszudrehen, war bei Ratten mit Proteinmangel um 43 Prozent niedriger als bei den Tieren mit ausreichend Protein in der Nahrung (= 1 g/kg Körpergewicht).⁴ Hannan et al. konnten anhand von Daten von 391 Frauen und 224 Männern (Zeitraum von vier Jahren) aus der Framingham Osteoporosis Studie einen eindeutigen Zusammenhang zwischen einem Mangel an tierischem Protein in der Ernährung und Knochenverlust zeigen.⁶ Je größer der Proteinmangel, umso größer war auch der Verlust an Knochenmasse an Femur und Wirbelsäule. Es wurde kein negativer Effekt von Proteinüberschuss und Knochenheilung festgestellt.⁶

Konsequenterweise liegt unser Hauptfokus auf der adäquaten Versorgung mit Protein. Da in der akuten Regenerationsphase kein Mangel an Makro- und Mikronährstoffen vorhanden sein sollte, empfehlen wir einen Proteintagesbedarf von 1,5–2 g/kg

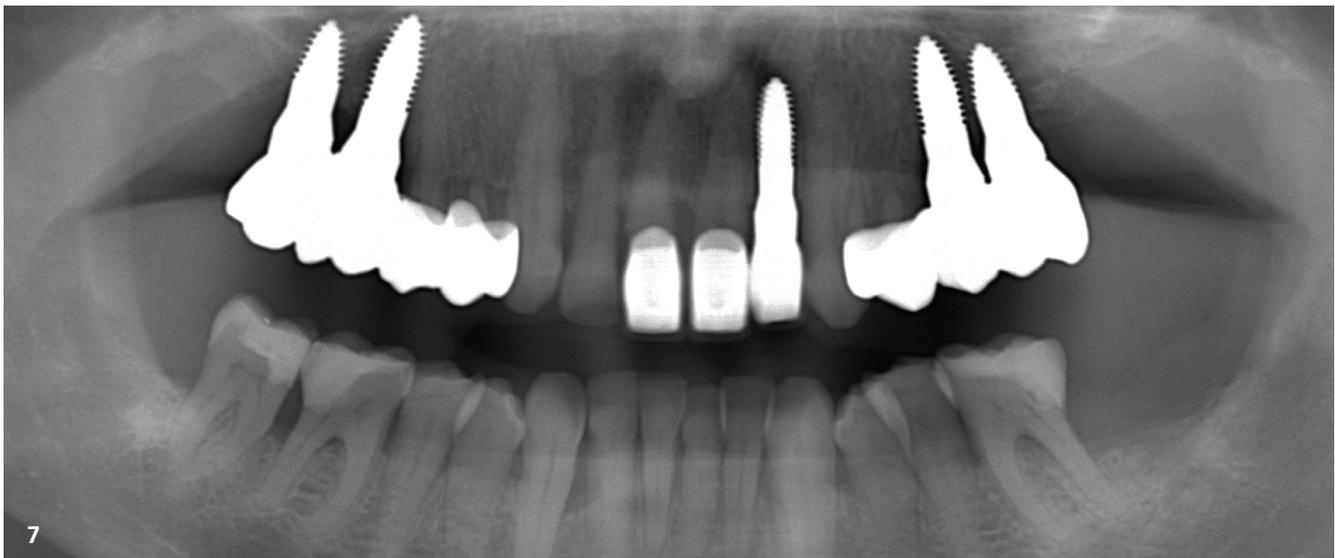


Abb. 7: Röntgenbild mit Zahnersatz.

Körpergewicht. Um den Körper zu alkalisieren, wird zu jeder Mahlzeit eine Portion Gemüse empfohlen. Gesunde Fette wie Omega-3 und eine Variation an einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren dürfen nicht fehlen. Der Einsatz von Kollagenpulvern, essenziellen Aminosäuren, Knochenbrühen und Proteinshakes machen es für den Patienten einfacher, auf den Proteintagesbedarf zu kommen.⁷⁻¹⁷ In unserer Praxis hat sich die systemische Unterstützung der Patienten durch gezielte Ernährung und Ergänzung der richtigen Nährstoffe als wichtiger Baustein im Bereich der Chirurgie standardmäßig etabliert.

Mikronährstoffe

Die Basis des Bone Healing Protokolls ist hoch dosiertes Vitamin D3. Vor einer Operation untersuchen wir diesen Wert im Blut der Patienten. Für eine optimale Versorgung streben wir einen präoperativen Wert von mindestens 60 ng/ml an.¹⁸ Zahlreiche Studien zeigen, dass Vitamin D3 einen entscheidenden Faktor für die Knochen- und Zahnregeneration darstellt.¹⁹⁻²³ Es aktiviert zwei für die Mineralisation des Knochens entscheidende Enzyme: Osteocalcin (BGP) und Matrix-Gla-Protein (MGP). Damit Calcium nicht im Gefäß die Arterien verkalkt, werden diese Enzyme durch einen weiteren wichtigen Co-Faktor, Vitamin K2 (MK-7), aktiviert.²⁴

Ein weiterer Co-Faktor ist Magnesium, das an über 400 Stoffwechselfvorgängen beteiligt ist.²⁵ Zink ist sowohl für das Immunsystem als auch als Co-Faktor in der Aktivierung des Vitamin-D3-Rezeptors beteiligt.²⁶ Das Spurenelement Bor verdoppelt dessen Halbwertszeit.²⁷ Da Mikronährstoffe synergistisch arbeiten, dürfen auch die B-Vitamine, Vitamin C sowie Verdauungsenzyme und Omega-3-Fettsäuren in der postoperativen Phase nicht fehlen.

