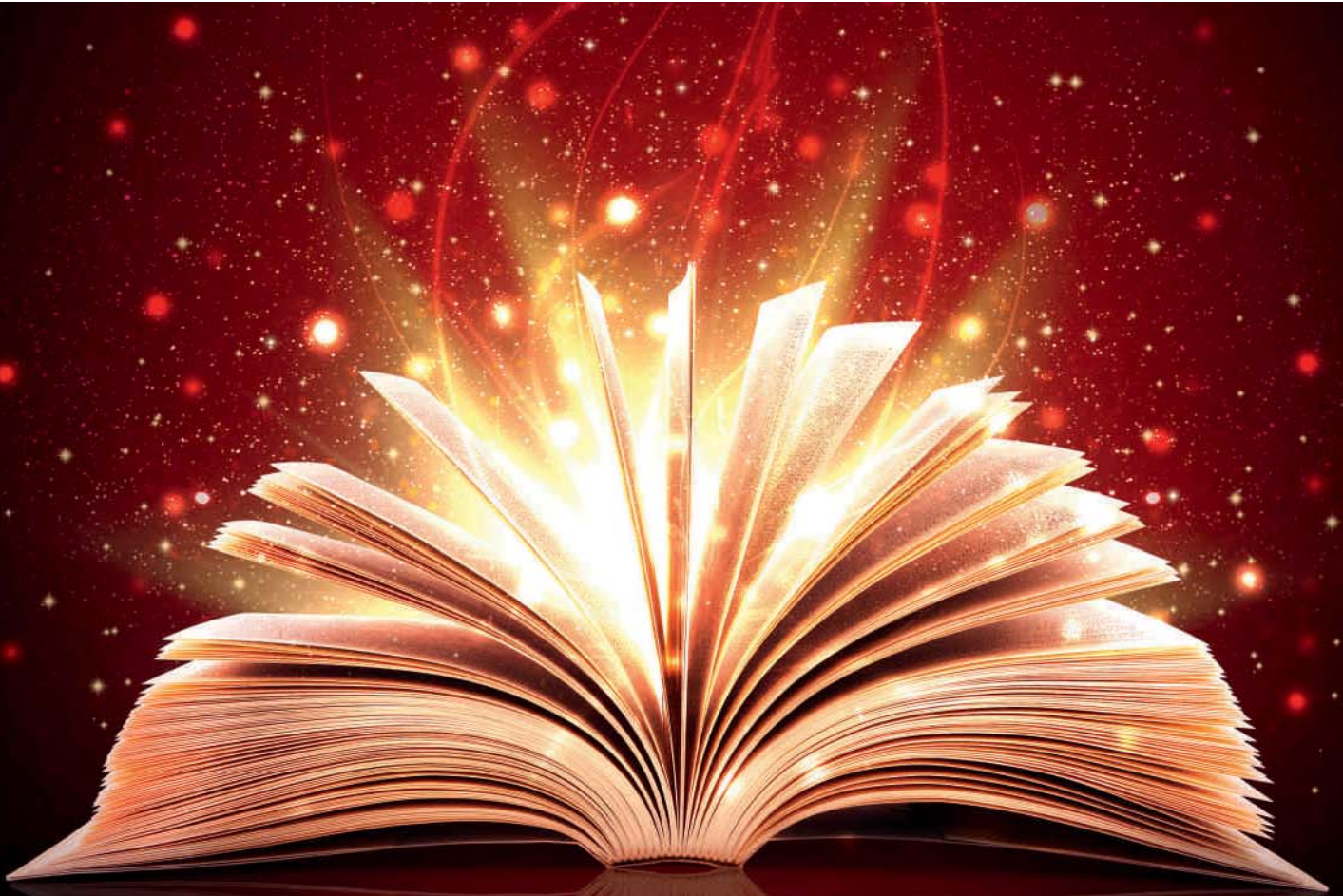




# konkret

Journal für die implantologische Praxis



## Das Märchen von der guten GOÄ

**Zwischenstand und Analyse der Reform**

Antikorruptionsgesetz:

**Zum Stand  
der Dinge**

Seite 48

Delegation:

**Wer hat das Sagen in der  
zahnärztlichen Behandlung?**

Seite 64

Neuer Praxisleitfaden:

**Die „Kurzen“  
haben sich etabliert**

Seite 88

# ZIMMER

## PUROS® ALLOGRAFT PRODUKTFAMILIE

### JETZT LIVE-OP ERLEBEN!

Im Rahmen des Kongresses  
**1. ZIMMER BIOMET IMPLANTOLOGIE TAGE**  
können Sie die Anwendung eines patienten-  
individuellen Blocks live miterleben.

Termin: 30. April 2016, Stuttgart

Fortbildungspunkte: 8 / Kongressgebühr: 95 € inkl. MwSt.

Mehr Informationen unter [www.zimmerdental.de/events](http://www.zimmerdental.de/events)

Puros® Allograft  
Patientenindividueller Block



Puros® Allograft Block



Puros® Allograft  
Spongiosa Block



Puros® Allograft  
Spongiosa Dübel



Puros® Allograft  
Spongiosa Partikel

Mehr Informationen erhalten Sie unter 0800 233 22 30 oder [www.zimmerdental.de](http://www.zimmerdental.de)

©2014 Zimmer Dental, Inc. Alle Rechte vorbehalten. Puros Allografts sind als Arzneimittel zugelassen, Zulassungsnummer: PEI.H.04761.01.1;  
Hersteller: Tutogen Medical GmbH, Industriestrasse 6, 91077 Neunkirchen a. B.  
Mitvertreiber: Zimmer Dental GmbH, Wentzingerstrasse 23, 79106 Freiburg  
Tel.: 0800-2 33 22 30, Fax: 0800-2 33 22 32, e-mail: kundenservice.dental@zimmer.com  
Bitte beachten Sie, dass nicht alle Produkte und regenerativen Materialien in allen Ländern/Regionen registriert oder erhältlich sind und die Artikelnummern für Puros Allografts variieren können. Bitte wenden Sie sich wegen Verfügbarkeit und für weitere Informationen an einen Mitarbeiter von Zimmer Dental.



**zimmer** | dental

[www.zimmerdental.de](http://www.zimmerdental.de)

Die GOÄ-Reform ist nur scheinbar in trockenen Tüchern. Neben der grundsätzlichen Zustimmung des Sonderärztetags gab es zahlreiche Arbeitsaufträge an den Vorstand der Bundesärztekammer zu wichtigen Details. Wie immer waren die Delegierten eigens zu dieser Veranstaltung von den Länderkammern bestimmt worden – wobei zahlreiche hochrangige Kritiker der GOÄ kein Delegiertenmandat bekamen. Die Zustimmung des Sonderärztetags bedeutet Aufatmen bei Bundesärztekammer, PKV und Bundesgesundheitsministerium. Mit öffentlichen Statements hatte Bundesärztekammerpräsident *Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery* im Vorfeld dafür gesorgt, dass die 250 Delegierten in Berlin entsprechend vorbereitet in die Diskussion eintraten. „Wenn wir jetzt keine neue GOÄ in Mitgestaltung durch die Ärzteschaft bekommen, dann ist diese Chance wohl für lange Zeit verwirkt!“ Lieber keine GOÄ als diese, war für ihn keine Option. Die Kritiker der Reform erhielten auf dem Sonderärztetag nur wenig Redezeit. Hinzu kommt, dass wohl mancher Delegierte überlegt hat, dass mit seiner Ablehnung der Reform auch das BÄK-Präsidium beschädigt werden könnte.

Gewinner und Verlierer dieser Reform sind schnell ausgemacht. Ja, es gibt tatsächlich Gewinner, auch wenn wir aus der zahnärztlichen Perspektive Mühe haben, dies zu erkennen. Zunächst einmal soll die sprechende Medizin, also die Beratung, deutlich besser bewertet werden, davon profitieren sicherlich die Allgemein- beziehungsweise Hausärzte. Das allein reicht aber offenbar für den Deutschen Hausärzteverband nicht aus. Denn auch er hat diese Reform abgelehnt.

Die unzähligen Gebührenpositionen mit zusätzlich 2000 Analogbewertungen sind auf jetzt zirka 4500 Legenden zusammengefasst, was bedeutet, dass es insbesondere für den stationären Bereich bei der Abrechnung übersichtlich wird. Also auch Krankenhausärzte sind sicherlich keine Gegner der Reform. Warum hingegen niedergelassene Ärzte die Verlierer dieser GOÄ-Reform sind, erläuterte der Sindelfinger Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizin und Sozialrecht, *Prof. Dr. Thomas Ratajczak*, bereits im Interview des BDIZ EDI konkret 4/2015. Der neue Einzelsatz soll dem bisherigen Steigerungsfaktor 2,4 entsprechen. Die mögliche Verdopplung des Einzelsatzes soll nur noch der Faktor 2 sein. Künftig gibt es also nur noch die Aufteilung in Faktor 1,0 oder Faktor 2,0. Profitieren werden davon laut *Ratajczak* Krankenhausabteilungen und große Praxisstrukturen, die über die finanziellen und personellen Ressourcen verfügen, um

die künftigen Anforderungen an die Abrechnungsbegründung überhaupt erfüllen zu können.

Doch so einfach ist es mit dem 2-fach-Satz dennoch nicht. Steht die Leistung nicht auf der sogenannten Positivliste, wird es schwer, eine Begründung durchzubringen. Der neue § 5 GOÄ sieht enorm hohe Hürden vor, um statt des 1,0-fachen den 2,0-fachen

Satz abzurechnen. Unüberwindlich erscheint die Hürde dann, wenn es darum geht, Positionen zu steigern, die nicht auf der Positivliste stehen. Hier kommt die Gemeinsame Kommission GeKo von BÄK, PKV und Beihilfe ins Spiel. Die GeKo entscheidet letztlich im Einzelfall – und bei der restriktiven Erstattungspolitik von PKV und Beihilfe muss man kein Wahrsager sein, um den Ausgang zu erraten.

Wenn wir von Positivliste reden: Es wird auch eine Negativliste geben mit nicht unterschreitbaren Sätzen, aber angesichts Standard- und Basis tariffs ist hier Skepsis angesagt. Beide Listen werden von den Verhandlungspartnern noch unter Verschluss gehalten.

Einzelpraxen werden die Verlierer dieser Reform sein – auch bei den Zahnärzten, die chirurgisch und implantologische Leistungen nach GOÄ abrechnen,

weil sie gar nicht die Zeit und Unterstützung haben, den hohen administrativen Aufwand für die Begründung zu leisten. Labor- und Röntgenleistungen haben derzeit keinen Steigerungsfaktor. Es wird spannend werden, wie man in Zukunft die Steigerung hier begründen wird.

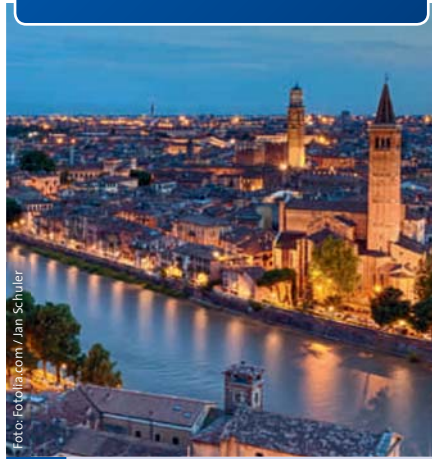
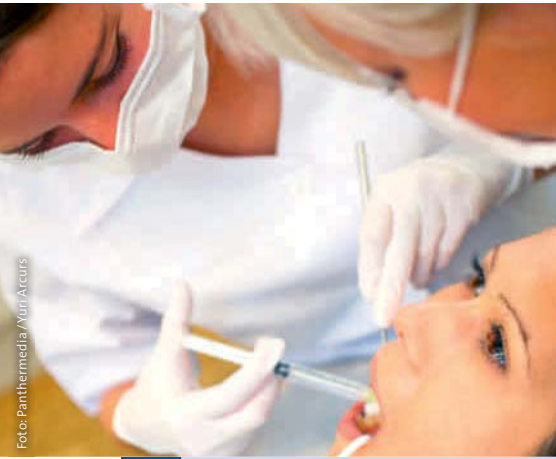
Ob die PKV aber wirklich Gewinnerin der GOÄ-Reform sein wird, weil sich ihr Konzept zum großen Teil in der Umsetzung der Reform widerspiegelt, darf bezweifelt werden. Unter dem Strich handelt es sich um die EBM-isierung der GOÄ. Künftig wird die PKV um ihren Fortbestand noch mehr bangen müssen.

Diese GOÄ-Reform ist das Ergebnis von Kompromissen zwischen den Verhandlungspartnern. Bei diesem Deal ist die Höhe des künftigen Punktwerts noch nicht verhandelt. Erst dann wird sich zeigen, wer Gewinner und wer Verlierer sein wird.



## Gewinner und Verlierer

*Christian Berger*  
Präsident BDIZ EDI



44 Qualitätssicherung in der Zahnarztpraxis: Was ändert sich?

58 BDIZ EDI goes Verona: Gemeinsamer Kongress mit Quintessenz

92 Interview: Kurze Implantate sind nichts für Ungeübte

**BDIZ EDI Aktuell**

Editorial ..... 3

11. Experten Symposium: Die „Kurzen“ haben sich etabliert ... 6

Impression vom 11. Experten Symposium ..... 10

Rückschau/Vorschau ..... 12

Sonderärztetag: Stirnrunzeln bei den Zahnärzten ..... 16

Nachgefragt: Pro und Contra GOÄ-Reform ..... 18

Stimmen und Meinungen zur GOÄ-Novellierung ..... 20

GOÄ-Reform 2016: das Paragrafenwerk in der Analyse ..... 22

Privatzahnärztetag 2016: Quo vadis, PKV? ..... 42

Interview: Dr. Jürgen Fedderwitz zum Thema Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Praxis ..... 44

Antikorruptionsgesetz: Zum Stand der Dinge ..... 48

Programm Curriculum No. 18: Erste Schritte in der Implantologie ..... 50

Benchmarking in der Zahnarztpraxis: „PraxisCheck“ ..... 52

Der BDIZ EDI gratuliert ..... 56

**BDIZ EDI Aktuell Europa**

10. Europa-Symposium in Verona: „State of the Art“ vor historischer Kulisse ..... 58

Dr. Wolfgang Doneus über das Verhältnis Zahnarzt – zahnärztliches Team ..... 64

Rat der Europäischen Zahnärzte (CED): Marco Landi neuer Präsident ..... 67

24. Europa-Ausschuss des BDIZ EDI ..... 68

Newsticker ..... 70

Reformen: Wohin mit den Gesundheitsdaten? ..... 74

Buchrezension: „Das schwächste Glied“ ..... 78

**Abrechnung & Recht**

Urteile zur GOZ 2012 –Teil 1 ..... 81

**Fortbildung**

EuCC-Konsensuspapier: Update: kurze, angulierte und durchmesser-reduzierte Implantate ..... 88

Interview: PD Dr. Jörg Neugebauer und Christian Berger „Kurze Implantate sind nichts für Ungeübte“ ..... 92

Dr. Michael Leistner: Zweiteiliges Keramikimplantat im Praxisalltag ..... 96

Dr. Michael Jablonski: Die Ribose-kreuzvernetzte Kollagenmembran Ossix Plus Membran ..... 106

**Events**

3D Print: 1st international conference in Mainz ..... 112

Prof. Dr. Daniel Buser zu Gast beim ITI Study Club ..... 113

BTI-Days 2015 in Berlin ..... 114

BioHorizons International Symposium: Im April nach Cancun/Mexiko ..... 115

Dentaurum Implants informiert zum Thema Hygiene ..... 116

Countdown für Osteology Monaco 2016 ..... 116

Hager & Meisinger: Erfolgsstory Bone Management ..... 117

Humanpräparat-Übungskurs der Akademie der DGMKG ..... 118

Geistlich Biomaterials sagt Danke! ..... 119

Zeramex Kongress fand in Bern/Schweiz statt ..... 120

Straumann erhält Preis der Pierre Fauchard Academy ..... 122

TRI: World Tour 2016 in Barcelona ..... 122

1. Europäisches Forum des IDC in Italien ..... 123

W&H: bone & tissue days Salzburg ..... 124

MIS vollzieht 2015 Paradigmenwechsel ..... 125

HL DentClinic: 4. International Implantology Days ..... 126

7. Implantologiesymposium von der Praxis Dr. Masur ..... 128

Thommen Medical: Herzstück wird 30 ..... 129

Camlog: Fortbildung auf einen Klick ..... 129

Morita: Zahnärztetag 2016 ..... 130

Henry Schein: „360° – Digitale Zahntechnik gestalten“ ..... 132

DGÄZ: America meets Europe 2016 ..... 134

bredent group days 2016: Interessant und vielfältig ..... 134

**Markt**

Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie ..... 136

**Termine & Mitteilungen**

Aufnahmeantrag ..... 161

Termine · Impressum ..... 162



ERFAHREN SIE  
MEHR UNTER:  
[ORTHOPHOS-SL.DE](http://ORTHOPHOS-SL.DE)

# MEINE PRAXIS. MEINE BEHANDLUNG. MEIN ORTHOPHOS SL.

Der neue ORTHOPHOS SL bietet Lösungen für eine Vielzahl von Behandlungssituationen. Er besticht mit höchster Bildqualität, durchdachter Bedienbarkeit und Verlässlichkeit „Made in Germany“ und wächst dank modularem Aufbau mit Ihnen und Ihren Anforderungen mit. Zusammen mit der Röntgensoftware SIDEXIS 4 bietet der ORTHOPHOS SL die Röntgen-gesamtlösung für jeden Workflow und jede Praxis. **Es wird ein guter Tag. Mit Sirona.**



## 11. Experten Symposium des BDIZ EDI in Köln beschäftigte sich mit kurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten

# Die „Kurzen“ haben sich etabliert

Insgesamt mehr als 250 Teilnehmer waren am letzten Karnevalswochenende bei den Veranstaltungen des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) in Köln dabei, um sich ein Update über kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate zu verschaffen und sich zum Antikorruptionsgesetz zu informieren. Dabei wurde viel diskutiert: während des 11. Experten Symposiums, in den Workshops und insbesondere in der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC). Die Ergebnisse fließen in den neuen, inzwischen 11. Praxisleitfaden ein, den der BDIZ EDI in Anschluss an diesen Bericht vorstellt.

Experten Symposium und Konsensuskonferenz wurden auch in diesem Jahr mit Unterstützung der Universität Köln vorbereitet. Spiritus rector ist der Direktor der Klinik und Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie und Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, *Univ.-Prof.Dr.Dr.Joachim E. Zöller*, Vizepräsident des BDIZ EDI. Vorstandsmitglied und Mitarbeiter der Uni Köln, *PD Dr. Jörg Neugebauer* aus Landsberg am Lech, leitete sowohl das Experten Symposium als auch die Konsensuskonferenz.

Die Empfehlung der 11. Europäischen Konsensuskonferenz, die die Teilnehmer des 11. Experten Symposiums mit nach Hause nehmen konnten: „Die Anwendung von kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten bei reduziertem Knochenangebot stellt heute bei Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter eine verlässliche Therapieoption

im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Implantaten mit Standarddurchmesser in Kombination mit augmentativen Verfahren dar.“ Insofern haben sich die hoffnungsvollen Prognosen der 6. Europäischen Konsensuskonferenz aus dem Jahr 2011 bestätigt. Vor fünf Jahren hatte sich der BDIZ EDI mit der Praxisreife dieser Implantate beschäftigt, jetzt standen ihre Vorteile und Grenzen im Fokus. Geändert hat sich auch die Definition. Während die Konsensuskonferenz 2011 kurze Implantate mit  $< 9$  mm angab, werden kurze Implantate laut der 11. Europäischen Konsensuskonferenz  $\leq 8$  mm und der Durchmesser  $\geq 3,75$  mm definiert. Ultra-kurze Implantate haben eine Implantatlänge von  $< 6$  mm.

### Die „Kurzen“ auf Erfolgskurs?

Zum Auftakt des eintägigen Symposiums spannte *Prof.Dr.Dr.Rolf Ewers*, Wien, mit

seiner 45-jährigen Erfahrung ein „alter Hase“ in der Augmentationschirurgie, den zeitlichen Bogen: „Früher Beckenkamm – heute kurze Implantate“. Nach wie vor gilt für *Ewers*: Es gibt kein Material, das dem autologen Knochen äquivalent sei. In der Erkenntnis, dass die Form des Knochens der Funktion auch bei kurzen Implantaten folgt, sieht er die Bestätigung für die guten Ergebnisse in den von ihm mitbetreuten prospektiven Studien. Während des Vortrags stellte er fünfjährige Erfahrungswerte mit kurzen und ultrakurzen Implantaten den bisher gängigen Augmentationsverfahren gegenüber. „Inzwischen können wir feststellen, dass wir vergleichbare Ergebnisse erhalten bei wesentlich geringerem operativen Aufwand, weniger Morbidität und geringeren Kosten.“

Eng mit dem Thema von *Prof.Ewers* verknüpft war der Vortrag von *Prof.Dr.Mauro Marincola* aus Rom. Er stellte seine kli-



Prof.Dr.Dr.Rolf Ewers



Prof.Dr.Mauro Marincola



Dr.Thomas Fortin



Prof.Dr.Matthias Kern



Konzentrierte Aufmerksamkeit der Teilnehmer beim 11. Experten Symposium in Köln

nischen Erfahrungen besonders unter Berücksichtigung der prothetischen Versorgung vor. Sein Fazit: Kurze Implantate zeigen nicht nur eine stabile periimplantäre Knochensituation bei großem Kronen-/Implantat-Längenverhältnis, sondern lassen sich durch die Einzelzahnversorgung auch leicht und effektiv prothetisch versorgen.

*Dr. Thomas Fortin*, Lyon, erläuterte seine Erfahrungen mit kurzen Implantaten als Alternative zu risikoreichen und aufwendigen vertikalen Augmentationen. Als

Ergebnis seiner fünfjährigen prospektiven multizentrischen Studie mit 54 Patienten, die mit zwei unterschiedlichen Verbindungselementen im vorderen Unterkieferbereich versorgt worden waren (Platform-Switching-Abutment und Platform-Matching-Abutment), zeigte er auf, dass sich keine signifikanten Unterschiede gezeigt hätten. Sein Fazit: Die kurzen Implantate können in diesem Bereich und mit beiden Verbindungselementen unter Berücksichtigung der Hart- und Weichgewebsreaktion als effektive Therapieoption angesehen werden.

### Aus prothetischer Sicht: Besser eins als keins?

*Prof. Dr. Matthias Kern* von der Universität Kiel beleuchtete die Versorgungsproblematik von Patienten mit atrophiertem zahnlosen Unterkiefer aus prothetischer Sicht. Dabei zeigte er die Vor- und Nachteile bei der Versorgung mit zwei oder vier Implantaten, die Option der Insertion von nur einem Implantat als geriatrische, sozialorientierte Versorgung zur Stabilisierung der in der Regel vorhandenen, erweiterten Prothese auf. Der Verfechter



*Prof. Dr. Douglas Deporter*



*Dr. Wolfgang Bolz*



*Prof. Dr. Norbert Schmedtmann*



*PDDr. Jörg Neugebauer*



Einen Fortbildungstag lang beschäftigten sich die Teilnehmer mit kurzen, ultrakurzen, angulierten und durchmesserreduzierten Implantaten als mögliche Therapieoption zur aufwendigen Augmentation.

des mittigen Einzelimplantats im zahnlosen Unterkiefer fasste die verfügbare klinische Datenlage zusammen und illustrierte anhand ausgewählter Patientenfälle die Ergebnisse nach über sechs Jahren. Sein Ergebnis: Während der ersten fünf bis sechs Jahre weisen alle klinischen Studien bezüglich des mittigen Unterkiefer-Einzelimplantats eine Verbesserung des OHIP (Oral Health Impact Profile) auf.

Der Kanadier *Prof. Dr. Douglas Deporter* berichtete aus seiner mehr als 20-jährigen Erfahrung mit kurzen Implantaten ( $\leq 7$  mm) sowie gesinterten Implantatoberflächen und legte die wissenschaftlichen Grundlagen sowie die Konzeption eines Implantatsystems basierend auf kurzen Implantaten dar. Die Versorgung der sogenannten SPS-Implantate (sintered porous surface) erfolge zementfrei mittels mechanischer Verriegelung und böte exzellenten Widerstand bei Zugbelastung, Druckspannung und Torsionskräften. Diese Versorgungsmöglichkeit („osseococonsolidation“) eröffne minimalinvasive Möglichkeiten im zahnlosen Bereich bei fortgeschrittenem Rückgang des Kieferkamms.

### Blick auf die angulierten Implantate

*Dr. Wolfgang Bolz*, München, stellte die Sofortversorgung des zahnlosen bezie-

hungsweise bald zahnlosen Patienten mit angulierten Implantaten beziehungsweise Zygoma-Implantaten und insbesondere die Patientenführung vor. Anschaulich zeigte er aus seinem Datenschatz von nahezu 500 behandelten Patienten die Behandlung und Versorgung extremer Einzelfälle. Besonders aufschlussreich war die Diskussion zum Vortrag im Anschluss. Befragt, was zu tun sei, wenn ein Zygoma-Implantat verloren gehe, antwortete *Bolz*, dass dies noch nicht passiert sei. Die Stabilität der Zygoma-Implantate erreicht *Bolz* durch die Insertion ausschließlich im Jochbein. Aufbauend darauf zeigte *Prof. Dr. Norbert Schmedtmann* aus Hamburg die indikationsorientierte prothetische Versorgung auf angulierten Implantaten und wog Vor- und Nachteile der unterschiedlichen prothetischen Behandlungskonzepte gegeneinander ab.

### Chirurgische Aspekte

Last but not least gab *PD Dr. Jörg Neugebauer*, Landsberg am Lech, praktische Hinweise aus chirurgischer Perspektive zur Aufbereitung des Implantatlagers, der Implantatinserterion und regionaler Knochenaufbaumaßnahmen für anguliert gesetzte oder kurze Implantate. Zu berücksichtigen sei dabei die Knochenqualität und der Zeitpunkt des Zahnver-

lustes. Er erläuterte des Weiteren, wann eine 3D-Bohrschablone notwendig und wo eine Freihandimplantation aus seiner Sicht möglich sei.

### Fazit

Laut Empfehlung der 11. Europäischen Konsensuskonferenz stellen kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate eine Therapieoption dar. Allerdings gibt es auch Grenzen: Wenn kurze Implantate gleichzeitig durchmesserreduziert sind, ist mit einer erhöhten Verlustrate von bis zu zehn Prozent nach drei bis fünf Jahren zu rechnen. Dies untermauern einschlägige Literaturhinweise.

Außerdem weist die Konsensuskonferenz darauf hin, „dass der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler eine angemessene Ausbildung erhalten haben müssen, um für den jeweiligen Patienten, die bestmögliche Therapieform zu wählen.“

AWU/NEU

Interview zum Thema

Das Interview zum Thema Update kurze und angulierte Implantate finden Sie im Fortbildungsbereich auf Seite 102





Nobel Biocare  
Global-Symposium 2016

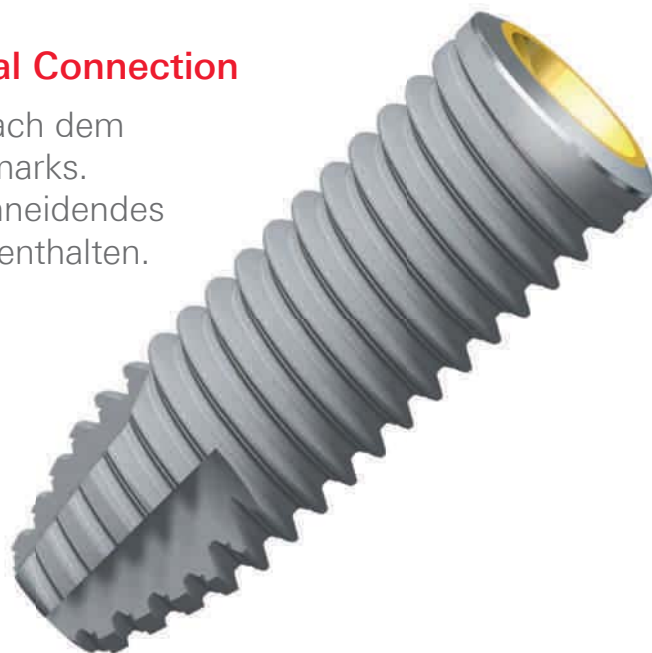
**Donnerstag, 23. Juni 2016 bis Sonntag, 26. Juni 2016, New York**  
(Deutschsprachiges Auftakt-Symposium, Mittwoch, 22. Juni 2016)  
Melden Sie sich jetzt an unter [nobelbiocare.com](http://nobelbiocare.com)

# PROFITIEREN SIE VON 50 JAHREN ERFAHRUNG!

Mit parallelwandigen Implantaten.

## NobelParallel™ Conical Connection

Einzigartige Innovation nach dem Vorbild Per-Ingvar Brånemarks. Doppelläufiges, selbstschneidendes Gewinde. Deckschraube enthalten.



[www.goo.gl/XcSm7K](http://www.goo.gl/XcSm7K)



**Kontaktieren Sie uns**  
und rufen Sie 2 Implantate  
für Ihre Probe-OP ab!

Einfach ausfüllen und per Fax an **02 21 500 85 333**  
oder rufen Sie uns an unter **02 21 500 85 590**.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

E-Mail/Telefon/Fax \_\_\_\_\_

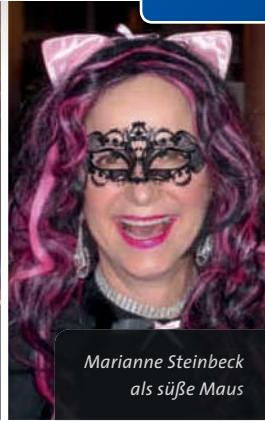
Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_



[nobelbiocare.com](http://nobelbiocare.com)



„Who’s the devil?“ fragt Prof.Dr. Antonio Felino aus Portugal (re.)



Marianne Steinbeck als süße Maus



Der Senator der „Grossen von 1823“ zwischen morbiden Gestalten



Schmetterling unterwegs



Der Präsident der „Grossen von 1823“, Prof.Dr. Dr. Joachim Zöller (li.), im Einsatz im Gürzenich.



Das Kölner Dreigestirn mit Jungfrau, Bauer und Prinz.



Hatten Spaß: Prof.Dr. Dr. Rolf Ewers mit Gattin

# Impression vom 11. Experten Symposium

Fortbildung und Karneval war die Devise beim Experten Symposium in Köln. Auch diesmal wurde tagsüber hart gearbeitet, abends rief der Kölner Karneval.



Tradition: Der erste Karnevalsorden des Tages geht an BDIZ EDI-Präsident Christian Berger.



Kroatien feiert Karneval in Köln – mit Prof.Dr. Pavel Kobler (re.) und Dr. Deni Milevcic (z.v.li).



„Wüstensohn“ aus dem hohen Norden: Dr. Stefan Liepe



Bunter Strauß: Dr. Peter Fairbain mit Anita Wuttke, Dr. Freimut Vizethum und Dr. Ulrich Fürst



Wer braucht schon den roten Teppich: Dr. Detlef Hildebrand mit den Blumen der Nacht



Die beiden haben die Konsensuskonferenz „gewuppt“: Der „Rauschgoldengel“ Dr. Jörg Neugebauer und Dr. Freimut Vizethum



Die Schöne und das Biest.



Aus dem fernen Indien mitten in den Kölner Karneval: Dr. Vikas Gowd gefel's.



**LOCATOR R-Tx™**  
REMOVABLE ATTACHMENT SYSTEM

# EINFACHER. STÄRKER. BESSER.

Wir präsentieren die nächste Generation von LOCATOR®:  
Das **LOCATOR R-Tx™ Removable Attachment System**  
kombiniert optimiertes Design und vereinfachtes System mit  
der widerstandsfähigen **DuraTec™ Beschichtung**.



DuraTec Beschichtung  
aus Titancarbonitrid ist ästhetisch,  
härter und abrasionsfester.



Industriestandardisierter  
.050"/1,25mm\* Sechskant-  
Schraubmechanismus.



Duale Retention für eine bessere  
Verankerung und schmalere, koronale  
Form für ein bequemes Einsetzen.



50 % höhere  
Schwenkkapazität mit bis zu 60°  
zwischen Implantaten.



Praktische All-in-one-  
Verpackung.



Optimierte Formgebung für erhöhte  
Widerstandsfähigkeit und anodisiertes  
Pink für eine bessere Ästhetik.

Erleben Sie mit dem LOCATOR R-Tx™ Removable Attachment System die nächste Generation schon heute! Besuchen Sie uns online unter [ZESTANCHORS.COM/RTX](http://ZESTANCHORS.COM/RTX), rufen Sie uns an unter **+1.800.262.2310** oder kontaktieren Sie Ihren Implantathersteller für weitere Informationen.

**JETZT** erhältlich für alle führenden Implantatsysteme.

\*Ausgenommen Systeme, die einen .048" Sechskant-Schraubmechanismus verwenden.  
Bitte kontaktieren Sie Ihren Implantatanbieter für weitere Informationen.

©2016 ZEST Anchors LLC. All rights reserved. ZEST and LOCATOR are registered trademarks and DuraTec, LOCATOR R-Tx and R-Tx are trademarks of ZEST IP Holdings, LLC.



**ZEST**  
ANCHORS

# RÜCKSCHAU

Kölns OB im Aufsichtsrat der Koelnmesse

## Henriette Reker neue Vorsitzende

Der Aufsichtsrat der Koelnmesse GmbH hat in seiner jüngsten Sitzung Kölns Oberbürgermeisterin *Henriette Reker* einstimmig zur Vorsitzenden des Gremiums gewählt.

„Messen haben eine herausragende wirtschaftliche Bedeutung für die Stadt Köln und die Region, die Koelnmesse ist einer der wichtigsten Wirtschaftsmotoren. Ich freue mich sehr, die Zukunft des Unternehmens mitbegleiten zu können,“ sagte Oberbürgermeisterin *Reker* bei der Annahme der Wahl zur Aufsichtsratsvorsitzenden der Koelnmesse GmbH. Die Koelnmesse ist Ausrichter der Internationalen Dentalschau (IDS), die alle zwei Jahre auf dem Messegelände in Köln stattfindet. Die nächste IDS geht im März 2017 an den Start. ■



Foto: Koelnmesse

Henriette Reker

Quelle: Koelnmesse GmbH

Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ)

## Neuer Hygieneleitfaden

Im Dezember 2015 hat der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin seinen Hygieneleitfaden neu aufgelegt. Dieser steht für alle Zahnarztpraxen in überarbeiteter Form auf der Webseite des Arbeitskreises zum Download bereit: <http://dahz.org/hygieneleitfaden>. Neben einer umfangreichen Überarbeitung wurde der Leitfaden thematisch um die Bereiche Abgrenzung zahnärztliche Chirurgie/ambulantes Operieren, Risikofaktoren und Kontaminationsklassen als Entscheidungshilfe für besondere hygienische Anforderungen, Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern sowie die Vorbereitung der Aufbereitung von Medizinprodukten erweitert. ■

Quelle: DAHZ



Foto: Fotolia.com/psdesign1

WiSo-Sendung: „Korrumpierte Zahnärzte“

## BZÄK: Null Toleranz

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat auf die WiSo-Sendung, ausgestrahlt am 22. Februar 2016 im ZDF, reagiert. In einer Presseverlautbarung verurteilt sie jede Form von Korruption, Bestechung oder Bestechlichkeit im Gesundheitswesen. „Korruption in der Zahnmedizin ist die Ausnahme. ‚Gefühlte‘ Zahlen sind keine valide Argumentation, unabhängig davon ist jeder Fall einer zu viel und wird von den (Landes-) Zahnärztekammern selbstverständlich verfolgt und geahndet“ erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, *Dr. Peter Engel*.



Foto: Fotolia.com/igor

Gemeinsam mit den (Landes-) Zahnärztekammern sei die BZÄK bestrebt, Regelverstößen bereits durch Aufklärung vorzubeugen, denn Unwissenheit schütze nicht vor Strafe. Sollten konkrete Vorwürfe bekannt werden, prüfen die (Landes-) Zahnärztekammern diese umgehend und gehen bei Verstößen vor. Mehr zum Thema an anderer Stelle in dieser Ausgabe. ■

Quelle: BZÄK-Pressemitteilung

Behandlung von Asylbewerbern

## Link und Hotline für Zahnärzte

Vor dem Hintergrund zahlreicher Fragen von behandelnden Zahnärzten, Patienten und Versicherten hinsichtlich der zahnmedizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern haben die KZBV und die Redaktion der Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) Listen mit Online-Links erstellt, die Informationen und Hilfestellungen für die konkrete Versorgung zusammenführen. Die fortlaufend aktualisierten Listen können hier abgerufen werden: [www.kzbv.de/behandlung\\_asylbewerber](http://www.kzbv.de/behandlung_asylbewerber) oder [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de).

Neben rechtlichen Hinweisen sind dort unter anderem Hilfsmittel für die Bestimmung der Sprache von Patienten und zur Veranschaulichung der Behandlung zu finden. Darüber hinaus stehen Patienteninformationen, Anamnese- und Fragebögen für die Notfallversorgung in mehr als 30 Sprachen zum Download bereit. ■

Quelle: KZBV, zm

# Mehr als Primärstabilität. Der neue konische Standard.



Die perfekte Symbiose von Design, Material und Oberfläche –  
das Straumann® Bone Level Tapered Implantat:

- Roxolid® Material – Reduziert die Invasivität mit kleineren Implantaten
- SLActive® Oberfläche – Entwickelt für maximalen Behandlungserfolg und Vorhersagbarkeit
- Apikal konisch – Exzellente Primärstabilität selbst bei beeinträchtigten Knochenverhältnissen
- CrossFit® Verbindung – Vereinfachte Handhabung, bekannt vom Bone Level System

[www.straumann.de/blt](http://www.straumann.de/blt)

Telefon: 0761/4501 333

In Kombination mit:



# VORSCHAU

31. März bis 2. April 2016

## 6. SNOW DENT in St. Moritz

Der Quintessenz-Verlag veranstaltet zum sechsten Mal seine Fortbildungstage in St. Moritz/Schweiz. Die Veranstaltung findet im Suvretta-Haus statt. Am ersten Tag behandeln ab 9 Uhr diverse Workshops die Themen Weichteilmanagement, Periimplantitisbehandlung und Knochenaufbau mit den Referenten *Hürzeler, Andreoni* und *Grunder*. Ab 13 Uhr startet der erste Tag des Symposiums zu Parodontitis und Periimplantitis. Am späten Nachmittag geht es um die Ethik in Zahnmedizin. Am Freitag ist die Implantatbehandlung Thema: Sofortimplantat sowie das Vorgehen Schritt für Schritt. Der Kongresstag am Samstag ist der Keramik und der abnehmbaren Implantatprothetik gewidmet. Neben den bereits genannten Referenten werden *Stimmelmayer, Beuer, Wolfart, Kern* und einige weitere Vortragende die 6. SNOW DENT gestalten. Für Mitglieder des BDIZ EDI gibt es bei Anmeldung als BDIZ EDI-Mitglied zehn Prozent Preisnachlass auf die Kongressgebühr. Informationen, Anmeldung und Programm unter: [www.quintessenz.de/snowdent](http://www.quintessenz.de/snowdent); Kongressanmeldung: [kongresse@quintessenz.de](mailto:kongresse@quintessenz.de)

Quelle: Quintessenz-Verlag

10. Europa-Symposium vom 26. bis 28. Mai 2016

## Verona ist eine Reise wert



Foto: Fotolia.com/ekaterina\_belova

Vor historischer Kulisse der Stadt Verona findet das 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI statt. Der Verband ist 2016 Kooperationspartner von Quintessenza Edizioni Italien. Nach Glasgow 2015, Barcelona 2014, Split 2013 und Valencia 2012 findet der mittlerweile 10. Europäische Kongress des BDIZ EDI in der 250 000-Einwohner-Stadt im Norden Italiens statt. Thema: State of the Art. Mit *Christian Berger* und *PD Dr. Jörg Neugebauer* sind auch zwei Referenten des BDIZ EDI in das Programm eingebunden. Mehr dazu in dieser Ausgabe und auf der Webseite des BDIZ EDI. Mitglieder des Verbandes erhalten einen reduzierten Teilnehmerpreis.

Quelle: BDIZ EDI, Quintessenza Edizioni

21. bis 23. April 2016

## Osteology in Monaco

Das internationale Osteology-Symposium findet in diesem Jahr wieder in Monaco statt. Der Fokus des zweitägigen Kongresses liegt auf regenerativen Therapien und umfasst Workshops, Vorträge, Poster Sessions, Diskussionsforen und eine große Dentalausstellung. *Prof. Dr. Mariano Sanz*, Präsident der Osteology-Stiftung, will das Augenmerk der Teilnehmer auf die digitale Zahnheilkunde lenken. Die „Osteology“ ist traditionell an implantologisch tätige Zahnärzte, MKG-Chirurgen und Parodontologen gerichtet. Wissenschaftler und Praktiker sind gleichermaßen angesprochen. Die Veranstalter rechnen mit 2500 Teilnehmern aus 60 Ländern. Programm und Anmeldung: [www.osteology-monaco.org](http://www.osteology-monaco.org).

Quelle: Osteology Foundation

26. Gutachterkonferenz Implantologie am 25. Juni 2016

## Partner: Zahnärztekammer Bremen

Die 26. Gutachterkonferenz des BDIZ EDI im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie findet am 25. Juni 2016 gemeinsam mit der Zahnärztekammer Bremen in Bremen statt. Thema: Gutachten aus Sicht von Staatsanwalt und Gutachtern. An dieser Gutachtertagung wird auch ein Staatsanwalt über die Anforderungen aus Sicht der Staatsanwaltschaft an den (zahn-)medizinischen Gutachter referieren. Weitere Themen: Komplikationen in der Implantologie als Auslöser forensischer Auseinandersetzungen (*Prof. Weischer*), interessante Fälle aus Sicht des Gutachters (*Prof. Gehrke*), gutachterliche Stellungnahmen bei Gewaltopfern für Versorgungsämter (*Dr. Neugebauer*). Außerdem wird es um Aufbau und Struktur eines Gerichtsgutachtens gehen (*Prof. Ratajczak*). Konferenzleitung: *Dr. Hans-Hermann Liepe*, Vorsitzender des Gutachterausschusses des BDIZ EDI. Gutachterlich tätige Zahnärzte können sich anmelden unter [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > Veranstaltungen oder direkt an [office-bonn@bdizedi.org](mailto:office-bonn@bdizedi.org)

Quelle: BDIZ EDI

BDIZ EDI mit BDO und DGMKG vom 9. bis 10. Dezember 2016

## BDIZ EDI: Wir fahren nach Berlin ...

Der BDIZ EDI lädt zu seinem inzwischen 20. Jahressymposium im Dezember nach Berlin ein. Der Verband wird in diesem Jahr Kooperationspartner von BDO und DGMKG bei der 33. Jahrestagung des BDO sein.

Die zweitägige Veranstaltung findet im Hotel Adlon Kempinski in Berlin statt. Thema: Operative Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Implantologie vernetzt. Mehr dazu auf der Internetseite des BDIZ EDI sowie unter [www.bdo-dgmkg-2016.de](http://www.bdo-dgmkg-2016.de)

Quelle: BDO, [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org)

# ▶ Kollagene, Nahtmaterial & Knochenersatzmaterial

## SmartBone® – das neue und innovative Knochenersatzmaterial

**Granulat und Block in verschiedenen Größen und Formen**  
aus bovinem Ausgangsmaterial



- ▶ Stark hydrophil  
Schnelle Aufnahme von Blut, Blutbestandteilen und Proteinen
- ▶ Volumenstabil  
Platzhalter und osteokonduktive Matrix für den sich neu bildenden Knochen
- ▶ Schnelle Gefäß- und Knochenneubildung
- ▶ hohe mechanische Stabilität  
Blöcke sind sehr bruchresistent, einfache und staubfreie Bearbeitung

Klinischer Fall von Dres. Claude Andreoni und Thomas Meier, Zürich – Schweiz



großer Knochendefekt 11

angepasster SmartBone® Block

Block in situ

Implantation 6 Monate post OP

**PARASORB RESODONT® /  
PARASORB RESODONT® Forte**  
Resorbierbare Kollagenmembran

- ▶ für den Einsatz im Bereich der GBR und GTR



**RESORBA® Nahtmaterial**  
Für jede Indikation das optimale Nahtmaterial

- ▶ resorbierbar
- ▶ nicht resorbierbar



**PARASORB® Cone /  
PARASORB® Cone Genta**  
Resorbierbarer Kollagenkegel

- ▶ lokale Hämostase und Tamponade
- ▶ Stabilisierung des Blutkoagulums
- ▶ mit und ohne antibiotischem Schutz



**PARASORB Sombrero®**  
Resorbierbarer Membrankegel

- ▶ zur Versorgung der intakten Extraktionsalveole





Foto: Fotolia.com / fovito

Sonderärztetag winkt GOÄ-Reform durch

## Stirnrunzeln bei den Zahnärzten

Wie erwartet hat der Sonderärztetag den Weg frei gemacht für die GOÄ-Reform. Die Delegierten stellten sich damit mit großer Mehrheit hinter die Verhandlungsführer der Bundesärztekammer (BÄK). Die Kritiker der GOÄ-Reform konnten sich beim Sonderärztetag nicht durchsetzen. Insbesondere der mächtige Facharztverband hatte im Vorfeld Befürchtungen geäußert, mit dieser Reform marschiere die GOÄ Richtung gesetzliche Krankenversicherung. Auch die Zahnärzte sind weiter skeptisch. Die Bundeszahnärztekammer hatte bereits im Sommer Befürchtungen zu den Inhalten der GOÄ-Reform geäußert. Damit werde „die GOÄ faktisch in eine Festgebührenordnung umgestaltet“.

Als Abschluss der fünfstündigen Debatte des Sonderärztetags in Berlin stand eine Entschließung für die Fortsetzung dieser GOÄ-Reform, die mit großer Mehrheit verabschiedet wurde. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, den zwischen PKV sowie Beihilfe und BÄK ausgehandelten Kompromissvorschlag zum nächstmöglichen Zeitpunkt innerhalb der noch laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen.

Gleichzeitig beauftragte der Sonderärztetag den BÄK-Vorstand, den Entwurf zur GOÄ abschließend zu prüfen und ihn gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium freizugeben, schreibt

der „ärztenachrichtendienst“ (änd). Die Voraussetzungen dazu:

- Die neue GOÄ soll weiter eine doppelte Schutzfunktion für Patienten und Ärzte erfüllen: „ausgewogene Preise“ und „angemessene Vergütung“.
- Durch das Festlegen nicht unterschreitbarer Gebührensätze „unter Berücksichtigung gerechtfertigter Ausnahmefälle“ müssen die notwendigen Voraussetzungen einer menschlichen und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gewährleistet werden.
- Das Gebührenverzeichnis der neuen GOÄ muss dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. „Darin noch nicht abgebildete innova-

tive Leistungen können wie bisher ohne Verzögerung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erbracht und analog mittels gleichwertiger vorhandener Gebührenpositionen abgerechnet werden.“

- Abweichende Honorarvereinbarungen sollen weiterhin möglich sein.

Auch die ordnungspolitischen Bedenken gegen die Bildung einer Gemeinsamen Kommission (GeKo) aus Ärzteschaft, PKV und Beihilfe sind nach dem Delegiertenvotum eine Mindermeinung. Wie die Ärztezeitung schreibt, halte die Mehrheit des Ärztetages die Bildung und die Aufgaben der Kommission – ständige Wei-



terentwicklung der GOÄ, Integration des medizinischen Fortschritts in das Gebührenwerk, Interpretation von Leistungslegenden, Schaffung von Regeln für die Anwendung des Steigerungssatzes und Korrektur bei Fehlentwicklungen – für sinnvoll. Nach der geplanten Änderung der Bundesärztleistungsordnung soll die Kommission Vorschläge konsentieren und diese dem Bundesgesundheitsminister vorlegen.

### Kritiker chancenlos

Gegen die Fortführung dieser GOÄ-Reform hatte beim Sonderärztetag der Antrag der Ärztekammer Berlin gestanden, mit der Forderung, alle Reformelemente zu streichen. In der Abstimmung fiel er jedoch durch und sollte um seine wesentlichen Inhalte einschließlich der Begründung gekürzt werden. Die übriggebliebenen Fragmente seines ehemaligen Antrags zog der Berliner Vizeprä-

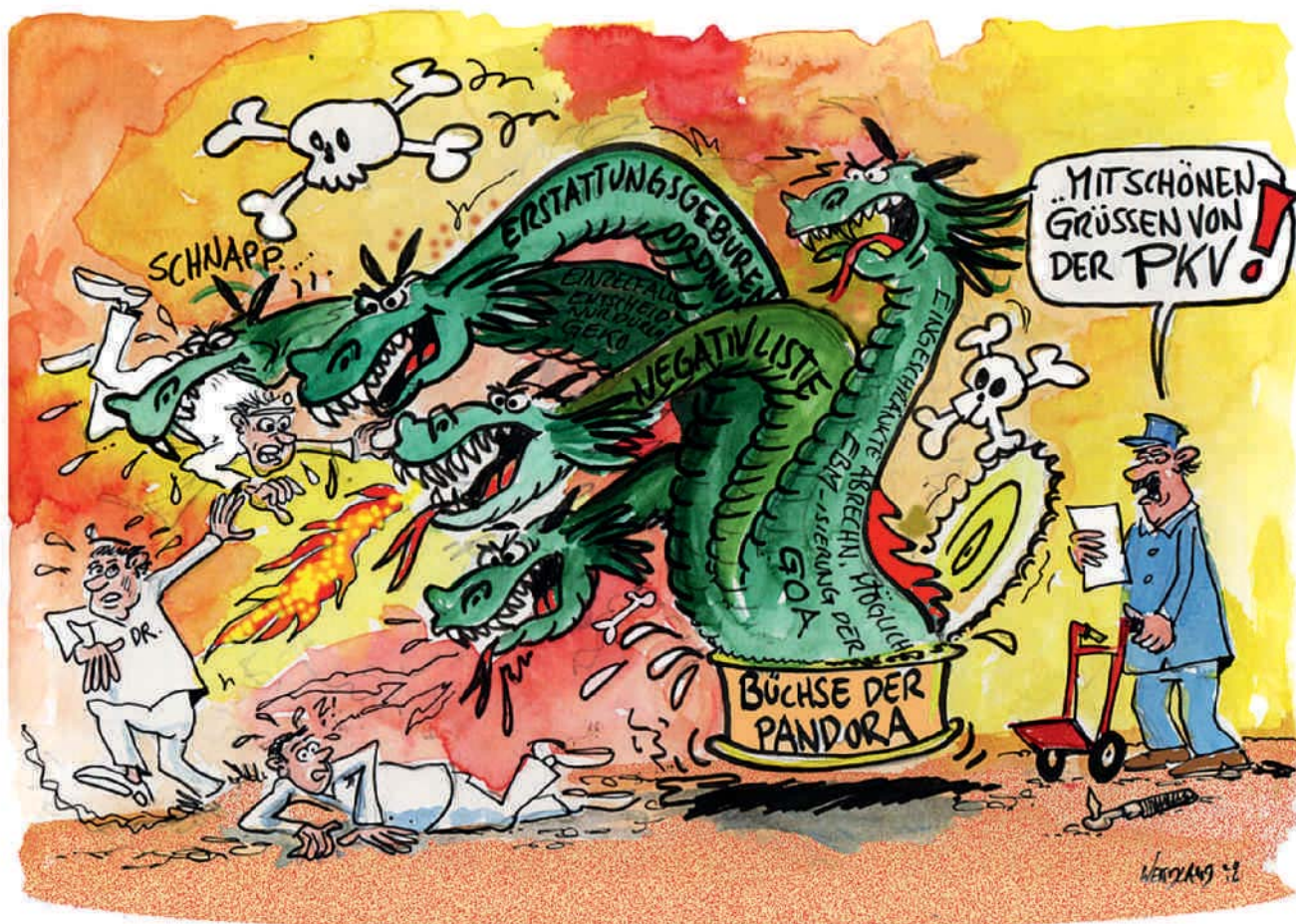
sident *Dr. Elmar Wille* dann allerdings zurück. Wodurch zur Entscheidung nur noch der Leitantrag des BÄK-Vorstands übrig geblieben war. Danach wird die Bundesregierung – zum wiederholten Male – aufgefordert, die GOÄ-Novelle noch innerhalb der laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen, und zwar nach Maßgabe des Kompromissvorschlags von Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe. Der Vorstand muss den vollendeten Kompromiss prüfen. Eine erneute Vorlage beim Ärztetag im Mai in Hamburg wurde ausdrücklich aus Zeitgründen abgelehnt.

Bundesärztekammer-Präsident *Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery* kommentierte den Ausgang des außerordentlichen Deutschen Ärztetags wie folgt: „Der Deutsche Ärztetag hat der Bundesärztekammer auf beeindruckende Weise den Rücken gestärkt. Das war ein klarer Vertrauensbeweis für den Vorstand der

Bundesärztekammer und die Verhandlungsführer der BÄK, die sich seit Jahren für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einsetzen.“ In der Presseverlautbarung der BÄK heißt es weiter: „Die Delegierten forderten die Bundesregierung auf, die GOÄ entsprechend dem zwischen BÄK, Verband der Privaten Krankenversicherung und Beihilfe ausgehandelten Kompromissvorschlag zum nächstmöglichen Zeitpunkt innerhalb der noch laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen. Abschließend stellten die Delegierten klar: „Die Ärzteschaft erwartet jetzt, dass die Politik ihre Zusagen einhält. Die dringend notwendige GOÄ-Novelle darf nicht dem beginnenden Bundestagswahlkampf geopfert werden.“ ■

AWU

Quellen: änd, Ärzte-Zeitung, Pressemitteilung der BÄK



Nachgefragt:

## Wie bewerten Sie die GOÄ-Reform inhaltlich und welche Auswirkungen wird der Sonderärztetag haben?



PRO

An dieser Stelle war die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur GOÄ-Reform vorgesehen. Die Anfrage der Redaktion des BDIZ EDI konkret wurde seitens der Pressestelle wie folgt beantwortet:

*„... leider können wir Ihnen kein Statement zur Verfügung stellen. Informationen zu der GOÄ-Novelle sowie zu den Beratungsergebnissen des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages können Sie unserer Internetseite entnehmen...“*



CONTRA

**Dr. Peter Engel**

Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Im Herbst 2016 könnte eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Kraft treten, die bewährte Regelungen auf den Kopf stellt: Der Gebührenrahmen wird auf eine Festgebühr eingedampft, die nicht unterschreitbar und nur in Ausnahmefällen verdoppelt werden kann. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet eine gemeinsame Kommission aus Privater Krankenversicherung (PKV), Bundesärztekammer (BÄK) und Beihilfe. Die Kommission soll auch darüber befinden, auf welche Analogleistung ein Arzt zugreifen darf. Wenn es ihm zuvor gelingt zu belegen, dass die erbrachte Leistung tatsächlich neu ist. Denn die neue GOÄ wird mit einer Stichtagsregelung versehen, wie sie in der GOZ – aus guten Gründen – erst abgeschafft wurde.

Auf ihrem außerordentlichen Ärztetag hat die BÄK die geplante GOÄ-Novelle beraten – sie wurde von den Delegierten unterstützt.

Die Delegierten der BZÄK-Bundesversammlung 2015 dagegen lehnten das Vorhaben einstimmig ab. Neben den grundsätzlichen Problemen der GOÄ-Pläne hat das auch wirtschaftliche Gründe: Innerhalb der Privatversicherten nimmt die GOÄ einen Honoraranteil von knapp 10 Prozent (rund 350 Millionen Euro) ein, wovon 40 Prozent auf die Ä1 und rund 30 Prozent auf Röntgenleistungen entfallen.

Hinzu kommt ein systemrelevantes Argument, das sowohl von den Befürwortern wie von den Gegnern der neuen GOÄ bemüht wurde: die Bürgerversicherung. Die Diskussion blüht aktuell wieder auf.

Mit der neuen GOZ schafft sich die PKV die Möglichkeit, auf Mengen und Preise Einfluss auszuüben und lässt sich GKV-Werkzeuge zur Verfügung stellen. Damit entzieht sich die PKV sukzessive ihrer Berechtigung.

## Die Referenten

- ZT Stephan Adler
- Dr. Georg Bayer
- Dr. Eleonore Behrens
- Dr. Nicolai Böhme
- Prof. Dr. Marta Cabo Pastor
- Prof. Dr. Fabio Camacho Alonso
- ZTM Jürgen Freitag
- Dr. Sigurd Hafner
- ZTM Oliver Heinzmann
- Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Henkel
- ZA Jan Kielhorn
- Dr. Frank Kistler
- Dr. Manfred Lang
- Dr. Alexandros Manolakis
- ZTM Mario Parra
- Dr. Mario Parra Jr.
- ZTM José Peidro Puerto
- ZTM Björn Roland
- Dr. Stephan Rysse, MSc.
- Prof. Dr. José Eduardo Maté-Sánchez de Val, MSc.
- Prof. Dr. Dr. Alexander Schramm
- ZTM Sebastian Schuldes
- PD Dr. Dr. Dr. Oliver Seitz
- Dr. Harald Streit
- ZTM Philipp von der Osten
- Dr. Michael Weiss
- Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang

## Der Kongress

- Wissenschaft, Chirurgie und Prothetik
- begleitende prothetische Workshops
- Teamvorträge (Zahnmedizin & Zahntechnik)

## Fokus auf

- Sofortversorgung Einzelzahn und Full Arch
- Regeneration
- Physiologische Prothetik
- Digitaler Workflow

## Kongresssprachen

- Deutsch
- Spanisch

## Informationen

- [marketing-medical@bredent.com](mailto:marketing-medical@bredent.com)
- bei Ihrem persönlichen Betreuer

# BREDENT GROUP DAYS

23. - 24. September 2016



# BARCELONA

“Leading in  
immediate restorations  
powered by  
physiological prosthetics.”

Irrtum und Änderungen vorbehalten

40 YEARS DENTAL INNOVATIONS  
1 9 7 4  
2 0 1 4

bredent group

## Stimmen und Meinungen zur GOÄ-Novellierung

## Im Kreuzfeuer der Kritik

Die Bundesärztekammer (BÄK) kommt trotz des Delegiertenvotums für die Fortsetzung der GOÄ-Reform nicht zur Ruhe. Immer mehr ärztliche Fachverbände – und selbst die Kassenärztliche Bundesvereinigung – kritisieren den Ablauf des Sonderärztetages, der im Januar in Berlin stattgefunden hat. Tag für Tag melden sich neue Kritiker zu Wort: In Form von Pressemeldungen, offenen Briefen an die Bundesärztekammer, sogar ein Treuhandkonto zur Finanzierung einer rechtlichen Überprüfung des außerordentlichen Ärztetags wurde nun eingerichtet.

Innerhalb der Ärzteschaft in Deutschland ist Streit ausgebrochen. Die Gegner der GOÄ-Reform machen mobil. So unterstützt der Bundesverband der niedergelassenen Fachärzte (BVNF) eine Initiative für das Einrichten eines Treuhandfonds, aus dem die Rechtsberatung von ärztlichen Kollegen finanziert werden soll, die gegen die Verhandlungsführer der GOÄ-Reform juristisch vorgehen wollen. Eine juristische Prüfung fordert auch der Berufsverband der Augenärzte (BVA).

### Die Kritiker

Es vergeht kein Tag ohne Kritik aus den Reihen der Ärzteschaft. Für Aufsehen sorgte insbesondere der vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unterzeichnete Brandbrief an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery. Die Unterzeichner fordern ihn auf, bei der GOÄ-Novelle umzusteuern beziehungsweise in wichtigen Punkten nachzubessern. Trotzdem die große Mehrheit auf dem Sonderärztetag für die Fortsetzung der Reform plädiert habe, gebe es aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kritische Punkte am erreichten Verhandlungsstand, die nur mit knapper Mehrheit abgelehnt worden seien. Die KBV und KVen fordern unter anderem „keine Festlegung absoluter oder prozentualer Ausgabenobergrenzen im Rahmen des dreijährigen Monitorings“, die uneingeschränkte Freiberuflichkeit des Arztes in Klinik und Praxis, das Vermeiden der ordnungspolitischen Anlehnung an Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere



Foto: Fotolia.com/Oleksiy Mark

die Begrenzung der Funktion der Gemeinsamen Kommission (GeKo) zur Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ auf eine lediglich beratende Tätigkeit.

Die Freie Ärzteschaft fordert die BÄK auf, vom Konzept von ausschließlich Einfach- und Zweifachsätzen Abstand zu nehmen und patientenindividuelle Steigerungsfaktoren beizubehalten, wie es der Ärztetag 2014 beschlossen habe. Dem Verhandlungsführer der BÄK, der die Ärzteverbände aufgefordert hatte, Vorschläge für die geplante Positivliste zu unterbreiten, hat der BÄK einen Korb gegeben. Unterstützung erhalten die Kritiker auch vonseiten der Patientenvertreter. Einen Stopp der GOÄ-Reform will die „Bürgerinitiative Gesundheit“. Die Reform gefährde die Qualität im Gesundheitswesen und unterwandere die Freiberuflichkeit, heißt es in einer Presseerklärung. Kritik äußert auch die Allianz Deutscher Ärzteverbände und des Deutschen Hausärzterverbandes. Das bisherige Verhandlungsergebnis und die Änderungen im Paragrafenteil seien nicht akzeptabel. Die Bundeszahnärztekammer hatte bereits im Oktober 2015 ihre Kritik öffentlich gemacht. Insbesondere die Implementierung der GeKo in der vorgesehenen Zusammensetzung aus PKV, BÄK

und Beihilfe, ausgestattet mit erheblicher Machtbefugnis, lehnen die Zahnärzte ab. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel hatte damals angekündigt, die Zahnärzteschaft werde die Pläne mit allen Mitteln bekämpfen. Der BDIZ EDI hatte sich in der Ausgabe 4/2015 mit der GOÄ-Novellierung beschäftigt und sie in dieser Form abgelehnt. Aus Sicht des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte widersprechen Teile der geplanten Reform den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung.

### Die Befürworter

Hartmannbund und Marburger Bund (MB) warnen indes davor, durch die anhaltende Debatte um die GOÄ-Reform einen Keil zwischen den ambulanten Bereich und die Kliniken zu treiben. Unsachliche Polemik gegenüber den ärztlichen Verhandlungsführern und falsche Behauptungen über den Verhandlungsstand schaden der ärztlichen Seite in den Verhandlungen. „Vom Sonderärztetag sollte das Signal großer Geschlossenheit der Ärzteschaft ausgehen“, fordert die MB-Spitze. „Wenn 90 Prozent der Anwesenden den Kurs des BÄK-Vorstandes bestätigen, dann hat auch der überwiegende Teil der niedergelassenen Vertragsärzte dieser Linie ihre Zustimmung gegeben“, so der Vorstand des Hartmannbundes. ■

AWU

Quellen: Pressemeldungen von KBV, BVNF, BVA, Freie Ärzteschaft, BZÄK, FVDZ, Allianz Deutscher Hausärzteverbände, BZÄK, Hartmannbund, Marburger Bund

NEU

# simply *integrated*™

Die neue Option für mehr Flexibilität und Individualität  
 Implantate ohne vormontierte Einbringpfosten und SMART PACK Prothetik



 simply crown & bridge

 simply fixed

 simply removable

 simply digital

 simply à la carte

Implantat ohne vormontierten Einbringpfosten simplyInterActive™

Wählen Sie Ihr SMART PACK entsprechend Ihrer Bedürfnisse



## Kontour™ Adapt

Resorbierbare Kollagen-Membranen

NATÜRLICH · GEREINIGT · EINFACHE HANDHABUNG

## GOÄ-Reform 2016

# Das Paragrafenwerk in der Analyse

Ende November 2015 stellte die Bundesärztekammer (BÄK) den Ärztenverbänden ihre Ideen zum Allgemeinen Teil der GOÄ vor, so wie er derzeit mit der PKV und der Beihilfe konsentiert ist. Die Bundesärztekammer konnte sich dabei noch nicht aufraffen, sich der Kritik der Ärzteschaft an ihrem Allgemeinen Teil zu stellen, wohl ahnend, dass diese Kritik zum Vorgeschmack für die Kritik zu ihren bisher nicht bekannt gewordenen Vorstellungen für das eigentliche Gebührenverzeichnis werden könnte. Die nachstehende Synopse von BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak vergleicht den Allgemeinen Teil der GOÄ 1996 mit dem bisher bekannt gewordenen konsentierten Entwurf der Bundesärztekammer zur GOÄ-Reform, die nach § 13 am 01.10.2016 in Kraft treten soll.

Das „Desaster“ des Entwurfs liegt in § 5 mit den sogenannten robusten = nicht unterschreitbaren Einzelsätzen. Wenn man die Einschränkungen bei der Steigerung der Honorarsätze hinnehmen will, weil nur so eine „deutliche Anhebung des einfachen Gebührensatzes durchsetzbar sein wird“ (siehe Meldung der Ärztezeitung-Online vom 25.11.2015), dann soll offenbar als Erfolg verkauft werden, dass der Steigerungsfaktor 2,4 alt = Faktor 1,0 neu sein soll und die im Rahmen einer Po-

sitivliste (sonst nur auf kompliziertem Wege) mögliche Steigerung auf Faktor 2,0 neu = Faktor 4,8 alt eine deutliche Anhebung bewirke. Wenn man es so rechnet, dass der bisherige Faktor 1,0 auf einen dem bisherigen Faktor 2,4 entsprechenden Wert angehoben wird, kann man – Milchmädchen wissen, wie das geht – auf eine Steigerung von 140 Prozent kommen.

