



konkret

Journal für die implantologische Praxis

GOZ

GOZ auf Eis
65 Jahre Stillstand beim Punktwert sind genug

25 Jahre Curriculum Implantologie
**Die Erfolgsgeschichte
geht weiter**
Seite 6

Neue Fortbildungsreihe
**Implantologie
step by step**
Seite 22

Abrechnungshotline des BDIZ EDI
**Die 10 häufigsten
Fragen**
Seite 57



Wir sind Implantologie^o

In einer Welt voller Veränderung braucht es Orientierung, Stabilität und einen Partner, auf den man sich verlassen kann. Einen, der Sicherheit gibt und mit Kompetenz und Erfahrung die richtigen Impulse setzt. Der vorausdenkt, innovativ ist und seinen eigenen Weg geht.

Camlog steht für Kontinuität. Wir bleiben dem treu, was unsere Kunden an uns schätzen: unsere Kernkompetenz Implantologie, Qualität und Präzision, Begeisterung, Verbindlichkeit, Nachhaltigkeit und den Dialog auf Augenhöhe.

Schließen auch Sie sich dem Camlog Team an. Wir freuen uns auf Sie.

www.camlog.de

a perfect fit



camlog

Warten auf Post von Lauterbach

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



dieser Tage warten wir auf Post aus dem Bundesgesundheitsministerium. Unser Justiziar Professor Ratajczak hat im Auftrag des BDIZ EDI eine Stellungnahme zur Ungleichbehandlung bei den Honorarordnungen angefordert und fragt in seinem fünfseitigen Schreiben, wie es sein kann, dass es einen sage und schreibe 65-jährigen Stillstand beim Punktwert in der GOZ gibt. „Es ist nach einer derart langen Zeit auch nicht ansatzweise mehr zu begründen, warum die Zahnärzte (und die Ärzte) gegenüber den anderen freien Berufen, aber vor allem auch gegenüber den Tierärzten, so ungleich behandelt werden, wie das Bundesgesundheitsministerium dies seit Jahrzehnten tut“, schreibt Ratajczak.

Wie es so schön heißt, stirbt die Hoffnung ja zuletzt, aber ich wage zu prophezeien, dass wir auf eine positive Meldung von Professor Karl Lauterbach vergebens warten werden. Darauf sind wir gefasst. Unser Justiziar bereitet den mühsamen Klageweg von sechs Zahnärzten vor das zuständige Verwaltungsgericht Berlin vor. In dieser Ausgabe erklären BDIZ EDI-Präsident Christian Berger und Thomas Ratajczak im Interview Hinter- und Beweggründe des BDIZ EDI. Das Interview haben wir übrigens live am Stand der IDS in Köln aufgezeichnet.

Wie viele unserer Mitglieder wissen, wurde der BDIZ EDI 1989 im Zuge der Nichtanpassung bei der GOZ 1988 gegründet. Der Verband macht sich seither für seine Mitglieder und für die Kolleginnen und Kollegen in Deutschland stark und scheut auch nicht den Rechtsweg. 2001 erstritt er gegen den Willen der Zahnärztekammern den Tätigkeitsschwerpunkt vor dem Bundesverfassungsgericht. 2013 und im Zuge der GOZ 2012 initiierte er die Klage von sechs Zahnärzten ebenfalls vor dem Bundesverfassungsgericht. Das oberste deutsche Gericht hat sich damals geschickt aus der Affäre gezogen und die Klage nicht zur Entscheidung angenommen.

In den Jahren der Auseinandersetzungen mit Politik und Gesetz- und Ordnungsgeber haben wir gelernt, dass es nicht reicht, einen einzelnen Weg zu gehen. Deshalb gibt Kollege Berger seit 2006 jährlich die BDIZ EDI-Tabelle heraus, die er in den Jahren verfeinert hat. Sie soll die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen sensibilisieren, betriebswirtschaftlich zu handeln angesichts der steigenden Praxis- und Personalkosten – und angesichts der mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz einhergehenden Budgetierung, von der die neue PAR-Strecke ebenfalls betroffen ist. Mithilfe der Online-Seminare von Christian Berger und Kerstin Salhoff erklären wir den Umgang mit der Analogberechnung und die Abrechnungsmöglichkeiten, die viele Praxen nicht nutzen.

Wir wollen sicherlich nicht die Zahnarztpraxen zum politischen Raum machen, aber Aufklärung tut not. Der BDIZ EDI-Präsident hat als dritten Weg die Informationskampagne konzipiert: „Erstklassige Behandlung: Machen wir. Schnelle Termine: Können wir leider nicht immer anbieten.“ Mein Tipp: Hängen Sie die Plakate in den Praxen auf, die mit wenigen Worten den Patienten darüber aufklären, wer verantwortlich ist, dass für Behandlung zu wenig Geld da ist.

Wir beschreiten also drei unterschiedliche Wege, um Sie zu unterstützen. Das ist der Schwerpunkt dieser Ausgabe.

Ihr

Dr. Stefan Liepe
Geschäftsführer des BDIZ EDI



32

Erste Patienten-App entwickelt – Ferndiagnose bei Zahnschmerzen



50

Expertensymposium auf Fuerteventura – Lust auf Fortbildung unter südlicher Sonne?



69

18. Experten Symposium Implantate kurz, schräg und mini

Aktuell

Jubiläum: 25. Curriculum Implantologie	6
Bundesgesundheitsminister missachtet Zahnheilkundengesetz	8
Interview: Der Weg zur Klageerhebung	10
BDIZ EDI-Justiziar fordert in einem Schreiben Stellungnahme vom Bundesgesundheitsministerium	13
65 Jahre Nichtanpassung des Punktwerts sind genug	18
Informationskampagne als Antwort auf das GKV-FinStG	20
Start der Fortbildungsreihe „Implantologie step by step“	22
Rückschau	24
Vorschau	26
Nachruf: Dr. Hans-Hermann Liepe ist gestorben	27
Das war die IDS 2023	28
Impressionen von der IDS 2023	30
33. Gutachterkonferenz Implantologie	31
Interview mit Dr. Tina Mandel über die von ihr entwickelte App	32
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie des BDIZ EDI: Noch nicht TSP-zertifiziert?	34
Der BDIZ EDI gratuliert	36

Aktuell Europa

Positionspapier zur zahnärztlichen Workforce	38
News-Ticker	40
Stellungnahme aus Deutschland zu investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)	42
Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache C-300/21	44
Professor Neugebauer President Elect der Academy of Osseointegration	46
Wussten Sie schon, ...	48
32. Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin	50
Erster internationaler Implantologenkongress in Nepal	52

Abrechnung und Recht

Serie von Prof. Dr. Thomas Ratajczak: Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 6)	54
Der Praxistipp des BDIZ EDI: Die TOP 10 der BDIZ EDI-Hotline	57

Fortbildung

Eine multidisziplinäre Zusammenarbeit von Zahnheilkunde und Schlafmedizin Dr. Eduardo Anitua	60
Zwei verschraubte Kronen im oberen Seitenzahnbereich Dr. Anthony Bendkowski	66
Bericht zum 18. Experten Symposium des BDIZ EDI	69

Events

Osteologie-Symposium 2023: Neue Ansätze zum Thema Sofortversorgung und Weichgewebsmanagement	73
--	----

Markt

Kulzer richtet Board of Management neu aus	74
Anwenderberichte und Innovationen aus der Industrie	76
greenvii® führt zertifizierten Nachhaltigkeitsmanager ein	78
Was gibt es Neues in der dentalen Implantologie?	80

Termine und Mitteilungen

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

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



Jetzt persönlichen
Beratungstermin
anfragen!

NSK
Create it

Go beyond.



Surgic Pro2

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



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



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



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



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



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



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



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



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

Jetzt anmelden für Köln – Curriculum Süd startet 2024

Jubiläum: 25. Curriculum Implantologie

Das Curriculum Implantologie des BDIZ EDI ist nicht nur für Einsteiger ein Muss. Der BDIZ EDI bietet regelmäßig, in Kooperation mit der Universität zu Köln, einen tiefen Grundkurs in die Implantologie an, der mit einem hohen Anteil an praktischen Übungen punktet. Eine Besonderheit ist, dass auch Fortbildungsbausteine, die nicht beim BDIZ EDI erworben wurden, in das Curriculum des BDIZ EDI integriert werden können, wenn deren Wissenschaftlichkeit anerkannt ist. Zum Start des 25. Curriculum im Oktober 2023 kündigt der BDIZ EDI aufgrund der großen Nachfrage das Curriculum Süd an, das 2024 in München an den Start gehen wird.

Das Curriculum des BDIZ EDI an der Universität Köln zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass die Teilnehmer über alle acht Module hinweg durch das Kölner Team (Prof. Dr. Dr. Zöller, Prof. Dr. Nickenig M.Sc., Priv.-Doz. Dr. Dr. Kreppel) begleitet werden. Ein aktuelles Skript zu jedem Modul sorgt dafür, dass der sogenannte „rote Faden“ nicht verloren geht.

Acht Module

Die Module bauen systematisch aufeinander auf, sodass der Teilnehmer im Laufe des Curriculums vom einfachen Standardprotokoll bis hin zu 3D-gestützten Augmentationstechniken und aufwendiger

Implantatprothetik ein komplexes Gesamtpaket Implantologie für die Praxis erhält.

Damit der Einstieg in die Implantologie leicht gemacht wird, werden bewusst auch scheinbar selbstverständliche Dinge, wie Protokolle, unterschiedliche Implantatsysteme, erforderliche Instrumentensätze, einfache und spezielle Diagnostik, implantatprothetische Versorgungskonzepte, dargestellt. Die begleitenden Workshops ermöglichen das nachfolgende implantatchirurgische und -prothetische Training. Neben den vorgesehen Live-OPs können nach gemeinsamer Vorbereitung auch Fälle der Teilnehmer unter deren Assistenz von einem Kölner Referenten im

Rahmen der Live-OP operiert werden. Zur Ergänzung des Lerneffektes in der Gruppe finden regelmäßig Fallpräsentationen von Fällen der Teilnehmer statt. Gegen Ende des Curriculums werden die erlernten Techniken am Humanpräparat trainiert.

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

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

Curriculum Süd

Aufgrund der großen Nachfrage wird der BDIZ EDI, analog zu den Kölner Kursen das Curriculum Süd aufbauen. Die Module werden identisch zum Kölner Vorbild sein. Näheres auf der Internetseite des BDIZ EDI unter „Curriculum“.

Die Kurse finden jeweils statt:

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

Kursgebühr und Anmeldung

4.500 Euro für BDIZ EDI-Mitglieder*

5.800 Euro für Nichtmitglieder

Anmeldung: office@bdizedi.org oder im Internet www.bdizedi.org > curriculum

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

RED

Die acht Module im Curriculum Implantologie

Modul 1

13./14.10.2023

Grundlagen der Implantologie

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

+ externe Referenten

Modul 2

01./02.12.2023

Indikationen, Diagnostik und Fallplanungen

- Risikopatienten und Monitoring
- Indikationsbeschreibungen
- Vermeidung von Fehlpositionierungen
- Blutgerinnungskompromittierung, Patienten

+ Workshop I:
Chirurgische und Prothetische Protokolle „Implantatsystem“
+ externer Referent

Modul 3

26./27.01.2024

Implantatsysteme, Instrumente, erweiterte Diagnostik

- Informationen zur Schnittbilddiagnostik
- Grundlage zur 3D-Diagnostik
- Führungsschablonen/Führungshülsen
- Welches Implantat? Systemvergleich

+ Workshop II:
3D-Workshop mit interaktiver Planung.
Demo unterschiedlicher Instrumentensets
Fallpräsentationen der Teilnehmer I

Modul 4

15./16.03.2024

Implantatprothetik I + minimalinvasive Eingriffe

- Moderne Zahnextraktion
- Implantatprothetik (Instrumente, Abdrücke, Aufbauten)
- Minimalinvasive Eingriffe (Flapless Surgery, 3D Bone Splitting, Sinuslift)
- Notfälle in der zahnärztlichen Praxis

+ Workshop III:
Chirurgische und Prothetische Protokolle
Instrumentensets
Modifiziertes Bone Splitting mittels Piezosurgery (mectron)
Fallpräsentationen der Teilnehmer II

Modul 5

17./18.05.2024

Augmentation I – regionaler Knochen

- Ungünstige Biomechanik vs. Augmentation
- Sofortimplantation
- Sinusbodenelevation

+ Workshop IV:
Training Sinusbodenelevation am Modell- und Tierpräparat
Übung Customized Bone Regeneration
+ externe Referenten
Fallpräsentationen der Teilnehmer III

Modul 6

05./06.07.2024

Implantatprothetik II + Weichgewebsmanagement

- Antibiotikatherapie
- Implantatfreilegung und Weichgewebekorrekturen
- Implantatprothetik II: Zähne und Implantate
- Implantatprothetik III: Herausnehmbarer ZE

+ Workshop V:
Hart- und Weichgewebsmanagement –
Übungen am Schweinekiefer
+ externer Referent
Fallpräsentationen der Teilnehmer IV
Klausur

Modul 7

02./03.08.2024

Augmentation II – Knochenferntransplantation + Distraction

- Beckenkammaugmentation
- Grundlagen und Ergebnisse der Distractionsosteogenese
- Implantatprothetik Frontzahn

+ praktische Übungen am Humanpräparat,
Training der erlernten Operationstechniken
+ externe Referenten
Fallpräsentationen der Teilnehmer V

Modul 8

16./17.08.2024

Recall – Komplikationsbewältigung – Zukunftsperspektiven

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

+ externer Referent

Curriculum online

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

Abschlussprüfung

BDIZ EDI-Justiziar fordert Lauterbach zur Stellungnahme mit Fristsetzung auf

Bundesgesundheitsminister missachtet Zahnheilkundengesetz

Wie angekündigt fordert der BDIZ EDI in Person seines Justiziars Prof. Dr. Thomas Ratajczak eine Stellungnahme von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) hinsichtlich der Nichtanpassung des GOZ-Punktwertes seit 65 Jahren. Die Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak & Partner aus Sindelfingen vertritt sechs klagewillige Zahnärzte. Sollte das BMG nicht innerhalb der Fristsetzung positiv reagieren, beschreiten die sechs Zahnärzte den Klageweg vor dem Verwaltungsgericht Berlin.



© picture alliance/dpa | Kay Nietfeld

dieser Legislaturperiode mit einer Anhebung des GOZ-Punktwertes zu rechnen sei, wird die Kanzlei Ratajczak & Partner, beauftragt durch sechs Zahnärzte, Klage vor dem Verwaltungsgericht Berlin erheben – darunter die Vorstandsmitglieder des BDIZ EDI Christian Berger, Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Dr. Stefan Liepe, Dr. Wolfgang Neumann sowie Dr. Michael Frank (Lampertheim) und Dr. Wilfried Beckmann (Gütersloh).

Klage wegen Ungleichbehandlung

Die Klage lautet auf Ungleichbehandlung bei der Gebührenordnung durch den Verordnungsgeber, also die Bundesregierung.

Hauptargument des BDIZ EDI-Justiziars ist der Verstoß gegen § 15 Zahnheilkundengesetz (ZHG) und damit der verfehlte Ausgleich berechtigter Interessen der Zahnärzte und ihrer Patienten. „Nach der Nichtannahme der vom BDIZ EDI initiierten Klage von sechs Zahnärzten gegen die GOZ 2012 vor dem Bundesverfassungsgericht im Jahr 2013 erhoffen wir uns vom Verwaltungsgericht eine Beendigung der Ungleichbehandlung bei den Gebührenordnungen. Das Verwaltungsgericht wacht über die Gesetzmäßigkeit staatlichen Handelns. Die ist aus unserer Sicht nicht gegeben.“

„Gegenstand dieses Schreibens ist die jahrzehntelange Nichtbeachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 15 ZHG durch Nichtanpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (und damit auch der Gebührenordnung für Ärzte). Festzustellen ist, dass die Bundesregierung keine Probleme hat, die Gebührenordnung für Tierärzte regelmäßig an die Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse anzupassen,

zuletzt zum 1.10.2022. Diese Ungleichbehandlung verletzt den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und die Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte (Art. 12 Abs. 1 GG)“, zeigt der BDIZ EDI-Justiziar die Missstände in der GOZ auf.

Sollte bis zum 30. Juni 2023 keine positive Antwort auf die Frage erfolgen, ob in

TEIL 1 KONS./CHIRURGIE MIT INDIVIDUALPROPHYLAXE

Zeittangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 350 EUR pro Stunde

Leistungsbeschreibung	Ber	Ät	BEMA Stand 01.01.2022		GOZ 2012		GOÄ 1996						
			Nr.	Bewert. Zahl	Nr.	EUR	Nr.	EUR					
Beratung eines Kranken, auch tel., bei Tag Teil 1 - Kons./Chirurgie		9	10,72	1,8			1	80	16,32	1,8	16,32	2,8	
Eingehende, das gewöhnl. Maß überschreitende Beratung/min. 10 Min.	U	01	18	21,43	3,7	0010	100	12,94	2,2	19,86	3,4	30,60	5,2
Eingeh. Untersuchung z. Feststell. ZMK-Krankheiten													
Symptombezogene Untersuchung													
Vollst. körperl. Untersuchung Organsystem, u.a. stomatognathes Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung Indikation, Zeitpunkt	Ohn	01k	28	33,34	5,7								
Hilfeleistung bei Ohrmacht oder Kollaps	Zu	02	20	23,82	4,1								
Zuschlag außerh. Sprechst., Nacht (20 - 8 Uhr), Sonn-/Feiertag		03	15	17,86	3,1								
Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, AU-Bescheinigung		7700	5	5,95	1,0								
Erhebung des PSI-Code		04	12	14,29	2,4								
Eröffnung v. Zellenmaterial aus Mundhöhle, Aufbereitung zur zytol. Unters.	tsz1	Ä161	15	17,86	3,1	0070	50	6,47	1,1	9,84	1,7		
Sensibilitätsprüfung der Zähne	Vipr	08	6	7,14	1,2	2010	50	6,47	1,1	9,84	1,7		
Behandlung überempfindl. Zahntflächen; je Sitzung (GOZ: je Kiefer)	gZ	10	6	7,14	1,2	2020	98	12,68	2,2	19,29	3,3		
Exkavieren u. prov. Verschluss Kavität als alleinige Leist.; unvoll. Füllung	pv	11	19	22,53	3,9	2030	65	8,41	1,4	12,90	2,2		
Besondere Maßnahmen beim Präp./Füllen, je Sitzung, je Kieferh./Frontz.	bmf	12	10	11,91	2,0								

Zeittangaben in Min. berechnet nach Honorarumsatz von 350 EUR pro Stunde

Leistungsbeschreibung	Nr.	Bewert. Zahl	BEMA Stand 01.01.2022		GOZ 2012		GOÄ 1996				
			Nr.	EUR	Nr.	EUR	Nr.	EUR			
Röntgendiagnostik der Zähne, bis 2 Aufnahmen*	R02	J025a	12	14,29	2,4	2 x 5000	100	10,86	2,3	14,27	3,5
Röntgendiagnostik der Zähne, bis 5 Aufnahmen*	R05	J025b	19	22,53	3,9	5 x 5000	250	30,23	6,7	39,43	10,0
Röntgendiagnostik der Zähne, Status bei mehr als 6 Aufnahmen*	R08	J025c	27	32,13	5,9	8 x 5000	400	45,81	9,2	62,24	14,0
Röntgendiagnostik der Zähne, Status bei mehr als 8 Aufnahmen*	R09	J025d	34	40,49	6,9	10 x 5000	500	59,46	11,5	72,46	17,5
Aufnahme des Schädels, eine Aufnahme (auch Frontz./PFS)*	S01	J034a	19	22,53	3,9	5005	200	20,98	4,6	29,14	7,0
Aufnahme des Schädels, 2 Aufnahmen*		J034b	30	35,77	6,1	5006	400	41,97	9,2	58,29	14,0
Aufnahme des Schädels, alle 3 Zähne/2 Halbzahnen-Aufnahmen*		J034c	36	42,81	7,3	5007	400	41,97	9,2	58,29	14,0
Orthopantom./Panorama aller Zähne/2 Halbzahnen-Aufnahmen*		J032b	30	35,77	6,1	5008	200	20,98	4,6	29,14	7,0
Zuschlag zu S01D - S29D bei Anwend. digitaler Radiographie*		J034c	36	42,81	7,3	5009	400	41,97	9,2	58,29	14,0
Computergesteuerte Tomographie im Kieferbereich*		J032b	30	35,77	6,1	5010	200	20,98	4,6	29,14	7,0
Röntgenaufnahme der Hand*		J032b	30	35,77	6,1	5011	200	20,98	4,6	29,14	7,0
Aufnahme des Schädels, mehr als 2 Aufnahmen*		J032b	30	35,77	6,1	5012	250	26,23	5,7	36,43	8,7
Telleraufn. Schädel, NH, UK, Panorama Kiefer, Halbsseite: 2 Aufn.*		J035a	21	25,01	4,2	5013	300	31,40	6,9	43,72	10,0
Telleraufn. Schädel, NH, UK, Panorama Kiefer, Halbsseite: mehr als 2 Aufn.*		J035b	25	29,77	5,1	5014	400	41,97	9,2	58,29	14,0
Telleraufn. Schädel, NH, UK, Panorama Kiefer, Halbsseite: mehr als 2 Aufn.*		J035c	31	36,91	6,3	5015	500	52,46	11,5	72,46	17,5

Auch BDIZ EDI-Präsident Christian Berger sieht in dem über 65-jährigen Stillstand beim Punktwert in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einen gravierenden Verstoß gegen die Gleichbehandlung durch den Ordnungsgeber. „Während andere Gebührenordnungen, beispielsweise die der Juristen und der Tierärzte, in schöner Regelmäßigkeit angepasst bzw. erhöht werden, geschieht bei den Zahnärzten seit über 65 Jahren nichts. Allein in den vergangenen 20 Jahren sind die Praxis- und Personalkosten um mehr als 70 Prozent gestiegen, ebenso hat sich der Aufwand für Hygiene und Bürokratie immens erhöht.“

Prof. Dr. Ratajczak: „Das Verwaltungsgericht wird unter anderem die Frage beantworten müssen, ob der Ordnungsgeber sich einfach durch Untätigbleiben aus der Verantwortung „stehlen“ kann:

Nullnummer 1988 und Nullnummer 2012 beim Punktwert, der doch seit 1988 die Aufgabe übernehmen sollte, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen. Darf der Ordnungsgeber eine Berufsgruppe, deren Honorierung er gesetzlich regelt, über 65 Jahre lang ignorieren, während er andere Gebührenordnungen durchwinkt? Ich denke, nein, das darf er nicht!“

Hintergrundinformation

Mehr über die Initiative des BDIZ EDI im aufgezeichneten Interview mit BDIZ EDI-Präsident Christian Berger und Prof.

Dr. Thomas Ratajczak auf YouTube:

<https://youtu.be/ZV5V5tSkxY>

und via QR-Code:



Neben der politischen und rechtlichen Komponente unterstützt der BDIZ EDI mit der BDIZ EDI-Tabelle 2023 das betriebswirtschaftliche Fortkommen der Zahnarztpraxen, die den BEMA-Wert mit dem 2,3-fachen GOZ-/GOÄ-Wert vergleicht. Auch die Kommunikation mit den Patienten wird mit Plakaten und Infomaterial unterstützt. Mehr dazu im Online-Shop des BDIZ EDI: <https://bdizedi.org/shop/>



AWU

Interview: Der Weg zur Klageerhebung

65 Jahre Nichtanpassung des Punktwerts in der GOZ sind genug

Zehn Jahre nach der vom BDIZ EDI initiierten Verfassungsbeschwerde gegen die GOZ 2012 ist der GOZ-Punktwert noch immer nicht erhöht worden – anders als bei ähnlichen Gebührenordnungen. Der BDIZ EDI beschreitet nun den Weg, der zur Klageerhebung vor dem Verwaltungsgericht führen soll. Im Interview zeigen BDIZ EDI-Präsident Christian Berger und BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak Hintergründe, Maßnahmen und Ziele dieses Unterfangens auf. Das Gespräch fand live am Stand des BDIZ EDI auf der IDS 2023 statt und wurde aufgezeichnet.



Prof. Dr. Thomas Ratajczak



Christian Berger

Es gibt, wie gemeldet, zwei Wege des BDIZ EDI, gegen die Ungleichbehandlung der Honorarordnungen vorzugehen. Der erste betrifft die BDIZ EDI-Tabelle. Was können Sie uns dazu sagen, Herr Berger?

Berger: Wir bringen jedes Jahr eine neue BDIZ EDI-Tabelle heraus. Alle wissen, dass seit Jahren der Punktwert der GOZ unverändert ist, alle wissen auch, dass seit dem vergangenen Jahr eine hohe Inflationsrate herrscht. Wir haben deshalb auch die derzeitige Inflation in die Tabelle 2023 eingepreist. Prof. Thomas Ratajczak hat dies berechnet. Wir gehen von einem Stundenhonorarumsatz von 350 Euro aus, und das bedeutet, pro Minute müsste die Praxis 5,82 Euro umsetzen, um am Schluss betriebswirtschaftlich überleben zu können.

Die betriebswirtschaftliche Antwort des BDIZ EDI ist einerseits die jährlich neu aufgelegte Tabelle. Sie haben entschieden, dass es an der Zeit ist, andererseits auch rechtlich aktiv zu werden. Vor zehn Jahren hatten Sie eine Verfassungsklage initiiert. Sie wurde vom Bundesverfassungsgericht nicht angenommen. Seither ist in der Zahnärzteschaft auf rechtllichem Gebiet nicht viel passiert. Heute stellt Prof. Ratajczak vor, was der BDIZ EDI plant. Wie sieht dieser neue Weg aus, Herr Professor Ratajczak?

Ratajczak: Wir haben in der Zahnheilkunde die einmalige Situation, dass wir im Prinzip seit 1965 unveränderte Gebührensätze haben und viele Leistungsbeschreibungen seither nicht angepasst wurden.

Das geht aber noch weiter zurück, weil die Gebührensätze von 1965 auf einem Vorschlag des Bundes der Deutschen Zahnärzte, Vorgängerinstitut der Bundeszahnärztekammer, beruht – aus dem Jahr 1958. Wir haben also Stand heute 65 Jahre Honorarstillstand in der GOZ – ähnliche Situation bei den Ärzten. Wir hatten eine Zeitlang gehofft, dass sich im Zuge der GOÄ-Reform auch etwas bei den Zahnärzten tut. Leider Fehlannonce. Wir sehen aber in der vergleichbaren Situation bei den Tierärzten, dass es hier überhaupt keine Schwierigkeiten gibt. Die Tierärzte hatten 2017 eine große Gebührenerhöhung und 2022 eine große Erhöhung mit zum Teil 60 Prozent Gebührenaufschlag. Da haben wir uns gesagt: Das reicht jetzt! Das kann der Berufsstand nicht länger dulden. Also geht man den Weg über die Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Mit welcher Intention?

Ratajczak: Wir wollen auf diese Weise das Bundesgesundheitsministerium dazu bringen, Farbe zu bekennen und zu begründen, warum nicht erhöht wird. Wenn das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsbeschwerde nicht annimmt, besteht die Problematik, dass auch seitens des Bundesgesundheitsministeriums keine Veranlassung besteht, zu begründen, warum nicht reagiert wird. Wenn es also bei den Tierärzten geht – seit 1999 mehrere



Das Interview fand während der IDS am Stand des BDIZ EDI statt.

große Erhöhungen –, muss es auch bei den Zahnärzten gehen. Und natürlich genauso bei den Ärzten!

Könnten Sie nochmals präzisieren, warum es das Verwaltungsgericht sein muss?

Wir klagen auf den Erlass einer neuen GOZ. Das ist eine Rechtsverordnung und deshalb geht die Klage an die Verwaltungsgerichtsbarkeit. GOZ ist im klassischen Sinne Verwaltungsrecht. Verwaltungsgerichte können eine solche Klage nicht einfach abweisen.

Und wie sehen die nächsten Schritte aus?

Bevor man das Bundesgesundheitsministerium verklagt, wird der Bundesgesundheitsminister erst einmal angeschrieben. Das Schreiben ist bereits rausgegangen. Jetzt erhält das BMG eine angemessene Frist (Anm. d. Red.: Fristsetzung bis 30. Juni 2023) zu reagieren. Wenn diese Frist ohne Reaktion verstrichen ist, erheben wir Klage vor dem zuständigen Verwaltungsgericht, in diesem Fall Berlin. Danach gibt es die Möglichkeit zur Berufung zum Oberverwaltungsgericht und zur Revision zum

Bundesverwaltungsgericht; und zur Not auch wieder zum Bundesverfassungsgericht mit dem Ziel: Das Bundesgesundheitsministerium soll gezwungen werden, zu begründen, warum es glaubt, die Zahnärzte und Ärzte so stiefmütterlich behandeln zu dürfen, wie das all die Jahre geschehen ist.

Herr Berger, glauben Sie, dass der Bundesgesundheitsminister auf das Anhörungsschreiben antworten wird?

Berger: Für das Beschreiten des Klagewegs ist es letztendlich nicht von Bedeutung, ob er antwortet und wie er antwortet. Wir alle wissen, dass es nicht nur das BMG, sondern auch das Bundesfinanzministerium ist, das sich gegen eine Erhöhung der Punktwerte bei Ärzten und Zahnärzten wehrt, weil genau das Bundesfinanzministerium für seine Beamten die Beihilfe bezahlen muss und deshalb gar kein Interesse daran hat, dass der wirtschaftliche Ausgleich erfolgt.

Wir beschreiten diesen Klageweg in dem Bewusstsein, dass es einige Zeit dauern wird. Gleichzeitig haben wir, und da komme ich nochmals auf die Tabelle zu-

rück, den Zahnärzten aufgezeigt, wie sie schon heute oder morgen mit höheren Honoraren ihre Praxen am Leben erhalten können, nämlich auf dem Weg der Analogberechnung. Es gibt ja den Paragraphen 6 in der GOZ, und wenn die Leistungen, so wie Professor Ratajczak ausgeführt hat, heute in einer ganz anderen Art und Weise erbracht werden als der Text der alten Leistungsbeschreibung aus der GOZ von 1988 oder von 2012, dann ist es auch statthaft, diese neuen Leistungen mit Analogziffern zu versehen und dafür auch das betriebswirtschaftlich angemessene Honorar vom Patienten einzufordern – auch dort wird der BDIZ EDI, wenn es zu Erstattungsschwierigkeiten kommt, und mit denen müssen wir auch rechnen, seine Mitglieder und die betroffenen Zahnärzte rechtlich unterstützt.

Hier eine zweiteilige Frage: Wer kann den Klageweg beschreiten, ist es der BDIZ EDI? Und wer ist eventuell schon dabei, gibt es erste Kandidatinnen und Kandidaten?

Ratajczak: Klagen können nur Zahnärzte. Wir haben im Gebührenrecht keine Verbandsklagemöglichkeit. Klagen werden

Mitglieder des Vorstands des BDIZ EDI und einige weitere Zahnärzte. Es soll aber keine uferlose Klage mit Tausenden von Klägern werden, sondern das muss überschaubar bleiben.

Berger: Der BDIZ EDI versteht sich ja als Vertretung seiner Mitglieder. Diese Mitglieder wählen einen Vorstand und dieser Vorstand ist Manns genug, mit seinen Persönlichkeiten im Interesse der übrigen Zahnärztinnen und Zahnärzte den Klageweg zu gehen.

Wie lange wird es von der Anhörung über die Klage bis zu einem Ergebnis dauern?

Ratajczak: Unsere Kanzlei hat das Anhörungsschreiben vorbereitet und ab-

geschickt. Wie lange es dann vor dem Verwaltungsgericht dauert, weiß leider kein Mensch. Es kann zwei bis drei Jahre dauern.

Berger: Ich will das noch einmal betonen: Wir haben einen Honorarstillstand seit 65 Jahren in der GOZ, zusätzlich haben wir eine Inflation zwischen sechs und acht Prozent pro Jahr. Wir können nicht so lange warten, bis diese Klage erfolgreich ist, sondern die Zahnärzte müssen, und dafür gibt es ja diese Hilfestellungen, schon ab morgen in ihren Praxen versuchen, betriebswirtschaftliche Preise zu erwirtschaften, mit denen dann das Personal bezahlt werden kann, die Miete bezahlt werden kann, der Inflationsausgleich erfolgen kann und darum nochmals der

Hinweis auf diese Tabelle, die die Honorierung im BEMA und in der GOZ und GOÄ miteinander vergleicht, sodass der Zahnarzt und auch die ZFA, die die Abrechnung erstellt, auf einen Blick sehen kann, ob es sich um ein betriebswirtschaftlich auskömmliches Honorar handelt oder ob eben auf dem Weg der Analogberechnung versucht werden muss, so ein Honorar zu erzielen.