Fazit

Neben dem klassischen, sehr feinen chirurgischen Handwerk der Zahnmedizin nutzen wir somit Wissen aus der funktionellen Me-

izin und Ernährung. Damit unterstützen wir die körpereigenen Heilungskräfte der Patienten und sorgen für eine bessere Gewebe- und Knochenheilung und damit natürlich auch bessere Einheilung der Keramikimplantate. Das Ergebnis: weniger Misserfolge sowie noch gesündere und glücklichere Patienten.

Infos zum Autor



Literatur



Kontakt

Dr. Dominik Nischwitz
 Spezialist für Biologische
 Zahnmedizin und Keramikimplantate
 Zentrum für Biologische Zahnmedizin
 Nischwitz & Partner
 Heerweg 26
 72070 Tübingen
 Tel.: +49 7071 975977
 info@dnaesthetics.de
 http://dnaesthetics.de

Moderne implantologische Konzepte im September in Konstanz

EUROSYMPOSIUM 2022

Am 23. und 24. September 2022 findet unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz zum siebzehnten Mal das EUROSYMPOSIUM statt. Das Programm ist wieder thematisch breit gefächert und am Informationsbedürfnis des Praktikers ausgerichtet.

Die zu beobachtende Normalisierung der Pandemielage eröffnet auch gute Aussichten für das im Herbst in Konstanz am Bodensee stattfindende EUROSYMPOSIUM. Die traditionsreiche Implantologie-Veranstaltung bietet wieder eine besondere Plattform für den kollegialen Austausch und Know-how-Transfer. Auch in diesem Jahr gibt es neben den



wissenschaftlichen Vorträgen am Samstag ein spannendes Pre-Congress Programm am Freitag mit drei Live-Operationen und einem BBQ. Bei der Programmgestaltung haben sich die Veranstalter von den fachlichen Interessen des Praktikers leiten lassen und unter der Themenstellung „Moderne implantologische Konzepte – schnell, ästhetisch, planbar, sicher“ den Fokus erneut auf die besonderen Herausforderungen im Praxisalltag gerichtet.

Der Kongress findet vollständig auf dem Gelände des Klinikums Konstanz in den modernen Tagungsräumlichkeiten des hedicke's Terracotta statt (Vorträge, Seminare, Übertragungen der Live-OPs). Hier befindet sich auch über den gesamten Zeitraum die begleitende Industrieausstellung. Die Übertragung der Live-Operationen erfolgt aus der MKG-Ambulanz Konstanz.

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



Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig



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

Ein herzliches Wiedersehen mit Wissenschaft und persönlichem Austausch in familiärer Atmosphäre

„BEGO Dialoge“ Kongress für Zahnmedizin & Zahntechnik in Bremen

Mehr als 150 Teilnehmer aus Zahnmedizin und Zahntechnik trafen sich am 29. und 30. April bei den „BEGO Dialogen“ in Bremen. Abwechslungsreiche Vorträge und praxisorientierte Workshops mit Referenten aus Wissenschaft und Praxis boten nach zwei Jahren virtueller Treffen endlich wieder die Gelegenheit zu einem persönlichen und interdisziplinären Austausch von Angesicht zu Angesicht.



Auftakt der BEGO Dialoge 2022 durch den geschäftsführenden Gesellschafter der BEGO Unternehmensgruppe Christoph Weiss.

In familiärer Atmosphäre und bei strahlendem Sonnenschein kamen am 29. und 30. April 2022 rund 150 Teilnehmer aus ganz Deutschland in der schönen Hansestadt Bremen zusammen, um sich über Neuigkeiten aus Zahnmedizin und Zahntechnik zu informieren und nach langer Abstinenz endlich wieder den persönlichen Austausch zu genießen.

Der Vormittag des ersten Veranstaltungstages startete mit einem Workshop von ZTM Niels Püschner, BEGO, zu wertvollen Tipps und Tricks im Umgang mit der exocad* Software.

Nach dem offiziellen Auftakt der Veranstaltung und der Begrüßung durch Christoph Weiss, dem geschäftsführenden Gesellschafter der BEGO Unternehmensgruppe, bot Dr. Ingo Baresel