Ob das ein Ausgleich ist? Die Bundesärztekammer stellte am 24.11.2015 eine

Grafik ① vor, bei der man gerne wüsste, auf welchen Daten sie eigentlich beruht.

Der PKV-Verband veröffentlicht in der Regel jährlich in seinen Zahlenberichten Auswertungen der abgerechneten Steigerungsfaktoren. Für den Zeitraum 1997 bis 2012 (keine Daten wurden veröffentlicht für 2009 und 2013) ergeben sich die Grafiken für den ambulanten ② und den stationären ③ Bereich.

Foto: Adobe Stock / joijen

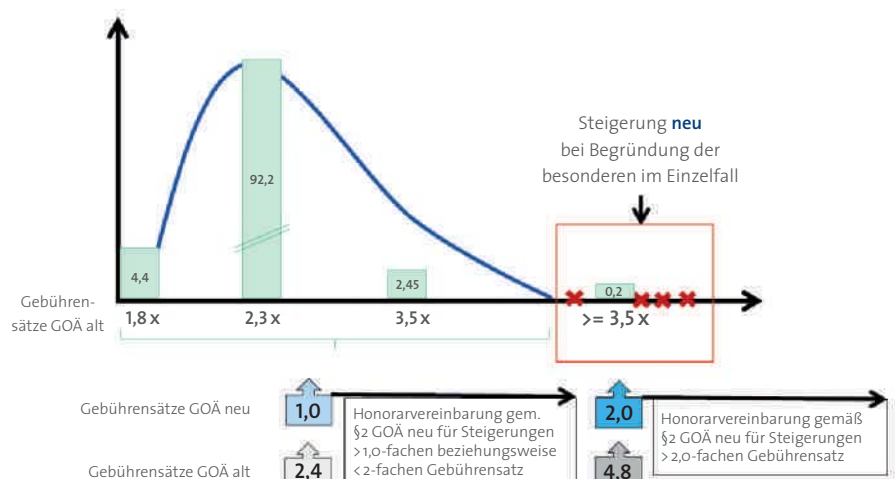
## ① Steigerungsoptionen der GOÄ neu

### Verteilungsfunktion für den Aufwand

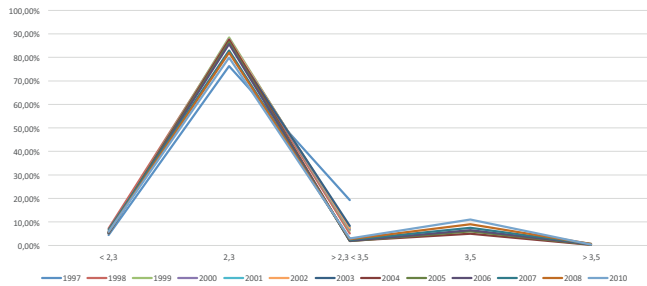
Prozent Rechnungspositionen:

Preis Gebühr **GOÄ alt** x durchschnittliche Steigerung **GOÄ alt** im Vergleich mit den Steigerungsoptionen der **GOÄ neu**

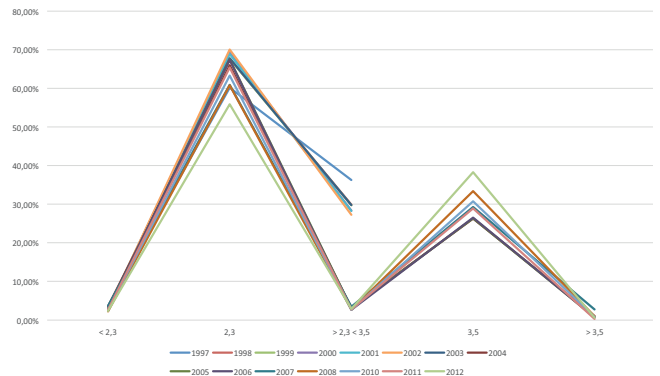
konzeptionell



### ② GOZ-Steigerungsfaktoren ambulant



### ③ GOZ-Steigerungsfaktoren stationär



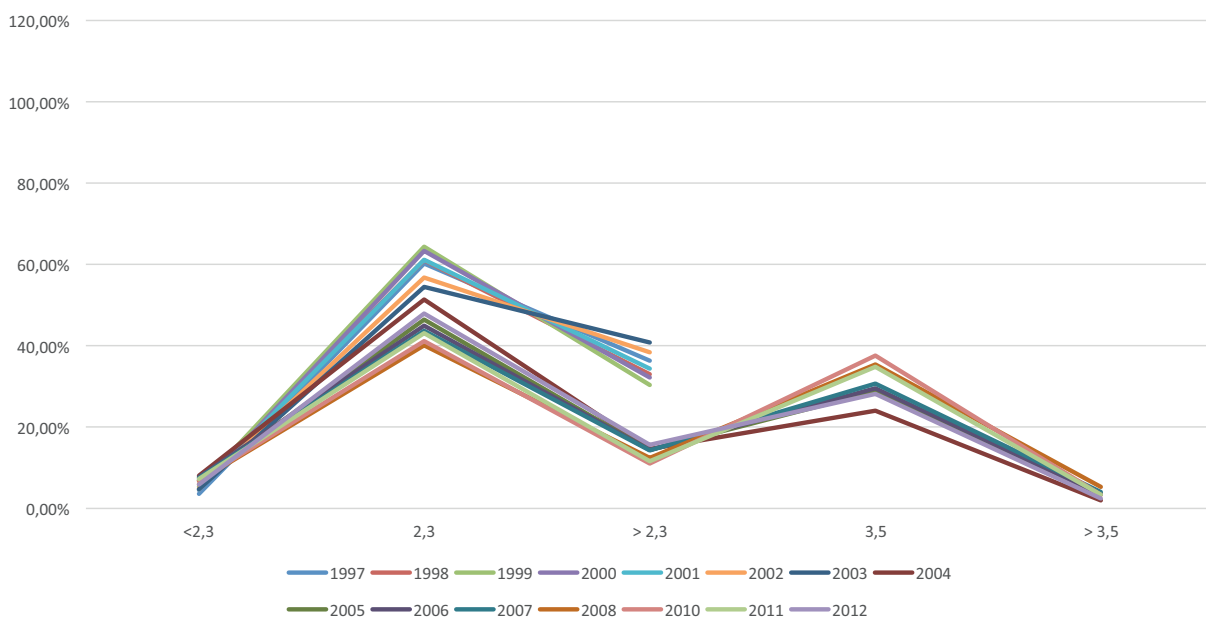
Die Unterschiede in Form der abrechnenden Kurven ergeben sich daraus, dass der PKV-Verband seit 2004 in seinen Auswertungen fünf Steigerungsfaktorbereiche differenziert, davor als dritten Bereich nur > 2,3 kannte.

Zum Vergleich die entsprechende Grafik für die GOZ ④ (gleicher Zeitraum). Im Bereich der Abrechnung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors, den die Bundesärztekammer mit 92,2 Prozent angibt, liegt der Mittelwert im ambulanten Bereich

über den genannten langen Zeitraum bei 84,79 Prozent (minimal: 76,33 Prozent, maximal 88,55 Prozent). Im stationären Bereich liegt der Mittelwert für die Abrechnung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors bei 65,26 Prozent (minimal: 55,89 Prozent, maximal 70,05 Prozent). Das sind für den stationären Bereich etwas höhere Werte als für die GOZ. Hier liegt der für die Abrechnung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors nur bei 51,99 Prozent (minimal: 40,16 Prozent, maximal 64,32 Prozent).

Die veröffentlichte Datenlage zeigt also ein ganz anderes Bild als von der Bundesärztekammer gezeichnet – mit der zwangsläufigen Konsequenz, dass die von der Bundesärztekammer gezogenen Schlüsse zum robusten Einheitsatz in § 5 des GOÄ-Entwurfs und die Rechtfertigung einer solchen einschneidenden Änderung einer öffentlich nachprüfaren Datenbasis entbehren.

### ④ GOZ-Steigerungsfaktoren



## Der Entwurf des Allgemeinen Teils zur GOÄ 2016 als kommentierte Synopse, wobei nur diejenigen Paragraphen aufgeführt sind, in denen substantielle Veränderungen vereinbart wurden.

GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p><b>§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich</b></p> <p>(2) <sup>1</sup>Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.</p> <p><sup>2</sup>Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf <b>er</b> nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.</p>	<p>(2) <sup>1</sup>Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind, <b>und für deren Erbringung der Arzt nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts grundsätzlich die fachliche Qualifikation besitzt.</b></p> <p><sup>2</sup>Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf <b>der Arzt</b> nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (<b>Verlangensleistungen</b>).</p> <p><b><sup>3</sup>Rechtzeitig vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.</b></p>	<p><b>Satz 1</b> überträgt die in der gesetzlichen Krankenversicherung schon geltende Idee (§§ 95 Abs. 2, 95a SGB V), dass nur weitergebildete Fachärzte Kassenpatienten behandeln dürfen, auf den Bereich der Privatpatienten. Damit wird die Approbation im Ergebnis zu einer weiteren Ausbildungsbescheinigung reduziert, berechtigt aber nicht mehr zur selbstständigen Behandlung von Patienten.</p> <p><b>Satz 3</b> verschärft die sich schon aus § 630c Abs. 3 BGB ergebende Pflicht, indem nun nicht mehr Textform, sondern die Information schriftlich zu erfolgen hat.</p> <p><b>In Satz 3, 2. Hs.</b> taucht erstmal der Begriff der <b>Gemeinsamen Kommission</b> nach § 11a BÄO auf. Auf diese haben sich BÄK und PKV-Verband in der am 08.11.2013 unterzeichneten „Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ verständigt. Diese Kommission soll offenbar die Rolle des Bewertungsausschusses für den Bereich der Privatmedizin übernehmen.</p>
<p><b>§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung</b></p> <p>(1) <sup>1</sup>Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden.</p> <p><sup>2</sup>Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 <b>ausgeschlossen</b>.</p> <p><b><sup>3</sup>Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig.</b></p> <p><sup>4</sup>Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.</p>	<p>(1) <sup>1</sup>Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe <b>ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes</b> festgelegt werden.</p> <p><sup>2</sup>Für Leistungen nach § 5a, <b>für Leistungen nach den Abschnitten E, M, N und O, sowie anlässlich von Behandlungsumständen, für die Anhang 2 zur Anlage (Negativliste) oder die Gemeinsame Kommission nach § 11a BÄO eine Steigerung ausgeschlossen hat</b>, ist eine Vereinbarung nach Satz 1 <b>unzulässig</b>.</p> <p><b><sup>3</sup>Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich zu erbringende Leistungen</b> zulässig.</p> <p><sup>4</sup>Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.</p>	<p><b>Satz 1</b> wird angepasst an die in § 5 GOÄ vorgesehene komplett neue Gebührensystematik des „nicht unterschreitbaren Gebührensatzes“, in der von BÄK und PKV-Verband am 08.11.2013 unterzeichneten „Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ plastischer als „robuster Einfachsatz“ bezeichnet.</p> <p><b>Satz 2</b> übernimmt den bisherigen Abs. 3 Satz 1, wobei davon auszugehen ist, dass hier noch nach Erstellung des Gebührenverzeichnisses eine Anpassung erfolgen muss. Abschnitt A ist nicht mehr erwähnt, für den bisher eine Vereinbarung ausgeschlossen ist. Dafür soll es künftig eine <b>Negativliste von Begleitumständen</b> geben, bei denen eine Gebührenvereinbarung ausgeschlossen werden soll. Zusätzlich ist vorgesehen, dass die Gemeinsame Kommission <b>Ausschlussgründe</b> für eine Steigerung des „nicht unterschreitbaren Gebührensatzes“ auch mit Wirkung vor einer Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ festlegen soll.</p> <p>De facto wird damit die Gebührenvereinbarung in der GOÄ, die angesichts ihrer Kompliziertheit schon bisher im ambulanten Bereich (im Gegensatz zum stationären Bereich und im Gegensatz zur GOZ) nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat, weiter in die Bedeutungslosigkeit zurückgedrängt. Das festigt das Bild, dass BÄK, Beihilfe und PKV-Verband an einem Substitut zum EBM arbeiten und möglichst keine Mehrausgaben verursachen wollen. Von einem auch nur ansatzweisen Inflationsausgleich ist man – ebenso wie bei der GOZ 2012 – weit entfernt.</p>



# BTI APNiA



**bti**<sup>®</sup>  
Human  
Technology

## NEUES SYSTEM FÜR DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON SCHLAFAPNOE UND RONCHOPATHIE

Schlafapnoe (SAS) ist eine sehr weit verbreitete Schlafatemstörung, von der mehr als 25% der Bevölkerung betroffen sind und die für die Betroffenen eine Reihe von Gesundheitsrisiken mit sich bringt.



DIAGNOSE-  
SOFTWARE

Das System APNiA wird zur Diagnostik und Behandlung dieser Atemstörung eingesetzt.

Es besteht aus einem elektronischen Gerät, das die Schlafstudien aufzeichnet, einer Diagnose-Software sowie einem intraoralen Gerät für die Behandlung des Patienten.

ELEKTRONISCHES  
DIAGNOSEGERÄT APNiA



INTRAORALES  
BEHANDLUNGSGERÄT  
APNiA (DIA)

KÜRZLICH VERÖFFENTLICHTE STUDIEN\* BELEGEN, DASS ES ZWISCHEN DER ABNUTZUNG DER ZÄHNE UND SAS EINEN DIREKTEN ZUSAMMENHANG GIBT. MIT DIESER ERKENNTNIS RÜCKEN ZAHNÄRZTE FÜR DIE ERKENNUNG UND BEHANDLUNG VON SCHLAFAPNOE UND CHRONISCHER RONCHOPATHIE INS ZENTRUM DES INTERESSES.

\* Duran-Cantolla, J, Hamdan M, Martinez-Null C, Aguirre JJ, Rubio E, Anitua E. Frequency of obstructive sleep apnea syndrome in dental patients with tooth wear. J Clin Sleep Med 2015 (in press), Feb 10. pii: jc-00375-14. [Epub ahead of print].

Jeder Patient ist anders, jeder Fall ist einzigartig.

Human Technology

Sie hätten gerne weiterführende Informationen zum Thema Schlaf? Bitte scannen Sie einfach diesen Code BID!



GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>(2) <sup>1</sup>Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher <b>Absprache</b> im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes <b>in einem Schriftstück</b> zu treffen.</p> <p><sup>2</sup><b>Dieses</b> muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.</p> <p><sup>3</sup>Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten.</p> <p><sup>4</sup>Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen <b>einen Abdruck</b> der Vereinbarung auszuhändigen.</p>	<p>(2) <sup>1</sup>Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher <b>Information und Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe</b> im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem <b>rechtzeitig</b> vor Erbringung der Leistung des Arztes <b>schriftlich</b> zu treffen.</p> <p><sup>2</sup><b>Die Vereinbarung</b> muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz, <b>einem Steigerungsgrund</b> und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht <b>oder nicht</b> in vollem Umfang gewährleistet ist.</p> <p><sup>3</sup>Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten.</p> <p><sup>4</sup>Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen <b>eine Kopie</b> der Vereinbarung auszuhändigen.</p>	<p><b>Satz 1</b> ist ebenfalls eine deutliche Verschärfung, anknüpfend an eine schon ältere und durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG, 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02) eigentlich als überholt gekennzeichnete Rechtsprechung.</p> <p><b>Satz 2</b> verlangt, dass in der Vereinbarung ein <b>Steigerungsgrund</b> angegeben wird. Man muss Satz 2 wohl dahingehend interpretieren, dass das Begründungserfordernis über den Steigerungsgrund bereits in die Gebührenvereinbarung aufzunehmen ist.</p>
§ 3 GOÄ – Vergütungen	§ 3 GOÄ – Vergütungen	
<p>Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und <b>Ersatz</b> von Auslagen zu.</p>	<p>Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren <b>zuzüglich der im Gebührenverzeichnis bestimmten Zuschläge</b>, Entschädigungen und <b>des Ersatzes</b> von Auslagen zu.</p>	<p>Während § 3 GOZ 2012 an § 3 GOÄ 1996 angepasst wurde, wird mit „Zuschlägen“ hoffentlich nur aus semantischer Gründlichkeit ein neuer Begriff in § 3 GOÄ eingeführt, den man bisher für entbehrlich hielt. Zuschläge kennt die GOZ 2012 in den Gebührennummern 0110 (OP-Mikroskop), 0120 (Laser) sowie für die Durchführung nicht stationärer Behandlungen (0500 – 0530). Zuschläge kennt auch die GOÄ 1996, ohne dass man dafür den § 3 GOÄ bisher ändern musste.</p>
§ 4 GOÄ – Gebühren	§ 4 GOÄ – Gebühren	
<p>(1) Gebühren sind <b>Vergütungen</b> für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.</p>	<p>(1) <sup>1</sup>Gebühren sind <b>Entgelte</b> für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.</p> <p><sup>2</sup><b>Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist.</b></p> <p><sup>3</sup><b>Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten.</b></p> <p><sup>4</sup><b>Die Rufbereitschaft und das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht gesondert berechnungsfähig.</b></p>	<p><b>Satz 1</b> tauscht lediglich den Begriff der Vergütungen gegen das Wort Entgelte aus.</p> <p><b>Satz 2</b> übernimmt die entsprechende Regelung aus dem EBM (Abschnitt I Ziffer 2.1). Er beschreibt eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Dennoch ist bemerkenswert, dass die BÄK auch in diesem Zusammenhang auf den Kontext des EBM zurückgreift.</p> <p><b>Satz 3</b> regelt im Grundsatz die Konsequenzen unvollständig gebliebener Leistungen bei Behandlungsabbruch. Bei Behandlungsbeginn ist ein Behandlungsabbruch selten vorherzusehen. Die anderen Regelungen sind vernünftig, sieht man davon ab, dass Begriffe wie „überwiegend“ stark interpretationsbedürftig sind und daher wegen ihrer Prozessträchtigkeit besser vermieden werden.</p>

GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>(2) "Der Arzt kann Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen).</p> <p>*Als eigene Leistungen gelten <b>auch</b> von ihm berechnete Laborleistungen des <b>Abschnitts</b> M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.</p>	<p>(2) "Der Arzt kann Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen, die er <b>persönlich</b> erbracht hat (eigene Leistungen).</p> <p><b>*Als eigene Leistungen gelten auch Leistungen, die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden, sofern der Arzt erreichbar ist und unverzüglich persönlich einwirken kann.</b></p> <p><b>‡</b>Als eigene Leistungen gelten <b>ferner</b> von ihm berechnete Laborleistungen des <b>Abschnittes</b> M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.</p> <p><b>*Abweichend von Satz 2 können Laborleistungen des Abschnitts M III (Speziallabor) nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts M nur dann als eigene Leistungen abgerechnet werden, wenn die folgenden Anforderungen erfüllt werden:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Leistungen sind unmittelbar dem Fachgebiet, einer Zusatzbezeichnung oder der Fachkunde des abrechnenden Arztes zuzurechnen.</li> <li>2. Der abrechnende Arzt überwacht während des Analyseablaufs höchstpersönlich die ordnungsgemäße Probenvorbereitung, die regelmäßige ordnungsgemäße Wartung der Laborgeräte und Bedienungsabläufe durch das Laborpersonal einschließlich der Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Dokumentation der Ergebnisse. Er ist höchstpersönlich und nicht nur telefonisch während der Analyse anwesend, hat dabei die unmittelbare Weisungsbefugnis gegenüber dem Laborpersonal und überprüft persönlich vor Ort die Plausibilität der Analyseergebnisse, um bei auftretenden Zweifeln aus derselben Probe zeitgerecht eine weitere Analyse durchzuführen. Zur Versorgung von Notfällen außerhalb der Dienstzeiten muss der abrechnende Arzt unverzüglich erreichbar sein und unmittelbar persönlich einwirken können.</li> </ol> <p><b>‡</b>Laboratorien, in denen Leistungen nach Satz 3 und 4 erbracht werden, müssen den Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung genügen und können daraufhin jederzeit überprüft werden.</p> <p><b>‡</b>Eine erbrachte oder veranlasste Laborleistung muss in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zu Grunde liegenden Diagnose oder Fragestellung stehen.</p>	<p><b>Satz 1</b> erhält durch den Zusatz „persönlich“ keine Erweiterung, sondern nur eine Präzisierung im Sinne der Rechtsprechung. Nur durch den abrechnenden Arzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen sind nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ abrechenbar.</p> <p><b>Satz 2</b> ist eine Klarstellung, die möglicherweise der Rechtsprechung zu § 18 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 EStG geschuldet ist (z.B. BFH, 16.07.2014 – VIII R 41/12 –). Wünschenswert wäre es, wenn man das Verhältnis von persönlicher Leistung und zulässiger Delegation nicht nur in wenigen auslegungsbedürftigen Worten, sondern generell klären würde.</p> <p><b>Satz 3</b> ist im Grundsatz unverändert.</p> <p><b>Die Sätze 4 bis 6</b> sind inhaltlich neu und betreffen den Bereich des Speziallabors nach Abschnitt M III. Hierdurch sollen möglicherweise Konsequenzen aus der Entscheidung des BGH vom 25.01.2012 – 1 StR 45/11 – gezogen werden.</p>
<p><b>Bisher § 4 Abs. 2 Sätze 3–4</b></p> <p>*Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leistungen nach den Nummern <b>†</b> bis <b>62</b> des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,</li> <li>2. Visiten nach den Nummern <b>45</b> und <b>46</b> des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie ▶</li> </ol>	<p>(2a) "Wird im Rahmen einer stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung eine Vereinbarung über die Erbringung wahlärztlicher Leistungen gemäß den § 17 KHEntgG und § 16 Satz 2 BPFIV getroffen, so kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren, schwerwiegenden Gründen an der Leistungserbringung gehindert ist, die Leistung auch durch einen einzigen, in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Vertretungsarzt erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt.</p> <p><b>‡</b>§ 1 Absatz 2 gilt entsprechend.</p> <p><b>‡</b>Der Wahlarzt kann in der Wahlleistungsvereinbarung darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Einzelleistungen des jeweiligen Fachgebietes je einen weiteren Vertretungs- ▶</p>	<p><b>Satz 1</b> regelt sehr ausführlich die sich aus der aktuellen Rechtsprechung zu Krankenhausentgeltrecht ohnehin schon ergebenden Rechtsfolgen. Das kann man unter dem Aspekt, dass Gebührenordnungen durchaus auch informativ-belehrend sein dürfen, akzeptieren.</p> <p><b>Satz 2</b> enthält einen Verweis, der vermutlich redaktionell noch nicht abschließend bearbeitet ist. Wahrscheinlich soll das Facharztprinzip des § 1 Abs. 2 Satz 1, 2. Hs. in die Pflicht genommen werden, wie es bisher durch § 4 Abs. 2 Satz 3, 2. Hs. schon vorgesehen war.</p> <p><b>Satz 3</b> enthält unter den denkbaren Festlegungen der Vertretungsbefugnis eine bisher unbekannte Einengung auf einen (1) weiteren Vertretungsarzt je weiterem Fachgebiet. Dieser muss dadurch qualifiziert sein, dass er durch seine besondere fachliche Qualifikation die Behandlungsleistung „in besserer Qualität“ als ▶</p>

GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>3. Leistungen nach den Nummern <b>56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272</b> des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,</p> <p>wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss <b>des Wahlarztvertrages</b> dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; <b>der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein.</b></p> <p><b>*Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.</b></p>	<p><b>arzt benennen, der durch seine besondere fachliche Qualifikation die jeweilige Einzelleistung über die Voraussetzungen nach Satz 1 hinausgehend in besserer Qualität erbringen kann.</b></p> <p><sup>4</sup>Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Leistungen nach den Nummern <b>x bis y</b> des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,</li> <li>Visiten nach den Nummern <b>xx</b> und <b>xy</b> des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie</li> <li>Leistungen nach den Nummern <b>xxx</b> des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,</li> </ol> <p>wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss <b>der Wahlleistungsvereinbarung</b> dem Patienten benannten ärztlichen Vertreter <b>nach Sätzen 1 und 3</b> persönlich erbracht werden.</p> <p><b><sup>5</sup>Bei der wahlärztlichen Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der Wahlarzt die Gesamtverantwortung für die sachlich korrekte Rechnungslegung.</b></p>	<p>der Wahlarzt erbringen kann. Das kann nur bedeuten, dass die bisherige Wahlarztkette, wie sie sich aus § 17 Abs. 3 KHEntgG ergibt, nicht mehr gelten soll. An deren Stelle träte dann ein besonderes fachliches Qualifikationsanfordernis. Ob das in der Praxis viel ändern würde, erscheint zwar zweifelhaft, denn der kardiologische Wahlarzt wird im Zweifel in anderen Fachgebieten wie Urologie, Anästhesie et cetera seine besonderen Spezialisten haben. Aber warum glaubt man dann seitens der BÄK, das so intransparent regeln zu müssen?</p> <p><b>Satz 4</b> entspricht dem bisherigen § 4 Abs. 2 Satz 3. Die Änderungen ergeben sich aus den noch nicht feststehenden Änderungen des Gebührenverzeichnisses.</p> <p><b>Satz 5</b> hat keine gebührenrechtliche, wohl aber erhebliche strafrechtliche Bedeutung und ist der sogenannten Abrechnungssammelerklärung des Vertragsarztrechts nachgebildet.</p> <p>Die bisher in § 4 Abs. 2 Satz 4 enthaltenen Sonderregelungen für physikalische Therapie werden aufgehoben.</p>
<p><u>neu</u></p>	<p><b>(2b) Dieselbe ärztliche Leistung darf je Erbringung nur einmal berechnet werden, auch wenn sie arbeitsteilig von mehreren Ärzten erbracht wird.</b></p>	<p>Diese Regelung knüpft vermutlich an Kapitel I Abschnitt 2.1 des EBM an, ohne zu regeln, wann denn nun welcher arbeitsteilig arbeitende Arzt was abrechnen darf. Das ist im EBM detailliert beschrieben.</p>
<p><b>(2a)</b> <sup>1</sup>Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.</p> <p><sup>2</sup>Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen <b>operativen</b> Einzelschritte.</p> <p><sup>3</sup><b>Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.</b></p>	<p><b>(3)</b> <sup>1</sup>Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.</p> <p><sup>2</sup>Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte.</p> <p><sup>3</sup><b>Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung.</b></p>	<p><b>Satz 3</b> versucht, das unsägliche <b>Zielleistungsprinzip</b> im Sinne der PKV extensiv auszulegen. Die Frage, wann nur eine „besondere Ausführung der Leistung“ und wann schon ein methodisches Aliud vorliegt, ist nach wie vor umstritten und konnte in zahllosen Entscheidungen bisher nicht geklärt werden. Das Zielleistungsprinzip ist ohnehin ein untaugliches Abgrenzungsinstrument, dessen Notwendigkeit nach den komplexen für § 5 Abs. 2 GOÄ (neu) vorgesehenen Regelungen noch nicht einmal mehr nachvollziehbar ist.</p>
<p><b>§ 5 GOÄ – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses</b></p>	<p><b>§ 5 GOÄ – Gebührenhöhe</b></p>	<p>§ 5 (neu) bricht mit der gesamten bisherigen Systematik der GOÄ und damit auch der GOZ. Das wird schon daran deutlich, dass der Text komplett neu ist, einschließlich der Überschrift. Das ist ein denkbar weitgehender Eingriff in das Gebührenrecht, bei dem schon fraglich ist, ob er sich noch mit der gesetzlichen Grundlage in § 11 BÄO vereinbaren lässt. § 11 Satz 1 BÄO verlangt die Festlegung von Mindest- und Höchstsätzen. Jetzt wird ein Mindest- und ein Höchstsatz festgelegt, der keinerlei weitere Differenzierung kennt.</p>

**J A I**



**ICH WILL  
DIE CAD/CAM  
KOMPLETTLÖSUNG.**

Innovation hat einen Namen: **tioLogic® digital**. Ihr Schritt zur digitalen Implantologie. Sagen auch Sie ja!



GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>(1) <sup>1</sup>Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.</p> <p><sup>2</sup>Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird.</p> <p><sup>3</sup>Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent.</p> <p><sup>4</sup>Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.</p>	<p>(1) <sup>1</sup>Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz.</p> <p><sup>2</sup>Die Gebühr wird in Euro angegeben.</p> <p><sup>3</sup>Liegen die in dem Anhang zur Anlage (Positivliste) der Gebührenordnung oder durch ergänzende Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BAO bestimmten Behandlungsumstände vor, ist aufgrund der besonderen, objektiven Schwere des Einzelfalls die Abrechnung der doppelten Höhe des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes für steigerungsfähige Gebühren gerechtfertigt.</p> <p><sup>4</sup>Zur Begründung des doppelten Gebührensatzes genügt in solchen Fällen grundsätzlich die Angabe des im jeweiligen Einzelfall vorliegenden für die Aufwandserhöhung ursächlichen Behandlungsumstandes auf der Rechnung.</p> <p><sup>5</sup>Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden.</p>	<p><b>Satz 1</b> enthält den Grundsatz, dass es für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses einen definierten, nicht unterschreitbaren Gebührensatz geben soll. In der von BÄK und PKV-Verband am 08.11.2013 unterzeichneten „Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ wird dieser nicht unterschreitbare Gebührensatz als „<i>robuster Einfachsatz</i>“ bezeichnet. Den gab es eigentlich auch schon in § 5 Abs. 1 Satz 1 (alt), ohne dass man seitens der Ärztekammern die massiven Unterschreitungen insbesondere im Laborbereich (zum Teil Faktor 0,3 – siehe den Sachverhalt der Entscheidung des BGH vom 25.01.2012 – 1 StR 45/11 –; vermutlich auch noch weniger) und im Krankenhausbehandlungsbereich mit der Unterschreitung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors (Stichwort: Honorarärzte) zu unterbinden versucht hätte. Auch der jetzige „nicht unterschreitbare Gebührensatz“ ist offenbar unterschreitbar, wenn es sich um Verträge nach § 75 Abs. 3a bis 3c SGB V zum Standard- und Basistarif handelt (siehe § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 GOÄ [neu]).</p> <p><b>Satz 3</b> regelt die Ausnahmen, unter denen der „nicht unterschreitbare Gebührensatz“ um <b>100 Prozent</b> gesteigert werden darf. Diese <b>Verdoppelung</b> ist zugleich das <b>Maximum</b>. In der in den einleitenden Bemerkungen schon aufgezeigten, datenmäßig nicht nachvollziehbaren Logik der BÄK soll der neue Einfachsatz in etwa dem <b>2,4</b>-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ 1996 entsprechen. Der doppelte Einfachsatz entspräche dann dem Steigerungsfaktor <b>4,8</b> und läge damit in einem Bereich, in dem bisher eine Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ erforderlich wäre.</p> <p>Wenn man es recht bedenkt, werden vom neuen Faktor 2,0 vor allem Krankenhausabteilungen und große Praxisstrukturen profitieren, die über die finanziellen und personellen Ressourcen verfügen, um die hinzu kommenden Anforderungen an die Abrechnungsbegründung überhaupt erfüllen zu können.</p> <p>Um die Sache irgendwie in den Griff zu bekommen, soll es als Anhang 1 zum Gebührenverzeichnis eine <b>Positivliste</b> der möglichen Steigerungsgründe und zusätzlich <b>positive Empfehlungen</b> der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BAO geben. Daneben wird es aber weitere begrenzende Mechanismen geben (siehe Abs. 2).</p> <p><b>Satz 4</b> verlangt die Angabe des in der Positivliste beziehungsweise positiven Empfehlung genannten Steigerungsgrundes in der Rechnung.</p> <p><b>Satz 5</b> bestimmt – etwas unsystematisch in diesem Zusammenhang –, dass Zuschläge nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden dürfen. Das in die Gebührenordnung reinzuschreiben ist vermutlich dem deutschen Drang nach Perfektion geschuldet.</p>
<p>(2) <sup>1</sup>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.</p> <p><sup>2</sup>Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. ▶</p>	<p>(2) <sup>1</sup>Für Behandlungsumstände, die nicht in der in dem Anhang 1 zur Anlage (Positivliste) oder in Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a Absatz 2 Buchstabe c) erster Halbsatz enthalten sind, kann der Arzt wegen der besonderen Schwere des Einzelfalls eine Steigerung des Gebührensatzes auf das Zweifache geltend machen, soweit die Gemeinsame Kommission hierzu einem entsprechenden Antrag des Arztes nach § 11a Abs. 3a BAO gefolgt ist.</p> <p><sup>2</sup>Bis zur Entscheidung der Gemeinsamen Kommission kann nur der nicht unterschreitbare Gebührensatz berechnet werden. ▶</p>	<p><b>Satz 1</b> betrifft den Fall, dass die Positivliste keinen Begründungsgrund für eine Steigerung enthält, aber eine besondere Schwere des Einzelfalls dennoch geltend gemacht werden soll. Zunächst einmal soll es neben der Positivliste noch positive Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BAO geben (Hinweis: den Entwurf des § 11a BAO muss es schon geben, sonst könnte hier nicht schon aus den Absätzen zitiert werden). Greifen weder die Positivliste noch die <b>positiven Empfehlungen</b>, kann der Arzt bei dieser Gemeinsamen Kommission einen <b>Antrag</b> auf Genehmigung der Überschreitung des Einfachsatzes stellen. ▶</p>

# Aurea®

phibo<sup>φ</sup>

**Aurea®: Design. Funktionalität. Ästhetik.**

We decode nature.



Tiefen- / Anschlagstop



Mehrfachbohrer mit Sammelkammer für autologes Knochenmaterial



Innenliegende Deckschraube und Knochenüberlagerung an der Implantatschulter bei Freilegung



Konische Innensechskantverbindung mit einer basalen parallelwandigen Torxverbindung



**Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung mit unterschiedlichen Implantatsystemen, knochenerhaltenden Maßnahmen und augmentativen Verfahren stelle ich fest, dass dieses System hervorragende Resultate zeigt.**

*Dr. med. dent. Jörg Munack, M.Sc.,  
ZahnMedizinischesTeam am Aegi (www.zmtaa.de),  
Hannover*



**Darüber hinaus bietet das System sowohl im implantologischen als auch prothetischen Bereich komplette Lösungen für das Labor und die Praxis.**

*Dr. med. dent. Jens Becker, M.Sc.,  
ZahnMedizinischesTeam am Aegi (www.zmtaa.de),  
Hannover*



GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p><b>³Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.</b></p> <p><b>⁴In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.</b></p>	<p><b>³Über die gesteigerte Gebühr ist nach der Entscheidung der Gemeinsamen Kommission durch gesonderte Rechnung gemäß § 12 GOÄ abzurechnen; der Rechnung ist die Erstabrechnung nach dem nicht unterschreitbaren Gebührensatz in Kopie beizufügen.</b></p> <p><b>⁴Die Steigerung nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn die geltend gemachten Behandlungsumstände nach dem Anhang 2 zur Anlage (Negativliste) oder den Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission eine Steigerung nicht rechtfertigen.</b></p>	<p>Bis zur Genehmigung darf er nach <b>Satz 2</b> nur den Ein-fachsatz abrechnen.</p> <p>Im Falle einer Genehmigung regelt <b>Satz 3</b> die Abrechnung mit erheblichen zusätzlichen Formalien.</p> <p>Aus <b>Satz 4</b> ergibt sich schließlich, dass es auch eine <b>Negativliste</b> als Anhang 2 zum Gebührenverzeichnis geben soll, ebenso <b>negative Empfehlungen</b> der Gemeinsamen Kommission. Diese schließen die Steigerung auf den zweifachen Satz aus – was angesichts der Bezeichnung der Kommissionsentscheidungen als „Empfehlungen“ schon eine sehr merkwürdige, ersichtlich auf Verniedlichung des Problems abzielende Wortwahl bedeutet.</p>
<p><b>§ 5a GOÄ – Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen</b></p>	<p><b>§ 5a GOÄ – Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen</b></p>	
<p>Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs.1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs.4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur <b>bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs.1 Satz 2</b> berechnet werden.</p>	<p>Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs.1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs.4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur <b>nach dem einfachen Gebührensatz</b> berechnet werden.</p>	<p>Das wäre eine nach den Änderungen des § 5 konsequente Folgeänderung.</p>
<p><b>§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen</b></p>	<p><b>§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen</b></p>	
<p>(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte <b>vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316)</b> – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.</p>	<p>(1) <b>¹</b>Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte <b>in der jeweils geltenden Fassung</b> – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen ausschließlich nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.</p> <p><b>²Zahnärzte berechnen die Vergütungen nach den Vorschriften dieser Gebührenordnung, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung aufgeführt sind:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. B 1, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,</li> <li>2. C 1 unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,</li> <li>3. E V und EVI,</li> <li>4. J,</li> <li>5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, LVII, L IX,</li> <li>6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4630, 4538, 4605, 4806 und 4715,</li> <li>7. N unter der Nummer 4852 sowie</li> <li>8. o.</li> </ol>	<p><b>Satz 1</b> entspricht der geltenden Fassung und passt lediglich den Bezug auf die GOZ an.</p> <p><b>Satz 2</b> ist sachlich eine Übernahme der Regelungen in § 6 Abs.2 GOZ 2012.</p>





# Folgen Sie der natürlichen Form

## OsseoSpeed™ Profile EV – Einzigartiges Implantat für den schräg atrophierten Kieferkamm

Das OsseoSpeed Profile EV ist so geformt, dass beim schräg atrophierten Kieferkamm der vorhandene Knochen effizient genutzt werden kann.

- Ermöglicht einen 360°-Knochenerhalt
- Hervorragende Weichgewebsästhetik
- Kann eine Augmentation vermeiden
- One-position-only: Alle ATLANTIS- und indexierten Komponenten lassen sich in nur einer Position einsetzen

Das OsseoSpeed Profile EV-Implantat ist ein essenzieller Bestandteil des neuen ASTRA TECH Implant System™ EV und wird durch den einzigartigen ASTRA TECH Implant System BioManagement Complex unterstützt.

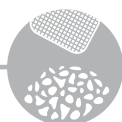
Weitere Informationen finden Sie unter  
[www.jointheev.de](http://www.jointheev.de)



STEPPS™



SIMPLANT™



SYMBIOS™



ANKYLOS™



ATLANTIS™

**ASTRA TECH  
IMPLANT SYSTEM**

XiVE

GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>(2) Selbstständige ärztliche Leistungen, die <b>in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind</b>, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.</p>	<p>(2) <b>„Selbstständige ärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung entwickelt und erstmals angewandt wurden oder die als Verlangensleistungen erbracht werden</b>, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, <b>solange sie nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind.</b></p> <p><b>„Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung schriftlich darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird.</b></p> <p><b>„Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu beachten.</b></p>	<p><b>Satz 1</b> ist ein geradezu unfasslicher <b>Rückschritt</b> und völlig unverständlich vor dem Hintergrund, dass man in der GOZ 2012 den Bezug auf nach Inkrafttreten neue entwickelte Leistungen etc. bewusst aufgegeben hatte. Das wird zwar vom PKV-Verband kritisiert (s. z.B. Rechenschaftsbericht 2014, S. 50), ist aber sachlich allein richtig, gerade auch in der GOÄ mit den gegenüber der GOZ noch sehr viel größeren Leistungsspektren der zahllosen ärztlichen Fachgebiete und Teil- sowie Subgebiete, die sich entwickelt haben und permanent entwickeln.</p> <p>Offenbar um die Analogabrechnung zu behindern wird in <b>Satz 2</b> eine (1) schriftlich und (2) rechtzeitig vor Erbringung der Leistung und zusätzlich (3) bezogen auf die einzelne Leistung zu erfüllende Informationspflicht statuiert. Das bedeutet noch mehr Verwaltungsaufwand in der Praxis.</p>
<p><b>§ 6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung</b></p>	<p><b>§6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung</b></p>	
<p>(1) <sup>1</sup>Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um <b>25 von Hundert</b> zu mindern.</p> <p><b>„Abweichend davon beträgt</b> die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten <b>15 vom Hundert.</b></p> <p><sup>3</sup>Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach <b>Buchstabe J in Abschnitt B-V des Gebührenverzeichnisses.</b></p>	<p>(1) <sup>1</sup>Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um [...] <b>Prozent</b> zu mindern.</p> <p><sup>2</sup>Die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten <b>beträgt [...] Prozent.</b></p> <p><sup>3</sup>Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach <b>Nr. 74 GOÄneu (Bn_01).</b></p>	<p>Ob es in den <b>Sätzen 1 und 2</b> nun „<i>vom Hundert</i>“ oder „<i>Prozent</i>“ heißt, ist irrelevant. Relevant ist allein die Größenordnung der Minderung. Diese ist derzeit nicht bekannt, was nichts Gutes erwarten lässt.</p> <p>Satz 3 neu dürfte sich auf dieselbe Leistung wie Satz 3 alt („<i>Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes</i>“) beziehen.</p>
<p><b>§ 7 GOÄ – Entschädigungen</b></p>	<p><b>§7 GOÄ – Entschädigungen</b></p>	
<p>Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld <b>und</b> Reiseentschädigung, <b>hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.</b></p>	<p>Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld <b>oder</b> Reiseentschädigung.</p>	<p>Wodurch sich der Wegfall des zweiten Halbsatzes erklärt, ist derzeit ungewiss.</p>
<p><b>§ 8 GOÄ – Wegegeld</b></p>	<p><b>§ 8 GOÄ – Wegegeld</b></p>	
<p>(1) <sup>1</sup>Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen.</p> <p><sup>2</sup>Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bis zu zwei Kilometern <b>7,00 Deutsche Mark</b>, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) <b>14,00 Deutsche Mark</b>,</li> <li>2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern <b>13,00 Deutsche Mark</b>, bei Nacht <b>20,00 Deutsche Mark</b>, ▶</li> </ol>	<p>(1) <sup>1</sup>Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen.</p> <p><sup>2</sup>Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bis zu zwei Kilometern, 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,</li> <li>2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometer 8,00 Euro, bei Nacht, 12,30 Euro,</li> <li>3. mehr als fünf Kilometer bis zu zehn Kilometer 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,</li> <li>4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.</li> </ol>	<p>Anpassung an die Regelungen des § 8 Abs.1 GOZ 2012.</p>

GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern <b>20,00-Deutsche Mark</b>, bei Nacht <b>30,00-Deutsche Mark</b>,</p> <p>4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern <b>30,00-Deutsche Mark</b>, bei Nacht <b>50,00-Deutsche Mark</b>.</p>		
<b>§ 9 GOÄ – Reiseentschädigung</b>	<b>§ 9 GOÄ – Reiseentschädigung</b>	
<p>(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.</p>	<p>(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.</p>	<p>Anpassung an die Regelungen des § 8 Abs.3 Satz 1 GOZ 2012.</p>
<p>(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>50-Deutsche Pfennige</b> für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,</li> <li>bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden <b>100,-Deutsche Mark</b>, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden <b>200,-Deutsche Mark</b> je Tag,</li> <li>Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.</li> </ol>	<p>(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>42 Cent</b> für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,</li> <li>bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden <b>56,00 Euro</b>, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden <b>112,50 Euro</b> je Tag,</li> <li>Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.</li> </ol>	<p>Anpassung an die Regelungen des § 8 Abs.3 Satz 2 GOZ 2012.</p>
<b>§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen</b>	<b>§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen</b>	
<p>(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen <b>vorgesehenen</b> Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,</li> <li>Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,</li> <li>die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie</li> <li>die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.</li> </ol> <p>*Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.</p>	<p>(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen <b>vorgeschriebenen</b> Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,</li> <li>Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,</li> <li>die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie</li> <li>die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.</li> </ol> <p><b>*Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt.</b></p> <p>‡Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.</p> <p><b>*Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen.</b></p>	<p>Der in <b>Satz 1</b> vereinbarte Austausch des Wortes „<i>vorgesehenen</i>“ durch das Wort „<i>vorgeschriebenen</i>“ ist eine mehr als nur seltsame Randnotiz der GOÄ-Reform. Darin kommt der Geist zum Vorschein, der hinter der GOÄ-Reform steckt: es soll vorgeschrieben, staatlich bevormundet werden. Es ist unverständlich, dass sich die BÄK dafür hergibt.</p> <p><b>Satz 2</b> ist eine sinnvolle Klarstellung, die – was ohnehin schon dem Stand der Rechtsprechung entspricht – vor allem auf die Weitergabe von Rabatten et cetera abzielt.</p> <p><b>Satz 3</b> entspricht dem bisherigen Satz 2.</p> <p><b>Satz 4</b> dient ersichtlich der Vereinfachung in der Praxis. Solche Versand- und Protokostenpauschalen sind auch in anderen Gebührenordnungen üblich.</p>

GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,</li> <li>2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,</li> <li>3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,</li> <li>4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für</li> <li>5. <b>folgende</b> Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.</li> </ol>	<p>(2) <sup>1</sup>Nicht berechnet werden können die Kosten für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,</li> <li>2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,</li> <li>3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,</li> <li>4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für</li> <li>5. Einmalartikel <b>wie</b> Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.</li> </ol> <p><b><sup>2</sup>Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind, sofern in den Gebührensätzen enthalten, nicht gesondert berechnungsfähig.</b></p>	<p>Satz 1 Nrn. 1 bis 4 sind unverändert.</p> <p><b>Nr. 5</b> enthält eine kleine, aber bedeutsame Änderung. Aus der bisher <u>abschließenden</u> Aufzählung der nicht <u>abrechenbaren</u> Einmalartikel wird eine beispielhafte Aufzählung. Damit geht der Streit um die Frage los, ob der Einmalartikel, der abgerechnet werden soll, mit den aufgezählten Einmalartikeln vergleichbar ist und zugleich der Streit um die Frage, ob solche Artikel in die Gebührensätze eingepreist wurden.</p> <p><b>Satz 2</b> ist eine interessante und richtige Norm, wobei derzeit noch offen ist, ob sie so bestehen bleiben wird. Immerhin wird darin anerkannt, dass es sowohl Lagerhaltungskosten als auch Entsorgungskosten gibt, die eine eigenständige und durchaus beachtliche betriebswirtschaftlich Größe darstellen können. § 4 Abs. 3 Satz 1 GOZ 2012 verbietet die Abrechnung der Lagerhaltungskosten in Umsetzung einer Entscheidung des BGH vom 27.05.2004 – III ZR 264/03 –, die unter einem dazu ungenügend vorgetragenen Sachverhalt litt.</p>
<p>§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung</p>	<p>§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung</p>	
<p>(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.</p>	<p>(1) <sup>1</sup>Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.</p> <p><b><sup>2</sup>Die Rechnung ist innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung zu stellen.</b></p>	<p><b>Satz 2</b> ändert die bisherigen Fälligkeitsvorgaben und wird auch Auswirkung auf den Verjährungsbeginn haben. Sinnvoll ist die neue Vorgabe, die Rechnung innerhalb von sechs Monaten zu stellen, nur dann, wenn die Versäumung dieser Frist mit der Sanktion geahndet wird, dass die dreijährige Verjährungsfrist nach § 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB dennoch am Ende des Kalenderjahres beginnt, in dem die Rechnung unter Berücksichtigung der 6-Monats-Frist zu erstellen gewesen wäre. Damit würde die Diskussion um die Frage, wann eine nicht oder nicht ordnungsgemäß gestellte Rechnung aus Gründen der Verwirkung (§ 242 BGB) nicht mehr geltend gemacht werden kann, obsolet.</p>
<p>(2) Die Rechnung muss <b>insbesondere enthalten:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. das Datum der Erbringung der Leistung,</li> <li>2. bei Gebühren die Nummer und <b>die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,</b></li> <li>3. <b>bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,</b></li> <li>4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung, ▶</li> </ol>	<p>(2) <sup>1</sup>Die Rechnung <b>ist in maschinenlesbarer Form zu erstellen und muss folgende Angaben</b> enthalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,</b></li> <li>2. <b>die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils geltenden Fassung oder, soweit der Patient nicht widerspricht, die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung oder, soweit der Patient nicht widerspricht, die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,</b></li> <li>3. bei Gebühren die <b>Anzahl, die Gebührennummer und deren Kurzbezeichnung, gegebenenfalls die Gebührenerhöhung mit Angabe des für die Aufwandserhöhung</b> ▶</li> </ol>	<p><b>Nr. 2</b> Datenschutz, informationelle Selbstbestimmung des Patienten, ärztliche Schweigepflicht, das Gespür für die Notwendigkeit, Patientendaten zu schützen, scheint immer mehr verloren zu gehen. Und die Verantwortung sollen auch noch die Ärzte tragen. Die Nr. 2 sieht vor, dass <b>Diagnosen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) unverschlüsselt im Volltext in der Rechnung genannt werden sollen, „soweit der Patient nicht widerspricht“, und nur im Falle des Widerspruchs nach</li> <li>(2) ICD-Schlüssel auf der Rechnung mitgeteilt werden.</li> </ol> <p><b>Nr. 4</b> ist ebenfalls teilweise eine adaptierte Übernahme eines Teils der bisherigen Nr. 2. Neu sind die Organbezeichnung, die offenbar in Abrechnungsbestimmungen gefordert werden wird, und gegebenenfalls die Uhrzeit der Leistungserbringung (bisher nur die Mindestdauer). Letzteres würde einen gegenüber der bisherigen Übung erhöhten Erfassungsaufwand bedeuten, ist aber – wenn Zeithonorarelemente kommen sollen, was im Grundsatz sachgerecht ist – sinnvoll. ▶</p>

# EL

## ESTHETIC LINE implant

**MAXIMALE ÄSTHETIK**  
KONKAVES ÄSTHETIK-KONZEPT  
PLATFORM-SWITCHING



**MAXIMALE STABILITÄT**  
INNERE KONUSVERBINDUNG



**MAXIMALE FREIHEIT**  
PROTHETISCHE FLEXIBILITÄT



**C-TECH**  
CENTURY IMPLANT TECHNOLOGIES

+49 6171 286 7437 - info@c-tech-implant.com

www.c-tech-implant.de



GOÄ 1996	GOÄ 2016-Entwurf	Erläuterungen / Hinweise Prof. Dr. Ratajczak
<p>5- bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die <b>Art der Auslage, übersteigt</b> der Betrag der einzelnen Auslage 50,00 <b>Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis</b> beizufügen.</p>	<p><b>ursächlichen Behandlungsumstandes und einen Hinweis auf das Vorlegen eines Falles von § 4 Abs. 1 Satz 3,</b></p> <p><b>4. den jeweiligen Betrag sowie, sofern in den Abrechnungsbestimmungen gefordert, die Organbezeichnung und die Uhrzeit der Leistungserbringung,</b></p> <p><b>5. gegebenenfalls den Hinweis auf stationäre Erbringung und die Minderung nach § 6a,</b></p> <p><b>6. gegebenenfalls den angewandten Gebührensatz nach § 75 Abs. 3a bis c SGB V,</b></p> <p><b>7. bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon betroffenen Gebührennummern und der vereinbarten Steigerungssätze unter Beifügung einer Kopie der Vereinbarung,</b></p> <p>8. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,</p> <p>9. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und <b>die genaue Bezeichnung der einzelnen Auslage, bei Arzneimitteln den Wirkstoffnamen, sowie die konkret verbrauchte Menge.</b> <sup>2</sup>Übersteigt die Summe der berechneten Auslagen den Betrag von 50,00 Euro, sind die Belege <b>über die entstandenen Kosten</b> beizufügen.</p> <p><sup>3</sup><b>Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung treffen im Einvernehmen mit den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden wegen Krankheit und Pflegebedürftigkeit Vereinbarungen über ein maschinenlesbares Rechnungsformular, das bei der Rechnungsstellung zu verwenden ist.</b></p>	<p><b>Nr. 5</b> ist neu und erfordert den expliziten Hinweis auf der Rechnung, falls die Leistung stationär erbracht wurde (was besonders den pseudostationären Behandlungen vermutlich das Aus bringen wird – das wäre aber keine zu beanstandende Konsequenz) und die sich daraus gegebenenfalls ergebende Minderung des abzurechnenden Honorars.</p> <p><b>Nr. 6</b> betrifft die Abrechnung von in Verträgen nach § 75 Abs. 3a – 3c SGB V vereinbarten Gebührensätzen. Aus dieser Erwähnung muss man wohl schließen, dass der „nicht unterschreitbare Einzelsatz“ keineswegs wirklich robust ist und in diesen Verträgen unterschritten werden kann. § 75 Abs. 3a – 3c SGB V betreffen den <b>Standardtarif</b> nach § 257 Abs. 2a SGB V und den <b>Basistarif</b> nach § 12 VAG.</p> <p><b>Nr. 7</b> betrifft die Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ und verlangt vor allem, dass die Vereinbarung der Abrechnung in Kopie beizufügen ist. Da in solchen Fällen die Vereinbarungen von den PKVen und Beihilfebehörden ohnehin routinemäßig angefordert werden, verkürzt diese Vorgabe das Verfahren.</p> <p><b>Nr. 9</b> erweitert die bisherige Nr. 5 um die Pflicht zur genauen Bezeichnung der Auslage, bei Arzneimitteln um die Angabe des Wirkstoffnamens (auch das ist unter Datenschutzgesichtspunkten problematisch) sowie bei Gesamtauslagen &gt; 50,00 Euro stets die Vorlage der Belege. Entscheidend für die Vorlagepflicht ist nicht, ob eine einzelne Auslage den Wert von 50,00 Euro übersteigt. Es kommt nur darauf an, dass die Summe aller neben den Gebühren abgerechneten Auslagen diese Wertgrenze übersteigt, um für alle Auslagen die Belege vorlegen zu müssen. Die bisher vorgesehene Option des „sonstigen Nachweises“ entfällt.</p> <p><b>Satz 2</b> zieht vermutlich die Lehren aus den Problemen mit der Einführung maschinenlesbarer Abrechnungssformulare durch die GOZ 2012. Das Abrechnungssformular soll jetzt nicht mehr durch das Bundesgesundheitsministerium vorgegeben, sondern unter den betroffenen Verbänden/Körperschaften abgestimmt werden.</p>
<p><u>neu</u></p>	<p>(3) <sup>1</sup>Die Rechnung kann der Erstattungsstelle mit deren Einverständnis und dem schriftlichen Einverständnis des Patienten in elektronischer Form übermittelt werden.</p> <p><sup>2</sup>Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der Rechnung.</p>	<p>Für den privatversicherten Bereich Pendant zu § 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG. Auch damit wird einem Wunsch der PKVen entsprochen.</p>
<p><u>neu</u></p>	<p>(4) Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Absatz 2 Satz 2), sind in der Rechnung mit einem der Gebührennummer vorangestellten „V“ zu kennzeichnen, Leistungen, die der Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen dienen, mit einem der Gebührennummer vorangestellten „F“.</p>	<p>Übernahme und Erweiterung des bisherigen Abs. 2 Satz 5 um das Kennzeichen „V“ für Verlangensleistung sowie das Kennzeichen „F“ für Früherkennung.</p>
<p>(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich <b>zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“</b> sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu <b>versehen</b>.</p>	<p>(5) <sup>1</sup>Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen <b>auf der Rechnung</b> verständlich <b>anzugeben</b>.</p> <p><sup>2</sup><b>Anzugeben ist des Weiteren die Gebührennummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung; der Gebührennummer ist e in „A“ voranzustellen.</b></p>	<p><b>Satz 1</b> enthält die Anpassung an die entsprechende Regelung in § 10 Abs. 4 Satz 1 GOZ 2012.</p> <p><b>Satz 2</b> regelt die Analogbezeichnungspflicht genauer.</p>



# MICROCONE®

» Überzeugende  
Ästhetik, perfekte  
Funktion «

**Es lohnt sich für Sie, wirklich.**

**Herausragende ästhetische Langzeitergebnisse.** Das einzigartige hochkomplexe Mikro-Makro Gewinde fördert die dauerhafte Anlagerung von Knochenzellen und garantiert hohe Primärstabilität.

**Hohe Sicherheit „Made in Germany“** durch ein perfektes chirurgisches Protokoll und die hochpräzise konische Implantat-Aufbau Verbindung. Nur eine Anschlussgeometrie bei 4 unterschiedlichen Implantatdurchmessern vereinfacht zudem das Arbeiten.

**Optimierung Ihrer Wettbewerbsfähigkeit.** Unsere Preise sind scharf kalkuliert. So erhöhen Sie Ihre Liquidität.

**Willkommen bei Medentika.**

 **MEDENTIKA®**

## Fazit

„Hammer“ an der neuen GOÄ sind die sogenannten „nicht unterschreitbaren Einzelsätze“. Sie sind de facto nur mit hohem Aufwand überschreitbar, nämlich nur dann, wenn

- die Positivliste nach Anhang 1 zur GOÄ dies gestattet oder
- eine positive Empfehlung der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO
- oder eine Einzelfallentscheidung der der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO dies gestattet und
- die Überschreitung nicht durch die Negativliste nach Anhang 2 zur GOÄ oder
- eine negative Empfehlung der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO ausgeschlossen ist.

Das sind fünf Hindernisse, die auf dem Weg zur Steigerung des Einzelsatzes zu überwinden sind. So gesehen ist die in der von BÄK und PKV-Verband am 08.11.2013 unterzeichneten „Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“ verwendete Bezeichnung des „robusten“ Einzelsatzes durchaus treffend gewählt.

Das bedeutet aber für die Praxis, die GOÄ soll – mit Zustimmung des BÄK – einen **im Normalfall fixen Abrechnungswert** bekommen, der sich vom EBM nur noch dadurch unterscheidet, dass er definitiv in Euro ausgewiesen ist. Im Unterschied zum EBM mit seiner Flexibilität zu privatärztlichen Zusatzleistungen (siehe § 3 BMV-Ä) gibt es diese Flexibilität bei der GOÄ naturgemäß nicht; denn außerhalb einer privaten Gebührenordnung gibt es nicht noch eine weitere denkbare Abrechnungsoption.

Die Bundesärztekammer behauptete am 24.11.2015, der neue Einzelsatz werde dem bisherigen Steigerungsfaktor 2,4 entsprechen, die nur unter vielen Einschränkungen mögliche Verdoppelung des Einzelsatzes also dem Faktor 4,8.

Man darf gespannt sein, für welche Bereiche diese Zahlenangaben gelten sollen

beziehungsweise berechnet sind. Im Laborbereich und im Bereich der Röntgenleistungen gibt es nach derzeitiger GOÄ keinen Steigerungsfaktor 2,4.

Gleichmaßen darf man darauf gespannt sein, wie man den Sprung von bisher 2,4 in einen bisher weit im nach § 2 GOÄ vereinbarungspflichtigen Bereich hinein sachgerecht begründen will. Das



Foto: Adobe Stock / Igor

ist aus der Sicht des Patienten und auch aus der Sicht der Ärzteschaft, die bisher im Regelfall bei 3,5 Schluss machte, ein sehr großer Sprung.

Es ist aus den Zahlenberichten des PKV-Verbandes herauszulesen, dass im ambulanten Bereich Abrechnungen zum Faktor 3,5 eine eher kleine Rolle gespielt haben (Mittelwert: 7,78 Prozent) und zu einem noch geringeren Anteil zwischen dem 2,3- und dem 3,5-fachen abgerechnet wurde (Mittelwert: 5,25 Prozent), Honorarvereinbarungen zu einem höheren Steigerungsfaktor nahezu nicht vorkommen (Mittelwert: 0,38 Prozent).

Im stationären Bereich sieht dies ganz anders aus. Hier beträgt der Anteil der Abrechnungen zwischen dem 2,3- und

dem 3,5-fachen im Mittelwert 15,51 Prozent und der Anteil der Abrechnungen genau zum 3,5-fachen Steigerungsfaktor im Mittelwert 29,97 Prozent, also fast 1/3 aller Abrechnungen (2012 sogar 38,30 Prozent).

Die Unterschiede dürften sich auch daraus erklären, dass der stationäre Bereich die deutlich höhere administrative Kompetenz und Power aufweist, um solche Abrechnungen durchzusetzen.

Daraus lassen sich Schlussfolgerungen ziehen.

- Wenn der bisherige 2,4-fache Steigerungsfaktor zum neuen 1,0-fachen Satz werden soll, tatsächlich aber die meisten Leistungen derzeit zum 2,3-fachen Steigerungsfaktor abgerechnet werden, beträgt die angedachte Honoraranhebung für den Normalfall 0,1 Steigerungsfaktoren = 4,3478 Prozent. Das ist also das Plus, das man den Ärzten zugestehen will.
- Wenn schon bisher vor allem der stationäre Bereich sich in der Lage sah, den Faktor 3,5 abzurechnen und durchzusetzen, lässt sich erwarten, dass auch er primär von der Verdoppelungsmöglichkeit nach § 5 Abs.1 Satz 3 GOÄ (neu) profitieren wird. Man mag sich die Frage stellen, ob der Umstand, dass die Bundesärztekammer derzeit vom Marburger Bund dominiert wird, dabei eine signifikante Rolle spielt.
- Für die Niedergelassenen wird sich die GOÄ im Zweifel auf den Einzelsatz reduzieren, weil sie den administrativen Aufwand kaum leisten können, um die „objektiv“ nachprüfbar Gründe für den Steigerungsgrund festzuhalten oder gar sich die Mühe zu machen, eine Einzelfallentscheidung der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO herbeizuführen, wie dies in § 5 Abs.2 Satz 1 GOÄ (neu) vorgesehen ist. Die niedergelassenen Ärzte sind – das ist jetzt schon absehbar – ziemlich sicher die Verlierer der Reform.

Diese GOÄ ist abzulehnen! ■



Das **FAIRE**  
Implantat-System.

# ICX

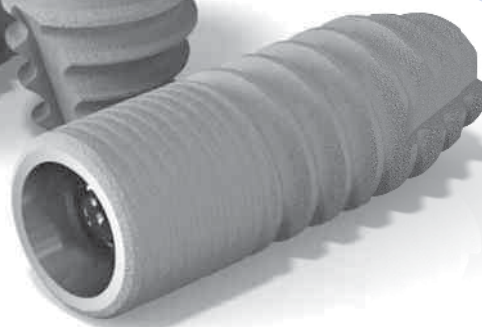
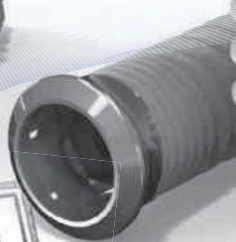


<http://www.medentis.de>

Search



**59,-€\***  
je ICX-Implantat  
Alle Längen,  
alle Durchmesser  
\*zzgl. MwSt.



**MODERN  
SELBSTBEWUSST  
& ERFOLGREICH!**

**DAS IMPLANTAT-SYSTEM DER ZUKUNFT.**

**medentis**  
medical

Service-Tel.: +49 (0)2643 902000-0 · [www.medentis.de](http://www.medentis.de)  
Mo.-Fr.: 7.30 bis 19 Uhr



Foto: Fotolia.com / Sergii Figurnyi

Privatzahnärztetag 2016 in Dresden

## Quo vadis, PKV?

**Großes Thema des 38. Deutschen Privatzahnärztetags in Dresden war zwar die „Zahnmedizin 4.0“ und damit die Digitalisierung in der Zahnarztpraxis, aber im Fokus stand aus aktuellem Anlass die GOÄ-Reform.**

Der Privatzahnärztetag der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (PZVD) stand unter dem Motto „Kompass Zahnmedizin 4.0 – Digitale Innovation und individuelle Kommunikation“. PZVD-Präsident *Dr. Wilfried Beckmann* lenkte allerdings gleich zum Auftakt den Blick auf das hochbrisante Thema GOÄ-Novellierung: Die PZVD beobachtet die Entwicklung bei der neuen privatärztlichen Gebührenordnung mit ernsthafter Sorge, weil hier offenbar unverzichtbare Freiheiten zur Disposition gestellt würden. Dies sei kritisch zu betrachten, da es bei der freiberuflichen Ausübung des zahnärztlichen Berufs gerade darum gehe, individuell und kreativ Lösungen und Behandlungsstrategien gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln. Und die neue GOÄ betreffe natürlich auch die Zahnärzteschaft. Andererseits bestehe das Dilemma, dass eine nochmalige Verschiebung der Reform einem Drift in Richtung Bürgerversicherung Vorschub leisten könne.

Aus unterschiedlicher Sicht wurde das Thema GOÄ-Novellierung dann im Verlauf des diesjährigen Privatzahnärzte-



tages sowohl von *Dr. Thomas Ems* (Privatärztlicher Bundesverband, PBV) als auch von PKV-Verbandsdirektor *Dr. Volker Leienbach* aus Sicht der Privaten Krankenversicherung beleuchtet.

### Knackpunkte der GOÄ

Die GOZ-Reform ist und bleibt in der vorliegenden Form heftig umstritten. *Ems* zeigte für den Privatärztlichen Bundesverband auf, welche gravierenden Bedenken bestehen. Generell kritisierte er die fehlende Transparenz im Verhandlungsprozess zwischen Bundesärztekammer und PKV (GOÄ als „Blackbox“). Zwar gebe es einige positive Punkte – wie die Abbildung der aktuellen und modernen

Medizin in einer Gebührenordnung, Aufwertung der „sprechenden Medizin“ und bessere Kombinierbarkeit von Beratungen und technischen Leistungen. Konkrete Skepsis sei aber unter anderem bei folgenden Punkten angebracht:

- „robuster Einzelsatz“ mit eingeschränkten Steigerungsmöglichkeiten (Positiv-/Negativliste)
- Installation einer Gemeinsamen Kommission (GeKo) mit erheblichen Machtbefugnissen und unabsehbaren Folgen
- Abwertung verschiedener technischer Leistungen, deutliche Verluste für viele Praxen bei Laborleistungen.

Außerdem blieben sehr viele Fragezeichen die praktische Umsetzung und die mittelfristigen Auswirkungen (Budgetvorgaben der Politik?) betreffend und im Hinblick auf die geplante Bindung der Leistungserbringung an bestimmte Struktur- und Qualitätsvoraussetzungen (fachliche Qualifikation des Arztes?).