Vielen Dank Ihnen für dieses aufschlussreiche Gespräch.

Das Interview führte Anita Wuttke

ANZEIGE

**Nur ein Chirurgieset
für alle Implantate**
einteilig, zweiteilig und keramisch



RATAJCZAK & PARTNER mbB

RECHTSANWÄLTE

Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg i. Br. · Köln · Meißen · München · Sindelfingen



RATAJCZAK & PARTNER mbB · Posener Straße 1 · 71065 Sindelfingen

Per beA

An den
Bundesminister für Gesundheit
Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstr. 1
53123 Bonn

27. April 2023

Durchwahl: 9505-27 (Frau Sybill Ratajczak) E-Mail: s.ratajczak@rpmed.de
AZ: 23/0189/05 dra (bitte stets angeben)

Anpassung der GOZ (und der GOÄ) an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse nach § 15 ZHG

Sehr geehrter Herr Bundesminister Lauterbach,

wir vertreten die Interessen von sechs Zahnärzten. Sie sind teilweise Vertreter von Verbänden und erfahren Unterstützung durch den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI).

Es handelt sich dabei um

1. **Christian Berger**, Zahnarzt, Präsident des BDIZ EDI, Beethovenstraße 9, 87435 Kempten
2. **Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller**, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, Rösberger Straße 4, 50968 Köln
3. **Dr. Stefan Liepe**, Zahnarzt, Mendelssohnstraße 10, 30173 Hannover
4. **Dr. Wolfgang Neumann**, Zahnarzt, Am Zollhaus 26, 36269 Philippsthal (Werra)
5. **Dr. Michael Frank**, Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Alte Viernheimer Str. 2, 66623 Lampertheim
6. **Dr. Wilfried Beckmann**, Zahnarzt, Susannenstr. 7a, 33335 Gütersloh

Vollmachten sind beigelegt.

Sindelfingen

Prof. Dr. Thomas Ratajczak ¹⁾²⁾
Jan von Wallfeld ⁴⁾
Dr. Detlef Gurgej ¹⁾
Dr. med. Helge Hölzer ¹⁾⁷⁾
Dr. Clemens Winter ¹⁾
Nico Gottwald ¹⁾
Birte Rosenkranz ¹⁾
Dr. Christiane Werle ¹⁾
Dr. Ulrich Wellmann ⁹⁾
Prof. Dr. Dr. med. Heiko Striegel ⁶⁾⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾
Christian A. Schuler ¹⁰⁾¹¹⁾
Björn Rathmann ¹⁾
Verena Hagen ⁶⁾

Posener Straße 1
71065 Sindelfingen
Telefon: 0 70 31/95 05-0
Telefax: 0 70 31/95 05-99
sindelfingen@rpmed.de

Berlin

Jörn Schroeder-Printzen ¹⁾²⁾

Duisburg

Dr. Christian Tünnesen-Harmes ⁶⁾¹³⁾¹⁴⁾
Harald Wostry ¹⁾⁵⁾¹⁰⁾
Prof. Dr. Jörn Westhoff, M.A. ³⁾
Mark Dominik Ottlik ⁶⁾¹³⁾
Dr. Thomas Wostry ⁶⁾¹⁶⁾

Essen

Harald Wostry ¹⁾⁵⁾
Dr. Christian Tünnesen-Harmes ⁶⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾
Dr. Thomas Wostry ⁶⁾¹⁶⁾

Freiburg im Breisgau

Peter Schabram ¹⁾

Köln

Gerald Spyra, LL.M. ⁶⁾¹²⁾

Meißen

Christoph Sorek ¹⁾
Kerstin Peschel ¹⁾⁵⁾¹⁸⁾

München

Hans-Jörg Weber ¹⁾⁵⁾
Sascha Petzold ⁵⁾⁹⁾¹⁵⁾
Prof. Dr. Ulrich M. Gassner ⁶⁾
Dr. Florian Englert ⁴⁾⁵⁾¹⁶⁾
Christine Englert ⁴⁾¹⁰⁾¹⁷⁾

www.rpmed.de

Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung Gem. 59f BRAO zugelassene Berufsausübungsgesellschaft AG Stuttgart PR 240005 Sitz: Sindelfingen USt-IdNr.: DE145149760

¹⁾ Fachanwalt/-anwältin für Medizinrecht
²⁾ Fachanwalt für Sozialrecht
³⁾ Fachanwalt für Internationales Wirtschaftsrecht
⁴⁾ Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht
⁵⁾ Fachanwalt für Strafrecht
⁶⁾ Medizinrecht
⁷⁾ Facharzt für Chirurgie

⁸⁾ Facharzt für Allgemeinmedizin; Sportmedizin
⁹⁾ Arbeitsrecht
¹⁰⁾ Zweigstelle
¹¹⁾ Hauptkanzlei: Löchgauer Straße 44 74321 Bietigheim-Bissingen
¹²⁾ Informations- und Datenschutzrecht
¹³⁾ Fachanwalt für Verwaltungsrecht

¹⁴⁾ Umwelt- u. Umweltschutzrecht, Technische Sicherheit
¹⁵⁾ Zertifizierter Mediator
¹⁶⁾ Of Counsel
¹⁷⁾ Fachanwalt für Familienrecht
¹⁸⁾ Fachanwalt für Verkehrsrecht

* Partner i.S. des § 3 Abs. 2 PartGG

Gegenstand dieses Schreibens ist die jahrzehntelange Nichtbeachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 15 ZHG durch Nichtanpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (und damit auch der Gebührenordnung für Ärzte).

Festzustellen ist, dass die Bundesregierung keine Probleme hat, die Gebührenordnung für Tierärzte regelmäßig an die Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse anzupassen, zuletzt zum 01.10.2022.

Diese Ungleichbehandlung verletzt den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und die Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte (Art. 12 Abs. 1 GG).

Die Rechtsgrundlagen für den Erlass und die Anpassung der Gebührenordnungen der Zahnärzte (GOZ) in § 15 ZHG, der Ärzte (GOÄ) in § 11 BÄO und der Tierärzte (GOT) in § 12 Abs. 1 BTÄO sind, sieht man von den aus dem Dispensierrecht der Tierärzte ergebenden Besonderheiten ab, bis auf die unterschiedliche Berufsbezeichnung der Sache nach **inhaltsidentisch**.

§ 15 Sätze 1 – 3 ZHG	§ 11 Sätze 1 – 3 BÄO	§ 12 Abs. 1 Sätze 1 – 3 BTÄO
Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.	Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.	Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für tierärztliche Leistungen einschließlich der Preise und Preisspannen für vom Tierarzt angewandte Arzneimittel in einer Gebührenordnung zu regeln. Dabei ist den berechtigten Interessen der Tierärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.

Für alle drei Gebührenordnungstatbestände ist festgelegt, dass die Gebührenordnungen „den berechtigten Interessen der Zahnärzte / Ärzte / Tierärzte und der Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen“ haben.

Sie sind folglich in gleicher Weise auszulegen und anzuwenden.

Die aktuelle GOZ wurde zuletzt zum 01.01.2012 novelliert. Die Novelle war jedoch nur eine Teilaktualisierung der am 01.01.1988 in Kraft

getretenen GOZ. Diese löste die am 01.04.1965 in Kraft getretene GOZ ab. Die GOZ 1965 löste die Preugo vom 01.09.1924 ab.

Die Mindestsätze der Preugo 1924 wurden 1953 und 1957 in zwei Schritten um insgesamt rund 77 % erhöht, wodurch der wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung getragen werden sollte.

Für die GOZ 1965 lieferte der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (1990 umbenannt in Bundeszahnärztekammer) bereits im März 1958 eine Vorlage mit Preisangaben, die sieben Jahre später ohne Anpassung an die Geldentwertung in die GOZ 1965 übernommen wurde.

Der Hauptunterschied zwischen GOZ 1965 und GOZ 1988 liegt in der Änderung der Gebührensystematik:

- An die Stelle des jeder Leistung zugeordneten Geldbetrages traten Punktmengen.
- Der Punktwert wurde als zentraler Abrechnungsfaktor eingeführt.
- Die möglichen Steigerungsfaktoren wurden auf die Bandbreite von 1,0 bis 3,5 reduziert mit einer weiteren Reduzierung für Labor- und Röntgenleistungen.

Das Honorar errechnet sich seitdem als Multiplikation aus Punktmenge x Steigerungsfaktor x Punktwert.

Die GOT fällt nicht in Ihren Zuständigkeitsbereich, sondern in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Ernährung und Landwirtschaft, Herrn Cem Özdemir.

Die jüngste und sehr umfangreiche Erhöhung der Gebührensätze der GOT begründet der Bundeslandwirtschaftsminister wie folgt:

„Die letzte umfassende Novellierung der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) ist unter Anpassung an den veterinärmedizinischen Erkenntnisstand im Jahr 1999 erfolgt. Seitdem hat sich die Notwendigkeit ergeben, die GOT erneut an den veterinärmedizinischen Erkenntnisstand sowie **an die wirtschaftlichen Gegebenheiten** anzupassen. Die Anpassung soll auf der Grundlage eines von dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft initiierten Forschungsprojektes („Prüfung der finanziellen und strukturellen Auswirkungen hinsichtlich der Angemessenheit der Gebührensätze der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)“) durchgeführt werden, dem ein Vorschlag der Bundestierärztekammer zum Leistungskatalog zu Grunde liegt. Die Anpassung umfasst die vollständige Überarbeitung der GOT einschließlich der Neustrukturierung der tierärztlichen Leistungen (Anlage zur GOT) und Neubestimmung der einfachen Gebührensätze“ (BR-Drs. 247/22 vom 25.05.2022, S. 1).

Die letzte umfassendere Novellierung der GOZ ist 1965 und in Teilen 1988 erfolgt, die letzte umfassendere Novellierung der GOÄ 1965 und 1982.

Dass keine Anpassung an die „**wirtschaftlichen Gegebenheiten**“ bei GOZ und GOÄ erfolgt ist, bedarf keiner eingehenden Begründung. Bei der GOZ blieb 2012 sogar der Punktwert hinter der GOÄ zurück, so dass das es für die in GOÄ und GOZ abgebildeten Leistungen der MKG-Chirurgen unterschiedliche Honorare bei gleichem Leistungsinhalt gibt, was ein klarer Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG bedeutet.

In der nachstehenden tabellarischen Übersicht haben wir aus der GOT 2022 beispielhaft wesentliche tierärztliche und tierzahnärztliche Leistungen herausgegriffen und die Steigerungssätze gegenüber der GOT 2017 berechnet:

GOT 2022	GOP	GOT 2020	GOT 2022	Veränderung in %
Beratung im einzelnen Fall ohne Untersuchung (auch schriftlich oder fernmündlich)	1	7,04 €	11,26 €	59,94%
eingehende Anamnese	2	19,24 €	30,78 €	59,98%
Dokumentation	3		11,20 €	
Allgemeine Untersuchung mit Beratung Pferd	4	19,24 €	30,78 €	59,98%
Allgemeine Untersuchung mit Beratung Rind	5	12,84 €	20,54 €	59,97%
Allgemeine Untersuchung mit Beratung Mastschwein	7	9,62 €	15,39 €	59,98%
Bestandsuntersuchung Pferd	42	32,07 €	38,16 €	18,99%
Bestandsuntersuchung Rind	44	32,07 €	38,16 €	18,99%
Entfernung von geringfügigem Zahnstein, manuell, ohne Politur	931	12,84 €	20,54 €	59,97%
Entfernung von Zahnstein und Belägen, mit Scaling und Politur	932	44,89 €	61,97 €	38,05%
Entfernung von Zahnstein und Belägen mit Scaling und Politur, kompliziert	933	76,97 €	108,82 €	41,38%
Zahnextraktion	951	6,41 €	10,26 €	60,06%
Zahnextraktion Pferd	952	22,46 €	35,94 €	60,02%
Zahnextraktion Rind	953	12,84 €	15,75 €	22,66%
Zahnextraktion kompliziert	955	26,65 €	41,04 €	54,00%
Zahnextraktion kompliziert, Pferd	956	160,34 €	180,94 €	12,85%
Zahnfüllung einfach	942	38,48 €	61,57 €	60,01%
Zahnfüllung kompliziert	943	64,14 €	102,59 €	59,95%
Wurzelbehandlung	944	19,24 €	30,78 €	59,98%
Wurzelbehandlung kompliziert, einwurzeliger Zahn	945	57,72 €	67,50 €	16,94%
Wurzelbehandlung kompliziert, mehrwurzeliger Zahn	946	76,97 €	90,00 €	16,93%
Wurzelresektion einwurzeliger Zahn	959	96,20 €	76,96 €	-20,00%
Wurzelresektion mehrwurzeliger Zahn	960	102,63 €	82,10 €	-20,00%

Hohe Gebührensteigerungen in der GOT in einem im Vergleich zur jahrzehntelangen Untätigkeit bei GOZ und GOÄ verhältnismäßig kurzen Zeitraum verletzen in den Augen der Bundesregierung ersichtlich nicht § 12 BTÄO.

Dann kann die überfällige Anpassung der GOZ an die Inflationsrate der letzten Jahrzehnte auch keine Verletzung des § 15 ZHG bedeuten. Die wirtschaftlichen Gegebenheiten von Tierärzten, Zahnärzten und Ärzten unterscheiden sich nicht! Sie leben alle in Deutschland, haben alle mit Inflation, Energiekrise und Lohn- und Preissteigerungen zu kämpfen.

Es ist nach einer derart langen Zeit auch nicht ansatzweise mehr zu begründen, warum die Zahnärzte (und die Ärzte) gegenüber den anderen freien Berufen, aber vor allem auch gegenüber den Tierärzten, so ungleich behandelt werden, wie das Bundesgesundheitsministerium dies seit Jahrzehnten tut.

Wir sind deshalb beauftragt, Klage auf Anpassung der GOZ zum Verwaltungsgericht Berlin zu erheben.

Gesetze sind nicht nur dazu da, die Gesetzesunterworfenen zu regulieren. Sie bedeuten auch eine Selbstbindung der Verwaltung. Es steht nicht im Belieben Ihres Ministeriums, die Vorgaben des § 15 ZHG (bzw. des § 11 BÄO) zu erfüllen oder nicht zu erfüllen. Das zu tun ist Ihre Pflicht, so wie Sie umgekehrt erwarten dürfen, dass die Zahnärzte ihre Pflichten gegenüber den Patienten erfüllen.

Ihr Haus hat in rechtserheblicher Weise Pflichten verletzt.

Wir sind beauftragt, Sie aufzufordern, uns bis zum **30. Juni 2023** mitzuteilen, ob Sie noch in dieser Legislaturperiode die seit 1965, also seit nunmehr 58 Jahren unterlassene Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung durch Anhebung des Punktwertes in § 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ / GOÄ und/oder durch Anhebung der Punktmengen der Leistungsziffern der GOZ / GOÄ nachholen werden. Andernfalls werden wir Klage zum Verwaltungsgericht Berlin erheben.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. Ratajczak
Rechtsanwalt

65 Jahre Nichtanpassung des Punktwerts sind genug

Der duale Weg des BDIZ EDI in Sachen GOZ: betriebswirtschaftlich und politisch

Zehn Jahre nach der vom BDIZ EDI initiierten Verfassungsbeschwerde gegen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 2012 ist der GOZ-Punktwert noch immer nicht erhöht worden – anders als bei ähnlichen Gebührenordnungen. Der BDIZ EDI beschreitet nun den Weg, der zur Klageerhebung vor dem Verwaltungsgericht führen soll.

In einem ersten Schritt wird BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak ein Anhörungsschreiben an den Bundesgesundheitsminister auf den Weg bringen, in dem dieser aufgefordert wird, die Ungleichbehandlung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Sachen GOZ zu beenden und den Punktwert entsprechend zu erhöhen. Sollte Professor Karl Lauterbach nicht reagieren, unterstützt der Verband Zahnärztinnen und Zahnärzte (darunter die Vorstandsmitglieder des BDIZ EDI) bei ihrer Klage vor dem Verwaltungsgericht Berlin. Die Klage lautet auf Ungleichbehandlung bei der Gebührenordnung durch den Ordnungsgeber, also die Bundesregierung.

Hauptargument des BDIZ EDI-Justiziers, Prof. Dr. Thomas Ratajczak von der Sindelfinger Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak & Partner, ist der Verstoß gegen § 15 Zahnheilkundengesetz (ZHG) und damit der verfehlte Ausgleich berechtigter Interessen der Zahnärzte und ihrer Patienten. „Nach der Nichtannahme der vom BDIZ EDI initiierten Klage von sechs Zahnärzten gegen die GOZ 2012 vor dem Bundesverfassungsgericht im Jahr 2013 erhoffen wir uns vom Verwaltungsgericht eine Beendigung der Ungleichbehandlung bei den Gebührenordnungen. Das Verwaltungsgericht wacht über die Gesetzmäßig-

keit staatlichen Handelns. Die ist aus unserer Sicht nicht gegeben“.

Auch BDIZ EDI-Präsident Christian Berger sieht in dem über 65-jährigen Stillstand beim Punktwert in der Gebührenordnung für Zahnärzte einen gravierenden Verstoß gegen die Gleichbehandlung durch den Ordnungsgeber. „Während andere Gebührenordnungen, beispielsweise die der Juristen und der Tierärzte, in schöner Regelmäßigkeit angepasst bzw. erhöht werden, geschieht bei den Zahnärzten seit über 65 Jahren nichts. Allein in den vergangenen 20 Jahren sind die Praxis- und Personalkosten um mehr als 70 Prozent gestiegen, ebenso hat sich der Aufwand für Hygiene und Bürokratie immens erhöht.“

Prof. Dr. Ratajczak: „Das Verwaltungsgericht wird unter anderem die Frage beantworten müssen, ob der Ordnungsgeber sich einfach durch Untätigbleiben aus der Verantwortung „stehlen“ kann: Nullnummer 1988 und Nullnummer 2012 beim Punktwert, der doch seit 1988 die Aufgabe übernehmen sollte, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen. Darf der Ordnungsgeber eine Berufsgruppe, deren Honorierung er gesetzlich regelt, über 65 Jahre lang ignorieren, während er andere Gebührenordnungen durchwinkt? Ich denke, nein, das darf er nicht!“

Der betriebswirtschaftliche Weg

Für das betriebswirtschaftliche Fortkommen der Zahnarztpraxen legt der BDIZ EDI in jedem Jahr die BDIZ EDI-Tabelle auf, die den BEMA-Wert mit dem 2,3-fachen GOZ-/GOÄ-Wert vergleicht. In diesem Jahr zeigt die Tabelle die sechs von BZÄK und PKV/Beihilfe konsentierten Analogleistungen in der GOZ und darüber hinaus alle noch nicht konsentierten PAR-Leistungen mit Analogziffern. Die Tabelle erhalten Mitglieder kostenfrei zugesandt. Darüber hinaus kann die BDIZ EDI-Tabelle 2023 im Online-Shop des BDIZ EDI für 29 Euro bestellt werden: www.bdizedi.org/shop.

Interview im YouTube-Stream

Christian Berger und Prof. Dr. Thomas Ratajczak haben am Stand des BDIZ EDI auf der IDS im Interview Rede und Antwort zum Beschreiten des Klagewegs vor das Verwaltungsgericht Berlin gestanden. Das Interview finden Sie auf dem YouTube-Kanal des BDIZ EDI: <https://youtu.be/ZV5V5tslkxY>.

Ästhetisch.
Funktional.
Sicher.

white
SKY

Wissenschaftlicher
und klinischer Erfolg
neu verkörpert



Open for next

DENTAL INNOVATIONS
SINCE 1974

breident
group

Informationskampagne des BDIZ EDI als Antwort auf das GKV-FinStG

Erstklassige Behandlung? Machen wir ...

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist seit 1. Januar in Kraft, die Budgetierung ist Realität. Als betriebswirtschaftliche Antwort auf die Schieflage bei den Honoraren und im Umgang mit der Budgetierung bietet der BDIZ EDI auf verschiedenen Wegen Unterstützung. Tabelle, Praxisplakate und Infoblätter sind den Mitgliedern bereits zugewandt. Zur Klageerhebung nimmt der Verband in dieser Ausgabe dezidiert Stellung.



Die einzelnen Schritte hat der Vorstand bereits vor Inkrafttreten des GKV-FinStG in die Wege geleitet. Hier zusammengefasst die Ziele der Kampagne:

- Betriebswirtschaftlich mit der BDIZ EDI-Tabelle. Sie ermöglicht den direkten Vergleich zwischen der Vergütung im BEMA und in der GOZ. Zusätzlich gibt sie die für die jeweilige Leistung zur Verfügung stehende Zeit in Minuten auf der Basis des Mindesthonorarumsatzbedarfs/Stunde von 350 Euro an. Für alle PAR-Leistungen stellt der BDIZ EDI eine Analogziffer zur Verfügung, weil die GOZ 2012 hinsichtlich der Honorierung seit Jahrzehnten nahezu unverändert geblieben ist.
- Politisch: im Umgang mit den Patienten: Praxisplakat und Infoblatt weisen auf die finanzielle Verschlechterung (Stichwort: Budgetierung) durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hin. Das Infoblatt unterstützt die Praxen in der Argumentation gegenüber den Patienten.
- Auf dem Rechtsweg: Der BDIZ EDI hat in einem ersten Schritt die Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak & Partner beauftragt, vom Bundesgesundheitsministerium eine Stellungnahme zur Nichtanpassung des GOZ-Punktwertes seit 65 Jahren einzufordern. Falls notwendig, werden in einem weiteren Schritt sechs Zahnärzte vor dem Verwaltungsgericht Berlin gegen die Ungleichbehandlung klagen.

PAR-Strecke gerät zur Farce

Die Präventionsorientierung, die 2021 einvernehmlich auch mit dem Bundesgesundheitsministerium durch die Einführung der neuen PAR-Richtlinie eindrucksvoll belegt wurde, gerät zur Farce, wenn jetzt mit diesem Gesetz nachträglich die mehrfach erhöhte Behandlungsnotwendigkeit massiv begrenzt wird. Budgetiert sind diese Leistungen nicht in ausreichender Zahl zu erbringen.

Die Qualität der Versorgung in den Praxen wird in entscheidendem Maße durch gut ausgebildetes und qualifiziertes Personal mitgetragen. Genau daran mangelt es schon jetzt. Behandlungszeiten müssen teilweise bereits gekürzt werden. Zusätzliche erforderliche finanzielle Mittel für eine attraktive Vergütung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind dringend erforderlich. Die Personalkosten stellen mit Abstand den größten Faktor bei den Kosten in den Zahnarztpraxen dar. „Statt uns die Möglichkeit zu geben, die erforderlichen Einnahmen zu erarbeiten, wird ohne erkennbare Begründung unsere Honorierung wieder streng budgetiert und erheblich beschnitten“, sagt BDIZ EDI-Präsident Christian Berger.

Bedroht wird die Qualität der Versorgung zudem durch die derzeitigen immensen inflationsbedingten Preissteigerungen für Materialien und Dienstleistungen in den Praxen. „Andere Branchen bekommen dafür steuerfinanzierte Ausgleichszahlun-



gen, wir bekommen Beschränkung der Gesamtvergütung!“, so Berger.

Der Erhalt der flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung ist aufgrund der demografischen Entwicklung eine gewaltige Herausforderung. Sie kann nur gelingen, wenn junge Menschen für die selbstständige Tätigkeit als Zahnärztin und Zahnarzt auf dem Land begeistert werden können. Durch die Wiedereinführung und Verschärfung der Budgetierung untergräbt die Regierung diese Anstrengungen und den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag und verursacht die frühzeitige Berufsaufgabe in Alterspraxen.

BDIZ EDI-Präsident Christian Berger: „Die Bundesregierung stellt der Bundeswehr ein Sondervermögen von 100 Milliarden

Euro zur Verfügung. An der zahnärztlichen Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger will sie eine halbe Milliarde einsparen: Im Jahr 2023 stehen 120 Millionen und im Jahr 2024 340 Millionen Euro weniger für die zahnärztliche Behandlung zur Verfügung – das hat gravierende Folgen, insbesondere bei der neuen systematischen Parodontitis-Behandlung.“

Der BDIZ EDI unterstützt die Zahnarztpraxen, ihre Patienten aufzuklären. Mit Praxisplakat und Infoblatt soll der Patient informiert werden: „Erstklassige Behandlung: Machen wir! Schnelle Termine können wir leider nicht immer anbieten“, lautet die Botschaft. Im Erklärtext folgt der Hinweis, dass die Bundesregierung die Mittel für die zahnmedizinische Versorgung begrenzt hat. Weder die Kranken-

kassen noch die Zahnärztinnen und Zahnärzte können ihre Patienten vor diesen Einschränkungen schützen.

AWU

Bezug

Die Mitglieder des BDIZ EDI haben Poster und Infoblatt erhalten. Weitere Exemplare können im BDIZ EDI-Shop zum Preis von 10 Euro bestellt werden. Im Mitgliederbereich auf der Internetseite können die Plakate auch zum Selbstdruck oder zur Weitergabe heruntergeladen werden.

Von den Basics bis zur Masterclass – BDIZ EDI bietet Webinarreihe zur Implantologie

Start der Fortbildungsreihe „Implantologie step by step“

Der BDIZ EDI startet eine Webinarreihe, die rund um die orale Implantologie und verwandte Disziplinen keine Fragen offenlässt. Ab Herbst geht es kompakt um Implantologie step by step. Moderiert von Prof. Dr. Johannes Einwag, Würzburg, umfasst die Serie das gesamte Spektrum – von den Basics bis zur Masterclass.



Für Konzeption und Moderation zeichnen zwei erfahrene und erfolgreiche Fortbildungsreferenten verantwortlich: Prof. Dr. Johannes Einwag, der bereits eine Parodontologie-Serie bei der Bayerischen Landeszahnärztekammer durchgeführt hat, und BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, der als Leiter des Bayerischen Zahnärztekongresses über viele Jahre das Programm erstellt hat. „Wir möchten unsere Online-Fortbildungen professionalisieren und die einzelnen Module aufeinander aufbauend

durch die Fortbildungsserie laufen lassen“, sagt Christian Berger.

„Implantologie step by step“ beinhaltet von der Planung, der Vorbereitung und Implantation über die provisorische Versorgung, die Prothetik, die Kieferorthopädie bis zur Abrechnung dieser Therapien alles Wissenswerte, um als Anfänger in die Implantologie zu starten, und für alle anderen, um den Kenntnisstand zu erweitern. Die Fortbildungsreihe gibt es nur als Gesamtpaket.

Der Referentenpool

Namhafte Referenten sind an Bord: Prof. Dr. Christof Dörfer, Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Dr. Dirk Heering, Dr. Ali-Reza Ketabi, Horst Dieterich, Prof. Dr. Johann Müller, Priv.-Doz. Dr. Kathrin Becker, Christian Berger und Kerstin Salhoff.

Zum Auftakt bzw. zur Einführung hat der BDIZ EDI zwei kostenfreie Webinare angeboten. Sie sind, wie die gesamte Reihe, nach Abschluss der Reihe als Fortbildung on demand kompakt buchbar.

Kompaktangebot

Die Onlinevorträge finden jeweils von 19.00 bis 19.45 Uhr statt, anschließend Diskussion. Am 26. September 2023 startet die Serie mit Dr. Dirk Heering und der Planung. Pro Webinar gibt es zwei Fortbildungspunkte. Für das Buchen des Gesamtpakets und die Teilnahme an den Webinaren winken 14 Fortbildungspunkte.

- Teilnahmegebühr: 560 Euro
- Mitglieder: 300 Euro
- Neumitglieder: 290 Euro
- Fortbildung on demand: siehe Gebühr oben

Die Fortbildungsreihe kann nach Abschluss der jeweiligen Seminare für eine befristete Zeit als Fortbildung on demand zu den o. g. Gebühren gebucht werden. Die Programmübersicht befindet sich nebenstehend und im Internet. Mehr Information und Anmeldung unter: www.bdizedi.org oder via QR-Code.



AWU

ONLINE-FORTBILDUNGSREIHE

IMPLANTOLOGIE STEP BY STEP

mit Prof. Dr. Johannes Einwag



Zwei kostenfreie Webinare zum Auftakt

13.06. MUNDGESUNDHEIT UND ALLGEMEINGESUNDHEIT

Prof. Dr. Christof Dörfer

27.06. DEMOGRAPHIE: WIE VERÄNDERT SICH DIE IMPLANTOLOGIE?

Dr. Dr. Markus Tröltzsch

26.09. PLANUNG Dr. Dirk Heering

Die richtige Implantat- und Patientenauswahl
für Ihre prothetischen Fälle

10.10. VORBEREITUNG Dr. Ali-Reza Ketabi

Von der Extraktion (Socket und Ridge Preservation)
über Gingivaformer bis zu Bohrpositionierungsschablonen

24.10. IMPLANTATION Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Augmentation versus kurze, angulierte
und/oder durchmesserreduzierte Implantate

07.11. PROVISORISCHE VERSORGUNG Horst Dieterich

Prov. Versorgung als Immediatersatz

21.11. PROTHETIK Prof. Dr. Johann Müller

Ändert sich das Okklusionskonzept mit der Anzahl
und Positionierung der Implantate?

05.12. KIEFERORTHOPÄDIE Priv.-Doz. Dr. Kathrin Becker

Implantate als Retentionselement in der KFO

19.12. ABRECHNUNG DIESER THERAPIEN

Kerstin Salhoff & Christian Berger



SEMINARGEBÜHR:

Gesamtpaket (Nichtmitglieder)	€ 560
Mitglieder des BDIZ EDI	€ 300
Mitglied werden & sparen	€ 290

JETZT PLÄTZE SICHERN & ANMELDEN:
WWW.BDIZEDI.ORG



Gesamtpaket auch „on demand“ buchen (nach Abschluss der Vortragsreihe)
Siehe Seminargebühr „Gesamtpaket“

RÜCKSCHAU

Stiftung Warentest hat Universalzahncremes getestet

Billige Zahnpasta die beste?

Zahnpasta soll die Zähne vor Parodontitis und Verfärbungen schützen. Stiftung Warentest hat getestet, welche Pasten tatsächlich für strahlende Ergebnisse sorgen. Verbraucher greifen beim Zahnpastakauf gerne auch ein bisschen tiefer in die Tasche. Schließlich sollen die Zähne nicht nur im glänzenden Weiß strahlen, sondern auch noch gesund sein. Ein Denkfehler: Denn die billigsten Cremes liefern mitunter die besten Ergebnisse. Stiftung Warentest hat 20 Universalzahnpasten getestet, also sogenannte Rundumversorger. Darunter waren sehr günstige ab 65 Cent pro Tube, aber auch teure Markenprodukte, die mehr als das Zehnfache kosten. Das beste Ergebnis liefert „Prokudent Med“ von Rossmann, die für 55 Cent „sehr gut“ putzt, dicht gefolgt von den ebenfalls sehr guten Pasten „Diadent Zahngel Fluor Fresh“ vom Discounter Netto und der „Bevola Zahncreme Kräuter“ aus dem Kaufland – beide gibt es für 52 Cent.

Quelle: Stern

Dr. Wolfgang Eßer verabschiedet

Vorstand der Bundes-KZV gewählt



Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hat Ende März 2023 in Berlin mit einem überwältigenden Votum den neuen hauptamtlichen Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) gewählt. In dieses Gremium wurden mit Martin Hendges, der zum Vorsitzenden des Vorstandes bestimmt wurde, und Dr. Karl-Georg

Pochhammer zwei Zahnärzte gewählt, die auch schon in der letzten Legislatur dem Vorstand angehörten. Als neue stellvertretende Vorsitzende wählten die Delegierten mit Dr. Ute Maier, Zahnärztin und von 2008 bis 2022 Vorsitzende der KZV Baden-Württemberg, erstmals eine Frau in den Vorstand der KZBV.