aus Cadolzburg mit seinem Vortrag einen aktuellen Überblick zu den vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von Intraoralscannern. Es folgte ein Vortrag von Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Howaldt und Prof. Dr. Dr. Philipp Streckbein (Uni Gießen), die zum Thema „Bionisches Design für das Hochleistungsimplantat mit dem besonderen Extra“ die grundsätzlichen bionischen Designüberlegungen und Besonderheiten der BEGO Semados® RI-Implantate präsentierten. Der anschließende Online-Vortrag von Prof. Dr. Constantin von See von der DPU Krems erläuterte unter der Überschrift „Künstliche Intelligenz in Zahntechnik & Zahnmedizin – Standortbestimmung & Zukunftstrends“ dahinter stehende Konstrukte und Verfahren und bot einen Ausblick auf die Chancen von künstlicher Intelligenz für die Integration in den zahn-technischen und zahnmedizinischen Arbeitsalltag. Einen Einblick in das Thema Ethno-Zahnmedizin und verschiedenste Arten und Beweggründe künstlicher Manipulationen im Kopf-Hals-Bereich gewährte Prof. Dr. Dr. Roland Garve (DPU Krems) mit seinem Vortrag „Orofaziale und kraniale Mutilationen des Menschen im kulturellen Kontext“. Das Vortragsprogramm des ersten Tages schloss mit dem Thema „Ergänzen was fehlt – die behutsame Bisskalibrierung!“ von Prof. Dr. Jeremias Hey (Charité Berlin) ab. Hey berichtete über die Hintergründe, den therapeutischen Nutzen und die bisherigen Erfahrungen mit dem Konzept 3D-gedruckter Restaurationen aus dem keramisch gefüllten Hybridmaterial VarseoSmile Crown plus von BEGO für verschiedenste Indikationsbereiche. Nach einem informativen ersten Tag bot die gemeinsame Abendveranstaltung Gelegenheit zum Austausch und gemütlichen Beisammensein.

Am Samstag startete Priv.-Doz. Dr. Dr. Keyvan Sagheb (Uni Mainz) den zweiten Veranstaltungstag mit seinem Vortrag „Implantologische Versorgung von der Wurzel bis zur temporären Krone“ und beleuchtete wichtige Einflussfaktoren auf den Langzeiterfolg bei der Versorgung von Einzelzahnlücken, so vor allem den richtigen Implantations- und Belastungszeitpunkt.

Der darauffolgende Beitrag von Privatdozent Dr. Roland Strietzel (BEGO) „Biokompatibilität in der Zahnheilkunde“ vermittelte den Zuhörern Wissenswertes zum Thema Biokompatibilität und zur Medical Device Regulation (MDR) aus Sicht eines Clinical Affairs Managers. Als Nächster berichtete Prof. Dr. Dritan Turhani in seinem Vortrag „Von der Einzelzahnversorgung bis zur Full-Arch-Rekonstruktion“ über umfassende Behandlungsschritte und Konzepte aus dem klinischen Alltag des MKG-Chirurgie-Teams der Danube Private University in Krems. Der sich anschließende Vortrag von Dr. Mathias Siegmund aus Regensburg und Torsten Bahr (BEGO) thematisierte den „Digitalen Workflow“ als interdisziplinäre Chance und zeigte, wie aus dem statischen Backward Planning ein dynamischer Planungsprozess mit Forward Thinking und besserem Behandlungsergebnis entstehen kann.

Nach einem gemeinsamen Snack Lunch hatten die Teilnehmer am Nachmittag die Gelegenheit zur erneuten Workshopteilnahme. ZTM Ansgar Volke und Dentalingenieur Julian Krämer, beide BEGO, sowie ZTM Robert Nacic von der Charité Berlin führten in ihrem Workshop „Von der Wurzel bis zur Krone“ durch den digitalen Workflow mit VarseoSmile Crown plus und freuten sich über das rege Interesse der Teilnehmer.

„Mit einer Veranstaltung wie den BEGO Dialogen wollen wir unseren Gästen nicht nur hochwertige Fachvorträge und -workshops, sondern auch den persönlichen Austausch in familiärer Atmosphäre bieten. Genau diese Nahbarkeit der BEGO Geschäftsführung und Mitarbeiter ist es, die unsere Veranstaltungen auszeichnet und unsere Teilnehmer immer wieder aufs Neue be-



BEGO Dialoge am 29. und 30. April in Bremen – Referenten des zweiten Veranstaltungstags (v.l.n.r. Christoph Weiss, ZTM Ansgar Volke, Priv.-Doz. Dr. Roland Strietzel, Dentalingenieur Julian Krämer, ZTM Robert Nacic, Prof. Dr. Dr. Philipp Streckbein, Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Howaldt, Anja Sohn, Priv.-Doz. Dr. Dr. Keyvan Sagheb, Prof. Dr. Dritan Turhani, Axel Klarmeyer, ZTM Niels Püschner)

geistert“, berichtet Anja Sohn, Director Global Brand and Market Communications bei BEGO und Moderatorin der Veranstaltung. „Auch der Dentalnachwuchs, dem wir die kostenlose Kongress teilnahme ermöglicht haben, war vom Miteinander angetan und freut sich wie wir schon jetzt auf die nächsten BEGO Dialoge.“

** Dieses Zeichen ist eine geschäftliche Bezeichnung/eingetragene Marke eines Unternehmens, das nicht zur BEGO Unternehmensgruppe gehört.*