Für die PBV stellte *Dr. Ems* einen Katalog mit vier Kernforderungen für eine neue GOÄ auf. Darin wird der Eingriff in die Therapiefreiheit abgelehnt, die freie Be-

rufsausübung soll uneingeschränkt erhalten bleiben, Budgetierung und EBMisierung lehnt die PBV ebenfalls ab. „Wir wollen keine Regulationsinstitutionen“, lautet das Nein zur GeKo.

### Leienbach: PKV bleibt unverzichtbar

Dr. Volker Leienbach, in seiner Funktion als Verbandsdirektor der PKV regelmäßiger Gast und Referent der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands, brachte das Auditorium in seinem Vortrag über „Chancen und Herausforderungen der PKV“ auf den neusten Stand der Dinge. Vorab arbeitete er jedoch heraus, aus welchen Gründen das duale System mit GKV und PKV im deutschen Gesundheitssystem unverzichtbar sei.

Beispielhaft nannte er hier die selbst von Politikern der SPD mittlerweile anerkannte Leistungsstärke und -sicherheit der Privatversicherer mit lebenslangem Versicherungsschutz ohne Leistungskürzungen, Kapitaldeckung „mit eingebauter Generationengerechtigkeit“ (Alterungsrückstellungen), schneller Teilhabe am medizinischen Fortschritt und hoher Servicequalität sowie die Unabhängigkeit von staatlichen Subventionen via Steuern.

Darüber hinaus nehme die PKV eine durch viele Fakten belegbare „Korrekturfunktion“ im Hinblick auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ein und beide Privatgebührenordnungen gälten erfahrungsgemäß als Referenz für Bema und EBM.

### Alterungsrückstellungen und neue Tätigkeitsfelder

Die Alterungsrückstellungen hätten mittlerweile einen Wert von weit mehr als 200 Milliarden Euro (Krankenversicherung: 177,7 Milliarden Euro, Pflegeversicherung: 28,5 Milliarden Euro, Stand Ende 2014). In der derzeit anhaltenden Niedrigzinsphase sei es allerdings eine zunehmende Herausforderung, bei Neuanlagen eine vernünftige Verzinsung zu erwirtschaften, so *Leienbach*.

Weitere Zahlen aus seinem Referat: 8,8 Millionen Vollversicherte (Marktanteil zirka 11 Prozent), 24,3 Millionen Zusatzversicherungen inklusive 14,4 Millionen Zahntarife. Ohne die PKV – so der Verbandsdirektor – hätte im Übrigen schon lange keine flächendeckende Facharztschiene in Deutschland mehr gewährleistet werden können. Im Hinblick auf die



Dr. Volker Leienbach

erneut aufflammende Diskussion über die Einführung einer „Bürgerversicherung“ seien die Privatversicherer daher gut gewappnet und beobachteten sehr aufmerksam die weitere Entwicklung in Richtung Bundestagswahlkampf.

Unter dem Motto „Wir wollen noch besser werden“ arbeiten der Verband und seine Mitgliedsunternehmen nach *Leienbachs* Darstellung an Themen wie Verbesserungen und transparente Aufklärung im Tarifwechselrecht, Glättung der Beitragsentwicklung und einer Gesetzesänderung zum Standardtarif, um diesen Sozialtarif auch für alle Versicherten zu öffnen, die erst nach dem Stichtag 31. Dezember 2008 in die PKV gekommen sind.

Ein wichtiges Zukunftsfeld der PKV liege im Aufbau eines neuen Sektors „betriebliche Krankenversicherung“ mit allen Vorteilen einer Gruppenversicherung.

### PKV-Sicht auf die GOÄ

In einem Exkurs ging *Leienbach* – wenige Tage vor dem außerordentlichen Ärztetag in Berlin – zudem auf einige Kritikpunkte von Ärzteverbänden und Zahnärzteschaft an der geplanten GOÄ-Novelle ein. Nach sehr intensiven und konstruktiven Verhandlungen sei es nun die Aufgabe der Bundesärztekammer, die Verhandlungsergebnisse beim Sonderärztetag darzulegen.

Der Verbandsdirektor erläuterte den Zuhörern in diesem Zusammenhang aus Sicht der PKV unter anderem die Vorteile der in der neuen GOÄ vorgesehenen, geänderten Steigerungslogik und der Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission (GeKo), die in Zukunft eine schnellere Aufnahme medizinischer Innovationen in die Gebührenordnung ermöglichen solle.

Er hob ausdrücklich die besondere und neue Vertrauenskultur im Verhandlungsteam BÄK/PKV als positives Phänomen in der Diskussion zwischen dem PKV-Verband und der Führungsebene der Ärzteschaft hervor. Die Auseinandersetzung der Bundeszahnärztekammer mit der Bundesärztekammer sei hingegen aus seiner Sicht aus mehreren Gründen unverständlich und kontraproduktiv, merkte *Leienbach* an.

Mit Blick auf die GOZ 2012 äußerte er sich zufrieden darüber, dass mit Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung zahlreiche frühere Auslegungsstreitigkeiten mit der Zahnärzteschaft beigelegt und ein gut funktionierendes Beratungsforum mit der Bundeszahnärztekammer installiert werden konnte. ■

Dr. Dirk Erdmann

#### Zahnmedizin 4.0

In der nächsten Ausgabe werden wir das Thema Zahnmedizin 4.0 beleuchten, das der PZVD-Tag angestoßen hat.

## Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Praxis

# Schulterschluss zwischen Kammern und KZVen gefragt

Es herrscht Unsicherheit in den Zahnarztpraxen. Wer ist von der neuen Richtlinie „Qualitätssicherung durch ärztliche und zahnärztliche Stellen“ betroffen? Im Interview dazu: Dr. Jürgen Fedderwitz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der unter anderem als Vorsitzender des Stiftungsrates des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als ausgewiesener Experte gilt.

**Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement: Können Sie unseren Lesern erklären, wie sich die Begrifflichkeiten unterscheiden?**

Qualitätssicherung bezieht sich auf die Sicherung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen, zahnärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung zum Wohle des Patienten – was selbstverständlich sein sollte. Oft erfolgt Qualitätssicherung, also die Bewertung und Beurteilung von Qualität, durch sogenannte Qualitätsindikatoren, also Kennzahlen, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglicht. Sie sind folglich Messgrößen, die angewendet werden, um Eigenschaften der medizinischen Versorgung zu messen. Sie werden zur Einschätzung von Strukturen und Prozessen wie auch zur Analyse von Ergebnissen der Behandlung eingesetzt. Qualitätssicherung kann man selbst betreiben – durch die Beachtung bestimmter Regularien –, wird aber auch von außen, etwa durch Richtlinien, Gutachterverfahren und konkrete Vorgaben zu bestimmten Themen sowie eine daran anknüpfende Überprüfung, durchgeführt. Soweit aber beispielsweise der Politik vorschwebt, mit Qualitätssicherung eine Kostenminimierung zu erreichen, ist dem eine Absage zu erteilen. Konzepte, die eine Verbesserung der Qualität der Versorgung mithilfe finanzieller Anreize ermöglichen, konnten bislang nicht überzeugen. Dazu zählen Modelle einer qualitätsorientierten Vergütung (Pay for Performance/P4P). Positive Effekte solcher Projekte konnten

nicht nachgewiesen werden. Offenkundig sind jedoch negative Auswirkungen wie beispielsweise Patienten- und Risikoselektion sowie Fokussierung auf bestimmte Leistungen.

Qualitätsmanagement umfasst alle organisatorischen Maßnahmen, die der Verbesserung der Versorgungsabläufe dienen. Die wesentlichen Maßnahmen in diesem Bereich finden sich zum Beispiel auf dem QM-Berichtsbogen der KZBV und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder. Ein wichtiger Unterschied zur Qualitätssicherung ist, dass die Durchführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen und für sie nützlich, hilfreich und unbürokratisch sein müssen. Intention des Gesetzgebers ist es, hier eine Standardisierung einzu-

führen, ähnlich wie in der Industrie mit der ISO-9000-Norm. Aber das lässt sich im vertragszahnärztlichen Bereich kaum umsetzen, denn einer völligen Standardisierung steht entgegen, dass Patienten in der Regel eine sehr individuelle Befundlage haben und mitunter eine gute, aber auch eine schlechte Mundhygiene betreiben. Leider setzen Ärzte und Zahnärzte schon lange nicht mehr allein aus dem Berufsstand selbst heraus die Vorgaben für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung. Das war früher zum Beispiel die Domäne der Kammern. Heute ist der vom Gesetzgeber eingerichtete Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im System der gesetzlichen Krankenversicherung der rechtsverbindliche Normgeber in Sachen Qualität. Und die KZBV ist eine der stimmberechtigten Trägerorganisationen des G-BA, die den Auftrag hat, die Interessen der Vertragszahnärzteschaft wirksam zu vertreten. Die Kammern sind bei dieser ▶



Foto: KZBV/Baumann

Dr. Jürgen Fedderwitz



Foto: BIZK

Dr. Christian Öttl stellte die Fragen.

# YXOSS CBR® – CUSTOMIZED BONE REGENERATION

## Innovative Lösungen für komplexe Knochendefekte

Neue CAD/CAM Technologie ermöglicht die Augmentation komplexer Knochendefekte durch die Kombination von GBR- und Schalenteknik

Größere und komplexe Augmentationen insbesondere mit vertikaler Komponente stellen nach wie vor eine große chirurgische Herausforderung dar. Das Augmentationsmaterial braucht in diesen Fällen eine hohe regenerative Kompetenz, welche mit der Mischung von Geistlich Bio-Oss® und autologem Knochen erreicht wird. Zusätzlich erfordern komplexe Fälle aber auch noch eine Langzeitstabilisierung des Augmentats – und hier kommt die Gitterstruktur zur Customized Bone Regeneration (Yxoss CBR®) von der Firma ReOss® ins Spiel. Mit Titan als bewährtem Material, kombiniert mit modernster CAD/CAM Technologie gelingt so eine Regenerationsplanung nach Maß – eine perfekte Synergie.

**Die Vorteile von Yxoss CBR®** kommen besonders bei vertikalen und kombinierten Defekten zum Tragen. Durch das individuelle Design lässt sich eine anatomische Gestaltung des gewünschten Augmentates vornehmen. So ist es möglich z.B. Bögen oder Kurvaturen des Kiefers intelligent und einfach zu formen ohne Einsatz von Scheren und Zangen. Insbesondere bei Defekten, die eine ungünstige Defektmorphologie haben und damit eine Bewegung oder Dislokation des Augmentates zu befürchten ist, bietet Yxoss CBR® entscheidende Vorteile aufgrund der nachhaltigen Stabilisierung. Für den Behandler bedeutet diese Methode mehr Sicherheit und eine geringeren Dehiszenzneigung aufgrund der Präfabrikation und Passgenauigkeit des Gitters, aber auch durch die Möglichkeit das Augmentat biologisch hochwertig

zu gestalten. Zusätzlich profitieren sowohl Behandler als auch Patient von einer deutlichen Zeitersparnis in der OP bei Einsatz, wie auch aufgrund der patentierten Sollbruchstelle bei der Entfernung des Titan Gitters.

**Wie gehe ich als Behandler vor, wenn ich eine Augmentation mit Yxoss CBR® durchführen möchte?**

Der Workflow ist vollständig digital konzipiert. Auf der ReOss®-Webseite richtet man sich einen persönlichen Account ein. Nach dem Login kann man einen neuen Fall anlegen und anschließend die dazugehörigen Dicomdaten hochladen. Nach wenigen Tagen erhält man einen Designvorschlag für Yxoss CBR®. Nach Freigabe durch den behandelnden Arzt wird dieses dann produziert und ausgeliefert.



Das individuell gefertigte Yxoss CBR® Titan Gitter wird passgenau geliefert und ist leicht zu entfernen. DVT Aufnahme mit freundlicher Unterstützung von Prof. Wagner, Universitätsklinikum in Mainz.

- Sicherheit und Stabilität durch Passgenauigkeit
- Schaffung eines biologisch hochwertigen Augmentats
- Leichte Entfernung durch Sollbruchstelle des präfabrizierten Gitters
- Verkürzte OP-Zeit



NEU  
Bio-Oss®  
1g

Für die optimale Yxoss CBR® Unterstützung ist Geistlich Bio-Oss® (S/L) jetzt auch in 1g erhältlich. Kontaktieren Sie uns und erfahren Sie mehr über das Yxoss CBR® Einführungsangebot von Geistlich Biomaterials.

Praxisstempel

Bitte senden Sie mir Informationsmaterial zu:

- Yxoss CBR®
- Einführungsangebot von Geistlich Biomaterials

BDIZ konkret 1-2016

Per Fax an 07223 9624 -10 oder E-Mail: [info@geistlich.de](mailto:info@geistlich.de)



**ReOss GmbH**  
Talstraße 23 | D-70794 Filderstadt  
Tel. 0711 489 660 60 | Fax 0711 489 660 66  
[contact@reoss.eu](mailto:contact@reoss.eu) | [www.reoss.eu](http://www.reoss.eu)  
Service & Bestellung:  
Tel. 0800 700 1199 | Fax 0800 700 1188

**Geistlich**  
Biomaterials

**Geistlich Biomaterials**  
Vertriebsgesellschaft mbH  
Schneidweg 5 | D-76534 Baden-Baden  
Tel. +49 72 23 96 24 0  
Fax +49 72 23 96 24 10  
[info@geistlich.de](mailto:info@geistlich.de) | [www.geistlich.de](http://www.geistlich.de)

Konstruktion leider mehr und mehr außen vor, da sie nicht stimmberechtigtes Mitglied im G-BA sind.

**Auf Bundesebene arbeiten BZÄK und KZBV eng zusammen – ich nenne nur das anonyme Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“. Wie sieht aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit auf Länderebene aus?**

Das ist unterschiedlich. Es soll ja durchaus Regionen geben, in denen sich Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Kammern nicht grün sind. Da ist die Zusammenarbeit, für die ich immer werbe, verbesserungsfähig. Anders ist das in meiner hessischen Heimat. Da klappt der Schulterchluss von Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Kammer gut. Dort wird vieles gemeinsam erarbeitet und der Kollegenschaft dann zur Verfügung gestellt. Ich werbe schon lange für ein enges Zusammenwirken der zahnärztlichen Körperschaften. Denn trotz der Unterschiede von GKV – mit KZV-Zuständigkeit – und PKV – eher mit Kammer-Zuständigkeit – gelten ja alle für die GKV festgelegten und auch künftig festzulegenden Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen in der Umsetzung gleichermaßen für die GKV- und die PKV-Versorgung. Die KZBV trägt diesem Umstand dadurch Rechnung, dass in unserer Arbeitsgruppe „Qualität“, in der übrigens auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns mitwirkt, auch die BZÄK vertreten ist. Als KZBV streben wir beim Thema Qualität nicht die Führungsrolle innerhalb der Zahnärzteschaft an, auch wenn der Gesetzgeber das zumindest für den GKV-Bereich im Prinzip so vorsieht.

**Seit 1. Januar gilt die neue Richtlinie „Qualitätssicherung durch ärztliche und zahnärztliche Stellen“. Was bedeutet das für die Zahnarztpraxen – und werden da Ärzte und Zahnärzte in einen Topf geworfen?**

Das ist eine Richtlinie des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit. Sie bezieht sich auf den Umgang mit ionisierenden Strahlen und Röntgenstrahlen. Die Vorgabe soll eine bundesweit vergleichbare Prüfungstätigkeit ermöglichen. Kurzum:

aus meiner Sicht noch mehr Bürokratie, mit überschaubarem Mehrwert. Es gibt bereits differenzierte Richtlinien-Inhalte für Ärzte und Zahnärzte. Grundlage sind aber die bestehenden Röntgen- und Strahlenschutzverordnungen. Und nach meiner Kenntnis wird auch auf Ebene der Kammern die ausführende Stelle platziert sein – so wie bisher und damit auf Basis der schon seit Jahren bestehenden Regelungen.

**Von verschiedenen Seiten ist von der „Umsetzung der neuen Vorschriften“ die Rede. Welche Vorschriften sind das genau? Sind die Zahnärzte in Verzug?**

Da die Richtlinie von außen vorgegeben ist, können wir Zahnärzte ja gar nicht in Verzug sein. Geprüft werden sollen der technische Stand der Röntgenausstattung, die röntgenologische Untersuchungstechnik, die Bildqualität, die Höhe der Strahlenexposition und nicht zuletzt die rechtfertigende Indikation, was meines Erachtens besonders beim Einsatz eines DVTs beachtet werden muss – und damit die entsprechend sorgfältige Dokumentation und Archivierung. Kurz gesagt: nicht viel bemerkenswert Neues, aber wohl noch mehr Bürokratie und damit auch Kosten.

**Stehen bereits Prüfverfahren im zahnärztlichen Bereich zur Debatte? Wenn ja, wen können sie wann treffen?**

Was die Richtlinien des Ministeriums angeht, kann die Kammer dazu sicher umfassender Auskunft geben als ich. Was auf die gesamte Zahnärzteschaft zukommen wird, ist eine Qualitätsprüfungsrichtlinie des G-BA. Das ist bei den Ärzten bereits seit vielen Jahren geübte Praxis. Viele der entsprechenden Regelungen, die uns von den Krankenkassen, aber auch von der Politik als vorbildliche Blaupause vorgegeben werden, haben die Ärzte freiwillig mit den Krankenkassen vereinbart. Wir haben in der zuständigen Arbeitsgruppe bereits den Entwurf einer solchen Richtlinie erarbeitet. Wer hier aber weiter auf eine Verzögerungstaktik setzt, provoziert meines Erachtens nur eine weit mehr fremdbestimmte Richtlinie des G-BA.

**Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will „mit sektorübergreifenden Versorgungsformen Brücken zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen bauen“. Betrifft das auch die Zahnärzte?**

Das Brückenbauen ist „ein alter Hut“. Herr Gröhe hat hier nichts Neues erfunden. Grundsätzlich ist eine Brücke ja immer vernünftig, geht es doch um eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung. Wir Zahnärzte sind hier außen vor. Wir sind ja auch grundsätzlich als ein eigener Sektor anerkannt. Wenn es denn einmal auch bei uns eine Verzahnung zur ambulanten ärztlichen Versorgung geben kann – was sicher eher selten der Fall sein wird –, dann ist das auch vernünftig. Als Beispiel nenne ich hier etwa die belegten Wechselwirkungen von Diabetes und Parodontitis. Ärgerlich ist nur das erkennbare Bestreben der Krankenkassen, möglichst viele Regelungen sektorübergreifend durchzusetzen, also gleichermaßen gültig für Krankenhäuser, Ärzte und Zahnärzte.

**Was kann oder muss aus Ihrer Sicht Qualitätssicherung in der Zahnarztpraxis sein?**

Qualitätsförderung muss ein etabliertes Element in jeder Praxis sein. Dabei ist es ganz klar, dass immer individuelle Gegebenheiten zu berücksichtigen sind, sodass es keine völlig einheitlichen Verpflichtungen geben darf. Qualitätsmanagement ist zumindest bei den jungen Kolleginnen und Kollegen ein engagiert-selbstbewusstes Element des internen Wettbewerbs, um sich von der Konkurrenz in der nächstgelegenen Praxis abzusetzen. Die neue Generation von Zahnärztinnen und Zahnärzten hat da keine Scheuklappen! Und das ist auch die richtige Einstellung zu diesem Thema.

**Vielen Dank für das Gespräch, Herr Dr. Fedderwitz!**

Das Interview führte Dr. Christian Öttl, Referent für Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Landes Zahnärztekammer.

Aus BZB 3/2016. Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der BZB-Redaktion.



# 36.9°C

## PATIENTENSICHERHEIT WIRD IN CELSIUS GEMESSEN.

Dank Bien-Airs patentierter, wärmeemmender Technologie **CoolTouch+**<sup>TM</sup> ist das EVO.15 das einzige Winkelstück, das niemals wärmer als Körpertemperatur wird\*. Sichern Sie sich das Vertrauen Ihrer Patienten.

S W I S S  M A D E

VÖLLIG NEUES  
**EVO.15**  
WINKELSTÜCK



**BIS ZU 3 JAHRE GARANTIE\*\***  
[www.bienair-evo15.com](http://www.bienair-evo15.com)



[www.club-bienair.com](http://www.club-bienair.com)  
Profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen

\*Bei 200.000 rpm und einer Kräfteinwirkung von 8N auf den Druckknopf während 10 Sek.  
\*\* 2 Jahre Standardgarantie und 1 Jahr optionale Garantie mit dem PlanCare-Garantieerlängerungsprogramm von Bien-Air erhältlich.

**TRY**  
FOR FREE

**TESTEN SIE KOSTENLOS DAS WINKELSTÜCK EVO.15 1:5 L IN RUHE IN IHRER PRAXIS.**

Rufen Sie uns an unter +49 (0)761 45 57 40 oder besuchen Sie [www.bienair-evo15.com](http://www.bienair-evo15.com), um mehr über unser 7-tägiges Testprogramm zu erfahren.



Prof. Dr. Ratajczak erläuterte die massiven Auswirkungen auf die Zahnarztpraxen und die Dentalindustrie durch das kommende Antikorruptionsgesetz.

## Update zum Antikorruptionsgesetz / Workshops in Köln

# Schwere Kost

Etwas weiß um die Nase waren einige der Teilnehmer am Workshop des ZBV Schwaben zum Antikorruptionsgesetz mit Prof. Dr. Ratajczak schon. Denn was der BDIZ EDI-Justiziar zu den Inhalten des kommenden Gesetzes erläuterte, hat massive Auswirkungen auf die Zahnarztpraxen und die Dentalindustrie. Aus diesem Grund gab es zwei Veranstaltungen: für Zahnärzte und für die Vertreter der Dentalindustrie.

Die konkret-Redaktion hat bereits mehrfach über das geplante Gesetz zur Vermeidung von Korruption im Gesundheitswesen berichtet. Stand der Dinge ist, dass bei der Anhörung vor dem Bundesausschuss für Recht und Verbraucherschutz Anfang Dezember 2015 Detailkritik laut wurde und das Gesetz aufgrund der Nacharbeiten nicht wie geplant auf der Agenda stand, um im Januar 2016 in Kraft treten zu können. Vom Bundeskabinett gibt es längst grünes Licht. Die Detailkritik bezieht sich tatsächlich auf kleinere Unstimmigkeiten. Im Großen und Ganzen ist das Vorhaben in trockenen Tüchern und wird wohl im Frühjahr in Kraft treten.

Dabei werden insbesondere die akademischen Heilberufe schwer betroffen sein, denn es wird zwei Strafrechtsnormen geben. Bestechung nach § 299b: hiervon ist der „Bestechende“ betroffen, also der Anbieter, in den meisten Fällen Geschäfts-

partner wie beispielsweise Dentalfirmen; Bestechlichkeit nach § 299a betrifft die Bestochenen – also auch die Zahnärzte, die sich bestechen lassen. Das neue Gesetz wird gravierende Auswirkungen auf Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten et cetera haben, also auf all jene Berufsgruppen, die eine staatliche Ausbildung haben.

Die Auswirkungen auf die Heilberufe und die potenziellen Geschäftspartner machte Prof. Ratajczak gleich zu Beginn des Workshops deutlich: „Nichts von dem, was künftig strafbar werden soll, ist heute zulässig.“ Eines sei auch klar: Künftig trete eine gewisse Unschärfe auf, was strafbar sei und was nicht. So erläuterte er ausführlich, welche Risiken auf Zahnärzte zukommen, welche beruflichen Kooperationsformen (zum Beispiel Teilberufsausübungsgemeinschaften und Praxislaborgemeinschaften) künftig

unter strafrechtlichem Rechtfertigungsdruck stehen könnten und wie die Ermittlungsmöglichkeiten der Strafverfolgungsbehörden künftig aussehen könnten. Die wichtigen Tatbestandsmerkmale in den §§ 299a und 299b stellte er vor und zeigte anhand von Praxisfällen bereits akute Beispiele auf. Es ging in der Diskussion auch darum, ob künftig Preisnachlässe, Naturalrabatte und Geschenke gewährt werden dürfen und wo die Grenze zur Strafbarkeit liegt. ■

AWU

### Mehr Information

Der BDIZ EDI hat einen alternativen Gesetzentwurf eingebracht und eine Informationsbroschüre zum Gesetz erstellt. Beides ist auf der Internetseite des BDIZ EDI abrufbar beziehungsweise kann bestellt werden.



**UNSER WICHTIGSTES KÖRPERTEIL.**

IMPLANTOLOGISCHE SPITZENLÖSUNGEN  
SIND EINE SACHE. GENAU HINHÖREN ZU  
KÖNNEN, EINE ANDERE. WIR BIETEN IHNEN  
BEIDES. MIT SICHEM GESPÜR FÜR IHRE  
BEDÜRFNISSE UND WÜNSCHE.  
WIR SIND GANZ OHR.

WWW.MEDICAL-INSTINCT.DE

**medical ins+inct<sup>®</sup>**  
DENTAL IMPLANTS

Curriculum No. 18 startet im Oktober 2016 – jetzt anmelden!

# Erste Schritte in der Implantologie

Die Bausteine des 18. Curriculum Implantologie von BDIZ EDI und Universität Köln



Modul 1 · 06. bis 07.10.2016

## Grundlagen der zahnärztlichen Implantologie

- Anatomie und Histologie des stomatognathen Systems
- Knochenbiologie und Osseointegration
- Allgemeine Diagnostik in der Implantologie
- Aufklärung in der Implantologie

**Anatomie (Freitag): Studium der Humanpräparate**

Modul 2 · 24. bis 25.11.2016

## Fallplanung und Diagnostik

- Risikopatienten, Lokalanästhesie, Monitoring
- Implantattherapie bei blutgerinnungskompromittierten Patienten
- Ästhetische Diagnostik
- Fallpräsentationen I (\*)
- Nahttechnik und Schnittführung
- Chirurgisches Protokoll

**Praktische Übungen: Implantatinsertion am Kunststoffkiefer Schnitt- und Nahttechniken**

(\*) Zu den Fallpräsentationen sind die Kursteilnehmer aufgefordert, eigene Fälle zur Diskussion zu stellen

Modul 3 · 19. bis 20.01.2017

## Chirurgische Techniken und erweiterte Diagnostik

- Die moderne Zahnextraktion
- Grenzen und Möglichkeiten der Socket Preservation
- 3D-Diagnostik und geführte Implantatchirurgie
- 3D-Führungshülensysteme im Vergleich

**Praktische Übungen: 3D-Workshop**

Modul 4 · 09. bis 10.02.2016

## Implantatprothetik

- Antibiotikatherapie
- Notfälle in der zahnärztlichen Praxis
- Implantatprothetik I (Einzel-, Schalt-, Frendlücke)
- Systemvergleich Implantate

**Praktische Übungen: Biologische Kieferkammverbreiterung, Kalbsrippe**

### Referenten der Curricula:

Christian Berger, Dr. Urs Brodbeck, Dr. Peter Gehrke, Dr. Arndt Happe, PD Dr. Jörg Neugebauer, PD Dr. H.J. Nickenig, Dr. Stefan Reinhardt, Dr. Dr. Daniel Rothamel, Dr. Andre Schmitz, Dr. Helmut Steveling, Prof. Dr. Thomas Weischer, Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller

Modul 5 · 09. bis 10.03.2017

## Augmentation Teil 1 – regionaler Knochenaufbau

- Ungünstige Biomechanik vs. Augmentation
- Eigenknochen und Knochenersatzmaterialien
- Membrantechnik
- Sofortimplantation
- Sinusbodenelevation

**Praktische Übungen: Sinuslift am Schafskopf/Schweinekiefer**

Modul 6 · 04. bis 05.05.2017

## Weichgewebsmanagement

- DVT in der Implantattherapie
- Augmentationen mit Bindegewebe und Knochenersatzmaterialien
- Hands-On Weichgewebe
- Implantatprothetik II (stark reduziertes Restgebiss, zahnlos)
- Fallpräsentationen II (\*)

**Praktische Übungen: Weichgewebe am Schweinekiefer**

(\*) Zu den Fallpräsentationen sind die Kursteilnehmer aufgefordert, eigene Fälle zur Diskussion zu stellen, Vorbereitung zur Curriculum-Prüfung

Modul 7 · 18. bis 19.05.2017

## Augmentation Teil 2 – Knochenferntransplantation

- Beckenkammtransplantation
- Distraktionsosteogenese
- Alternative zur Augmentation: Nervlateralisation, anguliert gesetzte Implantate
- Gutachten in der Implantologie

**Praktische Übungen: Anatomie, Blockaugmentation/Sinuslift**

Modul 8 · 29. bis 30.06.2017

## Recall und Komplikationen

- Implantatfreilegung, Recall und Nachsorge
- Wachstumsfaktoren in der Implantologie
- Periimplantitis
- Assistenz in der zahnärztlichen Implantologie

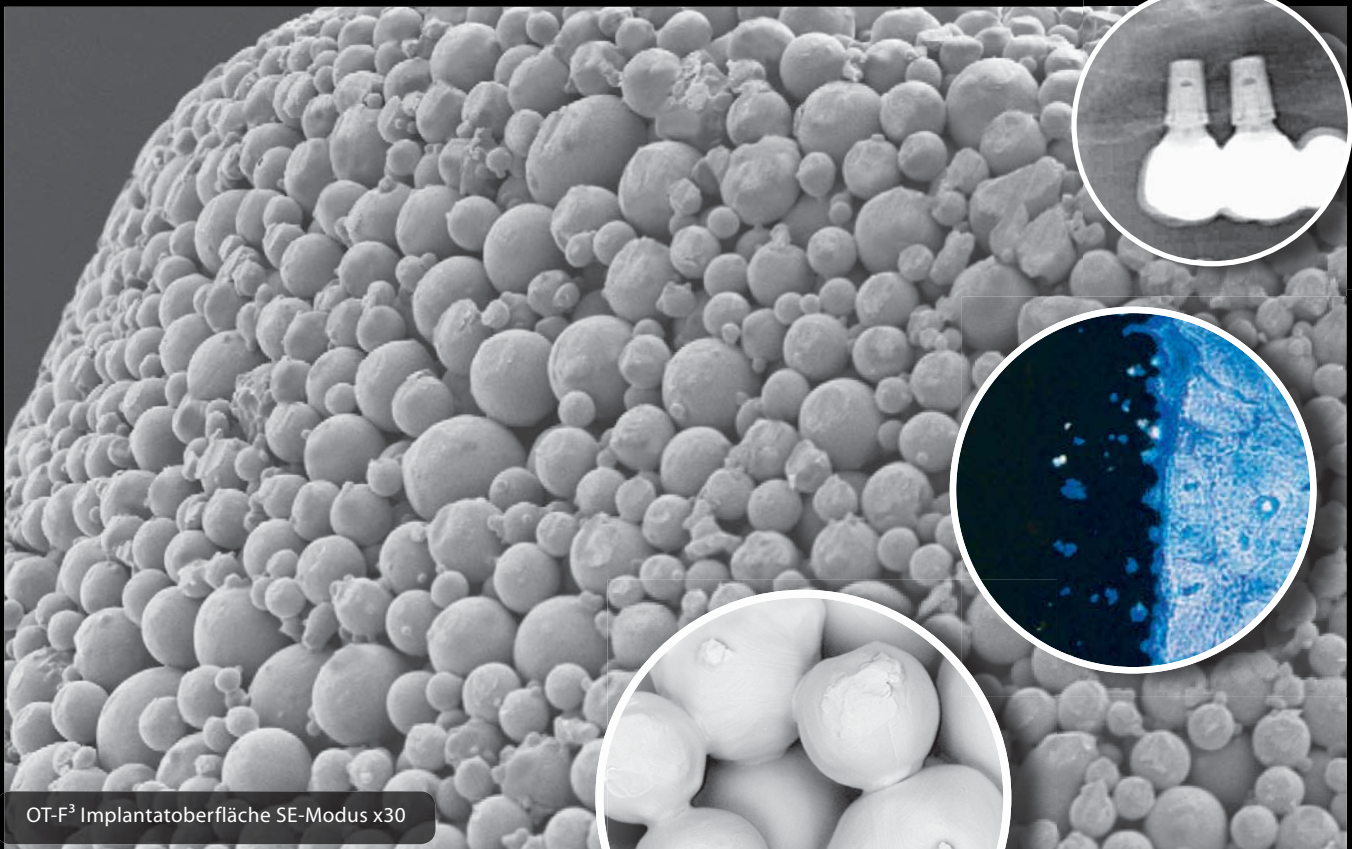
**Freitagnachmittag: Abschlussprüfung, anschließend Zertifikatsübergabe**

Die aktuellen Termine der Curricula sind online unter [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) / Fortbildung abrufbar.

Anmeldung für Curriculum 18:

[office-bonn@bdizedi.org](mailto:office-bonn@bdizedi.org) · Fon +49 228 93592-44

# OT-F<sup>3</sup> KURZES PORENIMPLANTAT bei reduziertem vertikalen Knochenangebot



OT-F<sup>3</sup> Implantatoberfläche SE-Modus x30

Kurze OT-F<sup>3</sup> Press-Fit-Implantate ● Ø 3.8 / ● Ø 4.1 / ● Ø 5.0



4.1 x 5   5.0 x 5   3.8 x 7   4.1 x 7   5.0 x 7   3.8 x 9   4.1 x 9   5.0 x 9

- **EINFACHES CHIRURGISCHES PROTOKOLL**  
schneidende, formkongruente Bohrer – kombinierbar mit komprimierenden Osteotomen und schneidenden Osteotomen für internen Sinuslift
- **EINZIGARTIGE OBERFLÄCHENTOPOGRAPHIE**  
erlaubt Kronen-Wurzel-Verhältnis von 2:1 und Einzelzahnversorgung
- **GESINTERTE, PORÖSE OBERFLÄCHE**  
ermöglicht knöchernes Einwachsen in die gesamte dreidimensionale Struktur (Osseoinkorporation)

## Befragung und Benchmarking in der Zahnarztpraxis

# „PraxisCheck“ als Wunderwaffe?

„Bohren können Sie noch wie bisher, sonst wird sich alles verändern!“. Es klingt wie eine Provokation, was der Augsburger Gesundheitsforscher Prof. Dr. Gerhard F. Riegl zum Auftakt des „Zukunfts-Checks für die Excellence-Praxis“ mitteilt. In Kempten hat die EDA (European Dental Association, ein Partner des BDIZ EDI), bekannt für hochwertige Prüfungen in den zahnärztlichen Disziplinen, jetzt für ihre Mitglieder das Programm „PraxisCheck“ gestartet.

„Das Marketing der Zukunft geht vom Patienten aus, nicht mehr vom Zahnarzt“, heißt es in einer Verlautbarung des Prof.-Riegl-Instituts Augsburg. Gemeinsam mit der EDA hat Prof. Riegl ein Konzept erarbeitet, das PraxisCheck heißt und mit einer Patientenbefragung auf wissenschaftlicher Basis beginnt, die anschließend vom Institut ausgewertet wird. Dabei geht es um die Patientenorientierung als Qualitätskriterium zur Abrundung und Aufwertung zahnärztlicher Qualität.

Denn für den Marketingspezialisten Riegl ist klar, dass die fachlichen Qualifikationen und Qualitäten des Zahnarztes vom Patienten längst vorausgesetzt werden. Stattdessen treten andere Faktoren in den Vordergrund. Das Schicksal über Erfolg oder Misserfolg bei der Patientenbindung wird seiner Meinung nach auch vom

Knowhow über den Patienten abhängen. „Wer die Patienten am besten versteht, wird der Gewinner sein“, sagt Prof. Riegl. Die Patienten hätten sich in den vergangenen Jahren in weitaus größerem Umfang verändert als die Zahnmedizin.

#### Sonderpreis für EDA-Mitglieder

**EDA-Mitglieder können zum Sonderpreis am Praxis-Check teilnehmen.**

Kontakt: [info@eda-eu.org](mailto:info@eda-eu.org)

Das Konzept zielt auf die intensive, qualitätsorientierte Patientenbindung und dient der Zukunftsgestaltung der Praxis. Das mit dem Prof.-Riegl-Institut erarbeitete Konzept motiviert und schult die Praxismitarbeiterinnen intern durch deren aktive Einbeziehung über eine Selbsteinschätzung und den Dialog mit

Patienten der Praxis. Die Patienten wiederum erfahren besondere Wertschätzung durch ihre Auswahl und die Möglichkeit zur Mitgestaltung im unbeschwerten und freundschaftlichen Dialog mit Praxismitarbeiterinnen und Behandlern. So sollen gemeinsam neue qualitätsorientierte Optimierungserkenntnisse in zahnärztlichen Praxen und mehr Praxis-Identifikationen aus Sicht der Beteiligten gewonnen werden. Die individuellen Auswertungen und die Empfehlungen für jede beteiligte zahnärztliche Praxis sind wissenschaftlich basiert und werden vom Prof.-Riegl-Institut erarbeitet und ausgewertet.

Für BDIZ EDI-Präsident und EDA-Mitglied Christian Berger ist das neue Programm der EDA beispielhaft dafür, wie Praxen, die auf fachlicher Ebene top sind, dies auch im Umgang mit den Patienten werden können. ▶



Auftaktveranstaltung der EDA in Kempten

# >> ...besser gleich orangedental!

Die Zukunft gehört offenen digitalen Systemen,  
mit denen Sie Ihren praxisspezifischen Workflow herstellerübergreifend abbilden.



**Für jede Praxis  
und Indikation  
das richtige  
2D oder 3D  
Röntgengerät!**

- >> Spitzen OPG mit Autofokus
- >> 3D Endo-Qualität mit 0,06 mm Voxel [FOV 5x5]
- >> Geräteoptionen: FOV 5x5 bis 21x19
- >> GREEN: 3D strahlungsreduziert für Impla, MKG, KFO
- >> One-Shot CEPH-Option < 1 Sek. oder Scan-CEPH Option

**offener  
3D/4D  
Workflow**

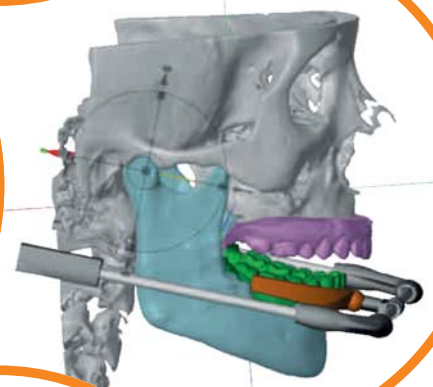


Freecorder® BlueFox 2.0  
next generation

byzz<sup>nxt</sup>®



NEU: byzz control center!



>> präzise Bewegungserfassung für die Herstellung passgenauer Prothetik

>> herstellerübergreifende Integration aller Bildformate inkl. Bewegungsdaten auf einer Software-Plattform

>> Matching, Fusionierung und Animation von DICOM, STL und Bewegungsdaten für Planung, Simulation und Export CAD/CAM

## Drei Fragen an Prof. Dr. Gerhard F. Riegl

### Was bietet der „Zukunfts-Check zur Excellence-Praxis“ den Zahnärzten?

Zahnärzte und Zahnärztinnen erfahren, wie ihre Patienten ticken, womit sie noch mehr Chancen haben und wo es Missverständnisse gibt. Im Internet-Zeitalter sind diese digitalen Daten über Patienten und Wettbewerbssituationen maßgebliche Erfolgsfaktoren für jede Praxis. So erkennt man, welche Qualitäten und seriösen Marketingmaßnahmen wirksamer sind als Pseudo-Tricks oder Reklame und wie sich die Praxis im Umfeld besser positionieren und schärfer profilieren lässt. Eigenes Handeln und das der Mitarbeiterinnen lässt sich so optimieren.

### Warum sollen Patienten die Zukunft der zahnärztlichen Praxis mitgestalten?

Die Einladung von Patienten zur partnerschaftlichen Mitgestaltung der zahnärztlichen Praxiszukunft mithilfe des neuen Tools wird von diesen positiv als Privileg aufgenommen und entspricht dem neuen Zeitgeist von teilen, „liken“, bewerten, mitreden und weiterempfehlen in unserer Gesellschaft.

### Wann und wie startet der PraxisCheck zur zahnärztlichen Excellence?

Jede Praxis kann sich heute direkt im Institut Prof. Riegl anmelden und nach Eintreffen ihrer Tool-Box in den Wochen darauf die Durchführung mit Mitarbeiterinnen und Patienten flexibel einplanen.

Nach der internen Befragung der Zahnärzte und der Mitarbeiterinnen der Praxis geht es um detaillierte Patienten-Dialogbögen, die Qualität und Leistungsvorteile der jeweiligen zahnärztlichen Praxis abfragen. Beteiligte Praxen erhalten ein Zertifikat, das sie als Teilnehmer der Qualitätsbefragung ausweist. Nach Abschluss der Patienteneinschätzung erstellt das Institut eine umfassende Auswertung und einen vertraulichen Consulting-Re-

port zu Fremd- und Eigenbild sowie individueller Stärken-/Schwächenanalyse. Daraus folgen Handlungsempfehlungen einschließlich der Benennung von Chancen und Wertschöpfungsmöglichkeiten. Es gibt zudem eine Vergleichsuntersuchung zu vier regional angrenzenden und ebenfalls teilnehmenden zahnärztlichen Praxen.

AWU

#### Kontakt

**Prof. Dr. Gerhard F. Riegl**  
Hochschule Augsburg  
University of Applied Sciences Augsburg  
Faculty of Business Marketing  
Management International  
Institut für Management  
im Gesundheitsdienst  
Prof. Riegl & Partner GmbH  
Augsburg  
Fon +49 821 567144 o · [www.prof-riegl.de](http://www.prof-riegl.de)



Prof. Dr. Riegl erläuterte die Inhalte der Befragung.



Wie geht die Auswertung vonstatten? Prof. Dr. Gerhard Riegl im Gespräch mit BDIZ EDI-Präsident Christian Berger.

Erleben Sie

Implantologie in einer  
neuen, Faszinierenden  
Dimension!!

champions  implants



Um Ihnen auch schon ohne aufwendige Technik einen ersten Eindruck zu geben, wie eine MIMI®-Flapless-Implantation in 3D aussehen könnte, haben wir hier ein Bild aus einer aktuellen Implantation genommen. Bitte fordern Sie beim Champions-Team eine kostenlose 3D-Anaglyphenbrille zum Betrachten an. Den vollständigen 3D-OP-Film können Sie sich in unserem Vimeo-Channel ansehen – bitte ebenfalls mit der 3D-Anaglyphen Brille.

In den wirklichen 3D-Genuss kommen Sie allerdings nur in unserem Champions Future Center, bei der für die Wiedergabe hochwertige 3D-Shutter-Brillen zum Einsatz kommen.

Das CHAMPIONS FUTURE CENTER

Live-OP's mit 3D-Übertragung

So nah am Geschehen wie noch nie

## CHAMPIONS FUTURE CENTER – das Fortbildungszentrum

aufeinander aufbauende aber, auch einzeln buchbare  
Module:

Basic-Event | MIMI®-Flapless I & II „hautnah“ | Prothetik  
Sofortimplantation | Team Building

Bitte fordern Sie jetzt das **Kursprogramm 2016** an



Priv.-Doz. Dr. med. dent. Armin Nedjat  
Zahnarzt, Implantologe  
Champions-Implants GmbH | CEO | Geschäftsführer  
Entwickler des MIMI®-Flapless-Verfahrens  
ICOI Diplomate



Sehen Sie unsere  
OP-Videos auf Vimeo  
[vimeo.com/85747366](https://vimeo.com/85747366)



Foto: Adobe Stock / Africa Studio

## Geburtstage

# Der BDIZ EDI gratuliert

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

### April

1. April

**Dr. Hermann Staus** (Darmstadt)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

4. April

**Dr. Hans-Michel Winkler** (Uelzen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

11. April

**Dr. Hans-Hermann Liepe** (Hannover)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

12. April

**Dr. Lothar Krawinkel** (Munster)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

15. April

**Dr. Hans-Joachim Foet** (Bonn)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

21. April

**Dr. Said Mansouri** (Aachen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. April

**Matti J. Aalto** (Winsen)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

23. April

**Dr. Peter Weber** (Nürtingen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. April

**Dr. Peter Köver** (Köln)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

26. April

**Lorenz Peter Romeike** (Rendsburg)  
zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

28. April

**Dr. Arnold Gerdes** (Hannover)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. April

**Dr. Gerd Brückner** (Steisslingen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. April

**Dr. Sabine Bücken-Schuster** (Lüchow)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

### Mai

1. Mai

**Heidrun Rausch** (Hamburg)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

1. Mai

**Dr. Dieter Senger** (Wertingen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

5. Mai

**Kurt Stender** (Verden)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs



5. Mai

**Dr. Karl-Heinz Müller** (Erding)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. Mai

**Dr. Peter Brase** (Tannheim)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

6. Mai

**Dr. Udo Schulwitz** (Berlin)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

6. Mai

**Frank Kaser** (Berlin)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

7. Mai

**Dr. Helmut Knode** (Trier)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

7. Mai

**Dr. Manfred Zimmermann** (Neu-Ulm)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

8. Mai

**Dr. Bernd Heckhoff** (Wilhelmshaven)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

8. Mai

**Dr. Dr. Georg Platthaus** (Leichlingen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

12. Mai

**Dr. Khalil Mirfabrikar** (Würzburg)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. Mai

**Dr. Wolfgang Schlieker** (Hamburg)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

13. Mai

**Dieter Eberhard** (Osten)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

14. Mai

**Dr. Wolfram Bücking** (Wangen)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

20. Mai

**Dr. Jens Thomsen** (Hamburg)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

20. Mai

**Prof. Dr. Dr. Bernd Kreuzer** (Aschaffenburg)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

22. Mai

**Dr. Karlheinz Spänle** (Friedrichshafen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

22. Mai

**Dr. Angelika Krämer** (Stuttgart)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

24. Mai

**Dr. Volker Borchert** (Karlsruhe)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

26. Mai

**Dr. Eckbert Schulz** (Hannover)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

29. Mai

**Albrecht Schmidt** (Hamburg)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

30. Mai

**Dr. Dr. Branislav Fatori** (Essen)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

## Juni

13. Juni

**Dr. Nathan Horin** (Heilbronn)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

3. Juni

**Dr. Jörg Oesselmann** (Zeven)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

6. Juni

**Dr. Julius Wirnharter** (Aichach)  
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

7. Juni

**Dr. Georg Strobel** (Egelsbach)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

7. Juni

**Dr. Dr. Klaus H. W. Trümper** (Riechheim)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

8. Juni

**Dr. Günter Lange** (Stuttgart)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

9. Juni

**Dr. Uwe Schultze** (Bargteheide)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

12. Juni

**Dr. Peter Metzger** (Kirchzarten)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

12. Juni

**Dr. Klaus-Jürgen Fischer** (Werdau)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

14. Juni

**Prof. Dr. Dr. Hermann-J. Schnorbach** (Karlsruhe)  
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

15. Juni

**Dr. Dieter Bossmann** (Bad Endorf)  
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

18. Juni

**Dr. Uwe Richter** (Heidelberg)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

21. Juni

**Dr. Dr. Klaus Giesen** (Dortmund)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. Juni

**Dr. Reinhold Schiml** (Nürnberg)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

23. Juni

**Dr. Werner Skibba** (Köln)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

27. Juni

**Dr. Kay Skupin** (Rhede)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

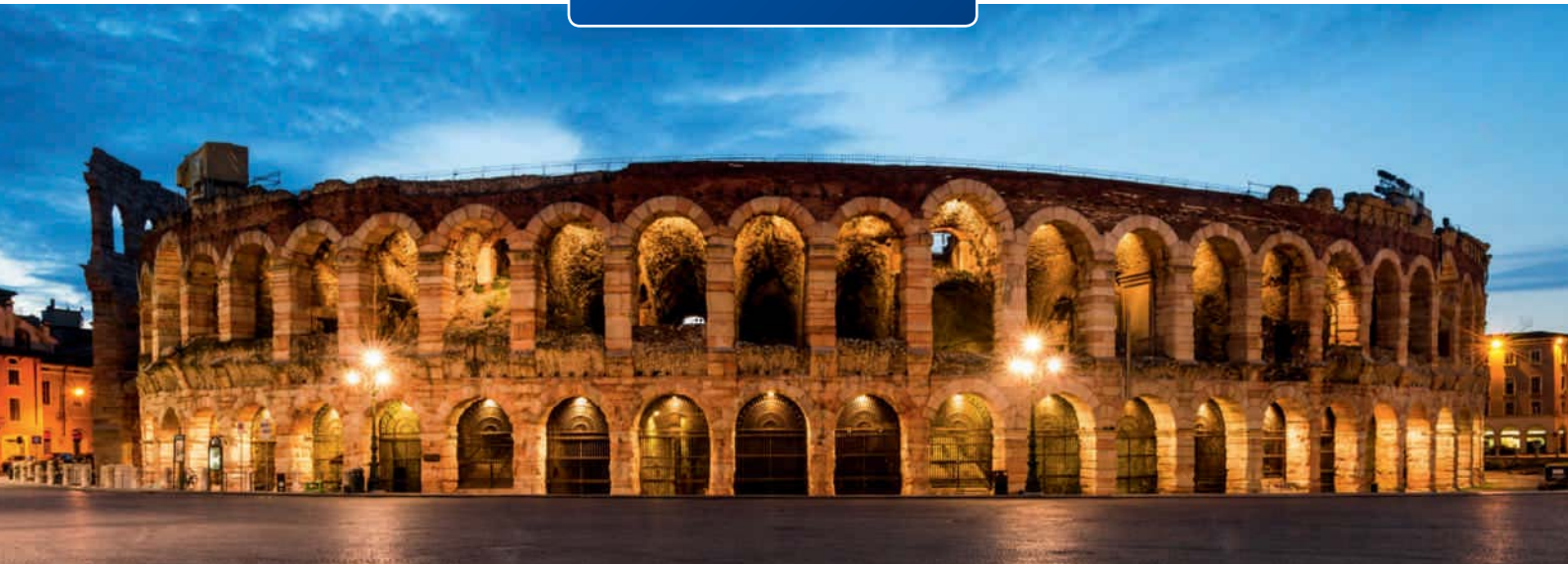
27. Juni

**Drs. (NL) Jan Herman Feilzer** (Duisburg)  
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

*Wir wünschen Ihnen viel Glück und  
Gesundheit für die Zukunft*



Christian Berger  
namens des Vorstandes des BDIZ EDI



Das guterhaltene Amphitheater von Verona

Foto: Fotolia.com / ekaterina\_belova

## 10. Europa-Symposium / 2. Internationaler Kongress von Quintessenz in Verona

# „State of the Art“ vor historischer Kulisse

Auch beim 2. Internationalen Kongress von Quintessenz ist der BDIZ EDI als Kooperationspartner dabei. Vom 26. bis 28. Mai 2016 findet das 10. Europa-Symposium des Verbands unter Federführung von Quintessenza Edizioni in Verona statt. Das Thema: State of the Art. Mitglieder des BDIZ EDI erhalten Sonderkonditionen.

Dieser zweite internationale Kongress von Quintessenz findet in Verona/Italien statt. Die Stadt wurde im Jahr 2000 zum Weltkulturerbe erhoben. Von der Bedeutung Veronas als politischem und wirtschaftlichem Zentrum zeugen heute noch etliche Monumente, angefangen von der Arena bis zum Römischen Theater, vom Gavi-Bogen bis zum Stadttor Porta Borsari, vom Grabungsgebiet der Porta Leoni bis zu den Scavi Scaligeri.

Das gut erhaltene und in das heutige Stadtbild mit einbezogene Amphitheater wurde wahrscheinlich unter *Kaiser Tiberius* um 30 n. Chr. erbaut. Es entstand ein halbes Jahrhundert vor dem Kolosseum in Rom (80 n. Chr.) und ist somit eines der frühesten Beispiele für ein von den Römern fortentwickeltes, in Form eines geschlossenen Ovals angelegtes Amphitheater. Das Bauwerk ist 138 Meter lang, 109 Meter breit und ist das nach dem Erhaltungszustand zweitgrößte Amphi-

theater neben dem Kolosseum in Rom. Das Innere der Arena besteht aus 45 Sitzreihen mit heute etwa 22 000 Plätzen. Im Sommer finden in der Arena die berühmten Opernfestspiele statt. Umgeben ist die Arena von der Piazza Bra mit dem 1730 angelegten, gepflasterten Listone. Der breite Bürgersteig mit vielen Restaurants verläuft vor den Fassaden der Palazzi auf der Westseite des Platzes.

### Der Kongress

Der 2. Internationale Kongress von Quintessenz/das 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI findet im Palazzo della Gran Guardia statt. Das gesamte Programm wird simultan übersetzt: Italienisch-Englisch. Als Kongresspräsident fungiert *Prof. Dr. Pier Francesco Nocini*, Direktor der chirurgischen Abteilung an der Klinik für MKG-Chirurgie und Zahnmedizin der Universität Verona. Die zweite Auflage des internationalen Kongresses von Quintes-

senz liefert ein attraktives Programm, das auf die Praxisnähe abzielt. Der Kongress beginnt am 26. Mai 2016 unter dem Motto „Die Zukunft der Zahnheilkunde“ und der erste Tag wird von jungen Referenten bestritten. Als Höhepunkt und Abschluss des Tages wählen die Teilnehmer den besten Referenten des Tages. Der Gewinner wird erneut als Referent zum 3. Internationalen Kongress von Quintessenza Edizioni im Jahr 2018 eingeladen.

Freitag und Samstag wird der Kongress mit einem Programm fortgeführt, das mit vielen international bekannten Referenten aufwartet und von *Dr. Tiziano Testori*, *Dr. Guido Garotti* und *Dr. Lauro Duseti* geleitet wird. Die Vorträge behandeln die folgenden Problemstellungen beziehungsweise Bereiche in verschiedenen Sessions:

- Behandlung zahnloser Patienten
- Zahnersatz auf Implantaten und Ästhetik

- Kieferorthopädie
- Parodontologie und Ästhetik
- Die moderne restaurative Zahnheilkunde und digitale Zahnheilkunde

Am Samstag, 28. Mai 2016, können die Teilnehmer zusätzlich aus drei unterschiedlichen Kursen wählen, die an Zahnärzte, Hygienikerinnen/Praxispersonal und Zahntechniker adressiert sind.

### Die Referenten Freitag und Samstag

*Enrico Agliardi, Alessandro Agnini, Andrea Agnini, Christian Berger, Tommaso Cantoni, Andrea Chierico, Enrico Cogo, Fabio Cozzolino, Davide Faganello, Ueli Grunder, Mario Imburgia, Pasquale Loiacono, Giuseppe Luongo, Anna Mariniello, Mauro Merli, Vin-*

*cenzo Musella, Jörg Neugebauer, Giovanna Perrotti, Massimiliano Politi, Giovanni Polizzi, Loris Prosper, Giano Ricci, Marisa Roncati, Roberto Spreafico, Tiziano Testori, Francesca Vailati, Tomaso Vercellotti und Giovanni Zucchelli.*

### Anmeldung

Unter [www.quintessenzaedizioni.com](http://www.quintessenzaedizioni.com) steht das Programm online. BDIZ EDI-Mitglieder kommen in den Genuss einer reduzierten Teilnehmergebühr von 250 Euro (regulär: 300 Euro). Dazu bitte die Anmeldung (Seite 62) an den BDIZ EDI weiterleiten. Programm Anmeldung für Mitglieder sowie eine Hotelliste sind auf der Internetseite des BDIZ EDI abrufbar: [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > unsere Veranstaltun-

### Weitere Informationen

#### Veranstaltungsort:

Palazzo della Gran Guardia  
Bra Square in front of Arena  
Verona · Italy

#### Anmeldung:

Quintessenza Edizioni  
Via Ciro Menotti, 65 · 20017 Rho (MI)  
Fon +39 02 93180821 (int. 4)  
Fax +39 02 93509126  
[info@quintessenzaedizioni.it](mailto:info@quintessenzaedizioni.it)

gen. Für die Hotelbuchung sollte der folgende Link verwendet werden: <https://www.veronabooking.com/index.cfm/de/>

RED/AWU

## Schmerzfrei positioniert – Ihrem Rücken zuliebe!



[www.hagerwerken.de](http://www.hagerwerken.de)  
Tel. +49 (203) 99269-26 · Fax +49 (203) 299283

Neue Farben  
in **Premiumleder!**



## Bambach® Sattelsitz Ergotherapeutischer Spezialsitz



**X** Verändert  
Ihre Haltung

**✓** Verändert  
Ihr **Leben**

 **HÄGER  
WERKEN**

Vereinbaren Sie einen kostenlosen Praxistest

## CONGRESS OF YOUNG DENTISTS

THURSDAY, MAY 26, 2016

Moderators: Pier Francesco Nocini/Tiziano Testori/Giovanni Zucchelli

## THE FUTURE OF DENTISTRY

08.30 – 08.40 **Welcome of the Director Lauro Dusetti and Presentation of the Congress**  
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

## SESSION I: SURGERY AND IMPLANTS

08.40 – 09.00 **Piezoelectric Bone Surgery in Treatment of Radiolucent Lesions of Jaws**  
Tommaso Ghedini

09.00 – 9.30 **EASY LOADING PROTOCOL: Intraoperative Simplified Protocol for the Immediate Loading in Totally Edentulous Patient**  
Tommaso Weinstein, Riccardo Scaini

09.30 – 10.00 **The Modern Diagnostic Phase: RiskAssessment in Oral Implantology. The Longevity Protocol**  
Matteo Deflorian, Andrea Parenti

10.00 – 10.30 Break

## SESSION II: MAXILLOFACIAL SURGERY, PERIODONTAL AND IMPLANT

10.30 – 10.50 **Dental Treatments in Maxillofacial Surgery: How to Manage the Post-Oncological Patient?**  
Eduardo Brauner

10.50 – 11.20 **Key Factors for Esthetic Success with Implant Supported Restorations. Form and Esthetic Failure to a Successful Result**  
Luca Gobbato/Fabio Mazzocco

11.20 – 11.40 **Periodontal Plastic Surgery: Techniques and Key Elements for Success**  
Fabio Vignoletti

11.40 – 12.00 **Operative Protocols for the Diagnosis and Treatment of Aggressive Periodontitis**  
Stefano Corbella

12.00 – 12.20 **The Connective Tissue Graft Wall Technique in Periodontal Regeneration**  
Martina Stefanini

12.20 – 12.40 **Immediate Loaded Implant in Aesthetic Area in Conjunction with a Connective Tissue Graft**  
Claudio Mazzotti

12.40 – 13.00 **Management of Periimplant Tissues in Complex Clinical Situations**  
Giacomo Santoro

13.00 – 13.20 **Modern Protocols of Profilaxis and non Surgycal Periodontal Therapy: Full Mouth Air Polishing Therapy. From Healthy Patient to Patient with Periimplantitis**  
Magda Mensi

13.20 – 14.20 Lunch

14.20 – 14.40 **Bone Augmentation with Reservable and non Reservable Membranes**  
Filippo Fontana

14.40 – 15.00 **Digital Workflow in the Management of Perimplant Soft Tissues: from Immediate Loading to the Final Prosthetics**  
Claudio Mocci

15.00 – 15.20 **Publishing Project Presentation of Quintessenza Internazionale, Scientific Articles, Section of Professional Practice**  
Tommaso Weinstein

## SESSION III: PROSTHESIS ON IMPLANT AND NATURAL TEETH AND DIGITAL DENTISTRY

15.20 – 15.50 **Dentalvox System Accuracy for the Computer Assisted Dental Implants Positioning**  
Giacomo Ori/Diego Capri

15.50 – 16.10 **Key Factors in Implant Aesthetic Rehabilitation**  
Davide Farronato

16.10 – 16.30 **Aesthetics in Implantoprosthesis**  
Gianluca Paniz

16.30 – 17.00 Break

17.00 – 17.20 **The Digital Workflow in Fixed Prosthesis: Operative Protocols**  
Luca Solimei

17.20 – 17.40 **Interface Area Management in Cases of Teeth and Implant Supported Restorations**  
Giacomo Fabbri

17.40 – 18.00 **All-Ceramic Materials in Prosthodontics: from the Tradition to the Digital Dentistry**  
Roberto Sorrentino

18.00 – 18.20 **Use of CAD/CAM Technologies in Total Prosthesis: Potentiality and Limits**  
Piero Venezia

18.20 – 19.00 **Discussion and Evaluation of the Best Presentation**

A special evaluation form will be distributed at the beginning of the day for the evaluation.

## DENTAL CONGRESS

FRIDAY, MAY 27, 2016

08.30 – 09.00 **Welcome of the Director Lauro Dusetti and presentation of the congress**  
Tiziano Testori, Pier Francesco Nocini

## THE REHABILITATION OF THE EDENTULOUS PATIENT

Moderatoren: Giovanni Zucchelli, Giuseppe Luongo

09.00 – 09.30 **Therapeutic alternatives in implant treatment in complex clinical cases**  
Mauro Merli

09.30 – 10.00 **Immediate loading rehabilitation of the atrophic maxilla with angled implants**  
Enrico Agliardi

10.00 – 10.30 **Cawood and Howell Class V and Class VI mandibular atrophies: treatment protocols**  
Tiziano Testori

10.30 – 11.00 **Early and late complications in implant dentistry**  
Jörg Neugebauer

11.00 – 11.30 Break

11.30 – 12.00 **The clinical results of the first 15 years of use: the piezoelectric bone surgery in Italy and in the world**  
Tomaso Vercellotti

## PROSTHESIS ON IMPLANTS AND AESTHETICS

Chairmen: Giano Ricci, Dino Re

12.00 – 12.30 **The Digital Revolution: the learning curve**  
Alessandro und Andrea Agnini

12.30 – 13.30 **Implants in the aesthetic zone**  
Ueli Grunder

13.30 – 14.30 Lunch

14.30 – 15.00 **Full Digital Dentistry: the total digitalization of the procedures of the modern dental practice**  
Giuseppe Luongo

15.00 – 15.30 **Advantages of guided surgery in extraction sockets and in the tuber-pterygoid area**  
Giovanni Polizzi

15.30 – 16.00 **Prosthetic planning in guided surgery**  
Tommaso Cantoni

16.00 – 16.30 **The tissue and color integration of restorations in the aesthetic area: advice for the management of clinical problems**  
Andrea Chierico, Davide Faganello

16.30 – 17.00 Break

17.00 – 17.30 **The influence of implant positioning for long-term success – avoiding implant malpositioning**  
Christian Berger

17.30 – 18.00 **How does gingival morphology influence tooth preparation? How much importance has marginal fit in order to obtain long-term follow-up?**  
Loris Prosper

18.00 – 18.30 Discussion



## DENTAL CONGRESS

SATURDAY, MAY 28, 2016

## ORTHODONTICS

Chairmen: Roberto Spreafico, Tomaso Vercellotti

09.00 – 09.30 **Bracketless fixed lingual orthodontics, a new approach in orthodontic treatment**  
Anna Mariniello/Fabio Cozzolino

09.30 – 10.00 **Effectiveness of 3D cephalometric in programming of orthognatic cases**  
Giovanna Perrotti/Massimiliano Politi

10.00 – 10.30 Break

## PERIODONTICS AND AESTHETICS

Chairmen: Giano Ricci, Dino Re

10.30 – 11.15 **Periodontics today: What does it mean? Considerations based on 44 years of clinical practice**  
Giano Ricci

11.15 – 12.00 **Peri-implant aesthetic defects treatment**  
Giovanni Zucchelli

12.00 – 13.00 **Additive dentistry vs subtractive, which follow?**  
Francesca Vailati

13.00 – 14.00 Lunch

## THE MODERN "RESTORATIVE DENTISTRY" AND DIGITAL DENTISTRY

Chairmen: Franco Brenna, Andrea Chierico

14.00 – 14.30 **Planning the aesthetics of the prosthetic restoration through digital tools: current concepts and new trends**  
Mario Imburgia

14.30 – 15.00 **Prosthetic design: clinical and technical aspects in the system "Aesthetic Preview"**  
Vincenzo Musella

15.00 – 15.30 Break

15.30 – 16.15 **Partial and full restorations in the digital era: Indications, materials and clinical applications**  
Roberto Spreafico

16.15 – 17.00 **Closing of the conference and presentation of the 3rd Congress 2018**  
Pier Francesco Nocini/Tiziano Testori

OPEN COURSES TO DENTISTS,  
DENTAL TECHNICIANS AND HYGIENISTS

SATURDAY, MAY 28, 2016

09.00 – 13.00 **The role of digital photography today in the analysis of dental optical anatomy**  
Pasquale Loiacono

09.00 – 13.00 **Dental bleaching: materials and techniques for success**  
Enrico Cogo

09.00 – 13.00 **Nonsurgical periodontal therapy – indications, limits and clinical protocols with the additional use of diode laser. Nonsurgical treatment of peri-implantitis**  
Marisa Roncati

A special evaluation form will be distributed at the beginning of the day for the evaluation.

Anmeldung per Fax an +49 228 93592-46

oder per Post an: BDIZ EDI · Geschäftsstelle Bonn · An der Esche 2 · D-53111 Bonn



## 10. Europa-Symposium des BDIZ EDI

vom 26. bis 28. Mai 2016 im Palazzo della Gran Guardia in Verona.

Ja, ich bin **Mitglied des BDIZ EDI** und melde mich hiermit verbindlich zum 10. Europa Symposium des BDIZ EDI in Verona an. Die Anmeldegebühr von **250,- Euro (Sonderpreis)** bezahle ich nach Rechnungseingang.