Foto: KZBV/Knoff

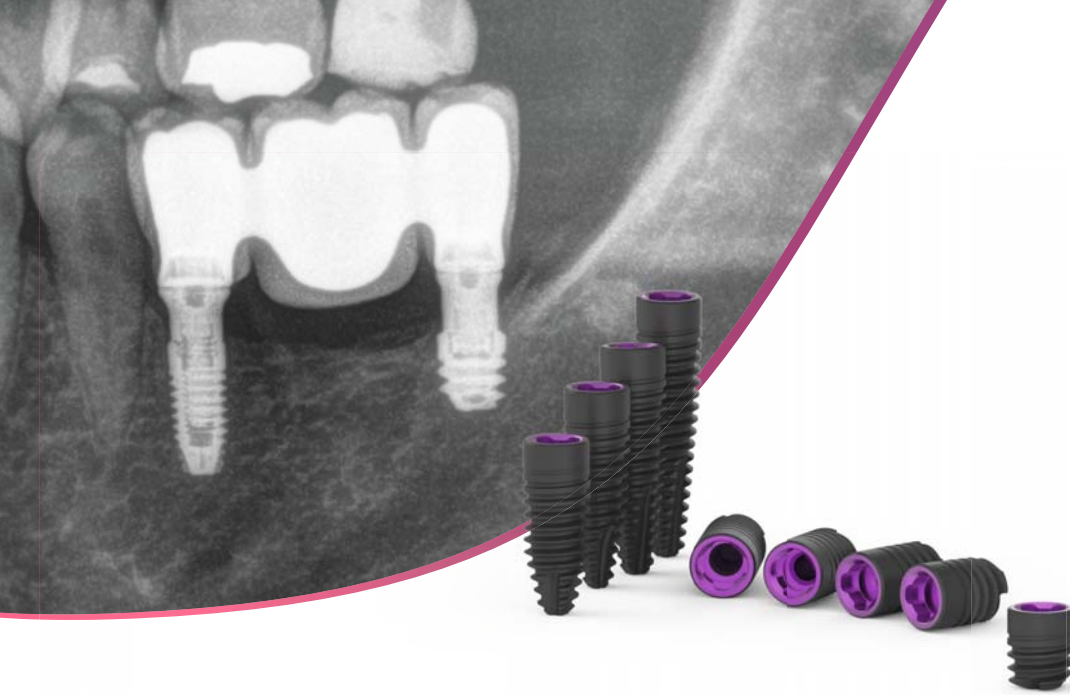
TÜV-Röntgenreport 2023

Keine Gefahr für Patienten und Personal

Störstellen und Artefakte auf Röntgenbildern können zu Fehldiagnosen führen. Weitverbreitet sind Mängel an der Schutzausrüstung für Patienten. Die meisten Röntgengeräte befinden sich in Zahnarztpraxen. Der TÜV-Verband hat den TÜV-Röntgenreport 2023 veröffentlicht. Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsprüfungen sind im Jahr 2022 bei 16.027 untersuchten Röntgengeräten von den TÜV-Sachverständigen an 2.386 Geräten Mängel festgestellt worden. Das entspricht einer Mängelquote von 14,9 Prozent. „Die Mängelquoten variieren je nach Anwendungsgebiet. Gut jedes fünfte humanmedizinische Röntgengerät hat Mängel, während es bei technischen Anwendungen nur 5 Prozent sind“, sagt Dr. Alexander Schröder, Strahlenschutzexperte des TÜV-Verbands. Eine Gefahr für Patienten oder das Personal bestehe nur in den seltensten Fällen. Schröder: „Die technische Sicherheit von Röntgengeräten in Deutschland ist sehr hoch. Niemand muss sich bei einer Untersuchung Sorgen wegen einer zu hohen Strahlenbelastung machen.“ Der größte Teil der Röntgengeräte ist in Zahnarztpraxen und in der Kieferchirurgie im Einsatz. Von den 9.738 im Jahr 2022 geprüften dentalmedizinischen Röntgengeräten hatten 16 Prozent einen oder mehrere Mängel. Am weitesten verbreitet sind Dental-Tubus-Geräte, mit denen einzelne Zähne aufgenommen werden können. Bei 15 Prozent der 6.318 geprüften Dentaltubusgeräte haben die TÜV-Sachverständigen Mängel festgestellt. Auch sind Mängel an der Schutzausrüstung mit 6,3 Prozent ein häufiges Problem. Darüber hinaus wurden 2.996 Panoramaschichtaufnahmegeräte geprüft, mit denen Röntgenbilder des gesamten Gebisses möglich sind. Bei 17 Prozent aller Geräte in dieser Kategorie sind im Jahr 2022 Mängel festgestellt worden. Bei 5,6 Prozent der Geräte sind Mängel an den digitalen Speicherfolien oder an den analogen Filmfolien festgestellt worden. Der gesamte TÜV-Report:



Quelle: TÜV



BioBlock®

Die beste Wahl zur Vorbeugung von Periimplantitis, dank der hermetischen Versiegelung, der biologischen Versiegelung mit besserer Vaskularisierung und der prothetischen Einfachheit.

BTI CORE® IMPLANTATE

EINE LÖSUNG FÜR ALLE ANFORDERUNGEN

Steigern Sie die Rentabilität Ihrer Praxis durch den Einsatz von BTI CORE® Implantaten. Die einheitliche prothetische Plattform ermöglicht es Ihnen, Ihre Investitionen in prothetische Komponenten deutlich zu reduzieren, Fehler im restaurativen Prozess zu minimieren und schnellere und einfachere Protokolle umzusetzen.



BTI Roadshow 2023/2024

**IMPLANTOLOGIE
und REGENERATION**

1 + 1 = 3

**LEIPZIG
15.11.23**

Dr. Detlef
Hildebrand
16:00-20:00

**HAMBURG
25.11.23**

Dr. Babak
Saidi
09:00-13:00

**DÜSSELDORF
02.12.23**

Dr. Babak
Saidi
09:00-13:00

**LIMBURG
24.02.24**

Prof. Philipp
Streckbein
09:00-13:00

**STUTTGART
02.03.24**

Prof. Fred
Bergmann
09:00-13:00

**MÜNCHEN
15.03.24**

Dr. Cristoph
Weninger
16:00-20:00

VORSCHAU

Materialunverträglichkeiten bei Implantaten

Neue S3-Leitlinie



Echte Allergien auf Titan sind extrem selten. Klassische Allergietests sind daher nicht zielführend. In der international ersten Leitlinie „*Materialunverträglichkeiten bei dentalen, endossalen Implantaten*“ empfehlen die Fachleute von 18 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Organisationen – darunter der BDIZ EDI – unter Federführung der DGI einstimmig, auf solche Tests zu verzichten. Die Experten geben dabei Entscheidungshilfen, in welchen Fällen Patienten von einer erweiterten Diagnostik profitieren können und wie Befunde und Symptome bewertet werden sollten. Entscheidend für die Diagnostik von Unverträglichkeiten sei die klinische Symptomatik, da eine Kontaktallergie auf Titan nicht wahrscheinlich ist. Bei Verdacht, dass zahnprothetische Materialien, etwa Aluminium, Kobalt oder Nickel, in Implantatlegierungen oder Suprakonstruktionen die Auslöser eines allergischen Kontaktekzems sein könnten, kann eine Allergietestung, etwa der Epikutantest, sinnvoll sein. Die gesamte S3-Leitlinie steht auf der Seite der AWMF:



Quellen: Quintessenz, DGI, AWMF

Gesetzentwurf zu medizinischen Registern für Herbst geplant

Nutzung von Gesundheitsdaten

Die Bundesregierung bereitet drei Gesetze zum Umgang unter anderem mit gesundheitsbezogenen Daten vor. „Zeitnah“ soll der Entwurf für ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz präsentiert werden. Im Herbst soll der Entwurf eines Gesetzes „zur Stärkung medizinischer Register“ veröffentlicht werden. Das hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine parlamentarische Anfrage der Unionsfraktion im Bundestag angekündigt. Ziel des letztgenannten Gesetzgebungsvorhabens soll es sein, Nutzbarkeit und Zugang zu vorhandenen medizinischen Registerdaten zu verbessern. Am wenigsten weit entwickelt scheint das ebenfalls im Koalitionsvertrag vorgesehene Forschungsdatengesetz zu sein. Das Bundesforschungsministerium habe in diesem Frühjahr dazu ein Anhörungsverfahren interessierter Akteure gestartet. Die Rückmeldungen zu dieser Konsultation würden nun ausgewertet – eine Zeitschiene für das Gesetzgebungsverfahren nennt die Bundesregierung dabei nicht (siehe QR-Code).



Quelle: Ärzte Zeitung

Bundes-KZV startet Kampagne

"Zähne zeigen" als Reaktion auf das GKV-FinStG

Als Reaktion auf das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat die KZBV die bundesweite Kampagne „Zähne zeigen“ gestartet – gemeinsam mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder und im Schulterschluss mit der Bundeszahnärztekammer, den Länderzahnärztekammern und Verbänden „Trotz der einzigartigen Erfolge der Prävention in der zahnärztlichen Versorgung und der damit über die letzten Jahrzehnte erzielten Einsparungen für das Gesundheitssystem wurden mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Mittel für zahnärztliche Leistungen durch strikte Budgetierung begrenzt“, sagte Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstands der KZBV, zum Kampagnenstart am 1. Juni. Zentrale Plattform der Kampagne ist die Website zaehnezeigen.info, auf der sich Patienten, aber auch Praxispersonal über die Folgen des GKV-FinStG für die Patientenversorgung informieren können. In den kommenden Wochen werden bundesweit in Zahnarztpraxen Informationsmaterialien unter dem Motto „Zähne zeigen“ mit der Botschaft „Diagnose Spärradentose“ auf die Kampagne hinweisen.

Quelle: KZBV, www.zaehnezeigen.info

Nachruf: Dr. Hans-Hermann Liepe ist gestorben

Bedeutung des implantologischen Gutachtens mitgeprägt

Dr. Hans-Hermann Liepe, Zahnarzt i.R. aus Hannover, ist im Alter von 82 Jahren nach kurzer, schwerer Krankheit verstorben. Dr. Liepe, der sich in der Standespolitik für die deutsche Zahnärzteschaft jahrzehntelang verdient gemacht hat, war Vorsitzender des Gutachterausschusses des BDIZ EDI von 2005 bis 2017.



Hans-Hermann Liepe war seit dem 1. Januar 1991 Mitglied im BDIZ EDI und hat die Anfänge des Verbandes miterlebt und ab 2005 als Vorsitzender des Gutachterausschusses über viele Jahre mitgestaltet. Der Gutachterausschuss gehört zu den wichtigsten Gremien im BDIZ EDI: Hier werden die implantologisch tätigen Sachverständigen informiert und geschult. Der Vorsitzende führt die Gutachterliste des BDIZ EDI und entscheidet mit dem Vorstand, welche aktuellen Themen in den Gutachterkonferenzen transportiert werden. Die Gutachterkonferenzen des BDIZ EDI finden jährlich im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt.

In seiner Zeit als Vorsitzender der Gutachterkonferenz Implantologie prägte Hans-Hermann Liepe die Bedeutung des implantologischen Gutachtens mit: „Die Gutachter spielen bei der Einführung neuer Entwicklungen eine entscheidende Rolle, weil sie Urteile über diese Verfahren abgeben. Sie verstärken damit entweder die Akzeptanz neuer Behandlungsmethoden oder den Weg ins Abseits. Tenor aller Gutachterkonferenzen Implantologie des BDIZ EDI und der jeweiligen Zahnärztekammern ist die Feststellung, dass die Gutachter eine gemeinsame Sprache sprechen!“ Zu der Gutachterkonferenz Implantologie werden im Übrigen nicht nur die Gutachter des BDIZ EDI eingeladen, sondern sämtliche Gutachter auf den Listen

der Fachgesellschaften und die Gutachter der Landeszahnärztekammern.

Unter der Ägide von Dr. Liepe als Vorsitzender veränderte sich die Gutachterkonferenz hin zu einer Kommunikationsplattform für die Sachverständigen. Auch mit den anonymisierten Negativ-Gutachten, die er ab 2012 mit wechselnden Fällen im BDIZ EDI konkret vorgestellt hat, untermauerte er die Bedeutung gut geschulter Sachverständigen vor Gericht.

Angesichts der kostenintensiven Implantatversorgungen ergibt sich ein hoher Streitwert bei gerichtlichen Auseinandersetzungen. Da die Implantatbehandlung sowohl für den chirurgischen als auch für den prothetischen Bereich sehr spezielle Kenntnisse und große praktische Erfahrung verlangt, war für Dr. Hans-Hermann Liepe klar, dass dem Implantatgutachten hinsichtlich der Beurteilung eines möglichen Behandlungsfehlers eine hohe Relevanz bei gerichtlichen Auseinandersetzungen zukommt. Entsprechenden Wert legte er auf die Qualifikation der Gutachter auf der Liste des BDIZ EDI.

Der Vorsitz im Gutachterausschuss markiert längst nicht alle Stationen im standespolitischen Leben von Dr. Hans-Hermann Liepe. In den 1990er Jahren war er ehrenamtlich als Vorsitzender der Vertreterversammlung und als 2. Vorsitzender der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Niedersachsens aktiv, außerdem engagiert in der Landeszahnärztekammer Niedersachsen und in der Bezirksstelle Hannover. Ein Höhepunkt ist sicherlich seine Aktivität als Vorsitzender der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer von 2010 bis 2012. Im Gutachterausschuss der KZV war er 25 Jahre lang tätig und natürlich Gutachter und Obergutachter in Niedersachsen.

Kollege Dr. Liepe hat die Gutachterkonferenzen des BDIZ EDI mit Fingerspitzengefühl für die Themen und mit großer Souveränität geleitet. Wir haben die hohe Kompetenz von Hans-Hermann Liepe nicht nur im implantologischen Bereich der Gutachtertätigkeit geschätzt. Sein Engagement erstreckte sich auf viele Bereiche des zahnärztlichen Lebens, er hat mit seinem jahrzehntelangen Engagement den Berufsstand mitgeprägt! Mit ihm verlieren wir einen stets freundlichen und offenen Kollegen, einen versierten und umsichtigen Gutachter, der seine Ideen stets zum Wohle der Kollegenschaft und der Weiterentwicklung in der oralen Implantologie eingebracht hat. Wir werden ihn sehr vermissen und unsere Gedanken sind bei seiner Gattin Ingrid und allen Angehörigen. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Christian Berger
für den Vorstand des BDIZ EDI



Das war die IDS 2023

Ein Füllhorn an kleinen Innovationen

Die 40. Internationale Dental-Schau (IDS) feierte ihr 100-jähriges Jubiläum mit Festakt am Vorabend und dem obligatorischen Ribbon-Cutting mit Kölns Oberbürgermeisterin Henriette Reker. Es herrschte in Köln insgesamt gute Stimmung. Die Veranstalter zeigten sich nach fünf Messetagen zufrieden mit Aussteller- und Besucherzahl. Der digitale Workflow und die Nachhaltigkeit waren die Trends der IDS 2023.

An dieser Stelle werden einige der Innovationen vorgestellt. Aufgrund der Fülle der Neuheiten im zahnmedizinischen Bereich kann dieser Beitrag nur eine eingeschränkte Übersicht liefern.

Neues in der Füllungstherapie

Bei der Vielfalt des Messeangebots nahm die Füllungstherapie großen Raum ein. Aktuelle Entwicklungen rund um Glasionomerzemente, Kompomere, Composite, speziell Bulk-Fill-Composite und Komposithybride drehen sich um die Frage, wie viele unterschiedliche Farbtöne braucht die Praxis bzw. bietet sie an? Das Einfärben durch Pigmente lässt sich künftig alternativ durch die intrinsische Struktur des Materials erreichen. Auf der IDS 2023 wurde des Weiteren die Lösung für ein praktisches Problem präsentiert, das durch die Bläschenbildung im fließfähigen Kom-

posit entsteht: Neu designte Spritzen verhindern durch eine Entlüftungsfunktion im Kolben die Entstehung von Bläschen.

Neue Produkte in der Prophylaxe

Die Ernährung aus dentalprophylaktischer Sicht nimmt immer breiteren Raum ein. Probiotika spielen eine zentrale Rolle, auch durch die Untermauerung mit wissenschaftlichen Arbeiten. Auf der IDS wurden nun eine Zahnpasta und eine Mundspülung mit Pre- und Postbiotika vorgestellt. Damit werden diese Wirkstoffe bei der täglichen Mundpflege mitverabreicht.

Speziell gegen Parodontitis soll ein neuartiges Hydrogel auf Basis einer Mineral-salzlösung mit niedriger Oberflächenspannung helfen. Die Wirkung des Gels erfolgt durch ein hohes Redoxpotenzial, die physikalische Aufladung von 850 mV

ermöglicht eine membranzerstörende Wirkung auf die Zellen der Keime. Nach der Applikation und Wirkung löst sich das Gel in seine ursprünglichen Substanzen rückstandsfrei auf (Wasser und Salze).

Endodontie: minimalinvasiv und regenerativ

Endodontische Feilen werden seit Jahren flexibler und bruchresistenter, was dazu führt, dass sich Konzepte und Verfahren ändern. Im koronalen Bereich wird weniger wegpräpariert und doch im apikalen Bereich hinreichend Raum für eine effektive Spülung geschaffen. Und Instrumente mit reziproker Bewegungscharakteristik eröffneten die Möglichkeit, so manchen Wurzelkanal mit einer einzigen Aufbereitungsfeile zu instrumentieren. Ein neuer Endomotor hebt die reziproken Systeme auf die nächste Stufe. Die Behandlung

vereinfacht sich, indem Durchgängigkeit, Gleitpfad und Formgebung in einem einzigen Modus kombiniert sind.

Neue Intraoral- und Speicherfolienscanner

In allen Bereichen der Zahnheilkunde bieten sich Bildgebungssysteme als Hilfsmittel an – so etwa der Intraoralscanner. Seit Jahren bietet er eine Alternative zur Elastomerabformung.

In Zukunft könnten Intraoralscanner zusätzlich bei der Eingangsuntersuchung helfen. Ein Verfahren zur automatisierten Detektion von Okklusalkaries schlägt beispielsweise eine Arbeitsgruppe der Universität Kopenhagen vor. Dabei kommt ein fluoreszenzfähiger Intraoralscanner zum Einsatz.

Eine komplementäre Bildquelle stellen diagnostische Röntgenaufnahmen dar. Zukunftsweisende Speicherfolienscanner setzen bereits heute auf künstliche Intelligenz (AI). Eine darauf basierende Software macht den täglichen Workflow für das ganze Team effizienter: Automatische Bildrotation, AI-unterstützte Zahnerkennung, automatische Dosisberechnung und die automatische Speicherfolienqualitätsprüfung sparen wertvolle Arbeitszeit. Noch dazu wird das Gerät CO₂-neutral in Deutschland hergestellt.

Bestehende Software könnte in Zukunft sogar als Plattformtechnologie genutzt werden, um andere Bilddaten oder auch klinische Informationen über den Patienten miteinzubeziehen. Langfristig besteht das Ziel darin, von der Diagnostik über die Prognostik bis hin zur AI-Unterstützung beim Fällen von Therapieentscheidungen zu gelangen.

Ein neuer Extraoralscanner schafft zwei Modelle auf einmal. Im Vergleich zum Nacheinanderscannen zweier Modelle ist das dreimal so schnell. Alternativ zu Modellen können auch Abformungen gescannt werden; die Scanzeit beträgt in

diesem Falle 45 Sekunden. Der Simultanscanner arbeitet mit zwei optischen Lichteinheiten und acht Kameras.

Auch dentaler 3D-Druck gewinnt an Tempo und Effizienz. Dafür sorgt ein intelligentes Nesting von mehreren Bauteilen auf einer einzigen Bauplattform. Die Objekte werden automatisch optimal angeordnet; die Funktion ist in die Software eingebettet und funktioniert ohne vorheriges Exportieren – und dazu gab es auf der IDS einen neuen Drucker mit kompatiblen Nachbearbeitungseinheiten.

Die Eingliederung prothetischer Restaurationen geht im Gefolge der IDS leichter von der Hand. Denn ein selbstadhäsives Befestigungskomposit reduziert die Anzahl der nötigen Komponenten. Das original MDP-Monomer (10 Methacryloyloxydecyldihydrogenphosphat) und das original Silan für den starken Haftverbund sind bereits enthalten. So wird insgesamt nur eine einzige Komponente benötigt, kein separater Primer. Das macht die klinische Anwendung effizient und minimiert das Fehlerpotenzial – für die dauerhafte Befestigung von Kronen und Brücken aus Zirkonoxid, Lithiumdisilikat, Hybridkeramik und Metalllegierungen.

Speziell in der Implantatprothetik ermöglicht es jetzt ein 60 µm dünner Einwegdrucksensor mit roter Farbbeschichtung, Fehlbelastungen zu erkennen. Die Kaudruckverteilung des Patienten wird in 256 Druckstufen digital erfasst und zur weiteren Auswertung per WLAN an eine iPad-App übertragen. Im Ergebnis können Komplikationen, insbesondere im Zusammenhang mit einem unausgeglichene okklusale Kaudruck, bzw. bei Bruxismus von vornherein vermieden werden.

Hilfe bei engen Platzverhältnissen

Die Entwicklung der Kieferorthopädie wird en gros von der Integration digitaler Komponenten bestimmt – bis hin zum Biegeroboter. Dazu kommen zahlreiche Details, welche die Behandlung erleich-

tern: neue Retainer für eine patientenindividuelle Passung. Das digitale Design berücksichtigt insbesondere auch enge Platzverhältnisse. Nach Freigabe wird der Retainer 1:1 aus einem Titan-Blank gefräst. Dies sorgt für maximalen Tragekomfort durch die hohe linguale Passgenauigkeit und kleinere Klebeflächen, die wiederum eine bessere, einfachere Mundhygiene ermöglichen. Das Material („Titan Grade 5“) ist auch für Nickel-Allergiker geeignet.

Und bei akuten CMD-Beschwerden gibt es jetzt eine Soforthilfe in Form einer temporären, unmittelbar einsetzbaren Schiene. Sie löst adaptierte Schonhaltungen des Unterkiefers oder gleicht okklusale Frühkontakte aus. Damit werden Probleme, die vom Kiefer ausgehen und rasch zu Beschwerden im ganzen Körper führen können, ursächlich bekämpft. Darüber hinaus dient die Schiene als initiales Diagnostikum. Bei einer deutlichen Linderung der Beschwerden innerhalb von 24 Stunden kann man in der Regel von einer neuro-muskulären Ursache ausgehen.

Im Bereich der Alignertherapie ermöglicht ein neues Komposit mit zweckmäßiger Fließfähigkeit ein exaktes Befüllen des Templates – keine Überschüsse, keine Unterschüsse, richtige Positionierung. Bei alldem hilft die Fluoreszenz im UV-A-Licht: So lassen sich Artefakte, Überschüsse und Rückstände sichtbar machen und schnell und schmelzschonend entfernen.

Im Abschlussbericht lieferten die Veranstalter Zahlen, die nicht vermuten lassen, dass die Medizinproduktehersteller durch die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) mit großen bürokratischen Hürden zu kämpfen haben. Mit 1.788 Ausstellern aus 60 Ländern und 120.000 Fachbesuchern aus 162 Ländern knüpft die IDS an „alte“ bzw. Vor-Coronazeiten an. Die nach Veranstalterangaben „größte dentale Leitmesse der Welt“ überspannte auch 2023 wieder den gesamten Bereich der Zahnheilkunde und Zahntechnik.

AWU/IDS Cologne

Der BDIZ EDI war wieder dabei

Impressionen von der IDS 2023



Hoher Besuch: Prof. Dr. Ishane Ben Yahya (2. v. l.) aus Marokko, amtierende Präsidentin der Federation Dentaire Internationale (FDI) besuchte den BDIZ EDI mit ihrer Mitarbeiterin. Mit auf dem Foto: Dr. Wolfgang Neumann und Anita Wuttke.



Revolutionärer Ansatz: Im Live-Interview stellte Dr. Tina Mandel ihre Patienten-App vor. Standbetreuer Christian Neumann, BDIZ EDI-Präsident Christian Berger, Dr. Tina Mandel, Interviewerin Anita Wuttke, sowie die beiden Vorstandsmitglieder Dr. Stefan Liepe und Dr. Wolfgang Neumann (v. l. n. r.).



Der BDIZ EDI sagt bye-bye zur langjährigen Mitarbeiterin Brigitte Nötzel. Mit auf dem Bild: Helga Karanikas. Sie betreut die Geschäftsstelle in München.

Erstmals wieder in voller Länge und live fand die IDS 2023 im März in Köln statt. Der BDIZ EDI war am angestammten Platz, gegenüber der Bundeszahnärztekammer in Halle 11.2 dabei. Das Interesse an der oralen Implantologie und an den Angeboten des BDIZ EDI im Bereich Fortbildung, Abrechnung und Recht reißt nicht ab. Viele Besucherinnen und Besucher am Stand interessierten sich für das Curriculum Implantologie und für die Webinarreihe „Der BDIZ EDI informiert“. Erstmals fand am Stand ein Live-Interview mit BDIZ EDI-Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak und Christian Berger zum Klageweg vor das Verwaltungsgericht statt. Das Interview kann in dieser Ausgabe nachgelesen werden. Die Highlights am Stand: BDIZ EDI-Tabelle 2023, der Praxisleitfaden 2023 in deutscher und englischer Sprache und die „runderneuerte“ Patientenbroschüre *Implantate – lange haltbar und lange schön*. Das Publikum am Stand war auch bei dieser IDS international. Unter anderem besuchten die Präsidentin des Weltverbandes FDI, sowie die Kroatische Zahnärztekammer den BDIZ EDI. Für großen Publikumszuspruch sorgte auch diesmal wieder das Glücksrad, das an allen Messetagen stattfand.

**AWU/IDS
Cologne**



Alle wollen am Glücksrad drehen!



Ladypower mit den Vorstandsmitgliedern Dr. Nathalie Khasin, Dr. Renate Tischer und Kerstin Salhoff. Letztere betreut die Abrechnungshotline des BDIZ EDI.



"Making of": Für die perfekte technische Betreuung der Live-Interviews sorgten Christian Neumann und Dr. Stefan Liepe.

33. Gutachterkonferenz Implantologie

Leitlinien und mehr

Einmal im Jahr lädt der BDIZ EDI die zahnärztlichen Sachverständigen zur Gutachterkonferenz im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie ein – 2023 findet die eintägige Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Landes-zahnärztekammer Schleswig-Holstein in Kiel statt.

Seit über 30 Jahren treffen sich die zahnärztlichen Sachverständigen einmal im Jahr auf Einladung des BDIZ EDI zur Gutachterkonferenz Implantologie. Seit über 30 Jahren findet sie zudem im Auftrag der Konsensuskonferenz Implantologie statt, in der sich Fachgesellschaften und Berufsverbände zusammengeschlossen

haben, um gemeinsam zu arbeiten. So sind die Indikationsklassen Implantologie entstanden.

Die jährliche Gutachterkonferenz dient dem Austausch der Gutachter. Im diesjährigen Programm griff der BDIZ EDI das Thema Leitlinien erneut auf. Auf Einladung von

BDIZ EDI-Präsident Christian Berger und Dr. Michael Brandt, Präsident der LZÄK Schleswig-Holstein, für die gastgebende Landes-zahnärztekammer, diskutieren die Sachverständigen in Kiel über aktuelle gutachterliche Themen. Durch das Programm führte der Vorsitzende des Gutachterausschusses des BDIZ EDI, Dr. Stefan Liepe.

Das Programm

09:00 – 09:15 Uhr	Begrüßung	Christian Berger, Präsident BDIZ EDI, Dr. Michael Brandt, Präsident der LZÄK Schleswig-Holstein und Dr. Stefan Liepe, Gutachterreferent des BDIZ EDI
09:15 – 10:00 Uhr	Leitlinien als Hilfe	Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Ansbach
10:00 – 10:45 Uhr	Leitlinienkritik am Beispiel Schienentherapie bei CMD	Prof. Dr. Johann Müller, München
10:45 – 11:15 Uhr	Diskussion	
11:15 – 12:00 Uhr	Das Gefährdungspotenzial von Leitlinien RA	Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Justiziar BDIZ EDI
12:00 – 12:15 Uhr	Diskussion	
12:15 – 13:15 Uhr	Mittagspause	
13:15 – 14:00 Uhr	Fehlinterpretation von Röntgenaufnahmen durch Gutachter (inkl. Diskussion)	Dr. Kai Voss, Vizepräsident der ZÄK Schleswig-Holstein
14:00 – 14:45 Uhr	MDR – aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen	RA Prof. Dr. Ulrich M. Gassner, München/Augsburg
14:45 – 15:00 Uhr	Diskussion	
15:00 – 15:30 Uhr	Kaffeepause	
15:30 – 16:15 Uhr	Die Folgewirkungen der Krankenhausreform auf die ambulanten Praxen	RA Prof. Dr. Thomas Ratajczak, Justiziar BDIZ EDI
16:15 – 17:00 Uhr	Diskussion und Abschlussdiskussion	

Termin: Samstag, 1. Juli 2023, von 09.00 bis 17.00 Uhr

Ort: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Westring 496 in 24106 Kiel, Hörsaal

Anmeldung/mehr Information:



Interview mit Dr. Tina Mandel, Universität Köln, über die von ihr entwickelte App

Diagnose auf digitalem Weg

Die Oberärztin an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universität Köln, Dr. Tina Mandel, hat eine App für Patientinnen und Patienten entwickelt, die zahnmedizinische Fragen abklärt – vor der Konsultation der Zahnärztin oder des Zahnarztes. Im Gespräch mit Anita Wuttke und „Tester“ Christian Berger erklärt sie, was dahinter steckt.

Frau Dr. Mandel, um was geht es bei Ihrer App?

Dr. Mandel: Bei der App geht es darum, dass Menschen, die nicht zum Zahnarzt gehen können oder wollen, ihr medizinisches Anliegen rein digital erfassen und dann an den Zahnarzt senden können. Der Zahnarzt wertet das binnen 24 Stunden aus und schreibt einen Arztbrief. Der Patient bekommt auf rein digitalem Weg die Diagnose gestellt und erhält eine Therapieempfehlung. Wenn es ein Anliegen ist, das für den Moment auch telemedizinisch behandelt werden kann, z. B. indem man ein Rezept ausstellt oder ein Antibiotikum verordnet, dann geht das auch über die App. Sie soll aber nicht den Zahnarzt ersetzen, denn die meisten zahnmedizinischen Anliegen müssen in der Praxis behandelt werden. Es stellt letztlich ein niedrighwelliges Angebot dar, um den Zahnarztkontakt aufzunehmen.

Zum Hintergrund: Wie ist die Idee geboren worden?

Ich bin als Zahnärztin auf Social Media aktiv. Ich habe hauptsächlich einen TikTok-Account, wo ich seit zwei Jahren über zahnmedizinische Anliegen aufkläre. Die Motivation dazu war, dass es einfach zu viele Fehlinformationen auf Social Media gibt und ich eine Gegenbewegung starten wollte, damit Menschen, die im Internet nach Problemlösungen suchen, professionelle Aufklärung erhalten. Was sich daraus entwickelt hat, ist interessant, denn die Menschen haben nicht nur die Inhalte angeschaut, sondern mir auch private Nachrichten geschrieben. Ohne dass ich

dazu aufgerufen hatte, dass ich digital berate, habe ich immens viele Anfragen mit Bildern aus dem Mund, von den Zähnen und direkt mit der Bitte um Rat erhalten. So konnte ich erfahren, dass es großen Bedarf gibt, den Zahnarzt digital kontaktieren zu können, und den Bedarf in eine App umgesetzt.

Kann man die App bereits nutzen?

Die App ist noch nicht für alle verfügbar. Wir befinden uns im TestFlight, d. h. die App ist fertig entwickelt und auch bereits von Apple getestet und freigegeben ...

... Was heißt TestFlight?

Die App ist nur für freigegebene Nutzer herunterzuladen. Das machen wir aktuell, damit die App wirklich einwandfrei funktioniert und für jeden auf dem Markt nutzbar ist. Das wird in einigen Wochen der Fall sein.

Wir haben jemanden hier, der die App bereits getestet hat. Es handelt sich um Christian Berger, Zahnarzt und Präsident des BDIZ EDI. Er wird uns sagen können, ob sie funktioniert!?