ANZEIGE

EndoPilot²

Erweiterbar - Kompakt - Sicher



Apex



EndoMotor



DownPack



UltraSchall



BackFill



Pumpe



Akku

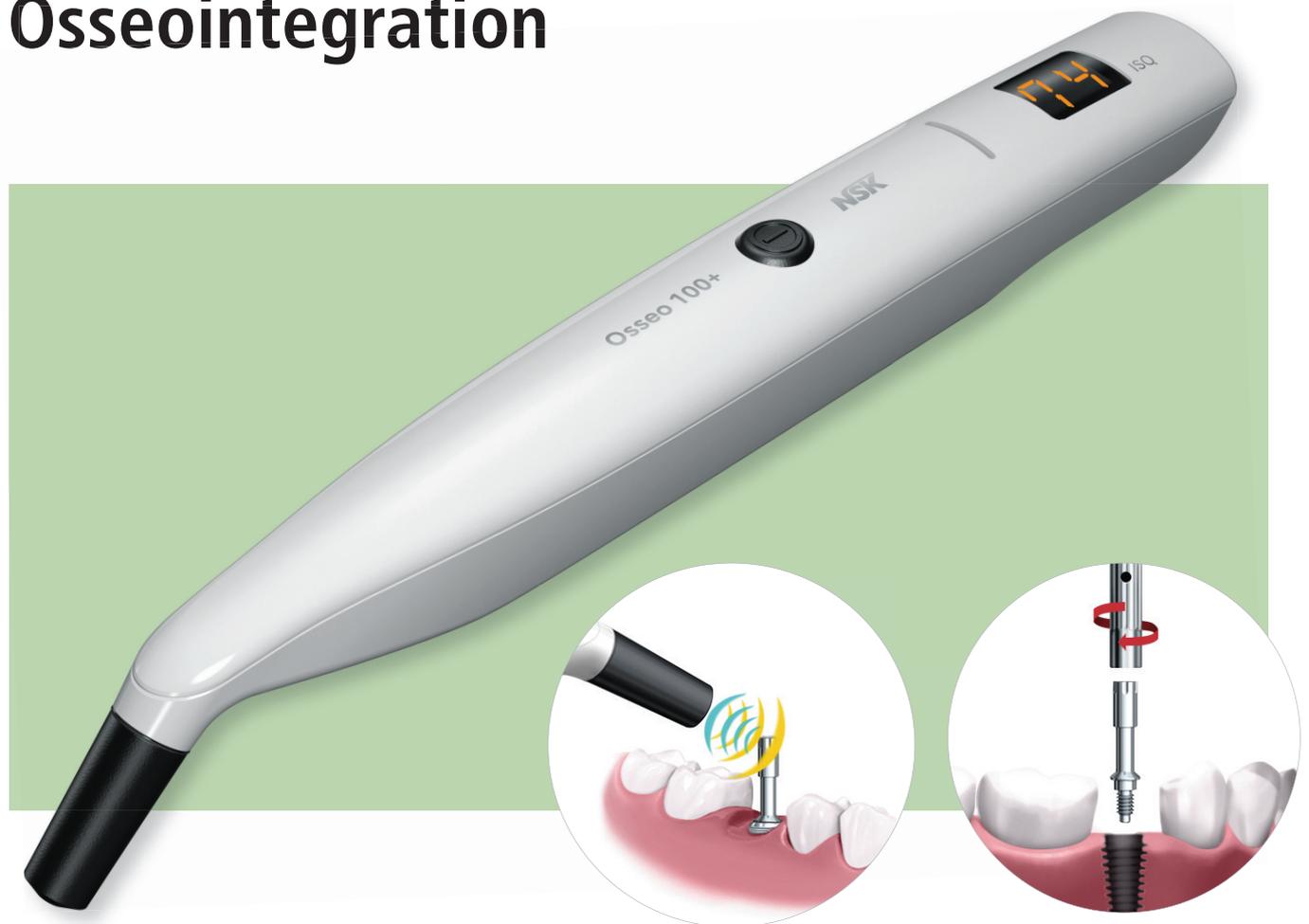


Wireless



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

Straumann Group

Universeller Drehmomentschlüssel – kombinierbar mit jedem Implantatsystem



Anthogyr ist Spezialist für hochwertige Dental-implantate und Prothetik, mit Sitz in den Alpen, im Mont Blanc-Tal. Als global agierende Marke der Straumann Group mit über 70 Jahren Erfahrung stellt Anthogyr den Erfolg von Behandlern und Laboren in den Fokus.

Ein Must-have, insbesondere für Full-Arch-Versorgungen, ist der bewährte, universelle Drehmomentschlüssel Torq Control von Anthogyr. Er ermöglicht ein garantiert präzises Anziehen, unabhängig von der verwendeten Implantatverbindung und auch in schwer zugänglichen Bereichen. Denn präzises Anziehen ist ein Schlüsselfaktor für den Behandlungserfolg. Torq Control® wurde speziell mit einer sicheren automatischen Auskupplung entwickelt, um diesen Anforderungen bei allen prothetischen Versorgungen gerecht zu werden.

Die Produkte sind über den Straumann Group Außendienst, telefonisch und im eShop der Straumann Group erhältlich.

Infos zum Unternehmen



Kontakt

Straumann GmbH

Tel.: +49 761 4501-333
www.anthogyr.de/torqcontrol

curasan

Spezialist für Regenerative Medizin



Zukunftskonzepte für Patient und Chirurg

Weltweit profitieren Patienten und Anwender von den innovativen Lösungen, die curasan für die dentale Implantologie, Orthobiologie und Wundversorgung anbietet. Der Fokus richtet sich zukünftig auf die Kombination der bewährten regenerativen Therapien mit neuen Technologien. Hier stehen beispielsweise die Einbindung biologischer und synthetischer Wachstumsfaktoren und die Oberflächenveredelung unserer Biomaterialien im Vordergrund. Unser Ziel ist es, zukunftsweisende Biomaterialien zur differenzierten Behandlung von Indikationen im dentalen und muskuloskelettalen Umfeld zu entwickeln.