Titel, Name, Vorname

Telefon

Straße und Hausnummer

E-Mail

PLZ, Ort, Land

Datum, Unterschrift

President of the Congress  
**Prof. Pier Francesco Nocini**  
Director of Surgery Department  
*Clinic of Maxillofacial Surgery and Dentistry*  
University of Verona

**Scientific Board**  
Tiziano Testori  
Guido Garotti  
Lauro Dusetti

**SIMULTANÜBERSETZUNG  
ITALIENISCH-ENGLISCH**

## 2. Kongress Quintessenza Edizioni

# State of the Art

**26. bis 28. Mai 2016 in Verona**  
**Palazzo della Gran Guardia**



In Kooperation mit



### Referenten & Chairmen

Agliardi, Agnini, Berger, Cantoni, Chierico, Cogo, Cozzolino, Faganello, Grunder, Imburgia, Loiacono, Luongo, Mariniello, Merli, Musella, Neugebauer, Perrotti, Politi, Polizzi, Prosper, Ricci, Roncati, Spreafico, Testori, Vailati, Vercellotti, Zucchelli

### May 26, 2016 - The Future of Dentistry

Brauner, Capri, Corbella, Deflorian, Fabbri, Farronato, Fontana, Ghedini, Gobbato, Mazzocco, Mazzotti, Mensi, Mocci, Ori, Paniz, Parenti, Scaini, Solimei, Sorrentino, Stefanini, Venezia, Vignoletti, Weinstein

**w w w . q u i n t e s s e n z a e d i z i o n i . c o m**

### Organizing Secretariat

Quintessenza Edizioni srl · Via Ciro Menotti, 65 · Milano (Rho) · Italy  
Tel. 02 93180821-ext. 4 · info@quintessenzaedizioni.it

Past-Präsident des CED Dr. Wolfgang Doneus über das Verhältnis Zahnarzt – zahnärztliches Team

# Der Zahnarzt trägt die volle Verantwortung

Die Vollversammlung des Council of European Dentists (CED) hat 2015 in Riga eine EntschlieÙung verabschiedet, um hohe Standards bei der oralen Gesundheitspflege und Zahnmedizin zu fördern und Grundsätze bezüglich der Struktur des zahnärztlichen Teams und dessen Verhalten zu Patienten und zur Patientensicherheit aufzustellen. Dabei geht es auch um Verantwortung und Delegation in der Zahnarztpraxis.

Die ausgesprochenen Empfehlungen sollen Folgendes darlegen:

- die Bedeutung der leitenden Funktion des Zahnarztes im zahnärztlichen Team, um die Patientensicherheit effektiv sicherzustellen,
- die Zusammensetzung des zahnärztlichen Teams und das Verhältnis des Zahnarztes zu Zahntechnikern und
- die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, die Zahnärzte von den Mitgliedern des zahnärztlichen Teams erwarten, und ihr Verhältnis zu Patienten.

In der EU fällt die Zusammensetzung des zahnärztlichen Teams unterschiedlich aus. In diesem Beitrag sollen lediglich die in der Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten bestehenden Berufe zusammengefasst werden.

Die hier ausgesprochenen Empfehlungen stützen die CED-EntschlieÙung – „Delegation ja – Substitution nein“ –, die auf der Vollversammlung des CED im November 2009 verabschiedet wurde, und den gemeinsamen Standpunkt von CED-ADEE zu Kompetenzen, der auf der Vollversammlung des CED im Mai 2013 verabschiedet wurde.

## Bedeutung der leitenden Funktion des Zahnarztes

Zahnmedizinische Versorgung erfordert anspruchsvolle und umfangreiche medizinische und wissenschaftliche Kenntnisse, damit eine korrekte Diagnostik und Behandlungsplanung erfolgen kann. Dies



Dr. Wolfgang Doneus

gilt umso mehr angesichts des demografischen Wandels wie einer alternden Bevölkerung mit komplexen Gesundheitsproblemen.

Um stets den besten Überblick über die Behandlung und fortlaufende Betreuung zu haben, muss der Zahnarzt eine führende Funktion innehaben. Dies gilt insbesondere angesichts der Risiken im Zusammenhang mit der Komplexität der Problematik einzelner Patienten, wozu auch Wechselwirkungen von Arzneimitteln bei der Behandlung von Patienten mit mehreren Erkrankungen zählen.

Die überarbeitete Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen hat ein neues Kriterium für die Mindestdauer der zahnärztlichen Ausbildung eingeführt. Die zahnärztliche Grundausbildung umfasst jetzt insgesamt min-

destens fünf Jahre und 5000 Stunden Universitätsstudium vor dem Erwerb der Berufsbezeichnung Zahnarzt und einer möglichen eigenverantwortlichen Berufsausübung.

Mit dem zahnmedizinischen Hochschulabschluss erwerben Zahnärzte gründliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen für Prävention, Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des Hart- und Weichgewebes von Mund und Kiefer, Missbildungen und Läsionen von Zähnen, Mund, Kiefer und des umgebenden Gewebes sowie für die Rehabilitation durch Ersatz fehlender Zähne und die Wiederherstellung der ästhetischen und funktionellen Mundgesundheit. Der Abschluss beinhaltet auch medizinische Fächer, sodass ein Gesamtverständnis für die klinischen und nicht-klinischen Bedürfnisse des Patienten vermittelt wird.

Daher müssen Zahnärzte das zahnärztliche Team führen, um oralen Erkrankungen durch die Förderung und Verbesserung der Mundgesundheit von Einzelpersonen, Familien und der Gesellschaft auf der Grundlage einer patientenorientierten, ganzheitlichen Betreuung vorzubeugen und eine evidenzbasierte Zahnmedizin sicherzustellen.

Aufgrund dieser Aspekte ist der Zahnarzt der einzige Experte, der die Kompetenzen für das gesamte Spektrum der oralen Prävention, Diagnostik sowie der Planung und Durchführung einer Behandlung besitzt und somit die volle





Foto: Fotolia.com / Kzenon

Verantwortung für die zahnmedizinische Versorgung aller Patienten trägt.

### **Zusammensetzung des Teams und Verhältnis Zahnarzt – Zahntechniker**

Die Betreuung von Patienten kann optimiert werden, wenn zahnärztliche Teams an einem Ort zusammenarbeiten und das Team von einem Zahnarzt geführt wird. In der Europäischen Union stellt sich die Zusammensetzung des zahnärztlichen Teams in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich dar. Wie bereits erwähnt, sollen in diesem Beitrag lediglich die in der Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten bestehenden Berufe beschrieben werden.

In einigen Ländern arbeiten Zahnärzte nur mit zahnmedizinischen Fachangestellten, in anderen Ländern gehören zum Team auch Dentalhygieniker, wobei sich die Tätigkeitsbereiche aller Berufsgruppen von Land zu Land gemäß den jeweiligen nationalen Rechtsvorschriften unterscheiden.

Diese Mitglieder des zahnärztlichen Teams können Arbeiten gemäß der festgelegten Kompetenzstufe des einzelnen Teammitglieds ausführen, sollten dies jedoch aus Gründen der Patientensicherheit erst nach Erstellung einer Diagnose und eines Behandlungsplans sowie der Delegation der Arbeiten an die Teammitglieder durch den Zahnarzt erledigen.

Darüber hinaus sollten sie nur in einer Zahnarztpraxis unter Aufsicht eines Zahnarztes arbeiten, da sie nicht über die nötige Kompetenz verfügen, um eine allgemeine Diagnose zu stellen.

Zahntechniker fertigen auf Verordnung und nach Vorgaben des Zahnarztes individuell hergestellte Medizinprodukte an, arbeiten mit dem Zahnarzt zusammen und sind in der Regel in unabhängigen Labors tätig, können jedoch auch in Praxen oder Krankenhäusern tätig sein.

Angehörige dieser Berufe bilden den Kern des zahnärztlichen Teams, das alle zahnmedizinischen Bedürfnisse der Patienten abdeckt und die Qualität und

Sicherheit der zahnmedizinischen Versorgung gewährleistet.

### **Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten**

Um eine angemessene zahnärztliche Versorgung und das richtige Verhältnis zu Patienten sicherzustellen, müssen die Mitglieder des zahnärztlichen Teams die entsprechende Ausbildung, Schulung und gesetzliche Befugnis für spezielle Mundpflegemaßnahmen haben, die vom Zahnarzt delegiert werden. Sie müssen sich an einen Verhaltenskodex oder festgelegte Standards halten, um die Patientensicherheit und eine gute Teamarbeit sicherzustellen.

Die Kernkompetenzen der Mitglieder des zahnärztlichen Teams sind im Folgenden aufgeführt. Sie können sich von Land zu Land unterscheiden. Der Umfang der Regulierung und Registrierung ist in der Europäischen Union sehr unterschiedlich. Hierdurch gewinnt die führende Funktion von Zahnärzten, die in jedem Land stark reguliert sind, eine vorrangige Bedeutung.



Foto: Fotolia.com / Valeriy Velikov

### Zahnmedizinische Fachangestellte

Zahnmedizinische Fachangestellte assistieren dem Zahnarzt bei Eingriffen und arbeiten unter Aufsicht des Zahnarztes. Sie sind für die Vorbereitung und Bereitstellung der für die Behandlung benötigten Instrumente und Materialien sowie für die Nachkontrolle von Patienten und einige weitere Arbeiten im Zusammenhang mit Labor- und Verwaltungstätigkeiten zuständig, die ihnen vom Zahnarzt übertragen werden.

### Dentalhygieniker

Dentalhygieniker gibt es nur in einigen Mitgliedstaaten. Ihre Ausbildung, Schulung und praktischen Kompetenzen sind innerhalb der Europäischen Union recht unterschiedlich.

Dentalhygieniker arbeiten unter Aufsicht des Zahnarztes und halten sich an vorgegebene Prozeduren und Abläufe im Zusammenhang mit der Förderung und dem Erhalt einer guten Zahnhygiene.

Sie führen die Dentalprophylaxe und Zahnsteinentfernung durch, applizieren Prophylaxematerialien an den Zähnen, erheben Daten und führen Patientenschulungen über eine gute Mundpflege durch.

### Zahntechniker

Zahntechniker arbeiten als Hersteller mit dem zahnärztlichen Team zusammen und fertigen nach Verordnungen und Vorgaben des Zahnarztes Sonderanfertigungen wie Brücken, Kronen und Zahnprothesen. Der Zahnarzt ist Endverbraucher der Sonderanfertigungen und trägt die Verantwortung für die Gesamtbehandlung. ■

### Empfehlungen

1. Der Zahnarzt führt das zahnärztliche Team, um die Patientensicherheit und eine ganzheitliche, qualitativ hochwertige orale Behandlung sicherzustellen.
2. Der Zahnarzt ist für die Mundgesundheit und das Ergebnis der klinischen Behandlung verantwortlich und daher der einzige Experte, der entscheiden kann, welche Tätigkeiten den Mitgliedern des zahnärztlichen Teams übertragen werden.
3. Die Mitglieder des zahnärztlichen Teams müssen sich stets an die vom Zahnarzt beschriebenen und mit ihm vereinbarten professionellen und therapeutischen Leitlinien (Protokolle) halten.
4. Die Mitglieder des zahnärztlichen Teams müssen sich an einen Verhaltenskodex oder festgelegte Standards halten, um die Patientensicherheit und eine gute Teamarbeit sicherzustellen.
5. Zahnmedizinische Berufsverbände und/oder nationale Aufsichtsbehörden müssen eine wichtige Rolle bei der Festlegung der Profile der Mitglieder des zahnärztlichen Teams und der Verhinderung illegaler Praktiken spielen.

*Dr. Wolfgang Doneus  
Vizepräsident und Auslandsreferent der  
Österreichischen Zahnärztekammer und  
Past-Präsident Council of European  
Dentists (CED)*

*Mit freundlicher Nachdruck-  
genehmigung aus ÖZZ 11/2015*

Rat der Europäischen  
Zahnärzte (CED) hat gewählt

# Marco Landi neuer Präsident

Der Council of European Dentists (CED) hat einen neuen Präsidenten. Dr. Marco Landi aus Norditalien löst den bisherigen Präsidenten Dr. Wolfgang Doneus aus Österreich ab. Auf der Herbstvollversammlung 2015, der CED in Brüssel, wurde Dr. Landi als Nachfolger von Dr. Doneus gewählt. Dieser hatte nach zwei Amtszeiten auf eine erneute Kandidatur verzichtet.

Dr. Marco Landi wird in den nächsten drei Jahren die Geschicke der Dachorganisation von 32 europäischen Zahnärztekammern in Brüssel lenken und damit rund 340 000 europäische Zahnärzte

vertreten. Landi war bereits seit 2009 im Vorstand, zuletzt als Vizepräsident. Neu im Vorstand sind Dr. Hans Schrangl aus Österreich und Dr. Piret Väli aus Estland. Wiedergewählt wurde Dr. Alexander Tolmeijer. Ebenfalls im Vorstand sind Dr. Pirkko Grönroos aus Finnland, Dr. Peter Engel aus Deutschland und Dr. Susie Sanderson aus Großbritannien.



Dr. Marco Landi

Die CED vertritt die Interessen der Zahnärzte gegenüber den EU-Institutionen und reagiert frühzeitig auf neue Entwicklungen auf europäischer Ebene, die den zahnärztlichen Part im Gesundheits- beziehungsweise Dienstleistungsbereich betreffen (Dienstleistungsrichtlinie, Berufsamerkenungsrichtlinie, Amalgam-Debatte, Deregulierungstendenzen bezüglich der Freien Berufe und vieles mehr). Dr. Wolfgang Doneus hat den Verband in den vergangenen sechs Jahren erfolgreich geführt und ihm politisches Gewicht in Brüssel verliehen.

Der BDIZ EDI pflegt seit Jahren guten Kontakt zur CED und hat Dr. Marco Landi in einem Glückwunschsreiben Erfolg im neuen Amt gewünscht. Der CED-Präsident bedankte sich und gab der Hoffnung Ausdruck, dass sich die fruchtbare Zusammenarbeit mit dem BDIZ EDI fortsetzen möge. ■

AWU



## Gewebeexpansion

### vor Augmentation des Kieferkamm

- deutliche Reduktion post-operativer Expositionen\*
- höherer vertikaler Knochengewinn\*
- erhöhte Vaskularisierung im Hart- und Weichgewebe\*



\* Übersicht der Studien unter:

[www.osmed.biz](http://www.osmed.biz)

## 24. Europa-Ausschuss des BDIZ EDI

# Der Ausschuss wächst

Anlässlich des 11. Experten Symposiums des BDIZ EDI im Februar 2016 in Köln tagte der Europa-Ausschuss des BDIZ EDI im Hotel Dorint am Heumarkt. Sowohl die Repräsentanten der assoziierten Partnerverbände als auch viele weitere Gäste aus europäischen Ländern waren der Einladung gefolgt. Die weiteste Anreise hatte sicherlich Dr. Vikas Gowd aus Hyderabad, der an einer Zusammenarbeit mit dem BDIZ EDI im Bereich der Fortbildung interessiert ist.

Bei der 24. Europa-Ausschusssitzung diskutierte BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* mit *Dr. Antonio Bowen*, neuer Präsident des spanischen Partnerverbandes SEI (Madrid), *Dr. Peter Fairbairn* von der ADI UK (London), *Prof. Dr. Antonio Felino* (S.P.C.O, Porto), *Prof. Dr. Vitomir Konstantinovic* (Belgrad), *Dr. Dr. Dusan Vasiljevic*, Präsident des serbischen Partnerverbandes USSI EDI (Friedeberg), *Dr. Jeroen Peplinkhuizen* und *Dr. Jan Willem Vaartjes* aus den Niederlanden, *Dr. Vikas Gowd* aus Hyderabad (Indien) und *Vijay Kammula*, *Dr. Thomas Fortin* aus Lyon, *Dr. Guido Schirolli* aus Genua, *Prof. Dr. Hakan Özyuvaci* aus Istanbul, *Dr. Fisnik Kasapi* aus Skopje (Mazedonien), Projekt Managerin des EDI Journals *Marianne Steinbeck* und Chefredakteurin *Anita Wuttke* sowie seitens des BDIZ EDI-Vorstands *Dr. Detlef Hildebrand* und *Dr. Dr. Peter Ehrl*.

*Christian Berger* informierte über das anstehende 10. Europa-Symposium, das gemeinsam mit dem Quintessenz-Verlag vom 26. bis 28. Mai 2016 in Verona stattfindet und lud die Ausschussmitglieder ein, am Kongress teilzunehmen. Im Anschluss stellte *Anita Wuttke* die Arbeit des BDIZ EDI vor und ging auf die politischen Verbindungen des Verbandes nach Brüssel ein. Angesichts der vielfältigen Fortbildungsveranstaltungen der Partnerverbände und deren Themen erneuerte die Redaktion des EDI Journals die Anregung, Veranstaltungstermine und Themen aus den Ländern zu publizieren.

Ein wichtiges Thema, mit dem sich der BDIZ EDI in Deutschland beschäftigt, ist das Antikorruptionsgesetz. *Christian Berger* stellte in seinem Vortrag die Parallelen zum Physicians Payments Sunshine



Der Europa-Ausschuss des BDIZ EDI tagte zum 24. Mal – diesmal in Köln. Das Foto zeigt die Ausschussmitglieder beim Stelldichein.

Act vor und die Verschärfung, die den akademischen Heilberufen – also Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten – mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Deutschland droht. Er informierte die Ausschussmitglieder auch über den alternativen Gesetzentwurf, den der BDIZ EDI in Berlin eingebracht hat.

## Blick in die Länder

In der an die Vorstellungsrunde anschließenden Diskussion kristallisierte sich heraus, dass die Zahnmedizin europaweit – und darüber hinaus – mit oftmals ähnlichen Problemen zu kämpfen hat. In den Niederlanden soll die Berufsgruppe der Dentalhygieniker Teile der zahnärztlichen Berufsausübung übernehmen – deutlich massiver als das in anderen europäischen Ländern der Fall ist. In Großbritannien schränken chirurgisch tätige (Zahn-)Ärzte angesichts drohender Prozesslawinen ihre Bereitschaft deutlich ein, komplizierte Behandlungen durchzuführen. In Frankreich will die Regierung das Gesund-

heitssystem völlig umstrukturieren und sich dabei an das angelsächsische beziehungsweise spanische Gesundheitssystem anlehnen. In Spanien werden immer mehr „Low-cost-Kliniken“ aus dem Boden gestampft, die von Versicherern betrieben werden. In der Türkei steigt die Anzahl staatlich-geführter zahnmedizinischer Fakultäten an den Universitäten inflationär. In Indien herrscht großer Bedarf an einer soliden zahnärztlichen Ausbildung und an postgradualer Fortbildung angesichts der steigenden Nachfrage eines wachsenden Mittelstandes.

Am Ende dieses aufschlussreichen internationalen Austausches bedankte sich BDIZ EDI-Präsident *Christian Berger* bei den Teilnehmern für die offene Diskussion und für die Bereitschaft, jedes Jahr zu diesem Treffen zu kommen. Angesichts der Problemstellungen in den Ländern und vor dem Hintergrund der Arbeit, die der BDIZ EDI auf europäischer Ebene leistet, wurde eine engere Zusammenarbeit von allen Seiten begrüßt. ■



# Besticht mit umfassender Rückverfolgbarkeit: der neue Lisa Remote Klasse B Sterilisator



Die neue Lisa Remote: Mit nichts Anderem vergleichbar.

Die neuartige patentierte Eco Dry Technologie passt die Trocknungszeit an die Menge der Beladung an. Das verkürzt die Zykluszeit, verlängert die Lebensdauer Ihrer Instrumente und senkt den Energieverbrauch.

**lisa** REMOTE

\* Beim Kauf einer neuen Lisa Remote bis 30.06.16 erhalten Sie 1 Multidem C27 zur Herstellung von demineralisiertem Wasser im Wert von € 365 kostenlos.

# NEWS-TICKER

## Immer mehr ausländische Ärzte an deutschen Kliniken Chance und Herausforderung

Die „neuen“ Ärzte an deutschen Krankenhäusern stammen immer häufiger aus dem Ausland. In manchen Regionen Deutschlands sind 90 Prozent aller in Kliniken tätigen Assistenzärzte in den vergangenen drei Jahren aus dem Ausland zugewandert. Dazu zählen zum Beispiel die ländlichen Kreise Olpe und Höxter im Bundesland in Nordrhein-Westfalen. Bundesweit kamen Ende 2014 nach den Daten der Bundesärztekammer 9,7 Prozent der berufstätigen Ärzte aus dem Ausland. Seitdem sind viele weitere Mediziner ins Land gekommen. Allein in den nordrhein-westfälischen Kliniken stammen zurzeit mehr als 7500 der 39 000 Ärzte aus dem Ausland. In Westfalen-Lippe sind 48 Prozent der Assistenzärzte seit 2012 zugewandert. Der Zustrom von Medizinern aus Nicht-EU-Staaten ist für deutsche Kliniken Chance und Herausforderung zugleich. Die Ärzte können den Häusern helfen, Personallücken zu schließen. Das wird auf Dauer aber nur gelingen, wenn die Kliniken sich aktiv um die Integration der Neuankömmlinge kümmern, wie Erfahrungsberichte zeigen. ■

Quelle: Bundesärztekammer, Deutsche Ärzte-Zeitung

## Europäische Union im 1. Halbjahr 2016

### Niederlande übernehmen Ratsvorsitz

Die Niederlande übernehmen für das erste Halbjahr 2016 den Ratsvorsitz in der Europäischen Union. Erklärtes Ziel: Wachstum und Beschäftigung fördern.

Mit der Slowakei und Malta, den beiden Nachfolgern der Niederlande, wurden bereits einige inhaltliche Schwerpunkte formuliert: Ausbau des Binnenmarkts, um neue Wachstumsimpulse zu setzen. Dazu sollen insbesondere die Rahmenbedingungen für die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen verbessert werden. Die Niederlande, die Slowakei und Malta haben auch den Gesundheitszustand der EU-Bevölkerung im Blick und fokussieren die Bekämpfung der nicht übertragbaren chronischen Krankheiten und den Zugang zu innovativen und erschwinglichen Medikamenten. Auch die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten hat das Trio auf der Agenda. ■



Quelle: Europäische Union

## Datensammeln für die Gesundheit

### Europäer und Big Data



Foto: Fotolia.com/Tomasz Zajda

Geht es um das massenhafte Sammeln personenbezogener Daten, sind die Europäer – und hier insbesondere die Deutschen – ausgesprochen zurückhaltend. Aber: Handelt es sich um Daten, die von Gesundheitsinstitutionen gesammelt werden, um damit Krankheiten besser bekämpfen zu können, zeigt sich ein Trend hin zu mehr Freimütigkeit. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Studie des Meinungsforschungsinstitutes TNS Infratest, im Auftrag des Vodafone Instituts für Gesellschaft und Kommunikation. Mit ihrer Analyse wollten die Forscher herausfinden, wann Menschen dazu bereit sind, ihre Daten zu teilen. Um das zu klären, sind den Studienautoren zufolge mehr als 8000 Menschen in acht europäischen Ländern im Sommer 2015 telefonisch befragt worden. Die Mehrzahl der Befragten war zwischen 30 und 49 Jahre alt (36 Prozent), am zweitstärksten vertreten waren die 50- bis 59-Jährigen. Für 51 Prozent der Befragten aus den acht EU-Ländern überwogen die Nachteile von „Big Data“ – also dem massenhaften Sammeln von Daten. Mit 62 Prozent waren die Deutschen am skeptischsten. Die Iren zeigten sich im Gegensatz dazu am offensten (38 Prozent). Auch befragt nach den einzelnen Anwendungsgebieten des Datensammelns, wie zum Beispiel Einkauf oder Verkehr, stachen die Deutschen als Skeptiker heraus. Einzig im Bereich Gesundheit gab es etwas mehr Zuspruch. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten in Deutschland (42 Prozent) wären dazu bereit, ihre Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken bereit zu stellen. Allerdings unter der Voraussetzung, dass sie anonymisiert und zusammengefasst ausgewertet werden. Die Umfrageteilnehmer aus den anderen Ländern zeigten sich auch hier insgesamt freigiebiger: Im Durchschnitt fühlten sich 61 Prozent mit der Verwendung ihrer Daten für diesen Zweck wohl. Nur sechs Prozent waren insgesamt strikt dagegen. Eine klare Abfuhr gab es hingegen beim Trendthema, gute Fitnesswerte aus der digitalen Selbstvermessung gegen günstigere Beiträge zur Krankenversicherung zu tauschen. 72 Prozent der Befragten aus allen acht Ländern wollen den Versicherern keinen Zugriff auf ihre Gesundheits- und Fitnessdaten geben, damit dieser den Beitrag am Fitnessniveau anpasst. Die Ergebnisse: <http://www.vodafone-institut.de/wp-content/uploads/2016/01/VodafoneInstitute-Survey-BigData-en.pdf> ■

Quelle: Ärzte-Zeitung

# hypo-A

Premium Orthomolekularia

# Optimieren Sie Ihre Parodontitis-Therapie!

55% Reduktion der Entzündungsaktivität in 4 Wochen!

## 60% entzündungsfrei in 4 Monaten durch ergänzende bilanzierte Diät



Parodontitis-Studie mit Itis-Protect I-IV  
aMMP-8 Laborparameter zur Entzündungshemmung

Studien-geprüft!

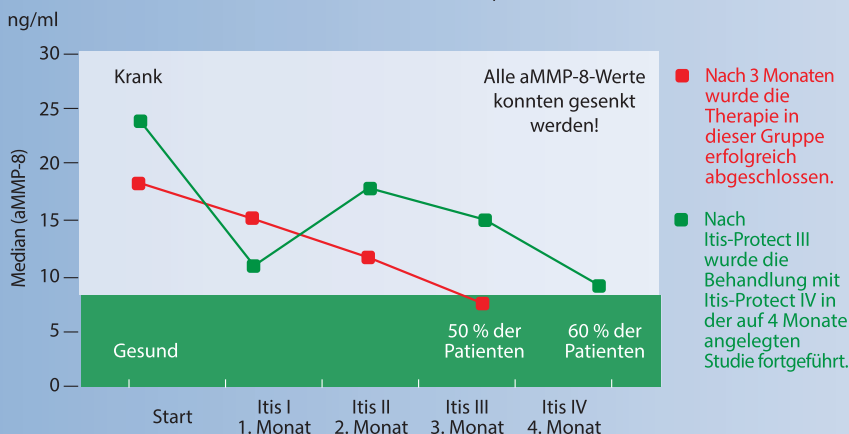


## Itis-Protect I-IV

Zur diätetischen Behandlung von Parodontitis

- Stabilisiert orale Schleimhäute!
- Beschleunigt die Wundheilung!
- Schützt vor Implantatverlust!

aMMP-8 - Parodontitis-Studie 2011, Universität Jena



## Info-Anforderung für Fachkreise

Fax: 0451 - 304 179 oder E-Mail: [info@hypo-a.de](mailto:info@hypo-a.de)

- Studienergebnisse und Therapieschema
- hypo-A Produktprogramm

Name / Vorname

Str. / Nr.

PLZ / Ort

Tel.

E-Mail

IT-BDIZ EDI 1.2016

hypo-A GmbH, Kücknitzer Hauptstr. 53, 23569 Lübeck  
Hypoallergene Nahrungsergänzung ohne Zusatzstoffe  
[www.hypo-a.de](http://www.hypo-a.de) | [info@hypo-a.de](mailto:info@hypo-a.de) | Tel: 0451 / 307 21 21

[shop.hypo-a.de](http://shop.hypo-a.de)

#### Umfrage zur Asylpolitik

## EU-Bürger wollen gerechte Verteilung

Eine große Mehrheit der EU-Bürger hat sich in einer Umfrage für europäische Lösungen in der Flüchtlingskrise ausgesprochen. So wünschen sich laut Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ 79 Prozent in den Staaten der Europäischen Union eine faire Verteilung der Asylsuchenden auf alle Staaten. Das geht aus einer kürzlich von der Bertelsmann-Stiftung veröffentlichten Erhebung her. Es gibt dabei aber auch deutliche Unterschiede zwischen den neuen und alten Mitgliedstaaten. Demnach sprachen sich 87 Prozent der Befragten in allen 28 Mitgliedstaaten für eine gemeinsame Sicherung der EU-Außengrenzen aus. 79 Prozent der EU-Bürger befürworteten, dass Asylsuchende auf alle Länder „fair verteilt werden“. 69 Prozent unterstützten die Forderung, dass die Staaten, die sich ihrer Verantwortung in der Flüchtlingsfrage entziehen, weniger Geld aus der EU-Kasse erhalten. In den seit 2004 und 2007 aufgenommenen neuen Mitgliedsländern wie Polen, Tschechien, Bulgarien oder Rumänien befürwortet eine Mehrheit von 54 Prozent die faire Verteilung der Asylbewerber, in den alten Mitgliedstaaten sind es mit 85 Prozent deutlich mehr. Die hohen Zustimmungswerte bei dieser Frage sagen aber nichts über die Willkommenskultur aus: Die Hälfte der Befragten fühlt sich laut Umfrage manchmal fremd im eigenen Land, 58 Prozent fürchten negative Folgen für die Sozialsysteme. Die Bertelsmann-Stiftung ließ im Dezember 2015 repräsentativ 11.410 EU-Bürger in allen 28 EU-Mitgliedsländern befragen. Unter anderem mussten die Befragten beantworten, ob sie den Thesen „Die EU braucht eine gemeinsame Kontrolle der Außengrenze“ oder „Die Anzahl der Asylsuchenden sollte fair verteilt werden“ zustimmen oder nicht. ■

Quelle: Der Spiegel, Bertelsmannstiftung

#### Zika-Virus und Fehlbildungen bei Neugeborenen

## WHO: Gefahr auch für Europa

Brasilianische Forscher haben einen weiteren Zusammenhang des Zika-Virus mit Fehlbildungen Neugeborener nachgewiesen. Sie haben den Erreger im Hirngewebe erkrankter Babys gefunden. Das Zika-Virus verursache Schäden im Gehirn, in diesem Punkt sind sich brasilianische Forscher inzwischen sicher. Bei einer Untersuchung entdeckten sie den Krankheitserreger im Hirngewebe mehrerer Neugeborener. Wie das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ meldet, bestätigte die Ärztin Lucia Noronha von der Brasilianischen Gesellschaft für Pathologie, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Virus und gefährlichen Fehlbildungen des Kopfes gebe. Noch sei aber unklar, wie der Erreger wirke. Nach Angaben der brasilianischen Behörden sind seit Oktober 2015 mehr als 4000 Babys mit Verdacht auf Mikrozephalie auf die Welt gekommen, 462 Fälle sind bislang bestätigt. Der Kopf dieser Kinder ist deutlich zu klein und die Gefahr groß, dass sie geistig behindert sind oder unter neurologischen Schäden leiden werden. Zeitgleich ist Brasilien mit geschätzten 1,5 Millionen Fällen das von der Zika-Epidemie am stärksten betroffene Land.

Das Europabüro der Weltgesundheitsorganisation WHO warnt in der Zwischenzeit vor einer weltweiten Ausbreitung des gefährlichen Zika-Virus. In jedem europäischen Land, in dem die Stechmückengattung Aedes vorkomme, gebe es ein Risiko für die Ausbreitung des Virus, teilte die WHO mit. Mit dem Beginn des Frühlings und des Sommers steige das Risiko. Es sei Zeit für die Länder, sich vorzubereiten, um ihre Bevölkerung zu schützen. Als Maßnahmen schlug die WHO unter anderem Kontrollen der Mücken, die Beseitigung von Mückenbrutplätzen und die Entwicklung von Plänen zum Einsatz von Insektengiften vor. ■

Quelle: Der Spiegel, WHO-Europabüro

#### Gesetzesvorhaben der EU-Kommission

## Kein vollständiges Verbot von Amalgam

Die Europäische Kommission hat Anfang Februar 2016 das Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung der 2013 unter dem Dach der Vereinten Nationen geschlossenen Minamata-Konvention zur weltweiten Reduktion von Quecksilber vorangetrieben. Der Verordnungsentwurf greift neben anderen Quellen des Quecksilberverbrauchs insbesondere auch die Verwendung von Dentalamalgam auf. Die Europäische Kommission schlägt unter anderem vor, dass ab 2019 EU-weit nur noch Dentalamalgam in verkapselter Form verwendet werden darf. Zudem sollen alle zahnmedizinischen Einrichtungen ab diesem Zeitpunkt mit Amalgamabscheidern zur Rückhaltung und Sammlung von Amalgampartikeln ausgestattet sein.

Das vollständige Verbot von Amalgam schlägt die EU-Kommission hingegen nicht vor. Hierzu führt sie in dem Gesetzgebungsvorschlag aus: „Die Folgenabschätzung führt anhand der verfügbaren wissenschaftlichen Informationen zu dem Schluss, dass ein Verbot der Verwendung von Dentalamalgam nicht verhältnismäßig wäre, da die von Dentalamalgam ausgehenden Gesundheitsrisiken nicht eindeutig nachgewiesen sind und ein Verbot hohe Kosten mit sich bringen würde.“ Der Council of European Dentists (CED) hat sich in einer Arbeitsgruppe ebenfalls mit der Amalgamthematik beschäftigt. Der CED spricht sich dafür aus, Amalgamabscheider europaweit zu verwenden. Es gibt nach wie vor einige europäische Staaten, in denen die Verwendung von Amalgamabscheidern nicht vorgeschrieben ist. ■

Quelle: EU-Kommission, CED



over  
**10** years  
of Long  
term  
data

*SuperLine*



## For Dentists By Dentists

### *Interne, doppelte konische Verbindung*

Verteilt die Belastung gleichmäßig auf das Implantat.  
Minimierung von Mikrobewegungen und marginalem Knochenverlust.

### *S.L.A. Oberflächenbehandlung*

Sandgestrahlt mit großer Körnung und säuregeätzt.

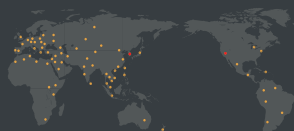
### *Größerer Knochen-zu-Implantat Kontakt*

Beschleunigt die Osseointegration auf der Oberfläche.

### *Optimales Gewindedesign*

Reduziert den Stress auf den kortikalen Knochen und minimiert den Knochenverlust.  
Steigert die Initialstabilität und sorgt für eine hermetische Versiegelung.

**Dentium**  
For Dentists By Dentists



#### **Kontakt**

ICT Europe GmbH  
Frankfurter Str. 63-69  
65760 Eschborn

Tel : +49-(0)6196-954820  
[www.dentium.com](http://www.dentium.com)  
[eu@dentium.com](mailto:eu@dentium.com)



Foto: Fotolia.com / Andrey Kuzmin / jijomathai

## Reformen im europäischen Datenschutzrecht

# Wohin mit den Gesundheitsdaten?

Wenn es um das Outsourcing und die Wartung von Praxis-EDV, das Factoring von Honorarforderungen, den Einsatz von PACS-Systemen oder die Nutzung gemeinsamer Dokumentenmanagementsysteme (DMS) geht, stellen sich immer Fragen des Datenschutzes. Denn Patientendaten genießen besonderen Schutz – sowohl im EU-Recht als auch im Recht der europäischen Mitgliedstaaten. Mangelhafter Datenschutz kann – je nach Rechtslage – Sanktionen oder zumindest einen schlechten Ruf bedeuten. Datenschutz in der Zahnarztpraxis ist daher ein wichtiges Thema. In diesem Jahr sollen Änderungen im EU-Datenschutzrecht beschlossen werden.

### Die geplante Reform

Das europäische Datenschutzrecht soll reformiert werden: Die EU-Kommission hat bereits 2012 einen Vorschlag für einen Rechtsrahmen vorgelegt, der künftig stärker dafür sorgen soll, dass der Einzelne (also der Patient) die Kontrolle über seine personenbezogenen Daten behält. Zugleich sollen die Kompetenzen der nationalen Datenschutzbehörden vereinheitlicht und damit die Kontrolle des Datenschutzes gestärkt werden.

Zu den wesentlichen Eckpunkten gehört auch der Grundsatz „privacy by design“. Der Rechtsrahmen soll unter anderem in einer neuen „Datenschutz-Grundverordnung“ geregelt werden und ab 2018 Anwendung finden. Komplette Verabschiedung ist der Rechtsrahmen noch nicht – dies soll Anfang 2016 geschehen.



Rechtsanwalt Dr. Thomas Wostry

### Bisherige Regelung des Datenschutzes

Auf EU-Ebene wird der Schutz von Patientendaten derzeit durch die Richtlinie 95/46/EG geregelt. Richtlinien müssen von den europäischen Mitgliedstaaten in

nationales Recht umgesetzt werden; in Deutschland ist dies zum Beispiel durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geschehen. Für die Gesundheit betreffende Patientendaten sieht die Richtlinie schon bisher ein besonderes Schutzniveau vor. Der Gesundheitsbegriff wird hierbei weit ausgelegt: Er bezieht sich nach der Rechtsprechung des EuGH auf alle Informationen, die die Gesundheit einer Person unter allen Aspekten – körperlichen und psychischen – betreffen (EuGH, Urteil vom 06.11.2003 – C-101/01). Gewisse Ausnahmen lässt die Richtlinie allerdings zu. Die Verarbeitung von Patientendaten zu Behandlungszwecken durch ärztliches Personal ist zum Beispiel von nationalen Verbotregelungen auszunehmen. Neben der Einwilligung des Patienten, die ebenfalls eine Datenverarbeitung erlaubt, sieht die Richtlinie außerdem vor, dass die Mitgliedstaaten ►

# Dentegris

## Präzisions Implantate made in Germany



**Bovines Knochenaufbaumaterial,  
Kollagenmembranen, Kollagenvlies,  
Alveolarkegel, Weichgewebmatrix**

**Tausendfach bewährtes  
Implantatsystem**

Soft-Bone-Implantat -  
der Spezialist im schwierigen Knochen

SL-Sinuslift-Implantat -  
der Spezialist für den Sinuslift

SLS-Straight-Implantat -  
der klassische Allrounder



**CompactBone® B.**

Natürliches, bovines  
Knochenersatzmaterial



**CompactBone® S.\***

Biphasisches, synthetisches  
Knochenersatzmaterial

**BoneProtect® Membrane**

Native Pericardium Kollagenmembran



**BoneProtect® Guide**

Natürlich quervernetzte Kollagenmembran



**BoneProtect® Fleece**

Natürliches Kollagenvlies



**BoneProtect® Cone**

Alveolarkegel aus natürlichem Kollagen



**MucoMatrixX®**

Soft Tissue Graft



**Dentegris**  
DENTAL IMPLANT SYSTEM

„aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses“ weitere Ausnahmen hinzufügen dürfen (Art. 8 Abs. 4 der RL 95/46/EG). Diese Begriffe lassen einen erheblichen Spielraum zu, der jetzt einheitlich europäisch festgelegt werden soll.

### Wie sollen Patientendaten künftig geschützt werden?

In Bezug auf Patientendaten enthält die geplante Verordnung drei wichtige Elemente:

1. Neu ist, dass die Verordnung den Begriff der „Gesundheitsdaten“ einführt. Definiert ist der Begriff in Art. 4 Abs. 12 des Vorschlags: „Gesundheitsdaten“ [sind] Informationen, die sich auf den körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand einer Person oder auf die Erbringung von Gesundheitsleistungen für die betreffende Person beziehen.“ Diese Definition ist nach Erwägungsgrund Nr. 26 der geplanten Verordnung sehr weit gefasst. Sie umfasst nach aktuellem Diskussionsstand drei Kategorien von Daten:
  - a) Daten über den Gesundheitszustand des Patienten,
  - b) Patientendaten, die im Zusammenhang mit der Bereitstellung der (zahn-)medizinischen Behandlung und der Abrechnung anfallen, und
  - c) auf den Patienten bezogene Daten über die Identität des Behandlers (das heißt, Name des Arztes und des Zahnarztes). Der Begriff der Gesundheitsdaten umfasst deshalb mehr als beispielsweise der Begriff „Patientendaten“.
2. Die vorgesehene Verordnung will die Bedingungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten in der EU harmonisieren (Erwägungsgrund 122 des Vorschlags). Davon erfasst werden soll auch das Recht auf Auskunft über eigene Gesundheitsdaten (beispielsweise die Einsicht in die Patientenakte). Dazu gibt der Verordnungsvorschlag zwei Regelungen vor:
  - a) Zum einen legt der Verordnungsvorschlag in Art. 9 die Voraussetzungen für die Verarbeitung von konkreten

Daten über die Gesundheit fest. Angeknüpft wird dabei im Wesentlichen an die Umstände, die auch in der bestehenden Richtlinie 95/46/EG genannt sind.

- b) Zum anderen gibt es in dem Verordnungsvorschlag eine Sonderregelung für den etwas weiteren Begriff der „Gesundheitsdaten“ in Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h). Danach setzt die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zum Beispiel voraus, dass die Verarbeitung für Gesundheitszwecke erforderlich ist. Was „Gesundheitszwecke“ sind, erläutert der Vorschlag jedoch bislang nicht. Eine intensive Diskussion darüber in der Praxis kann man schon jetzt absehen.
3. Weitere Voraussetzung für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist schließlich, dass bestimmte in Art. 81 des Vorschlags festgelegte Bedingungen und Garantien eingehalten werden: Vorgesehen ist beispielsweise, dass aus Gründen des öffentlichen Interesses zum Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards (unter anderem für Arzneimittel oder Medizinprodukte) Gesundheitsdaten verarbeitet werden können. Die EU-Kommission soll die entsprechenden „Gründe des öffentlichen Interesses“ näher definieren. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob dadurch künftig für die Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Arzneimittel- oder Medizinprodukteherstellern datenschutzrechtliche Freiräume eröffnet werden könnten. Da es sich allerdings um „Gründe des öffentlichen Interesses“ handeln muss, sollte man in dieser Hinsicht nicht zu viel Optimismus investieren.

### Privacy by design

Schließlich regelt der Verordnungsvorschlag in Art. 23 den Grundsatz privacy by design (PbD). Das kann für die Zahnarztpraxis in Zukunft wichtig werden:

Denn nach diesem Grundsatz soll durch technische Vorkehrungen und datenschutzfreundliche Voreinstellungen beispielsweise sichergestellt werden, dass grundsätzlich nur solche personenbezogenen Daten verarbeitet werden, die für die spezifischen Zwecke der Verarbeitung (also zum Beispiel für die Behandlung) benötigt werden. Das würde bedeuten, dass die heutzutage schon detailliert in Empfehlungen der Datenschutzbeauftragten aufgestellten Anforderungen an die Zugriffsberechtigung auf DMS und andere Systeme künftig verpflichtend werden könnten. Aber was bedeutet das für das Factoring, für das Outsourcing, für die Zusammenarbeit in überörtlichen Praxen und Kooperationen und vieles mehr? Die EU-Kommission soll für einzelne Branchen (also beispielsweise für die Gesundheitsbranche) spezifische Anforderungen aufstellen können. Wie sich PbD dann auswirkt, bleibt also abzuwarten.

### Fazit

Die geplante Datenschutz-Grundverordnung harmonisiert zunächst nur den Schutz von Gesundheitsdaten auf europäischer Ebene. Weil die Datenschutz-Grundverordnung spezielle Regelungen für den Umgang mit Gesundheitsdaten vorsieht, treibt der Schutz von Patientendaten in Richtung eines europäischen Gesundheitsdatenschutzrechts, das mit zusätzlichen organisatorischen Anforderungen an den Datenschutz in der zahnärztlichen Praxis einhergehen kann. Abzusehen ist vor diesem Hintergrund jedenfalls, dass der Datenschutz künftig noch weiter in den Bereich der Kernaufgaben von Zahnarztpraxen rücken wird. ■

#### Kontakt

**Dr. Thomas Wostry**  
Rechtsanwalt

Ratajczak & Partner Rechtsanwälte mbB  
Berlin · Essen · Freiburg · Meissen ·  
München · Sindelfingen  
Posener Straße 1 · 71065 Sindelfingen

# Gezielte Vector-Power gegen Periimplantitis. Der Vector Paro Pro.



Zur Animation

**Der Vector Paro Pro. Einer für alles.** Minimalinvasiv, geschlossen und schonend – aber gleichzeitig auch kraftvoll: So soll effiziente Periimplantitis-Therapie sein. Genau dafür sorgen das Paro-Handstück mit linearer Schwingungsumlenkung und spezielle Instrumente.

Mehr unter [www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)

**DÜRR  
DENTAL**  
DAS BESTE HAT SYSTEM

Buchrezension: „Das schwächste Glied?“

# Was Zahnärzte von Piloten lernen können

Dieses Buch sollte jeden Zahnarzt interessieren, weil die beiden Autoren – der Zahnarzt Franck Renouard und der Pilot und Fluglehrer Jean-Gabriel Charrier – eine neue Sichtweise auf das Fehlermanagement in der Zahnmedizin anhand von Erfahrungen aus der Luftfahrt eröffnen. So finden die Autoren ungewöhnliche und unterschiedliche Antworten auf die Frage, wie sich die Arbeit in der Praxis verbessern lässt. Sie beschreiben und analysieren die eigenen Fehler vor dem Hintergrund der Suche nach möglichen Lösungen.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung begegnen dem Zahnarzt meist nur als von außen auferlegte Pflichten. Das vorliegende Buch wählt einen anderen Weg und zielt auf die menschlichen Faktoren im Fehlermanagement, wie sie bereits seit langem in der Flugbranche analysiert werden. Die Autoren unterbreiten Vorschläge für die Umsetzung und Anwendung in der Zahnmedizin. Dabei beschreiben beide die eigenen Fehler und Irrtümer, die ihnen im Verlauf ihrer Berufstätigkeit als chirurgisch tätiger Zahnarzt und Pilot unterlaufen sind. Dazu gehört Mut, zeigt es doch, dass menschliches Handeln nicht unfehlbar ist. Es zeigt aber auch die Fähigkeit, gemachte Fehler zu analysieren, für die Zukunft zu vermeiden und diese Erfahrungen an Dritte weiterzugeben, damit sich der Akteur auf kritische Situationen in Zukunft besser vorbereiten und sie managen kann. Beide Berufsgruppen – der Pilot und der Zahnarzt – genießen hohes Ansehen. Unfehlbar sind beide nicht.

„Rund 80 Prozent aller Flugzeugunglücke gehen auf Pilotenfehler zurück. Wenn du also die Piloten Feuerst, bist du mehr als dreiviertel aller Unglücke los!“ Mit diesem Witz im Vorwort zum Buch beschreibt *Jaques Rosay*, Chef-Testpilot von Airbus, das Dilemma in der Luftfahrt. Tatsächlich sei es nämlich so, dass 100 Prozent der Flüge sicher ihren Bestimmungsort erreichen würden – dank des Piloten. Der Pilot müsse aber auf unerwartete Situation reagieren können. Bis zu dem Tag, an dem



Dr. Franck Renouard

die Technik so ausgefeilt ist, dass man die Maschinen ohne Pilot steuern kann, wird menschliche Präsenz notwendig sein. Aber menschlicher Input, so *Rosay* weiter, werde auch immer anfällig für Fehler bleiben. „(...)Wenn wir ‚Flugzeugunglück‘ durch ‚Behandlungsmisserfolg‘ ersetzen, haben die hier geäußerten Gedanken unveränderte Gültigkeit, auch für die Zahnmedizin“, schreibt *Rosay*.

Während viel geschrieben wurde über den Faktor Mensch in der Luftfahrt und insbesondere über die Arbeit des Piloten, der für den sicheren Transport von tausenden von Menschen im Flugzeug verantwortlich ist, gibt es im Bereich der Zahnmedizin und in der Oralchirurgie wenig Literatur zu diesem Thema. Die Welt der Medizin und speziell der Zahnmedizin

beleuchtet die Fehlersuche zumeist von der technischen Warte aus. Dabei werden der menschliche Aspekt und der Einfluss von Stress auf den Handelnden meist vernachlässigt. Dabei ist dieser menschliche Aspekt ein Glied in der Kette, die schließlich zum Fehler führt. Wie *Rosay* sagt: menschlicher Input wird immer auch anfällig für Fehler bleiben – auch in der Zahnmedizin.

In seinem Prolog erklärt *Dr. Franck Renouard*, ehemaliger Präsident der European Association for Osseointegration (EAO) und Autor vieler zahnmedizinischer Fachbeiträge, warum er sich für den menschlichen Faktor im Fehlermanagement interessiert. Er führt es auf seine persönliche Erfahrung als Pilot bei einem Helikopter-Unglück im Jahr 1995 zurück. In seiner ersten Reaktion machte er die Technik dafür verantwortlich. Doch die Inspektion ergab, dass der Helikopter in Ordnung war. Als es um die Frage ging, ob der Pilot einen Fehler gemacht haben könnte, war das Resultat: *Renouard* war als Pilot zu schnell und zu nah am Hangar aufgestiegen. Er, der es gewohnt war, amerikanische Helikopter zu fliegen, hatte im Reflex das falsche, nämlich das linke Pedal statt des rechten gedrückt. Der Heli war jedoch russischer Bauart mit Rotorblättern, die in die andere Richtung drehen.

Gleich zu Beginn schildert *Renouard* ausführlich einen Fehler, der ihm als Zahnarzt-Trainee in der oralen Chirurgie wider-



fahren ist. Im Jahr 1987 entfernte er die falschen Weisheitszahnknospen bei einer neunjährigen Patientin. Es war für ihn zur damaligen Zeit ein komplizierter Eingriff, der großes technisches Geschick erforderte – und er stand auch unter Stress, weil die Mutter des Mädchens Druck machte, das Mädchen noch sehr jung war, er die Frage, ob Vollnarkose oder Lokalanästhesie, zu entscheiden hatte, und das Wartezimmer voller Patienten war. Der fatale Fehler: Er hatte im Überweisungsbrief des Kieferorthopäden die Zusatzbemerkung „überlesen“ und in der Folge eine falsche Zahnknospe extrahiert.

In Kapitel 1 definieren die Autoren das Konzept „menschliche Faktoren“. Es fußt auf einer Untersuchung der Interaktionen zwischen einem Individuum und seiner Arbeitswelt. Einbezogen sind andere Menschen (Lifeware), Technik (Hardware), Dokumentation (Software) und Umgebung (Environment). „Studien belegen, dass in den meisten Fällen Probleme nicht ausschließlich in Einzelfeldern auftreten, sondern bei deren Interaktion.“ Die Autoren verweisen auf eine Studie von *Dr. Morris et al.*, wonach die Hauptursache auftretender Probleme in mangelnder beziehungsweise gänzlich fehlender Kommunikation zwischen den genannten Einzelbereichen besteht. In dem mit Beispielen

SUNSTAR  
GUIDOR®

Knochenersatzmaterial

**GUIDOR® easy-graft**



- ☰ 100 % alloplastisches Knochenersatzmaterial
- ☰ Soft aus der Spritze
- ☰ Im Defekt modellierbar
- ☰ Härtet in situ zum stabilen Formkörper

[www.guidor.com](http://www.guidor.com)

**Verkauf:**

Sunstar Deutschland GmbH  
Aiterfeld 1 · 79677 Schönau  
Fon: +49 7673 885 10855  
Fax: +49 7673 885 10844  
[service@de.sunstar.com](mailto:service@de.sunstar.com)

anschaulich dargestellten Kapitel wird zudem die provokante Frage erörtert, warum sich die medizinische Welt noch immer skeptisch gegenüber dem Thema „menschliche Faktoren“ zeigt.

Davon handelt das gesamte Buch. *Renouard* und *Charrier* ziehen den Vergleich zum Flugzeugpiloten, die durchaus bereit seien anzuerkennen, dass ihnen Fehler unterlaufen können. Sie müssen Checklisten abarbeiten und sind trainiert zu akzeptieren, dass andere Crewmitglieder durchaus Bedenken gegenüber gewissen Entscheidungen des „Chefs“ äußern können. Provokanter, aber durchaus nachvollziehbarer Vorwurf im Buch: Der (Zahn-)Mediziner sei in den meisten Fällen von seiner Unfehlbarkeit überzeugt. „Die Weigerung seitens der medizinischen Profession, menschliche Faktoren in Betracht zu ziehen, resultiert auch aus der Tatsache, dass sich – anders als in der medizintechnischen Forschung – für entsprechende Untersuchungen kein Sponsor finden lässt. Auf diesem Feld ist auch kein schneller Profit zu erwarten, denn die Einbeziehung auf menschliche Faktoren zentrierter Methoden würde noch nicht bedeuten, dass Mediziner damit zum Kauf bestimmter neuer Technik animiert werden.“ In den folgenden Kapiteln zeigen die Autoren auf, dass in Kliniken und Privatpraxen erhebliche Mittel eingespart werden können.

Die Schlüsselstelle im Buch ist der Hinweis auf das ETTO-Prinzip (Efficiency-Thoroughness Trade-Off) nach *Professor Erik Hollnagel*, ein international anerkannter Spezialist auf dem Gebiet der Flugsicherheit. Er hat 2009 in seinem Buch „Das ETTO-Prinzip“ die Wahl des Menschen im alltäglichen Leben zwischen Effizienz (profitability) und Qualität (quality) anhand einer Anzahl von Flugzeugunglücken beschrieben und ETTO-Regeln aufgestellt. Es sei kaum möglich, zugleich effizient und „qualitätsvoll“ zu agieren. Der Widerspruch zwischen „Safety first“ und „Produktivität an erster Stelle“ wird von den beiden Autoren klar formuliert: Die absolute Sicherheit gibt

es nicht. Der Handelnde sei ständig gezwungen, sich entweder für Effizienz oder für Qualität zu entscheiden.

In Kapitel 2 geht es um den Stress. In sieben Punkten definieren *Renouard* und *Charrier* den Faktor Stress und was man darüber wissen sollte. In vielen Beispielen beschreiben sie den Umgang mit Stress und kommen zu dem Ergebnis, dass die Vorbereitung der Schlüssel zum Umgang mit Stress ist. Nichts Neues in der Zahnmedizin – die Vorbereitung gehört zum A und O jeder zahnärztlichen Arbeit. „Situationsbewusstsein, die Fähigkeit zum Vorhersehen, das Konzept, „was, wenn“, der Gebrauch von Checklisten – all das trägt dazu bei, die Stresslevel auf einem akzeptablem Maß zu halten...“, heißt es im Buch.

Kapitel 3 und 4 geben Hinweise, wie man den Umgang mit Risiko und Gefahr lernen kann. Kapitel 5 beschreibt sehr ausführlich und immer wieder mit Beispielen aus der Luftfahrt untermauert den Fehler als integralen Teil der professionellen Arbeit. Alle Fehler zu eliminieren sei nicht möglich, stattdessen müsse man den Fehler akzeptieren lernen. Auch hier wird ein Konzept zu Rate gezogen: TEM (Threat and Error Management), das in der Luftfahrt angewendet wird. Es basiert auf der Fehlersuche im Cockpit.

Kapitel 6 beinhaltet Checklisten für die Fehlervermeidung. In den letzten beiden Kapiteln wird darauf aufgebaut, dass der menschliche Faktor ein wichtiger Bestandteil in den Trainingsprogrammen sein sollte. In den letzten Kapiteln – insgesamt sind es neun – versuchen die Autoren die Brücke zwischen Luftfahrt und Medizin in Bezug auf die Fehlervermeidung zu schlagen. *Renouard* sucht dabei die Frage zu beantworten, ob das gesamte in der Luftfahrt erreichte Wissen auch in der Zahnmedizin umgesetzt werden könnte und kommt zu dem Ergebnis, dass der „menschliche Faktor“ in absehbarer Zeit eine zunehmend wichtige Rolle in der medizinischen Praxis einnehmen wird. Am Ende werden die Schlüsselbegriffe nochmals zusammengefasst.

„Das schwächste Glied?“ wird nicht das letzte Buch zum Thema Fehlermanagement und menschlicher Faktor sein. Es schiebt ein Thema an, das gerade in der Medizin und Zahnmedizin lange vernachlässigt worden ist – zu lange. Auch wenn sich vieles zu wiederholen scheint, gibt das Buch Impulse zur Selbstreflexion. Außerdem ist es anhand der vielen Beispiele eine spannende Lektüre. ■

*Christian Berger*

#### Buch-Information



Renouard, Franck / Charrier, Jean-Gabriel

### Das schwächste Glied?

Erfolgreiches Fehlermanagement:  
Was Ärzte von Piloten lernen können

208 Seiten · 2 Abbildungen · Softcover  
ISBN: 978-3-86867-307-4 · Best.-Nr.: 16190  
Erschienen: 10/2015  
Preis: 24,80 Euro (Änderungen vorbehalten!)

#### Quintessenz Verlags-GmbH

Ifenpfad 2-4 · 12107 Berlin  
Fon +49 30 76180-5 · Fax +49 30 76180-692  
[www.quintessenz.de](http://www.quintessenz.de) · [buch@quintessenz.de](mailto:buch@quintessenz.de)





### Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt  
 Fachanwalt für Medizinrecht  
 Fachanwalt für Sozialrecht  
 Justitiar des BDIZ EDI

#### Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB Rechtsanwälte

Berlin · Essen · Freiburg im  
 Breisgau · Meißen · München ·  
 Sindelfingen

Posener Straße 1  
 71063 Sindelfingen

Fon +49 7031-9505-18  
 (Frau Sybill Ratajczak)  
 Fax +49 7031-9505-99  
[ratajczak@bdizedi.org](mailto:ratajczak@bdizedi.org)  
[www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

Serie

# Urteile zur GOZ 2012 Teil 1

## Inhalt

■ 1. Vorbemerkungen .....	81
■ 2. Entstehen des Honoraranspruchs nach §1 GOZ .....	81
■ 3. Honorarvereinbarungen und Bemessungskriterien .....	81
■ 4. Analogabrechnung .....	82
■ 5. Fälligkeit der Abrechnung .....	84
■ 6. Steigerungsfaktorbegründungen .....	84

## 1. Vorbemerkungen

Die GOZ gilt seit 01.01.2012 in einer leicht veränderten Neufassung. Nach nunmehr drei vollen Jahren ist festzustellen, dass es noch kaum Entscheidungen zur GOZ gibt, schon gar nicht von höheren Gerichten. Die häufigsten Urteile sind Entscheidungen von Amtsgerichten. Deren Bedeutung ist in der Praxis leider in der Regel auf ihren Gerichtsbezirk beschränkt. Es stört weder eine private Krankenversicherung sonderlich, was irgendwo ein Amtsgericht zu ihren Ungunsten entschieden hat, wie sich umgekehrt in der Regel ein Anwalt auf Zahnarztseite davon auch

nicht beeindrucken lässt. Für eine Reihe von in der Praxis wichtigen Fragen, so insbesondere zum Anwendungsbereich der Nr. 2197 GOZ, wird es vielleicht in einigen Jahren Entscheidungen des Bundesgerichtshofs geben, vorausgesetzt, dass sich die Fragestellungen nach der anstehenden GOÄ-Reform und der dadurch vermutlich induzierten Überarbeitung der GOZ noch stellen werden. Für die Nr. 2917 GOZ rechne ich mit einer höchstrichterlichen Entscheidung in durchaus absehbarer Zeit.

Die nachstehende Übersicht stellt eine Auswahl der bekannt gewordenen Entscheidungen zusammen. Die Entscheidungen sind nach bestimmten Fragestellungen gegliedert und in chronologischer Reihenfolge dargestellt. Sofern feststellbar, ist angegeben, ob die Entscheidungen rechtskräftig sind.

## 2. Entstehen des Honoraranspruchs nach § 1 GOZ

### 2.1 OLG Köln, 15.09.2014 – 5 U 67/14 – (rechtskräftig)

Es besteht kein Anspruch auf Zahlung von Zahnarzt Honorar, wenn nicht feststeht, dass die abgerechneten Leistungen nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung medizinisch erforderlich waren.

## 3. Honorarvereinbarungen und Bemessungskriterien

### 3.1 KG Berlin, 09.08.2013 – 5 U 88/12 – (rechtskräftig), § 2 GOZ

Zwar sind Vereinbarungen zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem über eine von der GOZ abweichenden Gebührenhöhe grundsätzlich zulässig.

## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 1

Pauschalpreisvereinbarungen sind aber nicht möglich, weil die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwertes nach § 2 Abs. 1 Satz 2 GOZ unzulässig ist.

### 3.2 VG Neustadt, 22.04.2015 –

#### 1 K 953/14.NW – (rechtskräftig), § 2 GOZ

Ein Beihilfeanspruch scheidet bereits an § 8 Abs. 7 Nr. 3 BVO. Nach dieser Bestimmung sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden (hier: laserbasierte Sterilisation von Zahnfleischtaschen), nicht beihilfefähig.

Weiter begegnet auch die rechtliche Einschätzung keinen Bedenken, dass die lasergestützte Taschensterilisation keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode darstellt. Dabei hat die fehlende Zuordnung einer entsprechenden Nummer der GOZ für die hier streitbefangene Behandlungsmethode bereits indizielle Bedeutung gegen die wissenschaftliche Anerkennung dieser Methode. Vor dem Hintergrund der Gemeinsamen Wissenschaftlichen Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) und der DGZMK (Stand November 2014), die zu dem Schluss kommt, dass eine evidenzbasierte Bewertung der antimikrobiellen photodynamischen Therapie zur Behandlung der Parodontitis derzeit nicht möglich sei, besteht offenkundig nach wie vor kein breiter wissenschaftlicher Konsens über die hier streitbefangene Behandlungsmethode und es steht auch ein solcher Konsens nicht unmittelbar bevor.

### 3.3 AG Düsseldorf, 25.06.2015 –

#### 27 C 9542/13 –, § 2 GOZ, GOZ: 1000

Die Gebührenvereinbarung ist wirksam, wenn eine Individualvereinbarung getroffen wurde, weil die Frage der vertragsgemäßen Gebührenregelung zwischen dem Patienten und dem behandelnden Zahnarzt im Einzelnen persönlich besprochen und damit ausgehandelt werden muss. Eine solche Erörterung ist grundsätzlich geeignet, der für eine Vielzahl von Behandlungsfällen

vorgesehenen Vertragsbestimmung ihre Allgemeinheit zu nehmen und ihr die erforderliche Individualität zu geben. Der Patient muss die Möglichkeit haben, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen zu beeinflussen.

Eine Pflicht zur schriftlichen Begründung besteht für den Zahnarzt im Hinblick auf von ihm in Ansatz gebrachte Steigerungssätze nur dann, wenn er keine Gebührenvereinbarung gemäß § 2 GOZ traf. Eine solche wurde indessen getroffen.

Der Inhalt der Vereinbarung steht auch nicht in einem auffälligen Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung und verstößt deswegen nicht gegen § 138 Abs. 1 BGB. Zwar überschreiten die vereinbarten Steigerungssätze für viele Gebührenpositionen den ohne Abschluss einer Honorarvereinbarung höchstens zulässigen 3,5-fachen Steigerungssatz um das Doppelte beziehungsweise mehr als das Doppelte (hier: bis zu 8,2-facher Satz). Es steht aber im Einklang mit der GOZ, dass der 3,5-fache Satz überschritten werden darf, weil ein Zahnarzt seinen Praxisbetrieb nicht zwingend an einer kostengünstigen Behandlung ausrichten muss, sondern auch darum bemüht sein darf, hinsichtlich der Präzision und Qualität seiner Leistungen den jeweils bestmöglichen Standard der gegenwärtigen zahnmedizinischen Wissenschaft zu gewährleisten.

### 3.4 LG Frankfurt/M., 01.07.2015 –

#### 2/6 O 45/15 –, §§ 2, 5 GOZ

Das Landgericht hält die Unterschreitung des einfachen Steigerungsfaktors durch Vereinbarung nach § 2 GOZ für möglich, verlangt dafür aber eine individuelle Vereinbarung. Als pauschales Werbeangebot für PZR-Leistungen sei dies unzulässig.

## 4. Analogabrechnung

### 4.1 VG Düsseldorf, 21.01.2014 –

#### 26 K 2479/13 – (rechtskräftig), GOZ 2410 analog

Die Berechnung der Leistung „Gewebeextraktion vor Abdrucknahme“ in analoger Anwendung der GOZ 2410 erfüllt nicht

die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Satz 1 GOZ, wonach selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet werden können.

### 4.2 AG Charlottenburg, 08.05.2014 –

#### 205 C 13/12 – (rechtskräftig), § 6 GOZ, GOZ: 2120, 2197

Dentinadhäsiv befestigte und mehrfach geschichtete Kompositaufbauten sind nach § 6 Abs. 1 Satz 1 GOZ in Verbindung mit GOZ 2120 (analog) abrechenbar. Dabei handelt es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung, die nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung ist. Insbesondere die GOZ 2180 erfasst diese Leistung nicht, denn die Mehrschichttechnik ist deutlich zeitaufwendiger und daher nicht vergleichbar mit der in der GOZ 2180 erfassten zahnärztlichen Leistung, die sich auf Zahnaufbauten mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone mit einfachen selbsthaftenden Zementen, Phosphat oder Glasionomerzementen bezieht. Auch die GOZ 2197 erfasst eine andere Leistung, da diese Ziffer zwar die Adhäsiv- nicht aber die Mehrschichttechnik umfasst.

### 4.3 AG Saarbrücken, 15.07.2014 –

#### 5 C 85/14 (03) – (rechtskräftig), GOÄ 2702 neben GOZ 6030 – 6080

Die analoge Berechnung der Entfernung eines Bogens ist fehlerhaft. Die Entfernung von Bögen wird von jeher durchgeführt. Gleichwohl hat der Verordnungsgeber hierfür keine eigene Gebührenposition geschaffen. Die Voraussetzungen einer analogen Bestimmung sind insofern von vornherein nicht gegeben; es gibt keine irrtümliche Gesetzeslücke. Der Verordnungsgeber hat in der amtlichen Begründung ausgeführt: Die Maßnahmen im Sinne der GOZ 6030 bis 6080 erfassen alle Leistungen zu Kieferumformung und Retention beziehungsweise zur Einstellung des Unterkiefers ▶

# OSSTEM<sup>®</sup> IMPLANT

Qualität schafft Vertrauen

Die perfekte Lösung für die  
interne Sinusbodenelevation  
**Crestal Approach Sinus-KIT**

## CAS-KIT

- Innovatives atraumatisches Bohrerdesign
- Einfaches und sicheres Anheben des Sinusbodens
- Zuverlässiges Bohrer-Stopp-System
- Hervorragendes Schneidevermögen



TS-System

SS-System

- Hohe Primärstabilität
- frühe Belastungsfähigkeit
- Starkes Selbstschneidendes Gewinde
- Einfacher Plattformwechsel

US-System



## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 1

in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraums von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten. Die Leistung ist daher mit den Kernpositionen 6030, 6080 abgegolten.