Berger: Ja, die App funktioniert! Auch wir Zahnärzte lernen ja ein Berufsleben lang, und ich glaube, dass die Telemedizin, die Telezahnmedizin, in Zukunft auch ein wichtiger Baustein der Zahnheilkunde sein wird. Zahnärzte müssen sich an solche Dinge gewöhnen. Zahnärzte können aber auch durch kleine Videos oder Fotografien aus dem Mund des Patienten recht schnell und sicher Diagnosen stellen, sofern der Patient auch ein paar An-

gaben macht, und da führt ihn diese App auf einem sicheren Weg dorthin, sodass am Ende auch eine eindeutige, sichere Diagnose stehen kann. Wir haben ja immer noch die Situation, dass sich manche Patienten nicht so recht zum Zahnarzt trauen, und da kann das, was Sie, Frau Kollegin Dr. Mandel sagen, ein niederschwelliges Angebot sein, zunächst einmal zu sagen, nein, meine Zahnschmerzen führen nicht gleich dazu, dass der Zahn gezogen werden muss. Ich kann mich zum Zahnarzt in die Praxis begeben, der das Problem in kurzer Zeit wieder in Ordnung bringen kann, und dann bin ich meine Schmerzen los. Ich denke, das ist eine wichtige Möglichkeit für Patienten, zu einer Diagnose zu gelangen, bevor sie oder er sich auf den Zahnarztstuhl setzen muss.

Ein zweites wichtiges Feld ist für mich die Betreuung von pflegebedürftigen Patienten, ob das jetzt in einem Pflegeheim ist oder, das ist ja eine sehr hohe Zahl, die zu Hause von ihren Angehörigen betreut werden. In beiden Fällen ist es hilfreich, wenn man mit so einer App die Diagnose stellen kann, bevor man diesen Patienten aus dem Pflegeheim heraus in die Zahnarztpraxis bringen oder den Zahnarzt zum Pflegebedürftigen ans Krankenbett holen muss. Für uns Zahnärzte ist es sehr wichtig, im Vorhinein zu wissen, wie behandelt werden muss, denn dann können wir entscheiden, ob wir den Kranken am Krankenbett behandeln können oder ihn in eine voll ausgestattete Zahnarztpraxis bringen lassen müssen.

Frau Dr. Mandel, wie funktioniert die App genau?

Das Kernstück der App, damit wir Zahnärzte eine Diagnose stellen können, ist die Anamnese, also die ausführliche Krankengeschichte. Zu Ihrer Frage: Die App ist für Patienten und so ausgerichtet, dass der Patient selbstständig seine Daten erfassen kann und dass es nicht ein professioneller Pfleger oder eine Zahnmedizinische Fachangestellte sein muss. Sobald die App gestartet wird und der Nutzer die rechtliche Zustimmung gegeben hat, startet er direkt mit dem Kernstück, dem Fragebogen, der dynamisch startet und mit einer gewissen Logik hinterlegt ist, damit der Patient nicht die zehn gleichen Fragen gestellt bekommt: Die Folgefragen richten sich nach den bereits gegebenen Antworten. Mit anderen Worten: Der Patient arbeitet sich mit gestellten Fragen und gegebenen Antworten auf seine Diagnose hin. Auf diese Weise ist es möglich, spezifische Daten zu erfassen zu Symptombildern, die es in der Zahnmedizin gibt. Für die Frage, wo die betreffende Stelle liegt, haben wir ein 3D-Modell entwickelt, das den Kopf mit den Zähnen und Rechts-/Linksmarkierung abbildet, damit sich der Patient orientieren und sein Anliegen lokalisieren kann.

Als Add-on für uns Zahnärzte haben wir uns für das Video entschieden. Anders als bei Fotos, stellt die Kamera des Smartphones automatisch scharf. Zusätzlich wird automatisch über die App der Blitz über die Rückkamera benutzt, sodass der Mund des Patienten immer ausgeleuchtet ist. So erhalten wir fast immer schöne Bilderergebnisse.

Das war es zur Datenerfassung. Der Patient wird dahin geführt, dass er ein Patientenprofil anlegt, und kommt dann zurück ins Hauptmenü. Dort sieht er seinen Fall und auch den Status der Bearbeitung. Zu diesem Zeitpunkt wird es im Hintergrund zu einem echten Zahnarzt übermittelt, der zuvor ein Signal erhält und innerhalb von 24 Stunden ausgewertet. Der Patient erhält eine Push-Nachricht und



Dr. Tina Mandel stellt im Interview die von ihr entwickelte App für zahnärztliche Ferndiagnosen vor.

sieht im Hauptmenü den Arztbrief und die Therapieempfehlung und ggf. ein Rezept. Bei Rückfragen kann der Patient die Chatfunktion verwenden.

Kostet die App etwas oder ist sie für den Patienten kostenfrei?

Der Download ist kostenfrei! Durch die hohen Entwicklungskosten ist die intensive Nutzung derzeit noch nicht kostenfrei ...

... Haben Sie bereits Kontakt zu den Krankenkassen?

Ja, wir haben den Kontakt zu größeren Krankenkassen aufgenommen und sind auch in fortgeschrittenen Gesprächen.

Nochmals zurück zum Tester. Herr Berger, wie einfach ist diese Anwendung?

Berger: Die Entwickler haben sich mit dieser App sehr viel Mühe gegeben. Frau Dr. Mandel hat schon ausgeführt, dass es eine intelligente Anwendung ist; d. h. der Patient wird durch die eigenen Antworten auf den richtigen Weg geführt. Es ist kein Geheimnis, dass es so zwischen 30 und 40 Euro kostet, also so ähnlich wie ein Haarschnitt, aber es ist ja nicht immer so, dass man für diesen Preis eine ärztliche oder zahnärztliche Diagnose erhält, mit der man hinterher auch etwas anfangen kann. Tatsächlich beträgt der Weg des bettlägerigen Patienten in die Zahnarzt-

praxis ein Vielfaches dieser App. Wenn wir ihm künftig diesen Weg zur Praxis ersparen können, weil die Diagnose lautet: Sie haben sich in die Wange oder Zunge gebissen, und das heilt auch ohne Zahnarzt, dann hat auch das einen hohen Wert für den betroffenen Patienten und für die Gesellschaft. Ich persönlich finde es faszinierend, dass man auf dem Frageweg doch sehr schnell zu einer individuellen Diagnose gelangt. Ich habe mich überzeugen können, dass es tatsächlich auch den Diagnosen des Zahnarztes entspricht. Ich glaube, dass sehr viel Entwicklungspotenzial darin steckt für viele verschiedene Patientengruppen.

Frau Dr. Mandel, gibt es bereits ähnliche Apps?

Mandel: Im Bereich der Zahnmedizin ist das tatsächlich die erste App weltweit. Es gibt in der Humanmedizin vergleichbare Apps.

Vielen Dank an dieser Stelle für Ihre Ausführungen. Wir bleiben auf jeden Fall bei diesem Thema am Ball.

Das Interview fand auf der IDS live statt und wurde aufgezeichnet. Das Video kann auf dem YouTube-Kanal des BDIZ EDI angesehen werden.



Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie des BDIZ EDI

Noch nicht TSP-zertifiziert?

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

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

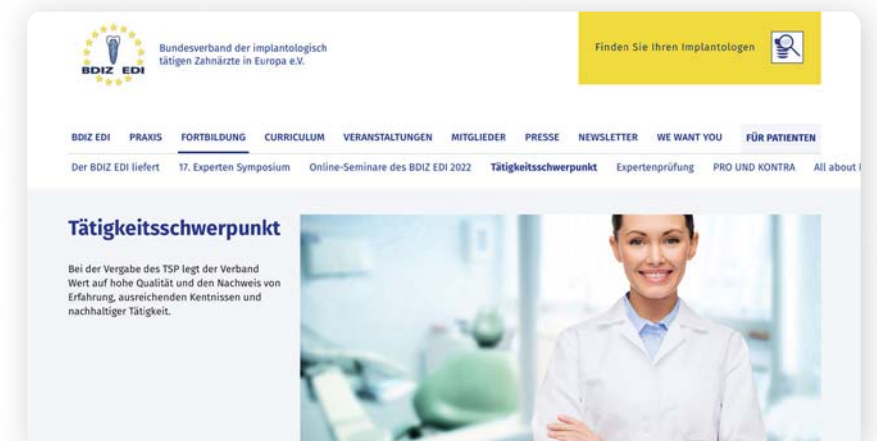
Voraussetzung für die TSP-Zertifizierung

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

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

TSP-Verlängerung oder Rezertifizierung

Für die Verlängerung der Berechtigung zum Führen des Tätigkeitsschwerpunktes



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

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

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

Implantologenregister

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

1. Die zertifizierten Zahnärzte, Oralchirur-

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

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

Weitere Informationen

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

RED



Ihre Top 6 Produkte Oralchirurgie

NEU

279,00 €

zzgl. MwSt.



Degranulations Kit

Entfernt Granulationsgewebe am Knochen schonend und gründlich und sorgt damit für eine optimale Ossifikation. Inhalt: 4 Degranulierer in den Größen 1,0, 2,5, 3,0 und 3,5 mm inkl. Metallständer, Absaugkanüle und Reinigungsbürste.

ab 349,00 €

zzgl. MwSt.



EthOss – Biphasisches β -Tricalciumphosphat Knochenaufbaumaterial

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

NEU

ab 149,00 €

zzgl. MwSt.



Komplettsset (alle Größen):

499,00 €

zzgl. MwSt.



Root-Ex Wurzelentferner Set

Diese innovativen Harpunenstecker ermöglichen die minimalinvasive Entfernung von abgebrochenen Wurzelspitzen und Zahnfragmenten ohne operativen Eingriff.

ab 75,75 €

zzgl. MwSt.



Safescraper® gebogen

Safescraper® gerade

Safescraper®

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

NEU

Preis SMARTACT evo
2090,00 €

sterile PINS - 3 Stück
36,00€

zzgl. MwSt.



SMARTACT evo - Membran Fixierer im neuen Design

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

Aktion 5+2

statt ~~54,90 €~~ nur
ab 39,00 €

zzgl. MwSt.



ParoMit® Q10

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



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



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



Preise zzgl. MwSt. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.
Angebot gültig bis 15.07.2023

zantomed
www.zantomed.de

Geburtstage

Der BDIZ EDI gratuliert

In den Monaten Juli bis September 2023 feiern die folgenden Mitglieder des BDIZ EDI einen „runden“ oder besonderen Geburtstag. Der Vorstand gratuliert und wünscht alles Gute.

Juli



8. Juli

Dr. Wolfgang Winges

(Bad Hersfeld)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

11. Juli

Dr. Wolfgang Felfe (Würzburg)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

Dietrich Koppe (Kurort Jonsdorf)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

12. Juli

Dr. Giesbert Schulz-Freywald

(Frankfurt am Main)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

15. Juli

Dr. Maximilian Grimm (Neuenhaus)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

18. Juli

Dr. Henner Krafft (Kierspe)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Andreas Schröder (Berlin)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

21. Juli

Michael Schroeder (Hannover)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

22. Juli

Dr. Dr. Thomas Fabritius (Traunreut)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

Dr. Josef Mählmann (Cloppenburg)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

26. Juli

Dr. Frank Post (ZP Sneek, NL)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

28. Juli

Dr. Rainer Klähn (Mettmann)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

29. Juli

Dr. Bora Tuncer (Heilbronn)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Dr. Martin Weber (Meißenheim)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

30. Juli

Dr. Konrad Jacobs (Wien)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

August



5. August

Dr. Klaus Retemeyer (Schulzendorf)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs

15. August

Dr. Jan Wienands (Frechen)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

16. August

Dr. Clemens Frigge, MSc (Wickede)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Günther Mika (Borna)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

21. August

Stefan Wellendorf (Berlin)

zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

24. August

Dr. Ralph P. Kempka (Minden)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

27. August

Dr. Hans Konrad Bürklein

(Egelsbach)

zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

30. August

Dr. Alexander Körber

(Bergisch Gladbach)

zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

September



6. September

Klaus-Martin Sprenger

(Meinerzhagen)

zur Vollendung des 80. Lebensjahrs



8. September

Dr. Wolfgang Sattler (Marl)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

9. September

Dr. Udo Burbach (Mönchengladbach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

10. September

Dr. Dr. Guido Di Mascio (München)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

15. September

Dr. Walter Kessler (Bad Aibling)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

18. September

Dirk-Armin Rohloff (Berlin)
zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

22. September

Dr. Gerd Reißmann (Zwickau)
zur Vollendung des 70. Lebensjahrs

25. September

Dr. Jürgen Lortz (Mönchengladbach)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

28. September

Dr. Jochen Winand (Köln)
zur Vollendung des 60. Lebensjahrs

30. September

Dr. D. Günter Philipp (München)
zur Vollendung des 75. Lebensjahrs

Dr. Jörg Schmidt (Gütersloh)

zur Vollendung des 65. Lebensjahrs

Wir wünschen Ihnen viel Glück und
Gesundheit für die Zukunft

Christian Berger
namens des Vorstandes des BDIZ EDI

Hinweis

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

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

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



Positionspapier zur zahnärztlichen Workforce

© yurkaimortal – stock.adobe.com

Empfehlungen an nationale Regierungen

Der Council of European Dentists (CED) hat politische Empfehlungen zur Beseitigung von Ungleichheit bei der Anzahl und Verteilung des zahnärztlichen Arbeitskräfte verabschiedet und fordert einschlägige Maßnahmen zur Verbesserung des derzeitigen Status quo. Das ist das Ergebnis der Generalversammlung des CED im Mai 2023 in Stockholm.

Am 27. Mai 2023 diskutierten und verabschiedeten die Delegierten des Council of European Dentists (CED) auf ihrer Generalversammlung in Stockholm, Schweden, einstimmig das „Positionspapier zu zahnärztlichen Arbeitskräften“. Die Tagung fand unter dem Vorsitz von CED-Präsident Dr. Freddie Sloth-Lisbjerg statt und wurde von der schwedischen Zahnärztekammer (Sve- riges Tandläkarförbund) ausgerichtet.

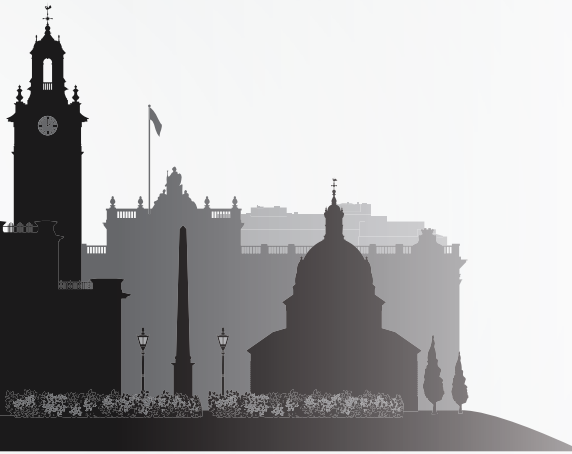
CED-Vizepräsidentin Dr. Anna Lella, die auch Vorsitzende der Taskforce Binnenmarkt des Vorstands ist, die die Position zusammen mit der Arbeitsgruppe Bildung und Berufsqualifikationen entwickelt hat, begrüßte die Verabschiedung. Dr. Lella betonte die dringende Notwendigkeit einer kontinuierlichen Arbeit an diesem komplexen Thema, das sich auf den Zahnarztberuf von heute und morgen gleichermaßen auswirke. Die Position basiert auf dem bestehenden CED-Weißbuch zu den Herausforderungen für die Arbeitskräfte in der Zahnmedizin, das die Generalversammlung im November 2022 verabschiedet hat. Es legt die Position und die Empfehlungen des CED zu den vielschichtigen Fragen im Zusammenhang mit den Arbeitskräften in der Zahnmedizin dar.

Der Status quo entspricht dem allgemeinen Trend, mit dem Europa in Bezug auf Angehörige der Gesundheitsberufe konfrontiert ist. Es gibt eine Reihe von Faktoren, die die Planung und Verteilung von Zahnärzten zwischen und innerhalb einiger Länder beeinflussen – Beispiele sind Unterschiede bei Gehältern und

Chancen, die Kluft zwischen ländlichen und städtischen Gebieten und der Wandel der europäischen Demografie.

Auf der Grundlage einer detaillierten Analyse empfiehlt der CED:

- Das Gleichgewicht in der Beziehung zwischen dem Zahnarzt und den Mitgliedern des zahnärztlichen Teams sollte gewahrt bleiben, mit dem Zahnarzt als Teamleiter. Das Delegieren von Aufgaben und der Verzicht auf Substitution sollte unter ständiger Aufsicht des Zahnarztes kontinuierlich gefördert werden.
- Die Personalplanung muss auf nationaler Ebene beginnen und alle Länder sollten in der Lage und vorbereitet sein, die richtige Anzahl von Zahnärzten für ihre eigenen Bedürfnisse auszubilden und fortzubilden.
- Nationale Zahnärztekammern und -verbände müssen eine starke Rolle bei der Entscheidungsfindung und Planung der Arbeitskräfte auf Länderebene spielen.
- Die Ausbildung ist von entscheidender Bedeutung für die Lösung des Problems: Es wird daher empfohlen, dass die nationalen Regierungen eine Aufstockung der öffentlich finanzierten zahnmedizinischen Studiengänge in Betracht ziehen, wenn in ihren spezifischen Gesundheitssystemen mehr Zahnärzte benötigt werden.
- Die Universitäten sollten eine erweiterte Aus- und Weiterbildung für Zahnärzte anbieten, die Fähigkeiten wie digitale Kompetenzen und die Führung einer Praxis und eines Teams einbeziehen.



- Die politischen Entscheidungsträger in der EU sollten auch der Aktualisierung des Anhangs V.3/5.3.1 der Richtlinie 2005/36/EG (Richtlinie über Berufsqualifikationen) Vorrang einräumen, mit dem Zuständigkeiten eingeführt werden. Zumindest würde die Aktualisierung der aufgeführten Fächer eine aktuellere Relevanz für die aktuelle zahnärztliche Ausbildung gewährleisten.
- Die Anerkennung von zahnärztlichen Qualifikationen (gemäß Richtlinie 2005/36/EG), die außerhalb der Europäischen Union erworben wurden, muss vollständig und in Übereinstimmung mit den geltenden EU-Anforderungen sein, bevor ein Zahnarzt zum ersten Mal in der Europäischen Union mit der Ausübung der Zahnheilkunde beginnen kann.
- Die Prävention sollte in den nationalen Gesundheitssystemen weiterhin Vorrang haben und gefördert werden, um eine Senkung der Kosten, eine Verringerung der Krankheitslast und eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit insgesamt zu

gewährleisten. Präventionsprogramme für die Mundgesundheit müssen anerkennen, dass die Zahnmedizin weit über die Kariesbehandlung hinausgeht. Prävention und Mundgesundheitskompetenz sollten durch supranationale Initiativen zur Unterstützung aktueller und künftiger Maßnahmen auf nationaler Ebene gefördert werden.

- Bessere Mundgesundheit bedeutet bessere öffentliche Gesundheit. Daher müssen die nationalen Regierungen der Schaffung von Maßnahmen Vorrang einräumen, die eine angemessene Vergütung (z. B. faire Preise für die erbrachten Leistungen) für Zahnärzte in allen europäischen Ländern unterstützen.
- Die nationalen Regierungen sollten sicherstellen, dass es im Rahmen ihrer Initiativen und Strategien für das Gesundheitspersonal politische Maßnahmen gibt, die auch eine angemessene Arbeitsbelastung und Weiterbildung unterstützen und die Bindung des zahnärztlichen Personals fördern. Darüber hinaus sollten die nationalen Regierungen eine Reihe erweiterter Anreize bieten, z. B. Karrieremöglichkeiten für Ehepartner und Bildung von Kindern, die die Bindung des Gesundheitspersonals in Bezug auf die geografische Verteilung begünstigen, insbesondere in Bezug auf ländliche Zahnmedizin bzw. Zahnmedizin in abgelegenen Gebieten. Dazu gehören auch Regelungen und finanzielle Anreize, um die Wahl des Praxisstandorts für neue Zahnärzte zu beeinflussen.

RED

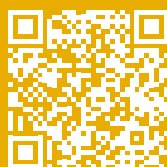


Das CED-Positionspapier kann hier eingesehen werden:

ANZEIGE



Feiern Sie mit uns
30 Jahre
implantologisches
Knowhow



[www.bego.com/
de/implantologie-loesungen/](http://www.bego.com/de/implantologie-loesungen/)



NEWS-TICKER

WHO-Empfehlungen zur Mundgesundheit

Nationale Strategien global vernetzen

Die wichtigsten WHO-Empfehlungen aus dem neuen Bericht an die Regierungen sind: neue nationale Mundgesundheitsstrategien zu entwickeln, die mit der Globalen Mundgesundheitsstrategie der WHO und den nationalen Strategien zur Bekämpfung nicht übertragbarer Krankheiten (NCD) und zur allgemeinen Gesundheitsversorgung (UHC) in Einklang stehen; im Gesundheitsministerium Personal und Mittel für Mundgesundheit bereitzustellen; Maßnahmen zur Verringerung der Aufnahme von freiem Zucker umzusetzen, wie die obligatorische Nährwertkennzeichnung auf vorverpackten Lebensmitteln, Zielvorgaben zur Verringerung des Zuckergehalts in Lebensmitteln und Getränken zu definieren, Maßnahmen zur öffentlichen Beschaffung von Lebensmitteln zur Verringerung des Angebots an zuckerhaltigen Lebensmitteln durchzusetzen, Maßnahmen zu ergreifen zum Schutz von Kindern vor den schädlichen Auswirkungen des Lebensmittelmarketings und Steuern auf zuckergesüßte Getränke und zuckerhaltige Lebensmittel zu erheben; die Mundgesundheitsversorgung in die primäre Gesundheitsversorgung auf allen Versorgungsebenen zu integrieren, mit der erforderlichen Personalausstattung, dem erforderlichen Qualifikationsmix und den erforderlichen Kompetenzen; ein innovatives Personalmodell für die Mundgesundheit zu entwickeln, um den Bedürfnissen der Bevölkerung im Bereich der Mundgesundheit gerecht zu werden.

Quelle: WHO

100 Jahre Irish Dental Association

Der irische Zweig der BDA

Die Irish Dental Association (IDA), der irische Zahnärzterverband, feiert sein 100-jähriges Bestehen. Die IDA geht auf das Jahr 1887 zurück, als sich in Dublin ein irischer Zweig der British Dental Association (BDA) gründete, 1922 im Zuge der Revolution abspaltete und dann eigenständig wurde. Die Vereinigung galt im 20. Jahrhundert als führende Stimme des zahnärztlichen Berufsstandes und war an den wichtigsten Kampagnen im Bereich der öffentlichen Gesundheit beteiligt, etwa an der Aufnahme der Zahnmedizin in das Krankenversicherungssystem oder der Fluoridierung des Trinkwassers in den 1960er-Jahren. In jüngster Zeit hat sich die IDA an die Spitze der Befürworter einer Reform der Krankenkassen gestellt und das öffentliche Bewusstsein für die Bedeutung der Zahngesundheit geschärft. Neuer und damit 100. IDA-Präsident ist Dr. Eamon Croke: Er wurde Anfang Mai ernannt und löste die scheidende Präsidentin Caroline Robbins nach ihrer einjährigen Amtszeit ab. Croke will die Reformen in der Zahnheilkunde fortsetzen und für den Berufsstand eine kontinuierliche berufliche Fortbildung (CPD) verpflichtend verankern. In den letzten 15 Jahren sei die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte um fast ein Viertel (23 Prozent) zurückgegangen, was insbesondere zu einem extremen Rückstau bei den Kinderuntersuchungen geführt habe.

Quelle: zm Deutschland

Diverse Dentalketten in Spanien

Patienten im Stich gelassen

Unvollendete Therapien, im Voraus bezahlte Behandlungen. Viele Patienten in Spanien stehen vor verschlossenen Türen. Die Dentalketten iDental, Funnydent, Dental Line und Dentix – und seit März auch SmyDent haben geschlossen. Zahlungsunfähigkeit der Unternehmen mutmaßt die Verbraucherorganisation Facua. Die Patienten werden wohl vor Gericht ziehen müssen, um das Geld für ihre im Voraus bezahlten und nicht vollendeten Behandlungen zurückzubekommen. Spaniens Zahnärztekammerpräsident Óscar Castro Reino forderte auf der Frühjahrstagung der Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators (FEDCAR) Anfang Mai erneut die wirksame Anwendung eines längst in Kraft getretenen Gesetzes, wonach jedes Unternehmen, das zahnmedizinische Leistungen erbringt, in den Händen von Zahnärzten sein muss und den ethischen Grundsätzen des Berufsrechts unterliegt. Die Kammer stellte in dem Zusammenhang klar, dass einer der Eigentümer und Gründer von Smydent kein Zahnarzt ist, und forderte das Gesundheitsministerium erneut auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um eine Fortschreibung der Skandale zu verhindern. Smydent unterhielt außer im Zentrum von Madrid auch Kliniken in Torrejón, Alcorcón und Leganés, San Blas, Vallecas und Badalona. Die betroffenen Patienten wollen jetzt eine Sammelklage gegen die Kette einreichen.

Quelle: zm Deutschland

Europäischer Gesundheitsdatenraum EHDS

Gesundheitssysteme interoperabel verbinden



Auf EU-Ebene laufen die Beratungen über den Verordnungsvorschlag der Europäischen Kommission zur Schaffung eines Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space – EHDS) auf Hochtouren. Ziel des EHDS ist es, die nationalen Gesundheitssysteme interoperabel zu verbinden, um einen sicheren Transfer von Gesundheitsdaten zu ermöglichen. Patienten sollen auf Datenminderstände EU-weit zugreifen können, z. B. Rezepte, Laborergebnisse, Röntgenbilder, Entlassungsberichte, Impfnachweise. Darüber hinaus sollen die Gesundheitsdaten im Wege einer sekundären Nutzung für die Gesundheitsforschung oder die Politikgestaltung verwendet werden dürfen. In einem umfassenden Positionspapier begrüßt die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) das Vorhaben, allerdings unter der Voraussetzung, dass die bisher geltenden Prinzipien der informationellen Selbstbestimmung, des Datenschutzes und der Datensicherheit gewahrt bleiben.

Zahnärztlichen Praxen dürfe außerdem keine Mehrarbeit entstehen – denn Personal sei extrem knapp. Sollten den Praxen Mehrkosten entstehen, müssten diese vollumfänglich erstattet werden.

Eine gemeinwohlorientierte Forschung mit Gesundheitsdaten sollte ebenfalls möglich sein, sich aber auf strukturierte Daten stützen, die zur Beantwortung einer konkreten Fragestellung geeignet und mit vertretbarem Aufwand verfügbar sind.

Quelle: Bundeszahnärztekammer

Künstliche Intelligenz im Test

ChatGPT besser?

Einer Studie aus den USA zufolge liefert ChatGPT in fast acht von zehn Fällen bessere Antworten auf Patientenfragen. Die Ausführungen des Chatbots seien qualitativ hochwertiger und einfühlsamer, meinen Fachleute. Die Untersuchung verglich schriftliche Antworten von Ärzten mit denen von ChatGPT auf reale Gesundheitsfragen aus einem Onlineforum. Um eine große und vielfältige Stichprobe von Gesundheitsfragen und Antworten von Ärzten zu erhalten – ohne identifizierbare persönliche Informationen –, wandte sich das Team der University of California San Diego an das Forum „AskDocs“ von Reddit. Die Forschenden untersuchten 195 zufällig ausgewählte Chatverläufe von AskDocs, bei denen ein verifizierter Arzt auf eine öffentliche Frage geantwortet hatte. 182 dieser Austausche bestanden aus einer einzigen Frage und einer einzigen Antwort. In den verbleibenden 13 Fällen verfassten die Ärzte zwei separate Antworten. Das Team stellte ChatGPT daraufhin dieselbe Frage und dokumentierte dessen Antwort. Anschließend verglich ein Gremium aus drei zugelassenen Gesundheitsfachkräften (Pädiatrie, Geriatrie und Innere Medizin) die Informationsqualität und die Empathie der verblindeten Antworten. Bei knapp 79 Prozent der 585 Bewertungen zogen die Bewerber die Chatbot-Antwort den ärztlichen Antworten vor. Dabei war der



Anteil der Antworten mit als „gut“ oder „sehr gut“ empfundener Qualität beim Chatbot höher als bei Ärzten (Ärzte: 22,1 Prozent; 16,4 bis 28,2 Prozent; Chatbot: 78,5 Prozent; 72,3 bis 84,1 Prozent). Gleichzeitig bewertete das Gremium die Antworten der künstlichen Intelligenz fast zehnmals häufiger als „empathisch“ oder „sehr empathisch“ als die Antworten der Ärzte (Ärzte: 4,6 Prozent; 2,1 bis 7,7 Prozent; Chatbot: 45,1 Prozent; 38,5 bis 51,8 Prozent).

Quelle: University of California



Stellungnahme aus Deutschland zu investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)

„Regulierung rechtlich möglich und dringend geboten“

Das Problem ist ein europäisches. In dieser Ausgabe bieten wir einen Bericht (siehe Newsticker) über die Situation in Spanien. Dort haben mehrere fremdinvestorengeführte Dentalketten ihre Patienten im Stich gelassen. Die mächtige deutsche Bundesärztekammer fordert jetzt in einer Stellungnahme die Regulierung der MVZ durch den Staat.

Der Präsident der spanischen Zahnärztekammer, Óscar Castro Reino, forderte auf der Frühjahrstagung der Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators (FEDCAR) Anfang Mai erneut die wirksame Anwendung eines längst in Kraft getretenen Gesetzes, wonach jedes Unternehmen, das zahnmedizinische Leistungen erbringt, in den Händen von Zahnärzten sein muss und den ethischen Grundsätzen des Berufsrechts unterliegt.

In Deutschland hat jetzt die Bundesärztekammer eine Stellungnahme zu einem Rechtsgutachten abgegeben, das der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) in Auftrag gegeben hat. Im Gutachten des BBMV kommt Prof. Dr. Martin Burgi, Ordinarius für öffentliches Recht und Europarecht an der LMU München, zu dem Ergebnis, dass für weitere Einschränkungen von MVZ-Gruppen „unüberwindbare verfassungs- und europarechtliche Grenzen“ bestehen. So erklärt der Rechtsgutachter, dass bei weiteren Eingriffen in die grundgesetz-

lich geschützte Berufsfreiheit der MVZ-Betreiber hinreichend gewichtige Gemeinwohlbelange bestehen und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt bleiben müsse.

Nicht mit Europarecht vereinbar?

Von den zehn Vorschlägen von Bundesärztekammer und Bundesländern sieht Burgi vier als aus verfassungsrechtlicher Sicht unbedenklich; so das Verbot der Konzeptbewerbung und der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei Nichtgewährung der ärztlichen Unabhängigkeit in medizinischen Fragen. Auch die Überprüfung der Versorgungsaufträge und Transparenzvorgaben über die Eigentümerstrukturen verstoße nicht gegen Verfassungs- und Europarecht.

Anders sieht es der Rechtsprofessor bezüglich der Einschränkung der Gründungseigenschaften für Krankenhäuser auf einen Radius von 50 Kilometern. Auch das Verbot fachgleicher MVZ, in

© Andrey Popov – stock.adobe.com

dem sich Spezialisten aus einem Fachgebiet oder Hausärzte zusammenschließen, erfülle nicht die Voraussetzung hinreichend gewichtiger Gemeinwohlbelange zu dessen Begründung.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

„Eine gesetzliche Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) ist rechtlich möglich und aus Versorgungsgesichtspunkten dringend geboten. Eine solche Regulierung würde mit dazu beitragen, MVZ als sinnvolles Versorgungsangebot vor negativen Folgen einer auf Rendite ausgerichteten Patientenversorgung zu schützen.“ So kommentiert Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt die Ergebnisse des Gutachtens zur Rechtmäßigkeit einer stärkeren Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren.

Reinhardt verweist auf die von der Bundesärztekammer im Januar 2023 vorgelegten Regulierungsvorschläge für iMVZ. Sie sollen gewährleisten, dass das Patientenwohl immer vor kommerziellen Interessen Vorrang hat. Einen Antrag mit gleicher Zielrichtung hatten unlängst die Länder Bayern, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz in den Bundesrat eingebracht. „Die in dem BÄK-Papier sowie in dem Bundesratsantrag enthaltenen Vorschläge dienen dem Gemeinwohl und sind verfassungsrechtlich gerechtfertigt“, stellt der BÄK-Präsident klar.

Aus Sicht der Bundesärztekammer muss für Medizinische Versorgungszentren das Gleiche gelten, was auch für Vertragsärzte sowie für Apotheken gilt. So sei für die Tätigkeit von Vertragsärzten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts notwendig, dass diese gegenüber ihren Patienten sowohl im Bereich der eigentlichen Behandlungstätigkeit als auch im tatsächlichen und rechtlichen Umfeld dieser Behandlung in vollem Umfang unmittelbar verantwortlich sind.