Aktuelle Therapie-Innovation

2021 wurde CERASORB® Foam mit dem zusätzlichen Claim für die Anwendung mit Antibiotika zertifiziert. CERASORB® Foam kann mit verschiedenen Antibiotikallösungen, die nach Herstellerangaben zubereitet wurden, getränkt werden (siehe Gebrauchsinformation). Zur Unterstützung der Gewebe- und Knochenregeneration ist CERASORB® Foam, eine 3D-Matrix aus β -TCP und Kollagen, als Trägermaterial für Blutkomponenten bestens geeignet. CERASORB® Foam kann mit plättchenreichem Plasma (PRP), plättchenreichem Fibrin (PRF), wachstumsfaktorenreichem Blutplasma (PRGF) bzw. Thrombozyten-Mediatoren-Konzentrat (TMK) desselben Patienten, autologer Spongiosa oder Knochenmark-aspirat verwendet werden.

Kontakt

curasan AG
Tel.: +49 6027 40900-0
www.curasan.de

Zantomed

Zusammenarbeit mit dem Körper

Das synthetische Knochenaufbaumaterial EthOss® entstand aus dem Wunsch heraus, über die traditionelle GBR, Spendertransplantate und künstliche Gerüste hinauszugehen, und wurde als Pionier für eine echte Knochenregeneration in der Zahnmedizin und Oralchirurgie entwickelt. Das ursprüngliche Konzept war einfach: „Der Körper will heilen, arbeiten wir mit ihm.“ Dies war der Schlüssel zur Entwicklung des Aufbaumaterials, das mit dem Körper zusammenarbeitet und die Heilungsreaktion des Körpers hochreguliert, um verlorenen Knochen zu regenerieren. Das Produkt ist synthetisch und besteht aus einer Kombination von 65 Prozent β -TCP und 35 Prozent Calciumsulfat. Es wird hierbei keine separate Kollagenmembran benötigt. Die vorliegende Calciumsulfatkomponente „härtet“ in situ aus und bildet ein zelloklusives Bindemittel, sodass das Augmentat stabilisiert und das Eindringen von Weichgewebe verhindert. Es wurde so konzipiert, dass das Material in demselben Maße resorbiert wird, wie sich neuer Knochen bildet, sodass langfristig keine Partikel an der Stelle verbleiben. EthOss® wird vollständig vom Körper absorbiert und durch neuen gesunden Wirtsknochen ersetzt – bis zu 50 Prozent in nur zwölf Wochen.



Kontakt

Zantomed GmbH

Tel.: +49 203 607998-0
www.zantomed.de

Lieber jetzt als später?

Sofortimplantationen im Fokus

Aus Patientensicht erscheint der Fall zumeist klar: Lässt sich direkt im Anschluss an die Extraktion auch die Implantation vornehmen und somit eine Operation einsparen, ist dies eine attraktive Option. Doch welche Auswirkungen hat eine Sofortimplantation auf die periimplantären Gewebe und wie lässt sich diese Technik im Vergleich zur verzögerten oder gar späten Implantation bewerten? Der folgende Blick auf eine Studienauswahl soll diese Frage beantworten.

In ihrer Querschnittsanalyse untersuchten Parvini et al. die Prävalenz periimplantärer Erkrankungen nach Sofortimplantation und Sofortbelastung. 47 teilweise zahnlose Patienten mit einer Gesamtanzahl von 64 Implantaten wurden in die Analyse einbezogen. Bei allen Probanden kam ein standardisiertes chirurgisches und prothetisches Protokoll zum Einsatz (u.a. lappenlose atraumatische Extraktion, Bone Level Implantate mit Platform-Switch, provisorische Sofortversorgung mit verschraubten Abutments und Kronen aus Bis-Acrylat-Komposit). Im Anschluss an die zwischen 2008 und 2017 durchgeführten chirurgischen Eingriffe betrug die durchschnittliche Insertionsdauer zwei bis zehn Jahre ($4,23 \pm 1,7$ Jahre).

Bei ihrer klinischen Evaluation erfassten die Forscher neben dem Plaque-Index und BOP auch Sondierungstiefen, Weichgewebsrezessionen, Suppuration, Breite der keratinisierten Mukosa und Implantatmobilität. Bei klinischen Anzeichen periimplantärer Entzündungen wurden zudem Panoramaschichtaufnahmen angefertigt, mit deren Hilfe eventuelle Veränderungen des marginalen Knochen-niveaus detektiert wurden.

Nur selten Fälle von Periimplantitis

Auf Patientenebene ließen sich bei 38,3 % der Probanden gesunde periimplantäre Verhältnisse feststellen. Bei den übrigen

61,7 % diagnostizierten die Forscher periimplantäre Erkrankungen. Die Mehrzahl dieser Fälle (57,5 %) zeigte eine periimplantäre Mukositis, lediglich 4,2 % der Probanden wiesen eine Periimplantitis auf. Auf die Implantatebene übertragen konnten in 48,5 % der Fälle gesunde periimplantäre Verhältnisse detektiert werden. Ebenfalls 48,5 % der Implantate waren von periimplantärer Mukositis betroffen, 3 % von Periimplantitis.

Auf Basis dieser Erkenntnisse und vor dem Hintergrund der dieser Studie zugrundeliegenden Einschränkungen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass Sofortimplantation und Sofortbelastung mit einer hohen Erfolgsrate nach zwei bis zehn Jahren in Verbindung stehen.