#### 4.4 AG Schöneberg, 05.05.2015 – 18 C 65/14 – (rechtskräftig), GOZ: 2100

Die analoge Anwendung der Ziffer 2100 GOZ für eine Aufbaufüllung in Mehrschichttechnik mit Kompositmaterial einschließlich Konditionieren ist gerechtfertigt. Die GOZ 2180 und 2197 berücksichtigen die Kosten für Kompositmaterialien und die angewandte Mehrschichttechnik nicht. Ebenso ist die Überschreitung des 2,3-Fachen des Gebührensatzes bei besonderer Größe der Defekte und aufgrund der Anzahl der einzubringenden Schichten gerechtfertigt. Die Überschreitung muss für den Leistungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet sein.

#### 4.5 VG Stuttgart, 10.12.2015 – 1 K 5043/10 –, GOZ 8065

Die computergesteuerte Kondylenpositionsanalyse und die Neupositionierung der Kondylen unter Bildschirmkontrolle sind in der GOZ (nicht beschriebene Leistungen, die jeweils analog GOZ 8065 abgerechnet werden können. Ein Analogansatz nach den GOZ 6040 und 6070 kommt demgegenüber nicht in Betracht.

### 5. Fälligkeit der Abrechnung

#### 5.1 VG Köln, 03.11.2015 – 7 K 3279/13 –, § 10 GOZ

Ein Zahnarzt kann nach Ansicht des VG Köln nicht isoliert gegen die in § 10 GOZ enthaltenen Vorgaben an die zahnärztliche Abrechnung klagen. Es hat auch keinen Zweifel an der Rechtmäßigkeit des § 10 GOZ.

### 6. Steigerungsfaktorbegründungen

#### 6.1 VG Düsseldorf, 21.01.2014 – 26 K 2479/13 – (rechtskräftig), GOZ 5040, 5210, 8035, 8065

Das VG Düsseldorf akzeptiert die folgenden Begründungen für den Steigerungsfaktor 3,5 nicht:

GOZ 5040: „Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand bei Frau D. bei schwieriger Präparation, da der Präparationsrand aufgrund der kurzen klinischen Krone zur Gewinnung ausreichender Retention subgingival gelegt werden musste, überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen äußerst schwieriger prothetischer Zwischenproben, besonders schwieriger Fixierung der Abformung, erhöhtem Zeitaufwand durch Mehrfachabformung“.

GOZ 5210: „Überdurchschnittlicher Zeitaufwand durch zeitaufwendige Anproben zur Korrektur der Bisslage wegen muskulär bedingter Relationsänderungen“.

GOZ 8035: „Erhöhte Schwierigkeit und erhöhter Zeitaufwand wegen sehr diffiziler Relation der Kiefer in horizontaler wie in vertikaler Dimension und erschlafften Bänderapparates des Kiefergelenks“.

GOZ 8065: „Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen mehrmaliger Pfeilwinkelaufzeichnung wegen Muskeltonusänderungen“.

Zu den Gebührensatzern 5040, 8035 und 8065 GOZ heißt es im Urteil:

„Die mit der Begründung ‚überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand bei Frau D. bei schwieriger Präparation, da der Präparationsrand aufgrund der kurzen klinischen Krone zur Gewinnung ausreichender Retention subgingival gelegt werden musste, überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen äußerst schwieriger prothetischer Zwischenproben, besonders schwieriger Fixierung der Abformung, erhöhtem Zeitaufwand durch Mehrfachabformung‘ auf den 3,5fachen Satz erhöhte Abrechnung der Leistung nach **GOZ 5040** (ist nicht tragfähig, da die Retentionsgewinnung durch subgingivale Präparation auch bei einer kurzen

klinischen Krone vom Leistungsumfang der GOZ 5040 mit erfasst ist.

Hinsichtlich der Schwellenwertüberschreitung bei der Leistung nach **GOZ 8035** ist aus der Begründung ‚erhöhte Schwierigkeit und erhöhter Zeitaufwand wegen sehr diffiziler Relation der Kiefer in horizontaler wie in vertikaler Dimension und erschlafften Bänderapparates des Kiefergelenks‘ nicht zu entnehmen, dass und warum die Behandlung insoweit nicht nur vom durchschnittlichen Behandlungsfall abwich, sondern mit außergewöhnlichen die Ausnahme bildenden Schwierigkeiten verbunden war und zu welchem konkreten Mehraufwand diese Schwierigkeiten verglichen mit dem durchschnittlichen Fall führten. Die diffizile Relation der Kiefer soll durch die Scharnierachsenbestimmung gerade ermittelt werden und ist somit Grundlage der Leistung. Ein erschlaffter Bänderapparat liegt bei einer Vielzahl von Patienten vor und bildet für sich noch keinen Ausnahmefall, der die Erbringung der Leistung erschwert.

Gleiches gilt für die Begründung der Schwellenwertüberschreitung bei der Leistung nach **GOZ 8065** ‚überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen mehrmaliger Pfeilwinkelaufzeichnung wegen Muskeltonusänderungen‘. Veränderungen in der Muskelspannung im Kieferbereich sind nicht außergewöhnlich. Die ‚mehrmalige Pfeilwinkelaufzeichnung‘ ist von der Leistungsbeschreibung der Ziffer 8065 GOZ ‚... und Einstellung nach den gemessenen Werten‘ erfasst, die davon ausgeht, dass ein Ergebnis, nämlich die Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren, mehrere Messwerte erfordert.“

#### 6.2 VG Hannover, 14.05.2014 – 13 A 8004/13 – (rechtskräftig), GOZ 2210

Das VG akzeptiert die Abrechnung des Faktors 3,0 bei GOZ 2210 mit folgender Begründung: „Nach der unbestrittenen Darstellung des Zahnarztes war der klägerische Zahn 26 bereits mit einer weit unter das Zahnfleisch reichenden ▶

# RAFFI- NIERT.

**DIE KLEINSTE ABUTMENTSCHRAUBE;  
NATÜRLICH VON THOMMEN MEDICAL.**



## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 1

Goldkrone versorgt. Auf der palatinalen Seite war die Zahnwurzel danach aufgrund einer Gingivalrezession schon sichtbar und oberflächlich abgetragen, so dass sie bei der Neuversorgung mit einbezogen werden musste. Es ist nachvollziehbar, dass die eine erhöhte Aufmerksamkeit und einen erhöhten Zeitaufwand für den Zahnarzt bedeutet, zumal im Fall des Klägers der Zahnarzt nur einen Millimeter entfernt war. Diese Begründung lässt eine Überschreitung des Schwellenwertes und den Ansatz eines Faktors von 3,0 zu. Das berechnete Honorar ist insoweit nach alledem noch angemessen.“

**6.3 VG Hannover, 10.06.2014 – 13 A 8167/13 – (rechtskräftig), § 5 GOZ, GOZ 2100, 2180, 2210, 2410, 2440, 5010**

Bei der zahnärztlichen Versorgung über den Durchschnitt hinausgehender Schwierigkeiten und ein dadurch bedingter erhöhter Zeitaufwand kann seine Ursache nur in patientenbezogenen Umständen haben. Der Zahnarzt kann den Schwellenwert (2,3-fach) dann überschreiten, wenn er überdurchschnittliche Schwierigkeiten und einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand der Leistungen und überdurchschnittlich schwierige Umstände der Ausführung schriftlich begründet. Für eine nähere Erläuterung ist sinnvollerweise nur Raum, wenn Besonderheiten gerade des vorliegenden Einzelfalles darzustellen sind; könnte schon eine bestimmte, vom Einzelfall unabhängige Art der Ausführung der im Gebührenverzeichnis beschriebenen Leistung das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen, so wäre dies mit einem kurzen Hinweis auf die angewandte Ausführungsart abschließend dargelegt.

Das Gericht lässt bei der **GOZ 2100** die Begründung „überdurchschnittliche Schwierigkeiten wegen besonders schwieriger Füllungsgestaltung im Kontaktbereich zum Nachbarzahn, um ein Einbeißen von Speiseresten zu vermeiden“, nicht genügen, weil daraus nicht hervorgehe, weshalb gerade bei Zahn 43 sich die Fül-

lungsgestaltung nun besonders schwierig gestaltet habe. In der Regel habe (bei einem vollständigen Gebiss) jeder Zahn mindestens auf einer Seite einen Kontaktbereich zum Nachbarzahn. Und auch das Einbeißen von Speiseresten dürfte bei jeder Füllung zu vermeiden sein.

Die „Mehrfachlegung wegen keilförmiger Defekte“ rechtfertigt dagegen nach Ansicht des VG Hannover die Überschreitung bei der **GOZ 2180**.

Ebenso wenig lässt das Gericht für die **GOZ 2210** die Begründung: „überdurchschnittliche Schwierigkeiten wegen erschwerter Präparation bei Zahnengstand zum Nachbarzahn 32, Ausbauchung der Zahnkrone 32“ ausreichen, weil nicht näher erläutert werde, weshalb gerade dadurch nun ein überdurchschnittlicher Mehraufwand erforderlich wurde.

Das Gericht weist auch – richtigerweise – darauf hin, dass die zweifache Abrechnung der **GOZ 2410** bei einem zweiwurzeligen Zahn nicht mit der Begründung einen besonderen Aufwand rechtfertige, dass der Zahn zweiwurzig sei.

Das VG lässt für die erhöhte Abrechnung der **GOZ 2440** die Begründung „erschwerter Zugang durch anatomische Verhältnisse wegen Krümmung vor der Wurzelspitze“ (Zahn 35) nicht genügen. Gekrümmte Wurzelspitzen kämen häufig vor, insoweit seien keine überdurchschnittlichen Schwierigkeiten gegeben.

Zur **GOZ 5010** heißt es schließlich im Urteil: „Zur Rechtfertigung der Schwellenwertüberschreitung bei der Behandlung der Zähne 35 und 37 wird ausgeführt: ‚erhöhter Zeitaufwand durch Pfeilerdivergenzen und Ausgleichsschwierigkeiten vom Lückenschluss 34‘. Da in der Vergangenheit eine Formung des Gebisses durch Zahnspannen und andere kieferorthopädische Behandlungen noch nicht so verbreitet war, wie es möglicherweise heute üblich ist, treten Pfeilerdivergenzen bei einer Vielzahl älterer Patienten auf und stellen jedenfalls keine Besonderheit

dar. Was unter ‚Ausgleichsschwierigkeiten‘ zu verstehen ist und wodurch diese begründet wurden, ergibt sich nicht aus der Rechnung.“

**6.4 OVG Nordrhein-Westfalen, 27.03.2015 – 1 A 486/14 – (rechtskräftig), § 5 GOZ**

Die Frage, ob Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind, die das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen können, ist gerichtlich voll überprüfbar. Die Bewertung dieser Besonderheiten ist eine juristische Frage, die das Gericht entscheiden muss, nicht ein Sachverständiger.

**6.5 VG Köln, 10.06.2015 – 10 K 4705/13 – (rechtskräftig), § 5 GOZ, GOZ 2030, 2270, 2330, 4070**

Das OLG Köln befasste sich eingehend mit Steigerungsfaktorbegründungen. Auf folgende Aspekte ist hinzuweisen:

1. Die „frische Zubereitung der medikamentösen Einlage mit individuell eingestellter Konsistenz“ dürfte bei einer Vielzahl von Patienten indiziert sein, die eine Abweichung vom Schwellenwert bei der GOZ 2330 ebenso wenig rechtfertigt, wie eine nicht näher dargelegte „erschwerter Fixierung“.
2. Eine subgingivale Präparation allein kann eine Überschreitung des Schwellenwertes nicht rechtfertigen; dass es dabei auch zu Blutungen kommen kann, liegt auf der Hand. Lässt aber die Begründung durch einen Hinweis auf eine tief subgingival liegende Präparationsgrenze sowie die Stillung einer übermäßigen Papillenblutung erkennen, dass eine patientenbezogene Besonderheit vorgelegen hat, vermag dies einen höheren Steigerungssatz bei der GOZ 2030 rechtfertigen.
3. Eine Wurzelglättung ist bereits in der Leistungsbeschreibung der GOZ 4070 enthalten. Auch Blutungen sind bei Entfernung subgingivaler Konkremen-

## Urteile zur GOZ 2012 – Teil 1

te nicht ungewöhnlich. Beides rechtfertigt daher keine Überschreitung des Schwellenwerts der GOZ 4070.

4. Der behandelnde Zahnarzt darf eine zunächst nur stichwortartige Begründung der Steigerungsfaktoren im späteren Verlauf des Verfahrens nachvollziehbar näher erläutern.
5. Die Überschreitung des Schwellenwerts bei der GOZ 2270 lässt sich mit der Begründung „äußerst erschwerte Einordnung in ein bestehendes Okklusionskonzept“ rechtfertigen.
6. Die Begründung „Retraktionsfaden; umfangreiches Behandlungsgebiet, Erschwerung durch Blutungsneigung, erschwerte Fadlegung, erhöhter Turgor“ lässt bei der GOZ 2030 nachvollziehbar patientenbezogene Besonderheiten erkennen, welche eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen.
7. Die Begründung „Schmelz-Dentin-Anomalien, extrem erschwerte Dentinkonditionierung, bedingt durch pathologisch veränderte Dendinglobuli“ lässt bei der GOZ 2197 eine patientenbezogene deutliche Abweichung vom durchschnittlichen Fall der adhäsiven Befestigung konkret erkennen und legt die Überschreitung des Schwellenwertes nachvollziehbar dar.
8. Die besonderen Voraussetzungen der GOZ 5170 (ungünstige Zahnbogen- und Kieferformen) kann der behandelnde Zahnarzt durch eine detaillierte und plausible Beschreibung der extrem ungünstigen Kieferverhältnisse nachvollziehbar darlegen. Ebenso reicht die Begründung „Erschwerung durch vorhandene Restaurationen, einstrahlende Schleimhautbänder, stark eingeschränkte Mundöffnung“ dafür aus. ■

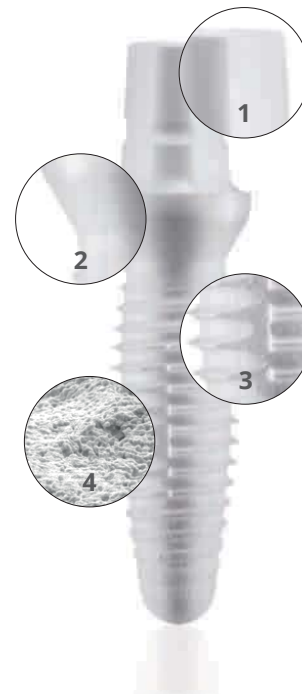
*Dieser Beitrag wird fortgesetzt ...*

*Unter Mitarbeit von  
Dr. Thomas Wostry Rechtsanwalt*

Biologisch • Sicher • Wirtschaftlich • Fair



## FairWhite™ setzt Maßstäbe



1. präparierbarer prothetischer Kopf
2. hohe Festigkeit durch eine keramikgerechte Formgestaltung
3. selbstschneidendes Gewinde und formkongruente Bohrer für besten IBIC
4. ZircaPore® - Schicht für verbesserte Knochenanlagerung



Implantieren kann so einfach sein.

SCAN ME:

Kurzvideo (ca. 2 min.) „Implantation FairWhite“

**FairImplant**

Kieler Straße 103-107 • 25474 Bönningstedt

Tel 040 25 33 055-0 • Fax -29

[www.fairimplant.de](http://www.fairimplant.de)

## 11. Praxisleitfaden der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC)

# Update: kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate

Der neue Praxisleitfaden wurde anlässlich des 11. Experten Symposium am 6. Februar 2016 in Köln von der Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) unter Federführung des BDIZ EDI erarbeitet. Das Papier aktualisiert den gleichnamigen Praxisleitfaden der EuCC aus dem Jahr 2011.

## 1. Methodik

### 1.1 Zielsetzung:

Der vorliegende Leitfaden soll dem implantologisch tätigen Zahnarzt/Arzt als Empfehlung dienen, die Indikationen oder Indikationseinschränkungen einer möglichen Verwendung von kurzen oder angulierten beziehungsweise durchmesserreduzierten Implantaten einschätzen zu können.

### 1.2 Einführung

Das vorliegende Konsensuspapier beschränkt sich auf Aussagen zu Titanimplantaten, die nach den Empfehlungen der Indikationsklassen der Konsensuskonferenz Implantologie inseriert wurden.

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

### 1.3 Hintergrund:

Die Vermeidung von Augmentationen durch dimensionsreduzierte Implantate und die optimale Ausnutzung des vorhandenen Knochenangebotes werden als minimalinvasive Behandlungsoptionen vielfach empfohlen [45]. Zur Sicherstellung eines akzeptablen Behandlungsergebnisses sind neben der Anzahl der Implantate auch die Auswahl der Dimension und die Art der Insertion zu berücksichtigen.

### 1.4 Literaturrecherche:

Es wurden die Literaturdatenbanken Cochrane Library, EMBASE, DIMDI und Medline herangezogen. Die Suchstrategie beinhaltete ausgewählte Suchbegriffe wie „short implants“, „angulated implants“, „angled implants“, „tilted implants“, „outcome grafting procedure“, „implant failure“. 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 beziehungsweise bestellt. Zum Thema liegen mehrere Review-Arbeiten, Metaanalysen und RCTs (Randomised Controlled Trials) und andere systematische, klinische Studien vor.

### 1.5 Verfahren zur Erstellung des Leitfadens/Konsensuspapiers:

Ein Erstentwurf erarbeitet von *PD 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 zur Verfügung gestellt.

Der Ablauf der Konsensuskonferenz erfolgte in fünf Schritten:

- Durchsicht des Erstentwurfes
- Registrierung von Alternativvorschlägen
- Abstimmung von Empfehlungen und Empfehlungsgraden
- Diskussion der nicht konsensfähigen Punkte
- endgültige Abstimmung.

## 2. Problemstellung

Die Anwendung von Standardimplantaten erfordert bei Patienten mit einer Atrophie des Kieferkammes oder einer ausgeprägten Kaudalisierung der Kieferhöhle die Anwendung von augmen-

### Die Teilnehmer der 11. Europäischen Konsensuskonferenz

#### Leitung:

PD Dr. Jörg Neugebauer (Deutschland)

#### Protokoll:

Dr. Freimut Vizethum (Deutschland)

#### Teilnehmer:

Christian Berger (Deutschland)

Dr. Antonio Bowen (Spanien)

Prof. Dr. Douglas Deporter (Kanada)

Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers (Österreich)

Dr. Peter Fairbairn (Großbritannien)

Prof. Dr. Antonio Felino (Portugal)

Dr. Thomas Fortin (Frankreich)

Dr. Vikas Gowd (Indien)

Prof. Dr. Pavel Kobler (Kroatien)

Prof. Dr. Vitomir Konstantinovic (Serbien)

Prof. Dr. Matthias Kern (Deutschland)

Prof. Dr. Mauro Marincola (Italien)

PD Dr. Hans-Joachim Nickenig (Deutschland)

Prof. Dr. Hakan Özyuvaci (Türkei)

Prof. Dr. Norbert Schmedtmann (Deutschland)

Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller (Deutschland)

Vijay Kammula (Deutschland,

Begleitung Dr. Gowd)





Die Teilnehmer der 11. Europäischen Konsensuskonferenz.

tativen Verfahren [18, 17]. Diese Verfahren sind etabliert, es treten aber je nach Ausbildungsstand des Anwenders und der patientenspezifischen Risikofaktoren Komplikationen auf oder schränken postoperativ die Lebensqualität der Patienten ein [1, 9, 19, 18, 17, 33].

### 3 Anwendung kurzer Implantate

#### 3.1 Einleitung

Kurze Implantate werden heute zunehmend als Therapiealternative bei reduzierter vertikaler Knochenhöhe diskutiert [3]. Gegenüber der Verwendung von Standardimplantaten sind aufgrund biomechanischer Überlegungen (zum Beispiel Verhältnis Krone zu Implantat) ungünstigere Belastungsverhältnisse auf das Implantat und das Implantatlager zu erwarten [23]. Die Weiterentwicklung des Implantatdesigns, der Implantatoberflächen sowie die Anwendung spezieller Behandlungsmethoden sollen das Therapierisiko minimieren (14).

#### 3.2 Definition von kurzen Implantaten

Von kurzen Implantaten wird in der Regel dann gesprochen, wenn die Implantatlänge  $\leq 8$  mm und der Durchmesser  $\geq 3,75$  mm beträgt [43, 47]. Ultrakurze Implantate haben eine Implantatlänge  $< 6$  mm [13].

#### 3.3 Indikation kurzer Implantate

Kurze Implantate werden in erster Linie im Seitenzahnbereich des Ober- und Unterkiefers eingesetzt. Grund ist das verringerte vertikale Knochenangebot bei noch ausreichender Breite des Knochens, limitiert durch anatomische Nachbarstrukturen (Sinus maxillaris, Canalis mandibulae). Sie werden auch für die Fixierung von Deckprothesen oder Einzel- oder multiplem Zahnersatz im anterioren Kiefer alternativ zu knochen-aufbauenden Maßnahmen verwendet [47, 48]

#### 3.4 Derzeitige Beobachtungen

Für ultrakurze Implantate ergibt sich keine ausreichende Evidenz. Eine Reviewarbeit aus dem Jahr 2015 führt an, dass es RCTs über die Anwendung der Sinusbodenelevation beziehungsweise kurzen Implantaten gibt. Fünf Studien zeigen bei einer Beobachtungsdauer von 16 bis 18 Monaten eine Überlebensrate von 99,5 Prozent (95 % CI: 97,6 bis 99,98 %) für lange Implantate in Kombination mit einer Sinusbodenelevation und von 99,0 Prozent (95 % CI: 96,4 bis 99,8 %) bei kurzen Implantaten. Für kürzere Beobachtungszeiten von acht bis neun Monaten lagen die Überlebensraten für lange Implantate in drei Studien bei 100 Prozent (95 % CI: 97,1 bis 100 %) und für kurze Implantate

bei 98,2 Prozent (95 % CI: 93,9 bis 99,7%) [53]. Diese Ergebnisse werden von weiteren RCTs unterstützt [49, 52].

Die Anzahl der RCTs für die Anwendung im Unterkiefer ist bisher gering [42]. Bei den RCTs wurde kein relevanter Unterschied für die biologischen Komplikationen bei der Anwendung von kurzen und langen Implantaten im posterioren Unterkiefer gefunden [18, 25]. Eine Arbeitsgruppe hat inzwischen Fünf-Jahres-Ergebnisse eines RCTs vorgestellt, die keinen signifikanten Unterschied bei der Anwendung von kurzen Implantaten im Vergleich zu einer vertikalen Augmentation zeigen [21].

Eine retrospektive Vergleichsauswertung belegt keinen Unterschied zwischen kurzen und langen Implantaten über einen Untersuchungszeitraum von fünf Jahren [24]. Eine Metaanalyse zeigt auf, dass die Überlebensraten von kurzen Implantaten mit einer mikrostrukturierten Oberfläche hohe Erfolgsquoten aufweisen [37]. Langzeitdaten über Beobachtungszeiträume von 20 Jahren zeigen ebenfalls gute Ergebnisse für Implantate mit einer gesinterten porösen Oberfläche [15, 16].

Literaturhinweise ergeben, dass bei Verwendung von Implantaten, die nicht nur im Durchmesser, sondern auch in der

Länge reduziert sind, mit einer erhöhten Verlustrate von bis zu zehn Prozent nach drei bis fünf Jahren zu rechnen ist [11].

### 3.5 Vermeidung von Komplikationen

Zur Vermeidung von in erster Linie biomechanisch begründeten Komplikationen werden von einigen Autoren Empfehlungen abgegeben:

- Kurze Implantate mit maschinierter Oberfläche sollen nicht verwendet werden [37]
- Verwendung kurzer Implantate nur bei günstiger Knochenqualität [48]
- Versorgung mit Einzelkronen [2, 28, 38, 52]
- Primäre Verblockung bei kurzen Schraubenimplantaten [39]
- Vermeidung von Führungsflächen bei Lateralbewegung [10]
- Insertion auf oder unter Knochenniveau mit konischem Aufbaudesign [30, 34]
- Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler sollen eine angemessene Ausbildung erhalten haben. [53]
- Für kurze Implantate liegen keine Daten für die Anwendung der Sofortversorgung vor.

## 4. Anwendung angulierter Implantate

### 4.1 Einleitung

Angulierte Implantate werden heute bei der Versorgung zahnloser Kiefer mit begrenzter vertikaler Knochenhöhe zunehmend als Therapiealternative zu aufwendigen Hartgewebsaugmentationen verwendet, aber auch, um die Primärstabilität bei der Sofortversorgung zu verbessern [10]. Hierbei wird das Ziel verfolgt, mit der schrägen Implantateinbringung, an den gefährdeten Nachbarstrukturen vorbei (zum Beispiel Foramen mentale im Unterkiefer, Sinus maxillaris im Oberkiefer), möglichst viel Knochenanteil zu nutzen und prothetische Abstützungsfläche durch divergierende Implantatachsen zu erreichen [4]. Implantatprothetische Versorgungen können auf diesen Implantaten durch abgewinkelte Implantataufbauten eingebracht werden.

### 4.2 Beobachtungen

Sofortbelastungskonzepte mit angulierten Implantaten werden seit etwa fünf bis zehn Jahren auf vier oder fünf Implantaten im Ober- und Unterkiefer als Gesamtversorgung eines Kiefers beschrieben [6, 7, 22, 26, 32, 35]. Günstige Survivalwerte liegen für diese Konzepte kombiniert mit primärer Verblockung mittels festsitzender Brücken für Kontrollintervalle bis zu 6,5 Jahre vor [36]. Verschiedene Metaanalysen zeigen keinen Unterschied in Erfolgsrate und Knochenabbau bei der Versorgung von zahnlosen Kiefern mit zirkulären Brücken und angulierten Implantaten nach kurzer und mittlerer Beobachtungsdauer [5, 10, 12, 40].

### 4.3 Prothetikbezogene Erfahrungswerte

Bei verkürzter Zahnreihe ist durch das Fehlen der posterioren Abstützung keine erhöhte Prävalenz für oromandibuläre Fehlfunktionen zu erwarten [46].

### 4.4 Vermeidung von Komplikationen

- Die Anwendung von sofortversorgten und anguliert eingebrachten Implantaten sollte bei ausreichender Primärstabilität erfolgen.
- Für eine anatomisch und prothetisch korrekte Implantatinsertion wird eine 3D-Diagnostik empfohlen.
- Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler sollen eine angemessene Ausbildung erhalten haben.

## 5. Durchmesserreduzierte Implantate

### 5.1 Definition

Durchmesserreduzierte Implantate (DRI) werden im Vergleich zu den Standarddurchmesser-Implantaten (SDI) als jene mit einem intraossären Durchmesser kleiner 3,5 mm für die Insertion bei reduzierter Knochenbreite definiert [47]. Implantate mit einem Durchmesser von kleiner als 2,7 mm, werden auch als „Mini“-Implantate (MDI) bezeichnet [25, 50].

### 5.2 Beobachtungen

Für die durchmesserreduzierten Implantate werden in der Regel hohe Überle-

bensraten (> 90 Prozent), angegeben [29, 31, 47, 51], die auf einer sorgfältigen Patientenauswahl, Beurteilung der Knochendichte, dem klinischen Vorgehen und der Erfahrung des Anwenders beruhen. Durchmesserreduzierte Implantate sind auch im Seitenzahnbereich mit einer hohen Erfolgsquote anwendbar [31]. Für Mini-Implantate gibt es viele retrospektive Untersuchungen. Allerdings zeigen Metaanalysen mit prospektiven und/oder randomisierten Studien nur kurzfristige Ergebnisse oder erhöhte Fehlerraten [8, 31, 44]. In einer aktuellen Literaturanalyse wird festgestellt, dass kürzere Implantate ( $\leq 13$  mm) unter Belastung häufiger verloren gehen als längere (> 13 mm) [51].

### 5.3 Vermeidung von Komplikationen

- Mini-implantate haben ein erhöhtes Risiko des Implantatverlustes
- Kurze Mini-Implantate sollten vermieden werden [54].

## 6. Empfehlungen zu kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten

Die Anwendung von kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten bei reduziertem Knochenangebot stellt heute bei Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter eine verlässliche Therapieoption im Vergleich zu den Risiken bei der Anwendung von Implantaten mit Standarddimensionen in Kombination mit augmentativen Verfahren dar. Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler müssen eine angemessene Ausbildung erhalten haben, um für den jeweiligen Patienten, die bestmögliche Therapieform zu wählen [41]. ■

NEU

#### Literatur

### 11. Europäische Konsensuskonferenz

Die Literaturliste ist beim Scannen des folgenden QR-Codes erhältlich





# HI-TEC IMPLANTS

KOMPATIBEL ZU FÜHRENDEN IMPLANTATSYSTEMEN

VISION



LOGIC



X6 & MODULAR ABUTMENT



SELF THREAD & UNIVERSAL UNIT



Beispielrechnung  
Einzelzahnversorgung

Implantat inkl. Deckschraube .....	89,-
Abheilpfosten.....	15,-
Einbringpfosten = Abdruckpfosten .....	0,-
Modellimplantat.....	12,-
Titan-Pfosten bzw. CAD/CAM Kleebasis.....	39,-
<b>EURO</b>	<b>155,-*</b>

\* ohne Mindestabnahme!!



Das HI-TEC Implantatsystem bietet allen Behandlern die **wirklich** kostengünstige Alternative und Ergänzung zu bereits vorhandenen Systemen.

HI-TEC IMPLANTS · Vertrieb Deutschland · Michel Aulich · Veilchenweg 11/12 · 26160 Bad Zwischenahn  
Tel. 0 44 03/53 56 · Fax 0 44 03/93 93 929 · Mobil 01 71/60 80 999 · michel-aulich@t-online.de · www.hitec-implants.com

HI - TEC IMPLANTS

Interview mit PD Dr. Jörg Neugebauer und Christian Berger

# „Kurze Implantate sind nichts für Ungeübte“

Die Kurzen haben sich etabliert, lautete das Fazit des 11. Experten Symposiums des BDIZ EDI in Köln. Doch was ist heute kurz? Vor einigen Jahren galten 10 mm als kurz, heute ist man bei 6 bis 8 mm. Es wäre also falsch zu glauben, mit kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten die eigenen chirurgischen Defizite ausgleichen zu können. Wie kurz darf es sein und wie steil ist die Lernkurve für Einsteiger? Im Interview beziehen der wissenschaftliche Leiter des Symposiums, PD Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech, und Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI und der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Stellung.

**Sind noch kürzere Implantate als 6 bis 8 mm mit stabilen Implantat-Abutment-Verbindungen überhaupt herzustellen? Wo liegt die Grenze aus mechanischer und biologischer Sicht:**

PD Dr. Jörg Neugebauer: Versuche, ganz flache Implantate zu entwickeln, sind in der Vergangenheit wieder aufgegeben worden, da diese bei biologischen Komplikationen große Kieferkammdefekte verursacht haben. Bei den heute gängigen zylinderförmigen Implantaten ist die Einstecktiefe der Implantataufbauverbindungen der wesentliche Faktor für die Langzeitstabilität. Gerade die konische Implantataufbauverbindung zeigt hier Vorteile und dementsprechend sind auch ultrakurze Implantate mit enossalen Verankerungslängen von 4 bis 5 mm denk-

bar. Was jedem, der kurze und ultrakurze Implantate anwenden möchte, klar sein muss: hierbei handelt es sich um andere Verankerungsmechanismen als bei den bisher angewendeten reinen Schraubenimplantaten – sowohl bei der Prothetik als auch im Knochen. Tiefe Rillen oder Flanken am Implantat und der sich verjüngende Implantathals bewirken eine hochwertige Osseointegration und damit eine für die Biomechanik günstige, physiologische Kraftübertragung, die sogar zu einer Verdichtung der Knochenstruktur bei geringer Knochenqualität führen kann.

**Die Stabilität der Verbindung ist gerade bei großen vertikalen Defekten der limitierende Faktor. In welchen Fällen plädieren**

**Sie für welche „Kurzen“ – auch mit Blick auf die Innenverbindung?**

Neugebauer: Auf dem Gebiet der Implantatprothetik wurde in den vergangenen Jahren sehr viel Augenmerk auf die Implantataufbauverbindung gelegt. Dabei wurde leider relativ häufig ein kompliziertes Design gewählt, das industriell-technisch sicherlich eine Herausforderung darstellte, aber im praktischen Einsatz im Mund doch oftmals zu Komplikationen mit Abutment und Schraubenlockerungen geführt hat. Der Wunsch, konische Aufbauverbindungen mit Schraubenfixierung zu verwenden, führt daher leider oft zu dem Phänomen „Gürtel und Hosenträger“, sodass letztendlich keiner der beiden Verankerungsmechanismen eine volle Funktionalität trägt und es dann auch wieder zu prothetischen Komplikationen kommt. Das bedeutet, dass ein ausreichend dimensionierter Klemmkonus verwendet werden sollte. Dieser muss auch ganz und gar die Kaukraft übernehmen können. Gerade bei den ultrakurzen Implantaten müssten also wieder Implantatdurchmesser mit Größen von 4,5 mm und mehr verwendet werden, die bei langen zylindrischen Implantaten zu sehr voluminösen Implantatkörpern führen würden. Aber gerade bei den ultrakurzen Implantaten zeigen diese kleinen Implantatkörper, die das vorhandene Knochenangebot optimal ausnutzen, gute Langzeitergebnisse. Verschiedene Autoren zeigen, dass kurze Implantate mit einer mikrostrukturierten Implantatoberfläche auch bei einem ho-



Christian Berger



PD Dr. Jörg Neugebauer



Foto: Fotolia.com / megaflopp

hen Kronen/Implantatlängenverhältnis wenig Komplikationen zeigen.

**Kurze Implantate machen aufwendige Augmentationen vielfach überflüssig. Wann aber kommt man auch mit Kurzen an aufwendigen Augmentationen nicht vorbei?**

*Neugebauer:* In unserer Praxis werden in den vergangenen Jahren vermehrt kurze Implantate gesetzt. Dennoch ergibt sich eine nicht unwesentliche Anzahl von Augmentationen, wenn das Knochenan-

gebot zu gering ist, um eine Implantation mit kurzen Implantaten durchzuführen, zum Beispiel im Unterkieferseitenzahnbereich < 4 mm oberhalb des Nervkanals. Das Gleiche gilt auch im Oberkieferseitenzahnbereich bei extrem extendierten Kieferhöhlen oder sehr häufig auch beim Verlust von Implantaten, sodass dann zunächst die Kieferkammkontur wiederhergestellt werden muss. Auch gerade beim jungen Patienten in der Oberkieferfront ist immer noch ein Knochenaugmentat notwendig, um nicht nur das Hart-, son-

dern auch das Weichgewebe optimal abstützen zu können.

**Auch durchmesserreduzierte Implantate helfen, Augmentationen (laterale) zu vermeiden. Wie kurz dürfen beziehungsweise sollten diese heute sein? Ab welcher Länge droht ein „Bruch“?**

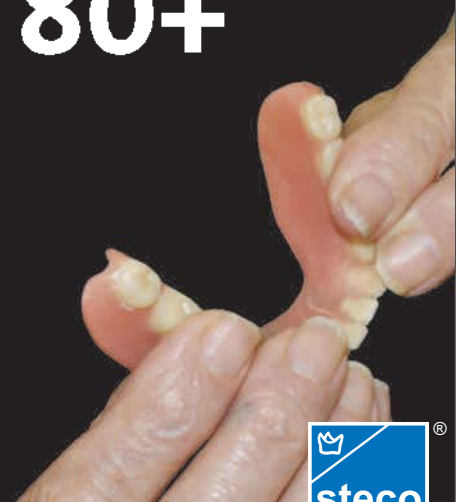
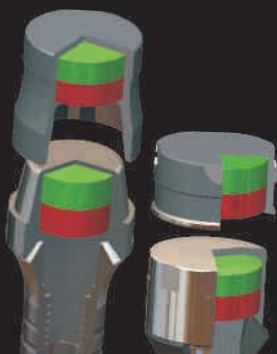
*Neugebauer:* Bei den durchmesserreduzierten Implantaten ist die Datenlage sehr kontrovers. 8-mm-Implantate mit 3,5 mm Durchmesser sollten nur in Ausnahmefällen verwendet werden, da die

# Patienten 80+

StecoTitanmagnetics®

Die implantatprothetische Lösung für Gicht-, Rheuma- und Pflegepatienten.

Tel. 040-55 77 81 55 [www.steco.de](http://www.steco.de)



Kein Matrizenwechsel - jetzt auch für Conelog™



Mechanismen der ultrakurzen Implantate hier nicht greifen und die Verankerungsfläche relativ gering wird. Bei dünnen Implantaten entscheidet auch die Art der Versorgung. Hier kann es sein, dass durchaus mehr Implantate eingebracht werden müssen, um eine ausreichende Stabilität des Gesamtsystems zu gewährleisten. Es geht nicht an, dass man bei ungünstigen Verhältnissen von jedem reduzierten Design genau das nimmt, was man haben möchte, ohne die jeweilige speziell dafür vorgesehene Konzeption zu beachten.

**Wann sollte man Kurze „freihand“ inserieren, wann besser mit 3D-Bohrschablone?**

**Christian Berger:** Eine gute Planung ist immer der Schlüssel zum Erfolg – auch bei „langen“ Implantaten. Ob dabei eine Bohrschablone notwendig ist oder die Insertion freihändig erfolgen kann, ist vor allem von der Erfahrung und Fertigkeit des Zahnarztes abhängig. Das bedeutet, die Wahl, ob „kurz“ oder „lang“ macht nicht den Unterschied, denn die Implantate müssen in jedem Fall an der richtigen Stelle und in der richtigen Achse eingesetzt werden, um den vorhandenen Knochen optimal zu nutzen und gleichzeitig eine spätere Versorgung problemlos zu ermöglichen. Dabei ist die Insertion auch für die spätere Implantatpflege von großer Bedeutung.

**Zygoma-Implantate sind bekanntlich alles andere als kurz. Die Lernkurve ist steil. Ist das in letzter Konsequenz nur etwas für Oralchirurgen?**

**Berger:** Es ist sicher eine intensive Ausbildung erforderlich, um fünf Zentimeter lange Implantate an der richtigen Stelle und in der korrekten Achse von der Mundhöhle aus im Jochbein zu verankern. Heute geschieht dies meist in Verbindung mit einem externen Sinuslift, um zu vermeiden, dass das Implantat später die Kieferhöhle und die Kieferhöhlenschleimhaut perforiert. Diese notwendige Fortbildung und Fertigkeit ist nicht von einer bestimmten chirurgischen Weiterbildung abhängig, aber eine solche Weiterbildung ist natür-

lich ein solides Fundament, um das für Zygoma-Implantate notwendige Wissen und Können zu erwerben.

**Der implantierende Zahnarzt und der prothetische Behandler sollten eine angemessene Ausbildung vorweisen, um Patienten angemessen behandeln zu können, hieß es auf der 11. Europäischen Konsensuskonferenz. Gibt es hier aktuell Defizite?**

**Berger:** Implantologie ist auch ein Markt. Leider werden viele Innovationen mit dem unterschwelligen Versprechen auf den Markt gebracht, es gehe mit diesem Implantat oder mit jener Methode „leichter“ oder „problemlos“. Jede Therapie hat ihre Indikationen und damit auch ihre Möglichkeiten, Komplikationen und Grenzen. Es wäre also falsch, zu glauben, mit kurzen, angulierten oder durchmesserreduzierten Implantaten die eigenen chirurgischen Defizite ausgleichen zu können. Solche Implantate sind nicht für Operateure entwickelt worden, die den externen Sinuslift und die Augmentation (noch) nicht beherrschen. Der erfahrene und langfristig erfolgreiche Implantologe zeichnet sich dadurch aus, dass er aus der heute vorliegenden breiten Palette von Implantaten für den jeweiligen Patienten diejenige Lösung herausfindet und anwendet, die im vorliegenden Fall optimal für den Patienten ist. Das sind in vielen Fällen die „normalen“ Implantate, manchmal der lange Weg der Augmentation und Sinusbodenelevation, immer häufiger aber der Weg über kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate. In jedem Fall braucht es einen fortgebildeten Operateur und ein geschultes Team.

**Was muss konkret verbessert werden?**

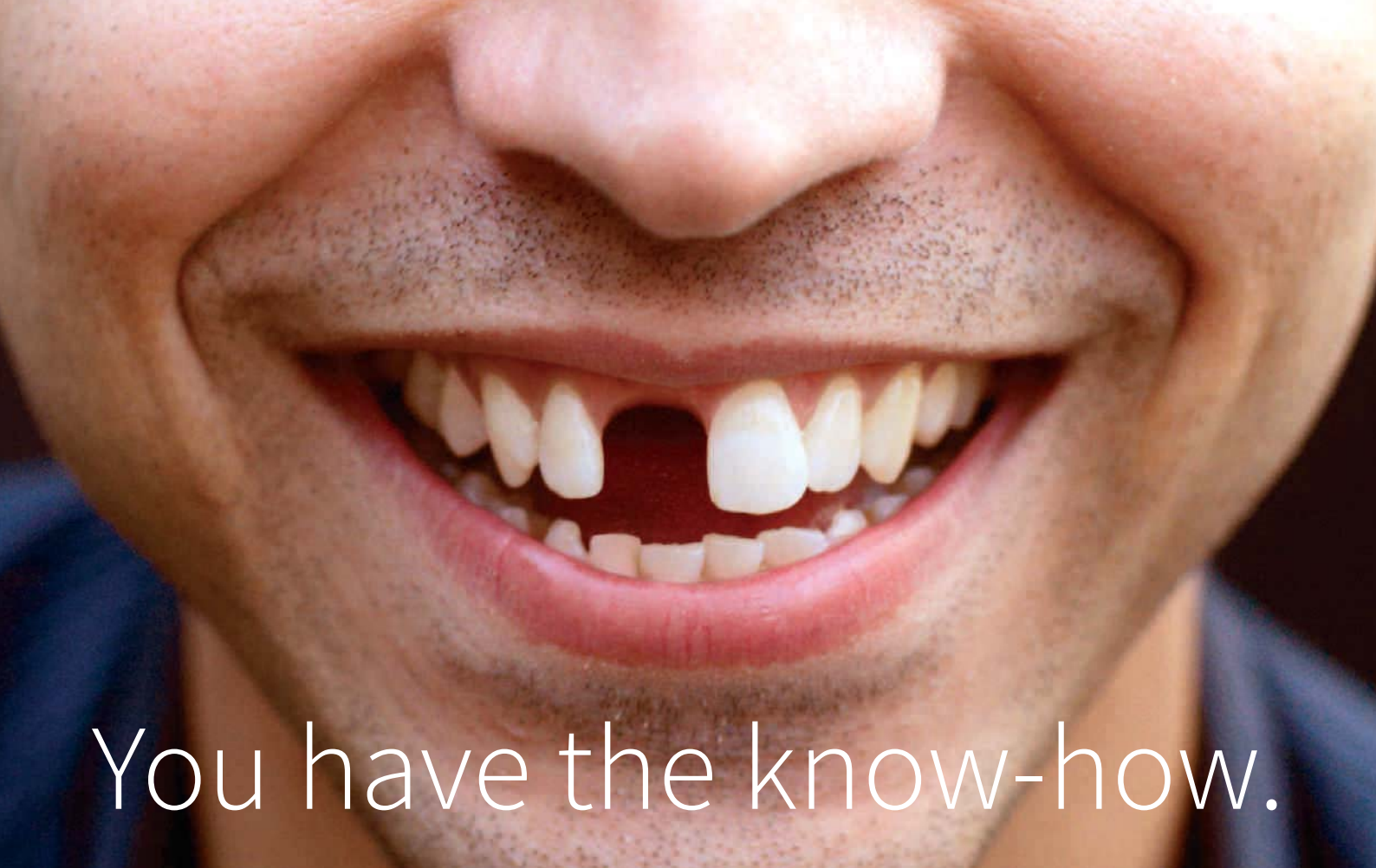
**Berger:** Ich will nicht von Verbesserung sprechen, sondern von Selbstverständlichkeiten in der Wissenschaft. Eine gute chirurgische und prothetische Aus- und Fortbildung ist immer die Voraussetzung für langfristig erfolgreiche Implantationen. Selbstverständlich werden Innovationen durch Firmen vorgestellt und Fortbildungen von diesen durchgeführt. Aufgabe der wissenschaftlichen Gesellschaften und des Berufsstandes ist es,

diese Weiterentwicklungen auf Kongressen kritisch zu hinterfragen und mit anderen Methoden zu vergleichen. Also bitte nicht Implantatsystem A kaufen, dann lediglich Fortbildungskurse dieser Firma besuchen und später nur Veröffentlichungen von A lesen. Zahnmedizin ist auch eine Erfahrungswissenschaft, aber Wissenschaft ist immer der kritische Dialog, und der Implantologe muss immer selbstkritisch bleiben.

**Braucht es einen Fachzahnarzt für Implantologie und Implantatprothetik?**

**Berger:** Wir brauchen immer mehr bestens geschulte und fortgebildete Implantologen. Den Fachzahnarzt für Implantologie, nein, den braucht es nicht, weil so ein Fachzahnarzt Gefahr liefe, sich nur auf sein Fachgebiet zu beschränken. Leider war es in der Kieferorthopädie lange so, dass Kieferorthopäden und Zahnärzte nur wenig im Dialog miteinander waren. Seit sich das geändert hat, profitieren alle. Ich denke als Implantologe nur an die kieferorthopädische Extrusion nicht erhaltungswürdiger Wurzeln und Zähne, um den Knochenverlauf für eine spätere Implantation zu optimieren. Heute brauchen wir immer mehr Zusammenarbeit von Zahnärzten, die sich auf verschiedenen Gebieten spezialisiert haben. Wir versuchen durch Prophylaxe möglichst lange möglichst viele Zähne naturgesund zu erhalten. Bei Zahnschäden wenden wir minimalinvasive Therapien an und auch bei fortschreitendem parodontalen Abbau setzen wir lange auf Zahnerhalt. Erst wenn Zähne entfernt und ersetzt werden müssen, kommen die Prothetik und die Implantologie ins Spiel. Dabei brauchen wir, wie gesagt, Vernetzung und nicht Vereinzelung der Disziplinen in der Zahnheilkunde. Und bei dieser Vernetzung spielt das Team aus Behandler, Assistenz und Zahntechniker eine immer wichtigere Rolle in Diagnostik, Therapie und Nachsorge. ■

*Aus dem DENTAL MAGAZIN 2016/34.  
Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Deutschen Ärzte-Verlags.*



You have the know-how.

Now get the know-when.



The Osstell IDx helps you to objectively determine implant stability and to assess the progress of osseointegration – without jeopardizing the healing process. It is an accurate and non-invasive method that will provide the objective information needed to determine when to load the implant.

Less guesswork. More Insight.

Sie finden Osstell auf der DGI Tagung NRW in Münster und der DGI Tagung Bayern in München am 23-24 April 2016.

Kommen Sie uns besuchen – wir freuen uns auf Sie!

 **OSSTELL**  
osstell.com

Falldarstellung: Austausch eines Titanimplantats gegen ein Keramikimplantat

# Zweiteiliges Keramikimplantat im Praxisalltag

Ein Beitrag von Dr. Michael Leistner

**Keramikimplantate ergänzen zunehmend den implantatprothetischen Arbeitsalltag. Der Autor geht zunächst grundlegend auf die Thematik ein. Danach stellt er einen Patientenfall vor, bei dem ein vorhandenes Titanimplantat nach 17 Jahren in Funktion gegen ein Keramikimplantat ausgetauscht worden ist. Ein Vorteil des verwendeten Implantatsystems ist dessen Mehrteiligkeit.**

Dem vollkeramischen Zahnersatz kann eine gute Zukunftsperspektive prognostiziert werden. Grund für die Verbreitung vollkeramischer Werkstoffe sind die positiven Materialeigenschaften. Auch im Bereich der dentalen Implantologie werden zunehmend keramische Materialien thematisiert und diskutiert. Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem Keramikimplantat Zeramex P (Dentalpoint AG, Lörrach) und zeigt die Vorteile aus Sicht des Autors auf. Die wissenschaftliche Literatur bestätigt Titanimplantaten sehr hohe Erfolgsraten. Trotzdem wird nach metallfreien Möglichkeiten geforscht, um zum Beispiel den ästhetischen Anforderungen noch besser gerecht werden zu können. Zudem soll der stärker werdenden Patientennachfrage nach metallfreien Versorgungskonzepten

Rechnung getragen werden. In den vergangenen Jahren wurde intensiv an Materialien geforscht, die hinsichtlich der Stabilität und Biokompatibilität dem Titan ähnlich sind und zudem aus ästhetischer Sicht Vorteile bringen. Insbesondere bei einem dünnen Gingivatyp ist das graue Durchscheinen eines Titanimplantats als Nachteil zu erachten. Moderne keramische Materialien – zum Beispiel Zirkonoxid – sind hier zu einer Alternative geworden. Sie sind in der Regel chemisch stabil, inert, beständig gegenüber Korrosion, biokompatibel und durch die helle Farbe deutlich weniger kompromittierend. Zudem hat Zirkonoxid eine hohe mechanische Festigkeit und ist als Material für Kronen oder Brücken gut bewährt. Seit einigen Jahren findet die Hochleis-

tungskeramik zunehmend in der Implantologie Akzeptanz, zum Beispiel für Abutments oder Implantatkörper. Wird dem Patienten die Wahl gegeben, fällt die Entscheidung erfahrungsgemäß häufig auf die metallfreie Alternative. Auch die Wissenschaft sowie Forschung beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik und stellen Zahnärzten Zirkonoxid-Implantate zur Verfügung, mit denen ähnliche Erfolgsprognosen wie mit Titanimplantaten gegeben werden können.

## Anforderungen an ein Implantatmaterial

Voraussetzung für den Erfolg einer Implantattherapie ist zunächst die Primärstabilität. Neben der Biologie des

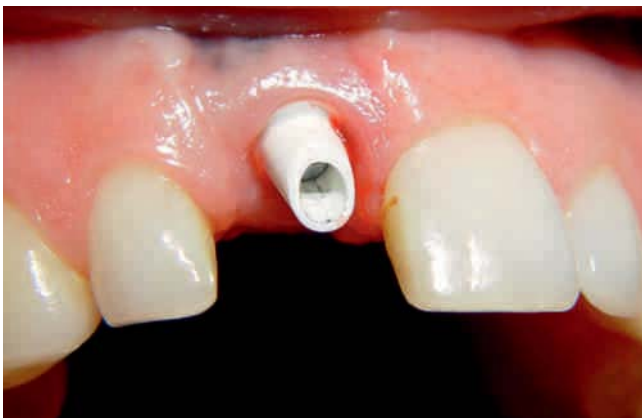


Abb. 1a und b Situation im Jahr 2001: Neuversorgung des 1996 inserierten HaTi-Implantats in regio 11. Es wurden ein konfektioniertes Keramikabutment und eine vollkeramische Krone inkliniert. Deutlich sichtbare Amalgamtätowierung im labialen Bereich des Implantats.



Knochens haben hierfür die knochenbildenden Faktoren des Implantats eine hohe Bedeutung. Grundsätzlich sind jedoch die Anforderungen an ein Implantatmaterial weitaus vielfältiger und müssen sowohl von biologischen, mechanischen, werkstoffkundlichen sowie von chirurgischen und prothetischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Zu den biologischen Forderungen zählt in erster Linie die Biokompatibilität. Die Materialien sollten nicht toxisch und/oder kanzerogen sein und müssen Sterilisationsprozessen standhalten. Wünschenswert ist ein Implantatmaterial, das die Ausbildung eines Zellattachments ermöglicht und eine Bakterienadhäsion verhindert. Der geeignete Werkstoff ist idealerweise röntgenopak, um eine radiologische Kontrolle zu gewährleisten. Als wichtige mechanische Anforderungen seien die Bruchfestigkeit, die Verschleißfestigkeit und die Formstabilität genannt. Aus zahnärztlich-chirurgischer Sicht sind die einfache Handhabung und die Möglichkeit der effektiven Kühlung während der Insertion zu betonen. Betrachtet man die prothetischen Versorgungsmöglichkeiten, ist in vielen Situationen die Mehrteiligkeit eines Implantatsystems vorteilhaft.

### Zirkonoxid als Material in der Implantologie

Es ist bekannt, dass Keramikabutments im Vergleich zu denen aus Metall weni-

ger Schleimhautverfärbungen aufzeigen und eine bessere Ästhetik erzeugen. Zu diesem Ergebnis kommt unter anderem eine Studie von Cosgarea et al [3]. Zudem wurde 2015 eine Publikation veröffentlicht, bei der unter anderem die Durchblutung des Weichgewebes bei Anlage an Titan und an Zirkonoxid verglichen worden ist. Ergebnis: In der Gruppe der Zirkonoxid-Abutments wurde deutlich mehr Blutfluss gegenüber der mit Titan versorgten Vergleichsgruppe festgestellt. Das deutet darauf hin, dass der Blutfluss im Weichgewebe rund um das Material Zirkonoxid vergleichbar ist mit der Durchblutung des Weichgewebes um einen natürlichen Zahn [5]. Doch nicht nur für Implantataufbauten ist Zirkonoxid ein interessanter Werkstoff. Ergänzend zu Titanimplantaten werden seit einigen Jahren Implantatkörper aus Zirkonoxid angeboten. Yttrium-stabilisiertes Zirkonoxid erfüllt in der Regel alle Anforderungen an Implantate.

Keramikimplantate gewährleisten ein gutes Weichgewebsmanagement und zeigen aufgrund einer geringen bakteriellen Adhäsion und einer reduzierten Plaqueanlagerung kaum periimplantäre Entzündungszeichen [1, 4]. Auch die biomechanischen Eigenschaften (hohe Härte, hohe Biegefestigkeit und Risszähigkeit et cetera) werden erfüllt [2]. Zirkonoxid hat einen inerten Charakter, ist biokompatibel und beständig gegenüber Korro-

sion [7]. Bezüglich der klinischen Anwendung von Keramikimplantaten sind zwar noch zusätzliche Untersuchungen mit einem hohen wissenschaftlichen Wert wünschenswert, doch die bisherigen klinischen Ergebnisse sind vielversprechend. Mit modernen Keramikimplantaten können Erfolgsraten erzielt werden, die vergleichbar mit Titanimplantaten (raue Oberflächen) sind [6, 9]. Als Nachteil kann die aufgrund einer Einteiligkeit häufig limitierte prothetische Versorgungsmöglichkeit bezeichnet werden. Zweiteilige Implantatsysteme bieten eine deutlich vereinfachte Handhabung und oft bessere ästhetische Ergebnisse. Nachdem die Zweiteiligkeit bei Titanimplantaten als Standard betrachtet werden kann, steht mit Zeramex P seit zirka zwei Jahren auch ein mehrteiliges keramisches Implantatsystem zur Verfügung.

### Das zweiteilige Keramikimplantat Zeramex P

Zeramex-Implantate zeichnen sich unter anderem durch die Materialstärke aus. Die Implantate werden aus harten, hochverdichteten Zirkonoxid-Rohlingen (gehippt) hergestellt und erfüllen damit die hohen Anforderungen an Festigkeit, biomechanischer Stabilität und Passgenauigkeit. Die Implantate sind korrosionsresistent und leiten weder Strom noch Wärme. Die Oberflächenstruktur wurde in Zusammenarbeit mit

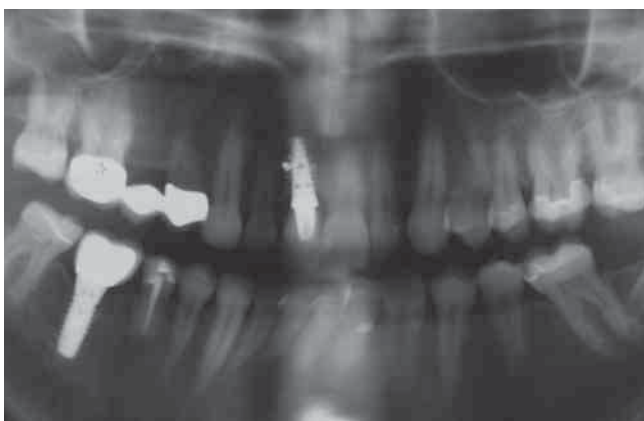


Abb. 2 Kontrollröntgenbild (OPG) aus dem Jahr 2007

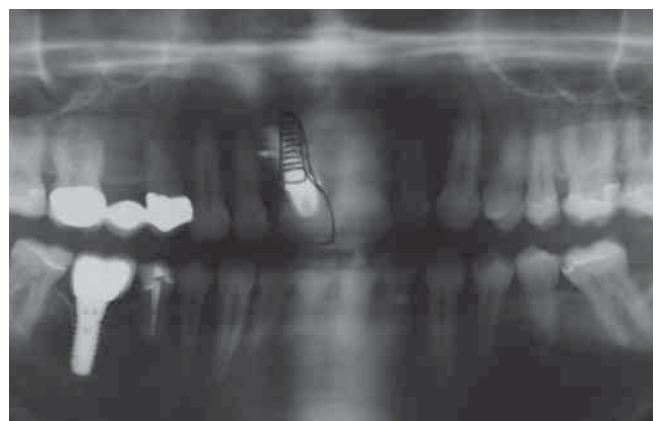


Abb. 3 OPG aus dem Jahr 2013 nach Feststellung der Lockerung des Implantats 11: Das Implantat musste explantiert und sollte mit einem Keramikimplantat ersetzt werden.



Abb.4 Situation vor der Insertion des Keramikimplantats



Abb.5 Ansetzen der Stanze zur transgingivalen Insertion



Abb.6a und b Vor der Insertion des Zeramex P: Nach der Stanzung wurde die Gingiva mit einem Rasparatorium entfernt.

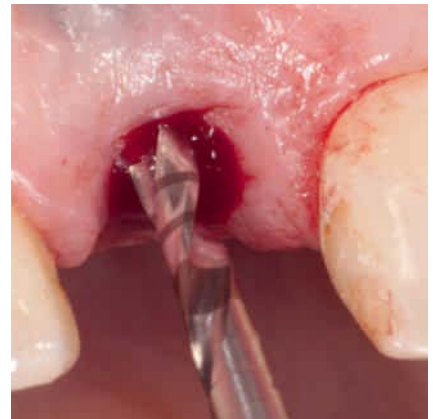
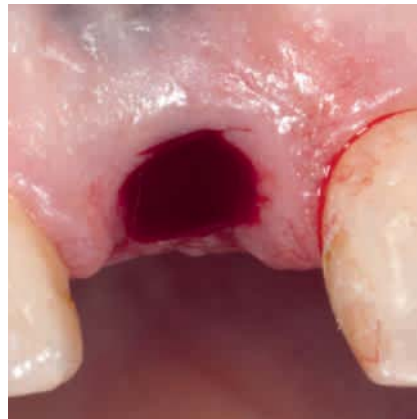


Abb.7 Ansetzen der Pilotbohrung



Abb.8 Das inserierte Keramikimplantat.



Abb.9 Eingesetzte Healing-Cap



Abb.10 Versorgen der Wundränder mit Solcoseryl-Gel zur Unterstützung der schmerzfreien Einheilung

der Universität Bern entwickelt [8]. Mit dem Zeramex P(lus)-Implantat wurde das System um ein verschraubbares, metallfreies Sekundärteil ergänzt. Somit ist die von vielen Praktikern erwünschte Zweiteiligkeit gegeben. Grundlage

für das Sekundärteil ist das Schraubmaterial, das dank der Karbon-Keramik-Technologie den hohen Anforderungen standhält. Kernstück des Zeramex P6 ist die „Vicarbo-Schraube“ aus karbonfaserverstärktem Kunststoff. Diese zeichnet

sich durch isoelastische Eigenschaften aus, ist metallfrei, biokompatibel und schmiegt sich optimal in die vorgegebene Kontur an. Hochfeste Karbonfasern sind in einer PEEK-Matrix eingelagert und ergeben eine hohe Zugfestigkeit. ▶

# MANCHE DINGE MÜSSEN EINFACH PASSEN

Gesunde Zähne sind die Basis Ihres Wohlbefindens. Mit **Planmeca FIT™** hergestellte Restaurationen sind individuell gefertigt und werden so allen spezifischen Anforderungen gerecht. Das sorgt für langfristige, dauerhafte Qualität.



Weitere Informationen und Händler vor Ort:  
[www.planmeca.de](http://www.planmeca.de)



Planmeca Vertriebs GmbH Walther-Rathenau-Str. 59, Bielefeld 33602, Tel. 0521-560665-0, [verkauf@planmeca.de](mailto:verkauf@planmeca.de)

**PLANMECA FIT™**  
Offener CAD/CAM-Workflow



Abb.11 Provisorische Versorgung mit einer Sunflex-Prothese

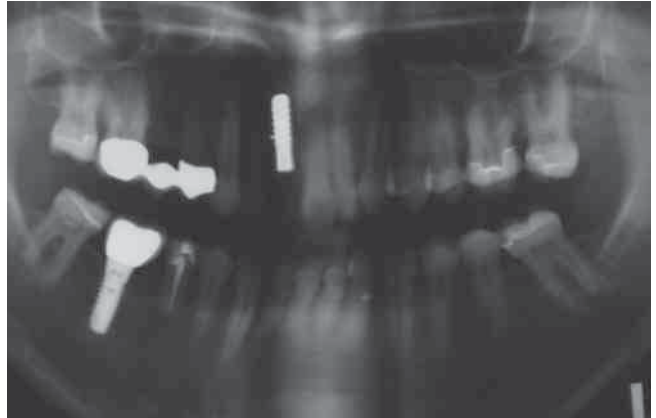


Abb.12 OPG zur Kontrolle des inserierten Implantats



Abb.13 Situation nach dreimonatiger Einheilphase



Abb.14 Entnahme des Healing-Caps mit einem Schraubendreher

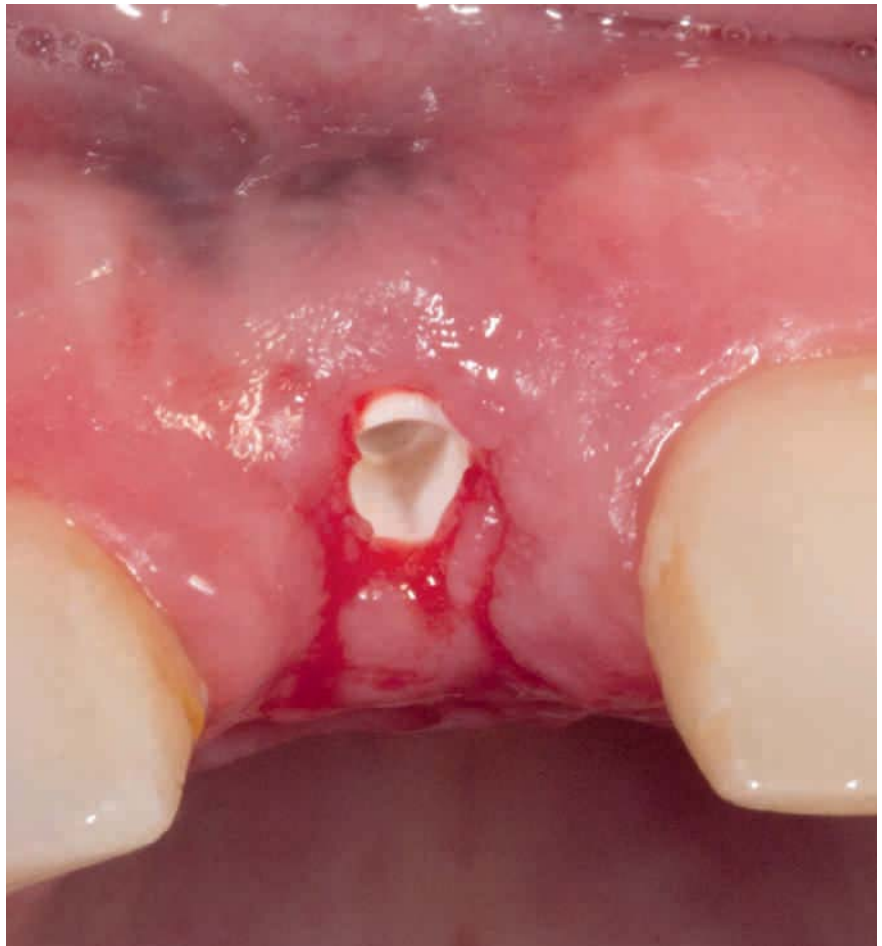


Abb.15 Das eingeeheilte Implantat.

Die vergleichsweise weiche Matrix aus PEEK ermöglicht, dass es trotz hoher übertragbarer Kräfte nicht zu schadhafenden Punktbelastungen kommt. Die Handhabung in der Praxis ist einfach sowie effizient. Eine 6-Kant-Indexierung sorgt

für den sicheren Rotationsschutz. Das Abutment liegt passgenau auf der Implantatschulter auf. In der nachfolgenden Falldarstellung wird die Anwendung des Zeramex P-Implantats anhand eines herausfordernden Patientenfalls dargestellt.