Keine Einflussnahme von anderen

Das setzt laut Bundesärztekammer zwingend voraus, dass Vertragsärzte Inhalt und Umfang ihrer ärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen und insoweit keiner maßgeblichen Einflussnahme durch andere unterliegen. Das Apothekengesetz verbietet Beteiligungen an einer Apotheke in Form einer stillen Gesellschaft und Vereinbarungen, bei denen die Vergütung für dem Apotheker gewährte Darlehen oder überlassene Vermögenswerte am Umsatz oder am Gewinn der Apotheke ausgerichtet sind. Für Medizinische Versorgungszentren kann aus Sicht der Bundesärztekammer nichts anderes gelten. Das Vertragsarztrecht bestimmt, dass für Medizinische Versorgungszentren die für Vertragsärzte geltenden Regelungen entsprechend gelten.

Reinhardt fordert deshalb gesetzliche Klarstellungen: „Die Einschränkung des Gründerkreises für Medizinische Versorgungszentren darf nicht weiter dadurch unterlaufen werden, dass ein Krankenhaus nur mit dem Zweck betrieben wird, eine Kette von Medizinischen Versorgungszentren zu gründen und an der stationären Versorgung eigentlich gar kein Interesse hat.“

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssten die qualitativ hochwertige und zugewandte Patientenversorgung in MVZ sicherstellen. Trete die Maximierung der Rendite als Ziel in den Vordergrund, bestehe Handlungsbedarf. „Der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren Finanzierung im Rahmen unseres Solidarsystems kommt nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein überragend wichtiger Gemeinwohlbelang zu. Dem tragen die Regulierungsvorschläge der Bundesärztekammer Rechnung. Mit ihnen können die Rahmenbedingungen so ausgerichtet werden, dass Medizinische Versorgungszentren ihre Patienten weiterhin medizinisch vernünftig versorgen und ihre Behandlungen nicht primär an der Rendite orientieren“, so Reinhardt.

Quelle: BÄK am 24. Mai 2023

Das BÄK-
Positionspapier



Nach Redaktionsschluss...

...hat der Bundesrat Mitte Juni den Regulierungsvorschlag für Investoren-MVZ (iMVZ) mit großer Mehrheit angenommen. Die Bundesregierung wird darin aufgefordert, ein MVZ-Regulierungsgesetz zur Verhinderung eines unreglementierten Wachstums von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren zu entwickeln.

Urteil des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache C-300/21

DSGVO-Verstoß begründet nicht automatisch Schadensersatzanspruch

Ab dem Jahr 2017 sammelte die Österreichische Post Informationen über die politischen Affinitäten der österreichischen Bevölkerung. Mithilfe eines Algorithmus definierte sie anhand sozialer und demografischer Merkmale „Zielgruppenadressen“. Das beklagte ein betroffener Bürger, der der Verarbeitung nicht zugestimmt hatte, und erhob zunächst vor österreichischen Gerichten Klage auf Schadensersatz. Der Gerichtshof der Europäischen Union beschäftigte sich, auf ein Vorabentscheidungsersuchen des österreichischen Obersten Gerichtshofs hin, mit dem Fall.

Aus den so gesammelten Daten hatte die Österreichische Post abgeleitet, dass ein bestimmter Bürger eine hohe Affinität zu einer bestimmten österreichischen politischen Partei habe. Die verarbeiteten Daten wurden jedoch nicht an Dritte übermittelt. Der betroffene Bürger, der der Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht zugestimmt hatte, behauptete, er habe dadurch, dass ihm eine besondere Affinität zu der fraglichen Partei zugeschrieben worden sei, großes Ärgeris und einen Vertrauensverlust sowie ein Gefühl der Bloßstellung verspürt. Als Ersatz des ihm angeblich entstandenen im-

materiellen Schadens beehrte er vor den österreichischen Gerichten die Zahlung von 1.000 Euro.

Nationale Gerichte verweisen an EuGH

Der österreichische Oberste Gerichtshof äußerte Zweifel in Bezug auf den Schadensersatzanspruch, den die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)¹ für den Fall vorsieht, dass wegen eines Verstoßes gegen diese Verordnung ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist. Dieses Gericht wollte entsprechend vom

Europäischen Gerichtshof wissen, ob der bloße Verstoß gegen die DSGVO ausreicht, um einen Schadensersatzanspruch zu begründen, und ob für den Ersatz der entstandene immaterielle Schaden einen bestimmten Grad an Erheblichkeit erreichen muss. Des Weiteren forderte es vom EuGH ein, welche unionsrechtlichen Vorgaben für die Festsetzung der Höhe des Schadensersatzes bestehen.

In seinem Urteil vom 4. Mai 2023 stellt der Gerichtshof zunächst fest, dass der in der DSGVO vorgesehene Schadensersatzanspruch eindeutig an drei kumulative

¹ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. 2016, L 119, S. 1), nachstehend, die „DSGVO“).



© projectio - stock.adobe.com

Voraussetzungen geknüpft sei: einen Verstoß gegen die DSGVO, einen materiellen oder immateriellen Schaden, der aus diesem Verstoß resultiert, und einen Kausalzusammenhang zwischen dem Schaden und dem Verstoß. Demnach eröffne nicht jeder Verstoß gegen die DSGVO für sich genommen den Schadensersatzanspruch. Eine andere Auslegung liefe dem klaren Wortlaut der DSGVO zuwider. Zudem führe, nach dem Wortlaut der Erwägungsgründe der DSGVO, die speziell den Schadensersatzanspruch betreffen, ein Verstoß gegen die DSGVO nicht zwangsläufig zu einem Schaden und müsse ein Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Verstoß und dem entstandenen Schaden bestehen, um einen Schadensersatzanspruch zu begründen.

„Somit unterscheidet sich die Schadensersatzklage von anderen in der DSGVO vorgesehenen Rechtsbehelfen – insbesondere von jenen, die die Verhängung von Geldbußen erlauben –, für die das Vorliegen eines individuellen Schadens nicht nachgewiesen werden muss“, heißt es in der Presseverlautbarung des EuGH.

Zum Zweiten stellte der Gerichtshof fest, dass der Schadensersatzanspruch nicht auf immaterielle Schäden beschränkt sei, die eine gewisse Erheblichkeit erreichen. In der DSGVO werde ein solches Erfordernis nicht erwähnt, und eine solche Beschränkung stünde zu dem vom Unionsgesetzgeber gewählten weiten Verständnis des Begriffs „Schaden“ im Widerspruch. Würde der Ersatz eines immateriellen Schadens von einer Erheblichkeitsschwelle abhängig gemacht, könnte dies zudem die Kohärenz der mit der DSGVO eingeführten Regelung beeinträchtigen. Die graduelle Abstufung, von der die Möglichkeit, Schadensersatz zu erhalten,

abhänge, könnte nämlich je nach Beurteilung durch die angerufenen Gerichte unterschiedlich hoch ausfallen. Als Drittes und Letztes stellt der Gerichtshof zu den Regeln für die Bemessung des Schadensersatzes fest, dass die DSGVO keine Bestimmung enthalte, die sich diesen Regeln widmet. Daher sei die Ausgestaltung von Klageverfahren, die den Schutz der dem Einzelnen insoweit aus der DSGVO erwachsenden Rechte gewährleisten sollen, und insbesondere die Festlegung der Kriterien für die Ermittlung des Umfangs des in diesem Rahmen geschuldeten Schadensersatzes Aufgabe des Rechts des einzelnen Mitgliedstaats, wobei der Äquivalenz- und der Effektivitätsgrundsatz zu beachten seien.

In diesem Zusammenhang betonte der Gerichtshof die Ausgleichsfunktion des in der DSGVO vorgesehenen Schadensersatzanspruchs und verwies darauf, dass dieses Instrument einen vollständigen und wirksamen Schadensersatz für den erlittenen Schaden sicherstellen soll.

Fazit

Der bloße Verstoß gegen die DSGVO begründet keinen Schadensersatzanspruch. Dieser hängt jedoch auch nicht davon ab, dass der entstandene immaterielle Schaden eine gewisse Erheblichkeit erreicht.

Quelle: PM des EuGH vom 4.5.2023

Hinweis

Im Wege eines Vorabentscheidungsersuchens können die Gerichte der Mitgliedstaaten in einem bei ihnen anhängigen Rechtsstreit dem Gerichtshof Fragen nach der Auslegung des Unionsrechts oder nach der Gültigkeit einer Handlung der Union vorlegen. Der Gerichtshof entscheidet nicht über den nationalen Rechtsstreit. Es ist Sache des nationalen Gerichts, über die Rechtssache im Einklang mit der Entscheidung des Gerichtshofs zu entscheiden. Diese Entscheidung des Gerichtshofs bindet in gleicher Weise andere nationale Gerichte, die mit einem ähnlichen Problem befasst werden.

Personalia: Prof. Dr. Jörg Neugebauer

President Elect der Academy of Osseointegration

Er war nach Michael Norton der zweite Europäer, der Mitglied in der renommierten US-amerikanischen AO – Academy of Osseointegration wurde. Nun steht Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Generalsekretär im BDIZ EDI, aus Landsberg am Lech als President Elect in den Startlöchern für das höchste Amt in der AO. Es ist die erste deutsche Präsidentschaft in dieser international führenden Gesellschaft. Im Interview skizziert er die Bedeutung und Ziele in der AO.

Herr Professor Neugebauer, welche Aufgaben und Bedeutung hat die AO und wo besteht der Unterschied zu ähnlichen europäischen Fachgesellschaften?

Mit über 4000 Mitgliedern in mehr als 70 Ländern gilt die Academy of Osseointegration als die führende internationale Vereinigung auf dem Gebiet der dentalen Implantologie, und seit Anbeginn im Jahr 1982 zeichnet sie ein sehr hoher Praxisbezug aus. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass die an Universitäten tätigen Fachleute in den USA durchweg auch eine private Praxis unterhalten und damit nie den Bezug zu den täglichen An- und Herausforderungen verlieren. So war beispielsweise auch die Bedeutung von Patienten- und Mitarbeiterführung, die bei anderen Fachorganisationen erst langsam ins Bewusstsein dringt, schon seit jeher thematischer Bestandteil bei der Academy of Osseointegration. Die Gesellschaft vereinigt in sich daneben ganz gezielt Fachleute mit sehr unterschiedlichen Interessen und Hintergründen, um sowohl die Wissenschaft als auch die beste klinische Praxis in der Implantologie voranzutreiben. Hier kommen Spezialisten ebenso wie Allgemeinzahnärzte zusammen, um die optimale Patientenversorgung auf Grundlage aktueller evidenzbasierter Wissenschaft und Materialien zu gewährleisten. Mir ist das Credo der AO dabei sehr sympathisch: Wir haben die Spezialisten, aber die Arbeit wird in der täglichen Praxis gemacht, also muss diese bestmöglich unterstützt werden.

Wie kommt ein Badener dazu, Präsident-elect der AO zu werden?

Tatsächlich bin ich ein badisches Reingewächs, war aber, weil mich eben der praxisorientierte

Zugang so begeisterte, seit 1995 durchgängig an allen Tagungen der AO und wurde dann auch eines der nur 100 Fellow Members – nach mir sind das aus Deutschland nur noch Prof. Dr. Fouad Houry und Prof. Dr. Christian Mertens.

Ich habe immer wieder meine wissenschaftlichen Ergebnisse präsentiert, darüber im Jahr 2002 sogar einmal den Preis für die beste Posterpräsentation gewonnen, und habe noch während meiner wissenschaftlichen Tätigkeit an der Universität Köln in vielen Committees der AO mitarbeiten dürfen. So war ich zunächst Mitglied, dann aber auch Leiter des Clinical Innovations Committees und konnte in dieser Zeit bei den Jahrestagungen auf über 200 Teilnehmer in meiner Session zurückblicken.

Die AO ist nicht nur praxis-, sondern auch leistungsorientiert: Man kann nicht Präsident werden, nur weil man irgendwann einmal lange genug in der Gesellschaft die Zeit abgesehen hat, sondern muss sich zuvor durch erfolgreiche Arbeiten in den unterschiedlichen Committees beweisen. Auch einen der alle vier Jahre zu einem spezifischen Thema stattfindenden internationalen AO Summits konnte ich aktiv mitgestalten. So habe ich nun die besondere und große Freude, 2024 in Charlotte als Nachfolger des von mir hochverehrten Prof. Dr. Hom-Lay Wang Präsident der AO werden zu dürfen und damit auch die Jahrestagung 2025 in Seattle maßgeblich mitzugestalten.

Was beschäftigt die orale Implantologie aktuell in Europa und welchen Unterschied gibt es zu den USA?

Man sollte meinen, es läge auf der Hand, aber tatsächlich rücken nun erst die Patient Oriented Results, also der Patientennutzen der Behandlung, viel mehr in den Vordergrund. Industrie und Lehre werden sich des Weiteren darauf einstellen müssen, dass die Behandler zunehmend vereinfachte Behandlungsabläufe einfordern. Unsere Generation ist noch mit dem

Märklin- oder Fischer-Metallbaukasten groß geworden, nachrückende Generationen haben solche grundlegenden Formen mechanischer Arbeiten gar nicht mehr einüben können. Verkünstelte Mechaniken und Techniken kann und wird es daher nicht mehr geben.

Die einst notorische Diskussion „Wo sind die Daten?“ ist bei der jungen Generation ebenfalls viel weniger ausgeprägt. Bisweilen haben es damit heute Methoden oder Techniken leichter, die nicht den Ballast einer langen Historie mit sich schleppen und direkt im digitalen Modus einsteigen.

Das stellt solide Wissenschaft und evidenzbasierte Konzepte nicht in Abrede, aber sie werden sich immer der Frage stellen müssen, wie rasch und einfach sie praktisch umsetzbar sind. Statt uns in entlegene Sphären zu verkünsteln, wird viel mehr betont werden, was „auf der Straße“ passieren muss. Das ist tatsächlich etwas, was mir beim amerikanischen Zugang äußerst sympathisch ist und wovon wir in Deutschland und Europa sicherlich lernen können: Du musst Leistung bringen und überzeugen, aber dann werden die Dinge auch sehr schnell umgesetzt.

Welche Ziele haben Sie sich gesteckt als künftiger Präsident der AO?

Natürlich kann ich den Umstand nutzen, ganz persönlich eine Brücke zwischen Deutschland, Europa und den USA zu bilden, um den gegenseitigen Austausch und die Befruchtung zu fördern und auszubauen, beispielsweise allein durch meine Tätigkeit als Generalsekretär beim BDIZ EDI und meine Mitgliedschaft in weiteren Fachgesellschaften wie der EDA, der EAO und vielen mehr. Daneben wird unter meiner Präsidentschaft die Jahrestagung ein gänzlich neues Format erhalten, eine noch internationalere Ausrichtung erfahren, gezielt die junge Generation einbinden und die digitale Wissensvermittlung deutlich mehr in den Mittelpunkt stellen. Nicht zuletzt liegt mir als Associate Editor im renommierten *JOMI* sehr daran, auch in diesem international hoch angesehenen Journal Wissenschaft und Praxisnutzen deutlich mehr zu verbinden.

Vielen Dank für Ihre aufschlussreichen Antworten.

RED





Wussten Sie schon, ...



... dass der BDIZ EDI seine assoziierten Partnerverbände aus Europa und darüber hinaus befreundete Partner aus aller Welt einmal jährlich zum Gedankenaustausch trifft? Meist anlässlich des Experten Symposiums in Köln wird Aktuelles aus den Ländern betreffend die orale Implantologie diskutiert und Strategien entwickelt, um die Qualität in der Implantologie zu fördern.



... dass der BDIZ EDI den Council of European Dentists (CED), in dem die Zahnärztekammern aller EU-Mitgliedstaaten repräsentiert sind, über seine Fachmagazine BDIZ EDI konkret und EDI Journal sehr genau „beobachtet“? Arbeit, Ziele und Ergebnisse des Brüsseler Dachverbandes der europäischen Zahnärzte werden regelmäßig vorgestellt.



... dass der BDIZ EDI die Module seiner Curricula Implantologie den europäischen Partnerverbänden zur Verfügung stellt, damit sie länderspezifisch ein eigenes Curriculum aufbauen können? So geschehen in Polen, Serbien und Griechenland.

Wer mehr wissen möchte, kann sich an die Geschäftsstelle in München wenden:
office-munich@bdizedi.org

INTERNATIONAL BLOOD CONCENTRATE DAY

**BIOLOGISIERUNG IN DER
REGENERATIVEN ZAHNMEDIZIN**

14./ 15. SEPTEMBER 2023

RADISSON BLU HOTEL FRANKFURT AM MAIN

**HIER
ANMELDEN**

www.bc-day.info



32. Expertensymposium für regenerative Verfahren in der Zahnmedizin

Prothetische Versorgungskonzepte

Zum 32. Mal findet das Expertensymposium aus Universität und Praxis von Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller auf Fuerteventura statt. Vom 27. Oktober bis 3. November 2023 gibt es wieder viele interessante Vorträge, Freizeit und Sport im Robinson Club Esquinzo Playa.



Das Hauptthema des 32. Expertensymposiums befasst sich mit verschiedenen prothetischen Versorgungskonzepten auf Implantaten. Diese reichen von der Einzelkronenversorgung über implantatgetragene Brücken und das All-on-4/All-on-6-Konzept bis hin zu Overdenture und zu vielem mehr. Diese Konzepte sollen von erfahrenen Referenten beleuchtet und kritisch dargestellt werden, denn diese bieten unterschiedliche Lösungen für verschiedene klinische Situationen und Patientenbedürfnisse. Die Präsentationen sollen der Zahnärztin Hilfestellung geben, die beste Option basierend auf der individuellen Situation des Patienten zu empfehlen und die prothetische Versorgung entsprechend zu planen.

Informationen und Anmeldung über info@reisebuero-gup.de



Die Weiße Nacht hat Tradition auf Fuerteventura.



Vorträge finden in der Pyramide statt.

Vorläufiges Programm

32. Expertensymposium „Prothetische Versorgungskonzepte“

27. Oktober – 3. November 2023, Robinson Club Esquinzo Playa, Fuerteventura

Vorträge	
Budgetierung im BEMA, Stillstand bei GOZ und GOÄ – was tun? Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI, Kempten	Effiziente Patientenbetreuung und flexible Arbeitsbedingungen mit dentinostic – der App für präzise Ferndiagnosen Dr. Tina Mandel, Köln
Der digitale Workflow als Voraussetzung einer atraumatischen Implantation und Augmentation Prof. Dr. Fred Bergmann, Viernheim	Patientenorientierte Lösungen in der Implantologie Dr. Ralf Masur, Bad Wörishofen
Was ist gute Zahnmedizin im Jahr 2023? Univ.-Prof. Dr. Florian Beuer MME, Berlin	Vier Jahre Erfahrung mit Bonelevel-Implantaten aus Keramik Dr. Jochen Mellinghoff, Ulm
Die Koordinierung prothetischer und chirurgischer Behandlungsabläufe in komplexen Versorgungsfällen Dr. Lars Börner, Berlin	Sofortimplantation – geht es überhaupt noch anders? Dr. Alexander Müller-Busch, Ingolstadt
Checkliste der dentalen Ästhetik Dr. Wolfram Bücking, Wangen	Verbundbrücke – nur Theorie oder echte Alternative? Prof. Dr. Hans-Joachim Nickenig, Köln
Hat es Vorteile, ein elastisches Brückenbasismaterial wie TRINIA™ zu verwenden? Univ.-Prof. Dr. Dr. Rolf Ewers, Wien	Ein Jahr ohne Bohren – der Einstieg in einen neuen Lebensabschnitt Dr. Christoph Niesel, Karlsruhe
KI und die Experten – eine verhängnisvolle Affäre Dr. Ulrich Fürst, Attnang-Puchheim	Wie bestimmt das prothetische Design das langfristige Knochenniveau? Prof. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech
ICX-Delta – das neue Multikonzept für verschraubte Einzelzahn- und Brückenkonstruktionen Dr. Peter Ghaussy, M.Sc., Hamburg	Sofortimplantation oder Ridge Preservation – was sagt die Evidenz? Dr. Stefan Reinhardt, Münster
Vollkeramische Implantatprothetik auf TI-Base Abutments: Ergebnisse und Erfahrungen einer retrospektiven 5-Jahres-Kohortenstudie Dr. Peter Gehrke, Carsten Fischer, Ludwigshafen	Was nützt uns KI? Hernriette Reker, Köln, Oberbürgermeisterin
Ästhetik und Funktion: Grenzbereiche in der Planung und Umsetzung! Dr. Martin Gollner, Bayreuth	Vermeidung von Knochenaufbau durch 3D-Planung mit angulierten Implantaten und Abutments – ICX-Magellan Dr. Bert Richter, Trier
Imperial in a SmileBox – effiziente Sofortversorgung chairside im volldigitalen Workflow Dr. Uwe Jaenisch, Hohen Neuendorf	Moderne Führung: Wirksam führen in Zeiten des Mitarbeiter-Wandels Bianca Rieken, Winsen an der Luhe
Post VAC, Post COVID, Long COVID – chirurgische Risiken bei Implantationen und oralchirurgischen Behandlungen – was müssen wir beachten? Dr. Sigurd Hafner, München	Perspektiven Praxisnachfolge: Nicht ins Brennglas, sondern über den Tellerrand blicken ...? Dr. Freimut Vizethum, Rauenberg
Traumpraxis – rund um die Finanzierung der eigenen Praxis Florian Hell, Saarbrücken	Endokarditis-Prophylaxe: Entwicklungen und aktuelle Empfehlungen Dr. Vanessa Wennekes-Neagu, Emmendingen
Stammzellen und Regeneration: Vielseitige Anwendungen von der Implantologie bis zum Anti-Aging Univ.-Prof. Dr. Jürgen Hescheler, Köln	Prothetische Restaurationen unter Zuhilfenahme spezieller Maßnahmen Dr. Kianusch Yazdani, Münster
Zahnmedizin von A bis Z: Optimierung implantatprothetischer Fälle mit Alphalign Dr. Jutta Hüsch und Dr. Uwe Peterseim, Kassel	Oralchirurgische Eingriffe bei Patienten unter Antikoagulantien-Therapie: Was gilt es zu beachten? Dr. Valentin Wennekes-Neagu, Emmendingen
Imperial-in-a-Smile-Box – Effiziente Sofortversorgung chairside im volldigitalen Workflow Dr. Uwe Jaenisch, Hohen Neuendorf	Die Semilunar-Technik: Knochenblockentnahme 2.0 für die implantologische Praxis (Hämmern war gestern) Dr. Frank Zastrow, Wiesloch
COVID-19: Eine Pandemie wie viele andere? Prof. Dr. med. Axel Karenberg, Köln	Der Kiefer – destruktive entzündliche Prozesse und deren Therapie Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Zirk, Köln
Implantologisches Konzept in der ästhetischen Zone Dr. Jan Klenke, Hamburg	Eritrea – ein schönes Land und eine Herausforderung auch im Bereich der Spaltchirurgie Univ.-Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Köln
Die biologische Durchlässigkeit des Implantatdesigns – ein Schlüsselfaktor zur Prävention der Periimplantitis Dr. Stefan König, Bochum	NEU: Aktualisierungskurs im Strahlenschutz (Fachkunde und Kenntnisnachweis) Dr. Friedhelm Weber, Dr. Jochen Völkening, Hamm
Werden weiße Implantate die grauen ersetzen? Dr. Adina Landschoof, Geretsried	
Digitale prothetische Behandlungsmöglichkeiten mit der optimalen Befestigung zahnfarbener CAD/CAM-Materialien Univ.-Prof. Dr. Anja Liebermann, Köln	Während der Fortbildungswoche können die Teilnehmenden verschiedene Workshops besuchen. Mehr dazu auf der Internetseite des BDIZ EDI.

Erster internationaler Implantologenkongress in Nepal

Orale Implantologie im Himalaya

Nach fast drei Jahren Coronapandemie wagte die Nepalesische Gesellschaft für Implantologie (NSID) einen Neustart. Mehrfach musste der Kongress zuvor abgesagt werden. Nun fand er im April 2023 in Kathmandu statt. Der BDIZ EDI war als Kooperationspartner dabei.



Der Vorstand der NSID mit Dr. Sybille Keller, Präsidentin von Zahnärzte ohne Grenzen, und Christian Berger (mi) auf dem Podium.



Embracing the Future lautete das Motto des Kongresses.



Christian Berger: Wie sich langfristige Erfolge in der Implantattherapie erzielen lassen.

Die Nepalesische Gesellschaft für Implantologie (NSID) hatte den BDIZ EDI und mit Christian Berger und Prof. Dr. Jörg Neugebauer zwei Referenten zum Kongress nach Kathmandu eingeladen.

An der Veranstaltung nahmen mehr als 250 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Industriepartner aus mehreren Ländern teil, darunter Nepal, Großbritannien, Indien, China, die USA, Australien, Deutschland und Rumänien. 16 internationale Referenten teilten ihr Fachwissen und boten evidenzbasierte Leitlinien und einen Konsens für eine bessere Patientenversorgung.

In ihrer Begrüßungsrede sprach die Präsidentin der NSID, Dr. Rita Singh, über den Weg Nepals bei der Versorgung mit Zahnimplantaten für die nepalesische Bevölkerung und die Bedeutung der Mundgesundheit auf den gesamten Körper und betonte die verschiedenen Auswirkungen

von Zahnerkrankungen auf die allgemeine Gesundheit.

Als erster Redner des zweitägigen Kongresses stellte der BDIZ EDI-Präsident Konsensempfehlungen für jede Praxis vor, um langfristige Erfolge in der Implantattherapie zu erzielen. Generalsekretär Prof. Dr. Jörg Neugebauer zeigte in seinem Online-Vortrag Verbesserungen in der Implantatprothetik mithilfe digitaler Technologien.

Große öffentliche Aufmerksamkeit

Der Zahnärztekongress war nicht nur für die NSID-Vorstandsmitglieder und die Teilnehmenden ein großer Event. Die Öffentlichkeit interessierte sich mindestens ebenso sehr für das Geschehen wie die Zahnärzte. Die Medien berichteten an allen Tagen über den Kongress und die *Himalayan Times* interviewte Christian Berger



Die offizielle Übergabe und das Referenzzertifikat auf nepalesisch.



Dr. Rita Singh eröffnete als Präsidentin den Kongress.



Prof. Dr. Jörg Neugebauer war online zugeschaltet.

anlässlich des Kongresses ausführlich über den Stellenwert der Implantologie für die Patientenversorgung.

Mit von der Partie war auch Dr. Sybille Keller aus Waltenhofen, die zeitlich in Nepal weiter am Aufbau ihrer Dentalstation in Sushma Koirala und Ampipal arbeitete. Die Präsidentin und Gründerin von Zahnärzte ohne Grenzen e.V. wurde herzlich von den nepalesischen Implantologen empfangen. Sicher wird sich die eine oder andere Möglichkeit der Unterstützung für die Region, in der sie wirkt, ergeben.

Wer den Fernsehbeitrag sehen sowie das Interview lesen will, erhält über die Internetseite des BDIZ EDI Zugang:
<https://bdizedi.org/embracing-the-future/>



AWU Aufmerksame Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Auditorium.



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

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

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

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

INHALT

- Der Fall
- Die Ausführungen des VGH zum Verhältnis Beihilferecht – Gebührenrecht

Serie

Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 6)

Die Serie „Recht für Zahnärzte“ geht in die sechste Runde. In diesem Beitrag geht es um die nachträgliche Begründung nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ im Prozess.

Nachträgliche Begründung nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ im Prozess

Ein im Vorhinein zuverlässig kaum abschätzbarer Wert sind die Anforderungen, die von Gerichten im Einzelfall an die Begründung nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ gestellt werden. Die Norm verlangt, dass bei Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors „dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen“ ist. In der Regel interessiert die Begründung nicht den Zahlungspflichtigen, also den Patienten, sondern seine private Krankenversicherung, oder – wie in dem hier zu besprechenden Verfahren – die Beihilfe.

Der in zweiter Instanz vom Verwaltungsgerichtshof (VGH) Bayern am 23.03.2023 (AZ: 24 B 20.549) in einem umfangreich begründeten Urteil entschiedene Fall ist ein Lehrbeispiel für den Ärger, dem zunächst die Patienten, dann die den Patienten behandelnden Zahnärzte ausgesetzt sind, wobei man sich in vielen Fällen ernsthaft fragen muss, ob denn die mit solchen Verfahren dem Staat entstehenden Kosten in irgendeinem vernünftigen Verhältnis zum streitigen Resthonorar stehen.

Das hier zu besprechende Urteil ist ein Paradebeispiel für die Disharmonien in vielen zahnärztlichen Honorarstreitigkeiten. Dabei geht fast unter, dass der VGH sich hinsichtlich der nachträglichen Be-

gründung auf die Seite des behandelnden Zahnarztes schlug und diese generell und nicht nur als Verdeutlichung zulässt.

Der Fall

Die Patientin war zu 70 % beihilfeberechtigt. Die Zahnarztrechnung belief sich auf 1.646,88 €. 70 % ergäbe also 1.152,82 €. Ihr Antrag auf Beihilfe datiert vom 22.04.2017. Die Beihilfestelle hielt nur 1.375,89 € für beihilfefähig und errechnete daraus eine Beihilfeleistung (70 %) von 963,12 €.

Die Patientin legte Widerspruch ein. Der Beratungszahnarzt der Beihilfestelle legte dar, weshalb bei den GOP 7050 und 7060 der 3,5-fache Steigerungsfaktor nachvollziehbar sei, bei allen anderen Leistungen aber nicht. Darauf gewährte die Beihilfestelle der Patientin eine weitere Beihilfe in Höhe von 12,66 € (70 % von 18,09 €).

Wegen der Differenz erhob die Patientin am 17.10.2017 Klage beim Verwaltungsgericht (VG) München. Im Rahmen des Klageverfahrens erläuterte ihr behandelnder Zahnarzt in drei Schreiben den bei der Patientin erhobenen Befund, ihre Grunderkrankung (CMD) und die daraus abzuleitende Behandlung und nahm auch zu einzelnen Abrechnungspositionen Stellung.

Das VG München gab der Klage mit Urteil vom 07.02.2019 hinsichtlich GOZ 0100 und 4075 in Höhe von 18,11 € (70 % von 25,87 €) statt und wies sie im Übrigen ab.

Die vom Behandler gelieferten Begründungen seien allesamt nicht geeignet, den Anforderungen des § 5 Abs. 2 GOZ entsprechend ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes zu rechtfertigen. Der allgemeine Hinweis auf die hochgradige craniomandibuläre Dysfunktion, die Myo-/Arthropathie und den allgemeinen Krankheitszustand genügten nicht, um bei jeder zahnärztlichen Leistung den 3,5-fachen Gebührensatz in Ansatz zu bringen. Die Schwierigkeit einer Leistung sei individuell und leistungsbezogen auf die einzelne Gebühr zu begründen und könne nicht auf die gesamte Honorarforderung ausgedehnt werden. Die beklagte Beihilfestelle gehe daher zu Recht davon aus, dass es auch bei einer insgesamt komplexen und schwierigen Behandlung einzelne Behandlungsmaßnahmen geben könne, die als durchschnittlich oder auch unterdurchschnittlich zu bewerten seien. Nur dann, wenn bei einer konkreten Leistung eine überdurchschnittliche Erschwerung im Sinne von § 5 Abs. 2 GOZ vorliege bzw. sich eine generell bei der gesamten Behandlung gegebene Erschwerung konkret auswirke, lasse § 5 Abs. 2 GOZ in Bezug auf diese konkrete Einzelleistung einen höheren als den 2,3-fachen Gebührensatz zu, wobei dies bezogen auf die Einzelleistung verständlich und nachvollziehbar zu begründen sei. Pauschale und formelhafte Schlagworte ohne konkreten Patientenbezug genügten diesen Anforderungen nicht. Zudem sei es nicht zulässig, wenn der Zahnarzt in seinen ergänzenden Stellungnahmen zur Begründung des Überschreitens des Schwellenwertes Ausführungen mache, die nicht den Angaben auf der ursprünglichen Honorarrechnung entsprächen, er also einen gänzlich neuen Grund nachreiche. Denn verspätet vorgebrachte neue Erwägungen, die in der Begründung der bisherigen Rechnung keine Stütze fänden, seien unzulässig, soweit sie über eine Erläuterung im Sinne des § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ hinausgingen.

Der VGH Bayern ließ mit Beschluss vom 12.03.2020 die Berufung der Patientin

wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache hinsichtlich der Frage zu, ob ein Nachschieben von Gründen durch den Zahnarzt auch im Verfahren noch möglich sei.