Review zu Sofortimplantation bei Vorschädigungen

Ein systematisches Review aus dem Jahr 2021 untersuchte die Behandlungsergebnisse nach Sofortimplantationen bei vorgeschädigten Extraktionsalveolen. Dabei nahmen die Wissenschaftler sowohl die Überlebensraten der inserierten Implantate als auch weitere Erfolgsparameter wie das marginale Knochen-niveau oder die Weichgewebsverhältnisse in den Blick.

Im Rahmen der Literaturrecherche, welche Veröffentlichungen bis zum Januar 2021 einschloss, identifizierten die Autoren des Reviews letztlich 43 Studien, die sie in ihre Auswertung einbezogen. Ins-

gesamt wurden auf diese Weise Daten von 3.436 Probanden und 5.148 Implantaten über einen Untersuchungszeitraum von acht bis 120 Monaten berücksichtigt. Bei 4.804 dieser Implantate handelte es sich um Sofortimplantationen, wovon 3.305 in vorgeschädigte Extraktionsalveolen inseriert wurden. Bei 18 der inkludierten Studien kam eine lappenlose Vorgehensweise zum Einsatz, 25 Studien machten von der Bildung eines Mukoperiostlappens Gebrauch. Lediglich bei zwei der Studien kamen beide Techniken zur Verwendung.

Selbst bei vorgeschädigten Extraktionsalveolen eine Option

Während ausnahmslos alle berücksichtigten Studien die Anzahl der Implantatverluste angaben, widmeten sich 22 Publikationen zusätzlich dem marginalen Knochenverlust, neun den auftretenden Weichgewebsrezessionen, und nur drei Untersuchungen nahmen ästhetische Parameter in den Blick. Bei den Sofortimplantationen in vorgeschädigte Extraktionsalveolen ließen sich in Summe 106 Implantatverluste feststellen, bei den Sofortimplantationen in nicht vorgeschädigte Extraktionsalveolen waren es 19. Daraus ergeben sich Überlebensraten von 96,79 bzw. 98,73 %. In ihrem Diskussteil geben die Autoren dementsprechend an, dass bei den Überlebensraten keine signifikanten Unterschiede zu beobachten sind. Ihre Schlussfolgerung lautet: Bei vorgeschädigten Extraktions-

Minimalinvasive Sofortimplantation



Ein lappenloses Insertionsprotokoll, das auch Sofortimplantationen vorsieht, ist das MIMI-Verfahren, entwickelt von Dr. Armin Nedjat zwischen 1994 und 2006. In der MIMI-Nomenklatur werden Sofortimplantationen als MIMI 0 geführt. Kennzeichnend für MIMI 0 ist, dass das Implantat nicht in die Extraktionsalveole inseriert wird, sondern ein neues Implantatbett geschaffen wird. *Nach einem Scan des beigefügten QR-Codes mit dem Smartphone lässt sich der Ablauf einer Sofortimplantation nach dem MIMI 0-Protokoll ansehen.*

Bei Zähnen mit einer Wurzel, im Bild links oben am Beispiel eines Inzisiven, wird ein neues Implantatbett geschaffen, indem man in einem anderen Winkel zur Extraktionsalveole bohrt. Die leere Extraktionsalveole kann man mit Knochenersatzmaterial auffüllen, z. B. mit autologem KEM, das man nach dem Smart Grinder-Verfahren aus dem extrahierten Zahn des Patienten gewonnen hat.

Bei Molaren mit zwei oder drei Wurzeln wird in die Bi- bzw. Trifurkation gebohrt. Dies ist nur möglich, wenn die Pilotbohrung und ggf. die erste Erweiterungsbohrung mit konischen Dreikantbohrern, niedertourig durchgeführt, erfolgt. Anschließend wird die Kavität mit Condensern in aufsteigenden Durchmessern aufbereitet, bis man ein Drehmoment von ca. 20 Ncm erhält. Dies ist gleichzeitig ein Indikator, welchen Implantatdurchmesser man wählen sollte: Wurde beispielsweise ein Drehmoment von 20 Ncm mit dem Condenser $\varnothing 4,3$ mm erreicht, sollte man ein Implantat $\varnothing 4,5$ mm inserieren. *Scannen Sie mit Ihrem Smartphone den QR-Code ab, um sich den Ablauf einer Sofortimplantation nach dem MIMI 0-Protokolls anzusehen.*



alveolen scheint eine Sofortimplantation die Überlebens- und Erfolgsraten im Vergleich zu Sofortimplantationen in nicht vorgeschädigte Extraktionsalveolen nicht zu verringern.

Zeitpunktunabhängig hohe Überlebensraten

Inwieweit sich der Zeitpunkt von Implantation und Belastung auf das Implantatüberleben und die biologischen Erfolgsparameter auswirkt, untersuchten Aiquel et al. im Rahmen eines systematischen Reviews. Dabei analysierten sie insgesamt 14 Studien, bei denen mindestens zehn Patienten mit mehrgliedrigen und von mindestens zwei Implantaten getragenen Prothesen versorgt und über min-

destens drei Jahre hinweg beobachtet wurden. In allen inkludierten Untersuchungen wurden Implantatüberlebensraten sowie mindestens ein biologischer Parameter festgestellt.