### Patientenfall

Bei der 56-jährigen Patientin musste im Alter von 20 Jahren der Zahn 11 nach einem Sturz endodontisch versorgt werden. Bald darauf kam es zu einer ►

Osteology Foundation

+

SCIENCE

## DAS «WARUM» UND «WIE» DER REGENERATIVEN THERAPIE LERNEN

+

PRACTICE

INTERNATIONALES SYMPOSIUM

# OSTEOLOGY MONACO

21. – 23. APRIL 2016

[WWW.OSTEOLOGY-MONACO.ORG](http://WWW.OSTEOLOGY-MONACO.ORG)

### Posterpräsentation

Einreichen der Abstracts bis 1. Dezember 2015  
unter [www.osteology-monaco.org](http://www.osteology-monaco.org)

### Sprache

Englisch  
Klinisches Forum 1 mit Simultanübersetzung  
Deutsch, Französisch und Italienisch

### Veranstaltungsort

Grimaldi Forum, Monaco

### Organisation

Osteology Stiftung  
Landenbergstrasse 35  
6002 Luzern | Schweiz

Tel. +41 41 368 44 44  
[info@osteology.org](mailto:info@osteology.org)

### Referenten/Moderatoren

Antoun Hadi | Araújo Maurício | Aroca Sofia | Becker Jürgen | Benic Goran | Beschnidt Marcus S. | Bonnet Franck | Bornstein Michael | Bosshardt Dieter | Buser Daniel | Cairo Francesco | Carvalho da Silva Robert | Chappuis Vivianne | Chen Stephen | Chiapasco Matteo | Cortellini Pierpaolo | Cosyn Jan | Dagnelid Marcus | Dahlin Christer | De Sanctis Massimo | Derks Jan | Fickl Stefan | Fontana Filippo | Giannobile William V. | Giesenhagen Bernhard | Gruber Reinhard | Grunder Ueli | Haas Robert | Hämmerle Christoph | Happe Arndt | Hermann Frederic | Holst Stefan | Jepsen Karin | Jung Ronald E. | Kasaj Adrian | Kim David | Koo Ki-Tae | Lang Niklaus P. | Malet Jacques | McClain Pamela K. | Merli Mauro | Neukam Friedrich W. | Nevins Marc | Nevins Myron | Nisand David | Rebele Stephan | Renouard Franck | Rocchietta Isabella | Rocuzzo Mario | Rothamel Daniel | Russe Philippe | Salvi Giovanni | Sanz Mariano | Scheyer Todd | Schlee Markus | Schlegel Karl Andreas | Schmelzeisen Rainer | Schwarz Frank | Sculean Anton | Simion Massimo | Thoma Daniel | Urban Istvan | Van de Velde Tommie | Wagner Wilfried | Weyer Nils | Wise Roger | Zabalegui Ion | Zucchelli Giovanni | Zuhr Otto

### Wissenschaftlicher Vorsitz

Friedrich W. Neukam, Deutschland  
Myron Nevins, USA

Registrierung: [WWW.OSTEOLOGY-MONACO.ORG](http://WWW.OSTEOLOGY-MONACO.ORG)



Abb.16 Reinigung der Anschlussgeometrie mit einem Rotobürstchen (Curaden)



Abb.17 Gereinigte Anschlussgeometrie

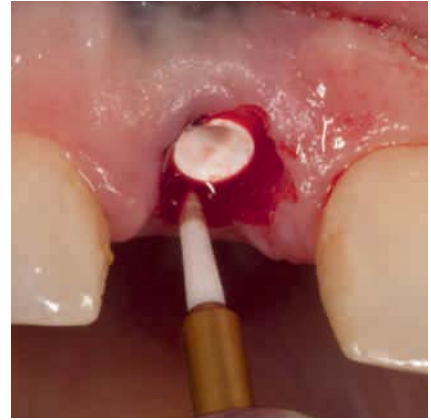


Abb.18 Freilegen der überschüssigen Gingiva



Abb.19 Das Abutment im Halter wird vor dem Einkleben mit Monobond Plus (Ivoclar Vivadent) vorbehandelt und mit Zeraglu-Zement bestrichen.



Abb.20 Das Abutment beim Einsetzen und Verriegeln mittels Zeraglock: Es rastet spürbar ein und signalisiert somit die korrekte Passung.

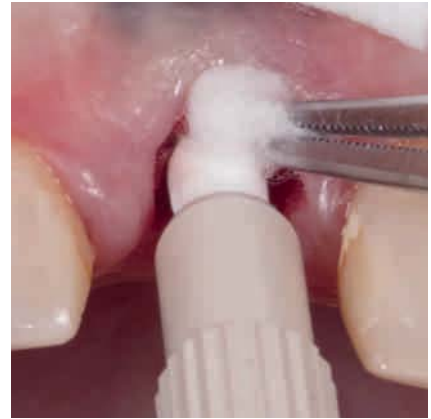


Abb.21 Versäubern der Zementüberschüsse mit einem Wattepellet



Abb.22 Das leicht individualisierte Abutment vor der Abformung.



Abb.23 Provisorische Versorgung

Entzündung an der Wurzel. Der Zahn wurde wurzelresiziert. Dabei kam zum apikalen Verschluss Amalgam zur Anwendung, was allerdings im Gewebe „verschmiert“ worden war. Auch das Weichgewebe wurde dadurch beein-

trächtigt. Die klinischen Bilder verdeutlichen die Amalgamtätowierung der Gingiva in regio 11. Im Jahre 1996 musste der Zahn endgültig extrahiert werden. Dabei gelang es nicht, die Amalgamreste zu entfernen. Im gleichen Jahr wurde

ein HaTi-Implantat inseriert und nach sechs Monaten prothetisch versorgt. Um eine kosmetische Verbesserung zu erzielen, wurde im Jahr 2001 die Krone entnommen und das Titan-Abutment mit einem konfektionierten Keramik-



Abb. 24a und b Die Situation vor dem Einsetzen der definitiven Krone.



Abb. 25 Zementierte Vollkeramikkrone (IPS e.max, Ivoclar Vivadent) eine Woche nach dem Einsetzen

Aufbau ausgetauscht. Zur prothetischen Versorgung wurde eine vollkeramische Krone inkliniert. Im Jahr 2013 – 17 Jahre später – hatte sich das Implantat so stark gelockert, dass es mit zwei Fingern herausgedreht werden konnte. Die Im-

plantatoberfläche war silberfarben und hatte sich komplett amalgamisiert. Nach einer Beratung mit der Patientin fiel die Entscheidung für eine implantologische Neuversorgung. Um der Amalgamproblematik aus dem Weg zu gehen, sollte

als Implantatmaterial nun Zirkonoxid zur Anwendung kommen. Da jedwede prothetische Limitierungen ausgeschlossen werden sollten, wurde ein zweiteiliges Implantatsystem favorisiert. Das gewählte Implantat war ein Zeramex P (Durch-



Abb. 26 Lippenbild: Aufgrund der niedrigen Lachlinie ist die Amalgamtätowierung nicht exponiert.



Abb. 27a und b Nahansicht der inklinierten Krone: Es zeigt sich eine harmonische Integration der vollkeramischen Krone und eine gute Adaption des periimplantären Weichgewebes.

messer 4,1 mm, Länge 12 mm). Die Abbildungen 1 bis 27 zeigen das chirurgische sowie prothetische Vorgehen während der implantologischen Therapie mit dem Zirkonoxid-Implantat.

### Fazit

Unter anderem aufgrund des gestiegenen Patienteninteresses an metallfreien Versorgungskonzepten werden in der Implantologie zunehmend Alternativen zu Titanimplantaten gewünscht. Moderne Keramikimplantate können dies-

bezüglich den implantatprothetischen Alltag sinnvoll ergänzen. Wichtig für den Praktiker sind – zusätzlich zu den mit Titanimplantaten vergleichbaren biologischen, mechanischen und werkstoffkundlichen Eigenschaften – die praktische Anwendbarkeit und die einfache prothetische Versorgungsmöglichkeit. Mit einem zweiteiligen Keramikimplantat wie Zeramex P (Dentalpoint AG) werden diese Anforderungen erfüllt. Die oft als Nachteil von Keramikimplantaten diskutierte Einteiligkeit ist bei diesem Implantatsystem kein Thema. Die bishe-

rigen Erfahrungen aus dem Praxisalltag des Autors sind sehr gut. Grundsätzlich sind zu Keramikimplantaten weitere Langzeitergebnisse mit einem hohen wissenschaftlichen Nennwert wünschenswert. ■

Literatur bei der Redaktion

### Kontakt

Dr. Michael Leistner  
Ziegelgasse 2 · 79249 Merzhausen  
[www.dent-design.de](http://www.dent-design.de)



BIOHORIZONS®

INTERNATIONAL SYMPOSIUM SERIES

# CANCUN

APRIL 28-30, 2016 • MEXICO



MOON PALACE GOLF & SPA RESORT  
ALL INCLUSIVE



**Ab sofort erreichen Sie uns  
kostenlos unter folgenden Nummern:**

**Telefon: 0800 42 43 733**  
**Fax: 0800 42 43 738**

BioHorizons GmbH  
Bismarckallee 9  
79098 Freiburg  
Tel. 0800 42 43 733  
Fax 0800 42 43 738  
info.de@biohorizons.com  
www.biohorizons.com

Nutzen Sie unsere Kontaktdaten zur  
Anforderung weiterführender Informationen.

BIOHORIZONS®  
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

Falldarstellung: Die Ribose-kreuzvernetzte Kollagenmembran Ossix Plus Membran

# Alveolenmanagement und Socket Preservation ohne Verwendung von Knochenersatzmaterial

Die Socket Preservation stellt eine vielversprechende Methode zum Erhalt von Hart- und Weichgewebe nach der Zahnextraktion dar. Durch das Auffüllen der Extraktionsalveole mit einem Knochenersatzmaterial unmittelbar nach der Extraktion sollen resorptive Vorgänge möglichst gering gehalten werden. Im Beitrag wird eine vereinfachte Technik der Socket Preservation mithilfe einer Ribose-kreuzvernetzten Kollagenmembran – ohne Verwendung von Knochenersatzmaterial – vorgestellt. Auf einen vollständigen Wundverschluss wird verzichtet und ein optimaler Erhalt von keratinisiertem Weichgewebe sowie eine gute knöcherner Konsolidierung des Extraktionsdefektes ermöglicht.

Die resorptiven Umbauvorgänge nach einer Zahnextraktion resultieren in einem deutlichen Hart- und Weichgewebsverlust, sowohl im horizontalen als auch im vertikalen Bereichen (*Schropp 2003, Araujo 2005, Amler 1969, Nevins 2006*). Vor allem die vestibuläre Knochenlamelle wird stark kompromittiert (*Smukler 1999, Araujo 2005*). Allerdings ist eben diese ausschlaggebend für den Implantat-Langzeiterfolg. Daher werden Behandlungsstrategien gesucht, mit denen der Gewebeerhalt nach einer Extraktion so gut wie möglich gesichert wird. Grundsätzlich kann durch eine Socketpreservation die bukkale Knochenwand nicht in allen Fällen erhalten werden, wohl aber das Volumen der Alveole, das ohne diese

Technik zu großen Teilen resorbiert wäre (zum Beispiel *Araujo 2008*).

## Einleitung

Es wurden schon zahlreiche Techniken zum bestmöglichen Alveolenerhalt beschrieben. Sie unterscheiden sich im chirurgischen Protokoll (Lappenbildung zum vollständigen Wundverschluss, lappenfreies Vorgehen beziehungsweise bewusste Exposition) sowie in der Verwendung von Füllmaterial oder Membranen zur Abdeckung des knöchernen Augmentats. Der konventionelle Behandlungsplan mit vollständigem Wundverschluss der Extraktionsalveole sieht vor, dass durch die Präparation ei-

nes Verschiebelappens die Mukogingivalgrenze verschoben wird. Das hierbei verlorengegangene keratinisierte Gewebe muss zu einem späteren Zeitpunkt durch verschiedene Techniken wieder generiert werden. Daher gibt es das Bestreben, weichgewebsschonende minimal-invasive Methoden oder ein lappenfreies Vorgehen anzuwenden.

Soll der Verschluss der Alveole mit einem autologen Weichgewebe-Punch oder einem Bindegewebstransplantat aus dem Gaumen vermieden werden, bleiben die Augmentationsmaterialien bei einem lappenfreien Vorgehen in der Regel exponiert. Sowohl die alleinige Verwendung von Biomaterial als auch die zusätzliche Verwendung der gängigen Barrieremem-

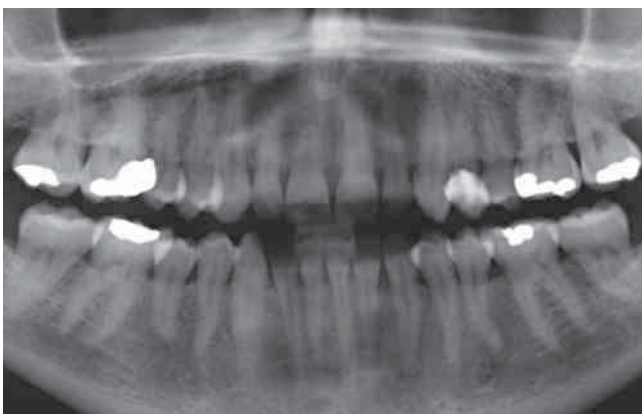


Abb.1 Röntgenologischer Befund präoperativ



Abb.2 Okklusallansicht vor der Extraktion des Zahns 24

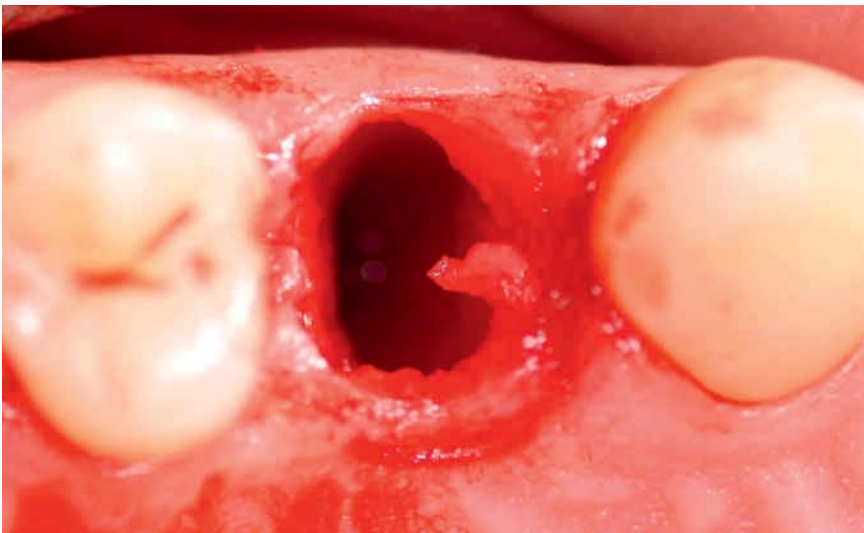


Abb. 3 und 4 Situation nach der Extraktion des Zahns 24

branen führen häufig nicht zum gewünschten Augmentationsergebnis. Als Gründe zu nennen sind beispielsweise Infektionen, vorzeitige Resorption und/oder das Einwachsen von Weichgewebe (Brkovic 2012, Darby 2009, Klingler 2010, Friedmann 2011). Nur wenige Biomaterialien erfüllen somit die Voraussetzung für eine minimalinvasive Versorgung der Extraktionsalveole.

#### Ribose-kreuzvernetzte Kollagenmembran

Im dargestellten Fallbericht wird ein minimalinvasives und zugleich kostengünstiges Augmentationskonzept für Extraktionsalveolen vorgestellt. Das Konzept basiert auf der Verwendung einer speziellen kreuzvernetzten Kollagenmembran (Ossix Plus, Regedent GmbH/Dettelbach) und kommt bei bestimmten Defekt-Situationen ohne das Auffüllen der Alveole mit Knochenersatzmaterial aus, vorausgesetzt die Alveole ist intakt. Fehlt zum Beispiel die bukkale Knochenlamelle, kann sie nicht durch diese Art des Vorgehens rekonstruiert werden und bedarf den zusätzlichen Einsatz von Knochenersatzmaterialien. Die Ossix Plus Membran ist nach einer Rehydratisierung flexibel und adaptierbar. Somit wird eine angenehme Platzierung ohne Zuhilfenahme von Pins oder ähnlichem ermöglicht. Dennoch ist die Membran

etwas rigider als herkömmliche native Kollagenmembranen. Damit bietet sich die Möglichkeit – bei entsprechender Indikation – nach einer Zahnextraktion auf die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterial zu verzichten. Das wirkt sich einerseits positiv auf die Materialkosten der Behandlung aus. Andererseits kann die Behandlungszeit bis zur Implantation signifikant verkürzt werden, da eine knöcherne Regeneration der geschützten Alveole ohne Verwendung von Knochenersatzmaterial deutlich schneller abläuft. Durch die Kreuzvernetzung weist die Membran bei hoher Bioverträglichkeit ein signifikant erhöhtes Barriereprofil auf (Scheyer 2014, Le 2010, Nissan 2009, Klingler 2010). Das ermöglicht einen exponierten Einsatz der Membran ohne vollständigen Wundverschluss; die Grundvoraussetzung für den optimalen Erhalt von keratinisiertem Weichgewebe sowie einer guten knöchernen Konsolidierung des Extraktionsdefekts.

#### Fallbericht

Der Patient (45 Jahre) stellte sich mit Schmerzen am Zahn 24 vor. Die Untersuchung ergab eine Fraktur des Zahns mit eröffneter Pulpakammer (Abb. 1 und 2). Der Behandlungsplan sah eine Extraktion des nicht-erhaltensfähigen Zahns 24 sowie die implantatprothetische Versor-

gung vor. Nach der Extraktion des Zahns zeigte sich ein großer knöcherner Defekt, der keine simultane Implantatinsertion ermöglichte (Abb. 3 und 4). Daher wurde in der gleichen Sitzung eine Socket Preservation vorgenommen.

Aufgrund der guten knöchernen Begrenzung des Extraktionsdefekts wurde auf ein Auffüllen der Alveole mit Knochenersatzmaterial verzichtet. Die Alveole wurde mit der Ossix plus Membran abgedeckt. Die Membran wurde sowohl palatinal als auch bukkal unter den leicht elevierten Mukoperiostlappen geschoben (Abb. 5 bis 7). Aufgrund des langanhaltenden Barriereprofils der Membran konnte bewusst auf die Erzielung eines vollständigen Wundverschlusses verzichtet werden. Durch dieses wenig invasive Behandlungsprotokoll sollte die Präparation eines koronalen Verschiebelappens durch Mobilisationstechniken (zum Beispiel Periostschlitzung) sowie eine etwaige vertikale Entlastungsinzision vermieden und so das keratinisierte Gewebe erhalten werden. Die Lappenfixation und die Stabilisierung der Membran erfolgten mit zwei vertikalen Matratzennähten. Im koronalen Bereich war somit ein Teil der Membran exponiert (Abb. 8). Die augmentierte Extraktionsalveole wurde mit einer Marylandbrücke provisorisch versorgt (Abb. 9 und 10). Mit diesem Vorgehen kann für den Patienten

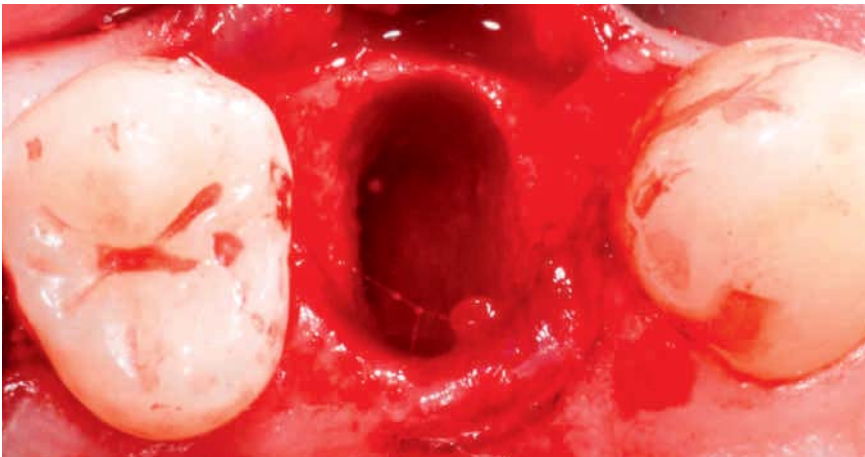


Abb. 5 Bukkal wird ein kleiner Mukoperiostlappen zur besseren Platzierung der Membran abgehoben. Es erfolgt keine vertikale Inzision oder Periostschlitze.



Abb. 6 Vorbereitung der Ossix Plus-Membran (Regedent, Dettelbach/Deutschland)

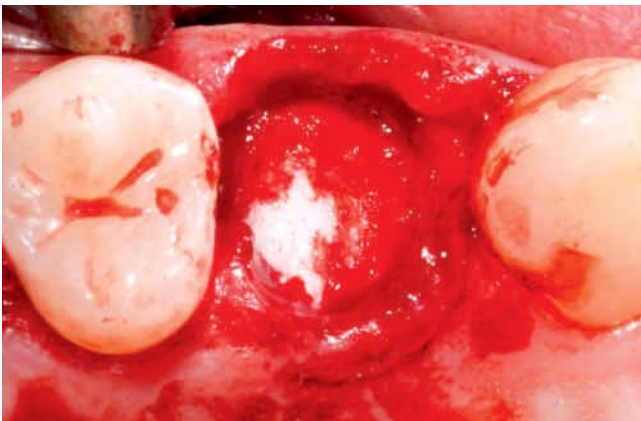


Abb. 7 Abdeckung der Extraktionsalveole mit der Ossix plus Membran



Abb. 8 Fixierung der Membran mit vertikalen Matratzennähten

eine funktionell und zugleich ästhetische prothetische Interimslösung angeboten werden. Zudem wird die exponierte Membran vor physischen Belastungen und stärkeren Kontaminationen (zum Beispiel durch Speisereste) geschützt. Für die post-operative Nachsorge wurde der Patient angewiesen, bis zum vollständigen Wundverschluss dreimal täglich eine Mundspülung mit 0,2%igen Chlorhexidin vorzunehmen und ein mechanisches Trauma im Wundgebiet zu vermeiden (Dauer: zehn bis 14 Tage). Die Nähte konnten unterhalb des Provisoriums nach zehn Tagen entfernt werden. Die weitere Einheilphase und die Epithelisierung der exponierten Membran verliefen unauffällig und ohne Irritationen.

Aufgrund des Verzichts auf Knochenersatzmaterial ist eine Implantation zu einem frühen Zeitpunkt möglich. Die

Implantation erfolgte bereits drei Monate nach der Extraktion. Es zeigte sich ein gesundes Weichgewebe mit ausreichend keratinisierter Gingiva (Abb.11 und 12). Der ehemalige Extraktionsdefekt war vollständig knöchern konsolidiert ohne Zeichen eines krestalen Volumenverlusts (Abb.13). Im bukkalen Bereich des augmentierten Bereichs wurden Reste der Membran gefunden. Da diese bereits partiell in den Kieferknochen integriert waren, wurden sie nicht entfernt (Abb.14). Das Implantat konnte in vitalen Knochen inseriert werden. Es zeigte sich ein ausreichendes zirkuläres Knochenlager mit einer guten Primärstabilität (Abb.15). Die Einheilung des Implantats folgte einem geschlossenen Protokoll. Für die provisorische Versorgung wurde die Marylandbrücke der Situation angepasst (Abb.16).

Der weitere Behandlungsplan bis zur finalen Versorgung verlief nach dem standardisierten Vorgehen (Implantat-Eröffnung, Eingliederung der prothetischen Versorgung, Verlaufskontrolle) (Abb.17 bis 22). Es konnte ein ästhetisch optimales Ergebnis erzielt werden. Die Implantatkrone in regio 24 weist ein optimales Emergenzprofil auf. Die Hart- und Weichgewebsverhältnisse im periimplantären Bereich sind optimal. Es ist ausreichend keratinisierte Gingiva vorhanden.

### Zusammenfassung

Die langanhaltende Barrierefunktion der Ossix plus Membran bewirkt eine besondere Resistenz gegenüber vorzeitiger Degradation der Membran bei Exposition. Somit wird die Alveole über



Abb. 9 und 10 Provisorische prothetische Versorgung der Extraktionsalveole mit einer Marylandbrücke



Abb. 11 und 12 Situation drei Monate postoperativ: Gesundes und ausgeheiltes Weichgewebe um die augmentierte Alveole. Es sind keine Anzeichen einer bukkalen oder krestalen Resorption erkennbar.

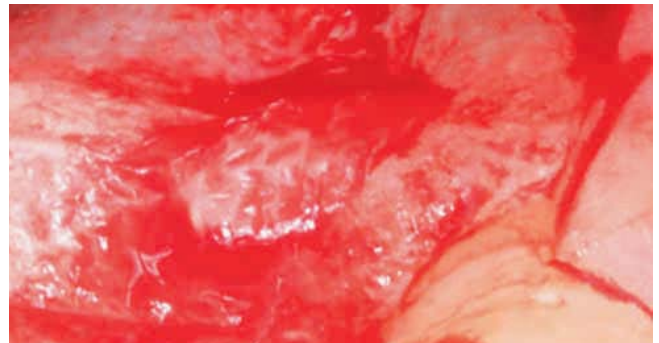
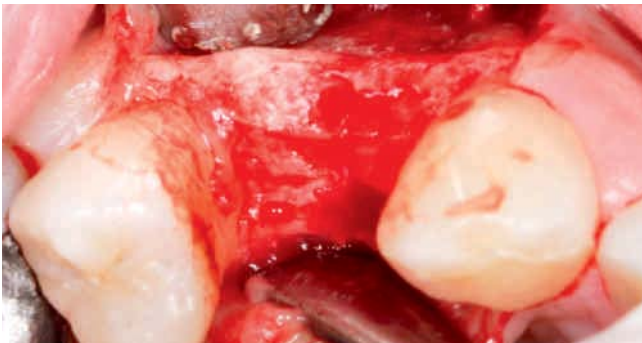


Abb. 13 Nach der Lappenbildung zeigt sich eine knöcherner konsolidierte Alveole sowie ein sehr gut erhaltener Alveolarkamm.

Abb. 14 Reste der Ossix Membran sind partiell in den Kieferkamm integriert



Abb. 15 Implantatinsertion

Abb. 16 Wundverschluss nach Implantatinsertion: Provisorische Versorgung mit angepasster Marylandbrücke



Abb. 17 und 18 Die Situation vor der Implantatfreilegung zeigt gesunde gingivale Verhältnisse



Abb. 19 und 20 Definitive prothetische Versorgung mit optimalem Emergenzprofil (zweiteiliges Zirkonoxid-Abutment mit vollkeramischer Krone). Situation direkt bei der Eingliederung.



Abb. 21 und 22 Situation nach sechs Monaten: Stabile Hart- und Weichgewebsbedingungen im periimplantären Bereich.

einen Zeitraum von mehreren Tagen bis Wochen geschützt und das vorzeitige Einwachsen von Weichgewebe beziehungsweise eine unkontrollierte Resorption verhindert. Trotz Exposition findet auch bei einer freiliegenden Membran ein sekundärer Wundverschluss durch

eine Epithelisierung statt. Somit kann bei dieser minimalinvasiven Art der Alveolenversorgung – ohne zusätzliche Verwendung von Augmentationsmaterial – das keratinisierte Gewebe während des Knochenaufbaus optimal erhalten werden.

#### Kontakt

**Dr. Michael Jablonski**  
 Laurentiusstraße 1 · 63755 Alzenau  
 Fon +49 6023 31372  
 Fax +49 6023 32103  
[alzenau@ihr-laecheln.com](mailto:alzenau@ihr-laecheln.com)  
[www.ihr-laecheln.com](http://www.ihr-laecheln.com)

Thinking ahead. Focused on life.



## Was ist ein Reuleaux [röh-lo]?



Die optimale Aufnahme­fläche für minimale Effektivdosis – jetzt mit weiteren frei wählbaren Aufnahmebereichen

Ein Reuleaux-Dreieck ist das optimale Format für die Abbildung des gesamten Kiefers bis hin zu den Kieferbögen. Mit Veraviewepocs 3D R100 können Sie genau den Bereich abbilden, der für Ihre Behandlung relevant ist und ersparen Ihren Patienten unnötige Strahlenbelastung. Zusätzlich gleicht die Funktion „Image Layer Adjustment“ innerhalb der Panoramaaufnahmen Positionsänderungen von bis zu 2 cm aus und vermeidet so Mehrfachaufnahmen aufgrund von Anomalien oder Fehlpositionierungen. Das Ergebnis: hochpräzise Darstellungen bei minimaler Effektivdosis. Erfahren Sie mehr über das Reuleaux-Format und jetzt insgesamt acht frei wählbare Aufnahmebereiche unter [www.morita.com/europe](http://www.morita.com/europe).



**100+** Years  
A Century of Innovation

1st international conference on 3D printing in medicine  
findet vom 15. bis 16. April 2016 in Mainz statt

# Individualisierte Therapiemöglichkeiten in der Medizin durch 3D-Druck

Individuelle Therapien, die auf den einzelnen Patienten abgestimmt sind, gewinnen in vielen Bereichen der Medizin immer mehr an Bedeutung. Besonders der 3D-Druck eröffnet in zahlreichen medizinischen Anwendungsgebieten neue und individuelle Möglichkeiten, um Behandlungserfolge zu optimieren, die Genesung des Patienten zu beschleunigen und die Lebensqualität zu steigern.

Besonders im Bereich der Gelenkendothetik (beispielsweise Hüft-, Schulter-, Knie- oder Kiefergelenk) wird die Herstellung individualisierter Transplantate immer wichtiger. Trotz der großen Erfolge und neuen Therapiemöglichkeiten, die durch den 3D-Druck entstehen, findet dieses Thema sowohl in den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften als auch in der Öffentlichkeit bisher nur eine relativ geringe Beachtung. Erste Anwendungen kommen bisher vor allem aus dem Zahnmedizinischen- und Hörgeräte-Bereich. Darüber hinaus ist innerhalb der jeweiligen Fachgesellschaften ein interdisziplinärer, fachübergreifender Wissensaustausch zwischen Materialwissenschaftlern, Technikern, Programmierern und medizinischen Anwendern (Chirurgen, Orthopäden, Zahnärzten, Pathologen, Immunologen, Angiologen und so weiter) nur begrenzt möglich.

APRIL 15-16, 2016  
Mainz | Germany

3D MED

1<sup>ST</sup> INTERNATIONAL  
CONFERENCE  
ON 3D PRINTING  
IN MEDICINE

DATE  
APRIL 15-16, 2016

LOCATION  
Kurfürstliches Schloss  
Mainz, Germany

REGISTRATION  
www.3dprint-congress.com

PROGRAM  
3D Printing in Medicine

www.3dprint-congress.com

Um diese Hindernisse, fokussiert auf medizinische Anwendungen, aus dem Weg zu räumen richtet der interdisziplinäre Forschungsschwerpunkt BiomaTiCS am

15. und 16. April 2016 in Mainz einen DFG geförderten internationalen Kongress im Bereich des 3D-Drucks in der Medizin aus. Die Erkenntnisse werden auch auf andere Branchen/Anwendungen übertragbar sein und sicherlich schnell Verwendung finden. Dieser Kongress soll dazu dienen den interdisziplinären Dialog zwischen Experten aus den Bereichen der Medizin, Materialwissenschaften und Ingenieurwesen zu fördern und mögliche Synergien durch Bündelung klinischer Relevanzen zu erzeugen. Gemeinsame internationale Projekte werden initiiert werden. Die hochrangigen internationalen Wissenschaftler werden mit den Praktikern die Anwendungen und Möglichkeiten diskutieren. Neue Einsatzgebiete werden dabei entstehen. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.3dprint-congress.com](http://www.3dprint-congress.com)



Prof. Dr. Daniel Buser  
zu Gast beim ITI Study Club in Berlin

# Positive Aspekte und fachliche Anregungen

Mitte November 2015 lud der „ITI Study Club Synoptische Zahnmedizin Berlin“ zu einem außergewöhnlichen Vortragsabend ein. Mehr als 50 Teilnehmer erlebten dabei einen kurzweiligen Vortrag von Prof. Dr. Daniel Buser, Direktor der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie an der Zahnmedizinischen Klinik der Universität Bern und international renommierter Kongressreferent, auf höchstem wissenschaftlichem Niveau.



Prof. Dr. Daniel Buser (li.) und Dr. Dogan Kaner, Direktor des ITI Study Clubs, zeigen sich nach der Veranstaltung sichtlich zufrieden.

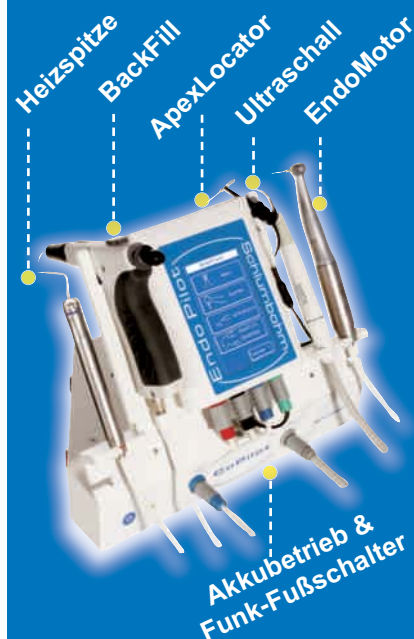
In seinem ausführlichen Fachreferat „Chirurgische Schlüsselfaktoren zur Optimierung der Implantatästhetik beim teilbezahnten Patienten“ legte Prof. Dr. Daniel Buser den Fokus auf die Vorhersehbarkeit von Behandlungserfolgen. Er demonstrierte, mit welchen Techniken und Behandlungskonzepten diese sicher erreicht werden können. Nach Ende des mehr als zweistündigen Vortrags nutzten einige der Zuhörer die Gelegenheit für Fragen und um, sich mit Prof. Buser im kollegialen Gespräch auszutauschen. Die Veranstaltung

hinterließ bei den Teilnehmern insgesamt einen bleibenden Eindruck. In seinen Study Clubs bringt das ITI weltweit Experten und Praktiker der oralen Implantologie und der dentalen Geweberegeneration zusammen. Dies ermöglicht es den Mitgliedern, auf lokaler Ebene an hochinformativen Veranstaltungen teilzunehmen und ungezwungen mit Kollegen ins Gespräch zu kommen. Die derzeit 40 deutschen Study Clubs bieten ihren Mitgliedern bis zu vier Mal im Jahr die Möglichkeit, in kleinem Kreis eigene Fälle zu erörtern und tägliche Herausforderungen zu diskutieren. Die Teilnahme an Study Clubs ist für Mitglieder des ITI weltweit kostenfrei. Externe Gäste können bis zu zwei Mal unentgeltlich daran teilnehmen, anschließend ist eine ITI-Mitgliedschaft Voraussetzung. ■

Weitere Informationen: [www.iti.org/sites/germany](http://www.iti.org/sites/germany)

## EndoPilot

Kompakt-Erweiterbar-Sicher



- EndoMotor mit Längenbestimmung
- Thermoplastische Wurzelkanalfüllung
- Touch-Display für intuitive Bedienung
- Feilendatenbank mit Verschleißkontrolle

## KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



Optimale Gewinnung von autologen Knochenspänen während des Absaugens mit dem Titan KnochenFilter KF-T3

## KnochenMühle

Knochenarbeit leichtgemacht



Leichte Zerkleinerung von autologen Knochenblöcken und Erzeugung von körnigen Knochenspänen für eine optimale Knochenneubildung mit der KM-3

Schlumbohm GmbH & CO. KG

24616 Brokstedt Tel.: 04324-89 29 - 0  
www.schlumbohm.de post@schlumbohm.de

## Biologische und biomechanische Konzepte in Berlin

## BTI-Days 2015

Nach BTI Days in Spanien, Italien und England fand diese Veranstaltungsreihe seinen krönenden Abschluss Anfang Dezember in Berlin. Kongressthemen waren unter anderem die Behandlung der Rhonchopathie und Schlafapnoe, neue Ansätze in der Sofortbelastung und Prävention der Periimplantitis.

Nach der Begrüßung durch *Andreas Nowak*, Country Manager BTI D/A/CH, und den Moderator *Dr. Babak Saidi*, Neuss, startete *Dr. Eduardo Anitua* den Kongress. Nach etlichen Studien und Beobachtungen rät *Dr. Anitua* bei der Diagnostik moderater oder schwerer Abrasionen heute grundsätzlich die Möglichkeit verengter Atemwege und Schlafapnoen in Erwägung zu ziehen. Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen schwerem Bruxismus und Schlafapnoe. Daher sollte die Therapie neben der Rekonstruktion der Zahnschubstanz auch bei der Behandlung der Apnoe ansetzen. Bei schweren Apnoen empfiehlt *Dr. Anitua* aufgrund des akuten Infarkttrisikos nicht zuletzt aus forensischen Gründen zur engen Kooperation mit einem Internisten oder Schlafmediziner. PD Dr. Dr. *Philipp Streckbein* wird an der Universitätsklinik Gießen eine entsprechende Studie an Kieferfehlstellungspatienten einleiten.

Der nächste Themenblock widmete sich den neuen Lösungsansätzen für die Sofortbelastung. Immer mehr Patienten verlangen eine beschleunigte, aber nicht minder sichere und vorhersagbare festsitzende Versorgung. Ganz aktuell präsentierte *Dr. Anitua* eine Studie mit Sofortbelastung auf kurzen Implantaten und einer

Erfolgsrate von 97 Prozent. Wesentlich seien die gründliche Diagnostik des Knochenvolumens und der Knochenqualität, die Anzahl, aber auch die Verteilung der Implantate, die Länge und vor allem auch der Durchmesser der Implantate. Strikte Ausschlusskriterien für Sofortbelastung sieht er dank des verbesserten Designs und spezieller Implantatoberflächen kaum mehr. *Dr. Ing. Ricardo Tejero*, Leiter der BTI Oberflächentechnologie, rundete diese Präsentation mit der Darstellung entsprechender Finite-Elemente-Analysen der Spannungsverhältnisse im Knochen, im Implantat und an der Implantat-Abutment-Schnittstelle ab. Diese belegen, wie sehr die Krafteinwirkung vornehmlich im oberen Bereich des Implantats bis zur zirkulären fünften Windung stattfindet. Im zweiten Teil seines Vortrags erklärte *Dr. Anitua*, dass er im Unterkiefer lieber sechs Implantate setzt, da bei drei Brücken die Beweglichkeit des Kiefers erhalten bleibt. Nun leitete *Dr. Tejero* über zur Bedeutung der Implantatoberfläche. Die besondere biomimetische unicCa-Oberfläche besitzt eine mit Calcium-Ionen modifizierte Oberfläche. Diese haben entscheidende Funktionen bei den biologischen Prozessen des Knochenaufbaus und verbessern damit die Osseointegration des Implan-



Geballte Kompetenz: *Andreas Nowak*, Country Manager BTI D/A/CH, PD Dr. Dr. *Philipp Streckbein* und *Dr. Eduardo Anitua* (v.li.).

tats. Nicht nur die Primär-, auch die Sekundärstabilität werden deutlich verbessert. Gleichzeitig wirkt sie antibakteriell und minimiert damit das Risiko einer Periimplantitis.

*Dr. Babak Saidi* forderte nun zu einem neuen Denkansatz zur Prävention und Behandlung der Periimplantitis auf. Er rät bei einer klaren Diagnose und bestehenden intraossären Defekten zu frühzeitiger und atraumatischer Explantation und Regeneration.

*Dr. Dirk Duddeck*, Berlin präsentierte seine REM-Analysen von Implantatoberflächen mit bemerkenswerten Ergebnissen und *Dr. Anitua* schloss mit einigen klinischen Fällen zur Periimplantitis-Therapie die Veranstaltung. BTI feierte 2015 sein zehnjähriges Deutschlandjubiläum und hat in dieser Zeit die implantologisch tätigen Zahnärzte mit etlichen Entwicklungen begleitet.

Mit „Ihr Lob und Ihre Kritik sind der Wind in unseren Segeln“ entließ *Andreas Nowak* eine sichtlich inspirierte Teilnehmer-schar. ■



Intraorales Behandlungsgerät APNiA (DIA)



Bildung eines Blutkoagulums um ein unicCa-Implantat


**BIOHORIZONS®**

INTERNATIONAL SYMPOSIUM SERIES

CANCUN, MEXICO  APRIL 28-30, 2016

MOON PALACE GOLF &amp; SPA RESORT



BioHorizons International Symposium  
findet vom 28. bis 30. April in Cancun/Mexiko statt

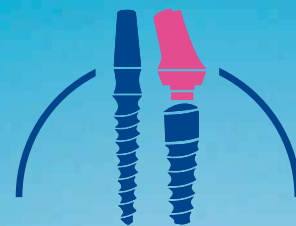
# Unschätzbare Lernerfahrung in entspannender Umgebung

Das erste implantologisch orientierte Fortbildungshighlight 2016 findet jenseits des Atlantiks statt. Vom 28. bis 30. April 2016 lädt BioHorizons zum internationalen Symposium nach Mexico ins beschauliche Cancun ein. Unter dem Titel „Reducing Risks and Improving the Outcomes of Implant Dentistry“ zielt man auf die fortschreitende Minimierung von Risiken und die Verbesserung der Ergebnisse der dentalen Implantologie.

An den drei Tagen des Symposiums finden sich weltbekannte Referenten ein. Unter anderem werden die Dres. *Sonia Leziy, Pat Allen, Tiziano Testori, Bach Le, Andrés Pascual, Brahm Miller, Anthony Summerwill, Abdelsalam Elaskary, Orlando Alvarez, Pedro Gazzotti* und *Paul Swanson* in Cancun zu sehen sein. Das internationale BioHorizons-Symposium in Cancun steht zusammenfassend für drei Tage mit aktuellen implantologischen Themen wie Sofortbelastung, Biologics, Implantationskomplikationen und Ästhetik. Kollegialer Austausch und entspannte Atmosphäre unter tropischer Sonne sind inklusive. ■

Weitere Informationen:

[www.biohorizonsimplants.de/cancun2016](http://www.biohorizonsimplants.de/cancun2016)



**KSI Bauer-Schraube**

**Das Original**

**Über 25 Jahre Langzeiterfolg**



**KSI-Kurse 2016:**  
15.-16. April  
10.-11. Juni  
12.-13. August  
07.-08. Oktober  
02.-03. Dezember  
**Jetzt anmelden!**

- sofortige Belastung durch selbstschneidendes Kompressionsgewinde
- minimalinvasives Vorgehen bei transgingivaler Implantation
- kein Microspalt dank Einteiligkeit
- preiswert durch überschaubares Instrumentarium

**Das KSI-Implantologen Team  
freut sich auf Ihre Anfrage!**

**K.S.I. Bauer-Schraube GmbH**  
Eleonorenring 14 · D-61231 Bad Nauheim

Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507  
E-Mail: [info@ksi-bauer-schraube.de](mailto:info@ksi-bauer-schraube.de)  
[www.ksi-bauer-schraube.de](http://www.ksi-bauer-schraube.de)

Dentaurum Implants informiert mehr als 120 Zahnärzte und ZFAs

## Neue Regelungen zur Hygiene in der Zahnarztpraxis

Die Anforderungen im Bereich Hygiene für Zahnarztpraxen steigen kontinuierlich. Wichtig dabei ist, dass die Zahnarztpraxen über die aktuellen Bestimmungen informiert werden. Dieser Service wurde 2015 von Dentaurum Implants im Rahmen spezieller Infoveranstaltungen in Lübeck und Ispringen angeboten.

Mehr als 120 interessierte Zahnärzte und zahnmedizinische Fachangestellte meldeten sich im Oktober und Dezember 2015 für die Veranstaltung zum Thema „Neue Anforderungen an die Hygiene in der täglichen Praxis“ an. Die starke Nachfrage verdeutlicht die außerordentliche Bedeutung dieser Thematik im Praxisalltag. Der Schwerpunkt der Fortbildung lag im Bereich Implantologie, da hier neue Maßstäbe bei den Praxisbegehungen gesetzt werden. Eine effektive und validierte Reinigung ist von maßgeblicher Bedeutung. Um dem Praxisteam gerade bei diesem Thema mehr Sicherheit zu geben, bietet Dentaurum Implants das easyClean Wash-Tray für tiologic an. Mit



Referentin Iris Wälter-Bergob

diesem Tray kann das komplette Instrumentarium der maschinellen Implantataufbereitung zugeführt werden. Somit ist es möglich, jederzeit reproduzierbare

Aufbereitungsergebnisse zu erzielen und den Reinigungsaufwand erheblich zu reduzieren. Im Rahmen dieser informativen Veranstaltungen konnten die Teilnehmer das Wash-Tray in Augenschein nehmen und von der langjährigen Erfahrung und Kompetenz der Referentin *Iris Wälter-Bergob* profitieren. Der rege Austausch der Referentin mit den Teilnehmern war unter anderem ein Grund für den Erfolg der Weiterbildungen und die durchweg guten Bewertungen. Für das Jahr 2016 sind bereits weitere Fortbildungen zu diesem Thema geplant. ■

### Weitere Informationen:

[www.dentaurum-implants.com](http://www.dentaurum-implants.com)

Internationales Osteology Symposium 2016 vom 21. bis 23. April 2016 in Monaco

## Countdown für Osteology Monaco 2016

Die offenen Fragen der regenerativen Therapie stehen im Mittelpunkt des Internationalen Osteology Symposiums in Monaco im April dieses Jahres mit Workshops, Vorträgen, Postern und Diskussionen. Laut Mariano Sanz, Präsident der Osteology Stiftung, werden moderne digitale Medien dabei auch eine besondere Rolle spielen. Der Countdown hat begonnen ...

Das Internationale Osteology Symposium 2016 findet vom 21. bis 23. April 2016 statt. Monaco wird in dieser Zeit zum Treffpunkt für Implantologen, MKG-Chirurgen, Parodontologen sowie für alle Wissenschaftler und Praktiker weltweit, die sich

für Fragen rund um regenerative Therapien in der Zahnmedizin interessieren. Das Symposium findet alle drei Jahre statt und ist für viele eine wichtige Veranstaltung im Kongresskalender, zu der mehr als 2500 Teilnehmer aus 60 Ländern erwartet

werden. Die wissenschaftlichen Vorsitzenden des Kongresses, *Prof. Dr. Dr. Friedrich W. Neukam* aus Deutschland und *Prof. Dr. Myron Nevins* aus den USA, haben ein außergewöhnliches wissenschaftliches Programm unter dem ►

Motto „Das Warum und Wie der regenerativen Therapie lernen“ zusammengestellt. Es behandelt die vielen offenen Fragen, denen Zahnärzte immer noch in der täglichen Praxis gegenüberstehen. In Präsentationen und Diskussionen werden Experten Themen und Fragen rund um regenerative Therapien auf Grundlage von Fakten aus der Forschung sowie anhand von Studiendaten und Erfahrungen von Master Clinicians erörtern. Die Teilnehmer des Symposiums haben zudem die Möglichkeit, sich in interaktiven Sessions eigene Erfahrungen einzubringen und so die Diskussion anzuregen. Ein Highlight der Internationalen Sympo-



Foto: Fotolia.com / Sergii Figurnyi

sien sind die Workshops der Osteology Stiftung sowie der Partner, die im Vorprogramm des Kongresses stattfinden und sich mit verschiedenen Themen von der Weichgewebeaugmentation bis zur digitalen Implantat-Planung befassen. Noch gibt es einige letzte freie Plätze. Eine rasche Anmeldung ist zu empfehlen. Für die Zukunft hat der Präsident der Osteology Stiftung, *Prof. Dr. Mariano Sanz*, angekün-

digt, die geographische Expansion sowie auch die Nutzung moderner digitaler Medien zur Förderung der Wissenschaft und Praxis durch die Stiftung voranzutreiben. Was es genau damit auf sich hat, soll ebenfalls am Osteology Symposium in Monaco enthüllt werden. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.osteology-monaco.org](http://www.osteology-monaco.org)

Road Show 2016 von Hager & Meisinger startet mit neuem Konzept

# Erfolgsstory Bone Management

**Erfolgsfaktoren bewahren, neue Impulse hinzufügen:** Die Hager & Meisinger GmbH setzt ihre Erfolgsstory Bone Management Road Show mit einem neuen, spannenden Veranstaltungskonzept fort. Unter dem Motto „Implantologie, CAD/CAM und Digitalisierung“ informieren anerkannte Experten über aktuelle Trends. Die Auftaktveranstaltung findet am 20. April 2016 in Berlin statt.

International anerkannte Referenten, fachlich wegweisende Themen und ein attraktives Ambiente – die Erfolgsfaktoren der Implantologie-Fortbildungsreihe Bone Management Road Show überzeugen. Seit Jahren ist CAD/CAM ein stetig wachsender Markt und schon längst

nicht mehr aus der zahnärztlichen Prothetik wegzudenken. Viele Praxen haben diesen Weg der Digitalisierung bereits eingeschlagen. Warum dies zahlreiche Vorteile mit sich bringt und wie es richtig geht, erklären ausgewiesene CAD/CAM-Experten fundiert am praktischen Beispiel. Für das Jahr 2016 konnten erneut hochkarätige Referenten mit einem breiten Themenspektrum gewonnen werden. Den Anfang machen *Dr. Thorsten Wilde*, *Dr. Jörg Weiler* und *Dr. Dirk Ostermann* in Berlin. Nach den Vorträgen bietet sich, wie man es von der Road Show aus der Vergangenheit gewohnt ist, die Möglichkeit, sich bei einem geschmackvollen Catering mit Referenten und anderen Teilnehmern in kleiner Runde auszutauschen. Ob allgemeine Frage oder komplizierter Einzelfall in der eigenen Praxis – die Referenten stehen gerne mit fundierten Ratschlägen zur Seite. Die Mitveranstalter Vita Zahnfabrik, Artoss GmbH, DRS



Anerkannte Implantologen referieren über aktuellen wissenschaftlichen Stand

International, GC Germany GmbH, MCC Medical CareCapital GmbH und Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft Düsseldorf AG laden herzlich zur Bone Management Road Show ein und versprechen ein spannendes Programm. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.event.meisinger.de](http://www.event.meisinger.de)

## Roadshow-Termine:

Hannover	11. Mai 2016
Köln	1. Juni 2016
München	15. Juni 2016
Leipzig	22. Juni 2016
Hamburg	13. Juli 2016
Bremen	21. September 2016
Stuttgart	5. Oktober 2016
Münster	26. Oktober 2016
Nürnberg	9. November 2016
Düsseldorf	16. November 2016

## Humanpräparat-Übungskurs der Akademie der DGMKG

## Sehen, Hören, Operieren

Anfang Januar 2016 fand in den Anatomie-Räumen der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf eine Fortbildung der Akademie Deutschen Gesellschaft für Mund, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) statt. Dabei wurden oralchirurgischen Eingriffe zuerst theoretisch erklärt und anschließend unter fachkundiger Hilfestellung am humanen Kopfpräparat nachvollzogen.

Am Samstagvormittag erklärte *Dr. Dr. Kurt Dawirs* aus der Rü-Klinik Essen alles Wissenswerte über die Anatomie der Kieferhöhle, die mukoziliäre Clearance, den Pneumatisationsprozess nach Zahnverlust mit dem damit verbundenen vertikalen Knochenabbau, die Indikationsklassen der Knochenresorption und die relativen und absoluten Kontraindikationen der Sinusbodenaugmentation aus dem HNO-Bereich. Ein weiteres Thema waren außerdem die Augmentationstechniken. Erörtert wurde von den gängigen bis zu den schwierigen Knochenentnahmestellen am Kinn, bei denen wegen der Häufung von mehrmonatigen Komplikationen bei Patienten ein erhöhtes Risiko besteht. Zur Vermeidung von Komplikationen sei ein indikationsbezogener Einsatz von allogenen, xenogenen und alloplastischen Knochenersatzmaterialien von großer Bedeutung, entscheidend sei die schnelle Vaskularisierung des Transplantats. Besonders interessant war der interdisziplinäre Ansatz im Zusammen-

hang mit Membranen und dem Einsatz von Knochenersatzmaterialien. Dabei diskutierten *Dr. Dawirs*, *Prof. Dr. Dr. Max Heiland*, Universitätsklinikum Hamburg (UKE), sowie *Dr. Dr. Peter Dirsch* von der Universität Witten Herdecke über die Standards zum Einsatz von Membranen und Knochenersatzmaterial in der HNO-, der MKG- sowie der dentalen Chirurgie und ihre Unterschiede. *Dr. Dawirs* berichtet über seine guten Erfahrungen mit Perikardmembranen, weil sie sich selbstständig an die anatomische Situation adaptieren würden. *Prof. Heiland* beschäftigte sich – unterstützt durch „Paul“ (Skelett) und *Dr. Dawirs* – mit der Entnahmestelle am Beckenkamm, wobei er die Morbiditätsrisiken beziehungsweise -unterschiede des anterioren und posterioren Beckenkamms für den Patienten abhandelte. Nach den ersten praktischen Übungen zu den dargestellten Schnittführungs- und OP-Techniken am Humanpräparat folgten Übungen zum Einsatz eines Piezogerätes an der Rippe, Übungen

zum bone spreading/splitting und der Einsatz von ‚soft bone‘-Schrauben im weichen Knochen. In Zweiertteams aufgeteilt konnten die Operationstechniken geübt oder auf dem Bildschirm verfolgt werden. Aufeinander aufgebaut folgten unter anderem Implantationen, die Freilegung des Nervus mandibularis inferior, die Darstellung der Fossa canina, ein externer Sinuslift mit Membran und Knochenersatzmaterial, und abschließend ein interner Sinuslift, bei dem man unter anderem durch Erweiterung des Fensters für den externen Sinuslift nach dorsal kaudal das langsame Anheben des Sinusbodens mit den durch den Bohrvorgang gewonnenen Bohrspänen beobachten konnte. Zusammengefasst: Das Sehen, das Fühlen, das Erleben und das Entwickeln von manuellen Geschicklichkeiten im klinischen Alltag stand im Vordergrund: Wer Fragen hatte, stellte sie, einer der Fachleute war immer frei. ■

STE



Oberarzt *Dr. Dr. Dirsch* zeigt, wie es am besten geht.



*Dr. Dr. Dawirs* an der Masterleiche nach einer Le Fort I-Osteotomie.

Geistlich Biomaterials feiert das Jubiläumsjahr 2016

# Geistlich sagt Danke!

Mit 1000 Studien, 30 Jahren Geistlich Bio-Oss und 20 Jahren Geistlich Bio-Gide ist das Jahr 2016 für Geistlich Biomaterials Deutschland ein ganz besonderes Jahr. Der Hersteller möchte sich bei all denen bedanken, die zu dieser außerordentlichen Leistung beigetragen haben.

Das gilt vor allem für die Wissenschaftler und deren jahrzehntelange Forschung. Die mehr als 1000 Studien belegen, dass die Anwendung der Geistlich Produkte eine evidenzbasierte und vorhersagbare Therapieoption in der Knochen- und Weichgeweberegeneration sind. Dank gebührt auch den Zahnärzten für das entgegengebrachte Vertrauen. Zu diesem Anlass



bietet Geistlich Jubiläumsangebote für Fortbildungen. Frühbucher können sich so eine Teilnahme unter den begrenzten Geistlich Kursplätzen sichern und erhalten bis zum 31. März 2016 einen Frühbucherabatt von 20 Prozent extra. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.geistlich.de](http://www.geistlich.de)

Der Countdown läuft ...

## Sun Dental Labs goes intra-oral!

Lernen Sie unseren neuen Intraoralscanner  
Carestream CS 3500 kennen.

**Ab 299,- € pro Monat**

### Ihre Vorteile auf einen Blick

- ▶ Kaufen oder Leasen
- ▶ Laptop inkl. Software GRATIS
- ▶ 3 Jahre Garantie
- ▶ Einfache, benutzerfreundliche Anwendung
- ▶ Keine versteckten Kosten
- ▶ Offenes System (Sun Cloud Technology)
- ▶ Anbindung an unser Düsseldorfer Dentallabor für digitale Fertigungstechnologie, Implantat-Prothetik & Keramik und/oder an unser Auslandslabor (Sun Cloud Technology).



▶ Besuchen Sie uns auf [YouTube](https://www.youtube.com) unter: **CAD/CAM Fräszentrum und Sunflex® by Sun Dental Labs.**



Bitte rufen Sie uns an für weitere Informationen © Service-Nr. 0800 / 664 485 0  
Oberbilker Allee 163 - 165, 40227 Düsseldorf, Germany  
[info@sundentallabs.de.com](mailto:info@sundentallabs.de.com) · [www.sundentallabs.com](http://www.sundentallabs.com)



## Zirkontagung 2016 und 5. Internationaler Zeramex Kongress

## Strong, Bright, Right!

Nach dem Erfolg der ersten Zirkontagung 2011 war es Zeit, den Werkstoff Zirkonoxid und dessen klinische Anwendung im Bereich der Implantologie erneut zu beleuchten. So luden die Professoren Urs Brägger und Daniel Buser Mitte Januar zur 2. Zirkontagung ins Auditorium Ettore Rossi der Universität Bern für eine neue Standortbestimmung. Die Dentalpoint AG nutzte diese Schlüsselveranstaltung am Folgetag für ein Anschluss-Symposium zum Thema „Legenden und Tatsachen – Zeramex im Praxisalltag“.

Das attraktive Programm mit Referenten der Universitäten Bern, Genf und Freiburg widmete sich zunächst den präklinischen und klinischen Erfahrungen mit Implantaten aus Zirkonoxid. Den ersten Vortrag hielten *Dr. Vivianne Chappuis* und *Dr. Simone Janner* der Universität Bern zur „Gewebeintegration von Implantaten aus Zirkonoxid“ und den chirurgischen Erfahrungen mit den heute verfügbaren zweiteiligen Keramik-Implantat-Systemen. *Prof. Dr. Urs Belser*, Genf, schilderte die prothetischen Erfahrungen mit zweiteiligen Implantaten aus Zirkonoxid. *Prof. Belser* beobachtet im Vergleich zur Zirkontagung 2011 eine enorme Entwicklung im Bereich der Keramikimplantate und aktuell noch vielversprechende weitere Ansätze hin zu einer ‚totally white implant dentistry‘. *Prof. Dr. Andrea Mombelli* begann seinen Vortrag zu „Klinischen Ergebnissen mit zweiteiligen Zirkonimplantaten“ mit einem Ausflug in die Epidemiologie der Periimplantitis, seiner Einschätzung nach ein Problem bei Titan, unterstützt von der im Januar 2016 erschienenen Derks-Studie der Universität Göteborg, die bei Titanimplantaten eine Periimplantitis-Prävalenz von 14,5 Prozent ausweist. Bei seinen klinischen Untersuchungen von Zeramex-Implantaten, mit einer vorherigen Version der heutigen Zerafil-Oberfläche, verzeichnet auch *Prof. Dr. Mombelli* einige Misserfolge in der frühen Phase, 85 Prozent der Versorgungen bleiben langzeitstabil und ohne jegliche biologische Komplikationen. Die frühen Misserfolge seien oft aseptische Lockerungen, entsprechend entzündungsfrei und daher problemlos



*Univ. Prof. Dr. Dr. Siegfried Jank, Lienz/Österreich, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.*



*Dr. Kai Höckl, Freiburg, Facharzt für Oralchirurgie.*

neu zu versorgen. *Prof. Dr. Susanne Scherrer* von der Universität Genf behandelte das Thema „Materialtechnische Aspekte von Zirkonabutments und -kronen“. *Joannis Katsoulis*, assoziierter Professor in Bern, stellte anschließend Versorgungskonzepte mit CAD/CAM-gefertigten Stegen aus Zirkonoxid vor, bei denen der spannungsfreie Sitz größte Bedeutung habe. *Prof. Dr. Petra Gierthmühlen-Güss* aus Freiburg widmete sich minimalinvasiven und ästhetischen Lösungen. *Prof. Brägger* schloss mit seinem Vortrag zu neuen Daten der Universität Bern zu klinischen Erfahrungen mit verblendeten Brücken aus Zirkonoxid und Cares-Implantatkronen an. Am Folgetag veranstaltete Dentalpoint in der traditionsreichen Berner Innenstadt den 5. internationalen Kongress unter dem Motto „Legenden und Tatsachen – Zeramex im Praxisalltag“. „Altes wird durch Neues rascher ersetzt, wenn lieb Gewonnenes erhalten bleibt“, stellte *Sandro Matter*, CEO Dentalpoint, zu Beginn fest. Das zweiteilige, verschraubte Zeramex P6-Implantat erlaubt dem Behandler die bekannten und bewährten chirurgischen und prothetischen Protokolle zu verwenden. *Prof. Dieter Bosshardt*,

Leiter der Oralen Histologie der Universität Bern, stieg mit „Keramikimplantate – Gewebeintegration im Vergleich zu Titan“ ins Thema ein. *Dr. Kai Höckl*, Freiburg, teilte seine Erfahrungen und Lernkurve der vergangenen fünf Jahre mit Zeramex-Implantaten. *Dr. Urs Brodbeck*, Zürich, schilderte seine Erfahrungen aus 20 Jahren mit Zirkonoxid. *Prof. Siegfried Jank*, Hall in Tirol, wertete zwischen 2010 und 2014 mehr als 15 000 gesetzte Zeramex-Implantate statistisch anhand der Garantieformulare aus und erhielt eine Erfolgsrate von 96 bis 98 Prozent. Zahntechniker *Vanik Kaufmann* von der Cera Tech AG, Liestal/Schweiz, sieht die Zukunft im geschlossenen digitalen Workflow. Zirkonoxid wendet er nur im Seitenzahnbereich an, da es unter UV-Licht wie beispielsweise in Nachtlokalen schwarz schimmert. *Dr. Michael Tegtmeier*, Oralchirurg aus Neuss, schloss den Tag der praktischen Anwender mit dem spannenden Thema „Konfliktvorsorge im Grenzbereich“. Zur Verabschiedung der Teilnehmer präsentierte *Thomas Bosshart*, Leiter des Produktmarketings der Dentalpoint AG, die aktuellen Produktneuheiten. Hier ist vor allem der CAD/CAM-Workflow für das P6-Implantat und die Weiterentwicklung des CAD/CAM-Portfolios zu nennen. Die dynamische Entwicklung im Bereich der metallfreien Restaurationen wird bis zur nächsten Zirkontagung nicht an Fahrt verlieren. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.zeramex.com](http://www.zeramex.com)



40

Forty Years of  
Swiss Innovation



**NOUVAG**



**Motorsystem für die Implantologie**

**Einfache Bedienung**

**Komplette Ausstattung**



**Implantologie und Mikrochirurgie**

**Moderne, sanfte Motorsteuerung**

**Individuell konfigurierbar**

## Die neue Generation Motorsysteme



Nouvag AG · St.Gallerstr. 23-25 · CH-9403 Goldach  
Tel +41 (0)71 846 66 00 · Fax +41 (0)71 846 66 70  
info@nouvag.com · www.nouvag.com

Nouvag GmbH · Schulthaißstr. 15 · D-78462 Konstanz  
Tel +49 (0)7531 1290-0 · Fax +49 (0)7531 1290-12  
info-de@nouvag.com · www.nouvag.com

**Straumann erhält Dental Trade and Industry Recognition Award der Pierre Fauchard Academy**

## Preis erhalten

**Straumann erhält den diesjährigen Dental Trade and Industry Recognition Award der Pierre Fauchard Academy (PFA). Seit 1994 wird der prestigeträchtige Preis jährlich für herausragende Beiträge zur Zahnmedizin und zum Wohle der Allgemeinheit vergeben.**

Die diesjährige Auszeichnung wurde anlässlich einer Mittagsveranstaltung der Pierre Fauchard Academy in Washington D.C. vergeben, wo zeitgleich die Konferenz der American Dental Association stattfand. Straumann wurde dabei „für überdurchschnittliche Leistungen und Verdienste für die Branche und die Allgemeinheit“ geehrt. *Dr. Karyn Stockwell*, Präsidentin der PFA, lobte Straumann für „herausragende Beiträge zur Sicherstellung höchster Versorgungsstandards für die Patienten. Das kontinuierliche Engagement von Straumann im Bereich klinischer Forschung, für zahnmedizinische Missionen in Entwicklungsregionen sowie für Patienten mit ektodermaler

Dysplasie, den YoungProAward in Regenerative Dentistry und das Access to Implant Dentistry (AID)-Programm zeigen beispielhaft, wieso Straumann von der Pierre Fauchard Academy für herausragende Leistungen in den Bereichen Forschung, Dienst an der Allgemeinheit, Ausbildung und Führungsentwicklung in der weltweiten oralen Gesundheitspflege ausgezeichnet wurde.“

„Es ist sehr ermutigend, für Dinge anerkannt zu werden, die oft unbemerkt bleiben“, so *Marco Gadola*, CEO von Straumann. Das Video zur Preisverleihung finden Sie unter [www.straumann.com/pfa-award-2015](http://www.straumann.com/pfa-award-2015).