Im Berufungsverfahren wurde noch um 158,91 € gestritten. Die Patientin konnte eine weitere Beihilfe in Höhe von 74,91 € erstreiten und damit im Rechtswege insgesamt 118,87 € (bei einer Verfahrensdauer von knapp sechs Jahren!).

Die Ausführungen des VGH zum Verhältnis Beihilferecht – Gebührenrecht

Der VGH Bayern betont zunächst die allgemeinen Grundsätze der Beihilfegewährung, die man auch als Behandler kennen sollte:

Angemessen und damit beihilfefähig sind Aufwendungen, die dem Zahnarzt nach Maßgabe der GOZ zustehen (BVerwG, 20.03.2008 – 2 C 19.06 –, Rz. 17). Die angesetzten Rechnungsbeträge sind beihilferechtlich als angemessen anzusehen, wenn der Zahnarzt diese bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat (BVerwG, 30.05.1996 – 2 C 10.95 –, Rz. 23).

Zu den Bemessungskriterien des § 5 GOZ führt der VGH Bayern aus:

„Die Annahme von Besonderheiten der Bemessungskriterien im Sinne von § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ setzt voraus, dass die Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind. Dem Ausnahmecharakter des Überschreitens des Schwellenwertes widerspräche es, wenn schon eine vom Arzt allgemein oder häufig, jedenfalls nicht nur bei einzelnen Patienten wegen in ihrer Person liegender Schwierigkeiten angewandte Behandlung als eine das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigende Besonderheit angesehen würde. Diese Be-

trachtungsweise ergibt sich bereits aus der in § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ enthaltenen Anordnung einer schriftlichen Begründung beim Überschreiten des Schwellenwertes. Ob „Besonderheiten“ der Bemessungskriterien im Sinne des zweiten Halbsatzes des § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorliegen, die ein Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen, ist gerichtlich voll nachprüfbar.

Wann der Honoraranspruch des behandelnden Arztes fällig wird, regelt § 10 GOZ. Hierzu ist gem. § 10 Abs. 1 Satz 1 GOZ dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 zu erteilen, die insbesondere die in § 10 Abs. 2 GOZ aufgeführten Positionen enthalten muss. Soweit die berechnete Gebühr das 2,3-Fache des Gebührensatzes überschreitet, fordert § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ zusätzlich, dass in solchen Fällen dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet werden muss. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern (§ 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ). Die Frage, ob der behandelnde Arzt, der eine Gebühr mit einem höheren als dem 2,3-fachen Satz abgerechnet hat, dies nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ gegenüber dem Patienten ausreichend begründet hat, ist damit eine Frage der Fälligkeit der Rechnung, die im Rahmen der formellen Voraussetzungen an die Rechnungsstellung zu prüfen ist, denn nur insoweit sind dem Beamten Aufwendungen entstanden. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ betrifft damit nicht die materielle Rechtmäßigkeit des Vergütungsanspruches, also die Frage, ob die ärztliche Leistung medizinisch notwendig und angemessen ist.

Legt man diesen Maßstab – also die Abgrenzung der formellen Voraussetzungen des Honoraranspruches nach § 10 GOZ und der materiellrechtlichen Anforderungen für das Überschreiten des Schwellenwertes nach § 5 Abs. 2 GOZ – zugrunde, ergibt sich hieraus, dass der behandelnde Arzt im behördlichen sowie im verwal-

tungsgerichtlichen Verfahren noch Ausführungen zur Begründung für das Überschreiten des Schwellenwertes vorbringen, seine vorgebrachte Begründung erläutern und diese auch ergänzen darf, um hiermit die Notwendigkeit und Angemessenheit der erbrachten ärztlichen Leistung darzulegen. Eine Beschränkung dahingehend, dass der Arzt das Überschreiten des 2,3-fachen Satzes nachträglich im Verfahren nur noch erläutern, nicht jedoch um neue, bislang nicht vortragene Gründe ergänzen darf, um die Besonderheiten des jeweiligen Behandlungsfalles nach § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ darzulegen, kann nach Ansicht des erkennenden Senats weder der GOZ noch der BayBhV (Bayerischen Beihilfeverordnung) entnommen werden. Zudem bleibt es der Beihilfestelle unbenommen, bei Zweifeln darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang des Überschreitens des Schwellenwertes rechtfertigen, den Beihilfeberechtigten zu bitten, die Begründung von seinem behandelnden Arzt erläutern zu lassen (§ 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ). Zudem kann die Beihilfestelle nach § 28 Abs. 7 Satz 1 BayBhV zur Überprüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit einzelner geltend gemachter Aufwendungen Gutachterinnen bzw. Gutachter, Beratungsärztinnen bzw. Beratungsärzte und sonstige geeignete Stellen beteiligen. Ein Anspruch des Beamten darauf, dass dies bereits im Festsetzungsverfahren geschieht, besteht indes nicht. Im Umkehrschluss kann aber auch nicht von der Beihilfestelle im gerichtlichen Verfahren eingewandt werden, dass die Begründung für das Überschreiten des Schwellenwertes erst verspätet nachgereicht worden sei. Entsprechend hat das Bundesverwaltungsgericht im Fall einer fehlerhaften Arztrechnung – in dem zu beurteilenden Fall fehlte die Angabe der ärztlichen Diagnose – ausgeführt, dass dies ohne Folgen für den Beihilfeanspruch bleibt, wenn (erst) im Verwaltungsgerichtsverfahren die Notwendigkeit und Angemessenheit der erbrachten ärztlichen Leistung festgestellt wird (BVerwG, 20.3.2008 – 2 C 19.06 –, Rz. 9). Einen sach-

lichen Grund, die Fälle, in denen die Angabe der erforderlichen Diagnose erst im verwaltungsgerichtlichen Verfahren erfolgt ist, anders zu beurteilen als die Fälle, in denen der behandelnde Arzt die Begründung für das Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes erst im Verfahren ergänzt, nachholt oder korrigiert, sieht der erkennende Senat nicht. Ein Leistungsausschluss ist vielmehr auch in diesen Fällen, unter Berücksichtigung der vom Bundesverwaltungsgericht entwickelten Grundsätze nicht ersichtlich.

An die im Rahmen des § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ geforderte Begründung sind keine ins Einzelne gehenden Anforderungen zu stellen, um von einer formell ausreichenden Begründung ausgehen zu können, da die Pflicht zur schriftlichen Begründung nur bezweckt, dem Patienten eine lediglich grobe Handhabung zur Einschätzung der Rechtfertigung des geltend gemachten Gebührenanspruchs an die Hand zu geben. Dies ist bereits daraus zu ersehen, dass die Begründung – nur – auf Verlangen des Patienten näher zu erläutern ist. Die Begründungspflicht dient dazu, den Patienten vor einem ausufernden, nicht mehr an Besonderheiten des Behandlungsfalles orientierten und auch vom Arzt so nicht mehr gedanklich nachvollzogenen Überschreiten des Schwellenwertes zu schützen und ihm eine grobe Handhabung zur Einschätzung des geltend gemachten Vergütungsanspruchs zu verschaffen. In der Regel wird es vielmehr genügen, stichwortartig das Vorliegen von Umständen, die das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen können, nachvollziehbar zu machen. An eine ausreichende Begründung der Schwellenwertüberschreitung dürfen folglich keine überzogenen Anforderungen gestellt werden. Andererseits muss die Begründung das Vorliegen solcher Umstände nachvollziehbar machen, die nach dem materiellen Gebührenrecht das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen können. Es muss auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu der berechneten Steige-

rung geführt haben. In der Regel wird eine stichwortartige Kurzbegründung ausreichen (vgl. die amtliche Begründung zu § 10 GOZ in BR-Drs. 276/87, S. 78). Der gegebenen Begründung muss sich also auf den Einzelfall bezogen entnehmen lassen, weshalb bei dem Patienten eine von der Masse der Fälle abweichende Besonderheit vorlag und worin diese Besonderheit bestand. Einer ausführlichen ärztlichen Stellungnahme, deren Anfertigung möglicherweise mehr Zeit in Anspruch nimmt als die abzurechnende Behandlung oder gar gutachtlicher Stellungnahmen, bedarf es nicht.“

Der VGH befasst sich nach dieser generellen Begründung, der ich hinsichtlich der letzten Punkte „keine überzogenen Anforderungen“ und „keine Stellungnahme, die mehr Zeit als die Behandlung erfordert“ ohne Weiteres zustimme, im Folgenden mit 17 (!) Leistungsziffern aus GOZ und GOÄ an zwei Behandlungstagen. Und dabei macht er aus den Begründungsanforderungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ, die eigentlich nur stichwortartig sein sollten, eine wissenschaftliche Begründungsanforderung. Der Behandler hat im Zweifel mehr Zeit für seine Stellungnahmen als für die Behandlung gebraucht. Das aber darf nicht sein! Solche Entscheidungen geben dem Behandler (und dem Patienten) Steine statt Brot.

In diesem Verfahren wurde sechs Jahre mit hohem Aufwand (Beihilfestelle, Zahnarzt, Widerspruchsstelle, Behandler, VG und VGH) um eine im Verhältnis dazu lächerlich geringe Summe von 189,70 € (70 % von 270,99 €) gestritten. Die den Beteiligten dafür entstehenden realen Kosten (Personalkosten, Sachkosten, Gerichtskosten, Stellungnahmekosten etc.) übersteigen diesen Betrag um ein Vielfaches. Für den Freistaat Bayern wäre es im Ergebnis um ein Vielfaches billiger ausgegangen, hätte die Beihilfestelle einfach den Beihilfeanteil von 70 % aus der vollen Zahnarztrechnung bezahlt. Aber so viel volkswirtschaftliches Mitdenken ist wohl nicht zu erhoffen.

Die TOP 10 der BDIZ EDI-Hotline

Brennpunkt Parodontologie

Zum Thema PAR-Abrechnung glüht die Abrechnungshotline des BDIZ EDI unvermindert. Die Top 10 Fragen hat Kerstin Salhoff in diesem Praxistipp zusammengefasst und beantwortet sie gleichzeitig.

1. Müssen bei PKV-Patienten auch Abstände, z. B. bis zur BEV oder bei der UPT, eingehalten werden?

Nein, bei der Behandlung nach GOZ existieren keine vorgegebenen Fristen bzw. Behandlungszeiträume wie im BEMA.

2. Muss ich die Analogleistungen aus den Beschlüssen des Beratungsforums verwenden?

Nicht, wenn die erbrachte Leistung von der Leistungsbeschreibung abweicht. Weicht der Leistungsinhalt der erbrachten Leistung so stark von der in der GOZ beschriebenen Leistung ab, dass er von der Leistungsbeschreibung nicht mehr erfasst ist, steht auch für diese Leistungen die analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ offen.

Wenn Sie die konsultierten Beschlüsse* umsetzen, also die empfohlenen Analogleistungen verwenden, erfolgt die Erstattung der PKV oft unproblematisch.

* Beschlüsse des Beratungsforums vom 19.12.2022

Nr. 54, PSI im Rahmen der UPT: Wird dieser mehr als zweimal pro Jahr erbracht, GOZ 4005 zusätzlich zweimal analog.

Nr. 55, AIT in der 2. Therapiestufe: „Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT)“ bei einwurzeligen Zähnen GOZ 3010a und bei mehrwurzeligen Zähnen GOZ 4138a + 1040 GOZ.

Nr. 56, UPT: Lokalisierte subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen in der Unterstützenden Parodontitistherapie GOZ 0090a für den einwurzeligen Zahn und GOZ 2197a für den mehrwurzeligen Zahn. Nicht neben GOZ 4070/4075 + GOZ 1040.

Nr. 57, PAR-Status: GOZ 8000a mit dem Rechnungstext „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation“.

Die Ausfertigung des Formblatts für den Zahlungspflichtigen kann zusätzlich berechnet werden = GOZ 4030a und dem Rechnungstext „Ausfertigung PAR-Formblatt“.

Nr. 58, ATG: Zweimal je Parodontitis-Behandlungsstrecke ist die GOZ 2110a „Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch“ für die Aufklärung berechnungsfähig über die Diagnose, Gründe der Erkrankung, Risikofaktoren, Therapiealternativen, zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung, Option, die Behandlung nicht durchzuführen und Erläuterung des personalisierten Therapieplanes.

Nr. 59, BEV: Je nach Schweregrad ist die parodontologische Reevaluation bis zu dreimal innerhalb eines Jahres nach GOZ 5070a mit dem Rechnungstext „Befundevaluation – PAR“ berechnungsfähig. Die GOZ 4000 und die GOZ 4005 inkl. GOZ 4005a sowie weitere Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.

- Ein Ausgleich des Honorarunterschieds zwischen BEMA- und GOZ-Vergütung kann über eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ erfolgen.
- Andernfalls können Besonderheiten ggf. über § 5 GOZ bei der Faktorbemessung Berücksichtigung finden.



Achten Sie darauf, die in Anführungszeichen gesetzten Texte als Leistungsbeschreibung zwingend auf der Rechnung anzugeben, um Erstattungsprobleme im Vorfeld zu vermeiden.

3. Kann ich weiterhin alle Analogleistungen der PAR-Strecke ansetzen?

Wenn Ihre Leistungsbeschreibung vom Beschlusstext abweicht, sind Sie berechtigt, die Leistung analog nach § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Allerdings wandeln die Kostenerstatter Ihre Analogleistung und erstatten dem Patienten nur die analogen Leistungen aus dem Beschluss vom 19.12.22. Dies bedeutet eine Kürzung des Leistungsanspruches für den Patienten.

4. Muss für die PAR-Behandlung beim Privatpatienten ein genehmigter PAR-Status bzw. PAR-Kostenvoranschlag von der Krankenversicherung oder Beihilfestelle vorliegen?

Eine PAR-Behandlung seitens der privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle muss nicht genehmigt werden.

Im Patientenrechtegesetz ist die „wirtschaftliche Aufklärungspflicht“ geregelt. Wenn es unklar ist, ob die Kosten von Dritten (PKV oder Beihilfestelle) übernommen werden, empfehle ich immer einen Therapieplan (in Textform) zu erstellen und über die Kosten aufzuklären. Meist liegt im Vorfeld keine gesicherte Kostenzusage der PKV oder Beihilfestelle vor.

Aktuell ist den Schreibern der Beihilfestellen zu entnehmen, dass sie erst bei Einreichen der Rechnung beurteilen und entscheiden können, ob die gewählte Analogleistung medizinisch notwendig ist und erstattet werden kann.

Tipp:

„Dieser Therapieplan enthält auch fakultative Leistungen, ggf. auch Analogleistungen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ, die dann mit dem Buchstaben a nach der Leistungsziffer gekennzeichnet sind.“

Durch unvorhersehbare Befunde und Umstände, die sich während der Behandlung ergeben, kann es zu einer Änderung der Kosten kommen. Möglicherweise ist eine völlige Erstattung durch Ihre Krankenkasse bzw. Beihilfestelle nicht gewährleistet.

Ich habe den Therapieplan und die Kosten zur Kenntnis genommen und willige hiermit in die Behandlung ein. Ich habe nach erfolgter Information und Aufklärung, auch über alternative Therapiemöglichkeiten, keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der geplanten Behandlungsmaßnahmen einverstanden.

Ich verpflichte mich, die entstehenden Kosten, unabhängig von einer reduzierten Erstattung durch die Versicherung oder Beihilfestelle, in voller Höhe zu übernehmen“.

Immer öfter enthalten die Versicherungsverträge Klauseln und Einschränkungen.

Vorsicht bei Patienten, die im Basistarif versichert sind. Diese Patienten sind verpflichtet, auch für die PAR-Behandlung vor Durchführung der Therapie einen privaten Therapieplan einzureichen.

5. Welchen Steigerungsfaktor kann ich bei Analogleistungen ansetzen?

Auch bei Analogleistungen findet der § 5 Abs. 2 GOZ Anwendung. Der Faktor wird je nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen bei der Behandlung vom Behandler festgelegt. Werden Faktoren oberhalb des 2,3-fachen Steigerungsfaktors berechnet, geben Sie bitte eine individuelle, patientenbezogene Begründung in der Rechnung an, niemals jedoch im Therapieplan (auch Kostenvoranschlag genannt). Eine noch nicht erbrachte Leistung kann nicht begründet werden. Dennoch sollten Sie die gewünschten Faktoren im Therapieplan berücksichtigen:

Textbaustein:

Der jeweilige Steigerungssatz einzelner Leistungen kann erst nach deren Erbringung festgesetzt werden (Schwierigkeit, Zeitaufwand usw.). Insofern ist auch die Angabe des Honorars nur ein Schätzwert. Die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes ist geschätzt. Bei Überschreitung des Schwellenwertes erfolgt bei Rechnungslegung eine Begründung gemäß § 5 der GOZ. Wir haben die Kostenvorabrechnung nach bestem Wissen und Gewissen erstellt, um unserer wirtschaftlichen Aufklärungspflicht nachzukommen.

6. Darf ich auch eine PAR-Analogleistung über den 3,5-fachen Satz hinausgehend vereinbaren?

Die nun vom Beratungsforum empfohlenen PAR-Analogleistungen erfordern in einigen Praxen zwingend eine Honorarvereinbarung, abhängig von der Zahnarzt-Betriebskostenstunde. Auch bei den originär nach GOZ zu berechnenden PAR-Leistungen und allen anderen analog zu berechnenden Leistungen – immer dann, wenn die Leistungsbeschreibung der jeweiligen GOZ-Ziffer unzutreffend ist –, ist vor Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ mit dem Patienten nach persönlicher Absprache zu treffen.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2023 bietet Ihnen Hilfestellung zur Auswahl Ihrer persönlichen Analogleistung.

Wählen Sie die Leistung so, dass Sie schon im niedrigen Steigerungsfaktor kostendeckend behandeln können. So können Sie ohne Begründung bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz steigern und in der Regel auf eine Honorarvereinbarung verzichten. Vergessen Sie nicht, Materialkosten extra zu berechnen oder die Kosten in der Analogleistung zu berücksichtigen.

7. Muss bei einer Honorarvereinbarung der vereinbarte Faktor in der Rechnung begründet werden?

Nein! In der Rechnung reicht ein Hinweis auf die Honorarvereinbarung, denn Honorarvereinbarungen werden von der Begründungspflicht nicht erfasst. Dies bestätigt das OLG Köln mit seinem Urteil vom 14.01.2020, Az. 9 U 39/19, § 10 und stellt fest: „Hat ein Zahnarzt mit einem Privatpatienten eine Honorarvereinbarung zur abweichenden Höhe der Steigerungsfaktoren im Sinne des § 2 GOZ abgeschlossen, muss er das Überschreiten des Regel- oder Höchstsatzes in der Abrechnung nicht gesondert begründen. Die berechneten Gebühren ergeben sich gerade nicht aus § 5 Abs. 2 GOZ, sondern beruhen auf einer zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten getroffenen Vereinbarung.“

Nach § 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ sind jedoch Faktorerhöhungen oberhalb des 2,3-fachen Satzes auf Verlangen gegenüber dem Patienten schriftlich zu begründen und ggf. näher zu erläutern. Diese Begründungs- und Erläuterungspflicht zu jeder einzelnen Leistung erwächst als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Das kommt regelmäßig dann zum Tragen, wenn Kostenträger Nachfragen haben.

8. Wie hat sich das Erstattungsverhalten der PKV durch die Beschlüsse geändert?

Leider sind derzeit die Reaktionen sehr unterschiedlich und vom Kostenträger abhängig. Die Bandbreite ist groß und lässt sich derzeit wie folgt beurteilen:

- Vollständige Erstattung, auch mit selbst gewählten Analogleistungen;
- Wandlung in die vom Beratungsforum empfohlenen Analogleistungen;
- nicht erstattungsfähig, obwohl die empfohlenen Leistungen berechnet wurden;
- Analogleistungen stehen nicht unter Versicherungsschutz.
- Unserer Auffassung nach sind die Voraussetzungen für die Wahl der Analogleistungen nicht erfüllt, bzw. schließen sich mit anderen Leistungen aus.
- Nach der GOZ dürfen Leistungen nicht mit anderen Leistungen kombiniert werden.
- Den voraussichtlichen Erstattungsbetrag können wir erst anhand der Originalrechnung errechnen.

9. Kann man auch bei gesetzlich versicherten Patienten eine Honorarvereinbarung abschließen?

Alle Leistungen, die nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entsprechen, nicht den Richtlinien entsprechen oder nicht Bestandteil des BEMA sind, werden nach den Bestimmungen der GOZ vereinbart.

Die Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z muss zwingend durch die Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 ergänzt werden!

10. Die neue PAR-Leitlinie hat bereits 2021 für deutlich mehr PAR-Fälle in der Praxis gesorgt. Kann ich beim gesetzlich versicherten Patienten über die Kosten-erstattung mein PAR-Budget schonen?

Behandlungen sind weiterhin im BEMA über die GKV abzurechnen. Dieser hat einen Anspruch auf die PAR-Therapie, jedoch nur, wenn diese nach den Richtlinien angezeigt ist!

Vertragszahnärzte haben, rechtlich gesehen, keinen Anspruch auf eine bestimmte Vergütung, nur einen Anspruch auf Teilhabe an der Verteilung der Vergütung. Eine Verweigerung der Behandlung aufgrund von vermeintlich zu geringem Honorar wurde durch das BSG (B 6 KA 36/00R vom 14.03.2001) als nicht rechtmäßig eingestuft.

Eine Behandlungsverweigerung oder Terminverschiebung ins nächste Quartal ist übrigens rechtswidrig.

Zur Vermeidung von Honorarkürzungen ist die BEMA-Behandlung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot klar abzugrenzen.

Eine private Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z der PAR-Behandlung ist nur dann zulässig, wenn die Leistungen nicht den Richtlinien entsprechen oder nicht Bestandteil des BEMA sind.

Im § 85 SGB V ist die Gesamtvergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages an die jeweilige KZV mit befreiender Wirkung geregelt. „Ist der Topf leer, wird auch nicht erstattet.“ In § 85 SGB V Abs. 2 ist geregelt, dass auch Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen der Gesamtvergütung zugerechnet werden.

An dieser Stelle gilt mein Dank den BDIZ EDI-Mitgliedern für die zur Verfügung gestellten Schreiben der Kostenerstatter.

KSA

Abrechnungshotline des BDIZ EDI

Fragen rund um die Kostenerstattung beantwortet Kerstin Salhoff in der Abrechnungshotline des BDIZ EDI immer dienstags von 8 bis 12 Uhr unter Tel.: 089 72069883. Noch schneller geht es via Mail an goz@bdizedi.org



Mitglieder haben die Möglichkeit, die Abrechnungshotline 15 Minuten pro Monat kostenfrei in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus berät Kerstin Salhoff auch gerne gegen Gebühr.

Behandlung eines Patienten mit schwerem Bruxismus, Verlust der vertikalen Dimension, Abrasionsgebiss und Implantatfrakturen

Eine multidisziplinäre Zusammenarbeit von Zahnheilkunde und Schlafmedizin

Ein Beitrag von Eduardo Anitua, DDS, MD, PhD



1



2



3

Bruxismus ist eine sich wiederholende Aktivität der Kaumusku- latur, die durch Knirschen oder Pressen der Zähne gekennzeich- net ist. Er wird begleitet von anderen Symptomen wie Kopf- schmerzen, Gesichts- und Muskelverspannungen im perioralen Bereich sowie im Kopf- und Nackenbereich und manchmal auch von Schmerzen im Kiefergelenk.^{1,2} Bruxismus wurde erstmals 1907 von Maria Pietkiewicz^{1,2} in der medizinischen Fachliteratur beschrieben und in einer ersten klinischen Annäherung mit der Schlafaktivität in Verbindung gebracht. Später zeigte sich jedoch, dass diese Aktivität bei einigen Patienten auch tagsüber – in Kon- zentrationsphasen oder in Stresssituationen – bestehen bleibt.²⁻⁴

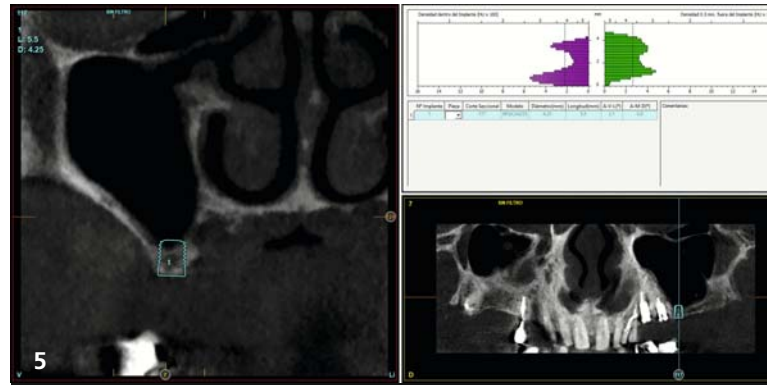
Die Hauptfolgen dieser parafunktionellen Bewegungen – para- funktionell, weil sie keiner normalen oralen Funktion dienen – sind neben der daraus resultierenden Belastung des Kieferge- lenks die Abnutzung der Zähne und das Auftreten von Frakturen und Rissen im Zahnschmelz. Bei einigen Patienten kann die Ab- nutzung so stark sein, dass das Pulpenkavum freigelegt wird und es zu einer irreversiblen Pulpitis oder sogar einer Pulpa- nekrose kommt, die häufig eine endodontische Behandlung des betroffenen Zahns erforderlich macht.^{1,5}

Bruxismus kann mit Schlafstörungen, unwillkürlichen Bewegun- gen, Atemproblemen, erhöhter Muskelaktivität und Veränderun- gen des Herzrhythmus einhergehen.¹ Zu den Schlafstörungen, die mit Bruxismus in Verbindung gebracht werden, gehören das obstruktive Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAS), Parasom- nien, das Restless-Legs-Syndrom, der Unterkiefermyoklonus und REM-Schlafstörungen.¹ Das OSAS ist die Schlafstörung, die am häufigsten mit Bruxismus und anderen dentalen Parafunktionen

Abb. 1: Ausgangsbefund: Extreme Abrasion im Oberkiefer, teilweise fast bis zur Freilegung der Pulpa, und mäßige Abrasion im Unterkiefer. Prothetisch nicht versorgtes Implantat im unteren Frontzahnbereich. – **Abb. 2 und 3:** Starke okklusale Abrasion und Bisskollaps mit okklusalen Kontakten nur im Frontzahnbereich, partielle Extrusion der unteren Eckzähne und Prämolaren.



Abb. 4: Ausgangsröntgenbild. Mehrere kariöse Läsionen im Restgebiss sowie Implantate, die aus unterschiedlichen Gründen nicht belastet wurden. Frakturierte prothetische Komponenten der Verbindung zu den beiden Implantaten im Oberkiefer und zum Implantat 32. Fraktur von Implantat 42 auf Höhe der Implantatkrone. – **Abb. 5:** Ausschnitt aus der Planungs-DVT, der zeigt, wie das extra-kurze Implantat im linken Oberkiefer gesetzt werden könnte. – **Abb. 6:** Panoramaröntgenbild nach endodontischer Behandlung im Oberkiefer, Stumpfaufbau und Einsetzen von provisorischen Kunststoffkronen zur Bisshebung.



in Verbindung gebracht wird, die als eindeutiges Anzeichen dafür gelten, dass der Patient an dieser potenziell lebensbedrohlichen Störung leidet. Dieser Zusammenhang wurde im Lauf der Jahre in verschiedenen epidemiologischen Studien nachgewiesen.⁶⁻¹⁰

Unsere Studiengruppe hat außerdem darauf hingewiesen, dass die Diagnose von Abrasionserscheinungen im Gebiss Anlass für eine detaillierte Schlafanalyse sein sollte, da der Grad der Zahnabration direkt positiv mit dem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI), der Maßeinheit für den Schweregrad des OSAS, korreliert.¹¹⁻¹³ Patienten mit stärkerer Abrasion haben demnach auch höhere AHI-Indexwerte, die zusätzlich mit einer höheren Inzidenz von Schmelz-, Wurzel- und Prothesenfrakturen assoziiert sind.¹²⁻¹⁴ Daher sollte bei Patienten mit mäßig oder stark ausgeprägtem Abrasionsgebiss, hohen Schmelzfrakturen oder defekten prothe-

tischen Versorgungen ein Schlafscreening durchgeführt werden, um das Vorliegen einer Schlafstörung zu bestätigen oder auszuschließen. Zwei Gründe sprechen dafür: Zum einen muss festgestellt werden, ob der Patient an einem OSAS leidet, da dieses lebensbedrohlich sein kann. Zum anderen ist die Rehabilitation eines Patienten ohne Lösung des möglicherweise zugrunde liegenden Problems zum Scheitern verurteilt, denn das OSAS führt beim Patienten weiterhin zu unkontrollierten Episoden okklusaler Spannung.

Der im Folgenden beschriebene klinische Fall betraf einen Patienten mit extremem Bruxismus, sehr starker Abrasion der Restzähne und mehreren Frakturen von Implantatprothesen, prothetischen Komponenten in den Implantaten und die Implantate selbst. Dieser Patient wurde sowohl aus zahnärztlicher als auch



Abb. 7 und 8: Provisorische Situation nach Bisshebung.

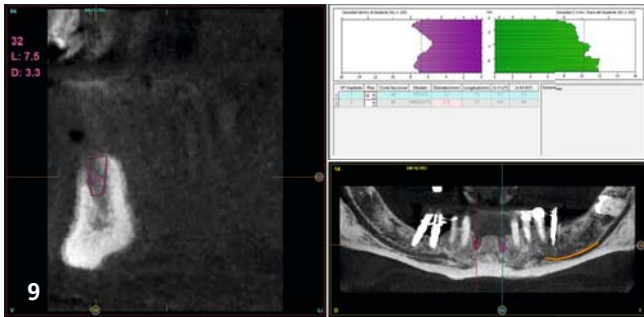


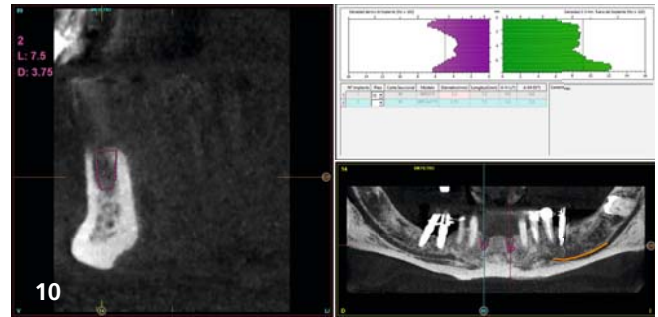
Abb. 9 und 10: Planungs-DVTs der Implantate im unteren Frontzahnbereich. Der Bereich der explantierten Implantate ist bereits regeneriert.

aus schlafmedizinischer Sicht untersucht, und es wurde eine gemeinsame Behandlung durch Vertreter beider Disziplinen durchgeführt, um den Behandlungserfolg zu sichern und die Lebensqualität des Patienten deutlich zu verbessern.

Klinischer Fall

Der 62-jährige Patient wünschte eine Behandlung seiner stark abgenutzten und hypersensiblen Zähne und den Ersatz der fehlenden Zähne. Einige Zähne waren bereits ersetzt worden, doch ohne nachhaltigen Erfolg. Bei der Eingangsuntersuchung wurde eine mäßige Abrasion im Unterkiefer und eine ausgeprägte Abrasion im Oberkiefer festgestellt, wobei in einigen Bereichen sogar das Pulpenkavum durch das Dentin sichtbar war. In Regio 32 war durch die Gingiva hindurch ein frakturiertes Metallteil sichtbar, das der Patient für ein Implantat hielt (Abb. 1).

Die seitlichen Aufnahmen zeigten das Ausmaß der Abrasion und den Zusammenbruch der Okklusion mit einem offensichtlichen



Verlust der vertikalen Dimension sowie eine Extrusion der unteren Zähne, wobei ein Teil der Wurzeln in direktem Kontakt mit der Mundhöhle stand. Zudem wurde ersichtlich, dass die Okklusion ausschließlich frontzahngeführt war (Abb. 2 und 3).

Das Röntgenbild zeigte mehrere nicht belastete Implantate, zwei im linken Oberkiefer mit frakturierten prothetischen Komponenten am Implantat und zwei im Unterkiefer, von denen das eine frakturierte Komponenten und das andere Frakturen des Implantatkopfes aufwies. Außerdem gab es mehrere Kavitäten und einige derzeit komplikationslose implantatgetragene Versorgungen (Abb. 4).