Auf Grundlage der von Gallucci et al. und Siebers et al. vorgeschlagenen Definitionen der verschiedenen Zeitpunkte von Implantation und Belastung ordneten die Wissenschaftler alle Studien je einer Kategorie zu. Demnach konnten sowohl die Implantation als auch die Belastung entweder sofort, früh oder verzögert stattgefunden haben. Alle daraus resultierenden Kombinationsmöglichkeiten ergaben somit neun Kategorien (z. B. Sofortimplantation mit früher Belastung oder verzögerte Implantation mit Sofortbelastung).

Durch die einbezogenen Studien konnten in Summe fünf der neun Kategorien abgedeckt werden, darunter die Sofort- und Frühbelastung nach Sofortimplantation als auch alle drei Belastungszeitpunkte nach verzögerter Implantation. Abgesehen von einer prospektiven Kohortenstudie, bei der sofort implantiert und belastet wurde (Überlebensrate: 90 %), zeigten alle Gruppen über einen Untersuchungszeitraum von drei bis 15 Jahren nach dem chirurgischen Eingriff eine Überlebensrate von mehr als 90 %. Vor dem Hintergrund der limitierenden Faktoren der Studie kamen die Wissenschaftler daher zu dem Schluss, dass alle untersuchten Kombinationen von Implantations- und Belastungszeitpunkt eine hohe Überlebensrate hervorbrachten.

Positive Ergebnisse nach Sofortimplantation

Einen gezielten Blick auf sofortinserierte und provisorisch sofortversorgte Implantate warfen Arora et al. Für ihre prospektive Studie versorgten sie insgesamt 30 Patienten mit Einzelzahnimplantaten im vorderen Oberkiefer und dokumentierten sowohl Hart- als auch Weichgewebsveränderungen sowie das ästhetische Resultat unter Zuhilfenahme des Pink Esthetic Score (PES). Im Rahmen der Studie erfolgte der chirurgische Eingriff lappenlos nach Augmentation des Knochenspalts zwischen dem Implantat und der bukkalen Knochenwand.

Über einen Nachuntersuchungszeitraum von zwei bis fünf Jahren hinweg konnten die Forscher einen durchschnittlichen Zuwachs der Knochenhöhe um $0,18 \pm 1,38$ mm ($P = 0,85$) im mesialen Bereich und von $0,34 \pm 1,40$ mm ($P = 0,22$) im distalen Bereich feststellen. Als vorteilhaft bewerteten die Autoren zudem den durchschnittlichen Weichgewebsverlust von $0,05 \pm 0,64$ mm im Bereich der mesialen Papille sowie von $0,16 \pm 0,63$ mm im Bereich der distalen Papille und von $0,29 \pm 0,74$ mm bei den midfazialen Rezessionen, da keiner der genannten Werte statistische Signifikanz erreichte.

In ihrer Schlussfolgerung kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass durch die Verwendung einer lappenlosen Technik sofortinserierte und -versorgte Implantate im vorderen Oberkiefer positive Resultate sowohl bei der Osseointegration als auch bei Hart- und Weichgewebsveränderungen und der Ästhetik lieferten.

Verringerung von Weichgewebsrezessionen

Anhaltspunkte für eine Verbesserung des fazialen Weichgewebsniveaus nach Sofortimplantation fanden Noelken et al. bei ihrer retrospektiven Analyse. Sie versorgten insgesamt 26 Patienten mit Rezessionen der marginalen Gingiva an

einem extraktionswürdigen Zahn im vorderen Oberkiefer (13-23) per Sofortimplantation. Extraktion sowie Implantation erfolgten dabei lappenlos, zusätzlich wurden faziale Knochendefekte mit autologem Knochenmaterial augmentiert. Bei exakt der Hälfte der Patienten wurden zudem Bindegewebsstransplantate eingebracht.

Nach einem durchschnittlichen Untersuchungszeitraum von 45 Monaten stellten die Wissenschaftler bei der Patientengruppe ohne Bindegewebsstransplantat eine signifikante Verringerung der Weichgewebsrezessionen von 1,8 auf 0,9 mm fest. In der Gruppe der mit Bindegewebsstransplantat behandelten Patienten fiel diese Verringerung noch deutlicher aus: von 2,3 mm auf 0,5 mm. In beiden Gruppen war zudem eine signifikante Verbesserung des PES-Wertes erkennbar. Keines der untersuchten Implantate ging verloren, bei fünf Implantaten ohne Weichgewebsstransplantat wurde allerdings ein marginaler Knochenverlust von mehr als 1 mm beobachtet.

Die klinischen Resultate werten die Autoren als Nachweis dafür, dass Sofortimplantationen das faziale Weichgewebsniveau sowie die Weichgewebsästhetik bei initialen Rezessionen von 1 bis 3 mm verbessern könnten. Deutlicher zutage getreten sei dieser Effekt bei Fällen mit größeren Rezessionen und einer zusätzlichen Behandlung mit Bindegewebsstransplantaten.