*Dr. Karyn Stockwell, bis 2015 Präsidentin der Pierre Fauchard Academy, und Andy Molnar, der für Straumann die Auszeichnung entgegennahm*

**Weitere Informationen:**  
[www.straumann.com](http://www.straumann.com)

**TRI macht mit der World Tour am 6. Mai 2016 Halt in Barcelona**

## World Tour 2016

**Der Schweizer Implantathersteller TRI Dental Implants „goes global“ und veranstaltet dieses Jahr seine erste World Tour mit Events rund um den Globus. Zum Thema „Controversies in Esthetic Implant Dentistry“ werden renommierte Zahnärzte aus der ganzen Welt die TRI World Tour begleiten und über ihre Erfahrungen in der täglichen Praxis berichten.**

Hochkarätige Referenten darunter *Prof. Dr. Hom-Lay Wang* (USA), *Dr. Marius Steigmann* (Deutschland), *Prof. Dr. Ali Tahmaseb* (Niederlande) und *Prof. Dr. Dan Brener* (Australien) werden mit von der Partie sein. „Mit dieser globalen Eventreihe wollen wir unsere Anwender aus 35 Märkten besuchen“, so *Tobias Richter*, CEO & Founder. Highlight wird die Veranstaltung in Barcelona am 6. Mai 2016



sein. „Neben den wissenschaftlichen Vorträgen wollen wir zusammen mit unseren Followern in der ganzen Welt die neuen Produkte einweihen und feiern“, freut sich *Tobias Richter*. Die Teilnehmerzahl an alle Veranstaltungen ist limitiert.

**Weitere Informationen:**  
[www.tri-implants.swiss](http://www.tri-implants.swiss)

1. Europäisches Forum für  
Ultra-Short Implants des IDC  
findet in Ferrara/Italien statt

# Bella Italia im Juni 2016

Das 1. Europäische Forum für Ultra-Short Implants, organisiert durch das IDC (Implant Dentistry Center) in Italien, findet vom 17. bis 18. Juni 2016 in der wunderschönen Stadt Ferrara in Italien statt. Der Kongress verbindet praktische und wissenschaftliche Aspekte zur sofortigen Umsetzung in der Praxis.

Das hochkarätige wissenschaftliche Komitee wird von *Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers* und *Prof. Dr. Mauro Marincola* als Co-Präsidenten geleitet und setzt sich aus namhaften Experten zusammen, die wissenschaftliche Kenntnisse mit praktischem Hintergrund kombinieren: *Dr. Frank Kistler*, *Dr. Stefan König*, *Prof. Dr. Giorgio Lombardo*, *Dr. Vincent Morgan*, *PD Dr. Jörg Neugebauer*, *Prof. Dr. Miguel Simancas Pallares*, *Dr. Rainier Urdaneta*.

Der 17. Juni gilt als Pre-Congress bei Lamborghini und findet in deutscher Sprache statt. Die deutsche Gruppe ist auf 60 Teilnehmer limitiert, die Gebühr beträgt 100 Euro. Der internationale Kongress am 18. Juni findet im Teatro Ferrara statt und erlaubt maximal 300 Teilnehmer. Hier beträgt die Teilnahmegebühr 150 Euro. ■

**Weitere Informationen:**  
[deutsch.info@idc-italy.com](mailto:deutsch.info@idc-italy.com)



## MIS V3

Mehr Knochen.  
Mehr Ästhetik.  
Mehr Performance.



V3  
By  
MIS

Mehr über das neue V3 Implantat erfahren Sie unter [mis-implants.de](http://mis-implants.de)

MIS Implants Technologies GmbH  
Simeons carré 2 · D-32423 Minden  
Tel.: 05 71-97 27 62-0 · Fax: 05 71-97 27 62-62

## bone &amp; tissue days Salzburg

## Zu Gast bei W&amp;H

In einer gelungenen Kombination aus modernsten Technologien und Arbeitstechniken sowie hochkarätigen Referenten boten die bone & tissue days Anfang Dezember 2015 während des ersten gemeinsamen Fachkongresses der W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH sowie der botiss biomaterials GmbH Einblicke in neueste oralchirurgische Behandlungskonzepte. Umfassende Möglichkeiten zum Wiederaufbau des Knochens standen im Fokus der Veranstaltung am W&H Stammsitz. Mehr als 100 Kongressteilnehmer nutzten die Gelegenheit, in Workshops sowie ausgewählten Podiumsvorträgen von international renommierten Chirurgen aus dem deutschsprachigen Raum zu lernen.

Unter dem Motto „Augmentation 2015 – Innovative Konzepte, Lösungen und Produkte“ versammelten W&H und botiss biomaterials Chirurgie-Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Themenschwerpunkte des ersten gemeinsamen Fachkongresses mit W&H in Bürmoos waren neben dem Kieferknochenaufbau die Regeneration von Hart- und Weichgewebe wie beispielsweise Knochen oder Zahnfleisch und vor allem aktuelle Methoden der Implantation. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf minimalinvasive, also möglichst schonende Wege der Patientenbehandlung gelegt.

Der erste Veranstaltungstag war theoretischen sowie praktischen Workshops gewidmet. Die Kongressteilnehmer erhielten nicht nur Einblicke in bewährte

Techniken anerkannter Chirurgen, sondern konnten sich auch von den Vorzügen modernster Biomaterialien für den Knochenaufbau überzeugen. Anhand von Live-Demonstrationen hatten die Besucher ausreichend Gelegenheit, W&H-Produkte, chirurgische Instrumente und Geräte selbst zu testen.

Hochwertige Podiumsvorträge bildeten den Schwerpunkt des zweiten Kongresstages. Neben neuesten Erkenntnissen auf den Gebieten der Parodontologie und Implantologie stellten die Referenten aktuelle chirurgische Behandlungskonzepte zur Diskussion. „Die bone & tissue days sind eine ideale Plattform, biologische Materialien für die Geweberegeneration, aktuelle Arbeitstechniken sowie neueste Technologien auf dem Gebiet der zahnärztlichen Chirurgie zu präsentieren. Ziel ist es, Eingriffe so schonend wie möglich für die Patienten zu gestalten und eine rasche Heilungsphase zu unterstützen. Mit unseren chirurgischen Hightech-Produkten bieten wir eine optimale Antwort auf diese aktuellen Marktbedürfnisse“, so *Roland Gruber*, Vertriebsleiter W&H Deutschland.

Unter fachkundiger Anleitung hochkarätiger Chirurgen aus dem deutschsprachigen Raum sowie mit Unterstützung der Experten der veranstaltenden Unternehmen konnten die Teilnehmer neue Konzepte und Techniken sowie das neue Piezomed an praktischen Anwendungen erproben und kennenlernen. Dank des interaktiven Veranstaltungscharakters bekamen die Teilnehmer hochwertiges



Von renommierten Anwendern lernen – die bone & tissue days in Salzburg standen ganz im Zeichen hochkarätiger Vorträge. Tagungspräsident Univ.-Prof. Dr. Martin Lorenzoni (Universität Graz) bei der Kongress-Eröffnung.



Ausgewählte Workshops boten die Möglichkeit, das W&H Chirurgie-Gerät Piezomed live zu testen und sich somit mit dessen Produkteigenschaften vertraut zu machen.

Wissen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Chirurgie sowie wertvolle Inputs für den praktischen Arbeitsalltag geboten. „Mit dem erfolgreichen Veranstaltungskonzept der bone & tissue days, ist es uns gelungen, anerkannte Chirurgen aus dem deutschsprachigen Raum bei uns in Bürmoos zu versammeln. Für den erfolgreichen Vertrieb unserer Produkte gewinnen Fachkongresse immer mehr an Bedeutung. Neben unseren professionellen Unternehmensstrukturen und innovativen Produkten sind internationale Netzwerke für unseren Unternehmenserfolg entscheidend“, so W&H Geschäftsführer *Dipl.-Ing. Peter Malata*.

Weitere Informationen:  
[www.wh.com](http://www.wh.com)



Foto: Fotolia.com / peresanz

MIS vollzieht 2015 den Paradigmenwechsel in der Implantologie

## Global Conference

Mit der Präsentation des Implantatsystems V3 und der Eröffnung des M-Center Europe macht der Mindener Implantatspezialist die dentale Implantologie 2015 noch einfacher und sicherer. 2016 verspricht die 3. MIS Global Conference in Barcelona eine echte Innovation in der Implantologie.

Auf der 3. MIS Global Conference, die vom 26. bis 29. Mai 2016 unter dem Titel „360° Implantology“ in Barcelona stattfinden wird, führt MIS mit V-Concept eine weitere Neuheit in der Implantologie ein. Unter der Leitung von *Mariano Sanz Alonzo* präsentieren hochkarätige Referenten in Vorträgen, Fallpräsentationen und Hands-on-Workshops, wie Weichgewebs- und Knochenvolumen gefördert werden können. Die Anmeldung ist bei jedem MIS-Ansprechpartner oder der MIS-Zentrale in Minden möglich.

MIS hat mit seinem neuen Implantatsystem V3 die Leistungsfähigkeit dentaler Implantate gesteigert. Das patientierte Implantatdesign fördert die Bildung von mehr Knochen und Weichgewebe genau dort, wo beides am meisten gebraucht wird. Der dreieckig geformte Hals kombiniert eine feste Verankerung an drei Stellen im krestalen Bereich mit drei kompressionsfreien Lücken. Dadurch werden eine hohe Primärstabilität sowie eine Reduktion der Knochenkompression und der krestalen Knochenresorption erreicht, was optimale Bedingungen für die Osseointegration schafft. Das Ergebnis sind eine

einwandfreie Funktion und eine natürliche Ästhetik. Zahnärzte können dieses Multi-Use-Implantat nutzen, ohne neue Protokolle erlernen zu müssen.

Das Servicetool M-Center nimmt Implantologen alle Arbeitsschritte der 3D-navigierten Implantatplanung ab. Mit der Eröffnung der neuen Europazentrale von M-CenterEurope in Berlin reagierte MIS Anfang 2015 auf die wachsende Nachfrage in Deutschland und Europa. Aufgrund steigender Absatzzahlen bei Implan-

ten in Deutschland hat MIS 2015 seinen Außendienst flächendeckend erweitert. Damit ist im Vertrieb der persönliche Service vor Ort gewährleistet. Die Beliebtheit der MIS-Implantate fußt nicht zuletzt auf den hohen Qualitätsstandards des Unternehmens, die kürzlich in einer Studie des BDIZ EDI zur Sterilität verpackter Implantate bestätigt wurden. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.mis-implants.de](http://www.mis-implants.de)

Entspannen Sie Ihre Patienten!



**NTI**  
tss



weitere Angaben im Shop



Tel: 0203 . 80 510 45 [www.zantomed.de](http://www.zantomed.de)

**zantomed**



Foto: Thinkstock

Baden-Baden ist der Veranstaltungsort der 4. International Implantology Days.

#### 4. International Implantology Days finden vom 8. bis 10. April 2016 in Baden-Baden statt

# Die Zukunft beginnt heute

Die 4. International Implantology Days, abgehalten von der HL-Academy (ein Institut des SSC Seattle Study Club), werden vom 8. bis zum 10. April unter dem Motto „Die Zukunft beginnt jetzt“ in Baden-Baden abgehalten.

Dieser Kongress präsentiert jedes Jahr die neuesten Trends, Technologien und Techniken in der dentalen Implantologie.

Innovative Köpfe und Talente aus der Welt der Zahnmedizin und Zahntechnik werden zu folgenden Themen sprechen:

- Das Lächeln gestalten
- Die Welt der Implantate

- Die Welt der digitalen Zahnheilkunde
- Aktuelle Forschungen zu Biologie und Biomaterialien

Es steht die Zahnheilkunde als umfassende und internationale Disziplin im Vordergrund. Die 4. International Implantology Days zielen auf die Verbreitung von Wissen und die Förderung höchster

Behandlungsstandards ab – unabhängig von geografischen und sprachlichen Unterschieden. Aus diesem Grund werden die Beiträge ins Deutsche, Russische und Chinesische gedolmetscht. ■

#### Weitere Informationen:

[www.hl-dentclinic.de](http://www.hl-dentclinic.de)

#### Referenten

Prof. Dr. Ashraf Ayoub  
 Prof. Dr. Shahram Ghanaati  
 Dr. Peter Fairbain  
 Prof. Dr. Daniel Rothamel  
 Prof. Dr. Lixin Qiu  
 Dr. Mirela Feraru  
 Dr. Horia Barbu  
 Dr. Tommie van der Velde  
 Prof. Dr. Kostas Valavanis  
 Prof. Dr. Sherine Ellatar  
 Dr. Jan Klenke  
 Dr. Gil Asafrana  
 Dr. Ulrich Volz

Dr. Joseph Oliva  
 Dr. Fabio Giorni  
 Dr. Nuno Sousa Dias  
 Dr. Helder Oliviera  
 Dr. Paolo Trisi  
 Dr. Kenneth van Straalen  
 Dr. Stavros Pelekanos  
 Prof. Dr. Daniel Grubeanu  
 Dr. Bogdan Baldea  
 Prof. Dr. Robert Sader  
 Dr. Guido Sanachiaro  
 Dr. Howard Gluckman  
 Dr. Tomas Linkevicius

Dr. Markus Troelzsch  
 Dr. Henriette Lerner  
 Ztm. Uli Hauschild  
 Dr. Thomas Fortin  
 Dr. Francesco Mangano  
 Dr. Alessandro Agnini  
 Dr. Andrea Agnini  
 Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig  
 Dr. Florin Lazarescu  
 Dr. Florin Cofar  
 Livio Yoshinaga  
 Prof. Dr. Eugen Nagy

# TRI<sup>®</sup>WORLD TOUR

2016



**Barcelona | Istanbul**

**6. Mai | 7. Mai**

**NEW  
PRODUCT  
LAUNCH**

*UND VIELE WEITERE STÄDTE*

April | AMMAN **LONDON**

Juni | BUKAREST **HONG KONG BERN**

September | **DUBAI** TEHERAN **PARIS**

Oktober | AMSTERDAM **BEIRUT SYDNEY**

November | **HAMBURG** JAKARTA MUMBAI

Dezember | MOSKAU BOGOTA

**CONTROVERSIES IN ESTHETIC IMPLANT DENTISTRY**

CME  
Punkte



H. Wang (US) M. Steigmann (D) A. Thamaseb (NL) D. Brener (AUS) R. Smeets (D) A. Ionescu (RO) C. Navajas (ES) M. Seiler (D) P. Fairbairn (UK) T. Kamm (D) A. Gökbuget (TK)

**JETZT ANMELDEN!**

E-Mail: [congress@tri-implants.swiss](mailto:congress@tri-implants.swiss)

Fax: +41 32 510 1601

[www.tri-implants.swiss](http://www.tri-implants.swiss)

**FÜR WEITERE INFORMATIONEN**

Ich möchte weitere Informationen für die Veranstaltung in \_\_\_\_\_ erhalten.

Name \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



*Dr. Ralf Masur, Jan Märkle, Dr. Jörg Ruppin, Ztm. Thomas Werner und Dr. Christopher Hermanns (v. li.) freuen sich über die erfolgreiche Veranstaltung.*

## 7. Implantologiesymposium fand Ende November 2015 in Unterschleißheim statt

# 20 Jahre Praxisjubiläum

Mitte November 2015 war – wie jedes Jahr – wieder die Gelegenheit sich beim 7. Implantologiesymposium im Dolce Hotel in Unterschleißheim zu treffen um heiße Diskussionen rund um das Thema Implantate zu führen. Eine gute Gelegenheit auch gleich 20-jährige Praxisjubiläum des Masur-Teams zu feiern.

*Dr. Ralf Masur* begrüßte zu Beginn der Veranstaltung alle Teilnehmer und schilderte kurz was sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten alles gewandelt hatte. Dank der Erfahrung aus 20 Jahren Praxis konnten sehr interessante Tipps für das ganze dentale Team vom Chirurg über Zahnarzt bis hin zum Zahntechniker weitergeben werden. Neben spannenden Fällen wurde sehr eindrucksvoll von Problemen aus der täglichen Praxis berichtet und wie diese gelöst werden können.

Nach dem Motto „Teamarbeit schafft Sicherheit“, wurde erneut die Bedeutung der Planung und der reibungslosen Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen in den Vordergrund gestellt. Ohne dies sei das gewünschte Endresultat schwer zu erzielen, so *Dr. Christopher Hermanns*. In einem für dieses Thema kurzweiligen Vortrag verdeutlichten *Dr. Hermanns* und *Dr. Masur*, wie wichtig die Patientenaufklärung seit Einführung des Patientenrechtegesetz 2013 geworden ist. Mittels anschaulicher Patientenfälle wurde auf „Stolperfallen“ bei der Aufklärung hinge-

wiesen. Nur eine umfassende Beratung, Betreuung und Dokumentation des einzelnen Patientenfalls schützt sowohl den Chirurg sowie den Prothetiker als auch den Patienten vor unerwünschten Ergebnissen und Überraschungen. *Ztm. Thomas Werner* aus Bamberg stellte das Plane Finder-System und dessen Vorteile für Prothetik und Zahntechnik vor. Mithilfe dieses Plane Finders werden die patientenindividuellen Ebenen, die insbesondere die schädelbezogene Lage des Oberkiefers offenbaren, erfasst und auf ein digitales Modell übertragen. Das Besondere dabei ist, dass sich der Patient mithilfe eines Spiegels selbst zentriert. Die Nutzung der natürlichen Werkzeuge wie Augen, Nackenmuskulatur und Gleichgewichtsorgan führt dabei zu einer erstaunlichen Reproduzierbarkeit. Der Einfluss falsch übertragener und eingestellter Bezugsebenen bei größeren prothetischen Restaurationen konnte *Ztm. Werner* veranschaulichen.

Zum krönenden Abschluss des Fortbildungsabends zeigten *Dr. Jörg Ruppin*,

*Dr. Ralf Masur* und *Jan Märkle* häufig vorkommende implantatprothetische Fehler und deren Vermeidung. So führen prothetische Teile der Marke „Eigenbau“ häufig nicht zur Kostenersparnis, sondern unter Umständen zu Frakturen der Abutmentschraube und vieles weitere. Umso wichtiger sei es hier als Anwender und Patient, auf bewährte Firmen und Materialien zu vertrauen.

Zum Schluss bedankte sich *Dr. Ralf Masur* bei den unterstützenden Firmen die dieses Symposium sowie die vielen anderen Fortbildungen ermöglichten. Die rundum gelungene Fortbildung in gewohnt freundschaftlicher und kollegialer Atmosphäre wurde durch die Verlosung eines „Trike-Wochenendes“ zum 20-jährigen Jubiläum abgerundet. Abschließend lässt sich sagen, dass es den Veranstaltern ein weiteres Mal gelungen ist, ein hochkarätiges Symposium zu organisieren. ■

**Weitere Informationen:**

[www.masur-implantatzentrum.de](http://www.masur-implantatzentrum.de)



Thommen Medical feiert den 30. Geburtstag der Implantat-Abutment-Verbindung

## Herzstück wird 30

Nur wenig beeinflusst so maßgeblich, wie sich ein Implantat verlässlich in das umgebende Gewebe einfügt, und entscheidet damit über die Ästhetik der Rekonstruktion und den langfristigen klinischen Erfolg, wie die Implantat-Abutment-Verbindung. Die Thommen Medical Implantat-Abutment-Verbindung beweist ihre Verlässlichkeit seit 30 Jahren und veranschaulicht damit, dass Erfolg nicht von Ungefähr kommt.

In idealer Weise vereint die Implantat-Verbindung von Thommen Medical die wichtigsten Merkmale einer idealen Schnittstelle zwischen Implantat und Abutment: Stabilisierungsring und Innensechskant. Diese Kombination sorgt für die optimale mechanische Stabilität und eine exakte Passung. Die mit schweizerischer Präzision gefertigten Komponenten der Thommen Implantat-Verbindung leisten einen wichtigen Beitrag für die Weichgewebsintegration und die daraus resultierende Stabilität des marginalen Knochens. Außerdem

bietet diese Verbindung Schutz vor mechanischer Überbelastung bei bestmöglicher implantatprothetischer Gestaltungsfreiheit.

1986 wurde die Thommen Implantat-Verbindung, damals noch ein Bestandteil des HaTi-Implantats, in den Markt eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt hat sich viel in der Implantologie, bei Thommen und auch beim Thommen Implantatsystem verändert. Das Herzstück, die Thommen Implantat-Verbindung, blieb aber über all die Jahre unverändert. ■



Weitere Informationen:

[www.thommenmedical.com](http://www.thommenmedical.com)

Fortbildungsprogramm 2016 von Camlog online abrufbar

## Fortbildung auf einen Klick

Das Camlog Fortbildungsprogramm 2016 präsentiert sich unter [www.camlog.de/fobiz016](http://www.camlog.de/fobiz016) in einem neuen praktischen Online-Format. Es beinhaltet Vorträge, Hands-on-Kurse, Workshops und Kongresse. Durch die klare Gliederung des Programms finden Interessenten ihre Wunschfortbildung schnell und einfach entsprechend ihrer persönlichen Präferenzen.

Camlog konnte für das Jahr 2016 wieder Referenten verpflichten, die einen hohen Anspruch an Wissenschaft und Praxis stellen. Zu Versorgungskonzepten mit dem iSy-Implantatsystem, dem Comfour-System sowie zur Dedicam CAD/CAM-Prothetik werden spezielle Kurse angeboten. Für junge Zahnmediziner bietet Camlog mit den Start-up-Days „Log in to your future“ am 22. und 23. April 2016 in Frankfurt ein innovatives Fortbildungsformat für die berufliche Orientierung an. Ein weiteres Highlight ist der 6. Internationale Camlog Kongress vom 9. bis

11. Juni 2016 im polnischen Krakau. Das Motto „Tackling everyday challenges“ verspricht einen besonders praxisnahen Bezug gepaart mit fundierter Wissenschaft auf höchstem Niveau. Fortbildungspunkte weist Camlog auf Grundlage der Kriterien der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf Zertifikaten aus. Im Online-Fortbildungsprogramm sind bei der jeweiligen Veranstaltung weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung nur einen Mausklick entfernt. ■



Weitere Informationen:

[www.camlog.de/fobiz016](http://www.camlog.de/fobiz016)

Morita präsentiert moderne Praxiskonzepte

# Die Haltung entscheidet

Als Premiumpartner des Deutschen Zahnärztetages (DTZT) im Netzwerk der Kompetenzen bot Morita Anfang November 2015 in Frankfurt am Main ein spannendes Rahmenprogramm und präsentierte den Besuchern seine Lösungen für eine zukunftsorientierte Zahnmedizin: Neben der modernen Hard- und Software des japanischen Traditionsunternehmens standen auch ergonomische Praxiskonzepte im Fokus, die Anwendern und deren Teams ein beschwerdefreies Arbeitsleben ermöglichen.

Diese wurden in einem gut besuchten Vortrag des Ergonomie-Experten *Dr. Arnd Lohmann, MSc*, mittels Live-Demonstration praxisnah erläutert. Um Patienten ein noch schöneres Lächeln schenken zu

senschaft und Zahnheilkunde (AGAZ) an der Spaceline Emcia anschaulich die Vorzüge der ergonomisch-funktionalen Behandlungstechnik nach *Dr. Daryl Beach Lohmann* erklärte, dass die Technik zu

hochwertiger Qualität, Funktionalität und Flexibilität überzeugt. Mit Blick auf das 100-jährige Firmenjubiläum 2016 steht Morita seit nunmehr fast einem Jahrhundert für eine zukunftsorientier-



*Dr. Arnd Lohmann, MSc*



*Am Messestand präsentierte Morita seine modernen Hard- und Softwarelösungen*

können, bietet Morita Gesamtlösungen an, die sich von allgemeinen Ansätzen abheben und den Behandlungsablauf von der Diagnose bis hin zum Follow-up abdecken. Neben diesem Anspruch zeigte sich, dass auch die (Arbeits-)Haltung für Morita eine wesentliche Rolle spielt: Der Bremer Ergonomie-Spezialist *Dr. Arnd Lohmann, MSc*, erläuterte das „Sitz- und Sehkonzept“ von Morita und vermittelte im Rahmen der Vortragsreihe „Arbeitsplatz Zahnarzt: Gut sitzen – gut sehen“ der Arbeitsgemeinschaft für Arbeitswis-

einer verbesserten Arbeitshaltung und somit zu einem wesentlich bequemeren und gesünderem Sitzen führt. Am Messestand stellte Morita intelligente Hard- und Softwarelösungen vor, die neue Akzente in den Bereichen Oralchirurgie, Endodontie, Implantologie und Kieferorthopädie setzen. Hier stand unter anderem die Signo-Serie mit der Erweiterung der Signo G10 II im Mittelpunkt, die sowohl als Schwebetischvariante S oder Schwingbügelversion OTP zur Verfügung steht und mit gewohnt

te Zahnheilkunde, die eine fortwährende Optimierung von Nutzerfreundlichkeit und Praxisworkflow anstrebt.

Getreu dem Motto „Quality of life starts with excellent solutions“ bewies Morita auch beim DTZT 2015 seine ausgeprägte Lösungskompetenz mit Produktkonzepten, welche die Lebensqualität von Patienten und Behandlern nachhaltig verbessern. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.morita.com/europe](http://www.morita.com/europe)

THE FUTURE STARTS NOW  
DIE ZUKUNFT BEGINNT HEUTE



THE IV.  
INTERNATIONAL  
IMPLANTOLOGY DAYS  
08-10/04/2016  
BADEN-BADEN

Translations  
into German,  
Russian and  
Chinese are  
available!

**Dear Colleagues and Friends,**

we are honored and pleased to invite you to the **VI. INTERNATIONAL IMPLANTOLOGY DAYS** in Baden-Baden. You will have the opportunity to hear the latest news on the following subjects:

• The Smile Design • Implant World • Digital Dental World • The newest Scientific Research in Biology and Biomaterials

**We welcome you to spend 3 days of the highest level of education in a professional, international and warm ambiance.**

**Our Venues in Baden-Baden**

Friday: Mahlersaal / Dorint Maison Messmer • Saturday and Sunday: Kurhaus Baden-Baden  
Grand Gala Party: Geroldsauer Mühle

**Our Lecturers**

**Friday**

Milos Miladinov  
Livio Yoshinaga  
**Saturday**  
Prof. Ashraf Ayoub  
Prof. Shahram Ghanaati  
Dr. Peter Fairbain  
Prof. Daniel Rothamel  
Prof. Lixin Qiu  
Dr. Mirela Feraru  
Dr. Horia Barbu  
Dr. Tommie van de Velde

Prof. Kostas Valavanis  
Prof. Sherine Ellatar  
Dr. Jan Klenke  
Dr. Gil Asafrana  
Dr. Ulrich Volz  
Dr. Joseph Oliva  
Dr. Fabio Giorni  
Dr. Nuno Sousa Dias  
Dr. Helder Oliveira  
Dr. Paolo Trisi  
Dr. Kenneth van Straalen  
Dr. Stavros Pelekanos

Prof. Dr. Daniel Grubeanu  
Dr. Bogdan Baldea  
**Sunday**  
Prof. Dr. mult. Robert Sader  
Eddie Salama  
Dr. Guido Sarnachiaro  
Dr. Howard Gluckman  
Dr. Thomas Linkevicius  
Dr. Markus Troelzsch  
Dr. Henriette Lerner  
ZTM Uli Hauschild  
Dr. Thomas Fortin

Dr. Francesco Mangano  
Dr. Alessandro Agnini  
Dr. Andrea Agnini  
Prof. Dr. Georg-Hubertus Nentwig  
Dr. Florin Lazarescu  
Dr. Florin Cofar  
Livio Yoshinaga  
Prof. Eugen Nagy



**We look forward to your participation!**

The Baden-Baden SSC-Team  
and HL-Academy

For inquiries, please feel free to contact us:  
[academy@hl-dentclinic.de](mailto:academy@hl-dentclinic.de)

**HL-ACADEMY**

Ludwig-Wilhelm-Straße 17  
D 76530 Baden-Baden  
Tel. +49 (0) 7221.3987312  
Fax +49 (0) 7221.3987310  
[www.hl-dentclinic.de](http://www.hl-dentclinic.de)



360°

DIGITALE ZAHNTECHNIK GESTALTEN  
15./16. APRIL 2016 IN FRANKFURT/MAINKongress „360° – Digitale Zahntechnik gestalten“  
von Henry Schein geht in die zweite Runde

# 360°-Rundumblick auf die digitale Gegenwart

Vom 15. bis 16. April 2016 findet in Frankfurt am Main der zweite „360° – Digitale Zahntechnik gestalten“-Kongress von Henry Schein statt. Dort präsentieren Referenten aus Labor, Praxis und Wissenschaft die zahlreichen Facetten der modernen Zahntechnik und zeigen auf, was bereits heute digitaler Alltag ist.

„Im Mittelpunkt des Kongresses stehen lösungsorientierte Ansätze, die den Praxis- und Laborinhabern in ihrer täglichen Arbeit helfen, mit denen sie bessere Ergebnisse erzielen und so noch erfolgreicher werden können“, erläutert *Albrecht Merklein*, Geschäftsführer und Leitung Vertriebsspezialisten/ConnectDental bei Henry Schein Dental Deutschland.

Gezeigt werden Systeme und Komponenten, die sowohl für die zahntechnische Manufaktur, gewerbliche Großlabore als auch prothetisch und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte wirtschaftlich attraktiv sind. Unabhängig davon, ob vorhandene Einzeltechnologien verknüpft, oder bestehende digitale Komponenten intelligent erweitert werden sollen. Der Fokus der Vorträge und Workshops liegt auf lückenlosen Prozessketten, in der sich alle

Systeme miteinander verbinden lassen. Im Vortragsprogramm des ersten Tages gibt *PD Dr. Jan-Frederik Güth* den Teilnehmern ein Update zum digitalen Workflow aus universitärer Sicht. *Peter Fornoff* und *Hans-Georg Bauer* ermöglichen anschließend einen Blick in die Zukunft und geben aus Sicht der Entwickler einen Ausblick auf die Perspektive von CAD/CAM im zahntechnischen Labor. Die erfahrenen Praktiker *Dr. Peter Uwe Gehrke* und *Carsten Fischer* setzen sich kritisch mit der Frage auseinander, wo sich zwischen digitaler Realität und analoger Wirklichkeit CAD/CAM tatsächlich befindet. Weitere Beiträge, wie „KFO goes digital – neue Möglichkeiten für Praxis und Labor“ von *Dr. Youngmin Jo* sowie „Digitale Lösungsansätze im dentalen Alltag“ von *Ztm. Hans Jürgen Lange*, runden das Kongressprogramm des ersten Tages ab.

Am zweiten Tag kann in Workshops die konkrete Anwendung der Systeme und Materialien kennengelernt werden. Die Teilnehmer des 360°-Kongresses bekommen die Einsatzmöglichkeiten präsentiert und können Tipps von Praktikern für Praktiker mit nach Hause nehmen. In praxisnahen Workshops greifen die Referenten zentrale Themen, wie etwa zum praktischen Ablauf und Nutzen von CAD/CAM in der täglichen Arbeit oder zur Inhouse-Fertigung, dem effizienten CAD mit inLab SW 15.0 oder Empfehlungen zur Befestigung (Zementieren oder Kleben) aus dem Alltag heutiger Laborinhaber auf. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.360-grad-kongress.de](http://www.360-grad-kongress.de)

**howare  
you, doc?**<sup>®</sup>

die Praxisbegleiter

# Unser Angebot für Sie und Ihre Mitarbeiter:

**Fortbildung für Chefs mit  
Herzlichkeitspotenzial** (6 Tage)

**„Praxisführung 3.0“  
Führung mit Weitblick und Herz**

2016 - der Fachkräftemangel ist im Praxisalltag angekommen. Personal zu finden, gestaltet sich als Suche nach der Nadel im Heuhaufen. TOP-Mitarbeiter sind rar und können sich ihren Arbeitsplatz aussuchen. Wollen Sie heute leistungsfähige, loyale und begeisterte Mitarbeiter finden oder eigenes Personal mit Potenzial binden, dann nutzen Sie die Strategie – *made by docademy!*

**Lehrgang für Mitarbeiter mit  
Führungspotenzial** (10 Tage)

**„Assistenz Praxisleitung“  
Entlastung mit Weitblick und Herz**

Ihr Chef konzentriert sich auf die Behandlung und delegiert alles andere an Sie? Er wünscht sich eine kompetente Mitarbeiterin, die ihn entlastet und das Team auf Augenhöhe führt? Wir begleiten Sie auf dem Weg zur Führungskraft und entfalten Ihr Potenzial. Sie gestalten effiziente Strukturen und sorgen dafür, dass im Alltag die Herzlichkeit mit Begeisterung von allen gelebt wird.

begeistertMICH@hayd.info  
+49 (511) 165958-0

**Jetzt  
anmelden!**  
Start am  
**22.04.2016**  
in Stuttgart



www.hayd.info

Unser Rezept: **docademy**

## 11. Internationale Konferenz der DGÄZ vom 6. bis 8. Oktober 2016 am Tegernsee

# America meets Europe 2016

Eine Tradition setzt sich fort: Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) lädt zum 11. internationalen Ästhetikkongress an den Tegernsee und freut sich auch im Namen ihrer Kooperationspartner – der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI), der Italienischen Gesellschaft für Prothetik (AIOP) und des Seattle Study Club (SSC) – darauf, interessierte Zahnärzte aus aller Welt begrüßen zu dürfen.

Zum zweiten Mal nach 2008 steht der Kongress unter dem Motto „America meets Europe“. Das wissenschaftliche Programm wurde von einem renommierten Komitee mit dem Ziel ausgearbeitet, die aktuellen Themen der Zahnmedizin zu vertiefen und praxisrelevante Antworten für den zahnärztlichen Alltag zu erhalten. Schwerpunkte werden die aktuellen Entwicklungen in der digitalen Zahnheilkunde, der Perioprothetik, Kiefer-

orthopädie und in der Implantologie sein. Im Mittelpunkt steht das wissenschaftliche Programm mit Referaten, Diskussionen und ausgewählten Fallpräsentationen, ergänzt durch praktische Workshops und eine begleitende Dentalausstellung. Die neue Bachmair-Weissach-Arena in Rottach-Egern am Tegernsee bietet den passenden Rahmen für fachlichen Austausch und das Vertiefen von kollegialen Freundschaften. ■



Weitere Informationen:

[www.america-meets-europe.com](http://www.america-meets-europe.com)

## bredent group days Serie 2016 vereint Zahnmedizin und Zahntechnik

# Interessant und vielfältig

„Leading in immediate restoration powered by physiological prosthetics“ – unter diesem Motto startet die bredent group im neuen Jahr eine Serie exklusiver bredent group days. Zahnärzte und Zahntechniker sind herzlich eingeladen von März bis November 2016 an den Veranstaltungen teilzunehmen. Geplant ist eine Serie lokaler Events, die von den jeweiligen bredent group Tochtergesellschaften organisiert werden. Für ein interessantes und vielfältiges Vortragsprogramm sowie erfahrene Fachreferenten ist auch dieses Mal bestens vorgesorgt.

Die bredent group days richten sich an Zahnmediziner und Zahntechniker. Die Veranstaltung ist für das Unternehmen bereits zur Tradition geworden und konnte in den vergangenen Jahren mit sechs erfolgreichen Veranstaltungen glänzen. Für 2016 ist eine Serie lokaler Veranstaltungen

geplant, die von den bredent-Tochtergesellschaften weltweit organisiert werden. Vorreiter waren die bredent group days in Bukarest im November 2015, an denen mehr als 380 Teilnehmer aus 14 Nationen teilnahmen. Die Fokusthemen stehen fest: Sofortversorgung für Einzelzahn und Full Arch, Physiologische Prothetik, Regeneration und Digitaler Workflow. Jeder Event hat sein eigenes lokales Highlight. Den Anfang machte im März Kroatien mit einer tollen Lokation in Split. Die bredent group days der Zentrale in Deutschland zusammen mit der spanischen Tochter, finden am 23. und 24. September 2016 in Barcelona/Spanien statt. ■



### Stationen und Termine:

**Budapest** (Ungarn)  
20. und 21. Mai 2016

**Odessa** (Ukraine)  
22. August 2016

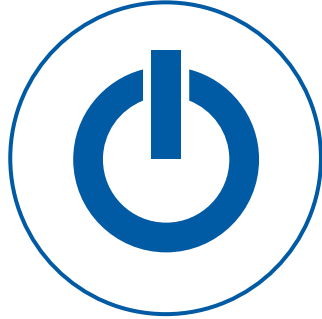
**Barcelona** (Spanien)  
23. und 24. September 2016

**Warwickshire** (UK)  
7. und 8. Oktober 2016

**Athen** (Griechenland)  
14. und 15. Oktober 2016

Weitere Informationen:

[www.bredent-medical.com](http://www.bredent-medical.com)



**Einfach mal abschalten.  
Wir kümmern uns  
um den Rest.**

Ihr erfahrener Experte  
in der zahnärztlichen Abrechnung.  
Sprechen Sie uns an!

Telefon: 0711 96000-240  
E-Mail: [einfach@dzr.de](mailto:einfach@dzr.de)

—— Die zahnärztlichen Rechenzentren ——

**DZR ABZ HZA FRH**

—— der Dr. Güldener Firmengruppe ——

Interview Alexandra Flatscher, Produktmanagement Hygiene bei W&H

# So werden Hygienerichtlinien eingehalten!

Eine effiziente Sterilisation zahnmedizinischer Instrumente und eine optimale Organisation der Arbeitsabläufe stehen im Zentrum eines rechtssicheren, zeit- und kostengerechten Hygienemanagement-Konzepts. Nicht zuletzt der zunehmende Fachkräftemangel und Kostendruck erfordert weitgehend automatisierte Prozesse, die aber weder hinsichtlich der funktionalen noch der Dokumentationssicherheit Kompromisse erlauben. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin BDIZ EDI konkret, sprach mit Alexandra Flatscher, Produktmanagement Hygiene bei W&H, über die Anforderungen und Lösungskonzepte von heute.

**Auf einer Fortbildung stellte ein maßgeblich implantierender Zahnarzt ein-drucksvoll dar, dass ihn und sein Team die wirklich konsequente Beachtung der Hygienerichtlinien ganze 90 Minuten Arbeitszeit am Tag kosten würden – wenig realistisch oder der normale Wahnsinn?**

Ja, das können wir gut nachvollziehen und leider ist dies in vielen Praxen gelebte Realität. Jedoch gibt es sicherlich überall Potential verschiedene Abläufe zu optimieren und die Dauer damit zu verkürzen. Mit modernen Geräten für die Aufbereitung werden einem natürlich viele Prozesse erleichtert oder sogar komplett übernommen und darum ist es für eine Praxis natürlich erstrebenswert, möglichst viele Prozesse zu automatisieren, um hier Zeit und natürlich auch Kosten zu sparen. Die neue Lisa Remote beispielsweise unterstützt die Praxis enorm. Dies vor allem durch die einfache



Lisa Remote

Bedienung, die ganz bequem per Lisa Remote Mobile-App erfolgen kann.

**Sehen Sie bei den Hygienemaßstäben Besonderheiten in den Praxen mit ausgewiesenem Tätigkeitsschwerpunkt in der dentalen Implantologie?**

Hier werden natürlich deutlich mehr kritische Instrumente benutzt und aufbereitet, als in einer Praxis ohne diesen Schwerpunkt. Dahingehend ist natürlich auch das Infektionsrisiko höher. Umso wichtiger ist es hier, dass die Hygieneprozesse weitestgehend maschinell erfolgen, um zu sicheren und reproduzierbaren Ergebnissen zu kommen.

**Haben Sie und andere Hersteller sich die RKI-Richtlinien und das Schreckgespenst „Praxisbegehung“ nicht auch ordentlich zunutze gemacht – eine manuelle Instrumentenaufbereitung tut es doch auch ...?**

Ein manuelles Aufbereitungsverfahren validierungstauglich zu machen ist äußerst aufwendig und anspruchsvoll. Zudem bedeutet es für eine Praxis einen enormen Zeitaufwand sowie auch für die Mitarbeiterin, die mit dieser Art der Aufbereitung betraut wurde. Bei der manuellen Aufbereitung ist die Gefahr für Fehler deutlich höher als bei der maschinellen Aufbereitung. Für W&H war und ist immer das Ziel, die Praxis beim Thema Hygiene und Aufbereitung bestmöglich zu unterstützen. Dieses Ziel sehen wir in erster Linie darin erreicht, die Zeit der Assistentin für ihre Kernkompetenzen zu sichern und ihr mit geeigneten Geräten,



Alexandra Flatscher

die Instrumentenaufbereitung so einfach wie möglich zu gestalten. Insbesondere der Betrieb der Assistina 3x3 und Lisa-Sterilisatoren ist in vielen Praxen das valide Rückgrat für die anforderungsgerechte Wiederaufbereitung von Instrumenten.

**Garantieren Sie als Hersteller diese absolute Rechtssicherheit?**

Selbstverständlich tragen alle von uns hergestellten Produkte das CE-Kennzeichen. Mit den von uns bereitgestellten Lösungen ist es für den Betreiber eines Wiederaufbereitungsgerätes ein Leichtes, ein durchgehendes, nachvollziehbares und damit rechtskonformes Hygieneprotokoll zu erstellen.

**Herzlichen Dank für dieses Gespräch.** ■



Dentaurum-Produkte mit mawi.net online bestellen

# Papierlos, strukturiert und einfach

Mit einer direkten Schnittstelle zu der Materialwirtschaftssoftware mawi.net eröffnet das Ispringer Dentalunternehmen seinen Kunden einen neuen Bestellweg. Unter den digitalen Lieferantenkatalogen finden mawi.net-Anwender die aktuellen Produktkataloge von Dentaurum. Diese lassen sich bequem im Katalogportal der Software aufrufen.

Mit wenigen Mausklicks können die gewünschten Produkte ausgewählt, erfasst und in mawi.net-Bestellungen übernommen werden. Eine mühsame und manuell erstellte Bestellung oder Erfassung von Produktinformationen entfällt somit. Alle Bestellungen können jetzt direkt online über die Verwaltungssoftware versendet werden. Online-Bestellungen aus Deutschland und Österreich sind bei Dentaurum versandkostenfrei. Ein weiterer Vorteil für die Dentaurum-Kunden, die die mawi.net-Software verwenden, ist die Möglichkeit ihre persönlichen Konditionen jederzeit einsehen zu können.

In einer ausgiebigen Testphase wurde der neue Bestellweg auf die Probe gestellt. Die geschaffene Verbindung von Dentaurum zu mawi.net bietet einen echten Mehrwert für die Praxis. In der Zwischenzeit haben schon viele mawi.net-Anwender die neue Online-Bestellmöglichkeit genutzt. Dentaurum-Produkte online zu bestellen ist absolut unkompliziert, schnell und sicher.

Die Materialwirtschaftssoftware mawi.net erweist sich als echtes Allroundtalent im Praxisalltag. Die Verwaltung der Materialien funktioniert effektiv und zielgerichtet. Praxen werden effizienter, Arbeitsabläufe und Patientendokumentationen sind gut organisiert und es bleibt mehr Zeit für das Wichtigste: die Patienten. ■

Weitere Informationen: [www.dentaurum.com](http://www.dentaurum.com)



Foto: Fotolia.com / dragonstock



Für Persönlichkeiten.



PerioChip®  
www.periochip.de

## 6. Internationaler Camlog-Kongress: Interview mit Prof. Dr. Piotr Majewski und Prof. Dr. Frank Schwarz

# Ein hochkarätiges Programm

Camlog hat eine neue Lösung für das Problem der überladenen wissenschaftlichen Inhalte, wie wir sie alle schon auf Kongressen erlebt haben: „Tackle everyday challenges“ („Bewältige alltägliche Herausforderungen“) lautet das Motto des 6. Internationalen Camlog-Kongress vom 9. bis 11. Juni 2016 in Krakau. Er wird sich auf praktische Aspekte der zahnärztlichen Implantologie im Alltag konzentrieren. Doch mit Prof. Jürgen Becker als Präsident der Camlog-Stiftung sowie Prof. Piotr Majewski und Prof. Frank Schwarz als Ko-Präsidenten des Kongresses (Schwarz ist außerdem Präsident der DGI) können die Teilnehmer sich darauf verlassen, dass die Wissenschaft nicht aus dem Auge verloren wird. EDI Journal befragte die beiden Kongresspräsidenten zu der in diesem Jahr geplanten Veranstaltung.

**Nennen Sie uns doch ein paar Gründe, warum man den 6. Internationalen Camlog-Kongress nicht verpassen sollte.**

Schwarz: Zum ersten Mal wird es vor den traditionellen Workshops einen Vorkongress geben, dessen Schwerpunkt auf der digitalen Zahnmedizin von heute und morgen liegt. An dieser ganztägigen Veranstaltung werden Topreferenten aus der Zahnmedizin und Zahntechnik den interdisziplinären Workflow besprechen und spannende Ausblicke über die gesamten digitalen Möglichkeiten geben. Das Programm der folgenden zwei Kongresstage ist vielversprechend und wird Praxis und Wissenschaft perfekt miteinander verbinden. Die interaktive Netzwerk-Lounge soll vor allem für die jüngeren Teilnehmer ein Treffpunkt sein. Zu festgelegten Zeiten werden Referenten und Moderatoren bereitstehen, um Fragen oder Probleme in einer einladenden Umgebung zu diskutieren.

Majewski: Neben dem wissenschaftlichen Programm darf man auch nicht vergessen, was für eine wunderschöne Stadt Krakau ist – vor allem im Juni. Wer dort einmal war, kommt nicht mehr davon los. Diese altherwürdige Stadt lockt mit berühmten Sehenswürdigkeiten, einem sehr entspannten Lebensstil sowie vielen Highlights aus Kunst und Kultur. Die Teilnehmer werden besonders das ICE, als eines der renommiertesten und



Prof. Dr. Frank Schwarz



Prof. Dr. Piotr Majewski

exklusiven Kongresszentren in Europa, wegen seiner Architektur, der Akustik und technischen Infrastruktur schätzen.

**Was halten Sie persönlich für das „heißeste“ Kongressthema?**

Schwarz: Ich bin schon sehr gespannt auf die verschiedenen interaktiven Teamdiskussionen. Am Freitagnachmittag stellen erfolgreiche Teams ihre Behandlungskonzepte vor und stellen diese zur Diskussion. Am Samstag folgt dann „die Debatte“, eine Teamdiskussion zu kontroversen Themen, die sicherlich viel Aufmerksamkeit auf sich ziehen wird. Alle Teilnehmer sind eingeladen, sich aktiv zu beteiligen, Fragen zu stellen oder ihre Meinung zu äußern.

Majewski: Meiner Meinung nach gehören die „Team-Konzepte“ zu den interessantesten Themen. Im Alltag wird dieser Aspekt zu häufig vernachlässigt. Für junge Zahnärzte ist es jedoch sehr wichtig,

praktische Leitlinien an die Hand zu bekommen, die durch wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrung gestützt sind. Auf das Streitgespräch am Samstag bin ich auch schon sehr gespannt. Hier geht es um schwierige und kontrovers diskutierte aktuelle Fragen aus dem Bereich der oralen Implantologie und den entsprechenden Antworten dazu.

**Micky Mouse soll auch kommen, haben wir gehört?**

Majewski (lacht): Ja, in gewisser Weise stimmt das sogar. Unser Ehrengast Markus Gross ist nicht nur Professor für Informatik an der ETH Zürich, sondern auch Direktor bei Disney Research. Von ihm erwarten wir uns faszinierende Einblicke in die realistische Modellierung und Animation von menschlichen Gesichtern. Anfänglich wurden diese Techniken für Special Effects im Film verwendet, aber diese Technologie besitzt auch ein großes Potenzial für die Medizin. Gross, der „virtuelle Mann“, wird zweifelsohne die Teilnehmer mit futuristischen Bildern und Technologien begeistern.

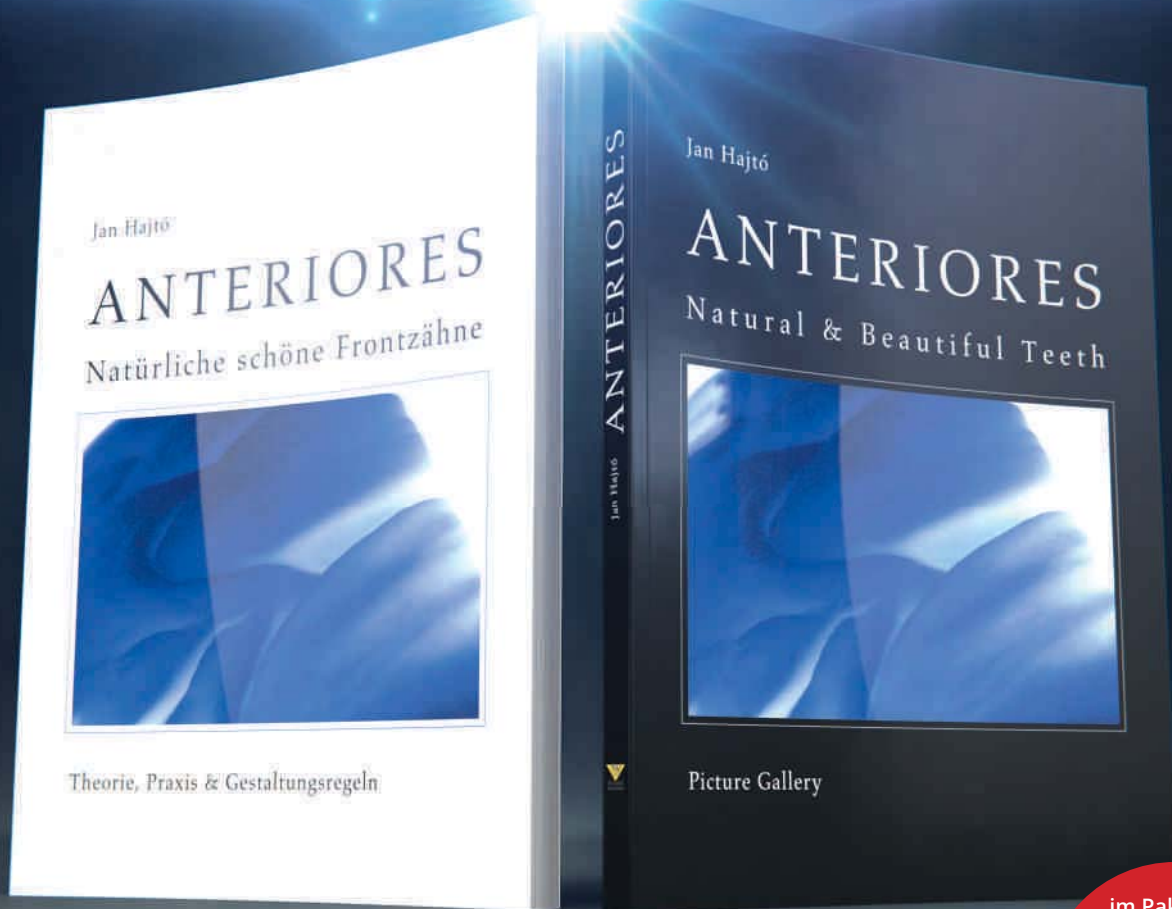
**Vielen Dank, Herr Prof. Majewski und Herr Prof. Schwarz, für diese interessanten Einblicke.**

STE

**Weitere Informationen:**  
[www.camlogcongress.com](http://www.camlogcongress.com)

Neuaufgabe 2015

# BESTSELLER IM SPARRPAKET



Aufgrund hoher Nachfrage jetzt in neuer Auflage:

## Anteriores Band 1:

Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln

Theoretische Aspekte schöner Zähne und ihre Beziehung zum lächelnden Gesicht. Der natürliche, individuelle Formenreichtum. Regeln zur Erzielung einer schönen Frontzahnreihe. Verständlich, illustrativ und didaktisch sinnvoll erläutert.

## Anteriores Band 2:

Picture Gallery

Eine hervorragende Sammlung natürlich schöner Frontzahnreihen. Als Arbeitsbuch für die ästhetische Planung und Herstellung. Als Kommunikationshilfe zwischen Zahnarzt, Patient und Zahntechniker. Anschaulich und inspirierend.

im Paket nur

€ 239.00

statt € 268.00

Bequem bestellen unter:

[www.dental-bookshop.com](http://www.dental-bookshop.com)

oder Mail an [service@teamwork-media.de](mailto:service@teamwork-media.de), Fon +49 8243 9692-16, Fax +49 8243 9692-22

**tw**  
media  
THE DENTAL  
PUBLISHERS

Interview mit Jörn Thurow, FairImplant, und Stefan Leyen, Metoxit  
zur zukünftigen Zusammenarbeit

# Entzündungsfreiheit, die begeistert

Implantate aus Zirkonoxid erfreuen sich eines regen Interesses auf breiterer Patienten- und konsequent auch Behandlerseite. Nachdem die ästhetische Wirkung von Keramikimplantaten in den Anfängen mit für Puristen nicht hinnehmbaren Kompromissen in puncto Belastung und Beständigkeit erkaufte werden mussten, scheinen neue Materialien dieser Versorgungsalternative nun neue, bessere Zeugnisse auszustellen. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, sprach mit Jörn Thurow, FairImplant, und Stefan Leyen, Metoxit, die sich als neues Erfolgsgespann im Markt zusammengefunden haben.

**FairImplant hat die Vermarktung und Kundenbetreuung von Ziraldent/FairWhite-Implantaten von der Metoxit AG übertragen bekommen. Was war der Grund dieser Partnerwahl?**

**Stefan Leyen:** Metoxit hat nach einem Strategiewechsel vor zwei Jahren die klare Positionierung, Hochleistungskeramiken für Industriekunden mit Schwerpunkt im medizinischen Anwendungsbereich anzubieten. Damit war die Herausforderung verbunden, den bestehenden Kunden weiterhin einen gewohnten Service zu bieten. FairImplant verfügt über einen fachlich guten Service mit langer Erfahrung.

**Jörn Thurow:** FairImplant hat nicht den Anspruch, alles neu zu erfinden. Es reicht uns aus, wenn der Patient beste bewährte Qualität hinsichtlich Fertigung und Werkstoff erhält. Unsere Titanimplantate FairOne und FairTwo ließen wir deshalb auch gerne vom BDIZ EDI in diesen Punkten überprüfen und werden an dieser Studie auch künftig weiter teilnehmen.

**Wie haben Sie sich eigentlich gefunden?**

**Thurow:** Auf der IDS 2011 ist mir doch eine „Kopie“ des FairOne-Implantats in Keramik aufgefallen. Das Konzept zur Maximierung des IBIC (Initial Bone Implant Contact), Instrumente und Präparationsmöglichkeiten entsprechen sich weitgehend. Singulär bei Ziraldent ist, dass es



Jörn Thurow



Stefan Leyen

keramikgerecht designt wurde. Die von Metoxid entwickelte Implantatoberfläche ZircaPore ist nachweislich mit Titanoberflächen hinsichtlich der Einheilung an Knochen vergleichbar.

**Wie sieht es denn mit den klinischen Erfahrungen aus?**

**Leyen:** Die Einführung des Implantats ist mit einer Kohortenstudie der Uniklinik Freiburg unter Leitung von Prof. Dr. Ralf Kohal begleitet worden. Die Fünf-Jahres-Ergebnisse belegen eine gute Eignung, sind aber derzeit noch nicht publiziert.

**Wann sollten bevorzugt Keramikimplantate gesetzt werden?**

**Thurow:** Ich sehe im Moment erst einmal zwei Anwendungsschwerpunkte: Zum einen, wenn die Keramik gegenüber Titan für den Patienten immunologische Vorteile aufweist. Und zum anderen, wenn ästhetische Aspekte besonders wichtig sind, wie in der OK-Front bei hoher Lach-

linie. Die Patientenaufklärung ist ein wichtiger Punkt dabei.

**Warum ist Ihr Keramikimplantat einteilig?**

**Leyen:** Grundsätzlich stellt ein zweiteiliges Implantatsystem aus Keramik eine große Herausforderung hinsichtlich der dynamischen Belastung dar. Einteilig ist sicherer.

**Thurow:** Wie beim einteiligen FairOne liegen die Vorteile vor allem bei weniger chirurgischen Eingriffen, der einfachen Handhabung der Prothetik und der Weichgewebsintegration.

**Wie wird sich die Partnerschaft weiterentwickeln?**

**Thurow:** Aufgrund unseres engen Kundenverhältnisses haben wir schon eine Vielzahl von Anregungen aus Zahnärztekreisen berücksichtigt. Diese Erkenntnisse tauschen wir mit Metoxit aus, mit dem Ziel der permanenten Weiterentwicklung.

**Leyen:** Gerade durch diesen Rücklauf von Anforderungen und Möglichkeiten bin ich sehr zuversichtlich, dass sich die Einsatzbereiche für Keramikimplantate zukünftig ausweiten werden.

**Herr Leyen, Herr Thurow, herzlichen Dank für dieses Gespräch**

Interview mit Dr. Andreas Röhrle zum Behandlungskonzept All-on-4

# In der Praxis aus der Praxis

Prof. Dr. Paulo Maló hat das Behandlungskonzept All-on-4 vor mehr als zehn Jahren entwickelt. Die Anzahl klinischer Studien ist mittlerweile groß und zeigt, dass All-on-4 vielversprechend für die implantologische Versorgung mit feststehendem Zahnersatz im zahnlosen Ober- und Unterkiefer ist. Der Experte Dr. Andreas Röhrle aus Schwäbisch Gmünd spricht im Interview mit Thomas Stahl, Leiter Marketing und Produkt Management D-A-CH, über seine Erfahrungen mit dem All-on-4-Behandlungskonzept.

**Herr Dr. Röhrle, wie ist Ihr Zugang zum All-on-4-Konzept gewesen? Wo sehen Sie die wesentlichen Vorteile für sich? Wo die Herausforderungen?**

Die Akzeptanz des All-on-4-Konzepts lässt sich mit der eines DVTs vergleichen. 2000 habe ich mein erstes DVT angeschafft und wusste, dies ist die Zukunft. Damals gab es in Deutschland nur zehn Geräte und ich gehörte somit zu den Pionieren. Die digitale Volumentomografie wurde anfangs von den Fachgesellschaften und Kliniken ignoriert. Heute ist das endlich ein allgemein anerkannter Goldstandard der Diagnostik. 2003 kam die erste Studie von Prof. Dr. Maló zum Thema All-on-4 heraus. Im selben Jahr habe ich auch meinen ersten Patienten mit diesem Behandlungskonzept versorgt. Durch die Lancierung von NobelGuide im Jahr 2006 schloss sich für mich der Kreis. Mittlerweise behandle ich in meiner Praxis rund 50 Fälle pro Jahr mit dem All-on-4-Konzept.

**Findet das Konzept Ihrer Meinung nach ausreichend Anerkennung in der Kollegenschaft?**

Das Thema kommt in den Vorträgen der Fachgesellschaften zwar immer mehr durch, findet aber noch zu wenig Aufmerksamkeit. Dies beruht unter anderem auf der Tatsache, dass die niedergelassenen Zahnärzte noch über zu wenig Routine und Training verfügen und nach wie vor ein hoher Aufklärungsbedarf hinsichtlich dieses Behandlungskonzepts besteht.

**Ihre Praxis ist ausgewiesenes All-on-4-Kompetenzzentrum. Was bekommen Patienten bei Ihnen, was sie woanders nicht bekommen?**

Dadurch, dass ich regelmäßig OPs nach dem All-on-4-Behandlungskonzept durchführe, verfügen wir in unserer Praxis über die erforderliche Erfahrung und Routine. Routine in dem Sinne, dass das Behandlungsergebnis auf den drei wichtigen Säulen Diagnostik, Chirurgie und Nachsorge beruht, die in meiner Praxis nach standardisierten Checklisten und Prozessen ablaufen und somit Garantien für einen entsprechenden Behandlungserfolg für den Patienten darstellen.

**Ihre Begeisterung für dieses Behandlungskonzept wurde 2010 im Rahmen der implantologischen Gemeinschaftstagung in Berlin einmal mehr deutlich spürbar und auch als bester Vortrag ausgezeichnet.**

Ja, das stimmt. Die Deutsche, Schweizer und Österreichische Gesellschaft für Implantologie sowie die International Academy for Oral and Facial Rehabilitation sprach mir den Tagungsbestpreis für den besten Vortrag im Bereich Wissen-



Dr. Andreas Röhrle

schaft und Praxis zu. Das hat mich besonders gefreut, weil ich mein Steckenpferd All-on-4 vor einem internationalen Publikum präsentieren konnte.

**Was geben Sie interessierten Kollegen mit auf den Weg, die mit All-on-4 starten wollen?**

Wichtig ist vor allem, sich eine entsprechende Erfahrung anzueignen und sich dabei an entsprechenden Standards und Prozessen zu orientieren. Die Industrie kann hier durch strukturierte Fortbildungen einen entsprechenden Beitrag zum Erfolg bei der Umsetzung des Konzepts leisten. Die Teilnahme an Vorträgen alleine reicht nicht aus, aktives Lernen durch beispielsweise Live-OPs, Hospitationen und OPs mit Supervision ist hier gefragt. Die Themen Prothetik und wie man vom Implantat zum Provisorium kommt müssen ebenfalls eingehend erlernt werden. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.nobelbiocare.com](http://www.nobelbiocare.com)



Interview mit Prof. Dr. Dr. Friedrich Wilhelm Neukam  
zum wissenschaftlichen Programm des Osteology Monaco 2016

# Das WARUM und das WIE der regenerativen Therapie

Für Prof. Dr. Dr. Friedrich Wilhelm Neukam ist die Erhaltung der Zähne eines der wichtigsten Themen am Internationalen Osteology Symposium 2016. Dr. Heike Fania, Kommunikationsmanagerin Osteology Stiftung, sprach mit ihm als Chairman des Symposiums darüber, was sich dahinter genau verbirgt und was für ihn sonst noch die wichtigsten Fragen sind, die in Monaco im April 2016 behandelt werden.

**Professor Neukam, das wissenschaftliche Programm des internationalen Osteology Symposiums 2016 in Monaco steht unter dem Motto „Das WARUM und WIE der regenerativen Therapie lernen“. Welche Inhalte verbergen sich hinter diesem Motto?**

In unserem Praxisalltag müssen wir all unsere Prozeduren, die wir schon über Jahre anwenden – wie wir meinen erfolgreich – auf den Prüfstand stellen. Denn unser Wissen ändert sich rapide innerhalb weniger Jahre. Das ist auch eines der Ziele des Osteology Symposiums in Monaco 2016: Wir wollen hinterfragen und wir wollen den Praktikern eine Standortbestimmung geben, indem wir bekannte Techniken in der regenerativen Therapie überdenken, aber auch immer gleichzeitig die Frage stellen, was ist das

geeignete Protokoll, um ein Behandlungsziel vorhersehbar zu erreichen. Ein weiteres Ziel ist es natürlich, den derzeitigen Wissensstand und neuere Forschungsergebnisse in der Regeneration oraler Gewebe vorzustellen, zu diskutieren und ihre klinische Umsetzbarkeit für den Praktiker zu demonstrieren.

**Das Programm umfasst dabei ja ein breites Spektrum an Themen aus der oralen Regeneration. Welche davon sind für Sie am wichtigsten?**

Langzeiterfolg regenerativer Maßnahmen, sei es zum Zahnerhalt oder für Implantate, bei gesunden oralen Hart- und Weichgewebeverhältnissen. So ist „Zähne – ein Leben lang“ für mich ein ganz wichtiges Thema. Natürlich gilt Vergleichba-

res für Implantate. Welche Möglichkeiten bieten hierbei die Techniken der Knochen- und der Weichgeweberegeneration in den verschiedenen Indikationsbereichen – sei es im Seitenzahnggebiet oder in der Frontregion – unter Sicherung eines langfristigen ästhetischen Ergebnisses. Dabei spielt für mich insbesondere die Frage eine große Rolle, welche Entscheidungs- und Behandlungswege wir eingehen, wenn eine Zahnentfernung erforderlich wird. Denn dann kommen verschiedene Gesichtspunkte zum Tragen. Wir müssen die alternativen Behandlungsmöglichkeiten ausloten und deshalb freue ich mich auch auf die interaktive Diskussion mit dem Thema „Entscheidungen nach der Zahnextraktion“. Hier sind Experten in der Diskussionsrunde, die über viele Jahre klinischer Erfahrung verfügen und die Anwendung regenerativer Techniken zum Erhalt der Hart- und Weichgewebe darstellen werden.

**Sie haben eben das Thema „Zähne – ein Leben lang“ angesprochen. Um welche Fragen geht es bei diesem Programmpunkt genau?**

Nun wie schon kurz erwähnt, denke ich, dass es der Wunsch eines Jeden ist, Zähne möglichst lebenslang zu erhalten. Für mich stehen hierbei die Fragen der Parodontalbehandlung und regenerative Therapiemöglichkeiten im Vordergrund. Allerdings wünsche ich mir, dass gerade hier das „WIE“ dargestellt wird. Für mich bedeutet es aber auch, dass man eine klare Information erhalten muss,



Prof. Dr. Dr. Friedrich Wilhelm Neukam

wann diese Maßnahmen nicht greifen, und ich denke, dass eine entscheidende Frage beantwortet wird: Nämlich, wann müssen wir Zähne entfernen, um weitere Behandlungen wie regenerative Techniken, aber auch eine Implantatversorgung in den ortständigen Geweben noch zu ermöglichen.

**Im Rahmen von Osteology Monaco wird auch eine große Posterausstellung sowie das Research Forum veranstaltet, bei dem aktuelle Ergebnisse aus der Forschung präsentiert werden. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, die bisher in der Forschung behandelt wurden?**

Wenn wir die regenerativen Möglichkeiten von heute betrachten, so sind präklinische Forschungsergebnisse, aber

natürlich auch klinische Studien, die sich mit der Frage des Knochenerhalts nach der Zahntfernung und auch des Erhalts und Wiederaufbaus der Weichgewebe beschäftigten, für mich entscheidend, da sie einen großen Einfluss auf unsere klinischen Behandlungsmodalitäten haben.