Aufgrund des oralen Zustands des Patienten und weiterer Begleitsymptome (Tagesmüdigkeit und Somnolenz, Schnarchen) wurde der Patient zur Durchführung einer Polysomnografie an ein Schlaflabor überwiesen. Die Untersuchung ergab, dass der Patient an einem leichten OSAS mit einem AHI-Wert von 11,8 in Rückenlage litt. Daher war eine Behandlung mit einer Unter-

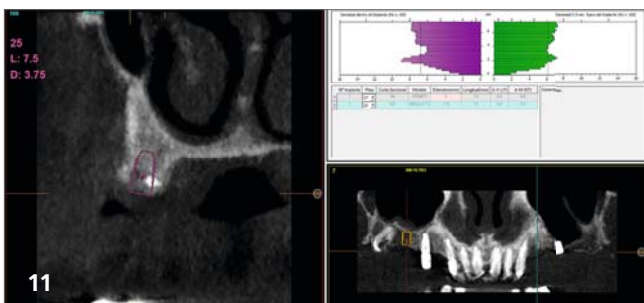


Abb. 11: Planung des Implantats im linken Oberkiefer im Bereich des alten, explantierten Implantats. – Abb. 12: Panoramaröntgenbild nach Insertion der neuen Implantate. Der Patient trug bis zur Insertion der neuen Implantate weiterhin die provisorische Prothese. – Abb. 13: Röntgenbild mit den neuen progressiv belasteten Prothesen mit allen integrierten Implantaten.



Abb. 14 und 15: Intraorales Erscheinungsbild und Lächeln mit dem zweiten Satz Provisorien.



kieferprotrusionsschiene (DIA, Biotechnology Institute) angezeigt, wobei zunächst die okklusale Stabilität wiederhergestellt werden musste, um die Schiene zu stabilisieren. Es wurde entschieden, die Behandlung mit der Wiederherstellung der vertikalen Dimension zu beginnen, was mehrere Wurzelrestaurationen im anterosuperioren Bereich und die Eingliederung von provisorischen Kronen erforderte. Zudem mussten die vorhandenen Implantatprothesen durch provisorische Prothesen mit der erforderlichen vertikalen Dimension ersetzt werden.

Darüber hinaus war ein chirurgischer Eingriff zur Explantation aller Implantate erforderlich, die nicht belastet waren und aufgrund schwerer Schäden am Implantatgewinde und Frakturen nicht mehr genutzt werden konnten. Weiterhin wurde im linken Oberkiefer hinter den Explantaten ein extrakurzes distales Implantat (5,5 mm) inseriert, um eine Sinusbodenelevation zu vermeiden (Abb. 5 und 6) und die Morbidität zu reduzieren. Diese erste Bisshebung mit provisorischen Versorgungen ermöglichte es uns, das endgültige Okklusionsmuster zu konfigurieren und

eine progressive Dehnung der stark kontrahierten Kaumuskulatur zu erreichen (Abb. 7 und 8).

Drei Monate später konnten neue Implantate in die vollständig regenerierten Explantationsbereiche inseriert werden. Dazu wurden die provisorischen Versorgungen entfernt und Implantate im unteren Frontzahnbereich inseriert (Abb. 9 und 10). Auch der linke Oberkiefer wurde für die Implantatinserion vorbereitet. Im rechten Oberkiefer wurde ein zusätzliches Implantat inseriert, um die Stabilität für die spätere implantatgetragene Rehabilitation in diesem Bereich zu erhöhen (Abb. 11). Der Patient trug weiterhin die Provisorien und wartete auf die Belastung der neuen Implantate, die in zwei chirurgischen Phasen geplant war, während die okklusale Anpassung an die neue vertikale Dimension fortgesetzt wurde (Abb. 12).

Als die Implantate sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer nach drei Monaten perfekt integriert waren, wurde ein zweiter Satz progressiv belasteter Provisorien angefertigt, der alle oberen und



Abb. 16: Röntgenbild mit den definitiven Kronen und den Provisorien auf den angepassten Implantaten. – **Abb. 17 und 18:** Definitive zahn- und implantatgetragene Kronen. Das ästhetische Ergebnis ist in dieser Phase gut zu erkennen. Okklusion, vertikale Dimension und Okklusionsebene sind stabil.





19



20



21

Abb. 19: Abschlussröntgenbild mit den definitiven Kronen. – **Abb. 20 und 21:** Ausgangsröntgenbild und Kontrollröntgenbild nach einem Jahr. Die Situation ist absolut stabil.

unteren Implantate umfasste. Auch hierbei handelte es sich um Kunststoffprothesen, sodass während der Planungsphase alle notwendigen Anpassungen der vertikalen Dimension erfolgen konnten. Die Kunststoffprothesen waren auf Gelenksteinen abgestützt, auf denen die erforderliche Anatomie in Kunststoff aufgebaut wurde (Abb. 13 – 15). Diese Prothesen boten auch die Möglichkeit, die vom Patienten gewünschten ästhetischen Anpassungen für die definitive Versorgung vorwegzunehmen. Zwei Monate später war eine stabile vertikale Dimension er-

reicht, und die endgültigen Kronen konnten eingegliedert werden. Diese Kronen bestanden aus Keramik (IPS e.max, Ivoclar) und wurden mit Kompositzement befestigt. Nach dem Einsetzen der Kronen wurden die implantatgetragenen Provisorien für die letzte provisorische Phase entsprechend hohlgelegt (Abb. 16). Einen Monat später wurden die definitiven implantatgetragenen Kronen eingegliedert, womit die Behandlung abgeschlossen war. Die implantatgetragenen, transepithelial verschraubten Kronen bestanden aus CAD/CAM-gefertigten Metallgerüsten mit prophetischen Anschlusskomponenten (Multi-Im, BTI), auf denen die Kronen anschließend manuell in Keramik aufgebaut wurden (Abb. 17 – 19). Das ästhetische Ergebnis ist in dieser Phase gut zu erkennen. Okklusion, vertikale Dimension und Okklusionsebene sind stabil.

Da eine gute anteriore und posteriore Stabilität erreicht und die vertikale Dimension wiederhergestellt war, konnte der Patient nun zur OSAS-Therapie an das Schlaflabor überwiesen werden. Der Patient erhielt eine Unterkieferprotrusionsschiene. Nach zwei Titrationen mit Tensorwechsel (um die minimale effektive Protrusion zu erreichen) konnte der AHI-Wert des Patienten auf 3 gesenkt werden. Der Patient wurde weiter beobachtet. Es traten bis zur Nachuntersuchung nach einem Jahr keine prophetischen Komplikationen auf, und es konnten keine Frakturen der prophetischen Komponenten festgestellt werden (Abb. 20 – 25).

Diskussion

Bei einem ausgeprägten Abrasionsgebiss ist es entscheidend, alle möglichen ursächlichen Faktoren zu identifizieren, um die Situation prophetisch zu korrigieren und Rezidive zu vermeiden. Wird nur die Funktion rehabilitiert, ohne die parafunktionellen Gewohnheiten und deren Ätiologie zu berücksichtigen, ist der Misserfolg vorprogrammiert.^{15,16}

Wenn sich die Okklusion so weit verschlechtert hat, dass es zu einem Bisskollaps und einer vertikalen Dehnung kommt, reicht es nicht aus, diese Situation nur unter dem Gesichtspunkt der Schlafstörung zu behandeln oder nur zu versuchen, durch eine Sanierung der Okklusion eine weitere Abrasion zu verhindern. Vielmehr muss ein multidisziplinärer Ansatz gewählt werden, der alle Faktoren berücksichtigt, die die Situation beeinflussen können. Ansätze, die sich in ähnlichen Fällen nur auf ein Problem von den genannten konzentrieren, scheitern in der Regel – und hinterlassen frustrierte Behandler und Patienten, die immer wieder erleben, dass die durchgeführten Behandlungen nicht den gewünschten Erfolg bringen.^{17,18}

Um ein dauerhaftes Ergebnis zu erzielen, sollte bei Patienten mit Bisskollaps eine starke Muskeldehnung vermieden werden, da die Bisshebung zu einer erheblichen Dehnung der Kaumuskulatur führt und während der Rehabilitation Kontraktionen und Balance-



22



23



24



25

Abb. 22 bis 25: Vor und nach der Behandlung (bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr). Erreichte Stabilität und weiterhin intakte Rehabilitation.

störungen bewirken kann. Daher können weichere und formbarere Materialien wie Komposite und eine progressive Dehnung der Muskulatur durch provisorische Prothesen der Schlüssel zum gewünschten Ergebnis sein.^{19–23} Wie bei anderen komplexen Fällen ist daher die Planung von größter Bedeutung. Eine zu starke Bisshebung in zu kurzer Zeit sollte vermieden werden. Vor dem Eingliedern des definitiven Zahnersatzes sind unbedingt verschiedene provisorische Phasen zu durchlaufen, um die Artikulation, die Muskulatur und die Kaumuster ausreichend berücksichtigen zu können.^{19–25}

Schließlich ist zu bedenken, dass Patienten mit ausgeprägtem Abrasionsgebiss vor der zahnärztlichen Rehabilitation im Schlaf-labor auf OSAS untersucht werden sollten. Sobald die notwendige okklusale Abstützung erreicht ist, kann und muss das OSAS begleitend behandelt werden. Ein Abrasionsgebiss kann ein Hinweis auf eine OSAS sein. Zahnärzte sollten diese Möglichkeit in Betracht ziehen und sie bei ihrer Differenzialdiagnose berücksichtigen.

Schlussfolgerung

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Schlaf-labor und zahnärztlicher Praxis ermöglichte es, einen Patienten mit ausgeprägtem Abrasionsgebiss und OSAS umfassend zu behandeln und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

Dr. Eduardo Anitua



Literatur



Konta

Dr. Eduardo Anitua
Fundación Eduardo Anitua
C/ José Maria Cagigal, 19
01007 Vitoria-Gasteiz, Álava, Spanien
Tel.: +34 945 160653
eduardo@fundacioneduardoanitua.org

Zwei verschraubte Kronen im oberen Seitenzahnbereich

Ein Beitrag von Dr. Anthony Bendkowski, Großbritannien

Im folgenden Fall wurde die angestrebte verschraubte Versorgung der Zähne 15 und 16 mit dem DS OmniTaper-Implantatsystem erfolgreich durchgeführt. Dieser Fallbericht ist als Anregung für Zahnärzte und Zahntechniker gedacht und stellt nicht notwendigerweise eine Empfehlung von Dentsply Sirona dar.



1

Einleitung

Die 64-jährige Patientin hatte bereits ein stark restauriertes Gebiss. Kürzlich hatte sie den zweiten Prämolaren und den oberen rechten ersten Molaren (Zahn 15 und 16) verloren, was zu einer Freiersituation ohne distale Pfeiler führte. Es wurde eine Implantatlösung mit zwei verschraubten Einzelkronen auf zwei OmniTaper EV-Implantaten (Dentsply Sirona) vorgeschlagen und ein digitaler Workflow mit Primescan und Atlantis geplant.



2

Abb. 1: Die Zähne 15 und 16 waren nicht erhaltungswürdig und wurden vor der Implantatbehandlung extrahiert. – **Abb. 2:** Panoramaröntgenbild. Ausreichendes Knochenangebot im oberen Seitenzahnbereich. – **Abb. 3:** Mukoperiostlappen und Richtungsindikatoren in situ. – **Abb. 4:** Insertion eines OmniTaper EV-Implantats ($\varnothing 3,8 \times 11$ mm) in Regio 15 mit dem TempBase-Eindrehinstrument. – **Abb. 5:** Insertion der beiden OmniTaper EV-Implantate mit den vormontierten TempBase-Abutments.



3



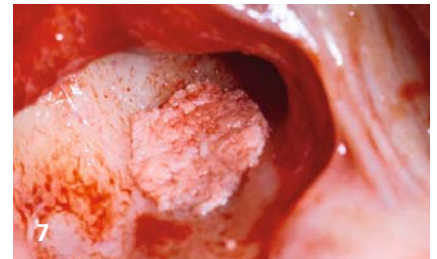
4



5



Abb. 6: Verwendung des Einwegknochenfilters BoneTrap zur Augmentation der kleinen Knochenfenestration. – **Abb. 7:** Mit dem BoneTrap in größerer Menge gewonnener autologer Knochen. – **Abb. 8:** Symbios-Xenograft-Granulat, aufgeschichtet über dem autologen Knochen. – **Abb. 9:** Zugeschnittene Symbios Kollagenmembran SR 15×20mm.



Die nicht erhaltungswürdigen Zähne 15 und 16 waren bereits vor der geplanten Implantatbehandlung vom Hauszahnarzt der Patientin extrahiert worden (Abb. 1). Die röntgenologische Beurteilung ergab, dass die Knochentiefe im oberen Seitenzahnbereich für eine zufriedenstellende Implantatinsertion ausreichend war (Abb. 2).

Klinisches Vorgehen

Nach einer ersten Präparation mit dem OmniTaper Bohrer $\varnothing 2,0$ mm wurde ein Mukoperiostlappen gebildet und Rich-

tungsindikatoren gesetzt (Abb. 3). Anschließend folgte die Insertion eines OmniTaper EV-Implantates ($\varnothing 3,8 \times 11$ mm), welches unter Verwendung der vormontierten TempBase-Abutments mit dem TempBase-Eindrehinstrument in Regio 15 und 16 eingedreht und korrekt ausgerichtet wurde (Abb. 4 und 5). Dabei verwendete der Autor eine Implantat-Abutment-Verbindung in Größe M.

Die kleine Knochenfenestration wurde mit dem Einwegknochenfilter BoneTrap (Dentsply Sirona) augmentiert (Abb. 6).

Dabei wurden autologe Knochenpartikel während der Implantatbettauflbereitung entnommen, und somit konnte eine große Menge autologen Knochens gewonnen werden (Abb. 7).

Im nächsten Schritt wurde Symbios Xenograft Granulat (Dentsply Sirona) über den autologen Knochen geschichtet und eine Symbios Kollagenmembran SR (15×20 mm) (Dentsply Sirona) zugeschnitten, um die gesteuerte Knochenregeneration abzuschließen (Abb. 8 und 9). Mit Polyglykolsäure-(PGA-)Nähten wurde ein pas-

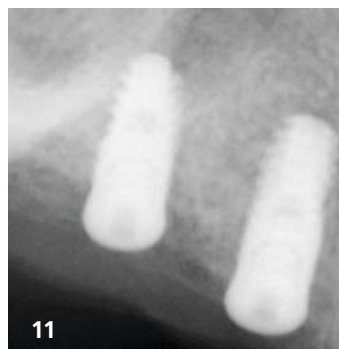
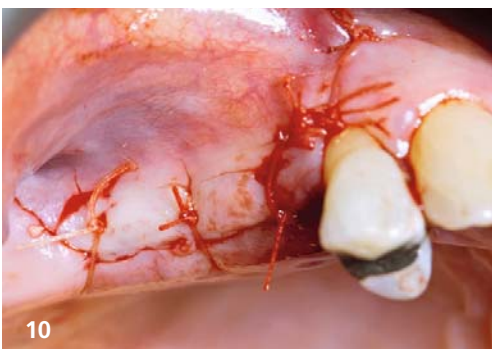


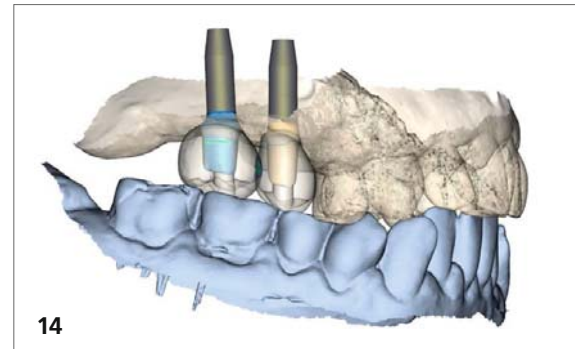
Abb. 10: Passiver Primärverschluss mit PGA-Nähten. – **Abb. 11:** Postoperative Röntgenaufnahme der Implantate.



12



13



14



15



16

Abb. 12: Gingivaformer EV (M), angeschlossen nach drei Monaten. – **Abb. 13:** Abformpfosten Atlantis IO FLO in situ für die digitale Abformung mit Prime-scan. – **Abb. 14:** Konstruktion der Atlantis-Abutments und der Zirkonoxidkronen. – **Abb. 15:** Verschraubte Atlantis CustomBase-Abutments und Zirkonoxidkronen mit guter Passung. – **Abb. 16:** Röntgenaufnahmen zum Überprüfen der korrekten Passung. – **Abb. 17:** Verschlussene Schraubenzugangskanäle und neue Kompositfüllung an Zahn 14. – **Abb. 18:** Die eingegliederten Kronen.



17



18

siver Primärverschluss erreicht (Abb. 10 und 11).

Drei Monate nach der Implantation wurden Gingivaformer (Größe M) eingesetzt (Abb. 12). Anschließend erfolgte die Aufschraubung der Scanabutments (Atlantis IO FLO, Dentsply Sirona), um eine digitale Abformung mit dem Intraoralscanner Primescan (Dentsply Sirona) zu ermöglichen. Die beiden Kronen wurden wie geplant aus Zirkonoxid auf Atlantis-Abutments hergestellt (Abb. 13 und 14).

Nach der Eingliederung wurde eine Röntgenaufnahme angefertigt, um den korrekten Sitz der Restaurationen zu überprüfen. Die Atlantis CustomBase-Abutments

und die Zirkonoxidkronen zeigten eine gute Passung (Abb. 15 und 16). Da kein okklusales Einschleifen erforderlich war, konnten die Schraubenzugangskanäle verschlossen werden. Die Amalgamfüllung an Zahn 14 wurde durch eine Kompositfüllung ersetzt (Abb. 17 und 18).

Dr. Anthony Bendkowski



Kontakt

Dr. Anthony Bendkowski
 Privatpraxis für Mund-
 und Kieferchirurgie
 Maidstone, Kent, Großbritannien

Bericht zum 18. Experten Symposium des BDIZ EDI

Gewusst, wie!

Kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate aus allen Blickwinkeln betrachtet. Das 18. Experten Symposium in Köln bot ein spannendes eintägiges, hochwertiges Kongressprogramm.



Moderiert wurde das Symposium von Prof. Dr. H.J. Nickenig (links) und Christian Berger (3. v. li.). Teilnehmer und Gast: der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Christoph Benz (Mitte) neben den Referenten Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Dr. Alexandros Manolakis und Prof. Dr. Friedhelm Heinemann.

Zum Auftakt stellte Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Vorstandsmitglied des BDIZ EDI aus Ansbach, die Frage, ob es nicht Alternativen zu den Implantaten gibt, um die es während des Symposiums ging. Tröltzsch hat die Leitlinie zur Augmentation von DGI und AWMF verfasst. „Was wir immer sagen müssen: alleinstehende augmentative Eingriffe haben natürlich ihr eigenes Set an Komplikationen und Fehlschlagsmöglichkeiten.“ Im ersten Teil seines Vortrags stellte der Referent die Frage: Warum setzen wir welches Implantat? Die Augmentation in jedem Fall zu vermeiden – auch weil der Patient das so will –, sei nicht immer zielführend. Wichtig sei vielmehr, den Patienten vollumfänglich über die Chancen und Risiken aufgeklärt zu haben. Anhand eines Schaubildes aus der genannten Leitlinie hob er die besondere Bedeutung des den Defekt umfassenden Weichgewebemantels („Skeletal Envelo-

pe“) hervor. Dessen Erfassen und dessen Definition sei mitbestimmender Faktor für den Augmentationserfolg. In der klinischen Praxis zeige sich, dass ein Verdrängen des Weichgewebes über dessen ursprüngliche Position vor Entstehung des Defekts hinaus eine andere Art der Augmentation darstelle als eine Augmentation innerhalb der Position des Weichgewebemantels. Tröltzsch machte deutlich, dass es eine wichtige Rolle spiele, wie weit der Weichgewebemantel über dessen ursprüngliche Position hinaus verdrängt werden muss – das sei Hochrisikogebiet.

Tröltzsch verwies auf den Mindestabstand zwischen den Implantaten (Tarnow et al.) – egal, ob kurze, angulierte oder schmale Implantate. Aber nicht nur die laterale Dimension, sondern auch die Breite des Knochens sei von Bedeutung. „Wenn wir nicht zwei Millimeter Platz um

das Implantat lassen, ist der Misserfolg vorprogrammiert!“ Bei der Planung befindet sich die Implantologie derzeit in der Post-Backward-Planning-Phase, so der Referent. Geplant werde in Abwägung der Komplikationswahrscheinlichkeiten nach prophetischer Planung. Die Implantatdimension – gerade die Länge – könnte ein Faktor sein, warum Längen um die 6 mm möglicherweise schwerer zu retten seien, wenn es zu Komplikationen kommt, „weil wir einfach keine Reserve haben.“ „Wenn wir „breit“ werden, ist natürlich ein vertikaler Verlust viel wahrscheinlicher als nur ein „Trichter“ um das Implantat. Die Implantatdimensionen könnten bei einer potentiellen Rettung tatsächlich eine Rolle spielen. Am Ende machte Dr. Dr. Tröltzsch klar, dass für ihn das Thema Augmentation versus alternative Techniken die falsche Frage sei. „Wir müssen fragen, wie können wir für den Patienten die bestmögliche Ergebnissituation mit dem geringsten Risiko erreichen. Am Ende muss



Dr. Dr. Markus Tröltzsch

die Antwort lauten: Wie ergänzen sich die Techniken, um dieses Ziel für den Patienten zu erreichen.“

„Kurze“ im Visier

Der „Papst“ der kurzen Implantate, Dr. Eduardo Anitua (Vitoria), beschäftigte sich in Köln mit der Frage, inwieweit die kurzen Implantate eine verlässliche Alternative zu Standardimplantaten sein können. Die sehr Kurzen – inzwischen mit einer Länge von weniger als 5 mm erhältlich – liefern aus seiner Sicht einen Mehrwert, der die Anforderungen an das Knochenvolumen reduziert. Bei der Anwendung seien aber auch ein hohes Maß an chirurgischem Können und die richtigen Instrumente erforderlich, weil der Chirurg nicht selten im Bereich kritischer anatomischer Strukturen arbeite.

Anitua erinnerte an seine Anfänge vor 35 Jahren, als die Implantate eine Länge von 13 oder 15 mm aufwiesen, während heute die durchschnittliche Länge seiner Implantate bei 6,5 mm liege. Er habe diverse biomechanische Analysen durchgeführt, um die Belastbarkeit der Implantate und des Knochens zu testen und Bücher darüber verfasst. Das Ergebnis seiner Arbeit: Je größer der Durchmesser des Implantats, desto weniger Spannung laste auf dem Knochen. Dann befasste er sich in Studien mit der Länge des Implantats in der Maxilla und stellte fest, dass kurze,

6,5 oder 5,5 mm-Implantate, die gleichen Resultate aufwiesen wie die „langen“. Bei vertikal inserierten Implantaten spiele die Länge des Implantats keine Rolle, so Anitua. Die Frage habe sich ihm schließlich gestellt, warum auch er so viele laterale Sinuslifts in seinem Leben gemacht hätte, nur um 13 mm-Implantate inserieren zu können, wenn er die exakt gleichen Resultate mit 5,5 oder 6,5 mm kurzen Implantaten erreichen und dabei Schmerz reduzieren und die Vorhersagbarkeit erhöhen könnte. Im Verlauf weiterer Studien habe er festgestellt, dass selbst 4,5 und 5 mm-Implantate im Vergleich zu 10-, 11- oder 13 mm-Implantaten die gleichen Ergebnisse hinsichtlich der Krafteinwirkung auf den Bereich der maximalen Gesamtbelastung aufwiesen. Sein erstes Fazit: „Beim vertikalen Inserieren des Implantats spielt dessen Länge keine Rolle!“. Völlig anders bewertet er die angulierten Implantate. Sie erhöhten „exponentiell“ die Spannung. Anitua nannte biomechanische Nachteile und eine hohe Entnahmekomplikation als weitere Argumente, die gegen die „Angulierten“ sprächen. Er bezeichnete sie als einen der größten Fehler der letzten 20 Jahre in der Implantologie aus wissenschaftlicher Sicht. Bei All-on-4- und All-on-6-Versorgungen plädiert er für das Vermeiden von Freundsituationen, was die Spannung auf den Knochen reduziere und die Vorhersagbarkeit der Behandlung erhöhe.

Plädoyer für die Angulierten

Konträr zu den Aussagen von Dr. Eduardo Anitua verfocht Dr. Alexandros Manolakis (Thessaloniki) im Anschluss den Einsatz von angulierten Implantaten und zeigte auf, warum sie eine schnellere Rehabilitation der Patienten mit resorbiertem Kiefer, oft im Sinne einer Sofortversorgung, ermöglichen könnten. Wichtig sei die genaue Positionierung der Implantate, die Menge an Knochen um die Implantate und vor allem das Design der prothetischen Versorgung. Warum und wann angulierte Implantate? Weil besonders im posterioren Bereich von Ober- und Un-

terkiefer oftmals zu wenig Knochen – auch für den Einsatz von kurzen Implantate – zur Verfügung stünde, außerdem wolle man dem Patienten eine festsitzende Versorgung ermöglichen und das am besten ohne Knochenaugmentation, und dabei könne man gleichzeitig eine hohe Primärstabilität erreichen. „Und es erlaubt uns eine Sofortversorgung durchzuführen“. Für den Referenten macht das Konzept aus biomechanischer Sicht viel Sinn, denn man wolle die distale Extension einer festsitzenden Brücke so klein wie möglich gestalten. Bei dem All-on-4- bzw. Fast & fixed-Konzept könne das distale Implantat oder der Kopf des distalen Implantats in Position des zweiten Prämolaren gebracht werden, sodass ein Zahn, ein Molar als Extension da sei.

„Klinisch gesehen zeigen die schräg gesetzten Implantate keinen Unterschied in den Überlebensraten zu gerade gesetzten.“ Verlustrate im OK: 0–3,3%, im UK: bis 7,2% (De Bruyn et al.)

Bei den marginalen Knochen und Knochenverlusten auf Zeit gäbe es unterschiedliche Meinungen, so Manolakis. Einige Metaanalysen bescheinigten ein identisches Knochenverhalten, andere deutlich mehr Knochenverlust bei schrägen Implantaten. Für Manolakis lediglich statisch, aber nicht klinisch signifikant, bei 0,2 bzw. 0,3 mm.



Dr. Eduardo Anitua



Dr. Alexandros Manolakis

Was passiert im Worst-Case-Szenario, also bei einer Periimplantitis? Manolakis sieht in solchen Fällen die längeren (angulierten) Implantate klar im Vorteil. Die kurzen 5 mm-Implantate müsse man wahrscheinlich entfernen, während bei den 10- oder 12 mm-Implantaten Raum für die Behandlung zur Verfügung stünde.

Fehlende Studien bei den durchmesserreduzierten Implantaten

Dimensionsreduzierte Implantate waren das Thema von Priv.-Doz. Dr. Dr. Keyvan Sagheb (Uni Mainz), der anhand klinischer Fälle und der aktuellen Literatur die wichtigen Erfolgskriterien diskutierte. Aus Behandler-sicht spiele die Frage nach der Notwendigkeit von aufwendigen Behandlungskonzepten oder die Möglichkeit von Therapiealternativen mit geringerem chirurgischen Aufwand eine zentrale Rolle. Zwei Dinge sind Sagheb vor jeder Implantation wichtig: „Mache ich ein Alveolen-Management oder eine Sofortimplantation?“ Dabei spannend: die durchmesserreduzierten Implantate und die kurzen Implantate, die an der Uniklinik in Mainz mit kleiner als 8 mm definiert werden. Aber natürlich spiele auch die Frage nach den angulierten Implantaten mit All-on-4 oder All-on-6 eine Rolle. Bei den durchmesserreduzierten Implantaten interessierte ihn die Frage, ob sie genauso gut, besser oder schlechter seien als ein Implantat im atrophierten Kiefer, wo augmen-

tiert werden muss. Laut Literatur hätten die durchmesserreduzierten Implantate (intraossärer Durchmesser < 3,5 mm) etwa gleich hohe Überlebensraten wie Standardimplantate (98%). Leider gäbe es zur Aussage des Papiers von Nicola Alberto Valente et al. keine vergleichende Literatur. Es existieren laut Sagheb keine prospektiven randomisierten Studien, die sich mit der Fragestellung beschäftigen, weil das Studiendesign schwierig umzusetzen sei.

Für die drei Gruppen der durchmesserreduzierten Implantate stellte Dr. Dr. Sagheb fest, dass Mini-Implantate ($d = < 2,5$ mm) für die Unterstützung von definitiven OK- und UK-Vollprothesen funktionierten, und für Interimsprothesen in Mainz im OK sechs und im UK mindestens vier Implantate inseriert werden – möglichst verzögert im OK und im UK auch lieber vier bis sechs Wochen warten, was funktioniert, bei den neuen hydrophilen Oberflächen. In der Kategorie der schmalen Implantate von 2,5 bis < 3,3 mm Durchmesser sieht Sagheb deren Vorteile eindeutig im anterioren Bereich mit reduzierter interdentaler Breite (seitliche OK-Schneidezähne und UK-Frontzähne). Die für ihn spannendste Gruppe sind die Implantate mit Durchmesser zwischen 3,3 und 3,5 mm zur Unterstützung von definitiven OK- und UK-Vollprothesen. Im Seitenzahnbereich scheine das eine Alternative darzustellen, aber auch für die Einzelzahnversorgung. Zusammenfassend sieht er die „Schmalen“ als Alternative bei reduzierter mesiodistaler Breite, um die Augmentation und die Komplexität der lateralen Augmentation zu vermeiden, somit die Morbidität zu reduzieren und um einzeitige Verfahren im Gegensatz zu zweizeitigen durchzuführen.

„Minis“ als Erweiterung, nicht als Ersatz

„Prothesenfixierung mit Mini-Implantaten – Erfahrungen aus der Praxis“ lautete der Vortrag von Prof. Dr. Friedhelm Heinemann (Uni Greifswald). Er beleuchtet se-

riöse Alternativen für Patienten, für die umfangreiche Augmentationen mit erhöhtem Zeitaufwand weder anamnestisch noch hinsichtlich Patientenwunsch infrage kommen. Kürzere oder dünnere Implantate könnten dies für bestimmte Indikationen gewährleisten. Dabei müssten allerdings wissenschaftliche Grundlagen in die Anwendung der durchmesser- oder längenreduzierten Implantate einfließen.

Die Definition der Mini-Implantate wurde bei der 18. Europäischen Konsensuskonferenz konsentiert. Professor Heinemann stellte sie nochmals vor: Implantate mit einem Durchmesser $\leq 2,7$ mm bezeichne man als Mini-Implantate (fast ausschließlich einphasig). Sie seien auf jeden Fall transgingival, womit eine Primärbelastung nicht absolut ausgeschlossen werden könne. Er zeigte 10 bis 15 Jahre alte Fälle mit Mini-Implantaten als Pfeiler-Ergänzung in der Teilprothetik, als Ersatz verlorengangener Zähne oder als zusätzliche Abstützung – auch für den Zahn (Greifswalder Konzept).

Professor Heinemann erinnerte an eine retrospektive Studie von Professor Mundt von der Uni Greifswald, in der er vor ca. 15 Jahren 738 Mini-Implantate nachuntersucht hat hinsichtlich klinischer Performance zur Stabilisierung von Totalprothesen, Risikofaktoren für Misserfolge, periimplantärer Gesundheit, hinsichtlich des marginalen Knochenabbaus und des



Priv.-Doz. Dr. Dr. Keyvan Sagheb



Prof. Dr. Friedhelm Heinemann

Nachsorgeaufwands mundgesundheitsbezogener Lebensqualität. Ergebnis: Im fünf-Jahreszeitraum 95,7 Prozent Erfolg im OK und 94,3 Prozent im UK – 15 Verluste im OK und 11 im UK, allerdings auch 5/9 Re-Implantationen. Dabei sei ein wichtiger Punkt, dass die Prothese bleibe! „Es ist im Prinzip ein sehr einfaches, kein besonders hochwertiges Verfahren bei der prothetischen Versorgung.“ Man müsse vieles lernen bei diesem Verfahren und es sei anders als die Vorgehensweise mit Standardimplantaten. Für ihn, Heinemann, stelle es durchaus eine Erweiterung seiner implantologischen Tätigkeit dar, aber kein Ersatz.