Fazit

Während die Sofortimplantation manchem Praktiker heute noch zu risikobehaftet erscheint, zeichnet sich durch die hier diskutierte Studienauswahl ein vielversprechendes Bild dieser Technik ab. Zwar äußern beispielsweise die Autoren der benannten Reviews den Wunsch nach einer breiteren Datenbasis, doch lassen ihre Schlussfolgerungen die Sofortimplantation weitaus verlässlicher erscheinen, als es die noch verhältnismäßig

geringe Anzahl von auf diese Weise durchgeführten Eingriffen nahelegt. Insbesondere mit Blick auf die Reduzierung von Behandlungssitzungen und damit der psychischen und finanziellen Belastung der Patienten sollte die Sofortimplantation vor diesem Hintergrund häufiger als Behandlungsoption in Betracht gezogen werden.

Literatur

- 1 Parvini P, Obreja K, Becker K, Galarraga ME, Schwarz F, Ramanauskaitė A. The prevalence of peri-implant disease following immediate implant placement and loading: A cross-sectional analysis after 2 to 10 years. *Int J Implant Dent.* 2020; 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40729-020-00259-x>.
- 2 Amid R, Kadkhodazadeh M, Moscowchi A. Immediate implant placement in compromised sockets: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2021 Nov 9;S0022-3913(21)00525-4. (Online ahead of print)
- 3 Aiquel LL, Pitta J, Antonoglou GN, Mischak I, Sailer I, Payer M. Does the timing of implant placement and loading influence biological outcomes of implant-supported multiple-unit fixed dental prosthesis—A systematic review with meta-analyses. *Clin Oral Implants Res.* 2021;32(Suppl. 21):5–27. DOI: 10.1111/clr.13860.
- 4 Gallucci, G. O., Hamilton, A., Zhou, W., Buser, D., & Chen, S. (2018). Implant placement and loading protocols in partially edentulous patients: A systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 29 (Suppl. 16), 106–134. <https://doi.org/10.1111/clr.13276>.
- 5 Siebers, D., Gehrke, P., & Schliephake, H. (2010). Delayed function of dental implants: A 1- to 7-year follow-up study of 222 implants. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 25, 1195–1202.
- 6 Arora H, Khzam N, Roberts D, Bruce WL, Ivanovski S. Immediate implant placement and restoration in the anterior maxilla: Tissue dimensional changes after 2–5 year follow-up. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2017 Aug; 19(4):694–702. doi: 10.1111/cid.12487. Epub 2017 Apr 21. PMID: 28429394.
- 7 Noelken R, Moergel M, Pausch T, Kunkel M, Wagner W: Clinical and esthetic outcome with immediate insertion and provisionalization with or without connective tissue grafting in presence of mucogingival recessions: A retrospective analysis with follow-up between 1 and 8 years. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2018; 20 (3):285–293.

Kontakt

Dr. Armin Nedjat
Spezialist Implantologie
CEO Champions-Implants GmbH
Champions Platz 1
55237 Flonheim
www.champions-implants.com

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
September 2022				
16.09.2022	International Blood Concentrate Day	Radisson Blu Hotel Frankfurt am Main Deutschland	www.bc-day.info/	OEMUS MEDIA AG
23./24.09.2022	Fachdental Leipzig	Messegelände Leipzig Deutschland	www.messe-stuttgart.de/fachdental-leipzig/	Landesmesse Stuttgart GmbH
29./01.10.2022	EAO Congress	Palexpo, Genf Schweiz	https://congress.eao.org/en/	European Association of Osseointegration
Oktober 2022				
14./15.10.2022	Fachdental Südwest	Messegelände Stuttgart Deutschland	https://www.messe-stuttgart.de/fachdental-suedwest/	Landesmesse Stuttgart GmbH

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI) · Mühlenstraße 18 · 51143 Köln · Telefon: +49 2203 8009339
Fax: +49 2203 9168822 · 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: +49 341 48474-224 · Fax: +49 341 48474-290
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de · Internet: www.oemus.com

Leserservice:

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.



Ein Portfolio für nahezu
alle Anforderungen und
Präferenzen.



Casebook

Nutzen Sie die Synergien eines innovativen Produktportfolios für die Hart- und Weichgeweberegeneration mit der implantologischen Kompetenz und Kundennähe von Camlog.

- Knochenersatzmaterialien (bovin, porcine und synthetisch)
- Barrieremembranen (bovin, porcine und synthetisch)
- Rekonstruktive Gewebematrix (porcine)
- Wundauflagen (bovin)

www.camlog.de/biomaterialien

patient28PRO
Schützt Ihre Implantatversorgung

BioHorizons®, MinerOss®, Mem-Lok® und NovoMatrix® sind eingetragene Marken von BioHorizons. CeraOss®, SynMax®, Argonaut® und PermaPro® sind eingetragene Marken der CAMLOG Biotechnologies GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

a perfect fit

camlog

Ab Juli mit dem
neuen Angebotspaket
„Unlimited“



PREISBEISPIEL

TOUCH-UP
1.099,- €*

6-9 Sets für beide Kiefer;
je Set = 3 Schienen (soft, medium, hart)
(bis zu 54 Schienen)

*inkl. 1 Refinement für beide Kiefer
innerhalb 1 Jahres, MwSt. und Versand

TrioClear™ – die dreistufige Aligner-Lösung

Nutzen Sie die Vorteile eines Komplettanbieters.

Das Plus für Ihre Praxis: Als weltweiter Aligner-Anbieter verfügt die Modern Dental Group über die Erfahrung aus vielen Tausend erfolgreich abgeschlossenen Patienten-Fällen.



More Info zu TrioClear™
und weitere Angebotspakete