**Wenn Ihre Kollegen Sie fragen, warum sie an Osteology Monaco nächstes Jahr teilnehmen sollten, was sagen Sie ihnen dann?**

Da würde ich zunächst mal nicht das Casino in Monaco in den Vordergrund stellen, sondern ich denke vielmehr, dass die Osteology Stiftung und das Internationale Symposium Osteology in Monaco zu einem Standard geworden sind – zu

einem Standard der regenerativen Maßnahmen in der Mundhöhle weltweit. Hier kommen Experten aus vielen Ländern der Welt zusammen, um zu aktuellen Fragen, Forschungsergebnissen, aber auch klinischen Fragen, Stellung zu beziehen. Es ist also ein höchst attraktives Forum, dessen Programm diesmal zudem unter ganz praktischen Gesichtspunkten aufgebaut ist, indem nämlich nach dem „WARUM“ und dem „WIE“ in regenerativer Therapie gefragt wird.

**Vielen Dank für das Gespräch, Professor Neukam.**

**Weitere Informationen:**  
[www.osteology-monaco.org](http://www.osteology-monaco.org)



# Right.



ZERAMEX® Keramikimplantate überzeugen mit einer hervorragenden Osseointegration dank einer optimalen Oberflächenstruktur. Die sandgestrahlte und geätzte Oberfläche ermöglicht ein direktes Heranwachsen der Osteoblasten am Implantat und eine feste Anhaftung an der Implantatoberfläche wird erzielt. ZERAMEX® Implantate bieten eine absolut metallfreie Restoration und sind korrosionsfrei und biokompatibel. Im Gegensatz zu Titan erlaubt Zirkondioxid Keramik eine ähnliche Durchblutung der Gingiva wie bei einem natürlichen Zahn.<sup>1</sup>

ZERAMEX® P6 Keramikimplantate bieten eine hervorragende Osseointegration und eine passgenaue Abutment-Implantat-Verbindung mit schlankem Prothetikportfolio.

**ZERAMEX®**  
strong. bright. right.

swiss made

1) Soft tissue biological response to zirconia and metal implant abutments compared with natural tooth: Microcirculation Monitoring as a Novel Bioindicator. Kajiwara Norihiro et al., Implant Dentistry/Volume 24, Number 1 2015.

Mehr Informationen unter:  
[zeramex.com](http://zeramex.com)

Nobel Biocare beruft Hans Geiselhöringer als neuen Präsident

## Neuer Präsident berufen

Seit Anfang Januar 2016 hat Hans Geiselhöringer sein Amt als neuer Präsident der Nobel Biocare angetreten. Mit dieser Berufung will das Unternehmen sich noch stärker um seine strategischen Ziele formieren.

Seit 2011 hat *Hans Geiselhöringer* bereits als Executive Vice President von Global Research, Products & Development gewirkt und eine wettbewerbsintensive Produkt- und Innovations-Pipeline geschaffen. Zuvor war er Executive Vice President des Bereichs Global Marketing & Products (2010-2011) und Leiter von NobelProcera and Guided Surgery von 2009 bis 2010. *Hans Geiselhöringer* begann seine Karriere bei Nobel Biocare als Leiter von NobelProcera im Jahr 2008 und wurde 2009 zum Mitglied der Geschäftsleitung berufen. Von 2004 bis 2009 war *Hans Geiselhöringer* Global Speaker für Nobel Biocare. Damit war er der erste Nobel Biocare-Kunde und Experte für Zahnmedizin, der eine so hohe Position innerhalb des Unternehmens erlangte.



*Hans Geiselhöringer*

1998 gründete *Hans Geiselhöringer* DentalX GmbH, das führende Zahntechnik Speziallabor, mit Schwerpunkt auf die Bereiche Implantologie, Epithetik,

funktionale und ästhetische Rekonstruktionen sowie bildgebende Verfahren. Er ist gelernter Zahntechniker und besitzt ein umfangreiches technisches Wissen über die Implantologie- und CAD/CAM-Industrie sowie ein tiefes Verständnis der Kundenperspektive, die die Grundlage für kontinuierliche Innovation bei Nobel Biocare ist. Als ein bekannter Experte für die Zahntechnik und zahntechnische Materialien hat er verschiedene klinische Berichte und Forschungsartikel (mit-)veröffentlicht. Zudem ist er Mitglied einer Vielzahl internationaler dentaler Fachgesellschaften und ein weltweit anerkannter Redner auf Dentalkongressen. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.nobelbiocare.com](http://www.nobelbiocare.com)

TePe engagiert sich im Aktionsbündnis gesundes Implantat

## Gemeinsam für die Gesundheit

TePe bietet unter dem Motto „Caring for Implants“ nicht nur verschiedenste Produkte für die schonende Reinigung von Implantaten, Brücken oder Multibandapparaturen an, sondern engagiert sich seit Oktober 2015 auch aktiv im Aktionsbündnis gesundes Implantat.

Das Aktionsbündnis gesundes Implantat ist der Zusammenschluss von Industrieunternehmen, Fachverbänden, Fachverlagen sowie von namhaften Wissenschaftlern und Experten der Parodontologie, Implantologie und Prophylaxe. Die Initiative will durch die Information von Zahnmedizinern und durch Kooperationen einen Beitrag zur Prävention entzündlicher Prozesse an dentalen Implantaten leisten. Mit gemeinsamen Projekten wie der Veröffentlichung von Informations- und

Aufklärungsmaterialien in digitaler und gedruckter Form, der Erarbeitung von Positionspapieren und dem Aufbau starker Netzwerke setzt sich das Aktionsbündnis seit 2012 öffentlichkeitswirksam für die Prävention periimplantärer Erkrankungen durch Prophylaxe ein.

Die Partner des Aktionsbündnisses gesundes Implantat haben eines gemeinsam: Ein hochwertiges Angebot spezifischer Produkte für die häusliche oder professionelle Implantatpflege. Mit den

TePe Interdentalbürsten, der Einbüschelbürste Compact Tuft, dem TePe Bridge & Implant Floss und der Implantatbürste TePe Implant Care hält der schwedische Mundhygienespezialist für jede Implantatversorgung das passende Hilfsmittel bereit. TePe ermöglicht es Behandlern und Prophylaxefachkräften gemeinsam mit dem Patienten herausfinden, welche Bürsten oder Flosse am besten zu den individuellen Vorlieben und der jeweiligen Situation passen. ▶





TePe Interdentalbürsten: Für die bukkale und palatinale Reinigung benachbarter Implantate und mühelose Reinigung unter den Stegen

„TePe hält für jeden Patienten und jede Versorgung die optimale Lösung zur häuslichen Prophylaxe bereit. Damit schaffen wir ideale Voraussetzungen für eine lange Lebensdauer von Zähnen und Implantaten. Mit unserem Engagement im Aktionsbündnis gesundes Implantat werden wir dieses Ziel gemeinsam mit anderen führenden Unternehmen der Dentalbranche weiter voranbringen“, ist *Melanie Walter*, Marketingmanagement bei TePe, überzeugt. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.tepe.com](http://www.tepe.com)

Interview mit Michael Wierz, Geschäftsführer MIS Deutschland, zur Global Conference 2016

## Save the Date

Vom 26. bis 29. Mai 2016 veranstaltet MIS die 3. MIS Global Conference in Barcelona. Im Interview mit Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, spricht Michael Wierz, Geschäftsführer von MIS Deutschland, über die Alleinstellungsmerkmale dieser Fortbildungsveranstaltung für Implantologen aus der ganzen Welt.

### **Herr Wierz, was erwartet die Teilnehmer der 3. MIS Global Conference?**

Ein 360°-Rundumblick über die Implantologie. In wissenschaftlichen Vorträgen, klinischen Fallpräsentationen und Hands-on-Workshops widmen sich Referenten von Weltrang den Aspekten von V-Concept. Damit führen wir auf der 3. MIS Global Conference eine echte Innovation in der Verbesserung des Knochen- und Weichgewebsvolumen ein – man sollte es nicht verpassen, dabei zu sein. Die 3. MIS Global Conference bietet die bestmögliche Vorbereitung auf die künftigen Anforderungen der Implantologie. Zentral werden auch diesmal die Hands-on-Workshops sein. Hier vermitteln führende MIS-Experten spezifische chirurgische Aspekte aus erster Hand. Die Teilnehmer lernen die wegweisenden Produkte und Techniken, die bereits in den Vorträgen eingeführt wurden, so direkt und unmittelbar kennen. Die Workshops sind sehr beliebt, die Plätze

jedoch begrenzt. Deshalb ist es ratsam, sich rechtzeitig anzumelden.

### **Die MIS Global Conference findet 2016 zum dritten Mal statt. Welches Konzept liegt dieser Fortbildung zugrunde?**

Das Motto „360° Implantology“ zieht sich wie ein roter Faden durch alle MIS Global Conferences. Teilnehmer vergangener Global Conferences lobten die professionelle Organisation, die Qualität der Referenten, den zuverlässigen Ausblick auf die Zukunft des Fachs, die besondere Atmosphäre und den Austausch mit Kollegen. Das ist unser Mindestanspruch.

### **Was unterscheidet die MIS Global Conference von anderen Fortbildungsveranstaltungen?**

Bei der MIS Global Conference wird Wissen nicht wiederholt, sondern erweitert. Es bieten sich viele Möglichkeiten für die eigene fachliche und persönliche



Michael Wierz, Geschäftsführer MIS Deutschland

Entwicklung. Neben der Vermittlung von Expertenwissen steht das Netzwerken mit neuen und alten Freunden und Kollegen im Fokus. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.mis-implants.de](http://www.mis-implants.de)

Straumann und Dentagen kooperieren

# Stark für die Zahntechnik

Straumann und Dentagen haben eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet, die es Laboren seit Januar 2016 ermöglicht, Implantatprothetikteile und gefräste Elemente aus NEM und Zirkonoxid zu Vorzugskonditionen einzukaufen und von gemeinsamen Veranstaltungen zu profitieren.

*Karin Schulz*, Vorstandsvorsitzende von Dentagen Wirtschaftsverbund eG, eines der deutschlandweit führenden Dienstleistungsunternehmen in der Dentalbranche, freut sich über die Kooperation mit Straumann: „Als Genossenschaft ist unser Unternehmenszweck die Förderung gewerblicher Dentallabore. Nachfragen unserer Mitglieder sowie die technischen Neuerungen im Hause Straumann haben uns dazu bewogen, eine Kooperation mit Straumann zu suchen.“

Seit 2013 arbeitet Straumann konsequent daran, weiteren CAD/CAM-Systemen Zugang zu seinen Komplettlösungen zu verschaffen – zunächst mit der Anbindung von 3Shape-Systemen, die inzwischen Kronen, Brücken und individuelle Abutments bei Straumann bestellen können. Seit 2015 können auch exocad-Anwender neben Kronen und Brücken originale individuelle Cares-Abutments bei Straumann fertigen lassen.



*Karin Schulz, Vorstandsvorsitzende Dentagen*



*Achim Benda, Head of Digital Solutions Central Europe Straumann*

„Die Kooperation mit Dentagen ergibt genau zum jetzigen Zeitpunkt Sinn, da wir nun den Mitgliedern aus unserer Sicht sehr viel Nutzen bezüglich der unterschiedlichen Indikationen anbieten können“, erklärt *Achim Benda*, Head of

Digital Solutions Central Europe, von Straumann. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.straumann.de](http://www.straumann.de)

Dentsply Implants komplettiert mit TitaniumBase EV das Abutment-Angebot

## Für den digitalen Workflow

Dentsply Implants bietet mit der neuen TitaniumBase EV eine zusätzliche Möglichkeit für zahntechnische Labore, die eine CAD/CAM-Versorgung innerhalb ihres bevorzugten Workflows gestalten und fertigen möchten. Das präzisionsgefertigte Bauteil aus Titan dient als Basis des zweiteiligen Abutments. Es wird durch einen patientenindividuell gefrästen Keramikstumpf aus Hochleistungs- oder Strukturkeramik ergänzt.

Die TitaniumBase EV kann zur temporären und finalen Versorgung bei zementierten oder verschraubten Lösungen eingesetzt werden. Möglich sind Versorgungen für

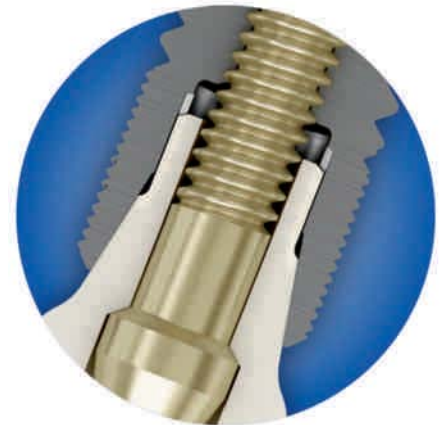
Einzelzahnlücken (verschraubt und zementiert) oder der Einsatz bei einer Teilbeziehung im Front- und Seitenzahnbereich (nur zementiert). In diesem Fall kann

mit einer zementierten Brücke auch eine mehrgliedrige Versorgung angefertigt werden. Das Abutment wird extraoral verklebt. Dies bietet eine größtmögliche ▶

Kontrolle über das Verfahren und etwaige Kleberreste können einfach entfernt werden. Der Zugang zum Schraubkanal bleibt auch nach der Verklebung offen. Der digitale Workflow der TitaniumBase EV wurde für die Scanner des 3Shape Dental System entwickelt. Zwei abgeflachte Seiten dienen als Rotationsschutz. Es sind verschiedene Durchmesser (3,0 bis 5,4 Millimeter) und zwei verschiedene Gingivahöhen (1 oder 2 Millimeter) verfügbar. Scanpfosten – Atlantis (IO) FLOs – sind in allen entsprechenden Durchmessern erhältlich. Die TitaniumBase EV wurde eigens für das Astra Tech Implant System EV neuentwickelt. Für die anderen

Implantatsysteme von Dentsply Implants gibt es bereits vergleichbare Angebote: die Xive TitaniumBase und die Ankylos TitaniumBase. Die TitaniumBase EV für das Astra Tech Implant System EV wird mit einem Höchstmaß an Präzision gefertigt und erfüllt gleichzeitig die Anforderungen des „Conical Seal Designs“ – eines der vier bewährten ineinandergreifenden Merkmale des bestens dokumentierten Astra Tech Implant System BioManagement Complex für einen starken und stabilen Halt. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.dentsplyimplants.de](http://www.dentsplyimplants.de)



Die „Conical Seal Design“-Funktion des Astra Tech Implant System BioManagement Complex sorgt für starken und stabilen Halt.

Camlog wächst deutlich stärker als der Markt

## Auf dem richtigen Weg

Das Jahr 2015 war für Camlog ein besonders gutes Jahr. Der Implantathersteller verzeichnete in Deutschland ein knapp zweistelliges Umsatzwachstum und übertrifft damit das Marktwachstum deutlich, das auf zwei bis drei Prozent geschätzt wird.

„Wir sind mit der Entwicklung im vergangenen Jahr hochzufrieden. Jedes vierte Zahnimplantat kommt in Deutschland von Camlog. Unsere Geschäftspolitik der Kontinuität und Verlässlichkeit sowie unsere innovativen Produktlösungen und Konzepte werden sehr geschätzt. Darauf bauen wir auch 2016 und bieten unseren Kunden neben der gewohnten Produktqualität ein partnerschaftliches Angebot zum beiderseitigen Nutzen“, resümiert *Michael Ludwig*, Geschäftsführer der Camlog Vertriebs GmbH.



*Michael Ludwig*

2013 hatte Camlog bei der Internationalen Dental-Schau in Köln mit großem Aufsehen das iSy-Implantatsystem eingeführt und sich damit ein zweites Standbein im viel beachteten Value-Segment geschaffen. *Michael Ludwig*: „Mit iSy liegen wir goldrichtig. Kunden unserer Premium-Mitbewerber suchen bewusst nach einem kostengünstigen Zweitsystem von einem renommierten

Hersteller, für den die Qualität der Produkte an erster Stelle steht. Das iSy-System sichert uns heute schon einen großen Teil des Neukundengeschäfts. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen, zumal iSy auch optimal auf Dedicam und damit ein weiteres wichtiges Zukunftsegment abgestimmt ist.“ Dedicam steht bei Camlog für digitale Prothetiklösungen und konnte seinen Umsatz nach

Unternehmensangaben zum zweiten Mal in Folge verdoppeln. Camlog etabliert sich damit auch auf dem CAD/CAM-Markt durch ein maßgeschneidertes Angebot an Scan-, Design- und Fertigungsdienstleistungen basierend auf offenen Schnittstellen. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.camlog.de](http://www.camlog.de)

Interview mit Stefan Klomann, Geschäftsführer Phibo Bereich CAD/CAM

## Grenzenlose Partnerschaft

In Zeiten eines immer stärker zusammenwachsenden Europas, ist es verwunderlich, dass sich manche Vorurteile hartnäckig halten und viele die wirtschaftliche Kernkompetenz Spaniens immer noch im Lebensmittelbereich sehen. In Barcelona, befindet sich mit Phibo in Spanien ein seit mehr als zwei Jahrzehnten im Bereich der Implantologie marktführendes Unternehmen, das neben seinen Implantatsystemen, einem modernen Zentralfertigungsservice und der Marke Synergia eine integrierte CAD/CAM-Kette bietet. Seit Oktober 2015 hat Phibo den Fertigungsservice Compartis der DeguDent übernommen und führt diesen Unternehmensbereich am alten Standort in Hanau fort. Marianne Steinbeck, Projektmanagerin des BDIZ EDI konkret, sprach darüber mit Phibo CAD/CAM-Geschäftsführer Stefan Klomann.

***Dass Spanien in Deutschland etwas aufkauft, führt ja schon im Fußball zu leisem Schluckauf...***

Für Phibo ist der Zentralfertigungsservice Compartis eine ideale Ergänzung des Phibo-Portfolios, dessen Stärken neben dem Implantatbereich, zentralfertigungsseitig mit der Marke Adhoc vor allem in verschraubten Lösungen wie Customized Abutments, Stege oder verschraubte Brücken liegen. Die Compartis-Fertigung der Gerüste aus verschiedenen Werkstoffen geht mit Phibo an ein Unternehmen, das seit mehr als zehn Jahren Entwicklungen im digitalen Prozessbereich bietet. Dabei deckt sich die Qualitäts- und Service-Philosophie von Phibo mit der der DeguDent. Wir können so uneingeschränkt die Aktivitäten von Compartis fortsetzen. Wir haben die Produktionsmitarbeiter am Standort Hanau übernommen. Dabei arbeiten wir auf denselben Maschinen und haben durch eine Partnerschaft mit der DeguDent gesichert, dass die Kunden die gewohnte Materialqualität erhalten. Zudem werden die Compartis-Kunden in Zukunft von werkstofflichen Neuentwicklungen sowie von Verbesserungen in der digitalen Prozesskette profitieren können.

***Wo wollen Sie innerhalb dieser prothetischen Kette das Aurea-Implantatsystem ansiedeln?***

Aurea positioniert sich preislich im mittleren Segment und verfügt über eine Vielzahl bewährter und gut dokumentierter Eigenschaften. Dabei handelt es sich um ein ausgereiftes modernes Implantatsystem, das für die meisten Indikationen geeignet ist. Letztlich verkaufen Sie heute aber dem Patienten kein Implantat mehr, sondern eine prothetische Lösung. Bereits seit geraumer Zeit verzeichnen wir einen Paradigmenwechsel vom chirurgischen zum prothetischen Ansatz in der Implantologie, der sich mit jeder kleinen Verbesserung innerhalb der digitalen Fertigungskette weiter erhöht. Hier sehen wir unsere Stärke. Von der Prothetik zum Implantat – nicht umgekehrt.

***Wie stellt sich Ihre besondere Stärke in dieser Konstellation dar?***

Compartis hat sich in den vergangenen Jahren eine der führenden Marktpositionen in der Zentralfertigung erarbeitet. Unsere Kunden schätzen die hohe Qualität der Gerüste aus Kobalt-Chrom und Cercon oder dem multiindikativen Cerconht sowie die individuellen Abutments aus Titan oder Cercon. Das Phibo-Portfolio bietet zusätzlich CAD/CAM-Restaurationen von der Einzelkrone aus Zirkonoxid, Kobalt-Chrom, Titan oder PMMA über vollanatomische Kronen, Inlays, Onlays, Veneers und voll individualisierte Abutments sowie direkt verschraubte Implan-



Stefan Klomann

tatbrücken – ebenfalls aus allen gängigen Materialien – bis hin zu Stegen aus Kobalt-Chrom oder Titan. Wir sind also ein digitaler Vollanbieter. Im Grunde können wir alle Wünsche der implantologisch und implantatprothetisch tätigen Fachleute in Praxis und Labor erfüllen. Dabei legen wir besonderen Wert auf Präzision und Produktqualität. Denn am Ende geht es uns darum, das Leben für unsere Kunden so einfach wie möglich zu gestalten.

***Besten Dank, Herr Klomann, für Ihre Zeit und dieses Gespräch.***

STE



Bego Implant Systems startet erfolgreich mit neuem Online-Orderportal

# Einfach online bestellen

Pünktlich zum Start der Eigenfertigung der neuen Bego Guide-Bohrschablonen präsentiert Bego Implant Systems das neue Onlinebestellsystem. Damit ist es ein Leichtes, Bohrschablonen und Implantatplanungsvorschläge online zu bestellen.

Mit dem neuen Onlinebestellsystem von Bego Implant Systems ist es für den Anwender besonders einfach, Bohrschablonen und Implantatplanungsvorschläge online zu bestellen. Es stehen diverse Möglichkeiten für die Implantatplanung und Gestaltung der Bohrschablonen zur Auswahl. Selbst CT- oder DVT-Daten können über das System hochgeladen werden. Im Anschluss bereitet das Bego



Guide Planungszentrum einen individuellen Planungsvorschlag vor. Dieser wird dem Anwender im Portal zur Verfügung gestellt. Da zu jeder Implantatposition die entsprechenden Ansichten direkt hinterlegt sind, ist keine Software not-

wendig. Das System ist somit plattformunabhängig. Die Bohrschablonen werden anschließend am Standort Bremen mithilfe der modernen 3D-Druck-Technologie hergestellt und die vollnavigierte Bego Guide-Schablone wird inklusive einer Planung verschickt. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.bego.com](http://www.bego.com)



**REGEDENT**  
smart regeneration

## OSSIX® PLUS

Zuverlässig – gerade wenn es darauf ankommt

- Verlässliche Barriere-Membran bis zu 6 Monaten
- Schützt das Augmentat selbst bei frühzeitiger Exposition
- Exzellente dokumentierte Bioverträglichkeit und Gewebeintegration

Glauben Sie nicht?  
Kontaktieren Sie uns noch heute!

Sichern Sie sich unser Angebot für Erstbesteller!

**Erstbesteller-Angebot:**  
6 + 1 inkl. kostenfreiem Versand. OSSIX® PLUS ist erhältlich in:  
15 mm x 25 mm für 104,20 €, 25 mm x 30 mm für 130,25 €,  
30 mm x 40 mm für 189,50 €, zzgl. MwSt. Gültig bis 31.12.2016.

REGEDENT GmbH | Phone +49 (0) 93 24 - 6 04 99 27 | info@regedent.com | www.regedent.com

Klaus Schenkman von parsmedia erklärt, wie Patientenansprache im Netz funktioniert

# Onlinekommunikation ist Pflicht!

Das Internet bietet nahezu unerschöpfliche Möglichkeiten der Kommunikation: Jeder ist erreichbar – immer und überall. Hier suchen und finden wir Informationen zu allen denkbaren Themen, vor allem zu Fragen der Gesundheit. Das Internet etabliert sich neben der Praxis als zentrale Plattform des Patientendialoges und die Onlinekommunikation ist ein unverzichtbarer Teil des Praxismarketings. Hier geht es schon lange nicht mehr um eine bestimmte Generation. Das Internet ist ein Massenmedium für alle Altersklassen. Klaus Schenkman, Kommunikationsmanagement parsmedia, erklärt das Wichtigste dazu in dieser Beitragsserie.

Laut aktueller Onlinestudie von ARD/ZDF (2015) sind 83,2 Prozent der 50- bis 59-jährigen regelmäßig online. Bei den über 60-jährigen sind es 50,4 Prozent. Es sind die Menschen über 50, die für die größten Zuwächse bei der Internetnutzung sorgen und die sicher zur wichtigsten Zielgruppe der Implantologen zählen.

Es geht also nicht mehr darum, ob die implantologische Praxis das Internet nutzt. Es geht um das „Wie“. Bevor diese Frage konkret beantwortet werden kann, sind allerdings diverse Vorüberlegungen nötig. Wie bei jeder perfekt geplanten Insertion von Implantaten sollte man wissen:

- Wie ist die aktuelle Situation?
- Welches Ziel streben wir an?
- Auf welchem Weg erreichen wir unsere Ziele?

Genauso verhält es sich übrigens auch bei der Patientenkommunikation. Dabei



Klaus Schenkman

ist es irrelevant, ob es sich um Online- oder Offline-Kommunikation handelt.

## Informationsbasis Website

Die Website der Praxis ist die Zentrale der externen Praxiskommunikation und erfüllt zwei wichtige Funktionen. Hier

sind einige grundlegende Punkte zu beachten:

- Neben einer technisch sauberen Programmierung, muss die Seite vor allem auch auf mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets optimal funktionieren.
- Texte und Titel beinhalten die zentralen Keywords.
- Regelmäßige Neuigkeiten setzen neue Reize, die Seite zu besuchen.
- Die Gestaltung ist modern und lockt mit emotionalen professionellen Fotos.
- Die Inhalte sind für die Patienten verständlich verfasst und beinhalten nützliche Informationen.

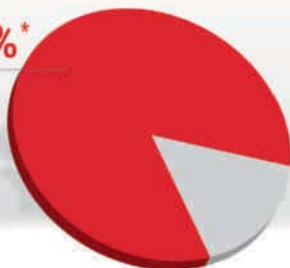
## Dialog über Bewertungsportale und soziale Netzwerke

Arztbewertungsportale sollten gepflegt und beobachtet werden. Hier sprechen Patienten über die Praxis und geben so Hinweise zur Verbesserung. Viele Bewertungen der Praxis verbessern zudem die Sichtbarkeit in den Suchmaschinen.

Auch die eigene Darstellung der Praxis bei Facebook wird heute bereits als Standard gesehen. Wer hier professionell agiert, bindet Patienten durch den persönlichen Kontakt und führt Leser zu den Themen seiner Website. ■

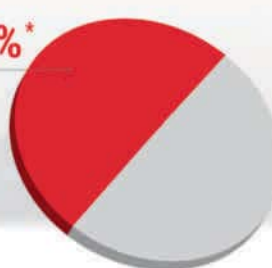
Internetnutzer in Deutschland 2015  
50- bis 59-Jährige

82,2%\*



Internetnutzer in Deutschland 2015  
Über 60-Jährige

50,4%\*



Weitere Informationen:

[www.zahnblog-zwischenraum.de](http://www.zahnblog-zwischenraum.de)

Hager &amp; Werken

# Miraclin Implant

miradent Miraclin Implant-Zahncreme wurde speziell für die Bedürfnisse von Implantat-getragenen Zahnersatz entwickelt.

Die aktive Sauerstofftechnologie bewahrt das natürliche Weiß der Zähne und verhindert die Bildung von Farbunterschieden zwischen natürlichen Zähnen und Implantat-getragenen Zahnersatz. Das Schutz-Enzym Lactoferrin unterstützt die Regeneration beschädigter Zellen und reduziert die Bildung entzündungsfördernder Bakterien.

Miraclin Implant ist pH neutral und hat einen Fluoridanteil von 200 ppm im Vergleich zu den handelsüblichen 1450 ppm. Hierdurch reduziert man die Korrosion von Implantaten durch die Fluoride und profitiert dennoch von den wichtigen remineralisierenden Eigenschaften.

Miraclin Implant enthält weder Natrium-laurylsulfat noch Triclosan. ■

**Weitere Informationen:**

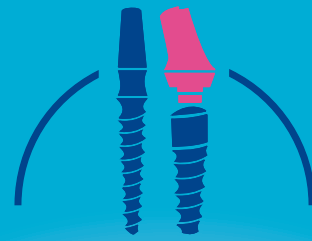
[www.hagerwerken.de](http://www.hagerwerken.de)



Safe Implant



Aktiv-Formel



KSI Bauer-Schraube

## Das Original

Über 25 Jahre Langzeiterfolg

**KSI Seminarreihe 2016:**  
Praxisorientierte Einführung in die  
patienten- und anwenderfreundliche  
Implantologie mit dem seit über  
25 Jahren bewährten KSI-System



**Infos & Anmeldung**  
[www.ksi-bauer-schraube.de](http://www.ksi-bauer-schraube.de)  
oder 06032/31912



**Unsere Termine für 2016:**

15. – 16. April · 10. – 11. Juni  
12. – 13. August · 07. – 08. Oktober  
02. – 03. Dezember

**K.S.I. Bauer-Schraube GmbH**  
Eleonorenring 14 · D-61231 Bad Nauheim

Tel. 06032/31912 · Fax 06032/4507  
E-Mail: [info@ksi-bauer-schraube.de](mailto:info@ksi-bauer-schraube.de)  
[www.ksi-bauer-schraube.de](http://www.ksi-bauer-schraube.de)

Comfour-System von Camlog ist komfortabel für Anwender und Patient

# Einfach für erhöhten Tragekomfort

Comfour ist das neu entwickelte System von Camlog für okklusal verschraubte Versorgungen im zahnlosen oder teilbezahnten Kiefer. Durch die vielen technischen Highlights sind mit Comfour gleich mehrere Behandlungskonzepte realisierbar. Neben okklusal verschraubten Brücken für Sofort- und Spätversorgungen auf in der Regel vier oder sechs Implantaten erlaubt das multioptionale System auch Steg- und Einzelzahnversorgungen auf geraden und abgewinkelten Stegaufbauten.

Comfour bietet eine Fülle an Optionen, um die Herausforderungen im Praxisalltag leichter und mit geringerem Zeitaufwand zu meistern. Neben seiner Vielseitigkeit überzeugen die Comfour Aufbauten vor allem durch ihr schlankes Design. Alle Komponenten sind grazil gestaltet und niedrig gehalten, was die prothetische Versorgung für Zahnärzte und Zahntechniker deutlich vereinfacht und den Tragekomfort für Patienten erhöht.

Comfour ist zeitsparend und flexibel in der Anwendung. Mit seinen Möglichkeiten erweitert das System die prothetischen Optionen auf Abutmentniveau und überzeugt mit technischen Vorteilen, wie beispielsweise der Rotationssicherung und der Guide-kompatiblen Ausrichthilfe.

Die Ausrichthilfen dienen der Feinjustierung der Nockenausrichtung während der Implantation und der visuellen Darstellung der Schraubenzugangskanäle der prothetischen Versorgung. Die 17° und 30° abgewinkelten Stegaufbauten sind besonders im subgingivalen Bereich schmal gestaltet, sodass für die periimplantären Gewebe viel Platz bleibt.

Die Aufbauten sind als Typ A und Typ B (60° versetzte Nocken) erhältlich. Die sterilen Stegaufbauten können unmittelbar nach der Operation eingebracht und entweder provisorisch versorgt oder mit einer Heilkappe verschlossen werden. Die gewinkelten Stegaufbauten werden mithilfe des vormontierten flexiblen Handgriffs sicher aus der Verpackung entnom-

men, damit in den Mund übertragen und können exakt positioniert werden. Zum Anziehen der Abutmentschraube wird der im Gewinde für die Prothetikschaube befestigte flexible Handgriff einfach zur Seite gebogen. Die M1.6 Prothetikschaube des Comfour-Systems bietet ein Mehr an Stabilität.

Hilfreiche Zusatzkomponenten sind die Titankappen für die provisorische und definitive Versorgung. Mit den Scankappen für Stegaufbauten wurde eine Schnittstelle in die digitale Fertigung geschaffen. So können Gerüste und Stege über Dedicam gefertigt werden. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.camlog.de](http://www.camlog.de)





Offene Software-Plattform von orangedental offeriert vielfältige Möglichkeiten

# byzz nxt

Mit der Software byzz nxt bietet orangedental eine offene Software-Plattform für Workflow-Integration, Visualisierung, Kommunikation und Dokumentation an.

Damit kann die Praxis ihren Workflow und die Wertschöpfung individuell gestalten. Das byzz nxt Control Center zeigt alle digitalen Befunde eines Patienten interaktiv und individualisierbar auf einen Blick. Das neue Modul byzz nxt 3D ist ab Mitte 2016 verfügbar und ermöglicht einfaches sowie schnelles Matching von Dicom- und STL-Daten. Das Ergebnis kann an alle offenen CAD/CAM



Systeme für die weitere Produktion übergeben werden. In Kombination mit dem strahlungsreduzierten DVT- sowie OPG-Multifunktionsgerät Grees 15, mit hochauflösenden fast-scan Ceph-Optionen, bietet die Software byzz nxt vielfältige Möglichkeiten. ■

Weitere Informationen:  
[www.orangedental.de](http://www.orangedental.de)

**DR. MATHERS**  
INSTITUTES

Institut  
für dentale Sedierung

*Bei uns lernen Sie einfach mehr*

**Sylt 2016 Der Kurs am Meer**

Die dentalen Sedierungstechniken in einem Kurs:  
Lachgas, orale Sedativa und i.v. Sedierung

01. - 04. Juni 2016 auf Sylt

**Jetzt anmelden!**

Kursinhalte gemäß DGfDS, EFAAD, ADSA, EAPD und CED

Telefon: 0221 - 169 49 20 | [www.sedierung.com](http://www.sedierung.com) | [info@sedierung.com](mailto:info@sedierung.com)

## Neues Zirkonoxid-Implantatsystem RadixArt von Ökodent am Markt

# Fester als Titan – bei gleicher Überlebensrate

Thüringer Dentaltechniker, Materialforscher und Zahnärzte haben gemeinsam mit Wissenschaftlern mehrerer Universitäten in vierjähriger Forschungsarbeit ein neues  $ZrO_2$ -Komplettsystem entwickelt. Die einteiligen „RadixArt“-Dentalimplantate der Ökodent-Gruppe aus Tautenhain bei Jena sollen nach Herstellerangaben Reintitan-Produkte in Puncto Stabilität und Anwachsverhalten überlegen sowie bei der Überlebensrate ebenbürtig sein.

Die hohe Bruchfestigkeit wird durch Verdichtung des Materialmixes bei der Herstellung unter Schutzgas und Temperaturen von rund 1350 Grad sowie hohem Druck bis 1800 bar gesichert. Wissenschaftliche Analysen und Tierversuche am Institut für Bioprozess- und Analysenmesstechnik in Heiligenstadt sowie den Universitäten Osnabrück und Jena belegen – ebenso wie die bisher mehr als 60 Behandlungsfälle der vergangenen 36 Monate mit je zwei bis drei Implantaten – laut Herstellerangaben eine hohes Maß an



Biokompatibilität sowie eine mit Titan vergleichbare Osseointegration. Die guten Einheilwerte resultieren aus einer minimalen Aufrauung der Oberfläche in der Knochenkontaktzone durch ein patentrechtlich geschütztes Strahlverfahren. Ihre hohe Primärfestigkeit verdanken die Implantate einem Gewinde mit besonders tief ausgearbeiteten Lamellen und wurzelähnlichem konischen Kern. Eine Kombination aus parallelen und konischen Wänden im suprakrestalen Stumpfareaal gewährleisten hohe Retentionen für die Keramik-

suprakonstruktion. Zugleich lassen sich Divergenzen in der Achsneigung zu den Nachbarzähnen besser ausgleichen. Ein risikobehaftetes Beschleifen ist damit nicht mehr erforderlich. RadixArt ist bioverträglich und kann bedenkenlos auch bei sensibel reagierenden Patienten eingesetzt werden. Die leichte Gingivafärbung am Fuß des Implantats gewährleistet ein natürliches Erscheinungsbild. Erhältlich ist es in zwei unterschiedlichen Durchmessern (3,8 und 4,3 mm) und je drei Längen (8, 10 und 12 mm). ■

**Weitere Informationen:**  
[www.oekodent.de](http://www.oekodent.de)

## Dentsply Implants entwickelt patientenindividuellen Übertragungsschlüssel

# Sicher und effizient

Der neue Atlantis InsertionGuide (AIG) erleichtert das präzise Ausrichten und Einsetzen von Atlantis-Abutments. Er nutzt die Nachbarzähne zur Indexierung und kann bei Einzelzahn- und mehrgliedrigen, zementierten Versorgungen in Verbindung mit allen gängigen Implantatsystemen zum Einsatz kommen. Wie die Atlantis-Abutments wird auch der Übertragungsschlüssel patientenindividuell designt und kann direkt mit den Abutments bestellt werden.

Atlantis-Abutments sind aus der Implantologie nicht mehr wegzudenken. Der Langzeiterfolg, das optimale Weichgewebsmanagement und die Planbarkeit der Rot-Weiß-Ästhetik machen ihre Stärken aus. Voraussetzung für die Funktionalität ist die präzise Platzierung während

der Eingliederung. Der Atlantis InsertionGuide (AIG) macht das Auffinden des Schraubenkanals und damit das Einsetzen des Abutments besonders leicht. Das präzisionsgefertigte Hilfsmittel wird mittels 3D-Druck aus hochwertigem Kunststoff hergestellt. Die Bestellung läuft wie

bei den Abutments über den Atlantis-WebOrder. Die Atlantis VAD-Software (Virtual Abutment Design) errechnet auf Basis der bereits vorhandenen Abutment-Designdaten die perfekte Geometrie. Der AIG wird zusammen mit dem Atlantis-Abutment gefertigt und an ►

das Labor geschickt. In wenigen, standardisierten Schritten gelingt die Eingliederung: Vor dem Einsetzen des Abutments wird der Übertragungsschlüssel zunächst auf die Nachbarzähne gesetzt, um die korrekte Passform zu prüfen. Der ‚Guide‘ sollte dabei passgenau, fest und sicher sitzen. So sind auch Irritationen des Weichgewebes nicht möglich. Anschließend wird das Abutment in den Atlantis InsertionGuide eingesetzt. Ein leichter Widerstand zeigt, dass das Abutment in der richtigen Position ist und vom Übertragungsschlüssel sicher gehalten wird. Wird der Übertragungsschlüssel mit dem Abutment dann auf die Nachbarzähne

aufgesetzt, kann die Abutmentschraube behutsam angezogen werden. Müssen mehrere Abutments platziert werden, geschieht dies nicht gleichzeitig, sondern nacheinander. Nach der Abnahme des Übertragungsschlüssels wird das Abutment mit dem entsprechenden Drehmoment am Implantat festgezogen, der Schraubenkopf wie üblich abgedeckt und mit einem geeigneten Komposit oder Zement verschlossen. Die Zementierung der endgültigen Versorgung auf dem Abutment schließt die Behandlung ab. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.dentsplyimplants.de](http://www.dentsplyimplants.de)



*Das Abutment wird in den Übertragungsschlüssel eingesetzt, der auf Basis der Abutment-Designdaten mittels 3D-Druck aus hochwertigem Kunststoff hergestellt ist.*

Orthophos SL bietet hohe Bildqualität und großes Indikationsspektrum

## Qualität, die überzeugt

**Acht Monate nach Verkaufsstart hat der 1000. Orthophos SL die Produktionsstätte in Bensheim verlassen. Anwender schätzen vor allem die Vielseitigkeit und Präzision.**

„Der Orthophos SL wurde in puncto Bildqualität gleich mehrfach optimiert. Ausgestattet mit Sharp Layer-Technologie und Direct-Conversion-Sensor erlaubt dieses System Aufnahmen in höchster Zeichenschärfe bei geringstmöglicher Dosis“, erklärt *Jörg Haist*, Leiter Produktmanagement Bildgebende Systeme. Sharp Layer ist das namensgebende Merkmal des Orthophos SL. Die Technologie nutzt für eine Panoramaaufnahme mehrere Tausend Einzelprojektionen, die bei einem Umlauf aus verschiedenen Winkeln sehr schnell aufgenommen werden und die individuellen morphologischen Gegebenheiten zeichenscharf abbilden. Die Vorteile liegen in den Panorama-Aufnahmen und der Möglichkeit, Positionierungsfehler nachträglich auszugleichen. Für eine besonders hohe Bildqualität sorgt außerdem der Direct-Conversion-Sensor (DCS). Er erzeugt aus den Röntgenstrahlen unmittelbar elektrische Signale – ohne den bisher üblichen Zwischenschritt über eine Umwandlung



*Orthophos SL sorgt für beste Bildqualität beim 2D- und 3D-Röntgen*

in Licht. Dadurch gehen weniger Informationen verloren und die Ausbeute an Bildinformationen bezogen auf die applizierte Dosis ist signifikant besser. Der Direct-Conversion-Sensor erzeugt bei reduzierter Strahlendosis besonders effizient Röntgenbilder mit einer hohen Schärfe.

Das Röntgensystem Orthophos SL basiert auf der Plattform des bewährten Orthophos XG. Er ist in einer aufrüstbaren 2D-Variante oder als 3D-Hybridgerät mit einem großen Volumen (11 x 10 cm) oder einem auf die allgemeine Zahnarztpraxis optimierten Volumen von 8 x 8 cm erhältlich.

Der Orthophos SL setzt nicht nur technisch, sondern auch hinsichtlich des Designs Maßstäbe und erhielt dafür im Jahr 2015 den Red Dot Design Award. ■

**Weitere Informationen:**  
[www.sirona.com](http://www.sirona.com)

Bien-Air erweitert das via App steuerbare System iChiropro

## Version 2.2 für noch mehr Möglichkeiten

Das über eine App für iPad steuerbare Implantologie- und Chirurgie-System iChiropro wartet mit neuen integrierten Funktionen auf, um den technischen und Effizienzanforderungen der Praxis gerecht zu werden. Zu den Grundfunktionen kommt die Einbindung von Funktionen für die vollständige Digitalisierung des Arbeitsflusses hinzu sowie ein einfacher und schneller Import von Planungsdaten aus der Software coDiagnostiX, ohne Risiko von Eingabefehlern.

Automatisches und sicheres Abspeichern der Implantatdaten garantiert die Rückverfolgbarkeit der Informationen und einen vereinfachten Datenexport. Ein Navigationsbereich bietet jederzeit umgehenden Zugang zu den während der Behandlung benötigten Informationen, zu den Bildern der Instrumente mit deren Position in der Kassette und zur Patientenakte. Das System iChiropro ist erhältlich mit dem Mikromotor MX-i LED und dem Winkelstück 20:1 L Micro-Series. Ausgestattet mit wartungsfreien und lebens-

dauergeschmierten Keramikugellagern ist der MX-i LED der leistungsstärkste Mikromotor auf dem Markt. Das hohe Drehmoment des Mikromotors MX-i LED bietet in hohen und niedrigen Drehzahlbereichen einen hohen Arbeitskomfort. Das Winkelstück 20:1 L Micro-Series verfügt über einen der kleinsten Köpfe überhaupt sowie eine doppelte LED-Beleuchtung. Das neue, äußerst robuste Antriebssystem garantiert eine verlängerte Lebensdauer (mehr als 1600 Eingriffe bei 70 Ncm).



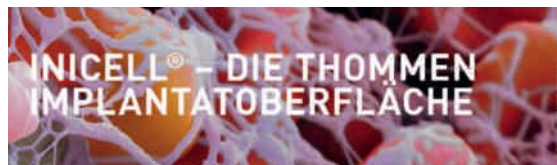
Weitere Informationen:  
[www.ichiropro.com](http://www.ichiropro.com)

Klinische Studie bescheinigt Thommen Medical-Implantaten mit superhydrophiler Inicell-Oberfläche gute Ergebnisse

## Zur Frühbelastung geeignet

Eine kürzlich von Hicklin, Schneebeil, Chappuis, Janner, Buser und Brägger erhobene klinische Studie zeigt, dass Thommen Medical-Implantate mit superhydrophiler Inicell-Implantatoberfläche bereits 21 Tage nach der Insertion prothetisch versorgt werden können.

Alle Implantate waren nach dem Beobachtungszeitraum von sechs Monaten vollständig integriert, was eine 100-prozentige Überlebens- und Erfolgsrate ergibt. Diese Studie bestätigt nicht nur vorgängig veröffentlichte Ergebnisse, sondern beweist zudem, dass die funktionelle okklusale Belastung von Thommen Medical-Implantaten mit superhydrophiler Inicell-Implantatoberfläche 21 Tage nach Implantatinsertion eine sichere



und zuverlässige Behandlungsoption ist und während des Beobachtungszeitraums keine Komplikationen festgestellt werden konnten. Der röntgenologische krestale Knochenverlust bestätigte die marginale Knochenstabilisierung genau

unter dem maschinieren Implantathals von 1 mm. Zudem sind Patienten, die mit einem Implantat mit Inicell-Implantatoberfläche versorgt wurden, durchweg zufrieden, was auch mit der kurzen

Dauer zwischen Implantatinsertion und prothetischer Versorgung erklärt werden kann.

Weitere Informationen:  
[www.thommenmedical.com](http://www.thommenmedical.com)

Hypo-A ermöglicht naturheilkundliche Parodontitis-Behandlung

# Itis-Protect

Die naturheilkundliche Parodontitis-Behandlung mit Itis-Protect geht auf eine mehr als 25-jährige Praxiserfahrung mit chronisch Kranken zurück.

Nach der Entwicklung einer Therapie, die speziell auf Erkrankungen des Zahnhalteapparates abgestimmt ist, folgte 2011 eine Studie, die an einem Patientenkollektiv mit chronisch aggressiver, therapieresistenter Parodontitis erfolgte. Im Ergebnis konnten 60 Prozent der schwer Erkrankten innerhalb von 16 Wochen ohne weitere Operation und Antibiose saniert werden. Auch die verbleibenden

40 Prozent zeigten eine Reduktion ihrer Entzündungsaktivität. Abgerundet wird das Konzept durch eine zwölfseitige Broschüre, die den chronischen, ganzkörperlichen Krankheitsprozess und dessen biologische Therapie erläutert.



**Weitere Informationen:**  
[www.shop.hypo-a.de](http://www.shop.hypo-a.de)



OMNIA  
Disposable Medical Devices

**Sie sind die Nr 1!**  
**Geben Sie sich nicht zufrieden mit der zweiten Wahl**  
**Wählen Sie einen Omnia Sprayschlauch!**



- 1** Locher ist mit einem Luftfilter versehen, der eine bessere Flüssigkeitszufuhr gewährt
- 2** Roller zur Regulierung der Flüssigkeitszufuhr
- 3** Ein Verbindungsstück aus dem Kunststoff Acetal, das beide Schlauchteile mit unterschiedlichen Durchmessern verbindet und somit eventuelle Flüssigkeitsverluste verhindert
- 4** Das Pumpensegment aus weichem Silikon (medical grade) ermöglicht eine präzise Flüssigkeitszufuhr ohne Verschleiss. Je nach chirurgischer Einheit und entsprechender Peristaltikpumpe besteht der Silikonschlauch aus der passenden Länge und der erforderlichen Wanddicke
- 5** Der 3 Wege Hahn ermöglicht es, die Flussrichtung auf die verschiedenen Ausgangsschläuche abzuleiten, um die Flüssigkeitszufuhr zu regulieren
- 6** Der Schlauch ist extrem elastisch, flexibel und transparent. Die Länge des Schlauches beträgt 230cm, somit ausreichend lang
- 7** Das PVC-geformte Endstück des Sprayschlauches ist mit jeder Ansatznadel des Winkelstücks kompatibel

**Omnia Sprayschläuche sind bei den größten Depots in Deutschland verfügbar**

Instradent vertreibt gesamte Produktpalette von Medentika

## Ein Garant für die Zukunft

Instradent Deutschland, mit Sitz im badischen Hügelsheim, vertreibt die gesamte Produktpalette von Medentika. Diese bietet sichere Implantatsystemen mit hochpräziser Prothetik – Made in Germany. Mit Udo Wolter gehört seit Beginn des neuen Jahres ein Vertriebsleiter mit über 25 Jahren Managementenerfahrung im Bereich der Implantologie zur Geschäftsleitung.

Udo Wolter hat 13 Jahre als Zahntechniker und Laborleiter gearbeitet und sich im Laufe seiner Karriere auf vertriebliche Herausforderungen spezialisiert. Er war mitverantwortlich für die Markteinführung von vier neuen Implantatsystemen bei zwei Dentalfirmen: Frialit-2 bei Friadent sowie die Systeme Camlog, Conelog und iSy bei Camlog. Gemeinsam mit Thomas Jaberg ist er für die Umsetzung der künftigen strategischen Ausrichtung des Unternehmens Instradent verantwortlich. Medentika wird seinen Fokus weiter verstärkt auf nachhaltige Innovationen und einen starken Service für Kunden



Udo Wolter und Thomas Jaberg von Instradent

setzen. „Mein größtes Ziel dieses Jahr ist die Entwicklung eines neuen Implantatsystems. Gemeinsam mit einer kleinen Gruppe sehr erfahrener Implantologen möchte ich meine Vorstellungen von einem modernen Implantatsystem in die Tat umsetzen. Damit werden wir einen weiteren wichtigen Grundstein für das zukünftige Wachstum und einen nachhaltigen Erfolg unseres Unternehmens legen“, erläutert Udo Wolter. ■

Weitere Informationen:

[www.medentika.de](http://www.medentika.de)

Implantathersteller m&k präsentiert neuen Online-Shop

## Intuitiv und frisch designt

Der Hersteller m&k aus Kahla konnte sich auf dem Markt als Komplettanbieter für Implantate, chirurgische Instrumente, Prothetikkomponenten sowie Materialien zur Knochen- und Weichgeweberegeneration inzwischen erfolgreich behaupten und steht für Kontinuität, Vertrauen und Sicherheit. Um Kunden einen noch angenehmeren Bestellvorgang zu ermöglichen, wurde der moderne Internetauftritt des Unternehmens jetzt um einen neuen Online-Shop ergänzt.

Der m&k Online-Shop präsentiert sich mit durchdachtem Aufbau und hoher Usability – der Spagat zwischen umfassenden Auswahlmöglichkeiten und einer einfachen Nutzerführung wurde erfolgreich gemeistert. Die Darstellung ist übersichtlich in frisch-klarem Design, die Bedienung intuitiv, die Produktauswahl differenziert. Datenblätter, Videos und vieles mehr runden die multimediale Shopping-Tour ab. „Entdecken



Sie jetzt unseren neuen Online-Shop auf [www.mk-webseite.de](http://www.mk-webseite.de): Schnell, sicher und bequem finden Sie hier Informationen zum gesamten Sortiment und dürfen sich auf ein komfortables Einkaufserlebnis freuen. Von Februar bis Ende März 2016 gewähren wir zudem ab einem Einkaufswert von 150 Euro fünf Prozent Rabatt (ausgenommen Dentallegierungen) – diese Aktion gilt nicht nur für Neu-, sondern auch für Be-



[www.mk-webseite.de](http://www.mk-webseite.de)

standskunden“, freut sich Dr. Anja Lohse, Geschäftsführerin der m&k. ■

Weitere Informationen:

[www.mk-webseite.de](http://www.mk-webseite.de)

Dexcel Pharma

# PerioChip

PerioChip ist ein Antiseptikum zur Behandlung chronischer Parodontitis. Die einmalige Darreichung als Matrix-Chip ermöglicht dem Behandler die sterile Entnahme einer Einzeldosis aus dem Blister.

Ohne zusätzliche Spezialinstrumente wird der Chip in die zuvor gereinigte und blutungsarme Tasche ab 5 mm appliziert. Anschließend verbleibt PerioChip in der Tasche, wo er sich in sieben bis zehn Tagen biologisch abbaut und nachweislich paropathogene Keime beseitigt. In dieser Zeit bildet sich in der Zahnfleischtasche ein Wirkstoffdepot, das weitere



elf Wochen die Keimneubesiedlung unterdrückt. Die dreimonatige Wirkung ergänzt sich ideal mit den Recall-Intervallen in der UPT.

Die Wirkstoffkonzentration entspricht exakt 36 Prozent Chlorhexidin. Regelmäßige Recalls, in denen die Taschen kontrolliert und gegebenenfalls weitere Chips platziert werden, sichern den Behandlungserfolg nachhaltig, ohne den Einsatz von Antibiotika.

**Weitere Informationen:**

[www.periochip.de](http://www.periochip.de)



4x5 mm, 5x5 mm, 6x5 mm, 3x6 mm, 4x6 mm

Mehr Infos unter [www.bicon.de.com](http://www.bicon.de.com) oder Telefon: +49 (0)6543 818200

**Die kürzesten Implantate mit der längsten Erfolgsgeschichte.**

## Think Short!

Seit mehr als 30 Jahren sind Kurzimplantate von Bicon® unverändert im klinischen Einsatz.

Neueste wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die klinische Wirksamkeit und zeigen in vielen Fällen den Gewinn an ortsfestem Knochen.



Gängige Größen: 3x6, 3x8, 3,5x8, 4x5, 4x6, 4x8, 4x11, 4,5x6, 4,5x8, 5x5, 5x6, 5x8, 6x5, 6x6, 6x8 mm

Implant Direct

## Kontour Adapt

Kontour Adapt ist die neueste resorbierbare Kollagenmembran von Implant Direct und wird aus nur einer Schicht gereinigtem porcinen Peritoneum, einem besonders kollagenreichen Gewebe, gewonnen. Sie besticht vor allem durch ihre Biokompatibilität, ihre Leistungsparameter und ihre einfache Handhabung. Entzündungs- und Abwehrreaktionen werden minimiert. Sie kann zudem

beidseitig ohne Vorgaben zur Anwendungsrichtung eingesetzt werden, ist beliebig repositionierbar und kann sowohl in trockenem als auch hydriertem Zustand verwendet werden. Faktoren, die die Anwendung erheblich erleichtern. Somit erfüllt Kontour Adapt alle Kriterien, die eine optimale Versorgung in der gesteuerten Gewebe- und Knochenregeneration gewährleisten.



**Weitere Informationen:**

[www.implantdirect.de/biomaterialien](http://www.implantdirect.de/biomaterialien)

Resorba

## SmartBone

Resorba bietet mit SmartBone ein neues Knochenersatzmaterial für die dentale Implantologie an. Es besteht aus boviner mineralischer Knochenmatrix mit bioaktiver Mikrobeseichnung, besitzt eine schnelle und hohe Benetzbarkeit und baut sich in zirka drei Jahren zu patienteneigenem Knochen um. Die hohe Bruchresistenz der Blöcke macht eine Bearbeitung mit geeigneten Instrumenten oder Piezochirurgie möglich. SmartBone



ist als Granulat oder als Block in verschiedenen Größen und Formen erhältlich. Die Entnahme eines Knochenblocks am

Patienten entfällt, und dank der Materialeigenschaften besteht keine Gefahr des Volumenverlustes durch vorzeitige Resorption. Für komplexe Fälle besteht die Möglichkeit, mittels digitaler Planung einen individuell gefrästen, perfekt an den Defekt angepassten Knochenblock herstellen zu lassen.

**Weitere Informationen:**

[www.resorba.com](http://www.resorba.com)

Demed

## Gerätewagen S-Serie

Der Gerätewagenspezialist Demed hat seine fahrbaren Gerätewagen der S-Serie neu konzipiert. Ab sofort stehen drei Korpusformate mit 21 beziehungsweise 24 Höheneinheiten und fünf Schubladenhöhen für eine umfangreiche und individuelle Gestaltung zur Verfügung. Alle Schubladen sind mit Vollauszügen ausgestattet. Bei der Arbeitsplatte hat der Anwender die Möglichkeit, aus Mineralwerkstoff, Stahlarbeitsplatten mit einer umlaufenden Relling aus Edelstahl oder Glas zu wählen. Zur



farblichen Gestaltung steht das gesamte RAL-Farbsystem zur Verfügung.

**Weitere Informationen:**

[www.demed-online.de](http://www.demed-online.de)





## 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 0228 93592-46**

**Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:**

**Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)**

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

**Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)**

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



BDIZ EDI · An der Esche 2 · 53111 Bonn  
 Fon +49 228 9359244 · Fax +49 228 9359246  
 office-bonn@bdizedi.org · www.bdizedi.org

Termine / Ausschreibungen					
Datum	Veranstalter	Ort	Anmeldung/Info	Thema	Referent
<b>Mai 2016</b>					
26.–28.05.2016	Quintessenz Italien BDIZ EDI	Verona/Italien	<a href="http://www.quintessenzaedizioni.com">www.quintessenzaedizioni.com</a>	2. Internationaler Quintessenz-Kongress 10. Europa-Symposium	Diverse Referenten
26.–28.05.2016	Mectron	Sestri Levante	<a href="http://www.mectron.de">www.mectron.de</a>	Piezosurgery Intensiv Kurs	Diverse Referenten
<b>Juni 2016</b>					
25.06.2016	BDIZ EDI	Bremen	<a href="http://www.bdizedi.org">www.bdizedi.org</a>	26. Gutachterkonferenz	Diverse Referenten
<b>September 2016</b>					
03.09.2016	Zentrum für Zahnimplantate im IZI	Limburg	<a href="http://www.izi-online.de">www.izi-online.de</a>	Schnarchen & Schlaf- Apnoe? Der Zahnarzt als Therapeut!	PD Dr. Dr. Philipp Streckbein

## Impressum

### BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

#### Herausgeber:

Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)  
An der Esche 2 · 53111 Bonn · Fon +49 228 93592-44 · Fax +49 228 93592-46  
[office-bonn@bdizedi.org](mailto:office-bonn@bdizedi.org) · [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org)

**Chefredaktion:** Anita Wuttke V.i.S.d.P. (AWU) · BDIZ EDI  
Fon +49 89 72069-888 · [wuttke@bdizedi.org](mailto:wuttke@bdizedi.org)

**Chef vom Dienst:** Kerstin Jung (KJ) · teamwork media GmbH  
Fon +49 8243 9692-33 · [kjung@teamwork-media.de](mailto:kjung@teamwork-media.de)

**Redaktion BDIZ EDI:** Christian Berger (BER), Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller (ZOE),  
Dr. Detlef Hildebrand (HIL), PD Dr. Jörg Neugebauer (NEU), Prof. Dr. Thomas  
Ratajczak (RAT), Dr. Renate Tischer (RTI), Marianne Steinbeck (STE), Dr. Stefan  
Liepe (LIE), Dr. Hans-Hermann Liepe (HHL)

**Verlag:** teamwork media GmbH  
Hauptstraße 1 · 86925 Fuchstal · Fon +49 8243 9692-0 · Fax +49 8243 9692-22  
[service@teamwork-media.de](mailto:service@teamwork-media.de) · [www.teamwork-media.de](http://www.teamwork-media.de)  
Inhaber: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln (100 %)

**Geschäftsführung:** Dieter E. Adolph

**Leserservice:** Kathrin Schlosser · teamwork media GmbH  
Fon +49 8243 9692-16 · Fax +49 8243 9692-22  
[k.schlosser@teamwork-media.de](mailto:k.schlosser@teamwork-media.de)

**Anzeigen & PR:** Marianne Steinbeck · MS Media Service  
Badstraße 5 · 83714 Miesbach · Fon +49 8025 5785 · Fax +49 8025 5583  
[ms@msmedia.de](mailto:ms@msmedia.de) · [www.msmedia.de](http://www.msmedia.de)  
Es gilt die Preisliste der aktuellen Mediadaten.

**Anzeigendisposition:** Sarah Krischik · teamwork media GmbH  
Fon +49 8243 9692-13 · Fax +49 8243 9692-22 · [s.krischik@teamwork-media.de](mailto:s.krischik@teamwork-media.de)

**Layout & Covergestaltung:** Christoph Csokas

**Bildquelle Coverseite:** AdobeStock/efks

**Druck:** Gotteswinter und Aumaier GmbH

Joseph-Dollinger-Bogen 22 · 80807 München · Fon +49 89 323707-0

**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: 1862-3727

**Bankverbindung Verlag:**

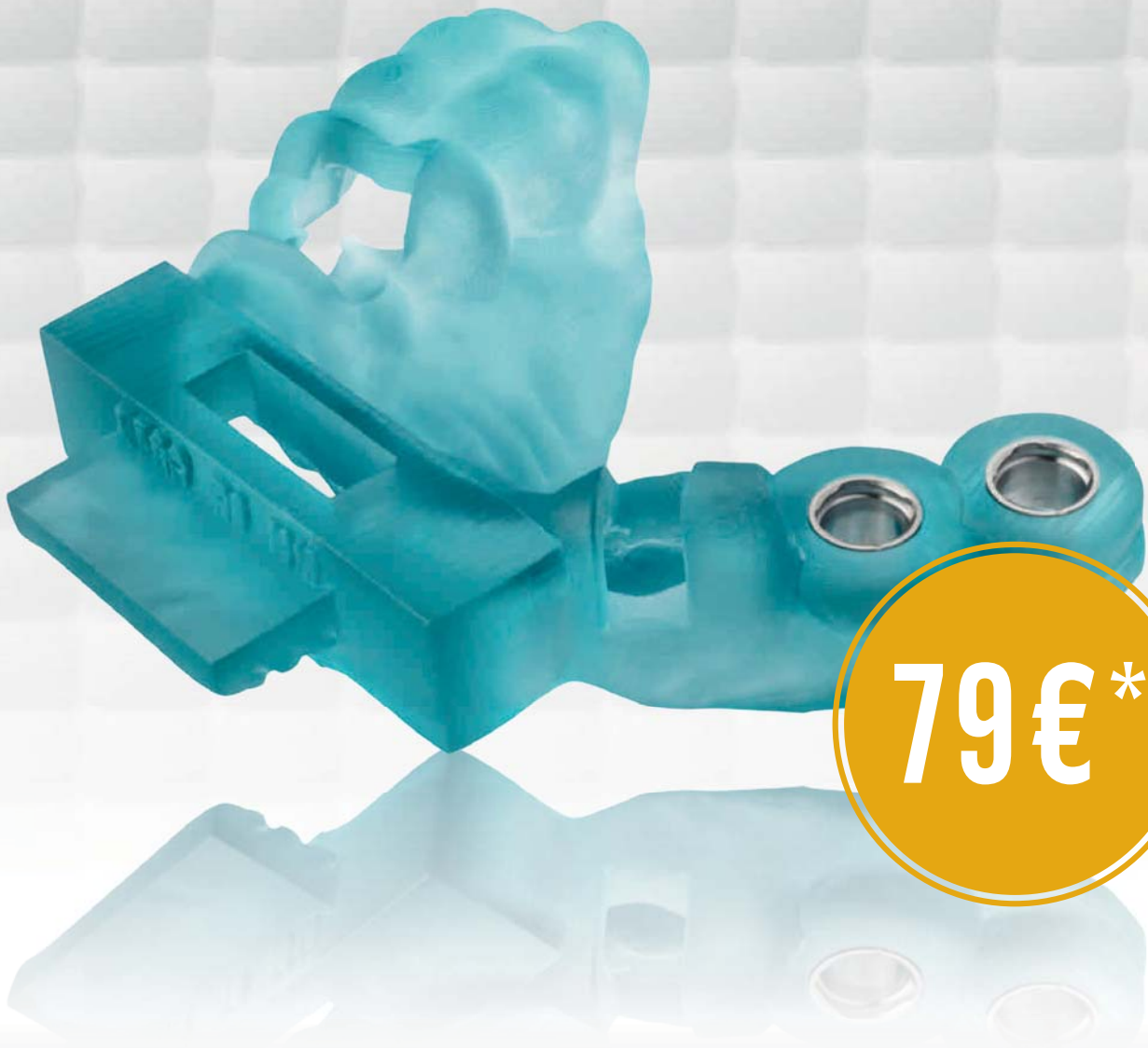
Raiffeisenbank Fuchstal-Denklingen eG  
IBAN DE03 7336 9854 0000 · 4236 96, BIC GENO DE F1 FCH

**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.

Copyright by teamwork media GmbH · Gerichtsstand München



79€\*

\* für BEGO Semados® Implantate. Preis zzgl. gesetzlicher MwSt.

Navigierte Chirurgie einfach einfach

## Die neuen BEGO Guide Bohrschablonen

- Zeiteffizient: Wir erstellen für Sie einen Planungsvorschlag
- Kostengünstig: Sie benötigen keine eigene Planungssoftware
- Hochwertig: Sie erhalten eine Bohrschablone aus unserer Eigenfertigung in Bremen

[www.bego.com](http://www.bego.com)



Miteinander zum Erfolg



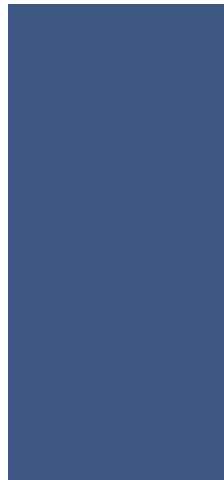


6. INTERNATIONALER

# CAMLOG KONGRESS

9.–11. JUNI 2016

**KRAKAU, POLEN**



## TACKLING EVERYDAY CHALLENGES

Am 6. Internationalen CAMLOG Kongress richtet sich unsere Aufmerksamkeit ganz auf wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Lösungen. Erleben Sie praktische Hands-on Workshops, einen wegweisenden Vor-Kongress zur digitalen Implantologie und abwechslungsreiche Vorträge. Nehmen Sie an interaktiven Diskussionen teil und treffen Sie international bekannte Referenten in der Network-Lounge – all dies in entspannter Atmosphäre. Das attraktive Kongressgebäude ICE in Krakau bietet dafür die perfekte Plattform. Krakau, Stätte des UNESCO Weltkulturerbes, ist lebendig, faszinierend und begeistert in vielerlei Hinsicht. Weitere Highlights für Sie sind der Special Speaker, die legendäre CAMLOG Party und die attraktiven Partnerprogramme.

Melden Sie sich frühzeitig an – wir freuen uns auf Sie!

Informationen und Anmeldung:  
[www.camlogcongress.com](http://www.camlogcongress.com)

Direktflüge ab:  
Dortmund, Berlin, Frankfurt,  
München und Stuttgart