Insgesamt stellen aus seiner Sicht durchmesserreduzierte Implantate eine Erweiterung des Indikationsspektrums dar – insbesondere angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung und deren Multimorbidität. Hier würden durchmesserreduzierte Implantate zur Abstützung von Teil- und Vollprothesen eine immer größer werdende Bedeutung zukommen. Auf der anderen Seite stellten sie aber grundsätzlich keine Anfängerindikation dar. Insbesondere bei transgingivaler Implantation und bei extrem reduziertem Knochenangebot sollte die Anwendung einem erfahrenen Implantologen vorbehalten bleiben.



Dr. Ingo Frank



Rege Diskussion aus dem Auditorium nach jedem Vortrag.

Feste Zähne an einem Tag – ein Praxisbericht

Dr. Ingo Frank (Landsberg) widmete sich dem Thema „Feste Zähne an einem Tag – verlässliche Therapieoption?“ und zeigte im Vortrag Therapieansätze für Patienten mit parodontal geschädigtem Gebiss. Für viele Patienten sei die sofortige Wiederherstellung der Kaufunktion oft der Schlüssel, mit der Behandlung zu beginnen. In seinem Vortrag beantwortete er anhand klinischer Fälle die Entscheidung für oder gegen die Sofortbelastung. Es ging um die optimale prothetische Verankerung für ästhetische, funktionelle und wirtschaftliche Versorgungen. Frank stellte das System der Praxis in Landsberg vor. Die Hauptpatientenklientel interessiere sich für feste Zähne an einem Tag. Dabei werden in Landsberg drei bis vier Mal in der Woche Patienten in Vollnarkose behandelt. Klassischer Patient: 50+, der viel gearbeitet habe im Leben und jetzt merke – er müsse etwas tun, oftmals mit Angst befrachtet und bislang jemand, der sich nicht besonders gut um seine Zähne gekümmert habe. In Landsberg werde mit digitaler Abformung gearbeitet. Für die Patientenversorgung stehen insgesamt 16 Implantatsysteme zur Verfügung, vier der Systeme verfügen über Sofortversorgungskonzepte. Er zeigte einen Fall, an dem er komplett alleine, ohne Praxislabor, full-guided gearbeitet hatte, gab aber zu, dass er dies nicht unbedingt präferiere, weil Probleme nicht auftauchen dürften.

In der Landsberger Praxis werde vorwiegend mit Begrenzungsschablone gearbeitet. Anhand diverser Fälle zeigte Dr. Frank die Arbeitsweise in der Praxis: mit präziser Patientenselektion, prothetikorientiert, insbesondere bei festen Zähnen an einem Tag, nie ohne 3D-Scan, insgesamt mit digitalem Workflow und mit einem engmaschigen Recall.

Fazit

Am Ende des Experten-Symposiums stellte Prof. Dr. Jörg Neugebauer den Praxisleitfaden 2023 zum Thema „kurze, angulierte und durchmesserreduzierte Implantate“ vor, der zum zweiten Mal seit Beginn der Europäischen Konsensuskonferenzen überarbeitet worden ist. Den Praxisleitfaden haben wir bereits in Ausgabe 1/2023 ausführlich vorgestellt. Die Empfehlung der unter seiner Moderation erarbeiteten Handlungsempfehlung: „Kurze, angulierte oder durchmesserreduzierte Implantate bei reduziertem Knochenangebot stellen heute unter Beachtung der spezifischen Behandlungsparameter eine sichere Therapieoption im Vergleich zu den Risiken von Implantaten mit Standardabmessungen in Kombination mit augmentativen Verfahren dar. Der implantierende Zahnarzt und der Prothetiker müssen entsprechend geschult sein, damit sie für jeden Patienten die optimale Therapie finden können.“

AWU

Osteologie-Symposium 2023

Neue Ansätze zum Thema Sofortversorgung und Weichgewebsmanagement

Während des Internationalen Osteologie-Symposiums 2023 vom 27. bis 29. April 2023 in Barcelona, Spanien, kamen führende Experten aus allen Bereichen der Regeneration zusammen und boten ein spannendes Programm mit insgesamt 80 Vorträgen und 14 Workshops unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Pamela K. McClain und Dr. Istvan Urban. BioHorizons Camlog offerierte als ein Gold Partner zwei Fortbildungsprogramme, dazu zählten ein informatives Unternehmensforum zur Sofortversorgung mit CONELOG® PROGRESSIVE-LINE sowie ein Workshop zum Thema Weichgewebsmanagement mit NovoMatrix™, dem Weichgewebe-Augmentationsmaterial der nächsten Generation.



Am Donnerstag, dem 27. April 2023, gab Dr. Ramón Gómez Meda (Spanien) Einblicke in einen neuen Ansatz zur Weichgewebsaugmentation um Implantate unter Verwendung der dermalen Matrix NovoMatrix™. Er befasste sich eingehend mit Indikationen, Techniken und klinischen Fällen und hob dabei die Weichgewebsaugmentation besonders hervor. Die Teilnehmer profitierten von einem Hands-on-Training am Schweinekiefer, um VISTA-, Tunnel- und krestale Inzisionstechniken für die Weichgewebsaugmentation zu erlernen.

Später, am selben Tag, stellte Dr. Tomas Linkevicius (Litauen) einen differenzierten Ansatz für Sofortimplantatkonzepte mit dem Titel „Turning contraindication for immediacy into indication“ (Kontraindikation

für Sofortversorgung in Indikation verwandeln) im Zuge eines Unternehmensforums vor. Im Zuge dessen wurde u. a. erörtert, warum eine Sofortimplantatbehandlung häufig eine optimale Lösung darstellt und wie die Indikationen für Sofortimplantate erweitert werden können.

Am Stand von BioHorizons Camlog konnten Teilnehmer das breite Portfolio des Unternehmens an innovativen und ganzheitlichen regenerativen Lösungen durch seine umfassende Linie von Biomaterialien entdecken, darunter Knochenersatztransplantate (allogen, porcine, bovine und synthetisch), Membranen (porcine, bovine und synthetisch), rekonstruktive Gewebematrizen (porcine) und Wundverbände (bovine). BioHorizons Camlog hat sich mit einem umfassenden Portfolio an Biomaterialien

etabliert, das Zahnärzten ermöglicht, ihren Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Weitere Informationen unter www.biohorizonscamlog.com.

Kontakt

CAMLOG Biotechnologies GmbH
Margarethenstrasse 38
4053 Basel, Schweiz
Tel.: +41 615654100
contact@biohorizonscamlog.com

Kulzer richtet Board of Management neu aus

Mit der Einführung von Lean Management, agilen Arbeitsmethoden und der engen Einbindung von Kunden in die Produktentwicklung hat Kulzer in den vergangenen Jahren den Grundstein gelegt, sich zukunftssicher aufzustellen. Jetzt geht das Unternehmen den nächsten Schritt und verändert die Zuständigkeiten in der Geschäftsleitung zum 1. Juni. Damit möchte das Unternehmen eine größere Dynamik erreichen und fokussierter handeln können.

Alle Bereiche vom Auftragseingang über die Produktion bis hin zur Auslieferung und dem Kundenservice werden zukünftig unter der neugeschaffenen Position des Chief Operating Officer (COO) zusammenlaufen, die die bisherige Chief Human Resources Officer (CHRO) Jeanette Abuja übernehmen wird. Marc Berendes: „Ich freue mich, Jeanette Abuja für diese Aufgabe gewinnen zu können. Mit ihrer langjährigen und weitreichenden Erfahrung in der Prozessoptimierung wird sie unsere Abläufe weiter so verbessern, dass Kunden noch schneller mit unseren hochwertigen Produkten und Services versorgt werden.“ Die Position der Personalleitung (CHRO) wird zeitnah nachbesetzt.

Veränderungen im Sales und Marketing

Für Kulzer ist Innovation eine Kernkompetenz, um die Bedürfnisse in Praxis und Labor zu erfüllen. Daher rücken auch Produktentwicklung, -betreuung und -vermarktung enger zusammen. Seit 2019 arbeiten diese Bereiche bereits in agilen, funktionsübergreifenden Teams – nun wird auch die Berichtslinie angepasst: Dr. Sascha Cramer von Clausbruch wird die Bereiche künftig als Chief Innovation and Marketing Officer (CIMO) leiten.

Zur weiteren Stärkung der Kundenbeziehungen werden die Sales-Organisationen von Kulzer künftig direkt an CEO Marc Berendes berichten. Die Funktionen des Chief Sales Officer und Chief Marketing



Marc Berendes, Chief Executive Officer (CEO)



Clemens Höb, Chief Financial Officer (CFO)

Officer werden aufgelöst; Stefan Klomann und Matthias Borst werden das Unternehmen zum 1. Juni verlassen. „Matthias Borst hat dank seiner langjährigen Vertriebs Erfahrung ein klares Bild davon, was Kunden heute erwarten, und hat die Vertriebsaktivitäten konsequent darauf ausgerichtet. Stefan Klomann bringt sein umfangreiches Marketingwissen seit zwei Jahrzehnten in den Dentalmarkt ein. Dank seiner Expertise und Kreativität ist es uns in der Pandemie gelungen, unsere digitalen Kanäle wirksam einzusetzen, neue Formate zu schaffen und so nah an unseren Kunden zu bleiben. Beide haben in den vergangenen Jahren wesentliche Weichen gestellt und einen wichtigen Beitrag zum Erfolg Kulzers geleistet. Für ihr außerordentliches Engagement bin ich ihnen sehr dankbar“, betont CEO Marc Berendes.

Die übrigen Funktionen innerhalb des Boards bleiben unverändert. CEO Marc

Berendes: „Mit der Neuorganisation des Board of Managements machen wir einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur Umsetzung unserer Strategie 2030 und unserem Ziel, noch näher am Kunden zu sein. Wir sind überzeugt, dass uns diese Veränderungen helfen werden, unser Wachstum weiter zu beschleunigen und unsere Position als einer der weltweit führenden Anbieter von Dentalprodukten zu festigen.“

Pressekontakt

Kulzer GmbH
Corporate Communications
Nina Pauker
Leipziger Straße 2
63450 Hanau

www.kulzer.com
Tel.: +49 6181 9689-2482
nina.pauker@kulzer-dental.com

Kulzer GmbH

Als eines der weltweit führenden Dentalunternehmen ist Kulzer seit mehr als 85 Jahren ein verlässlicher Partner für alle Zahnärzte und Zahntechniker. Ob Ästhetische oder Digitale Zahnmedizin, Zahnerhaltung, Prothetik oder Parodontologie, Kulzer steht für bewährte und innovative Dentalprodukte. Mit optimalen Lösungen und Dienstleistungen will Kulzer seine Kunden dabei unterstützen, die Mundgesundheit ihrer Patienten sicher, einfach und effizient wiederherzustellen. Zu diesem Zweck arbeiten mehr als 1.400 Mitarbeiter an 26 Standorten in den Bereichen Forschung, Produktion und Marketing.

Kulzer ist Teil der Mitsui Chemicals Gruppe. Zu der japanischen Mitsui Chemicals Inc. (MCI) mit Sitz in Tokio gehören 131 Tochtergesellschaften mit mehr als 18.000 Mitarbeitern in 27 Ländern. Ihre innovativen und funktionellen Chemieprodukte sind in der Automobil-, Elektronik- und Verpackungsindustrie ebenso gefragt wie im Umweltschutz und im Gesundheitswesen.



Jeanette Abuja, Chief Operating Officer (COO)



Dr. Sascha Cramer von Clausbruch, Chief Innovation and Marketing Officer (CIMO)



Dr. Tadato Oritani, Executive Vice President Corporate Co-ordination

BTI Roadshow 2023/2024



Die dentale Implantologie und Knochenaugmentationen haben ein hohes Maß an Zuverlässigkeit erreicht.

Wie kann man das noch verbessern?

Das zeigen wir Ihnen auf unserer Roadshow 2023/2024, die in sechs Städten

stattfinden wird und somit sicherlich auch in Ihrer Nähe Halt macht.

BTI ist das einzige Unternehmen weltweit, dass in den Bereichen Implantologie und Regeneration mit wachstumsfaktorenreichem Plasma (PRGF) seit über 25 Jahren erfolgreich tätig ist und beide Bereiche durch intensive Forschung und zahlreiche wissenschaftliche Publikationen weiterentwickelt und zusammengeführt hat. Somit können wir sagen: 1 + 1 ist bei BTI mehr als 2.

Investieren Sie ein paar Stunden Zeit und hören Sie von unseren erfahrenen Refe-

renten, wie sie in ihren Praxen beide Bereiche seit vielen Jahren in Kombination erfolgreich umsetzen.

Egal, ob Sie gerade Ihre Praxis eröffnet haben oder schon langjähriger Profi sind, ob Sie Assistent/in sind oder bereits selbstständig: Wir würden uns freuen, wenn Sie schon bald gleich gute Behandlungsergebnisse mit den vorgestellten Konzepten für Ihre Patienten erreichen!

Melden Sie sich für unsere Roadshow an – wir freuen uns auf Sie.

Ihr BTI Team



Prothetikschauber mit Drehmoment-Kalibriersystem

Der NSK Prothetikschauber iSD900 bietet hohe Sicherheit beim Befestigen von Halte- bzw. Abutmentschrauben. Mit drei Geschwindigkeiten (15, 20, 25/min) sowie zwischen 10 und 40 Ncm frei wählbaren Anzugsmomenten (anwählbar in 1- und 5-Ncm-Schritten) ist er geeignet für alle gängigen Implantatsysteme. Das speziell für diese Anwendung konzipierte Drehmoment-Kalibriersystem stellt dabei sicher, dass stets das exakt erforderliche Drehmoment anliegt. Gegenüber herkömmlichen Befestigungssystemen, wie zum Beispiel manuellen Ratschen, bietet der iSD900 eine deutliche Zeitersparnis bei gleichzeitig guter Zugänglichkeit. Der Behandler kann sich so auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich Schrauben ohne Verkanten zu platzieren. Der iSD900 ist leicht und klein wie eine elektrische Zahnbürste; aufgrund seiner Aufladung durch Induktion (d. h. keine Kontaktkorrosion an elektrischen Kontakten) und seines sterilisierbaren Verlängerungs-An-/Aus-Schalters benutzerfreundlich sowie leicht in der Anwendung. Für den Betrieb des iSD900 sind handelsübliche AAA-Akkus geeignet.

Kontakt

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

Next Level Tissue Regeneration

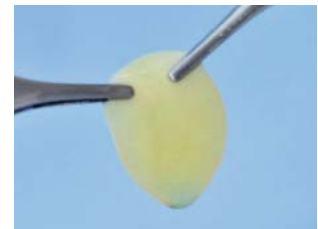
PRGF-Endoret® ist eine der vielseitigsten, sichersten, vorhersag- und reproduzierbarsten Technologien im Bereich der Geweberegeneration. Es verbessert die Heilung der Weichgewebe und führt durch weniger Schmerzen und eine geringere Schwellung zu einer deutlich besseren postoperativen Erfahrung für den Patienten. Außerdem ermöglicht es eine verbesserte Regeneration der Hartgewebe.

PRGF-Endoret® ist rein autolog, in vier Darreichungsformen (flüssig, Clot, Fibrinmembran, als Bestandteil von Sticky Bone) vielseitig anwendbar, unkompliziert in der Herstellung und Handhabung und kommt auch weit über den zahnmedizinischen Bereich hinaus zum Einsatz.

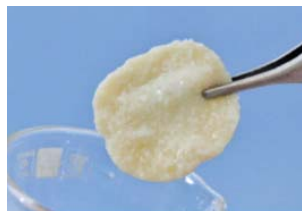
Die Einpatienten-Kits sind mit oder ohne Antikoagulans erhältlich und somit optimal in jeden klinischen Ablauf implementierbar. Über eine Million Patienten aus mehr als 20 Ländern wurden bereits behandelt, ohne dass Nebenwirkungen aufgetreten sind.



Flüssigkeit



Koagulum/Clot



PRGF® mit Biomaterial



Fibrinmembran

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bti-biotechnologyinstitute.de



Kontakt

BTI Deutschland GmbH
Tel.: +49 7231 42806-0
www.bti-biotechnologyinstitute.com

Eine Lösung für neue Herausforderungen

Das Zi Keramik-Implantatsystem von Neodent®, einer Marke der Straumann Group, vereint Flexibilität, Stabilität und Ästhetik und schafft eine neue Lösung für die Implantologie. Dank des modernen, der natürlichen Zahnwurzel nachempfundenen, konischen Keramik-Implantatdesigns ermöglicht diese Lösung hochwertige ästhetische Versorgung.

Neodent® Zi wird in Deutschland bei der maxon dental GmbH produziert, deren hohe Qualitätsstandards auf langjähriger Erfahrung basieren.

Die einzigartige, patentierte ZiLock® Verbindung, eine gerade Innenverbindung aus Keramik mit sechs Kanten und sechs Punkten, ist mit einer langen Schraube ausgestattet. Sie gewährleistet eine sichere Verbindung zwischen dem Keramik-Implantat und dem Keramik-Sekundärteil. Durch die optimierte Kraftverteilung entlang der Innenverbindung verbessert sie die Leistungseigenschaften von Keramik.



Die moderne, konische Implantatgeometrie wurde auch konzipiert für vorhersagbare Sofortversorgungsprotokolle in allen Knochenklassen. Dadurch wird eine hohe Primärstabilität erreicht. Das Zi zeichnet sich durch eine sandgestrahlte und säuregeätzte Oberflächenbehandlung aus, die in Anlehnung an die NeoPoros® Oberflächenbehandlung eine Makro- und Mikrogenauigkeit aufweist.

Weitere Informationen unter www.neodent.de



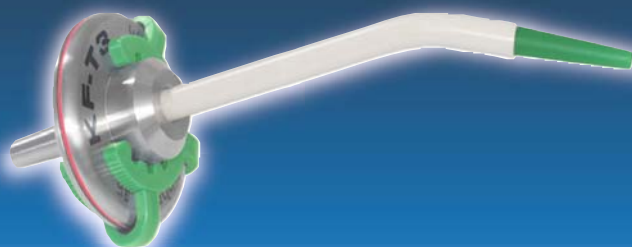
Kontakt

Institut Straumann AG
Peter Merian-Weg 12, 4002 Basel
Tel.: 0800 810812
sales.ch@straumann.com

ANZEIGE

KnochenFilter

Augmentation effektiv & schnell



Optimale Gewinnung von autologen Knochenspänen während des Absaugens mit dem Titan KnochenFilter **KF-T3**

Schlumbohm GmbH & Co. KG

KnochenMühle

Knochenarbeit leichtgemacht



Leichte Zerkleinerung von autologen Knochenblöcken und Erzeugung von körnigen Knochenspänen für eine optimale Knochenneubildung mit der **KM-3**

Tel.: 04324-89 29 - 0 www.schlumbohm.de



greenviu®

Zertifizierter Nachhaltigkeitsmanager

greenviu®, ein innovatives Unternehmen im Bereich der nachhaltigen Medizin, stellt einen neuen Online-Lehrgang für Mitarbeiter von Praxen, Kliniken und medizinischen Einrichtungen vor. Der Lehrgang vermittelt fundierte Kenntnisse über Klima, Energie und Ökologie, den Zusammenhang zwischen Medizin und Umwelt, nachhaltige Praxisführung sowie Kommunikation und Außenwirkung. Durch begleitende Online-Prüfungen haben Teilnehmer die Möglichkeit, ihr Wissen zu festigen und am Ende des Lehrgangs eine Zertifizierung als **greenviu® Nachhaltigkeitsmanager** zu erhalten.



greenviu®
THE GREEN CLINIC SOCIETY

In der heutigen Zeit, in der Nachhaltigkeit und Umweltbewusstsein zunehmend an Bedeutung gewinnen, spielen medizinische Einrichtungen eine große Rolle bei der Umsetzung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung. Der **greenviu®** Online-Lehrgang bietet den Mitarbeitern von Praxen und Kliniken die Möglichkeit, ihr Verständnis für nachhaltige Praktiken zu erweitern und konkrete Maßnahmen in ihren Arbeitsalltag zu integrieren.

Der Lehrgang besteht aus mehreren Modulen, die alle relevanten Aspekte der nachhaltigen Medizin abdecken. Die Teilnehmer erhalten ein fundiertes Wissen über die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit, Energieeffizienz in medizinischen Einrichtungen, ökologische Praxisführung und Kommunikationsstrategien für eine nachhaltige Außenwirkung.

Der Lehrgang wird von Dr. Dr. Markus Tröltzsch geleitet, der international als Experte im Bereich der nachhaltigen Medizin gilt, und bietet den Teilnehmern eine einzigartige Lernumgebung, die flexibel und zeitlich anpassbar ist.

Ein wesentlicher Bestandteil des Lehrgangs sind die Online-Prüfungen, die den Lernfortschritt überwachen und sicherstellen, dass die Teilnehmer das erworbene Wissen erfolgreich anwenden können. Die Absolventen sind in der Lage, innovative und wissenschaftlich fundierte Strategien zur umweltfreundlichen Praxisführung gezielt für ihre Institution zu entwickeln und umzusetzen.

Nach Abschluss des Lehrgangs erhalten die Teilnehmer die begehrte Zertifizierung als **greenviu® Nachhaltigkeitsmanager**, welche ihre Fähigkeiten und ihr Engagement für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung anerkennt.

Das greenviu Prinzip

Das greenviu Prinzip besteht aus 3 Säulen:



REDUZIEREN



ERSETZEN



KOMPENSIEREN

Die Zertifizierung dient auch als Qualitätsnachweis für medizinische Einrichtungen, die ihr Engagement für Nachhaltigkeit und Umweltschutz demonstrieren möchten.

„Wir freuen uns, unseren neuen Online-Lehrgang für Mitarbeiter von Praxen und Kliniken vorzustellen, wir haben lange und intensiv darauf hingearbeitet“, sagte Walter Esinger, einer der Gesellschafter von greenviu®.

„Nachhaltigkeit ist ein grundlegender Bestandteil einer verantwortungsbewussten medizinischen Praxis, und wir möchten die Mitarbeiter dabei unterstützen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in diesem Bereich zu erweitern. Der greenviu® Lehrgang bietet eine umfassende Ausbildung und ermöglicht es den Teilnehmern, Nachhaltigkeit in ihre tägliche Arbeit zu integrieren und eine Vorreiterrolle bei der Schaffung einer grüneren Gesundheitsversorgung einzunehmen“, so Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Tröltzsch, Mitgründer von greenviu®.



Katrin Groos von greenviu® fügt hinzu: „Nachhaltigkeit kann nur gelingen, wenn das ganze Team mitgenommen wird – das ist jetzt einfach und flexibel möglich!“

„Dazu kommt, dass dieser Lehrgang auch für die Mitarbeiter unserer Industriepartner konzipiert wurde, sodass hier bereits im Upstream-Bereich der Fußabdruck weiter verringert werden kann“, so Sebastian Sauber, Geschäftsführer von greenviu®.

Der greenviu® Online-Lehrgang für Mitarbeiter von Praxen und Kliniken ist ab sofort auf Deutsch für Prime-Mitglieder und Industriepartner von greenviu verfügbar.

Weitere Informationen und Registrierungsmöglichkeiten finden Sie auf unserer Webseite unter <https://greenviu.com/>.



greenviu® lädt alle interessierten Beschäftigten der Gesundheitsbranche ein, sich anzuschließen, um das Potenzial einer nachhaltigeren Gesundheitsversorgung zu entfalten. Werden Sie Teil der medizinischen nachhaltigen Entwicklung und registrieren Sie sich noch heute für die greenviu® Mitgliedschaft, welche den Lehrgang beinhaltet.

Pressekontakt: Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie uns gerne unter society@greenviu.com

Über greenviu®

greenviu® ist eine weltweite Gemeinschaft von Ärzten, Zahnärzten und anderen Heilberufen, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Ausübung der Medizin nachhaltig möglich zu machen. Hierfür werden realistische Standards gesetzt und Anleitung gegeben, die Prozesse in der Praxis anzupassen. Besonders wird darauf geachtet, dass dabei die Sicherheit, die Erfolgsraten und die Praktikabilität der Abläufe nicht kompromittiert werden.

Was gibt es Neues in der dentalen Implantologie?

Quo vadis, Keramikimplantologie?

In den letzten Jahrzehnten hat sich die zahnärztliche Implantologie wie kaum eine andere zahnmedizinische Fachdisziplin weiterentwickelt. Die meisten Fragen zu biologischen Prinzipien, Behandlungsprotokollen, augmentativen Verfahren oder auch zu Implantatmaterialien und -geometrien konnten erforscht und wissenschaftlich beantwortet werden. Die Systeme haben sich dabei in Design und Protokollen grundlegend angenähert, wie uns Dr. Jens Tartsch, Präsident der Europäischen Gesellschaft für Keramikimplantologie (ESCI), im Interview bestätigt.

Herr Dr. Tartsch, wo sehen sie die aktuellen Trends in der dentalen Implantologie?

Es ist nicht verwunderlich, dass sich die aktuellen Trends derzeit eher auf Spezialisierungen, wie die Digitalisierung von Arbeitsabläufen oder die Entwicklung spezieller Implantatgeometrien, fokussieren. Dazu zählen innovative Beispiele wie extensive Gewindegänge für höhere Primärstabilität bei Sofortimplantationen oder triovale Implantatkörper, welche zusätzliche Vorteile bringen sollen.

Fast alle implantologischen Kongress- und Fachzeitschriften beschäftigen sich jedoch zunehmend auch mit einem anderen Thema: der Keramikimplantologie. Dieser Bereich stellt derzeit die größte, aber leider auch immer noch die am kontroversesten diskutierte Innovation in der zahnärztlichen Implantologie dar.

Wie werden Keramikiplantate und ihre Erfolgsrate Ihrer Meinung nach aktuell in der Wissenschaft und Praxis eingeschätzt?

Waren Keramikimplantate in der Vergangenheit eine Domäne der ganzheitlichen Zahnmedizin und wurden eher als Nischenprodukte betrachtet, so darf diese Aussage heute nicht mehr gelten.

Denn unter Beachtung der mit Evidenz gesicherten Indikationen „Einzelzahnrestauration“ und „dreigliedrige Brücke“ befinden sich die Überlebensraten der meisten modernen Zirkondioxid-Implantatsysteme heute bereits auf Augenhöhe mit Titanimplantaten. Somit haben sich Keramikimplantate zu einem ernst zu nehmenden Faktor in der zahnärztlichen Implantologie entwickelt. Für einteilige Keramikimplantate wurde dies u. a. durch die S3-Leitlinienkonferenz der DGI (Int J Implant Dent. 2022 Dec; 8: 43.) bestätigt: „[...] sind valide und gebrauchsfertige therapeutische Verfahren und können als alternative Behandlungsoption eingesetzt werden.“



© Oleg - stock.adobe.com

Für zweiteilige Keramikimplantate stellte der wissenschaftliche Beirat der European Society for Ceramic Implantology (ESCI) in seinem offiziellen Statement (2021) fest: „[...] das zweiteilige Zirkonoxidimplantatkonzept ist für die klinische Anwendung geeignet, jedoch für klinische Erfolge sollten die Richtlinien des jeweiligen Herstellers für die strikte Anwendung bei den angegebenen klinischen Indikationen für das jeweilige zweiteilige Zirkonoxidimplantat beachtet werden.“

Keramikimplantate finden ihren Weg zunehmend auch in die allgemeine implantologische Praxis und stoßen dort auf steigendes Interesse. Die technologischen Innovationen und Weiterentwicklungen von Material, Oberflächengestaltung und Behandlungsprotokollen ermöglichen es heute, die klinischen Vorteile (wie verbesserte Ästhetik oder verminderte Entzündungsneigung) nun auch in der täglichen Praxis langfristig und erfolgreich zu nutzen.

Welche Entwicklungen gibt es aktuell im Bereich der Keramikimplantologie und wie bewerten Sie deren Potenzial? Und wo sehen Sie andererseits die Herausforderungen für eine erfolgreiche Anwendung in der Zukunft?

Im Gegensatz zur Titanimplantologie lässt das Gebiet der Keramikimplantologie noch viel Raum für Forschung, neue Innovationen und Trends. Es werden derzeit neue Materialien, neue computergestützte Design- und Fertigungstechniken (CAD/CAM) und besondere 3D-Druckverfahren entwickelt, um neue Implantatgeometrien und Implantat-Abutment-Verbindungen zu ermöglichen. Des Weiteren bilden die Verwendung neuer chirurgischer Instrumente und Führungen sowie der Einsatz fortschrittlicher bildgebender Verfahren Ziele aktueller Forschungen. Auch wird die vielfach geforderte Evidenz stetig untermauert: Erste Studien zeigen erste erfolgreiche Zehnjahresdaten. Es muss daher zur Kenntnis genommen werden:

„Aufbauend auf Bewährtem bewegt sich viel in der Keramikimplantologie!“

Besonders wichtig für die erfolgreiche Anwendung – und damit für die Bestätigung dieses Trends hin zu Keramikimplantaten – sind jedoch eine wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Herangehensweise sowie profunde Kenntnisse zu Material und Vorgehensweisen. Es gilt zu beachten, dass das Produktangebot teilweise immer noch sehr heterogen ist und die Behandlungsprotokolle teils Besonderheiten gegenüber Titanimplantaten aufweisen.

Solche Hintergründe zu evaluieren, wissenschaftliche Fakten zu generieren und zu prüfen sowie die entsprechende Ausbildung zu gewährleisten, ist die Aufgabe einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, wie sie die ESCI als europaweites Netzwerk darstellt.

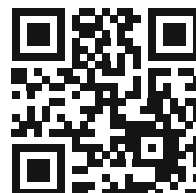


Für die ESCI ist der Trend in der Implantologie dabei vollkommen klar: Moderne Keramikimplantate stellen in der richtigen Indikationsstellung und im richtigen Umgang eine höchst innovative Ergänzung des Behandlungsspektrums in der zahnärztlichen Implantologie dar und werden auch künftig zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Vielen Dank, Herr Dr. Tartsch.



Dr. Jens Tartsch



Kontakt

Dr. Jens Tartsch
Präsident der European Society for Ceramic Implantology (ESCI)

www.esci-online.com

Programm

Datum	Thema	Ort	Anmeldung/Info	Veranstalter
September 2023				
15./16.09.2023	Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin	Leipzig	https://oemus.com/events/bydomain/leipziger-forum.info	OEMUS MEDIA AG
28.–30.09.2023	37. DGI-Kongress/ 30 th EAO annual scientific meeting	Berlin	https://www.dgi-kongress.de/	DGI/EAO
Oktober 2023				
13./14.10.2023	3 rd Joint Congress for Ceramic Implantology	Kreuzlingen	https://joint-congress.com/	Swiss Biohealth Education
13./14.10.2023	Fachdental Südwest	Stuttgart	https://www.messe-stuttgart.de/fachdental/	Landesmesse Stuttgart GmbH

Impressum

BDIZ EDI konkret Journal für die implantologische Praxis

Herausgeber:

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

Chefredaktion:

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

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (ST)

Redaktion BDIZ EDI:

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

Verlag:

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

Leserservice:

OEMUS MEDIA AG · Jenny Panke · Telefon: +49 341 48474-200
E-Mail: j.panke@oemus-media.de

Redaktion:

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

Anzeigen und PR:

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

Anzeigendisposition:

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

Art Direction/Grafik:

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

Druck:

Silber Druck oHG · Otto-Hahn-Straße 25 · 34253 Lohfelden

Erscheinungsweise:

4 x im Jahr

Bezugspreis:

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

Urheber-/Verlagsrecht:

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

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



Fortbildung

Praxisleitfaden
Experten Symposium
Europa-Symposium
Webinare

Information

BDIZ EDI konkret
Newsletter für Mitglieder
Presseinformationen

Praxis

GOZ-Kompodium, BDIZ EDI-Tabelle,
Abrechnungs- und Rechtsberatung,
Bestechungsbroschüre,
Analogieberechnung

Zertifizierung

TSP Implantologie,
Expertenprüfung
Implantologie

Einsteiger

Curriculum Implantologie,
We-want-you-Angebote

Patienten

Implantatbroschüren,
Online-Information



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

Profitieren auch Sie von einer Mitgliedschaft im BDIZ EDI

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

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Homepage _____

Geburtsdatum _____ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie seit _____ Curriculum Implantologie seit _____

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

Per Fax an +49 2203 9168 822

Ich interessiere mich für folgende Mitgliedschaft:

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag)

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



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

permadental[®]
Modern Dental Group

PERMADENTAL.DE
0 28 22 -71330



WIR SIND IHR ANSPRECHPARTNER FÜR IMPLANTAT- VERSORGUNGEN

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



Egal, ob Abdruck oder Scan.

